

Anne Brøcker og Louise Ladegaard Bro

Ledelse af akutte patientforløb

Et projekt under Videncenter for Velfærdsledelse



Ledelse af akutte patientforløb. Et projekt under Videncenter for Velfærdsledelse 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: 978-87-7488-774-4

Projekt 10109

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 disse år samles modtagelsen af akutte patienter både på færre hospitaler og i centrale enheder på det enkelte akuthospital. For at løse opgaven med at sikre bedre og mere effektive patientforløb er der etableret nye afdelinger – akutmodtagelser, som har det særlige sigte at håndtere modtagelse og initial behandling af de akutte patienter.

Akuthospitalerne er forskellige, og det er de valg, der er truffet i forhold til organisering af de nye akutmodtagelser også. Men fælles for alle er, at det er en stor og kompleks forandring, der er sat i gang. Ud over at sikre en samlet indgang for de akutte patienter er ambitionen at ændre patientforløbene, så de akut syge mødes af en læge med specialistkompetencer tidligt i patientforløbet.

Denne rapport er overvejende finansieret af en bevilling fra Videncenter for Velfærdsledelse. Formålet med bevillingen var dels at arbejde målrettet med udvikling af ledelseskoncepter vedrørende akutte patientforløb på seks udvalgte hospitaler, dels at formidle viden om rammerne for ledelse af de akutte patientforløb. Rapporten belyser således vilkårene for lederrollerne i forbindelse med tilrettelæggelse af de akutte patientforløb. Ud over Videncenter for Velfærdsledelse har også KORA bidraget til finansiering af undersøgelse og rapport.

Rapporten analyserer de strukturelle rammer omkring den forandring, som beslutningen om at etablere akutmodtagelserne har sat i gang, og formidler et øjebliksbillede af ledelsesforholdene omkring de akutte patientforløb. Rapportens primære målgruppe er beslutningstagere og kliniske og administrative ledere, der arbejder med at implementere og udvikle de fælles akutmodtagelser.

Undersøgelsen er gennemført af seniorprojektleder Anne Brøcker og projektassistent Louise Ladegaard Bro. Projektleder Kåre Jansbøl har foretaget en række interviews og deltaget som observatør i en del af forløbet. Projektleder Iben Emilie Christensen har ligeledes gennemført en række af interviewene i undersøgelsen. Studentermedarbejder Marie Glent-Madsen har været en uvurderlig hjælp i forbindelse med at indhente og tjekke grunddata vedrørende de involverede hospitaler.

KORA ønsker at takke Videncenter for Velfærdsledelse for støtte til projektet. Derudover vil vi gerne takke de ledere og medarbejdere, der har deltaget i interviews.

Charlotte Bredahl Jacobsen
September 2013

Indhold

| | |
|--|----|
| Sammenfatning..... | 6 |
| 1 Indledning..... | 8 |
| 1.1 Formål..... | 8 |
| 2 Baggrund | 9 |
| 3 Metode | 11 |
| 4 De deltagende hospitaler | 13 |
| 5 Analysemodellen | 15 |
| 6 Ledelsesrum – rammer og realitet..... | 16 |
| 6.1 Nationale eller regionale politikker..... | 16 |
| 6.1.1 Rammerne – De nationale og regionale udmeldinger på akutområdet..... | 16 |
| 6.1.2 Aktørerne om de nationale eller regionale politikker..... | 16 |
| 6.2 Mandat: Ledelsesopgave og beføjelser | 19 |
| 6.2.1 Rammerne: Ledelsesopgave og beføjelser | 20 |
| 6.2.2 Aktørerne om ledelsesopgave og mandat | 21 |
| 6.3 Knæsatte faglige standarder og værdigrundlag..... | 27 |
| 6.3.1 Rammerne – Knæsatte faglige standarder og værdigrundlag | 27 |
| 6.3.2 Aktørerne og de knæsatte faglige standarder og værdigrundlag | 28 |
| 6.4 Styringsprincipper | 29 |
| 6.4.1 Rammerne - Styringsprincipper | 29 |
| 6.4.2 Aktørerne om styringsprincipper | 30 |
| 6.5 Resultatmål og økonomistyring | 33 |
| 6.5.1 Rammerne: Resultatmål og økonomistyring..... | 33 |
| 6.5.2 Aktørerne om resultatmål og økonomistyring..... | 33 |
| 6.6 Økonomiske og fysiske rammer | 35 |
| 6.6.1 Rammerne – Økonomi og fysik..... | 35 |
| 6.6.2 Aktørerne om økonomiske og fysiske rammer | 36 |
| 6.7 Overenskomster og aftaler | 38 |
| 6.7.1 Rammerne – Overenskomster og aftaler | 38 |
| 6.7.2 Overenskomster og aftaler | 38 |
| 6.8 Rammer og ledelsesrum på tværs | 39 |
| 7 Veje til fælles ledelsesrum? | 40 |
| 7.1 Aktørernes forslag til fremme af samarbejde | 40 |
| 7.1.1 Fælles billede af akutlægernes rolle..... | 40 |
| 7.1.2 Struktur og mål | 41 |
| 7.1.3 Lægedækning og rekruttering | 43 |
| 7.1.4 Modelberegninger i fællesskab..... | 43 |
| 7.1.5 Samarbejde med udgangspunkt i patientforløb..... | 44 |
| 7.1.6 Gensidige besøg og arbejde med fælles forståelse | 44 |

| | | |
|---------|---|----|
| 7.2 | Relationel koordinering | 45 |
| 8 | Konklusioner og anbefalinger | 48 |
| 8.1 | Manglende fælles vision for de akutte patientforløb | 49 |
| 8.2 | Uklare aftaler om ledelse og samarbejde | 51 |
| 8.3 | Rekrutteringsudfordringer i akutmodtagelserne..... | 52 |
| 8.4 | Incitamentsstruktur og økonomistyring understøtter ikke akutkonceptet | 54 |
| 8.5 | Pressede rammer | 56 |
| 8.6 | Overenskomstforhold | 57 |
| 8.7 | Generelle overvejelser..... | 57 |
| | Litteratur | 58 |
| Bilag 1 | Rammer for akutlægerne | 60 |
| Bilag 2 | Oversigt over regionale og lokale planlægningsdokumenter | 62 |
| Bilag 3 | Oversigt over opsamlingsdokumenter fra Conceptmaking..... | 65 |

Sammenfatning

Denne rapport beskæftiger sig med rammer for ledelse af de nye akutmodtagelser og for ledelse af de akutte patientforløb. Det konkrete udgangspunkt for analysen er materiale-gennemgang, interviews og observationer i forbindelse med et interventionsprojekt på i alt seks hospitaler fra i alt fire regioner. Rapporten har således dels fokus på vilkår og muligheder for de nye akutafdelingsledelser, dels muligheder og begrænsninger i forhold til etablering af fælles ledelsesrum omkring de akutte patientforløb.

Barrierer i forhold til ledelse af de akutte patientforløb

Analysen viser, at der fortsat er en række strukturelle og kulturelle udfordringer i forhold til ønsket om at få mere speciallægetid i akutmodtagelserne. Derudover peger analysen på yderligere en række områder, som – i hvert fald på de seks medvirkende hospitaler – er med til at besværliggøre god ledelse af de akutte patientforløb.

De overordnede problemstillinger er således:

- Manglende fælles vision for de akutte patientforløb. Akutkonceptet opfattes ikke ens af alle, og en del af de centrale aktører er usikre på, hvad det egentlig indebærer. Dette gælder ikke mindst begrebet "speciallæger i front".
- Uklare aftaler om ledelse og samarbejde i forbindelse med de akutte patientforløb.
- Rekrutteringsudfordringer i akutmodtagelserne.
- Incitamentsstruktur og økonomistyring understøtter ikke akutkonceptet.
- Pressede rammer.
- Overenskomstforhold.

Men rapporten rummer også erfaringer med og forslag til, hvordan udfordringerne kan angribes. Med udgangspunkt i gode eksempler og konkrete forslag fra aktørerne er der udarbejdet en række anbefalinger, der kan findes i kapitel 8.

Baggrund og uddybning

Denne undersøgelse er foretaget umiddelbart før og efter en konkret intervention på seks akuthospitaler i fire regioner. Undersøgelsen formidler på den baggrund et bredere billede af rammerne for samarbejdet omkring tilrettelæggelse af effektive akutte patientforløb af høj faglig kvalitet. De konkrete erfaringer fra processen er kommunikeret i et særskilt debatoplæg, der kan findes på Videncenter for Velfærdsledelses hjemmeside (Videncenter for Velfærdsledelse [2013]).

Udgangspunktet for den opgave, akuthospitalerne er i færd med at løfte, er krav om en omfattende forandringsproces. Etablering af nye akutmodtagelser og samarbejde på tværs af afdelingerne omkring de akutte patienter er en stor opgave, som rummer en række komplekse ledelsesmæssige udfordringer. Problemstillingerne rækker fra udfordring af stærke kulturer, over traditionelle fusionsudfordringer, til behov for nytænkning af de økonomiske incitamentsstrukturer i sygehusvæsenet. Samtidig er de erfaringer, der høstes på området, af generel interesse, fordi akutområdet og tænkningen bag repræsenterer den omstilling til tænkning i patientforløb, der er på vej i hele sundhedssektoren.

Undersøgelsen viser overordnet set, at de nye akutafdelingsledelser har en vanskelig opgave. For det første er der ikke enighed om præcis, hvilken udfordring akutmodtagelserne er svaret på, eller præcis hvad den nye organisation skal byde ind med. Det afspejler sig i usikkerhed om, hvordan ideen om "speciallægen i front" skal forstås. Det forhold, at akutmodtagelserne i dette projekt kun i begrænset omfang har egne læger, er en hovedproblemstilling både i forhold til at få speciallægerne involveret tidligere i patientforløbene og i forhold til at tilrettelægge hurtigere og mere effektive patientforløb. Samtidig betyder etablering af akutmodtagelserne også udfordringer for de øvrige afdelinger på de medvirkende hospitaler, som både mister ledelsesrum i forhold til (dele af) plejepersonalet og i forhold til egne læger, der udlånes til vagter i akutmodtagelsen. Undersøgelsen peger også på, at en række af de incitamentsstrukturer, der er bygget op omkring hospitalerne generelt, virker dårligt eller direkte kontraproduktivt i forhold til forventningerne om mere samarbejde på tværs omkring de akutte patienter. Endelig viser undersøgelsen, at der fortsat er udfordringer med at finde en god ledelsesmodel i forhold til det sygeplejefaglige personale i akutmodtagelserne.

Metode

Analysen er baseret på i alt 36 dobbelt-/fokusgruppeinterviews med afdelingsledere fra akutmodtagelserne på de medvirkende hospitaler, med samarbejdsparter, hospitalsledelsesrepræsentanter og medarbejderrepræsentanter. Derudover er der foretaget observationsstudier i forbindelse med processerne på et af de deltagende hospitaler, ligesom tre forskere fra KORA har deltaget som observatører i den fælles camp, hvor alle hospitaler deltog. Interviewene er suppleret med gennemgang af skriftligt materiale vedrørende organisering af akutområdet generelt og tilrettelæggelse af samarbejdet omkring de akutte patienter specifikt samt på gennemgang af casemateriale fra Conceptmaking.

1 Indledning

1.1 Formål

Formålet med denne rapport er at beskrive de generelle erfaringer, der kan udledes på baggrund af en række interviews og et længerevarende observationsforløb, der er gennemført i forbindelse med et projekt om ledelse af akutte patientforløb. Projektet er gennemført i perioden 1. august 2011 til 1. juni 2013. I projektet indgår seks akuthospitaler fra fire regioner. Projektet er finansieret af Videncenter for Velfærdsledelse, Conceptmaking og KORA¹, samt de seks medvirkende akuthospitaler, der har bidraget med egenfinansiering i form af medgået tid. Selve interventionsprocessen blev varetaget af konsulentvirksomheden Conceptmaking. Overvejelser om den konkrete proces og fremadrettede bud på ledelseskoncepter er beskrevet i særskilte debatoplæg, der kan findes på Videncenter for Velfærdsledelses hjemmeside (Videncenter for Velfærdsledelse [2013]). Med denne rapport får man baggrund for at forstå de vilkår, projektet har arbejdet under.

Men rapporten skal først og fremmest bidrage med nødvendig grundviden om ledelsesudfordringerne i forbindelse med ledelse af de akutte patientforløb. Rapporten bidrager således med en analyse af rammerne for ledelse af akutmodtagelserne og de akutte patientforløb. På den baggrund skal rapporten komme med konkrete forslag til, hvad beslutningstagere og ledere kan gøre for at understøtte den fortsatte ambition om at skabe bedre og mere effektive forløb for de akutte patienter.

¹ Projektet er startet i Dansk Sundhedsinstitut (DSI). DSI er i 2012 fusioneret med AKF og KREVI til KORA.

2 Baggrund

Med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens udspil fra 2007 "Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen" (Sundhedsstyrelsen 2007) er der gennem de seneste år sket en markant ændring i den danske sygehusstruktur mod større og mere specialiserede enheder. Der er i samme ombæring sket en centralisering af de akutte modtageenheder på hospitalerne. Både fra Sundhedsstyrelsen, regionerne og fra fagligt hold er der lagt op til, at der på de akutte sygehuse skabes rammer, der sikrer, at der altid er specialister til stede på akuthospitalerne, og at de kommer frem i front ved modtagelse af de akutte patienter. Det har ført til, at man landet over er i gang med at etablere nye akutafdelinger for at samle indgangen for akutte patienter og sikre hurtig afklaring af deres behandlingsbehov.

Akutmodtagelserne etableres i forskelligt tempo og med forskellige organisatoriske tilgange. Nogle steder etableres matrix-organisationer med ansvar for patientforløb; andre steder etableres afdelinger med eget plejepersonale og ansvar for senge, og atter andre steder tilknyttes også lægeligt personale til de nye afdelinger. Men fælles for alle de nye akutmodtagelser er en række vilkår:

- Der tilføres ikke ressourcer, i stedet flyttes senge og personale fra de gamle, etablerede afdelinger til de nye akutmodtagelser – dette betyder, at de nye afdelinger er "på strandhugst" i de gamle afdelinger.
- Afdelingsledelserne får ansvar for at tilrettelægge teamsamarbejde og patientforløb på tværs af specialer og faggrupper – der skal samarbejdes på nye måder.
- Akutmodtagelsernes succes beror på samarbejde med det øvrige hospital – akutmodtagelserne kan kun få succes, når der samarbejdes tæt med de øvrige afdelinger om diagnosticering, behandling og pleje i patientforløbene.
- Afdelingsledelserne skal løse opgaven i en stærk og etableret professionskultur, der tilsiger, at det er de unge læger, som har vagtarbejdet i de akutte afdelinger – ikke speciallægerne.
- De nye afdelinger forventes at medføre færre sengedage og aflaste de øvrige afdelinger på hospitalet.

Både vilkårene for etablering af de nye afdelinger og de forventninger, der er til afdelingernes rolle i den fremtidige hospitalsstruktur, medfører behov for etablering af nye ledelsesrum og udvikling af nye ledelses- og samarbejdsformer. Dette gælder både i mødet med borgeren og i mødet mellem faggrupper, specialer og afdelinger.

Ovenstående var baggrund for, at seks hospitaler fra fire regioner i 2011 gik sammen om at søge Videncenter for Velfærdsledelse om støtte til at iværksætte et interventionsprojekt med henblik på at udvikle nye ledelsesformer på akutområdet. Videncenter for Velfærdsledelse imødekom ansøgningen med 2,6 millioner kr. Heraf var de 2,0 millioner kr. øremærket til gennemførelse af selve interventionsprocessen, mens de sidste 0,6 millioner kr. var øremærket KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning² til processtøtte, evaluering og vidensformidling. De medvirkende hospitaler har bidraget med egenfinansiering i form af tid til deltagelse i møder, arbejdsgrupper og camp. Region Midtjylland har varetaget funktionen som tværgående projektleder.

² Oprindelig bevilling til DSI, der efterfølgende er indgået i fusion, hvorfor opgaven er overtaget af KORA.

I denne rapport kigger vi på rammerne for at bedrive ledelse i akutmodtagelserne og af de akutte patientforløb. Vi ser i den forbindelse på ledelsesrum forstået som de formelle beføjelser og de uformelle relationer og dynamikker i den konkrete organisation, der udgør væsentlige dele af betingelserne for det arbejde, som afdelingsledelserne skal udføre. På baggrund af analysen peger vi på en række områder, hvor aktører på forskellige niveauer kan understøtte den fortsatte udvikling.

Rapporten udgør kun en delmængde af den samlede vidensformidling fra projektet. For yderligere notater og artikler mv. henvises til Videncenter for Velfærdsledelse (Videncenter for Velfærdsledelse [2013]).

3 Metode

Analysen kombinerer en top-down analyse (Sabatier, Mazmanian 1980) af de overordnede formelle rammer for akutmodtagelserne med en bottom-up analyse (Hjern, Porter 1981) af, hvordan deltagerne oplever, at samarbejdet omkring de akutte patientforløb foregår i praksis. Bottom-up perspektivet supplerer også analysen med deltagernes bud på, hvilke barrierer der er for samarbejde om de akutte patientforløb, og hvilke faktorer der kunne fremme samarbejdet.

De seks deltagende hospitaler har selv meldt sig til at deltage i projektet. De er således ikke udvalgt efter andre kriterier end ønsket om at arbejde med ledelse af de akutte patientforløb og villighed til at bidrage til projektet med den fornødne tid. At de medvirkende hospitaler ikke er udvalgt hverken tilfældigt eller strategisk betyder, at det ikke er muligt at generalisere på baggrund af de resultater, undersøgelsen når frem til, i forhold til hvordan de formelle rammer for at bedrive ledelse i akutmodtagelserne opleves. Beskrivelsen af de overordnede rammeforhold – de vilkår ledelse af de akutte patientforhold foregår under – er dog generelt beskrevet og gælder også andre stede i Danmark.

Analysen er baseret på diverse former for skriftligt materiale vedrørende organisering af akutområdet generelt, tilrettelæggelse af samarbejdet omkring de akutte patienter specifikt og på gennemgang af casemateriale fra Conceptmaking (Sundhedsstyrelsen 2007) (se også oversigt over kilder i bilag 2 og 3).

Derudover er der foretaget en lang række interviews, dels før interventionsprocessen gik i gang/tidligt i processen, dels efter afslutning af interventionsperioden. I interviewene er der dels spurgt til den konkrete proces, dels til den mere generelle oplevelse af muligheder og udfordringer i samarbejdet omkring de akutte patienter.

Der er således i 2011 (med enkelte undtagelser i foråret 2012) foretaget i alt 18 dobbelt-/fokusinterviews med afdelingsledere fra akutmodtagelserne på de medvirkende hospitaler, med samarbejdsparter, hospitalsledelsesrepræsentanter og medarbejderrepræsentanter med henblik på at klarlægge udgangspunktet for interventionen. På et af de medvirkende hospitaler er det ikke lykkedes at få gennemført interviews med hospitalsledelsesrepræsentanter. Her er alene interviewet afdelingsledelsesrepræsentanter for akutafdelingen samt medarbejdere fra henholdsvis akutafdelingen og en række samarbejdsafdelinger.

Med henblik på at få viden om effekten af interventionen er akutafdelingsledere, samarbejdsparter og hospitalsledelsesrepræsentanter interviewet igen ultimo 2012 (enkelte interviews i januar 2013). Også i denne omgang er der foretaget 18 interviews. For et enkelt hospital (det samme som i første interviewrunde) gælder som ovenfor, at det ikke er lykkedes at få gennemført interviews med hospitalsledelsesrepræsentanter.

Derudover er der foretaget observationsstudier i forbindelse med processerne på et af de deltagende hospitaler, ligesom tre forskere fra KORA deltog som observatører i den fælles camp, hvor alle hospitaler deltog.

Generelt var billedet af udfordringer omkring ledelse og ledelsesrum ret ens i de to interviewrunder. Alligevel har vi valgt udelukkende at benytte citater fra den sidst gennemførte interviewrunde i denne rapport. Baggrunden for dette valg er, at vi gerne vil give så tidstro et billede af ledelsesrummet omkring de akutte patientforløb som muligt.

