

Anne Brøcker, Iben Emilie Christensen, Louise Ladegaard Bro,
Marie Glent-Madsen og Signe Lund Tovgaard

Kvalitet og mål i akutmodtagelser



Kvalitet og mål i akutmodtagelser kan hentes fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA og forfatterne

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

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-785-0

Projekt 10121

September 2013

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

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



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

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

Forord

I de seneste år har der været stor opmærksomhed på tilrettelæggelsen af tilbuddene til akut syge og tilskadekomne patienter. En række forskelligartede krav og forventninger er i den forbindelse rettet mod de nye akutmodtagelser. Samtidig betyder etablering af akutmodtagelserne store forandringer i større dele af sundhedsvæsnet. Det er derfor vigtigt at få etableret en fælles forståelse for mål og forudsætninger.

Med denne rapport vil vi gerne give et systematisk overblik over krav og forventninger til akutmodtagelserne og bidrage med inspiration til udvikling af konkrete kvalitetsmål på området. Vi beskriver udviklingen i forventningerne, ser på internationale erfaringer med udvikling og brug af kvalitetsmål på akutområdet, og spørger akutafdelingerne selv, hvad de gerne vil måles på. Endelig inddrager vi patienternes perspektiv på kvalitet i akutmodtagelsen.

Tak til de patienter, der velvilligt har bidraget med deres erfaringer som akutte patienter. Tak til ledende overlæger og oversygeplejersker fra landets akutafdelinger, der har deltaget i telefoninterviews og – for nogles vedkommende – efterfølgende også i længerevarende interviews. Tak til bibliotekar Anne Nørgaard-Pedersen, KORA, som har været til uvurderlig hjælp i forbindelse med fremskaffelse af litteratur. Tak til projektleder Kåre Jansbøl, KORA, der har gennemført en række af de interviews, som rapporten bygger på. Endelig tak til de personer, der har siddet i styregruppen og hjulpet med at få sporet os ind på emnet.

Rapporten er finansieret af Danske Regioner og KORA. Den har undergået internt review i KORA og har været i høring hos projektets styregruppe, der er nedsat af Danske Regioner.

Anne Brøcker
September 2013

Indhold

Indhold.....	4
Sammenfatning	5
1 Indledning.....	7
2 Quality indicators in EDs – internationale erfaringer.....	8
2.1 Litteraturstudie	8
2.2 Erfaringer fra England	15
2.3 Inspiration fra udenlandske erfaringer?	18
3 Metode	19
4 De medvirkende hospitaler	21
5 Forventninger, kvalitet og mål	23
5.1 Fokus på øget kvalitet	23
5.2 Effektivisering og flow	27
5.3 Mål vedrørende ventetid og procestider	30
5.4 Forventninger, kvalitet og mål på tværs	31
6 Kvalitetsmål i akutafdelingerne	33
6.1 Afdelingernes erfaringer med kvalitetsmål	33
6.2 Hvad vil afdelingerne gerne måles på?	41
6.3 Effektivitet og kvalitet	42
7 Hvad siger patienterne?	43
7.1 Ventetid og modtagelse	43
7.2 Information og kommunikation	44
7.3 (U)tryghed	45
7.4 Pårørende	46
7.5 Fysiske omgivelser og faciliteter.....	46
7.6 Delkonklusion	47
8 Diskussion.....	48
9 Konklusion	49
Litteratur	51
Bilag 1: Tabeller over sygehusenes status	57
Bilag 2: Indikatorer – England	64
Bilag 3: Anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen vedrørende fælles akutmodtagelser	69
Bilag 4: Søgestrategi – Litteraturstudie.....	72
Bilag 5: Oversigtsreferater – Litteraturstudie	73

Sammenfatning

Denne rapport beskriver den udvikling, der har været i krav og forventninger til de nye akutmodtagelser. Samtidig kommer rapporten med en række bud på, hvordan man kan arbejde med udvikling af kvalitetsmål for de akutte patientforløb. Derudover indeholder rapporten både patienters og akutafdelingsledelsers bud på relevante måleområder. Endelig giver rapporten en kort præsentation af de nationale engelske kvalitetsmål på området til inspiration.

Gennemgang af planlægningsgrundlaget på nationalt, regionalt og lokalt niveau viser, at krav og forventninger til de nye akutmodtagelser både indebærer ønsket om at styrke kvaliteten af indsatsen over for patienterne og en forventning om, at en ny og bedre organisering af indsatsen vil medføre øget effektivitet i hele hospitalsvæsnet.

Undersøgelsen viser, at akutafdelingsledelserne oplever, at kvalitet og effektivitet begge er vigtige og legitime områder at fokusere på, og områder de ønsker at styrke.

Med henblik på det videre arbejde med udvikling af kvalitetsmål på akutområdet vil det være relevant at se på de erfaringer, der allerede er gjort med kvalitetsmål i Danmark. Her peger en række af de interviewede på muligheden for at udvikle særlige NIP-mål (NIP, Det Nationale Indikatorprojekt) for akutmodtagelserne/de akutte patientforløb. Samtidig vil det være relevant at inddrage eksisterende erfaringer med udvikling af processer og pakkeforløb. Som konkret eksempel kan nævnes akutpakkerne i Region Syddanmark.

Derudover er der gode muligheder for at hente inspiration i udlandet. Her kan trækkes på erfaringer både med henblik på udvikling af kvalitetsmål (fx Delphi-processer, hvor en række eksperter udvikler fælles mål gennemstyrede processer), nye måder at tænke data på (eksempelvis Diagnostic Agreement (DA) og Diagnostic Efficiency (DE)) samt konkrete mål (England).

Vedrørende de forskellige typer af mål – effektivitet, patientsikkerhed, patientoplevelse og organisation – er det især de organisatoriske mål, fx mål der vedrører tilstedeværelse og mulighed for tilkald af specialister, at det kan forventes at være vanskeligt at finde opbakning til fælles mål. Her er der både kulturelle, organisatoriske og økonomiske forhold, som betyder, at akutmodtagelserne har forskellige holdninger til, hvad der er ønskeligt og realistisk.

Samtidig er det i forbindelse med udvikling af kvalitetsmål for akutmodtagelserne vigtigt at holde sig for øje, at mulighederne for målopfyldelse afhænger af konteksten. Det kan således være fornuftigt, at man i forbindelse med udarbejdelse af mål for de akutte patientforløb ser på alle delelementerne – også det, der ligger udenfor akutafdelingen. Det gælder både procesmål, patientsikkerhedsmål og organisatoriske mål. Et af de eksempler, der peges på i rapporten, er udarbejdelse af mål i forhold til de praktiserende lægers indlæggelsesmønstre.

Både litteraturen og de gennemførte interviews peger på, at kvalitetsforbedringer kan ske på andre måder end gennem traditionelle målinger. Eksempler på dette er forbedringer

gennem inddragelse af erfaringer og forslag fra patienter og personale samt gennem audits i forhold til konkrete forløb.

Undersøgelsen er gennemført med en række forskellige tilgange. Første del af rapporten består dels af et internationalt litteraturstudie vedrørende kvalitetsmål i akutmodtagelser, dels en gennemgang af diverse officielle dokumenter vedrørende de nationale engelske kvalitetsmål på området. Anden del af rapporten er primært baseret på dokumentgennemgang suppleret med telefoninterviews med tre surveyere fra IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet). Tredje og fjerde del af rapporten er skrevet på baggrund af interviews – en del gennemført telefonisk og en del via fysiske møder.

1 Indledning

Denne rapport er blevet til på baggrund af en aftale mellem Danske Regioner og KORA.

Regionerne arbejder i disse år intenst på at øge kvalitet og effektivitet i de akutte patientforløb. Det kan ikke desto mindre være vanskeligt at redegøre for, om det faktisk lykkes at indfri ambitionerne – ikke mindst fordi der sjældent er beskrevet meget præcise mål for udviklingen.

Formålet med denne rapport er således at tilføre viden om forventninger til og erfaringer med kvalitets- og procesmål i akutmodtagelserne samt komme med input til den videre drøftelse af ensartede og relevante kvalitetsmål for akutmodtagelserne i Danmark.

Rapporten er bygget op, så den først beskriver udenlandske erfaringer med kvalitet og mål i akutmodtagelserne. Det sker på to måder. Først præsenteres en kort litteraturgennemgang af nyere udenlandske erfaringer med udvikling og brug af kvalitetsmål på akutområdet. Derefter beskrives de kvalitetsmål, der er udviklet i England på baggrund af erfaringerne med et enkeltstående mål om maksimalt fire timers ophold i akutmodtagelsen.

Dernæst følger et kort metodekapitel, som beskriver, hvilke data der er brugt, hvordan de er indsamlet, og hvordan de er anvendt. Her gives også en kort præsentation af de hospitaler, der har medvirket i undersøgelsen.

Derefter følger et kapitel, der beskriver, hvordan forventningerne til akutmodtagelserne og de nye akuthospitaler har udviklet sig fra før udgivelsen af Sundhedsstyrelsens rapport "Styrket Akutberedskab – et planlægningsgrundlag for regionerne" (Sundhedsstyrelsen 2007) og frem til primo 2013, hvor dataindsamlingen er afsluttet. I dette kapitel ses på forventninger og krav fra henholdsvis nationalt niveau, regionalt niveau og lokalt niveau (her forstået som hospitalsniveau).

I det efterfølgende kapitel præsenterer vi de tilbagemeldinger, vi har fået fra akutafdelingslederne på spørgsmålet om, hvilke mål der er relevante for bedømmelse af kvaliteten af den akutte behandling.

I kapitel 7 giver vi ordet til patienterne – hvad er vigtigt for hovedpersonerne, når de indlægges akut?

Endelig diskuteres og konkluderes på tværs i rapportens sidste kapitler.

2 Quality indicators in EDs – internationale erfaringer

Kvalitet og effektivitet i de akutte patientforløb optager klinikere og administratorer i hele verden. Og selvom der verden over findes mange forskellige måder at organisere sundhedsvæsnet på, er der også en række elementer, der ligner hinanden. De udfordringer, akutmodtagelserne står overfor, ligner hinanden på tværs af landegrænser: Et stigende antal patienter, udfordringer med at skabe flow og ønske om risikominimering for patienterne. Mens fælles akutmodtagelser er et relativt nyt fænomen herhjemme, har man mangeårige erfaringer med konceptet i andre lande. Dette kapitel bidrager derfor med inspiration fra dem, der har arbejdet med udvikling og anvendelse af kvalitetsmål på akutområdet. Først præsenteres et kort litteraturstudie, hvor en række erfaringer fra forskellige lande gennemgås. Derefter uddybes med en mere detaljeret beskrivelse af den model, der p.t. arbejdes med på nationalt plan i England, fordi det er et af de første steder, hvor man har forsøgt at udarbejde fælles nationale mål på området.

2.1 Litteraturstudie

Hovedformålet med litteraturstudiet er at hente inspiration til, hvordan vi i Danmark kan arbejde med udvikling af fælles kvalitetsmål samt at få viden om andre landes erfaringer med konkrete typer af mål.

2.1.1 Søgestrategi

Vi har søgt i følgende databaser: PubMed, Cochrane, Embase, SveMed, Google Scholar og Netpunkt.

Vi har søgt på kombinationer af følgende engelske søgeord: "Quality Indicators, Health Care", "Emergency Service, Hospital", "Emergency Medical Services", "Emergency Service, Hospital/standards", "Emergency ward", "A & E clinical quality indicators", "Emergency care" og "Quality program".

Vi har søgt på kombinationer af følgende danske søgeord: kvalitetsindikator og akut.

Der er alene søgt artikler, som er udgivet i perioden 2005-juni 2013 på engelsk, dansk, norsk og svensk.

På baggrund af oplæg ved ICEM¹ konferencen søgte vi specifikt på materiale publiceret af følgende forfattere: Wakai og Matthew Cooke.

Søgningen blev foretaget i juni 2013 og resulterede i lidt over 300 titler. Se bilag 3 for en detaljeret søgebeskrivelse.

¹ International Conference on Emergency Medicine, 27.-30. juni 2012 i Dublin.

2.1.2 Inklusions- og eksklusionskriterier

Baseret på ovenstående søgestrategi blev søgeresultaterne gennemset, hvorefter umiddelbart relevant litteratur blev udvalgt på titel og abstract. Søgeresultater blev ekskluderet hvis det var:

- studier der gennemgik resultater af konkrete behandlingsindsatser
- studier der omhandlede udvikling af akutområdet generelt
- studier der ikke var videnskabelige i deres karakter, eksempelvis læserbreve og populærartikler
- materiale der gik igen

Tilbage var 26 artikler, der blev nærlæst. Der blev skrevet oversigtsreferater af hver publicering. Referaterne ses i bilag 4.

2.1.3 Kategorisering af litteratur

Litteraturen blev inddelt i to kategorier og en underkategori:

1. Udvikling af kvalitetsmål
2. Effekten af kvalitetsmål med en underkategori om firetimersmålet i England.

2.1.4 Om udvikling af kvalitetsmål

Samlet 12 studier/artikler faldt ind under kategorien om udvikling af kvalitetsmål. Teksternes udgangspunkt er generelt, at der mangler viden om, hvilke indikatorer der bedst indfanger en akutafdelings performance, da denne indgår i et system af ydelser og indsatser. Deres performance er derfor svær at måle på separat fra resten af hospitalet (Beattie, Mackway-Jones 2004, Coleman, Nicholl 2010, Lazar, Cagliuso NV & Gebbie 2009, Wakai et al. 2013). Flere af studierne skriver i baggrundafsnittet, at et væsentligt incitament til udvikling af nye indikatorer er, at det nuværende (ensidige) fokus på ventetider er uhenigtsmæssigt, da det ikke nødvendigvis afspejler kvaliteten af den behandling, patienten modtager (Coleman, Nicholl 2010, Lazar, Cagliuso NV & Gebbie 2009, Wakai et al. 2013, Schull et al. 2011).

Ekspertpaneler/Delphi-metoden

Ni af studierne anvender et eller flere ekspertpaneler i forskellige variationer af Delphi-metoden (Beattie, Mackway-Jones 2004, Coleman, Nicholl 2010, Wakai et al. 2013, Schull et al. 2011, Guttman et al. 2006, Ikkersheim, van de Pas 2012, Jones et al. 2012, Lindsay et al. 2002, Welch et al. 2011). Ekspertpanelerne består overvejende af (akut)læger. For de fleste studiers vedkommende bliver indikatorerne indledningsvis fundet gennem litteraturstudier, inden de ad flere omgange vurderes af de udvalgte eksperter, indtil der er opnået konsensus om, hvilke indikatorer der er relevante. Relevansen vurderes i en række af studierne ved hjælp af en femtrins Likert-skala (for forklaring se Wakai et al. 2013). De processer, der beskrives i tre af artiklerne (Beattie, Mackway-Jones 2004, Ikkersheim, van de Pas 2012, Welch et al. 2011), inkluderer ikke et litteraturstudie.

I fem af studierne opdeles de indikatorer, der opnår konsensus, i struktur, proces og udfald (Beattie, Mackway-Jones 2004, Coleman, Nicholl 2010, Wakai et al. 2013, Guttman et al. 2006, Lindsay et al. 2002) efter Donabedian klassifikationen (Burstrom et al. 2012). Donabedian klassifikationen definerer de tre indikatorområder således:

- 1) Struktur: De tilstedeværende ressourcer (menneskelige, fysiske, og finansielle) der kan yde behandling/pleje.
- 2) Proces: Behandling/pleje ydet til patienten.
- 3) Udfald: Effekten af behandling/pleje på patientens eller populationens sundhed (Beattie, Mackway-Jones 2004).

Strukturmålene udgør henholdsvis otte ud af 36 (Beattie, Mackway-Jones 2004), et ud af 16 (Coleman, Nicholl 2010) og 41 ud af 97 (Wakai et al. 2013) kvalitetsmål. Strukturmaal dækker eksempelvis over tilstedeværelsen af et dedikeret akut-informationssystem (Wakai et al. 2013). Et eksempel fra en anden artikel er andel af befolkningen, der bor inden for 10 km af mulighed for akuthjælp (Coleman, Nicholl 2010). I samme artikel (Coleman, Nicholl 2010) bruger de også begrebet ensartethed, forstået som ens service uanset tidspunkt på døgnet og ugen, hvilket eksempelvis dækker over variation i tid fra første kontakt til en akutenhed og til indlæggelse ud fra nogle definerede indikatorer. Fire ud af 16 indikatorer ligger inden for denne kategori. Én artikel omhandler udviklingen af strukturmaal vedrørende personalets uddannelse og fysiske facilitet (Ikkersheim, van de Pas 2012).

Procesmaal udgør langt den største andel af de foreslåede mål med eksempelvis 24 ud af 36 mål i en artikel (Beattie, Mackway-Jones 2004), otte ud af 16 mål i en anden artikel (Coleman, Nicholl 2010), og 52 ud af 97 i en tredje (Wakai et al. 2013). At procesmaal dominerer, fremhæves af flere artikler også som værende i overensstemmelse med, hvad der kan forventes (Beattie, Mackway-Jones 2004, Wakai et al. 2013). Der står videre, at "Process indicators are accessible, practical and amenable to change and are thus usually the focus of quality improvement efforts", hvorfor det giver god mening, at det er disse mål, som ekspertpanelerne især kan se relevansen af (Wakai et al. 2013).

Udfaldsmål er mål for, hvordan det går patienterne, fx overlevelsesrate af hjertestop. Denne type mål udgør en meget lille del af de indikatorer, der er konsensus om. I en artikel er det et ud af 36 valgte mål, der er udfaldsmål (Beattie, Mackway-Jones 2004), i en anden artikel er to ud af 16 mål udfaldsmål (Coleman, Nicholl 2010), og i en tredje artikel var det fire ud af 97 mål, der drejede sig om, hvordan det faktisk gik patienterne (Wakai et al. 2013). I artiklerne fremhæves det, at udfaldsmål ikke fylder ret meget, da akutafdelinger kun leverer en del af ydelsen i forhold til patienterne, og det derfor er vanskeligt at isolere effekten af indsatsen i akutafdelingen (Beattie, Mackway-Jones 2004, Coleman, Nicholl 2010, Wakai et al. 2013).

To studier brugte samme fremgangsmåde som de ovennævnte, men opdelte ikke målene i struktur, proces og udfald. I stedet blev de valgte indikatorer inddelt i prioriterede temaer, hvoraf de væsentligste i det ene studie (Jones et al. 2012) var kommunikation, tilgængelighed, aktualitet, hensigtsmæssighed og tilfredshed. I det andet studie opdelte man også i temaer og prioriterede hver af de valgte 48 indikatorer inden for hvert tema, således at der fremkom en liste med de 12 væsentligste indikatorer inden for patientsikkerhed, akut-

operationer og seks specifikke sygdomsområder (fx for tidligt fødte børn) (Schull et al. 2011). Samme artikel konkluderede dog også, at der manglede evidensbaserede og anvendelige indikatorer inden for især patienttilfredshed.

En artikel omhandler en proces, der har ledt frem til udarbejdelse af fælles definitioner af en række begreber på akutområdet, samt et fælles bud på definition af tidsforløbsmål i akutmodtagelserne (Welch et al. 2011). Med udgangspunkt i et tidligere studie har akutlædesrepræsentanter for 32 amerikanske akutmodtagelser været samlet for i fællesskab at udarbejde et fælles begrebsapparat samt fælles bud på relevante tidsmål. På mødet blev nedsat en række arbejdsgrupper, som efterfølgende korresponderede via mail mv. frem mod vedtagelse af den endelige begrebsliste.

Endelig omhandler to af de studier, der er baseret på ekspertpaneler, forskellige parrede måltyper (Guttman et al. 2006, Lindsay et al. 2002). Et studie, der omhandler kvalitetsmål i arbejdet med børn, kobler proces og udfaldsmål i 'par', hvor en bestemt proces med stor sandsynlighed er med til at forbedre muligheden for et hensigtsmæssigt udfald. Dette er eksempelvis røntgen-rate af ankelskader for 5-19-årige. I alt 68 proces-udfalds par blev vurderet som gode indikatorer (Guttman et al. 2006). Det andet studie kobler ligeledes to ting, men her er det tilstand og udfald. Samlet 104 par af tilstande og potentielle udfald blev vurderet, og for 29 var der konsensus omkring, at de ville være gode estimater for kvaliteten i en afdeling. Det gjaldt eksempelvis akut myokardie infarkt (AMI) og død (Lindsay et al. 2002).

Den modificerede Delphi-metode er også omtalt i en rapport fra Harvard Medical Faculty Physicians, Department of Emergency Medicine (Anderson,P, Anderson,J 2009), der indeholder en generel præsentation af en række internationalt anvendte kvalitetsmål for akutmodtagelser. Rapporten peger på bred involvering af eksperter, gennemsigtighed og kvantificerbare resultater som fordele ved processen. Som mulige ulemper peger rapporten på, at Delphi-metoden er administrativt krævende.

Patienttilfredshed

Hvor langt de fleste studier bruger ekspertvurderinger af, hvad der er gode indikatorer på kvaliteten, tager et studie i stedet udgangspunkt i patienternes oplevelser (Bos et al. 2012). Her udviklede man et spørgeskema, der skulle måle patienttilfredsheden. De vigtigste områder var ifølge patienterne tillid til de sundhedsprofessionelles kompetencer og hygiejne. Som det mindst vigtige var forfriskninger i venterummet og information om rækkefølgen af behandling af patienterne (fx via informationstavle) (Bos et al. 2012). Sidstnævnte er dermed ikke helt i overensstemmelse med ekspertvurderingerne, der sætter dette højt (Wakai et al. 2013). Som det ses i kapitel 7, vurderer patienterne i vores undersøgelse, at løbende og rettidig information om, hvad der skal ske, er et af de væsentligste kvalitetsparametre, når man indlægges akut.

Diagnosticeringspræcision og opholdstid i akutmodtagelsen

Et studie fra Tyskland forsøger gennem brug af eksisterende data fra hospitalets patientadministrative system at genere kvalitetsmål for akutmodtagelsen (Dormann et al. 2010). I studiet etableres to kvalitetsmål: Diagnostic Agreement (DA) og Diagnostic Efficiency (DE).

DA kombinerer data for indlæggelsesdiagnose (den diagnose patienten får i akutmodtagelsen inden overflytning til anden afdeling) med udskrivelsesdiagnose. Tesen er, at høj grad af sammenfald er udtryk for god faglig kvalitet. DE kombinerer DA med opholdstid i minutter i akutmodtagelsen. Det bliver derved muligt dels at sammenligne opholdstid/afklarings-tid i akutmodtagelsen på tværs af diagnosekoder, dels at sammenligne de enkelte akutmodtagelser. Forfatterne understreger, at muligheden for at kombinere diagnose med opholdstid kvalificerer tid i akutmodtagelsen som kvalitetsmål, fordi der på den måde kan skelnes mellem opholdstider for henholdsvis enkle og komplekse sygdomsbilleder. Undersøgelsen er gennemført retrospektivt, og forfatterne opfordrer til, at der gennemføres prospektive undersøgelser for at validere målene.

2.1.5 Om anvendelse af kvalitetsmål

I denne del af litteraturstudiet er medtaget i alt 14 studier/artikler, der beskriver erfaringer med brug af forskellige typer af kvalitetsmål i akutmodtagelserne. Heraf vedrører 11 studier kvalitetsmål i akutmodtagelserne generelt, mens tre af studierne omhandler erfaringerne med firetimersmålet for ophold i akutmodtagelserne i England.

Kvalitetsmål generelt

Der er 11 af de gennemgåede studier, som falder ind under kategorien "udvikling af kvalitetsmål". Dertil kommer de studier, der falder i underkategorien vedrørende firetimersmålet i England.

Et af de mål, der er hyppigt anvendt, er antallet af ikke-planlagte genbesøg/genindlæggelser inden for en given tidshorizont. Dette undersøges i et studie, som konkluderer, at patienter, der kommer igen, ikke har en højere mortalitet end patienter, der ikke gør. Tværtimod har de en lavere mortalitet og kræver færre ressourcer. Det konkluderes, at dem, der kommer igen, oftest gør det af sociale og ikke medicinske årsager (Pham et al. 2011).

To artikler sætter fokus på målet vedrørende nedbringelse af antallet af genindlæggelser, specielt i forhold til børn (O'Loughlin et al. 2013, Hacking, Christian 2012). Begge artikler undersøger genindlæggelsesraten og ser på, om genindlæggelserne evt. kunne være undgået. I begge tilfælde findes en rate for uplanlagte genindlæggelser på omkring 5 %. Et af studierne er et observationsstudie fra tre akutmodtagelser (O'Loughlin et al. 2013), mens det andet er en retrospektiv gennemgang af alle genindlæggelser af børn i en konkret akutmodtagelse i september 2011 (Hacking, Christian 2012). Begge undersøgelser konkluderer, at en del genindlæggelser var nødvendige, fordi tilstanden var forværret. Men samtidig blev en del af børnene genindlagt for samme sygdom på samme niveau som tidligere. I en del af disse tilfælde kunne genindlæggelse være forebygget ved bedre og mere målrettet information om forventet udvikling i sygdommen, bedre adgang til online-hjælp, og bedre information om tilbuddene i primærsektoren (O'Loughlin et al. 2013, Hacking, Christian 2012). De pædiatriske studier undersøger ikke, om der er forskel på de patienter, der kommer igen, og dem der ikke gør. De adresserer dermed ikke spørgsmålet om, hvorvidt tilbagevendende patienter er mere socialt belastede og har færre ressourcer (Pham et al. 2011).

Også kvalitetsmål vedrørende tid på hospitalet, fx fra ankomst til man ser en læge, er udbredte. Et studie finder, at der som udgangspunkt bliver bakket op om denne type af mål (McClelland et al. 2012). Det fører også til øget kvalitet, fordi statistik over indberetningerne giver nye indsigter for de fagprofessionelle og anledning til refleksion over egen praksis, ligesom det kan kaste lys på hidtil ikke-erkendte uhensigtsmæssigheder. Der er dog også en del udfordringer ved denne praksis, fx fordi dataindsamlingssystemer er tidskrævende og dyre (McClelland et al. 2012).

Et studie peger på, at indberetninger fra sundhedspersonalet kan være en værdifuld kilde til kvalitetssikring. I studiet blev der indsamlet 53 indberetninger om uhensigtsmæssige forløb. De konkrete cases omhandlede i langt de fleste tilfælde indlagte patienter. Indberetningerne fra personalet handlede om medicinske problemer mere end ventetider. Af de indsamlede indberetninger blev otte brugt som udgangspunkt for videreudvikling af akutlægerne i afdelingen og/eller ændring af procedurer for patientbehandling (Griffey, Bohan 2006). Studiet konkluderer derfor, at indberetninger fra sundhedspersonalet kan være en værdifuld kilde til kvalitetssikring.

Overbelægningsmål bliver ofte anvendt til sammenligninger på tværs, men et studie viser, at der er stor variation i, hvordan overbelægning måles. Forfatterne anbefaler, at man bruger simple mål som tidsintervaller og tællinger og standardiserer målemetoderne (Hwang et al. 2011). Studiet omhandler dog ikke, hvilken effekt forskellige typer af målinger har på arbejdet på afdelingerne.

I foregående afsnit er udviklingen af proces-outcomemål omtalt, og tre af studierne undersøger netop effekten af denne type mål. I et af disse studier indførte man fem obligatoriske trin i forbindelse med behandlingen af alvorlig sepsis/septisk chok. Hvorvidt trinnene var gennemført, var let målbart, og nødvendigheden af dem var samtidig anerkendt blandt personalet. Når alle trin blev gennemført, førte det til lavere dødelighed blandt patienterne. Artiklen konkluderer derfor, at trin-målene fungerede godt som kvalitetsindikatorer (Nguyen et al. 2007). I et andet studie undersøgte man på samme måde indførelsen af nogle obligatoriske trin i behandlingen af slagtilfælde og konkluderede ligeledes, at indikatorer på, hvorvidt behandlingen var gennemført i overensstemmelse med de fastlagte procedurer, hang tæt sammen med kvaliteten (Rønning, Thommassen & Russell 2007). I det sidste studie belyses den tidsmæssige effekt af indførelse af en optimeret og standardiseret modtagelsesprocedure for patienter med hoftebrud. Undersøgelsen konkluderer, at det standardiserede forløb medfører reduktion i den samlede ventetid for patienterne, samtidig med at smerte- og væskebehandling optimeres (Søe Jensen et al. 2007).