For at sikre en så høj grad af anonymitet som muligt i repræsentationen af interviewdata er der anvendt følgende kategoriseringer i forbindelse med brug af citater:

- "Afdelingsleder, akutafdeling" dækker over: Ledende overlæge eller oversygeplejerske i en akutmodtagelse.
- "Afdelingsleder, samarbejdsafdeling" dækker over: Ledende overlæge eller oversygeplejerske i en samarbejdsafdeling. Konkret er der citeret repræsentanter fra medicinske, kirurgiske, ortopædkirurgiske, anæstesiologiske og radiologiske afdelinger.
- "Hospitalsledelse" dækker over: Hospitalsdirektører, cheflæger, chefsygeplejersker, centerchefer.

4 De deltagende hospitaler

Tabel 4.1 Deltagende hospitalers organisation af akutmodtagelsen

| | Randers | Sygehus Syd (Slagelse) | Hospitals-enhed Vest ³ | Aalborg | Aarhus | Nordsjællands Hospital (Hillerød) |
|--------------------------------------|--|---|--|--|---|---|
| Optageområde | 220.000 | 150.000 | 285.000 | 310.000 | 299.000 | 315.000 |
| Fysiske faciliteter | 7 modtagerum, 26 senge, 6 skadelejer, dobbelt traumerum og medicinsk traumerum | 10 modtagesenge, 18 24-timers senge, 1 traumerum, 4 skadelejer, 1 rødt leje, 5 modtagelejer | 28 akutsenge, 2 traumerum, 4 skadelejer, 5 rum | 6 modtagestuer, 36 observationsenge, 7 skadelejer, 1 traumerum | 2 traumerum, 16 modtagelejer, 14 medicinske senge | 67 pladser fordelt på stole, lejer og senge |
| Antal læger ansat | 3 akutlæger | 5 overlæger, 1 ledende overlæge og 10 KBU ⁴ læger | 10 akutlæger og 16 KBU læger | 1 ledende overlæge og 3 akutlæger | 1 ledende overlæge | 7 akutlæger |
| Antal læger fra andre afdelinger | Kun ad hoc tilstedeværelse | Medicinsk, ortopædkirurgisk og kirurgisk afdeling har tilstedeværelsesvagt og bagvagt | Ikke andre end de ansatte | Ca. 35 medicinske speciallæger | Medicinsk, ortopædkirurgisk og kirurgisk afdeling har tilstedeværelsesvagt og bagvagt | 18 læger fra andre afdelinger |
| Antal sygeplejersker/SOSU | 75 stillinger, heraf 5 SOSU | 95 stillinger | 95 stillinger, heraf 0 SOSU/SOSA | 115 sygeplejerske- og 6 SSA-stillinger | 97 stillinger, heraf 6 SOSU | 103,1 stillinger |
| Ledelsesforhold | Afdelingsledelse | Afdelingsledelse | Afsnitsleder og klinikledelse | Afdelingsledelse | Afdelingsledelse | Afdelingsledelse |
| Indlæggelser i 2012 | Ca. 15.000 | Ca. 20.000 | Ca. 12.500 | Ca. 7.200 ⁵ | 3.753 fra april til december 2012 | 27.947 |
| Typer af patienter forår 2013 | Medicinske (inkl. kardiologiske) og organkirurgiske patienter | Alle akutte patienter | Kirurgiske, medicinske, ortopædkirurgiske patienter | På modtagestuerne alle akutte patienter | Alle typer akutte patienter | Alle medicinske, kirurgiske, ortopædkirurgiske og neurologiske patienter (undtagen ved apopleksi) |
| Maksimalt mulige/formelle opholdstid | Ca. 4 timer i akutmodtagelsen og 36 timer i sengeafsnittet | Ca. 4 timer hvis patienten skal til anden afdeling, og 24 timer for patienter der kan udskrives næste dag | Ca. 4 timer i akutmodtagelsen, maks. 24 timer i akut sengeafsnit | 48 timer | Maks. 48 timer | Ingen formel øvre grænse, men typisk under 1-2 døgn |
| Gennemsnitlig liggetid | Ca. 6 timer i akutmodtagelsen og ca. 28 timer i sengeafsnittet | Ca. 6 timer i modtagesenge og 24 timer i 24-timers afsnit | Ca. 12 timer | Ca. 23 timer | Ca. 1,2 dage | Ca. 11,7 timers opholdstid for færdigbehandlede patienter |
| Belægningsprocent ⁶ | Omkring 100 % | Omkring 100 % | Omkring 130 % | Beregnes ikke i akutmodtagelsen | 104 % | 99,6 % |

³ Tallene dækker alene Herning undtagen optageområde, der også inkluderer skadeklinikker.

⁴ KBU læger er læger i klinisk basisuddannelse, dvs. færdiguddannede læger, der endnu ikke er speciallæger.

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

⁶ Antal faktiske sengedage divideret med disponible sengedage, dvs. enhver indlæggelse udløser 1 senge-dag uanset længde. En belægningsprocent på over 100 er dermed ikke ensbetydende med, at der har været overbelægning.

| | Randers | Sygehus Syd (Slagelse) | Hospitals-enhed Vest ³ | Aalborg | Aarhus | Nordsjællands Hospital (Hillerød) |
|---|----------------|---|---|--|--|--|
| Fordeling mellem indlagte og skadestuekontakter | Er ikke oplyst | Ca. 55 indlæggelser og 80 skader pr. døgn | Ca. 45 skader og 35 indlæggelser pr. døgn | Ca. 100 skader og 50 indlæggelser pr. døgn | Ca. 105 skader og 14 indlæggelser pr. døgn | Ca. 77 indlæggelser og 106 skader pr. døgn |
| Udskrivningsprocent | Ca. 50 % | Ca. 65 % | Ca. 40 % fra akut sengeafsnit | 30 % | 62 % | 43 % |

I tabellen ovenfor er redegjort for en række grundinformationer om de medvirkende afdelinger. Tallene er indsamlet via mailkorrespondancer med hver af afdelingerne i sommeren 2013. Oversigten viser, at der er stor forskel på de seks akutmodtagelser, der har deltaget i projektet. Det eneste, der går igen, er, at alle undtagen Hospitalsenhed Vest har afdelingsledelse. Der kan også være forskel på opgørelsen i de forskellige afdelinger, hvorfor tallene ikke nødvendigvis er sammenlignelige. Antallet af indlæggelser på årsbasis varierer fra lidt over 3.500 i Aarhus til omkring 20.000 i Slagelse, men dette hænger formentlig tæt sammen med, at antallet af senge til indlæggelser ligeledes varierer. Dertil kommer, at akutmodtagelsen i Aarhus dels ikke var i drift hele 2012, dels at ikke alle akutte patienter på Aarhus Universitetshospitaler modtages her.

Den maksimale liggetid spænder ligeledes fra 4 til 48 timer. For de tre steder, der har oplyst forholdet mellem indlæggelser og skadepatienter, er mønsteret også forskelligt, hvor der tilses over ti gange flere i Aarhus, end der indlægges, mens der tilses ca. 25 % flere, end der indlægges i Slagelse og Herning. Antallet af ansatte læger på afdelingen varierer også fra 1, 3 og 4 i Aarhus, Randers og Aalborg til 16 og 26 (inklusive KBU læger) i Herning og Slagelse.

De medvirkende akuthospitaler har generelt undergået store forandringer i den periode, hvor projektet har kørt. For alle de involverede hospitaler gælder, at de har været igennem en fusionsproces i plejegruppen, men omfanget varierer, jf. variation i patientgruppen, som den fremgår af tabellen. På Aarhus Universitetshospital er akutmodtagelsen først etableret som egentlig afdeling med selvstændigt ledelsesansvar i forhold til plejepersonalet i løbet af projektperioden. På Regionshospital Randers er den eksisterende akutmodtagelse i perioden udvidet med senge og personale fra en anden afdeling. I Region Nordjylland er hele ledelsesstrukturen i hospitalsvæsenet ændret i projektperioden, hvilket naturligt nok også har haft betydning for organisering af akutområdet. I Hospitalsenhed Vest er der i projektperiodens start ændret i organisationen af modtagelsen af de akutte patienter i Holstebro. Både Hillerød Hospital og Slagelse Sygehus er blevet påvirket af lukning af akutmodtagelser i omgivelserne – med flere akutte patienter som følge i den periode, vi har fulgt dem.

Generelt gælder, at der også har været udvikling i kredsen af centrale aktører i perioden. Således har der været ændringer i sammensætningen af afdelingsledelserne på flere de medvirkende hospitaler – både i akutafdelingerne og i samarbejdsafdelingerne.

Projektet er med andre ord gennemført i en periode med mange organisatoriske forandringer og i et felt, der stadig er under udvikling. Analysens resultater må forventes at afspejle dette, og rapporten kan derfor kun bruges til at give et indblik i de udfordringer, der er undervejs i processen med at realisere en ny tilgang til de akutte patientforløb og på den baggrund komme med anbefalinger til, hvordan vejen videre frem mod målet kan lettes. Hvordan akutkonceptet fungerer, når det er fuldt implementeret, og er blevet en naturlig del af det danske sundhedsvæsen, må afvente senere undersøgelser.

5 Analysemodellen

Dette kapitel beskæftiger sig med ledelsesrum: Hvem har ledelse af de akutte patientforløb i og på tværs af afdelingerne, og hvordan er rammerne for at udøve klinisk ledelse i akutmodtagelserne?

Kort defineret er ledelsesrum de handlemuligheder, en leder har for at udøve ledelse. Væksthus for Ledelse⁷ har gennem en undersøgelse af kommunale ledere og deres praksis udarbejdet nedenstående model for forståelse af ledelsesrum.

Vi vil i den videre beskrivelse og analyse af ledelsesrummet i akutmodtagelserne tage afsæt i denne model – først og fremmest den del af modellen, der beskæftiger sig med rammerne for at udøve ledelse. En del af den ledelse, der foregår i hospitalsvæsnet, er klinisk ledelse, hvor en række ledelsesmæssige beslutninger træffes i det kliniske arbejde. Modellen tager ikke umiddelbart højde for dette, men aspekter omkring rammerne for at bedrive klinisk ledelse er inddraget i analysen, især i de afsnit der handler om faglige standarder, værdigrundlag og mandat. Samtidig er kommunale politikker i den konkrete analyse erstattet af regionale politikker, da det er regionerne, der har ansvar for drift og udvikling af hospitalsvæsnet.

Figur 5.1 Model for ledelsesrum

LEDERENS DYNAMISKE UNIVERS



Kilde: Væksthus for Ledelse 2009.

⁷ Ledelsesrum. Udnyt og udvid dine handlemuligheder som offentlig leder. Væksthus for Ledelse, maj 2009.

6 Ledelsesrum – rammer og realitet

I det følgende belyses rammerne for ledelse af de akutte patientforløb gennem henholdsvis et top-down perspektiv, der beskriver aftaler mv. på området, og et bottom-up perspektiv, der tager udgangspunkt i aktørernes erfaringer. Der tages udgangspunkt i de delelementer af ledelsesrummet, der er identificeret i analysemodellen for ledelsesrum fra Væksthus for Ledelse, som den er gengivet i foregående afsnit.

6.1 Nationale eller regionale politikker

6.1.1 Rammerne – De nationale og regionale udmeldinger på akutområdet

I 2007 kom Sundhedsstyrelsen med 24 anbefalinger til et styrket akutberedskab (Sundhedsstyrelsen 2007). Akutberedskab defineredes her som indeholdende "akutindsats, inklusive den præhospitale indsats og sygehusenes akutmodtagelser. Termen (fælles) akutmodtagelse benyttes som betegnelse for den konkrete lokalitet på et sygehus, der vedrører patienter, som har været udsat for ulykke eller pludselig opstået sygdom, og som kræver umiddelbar diagnostik og/eller behandling" (Sundhedsstyrelsen 2007).

Sundhedsstyrelsen anbefalede en omtrentlig halvering af de på det tidspunkt eksisterende ca. 40 sygehuse med skadestue/akutmodtagelser. 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 (Sundhedsstyrelsen 2007).

Sundhedsstyrelsens udspil efterfulgtes i december 2009 af en status på udviklingen inden for akutbetjeningen fra Danske Regioner (Danske Regioner 2009). Udspillet indeholdt en række anbefalinger til fortsat indsats.

De overordnede udspil er konkretiseret i planer for akutområdet, herunder akutmodtagelserne, i de enkelte regioner og på de enkelte akuthospitaler. Generelt ligger de enkelte regioners planlægningsoplæg i tråd med det nationale udspil.

6.1.2 Aktørerne om de nationale eller regionale politikker

Udspillene fra både nationalt og regionalt hold beskriver, som det fremgår af afsnit 6.1.1, den overordnede opgave: etablering af en fælles indgang for de akutte patienter, samling på færre matrikler, selvstændig ledelse af området og speciallæger i front.

Som det fremgår af kapitel 2 og 4, er det en forudsætning for at løse akutopgaven på hospitalerne, at en række afdelinger på akuthospitalerne arbejder sammen. De akutte patienter modtages i akutafdelingen, og den initiale udredning og behandling starter her. De akutafdelinger, der indgår i denne undersøgelse, er meget forskellige – nogle har meget få læger ansat, andre har egne læger nok til at kunne dække en døgnvagt. Jo flere læger den enkelte akutafdelingen har ansat, jo flere opgaver kan løses af afdelingens egne læger uden at involvere andre afdelinger. Men ingen af de medvirkende akutmodtagelser kan leve op til Sundhedsstyrelsens og regionernes forventninger om, at patienterne hurtigt ses af en relevant speciallæge og hurtigt får lagt en behandlingsplan uden at samarbejde med hospitalets andre afdelinger. For en del af de akutte patientforløb er det nødvendigt at involvere speciallæger, og diagnostiske faciliteter fra hospitalets øvrige afdelinger involveres i en del

af de akutte patientforløb. Derfor er det væsentligt for akutafdelingsledelserne mulighed for at løse deres ledelsesopgave, at både hospitalsledelsen og afdelingsledelserne på hospitalets øvrige afdelinger bakker op om konceptet og forstår det på samme måde.

Nedenfor beskrives, i hvor høj grad henholdsvis hospitalsledelsesrepræsentanter, akutafdelingsledere og afdelingsledere fra andre afdelinger i dette projekt bakker op om den overordnede vision om speciallæger i front.

Både afdelingsledelserne for akutafdelingerne og hospitalsledelses-/centerchefniveau accepterer den overordnede udmelding om, at der skal speciallæger i front, men på lidt forskellige niveauer.

Hospitalsledelsernes overordnede tilslutning til konceptet kan illustreres med følgende udpluk fra kommissoriet for den lokale styregruppe for implementering af akutmodtagelse på et af de medvirkende hospitaler:

Den lokale styregruppe skal forestå de overordnede strategiske overvejelser vedrørende implementering af det fælles regionale koncept for de fælles akutmodtagelser og herunder sørge for sammenhængen til Regionalt FAM-Forum.

Opgaver

- *Følge den faglige udvikling indenfor akutområdet på nationalt og internationalt plan.*
- *Sikre rammerne for en sammenhængende vagtstruktur, der tilgodeser patientforløb bredt på hele sygehuset og dermed også understøtter modtagelse og behandling af patienter i Akut- og Traumecenteret.*
- *Sikre at rammerne for en smidig og fornuftig visitation af akut indlagte patienter til specialerne indenfor matriklen er til stede gennem delegering af kompetencer til afdelingsledelsen i Akut- og Traumecenteret.*
- *Sikre at det initiale forløb for akutte patienter på sygehuset understøttes af tilstrækkelige ressourcer, således at hurtige og effektive behandlings- og udredningsforløb kan etableres.*

Her signaleres generel opbakning til konceptet, og opgaven forankres i en styregruppe på strategisk niveau.

Akutafdelingsledelserne er generelt endnu mere konkrete i deres tilslutning til og opbakning om konceptet. De forholder sig specifikt til speciallæger i front. Nedenstående tekst stammer fra en slide, som et af hospitalerne viste under den fælles camp, som blev afholdt som led i det interventionsprojekt, der blev gennemført med støtte fra Videncenter for Velfærdsledelse:

Ledere sikrer sammenhæng i patientforløb gennem dialog, organisering og tæt samarbejde på tværs af organisationen.

- *Akutafdelingen som facilitator af sundhedsfaglig, organisatorisk og patientoplevelset kvalitet*
- *Akutafdelingens overlæger*
 - *Leder og prioriterer fordelingen af Akutafdelingens samlede ressourcer*
 - *Har visitationsretten i hele planlægningsområdet*

- Er Triageansvarlig
- Faciliterer specialernes patientforløb
- Supervisorer yngste læger i Akutafdelingen

Eksemplet er typisk for akutafdelingsledelsernes ønsker og visioner: Akutafdelingsledelserne tror på akutkonceptet og vil gerne udvikle og understøtte en ny organisationsform, der skal understøtte de akutte patientforløb på tværs af hele organisationen.

Blandt afdelingsledelsesrepræsentanterne fra de øvrige afdelinger er der mere blandede udmeldinger. Nogle bakker op om akutafdelingerne som eksponenter for en ny og bedre måde at tænke patientforløb på. Det synspunkt er fx udtrykt på denne måde:

"En stor interessant ting er, at man er begyndt at tænke i forløb og ikke i siloer. Først var akut også en silo og hver afdeling en silo, men nu er der ved at ske et skred, hvor vi ikke tænker så meget i siloer. Vi er interesserede i at få akutafdelingen ind som en del af et forløb. Det, som kan gøre det til en succes, er, når vi kan være trygge ved afdelingen og lægge en del af vores forløb der, hvor det tackles professionelt ud fra patientens behov og ikke ud fra en masse andre faktorer – tidsrammer, økonomi osv. Rationalet er så, at man også kunne få kortere forløb, og det er man kommet tættere på [at få patienterne tidligere hjem, red.]".

Afdelingsleder, samarbejdsafdeling

Men vi har også mødt den modsatte indstilling. En del af de repræsentanter for de etablerede afdelinger, vi har talt med, stiller spørgsmålstegn ved, om det faktisk er nødvendigt og formålstjenligt at skubbe specialisterne forrest. Argumentet er, at en lang række forløb, ikke mindst for de medicinske patienter, er kendte og fredelige. Her er der ifølge en række af de interviewede ikke behov for hurtigt indsats af en specialist, fordi der foreligger en på forhånd udarbejdet plan for, hvordan man udreder patienten, som ikke indebærer behov for, at specialisten er hurtigt på banen. Om dette siger en afdelingsleder på et regionshospital:

"Det giver måske god mening på supersygehusene, men ikke på regionsygehusene. Der er flere specialer, der ikke har brug for akutte læger. Enten er patienten så dårlig, at de skal tubes – det er en anæstesilæge, eller også starter man en kagebog, og så skal patienten først møde specialisten efter et eller flere døgn – når patienten ikke opfører sig, som den skal. Der er altså ikke behov for specialisten i akutmodtagelsen. Der er nogle få tilfælde, hvor de akutte patienter skal se speciallægen, men de patienter kommer jo ikke til regionsygehusene, de kommer til specialsygehusene. Så det er svært at pege på noget, hvor specialisten er rigtig nødvendig i det akutte. Det er rigtigt sjældent, at opgaven kun kan løses af en speciallæge i det akutte."

Afdelingsleder, samarbejdsafdeling

Også hospitalsledelserne møder skepsis over for det overordnede koncepts udfordring:

"Vi har arbejdet meget med at få alle de implicerede parter ind i en forståelse af, hvad akutafdelingens funktion er, og hvilke forventninger vi har til dem. Vi er inde i en proces, hvor alle samarbejdspartnerne ikke har committed sig. Der kører vi i øjeblikket ugentlige møder med akutafdelingen, hvor vi måler på udvalgte parametre, der har med økonomi at gøre og det at få læger ned i afdelingen. Dette for at følge det meget nøje, hvordan det går. Så der er stadig nogle af samarbejdspartnerne, der ser flere udfordringer end muligheder, og som bruger meget tid på at fortælle, hvad

der ikke kan lade sig gøre. Intellektuelt vil de fleste kunne gengive, hvad formålet er med akutafdelingen, men det har ikke rodfæstet sig, de ser stadig deres egen afdeling som verdens navle. Så det er en proces, vi er i. Vi har lavet samarbejdsaftaler – også aftaler, som man på papiret har committed sig til”.

Hospitalsledelsesrepræsentant

Tilslutningen til det overordnede koncept afspejler i nogen grad det organisatoriske tilhørsforhold. Hospitalsledelser og ledelserne af akutafdelingerne accepter overordnet set den udmeldte ramme – de bakker principielt op om konceptet. Det er der også en del af afdelingsledelserne fra de øvrige afdelinger, der gør, men der er også her en række aktører, der stadig er skeptiske i forhold til den overordnede vision.

Generelt peger vores interviewpersoner, i overensstemmelse med rapporten om fremtidens speciallægearbejde i akutmodtagelserne (Holm-Petersen 2010), på, at det er en udfordring for akutkonceptet, at der ikke er en konkret og præcis beskrivelse af, hvad der menes, når der tales om, at specialisterne skal i front. Og en række af vores informanter peger på, at der fortsat er usikkerhed om akutlægenes rolle i den forbindelse. Konkret er der også faglig uenighed blandt aktørerne om, hvor mange patienter, der vil have gavn af at blive mødt af en akutlæge. Vores interviews viser, at holdningerne blandt de ledende overlæger i feltet – ledelser fra specialeafdelinger og akutafdelinger – spænder mellem en opfattelse af, at kun 2 % af de akutte patienter reelt er enten uafklarede eller har så komplekse problemstillinger, at de vil have gavn af at komme forbi akutlægen, til at 99 % af de patienter, der kommer ind i akutmodtagelsen, vil kunne håndteres af akutlægerne uden indblanding af specialerne, før de enten udskrives eller flyttes til et speciale. Og der er positioner midt i mellem:

”Hvis vi giver akutlægen ansvaret, så bør han også have kompetence til at afgøre, om der skal tilkaldes hjælp. Jeg synes, det går fornuftigt med det. Det er vigtigt at huske, at der er patienter, som de kan afslutte selv. Vi regner med, at akutafdelingen skal afslutte op til 40 procent”.

Hospitalsledelsesrepræsentant

I det omfang repræsentanterne for specialerne ikke er enige i, at der er behov for specialister i front, medfører det udfordringer for mulighederne for at udøve ledelse – både for klinikerne i akutmodtagelsen, for afdelingsledelsen i akutmodtagelsen, for de ledende overlæger på hospitalets øvrige afdelinger og på hospitalsledelsesniveau. Det samme gør manglende fælles forståelse for akutlægerne og deres rolle i forbindelse med det akutte patientforløb.

Hvilke konsekvenser aktørerne oplever af dette, beskrives nærmere i nedenstående afsnit 6.2 om Ledelsesopgaver og beføjelser.

6.2 Mandat: Ledelsesopgave og beføjelser

Ovenstående afsnit 6.1 beskriver, hvilke overordnede rammer og forventninger der er til akuthospitalerne og de nye akutmodtagelser, og hvordan de centrale aktører stiller sig til dette. I dette afsnit foldes problemstillingen yderligere ud, og der ses nærmere på ledelsesopgave og beføjelser. Som i det foregående afsnit beskrives de formelle rammer først, og derefter beskrives aktørernes oplevelser af, hvordan rammerne påvirker mulighederne for at udøve organisatorisk og klinisk ledelse i forbindelse med tilrettelæggelse af de akutte patientforløb.

6.2.1 Rammerne: Ledelsesopgave og beføjelser

For alle de medvirkende akuthospitaler gælder, at der er ansat selvstændige afdelingsledelser for akutmodtagelserne. Afdelingsledelserne for akutafdelingerne er sammensat på samme måde som afdelingsledelserne for de øvrige afdelinger på hospitalet, nemlig med en ledende overlæge og en oversygeplejerske. Afdelingsledelserne har generelt ledelsesansvar for de ansatte i deres egen afdeling – dvs. at de leder og fordeler arbejdet. De har også ansvar for budgetoverholdelse, og de har det faglige ansvar for den pleje og behandling, deres ansatte udøver.

Af nedenstående tabel fremgår, dels hvor mange (akut)læger der i 2012 var ansat i akutmodtagelsen, dels hvilket tidsrum der var bemandet med mindst én af akutmodtagelsens egne læger.

Tabel 6.1 Egne læger i akutmodtagelserne

| | Hillerød Hospital | Slagelse Sygehus | Aalborg Universitets-hospital | Hospitals-enhed Vest | Regions-hospital Randers | Aarhus Universitets-hospital |
|--------------------------------|--------------------|---------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------|
| Antal læger i FAM ¹ | 7 | 6 + 10 ² | 4 | 10 + 16 ² | 3 | 1 |
| Akutlæge dækning i tidsrummet | Kl. 08-18 hverdage | Kl. 08-18 hverdage | Kl. 08-15 hverdage | 24/7/365 | Kl. 08-15 hverdage | Ingen |

¹ Inkl. den ledende overlæge

² Henholdsvis 6 akutlæger & 10 KBU læger og 10 akutlæger, 16 KBU læger.

Tallene i ovenstående tabel er som i tabel 4.1 indsamlet via mailkorrespondance med afdelingerne i sommeren 2013. Som det ses er det forskelligt fra hospital til hospital, hvor mange læger der er ansat direkte i akutmodtagelsen. For alle medvirkende hospitaler gælder, at løbende, daglig drift af akutmodtagelsen ikke kan ske uden involvering af læger fra de øvrige afdelinger. Læger fra hospitalets øvrige afdelinger deltager i – eller varetager fuldstændig – den løbende diagnosticering og behandlingsopstart af patienterne i akutmodtagelserne. Opgaven varierer fra tilsyn til patienter med særligt behov til varetagelse af initial diagnostik og behandling.

Der er således stor variation i forhold til lægebemanding af akutmodtagelserne på de medvirkende hospitaler. Dette afspejler det generelle billede i Danmark – undersøgelsen *Kvalitet og mål i akutmodtagelser* viser således, at der er stor forskel på, hvor mange læger der er ansat i akutmodtagelserne landet rundt (Brøcker et al. 2013). På nogle akuthospitaler kan en stor del af det daglige, lægelige arbejde varetages af akutmodtagelsens egne læger. Andre steder varetages opgaven af en yngre læger fra andre afdelingen. De yngre læger har en specialist – en bagvagt fra egen afdeling – som faglig backup.

Afdelingsledelsen i akutafdelingen på alle de seks deltagende hospitaler har direkte ledelsesbeføjelser i forhold til plejepersonalet. På fem ud af seks hospitaler har akutafdelingsledelsen kun delvist eller i mindre omfang direkte ledelsesbeføjelser i forhold til det lægelige personale.

6.2.2 Aktørerne om ledelsesopgave og mandat

"Så man kan sige, hvilket ledelsesrum har ledelsen i akutafdelingen i forhold til de andre afdelinger? Og der har de jo ikke noget andet end de gode hensigter og den legitimitet, som HL lægger ned over det".

Hospitalsledelsesrepræsentant

På det formelle niveau har akutafdelingsledelserne, som det fremgår af ovenstående afsnit, samme ledelsesopgave og ansvar som de øvrige afdelingsledelser på hospitalet. Tilsvarende har den ansvarlige læge ansvaret for den kliniske ledelse af det akutte patientforløb for den enkelte patient. I praksis kan hverken den overordnede, daglige tilrettelæggelse af arbejdet i akutmodtagelsen eller den kliniske ledelsesopgave i forbindelse med de akutte patientforløb løses uden involvering af personale og procedurer fra andre afdelinger. Formelt set har afdelingsledelsen i akutmodtagelsen, som indledningscitatet til dette afsnit udtrykker, ikke myndighed over personale eller andre ressourcer i hospitalets øvrige afdelinger. Dermed bliver det essentielt, at der lokalt skabes nye rammer for at udøve ledelse på tværs. Det sættes der fokus på i første del af dette afsnit. Derefter fokuseres på de ledelsesmæssige udfordringer i forbindelse med tilrettelæggelse af lægernes arbejde i akutmodtagelserne og på klinisk ledelse af akutte patientforløb og akutmodtagelser. Endelig belyser afsnittet de særlige udfordringer omkring ledelse af plejepersonalet i akutmodtagelserne.

Tilvejebringelse af rammer for ledelse af akutte patientforløb

"Den største omlægning af sundhedsvæsenet i historisk tid". Sådan i talesætter en af de hospitalsledelsesrepræsentanter, vi har talt med, den igangværende proces med etablering af akutafdelinger og omstilling af sundhedsvæsenet til en mere forløbsorienteret tankegang. De forandringer, der er i gang, er store, og især afdelingsledelserne i akutafdelingerne, men også hospitalsledelsesrepræsentanter/centerchefer og afdelingsledelser på hospitalernes øvrige afdelinger peger på, at omstillingen kommer til at kræve, at der, i det omfang det ikke allerede er sket, lokalt på hospitalerne træffes beslutning om omfordeling af ressourcer. Samtidig peger en række af vores interviewpersoner på, at forandring skaber modstand: Hvis man laver radikalt om på den måde, et hospital fungerer på og ønsker, at afdelingsledelser, læger, sygeplejersker og andet personale arbejder på en anden måde end vanligt, giver det bølgegang i organisationen. Når det samtidig, som det fremgår af det indledende afsnit, sker i en organisation, hvor ikke alle er enige om, at det er en god idé, forstærker det kun potentialet for konflikt.

Nye og bedre akutte patientforløb kræver altså, at der tilvejebringes et selvstændigt ledelsesmandat for de nye akutafdelingsledelser. Det kræver samtidig, at de læger, der er ansat i akutafdelingerne, får nye muligheder i forhold til at tilkalde og visitere til ressourcer i andre afdelinger. Det indebærer, at der træffes en række afgørelser, som flytter ressourcer og ledelsesmandat. Vi har flere steder – også på hospitalsledelsesniveau – mødt fortællinger om, at beslutninger omkring samarbejde og fordeling af de lægelige ressourcer i forbindelse med vagter i de nye akutmodtagelser er blevet overladt til fælles forhandling mellem afdelingsledelserne. En afdelingsleder fra en samarbejdsafdeling bruger nedenstående metafor for at beskrive, hvordan han har oplevet processen:

"Det har været en ikke særlig topstyret proces. Det er lidt ligesom at sætte tre børn ind i et lokale med to bolsjer, og så skal de selv finde ud af, hvem der ikke skal have et bolsje. Når der er besparelser samtidig med så store omstruktureringer, så skulle der have været en behård topstyring fra starten af. De skulle diktere "sådan her skal det bare være".

Afdelingsleder, samarbejdsafdeling

Tilsvarende efterlyser en ledende overlæge fra en akutmodtagelse vilje i hospitalsledelsen til at gennemtrumfe ændringer i vagtplanerne, så de medicinske og kirurgiske speciallæger kommer i vagt på linje med de unge læger. Eller vilje til at beslutte, at akutlægerne skal kunne booke tider i specialernes ambulatorier, for på den måde at kunne undgå indlæggelser ved at henvise til ambulante tider. Han anerkender, at det formodentlig vil betyde, at nogen rejser, og at det derfor måske i en periode vil gå ud over driften. Men han vurderer, at det over et længere stræk vil jævne sig igen – ikke mindst, hvis vilkårene for speciallægerne bliver nogenlunde de samme på alle akuthospitalerne.

Blandt de akuthospitaler, der har deltaget i denne undersøgelse, er der også eksempler på akutafdelingsledere, der fortæller om stor opbakning fra topledelsen. Disse afdelingsledere peger også på, at stærk ledelsesopbakning har været essentielt for en god proces – ledelsesopbakning giver ro i maven og større gennemslagskraft i dialogen med specialerne.

Oplevelsen af, at der er behov for topstyring og tydelig ledelse i forbindelse med omstillingsprocessen, kan vi til dels genfinde på hospitalsledelses-/centerchefniveau. Her er en stigende erkendelse af, at den omstillingsproces, der er sat i værk, er både stor og meget indgribende. Vi oplever derfor også, at der i forbindelse med den anden runde interviews, som blev gennemført ultimo 2012/primus 2013, var en stigende erkendelse hos hospitalsledelserne af, at de igangværende processer behøver stærkt ledelsesmæssigt fokus. En hospitalsledelsesrepræsentant fortæller:

“Vi har også lært noget i det forløb her, at vi som hospitalsledelse skal på banen noget mere og reagere hurtigere, og at vi nogle gange må sige “det er den retning her, som vi skal i”. Nu gider vi ikke diskutere mere, om patienterne skal igennem akutafdelingen. Når vi har vores opfølgning med akutafdelingen, så spørger vi, hvem der er vigtige i relation til det her, og der kan vi hjælpe dem med at bane vejen. Vi havde måske nogle forventninger til akutafdelingen, som vi ikke kunne have, fordi de ikke havde redskaberne til det. Så vi er også gået i gang med at give dem redskaberne og være inde over i situationer, som vi før tænkte, at de selv kunne finde ud af. Vi skal både give retning, men også regulære råd til, hvordan man gør tingene: “du skal gå over til dem i stedet for at sende en mail” – det er på det niveau”.

Hospitalsledelsesrepræsentant

Generelt giver hospitals- og centerledelserne udtryk for, at de er opmærksomme på deres rolle som understøttende for processen – både i forhold til at give retning og i forhold til at kommunikere mening ud i huset. Flere steder arbejder man konkret med at skabe strukturer, som sikrer opfølgning på nogle af de initiativer, der sættes i gang med henblik på at løfte de akutte patientforløb.

Ledelsesmæssig forankring er ikke mindst vigtigt, når der skal fordeles ressourcer. Derfor engagerer hospitalsledelserne på de involverede hospitaler sig i stigende grad i processerne. Et eksempel på dette er, når hospitalsledelserne sætter sig for bordenden, når der skal indgås samarbejdsaftaler, og når de efterfølgende har fokus på, om de indgåede aftaler overholdes.

Uanset om aktørerne oplever stærkt eller mindre stærkt engagement fra hospitalsledelse og/eller centerniveau, er der blandt de interviewede bred enighed om, at hospitalsledelsen er en meget væsentlig aktør i processen omkring etablering og konsolidering af akutmodtagelserne. Hospitalsledelsen kan både udfordre, påvirke og fortolke rammerne for det ledelsesrum, der er omkring ledelse af akutmodtagelserne, og af de akutte patientforløb – og der er en stærk opbakning i organisationerne til, at hospitals-/centerledelser påtager sig

denne rolle. En væsentlig opgave i den forbindelse består i at medvirke til, at der bliver klarhed omkring rammerne for at udøve klinisk ledelse, jf. diskussionen om speciallæger i front og akutlægenes rolle i den forbindelse som omtalt i afsnit 6.1.2.

En ledende overlæge fra en af akutmodtagelserne anerkender, at hospitalsledelserne har en vanskelig opgave. Han peger på, at hospitalsledelserne er i klemme, fordi der ikke fra hverken politisk eller administrativt niveau har været en tydelig understøttelse af hospitalsledelserne i forbindelse med de store udfordringer:

"Vi har forskellige arbejdsgrupper og foraer på regionsniveau – på politisk side og med embedsmænd – hvor vi kigger på akutområdet, og der er ikke forståelse på det niveau for, hvorfor man ikke på hospitalsniveau udfører det her. Så hverken oppefra eller nedefra er der forståelse for, hvad der foregår på hospitalet, hvorfor man ikke har mandsmod nok til at gøre noget ved det. Jeg tror, at hospitalsledelsen skal have en form for tilsvarende støtte fra regionsniveau, så de ikke bliver straffet for det økonomisk. Der skal være et sikkerhedsnet under dem, så de kan prøve en ny konstellation".

Afdelingsleder, akutafdeling

Han italesætter dermed et behov for, at også det politisk/administrative niveau anerkender den store udfordring, hospitalsledelserne står overfor i forbindelse med etablering af relevante ledelsesmæssige rammer for realisering af de overordnede nationale og regionale visioner. Derudover opfordrer han til, at også hospitalsledelserne får støtte i processerne, fx i form af fleksibilitet i forhold til at afprøve alternative incitamentsstrukturer.

Når man involverer seks hospitaler i fire regioner i et fælles projekt om ledelse af patientforløb, vil man stå tilbage med forskellige billeder af processerne ude på hospitalerne. Det gælder også oplevelsen af det ledelsesmæssige engagement og den risikovillighed, der har været i forhold til at understøtte etablering af akutmodtagelserne med potentielt konfliktfyldte beslutninger. Vi har mødt seks hospitaler på seks forskellige stadier i forhold til etablering af akutmodtagelser og med seks forskellige modeller for etablering og implementering. Alle steder har vi mødt organisationer, der var i bevægelse – også i forhold til det akutte område. Uanset status og retning har alle de aktører, vi har talt med, ikke desto mindre understreget væsentligheden af stærk ledelsesmæssig opbakning på alle niveauer, når så store ændringer sættes i søen.

Ledelse af lægefagligt personale og patientforløb

Ledelse af de akutte patientforløb handler i vid udstrækning om tilrettelæggelse af den lægefaglige indsats. Og realisering af de overordnede nationale og regionale mål om speciallæger i front forudsætter, at der lokalt på de enkelte akuthospitaler skabes strukturer og indgås aftaler, der sikrer, at speciallægerne rent faktisk er til rådighed i akutmodtagelserne, når patienterne kommer ind. Speciallæger tidligt i forløbet kan sikres på forskellige måder. De kan ansættes i akutmodtagelserne, eller de kan kaldes ned i akutmodtagelserne fra hospitalets øvrige afdelinger. Alternativt kan opgaverne løses ved en kombination af speciallæger fra henholdsvis akutafdelingen og hospitalets øvrige afdelinger. Det samme kan siges om den øvrige lægedækning i forbindelse med de akutte patientforløb.

De akutmodtagelser, der har været med i dette projekt, har i varierende omfang haft egne læger ansat. På en af afdelingerne, akutafdelingen på Hospitalsenhed Vest, har man døgn-dækkende akutlægedækning og kan således selv sikre arbejdstilrettelæggelse hele døgnet, hele ugen. Dette gælder ikke på de andre akutafdelinger, der har deltaget i denne undersøgelse.

gelse. Her har afdelingslederne ikke ledelsesret over alle de læger, der arbejder i akutafdelingerne. Tilsvarende kan man sige, at afdelingsledelserne i flertallet af de samarbejdsafdelinger, vi har undersøgt, oplever at måtte levere arbejdskraft til en afdeling, der er fysisk adskilt fra deres egen, og hvor det ikke er dem selv, der bestemmer over arbejdstilrettelæggelsen. Det giver særlige udfordringer i forhold til ledelsesrum for begge parter.

Det at have læger fra en afdeling til at arbejde i vagter i en anden afdeling kan generelt være en udfordring. For ledelsen af de akutafdelinger, der ikke har akutlæger ansat til at dække vagterne døgnet rundt, er aften- og nattevagterne dog en særlig udfordring. Udenfor det tidsrum, hvor der er akutlæger på vagt, er det læger fra hospitalets øvrige afdelinger, der modtager patienterne. Flere af vores informanter fra akutafdelingerne fortæller, at det kan give udfordringer med at få efterlevet retningslinjer for fx flow og visitering til hospitalets øvrige afdelinger, og det kan betyde, at der tages færre initiativer i form af tilrettelæggelse af patientforløb på tværs. En ledende overlæge i en akutafdeling beskriver problemstillingen på denne måde:

"På speciallægesiden er der et gab mellem medicinernes holdning til, hvordan det helst skal håndteres, og hvordan vi håndterer det. Vi prioriterer, at patienten bliver tilset relativt hurtigt og afklaret. På medicinsiden synes de, at det er tilstrækkeligt, at patienten tilses næste morgen. Så om morgenen kommer der en ordentlig skylle af speciallæger og rydder op på en time, men hvorfor kunne vi ikke have gjort det otte timer før? Så kunne vi undgå at stable patienter ovenpå hinanden".