To artikler beskæftiger sig med effekt af mål vedrørende organisatoriske forhold. Konkret handler den ene artikel om effekten af tilstedeværelse af akutlæger i akutmodtagelsen, mens den anden omhandler effekten af triageringsteams. I førstnævnte konkluderes det, at man på de afdelinger, hvor der er mange akutlæger, generelt deltager i flere akutkurser og gennemfører flere audits. Såfremt kurser og audits fører til højere kvalitet, vil flere akutlæger dermed formentlig føre til højere kvalitet i behandling og pleje på akutafdelingerne (Thijssen et al. 2013). I det andet studie, der beskrives i (Burstrom et al. 2012), undersøges det, om sammensætning af triageringsteams har betydning fire faktorer: Opholdstid i akutmodtagelsen, inkl. tid til læge og tid fra læge til udskrivning, antal patienter der forlader akutmodtagelsen, inden de er set, ikke planlagte genindlæggelser inden for 24 og 72

timer og mortalitetsrate inden for henholdsvis 7 og 30 dage. Studiet konkluderer, at lægeledede triagehold er mest fordelagtige både ud fra et effektivitets- og et kvalitetssynspunkt. Således var opholdstiden i akutmodtagelsen kortere for patienter, der blev triageret af et lægeledet triagehold, ligesom der også var signifikant færre uplanlagte genindlæggelser i denne gruppe end i kontrolgrupper, der blev triageret af henholdsvis sygeplejerske først/akutlæge næst og sygeplejerske først/juniorlæge næst (Burstrom et al. 2012).

Om firetimersmålet i England

Firetimersmålet har haft stor national og international bevågenhed og var et tidligt engelsk forsøg på gennem et konkret nationalt mål at skabe større effektivitet i akutmodtagelserne. Også i Danmark har den offentlige debat været fokuseret på det engelske initiativ.

Firetimersmålet indebærer, at patienter maksimalt må opholde sig i akutafdelinger i fire timer. Det blev formuleret af den engelske National Health Service (NHS) i år 2000 og fuldt implementeret i løbet af 2005. Litteraturgennemgangen indeholder tre studier, der alle undersøger effekten af firetimersmålet.

Et af studierne er overvejende positivt over for resultaterne af firetimersmålet. Her finder man hverken flere indlæggelser, flere uplanlagte genbesøg/genindlæggelser eller højere dødelighed sammenlignet med tidligere. Studiet indeholder en kvantitativ del, der omfatter patientadministrative data fra 15 akutmodtagelser i en treårig periode, omfattende både en før- og en efterperiode i forhold til implementering af firetimersmålet. Den kvantitative del af studiet suppleres af observationer og kvalitative interviews med sundhedsprofessionelle, der fortæller, at de har i sinde at levere den samme pleje som før. Forfatterne til artiklen konkluderer, at årsagen til, at det i vid udstrækning lykkes at opnå firetimersmålet, uden negative konsekvenser for patienterne, er, at indførelse af målet har medført væsentlige ændringer i procedurer og arbejdstilrettelæggelse på akutafdelingerne (Weber et al. 2012).

De to andre studier er mere dobbelttydige i deres konklusion. Det ene fremhæver, at målet har skabt utilsigtede effekter, fx i form af mere pres på sygeplejersker og læger (Day, Oldroyd 2012), og det andet pointerer, at det tilsyneladende har ført til snyd, hvor urealistisk mange bliver udskrevet, umiddelbart før de fire timer er udløbet, for at overholde målet (Mason et al. 2012). Begge anerkender dog, at målet også har ført til innovative strategier for at give patienterne hurtigere adgang til lægerne (Day, Oldroyd 2012, Mason et al. 2012).

Firetimersmålet blev afskaffet i 2011 og erstattet af otte kvalitetsindikatorer, der bygger på nogle af de samme principper, men også omhandler kvalitet i plejen (Day, Oldroyd 2012). Disse kvalitetsindikatorer beskrives nærmere i afsnit 2.2.

Opsummering og inspiration

Flere studier peger på, at opfølgning på enkle indikatorer i forbindelse med konkrete procedurer og procesforløb fører til forbedrede resultater på det felt, der måles på. I det gennemgåede materiale er der også eksempler på, at visse strukturelle/organisatoriske mål kan forbedre den samlede kvalitet for patienterne.

En række artikler præsenterer gode erfaringer med udvikling af kvalitetsmål enten gennem Delphi-metoden eller med andre former for ekspertpaneler. Også etablering af et fælles begrebsapparat og fastlæggelse af fælles definitioner vedrørende tidsforløbsmål kan gennemføres succesfuldt ved hjælp af Delphi-metoden. Her inddrages et ekspertpanel, der med baggrund i et fælles oplæg først mødes og efterfølgende afklarer de endelige begreber via skriftlig kommunikation.

Erfaringerne viser, at det generelt er nemmere at udvikle procesmål og til dels organisatoriske mål/strukturmål end udfaldsmål, fordi det kan være svært at afgrænse effekten af indsatsen i akutmodtagelsen fra den samlede hospitalsindsats, når der ses på udkomme for patienterne. Der er dog eksempler på udvikling af udfaldsmål i materialet.

I litteraturstudiet er der også et eksempel på udvikling af kvalitetsmål, som med udgangspunkt i eksisterende data kan belyse henholdsvis diagnosticeringspræcisionen for den enkelte akutafdeling og effektiviteten vedrørende afklaring af patienter inden for bestemte diagnosegrupper.

Endelig peges der i et af de gennemgåede studier på fordelene ved en mere blød tilgang til kvalitetsudvikling på akutområdet. Her tages udgangspunkt i indberetninger og forslag fra personalet i forbindelse med uhensigtsmæssige forløb og procedurer.

2.2 Erfaringer fra England

I år 2000 introducerede The National Health Service i England sin plan for forbedring af kvaliteten i de engelske akutmodtagelser gennem etablering af et firetimersmål for ophold i akutmodtagelsen (Modernisation Action Team 2000). Målet var formuleret på denne måde:

"By 2004 no-one should be waiting more than four hours in accident and emergency from arrival to admission, transfer or discharge. Average waiting times in accident and emergency will fall as a result to 75 minutes."

En række erfaringer med firetimersmålet er beskrevet i afsnittet om firetimersmålet i England ovenfor. Med udgivelse af NHS Operating Framework for 2010/2011 ønskede de engelske sundhedsmyndigheder at udvide og nuancere firetimersmålet med mere klinisk relevante kvalitetsindikatorer (DH/NHS Finance, Performance & Operations 2009). På den baggrund har Professor Matthew Cooke, National Clinical Director for Urgent and Emergency Care, i samarbejde med dels det engelske selskab for akutmedicin og det engelske sygeplejeråd, dels en række udvalgte fagfolk, udarbejdet et nyt sæt kvalitetsindikatorer. Indikatorerne er udarbejdet på vegne af det engelske Department of Health.

Det ministerielle udspil omfatter i alt otte indikatorer for god kvalitet i akutmodtagelserne. De otte individuelle indikatorer og anvisninger på, hvordan man kan arbejde med dem, er præsenteret i en række notater, alle med hovedoverskriften A & E Clinical Quality Indicators. I december 2010 udkom A & E Clinical Quality Indicators – Implementation Guidance (DH Urgent & Emergency Care 2010a), og A & E Clinical Quality Indicators – Data definitions (DH Urgent & Emergency Care 2010b). I juni 2011 udkom notatet A & E Clinical Quality Indicators – Best Practice Guidance for Local Publication (DH Urgent & Emergency

Care 2011). Gennemgangen af erfaringerne fra England er overvejende skrevet på baggrund af de tre dokumenter.

De otte indikatorer er fordelt på tre undergrupper (DH Urgent & Emergency Care 2010b):

Effektivitet

1. Ambulant indsats
2. Andel af uplanlagte genindlæggelser
3. Samlet tid i akutmodtagelsen

Patientoplevelse

4. Forladt akutmodtagelsen uden at blive undersøgt
5. Service-oplevelse

Patientsikkerhed

6. Tid til første sundhedsfaglig vurdering
7. Tid til behandling
8. Tid til speciallæge/akutmedicinere

Fem af de udvalgte indikatorer er udpeget som hovedmål, der er fastlagt overordnede nationale mål for. Manglende målopfyldelse på de fem udvalgte indikatorer er således udmeldt som anledning til, at ledelsen bør gribe ind det pågældende sted. Samtidig følges der op på de fem overordnede mål på nationalt plan. De fem særligt udvalgte indikatorer og den tilhørende "Performance management trigger" – her oversat til "Grænseværdi, der kan/bør udløse indgriben" – er følgende (DH Urgent & Emergency Care 2010a):

Tabel 2.1 De udvalgte indikatorer og deres grænseværdi

Indikator	Titel	Grænseværdi, der kan/bør udløse indgriben
2	Andel af uplanlagte genindlæggelser	Andel som overstiger 5 %
3	Samlet tid i akutmodtagelsen	95 procent af indlagte og ambulante patienter med over 4 timers samlet ophold i akutafdeling
4	Forladt akutmodtagelsen uden at blive undersøgt	Andel over eller lig med 5 %
6	Tid til første sundhedsfaglig vurdering	95-percentil for ambulanceindbragte patienter med mere end 15 minutters ventetid på første vurdering
7	Tid til behandling	Median ventetid der overstiger 60 minutter

Målene indgår i de kontrakter, der fra nationalt hold indgås med de enkelte hospitaler. Målene er ment som minimumsmål, og de nationale udmeldinger understreger, at 100 % opfyldelse bør være det niveau, alle stræber efter (DH Urgent & Emergency Care 2010a). De tre resterende indikatorer skal forstås som støttemål.

De konkrete indikatorer fordelt på undergrupper er beskrevet i bilag 2.

2.2.1 Diskussion og resultater – kvalitetsmål i England

De fælles nationale kvalitetsmål for akutmodtagelserne er stadig relativt nye. Der foreligger derfor endnu ikke mange eller meget præcise erfaringer med målene.

De engelske sundhedsmyndigheder offentliggør løbende resultaterne af de enkelte hospita- lers indberetninger:

<http://www.hscic.gov.uk/searchcatalogue?productid=11540&q=accident+and+emergency+quality+indicators&sort=Most+recent&size=10&page=2#top>

Her kan man både finde de aggregerede data og data for det enkelte hospital. Af opgørel- serne fremgår, at det fortsat ikke er alle oplysninger, som indrapporteres, og at de data, der faktisk indrapporteres, ikke alle overholder de fastsatte kvalitetskrav for denne type data. De indrapporterede tal skal derfor tages med et vist forbehold.

Af tallene for marts 2013 fremgår, at databasen indeholder informationer om 1,5 mio. akutmodtagelsebesøg i marts 2013, mens det fra andre registre vides, at der de facto blev gennemført 1,9 mio. akutmodtagelsebesøg i perioden. Tilsvarende tal for marts 2012 er 1,5 mio. indberetninger og 1,7 mio. faktiske besøg. Nedenfor er de seneste indikatortal – tal for marts 2013 – præsenteret sammen med tal for marts 2012. De røde tal indikerer, at det nationale mål ikke bliver overholdt.

Table 2.2 Indikator mål og målopfyldelse på nationalt niveau i henholdsvis marts 2012 og marts 2013

Indi- kator	Titel	Grænseværdi, der kan/bør udløse indgriben	Marts 2012	Marts 2013
2	Andel af uplanlagte genindlæggelser	Andel som overstiger 5 %	7,5 %	7,3 %
3	Samlet tid i akutmod- tagelsen	95-percentil af indlagte og ambulante patienter med over 4 timers samlet ophold i akutafdeling	3 timer og 8 minutter	5 timer og 42 minutter
4	Forladt akutmodtagel- sen uden at blive un- dersøgt	Andel over eller lig med 5 %	2,9 %	2,8 %
6	Tid til første sundheds- faglige vurdering	95-percentil for ambulanceindbragte patienter med mere end 15 minutters ventetid på første vurdering	46 minutter	54 minutter
7	Tid til behandling	Median ventetid der overstiger 60 minutter	55 minutter	57 minutter

Overordnet set viser tallene, at det samlede antal besøgende i akutmodtagelserne har væ- ret stigende i perioden. Det er muligvis dette, der giver sig udslag i tallene for henholdsvis ventetid på første behandling og total tid for ophold i akutmodtagelsen. Health and Social Care Information Centre (HSCIC), der er ansvarlig for at indsamle og formidle en lang ræk- ke data om offentlig service i England, peger selv på, at tallene skal tages med forbehold, idet der fortsat er problemer med datakvaliteten på dette område.

Der er også fortsat diskussion om målene i offentligheden – herunder især firetimersmålet . Firetimersmålet anklages for at medføre ulemper for både patienter og personale, fordi

fokus flyttes fra optimal patientbehandling til opfyldelse af arbitrære mål (Zhou, Costello 2013). Matthew Cooke, der har udarbejdet målene, anerkender, at ensidig og ureflekteret fokus på opfyldelse af tidsmål kan medføre uhensigtsmæssigheder, og at dette er sket. Men han understreger samtidig, at netop beslutningen om at fokusere på andre mål udover fire-timersmålet havde til hensigt at sikre, at der i forbindelse med modtagelse og initial behandling af patienterne blev taget hensyn til flere faktorer. Og at det overordnede formål med indførelse af kvalitetsindikatorer i det hele taget har været at forbedre forholdene for patienterne – og at det derfor er væsentligt for den enkelte kliniker at holde sig dette for øje i forbindelse med alle de valg, der træffes. Samtidig argumenterer han for, at kvalitetsdata er væsentlige arbejdsredskaber for klinikere og administratorer i bestræbelserne på at opnå de bedst mulige resultater for patienterne (Cooke 2013).

2.3 Inspiration fra udenlandske erfaringer?

Erfaringerne fra England viser, at det er muligt, men ikke uproblematisk, at indføre fælles nationale kvalitetsmål for akutmodtagelserne. De engelske mål er overvejende procesmål – typisk mål der hænger sammen med ventetid. Et af målene (mål nummer otte) kombinerer et tidsmål med et organisatorisk mål, nemlig at patienten skal ses af en speciallæge i akutmedicin inden udskrivelse fra akutafdelingen. Mål af denne type er også blandt dem, klinikere herhjemme peger på som relevante, jf. afsnit 6.2. Målene vedrørende ambulans indsats kombinerer faglige mål med effektivitetsmål, fordi man her har fokus på, om ressourcerne udnyttes bedst muligt, samtidig med at patienterne får optimal behandling. Ambulans indsats skal sikre, at unødvendige indlæggelser undgås. Også mål nummer to, der har fokus på uplanlagte genindlæggelser, kan betegnes som et fagligt mål – et mål der også har fokus på, hvordan det rent faktisk går patienten.

Også litteraturstudiet viser, at der i vid udstrækning er større tilbøjelighed til at udvikle procesmål og strukturelle mål end udfaldsmål, der handler om, hvordan det går patienten. Det hænger sammen med, at det kan være svært at afgøre, om det endelige udfald for en patient hænger sammen med den præhospital indsats, indsatsen i akutmodtagelsen, indsatsen på specialafdelingen eller en kombination heraf.

3 Metode

De data, der anvendes i denne rapport, er kvalitative data. Dette gælder både vedrørende gennemgang af planlægningsgrundlaget for området, vedrørende input fra klinikerne og vedrørende patienterne og deres forventninger til kvalitet i akutmodtagelsen.

Kapitlet om forventninger, kvalitet og mål er skrevet på baggrund af en systematisk gennemgang af diverse nationale og regionale planlægningsgrundlag og politikudspil. Med hensyn til de lokale planlægningsgrundlag er der indsamlet materiale fra i alt fire sygehuse i fire forskellige regioner. Det er dog ikke lykkedes at få inkluderet data fra en akutmodtagelse i Region Hovedstaden. Der er indsamlet eksempler på hospitalsledelsesreferater i forbindelse med etablering af akutmodtagelserne, og derudover er gennemgået en række mødereferater fra relevante lokale udvalg, der har været nedsat på de medvirkende hospitaler for at forberede og følge processen med etablering af akutmodtagelserne.

De standarder, der har særlig betydning for akutområdet i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), er gennemgået. Det skriftlige materiale fra DDKM er suppleret med interviews med tre surveyere fra IKAS. Surveyerne – to overlæger og en oversygeplejerske – fik vi kontakt til gennem IKAS. I interviewene bad vi surveyerne beskrive et akkrediteringsforløb og kommentere på standarderne på akutområdet.

Kapitlet vedrørende kvalitet i akutafdelingerne bygger på telefoninterviews med afdelingsledelsesrepræsentanter for 19 af i alt 21 akutmodtagelser (Aalborg Universitetshospital og Svendborg Sygehus indgår ikke i telefoninterviewundersøgelsen), suppleret med interviews/fokusgruppeinterviews med akutafdelingsledelserne på to akuthospitaler fra hver region. De ti interviewede akutafdelingsledelser kommer fra Hvidovre Hospital, Bispebjerg Hospital, Holbæk Sygehus, Nykøbing F. Sygehus, Odense Universitetshospital, Sygehus Lillebælt i Kolding, Hospitalsenhed Midt (Regionshospital Viborg), Regionshospital Horsens, Sygehus Vendsyssel og Sygehus Thy-Mors. De medvirkende hospitaler er udpeget af styregruppen, som er nedsat af Temagruppen vedrørende akutområdet under Danske Regioner.

Med inspiration i det engelske arbejde med kvalitetsindikatorer på akutområdet er de forskellige typer af mål inddelt i fire kategorier. De tre engelske kategorier, der omhandler effektivitet, patientsikkerhed og patientoplevelse, er således suppleret med mål vedrørende organisation.

Undersøgelsen af patienternes oplevelser af akutmodtagelser og deres forventninger til kvalitet er gennemført ved hjælp af kvalitative interviews med patienter, som har været i en akutmodtagelse. Der er gennemført i alt fem interviews med patienter, som har fået hjælp efter akut tilskadekomst eller sygdom. Interviewene er gennemført som telefoninterviews.

Rekruttering af patienter til undersøgelsen er foregået med hjælp fra akutmodtagelsen på Aarhus Universitetshospital og akutafdelingen på Regionshospitalet Horsens. I første omgang var det akutmodtagelsen på Aarhus Universitetshospital, som fik til opgave at sende informationsbreve om undersøgelsen ud til en række tilfældigt udvalgte patienter, som havde fået hjælp i akutmodtagelsen. Vedlagt informationsbrevet var en samtykkeerklæring,

som patienterne skulle udfylde og sende til KORA, såfremt de havde lyst til at medvirke i undersøgelsen. I anden omgang blev akutafdelingen på Regionshospitalet Horsens bedt om at medvirke til at finde patienter til undersøgelsen. Hospitalet udsendte informationsbreve til patienterne. I begge tilfælde blev patienterne udvalgt ud fra det kriterium, at det skulle dreje sig om personer, der dels alle havde været indlagt i akutafdelingen, dels alle var udskrevet fra akutafdelingen uden at have været på andre afdelinger i det aktuelle forløb. Det skal bemærkes, at udvælgelsen af patienter til undersøgelsen kan resultere i bias, da det kan give en skævhed i, hvilke patienter der deltager i undersøgelsen, og hvilke der ikke gør. Patienter, der er udskrevet direkte fra akutafdelingen, vil typisk ikke være så syge som patienter, der indlægges på andre afdelinger. Når vi alligevel valgte at foretage denne afgrænsning, var det for at sikre, at patienterne i forbindelse med interviewet fortalte om erfaringer fra den akutte del af forløbet og ikke om oplevelser andre steder på hospitalet.

De fem patienter, som har indvilliget i at fortælle deres historie om mødet med akutmodtagelsen, er i alderen 24 år til 72 år. Det er tre kvinder og to mænd, alle med akut opstået sygdom eller tilskadekomst. Vi havde til hensigt at tale med patienterne senest tre uger efter, de var udskrevet fra akutmodtagelsen, for at deres fortællinger ikke var baseret på hændelser, som lå for langt tilbage i tid. Dette lykkedes i fire ud af fem tilfælde.

Den anvendte interviewguide er inspireret af et litteraturstudie om patienters perspektiver på akutmodtagelser (Hansen, A.R., Navne, L.E. 2011), som bragte følgende temaer i spil under interviewene: Ventetid, kommunikation og information, opfattelse af de sundhedsfagliges kompetencer, påvirkninger fra traume, triagering, fysiske omgivelser og pårørendes betydning. Derudover er interviewguiden semistruktureret, så vi havde mulighed for at forfølge konkrete temaer, som blev bragt i spil af informanterne, men litteraturstudiet ikke frembragte. Interviewene er optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet.

Fem patientinterview er et begrænset datamateriale. Formålet har dog ikke været at sige noget generelt om patientoplevelser, eller at patienterne skulle være repræsentativt dækkende for en større skare. Derimod var hensigten at tale med nogle patienter og få deres personlige fortællinger om deres møde med akutmodtagelsen – deres tanker og bekymringer om, hvad der er vigtigt, når man som patient står i en situation, hvor der er behov for akut hjælp, og hvilke forventninger patienterne havde til akutmodtagelsen og kvaliteten heraf. Det har været afgørende at lade patienterne få ordet og give dem mulighed for at fortælle deres historie. Det er netop disse personlige fortællinger, som er med til at give et indblik i, hvad der – set med patienternes øjne – er vigtigt og betydningsfuldt, når de kommer ind i en akutmodtagelse.

4 De medvirkende hospitaler

I forbindelse med denne undersøgelse har vi tilstræbt at gennemføre telefoninterviews med en ledelsesrepræsentant fra alle akutmodtagelser i Danmark. I to tilfælde er det ikke lykkedes – Aalborg Universitetshospital og Svendborg Sygehus er ikke omfattet af telefoninterviewet. Udover telefoninterviews med alle har vi efterfølgende gennemført fysiske interviews med ledelsesrepræsentanter fra to akutmodtagelser fra hver region – ti interviews i alt. Formålet med disse interviews var at gå mere i dybden med nogle af de problemstillinger, der kom frem i forbindelse med telefoninterviewrunden.

De ti hospitaler, der har medvirket ved de uddybende interviews, er:

- Sygehus Lillebælt (Kolding Sygehus)
- Odense Universitetshospital
- Regionshospital Horsens
- Hospitalsenhed Midt (Regionshospital Viborg)
- Sygehus Vendsyssel
- Sygehus Thy-Mors
- Holbæk Sygehus
- Nykøbing F. Sygehus
- Hvidovre Hospital
- Bispebjerg Hospital

Både i telefoninterviewene og ved de efterfølgende interviews har vi haft kontakt med akutmodtagelser, der er ret forskellige. Nedenfor er spændet imellem de forskellige hospitaler beskrevet ved, at højeste og mindste værdi for hver enkelt af de undersøgte faktorer er opgjort. En lignende tabel med informationer for hvert enkelt hospital/hver enkelt akutmodtagelse ses i bilag 1.

Tabel 4.1 Variation, fysiske og organisatoriske forhold

	Største værdi	Mindste værdi
Optageområde (basispatienter)	460.000	90.000
Antal modtagesenge	29	8
Antal læger ansat i afdeling (læger + KBU)	18+16/9+35	1+0
Antal læger fra andre afdelinger	67	0
Antal sygeplejersker/SOSU'er	136	49
Indlæggelser i 2012	23.000	9.000
Typer af patienter forår 2013	Alle akutte patienter	Medicinske og organ-kirurgiske patienter
Maksimalt mulige formelle opholdstid	48 timer	4 timer
Gennemsnitlig liggetid	1,7 døgn	1,7-3 timer
Belægningsprocent	148 %	72 %
Udskrivningsprocent	72 %	30 %

Data er indsamlet via mailkorrespondance med de enkelte hospitaler i sommeren 2013.

Tabellen viser, at der er store forskelle akuthospitalerne imellem. Det gælder både afdelingernes befolkningsmæssige underlag, antallet af senge og de personalemæssige forhold. Samtidig er afdelingerne meget forskellige vedrørende case-mix. Nogle steder modtages nogle typer patienter stadig flere steder i huset, mens der andre steder er etableret en fælles indgang for patienter fra alle specialer.

Tabellen viser også, hvor svært det er at få præcise data på akutområdet – selv relativt grundlæggende tal som disse kan dække over forskellige fortolkninger hos den, der har besvaret forespørgslen. Det gælder ikke mindst tal vedrørende belægningsprocenter og antal indlæggelser samt tal vedrørende læger fra andre afdelinger i akutmodtagelsen.

5 Forventninger, kvalitet og mål

Samling af modtagelsen af de akutte patienter på færre matrikler, etablering af en fælles indgang og øget satsning på møde med speciallægen tidligt i forløbet stiller krav om store forandringer i sygehusvæsnet. Et af de væsentligste argumenter for at sætte forandringsprocessen i gang har været ønsket om at sikre en bedre kvalitet for de akutte patienter. Men hurtigt er der også kommet fokus på effektiviseringspotentialerne i forbindelse med etablering af akutmodtagelserne. I dette kapitel beskrives de forventninger, der sætter ramme for etablering og udvikling af disse afdelinger. Det gælder både forventningerne på nationalt niveau og de regionale samt lokale forventninger.

5.1 Fokus på øget kvalitet

Forskellige politiske og administrative niveauer har alle haft fokus på kvalitet og kvalitetsmål i forbindelse med beslutning om etablering af akutmodtagelserne. Det ses på udmeldinger på nationalt niveau, på de regionale udmeldinger og på det lokale planlægningsgrundlag.

5.1.1 Udspil på nationalt niveau

På nationalt niveau har flere aktører forholdt sig til kvalitet og mål i forbindelse med etablering af de nye akuthospitaler og akutmodtagelser. I denne rapport inddrages udspil fra Lægeforeningen, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner samt IKAS.

Interesseorganisationer

Startskuddet til omstruktureringen af behandlingstilbuddene til de akutte patienter var et fagligt udspil fra Lægeforeningen (tidligere Den Almene Danske Lægeforening – DADL), der udkom i 2005 (DADL, Foreningen af Speciallæger, PLO & Yngre Læger, juni 2005). Udspillet indeholder en række konkrete forslag til ny organisering og bygger på følgende principper for fremtidens akutbetjening:

- Patienter, som akut henvender sig til sundhedsvæsnet, kommer altid i kontakt med en læge på specialistniveau
- Patienter med en akut sygdom får hurtig og effektiv rådgivning og behandling
- Sammenhængende patientforløb med ensartet høj kvalitet.

Forslaget bryder med den hidtidige tænkning i sundhedsvæsnet på to måder. For det første lægger den op til, at der etableres særlige akutmodtagelser, der er bemandede med modtageteams, som bl.a. består af speciallæger. For det andet lægger den op til tidlig inddragelse af en række forskellige specialer i situationer, hvor patienten ikke nemt lader sig diagnosticere.

I 2006 fulgte Lægeforeningen udspillet fra 2005 op med endnu et forslag. I notatet "Ved akut sygdom. Lægeforeningens forslag til en styrket indsats for akutte patienter" (Lægeforeningen 2006) konkretiserede Lægeforeningen nogle af tankerne fra 2005. Her understre-

gedes for første gang, at kvalitet og høj faglighed i behandlingen skal vægtes højere end nærhed.

I 2009 udsendte Lægeforeningen politikpapiret "Kvalificeret akutbehandling – uden unødvendig ventetid" (Lægeforeningen 2009). Her arbejdes med fire indsatsområder for at styrke den akutte behandling. Der ses således både på den præhospitale indsats og på tilrettelæggelsen af opgaverne på hospitalerne. Et af de indsatsområder, der peges på, handler specifikt om mulighederne for kvalitetsforbedring ved at optimere processer og arbejdsgange i akutte behandlingsforløb. Her præciseres de tidligere formuleringer om patientens tidlige møde med en speciallæge, og begrebet "speciallæge i front" introduceres. I oplægget lægges således vægt på, at speciallægen indgår i vurderingen af patientens alvorlighedsgrad og behov.

Udspillet fra Lægeforeningen blev i 2011 efterfulgt af et forslag til organisering af akutmodtagelser fra Yngre Læger (Yngre Læger 2011). Heri foreslås en mere ensartet tilgang til opgaven med etablering af akutmodtagelser end den hidtil gældende. Forslaget indeholder flere anbefalinger i tråd med Sundhedsstyrelsens – også en formulering om, at speciallæger (i tilstedeværelsesvagt) fra specialeafdelingerne hele døgnet har medansvar for sikring af den faglige kvalitet for deres respektive specialer i den fælles akutmodtagelse.

Danske Regioner

Danske Regioners debatoplæg "Fremtidens akutberedskab – fra vision til handling" fra 2006 var også en forløber for Sundhedsstyrelsens udspil (Danske Regioner 2006). Danske Regioner understreger her, at det akutte beredskab er omdrejningspunkt for en omfattende forandring af det danske sundhedsvæsen. Formålet med forandringerne er at sikre, at patienterne møder en høj kvalitet og et sammenhængende patientforløb. Debatoplægget foreslår en række indsatsområder. Vedrørende akutmodtagelserne lægges især vægt på, at kvaliteten skal i fokus. Konkret skal kvaliteten sikres ved, at patienten mødes af specialister.

Efter Sundhedsstyrelsens udspil i 2007 kom Danske Regioner i 2009 med en status på udviklingen på akutområdet (Danske Regioner 2009). Danske Regioners notat indeholdt også en række anbefalinger vedrørende den fortsatte indsats på området. I dette oplæg anbefalede Danske Regioner bl.a., at der blev opstillet servicemål for det akutte område. Et eksempel i debatoplægget er fastlæggelse af, hvor lang tid borgerne maksimalt bør vente, fra de møder op på den fælles akutmodtagelse, og til deres skade eller sygdom bliver vurderet (triage) af en sundhedsfaglig person. Danske Regioner understreger dog, at servicemål ikke kan stå alene, men skal følges af et overordnet fokus på kvalitet, herunder hensigtsmæssige arbejdsgange og procedurer.

Sundhedsstyrelsen

Med inspiration i oplæggene fra både Lægeforening og Danske Regioner, og begge parter repræsenteret i udvalgsarbejdet, kommer Sundhedsstyrelsen i 2007 med en række anbefalinger i forhold til regionernes videre arbejde med tilrettelæggelse af det akutte beredskab (Sundhedsstyrelsen 2007). Heri spiller akutmodtagelserne en væsentlig rolle. I oplægget definerer Sundhedsstyrelsen begrebet akutmodtagelse på denne måde:

”Ved betegnelsen ”fælles akutmodtagelse” forstås en fælles fysisk lokalitet på et sygehus beliggende på én matrikel, hvortil akut syge eller tilskadekomne patienter kan visiteres eller indbringes, og hvor der er mulighed for diagnostik og behandling med akut lægelig bistand fra flere specialer, uanset om behandlingen kan ske i en skadestue eller kræver indlæggelse. Akutmodtagelsen er bemannet med læger, sygeplejersker og andet personale”.

Sundhedsstyrelsen formulerer i udspillet forventningerne til akutmodtagelserne på denne måde:

”Forventningen til det akutte beredskab er: Høj ensartet faglig kvalitet, sammenhængende patientforløb og optimal udnyttelse af ressourcerne – uanset tid og sted”.

I oplægget beskriver Sundhedsstyrelsen behovet for samling af modtagelsen af de akutte patienter med henvisning til behov for tilstedeværelse af og samarbejde mellem læger fra flere specialer.

Oplægget beskriver også, at der ved betegnelsen speciallæge i oplægget forstås læge med speciallægeuddannelse eller læge i sidste år af speciallægeuddannelsen.

Oplægget indeholder et særligt afsnit vedrørende kvalitet, retningslinjer, dokumentation og forskning. Heraf fremgår, at der bør etableres et landsdækkende samarbejde mellem de fælles akutmodtagelser og det præhospitale beredskab om kvalitetsudvikling, herunder patientsikkerhed, samt at der bør udarbejdes fælles nationale retningslinjer for den fælles akutmodtagelse på både hovedfunktionsniveau og højt specialiseret niveau.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende akutområdet er gengivet i bilag 2.

Den Danske Kvalitetsmodel

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er et fælles kvalitetsudviklingssystem for det danske sundhedsvæsen. International Society for Healthcare, som verden over sikrer kvaliteten af nationale sundhedssektorerers akkrediteringsprogrammer, anerkendte i 2008 de 104 akkrediteringsstandarder, som blev udviklet til denne første udgave af DDKM (IKAS).

En lang række af akkrediteringsstandarderne gælder for både akutmodtagelserne og alle andre afdelinger. To af standarderne er specielt relevante for akutmodtagelserne.

Standard 2.5.1 Visitation af akutte patienter til korrekt enhed indebærer, at patienten efter modtagelsen visiteres til den mest hensigtsmæssige enhed under hensyntagen til patientens samlede helbredsmæssige tilstand. Indikator for standarden er, at der foreligger retningslinjer for intern visitation af akut indlagte patienter.

Standard 2.6.1 Akutmodtagelser indebærer, at akutmodtagelser har adgang til relevante specialister/funktioner i hele åbningstiden. Standarden er dermed et forsøg på at operationalisere visionen om patientens hurtige møde med relevante specialister tidligt i forløbet. Indikatoren indeholder ikke krav om hverken speciallægenes rolle i forbindelse med modtagelse og diagnosticering af de akutte patienter eller om aftaler med hospitalets øvrige afdelinger om speciallægeassistance.

Fra januar 2013 udgår de to ovennævnte standarder. I stedet kommer en ny standard, 2.7.6 *Behandling af den enkelte akutte patient* (IKAS). Standarden indebærer, at behandlingen af den akutte patient styres af en behandlingsplan, der systematisk justeres på baggrund af en løbende vurdering af patienten.

Med den ny standard lægges vægt på en behandlingsplan, mens der ikke som i de tidligere standarder tales om adgang til specialister.

5.1.2 Udspil på regionalt niveau

På baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger er der etableret 21 akutmodtagelser fordelt på de fem regioner. Sundhedsstyrelsens eksplicitte formål med at samle den akutte modtagelse på færre matrikler var som ovenfor beskrevet at styrke det sammenhængende patientforløb og sikre en høj kvalitet i behandlingen.

Kvalitetsforbedringer i forhold til de akutte patienter er også de bærende argumenter for etablering af de nye akutmodtagelser i de fem regioners planlægningsgrundlag fra 2007.

Region Syddanmarks akutplan "Fremtidens Sygehuse i Region Syddanmark" (Region Syddanmark 2007) beskriver således baggrunden for etablering af den nye sygehusstruktur på denne måde:

"Visionen for den nye sygehusstruktur er at sikre højest mulig kvalitet i modtagelse, udredning og behandling af akutte patienter. Borgerne skal kunne regne med dette høje kvalitetsniveau, uanset om man indlægges dag, aften, nat eller weekend".

Også af Region Midtjyllands Akutplan fra 2007 fremgår det, at formålet med at ændre sygehusstrukturen er at øge kvaliteten for patienterne (Region Midtjylland 2007). I planen står der b.l.a., at:

"Det akutte beredskab organiseres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger med det formål at sikre og opprioritere kvaliteten i behandlingen af den akutte patient".

Oplæg til ny struktur på sygehusområdet, inkl. forslag til organisering af akutområdet i Region Sjælland, fremgår af "Sygehusplan 2007" (Region Sjælland 2007). Også i 2008 udarbejdede en akut-baggrundsgruppe under regionen en rapport om rammer og principper for FAM (Fælles Akutmodtagelse) i regionen (Akut-Baggrundsgruppen 2008). Heraf fremgik om formålet med akutmodtagelserne:

"Formålet med at omlægge modtagelsen af akutte patienter er først og fremmest at højne kvaliteten af det samlede akutte patientforløb, således at patienterne behandles hurtigere, får en fagligt mere optimal behandling og oplever færre overgange mellem afdelinger".

Region Hovedstaden ville som de øvrige regioner samle akutindsatsen på færre enheder. Af "Hospitalsplan 2007" (Region Hovedstaden 2007) fremgår følgende sundhedspolitiske hensigtserklæring for akutområdet:

"Akut behandling skal kunne leveres med den samme høje kvalitet døgnet rundt – året rundt. Borgerne skal have en let adgang til en kompetent døgndækket akutbetjening og relevant præhospital behandling. Det akutte beredskab skal være enstrengt. Det betyder, at overvejelser om sammenlægning af skadestuer og lægevagt skal indtænkes.

Alle, der kommer til skade eller bliver syge, skal kunne forvente en hurtig og kvalificeret vej til den rette hjælp. En ny opbygning af akutsystemerne er nødvendig, og hospitalsplanen skal rumme forslag til, hvordan der bliver mulighed for højkvalificeret hjælp i rimelig nærhed".

Region Nordjylland beskriver i "Udkast til strukturplan for det somatiske sygehusvæsen i Region Nordjylland" (Region Nordjylland 2007) filosofien bag de fælles akutmodtagelser på denne måde:

"Der foreslås etableret fælles akutmodtagelser. Sundhedsstyrelsen anbefaler i sin rapport om det akutte beredskab i Danmark, at der nedlægges et antal skadestuer, og at der i stedet etableres fælles akutmodtagelser med større befolkningsunderlag. Fælles akutmodtagelser adskiller sig fra traditionelle skadestuer ved at være bredere dækket ind speciallægemæssigt. Filosofien bag de fælles akutmodtagelser er at bruge speciallægerne aktivt i modtagelsen, så patienterne bliver diagnosticerede med det samme og kan komme videre til den relevante afdeling og komme hurtigt i gang med behandlingen. Det mindsker, sammen med udvidede ambulatoriefunktioner, liggetiden på sygehuse til gavn for patienterne".

Regionernes udspil om ændringer i sygehusstrukturen og etablering af fælles akutmodtagelser fra 2007 tog således alle, i større eller mindre grad, udgangspunkt i et formuleret ønske om at styrke kvaliteten for de akutte patienter.

5.1.3 Lokalt niveau

Generelt gælder, at det af hospitalernes planlægningsmateriale fra opstartsårene – typisk 2009-2010 – fremgår, at formålet med etablering af akutmodtagelsen er at øge kvaliteten i behandlingen af de akutte patienter. Der henvises både til de regionale planlægningsgrundlag og til udspillet fra Sundhedsstyrelsen. Nogle steder nævnes økonomi ikke, andre steder beskrives etablering af akutmodtagelserne som et nul-sumsspil, der skal realiseres gennem omfordeling af midler, men uden besparelser.

5.2 Effektivisering og flow

Som udgangspunkt blev tanken om etablering af nye, større akutmodtagelser lanceret som et tiltag, der skulle sikre højere og mere ensartet kvalitet i den akutte behandling i Danmark. Dagsordenen blev imidlertid hurtigt bredere og kom til også at omfatte fokus på øget effektivisering af de akutte patientforløb. Den udvikling er i fokus i dette afsnit.

5.2.1 Nationalt niveau

Sideløbende med processen omkring akutudspillet afsatte regeringen 25 mia. kr. i 2007 i en kvalitetsfond til statslig medfinansiering af investeringer i nyt sygehusbyggeri (Regerin-

gens ekspertpanel vedr. sygehusinvesteringer 2008). Da der var bred enighed om, at den ønskede ændring af hospitalsstrukturen ikke kunne ske uden samling af funktioner, blev der nedsat et ekspertpanel med Erik Juhl som formand, som fik til opgave at vurdere regionernes ansøgninger om kvalitetsfondsstøtte til en ny sygehusstruktur. Ekspertpanelet har gennemlæst og vurderet regionernes projektplaner i et langsigtet perspektiv, og på den baggrund har de prioriteret de statslige midler til nyt sygehusbyggeri (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2012).

Af ekspertpanelets indstillinger fremgår, at der generelt lægges op til effektiviseringer i forbindelse med de nye byggerier. Dette ses både af ekspertpanelets to rapporter fra henholdsvis 2008 og 2010 (Regeringens ekspertpanel vedr. sygehusinvesteringer 2008, Regeringens ekspertpanel vedr. sygehusinvesteringer 2010a) og af de konkrete tilbagemeldinger til regionerne om tilskud til sygehusbyggeri (Regeringens ekspertpanel vedr. sygehusinvesteringer 2010b, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2012).

Af de overordnede udmeldinger fremgår, at ekspertpanelet vurderer, at det nye byggeri bør medføre, at der kan spares på den løbende drift. I forbindelse med de første tilbagemeldinger fra 2008 (Regeringens ekspertpanel vedr. sygehusinvesteringer 2008) har ekspertpanelet benyttet sig af følgende formulering i forbindelse med betingelser for endeligt tilsagn:

- *at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede enheder, der ligger ud over de almindelige løbende produktivitetsændringer i sygehusvæsenet. Niveaulet fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.*

I de endelige tilsagn er formuleringerne præciseret, fx forudsættes det, at der i forbindelse med DNU-byggeriet i Region Midtjylland findes driftsbesparelser på 8 % (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010), mens der i forbindelse med byggeriet ved Aalborg Universitetshospital forudsættes en driftsbesparelse på 6 % (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2012).

Ekspertudvalget lægger således generelt til grund, at der realiseres effektivitetsbesparelser i forbindelse med byggeri af de nye sygehuse. De nationale forventninger afspejler sig meget naturligt i de regionale planlægningsgrundlag.

5.2.2 Regionalt niveau

Fra 2007 til 2013 kan man i de regionale planlægningsgrundlag finde formuleringer, der peger på, at de nye akutmodtagelser gennem bedre organisering skal medvirke til effektivisering af patientforløbene med deraf følgende besparelser.

Tydeligst ses dette i Rapport om Fælles Akutmodtagelser (FAM) i Region Syddanmark fra august 2009 (Region Syddanmark 2009). Her lægger den arbejdsgruppe, der skal se på dimensionering af de nye FAM-byggerier, følgende forudsætninger til grund:

"Udover den effektiviseringsgevinst, som følger af regionens fremskrivningsmodel frem til 2020, forventes en effektiviseringsgevinst på yderligere 10-20 % i FAM. Dette som følge af den ændrede organisering og behandling af akutte patienter".

De øvrige regioner er knap så eksplicite om størrelsen af de forventede effektiviseringsgevinster, men også af deres planlægningsgrundlag fremgår, at et selvstændigt formål med de nye akutmodtagelser er øget effektivitet. Region Hovedstaden udarbejdede i 2008 "Anbefalinger for funktionsplanlægning af akutmodtagelser i Region Hovedstaden" (Region Hovedstaden 2008). Heraf fremgår vedrørende dimensionering af de nye akutmodtagelser:

"Endvidere er forudsat en mere effektiv udredning som resultat af accelererede patientforløb med flere speciallæger og hurtigere adgang hertil, samt hurtig diagnosticering på grund af adgang til diagnostiske faciliteter i akutmodtagelsen".

I Region Nordjylland lægges der i "Plan for sygehuse og speciallægepraksis" (Region Nordjylland 2012a) stor vægt på akutmodtagelsernes særlige rolle i forhold til at skabe flow og mere effektive patientforløb:

"På akutområdet retter indsatserne sig i høj grad mod at skabe et bedre flow i hele den akutte indsats på tværs af sektorer. Derudover fokuseres på at sikre et optimalt flow i den akutte indsats på akutmodtagelserne på regionens sygehuse, bl.a. i form af opgaveglidningsprojekter samt ved vedvarende fokus på at sikre, at opgavefordelingen og overdragelsen mellem de forskellige aktører i alle henseender understøtter optimale og sammenhængende patientforløb af høj faglig kvalitet".

Det samme gør sig gældende i Region Midtjylland, hvilket bl.a. kan ses af notatet Rammer for akutafdelingerne (Region Midtjylland 2012):

"Det er væsentligt at sikre, at der ikke opstår u hensigtsmæssige flaskehalse i patientflow. Patienter, der har fået godkendt behandlingsplan og er konfereret med modtagende afdeling, skal umiddelbart modtages i stationære afdelinger. Der kan dog dispenseres herfor i natperioden (kl. 23.00-07.30) af hensyn til den lavere normering i andre sengeafsnit. Målet er at færdigbehandle de patienter, der kan færdigbehandles i Akutafdelingen og derved undgå overflytninger mellem Akutafdelingen og anden afdeling/afsnit. Triage er med til at skabe flow i akutafdelingen. Patienter med tidskritiske sygdomme skal behandles hurtigt, men dette skal foregå, imens andre syge kirurgiske og medicinske patienter håndteres sideløbende. Bemandingen skal afspejle gennemstrømningen af patienter med henblik på at undgå u hensigtsmæssige flaskehalse uanset patientens tilstand".

Helt tilbage i 2008 lægger Region Sjælland i notatet "Akutmodtagelser i Region Sjælland – rammer og principper" (Akut-Baggrundsgruppen 2008) vægt på, at akutmodtagelserne kommer til at sikre hurtigere patientforløb:

"Formålet med at omlægge modtagelsen af akutte patienter er først og fremmest at højne kvaliteten af det samlede akutte patientforløb, således at patienterne behandles hurtigere, får en fagligt mere optimal behandling og oplever færre overgange mellem afdelinger".

5.2.3 Lokalt niveau

Også lokalt på hospitalerne bliver økonomi og økonomiske rammer mere fremtrædende mål over tid. På to af de undersøgte akuthospitaler bliver effektivisering en eksplicit præmis og

et selvstændigt formål med etablering af akutmodtagelsen. På et af de to sidste akuthospitaler fremgår det af referater mv., at de økonomiske rammer i forhold til etablering af en fuldt fungerende akutmodtagelse er udfordret, fordi det ikke i første omgang er muligt at skaffe finansiering til fuld bemanning af akutafdelingen ved omflytning af midler internt på hospitalet.

5.3 Mål vedrørende ventetid og procestider

På sundhedsområdet kan grænsen mellem servicemål, mål vedrørende effektivitet og mål vedrørende faglige indsatsområder være flydende. Det gælder ikke mindst mål for ventetider i forhold til forskellige områder. I dette afsnit beskrives både nationale og regionale mål vedrørende ventetider/procestider, uanset om der er tale om politiske servicemål, eller mål der hænger sammen med faglige indsatser.

5.3.1 Nationalt niveau

Som nævnt tidligere i kapitlet lagde Danske Regioner allerede i debatoplæg om Fremtidens Sammenhængende Akutsystem (Danske Regioner 2009) op til, at der blev indført servicemål på det akutte område. Dette blev i 2012 fulgt op af Regeringens Akutudvalg (udvalget om det præhospitale beredskab). Udvalget udkom i maj 2012 med en status og en række anbefalinger vedrørende service og ventetider i akutmodtagelserne i Danmark (Akutudvalget (Udvalget om det præhospitale akutberedskab) 2012).

Vedrørende ventetider anbefalede udvalget:

- Udvalget konstaterer og bakker op om, at alle akutte patienter triageres ved ankomst til akutmodtagelse med udgangspunkt i regionernes landsdækkende triagemodeller, så det sikres, at patienterne bliver vurderet og behandlet efter alvorlighedsgrad. Regionernes triagemodeller skal anvendes ensartet på tværs af landet.
- Patienterne oplyses om de forventede ventetider, inden de ankommer til akutmodtagelse eller akutklinik. Det kan være telefonisk i forbindelse med visitation, via hjemmeside, akut app eller andet.
- Patienterne oplyses om de forventede ventetider, når de ankommer til akutmodtagelsen eller akutklinikken, og hvis der opstår uforudsete forsinkelser eller væsentlige ændringer undervejs. Det kan være i forbindelse med triage eller på elektroniske oversigtstavler/informationsskærme i venteværelset.
- Der indføres mulighed for "hjemme-ventetid" for patienter med mindre skader eller lidelser, således at denne gruppe af patienter får mulighed for at vente i hjemmet i stedet for at vente i akutmodtagelse eller akutklinik.
- Udvalget konstaterer og bakker op om, at regionerne i fællesskab etablerer en landsdækkende akut app, som på en let og overskuelig måde kan informere patienterne om bl.a. forventede ventetider i akutmodtagelser og akutklinikker.
- Samtlige regioner opstiller servicemål for ventetider i akutmodtagelser og akutklinikker – forstået som ventetid fra patienten ankommer, til behandlingen igangsættes.

- Servicemålene er genstand for løbende monitorering i forhold til målopfyldelse, hvilket dels skal bidrage til åbenhed over for borgerne, dels fungere som styringsinstrument mellem region og hospital.

Nedenfor beskrives regionernes omsætning af disse overordnede mål til den konkrete, regionale kontekst.

5.3.2 Regionalt niveau

Regionerne har alle opstillet en række servicemål på det akutte område. Vedrørende akutmodtagelserne drejer det sig især om ventetider på første kontakt, information, tid til patienten ses af en speciallæge, triagering og tid til behandlingsplan.

De regionale servicemål fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 5.1 De regionale servicemål

	Ventetid skadestue/første behandlingskontakt	Ventetid skadestue/klinik	Information om ventetid	Triage	Set af speciallæge	Behandlingsplan
Region Hovedstaden	1 time (50 %) 4 timer (95 %)	Som skadestue	Mindst 90 %	Alle	1 time	?
Region Sjælland	1 time (85 %)	Som skadestue	Alle	Alle	?	?
Region Syddanmark	1 time (75 %) 3 timer (95 %)	1 time (95 %)	Alle INFO-TV App	Alle	½ time	4 timer
Region Midtjylland	½ time (95 %)	Silkeborg, Holstebro ½ time (95 %) Grenå, Skive, Ringkøbing 1 time (95%)	Alle eller alle med ventetid >30 min.	Alle	1 time	4 timer
Region Nordjylland	1 time (85 %)	Som skadestue	Mindst 90 %	Alle Inden 10 min.	½ time	?

Kilder: (Akutudvalget (Udvalget om det præhospitale akutberedskab) 2012, Region Hovedstaden 2012, Region Sjælland 2012, Region Syddanmark 2011, Region Nordjylland 2012b, Region Midtjylland 2013).

Regionerne har således alle fulgt opfordringen fra Sundhedsstyrelsen til at opstille mål vedrørende ventetider i akutmodtagelserne. Samtidig er der opmærksomhed omkring information om ventetid, og i alle regioner triageres de akutte patienter. Fire af regionerne har opstillet servicemål for, hvor længe der må gå, før patienten ses af en speciallæge, og i to af regionerne er der også mål for, hvornår der skal være lagt en behandlingsplan.

5.4 Forventninger, kvalitet og mål på tværs

Som det ses af ovenstående afsnit om kvalitet, effektivitet og ventetidsmål mv., er der en lang række forskellige forventninger til akuthospitalerne og ikke mindst de nyetablerede akutmodtagelser landet over.

Ønske om øget kvalitet – forstået som faglig kvalitet, hvor patienten hurtigt mødes af det relevante personale, bliver diagnosticeret og sat i behandling – har været i fokus fra første færd. Både faglige organisationer, de nationale myndigheder og institutioner samt regioner og hospitalsledelser lægger stor vægt på, at de akutte patienter gennem ændret organisering af arbejdet med patientforløbene får en bedre behandling. I den sammenhæng lægges både vægt på en hurtigere adgang til specialiseret indsats og på hurtigere arbejdsgange i forbindelse med diagnosticering.

Samtidig med det fælles ønske om at øge kvaliteten i behandlingen af de akutte patienter er effektivisering og forventning om realisering af besparelspotentialer også blevet en stærk, selvstændig dagsorden på området. Af både de nationale udspil og de regionale planlægningsgrundlag fremgår, at det forventes af de nye akuthospitaler, og ikke mindst de nye akutmodtagelser, at ny organisering og nye rammer vil medføre betydelige effektiviseringsgevinster.

6 Kvalitetsmål i akutafdelingerne

I dette kapitel beskriver vi, hvilke kvalitetsmål akutafdelingsledelserne allerede har, hvordan de opleves, samt hvilke kvalitetsmål akutafdelingsledelserne finder relevante fremadrettet.

Med inspiration i det engelske arbejde med kvalitetsindikatorer på akutområdet er de forskellige typer af mål inddelt i fire kategorier. De tre engelske kategorier, der omhandler effektivitet, patientsikkerhed og patientoplevelse, er således suppleret med mål vedrørende organisation.

6.1 Afdelingernes erfaringer med kvalitetsmål

Informanterne er blevet spurgt om deres holdning til en række forskellige mål. Desuden er de blevet spurgt, om der er mål, de savner eller gerne vil være foruden. Målene er med inspiration i den engelske model for måling af kvalitet i akutmodtagelserne delt op i fire underkategorier:

- Mål vedrørende effektivitet
- Mål vedrørende patientsikkerhed
- Mål vedrørende patientoplevelse
- Mål vedrørende organisation

Nedenfor er afdelingsledelsernes erfaringer med, og holdninger til, de forskellige måltyper gennemgået.

6.1.1 Mål vedrørende effektivitet

I både telefoninterview og efterfølgende individuelle/fokusgruppeinterviews har mål vedrørende effektivitet fyldt en del. Det er dels udtryk for, at mål vedrørende effektivitet allerede er et af de områder, der er meget fokus på i akutmodtagelserne, dels udtryk for at det er procesmål, som er relativt nemme at måle på. Nedenfor er oplistet de effektivitetsmål, afdelingsledelserne enten har erfaring med eller foreslår anvendt fremover:

1. Ventetidsmål
2. Faciliteter og diagnostik
3. Tid på akutafdelingen og udskrivelsesprocenter
4. Epikriser og Fejlindlæggelser

I det følgende gennemgås input fra afdelingsledelserne vedrørende de enkelte delområder.

Ventetidsmål

Ventetidsmål er et stærkt politiseret område. Der er, som det ses af tabel 5.1 i afsnit 5.3.2, også stor forskel på, hvordan servicemål om ventetid i skadestuen/akutmodtagelsen er formuleret i de enkelte regioner. Ventetidsmålene varierer mellem en målsætning om, at

100 % af patienterne i akutmodtagelsen er triageret inden for ti minutter, til et mål om maks. ventetid på fire timer for op til 50 % af de "blå" (mindre alvorligt tilskadekomne) patienter.

Der er også diskussion om, hvorvidt ventetid er et godt – eller i hvert fald et realistisk – kvalitetsmål. Der er i overvejende grad tilslutning til, at det er rimeligt med mål, der sikrer, at de patienter, der fejler noget ud over småskader, hurtigt ses og triageres. Men især hvor der er uvisiteret adgang til akutmodtagelsen, opfattes servicemålene vedrørende ventetider for de blå patienter – skadestuepatienterne – som urealistiske (senest i foråret 2014 indføres visiteret adgang til akutmodtagelser i alle regioner (Akutudvalget (Udvalget om det præhospitale akutberedskab) 2012). Flere af de interviewede gør opmærksom på, at det at indføre specifikke ventetidsmål for alle patienter kan være med til at underminere værdien af triagen, der netop skal sikre, at ressourcerne fordeles, så de, der har størst behov for at blive set hurtigt, også prioriteres først i køen.

Akutfdelingslederne er også blevet spurgt, om det er relevant at have et mål for, hvornår der skal foreligge en behandlingsplan. Tilbagemeldingerne er varierende. De fleste mener, at det er et relevant mål, men flere gør opmærksom på, at det kan være svært at afgøre, hvornår der er lagt en plan. I den forbindelse peger informanterne på flere udfordringer. For det første kan det være svært at afgøre det præcise skæringstidspunkt for, om der er lagt en plan – der lægges jo en plan allerede i forbindelse med udredning af patienten. For det andet kan der være et logistisk problem i forhold til opgørelse af tidspunktet for, hvornår planen er lagt. Er det, når lægen ser patienten og mundtligt overleverer besked om de første behandlingsinitiativer til sygeplejersken? Når planen dikteres? Eller når den er færdigskrevet af sekretæren?

Faciliteter og diagnostik

Blandt vores interviewpersoner er der enighed om, at det er væsentligt, at de rette faciliteter er tilgængelige for akutfdelingen. Vores informanter mener, at det ikke er et kvalitetsmål i sig selv, at der eksempelvis er røntgenudstyr i selve afdelingen. Derimod er placeringen i fysisk nærhed til afdelingen relevant, da det kan nedsætte tiden til foretagelse af undersøgelser. De fleste afdelingsledere mener også, at det er relevant at sætte mål for de forskellige led i den diagnostiske proces – hvor lang tid går der, fra en prøve er bestilt, til der foreligger svar? Og hvor lang tid går der, fra svaret foreligger, til der handles på det?