Afdelingsleder, akutafdeling

Kommentaren kommer fra en akutafdelingsleder, der arbejder et sted, hvor akutafdelingen ikke har egne læger i døgndækning. Hans kommentar illustrerer, hvor svært det ind imellem kan være at sikre en ensartet modtagelse og behandling af patienterne: Selvom afdelingerne arbejder sammen og dagligt konfererer om både allerede indlagte og forventningerne til kommende indlæggelser i forbindelse med vagtskifte, kan han ikke pålægge lægerne fra medicinsk afdeling at gøre, som han synes, er rigtigt. Han er afhængig af arbejdstilrettelæggelse og holdninger i den afdeling, der leverer lægedækning, efter hans egne læger er gået hjem.

Også i dagtiden kan afdelingsledelserne på akutmodtagelserne opleve, at afhængigheden af personale fra andre afdelinger betyder, at de får indskrænket deres ledelsesrum. Som det fremgår af tabel 4.1, indgår læger med ansættelse i andre afdelinger i varierende omfang også i den daglige vagt. En af de interviewede akutafdelingsledere fortæller følgende om udfordringerne ved dette:

"Forskellen er, at de [lægerne fra de andre afdelinger, red.] arbejder og kan gøre som de vil i vores afdeling. Vi kan ikke sætte rammer for, hvordan de skal arbejde, for eksempel hvornår patienterne skal være der og der".

Afdelingsledelsesrepræsentant, akutafdeling

Også klinikerne får udfordret deres muligheder for at udøve klinisk ledelse, når der er forskellige grader af opbakning bag akutkonceptet og forskellige opfattelser af, hvor snitfladerne mellem afdelingerne skal gå. I forbindelse med afslutning af en fælles camp i interventionsprojektet samlede alle de medvirkende hospitaler op på udfordringer og indsatsområder. Et af de medvirkende hospitaler havde følgende punkter med i opsummering af problemfelter omkring kompetenceplacering, aftaler og sikring af efterlevelse af samme:

- Akutlægen oplever situationer, hvor han har svært ved at få hjælp fra stamafdeling.
- Akutlægen oplever, at han i praksis påtager sig ansvar for patienter i det akutte sengeafsnit, selvom de venter på overflytning (med deraf følgende behov for stuegang).
- Plejen oplever problemer med at få overflyttet patienter, som er klar til overflytning.

Listen opsummerer en række af de problemstillinger, som klinikerne i de akutafdelinger, vi har besøgt, oplever som følge i forbindelse med snitfladeproblematikker med andre afdelinger. Centralt står udfordringer med at få overholdt aftaler om tilkald af speciallæger og overflytning af patienter, der er udredt til en afdeling.

På et af de medvirkende hospitaler har man for at sikre sammenhæng i huset valgt en model, hvor akutafdelingens egne læger ikke har behandlingsansvar – det er altid en læge fra det speciale, hvor patienten placeres, der har det behandlingsmæssige ansvar. Akutlægerne har i stedet ansvaret for patientforløb og flow. Det rejser både praktiske og juridiske problemstillinger, for hvem har så ansvaret, indtil det er besluttet, hvor patienten hører hjemme? Foreløbig er beslutningen, at man på det konkrete hospital definerer et "behandlingsmedansvar". Akutlæger uden egentligt behandlingsansvar giver udfordringer for akutafdelingsledelsen, der oplever, at det er et ledelsesmæssigt problem, at de ikke har ledelsesret over de læger, der har behandlingsansvaret. Det giver også problemer for lægerne i akutmodtagelsen. De oplever, at det manglende behandlingsansvar er udtryk for mistillid til deres faglige kompetencer, og at de derfor ikke har den faglige gennemslagskraft, der er nødvendig for at få samarbejdet med de øvrige afdelinger til at glide. En kollega fra en af samarbejdsafdelingerne opsummerer problemstillingen på denne måde:

"Vi skal have nogle akutlæger, der har behandlingsansvar. Ellers bliver man ikke taget alvorligt som læge og set på med respekt fra sine overlægekolleger. Måske kan man kalde det snobberi, men det er sådan lidt i lægeverdenen, at folk skal have præsteret et eller andet, og det kan man ikke, når man ikke har behandlingsansvar".

Læge, samarbejdsafdeling

På andre akutafdelinger er det akutlægerne, der har behandlingsansvaret – det ændres først, når patienten flyttes til en anden afdeling, eller en læge fra en af specialafdelingerne har lagt en plan for patienten, der indebærer, at specialeansvaret flyttes.

Problemstillingen om ledelsesret og fagligt ansvar går igen i forhold til diskussionen om akutlægernes muligheder for at visitere patienter til sengeafdelingerne og deres muligheder for at booke tider i de øvrige afdelingers ambulatorier. Her er både holdninger og praksis forskellige fra hospital til hospital. Nogle steder er det suverænt akutlægen, der bestemmer, hvornår patienterne kan flyttes til sengeafdelingerne, andre steder er det op til forhandling, og endelig er der også steder, hvor det er specialernes læger, der kan visitere patienterne op til afdelingerne. Der er lidt større ensartethed, når det gælder visitation til specialernes akutpladser i ambulatorierne – her er det vanskeligere at få aftaler på plads om, at akutlægerne må henvise patienter til ambulante tider i stedet for at indlægge dem. I begge situationer kan akutlægernes manglende mulighed for selv at træffe en beslutning betyde, at patientforløbet forlænges, fordi man så bliver afhængig af, at specialets egne læger kommer ned i akutafdelingen og tager stilling.

Ledelse af det sygeplejefaglige personale i akutmodtagelserne

Sygeplejerskerne er centrale aktører i forbindelse med de akutte patientforløb. Sygeplejerskerne indgår i modtageteams for de akutte patienter; de observerer, behandler og plejer patienterne, og de er ofte meget centrale i forbindelse med samspillet med de øvrige afdelinger om overflytning af patienter. Dannelse af akutafdelingerne har, alle de steder vi har været, indebåret fusion af forskellige afsnit, hvor sygeplejerskerne traditionelt har haft forskelligt fokus og forskellige faglige kompetencer. Mange steder er akutafdelingerne blevet store med et stort ledelsesspænd til følge.

Det generelle billede fra de afdelinger, vi har besøgt, er typisk for fusionsprocesser. Alle steder er der et element af frustration og usikkerhed, fordi fusionen ikke bare indebærer ny ledelse og nye kolleger, men også nye arbejdsopgaver og usikkerhed for den enkelte. Generelt fortæller akutafdelingsledelserne, at det har været en stor omvæltning for personalet at skulle forholde sig til nye arbejdsopgaver, samt at det, at skulle forholde sig til andre patienter end dem, man tidligere så i den gamle afdeling, kan gøre den enkelte usikker på sin egen faglighed.

Det betyder, at det de fleste steder har været svært at realisere visionen om, at personalet skal kunne varetage generelle opgaver i forhold til initial modtagelse og pleje af patienterne uanset deres tidligere afdelingstilhørsforhold. Dermed bliver det også svært at udnytte ressourcerne optimalt – en del af tankegangen bag akutafdelingerne er netop, at afdelingens senge ikke er specifikt kirurgiske eller medicinske, men at man kan modtage de patienter, der kommer.

Når sygeplejerskerne parallelt med lægerne er specialiserede og har været vant til at arbejde i adskilte afdelinger, medfører dette konkrete udfordringer for akutafdelingsledelserne i forhold til etablerede forestillinger om "de andre", der nu er del af samme afdeling:

"Personalet er meget dedikerede til deres arbejdsopgaver, men de vil ikke op i et sengeafsnit, da de føler, at det er en nedgradering af deres arbejdsopgaver. Store dele af personalegruppen identificerer sig meget stærkt med, om de arbejder i den ene eller den anden afdeling, og denne kultur kan være svær at påvirke. Der er samarbejdsvanskeligheder mellem de to afsnit, og derfor kører man kommunikationsforløb, hvor der bliver udveksling mellem afdelingerne for at forbedre samarbejdet".

Afdelingsleder, Akutafdeling

Der er således en stor kulturudfordring i at få skabt kendskab til og gensidig respekt om de forskellige fagligheder i de nye afdelinger. De store faglige spænd har også gjort det svært for afdelingsledelserne at få den overordnede vision formidlet. Personalet har været frustreret og forbeholdne over for hinanden, og det har gjort, at det især i starten af forløbet har været rigtig vanskeligt at få skabt et fælles billede af målet med det hele. Samtidig oplever flere af akutafdelingsledelserne udfordringer med at få mellemliderstrukturen indrettet, så den understøtter problemstillingerne vedrørende fastholdelse af faglige specialkompetencer, samtidig med at den understøtter samarbejde og fælles opgaveløsning på tværs i afdelingen. Indrettes mellemliderstrukturen, så den understøtter den traditionelle faglighed, opretholdes siloerne, og der opnås ikke synergi ved at bringe faglighederne sammen. Hvis mellemliderstrukturen indrettes på at understøtte samarbejdet på tværs, er det svært samtidig at understøtte fortsat faglig udvikling af specialkompetencerne. Problemstillingen er søgt løst på forskellige måder. Nogle steder har man indrettet sig med afdelingssygeplejersker, der deler ledelsesansvaret for flere afsnit; andre steder delegeres en del af understøttelsen af den faglige udvikling til sygeplejersker med specialistfunktio-

ner. De oversygeplejersker, der har deltaget i undersøgelsen, peger dog på, at det generelt er et felt, hvor der fortsat er behov for at arbejde med nye løsninger.

Så selvom rammerne for ledelse af den sygeplejefaglige gruppe overordnet set er betydeligt klarere end for den lægefaglige gruppe, oplever flere af de interviewede akutafdelingsledere, at stærke faglige kulturer kan gøre det vanskeligt at gennemføre nye arbejdsprocesser. De giver udtryk for, at der også i forhold til det sygeplejefaglige personale fortsat er stort behov for at arbejde med opbygning af en fælles vision – både internt på afdelingen og i samarbejde med de øvrige afdelinger.

6.3 Knæsatte faglige standarder og værdigrundlag

I dette afsnit beskæftiger vi os med faglige standarder og faglig selvforståelse. Både læger og sygeplejersker er faggrupper med en stærk professionskultur. I forbindelse med afdelingsledelsernes mulighed for at drive akutmodtagelserne og akutlægernes mulighed for at bedrive klinisk ledelse i forbindelse med de akutte patientforløb er lægerne imidlertid en helt afgørende og knap ressource. Derfor er lægernes opfattelse af konceptet, og af hvordan det passer til deres faglige normer, meget centralt for implementeringsprocessen. Derfor handler dette afsnit om lægerne og deres rolle i de akutte patientforløb. Først beskrives kort, hvilke formelle rammer der gælder for fagligheden for de læger, som arbejder i akutmodtagelserne. Derefter beskrives, hvilke konsekvenser aktørerne oplever, at rammerne har for ledelse af de akutte patientforløb.

6.3.1 Rammerne – Knæsatte faglige standarder og værdigrundlag

Christina Holm-Petersen peger i rapporten *Fremtidens arbejdstilrettelæggelse for speciallæger på Fælles Akut Modtagelser* på, at lægeuddannelsen og de traditionelle karriereforløb for læger er bygget op om at understøtte specialisering konkretiseret i uddannelse og arbejde som speciallæge (Holm-Petersen 2010).

Det betyder, at lægerne traditionelt identificerer sig med opgaven inden for eget speciale fremfor det tværgående patientforløb (Betse, Poulsen 2005). Derudover peger Adler, Kwon, & Heckscher i en artikel fra 2008 på, at autoritetsrelationer og opdelingen i specialer med eget faglige hierarki i lægefaget betyder, at der nemt opstår problemer med at koordinere og skabe enighed på tværs i en stor gruppe læger (Adler, Kwon & Heckscher 2008).

Sundhedsstyrelsens akutudspil fra 2007 (Sundhedsstyrelsen 2007) medførte en række initiativer i forhold til uddannelse af den nye faggruppe, som akutlæger udgør. Først og fremmest har udspillet ført til etablering af et nyt fagområde – Fagområde Akutmedicin. Fagområdebeskrivelsen beskriver de kliniske krav til de kommende akutmedicinere (Dansk Medicinsk Selskab 2008).

Fagområdebeskrivelsen lægger op til et 2-årigt efteruddannelsesforløb som overbygning på et allerede opnået speciale.

Uddannelseselementet i fagområdebeskrivelsen er konkretiseret i "Uddannelse for læger i fagområdet Akutmedicin", der udbydes i Region Midtjylland. Uddannelsesordningen er organisatorisk forankret i en national styregruppe i regi af Danske Regioner (Center for Kompetenceudvikling, Region Midt 2013).

Af både fagområdebeskrivelse og uddannelsesbeskrivelse fremgår, at det forventes, at de kommende akutlæger skal have en væsentlig rolle i forbindelse med tilrettelæggelse af hensigtsmæssige patientforløb i de fælles akutmodtagelser. De formelle rammer omkring akutlægerne er nærmere beskrevet i bilag 1.

6.3.2 Aktørerne og de knæsatte faglige standarder og værdigrundlag

"I Danmark har vi bestræbt os på, at jo mere specialiserede lægerne var, jo mindre skulle de være på vagt. I Danmark er der status i at være vagtfri".

Hospitalsledelsesrepræsentant

Akutlægerne er en ny faggruppe, der skal etablere sig i en verden, hvor det er specialisering, der gælder, jf. afsnit 6.3.1, og hvor specialisering, jf. det indledende citat, medfører det privilegium, at man får færre vagter på umage tidspunkter. Akutlægekonceptet bryder med dette. Vores interviews tyder – jf. afsnit 6.2.2 – på, at der, i hvert fald nogle steder, fortsat er behov for at arbejde med akutlægenes faglige anerkendelse blandt kollegerne i de andre afdelinger. Manglen på faglig anerkendelse betyder, at det er vanskeligt for akutmodtagelseslederne at rekruttere speciallæger til deres afdelinger.

Netop temaet omkring faglig anerkendelse og specialisering beskrives af en række af de akutafdelingsledelser, vi har talt med, som en væsentlig udfordring i forhold til at kunne tiltrække og fastholde arbejdskraft. De henviser til, at der dels endnu kun er uddannet få akutlæger, dels at det er mindre attraktivt for læger med anden specialisering at arbejde i akutafdelingen. Denne oplevelse er de ikke alene om. Christian Backer Mogensen, der i en årrække var leder af akutmodtagelsen på Sygehus Lillebælt, opsagde i 2012 sin stilling som ledende overlæge. Hans begrundelse var, at det var for vanskeligt at sikre den ønskelige faglige kvalitet, når han ikke havde sit eget hold af faste og dygtige læger. Og hans vurdering var, at det i vid udstrækning hænger sammen med, at der ikke er et selvstændigt speciale i akutmedicin. Et selvstændigt speciale i akutmedicin er i følge Christian Backer Mogensen lig med "Accept i andre afdelinger, synlig kontinuitet og rekruttering i FAM, en afgrænsning af, hvad man kan forvente af akutlægen, et fast lægelag i FAM, uddannelsessøgende læger. Aspekter, som ingen afdeling kan undvære". (Mogensen 2012)

En ledende overlæge fra et af de akuthospitaler, der har deltaget i dette projekt, vurderer også, at de eksisterende rammer omkring specialisering i akutmedicin er med til at vanskeliggøre rekruttering af speciallæger til akutmodtagelserne:

"Jeg har savnet i det her forløb at få nogle definitioner på plads. Vi taler meget om akutlæger, men de er ikke særligt veldefinerede. Hvad er det for nogle mennesker, man taler om, hvad er deres rolle, hvad skal de, hvor mange skal der være af dem? Lige nu er det et fagområde; det er en overbygning på en anden specialuddannelse. Og det er slet ikke let at rekruttere læger til sådanne stillinger. Hvis man først skal have en speciallægeuddannelse inden for et område og så tage en overbygning for at "gå tilbage" til skadestuen, så skal man virkelig brænde for det. Der mangler en del anerkendelse af det her, og så skal der oprettes et selvstændigt speciale. Men det har man valgt centralt fra, at det vil man indtil videre ikke. Så jeg har manglet en afklaring af, hvilken rolle og funktion de her læger skal have".

Ledende overlæge, samarbejdsafdeling

Den stærke tradition i lægeverdenen omkring respekt for specialisering og faglighed lægger således op til diskussionen om, hvordan uddannelsesindsatsen i forhold til læger på akutområdet fremadrettet bør tilrettelægges. Foreløbig har vi i Danmark valgt at satse på, at

uddannelse til akutlæge er en overbygningsuddannelse, der kan lægges oven på et speciale. Vores interviewpersoner er ikke alle enige om den ønskede udvikling i forhold til uddannelsen på akutområdet. Den overvejende del af dem, vi har talt med, peger ikke desto mindre på, at den nuværende løsning skaber udfordringer: Det gælder både i forhold til rekruttering til uddannelsen og akutmodtagelserne, og det gælder den legitimitet, akutlægerne har i forhold til de faglige kolleger i specialerne. For de unge læger, der har mod på at blive akutlæger, har det meget lange udsigter, fordi de først skal færdiggøre en specialisering i et andet felt. For lederne af akutafdelingerne betyder den lidt afventende holdning fra specialerne, at de har svært ved at tiltrække og fastholde kompetente og engagerede læger – både de unge og de mere erfarne. Så i alle de grupper, vi har talt med, er der fortalere for etablering af et selvstændigt speciale i akutmedicin. Det gælder i udpræget grad lederne af akutafdelingerne, men også andre ledende overlæger. Vi har dog også mødt den modsatte holdning: at etablering af et selvstændigt speciale er unødvendigt. Her er argumenterne, at de relevante kompetencer findes i specialerne, og at etablering af akutmedicin som et selvstændigt speciale vil få negativ indvirkning på mulighed for rekruttering af unge læger til andre specialer, hvor man så på sigt vil mangle specialistkompetencer.

6.4 Styringsprincipper

Ledelsesopgaven og de beføjelser, som den enkelte leder og kliniker har for at løse opgaven, hænger tæt sammen med, hvilke styringsprincipper der gør sig gældende på området. I dette afsnit ses på, hvilke principper der er for at træffe beslutninger om de akutte patientforløb på tværs i hospitalet. Først beskrives de formelle rammer – hvilke organer er sat i verden for at regulere samarbejdet mellem afdelingerne på akuthospitalet, og dernæst beskrives, hvordan parterne bruger og oplever disse rammer.

6.4.1 Rammerne - Styringsprincipper

I forhold til styring/ledelse af de akutte patientforløb gælder forskellige rammer og vilkår for de akuthospitaler, vi har besøgt. På alle hospitaler er der etableret formelle samarbejdsfora vedrørende ledelse af de akutte patientforløb. Samarbejdsforaene strækker sig fra løbende daglige møder, over driftsgrupper, der ser på daglige udfordringer, til styregrupper, der beskæftiger sig med opgaver af mere strategisk karakter. Det er også varierende, hvor stærk den ledelsesmæssige repræsentation i de formelle samarbejdskonstruktioner er.

Derudover er der, afhængig af de konkrete samarbejdsaftaler på det enkelte hospital, forskellige rammer for, hvornår og hvordan speciallæger fra hospitalets øvrige afdelinger kan og skal tilkaldes i forbindelse med udredning af patienten. Endelig er der stor forskel på, hvilke beføjelser læger og sygeplejersker i akutafdelingen har i forhold til visitation af patienter fra akutmodtagelsen og videre op i huset.

Variationerne beskrevet i skemaform nedenfor.

Tabel 6.2 Organisatoriske rammer for akutmodtagelserne

| | Hillerød Hospital | Slagelse Sygehus | Aalborg Universitets-hospital | Hospitals-enhed Vest | Regions-hospital Randers | Aarhus Universitets-hospital |
|--|-------------------|------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------|
| Fælles daglige lægekonferencer om patientforløb på tværs af afdelinger | Ja | Nej | Nej | Nej | Nej | Nej |
| Driftsgruppe | Nej | Nej | Ja | Ja | Nej | Ja |
| Styregruppe | Ja | Nej | Ja | Ja ¹ | Ja | Nej |
| Hospitalsledelse i drifts- eller styregruppe | - | Nej | Ja | Ja | Ja | Nej |
| Faste aftaler for tilkald af speciallæger | Ja | Nej | Nej | Ja | Ja | Nej |
| Akutfdeling har visitationsret til øvrige afdelinger | Ja | Ja | Nej | Ja | Ja | Nej |

¹ Styregruppe for akutte patientforløb.

Kilder: Lokale planlægningsgrundlag, samarbejdsaftaler, interviews.

I forhold til styring af økonomien henvises til afsnit 6.5.

6.4.2 Aktørerne om styringsprincipper

De nye akutafdelingsledelser har i mange tilfælde formelt set kun har et ret begrænset ledelsesrum. Samtidig er der generelt behov for at arbejde sammen om de akutte patientforløb på tværs i akuthospitalet. For at skabe rammer om samarbejdet er der på akuthospitalet opbygget forskellige samarbejdsstrukturer. I dette afsnit beskrives aktørernes oplevelser af de rammer, som de formelle samarbejdsstrukturer udgør.

Drifts- og styregrupper

På den ene side er linjerne rimeligt klare: Afdelingsledelserne i de nye akutafdelinger har ledelsesansvar for deres eget personale, og de har ansvar for daglig drift af afdelingen. På den anden side er der også en række forløb i akutafdelingen, som kun kan ske med involvering af specialerne.

Derfor har der også på fem af de seks involverede hospitaler været etableret et driftsråd og/eller en styregruppe for akutmodtagelsen eller de akutte patientforløb. Her har man typisk drøftet samarbejdsaftaler, herunder bemanning, faglige retningslinjer, visitation til specialafdelingerne mv.

Med hensyn til drifts- og styregrupper er der forskellige modeller, og der er også forskel på, både hvor godt grupperne fungerer, og hvad de beskæftiger sig med. Generelt er drifts- og styregrupperne blevet nedsat i forbindelse med etablering af de nye akutmodtagelser. Nogle steder har man begge typer fora – en styregruppe, der ser på de overordnede ting og fx indgår samarbejdsaftaler, og en driftsgruppe, der taler om de løbende problemstillinger i driften. Nogle steder sidder hospitalsledelsen med i en eller begge grupper. Der er dog også eksempler på samarbejdsstrukturer, hvor det alene er de relevante afdelingsledelser, der mødes, enten med akutafdelingsledelsen for bordenden eller uden formel mødeledelse.

Overordnet set fortæller vores interviewpersoner, at mulighederne for at få truffet konkrete beslutninger er størst, når hospitals- eller centerledelse sidder med i de centrale mødefora om akutmodtagelserne.

Der er i vid udstrækning enighed om, at det er vigtigt at have formelle fora, hvor afdelingslederne kan mødes og diskutere de problemstillinger, der går på tværs. Ikke mindst for akutafdelingslederne er det vigtigt at have et forum, hvor uenigheder kan afgøres i fællesskab, så de aftaler, der indgås, har legitimitet. Afhængigt af, hvor langt man er i etableringsfasen på det enkelte hospital, oplever de interviewede behov for at adskille de strategiske drøftelser – fx om snitflader og samarbejdsaftaler – fra de daglige driftsspørgsmål, der handler om konkrete patientforløb og udmøntning af samarbejdsaftalerne.

Samarbejdsaftaler

Da arbejdet med akutte patientforløb og ledelse i de akutte modtagelser i så høj grad involverer andre afdelinger, er det essentielt for akutmodtagelserne og deres samarbejdspartner fra specialerne, at der indgås samarbejdsaftaler, som regulerer samspillet mellem afdelingerne. Det er der stor bevidsthed om på alle niveauer, og akutmodtagelseslederne og deres afdelingsledelseskolleger er også allerede i fuld gang med indgåelse og implementering af samarbejdsaftaler på en lang række områder. I den forbindelse peger vores interviewpersoner på tre centrale temaer:

- Udfordringer med at få aftalerne på plads
- Aftaler med indbyggede selvmodsigelser
- Udfordringer med at få aftalerne overholdt

Initiativet til at få etableret samarbejdsaftalerne ligger de fleste steder hos ledelsen af akutafdelingen. De fleste steder påtager akutafdelingsledelserne sig også gerne opgaven. Men der kan være flere årsager til, at processerne ikke rigtig kommer i gang eller trækker ud.

For det første fortæller en række af de hospitals- og afdelingsledere, vi har talt med, at det kan trække meget længe ud at få konkrete aftaler på plads, fordi de traditionelle afdelings-/specialeskel gør samarbejdet vanskeligt. Til illustration fortæller en cheflæge, der selv har været en del af processen:

”Vi kunne se siloen tydeligt i driftsrådet. Vi skal have det til at hænge sammen. Bare at få lavet samarbejdsaftaler med medicinerne har taget et år, og de er ikke på plads. Det tager lang tid”.

Hospitalsledelsesrepræsentant

For det andet har akutafdelingsledelsernes primære drivkraft for at søge ind i akutafdelingerne været interesse for det akutte arbejde kombineret med et ønske om at skabe bedre kliniske forløb for patienterne. Kun få hvis overhovedet nogle af de afdelingsledelser, der er ansat i de akutafdelinger, vi har talt med, er søgt ind på området, fordi de interesserer sig for eller har erfaring med at arbejde med organisationsudvikling og forandringsledelse. Så selvom mange har kastet sig ud i opgaven med at få etableret samarbejdsaftaler med stort engagement, er der også nogle, der har oplevet det som en stor udfordring at skulle initiere og drive processen med at få aftaler i stand. En afdelingsleder fra en af de medvirkende akutmodtagelser fortæller om sin oplevelse af situationen:

“Det var helt forkert, at oversygeplejersken og jeg blev sat for bordenden til at forhandle med nogen, der er helt på samme ledelsesmæssige niveau, om deres ressourcer. Det er en umulig opgave, og jeg ved ikke engang, hvorfor man påtager sig den”.
Afdelingsleder, akutafdeling

For det tredje kan den konkrete kontekst også have betydning for, hvor relevant det opleves at prioritere tid på samarbejdsaftaler. Her har akutafdelingsledere og specialafdelingsledere i en vis udstrækning modsatrettede interesser. For lederne af akutmodtagelserne er det – i en opstartsfasen, hvor der endnu ikke er meget drift – relevant at forsøge at få samarbejdsaftaler i stand, som kan gøre dagligdagen lettere, når afdelingen går i drift/udvides. I denne fase er det imidlertid ikke så relevant for de samarbejdende afdelinger at prioritere tiden til at mødes – det er ikke aktuelt endnu, man ved ikke helt hvilket indhold, der kommer i akutlægenes funktion, og der er den daglige drift at tage hensyn til. Omvendt har nogle af akutafdelingsledelserne, der er blevet kastet lige ud i drift, oplevet, at det har været svært at finde tiden til de mere langsigtede og udadrettede aktiviteter, som etablering af samarbejdsaftaler repræsenterer. På det tidspunkt kan det være svært at prioritere tiden, til at få det gjort, selvom det pludselig er relevant for alle parter.

Endelig fortæller flere, at selvom alle parter bruger tid og energi på at mødes, kan det være svært for afdelingsledelserne at enes om snitfladerne – samarbejdsaftalerne handler om nogle af de store emner, nemlig lægelig tilstedeværelse i akutmodtagelsen, adgangen til speciallæger og visitationsret til senge og ambulatorier.

Sidstnævnte forhold er måske årsag til, at en række af de samarbejdsaftaler, der bliver indgået, indeholder potentielle selvmodsigelser. Et eksempel på aftaler, der i hvert fald i praksis har vist sig at skabe selvmodsigelser, er dem, hvor akutmodtagelserne forpligter sig til ikke at flytte patienter til sengeafdelingerne efter fx kl. 22, samtidig med at det kun er læger fra sengeafdelingerne, der har ret til at visitere patienterne op i sengeafdelingerne. Akutmodtagelsen har en forpligtelse i forhold til specialafdelingen – nemlig at sikre, at de patienter, der er klar til det, er flyttet inden et bestemt tidsrum, men har ikke fået delegeret kompetencen til at træffe afgørelse om, hvornår patienten er klar til at blive flyttet. Den afgørelse ligger stadig hos specialafdelingens egne læger – med den konsekvens, at tidspunktet for overflytning af patienten afhænger af, hvornår speciallægen kommer ned i akutmodtagelsen.

Det leder naturligt over i den tredje udfordring, som vores informanter beskriver i forbindelse med samarbejdsaftaler. Her er problemstillingen hverken at få indgået samarbejdsaftaler, eller at aftalerne er selvmodsigende, men at få overholdt de aftaler, der er indgået. Udfordringerne her drejer sig for det første om at sikre, at alle kender og overholder aftaler om, fx hvornår akutlægerne skal og må kalde på speciallægerne, og hvornår de selv kan starte behandling, jf. afsnit 6.2.2. For det andet handler det om problemstillinger, der kræver organisatoriske omlægninger i hospitalets øvrige afdelinger. Et eksempel, som nævnes på flere matrikler, er, at det ind imellem har været vanskeligt at få realiseret aftaler om, at nogle af patientforløbene på hospitalets øvrige afdelinger skal lægges om fra indlæggelse til ambulante forløb for at skabe mere flow i sengene og dermed mulighed for, at patienterne hurtigere kan forlade akutmodtagelsen og komme i gang med den relevante behandling i specialafdelingen.

6.5 Resultatmål og økonomistyring

I dette afsnit beskrives ultrakort de overordnede rammer for resultatmål og styring vedrørende de akutte patientforløb. Derefter beskrives, hvordan aktørerne oplever, at rammerne har betydning for deres mulighed for at udøve ledelse af de akutte patientforløb.

6.5.1 Rammerne: Resultatmål og økonomistyring

Akutmodtagelserne måles som alle andre afdelinger på hospitalerne på budgetoverholdelse og patienttilfredshed. Samtidig gælder for en række af akutmodtagelserne, at der også måles på procestider – fx ventetider på påbegyndt behandling. I forhold til ledelsesproblematikken i akutmodtagelserne er vilkårene for aktivitetsstyring gennem DRG (Diagnose Relaterede Grupper) imidlertid anderledes i akutmodtagelserne end i andre afdelinger. Derfor er der særlig fokus på denne dimension af resultatmål og økonomistyring i denne rapport.

DRG-systemet er generelt udgangspunkt for budgetlægning og udgiftsstyring i hospitalsvæsnet. Christina Holm Petersen beskriver i sin rapport *Speciallægenes rolle i Fremtidens akutmodtagelser* (Holm-Petersen 2010), hvordan DRG-systemet ikke i særlig vid udstrækning tilgodeser de aktiviteter, der typisk finder sted i akutmodtagelsen. DRG-systemets takster for det arbejde, der foregår i den akutte fase, er lave. Det betyder, dels at det ikke er økonomisk hensigtsmæssigt at sætte speciallæger til at varetage opgaverne i akutmodtagelsen, fordi de kun generer få indtægter i sammenligning med den indtjening, de kunne have, hvis de varetog andre opgaver, dels at akutmodtagelsens budget som udgangspunkt er et rammebudget fremfor et budget, der afhænger af aktivitet. Det sidste betyder, at øget aktivitet ikke udløser øgede indtægter, og alle ændringer i rammen skal forhandles (Holm-Petersen 2010).

6.5.2 Aktørerne om resultatmål og økonomistyring

"Man kan sige, at den overordnede vision den siger vi alle sammen "yes" til. Vi vil gerne modtages af speciallæger og tilrettelægge vores forløb på et højt fagligt niveau. Men når vi skal leve det ud, så er vi oppe imod nuværende arbejdsrutiner – herunder hvordan man tilrettelægger vagtplaner for lægerne – og i forhold til økonomi. Hvem skal have pengene op, og hvordan disponerer man på tværs af andre afdelingers økonomier, sådan så man hurtigt kan tilpasse sig situationen i forhold til antal patienter, samtidig med at man på dommens dag bedømmes på sit eget afdelingsbudget. Her løber ledelsesrummet ind i både muligheder og begrænsninger. For hvordan får man udviklet de hensigtsmæssige forløb på tværs, når man ikke kan se bort fra økonomi og hvilken belastning, det har, og hvilke arbejdsrutiner der skal justeres ind på egen afdeling for at tilgodese fællesskabet – måske lidt på bekostning af de elektive patienter?"

Hospitalsledelsesrepræsentant

En række af de aktører, vi har talt med, fortæller ligesom den hospitalsledelsesrepræsentant, der har fået lov at indlede dette afsnit, at de oplever, at de økonomiske incitamentsstrukturer på hospitalerne indebærer en række indbyggede udfordringer for akutmodtagelserne og for initiativer til at strømline de akutte patientforløb generelt.

På et af hospitaler, vi har besøgt, fortæller chefsygeplejersken, at hospitalsledelsen for at fremme økonomisk forsvarlig adfærd generelt har indført en ordning, hvor afdelingerne kan

beholde 75 % af et evt. overskud, mens 100 % af et evt. underskud overføres fra år til år. Selvom det set fra et overordnet økonomistyringssynspunkt kan være fornuftigt, har det samtidig været med til at trække grænserne skarpere op – den enkelte afdeling bliver meget opmærksom på egen produktion og budgetoverholdelse. Så noget, der virker konstruktivt i en sammenhæng – nemlig den enkelte afdelings budgetoverholdelse, kan blive kontraproduktivt i forhold til at understøtte samarbejdet omkring de akutte patientforløb.

Det samme kan til en vis grad siges om takstsystemet. Dette område er komplekst og fortjener en selvstændig analyse. I dette projekt er problemstillingen kun summarisk behandlet – vi har ikke haft særskilt fokus på de økonomiske strukturer og kan derfor kun referere, hvad de involverede aktører fortæller. Men de tilbagemeldinger vi har fået, tyder ligesom Christina Holm-Petersens rapport fra 2010 på, at DRG-systemet også er med til at skabe udfordringer for akutafdelingerne og for prioritering af samarbejdet omkring de akutte patientforløb på tværs af afdelingerne. En ledende overlæge beskriver, hvordan måden at gøre DRG op på tilgodeser dels en række afsluttede delforløb, dels de afdelinger der har mange senge. Ingen af delene er nødvendigvis noget, der fremmer korte og effektive patientforløb eller omlægning af sengedage til ambulante forløb.

En ledende overlæge peger på udfordringer ved, at patientansvaret i forbindelse med etablering af akutmodtagelserne i en vis udstrækning er blevet adskilt fra DRG-midlerne. Det opleves at gøre hverdagen mere kompliceret end nødvendigt og give anledning til et negativt samarbejds-klima. Samme afdelingsleder, der kommer fra en samarbejdsafdeling, peger på, at det, at ansvaret for plejen og ansvaret for den lægebemanding er adskilt, er med til at give udfordringer i forhold til samlet planlægning og prioritering af ressourcerne. Akutafdelingen og specialafdelingen ser hver især kun en del af problemet og er tilbøjelige til at mene, at flaskehalsen er hos den anden part:

“Man har også skilt ansvaret for ressourcerne ad. Én ledelse tager sig af de plejemæssige ressourcer, og en anden ledelse tager sig af lægefaglige ressourcer. De vil gerne spare plejemæssige ressourcer ved at have flere læger, så der er større beslutningskraft, og vi vil gerne spare lægerressourcer ved, at de har flere plejehænder, så flere patienter kan ligge natten over – man behøver ikke tage stilling til alle urinvejsinfektioner klokken fem om natten. Hvis det lå ved mig det hele, så kunne jeg spare plejeressourcer, hvis jeg satte flere speciallæger i vagt. Men nu kan FAM spare noget, hvis jeg putter nogle flere penge i noget. Hvor skulle min økonomiske drive til det være henne? Jeg har ikke råd til at sætte nogen derned, og det er andre, der scorer gevinsten. Man har indført en ekstra kasse i et meget kassetænkende system”.
Afdelingsleder, samarbejdsafdeling

Den problemstilling, der rejses i citatet, er med til at understrege behovet for, at der i forbindelse med bestræbelserne på at skabe bedre akutte patientforløb er behov for at definere ledelsesopgaven og ledelsesansvaret på en anden måde, end man traditionelt gør i hospitalsvæsnet. Etablering af en ny afdeling med selvstændig afdelingsledelse gør det ikke alene – uanset hvordan snitfladerne mellem afdelingerne lægges, vil der være gensidige afhængigheder afdelingerne imellem.

Også på det helt overordnede niveau giver den traditionelle tænkning i produktion og aflønning for samme udfordringer. En hospitalsledelsesrepræsentant udtrykker problemet meget præcist:

“Vi er meget optagede af, hvordan vi kan holde patienter ude og blive i kommunerne og i praksis. Vi har alt for mange. Vi var før meget optagede af konkurrence, at få

solgt noget og beholde patienterne. Vi har brugt mange år på at få flere tusinde mennesker til at tænke i DRG, og det er en svær øvelse at vende væk fra det”.

Hospitalsledelsesrepræsentant

Set under ét giver de tilbagemeldinger, vi har fået om økonomiske incitament, et billede af rammer, der ikke umiddelbart understøtter ambitionen om at udvikle nye samarbejdsformer og mere effektive patientforløb. Tværtimod giver erfaringerne anledning til at overveje, hvordan man under de givne vilkår bedst muligt kan indrette økonomistyringen, så den i højere grad understøtter samarbejde på tværs, omlægning af stationære senge til ambulatorievirksomhed og udlægning af patientforløb til praksis og kommuner. De mange indbyggede uhensigtsmæssigheder understreger væsentligheden af, at der sættes initiativer i gang med henblik på at få opbygget og udbygget modeller, hvor de mest centrale afdelinger alle kan se en interesse i at være fælles om ansvaret for de akutte patientforløb – uanset hvor i huset patienten på et givet tidspunkt befinder sig.

Både akutafdelingsledere og ledelsesrepræsentanter for de øvrige afdelinger måles også i varierende omfang på andet end økonomi. Et eksempel er procesmål som fx ventetider, tid til patienten ses af en speciallæge, tid til behandlingsplan og andel af patienterne, der kan "vendes i døren" og altså aldrig indlægges på hospitalets øvrige afdelinger. Sundhedsfaglige mål som fx tidlig opsporing og behandling af sepsis er et andet eksempel. Også patienttilfredshedsmaal er en del af hverdagen i akutafdelingerne. Alle disse typer mål opleves af de interviewede som relevante. Samtidig giver både afdelingslederne i akutmodtagelsen og deres afdelingsledeskolleger i de øvrige afdelinger udtryk for, at opfyldelse af især procesmålene er meget afhængige af fysiske rammer (som fx antal senge), økonomi og ikke mindst samarbejdsaftaler afdelingerne imellem. Især for akutafdelingsledelserne opleves det som frustrerende, at det, de måles på – fx flow – ikke er forhold, de entydigt har indflydelse på. De er for det første afhængige af, at lægerne fra de øvrige specialer hjælper med afklaring af patienterne, og for det andet er de afhængige af, at hospitalets øvrige afdelinger er klar til at tage imod patienterne, når der er lagt en behandlingsplan.

Aktørernes egne bud på at opbygge incitamentsstrukturer og ledelsesværktøjer, der i højere grad kan understøtte samarbejdet på tværs om de akutte patientforløb, præsenteres i afsnit 7.1.

6.6 Økonomiske og fysiske rammer

Økonomi og fysiske rammer fylder meget for stort set alle de aktører, vi har talt med i forbindelse med denne undersøgelse. I dette afsnit fortæller vi, hvordan aktørerne oplever, at økonomi og fysiske rammer påvirker deres muligheder for at arbejde med udvikling af nye samarbejdsformer omkring de akutte patientforløb. I samme sammenhæng viderefremidler vi nogle af de overvejelser, som aktørerne gør sig om, hvordan man kan overkomme nogle af udfordringerne.

6.6.1 Rammerne – Økonomi og fysik

Specifikt i forhold til akutmodtagelserne gælder, at regioner og hospitaler i vid udstrækning har fremskyndet den fysiske samling af patienterne, så de nye afdelinger er sat i værk med øget patientindtag, mens de nye fysiske rammer endnu er på projektplan⁸. Sideløbende med dette er der i forbindelse med etableringen af akutmodtagelserne gennemført eller lagt

⁸ Dette gælder i mindre grad på Aarhus og Aalborg universitetshospitaler.

op til effektivisering af patientforløbene med deraf følgende besparelser på både akutafdelinger og stamafdelinger som følge (se kilder i bilag 2).