I dag måles der ikke i særlig vid udstrækning på den tid, der går med de forskellige delprocesser, primært fordi en række procesdata enten ikke registreres eller er svært tilgængelige for opfølgning. Flere af vores informanter peger dog på, at en række af disse data forventes at kunne trækkes helt ukompliceret, i takt med at der etableres nye systemer til understøttelse af den kliniske logistik.

En enkelt af vores interviewpersoner påpeger, at det for ham er væsentligere at få hurtige prøvesvar mv. på patienter, der vurderes til ikke at skulle indlægges, end på patienter som er stabile, men sygehuskrævende. Hurtig afklaring af en patient, der ikke skal indlægges, frigør ressourcer i afdelingen og giver dermed på den lange bane mere tid til den dårlige patient. Der er derved en potentiel konflikt mellem triage-/indikator mål, der vil opprioritere

hurtig afklaring af de dårligste patienter, med mål om effektivitet og flow, som bedst understøttes af hurtig afklaring af de letteste patienter.

Tid på akutafdeling og udskrivelsesprocenter

Tid på akutafdelingen efter afklaring, antal timer i akutmodtagelsessenge og procentdel af patienterne, der udskrives fra akutafdelingen uden at have været indlagt på andre afdelinger, er alle mål, der hænger sammen med den organisering, der i øvrigt er valgt på hospitalet. Vores interviewpersoner er enige om, at man godt kan have mål for ophold på akutafdelingen, efter patienten er afklaret, og mål for maksimal opholdstid på sengeafsnit i akutmodtagelsen. Men de påpeger, at målene må kædes tæt sammen med de lokale beslutninger om dimensionering af de forskellige afdelinger, og de aftaler der træffes på det enkelte hospital om, hvordan akutafdelingens senge skal bruges, og hvornår i forløbet en akut patient skal overflyttes til et sengeafsnit i en specialafdeling.

Denne pointe er i overensstemmelse med det generelle billede fra litteraturgennemgangen i kapitel 2.

Samarbejde med de praktiserende læger

Omkring samarbejde og dialog med de praktiserende læger peger flere på hurtig og effektiv videreformidling af epikriser til almen praksis som et oplagt fokuspunkt – og et hvor data er let tilgængelig. Flere af de afdelingsledelser, vi har talt med, arbejder allerede systematisk med opfølgning på videreformidling af epikriser som et kvalitetsmål.

Der er også informanter, som peger på muligheden for at følge op på den enkelte praktiserende læges indlæggelsesmønster. En kombination af analyse af de praktiserende lægers mønster for indlæggelse af patienter og dialog om udskrivningsmønstre og epikriser foreslås at kunne danne udgangspunkt for løbende dialog med almen praksis om, hvornår forskellige patientgrupper har behov for indlæggelse, og hvornår alternative ambulante tilbud kan være en mulighed.

6.1.2 Mål vedrørende patientsikkerhed

Også mere faglige mål fylder allerede en del i akutmodtagelserne. Nogle af målene – som fx en del af de mål, der er knyttet op på triagen – indebærer også mål, der kan opfattes som effektivitetsmål. Et eksempel på dette kan være konkrete mål for, hvor hurtigt en patient med bestemte symptomer, der er triageret rød 2, skal ses af en læge fra et konkret speciale. Forskellen mellem måltyperne er, at det i forbindelse med triage er patientsikkerheden – det faglige indhold i ydelsen – der er styrende for fastlæggelse af målet. Mere generelle aftaler om korte ventetider og hurtig afklaring af patienten kan have andre formål end de rent sundhedsfaglige. Konkret har afdelingerne erfaringer med eller forslag om følgende typer af patientsikkerhedsmål:

² Triagekategorien rød omfatter de mest tidskritisk syge patienter.

- Mål i tilknytning til triage
- NIP-mål, eksisterende og nye
- Genindlæggelse
- Fejlvisitering til afdelingerne
- Målene fra Den Danske Kvalitetsmodel

I det følgende gennemgås input fra afdelingsledelserne vedrørende de enkelte delområder.

Mål i tilknytning til triage/symptomer

Blandt de adspurgte afdelingsledere er der overordnet enighed om, at aftaler om tid til tilsyn, lægefagligt niveau og observation, der er knyttet op på triagen, er relevante kvalitetsmål. De fleste hospitaler bruger den nationale triageringsmodel, hvor der på baggrund af patientens score opstilles mål for bl.a. tid til tilsyn. Triageringen bruges således til at opstille forventninger til ventetider og er på den måde med til at styre den initiale behandling. Dette er med til at sikre, at de sygeste patienter ses først.

I Region Syddanmark understøttes arbejdet med triage meget konsekvent med udvikling af akutpakker³ (Region Syddanmark 2011), der med udgangspunkt i symptomer opstiller køreplaner for en række forskellige akutte patientforløb. Akutpakkerne beskriver både tidsforløb, anvendelse af ressourcer som fx speciallæger og konkrete kliniske udredningsforløb. Også på flere af de hospitaler, vi har besøgt, arbejdes der med beskrivelse af konkrete patientforløb/beslutningsstøtteværktøjer bygget op omkring de symptomer, patienterne præsenterer sig med.

Flere påpeger dog også, at triagen primært handler om at hastegradvurdere, og at denne vurdering kan undermineres af lokale servicemål, fx mål om, at alle skal ses af en speciallæge inden en time.

NIP-mål, eksisterende og nye

Flere af de adspurgte akutafdelingsledelser peger på faglige kvalitetsmål som et oplagt udviklingsområde for akutmodtagelserne og de akutte patientforløb. En enkelt peger på muligheden for at udvikle en konkret ny standard – NIP-akut, der fx kunne indeholde en række procesmål: eksempelvis blev patienten triageret, tilset af speciallæge inden for en på forhånd fastlagt tidskategori, blev der igangsat relevant initialbehandling, inden for hvilken tid blev undersøgelser bestilt, og hvornår lå der svar. Andre peger på mere specifikke sundhedsfaglige mål, fx NIP-indikatorer for sepsisbehandling og traumemodtagelse som områder, der ville være meget relevante i forhold til at sikre bedst mulige forløb for de akutte patienter.

På Odense Universitetshospital oplyser vores interviewpersoner, at der er igangsat et tværfagligt arbejde med at udvikle faglige kvalitetsmål for akutområdet med inspiration i eksisterende NIP-mål.

³ Tidligere standardiserede tidsstyrede patientforløb.

Genindlæggelse

Flere af akutafdelingsledelserne peger på, at en måde at undersøge kvaliteten af den samlede indsats i forhold til de akutte patienter kan være at se på antallet af genindlæggelser inden 30 dage. Som kvalitetsmål er genindlæggelser efter deres opfattelse en god indikator for, om det generelt er lykkedes både at yde den rette indsats på hospitalet og sikre god overlevering og fortsat opfølgning i primærsektoren. Høj målopfyldelse (lig med et faldende antal genindlæggelser) indikerer, at det generelt går godt. Lav eller svingende målopfyldelse (lig mange eller meget varierende antal genindlæggelser) peger på udfordringer i forløbet. En udfordring ved at benytte antal genindlæggelser som kvalitetsmål er, at høje tal for genindlæggelser nok tyder på problemer, men ikke kan pege på, hvor i systemet problemerne opstår. Så hvis antal genindlæggelser tyder på uhensigtsmæssigheder, fordrer en løsning af udfordringerne en nærmere analyse af patientforløbene. Samtidig kan antallet af genindlæggelser også afspejle forskelle i befolkningssammensætning. Litteraturanalysen peger her på, at genindlæggelsesprocenten kan afspejle lokalsamfundets andel af komplekse og/eller socialt belastede patienter.

Fejlvisitering til afdelingerne?

En af de afdelingsledere, vi har talt med, har foreslået et nyt kvalitetsmål, der både knytter sig til effektivitet og patientsikkerhed. Fokus er her niveauet for fejlvisitation fra akutafdelingen til specialafdelingerne. Hvor ofte sker det, at en patient henvises til en forkert afdeling? Flere af vores informanter peger på, at opfølgning på denne type mål egner sig bedre til enten daglig dialog, når problemet opstår, eller lejlighedsvis audits end til løbende registrering.

Den Danske Kvalitetsmodel

Vedrørende målene for akutmodtagelser i Den Danske Kvalitetsmodel er der alene spurgt ind til dette i forbindelse med en interviewrunde på ti hospitaler. Den overvejende holdning blandt de interviewede var, at de eksisterende mål i Den Danske Kvalitetsmodel, der gælder for akutmodtagelser, er relevante. En enkelt af de interviewede understreger dog, at en række af de ting, der måles på, både generelt og specifikt for akutmodtagelsen er tomme mål, som ikke reelt fortæller noget om kvaliteten af den indsats, som patienterne modtager.

6.1.3 Mål vedrørende patientoplevelse

Alle afdelingsledelser har allerede i dag fokus på patienttilfredshed i en eller anden form. Konkret har afdelingerne erfaringer med eller forslag om følgende typer af patientoplevelsesmål:

- Patienttilfredshed
- Patientklager

Nedenfor gennemgås erfaringer og forslag på de to områder.

Patienttilfredshed

Blandt vores interviewpersoner er der generelt enighed om, at patienttilfredshed er en relevant parameter i forhold til at vurdere kvaliteten af den akutte behandling. Flere peger på Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) (Enheden for Brugerundersøgelser 2012) som en relevant kilde til information om patienters oplevelser af det akutte patientforløb. Flere påpeger, at det her er muligt at få konkret viden på et særligt område, hvis man tidligt går i dialog med de lokale tovholdere for dataindsamlingsprocessen, fordi de generelle, nationale spørgsmål kan suppleres med lokale spørgsmål. Andre arbejder med lokale patienttilfredshedsundersøgelser eller har opsat ris og ros kasser på afdelingen. Vedrørende LUP er der dog blandt informanterne også det synspunkt, at LUP i den nuværende form ikke er dækkende for den samlede patienttilfredshed i en akutafdeling, da den fx ikke ser på de hurtige forløb, hvor patienter bliver udskrevet inden for det første døgn.

Patientklager

En række af de afdelingsledere, vi har talt med, peger også på, at både antallet af patientklager og det konkrete indhold i klagerne er væsentlige udtryk for, hvordan det går med kvaliteten af indsatsen i forhold til de akutte patienter. Samtidig kan indholdet i klagerne være med til at pege specifikt på, hvor der er udfordringer i organisationen.

6.1.4 Mål vedrørende organisation

De organisatoriske mål er dem, der er størst uenighed om akutmodtagelserne imellem. Uenighederne afspejler i vid udstrækning, at akutmodtagelserne har meget forskellige rammer og vilkår – der er fx stor forskel på, hvor stort optageområde hospitalerne har, og hvordan det hospital, akutmodtagelserne er en del af, er organiseret.

Konkret har vi diskuteret følgende typer af organisatoriske mål med alle de interviewede akutafdelingsledere:

- Mål vedrørende tilsyn og tilstedeværelse af speciallæger
- Mål vedrørende aftaler om tilkald af speciallæger
- Mål vedrørende personalets uddannelse og kompetencer

Disse mål hænger sammen med de overordnede udmeldinger om formålet med etablering af akutmodtagelser, nemlig mere effektive patientforløb, hvor patienterne mødes tidligt af de relevante kompetencer. I det følgende præsenteres de synspunkter, vi er stødt på vedrørende kvalitetsmål i forhold til organisation.

Mål vedrørende tilsyn og tilstedeværelse af speciallæger

Mål vedrørende speciallægerne rolle i akutmodtagelsen – nærmere bestemt spørgsmålet, om alle patienter skal ses af en speciallæge – er et område, hvor meningerne er delte. Det samme gælder bemanning med og tilstedeværelse af speciallæger i akutmodtagelsen.

Holdningerne varierer til, om alle akutte patienter skal ses af en speciallæge, og om det i givet fald er relevant at fastsætte en maksimal tidsramme for tilsynet.

Overordnet set er holdningen blandt vores interviewpersoner, at der bør skelnes mellem lette skadepatienter – dem der i forbindelse med triagen kommer i det blå spor – og andre akutte patienter. Patienter i det blå spor kan de fleste steder færdigbehandles af en yngre læge og en behandlersygeplejerske – nogle steder af behandlersygeplejerske alene.

Men også vedrørende speciallægenes rolle i de øvrige patientforløb er der varierende holdninger blandt vores interviewpersoner. En række steder er målet, at alle akutte patienter ses af en speciallæge. Nogle steder gennemføres målsætningen ved, at en speciallæge deltag i triagen. Andre steder er holdningen, at ikke alle patienter skal ses af speciallæge, men at der altid skal være en speciallæge tæt inde over forløbet som sparring for de yngre læger, der har den umiddelbare patientkontakt. Endelig er der også akutafdelingsledelser, som principielt gerne vil involvere speciallæger i form af akutlæger i alle de akutte patientforløb (undtagen de blå), men ikke har mulighed for det, fordi der ikke er ressourcer til det. Både holdningen til, om alle bør ses af en speciallæge, og de reelle muligheder for at opfylde målene har betydning for, om akutafdelingsledelserne finder det relevant at opstille kvalitetsmål vedrørende tilsyn af speciallæge.

Tilbagemeldingerne varierer i forbindelse med spørgsmålet om tilstedeværelsesvagt af bestemte specialer i akutmodtagelsen som kvalitetsmål. Blandt akutafdelingsledelsesrepræsentanterne fra de 19 adspurgte hospitaler er vurderingen hos de 12, at tilstedeværelsesvagt af en række speciallægekompetencer i akutafdelingen et relevant kvalitetsmål. Som relevante specialer nævner størstedelen af gruppen, som er positive over for dette kvalitetsmål, at der skal være ortopædkirurger og medicinere i afdelingen. Derudover nævnes en række andre specialer som eksempelvis kirurgi, kardiologi, neurologi, anæstesiologi, mavetarmkirurgi, radiologi og pædiatri. Det er også disse specialer, som Sundhedsstyrelsen finder, der er nødvendige for at sikre ensartet kvalitet i akutmodtagelserne. Som et forslag til et konkret kvalitetsmål for dette område foreslås bl.a., at man kan opgøre, hvor stor en del af døgnnet der skal være en læge fra de ovennævnte specialer tilstede.

Samtidig peger de interviewede på, at behovet for tilstedeværelse af speciallæger afhænger af den lokale organisering. Hvis det fx er aftalt, at alle neurologiske patienter kun modtages ét sted i regionen, ser nogle af vores informanter ikke behov for neurologiske læger i akutafdelingen.

Argumentationen for den manglende relevans af dette kvalitetsmål er, at der omkring hospitalerne ikke er et befolkningsgrundlag, der er stort nok til at underbygge kravet om speciallæger fra en række afdelinger i akutmodtagelsen – der er simpelthen for få patienter, som har brug de særlige kompetencer til, at det er forsvarligt at binde ressourcerne i akutmodtagelsen. Et andet argument er, at det er lægens tilgængelighed, som er relevant – ikke fysisk ophold i akutmodtagelsen. Dette synspunkt fremføres af flere af de akutafdelingsledelsesrepræsentanter, som har bidraget til undersøgelsen.

Det fører naturligt til diskussion af et andet organisatorisk mål, nemlig aftaler om tilkald af specialister fra andre afdelinger.

Mål vedrørende aftaler om tilkald af speciallæger

I forbindelse med afdækning af holdninger til dette mål er der både spurgt til mål om tilstedeværelse af speciallæger på hospitalerne og til mål vedrørende rammer for tilkald til akutmodtagelsen.

Vedrørende mål om tilstedeværelse af speciallæger på hospitalerne mener alle de adspurgte, at der skal være tilstedeværelse af som minimum anæstesiologer og enten akutlæger eller intern medicinere på et akuthospital døgnet rundt. Langt de fleste mener, at også ortopedkirurgi og kirurgi bør være repræsenteret i tilstedeværelsesvagt. Flere nævner neurologi som et relevant speciale at have repræsenteret i døgndrift. Som før er det typisk akutafdelingsledelserne fra de mindre hospitaler, der peger på alternativer til at have alle specialer i tilstedeværelsesvagt på hospitalet. Her peges typisk på en minimumsbemanding med en akutlæge i akutmodtagelsen og en anæstesiologisk speciallæge i tilstedeværelse på hospitalet med backup fra de andre specialer i tilkaldevagter, hvor de kan være fremme inden for 30 minutter.

Vedrørende mål om rammer for tilkald til akutmodtagelsen peger 17 ud af 19 af de forespurgte akutafdelingsledelsesrepræsentanter på aftaler om tilkald af specialer fra samarbejdsafdelinger som relevante kvalitetsmål. Behovet for aftaler betones stærkest, hvor der opleves udfordringer med at få det daglige samarbejde til at fungere. Akutafdelingslederne fra de to sidste hospitaler finder, at det er mere relevant at måle på, om hjælpen rent faktisk kommer, når der er behov for det, end på om der foreligger aftaler.

Afdelingsledelserne er enige om at pege på, at det er meget væsentligt, at aftaler vedrørende lægeligt arbejde i akutmodtagelsen, som leveres af andre afdelinger, tydeligt beskriver, hvor det lægefaglige ansvar for patienten er placeret uanset tidspunkt i forløbet.

Mål vedrørende personalets uddannelse og kompetencer

Både i forbindelse med telefoninterviewrunden og de efterfølgende mere dybdegående interviews har vi også spurgt til, om uddannelse og kompetencer hos personalet på akutafdelingerne er relevante kvalitetsmål. Vi har derudover spurgt til, om akutafdelingslederne finder, der kan opstilles mål for, hvilken specialefaglig baggrund den ledende overlæge af en akutafdeling bør have.

Svaret på det sidste er enslydende fra alle: Det vil ikke være relevant med en overordnet udmelding om, hvilken specialefaglig baggrund en ledende overlæge for en akutafdeling skal have. De nuværende akutafdelingsledere er enige om, at flere forskellige specialer kan være en relevant baggrund; det vigtigste er viden om og interesse for det akutte felt og gode lederegenskaber i øvrigt.

Vedrørende det øvrige personale i akutmodtagelserne er der overordnet enighed om, at uddannelse og konkrete kompetencer er relevante indikatorer for kvalitet i afdelingen. Der er dog varierende synspunkter på, dels hvilke kvalifikationer der er de rette, dels om værdien af at opstille mål på området.

De afdelingsledere, vi har talt med, er generelt enige om, at der både bør være speciallæger og yngre læger i akutmodtagelserne. De fleste steder ønsker afdelingsledelsen at an-

sætte akutlæger – dvs. enten læger med akutuddannelse fra udlandet, eller læger der har gennemført fagområdeuddannelsen i akutmedicin – som i hvert fald en del af speciallægevagtlaget. Et par steder satser man i stedet på at ansætte speciallæger fra en række specialer i akutmodtagelsen og så gennem triagen afgøre, hvilken af speciallægekompetencerne der mest relevant vil kunne gå ind i forløbet.

Der er heller ikke enighed om, hvordan uddannelsesforløbet for de unge læger bedst tilrettelægges. Her går uenigheden på, om de unge læger skal være ansat i akutafdelingen og dermed have afdelingens speciallæger som uddannelsesansvarlige, eller om de skal være ansat i en samarbejdsafdeling og derfor uddannelsesmæssigt høre til her. Der er dog enighed om, at det er væsentligt, at der – uanset den model, der vælges lokalt – er en uddannelsesansvarlig speciallæge i akutmodtagelsen.

Vedrørende uddannelse af det øvrige personale peger en række af de interviewede på, at der er behov for at arbejde med personalets kompetencer løbende. Flere peger på, at man i afdelingen har som mål, at sygeplejerskerne i afdelingen får hele eller dele af akutsygeplejerskeuddannelsen. Flere peger på beskrivelse af kompetenceprofiler og konkret opfølgning med udgangspunkt i disse profiler i forbindelse med medarbejderudviklingssamtaler. Overordnet set mener de interviewede dog, at mål for uddannelse og kompetencer generelt bedst fastsættes lokalt. De vurderer derfor, at området ikke egner sig til udvikling af fælles, overordnede kvalitetsmål.

6.2 Hvad vil afdelingerne gerne måles på?

Akutafdelingerne har i dag allerede en lang række områder, de måler på. En generel tilbagemelding er, at det selvfølgelig er relevant med data, men at det i videst muligt omfang bør tilstræbes, at de mål, som sættes, er mål, hvis opfyldelsesgrad kan belyses gennem træk af data, der i forvejen registreres i de eksisterende systemer, fordi der i forvejen bruges meget tid og energi på dokumentation.

Samtidig peger en af vores interviewpersoner på, at det er væsentligt, at man laver en grundig plan for, hvordan data benyttes. I og med at arbejdsgangene omkring patientforløbene i stigende grad bliver elektronisk dokumenterede, vil det være muligt at trække flere og flere data. Her opfordrer vores informant til, at det er væsentligt at holde sig for øje, at registrering af en række data, fx vedrørende de konkrete delprocesser i patientforløbet, primært sker for at skabe overblik over det daglige arbejde i klinikken. Registrering af fx ventetid, inden patienten ser en læge, kan derfor være forskellig fra hospital til hospital. Det er altså meget væsentligt, at præmisserne for brug af data fastlægges nøje, og at data ikke ukritisk anvendes til andre formål, end de er indsamlet med henblik på.

Flere af de interviewede peger på, at ventetidsmål bør være knyttet op på triagen, da man ellers risikerer, at de opstillede mål bliver enten urealistiske eller går ud over den faglige prioritering, der ligger i triagen. Omkring diagnostiske faciliteter peger de interviewede på, at det er nærhed og adgang, der er relevant, mens det er mindre væsentligt, om faciliteterne er til stede i selve afdelingen. Vedrørende tid i akutmodtagelsen og hjemsendelsesprocent peger de interviewede på, at denne type mål – og ikke mindst mulighederne for at leve op til dem – er helt afhængige af den konkrete kontekst og de organisatoriske valg,

der er truffet omkring de akutte patientforløb generelt. I forhold til samarbejde med de praktiserende læger vil afdelingerne gerne selv måles på, om de får epikriserne af sted inden for den aftalte tidsfrist. Kvalitetsmål for akutafdelingerne foreslås udvidet med mål for, hvor mange patienter den enkelte praktiserende læge indlægger.

Omkring patientsikkerhedsmål efterlyser en del af de interviewede flere faglige mål for akutmodtagelserne – NIP-målene nævnes som eksempler til efterfølgelse. Derudover peger de fleste af de interviewede på mål, der er knyttet op på triageprocessen, som et område, der både allerede arbejdes med og er stort potentiale i. Et nyt område, det foreslås at måle på, er antallet af interne fejlhenvisninger – hvor ofte kommer en patient på en forkert afdeling? Faglige mål og procesmål foreslås suppleret med effektmål, fx i forhold til antal genindlæggelser.

Der er større uenighed blandt de interviewede vedrørende de organisatoriske mål. Her er det især spørgsmålet om tilstedeværelse af speciallæger i akutmodtagelsen og/eller i fast tilstedeværelse på hospitalet, der er uenighed om. De forskellige holdninger hænger tæt sammen med akutmodtagelsernes størrelse. Det er således især på de største hospitaler, det vurderes at være relevant, at der er mange specialer til stede i akutmodtagelsen og/eller på akuthospitalet døgnet rundt. Flere af akutmodtagelseslederne fra de mindre hospitaler giver omvendt udtryk for, at døgndækkende tilstedeværelse af anæstesilæge og evt. akutlæge er et mere realistisk kvalitetsmål end døgndækkende tilstedeværelse af flere specialelæger. Fra disse positioner foreslås det, at der i stedet opstilles lokale mål for, i hvilke tidsrum der skal være speciallægedækning fra forskellige specialer til stede på hospitalet.

6.3 Effektivitet og kvalitet

Akutafdelingsledelserne slutter generelt op om det dobbelte fokus på kvalitet og effektivitet, bl.a. fordi hurtig og effektiv afklaring af patientforløb og iværksættelse af relevant behandling på samme tid anses for at være til gavn for patienterne og for den samlede belastning af sundhedsvæsnet. En række af de interviewede akutafdelingsledere fortæller dog, at det tempo, hvormed den fysiske etablering og samling af akutmodtagelserne er sket, har gjort, at det har været og fortsat er vanskeligt at imødekomme alle forventninger. Både fysiske rammer og organisatoriske forhold gør, at det nogle steder kan være svært at sikre hurtigere forløb og tidligere møde med speciallæger. Flere peger også på, at prioritering af servicemål vedrørende ventetider kan komme i konflikt med den fagligt baserede prioritering af den lægelige indsats, der følger af triagen.

7 Hvad siger patienterne?

I denne del af undersøgelsen inddrages patienternes perspektiv på akutmodtagelser. Ofte er det sundhedsfaglige og organisatoriske perspektiver, der ligger til grund for vurderingen af kvalitet og kvalitetsmål, men forskning viser, at det kan have en positiv effekt at inddrage patienters perspektiver – også allerede i planlægningen af, hvordan fremtidens akutmodtagelser skal se ud og være organiseret (Hansen, A.R. , Navne, L.E. 2011).

Dette kapitel bidrager med skildring af, hvordan patienter oplever mødet med akutmodtagelsen efter akut tilskadekomst eller sygdom, og hvad man som patient lægger vægt på i denne situation. Ligeledes inddrages patienternes forventninger til de sundhedsprofessionelle i akutmodtagelsen, og hvad man som patient oplever som god kvalitet, når man har brug for akut hjælp. I dette afsnit præsenteres resultaterne af analysen af interviewene med patienterne. En række temaer går igen både i litteraturen og i interviewene, og det er disse temaer, som vil danne rammerne for resultaterne i det følgende. Der kan dog forekomme overlap mellem de forskellige afsnit, da nogle temaer rækker ind over hinanden.

7.1 Ventetid og modtagelse

Af de fem patienter blev to visiteret til akutmodtagelsen efter at være blevet tilset af en vagtlæge, to patienter ankom med ambulance, og én patient ankom til akutmodtagelsen med politiet. Ingen patienter ventede længe, inden de blev tilset af en læge eller sygeplejerske i akutmodtagelsen. Nogle af patienterne kom til med det samme, mens andre ventede maksimalt 15 minutter, inden de blev tilset. Ventetiden har derfor ikke haft den store betydning for de patienter, der har medvirket i denne undersøgelse.

Andre undersøgelser viser dog, at ventetid og oplevelsen af denne kan have betydning for patienternes tilfredshed med akutmodtagelsen. Ifølge et litteraturstudie omhandlende patienters perspektiver på akutmodtagelser kan lang ventetid være årsag til, at patienter forlader akutmodtagelsen i utide, inden de har fået behandling (Hansen, A.R., Navne, L.E. 2011). Det handler ikke kun om den faktiske ventetid i timer og minutter, men også om de fysiske rammer og faciliteter i venterummet, der har betydning for patienternes tilfredshed med akutmodtagelsen. Faktorer som hvilken information patienterne får i løbet af ventetiden, fx hvor lang tid patienterne kan forvente at skulle vente, komfort i form af behagelige møbler, interaktion med personale, tilstedeværelse af pårørende, tilgængelighed af blade, fjernsyn m.m. kan have betydning for patienternes oplevelse af ventetid og dermed tilfredshed (Hansen, A.R., Navne, L.E. 2011).

En surveyundersøgelse af patienters oplevelser af akutmodtagelser og akutklinikker i Region Hovedstaden fra 2012 viser, at over halvdelen af patienterne ved modtagelsen ikke blev oplyst om, hvor lang tid de skulle vente på at blive undersøgt. Langt størstedelen af de patienter, der oplevede ventetid, blev således ikke informeret om, hvorfor der var ventetid, og langt størstedelen blev heller ikke løbende informeret om udviklingen i ventetiden. Undersøgelsen konkluderer, at (manglende) information i forbindelse med ventetid er det område, hvor flest har haft negative oplevelser i forbindelse med deres møde med akutmodtagelserne/-klinikkerne (Enheden for Brugerundersøgelser: Patienters oplevelser i Region

Hovedstadens akutmodtagelser og akutklinikker 2012) (Enheden for Brugerundersøgelser 2013).