6.6.2 Aktørerne om økonomiske og fysiske rammer

"Der har været massivt pres hos os, og samtidig har vi flere patienter end nogensinde før. Der er sparet på sygeplejesiden, der er ikke senge nok, der er ikke læger nok til at se på patienterne, og lægerne er der ikke på de rigtige tidspunkter. Samtidig har vi bygget ud og om, og det opfattes af omverdenen som om, at der tilflyder en masse midler til akutafdelingen. Det ender med sådan en "os overfor dem" retorik".
Afdelingsleder, akutafdeling

Ovenstående citat sætter tingene på spidsen. Men det opsummerer også rigtig godt det overordnede billede, vi har fået ved at tale med afdelingsledere fra akutmodtagelserne og deres kolleger fra de øvrige afdelinger. Akutmodtagelserne er etableret under økonomisk og fysisk pres, og det har påvirket hospitalslederens, afdelingslederens og klinikerens ledelsesrum i forhold til de akutte patientforløb.

I dette afsnit beskriver vi aktørernes oplevelser af økonomiske og fysiske rammer for den omstillingsproces, som etablering af akutafdelingerne er udtryk for. Vi har allerede i afsnit 6.5 ovenfor beskrevet effektiviseringskrav som et vilkår i forbindelse med etablering af akutmodtagelserne. I dette afsnit vil vi beskrive, hvilke konsekvenser aktørerne oplever, at effektiviseringsdagsordenen har for ledelse af omstillingsprocessen vedrørende de akutte patientforløb.

Ud over at hensynet til driften kan gøre det svært at træffe beslutninger om at flytte ressourcer til de nye afdelinger, giver hele effektiviserings- og besparelsesdagsordenen også særlige udfordringer i forhold til kommunikation. For det kan være svært for hospitalsledelsen at forklare, at der er områder, som får tildelt ressourcer, når alle andre skal spare. Konkret fortæller en hospitalsledelsesrepræsentant, at det er en udfordring på samme tid at finde den generelle besparelse på 8 %, der er lagt op til i forbindelse med udflytning til nybyggeri, samtidig med at der skal flyttes ressourcer til akutmodtagelsen.

Samtidig fortæller både afdelingslederne fra akutmodtagelserne og afdelingslederne fra de øvrige afdelinger, at det at starte en ny afdeling på bekostning af nedskæringer i andre afdelinger kan besværliggøre samarbejdet, allerede inden det rigtig er kommet i gang. Det kan gøre det vanskeligt at få et reelt billede af, om akutmodtagelseskonceptet faktisk kan forbedre de akutte patientforløb. En afdelingsleder fra en samarbejdsafdeling siger om akutkonceptet og rammevilkårene:

"Jeg kan godt forestille mig, modellen kan noget, men man presser den for hårdt. Her er konceptet, at der er akutafdeling uden læger selv, og som trækker afdelingerne ind og arbejder i det rum man har lavet. Vi har ikke haft mulighed for at prøve det uden pres, og derfor ved vi ikke, om den holder".
Afdelingsleder, samarbejdsafdeling

En afdelingsleder fra en akutmodtagelse fortæller, at den stramme økonomi kombineret med et øget antal patienter i både akutmodtagelse og specialafdeling har ført til, at gode intentioner og lovende resultater i forhold til at skabe bedre patientforløb er strandet på grund af pressede ressourcer:

"Vi har taget aktivt fat i kirurgerne i forhold til noget konkret samarbejde på mindre specifikke områder, som kunne bruges som springbræt til mere generelt samarbejde. Man afprøvede forskellige modeller til samarbejde i forbindelse med tilsyn af patienter og automatisering af nogle processer. Det er ikke alle tiltag, der er lykkedes, men der var meget velvillighed fra kirurgernes side. Afdelingerne er under massivt pres ligesom andre steder, så det er ikke udnyttet i konkrete, blivende tiltag. Der har været korte, forbigående forsøg på at sikre, at akutte kirurgiske patienter blev tilset hurtigere end hidtil af en kompetent kirurg ved at springe et led over: Patienten vurderes først af akutlægen, og akutlægen tilkalder herefter en højere kirurg til vurdering af patienten. Det lykkedes godt i få tilfælde, men antal af patienter samt øvrige opgaver i huset forhindrede, at det kunne blive ved".

Afdelingsleder, akutafdeling

Så parterne er enige om, at det, at akutmodtagelserne etableres i en tid, hvor økonomien generelt er under pres, giver særlige udfordringer for samarbejde. Hospitalsledelser og centerledelser fortæller, at de har gjort sig mange overvejelser om, hvordan man bedst muligt håndterer vanskelighederne.

Overordnet set peger topledelseerne på to strategier til at håndtere omfordeling af ressourcer i en krisetid. Den første strategi handler om at i talesætte omfordelingen positivt og gøre opmærksom på, at selvom der flyttes penge, flyttes der jo også opgaver. Og de opgaver, der flyttes, er opgaver der griber forstyrrende ind i dagligdagen på afdelingen. Ved at flytte mindre specialespecifikke opgaver og dertil hørende ressourcer fra specialafdelingen til akutafdelingen kan læger og sygeplejersker på specialafdelingen koncentrere deres indsats om den patientgruppe, de er specialister i. En af de hospitalsledelsesrepræsentanter, vi har talt med, udtrykker det på denne måde:

"Andre afdelinger har den opfattelse, at de skal aflevere noget økonomi til akutafdelingen, men vi prøver at forklare dem, at nej – de lægger i stedet noget aktivitet i akutafdelingen, således de kan effektivisere deres patientforløb. Der skal ansættes nogle læger i akutafdelingen, så de kan koncentrere sig om de højt specialiserede ting på de andre afdelinger".

Hospitalsledelsesrepræsentant

Den anden strategi handler om at være tydelig om, at der er forskel på, om der er tale om generelle besparelser på grund af overordnede besparelseskrav, eller om den ene afdeling skæres ned på bekostning af den anden. En topleder fortæller, at hospitalsledelsen på hans hospital har forsøgt at undgå en-til-en sammenhænge mellem besparelser og bevillinger til akutafdelingen. Besparelserne er indhøstet generelt, og bevillingen til akutafdelingen er derefter kommet via hospitalsledelsens fællesbudget:

"Det er klart [det har givet konflikt at flytte ressourcer, red.], specielt når der har været usikkerhed omkring, hvad akutmodtagelsen skulle lave. Det er lidt forskelligt, hvor tydeligt det har været; nogle steder har man taget senge fra andre, hvilket er meget udgiftsneutral. Når man tager lægelige ressourcer fra en afdeling, så kan det skabe en konflikt. Vi har prøvet at øge aktiviteten og tildele uafhængigt af hinanden. I det fleste situationer har vi sagt, at vi har nogle besparelser, og så bevilger vi ud af vores fællesbudget til akutafdelingen, så der er ikke en en-til-en sammenhæng".

Hospitalsledelsesrepræsentant

Både beskrivelsen af de overordnede problemstillinger og hospitalsledelsernes forsøg på at håndtere situationen viser, at omstilling af ressourcer fra hospitalets øvrige afdelinger til

akutafdelingerne – i kombination med øgede krav til effektivitet på hele hospitalet – er en udfordring i forhold til at få tilrettelagt bedre og mere effektive patientforløb i samarbejde mellem de forskellige afdelinger på akuthospitalet. Samtidig er det også tydeligt, at det er svært at enes om og overskue, præcis hvor besparelserne skal findes. Usikkerheden peger på, at der er behov for konkrete analyser af, hvordan det forventes, at besparelserne realiseres – hvor i processen ligger besparelsen, og hvilke forudsætninger er der for, at den kan indhentes?

6.7 Overenskomster og aftaler

I dette afsnit berøres problemstillinger vedrørende overenskomster og aftaler, der har betydning for afdelingsledernes muligheder for at lede og fordele arbejdet i akutmodtagelserne og på akuthospitalet i det hele taget.

6.7.1 Rammerne – Overenskomster og aftaler

Christina Holm-Petersen påpegede i sin rapport *Fremtidens arbejdstilrettelæggelse for speciallæger på Fælles Akut Modtagelser*, at også overenskomsterne udgjorde barrierer for opfyldelse af intentionerne omkring akutmodtagelserne. Hun pegede på regler for både overlægers og reservelægers arbejdstid som hæmmende for muligheden for at tilrettelægge arbejdet i akutmodtagelserne, så der altid er speciallæger tilstede (Holm-Petersen 2010). Barrieren handler dels om arbejdstidsregler, dels om betaling for arbejde i ydertimerne. I forbindelse med overenskomstforhandlingerne for 2013 er der indgået aftaler, som gør det nemmere og billigere at have speciallæger i tjeneste i akutmodtagelserne frem til kl. 23 om aftenen, mens mulighederne for at have overlæger på vagt om natten blev indskrænket (Regionernes Lønnings- og Takstnævn 2013).

6.7.2 Overenskomster og aftaler

En væsentlig del af konceptet med de nye akutmodtagelser handler om at få speciallægerne tidligere på banen i forhold til afklaring af de akutte patienter. Som det fremgår af afsnit 7.3, indebærer det en række udfordringer i forhold til kultur og normer for speciallægerne.

Flere af dem, vi har talt med, primært akutmodtagelsesledere og topledelse, vurderer, at der er speciallægerressourcer nok i systemet, og at det primært er et spørgsmål om kultur og velerhvervede rettigheder, der står i vejen for at der findes en løsning. En af de interviewede siger det således:

”Speciallægerne er der ikke [om aftenen og natten, red.]. De prioriterer deres dagtid højere. Hvis de har vagt, er de nødt til at have tilsvarende fri og afspadsring. Det er ikke bare et spørgsmål om planlægning: der er læger nok, men det vil de ikke”.

Afdelingsleder, akutafdeling

En anden fortæller tilsvarende:

”Jo, men det er mest kroner og ører – ikke et problem i forhold til overenskomster at få speciallæger i vagt. Grunden til, at det er en mindre gruppe læger, der deltager i vagt, er, at der er mange læger, der fravælger vagtarbejdet. Der er lidt omkring alder, men handler mere om tradition – vil man være vagtlæge eller 8-16 læge. På nogle afdelinger tager nogle af de ældste læger stadig vagter, selvom de sagtens kunne afskrive det”.

Hospitalsledelsesrepræsentant

Men flere af repræsentanterne fra især hospitalets øvrige afdelinger peger på, at overenskomsterne stadig i en vis udstrækning indebærer økonomiske udfordringer for arbejdstilrettelæggelsen i akutmodtagelserne. Her er argumentet, at det er dyrere at have speciallæger i vagt aften og nat end i dagtiden. Så hvis de unge lægers aftenvagter udskiftes med speciallæger på vagt, betyder det en ekstra udgift – minimum på forskellen mellem løn i dagtid for en speciallæge og løn i vagttid (Regionernes Lønnings- og Takstnævn 2013). Dette forudsætter, at speciallægens vagt om aftenen/natten kan erstatte den vagt, hun ellers skulle have haft den følgende dag – der skal altså være patienter nok aften og nat til, at speciallægen kan aflaste næste dags opgave ved at flytte vagten. Er patientindtaget aften og nat for lille, aflastes den følgende dags arbejde ikke tilstrækkeligt, og så bliver aften-/nattetilstedeværelse en ekstraudgift, der svarer til forskellen på løn til en ung læge og en speciallæge.

Overenskomsten fra 2013 har forbedret de aftalemæssige rammer for at få flere specialister tilstede på akuthospitalerne fra 1. januar 2014. Citaterne ovenfor antyder dog, at der fortsat er en række kulturelle og værdimæssige udfordringer forbundet med ambitionen om at få speciallægerne tidligere i kontakt med patienterne.

6.8 Rammer og ledelsesrum på tværs

”I det øjeblik, man kan lave en afdeling, der fungerer i sig selv, kan man jo lave et klassisk hierarki. Det, der sker, når man har specialerne indover, er, at man på en eller anden måde skal indover en matrix-struktur, hvor man på den ene side har et ledelsesansvar omkring patientbehandlingen, der måske ligger i specialerne, samt et mere koordinerende og visiterende ledelsesansvar der ligger i akutafdelingsledelse. Det er meget forhandlet ledelse, som kræver andre kompetencer end i en hierarkisk struktur. Og det er ikke noget, vi har dyrket ret meget, den nye form for ledelse”.
Hospitalsledelsesrepræsentant

Etablering af akutmodtagelserne indebærer, at der skal ledes på en ny måde. For selvom man har prøvet at svare på udfordringerne med at lave bedre og hurtigere patientforløb for de akutte patienter ved at etablere nye afdelinger, løser dette ikke udfordringerne i sig selv. Og uanset hvordan man laver snitfladerne mellem akutafdelingens egne læger og lægerne fra hospitalets øvrige afdelinger, skal der samarbejdes på tværs. Det gælder på afdelingsledelsesniveau, hvor man skal indgå aftaler om snitflader, samarbejde og ressourcer. Men det gælder også vedrørende den kliniske ledelse. Her skal den enkelte speciallæge acceptere at indgå i ledelsesopgaven på en ny måde. Akutlægerne skal blive gode til at afgøre, hvornår deres egne kompetencer slår til, og hvornår de skal inddrage andre specialister. Og speciallægerne fra hospitalets øvrige afdelinger skal acceptere, at de skal lægge en større del af deres arbejdstid i en anden afdeling end deres egen, og at de skal være på arbejde på tidspunkter, hvor de plejer at holde fri. Og de skal acceptere, at en del af de patienter, de plejer at se, nu kan håndteres i en anden afdeling og af en læge, der har en anden faglig baggrund, end de selv har.

Dette afsnit viser, at en række af de rammer, der i dag er sat for ledelse af akutmodtagelserne og ledelse af de akutte patientforløb, ikke i tilstrækkelig grad understøtter virkeliggørelsen af akutkonceptet. Det er naturligt nok, fordi rammerne er bygget op, så de understøtter den måde, der traditionelt drives ledelse på i det danske sygehusvæsen. I kapitel 7 kommer vi med en række bud på, hvordan man kan arbejde med at ændre rammerne, så de i højere grad understøtter den nye form for ledelse, som akutkonceptet – jf. det citat, der indleder dette afsnit – lægger op til.

7 Veje til fælles ledelsesrum?

Ovenstående kapitel 6 viser, at der i forbindelse med etablering og konsolidering af akutmodtagelserne og forsøgene på at skabe bedre ledelse af de akutte patientforløb fortsat er en række udfordringer omkring ledelse og ledelsesrum. De akutte patientforløb går på tværs af de eksisterende speciale- og afdelingsstrukturer, og de eksisterende rammer for ledelse er i vid udstrækning bygget op med henblik på at understøtte drift af hospitalet mere generelt – med fokus på incitamentet i forhold til den enkelte afdeling.

For at få inspiration til, hvordan man meningsfuldt kan arbejde med at skabe en tydeligere afgrænsning af ledelsesrummet for akutafdelingslederne og samtidig få etableret det nye, fælles ledelsesrum, som akutkonceptet fordrer, præsenterer vi de idéer og overvejelser, vores informanter har bragt frem under interviews.

Da erfaringerne fra interventionsprojektet har vist, at styrede processer og fysiske møder om fælles problemstillinger af alle parter opleves som hjælpsomt for at løse ledelsesproblestillinger, der kræver samarbejde på tværs, har vi valgt at inddrage nogle af de overordnede principper, som Jody Hoffer Gittell arbejder med omkring relationel koordinering.

7.1 Aktørernes forslag til fremme af samarbejde

“Vi i talesætter det – det er en kulturforandring. Men kulturen har været der i små 50 år, og vi kan ikke forandre det her, før det sker på landsplan. Men jo flere speciallæger, der går i vagt, jo lettere bliver det”.

Hospitalsledelsesrepræsentant

Helt generelt er de aktører, vi har talt med, fælles om at ville det bedste for patienterne. Og selvom de langt fra altid er enige om, hvad “det bedste er”, er vi i forbindelse med undersøgelsen stødt på en række forslag og eksempler på tiltag, der kan fremme samarbejdet omkring de akutte patientforløb. De præsenteres i dette afsnit.

7.1.1 Fælles billede af akutlægenes rolle

I projektet under Videncenter for Velfærdsledelse har der været arbejdet med akutlægerne og deres funktioner i akutmodtagelserne. Conceptmaking, som har drevet den konkrete interventionsproces, beskriver i den forbindelse tre roller for akutlægerne:

Akutlægen som flowmaster:

For flowmasteren er den koordinerende funktion, overblik og ledelse i fokus, og det er derfor ikke muligt at gå fagligt i dybden med en patient. Flowmasterne har visitationsretten.

Akutlægen som kliniker:

Akutlægen skal have brede kliniske kompetencer, have behandleransvaret og lave behandlingsplaner for de akutte uafklarede patienter.

Akutlæge som supervisor:

Uanset om akutlægen fungerer som kliniker eller flowmaster, vil han have en central rolle som supervisor for læger under uddannelse. Dette stiller krav til pædagogiske kompetencer.

Den rolle/funktion, som akutlægen har, er afhængig af antallet af akutlæger, som er til stede på samme tid. Er der eksempelvis tre akutlæger til stede i dagvagt, så vil en af dem kunne fungere som flowmaster, mens de andre har funktion som klinikere.

Conceptmaking opfordrer til, at parterne på det enkelte hospital tager udgangspunkt i drøftelse af akutlægens roller på basis af ovenstående beskrivelser. For først når man er tydelig omkring, hvad man vil bruge akutlægerne til, bliver det muligt at dimensionere afdelingen.

De aktører, vi har talt med, er uenige om strategien. De fleste er ikke desto mindre enige i, at rollerne som flowmaster og kliniker med fordel kan adskilles. Det er ikke formålstjenligt, hvis den samme person på den samme vagt skal agere som flowmaster og som behandlende kliniker – rollerne indebærer noget forskelligt. Men dermed ikke være sagt, at den samme læge ikke kan varetage begge typer funktion – bare ikke på samme tidspunkt.

Satser hospitalet alene på flowmasterfunktionen, kan man nøjes med et hold af akutlæger, svarende til døgndækning af funktionen. Konsekvensen af ikke at prioritere flowmasterfunktionen er risiko for, at den komprimering af patientforløbet, som akutkonceptet lægger op til, ikke kan realiseres. Og dermed kan de effektiviseringer, der hele landet rundt også er lagt op til i forbindelse med etablering af akutmodtagelserne, heller ikke realiseres.

Hvis (akut)lægerne i akutmodtagelserne både skal varetage flowmasterrollen og samtidig varetage kliniske funktioner, skal der ansættes flere akutlæger (eller i første omgang speciallæger med interesse og flair for det akutte arbejde) i akutmodtagelserne. Konsekvensen af ikke at prioritere akutlægerens kliniske funktion er, at de ikke kan fungere som patientens første møde med en specialist. Dermed er det specialerne, der skal stille med specialister – også til de mindre komplekse forløb, hvis alle skal ses af speciallæge tidligt i forløbet.

Specialerne og akutmodtagelserne må i fællesskab fastlægge de konkrete snitflader: Hvilke symptombilleder ligger i det felt, hvor den specialistkompetence, der er mest behov for, er en akut kompetence? Hvornår kan akutlægen selv stille (den primære) diagnose og iværksætte og evt. afslutte patientforløbet? Og hvilke symptombilleder kræver, at en speciallæge fra en af hospitalets øvrige afdelinger stiller op? Hvor snitfladen lægges, er afgørende for, hvordan akutmodtagelsen skal bemannes. Og for hvor ofte specialerne skal levere speciallæger i den initiale fase af de akutte forløb.

7.1.2 Struktur og mål

Vores interviewpersoner peger på muligheden for at bruge struktur og proces- og produktivitetsmål til at understøtte nye måder at lede det akutte område på. Konkret fortæller en af de interviewede topledelsesrepræsentanter, at man på hans hospital nu arbejder med at tildele et konkret speciale patientansvaret i umiddelbar forlængelse af indlæggelse og triage. Formålet med dette er at tydeliggøre, hvem der har ansvar for patienten – hvem der har ledelsen af patientforløbet.