Patienterne i vores egen undersøgelse oplevede alle, at de blev taget godt imod, da de ankom til akutmodtagelsen. En patient beskriver den positive modtagelse således:

"Der kommer en virkelig sød sygeplejerske og beder mig om at gå med ned i en stue, hvor jeg fik tildelt en seng og noget tøj, og så blev jeg sulten og fik noget mad. De var søde og med åbne arme – sådan var modtagelsen!" (patient).

Også i surveyundersøgelsen af Region Hovedstadens akutmodtagelser og akutklinikker oplever langt hovedparten af patienterne (94 %), at de følte sig velkomne og fik en god modtagelse.

7.2 Information og kommunikation

Et af de temaer, som går igen, handler om vigtigheden af, at patienterne føler sig velinformerede. Information er ét af de områder, der har størst betydning for informanternes tilfredshed med opholdet i akutmodtagelsen.

Som nævnt ovenfor har det betydning for patienternes tilfredshed, at de bliver informeret i løbet af ventetiden. Det er ikke blot information under ventetiden, som patienterne efterspørger, men i det hele taget information om alle aspekter af opholdet i akutmodtagelsen såsom information om triageringsprocedurer, undersøgelser, diagnose og tilstand, behandling, tekniske procedurer og udskrivelsesforløb (Hansen, A.R., Navne, L.E. 2011).

For flere af informanterne i undersøgelsen handler information om tryghed. At være velinformeret som patient giver en oplevelse af, at det sundhedsfaglige personale har styr på tingene, hvilket giver patienterne tryghed. En patient forklarer således:

"Hende den ene sygeplejerske forklarede mig, at hun ville besøge mig en gang i timen på grund af sådan og sådan, og så fortalte hun mig, hvad det var for noget medicin, jeg havde fået, hvor toilettet var, og at jeg endelig skulle trykke på den røde knap, hvis jeg lukkede til igen. Jeg synes faktisk, at de var skide gode til hele tiden at fortælle mig, hvad de gjorde og hvorfor. Det er vigtigt, fordi så ved man, hvad der foregår. Så tror jeg ikke, at man bliver så utryg. Det er det der med, at de skal forklare én hele tiden, hvad der foregår, og hvorfor de putter en maske hen over hovedet på én. Så bliver man altså bare mere rolig, synes jeg" (patient).

Informanterne nævner alle vigtigheden af, at personalet informerer dem om, hvad der løbende skal ske. De udtrykker tilfredshed med den mængde information, de fik, mens de opholdt sig i akutmodtagelsen. Mængden, kvaliteten, hyppigheden og forståeligheden af den information, det sundhedsfaglige personale giver patienten, har altså afgørende betydning for patientens tilfredshed og oplevelse af tryghed i akutmodtagelsen. Dette er også i overensstemmelse med tidligere undersøgelser (Hansen, A.R., Navne, L.E. 2011).

Kommunikationen mellem patient og behandler bliver af informanterne italesat som et vigtigt kvalitetsparameter for patienters tilfredshed. Det sundhedsfaglige personale skal agere professionelt, have styr på tingene, udvise omsorg og empati, være venlige, agere roligt og være gode til at lytte til patienten – alle sammen kvaliteter, som informanterne oplevede, at personalet besad i de pågældende situationer i akutmodtagelsen. Informanterne oplevede en god balance mellem at få omsorg af personalet og opleve modtagelse og behandling som professionel og effektiv.

Informanterne i undersøgelsen udtrykker et ønske om, at kommunikation skal være fordelt på så få personer som muligt, og det helst skal være den samme læge og den samme sygeplejerske, som tilsår og informerer dem. Patienterne ønsker ikke at skulle gentage sig selv til forskelligt personale. Tværtimod opleves det som trygt at have det samme personale omkring sig. En patient forklarer således:

”Jeg kan huske, at der var forskellige inde og se på mig, og det gjorde det lidt rodet, at det ikke var den samme, der tilså mig. Men jeg kan huske, at det var den samme sygeplejerske, der var hos mig, og det var rart! Det er vigtigt, fordi så starter man ikke forfra, hver gang en ny person kommer ind. Så er man i det, og så behøves man ikke viske tavlen ren igen. Det er den der genkendelighed og tryghed, men også noget kontinuitet på en eller anden måde, som er rart, når man ligger der og ikke rigtig ved, hvad man fejler” (patient).

7.3 (U)tryghed

Mangel på en omsorgsfuld attitude fra personalets side og interne uenigheder blandt personalet er eksempler på situationer, som kan give patienterne negative oplevelser (Hansen, A.R., Navne, L.E. 2011). En af vore informanter fortæller, hvordan en sygeplejerske i akutmodtagelsen ikke levede op til hendes forventninger om en rolig og omsorgsfuld adfærd, da sygeplejersken var 'for flyvsk og højtråbende'. En anden patient sammenligner den tryghed, hun oplevede i akutmodtagelsen, med den utryghed hun oplevede i ambulancen på vej til akutmodtagelsen. Her var ambulancefolkene uenige om, hvad de skulle gøre ved patientens mavesmerter og diskuterede højlydt hen over hovedet på patienten, hvad der var mest korrekt at gøre. Denne interne uenighed skabte utryghed hos patienten, som havde foretrukket, at ambulancefolkene havde taget diskussionen et andet sted. Patienten forklarer, at det er vigtigt for patientens tryghed, at det sundhedsfaglige personale er afklaret over for patienten og ikke involverer denne i deres tvivl om, hvad de skal stille op.

Overordnet følte patienterne i undersøgelsen sig meget trygge og taget godt hånd om i akutmodtagelsen. De beskriver bl.a. tryghed som, at der bliver taget hånd om én, at personalet taler venligt og beroliger patienten, hvis der er behov for det. De kvaliteter, som personalet skal besidde, er ifølge patienterne nævnt i ovenstående som de kvaliteter, der kan give oplevelsen af tryghed.

7.4 Pårørende

Tilstedeværelsen af pårørende i akutmodtagelsen er en afgørende faktor for patienternes tilfredshed og oplevelse af tryghed (Hansen, A.R., Navne, L.E. 2011). Tre af informanterne i undersøgelsen havde pårørende med sig i akutmodtagelsen. En ældre patient beskriver, at det var trygt for hende at have sin voksne datter med i akutmodtagelsen, men at det omvendt også var trygt for datteren at vide, hvad der skete med hendes mor. Samtidig fik datteren mulighed for at stille lægen nogle spørgsmål om moderens tilstand, hvilket var positivt for dem begge.

En anden patient beskriver betydningen af de pårørendes tilstedeværelse således:

”Det handler om omsorg. At der er nogen, der kender én og ved, at når man er ked af det, så hjælper det at gøre sådan. Man behøver ikke at skulle have så meget overskud i forhold til at snakke med sygeplejerskerne, fordi der er nogen, som ligesom... når man er ret frustreret og man har ondt, så kan det godt være ret udmattende at skulle forklare, hvordan man har det. Så hvis der er nogen, som kender én, så kan man slappe mere af og give sig selv lov til at være ked af det. De kan berolige én” (patient).

Væsentligheden af at kunne have pårørende omkring sig i forbindelse med akutindlæggelse er også beskrevet tidligere. Her understreges fx, at pårørende kan holde patienten med selskab og medvirke til, at patienten ikke føler sig ensom eller bekymret. Samtidig kan den pårørende påtage sig rollen som talsmand for patienten og stille spørgsmål på patientens vegne vedrørende det akutte forløb, behandling, medicin, diagnose m.m. (Hansen, A.R., Navne, L.E. 2011).

Betydningen af tilstedeværelsen af pårørende i akutmodtagelsen kan også være afhængig af, hvor akut og alvorlig patienten selv oplever situationen. Såfremt der er tale om alvorlig sygdom eller tilskadekomst, kan behovet for pårørende være større, end hvis der er tale om mindre alvorlige tilfælde. For de af patienterne i vores undersøgelse, som ikke havde pårørende med i akutmodtagelsen, havde det dog ikke den store betydning, om end en af de interviewede havde følt sig en smule ensom.

7.5 Fysiske omgivelser og faciliteter

Af surveyundersøgelsen af patienters oplevelser i Regions Hovedstadens akutmodtagelser og akutklinikker fremgår det, at mere end hver femte af de adspurgte patienter vurderer forholdene omkring skiltningen til akutmodtagelsen, faciliteter i akutmodtagelsen (fx fjernsyn, blade, legetøj til børn, mulighed for mad og drikke) og parkeringsforholdene ved akutmodtagelserne/-klinikkerne som utilfredsstillende.

De patienter, vi har interviewet, berører ikke disse områder. Derimod beskriver de vigtigheden af, at der er rent og hyggeligt i akutmodtagelsen, men at der ikke må se for 'klinisk' rent ud. En patient beskriver de fysiske omgivelser i akutmodtagelsen således:

”Fjernsynet var tændt, de var smilende alle sammen, og de spurgte til én. Der sad både ældre og unge mennesker, og fjernsynet kørte, og der var snak. Det var sådan lidt

hjemligt. Der stod et bord med fire stole, der var smækket blade ud over bordet, og der var en lille blomst. Sådan at der ikke var helt klinisk rent, som man forbinder med et sygehus" (patient).

Et andet emne, som patienterne kom ind på i interviewene, handler om ene- og flersengsstuer. En af patienterne beskriver, at hun foretrækker enestuer, da man som patient kan føle sig 'udsat og blottet' og derfor kan have behov for privatliv. En anden yngre, kvindelig patient fandt det utrygt at ligge på stue med en ældre svag patient, da hun i løbende af natten var bekymret for, at den ældre kvinde ville falde bort. I denne situation havde hun foretrukket en enestue, hvilket også flere af de andre patienter foretrækker frem for en flersengsstue.

7.6 Delkonklusion

Patienterne i denne undersøgelse er overordnet meget tilfredse med den behandling, de fik, mens de opholdt sig i akutmodtagelsen. I det følgende præsenteres de kvalitetsparametre, som for patienterne er væsentligst i mødet med den akutte modtagelse og har betydning for patienternes tilfredshed og oplevelse af tryghed. Opsamlingen er lavet på baggrund af dels egne interviewdata, dels de to citerede undersøgelser:

- Venlig og imødekommende modtagelse af personalet
- Information om alle aspekter af opholdet i akutmodtagelsen og hvad der løbende skal ske
- God kommunikation mellem det sundhedsfaglige personale og patienten
- De sundhedsprofessionelle skal have styr på tingene, udvise omsorg og empati, agere roligt, være gode til at lytte og have forståelse for patientens situation – omvendt gælder, at mangel på omsorgsfuld adfærd kan give patienten oplevelsen af utryghed
- Kommunikation og information skal være fordelt på så få personer som muligt – patienterne bryder sig ikke om at skulle gentage deres historie til forskelligt personale flere gange
- Pårørende spiller en vigtig rolle for patienten i akutmodtagelsen – den pårørende kan give tryghed og tale patientens sag, hvis der er behov for det
- Rene og pæne forhold i akutmodtagelsen er vigtigt
- Akutmodtagelser kan med fordel gøres mindre kliniske med tilstedeværelse af blade, bløde møbler og blomster
- Fordele ved enerum, da patienter kan føle sig sårbare i den akutte situation.

8 Diskussion

Uanset hvilke typer mål, der arbejdes med, er det vigtigt at gøre sig klart, at det for den enkelte kliniker kan være en vanskelig balance at skulle tage hensyn til både effektivitet og kvalitet. Flere undersøgelser vedrørende nationalt fastsatte præstationsindikatorer for offentlig service viser, at der kan være potentielle utilsigtede u hensigtsmæssige konsekvenser af indførelse af nationale kvalitets- og effektivitetsmål i den offentlige sektor (Kjellberg, Sørensen 2003, Bregm 2006). Risikoen er, at man opnår u hensigtsmæssige bieffekter – præcis som det blev understreget i diskussionen omkring firetimersmålet i England, hvor der opstod en række situationer, hvor kravet om målopfyldelse betød, at kliniske hensyn blev sat til side (Zhou, Costello 2013).

Samtidig er det vigtigt at holde fast i pointen om, at en lang række kvalitetsmål på akutområdet kun kan opfyldes, hvis en række afdelinger og individer arbejder sammen; kvalitetsmål for de akutte patientforløb vedrører store dele af akuthospitalet, og akutafdelingen kan ikke leve op til dem uden hjælp fra omgivelserne.

Et forsøg på at sikre, at overordnede mål ikke kommer i konflikt med kliniske hensyn, og at relevante parter inddrages, er projektet "Sikkert flow fra akutmodtagelser". Projektet er igangsat af Danske Regioner, Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Trygfonden og har deltagelse af udvalgte akutmodtagelser fra hele landet. "Sikkert flow fra akutmodtagelser" har fokus på både effektivitet og kvalitet. Udgangspunktet er ønsket om at styrke sikkerheden for patienterne i akutmodtagelserne. I den forbindelse arbejdes både i fællesskab og lokalt på det enkelte hospital med udvikling og fastsættelse af både proces og resultatmål for akutaktiviteten.

Input fra denne proces vil sandsynligvis også med fordel kunne bruges i fremadrettet arbejde med fastsættelse af nationale, regionale og lokale kvalitetsmål for akutmodtagelserne landet over.

9 Konklusion

Gennemgang af planlægningsgrundlaget på nationalt, regionalt og lokalt niveau viser, at krav og forventninger til de nye akutmodtagelser har to sider. Planlægningsgrundlaget indebærer både ønsket om at styrke kvaliteten af indsatsen over for patienterne og en forventning om, at en ny og bedre organisering af indsatsen vil medføre øget effektivitet i hele hospitalsvæsnet. Både en del af forventningerne om øget kvalitet og forventningerne om realisering af effektivitetsbesparelser lægger op til indførelse af en række mål vedrørende de organisatoriske processer. Det samme gør især de politiske mål om kortere ventetid for skadestuepatienterne.

Denne rapport viser, at akutafdelingsledelserne oplever, at kvalitet og effektivitet begge er vigtige og legitime områder at fokusere på og samtidig er områder, de ønsker at styrke. Samtidig understreger lederne, at det er vigtigt, at der i videst muligt omfang benyttes eksisterende data, eller data der kan genereres automatisk ved benyttelse af patientjournalssystemer mv. Dette er væsentligt, fordi det sundhedsfaglige personale allerede oplever at bruge meget tid på registrering og administrative opgaver. Samtidig er det vigtigt, at der gøres en indsats for at sikre, at de data, der bruges til kvalitetsopfølgning, er tydeligt og ensartet defineret, fordi sammenligninger på tværs ellers kan give et misvisende billede. På trods af store anstrengelser for at definere data tydeligt med henblik på mulighed for at sammenligne på tværs er der i England stadig udfordringer med dette (Cooke 2013).

Med henblik på det videre arbejde med udvikling af kvalitetsmål på akutområdet vil det være relevant at inddrage de erfaringer, der allerede er gjort med kvalitetsmål i Danmark. Her peger en række af de interviewede på muligheden for at udvikle særlige NIP-mål for akutmodtagelserne/de akutte patientforløb. Samtidig vil det være relevant at inddrage eksisterende erfaringer med udvikling af processer og pakkeforløb. Som konkret eksempel kan nævnes akutpakkerne i Region Syddanmark.

Samtidig er der gode muligheder for at hente inspiration i udlandet. Her kan trækkes på erfaringer både med henblik på udvikling af kvalitetsmål (fx Delphi-processer, hvor en række eksperter udvikler fælles mål gennem styrede processer), nye måder at tænke data på (eksempelvis Diagnostic Agreement (DA) og Diagnostic Efficiency (DE)) og konkrete mål (England).

Vedrørende de forskellige typer af mål – effektivitet, patientsikkerhed, patientoplevelse og organisation – er det især vedrørende de organisatoriske mål, fx mål vedrørende tilstedeværelse og mulighed for tilkald af specialister, at det kan forventes at være vanskeligt at finde opbakning til fælles mål. Her er der både kulturelle, organisatoriske og økonomiske forhold, som betyder, at akutmodtagelserne har forskellige holdninger til, hvad der er ønskeligt og realistisk.

Samtidig er det i forbindelse med udvikling af kvalitetsmål for akutmodtagelserne vigtigt at holde sig for øje, at mulighederne for målopfyldelse afhænger af konteksten. Det kan således være fornuftigt, at man i forbindelse med udarbejdelse af mål for de akutte patientforløb ser på alle delelementerne – også det, der ligger uden for akutafdelingen. Dette gælder både procesmål, patientsikkerhedsmål og organisatoriske mål. Et af de eksempler, der pe-

ges på i rapporten, er udarbejdelse af mål i forhold til de praktiserende lægers indlæggelsesmønstre.

Både litteraturen og de gennemførte interviews peger på, at kvalitetsforbedringer kan ske på andre måder end gennem traditionelle målinger. Eksempler på dette er forbedringer gennem inddragelse af erfaringer og forslag fra patienter og personale og gennem audits i forhold til konkrete forløb.

På lange stræk kan de forskellige forventninger til akutmodtagelserne formodentlig kombineres, og de tiltag, der sættes i værk, kan understøtte både øget kvalitet og bedre effektivitet. Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at det stiller store krav til organisationerne på hospitalerne at realisere de forventede effektiviseringspotentialer, inden samarbejdsaftaler og fysiske rammer er på plads. Samtidig vil en omstrukturering af det lægelige arbejde i akutmodtagelserne, så der døgnet rundt er speciallæger tilstede, ikke kunne ske uden omfordeling af budgetter. Endelig kan prioritering af servicemål vedrørende ventetider komme i konflikt med den fagligt baserede prioritering af den lægelige indsats, der følger af triagen.

Uanset ovennævnte problemstillinger er der stor vilje til at arbejde med udvikling af kvalitet og kvalitetsmål på akutområdet. Ligesom der som nævnt er gode muligheder for at hente inspiration i både ind- og udland. Der er således ingen grund til at vente med at gå i gang. Skal akuthospitalerne gå helhjertet ind i opgaven, er der dog også behov for respekt om, at det er en stor opgave både at udvikle relevante kvalitetsmål og ikke mindst at opfylde dem, mens organisationerne er i transformation.

Litteratur

Akut-Baggrundsgruppen 2008, *Akutmodtagelser i Region Sjælland - Rammer og Principper*, Region Sjælland, Sorø.

Akutudvalget (Udvalget om det præhospitale akutberedskab) 2012, *Ventetider i akutmodtagelser*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.

Anderson, P., Anderson, J. 2009, *Developing a quality measurement framework for emergency care delivery*, Harvard Medical Faculty Physicians Department of Emergency Medicine, Boston.

Beattie, E. & Mackway-Jones, K. 2004, "A Delphi study to identify performance indicators for emergency medicine", *Emergency medicine journal : EMJ*, vol. 21, no. 1, pp. 47-50.

Bos, N., Sturms, L.M., Schrijvers, A.J. & van Stel, H.F. 2012, "The Consumer Quality index (CQ-index) in an accident and emergency department: development and first evaluation", *BMC health services research*, vol. 12, pp. 284.

Bregm, K. 2006, "Resultatmåling i den offentlige sektor", *Nordisk Administrativt Tidsskrift*, vol. 87, no. 2, pp. 159-173.

Burstrom, L., Nordberg, M., Ornung, G., Castren, M., Wiklund, T., Engstrom, M.L. & Enlund, M. 2012, "Physician-led team triage based on lean principles may be superior for efficiency and quality? A comparison of three emergency departments with different triage models [Publ. online August 20, doi:10.1186/1757-7241-20-57]", *Scandinavian Journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, vol. 20, no. 57.

Coleman, P. & Nicholl, J. 2010, "Consensus methods to identify a set of potential performance indicators for systems of emergency and urgent care", *Journal of health services research & policy*, vol. 15 Suppl 2, pp. 12-18.

Cooke, M.W. 2013, "Intelligent use of indicators and targets to improve emerge [Published online Feb 12, doi:10.1136/emermed-2013-202391]", *Emergency Medicine Journal*, .

DADL, Foreningen af Speciallæger, PLO & Yngre Læger Juni 2005, *Fremtidens Akutbetjening*, Den Almindelige Danske Lægeforening, København.

Danske Regioner 2009, *Fremtidens sammenhængende akutsystem*, Danske Regioner, København.

Danske Regioner 2006, *Debatoplæg: Fremtidens akutberedskab - fra vision til handling*, Danske Regioner, København.

Day, A. & Oldroyd, C. 2012, "Attempting to reduce the maximum emergency waiting time to 4 hours in England: was the initiative successful?", *Journal of emergency nursing: JEN : official publication of the Emergency Department Nurses Association*, vol. 38, no. 4, pp. 383-385.

DH Urgent & Emergency Care 2011, *A&E Clinical Quality Indicators - Best Practice Guidance for Local Publication*, Department of Health, London.

DH Urgent & Emergency Care 2010a, *A&E Clinical Quality Indicators - Implementation Guidance*, Department of Health, London.

DH Urgent & Emergency Care 2010b, *A&E Clinical Quality Indicators - Data Definitions*, Department of Health, London.

DH/NHS Finance, Performance & Operations 2009, *The Operating Framework for 2010/11 for the NHS in England*, Department of Health, London.

Dormann, H., Diesch, K., Ganslandt, T. & Hahn, E.G. 2010, "Numerical parameters and quality indicators in a medical emergency department", *Deutsches Arzteblatt international*, vol. 107, no. 15, pp. 261-267.

Enheden for Brugerundersøgelser 2013, *Patienters oplevelser i Region Hovedstaden 2012 - En del af den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)*, Region Hovedstaden, København.

Enheden for Brugerundersøgelser 2012, *Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)*, Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed & Forebyggelse, København.

Griffey, R.T. & Bohan, J.S. 2006, "Healthcare provider complaints to the emergency department: a preliminary report on a new quality improvement instrument", *Quality & safety in health care*, vol. 15, no. 5, pp. 344-346.

Guttman, A., Razzaq, A., Lindsay, P., Zagorski, B. & Anderson, G.M. 2006, "Development of measures of the quality of emergency department care for children using a structured panel process", *Pediatrics*, vol. 118, no. 1, pp. 114-123.

Hacking, K. & Christian, W. 2012, "Clinical quality indicators in the children's emergency department – why do children re-attend?", *Archives of Disease in Childhood*, vol. 97, no. Suppl 1, pp. A144-A145.

Hansen, A.R., Navne, L.E. 2011, *Patienters Perspektiver på Akutmodtagelser - Et litteraturstudie*, Dansk Sundhedsinstitut, København.

Hwang, U., McCarthy, M.L., Aronsky, D., Asplin, B., Crane, P.W., Craven, C.K., Epstein, S.K., Fee, C., Handel, D.A., Pines, J.M., Rathlev, N.K., Schafermeyer, R.W., Zwemer, F.L., Jr & Bernstein, S.L. 2011, "Measures of crowding in the emergency department: a systematic review", *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, vol. 18, no. 5, pp. 527-538.

IKAS a, 2.7.6 - *Behandling af den enkelte akutte patient (4/5)*. Available:

[http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/2.-version.-Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse-\(2013-2016\)/Generelle-patientforlobsstandarder/Modtagelse--vurdering-og-planlaegning-2.7.3-2.7.7/2.7.6.aspx](http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/2.-version.-Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse-(2013-2016)/Generelle-patientforlobsstandarder/Modtagelse--vurdering-og-planlaegning-2.7.3-2.7.7/2.7.6.aspx) [2013, 22-08].

IKAS b, *ISQua-akkreditering*. Available:

<http://www.ikas.dk/DDKM/ISQua-akkreditering.aspx> [2002, 11-12].

Ikkersheim, D.E. & van de Pas, H. 2012, "Improving the quality of emergency medicine care by developing a quality requirement framework: a study from The Netherlands", *International journal of emergency medicine*, vol. 5, no. 1, pp. 20-1380-5-20.

Indenrigs - og Sundhedsministeriet 2010, *Vedrørende endeligt tilsagn til det nye universitetshospital i Århus (DNU)*, Region Midtjylland, Viborg.

Jones, P., Harper, A., Wells, S., Curtis, E., Carswell, P., Reid, P. & Ameratunga, S. 2012, "Selection and validation of quality indicators for the Shorter Stays in Emergency Departments National Research Project", *Emergency medicine Australasia : EMA*, vol. 24, no. 3, pp. 303-312.

Kjellberg, J. & Sørensen, J. 2003, *Internationale erfaringer med præstationsmålinger og offentliggørelse af præstationsdata*, DSI Institut for Sundhedsvæsen, København.

Lægeforeningen 2009, *Kvalificeret akutbehandling - uden unødvendig ventetid*, Lægeforeningen, København.

Lægeforeningen 2006, *Ved akut sygdom - Lægeforeningens forslag til en styrket indsats for akutte patienter*, Lægeforeningen, København.

Lazar, E.J., Cagliuso NV, S. & Gebbie, K.M. 2009, "Are we ready and how do we know? The urgent need for performance metrics in hospital emergency management", *Disaster medicine and public health preparedness*, vol. 3, no. 1, pp. 57-60.

Lindsay, P., Schull, M., Bronskill, S. & Anderson, G. 2002, "The development of indicators to measure the quality of clinical care in emergency departments following a modified-delphi approach", *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, vol. 9, no. 11, pp. 1131-1139.

Mason, S., Weber, E.J., Coster, J., Freeman, J. & Locker, T. 2012, "Time patients spend in the emergency department: England's 4-hour rule-a case of hitting the target but missing the point?", *Annals of Emergency Medicine*, vol. 59, no. 5, pp. 341-349.

McClelland, M.S., Jones, K., Siegel, B. & Pines, J.M. 2012, "A field test of time-based emergency department quality measures", *Annals of Emergency Medicine*, vol. 59, no. 1, pp. 1-10.e2.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2012a, *Regeringens ekspertpanel og sygehusinvesteringer*. Available:

<http://www.sum.dk/Sundhed/Sygehusvaesenet/Regeringens%20ekspertpanel.aspx> [2013, 22-08].

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2012b, *Vedrørende endeligt tilsagn om medfinansiering fra kvalitetsfonden til etablering af Aalborg Universitetshospital*, Region Nordjylland, Aalborg.

Modernisation Action Team 2000, *The NHS Plan - A plan for investment, a plan for reform*, The Crown, London.

Nguyen, H.B., Corbett, S.W., Steele, R., Banta, J., Clark, R.T., Hayes, S.R., Edwards, J., Cho, T.W. & Wittlake, W.A. 2007, "Implementation of a bundle of quality indicators for the early management of severe sepsis and septic shock is associated with decreased mortality", *Critical Care Medicine*, vol. 35, no. 4, pp. 1105-1112.

O'Loughlin, K., Hacking, K.A., Simmons, N., Christian, W., Syahanee, R., Shamekh, A. & Prince, N.J. 2013, "Paediatric unplanned reattendance rate: A&E clinical quality indicators", *Archives of Disease in Childhood*, vol. 98, no. 3, pp. 211-213.

Pham, J.C., Kirsch, T.D., Hill, P.M., DeRuggerio, K. & Hoffmann, B. 2011, "Seventy-two-hour returns may not be a good indicator of safety in the emergency department: a national study", *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, vol. 18, no. 4, pp. 390-397.

Regeringens ekspertpanel vedr. sygehusinvesteringer 2010a, *Regionernes investerings- og sygehusplaner - Screening og vurdering II*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.

Regeringens ekspertpanel vedr. sygehusinvesteringer 2010b, *Vedrørende ansøgning om endeligt tilsagn til nyt OUH*, Region Syddanmark, Odense.

Regeringens ekspertpanel vedr. sygehusinvesteringer 2008, *Regionernes investerings- og sygehusplaner - Screening og vurdering*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.

Region Hovedstaden 2012, *Politisk indsats for at nedsætte ventetiden for akutte patienter*, Region Hovedstaden, København.

Region Hovedstaden 2008, *Anbefalinger for funktionsplanlægning af fælles akutmodtagelser i Region Hovedstaden*, Region Hovedstaden, København.

Region Hovedstaden 2007, *Hospitalsplan 2007*, Region Hovedstaden, København.

Region Midtjylland 2013, *Oversigtsskema over patientrettigheder og servicemål*, Region Midtjylland, Viborg.

Region Midtjylland 2012, *Rammer for akutafdelingerne i Region Midtjylland*, Region Midtjylland, Viborg.

Region Midtjylland 2007, *Akutplan for Region Midtjylland (Bilag til Regionsrådets møde 24.10.07)*, Region Midtjylland, Viborg.

Region Nordjylland 2012a, *Plan for sygehuse og speciallægepraksis*, Region Nordjylland, Aalborg.

Region Nordjylland 2012b, *Servicemål for ventetider i akutmodtagelsen*, Region Nordjylland, Aalborg.

Region Nordjylland 2007, *Udkast til strukturplan for det somatiske sygehusvæsen i Region Nordjylland*, Region Nordjylland, Aalborg.

Region Sjælland 2012, *Servicemål i somatikken - Hvad måles der på*, Region Sjælland, Sorø.

Region Sjælland 2007, *Oplæg vedrørende Sygehusplan 2007 for Region Sjælland (Regionsplan 2007 - RP2007)*, Region Sjælland, Sorø.

Region Syddanmark 2011, *Standardiserede Tidsstyrede Patientforløb*, Region Syddanmark, Vejle.

Region Syddanmark 2009, *Rapport om Fælles Akutmodtagelser (FAM) i Region Syddanmark*, Region Syddanmark, Vejle.

Region Syddanmark 2007, *Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark - Akutplan*, Region Syddanmark (Planlægning og Udvikling), Vejle.

Rønning, O.M., Thommassen, L. & Russell, D. 2007, "Kvalitetsindikatorer for behandling av akutt hjerneslag", *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, vol. 127, no. 9, pp. 1219-1223.

Schull, M.J., Guttman, A., Leaver, C.A., Vermeulen, M., Hatcher, C.M., Rowe, B.H., Zwarenstein, M. & Anderson, G.M. 2011, "Prioritizing performance measurement for emergency department care: consensus on evidence-based quality of care indicators", *Cjem*, vol. 13, no. 5, pp. 300-9, E28-43.

Søe Jensen, P., Holm, M., Tang Christensen, F., Foss, N.B. & Kehlet, H. 2007, *Optimeret modtagelsesprocedure for hoftefrakturpatienter*, Lægeforeningen, København.

Sundhedsstyrelsen 2007, *Styrket akutberedskab - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen*, Sundhedsstyrelsen, Kbh.

Thijssen, W.A., Koetsenruijter, J., Giesen, P. & Wensing, M. 2013, "Emergency departments in The Netherlands: is there a difference in emergency departments with and without emergency physicians? a cross-sectional web-based survey", *International journal of emergency medicine*, vol. 6, no. 1, pp. 11-1380-6-11.

Wakai, A., O'Sullivan, R., Staunton, P., Walsh, C., Hickey, F. & Plunkett, P.K. 2013, "Development of key performance indicators for emergency departments in Ireland using an electronic modified-Delphi consensus approach", *European journal of emergency medicine*, vol. 20, no. 2, pp. 109-114.

Weber, E.J., Mason, S., Freeman, J.V. & Coster, J. 2012, "Implications of England's four-hour target for quality of care and resource use in the emergency department", *Annals of Emergency Medicine*, vol. 60, no. 6, pp. 699-706.

Welch, S.J., Asplin, B.R., Stone-Griffith, S., Davidson, S.J., Augustine, J., Schuur, J. & Emergency Department Benchmarking Alliance 2011, "Emergency department operational metrics, measures and definitions: results of the Second Performance Measures and Benchmarking Summit", *Annals of Emergency Medicine*, vol. 58, no. 1, pp. 33-40.

Yngre Læger 2011, *Den gode fælles akutmodtagelse*, Yngre Læger, København.

Zhou, R. & Costello, J. 2013, "Doctor's perspective: the 'new' UK 4-h target", *Emergency Medicine Journal*, vol. 30, no. 1, pp. 84-84.

Bilag 1: Tabeller over sygehusenes status

Bilagstabel 1a del 1 Region Syddanmarks akutmodtagelser

	OUH	Svendborg ⁴	Aabenraa
Optageområde	Ca. 286.000 for skadestueydelse Ca. 1,2 millioner for universitetsydelse	175.000	Ca. 80.000 medicinske, 230.000 skadestue/traume
Fysiske faciliteter	17 modtagesenge, 8 skadelejer, 4 traumerum, 3 flyverstole og 48 korttidssenge	8 modtagesenge, 5 skadelejer, 3 akut/traumestuer og 22 korttidssenge	27 modtagesenge, 8 skadelejer, 3 traumerum og 2 flyverstole
Antal læger ansat (Personer)	10 speciallæger og 8 KBU-læger	5 speciallæger	5 speciallæger, 9 KBU-læger, 5 almen blok-læger
Antal læger fra andre afdelinger	Minimum anæstesi, medicin, kirurgi og ortopædkirurgi.	Minimum anæstesi, medicin, kirurgi og ortopædkirurgi	Minimum anæstesi, medicin, kirurgi og ortopædkirurgi
Antal sygeplejersker/SOSU/SOSA ⁵ (Stillinger)	124 sygeplejerskestillinger og 12 SOSA	65 fuldtidsstillinger, heraf 4 SOSA	84 sygeplejerskestillinger og 11 SOSA
Ledelsesforhold	Afdelingsledelse	Afdelingsledelse	Afdelingsledelse og tilhørende klinikledelse
Indlæggelser i 2010	-	-	-
Indlæggelser i 2012	Ca. 9.000 i FAM og 10.000 via FAM direkte i specialafdeling	11.386	Ca. 10.000
Typer af patienter forår 2013	Alle akutte kirurgiske, ortopædkirurgiske, neurologiske, urologiske og gynækologiske. Ca. 2/3 af de internt medicinske og børn med traume/kirurgiske skader	I skadestuen alle undtagen fødende samt prævisiterede kardiologiske; til indlæggelse kirurgiske, ortopædkirurgiske, medicinske, gynækologiske, øre-næse-hals kirurgiske patienter	I skadestuen alle akutte patienter inkl. traumer; til indlæggelse organkirurgiske, intern medicinske, ortopædkirurgiske patienter
Maksimalt mulige/formelle opholdstid	< 48 timer	< 48 timer	< 48 timer
Gennemsnitlig liggetid	Ca. 13-18 timer	Ca. 1,1 dag	Ca. 20-21 timer
Belægningsprocent	Ca. 105 %	Ca. 91 %	Ca. 115 %
Fordeling mellem indlagte patienter og patienter, der ikke indlægges	Ca. 40 % indlægges	Ca. 30 % indlægges	Ca. 34 % indlægges
Udskrivningsprocent	Ca. 55 %	Ca. 40 % (fra sengeafsnittet)	Ca. 55-60 %

⁴ Fungerer som FAM, indtil det nye OUH står færdigt.

⁵ SOSU er Social og Sundhedshjælper og SOSA er Social og Sundhedsassistent.

Bilagstabel 1a del 2 Region Syddanmarks akutmodtagelser

	Esbjerg	Sygehus Lillebælt (Kolding)
Optageområde	Ca. 225.000	Ca. 300.000
Fysiske faciliteter	51 senge, 14 skadelejer og 4 traumerum	6 modtagesenge, 25 observationsenge, 6 skadelejer og 4 traumelejer
Antal læger ansat (Personer)	1 akutlæge, 8 speciallæger og ca. 35 KBU-læger	1 akutlæge, 3 speciallæger, 8 KBU-læger og 8 reservelæger
Antal læger fra andre afdelinger	Minimum anæstesi, medicin, kirurgi og ortopædkirurgi	Minimum anæstesi, medicin, kirurgi og ortopædkirurgi
Antal sygeplejersker/SOSU/SOSA (Stillinger)	Ca. 160	Ca. 120
Ledelsesforhold	Afdelingsledelse	Afdelingsledelse fælles med anæstesiologisk afdeling
Indlæggelser i 2010	-	9.705
Indlæggelser i 2012	Ca. 20.500	9.233
Typer af patienter forår 2013	Akut kirurgiske, ortopædkirurgiske, medicinske, kardiologiske, neurologiske, hæmatologiske, endokrinologiske, reumatologiske og gastroenterologiske mv.	Akut medicinske, kirurgiske, ortopædkirurgiske, karkirurgiske og gynækologiske
Maksimalt mulige/formelle opholdstid	48 timer	48 timer
Gennemsnitlig liggetid	1,7 døgn	19 timer
Belægningsprocent	Ca. 105 %	Ca. 72 %
Fordeling mellem indlagte patienter og patienter, der ikke indlægges	Ca. 40 % indlægges	Ca. 20 % indlægges
Udskrivningsprocent	Ca. 65 %	Ca. 63 %

Bilagstabel 1b del 1 Region Midtjyllands akutmodtagelser

	Midt	Vest ⁶	Aarhus
Optageområde	250.000	285.000	299.000
Fysiske faciliteter	30 senge, fra ca. 1.10.2013 også 8 skadelejer, 4 observationslejer og 2 traumerum	28 akutsenge, 2 traumerum, 4 skadelejer, 5 rum	2 traumerum, 16 modtagelejer, 14 medicinske senge
Antal læger ansat (Personer)	6 akutlæger inkl. ledende overlæge og 12 KBU-læger	10 akutlæger og 16 KBU-læger	1 ledende overlæge
Antal læger fra andre afdelinger	12 KBU-læger, kirurgisk og medicinsk vagthold	Ikke andre end de ansatte	Medicinsk, ortopædkirurgisk og kirurgisk afdeling har tilstedeværelsesvagt og bagvagt
Antal sygeplejersker/SOSU/SOSA (Stillinger)	55 stillinger, heraf 5 SOSUer i sengeafsnit	95 stillinger, heraf 0 SOSU/SOSA	97 stillinger, heraf 6 SOSUer
Ledelsesforhold	Afdelingsledelse	Afdelingsledelse	Afdelingsledelse
Indlæggelser i 2010	Ca. 11.000	-	-
Indlæggelser i 2012	Ca. 12.000	Ca. 12.500	3.753 ⁷ fra april til december 2012
Typer af patienter forår 2013	I sengeafsnittet medicinske (ekskl. hjerte-medicinske) og kirurgiske.	Kirurgiske, medicinske, ortopædkirurgiske patienter	Alle typer akutte patienter
Maksimalt mulige/formelle opholdstid	Maks. 24 timer	Ca. 4 timer i akutmodtagelsen, maks. 24 timer i akut sengeafsnit	Maks. 48 timer
Gennemsnitlig liggetid	Ca. 16 timer for medicinske og ca. 12 timer for kirurgiske patienter	Ca. 12 timer	Ca. 1,2 dage
Belægningsprocent	Ca. 100 %	Ca. 130 %	Ca. 104 %
Fordeling mellem indlagte patienter og patienter, der ikke indlægges	Først skadepatienter fra ca. 1.10.2013	ca. 16.000 skadepatienter og 12.000 indlæggelser	Ca. 38.065 skadestuekontakter (2012)
Udskrivningsprocent	Ca. 50 %	Ca. 40 % (fra akut sengeafsnit)	Ca. 62 %

⁶ Tallene dækker alene Herning undtagen optageområde, der også inkluderer skadeklinikker.

⁷ Helårstal 2013: 4.723. Heri er ikke medregnet indlæggelser på Medicinsk Visitations Afsnit (Tage Hansens Gade) der udgjorde 4.734. Geriatrike, kardiologiske og ortopædkirurgiske patienter er ikke medregnet.

Bilagstabel 1b del 2 Region Midtjyllands akutmodtagelser

	Horsens	Randers
Optageområde	211.000	220.000
Fysiske faciliteter	3 skade/traumestuer, 2 skadelejer, 1 behandler-sygeplejerskerum, 27 modtage-/observationssenge	7 modtagerum, 26 senge, 6 skadelejer, dobbelt traumerum og medicinsk traumerum
Antal læger ansat (Personer)	4 overlæger, 8 afdelingslæger (heraf 6 akutlæger) og 12 KBU-læger	3 akutlæger
Antal læger fra andre afdelinger	2 fra henholdsvis geriatrisk og medicinsk alle dage i dagtid	Kun ad hoc tilstedeværelse
Antal sygeplejersker/SOSU/SOSA (Stillinger)	65 stillinger inkl. 2 afdelingssygeplejersker	75 stillinger, heraf 5 SOSUer
Ledelsesforhold	Afdelingsledelse	Afdelingsledelse
Indlæggelser i 2010	10.000	-
Indlæggelser i 2012	12.000	Ca. 15.000
Typer af patienter forår 2013	Alle på nær nogle hjertepatienter, børn til indlæggelse og apopleksipatienter	Medicinske (inkl. kardiologiske) og organ-kirurgiske patienter
Maksimalt mulige/formelle opholdstid	48 timer	Ca. 4 timer i akutmodtagelsen og ca. 36 timer i sengeafsnittet
Gennemsnitlig liggetid	Under et døgn	Ca. 6 timer i akutmodtagelsen og ca. 28 timer i sengeafsnittet
Belægningsprocent	Ca. 90 %	Ca. 100 %
Fordeling mellem indlagte patienter og patienter, der ikke indlægges	Ca. 22.000 skader i 2010 og 18.000 i 2012	Er ikke oplyst
Udskrivningsprocent	Ca. 50 %	Ca. 50 %

Bilagstabel 1c Region Nordjyllands akutmodtagelser

	Aalborg	Vendsyssel (Hjørring)	Thy-Mors (Thisted) ⁸
Optageområde	310.000	200.000	90.000
Fysiske faciliteter	6 modtagestuer, 36 observationsenge, 7 skadelejer, 1 traumerum	6 skadestuer, 3 traumestuer, 10 modtagerum og 32 senge	11 modtagerum/skadelejer, 2 traumestuer og 16 senge
Antal læger ansat (Personer)	1 ledende overlæge og 3 akutlæger	4 akutlæger og 16 KBU-læger	2¼ akutlæge og 3 (ikke-speciallæger) under uddannelse i akutmedicin
Antal læger fra andre afdelinger	Ca. 35 medicinske speciallæger	En række specialer er i tilkald	Tilkaldevagt for intern medicin, ortopæd- og organkirurgi samt billeddiagnostisk afdeling, tilstedeværelsesvagt fra gynækologi og anæstesiologi
Antal sygeplejersker/SOSU/SOSA (Stillinger)	115 sygeplejersker og 6 SOSA stillinger	Ca. 64 sygeplejersker, 1 sygehjælper og 9 SOSA	49
Ledelsesforhold	Afsnitsleder og klinikledelse	Afsnitsleder og klinikledelse	Afsnitsleder og klinikledelse
Indlæggelser i 2010	-	-	9.532 (ekskl. babyer)
Indlæggelser i 2012	7.200 ⁹	-	10.890 (ekskl. babyer)
Typer af patienter forår 2013 ¹⁰	På modtagestuerne alle akutte patienter	Alle kirurgiske og medicinske patienter, inkl. børn.	Alle medicinske, kardiologiske, kirurgiske, ortopædkirurgiske og gynækologiske patienter
Maksimalt mulige/formelle opholdstid	48 timer	48 timer	48 timer (til 1.9.2013)
Gennemsnitlig liggetid	Ca. 23 timer	1 time	Ca. 24 timer
Belægningsprocent	Beregnes ikke i akutmodtagelsen	Sengeafsnittet er startet for nylig, og der er derfor ikke nogen opgørelse	Beregnes ikke i akutmodtagelsen
Fordeling mellem indlagte patienter og patienter, der ikke indlægges	Ca. 100 skader pr. døgn og 50 indlæggelser	Ca. 50 skader pr. døgn og 50 indlæggelser	Ca. 21 skader pr. døgn og 22 indlæggelser (22.4.2013-18.8.2013)
Udskrivningsprocent	30 %	Ca. 33 %	Ca. 30 %

⁸ Aktuelt er en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra alle klinikkerne i gang med at beskrive/belyse mulighederne for at etablere tilstedeværelsesvagt af speciallæger i alle specialerne (intern medicin, organkirurgi og ortopædisk kirurgi).

⁹ 7.200 indlagt i egen afdeling, 18.000 indlagt gennem akutmodtagelsen.

¹⁰ Det forventes, at Region Nordjylland primo 2014 reorganiserer den akutte fase-1 apopleksibehandling, således at alle obs. apopleksipatienter visiteres direkte til neurologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital med henblik på trombolyselbehandling.

Bilagstabel 1d Region Sjællands akutmodtagelser

	Køge	Holbæk	Sygehus Syd (Nykøbing F)	Sygehus Syd (Slagelse)
Optageområde	Ca. 200.000	200.000	Ca. 120.000	150.000
Fysiske faciliteter	8 modtagepladser, 2 traumelejer, 13 observationspladser/senge	8 modtage- og 16 observations-senge inkl. 5 stole, 3 traumepladser og 9 skadepladser (pladser ændrer dog jævnligt funktion)	32 modtage-/observationsrum, 5 skadelejer og 2 traumelejer	10 modtagesenge, 18 stk. 24-timers senge, 1 traumerum, 4 skadelejer, 1 rødt leje, 5 modtagelejer
Antal læger ansat (Personer)	10 overlæger, 8 afdelingslæger (R1), 16 reservelæger (overvejende KBU)	35 læger heraf 15 akutlæger	4	5 overlæger, 1 ledende overlæge og 10 KBU-læger
Antal læger fra andre afdelinger	Ingen læger i vagt fra andre afdelinger	Ingen læger i vagt fra andre afdelinger	4-5 KBU'er i dagtiden.	Medicinsk, ortopædkirurgisk og kirurgisk afdeling har tilstedeværelsesvagt og bagvagt
Antal sygeplejersker/SOSU/SOSA (Stillinger)	55 sygeplejerskestillinger	65 sygeplejerskestillinger	100 stillinger	95 stillinger
Ledelsesforhold	Afdelingsledelse	Afdelingsledelse	Afdelingsledelse	Afdelingsledelse
Indlæggelser i 2010	-	-	Ca. 14.300	-
Indlæggelser i 2012	-	Ca. 23.000	Ca. 16.300	Ca. 20.000
Typer af patienter forår 2013	Alt undtagen børn (dog nogle traumbørn og børn i skadestuen)	Alle akutte undtagen patienter med kendte gynækologiske problemstillinger	Alle undtagen børn	Alle akutte patienter
Maksimalt mulige/formelle opholdstid	Ikke nogen formel øvre grænse, dog typisk maks. 3 døgn	2 timer i modtagelsen og op til 2 døgn i sengeafsnit	24-36 timer	Ca. 4 timer hvis patienten skal til anden afdeling og 24 timer for patienter, der kan udskrives næste dag
Gennemsnitlig liggetid	Ca. 6 timer	1,7 timer i sengeafsnit og 183 minutter i modtagelsen	1,1 døgn	Ca. 6 timer i modtagesenge og 24 timer i 24-timers afsnit
Belægningsprocent	Ca. 95 %	Ca. 100 %	Ca. 135 %	Omkring 100 %
Fordeling mellem indlagte patienter og patienter, der ikke indlægges	Ca. 40 % indlægges	-	Ca. 44 % indlægges	Ca. 40 % indlægges
Udskrivningsprocent	-	Ca. 60 %	72 %	Ca. 65 %

Bilagstabel 1e Region Hovedstadens akutmodtagelser

	Herlev	Nordsjællands hospital (Hillerød)	Hvidovre	Bispebjerg
Optageområde	435.000 ¹¹	315.000	460.000	435.000
Fysiske faciliteter	37 senge, 25 lejer	I alt 67 pladser fordelt på stole, lejer og senge	29 senge i modtageafsnittet, 8 observationssenge, 11 stuer på skadegangen	32 senge, 2 observationssenge, 10 behandlingsrum
Antal læger ansat (Personer)	1 læge	7 akutlæger	4 + 35 konsulenter	5 heraf 1 akutlæge, 3 speciallæger og 1 yngre læge
Antal læger fra andre afdelinger	-	18 læger fra andre afdelinger	Det skifter, men i juni 2013 var der 67	Tilstedeværelsesvagt for medicinsk og ortopædkirurgisk
Antal sygeplejersker/SOSU/SOSA (Stillinger)	107 + 5 SOSUer	103,1	85	100
Ledelsesforhold	Afdelingsledelse	Afdelingsledelse	Afdelingsledelse	Afdelingsledelse
Indlæggelser i 2010	-	23.174	Ca. 9.000	9.229
Indlæggelser i 2012	-	27.947	Ca. 12.000	9.724
Typer af patienter forår 2013	Alle akutte skader og sygdomme, undtagen gynækologiske/obstetriske	Alle medicinske, kirurgiske, ortopædkirurgiske og neurologiske patienter (undtaget apoplek-sipatienter)	Alle medicinske, ortopædkirurgiske, gastroenterologiske og gynækologiske samt forskellige kirurgiske lidelser	Skadeafsnit: Alle der henvender sig. Modtageafsnit: Alle medicinske visiterede patienter (undtagen klart kardiologiske og neurologiske patienter) ¹²
Maksimalt mulige/formelle opholdstid	24 timer	Typisk under 1-2 døgn, men ingen formel øvre grænse	24 timer	48 timer (modtageafsnit)
Gennemsnitlig liggetid	>24 timer	For færdigbehandlede patienter: Gennemsnitlig opholdstid 11,7 timer	-	1,2 døgn
Belægningsprocent	Ca. 148 %	99,6 %	Ca. 102 %	Ca. 111 % (2012)
Fordeling mellem indlagte patienter og patienter, der ikke indlægges	38 % til indlæggelse, 62 % skadeforløb	42 % indlæggelser, 58 % skadeforløb	Ca. 40 % indlæggelser og 60 % skadeforløb	Ca. 20 % indlæggelser og 80 % skader ¹³
Udskrivningsprocent	63 %	43 %	Ca. 60 %	Ca. 50 % (modtageafsnit)

¹¹ Medicinske patienter. Variation i forhold til specialer.

¹² Skadeafsnit og modtageafsnit er endnu ikke fysisk samlet.

¹³ Ikke inkl. visiterede indlæggelser til modtageafsnit.

Bilag 2: Indikatorer – England

Indikatorer vedrørende effektivitet

I det engelske indikatorsæt indgår i alt tre indikatorer vedrørende effektivitet:

1. Ambulant indsats
2. Andel af uplanlagte genindlæggelser
3. Samlet tid i akutmodtagelsen

Indholdet i de enkelte indikatorer beskrives nedenfor.

Indikator 1: Ambulant indsats

Målet med denne indikator er at reducere forebyggelige indlæggelser ved at forbedre de ambulante tilbud.

Indikatorens fulde titel er:

Ambulant indsats i forhold til akutte situationer: Den procentvise andel af forekomster af cellulitis og DVT, der fører til indlæggelse.

Følsomhed, ambulant indsats: Antal indlæggelser i forbindelse med cellulitis og DVT pr. indbygger (vægtet tal).

Som indikator for ambulant indsats er altså valgt to selvstændige komponenter, der begge hænger sammen med indlæggelse af patienter med henholdsvis Cellulitis og Dyb Venetrombose. De to tilstande er valgt, fordi de relativt enkelt kan behandles ambulant, samtidig med at det har alvorlige konsekvenser for patienten, hvis den rette behandling ikke gives i tide.

Cellulitis er en akut inflammation i hudens bindevæv og skyldes infektion af stafylokokker, streptokokker eller andre bakterier

Wikipedia

Kilde: <http://da.wikipedia.org/wiki/Cellulitis>

Dyb venetrombose (DVT) er blodproppdannelse i tilbageføringsårerne (venerne) i læg, lår og bækken. DVT kan give forskellige symptomer. Det syge ben hæver op, er ømt og er ofte varmt og rødt.

Behandlingen søger at bremse udviklingen af blodproppen og endnu bedre at opløse den samt at dæmpe generne og forhindre alvorlige komplikationer.

Sundhed.dk

Kilde: <https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme>

De to elementer, der måles på er følgende:

- a) Procentdel af henvendelser til akutmodtagelsen i forbindelse med cellulitis og DTV, der resulterer i indlæggelse
- b) Antal indlæggelser med baggrund i cellulitis og DVT opgjort pr. indbygger.

Indikatoren afrapporteres kvartalsvis.

Indikator 2: Uplanlagte genindlæggelser

Målet med denne indikator er at reducere antallet af uplanlagte (forebyggelige) indlæggelser gennem forbedring af pleje- og behandlingsindsatsen og kommunikationen i forbindelse med den første indlæggelse.

Indikatorens fulde titel er:

Uplanlagt genindlæggelse på akutmodtagelse indenfor syv dage i forhold til oprindelig indlæggelse (inklusive henvisninger fra andre sundhedsprofessionelle).

Der måles på følgende:

- a) Uplanlagte genindlæggelser i akutmodtagelsen indenfor syv dage efter den oprindelige indlæggelse. Opgøres med antal uplanlagte genindlæggelser i tælleren og antal henvendelser til akutmodtagelsen i nævneren.

Det fremgår af datadefinitionerne, at uplanlagte genindlæggelser ikke alene afhænger af behandlingen i akutmodtagelsen, hvorfor en række andre faktorer med indflydelse på genindlæggelsesfrekvensen også bør beskrives inden sammenligning mellem forskellige hospitaler.

Indikatoren afrapporteres månedligt.

Indikator 3: Samlet tid i akutmodtagelsen

Målet med denne indikator er at sikre, at patienter ikke har unødvendig ventetid i akutmodtagelsen, før de udskrives eller overflyttes til en sengeafdeling.

Indikatorens fulde titel er:

Medianen, 95-percentilen og længst forekommende opholdstid i akutmodtagelsen for indlagte og ambulante patienter.

Datadefinitionerne indeholder præcise beskrivelser af, hvordan fx ankomsttid skal opgøres. For patienter, der ankommer med ambulance, sættes ankomsttidspunkt til enten det tidspunkt, hvor ambulancepersonalet kan overgive patienten til det sundhedsfaglige personale i akutmodtagelsen, eller – hvis dette ikke kan ske inden for de første 15 minutter efter fysisk ankomst – fra 15 minutter efter ankomst. Hvis overdragelsesproceduren omfatter initialvurdering, gælder overdragelsestidspunktet som Tid for første initiale vurdering.

Indikatoren afrapporteres månedligt.

Indikatorer vedrørende patientoplevelse

I indikatorsættet indgår i to indikatorer vedrørende patientoplevelse:

4. Forladt akutmodtagelsen uden at blive undersøgt
5. Service-oplevelse

De to indikatorer er beskrevet nedenfor.

Indikator 4: Forladt akutmodtagelsen uden at blive undersøgt

Målet med denne indikator er at forbedre patientoplevelsen og reducere den kliniske risiko for de patienter, der forlader akutmodtagelsen uden at blive set af sundhedsfagligt personale.

Indikatorens fulde titel er:

Den procentvise andel af personer, der forlader akutmodtagelsen uden at blive set.

Indikatoren opgøres ved at sætte antallet af kontakter, hvor en patient forlader hospitalet, inden han eller hun er set af en klinisk beslutningstager, i tælleren og det samlede antal kontakter i nævneren. Planlagte opfølgninger ekskluderes i både tæller og nævner.

Indikatoren afrapporteres månedligt.

Indikator 5: Serviceoplevelse

Målet med denne indikator er at forbedre den patientoplevede service i akutmodtagelserne.

Indikatorens fulde titel er:

Kvalitativ beskrivelse af, hvad der er blevet gjort for at klarlægge patienterne i akutmodtagelsernes oplevelser af service, behandlere og personale, og hvad der er gjort for at forbedre servicen i lyset af disse resultater.

I forhold til denne indikator er der ikke opgivet en fælles metode til opgørelse – det er op til de enkelte akutmodtagelser at tilrettelægge patienttilfredshedsundersøgelser, der kan belyse patienternes oplevelse. I datadefinitionen lægges der dog vægt på, at kvantitative mål, der findes gennem spørgeskemaer, ikke anses for at kunne stå alene. Der skal også rapporteres på, hvilke overvejelser der er gjort lokalt, hvad man er kommet frem til, hvilke serviceforandringer dette har medført, samt endelig hvilke resultater dette har medført.

Indikatoren afrapporteres kvartalsvis.

Indikatorer vedrørende patientsikkerhed

De tre sidste kvalitetsindikatorer vedrører patientsikkerhed:

6. Tid til første sundhedsfaglig vurdering
7. Tid til behandling
8. Tid til speciallæge/akutmedicinere

Som ovenfor beskrives de tre indikatorer hver for sig.