Et andet sted arbejder hospitalsledelsen med både struktur og konkrete resultatmål. Ledelsen er meget opmærksom på, at de eksisterende strukturer understøtter en bestemt måde at tænke på, og man arbejder derfor her med nye ledelsesmæssige konstruktioner:

"Siden I var her sidst, har vi stillet følgende spørgsmål til os selv: Gad vide om det, at vi bygger et nyt sygehus – hvor vi fokuserer på 'fra siloer til forløb', 'fra kasser til teams', 'sæt patienten fri' osv. – har en betydning for den måde, vi organiserer vores

ledelse på? Om det betyder noget, at vi bygger sygehuset op omkring nogle klynger, som skal være fælles om sengekapacitet, ambulatorier, men også om patientforløb? Betyder det for vores måde at lede på, og at vi får løst op for siloerne? Vi har gjort tre ting. Det ene er, om vi kan forsøge at lave grupperinger med et andet udgangspunkt end siloerne. På den ene side er der mange konflikter forbundet med siloerne, på den anden side er det vi grundlæggende står på de faglige specialer. Derfor sammensætter vi vores afdelingsledelser anderledes end før, og vi skal være mere fælles om ting – fx senge og oversygeplejersker. Når vi kommer til det faglige, bliver det svært, for uanset hvad vi gør, så får vi nye siloer. Derfor udvider vores udviklingsaftaler, og de seks indikatorer, som direktionen styrer på, dem udvider vi nu med to punkter: Det ene er et logistikområde, der drejer sig om fælles aftaler om fælles faciliteter. Vi skal kunne identificere, hvad der er fælles. Det andet er at identificere, hvor de mest oplagte samarbejdspartnere er i forhold til patientforløbet. Her skal være bindende aftaler. Buddet for os er en drifts- og udviklingsaftale, en om logistikken og en forløbsaftale”.

Hospitalsledelsesrepræsentant

Samtidig peger både topledelse og afdelingsledelse fra specialerne og fra akutafdelingerne på en række initiativer, der sigter mod at påvirke normer og kultur i forhold til samarbejde og ledelse på tværs.

Topledelsesrepræsentanterne arbejder med at påvirke normer og kultur igennem italesættelse af det fælles ansvar med henblik på optimering af patientbehandlingen. Og flere steder er man i færd med at flytte fokus fra daglig drift af afdelingerne til fælles fokus på patientforløbene. I den forbindelse arbejder man meget målrettet på at skille det daglige samarbejde om driftsopgaverne fra de mere overordnede strategiske diskussioner om patientforløb og samarbejdsaftaler. Et eksempel er forslag om at etablere en form for bestyrelseskoncept, hvor de relevante afdelingsledelser med hospitalsledelsen for bordenden udstikker linjerne for samarbejdet om de akutte patientforløb, med udgangspunkt i hvordan de forskellige specialer bedst muligt spiller ind i forhold til det samlede patientforløb. Den daglige drift håndteres i andet regi. Denne idé er, med afsæt i det konkrete interventionsprojekt, der er gennemført med støtte fra Videncenter for Velfærdsledelse, gennemført på et af de deltagende hospitaler.

Et andet sted arbejder man med de samme tanker, men sætter andre ord på:

”I dag har vi også noget, der hedder driftsrådet for akutafdelingen, men fremover skal det kaldes driftsrådet for den akutte patient, driftsrådet for operationspatienten osv. Vi skal bruge ordet patient for at gøre det mere tydeligt, at det er patientforløbet, det handler om. Vi tror, det gør en forskel at omdøbe det. Vi skal afveje to hensyn: Vi skal være gode til at arbejde sammen, men vi skal stadig være gode faglige”.

Hospitalsledelsesrepræsentant

Også fra afdelingsledelsesniveau er der forslag om andre ledelsesstrukturer, der i højere grad tager udgangspunkt i, at specialerne har et fælles, fagligt ansvar. Konkret foreslår en ledende overlæge fra en samarbejdsafdeling, at der etableres én fælles ledelse af det akutte område, hvor flere afdelingsledelser er repræsenteret, og hvor akutafdelingsledelsen sidder for bordenden. Ledelsesteamet skulle i fællesskab have ansvar for tilrettelæggelse af gode patientforløb uden at tænke i økonomi.

7.1.3 Lægedækning og rekruttering

På en af de medvirkende afdelinger planlægger man forsøg med delt ansættelse og delt ledelsesansvar – her forestiller man sig, at læger, der er uddannet akutlæge, men gerne vil blive i deres speciale, kan have fast ansættelse i specialet, og så som en del af deres arbejdstid være fast i akutmodtagelsen. Idéen er så, at både det faglige og det driftsmæssige ansvar skal ligge i akutafdelingen, når delelægerne er på vagt der. I praksis er modellen ikke prøvet af endnu.

Et andet sted ønsker akutafdelingsledelsen, at de læger fra andre afdelinger, der skal arbejde i akutmodtagelsen, tilknyttes afdelingen fast over en længere periode i stedet for at have størstedelen af arbejdstiden på egen afdeling og så kun være på visit i akutmodtagelsen. På et af de hospitaler, der er med i projektet, har vi talt med en yngre læge, der under sit ophold har været tilknyttet både medicinsk og kirurgisk afdeling, men i begge ansættelser har haft hovedparten af sit daglige arbejde i akutmodtagelsen. Både for hende og for den ledende overlæge i akutmodtagelsen har det fungeret godt; de har begge oplevet hende som en del af den faste stab, og hun har også identificeret sig med mål og visioner i akutmodtagelsen. Samtidig har hun i et vist omfang kunnet fungere som bindeled og kulturbærer mellem de forskellige afdelinger.

Andre initiativer sigter mod at afbøde virkningerne af, at akutafdelingen ikke er døgnbemandet med egne læger. På et af de medvirkende hospitaler søger man at minimere ulemperne ved, at det er læger fra hospitalets øvrige afdelinger, der passer vagten i akutafdelingen aften og nat, ved at planlægge sammen. Her holder man en daglig eftermiddagskonference akutafdelingen og specialerne imellem, hvor man forsøger at lave forhåndsftaler for de mest sandsynlige akutte forløb i løbet af aften og nat.

7.1.4 Modelberegninger i fællesskab

En ledende overlæge fra en akutafdeling foreslår, at man med udgangspunkt i respekt for hinandens faglige udgangspunkter og kunnen skal forsøge at skabe nye løsninger i fællesskab. Konkret foreslår han at samle interessenterne om en styret proces:

“Der, hvor jeg forestiller mig, at det ville give mening, det var, at man havde alle afdelingsledelser og hospitalsledelsen med, og så prøvede man forskellige modeller af. Fx ‘hvis man lavede en Holbæk model⁹, hvilken betydning ville det have for økonomien for hospitalsniveau’, ‘hvor beholder man fagligheden’ osv. Altså prøve at spørge ind til forskellige modeller. Lige nu er det noget rod, hvor alle prøver at beholde så meget som muligt af det gamle. Hvis vi prøvede at spørge akademisk ind til det og lavede sådan en øvelse, så ville vi på et eller andet tidspunkt havne et sted, hvor det giver mening i grove træk. På den måde kan man også spørge ind til holdninger og historik. Det skal være en styret proces, og hospitalsledelsen skal være med ind over”.

Afdelingsleder, akutafdeling

⁹ I Holbæk er der flyttet budget og læger fra hospitalets øvrige afdelinger til akutmodtagelsen, så der i akutmodtagelsen er en række læger på forskellige niveauer og med forskellige specialer – inkl. akutlæger og uddannelsessøgende læger. Akutmodtagelsen har således det ledelsesmæssige ansvar for læger fra forskellige specialer.

7.1.5 Samarbejde med udgangspunkt i patientforløb

Flere af akutafdelingsledelserne beskriver selv deres primære opgave som samarbejde – der holdes rigtig mange møder, og der arbejdes også mellem møderne på at skabe og understøtte gode relationer. En af de måder, akutafdelingsledelserne arbejder med relationer på, er at forsøge at imødekomme og anerkende specialernes særlige kompetencer, fx ved at importere specialernes plejeplaner eller lade specialernes kliniske retningslinjer være gældende i akutmodtagelsen. Men det er ikke altid nemt:

”På plejesiden havde vi et vedvarende problem om, at sygeplejerskerne [fra kirurgisk afdeling, red.] ikke syntes, vi plejede patienterne efter deres standarder. Vi efterlyste deres plejeplaner, så vi kunne implementere dem i akutafdelingen, men det viste sig, at de ikke havde nogen”.

Afdelingsleder, akutafdeling

At det alligevel er lykkedes at oparbejde gode relationer på tværs i huset, viser nedenstående citat, der kommer fra samme afdeling:

”Noget af det, der fungerer rigtigt godt med det her visitations-noget, det er, at vi mødes med alle sygeplejerskerne fra de forskellige afdelinger i et lokale om morgenen og kigger på, okay de patienter der er her, hvor skal de være henne. Og der ved alle, der sidder i det her lokale, at det er et fælles problem, det er ikke akutafdelingens problem, det er et fælles problem at få løst, og de her patienter, de skal være et sted henne. Så vi sidder i det her lokale, og der sidder vi sådan set, til vi har fået løst problemet, jamen hvor skal fru Hansen hen, ”jeg ved godt der ikke er plads oppe ved jer”, er der nogle andre der kan byde ind, og så sidder de andre sygeplejersker fra de andre afdelinger i huset og kigger på, ”hmm der er lige en patient, vi måske kunne have plads til her”. Så det giver også denne her gode ånd, at det er en fælles ting, vi skal løfte, et fælles problem”.

Sygeplejerske, akutafdeling

7.1.6 Gensidige besøg og arbejde med fælles forståelse

På et af de medvirkende hospitaler fortæller både akutafdelingsledelse og afdelingsledelser fra de øvrige afdelinger, at det at deltage i projektet under Videncenter for Velfærdsledelse har været med til at opbygge og understøtte netværk. Konkret henvises til gode erfaringer med at besøge hinanden på hinandens afdelinger og på effekterne af at være sammen med både hinanden og andre på den fælles camp. Afdelingsledelsen vurderer, at det, sammen med den daglige, løbende indsats i forhold til at opretholde åben dialog og gode relationer, har ført til, at der nu er større forståelse end tidligere for akutlægens rolle og hele akut-konceptet. Afdelingsledelsen fortæller:

”Helt konkret er akutlægens legitimitet forbedret som følge af den sidste workshop. Det bliver sagt højt, at akutlægen skal have noget legitimitet, og det siges også af de andre afdelinger. Vi har en ortopædkirurgisk overlæge, der faktisk kæmper for, at vi skal have et speciale i akut – der er han foran os. Og det startede han med på campen. Det er klart blevet understøttet af både vores ledelse og af projektet. Så vi har fået en ledende overlæge på en af vores vigtigste samarbejdspartnere, som i den grad anerkender udviklingen i stedet for at bekæmpe den. I stedet for at tænke på, hvordan man kan begrænse akutafdelingen”.

Afdelingsledelse, akutafdeling

7.2 Relationel koordinering

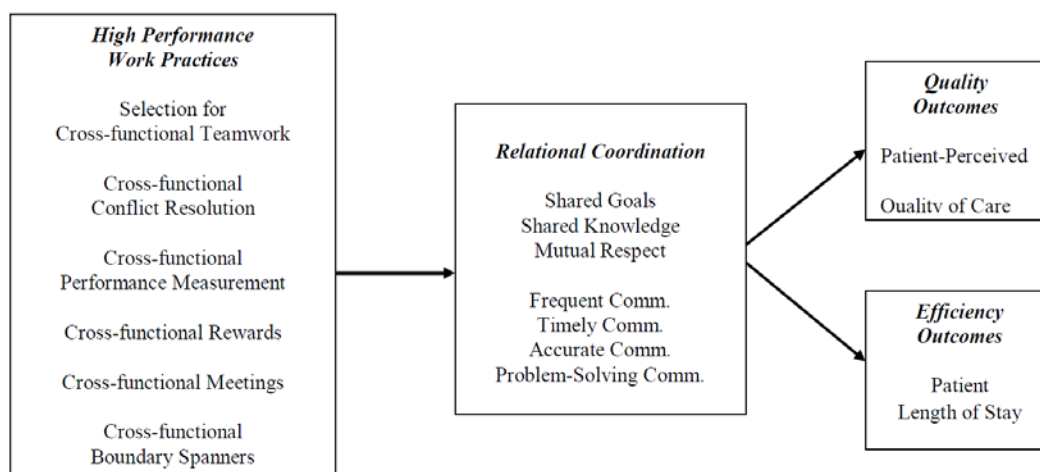
Som ovenstående afsnit viser, har deltagerne i dette projekt oplevet, at det at prioritere tid til at mødes i styrede rammer om konkrete patientforløb har været med til at skabe bedre samarbejde og bedre forståelse på tværs. Parterne giver dog også udtryk for, at det har været svært at finde tid til at følge op på de nye indsigter. Samtidig er de bekymrede for, om det nu kan lade sig gøre at frigøre tid til denne type møder i en travl hverdag. Da teoriene omkring relationel koordinering netop tager sigte på at opbygge bedre samarbejdsrelationer gennem styrede processer, har vi valgt at pege på denne tilgang som et muligt sted at hente inspiration i forhold til at arbejde med den kulturforandring, der er nødvendig, hvis visionerne bag akutkonceptet skal realiseres.

I forhold til implementering og vedligeholdelse af effektive samarbejdsformer peger Jody Hoffer Gittell på udvikling af fælles mål, fælles viden og gensidig respekt de involverede faggrupper imellem som essentielle forudsætninger (Gittell 2011).

Fælles mål, fælles viden og gensidig respekt understøttes i hendes model af løbende, præcis, problemløsende og veltimet kommunikation. Gittells model for højtydende samarbejdssystemer er gengivet nedenfor.

Figur 7.1 Jody Hoffer Gittells model for High Performance Work Systems

Exhibit 9: A Relational Model of How High Performance Work Systems Work



Gengivet fra (Gittell 2011).

Teorien om relationel koordinering definerer koordinering som noget, der sker gennem et netværk af relationer og kommunikation mellem deltagere i en arbejdsproces, hvor arbejdsprocessen består af en række indbyrdes afhængige opgaver, som omsætter input til output med værdi for organisationen. Derefter identificerer teorien som ovenfor nævnt tre dimensioner af relationer – fælles mål, fælles viden og gensidig respekt. Dimensionerne anses for i højere grad at knytte sig til aktørernes roller i arbejdsrelationen end til aktører-

ne som individer. For det fjerde beskriver teorien, hvordan relationel koordinering kan påvirke udbyttet af forskellige typer af arbejdsopgaver. Og endelig forklarer teorien, hvordan formelle organisatoriske strukturer kan understøtte relationel koordinering.

Modellen tager således særligt sigte på samarbejdssituationer, der kræver, at faggrupper arbejder sammen på tværs af fag- og afdelingsskel. Modellen forholder sig altså ret specifikt til de udfordringer, der er på spil i forbindelse med etablering og konsolidering af akutmodtagelserne og intentionerne om at skabe mere effektive akutte patientforløb af høj kvalitet. Og modellen giver mulighed for at påvirke nogle af de ting, der er i spil i forbindelse med ambitionerne om at forbedre de akutte patientforløb – kultur, normer og motivation.

I venstre side af Gittells model lægges op til, at man via strukturerne i en organisation kan skabe rammer, der understøtter relationel koordinering og fælles løsning af fælles opgaver. Der peges på en række tiltag, som kan understøtte samarbejde mellem forskellige positioner:

- Strategisk udvælgelse af deltagerne i tværgående samarbejdsprojekter
- Tværgående konflikthåndtering
- Tværgående performancemål
- Tværgående belønningssystemer
- Tværgående møder
- Tværgående koordinatorfunktioner¹⁰

En række af disse initiativer er i overensstemmelse med det, man allerede gør, eller som aktørerne har foreslået man fremadrettet kan gøre, jf. ovenstående afsnit. Som eksempler kan nævnes udvikling af incitamentsstrukturer, der lægger vægt på samarbejdsaftaler og logistikaftaler, og etablering af nye ledelsesfora med fælles ansvar for de akutte patientforløb.

Samtidig gør modellen opmærksom på, at de møde- og kommunikationsstrukturer, man etablerer, skal udformes, så de reelt understøtter processen. Relevante aktører skal have rammer til at mødes, de skal mødes og kommunikere om indhold, der er relevant, de skal mødes og kommunikere ofte og på passende tidspunkter, og rammerne skal sikre, at aktørerne – når der opstår problemer – reelt har fokus på problemløsning i stedet for at forsøge at placere skyld og ansvar.

Gittell siger også, at en forudsætning for effektiv tværgående opgaveløsning er, at parterne kender og respekterer hinandens roller, og at der opbygges fælles mål. Analyserne vedrørende ledelsesrum i afsnit 6.2 og 6.3 viser, at der stadig er meget forskellige opfattelser af og tilslutning til formålet med akutkonceptet. Også vedrørende akutlægerne og deres rolle er der stadig meget divergerende opfattelser. Med udgangspunkt i Gittells teorier om relationel koordinering er det oplagt at anbefale, at der også fremadrettet sættes på at understøtte processer, der øger parternes kendskab til hinandens forudsætninger, roller og forventninger. Samtidig synes der fortsat at være behov for at tilrettelægge og understøtte processer, som leder frem mod fælles forståelse af målene.

¹⁰ Oversat fra "Boundary Spanners" i den oprindelige tekst. Her fortolket som personer med særligt ansvar for netværk og vidensudveksling internt i en organisation.

En udfordring ved denne tilgang er imidlertid, at den kræver tid. Det betyder, at hospitals- og afdelingsledelser skal sikre sig, at der afsættes tilstrækkeligt med tid til ledere og personale, der skal deltage i processerne. Samtidig er det vigtigt, at mødestrukturer og samarbejdsrelationer opbygges, så indholdet i den tid, der bruges på de fælles opgaver, er skåret skarpt til, så mødet opleves relevant af alle parter. En mulig vej at gå er at inddrage HR-afdelingerne i tilrettelæggelse af processerne.

8 Konklusioner og anbefalinger

Denne rapport baserer sig på et casestudie på seks hospitaler i fire regioner. Det billede, vi har fundet, kan derfor ikke uden videre generaliseres. Men undersøgelsen tegner, udover at give et billede af, hvordan aktørerne på de involverede hospitaler oplever vilkårene, også et generelt billede af nogle af rammevilkårene for etablering og drift af akutmodtagelser i Danmark. Derfor vil vi i dette afsnit med baggrund i projektet forsøge at opsummere de generelle problemstillinger, vi gennem projektet har lokaliseret på de seks medvirkende hospitaler, og komme med bud på, hvordan man kan gribe problemstillingerne an.

Som indledning til et afsnit, der samler op på udfordringer og kommer med fremadrettede anbefalinger, er det relevant først at stille skarpt på den overordnede opgave. Det er væsentligt at erkende, hvor omfattende en forandringsproces indførelse af akutkonceptet faktisk er. For at lykkes med projektet er der behov for, at ledelsesopgaven omkring de akutte patientforløb i meget højere grad end i dag gøres til et fælles anliggende for hele akuthospitalet. Der skal udvikles et fælles ledelsesrum. Det er en meget stor opgave, som rummer en række komplekse ledelsesmæssige udfordringer. Problemstillingerne rækker fra udfordring af stærke kulturer, over traditionelle fusionsudfordringer, til behov for nytænkning af de økonomiske incitamentsstrukturer i sygehusvæsnet. Der er derfor ingen snuptagsløsninger – store forandringer tager lang tid og kommer ikke af sig selv.

Samtidig er det væsentligt at holde fast i grundidéen. Selvom det endnu ikke er lykkedes at komme succesfuldt i hus med alle aspekter i de nye akutmodtagelser, og der stadig er behov for at udvikle modeller for understøttelse af de akutte patientforløb, er akutmodtagelserne eksponent for en ny måde at tænke sundhedsvæsen på. Akutkonceptet sætter fokus på patientforløbet, og den tankegang præger også overordnet set de ambitioner, som Sundhedsstyrelsen, regionerne og de faglige miljøer har for sundhedsvæsnet. Og en række af de udfordringer, akuthospitalerne i disse år løber ind i, hvor de forsøger at lave mere patientforløbsorienterede tilbud til patienterne, er udfordringer, som resten af sundhedsvæsnet også vil møde i de kommende år. Så den erfaring, det giver at investere tid og energi i at få akutkonceptet til at fungere optimalt, vil kunne udnyttes bredt i forbindelse med, at patientforløbstankegangen i stigende omfang bliver et styringsparadigme, som vinder indpas.