Indikator 6: Tid til første sundhedsfaglig vurdering

Formålet med denne indikator er at reducere den kliniske risiko forbundet med den tid, patienten tilbringer uovervåget i akutmodtagelsen.

Indikatorens fulde titel er:

Tid fra ankomst til start på initial afklaring, hvilket indebærer en kort beskrivelse af patientens situation og smerte- og vitalparameterscoring for alle patienter, der ankommer med ambulance.

Indikatoren belyses ved opgørelse af:

- Mediantid for patienter, der ankommer med ambulance, fra ankomst til initial vurdering
- 95-percentil af tid fra ankomst (med ambulance) til initial vurdering
- Enkeltstående længst registrerede tid fra ankomst (med ambulance) til initial vurdering

Som for indikator 3 er opgørelse af ankomsttidspunkt nøje beskrevet. For patienter, der ankommer med ambulance, sættes ankomsttidspunkt til enten det tidspunkt, hvor ambulancepersonalet kan overgive patienten til det sundhedsfaglige personale i akutmodtagelsen, eller – hvis dette ikke kan ske inden for de første 15 minutter efter fysisk ankomst – fra 15 minutter efter ankomst. Hvis overdragelsesproceduren omfatter initialvurdering, gælder overdragelsestidspunktet som Tid for første initiale vurdering.

Indikatoren afrapporteres månedligt.

Indikator 7: Tid til behandling

Målet med denne indikator er at reducere den kliniske risiko og ulempe forbundet med den tid, patienten spilder før hans eller hendes behandling iværksættes.

Indikatorens fulde titel er:

Tid fra ankomst til start på endelig behandling af en beslutningsdygtig kliniker (forstået som en, der kan definere en behandlingsplan og udskrive patienten).

Indikatoren belyses ved opgørelse af:

- Mediantid for patienter, der ankommer med ambulance, fra ankomst til behandlingsstart
- 95-percentil af tid fra ankomst (med ambulance) til behandlingsstart
- Enkeltstående længst registrerede tid fra ankomst (med ambulance) til behandlingsstart

Ankomsttidspunkt er defineret som i indikator 3 og 6.

Indikatoren afrapporteres månedligt.

Indikator 8: Tid til speciallæge/akutmedicin

Denne sidste indikator retter sig imod de akutmodtagelser, der modtager de mest syge og sværest tilskadedekomne patienter.

Målet med indikatoren er at forbedre de kliniske processer og udfald af behandlingen samt at reducere de risici, som patienterne udsættes for.

Indikatorens fulde titel er:

Procentandel af udvalgte højrisikopatienter (voksne med ikke-traumatiske brystmerter, febrile børn under et år og patienter der genindlægges uplanlagt med samme symptomer inden for 72 timer efter udskrivelse) på type 1 og 2 akutmodtagelser, der gennemgås af en speciallæge i akutmedicin inden udskrivelse.

Som udgangspunkt gælder indikatoren kun de større akutmodtagelser, men det forventes, at indikatoren skal udvides, så alle højrisikopatienter skal ses af seniorlæge inden udskrivelse, uanset hvilken akutmodtagelse de kommer til.

Indikatoren afrapporteres halvårligt.

Bilag 3: Anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen vedrørende fælles akutmodtagelser

Herunder videregives anbefalingerne 17-24 vedrørende fælles akutmodtagelser fra Sundhedsstyrelsens rapport fra 2007 vedrørende Styrket akutberedskab (Sundhedsstyrelsen 2007).

1.4.3 Fælles akutmodtagelse på sygehuse

17. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at al modtagelse af akutte patienter på sygehusene sker gennem en fælles akutmodtagelse på hovedfunktionsniveau og tilsvarende via traumecentre på højt specialiseret niveau. Modtagelse sker efter visitation i almen praksis eller via 112 opkald. I den organisatoriske og fysiske tilrettelæggelse af de fælles akutmodtagelser bør det sikres, at alle patientgrupper hurtigst muligt behandles i akutmodtagelsen eller passerer videre til relevant specialafdeling.

18. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der etableres ét fælles alarmeringsnummer internt på alle sygehuse (med og uden fælles akutmodtagelse) til brug ved akutte, livstruende tilstande som fx hjertestop.

Fælles akutmodtagelser (hovedfunktionsniveau)

19. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at grundlaget for den fælles akutmodtagelse er, at nedenstående specialer/faciliteter er repræsenteret på matriklen:

- Intern medicin
- Ortopædisk kirurgi
- Kirurgi (parenkym)
- Anæstesiologi med intensiv afdeling niveau 2
- Diagnostisk radiologi
- Klinisk biokemi

De fælles akutmodtagelser kan i øvrigt være forskellige, idet de kan have supplerende specialer med funktioner på såvel hoved- som specialiseret niveau. Anbefalinger vedrørende fødsler fastlægges i Sundhedsstyrelsens gennemgang af specialerne gynækologi/obstetrik og pædiatri. Ved modtagelse af børn, bortset fra børn med mindre skader, bør pædiatri være repræsenteret på matriklen.

For vagtforhold anbefales det, at følgende specialer bør have speciallæge i tilstedeværelsesvagt: Intern medicin, ortopædisk kirurgi, kirurgi og anæstesiologi. Endvidere skal der være speciallæger med kompetence til at foretage akutte ultralydsundersøgelser, herunder ekkokardiografi. Vagtforhold for gynækologi/obstetrik og pædiatri fastlægges i Sundhedsstyrelsens gennemgang af specialerne.

Diagnostisk radiologi bør som minimum have speciallæger i rådighedsvagt, idet nogle funktioner kan varetages ved en telemedicinsk løsning.

Rådgivning fra følgende specialer (ikke nødvendigvis ved fremmøde): Klinisk biokemi og intern medicin: Infektionsmedicin og klinisk mikrobiologi. Der må konkret tages stilling til vagtforhold for evt. supplerende specialer i den fælles akutmodtagelse.

De fælles akutmodtagelser bør have følgende faciliteter på matriklen:

- Konventionelle røntgenundersøgelser
- CT-scanning
- Ultralydsundersøgelse, herunder ekkokardiografi
- Akutte operationsfaciliteter
- Laboratorieanalyser – klinisk biokemi

20. Sundhedsstyrelsen anbefaler et befolkningsunderlag for fælles akutmodtagelser (hovedfunktionsniveau) på 200.000-400.000 indbyggere. I særligt tætbefolkede områder bør det konkret overvejes at udnytte muligheder for stordriftsfordele, herunder effektiv udnyttelse af personaleressourcer mv. ved et større befolkningsunderlag. I alle regioner er der særligt tyndt befolkede områder med ø eller ølignende geografi, der kan nødvendiggøre specifikke løsninger som fx præhospitale ordninger og modtagefunktion for akutte patienter på et sygehus tilpasset de lokale forhold. Det er en forudsætning for disse lokale løsninger, at den sundhedsfaglige kvalitet sikres gennem tæt, formaliseret og dokumenteret samarbejde med relevante parter. De lokale løsninger skal beskrives i regionernes sygehus- og sundhedsplaner.

Traumecentre (højt specialiseret niveau)

21. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der på et traumecenter til behandling af svært kritisk syge patienter/tilskadekomne bør være nedenstående specialer/faciliteter tilgængelige på højt specialiseret niveau:

- Anæstesiologi med intensiv funktion niveau 3, herunder kompetence til behandling af børn
- Gynækologi/obstetrik
- Intern medicin (bred repræsentation)
- Intern medicin: Kardiologi
- Karkirurgi
- Kirurgi, herunder børnekirurgi
- Neurokirurgi
- Neurologi
- Oftalmologi
- Ortopædisk kirurgi
- Oto-rhino-laryngologi
- Plastikkirurgi
- Pædiatri, herunder neonatologi
- Thoraxkirurgi
- Tand-, mund- og kæbekirurgi

- Diagnostisk radiologi
- Klinisk biokemi
- Klinisk immunologi
- Klinisk mikrobiologi

For vagtforhold anbefales det, at følgende specialer bør have speciallæge i tilstedeværelsesvagt: Anæstesiologi, intern medicin (bred repræsentation), intern medicin: Kardiologi, kirurgi, thoraxkirurgi og ortopædkirurgi. Vagtforhold for gynækologi/obstetrik og pædiatri fastlægges i Sundhedsstyrelsens gennemgang af specialerne.

Diagnostisk radiologi bør som minimum have speciallæger i rådighedsvagt, idet nogle funktioner kan varetages ved en telemedicinsk løsning. På matriklen skal der være døgndækkende kompetence til varetagelse af akutte ultralydsundersøgelser og ekkokardiografi.

Desuden rådighedsvagt af speciallæger fra specialerne: Neurokirurgi, plastikkirurgi, karkirurgi, klinisk biokemi, klinisk immunologi, klinisk mikrobiologi, neurologi, oftalmologi, otorhino-laryngologi, specialtandlæge i tand-, mund- og kæbekirurgi samt radiolog med neuro-radiologisk ekspertise og ekspertise i invasive procedurer (fx angiografi og embolisering). Hvis børn modtages, skal der være speciallæge på det kirurgiske område med ekspertise i behandling af børn samt speciallæger med anæstesiologisk/intensiv erfaring i behandling af børn.

Et traumecenter bør tilbyde følgende faciliteter døgndækkende:

- Konventionelle røntgenundersøgelser
- Ultralydsundersøgelser, herunder ekkokardiografi
- CT-scanning
- MR-scanning
- Interventionsradiologi
- Invasiv kardiologi
- Akutte operationsfaciliteter

22. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at de eksisterende 4 traumecentre fortsætter på trods af, at der kun er egentligt grundlag for 1-2 traumecentre. De 4 centre har forskellige spidskompetencer, og der er ikke grundlag for, at alle specialer indgår alle steder på højt specialiseret niveau. Der er derfor behov for et formaliseret samarbejde baseret på konkrete aftaler de 4 centre imellem om visitation og fordeling af patientkategorier samt om fælles retningslinjer for behandling, kvalitetsopfølgning mv.

23. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der udarbejdes fælles nationale retningslinjer for fælles akutmodtagelser og traumecentre samt sammenhængen herimellem. Herunder må der udarbejdes landsdækkende visitationsretningslinjer for svært tilskadekomne patienter.

24. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at regionerne formulerer specifikke kompetencekrav for personale i fælles akutmodtagelser og at traumecentre og tilbyder relevant uddannelse i overensstemmelse hermed.

Bilag 4: Søgestrategi – Litteraturstudie

Tidsbegrænsning: Januar 2005 til juni 2013, sprog: engelsk, dansk, norsk, svensk

PubMed:

#1 "Quality Indicators, Health Care"[Mesh] AND ("Emergency Service, Hospital"[Mesh] OR "Emergency Medical Services"[Mesh]), fund med tilknyttet abstract: 226 fund, sendt til gennemsyn.

#2 (A & E clinical quality indicators) OR (A&E clinical quality indicators) [InTitle/Abstract]: 0 fund.

#3 "Emergency Service, Hospital/standards"[Mesh] AND "Quality Indicators, Health Care"[Mesh]: 92 fund, evt. relevante "ikke-gengangere" fra søgning, 1 sendt til gennemsyn.

Cochrane:

#1 #1 "Quality Indicators, Health Care"[Mesh] AND ("Emergency Service, Hospital"[Mesh] OR "Emergency Medical Services"[Mesh]): 10 fund gennemset, 1 review samt 1 report sendt til gennemsyn.

Embase:

#1 Quality indicators[Keyword] AND (Emergency care[Keyword] OR Emergency health service[Keyword] OR Emergency ward[Keyword]): 2 fund, 1 artikel bestilt.

SveMed:

#1 "Quality Indicators, Health Care"[Mesh] AND ("Emergency Service, Hospital"[Mesh] OR "Emergency Medical Services"[Mesh]): 10 fund, 4 artikler sendt.

Netpunkt:

Kvalitetsindikator? og akut?: 1 fund, ikke relevant.

Quality? og Emergency care: 17 fund gennemset, ingen valgt.

Google Scholar:

"Emergency care" AND "Quality program": De første sider gennemset, 2 artikler valgt + 2 bestilt.

Bilag 5: Oversigtsreferater – Litteraturstudie

TEMATIK 1 – Om udvikling af kvalitetsmål

Forfatter, år, studie	Formål	Indhold og metode	Resultater	Kommentarer
<p>Beattie, Mackway-Jones, 2004</p> <p>Titel: A Delphi study to identify performance indicators for emergency medicine</p> <p>Delphi-studie</p> <p>Land: England</p>	<p>At identificere performance-indikatorer for kvaliteten af patientplejen i akutmodtagelsen. Derudover at identificere aspekter af praksis der tænkes at være indikativ for kvalitet af pleje i akutmodtagelsen.</p>	<p>Delphi-studie i tre runder udført via e-mail og fax. Inkluderede et panel af 33 eksperter fra akutområdet (læger, sygeplejersker, patienter).</p>	<p>224 performance-indikatorer fordelt på både proces, udfald og effektivitet blev foreslået af panelet i første runde. I de følgende to runder opnåede 36 indikatorer konsensus efter 2 runder, hvor 80 % eller flere i panelet vurderede, at indikatoren ville være god. Blandt de 36 var 24 procesmål, 1 var et outcomemål, og de resterende var strukturmål.</p> <p>At der ikke er flere udfaldsmål skyldes, at akutafdelingen typisk blot er ét blandt flere led i et patientforløb. Det inkluderede udfaldsmål er overlevelsesrate af hjertestop.</p> <p>Studiet fungerer som afsæt for videreudvikling af indikatorer i akutmedicin.</p>	
<p>Bos et al., 2012</p> <p>Titel: The consumer quality index (CQ-index) in an accident and emergency department: development and first evaluation</p> <p>Kvantitativt studie</p> <p>Land: Holland</p>	<p>At undersøge patienters holdning til servicen på akutafdelinger samt konstruere og validere et spørgeskema, som kan måle tilfredsheden med service og kvalitet. Hele processen i overensstemmelse med CQ-indeksets guidelines.</p>	<p>Forfatterne udviklede et forbruger-kvalitets-indeks (CQ-index) for skadestuen og akutafdelingen baseret på litteraturstudie og kvalitative undersøgelser.</p> <p>Dette blev brugt til at udvikle et spørgeskema med 84 spørgsmål, hvoraf de 52 var erfaringsrelaterede. Skemaet blev sendt ud til 653 patienter, der havde været på en akutafdeling.</p> <p>Til spørgeskemaet hørte også en række spørgsmål til vigtigheden af de forskellige områder.</p>	<p>De vigtigste områder i forhold til patienttilfredshed var ifølge patienterne tillid til de sundhedsprofessionelles kompetencer, hygiejne, patienternes forventninger til behandlingen og deres oplevelse af at blive taget seriøst af de sundhedsprofessionelle. De mindst vigtige var bl.a. information om rækkefølgen på behandling af patienterne og tilgængelighed af forfriskninger i ventrummet.</p> <p>Forfatterne konkluderer, at denne type af spørgeskema kan bruges på en valid måde til at måle patienters tilfredshed med akutafdelinger, men at et endeligt skema skal valideres yderligere.</p>	<p>Ifølge forfatterne er det at fortrække at måle patienters erfaringer snarere end deres tilfredshed. Tilfredshed er et multidimensionalt koncept baseret på forventninger og personlige præferencer. Erfaringer er derfor mere objektive og giver mere detaljeret information (s. 2).</p> <p>Undersøgelsen er lavet på ét hospital, hvorfor datasæt er foreløbigt.</p> <p>Artiklen fokuserer meget på metodiske overvejelser.</p>

Forfatter, år, studie	Formål	Indhold og metode	Resultater	Kommentarer
<p>Coleman, Nicholl 2010</p> <p>Titel: Consensus methods to identify a set of potential performance indicators for systems of emergency and urgent care</p> <p>Kvantitativt studie</p> <p>Land: England</p>	<p>At identificere et sæt af indikatorer, der både dækker proces, outcome, ensartethed (forstået som ens service uanset tidspunkt på døgnet og ugen) og strukturer.</p>	<p>Gennem et litteraturstudie blev 70 potentielle indikatorer identificeret som gode mål for system-performance. Indikatorerne blev formateret til et spørgeskema, der blev sendt til ekspertpaneler i tre runder ud fra Delphi RAND-metoden med feedback på svar, til der var opnået konsensus. Efterfølgende vurderede fem eksperter sammenhængsgraden af de valgte indikatorer.</p>	<p>Delphi-processen gav 14 indikatorer, der var enighed om, som fordelte sig på outcome (2), proces (8) og ensartethed (4). Til dem tilføjede de fem eksperter to strukturelle indikatorer for at sikre en bred dækning.</p> <p>Derudover var der enighed om 26 diagnoser, der var særligt relevante at bruge som udgangspunkt for målingerne.</p>	<p>Baggrund: Eksisterende servicemål fokuserer på separate services og fanger ikke, hvad der for patienten opleves som en lang eller nem vej til pleje. En system-tilgang ('system-approach') til det akutte kan opmuntre til at arbejde for patientfordele på en måde, der integrerer og krydser organisatoriske grænser (s. 12f).</p>
<p>Dormann et al. 2010</p> <p>Titel: Numerical Parameters and Quality Indicators in a Medical Emergency Department</p> <p>Kvantitativt studie</p> <p>Land: Tyskland</p>	<p>At undersøge muligheden for et objektivi kvalitetsmål, der kan udregnes ud fra eksisterende data fra hospitalernes informationssystem, og som ikke kun er ventetidsdata.</p>	<p>Studiet er baseret på 12 måneders data fra Erlangen Universitetshospitals informationssystem, hvor patientkontakters indlæggelsesdiagnose, udskrivningsdiagnose og tid i skadestuen er registreret. De udregner to mål:</p> <p>DA (Diagnostic Agreement): Overensstemmelse mellem indlæggelses- og udskrivningsdiagnose.</p> <p>DE (Diagnostic Efficiency): Kvotienten af DA*100 divideret med længden af ophold i akutafdelingen i minutter.</p>	<p>DA og DE giver bedre mening end blot ventetid, fordi de sætter ventetid i forhold til diagnose og udredning. De er med andre ord et potentielt objektivi, transparent mål for kvalitet.</p> <p>Målene kan især bruges til intern sammenligning på afdelinger.</p>	<p>Data anvendes retrospektivi, og som forfatterne også skriver, er der behov for et prospektivi designet studie for at validere gyldigheden af målene.</p>
<p>Guttman et al. 2006</p> <p>Titel: Development of Measures of the Quality of Emergency Department Care for Children Using a Structured Panel Process</p> <p>Land: Canada</p>	<p>At udvikle et sæt kvalitetsindikatorer til brug i akutarbejdet med børn. Indikatorerne skal være relateret til linket mellem processer og outcome samt være målbare.</p>	<p>Studiet kombinerede et litteraturstudie og en struktureret panelproces for at finde frem til potentielle kvalitetsindikatorer på børneområdet. Derefter blev det forsøgt, hvorvidt de valgte indikatorer kunne beregnes ud fra et eksisterende datasæt.</p>	<p>18 kliniske tilstande og 8 udfald blev udvalgt som særligt relevante kvalitetsindikatorer på børneområdet. Disse dannende 200 proces-udfaldspar. Ud fra disse blev 68 par vurderet som meget vigtige på tværs af panellet (fx røntgenrate for ankelskader blandt 5-19-årige). Værdier for 14 af disse par kunne beregnes i det eksisterende datasæt.</p>	<p>Noget overfladisk litteratursøgning der blev brugt til at finde potentielle udfaldsmål, men grundig panelproces. Er begyndelsen på en proces med at finde indikatorer og benchmarking.</p>

Forfatter, år, studie	Formål	Indhold og metode	Resultater	Kommentarer
Ikkersheim, Pas 2012 Titel: Improving the Quality of emergency medicine care by developing a quality requirement framework: a study from The Netherlands Land: Holland	At beskrive udviklingen og implementeringen af QRF (Quality Requirement Framework) for akutafdelinger i hele Holland samt måle basisniveauet.	Et ekspertpanel udviklede et spørgeskema med kvantitative og kvalitative spørgsmål relateret til forskellige kompetenceområder, hvorefter dette blev sendt til 27 ud af 104 hospitaler. Efter besvarelsen blev der også lavet interviews med alle stederne. Et år efter implementering blev der fulgt op på 33 andre hospitaler.	På baggrund af data fra interviews og spørgeskemaer blev der opstillet krav omhandlende basal pleje og kompetencer samt personalekompetencer og faciliteter i relation til seks udvalgte områder (CCA'er), bl.a. nyfødte med lav fødselsvægt. Ingen af de 27 hospitaler levede op til alle de basale krav ved baseline. Ved opfølgning et år efter levede fem af de 33 hospitaler op til kravene, men da de fik 6 uger til at rette problemerne, levede 32 efterfølgende op til kravene.	QRF omhandler punkter vedrørende personalets uddannelse samt fysiske faciliteter og har ikke nogle proces- eller udfaldsrelaterede mål.
Jones et al. 2012 Titel: Selection and validation of quality indicators for the Shorter Stays in Emergency Departments National Project Land: New Zealand	At udvælge og validere kvalitetsindikatorer til brug i SSED-studiet (Shorter Stays in Emergency Departments), der skal undersøge, hvordan ventetidsmål påvirker kvaliteten af behandlingen i akutafdelinger.	Et litteraturstudie identificerede potentielle indikatorer, hvorefter en referencegruppe på 25 interessenter fra akutområdet validerede dem gennem fokusgruppeinterviews.	De væsentligste temaer for indikatorerne var kommunikation, tilgængelighed, aktualitet, hensigtsmæssighed og tilfredshed. De 12 indikatorer valgt ud fra litteraturstudiet blev valideret, og yderligere to blev tilføjet. De valgte indikatorer er bl.a. længde på ophold, andel der forlod skadestuen uden at blive set og kvaliteten af udskrivesinformation.	
Lazar 2009 Titel: Are we ready and how do we know? The Urgent Need for Performance Metrics in Hospital Emergency Management Land: USA	At argumentere for behovet for kvalitetsindikatorer i akutafdelingerne og hvordan disse adskiller sig fra indikatorer i det resterende sundhedsvæsen.	Diskussion af eksisterende litteratur og viden samt sammenligning mellem traditionelle kvalitetsindikatorer i sundhedsvæsenet og hvorfor de ikke fungerer på samme måde i akutafdelinger.	Der er behov for mere viden for at kunne udvikle evidensbaserede og universalt accepterede kvalitetsindikatorer på akutområdet.	Er et indspark til debatten/en artikel om overvejelser og bidrager ikke med nogen resultater.

Forfatter, år, studie	Formål	Indhold og metode	Resultater	Kommentarer
Lindsay et al. 2002 Titel: The Development of Indicators to measure the Quality of Clinical Care in Emergency Departments Following a Modified Delphi Approach Land: Canada	At udvikle valide, relevante og anvendelige kvalitetsindikatorer for akutafdelingens kliniske performance.	Studiet kombinerede et litteraturstudie og en modificeret Delphi-panel tilgang for at finde frem til potentielle tilstand-udfald kvalitetsindikatorer. Indikatorerne blev vurderet ud fra sammenhæng mellem behandlingskvalitet og et specifikt udfald (fx akut myokardie infarkt og død). Derefter blev det forsøgt, hvorvidt de valgte kunne beregnes ud fra et eksisterende datasæt.	13 kliniske tilstande og 8 udfald blev udvalgt som relevante kvalitetsindikatorer dannende 104 tilstand-udfalds par. Ud fra disse blev 29 par vurderet som meget vigtige på tværs af panelet. Af disse kunne 10 beregnes ud fra eksisterende data.	Som ved artikel 8 er det starten på en udvikling af kvalitetsindikatorer, da de beregnede tal i sig selv ikke giver meget information, før man sammenligner med samme afdeling over tid eller andre afdelinger.
Schull et al. 2011 Titel: Prioritizing performance measurement for emergency department care: consensus on evidence-based quality of care indicators Land: Canada	At skabe et evidensbaseret og anvendeligt sæt prioriterede kvalitetsindikatorer til akutområdet i Canada. Et fokusområde var især anvendeligheden, således at listen ikke blev for lang. Derudover at identificere, på hvilke områder der mangler at blive udviklet nye kvalitetsindikatorer.	Efter et omfattende litteraturstudie blev 170 kandiderende indikatorer vurderet af 21 eksperter ad flere omgange, både via elektroniske spørgeskemaer og et fysisk møde, ind til der var konsensus. De valgte indikatorer blev derefter opdelt i kategorier (bl.a. patientsikkerhed og infektioner/sepsis) og prioriteret inden for hver kategori. Derefter analyserede man ved hjælp af Alberta Health Quality Matrix for Health, hvilke områder hvorpå der manglede indikatorer.	I alt 48 indikatorer blev udvalgt som værende væsentlige og opdelt i 9 kategorier. I alt 12 indikatorer blev højt prioriteret og kunne tilsammen dække bredt. Det blev konkluderet, at der manglede evidensbaserede og anvendelige indikatorer inden for især patienttilfredshed, 'sund arbejdsplads', mental sundhed og afhængighed, ældreområdet og integration af hospitalet i lokalområdet.	
Wakai et al. 2013 Titel: Development of key performance indicators for emergency departments in Ireland using electronic modified-Delphi consensus approach Land: Irland	At udvikle et sæt af KPI'er (Key Performance Indicators), der er enighed om anvendeligheden af blandt Irlands akutlæger.	Studiet anvendte en modificeret Delphi-proces med tre runder af elektroniske spørgeskemaer med 5 svarmuligheder på en Likert-skala. Mulige punkter blev fundet efter en litteraturgennemgang, og deltagerne kunne foreslå yderligere. Skemaerne blev sendt til alle akutlæger i Irland, og der var enighed om en KPI, hvis 70 % eller flere havde svaret enig eller meget enig til, at et punkt var væsentligt.	Der var efter de tre runder enighed om 97 KPI'er til akutområdet, hvoraf 41 var strukturindikatorer, 52 var procesindikatorer og 4 var outcome-indikatorer. I alt havde 86-88 % af akutlægerne svaret, svarende til henholdsvis 41, 47 og 52 læger, da flere blev inkluderet undervejs, fordi de blev udnævnt til akutlæger.	Det er ikke nævnt, hvilke områder de 97 indikatorer omfatter, kun at der er 9, der knytter sig til børneområdet, og at de 3, der opnåede højst enighed, omhandlede tilstedeværelsen af et klinisk informationssystem, compliance med minimum designstandarder som anbefalet af 'the Irish Association for Emergency Medicine', og tid fra ankomst til første EKG af patienter med brystmerter. Evidensen for det enkelte punkt var ikke vedhæftet spørgeskemaet, og det blev derfor forudsat, at lægerne kendte til evidensen på hvert område.

Forfatter, år, studie	Formål	Indhold og metode	Resultater	Kommentarer
<p>Welch et al. 2010</p> <p>Titel: Emergency Department Operational Metrics, Measures and Definitions: Results of the Second Performance Measures and Benchmarking Summit</p> <p>Land: USA</p>	<p>At skabe klare definitioner og måleobjektiver inden for akutområdet, hvor der har været manglende konsensus omkring terminologien.</p>	<p>I 2006 udgav Emergency Department Benchmarking Alliance en artikel om benchmarking på akutområdet, og det var denne, der var udgangspunktet for et nyt stormøde i 2009 og et udviklingsarbejde. På dette summit diskuterede 32 deltagende interessenter terminologien på området. Der blev nedsat arbejdsgrupper inden for fem områder, der hver skulle udarbejde definitioner og sende dette til tovholderne.</p>	<p>Arbejdsgrupperne udarbejdede definitioner inden for hvert af de 5 områders driftskarakteristika (fx indlæggelsesrate), tidsmålinger (tidspunkter og tidsintervaller, fx tid fra ankomst til lægekontakt), andelsmålinger (fx andel, der går uden at have set en læge), procesdefinitioner (fx definition af triage) og brugsdata (fx hvor mange EKG'er der bliver foretaget pr. 100 akutafdelingsbesøg).</p>	<p>Er en 'concept-article'. Indeholder ikke som sådan nogle faste kvalitets- eller performance-indikatorer, men indeholder en række fælles definitioner, der kan gøre det lettere at sammenligne resultater på tværs mellem forskellige afdelinger og hospitaler. Forfatterne opfordrer sygehusene til at finde andre, der organisatorisk ligner dem selv, for at sammenligne på udvalgte mål.</p>

TEMATIK 2 – Om hvordan kvalitetsmål virker

Forfatter, år, studie	Formål	Indhold og metode	Resultater	Kommentarer
<p>Pham et al. 2011</p> <p>Titel: Seventy-two-hour Returns May Not be a Good Indicator of Safety in the Emergency Department: A National Study</p> <p>Kvantitativt studie</p> <p>Land: USA</p>	<p>At måle sammenhængen mellem gentagne besøg på akutafdelingen inden for 72 timer og brug af ressourcer, omfang af sygdom, mortalitet og indlæggelsesrate.</p>	<p>Forfatterne foretog en sammenligning af to patientgrupper fra forskellige akutafdelinger mellem 1998 og 2006. Den første gruppe havde gentagne besøg inden for 72 timer. Den anden var førstegangsbesøgende (s. 3910). De blev sammenlignet med et retrospektivt case-kohorte design.</p> <p>Forfatterne brugte data fra en national database ('the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey'), der er designet til at samle data fra hospitaler i alle 50 stater.</p>	<p>72-timers reglen er blevet brugt til at måle og monitorere patientsikkerhed på akutte afdelinger. I undersøgelsen konkluderes det, at patienter, der vender tilbage til akutafdelingen inden for 72 timer, brugte færre diagnostiske og behandlingsmæssige ressourcer, end patienter der ikke havde haft et tidligere besøg. De var ikke mere syge, havde ikke højere dødelighed eller indlæggelsesrate.</p> <p>Tilbagevendende patienter havde problemer, der snarere relaterede sig til noget socialt end lægefagligt. Genbesøg/genindlæggelse reflekterede derfor oftest ikke fejl i behandling eller diagnostik. Med andre ord peger resultaterne på, at 72-timers reglen ikke er givtig eller siger noget om patientens sikkerhed. Det er derfor ikke et godt mål for kvalitet og patientsikkerhed.</p>	<p>Originalformulering af design er 'retrospective case-cohort design'.</p> <p>Forfatterne anbefaler, at besøg, der ikke er relateret til lægefejl, skal separeres, eksempelvis ved hjælp af et computersystem. En anden strategi kan være at begrænse målet hos dem, der vender tilbage, til at inkludere alvorlige eller livstruende diagnoser. Den bedste løsning ville måske være kun at måle dem, der vender tilbage og skal indlægges på hospitalet, eller der resulterer i død.</p>

Forfatter, år, studie	Formål	Indhold og metode	Resultater	Kommentarer
<p>Griffey, Bohan 2006</p> <p>Titel: Healthcare provider complaints to the emergency department: a preliminary report on a new quality improvement instrument</p> <p>Land: USA</p>	<p>Patientklager er blevet studeret som indikatorer for kvalitet i en akutafdeling. Klager fra sundhedspersonalet (læger, sygeplejersker og hospitalsadministratorer) er imidlertid ikke blevet undersøgt. Deres ekspertise kvalificerer dem til at udtale sig om patientpleje.</p> <p>Formålet med artiklen er at indfange sundhedspersonalets klager og integrere dem i et kvalitetsprogram.</p>	<p>En vurdering af sundhedspersonalets klager på en akutafdeling i 2002. Klagerne blev inddelt i forskellige kategorier, fx 1) overtrædelse af hospitalspolitik/procedure, 2) fejl-kommunikation og 3) mangelfuld diagnostik (s. 345).</p> <p>I alt 53 klager blev indsamlet, og heraf blev 10 udvalgt til peer review, og herfra ledte 8 til genuddannelse af akutlægen samt ændringer i hospitalets politik og procedurer.</p>	<p>Studiet indikerer, at sundhedspersonalets klager er en ressource til at identificere områder, der skal forbedres, samt er bestemmende for kvalitet på akutafdelinger. Overordnet omhandlede klagerne medicinsk pleje. Det står i kontrast til patientklager, der ofte omhandler ventetider.</p> <p>Hvor mange patientklager kom fra udskrevne patienter, involverede de fleste klager fra personalet indlagte patienter.</p> <p>En fremtidig kurs for brug af sundhedspersonalets klager og dermed en forbedring af kvalitet kan inkludere en fastsættelse af sundhedsarbejderes <i>tilfredshed</i> med pleje. En undersøgelse af tilfredshed kan opfordre til input, der handler om andet end pleje.</p>	
<p>Hwang et al. 2011</p> <p>Titel: Measures of Crowding in the Emergency Department: A Systematic Review</p> <p>Land: USA</p>	<p>Trods konsensus omkring det begrebsmæssige fundament for overbelægning og tiltagende forskning i faktorer og udfald tilknyttet overbelægning findes der ikke bredt accepterede måder at måle overbelægning.</p> <p>Formålet med artiklen er at udføre en systematisk vurdering af eksisterende overbelægningsmål og sammenligne dem.</p>	<p>Forfatterne har udført en systematisk og omfattende vurdering af fire medicinske og sundhedspleje henvisningsdatabaser for at identificere alle studier, der relaterer sig til overbelægning på akutafdelingerne. Litteraturen blev gennemlæst af tre hold kritikere, der undersøgte overbelægningsmålene og opsummerede evidensen af deres validitet.</p> <p>2.660 artikler blev identificeret, hvoraf 747 var unikke studier, der fokuserede på måling af overbelægning. De 46 artikler beskæftigede sig med mål, og deraf udledtes 71 unikke overbelægningsmål. Disse mål blev kategoriseret til 5 typer af mål.</p>	<p>De 71 mål, der blev identificeret i den medicinske litteratur, varierer bredt.</p> <p>Undersøgelsen peger på, at tidsintervaller og numeriske tællinger er ved at blive den fremstående måde at måle overbelægning. Kategorierne repræsenterer en uoverensstemmelse i mål af overbelægning i to relaterede fænomener: patient flow (tidsintervaller) og non-flow (numerisk tælling af patienter).</p> <p>Forfatterne identificerer et forsøg på at udvikle multidimensionale skalaer til at måle overbelægning, men udfordringen er her at indfange lokale forskelle i akutafdelinger. Ofte udviklet i lokal sammenhæng er det usikkert, om komplekse mål er reproducerbare på tværs af akutafdelinger.</p> <p>Forfatterne anbefaler, at der i stedet arbejdes med simple mål. De foreslår, at der i fremtiden arbejdes med tidsintervaller (flow) og tællinger (nonflow).</p>	

Forfatter, år, studie	Formål	Indhold og metode	Resultater	Kommentarer
<p>O'Loughlin et al. 2013</p> <p>Titel: Paediatric unplanned reattendance rate: A&E clinical quality indicators</p> <p>Kvantitativt studie</p> <p>Land: Storbritannien</p>	<p>At etablere raten for og grundene til uplanlagte genindlæggelser på Storbritanniens pædiatriske skadestuer og akutafdelinger.</p>	<p>Observationsstudie på tre forskellige sites. Hvert center noterede genindlæggelser af børn, der forekom indenfor 7 dage.</p>	<p>Uplanlagte genindlæggelsesrater på de tre centre var henholdsvis 5,1 %, 5,2 % og 4,4 %.</p> <p>Studiet har identificeret to grupper, hvor man kan arbejde målrettet med at nedbringe genindlæggelser: 1) forældre der vender tilbage med den samme diagnose, selvom graden af sygdom er uforandret, og 2) forældre der ikke tager imod relevante tilbud i primærsektoren, men kommer direkte tilbage til hospitalet.</p> <p>Løsningen er klar kommunikation og tidlig involvering fra erfarne klinikere.</p>	<p>'Reattendance' oversættes her som genindlæggelse.</p> <p>Artiklen handler om, at der i Storbritannien er blevet introduceret 8 nye kvalitetsindikatorer i 2011, hvor en af dem omhandler uplanlagt genindlæggelse. Indikatoren skal sige noget om pleje og kommunikation under patientens førstehåndsendtryk og dermed forebygge unødvendige genindlæggelser. Der er imidlertid kun lavet undersøgelser af voksne genindlæggelser, og denne artikel beskæftiger sig med genindlæggelser af børn, da man mener, der kan være forskelle på de to grupper.</p>
<p>McClelland et al. 2012</p> <p>Titel: A Field Test of Time-Based Emergency Department Quality Measures</p> <p>Kvalitativt og kvantitativt studie</p> <p>Land: USA</p>	<p>At undersøge praktiske aspekter af at indsamle tidsbaserede performance-mål i akutafdelinger.</p>	<p>7 tidsbaserede performancemål blev implementeret på 6 hospitaler på 1 år.</p> <p>Strukturerede interviews blev brugt til at fastsætte fordele og ulemper ved at indberette data.</p> <p>Data på performancemål blev indberettet hver måned. På hvert hospital blev der foretaget 2-3 semi-strukturerede interviews. Interviewene blev brugt til at identificere fordele og ulemper samt tematikker på tværs af de 6 hospitaler.</p>	<p>Forfatterne fandt betydelig forskel mellem de 6 hospitaler i forhold til de 7 tidsbaserede performancemål til akutafdelingerne.</p> <p>Resultaterne fastsætter, at trods en betragtelig variation støttede hospitalspersonalet op omkring fortsættelse af brug af målene.</p> <p>Der er udfordringer i at opstille dataindsamlingsystemer, men der er generelt villighed til at bruge kvalitetsguidelines, hvis de leveres udefra og opleves som relevante. Der var uforudsete fordele ved at indberette. Fx opdagede man før ukendte mangler i kvaliteten. En ulempe ved at indberette data er, at det er dyrt.</p> <p>Dataindsamlingsystemer indebærer visse byrder, men når systemerne er på plads, indskrænkes disse. De fleste af deltagerne fandt det, at have data, brugbart i deres håndtering og forbedringstiltag.</p>	<p>Baggrund: På grund af overbelægning er tid blevet et vigtigt kvalitetsmål i akutafdelingerne. En udfordring er logistikken i at indberette korrekt data (bl.a. fordi der ikke er standardiserede mål, og fordi 38 % af akutafdelingerne i USA har papirbaserede dokumentationssystemer).</p>

Forfatter, år, studie	Formål	Indhold og metode	Resultater	Kommentarer
<p>Nguyen et al. 2007</p> <p>Titel: Implementation of a bundle of quality indicators for the early management of severe sepsis and septic shock is associated with decreased mortality</p> <p>Kvantitativt studie</p> <p>Land: USA</p>	<p>At undersøge virkningen af implementeringen af et sepsishåndteringsinitiativ i en akutafdeling, hvor der blev opstillet 5 kvalitetsmål for behandlingen.</p> <p>Formålet er også at monitorere overensstemmelse med kvalitetsmålene, der tjener som klinikerfeedback og kulturforandring, hvilket er nødvendigt, hvis der skal opnås ensartethed i plejeprocessen.</p>	<p>Studiet var designet som et prospektivt kohortestudie, hvori indgik patienter, der blev indlagt med alvorlig sepsis eller septisk chok.</p> <p>Der blev indført 5 obligatoriske trin i behandlingen – alle processer, som blev målt på som kvalitetsindikatorer.</p>	<p>Når man sammenlignede de patienter, der fik alle 5 trin, med dem, der ikke fik dem, havde sidstnævnte højere dødelighed. De 5 trin er samtidig nemt målbare og acceptable for personalet. De fungerer dermed godt som kvalitetsindikatorer for sepsisbehandlingen.</p>	<p>De valgte indikatorer kan opfattes som proces outcomemål, jf. artikel 13.</p>
<p>Thijssen et al. 2013</p> <p>Titel: Emergency departments in The Netherlands: is there a difference in emergency departments with and without emergency physicians? a cross-sectional web-based survey</p> <p>Survey, kvantitativt studie</p> <p>Land: Holland</p>	<p>At undersøge forskelle mellem hollandske akutafdelinger med akutlæger (emergency physicians) og dem uden.</p>	<p>En tværsnits web-baseret survey over data fra 2008 og 2009 fra alle 105 hollandske hospitaler med akutafdelinger.</p> <p>Dokumentation af hvilke akutspecifikke kurser (3 i alt) der blev deltaget i af læger, som arbejder i akutafdelingerne, og hvilke kliniske auditaktiviteter (6 i alt) der blev implementeret.</p> <p>Den endelige analyse er baseret på en lineær regressionsanalyse, der kontrollerer for akutafdelingens størrelse, og om den har et akutlægetræningsprogram.</p>	<p>Responsraten på surveyen var 67 %. Akutlæger var bedst repræsenterede i større akutafdelinger. Den lineære regressionsanalyse viser, at det totale antal af kurser, der blev deltaget i, var i gennemsnit 0,51 højere i akutafdelinger med akutlæger end i afdelinger uden. Det totale antal af implementerede audit var i gennemsnit 0,48 højere.</p> <p>Studiet peger på, at tilstedeværelsen af akutlæger har en positiv indflydelse på kvaliteten af den akutte pleje.</p>	

Forfatter, år, studie	Formål	Indhold og metode	Resultater	Kommentarer
<p>Rønning et al. 2007</p> <p>Titel: Kvalitetsindikatorer for behandling av akutt hjerteslag</p> <p>Kvantitativt studie</p> <p>Land: Norge</p>	<p>At præsentrere indikatorer for behandling af slagtilfælde.</p>	<p>Artiklen er baseret på publikationer fra Medline. Forfatterne har benyttet Cochrane-databasen til at identificere meta-analyser af behandlinger, der har vist sig at have effekt. Indikatorer, hvor effekten er tydelig i de randomiserede kontrollerede studier eller i metaanalyser, er tillagt størst vægt.</p> <p>Artiklen indeholder også indikatorer baseret på ekspertgrubevurderinger i Norge og internationalt. Dertil trækker forfatterne på egne erfaringer og vurderer indikatorer, der ikke er undersøgt i kontrollerede studier.</p>	<p>Slagtilfælde er en kompleks sygdom, som kræver bred viden om risikofaktorer, diagnose, udredning, akutbehandling og opfølgning. Ved hjælp af gode indikatorer kan sygehuse vurdere kvaliteten af slagtilfældebehandlingen.</p> <p>Der bør foreligge skriftlige procedurer for, hvordan patienter med slagtilfælde skal behandles i akutmodtagelsen. Fx skal det være standard at kunne give intravenøs trombolytisk behandling tidligt i forløbet.</p> <p>Forfatterne fremstiller en oversigt af anbefalinger for forløb i den tidlige fase af slagtilfælde fra før indlæggelse, via akutbehandling og udredning af slagtilfældet, sekundær profylakse og rehabilitering (se tabel 1 s. 1220).</p> <p>Indikatorerne er vejledende og må tilpasses hver enkelt patient. En størst mulig andel af patienterne bør behandles i henhold til de vigtigste indikatorer. Ved at følge anbefalingerne er der sandsynlighed for et godt behandlingsresultat. Alle sygehuse, der behandler patienter med slagtilfælde, bør have kvalitetsindikatorer og bruge disse til at måle kvaliteten på slagtilfældebehandlingen.</p>	

Forfatter, år, studie	Formål	Indhold og metode	Resultater	Kommentarer
<p>Burström et al. 2012</p> <p>Titel: Physician-led team triage based on lean principles may be superior for efficiency and quality? A comparison of three emergency departments with different triage models</p> <p>Kvantitativt studie</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>At sammenligne performance af forskellige triageringsmodeller i tre forskellige akutafdelinger i Sverige.</p>	<p>Forfatterne anvender effektivitets- og kvalitetsindikatorer til at sammenligne følgende triageringsmodeller: 1) et lægeledet triagehold, 2) sygeplejerske først/akutlæge næst, og 3) sygeplejerske først/juniorlæge næst.</p> <p>Der blev indsamlet data fra patienter, der ankom på de tre akutafdelinger mellem kl. 8 og 21 i 2008. Data fra 147.547 patienter blev analyseret. Deraf blev der målt følgende effektivitetsindikatorer: opholdslængde inkl. tid til læge og tid fra læge til udskrivning og en 4-timers omsætningsrate (turnover rate). Følgende kvalitetsindikatorer blev målt: rate af patienter, der forlod akutafdelingen før behandling, eller før behandlingen var afsluttet, ikke planlagt tilbagekomst indenfor 24 og 72 timer, samt dødelighedsrate inden for 7 og 30 dage.</p>	<p>Forfatterne vurderer, at lægeledet hold-triage synes at være mest fordelagtig – både udtrykt i effektivitets- og kvalitetsindikatorer – sammenlignet med de to andre modeller.</p> <p>Fx var medianen for opholdslængden 158 minutter for lægeledte triagehold sammenlignet med 243 og 197 minutter for triage hos henholdsvis sygeplejerske/akutlæge og sygeplejerske/juniorlæge. Raten af patienter, der forlod akutafdelingen før behandling, var 3,1 % hos det lægeledte triagehold, hvor den hos sygeplejerske/ akutlæge var 5,3 % og hos sygeplejerske/juniorlæge var 9,6 %. Derudover var raten af patienter, der vendte uplanlagt tilbage til akutafdelingen inden for 24 timer, signifikant lavere hos lægeledte hold-triage end hos de to andre.</p>	
<p>Jensen et al. 2007</p> <p>Titel: Optimeret modtagelsesprocedure for hoftefrakturpatienter</p> <p>Kvantitativt studie</p> <p>Land: Danmark</p>	<p>At undersøge effekten af en optimeret og standardiseret modtagelsesprotokol for hoftefrakturpatienter på den samlede modtagelsestid i et allerede etableret multimodalt rehabiliteringsprogram.</p>	<p>Et prospektivt interventionsstudie på Hvidovre Hospitals skadestue, hvor 2 konsekutive grupper på hver 150 patienter indlagt med primær hoftefraktur blev inkluderet før og efter optimering af modtagelsesproceduren, som inkluderede sygeplejeordineret røntgenundersøgelse og opioidfri analgesi.</p> <p>I interventionsgruppen blev patienterne tilset af skadestuesygeplejerske ved ankomst, som initierede et flowdiagram på baggrund af klinisk vurdering og bl.a. bestilte røntgenundersøgelse af hoften.</p>	<p>Den traditionelle modtagelsesprocedure havde et median tidsforbrug på 251 minutter og blev afkortet til en median på 185 ved den optimerede modtagelsesprocedure.</p> <p>Implementeringen af en optimeret og standardiseret modtagelsesprocedure med sygeplejerskeordinerede undersøgelser for hoftefrakturpatienter medførte ca. 1 times nedsættelse af ventetiden på skadestuen med samtidig optimering af smerte- og væskebehandling.</p>	<p>Baggrund: Den traditionelle modtagelsesprocedure for hoftefrakturpatienter er præget af lang ventetid på skadestuen. En kort modtagelsestid er internationalt anvendt som kvalitetsindikator.</p> <p>Det er ikke klart, om kvalitetsløftet i modtagelsesproceduren uafhængigt kan associeres med et bedre samlet resultat for hoftefrakturpatienter.</p>

Forfatter, år, studie	Formål	Indhold og metode	Resultater	Kommentarer
<p>Hacking & Christian, 2012</p> <p>Titel: Clinical quality indicators in children's emergency department – why do children re-attend?</p> <p>Retrospektivt, kvantitativt studie</p> <p>Land: England</p>	<p>At måle genindlæggelsesprocent for børn i akutmodtagelser og undersøge årsagen til både forebyggelige og nødvendige genindlæggelser.</p>	<p>Retrospektiv gennemgang af alle genindlæggelser af børn i en konkret akutmodtagelse i september 2011. Data blev analyseret med henblik på at identificere årsag til genindlæggelsen.</p>	<p>Genindlæggelsesprocent på 5,3 %.</p> <p>En del genindlæggelser var nødvendige, fordi tilstanden var forværret. Men en del af børnene blev genindlagt for samme sygdom på samme niveau som tidligere. I en del af disse tilfælde kunne genindlæggelse være forebygget ved bedre og mere målrettet information om forventet udvikling i sygdommen, bedre adgang til online-hjælp og bedre information om tilbudene i primærsektoren.</p>	

TEMATIK 3 – Om firetimersmålet i England

Forfatter, år, studie	Formål	Indhold og metode	Resultater	Kommentarer
<p>Day, Oldroyd 2012</p> <p>Titel: Attempting to Reduce the Maximum Emergency Waiting Time to 4 Hours in England: Was the Initiative Successful?</p> <p>Diskussion af firetimersmål og vurdering af eksisterende undersøgelser</p> <p>Land: England</p>	<p>Overordnet vil artiklen undersøge indvirkningen af firetimersmålet i akutafdelinger i England.</p>	<p>En diskussion af introduktionen af firetimersmålet og dets implikationer med henblik på den kliniske oplevelse og patientoplevelser.</p> <p>En vurdering af undersøgelser af den nuværende situation og indvirkningen af nye kliniske indikatorer (introduceret i 2010 og implementeret i 2011).</p>	<p>Ved første øjekast synes firetimersmålet at være operationaliserbart og selvdefinerende. Presset for at opnå målet har imidlertid skabt uforudsete sideeffekter. Fx kan læger komme til at tage forhastede beslutninger på en vag baggrund, og sygeplejersker er udsat for tiltagende stress. Fortalere for initiativet argumenterer bl.a. for, at firetimersmålet øger personalets moral og muligheder for investeringer i hospitalets infrastruktur med henblik på at forbedre patientflowet gennem akutafdelingerne, hvilket vil føre til højere patienttilfredshed.</p> <p>Firetimersmålet har affødt nye og innovative strategier på akutafdelingerne. Forfatterne beskriver et 'see and treat' system, hvor seniorlæger håndterer patienter med mindre skader, når de ankommer. Denne nye måde at arbejde på, er en af nøgleinnovationerne, som har resulteret i bedre patientoplevelser. Systemet hjælper personalet til at håndtere arbejdsbyrden. Et andet initiativ er en telefonlinje og onlineservice, der hjælper patienten med at tage vare på sig selv og dermed reducere besøgende på akutafdelingerne (ca. 1,1 mio. besøg blev afværget). Der er således fordele ved firetimersmålet, men kompromiserne relateret hertil har rejst bekymring.</p> <p>Efter regeringsskifte i 2011 er det blevet anerkendt, at firetimersmålet ikke er en løsning i sig selv. Den nye regering har foreslået 8 kvalitetsindikatorer i stedet for firetimersmålet, men som bygger på firetimersmålet. Indikatorerne medregner ventetid, men adresserer også kvalitet i pleje.</p> <p>Effekten af de nye kvalitetsmål mangler endnu at blive undersøgt.</p>	

Forfatter, år, studie	Formål	Indhold og metode	Resultater	Kommentarer
<p>Mason et al. 2012</p> <p>Titel: Time Patients Spend in the Emergency Department: England's 4-Hour Rule – A Case of Hitting the Target but Missing the Point?</p> <p>Kvantitativt studie</p> <p>Land: England</p>	<p>At evaluere effekten af opfølgning på plejeturner i akutafdelingerne i England.</p>	<p>SAFETIME-studiet er et blandet meto-destudie af effekterne fra det pålagte firetimersmål på hospitalsprocesser, patientpleje og personaleattitude i England.</p> <p>Studiet består dels af en retrospektiv analyse af rutinedata fra patientgennemløb på akutafdelingen før, under og efter implementeringen af firetimersmålet.</p> <p>Data fra 15 akuthospitalers akutafdelinger blev indsamlet inkl. alle patientbesøg i maj og juni fra 2003-2006.</p> <p>Forfatterne sammenlignede den totale opholdstid i akutafdelingen og tid til læge. De undersøgte disse udfald på tværs af de fire år mellem indskrevne og udskrevne patienter og unge og gamle patienter. De brugte en random-effekt regressionsmodel, som var tilpasset klyngedannelse på hospitalet (hospital clustering).</p> <p>Forfatterne analyserede 735.588 akutafdelingsbesøg.</p>	<p>Firetimersmålet har udfordret traditionelle måder at arbejde på i akutafdelingerne og banet vejen for implementering af innovative strategier.</p> <p>Firetimersmålet har skabt blandede resultater; færre patienter bruger for lang tid på akutafdelingerne, men mange oplever en abrupt disposition de sidste 20 minutter. Derudover er tid til læge kun minimalt forbedret.</p> <p>Forfatterne havde håbet på, at målet ville resultere i bedre processer og dermed at patienter fik behandling hurtigere og forlod afdelingen inden for 4 timer uden at mindske tid til læge samt lægepatientinteraktioner og pleje. Dette mønster blev ikke observeret. Mål forbedrer derfor generelt ikke overordnet patientpleje og kan have uforudsete konsekvenser. Derudover tyder studier på, at hospitaler snyder med tider for udskrivning for at opfylde målet. Den observerede vækst i sen disposition lige før firetimersmarkeringen foreslår, at akutafdelinger performer målet, men øger ikke den overordnede pleje.</p> <p>Sidstnævnte tyder på, at et stringent og absolut tidsmål ikke er den bedste måde at håndtere trængsel i akutafdelingen.</p> <p>Forfatterne peger også på en anden, men relateret problemstilling: Mål intensiverer ofte kun dele af den forandring, der skal ske, og betyder substitution for andre indsatser. Fx udfordrer patienter, der skal indlægges, håndteringen af en stringent tidsramme. Mange akutafdelinger fortalte, at firetimersmålet ikke var accepteret fuldtud på andre afdelinger af hospitalet, hvilket resulterede i en tilspidsning af patienter, der skal overflyttes lige før 'lukketid'. Dette er en udfordring for hospitalernes patientflow.</p>	<p>De undersøgte hospitaler er 'Acute NHS Hospital trusts' – organisationer der leverer medicinsk og kirurgisk pleje i et eller flere hospitaler og konstituerer Englands og Wales' sekundære sundhedssystem.</p>

Forfatter, år, studie	Formål	Indhold og metode	Resultater	Kommentarer
<p>Weber et al. 2012</p> <p>Titel: Implications of England's Four-Hour Target for Quality of Care and Resource Use in the Emergency Department</p> <p>Kvantitativt studie kombineret med tidligere kvalitative studier</p> <p>Land: England</p>	<p>At evaluere og fastsætte effekten af firetimersmålet i forhold til kvalitet i pleje og brug af ressourcer.</p>	<p>Et retrospektivt studie af 15 akutafdelinger i England med henblik på at præsentere en vifte af performances på målet.</p> <p>Akutafdelingerne sørgede for administrative data fra alle besøgende fra maj til juni i 2003 til 2006. Årrækken indfanger perioden før målet til et år efter fuld implementering. Regressionsanalyser blev tilpasset klyngedan- nelser på hospitalsniveau, og foran- dringer i korrekthed (acuity) reflekter- edes af ambulanceankomster. Result- aterne er estimerede som årlig for- andring i procentdelen af patienter, der oplever udfaldet (experiencing outcome) med 95 % sikkerheds- intervaller.</p> <p>772.525 besøg på akutafdelingen blev undersøgt.</p>	<p>Ifølge dette studie resulterede fireti- mersmålet ikke i flere indlæggelser, uplanlagte genbesøg/genindlæggelser inden for 1 uge eller øget dødelighed. Det havde derfor ikke en negativ effekt på kvalitet og sikkerhed i akut- afdelingspleje. Brug af ressourcer ændrede sig heller ikke.</p> <p>Forfatterne mener, at grunden til, at målene bliver overholdt, er, at akutafdelingen og det bredere hospi- tal har foretaget procesforandringer for at imødekomme firetimersmålet og at reducere trængsel. I et kvalita- tivt studie fortæller akutpersonalet, at de har i sinde at levere den samme pleje som før. Ifølge forfatterne har målet størst effekt, hvis der samtidig sættes pres på andre afdelinger til at modtage indskrevne patienter, der ellers er roden til trængsel på akutaf- delingen.</p> <p>Implementering af eksterne mål kan have værdi i at adressere ellers uløselige problemer. Effekt på kvalitet er sandsynligvis relateret til proces- ser, der er implementeret af akutaf- delingerne for at imødekomme dårlige evalueringer og unødvendige indlæg- gelser. Konklusionen er, at mål ikke er dårlige, så længe de forbliver foku- serede på patienten.</p>	<p>Ifølge forfatterne er dette det første studie, der bruger data fra patient- niveau til at evaluere et omfattende sæt af udfald for kvaliteten i akutaf- delingerne for pleje under Englands firetimersmål.</p>



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

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