Rapporten handler om konkrete erfaringer med at etablere nye afdelinger og nye samarbejdsrelationer. Tidligere kapitler har haft fokus på ledelsesrum forstået som rammer for ledelse; ledelsesrum for lederne af de nye akutafdelinger og fælles ledelsesrum for akutmodtagelser og hospitalets øvrige afdelinger. I dette kapitel samler vi op på udfordringerne, som de er præsenteret i rapporten, og perspektiverer ind imellem med erfaringer udefra. Udfordringerne præsenteres først i punktform. Derefter udfolder vi de enkelte punkter kort og forsøger os i samme sammenhæng med en række anbefalinger på aktørniveau, der forhåbentlig kan understøtte det fortsatte arbejde med udvikling af god ledelsespraksis i forhold til tilrettelæggelse af de akutte patienters behandlingsforløb.

Konkret har vi i flere sammenhænge inddraget erfaringer fra rapporten *Fremtidens arbejdstilrettelæggelse for speciallæger på Fælles Akut Modtagelser*, som er skrevet af Christina Holm-Petersen. Rapporten, der udkom i 2010, påpegede afslutningsvis en række strukturelle udfordringer i forhold til ønsket om at få mere speciallægetid i akutmodtagelserne (Holm-Petersen 2010). De strukturelle udfordringer for akutkonceptet, som rapporten peger på, genfindes i denne analyse. Derudover peger analysen på yderligere en række om-

råder, som stiller sig i vejen for ambitionen om at udvikle et fælles ledelsesrum for de akutte patientforløb. Nedenfor er udfordringerne opstillet i punktform.

De overordnede problemstillinger, som rapporten udpeger, er således:

- Manglende fælles vision for de akutte patientforløb. Akutkonceptet opfattes ikke ens af alle, og en del af de centrale aktører er usikre på, hvad det egentlig indebærer. Dette gælder ikke mindst begrebet "speciallæger i front"
- Uklare aftaler om ledelse og samarbejde i forbindelse med de akutte patientforløb
- Rekrutteringsudfordringer i akutmodtagelserne
- Incitamentsstruktur og økonomistyring understøtter ikke akutkonceptet
- Pressede rammer
- Overenskomstforhold

I de følgende afsnit folder vi de enkelte udfordringer ganske kort ud og kommer med vores bud på, hvem der kan gøre hvad for at hjælpe processen videre. De beskrevne problemstillinger er generelle. Regioner og hospitaler er vidt forskellige steder i processen og vil i varierende omfang kunne genkende problemstillingerne. Anbefalingerne skal derfor ses som en inspirationsliste, der kan benyttes afhængig af, hvad der passer i den lokale kontekst.

8.1 Manglende fælles vision for de akutte patientforløb

Speciallægen i front er et af de stærkeste og mest centrale mantraer i debatten om den nye struktur på akutområdet. Manglende fælles forståelse for dette begreb kan ses som udtryk for, at der ikke er en fælles forståelse for akutkonceptet i det hele taget. Der er dermed heller ikke en fælles vision for området.

Hvordan "speciallægen i front" defineres, har jf. afsnit 6.1 stor betydning for, hvordan snitfladerne mellem afdelingerne skal være, og hvor meget speciallægerne fra de øvrige afdelinger skal deltage i arbejdet i akutmodtagelsen. En konsekvens af manglende klare definitioner er usikkerhed om, præcis hvilke krav indførelse af akutafdelingerne stiller til hospitalsledelser, afdelingsledelser og medarbejdere. Manglende fælles opfattelse af begrebet betyder også, at der kun i begrænset omfang er en tydelig, fælles vision for den store omstillingsproces, der er sat i gang.

Af undersøgelsen fremgår det tydeligt, at det for en række af de involverede aktører ikke er klart, præcist hvad begrebet "speciallægen i front" betyder, eller hvad realisering af visionen vil indebære for den enkelte, for afdelingen og for hospitalet som helhed. Der er altså behov for at blive mere specifik på indholdet i og formålet med "speciallægen i front".

I forhold til præcisering af visionen og den konkrete forståelse af mantraet "speciallægen i front" er det især de regionale aktører samt aktørerne på hospitalsledelses- og afdelingsledelsesniveau, der fremadrettet kan gøre en indsats. Vi har således følgende anbefalinger til aktørerne på de tre niveauer.

Regionalt niveau

Det anbefales:

- At der arbejdes med at tydeliggøre, hvordan speciallægen i front overordnet set skal forstås i regionen
- At hospitalsledelserne involveres i at definere den overordnede vision og strategi
- At der på baggrund af de regionale definitioner fastsættes konkrete (evt. trinvise) mål for opfyldelse af ambitionerne om at få speciallægerne i front
- At opfyldelse af målene og barrierer og behov for understøttelse af processerne gøres til en del af den løbende dialog mellem regionen og det enkelte hospital
- At der udarbejdes en kommunikationsstrategi med henblik på at formidle vision og strategi bredt

Hospitalsledelsesniveau

Det anbefales:

- At der arbejdes på at skabe en fælles, lokal vision for hospitalet: Hvad er det, vi i fællesskab vil opnå for vores akutte patienter?
- At alle relevante specialer involveres i arbejdet med at definere de præcise snitflader for speciallægen i front: Hvornår i det konkrete patientforløb er akutlægens generelle speciallægekompetence tilstrækkelig, og hvornår er der behov for at involvere fx medicinsk eller kirurgisk speciallæge? Og i det omfang akutafdelingen på grund af fx rekrutteringsproblemer ikke kan lægebemandes døgndækkende, hvordan sikres det så, at patienten vurderes af relevant speciallæge tidligt i forløbet?
- At hospitalsledelsen prioriterer deltagelse i processerne, og at der i fornødent omfang understøttes med planlægnings-, HR- og kommunikationsressourcer
- At de overordnede beslutninger om definition af speciallægen i front understøttes i forbindelse med budgetlægning – også selvom det indebærer, at der skal ressourcer skal omrokeres
- At opfyldelse af regionale og lokale mål om speciallæge i front mv. gøres til en del af de løbende drøftelser med afdelingsledelserne
- At hospitalsledelsen understøtter opbygning og vedligeholdelse af løbende mødestrukturer og koordinatorfunktioner, der udvikler og vedligeholder fælles mål, fælles viden og fælles respekt hos de relevante aktører
- At der udarbejdes en lokal kommunikationsstrategi for området

Afdelingsledelser generelt

Det anbefales:

- At den overordnede vision gøres lokal og kommunikeres ud i egen afdeling
- At prioritere både afdelingsledelsernes egen tid og nøglemedarbejderes tid til at indgå i arbejdet med at fastlægge relevante patientforløbsbeskrivelser, som sikrer, at afdelingens speciallæger bliver kaldt, når det er fagligt optimalt
- At vagtplanerne tilrettelægges, så der er speciallægekapacitet til rådighed i forhold til både den overordnede strategi for speciallæger i front og i forhold til konsekvensen af de lokale aftaler

- At evt. konsekvenser for den løbende drift beskrives så konkret som muligt som udgangspunkt for dialog med hospitalsledelsen om prioritering af opgaverne

8.2 Uklare aftaler om ledelse og samarbejde

Som nævnt ovenfor har langt fra alle akutafdelingsledelserne i vores undersøgelse eget lægeligt personale til at dække en døgnfunktion. Det betyder, at akutafdelingsledelserne er afhængige af, at der kommer læger fra de andre specialer i afdelingen. Og de læger har akutafdelingsledelsen ikke formel ledelsesret over, selvom de til daglig arbejder med patienterne i akutmodtagelsen.

De akutafdelingsledere, der ikke selv kan dække den primære lægebemanding i akutafdelingen, oplever, at det kan være vanskeligt at få læger fra de andre afdelinger til at agere som akutlæger – fx at tænke ledelse af hele patientforløbet eller at se på patienter, der ikke hører til det speciale, lægen kommer fra.

Samtidig oplever lederne fra hospitalets øvrige afdelinger, at de fortsat skal levere læger til at varetage det daglige tilsyn med patienterne i akutmodtagelsen. Selvom de stadig formelt set har ledelsesretten over de læger, der har vagt i akutmodtagelsen, arbejder de i en anden afdeling, hvor det er en anden afdelingsledelse, der har ansvar for tilrettelæggelse af arbejds gange mv.

Sideløbende med udfordringerne med ledelsesforholdene for lægerne er der flere steder stadig udfordringer med at få aftaler i stand, som sikrer, at patienterne tilses hurtigt af speciallæge eller kan flyttes i specialafdeling, når indsatsen i akutafdelingen er afsluttet. Der er også fortsat udfordringer med at få overholdt indgåede aftaler. Begge dele kan betyde udfordringer for akutafdelingsledelsen for at sikre optimale patientforløb og flow i patientstrømmen.

Generelt stiller de forandringsprocesser, der er sat i gang, store krav til de nye afdelingsledere, der i udpræget grad får rollen som forandringsagenter – både i egen afdeling, men også ud i huset. Samtidig peger af vores informanter på, at den ledelse, der sker i det fælles ledelsesrum omkring de akutte patienter, i udpræget grad er forhandlet ledelse. Og at det ikke er et felt, som organisationen generelt har erfaring med, hvorfor det stiller krav om opbygning af nye kompetencer hos alle afdelingsledelserne – ikke kun lederne i akutafdelingen.

Der er ingen nemme løsninger omkring disse udfordringer. Optimal ledelse af de akutte patientforløb vil i varierende omfang altid indebære ledelsesmæssige snitflader og delte ledelsesbeføjelser. Nedenfor er nævnt en række af de muligheder, de forskellige aktører i feltet har for at påvirke udfordringerne.

Regionalt niveau

Det anbefales:

- At regionerne tilbyder at forsyne afdelingsledelserne med konkrete redskaber, der kan lette rollen som forandringsleder. Som eksempel kan der udbydes særlige ledelsesuddannelsesforløb til akutafdelingsledelserne med særlig fokus på det samlede sæt af udfordringer, akutafdelingslederne står overfor

Hospitalsledelsesniveau

Det anbefales:

- At hospitalsledelserne tager ledelse af de fora, hvor der er afgørende ressourcekonflikter (udarbejdelse af samarbejdsaftaler, ændring af vagtlagt og omlægning af aktivitet mv.), og understøtter indgåelse af bindende aftaler om visitationsret til sengeafdelinger og ambulante tilbud i afdelingerne, som sikrer, at patienterne får de mest hensigtsmæssige forløb
- At opfølgning på aftalerne bliver en del af den løbende dialog mellem hospitalsledelse og afdelingsledelse
- At hospitalsledelserne bruger data i dialogen med afdelingsledelserne om, hvordan det går med samarbejdet om de akutte patientforløb – både med hensyn til økonomi, kapacitet og bemanning
- At hospitalsledelserne hjælper med opbygning af strukturer, der understøtter relationel koordinering. Dermed menes understøttelse af processer, som øger parternes kendskab til hinandens forudsætninger, roller og forventninger, og som sikrer, at det er de rette parter, der mødes om relevante emner i en styret ramme

Afdelingsledelsesniveau

Det anbefales:

- At akutafdelingsledelserne og de relevante afdelingsledelserne løbende mødes bilateralt og planlægger rammerne for det lægelige arbejde i akutmodtagelsen med henblik på optimering af patientforløbene
- At specialernes lægelige tilstedeværelse i akutmodtagelsen i videst muligt omfang tilrettelægges, så der bliver kontinuitet i samarbejdet
- At afdelingsledelserne indgår bindende aftaler om visitationsret til sengeafdelinger og ambulante tilbud i hospitalets øvrige afdelinger, som sikrer, at patienterne får de mest hensigtsmæssige forløb
- At der i afdelingerne imellem opbygges faste rutiner, der sikrer, at varetagelse af de akutte lægelige funktioner i de perioder, hvor der ikke er akutlæger til stede, i videst muligt omfang er planlagt, inden akutlægen går hjem. Et eksempel på dette kunne være daglige overleveringsmøder, hvor der træffes aftale om forløbet for de patienter, der med udgangspunkt i erfaringerne kan forventes i løbet af aften og nat
- At afdelingsledelserne prioriterer egen og medarbejdernes tid til at deltage i relevante fora vedrørende patientforløbene

8.3 Rekrutteringsudfordringer i akutmodtagelserne

I denne undersøgelse peger akutafdelingsledelserne på rekrutteringsproblemer som en af de helt store udfordringer. For alle daglige ledere af akutmodtagelserne er det et stort ønske at have egen lægestab, minimum så afdelingen kan dække hele døgnet med speciallægekompetencer. Også hospitalsledelserne peger på nødvendigheden af, at akutmodtagelserne får en fast stab af egne læger. Kun en enkelt af de afdelinger, der indgår i denne undersøgelse, kan leve op til dette. På de andre hospitaler bidrager andre afdelinger til det daglige arbejde med diagnosticering og iværksættelse af behandling. Dette skyldes til dels økonomi og budget – akutmodtagelsernes budget rækker ikke til at ansætte speciallæger til

at dække vagten døgnet rundt. Men selv hvor der er budget til at ansætte læger, er det svært at finde interesserede med en relevant profil.

Rekrutteringsudfordringerne er komplekse og lader sig ikke løse hurtigt eller af en enkelt aktør. Men flere kan gøre noget.

Indsatsområder, nationalt plan (inkl. Det Nationale Råd for lægers videreuddannelse)

Både tidligere studier og dette studie peger på rekrutteringsproblemer til det akutte felt som følge af mangel på den anerkendelse og det karriereforløb, et egentlig speciale giver. Etablering af et speciale i akutmedicin er en langsigtet løsning, da det under alle omstændigheder vil tage tid, inden de første speciallæger er uddannet. Men beslutning om etablering af et speciale vil allerede fra start sende et tydeligt signal om, at der er tale om et fagligt prioriteret område. Samtidig vil det åbne mulighed for, at flere unge læger, der er i hoveduddannelsesforløb, kan blive en kvalificeret del af den faste lægestab i akutmodtagelserne.

Sundhedsstyrelsen peger i notatet "Speciallægeuddannelsen - status og perspektivering" fra 2012 på, at akutmodtagelserne for mange specialer vil være et relevant sted at arbejde under dele af hoveduddannelsesforløbet (Sundhedsstyrelsen 2012). Det samme gør Jan Greve fra De Regionale Råds Videreuddannelse i 2009 (Greve 2009). Formalisering af krav om ophold i akutmodtagelserne (enten som del af den faste stab i akutmodtagelsen, i delestillinger eller som del af specialets vagtlag) vil medvirke til at sikre, at alle de kommende speciallæger, der får tæt samarbejde med akutmodtagelserne, kender både det faglige miljø og de konkrete arbejdsgange i akutmodtagelsen.

På baggrund af ovenstående anbefales:

- At der etableres et selvstændigt speciale i akutmedicin
- At krav om ophold i akutmodtagelserne (enten som del af den faste stab i akutmodtagelsen, i delestillinger eller som del af specialets vagtlag) formaliseres

Regionalt niveau

Det anbefales:

- At der på regionalt niveau arbejdes på at sikre ophold i akutmodtagelserne som en del af hoveduddannelsesforløbet for læger, hvor det er relevant
- At der på regionalt niveau nedsættes en tænketank eller lignende med henblik på at komme med forslag til, hvordan man lokalt kan gøre det mere attraktivt at være læge i akutmodtagelsen

Hospitalsledelsesniveau

Det anbefales:

- At hospitalsledelserne støtter udviklingen af faglig identitet og tilgang af speciallæger med særlig akutkompetence ved at prioritere, at personalet, i denne forbindelse især lægerne, på deres hospital deltager i de relevante uddannelser inden for akutområdet
- At hospitalsledelserne igangsætter lokale initiativer med henblik på at komme med forslag til, hvordan det kan gøres mere attraktivt at være læge i akutmodtagelsen

- At hospitalsledelserne viser villighed til at omfordele budgetter, så en større del af det samlede lægebudget kommer til at ligge i akutafdelingen
- At hospitalsledelserne understøtter oprettelse af delestillinger, hvor akutmodtagelsen og et af specialerne deler en lægestilling

Afdelingsledelsesniveau

Det anbefales:

- At afdelingsledelserne støtter udvikling af et fagligt miljø omkring akutafdelingen og rekrutteringssituationen i forhold til læger med akutkompetencer ved at prioritere uddannelse af læger fra egen afdeling til det akutte arbejde, fx gennem deltagelse i uddannelse i akutmedicin for læger.
- At afdelingsledelserne prioriterer nøglemedarbejderes tid til deltagelse i tænketanke /arbejdsgrupper, der skal komme med forslag til at gøre det mere attraktivt at være læge i akutafdelingen
- At afdelingslederne prioriterer oprettelse af delestillinger, hvor læger kan have ansættelse en del af tiden i specialafdelingen og en del af tiden i akutmodtagelsen

8.4 Incitamentsstruktur og økonomistyring understøtter ikke akutkonceptet

Tidligere studier, vores egen undersøgelse og rapporten "Bedre incitament i sundheds-væsnets" (Danske Regioner, KL, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og forebyggelse 2013) fra maj 2013, peger på, at det eksisterende DRG-system ikke er opbygget med henblik på at understøtte patientforløbstænkning og samarbejde på tværs af afdelinger. I sin nuværende form er DRG-systemet således ikke egnet til at belønne det lægelige arbejde, der foregår i akutmodtagelsen. Det betyder dels, at hospitalets øvrige afdelinger ikke har økonomiske incitament til at lade deres læger arbejde i akutmodtagelsen, dels at det for lægerne fremstår som mindre prestigefyldt, fordi de ved at arbejde i akutmodtagelsen ikke kan generere merindkomst til afdelingen. Samtidig medfører det eksisterende økonomiske incitamentssystem et paradoksproblem for hospitalerne: Jo bedre akutmodtagelserne bliver til at komprimere patientforløbene og afklare patienter så tidligt i forløbet, at de evt. kan undgå indlæggelse, jo færre indtægter får hospitalet for den enkelte patient.

Samtidig peger vores analyse også på, at der i den lokale økonomistyring kan være elementer (fx aftaler om overførsel af overskud fra år til år), som fremmer effektivisering og budgetoverholdelse i den enkelte afdeling, men er kontraproduktivt i forhold til at fremme samarbejde på tværs.

Opsplitning af ansvaret for pleje og lægebemanding kan også betyde, at der opstår økonomiske barrierer i forhold til at få etableret de overordnede mest effektive patientforløb, fordi de deltagende parter har modstridende interesser.

De overordnede rammer for økonomistyring fastlægges centralt. Det er derfor en oplagt national opgave at revidere takstsystemerne, at de fremadrettet i højere grad understøtter den ønskede udvikling i hospitalsvæsnets. Men der er også handlemuligheder mere lokalt.

Nationalt niveau

Fra 2014 igangsættes de første ændringer i registreringspraksis for den ambulante aktivitet i de fælles akutmodtagelser.

På den baggrund anbefales det:

- At området følges nøje og løbende udvikles
- At der sættes gang i et analysearbejde, der kan belyse forskellige takstmodeller, som kan understøtte udvikling af optimale patientforløb på tværs af de traditionelle afdelingsstrukturer

Regionalt niveau

Udspillet "Bedre incitament i sundhedsvæsnet" lægger op til, at der i de enkelte regioner gennemføres tilpasning af takststyring til lokale forhold, hvor der stilles differentierede produktivetskrav med afsæt i den ønskede behandlingsaktivitet. Samtidig lægges der op til, at der laves lokale forsøg med afregning efter kvalitet (Danske Regioner, KL, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og forebyggelse 2013). Begge dele giver god mening i forhold til økonomistyring af akutområdet.

På den baggrund anbefales det:

- At der sættes et arbejde i gang med udrede de økonomiske og faglige konsekvenser af forskellige modeller. Hvad betyder det fx for normering af speciallæger i henholdsvis akutmodtagelsen og på specialafdelingen på et konkret hospital, hvis akutafdelingslægerne både skal varetage rollen som flowmaster og rollen som kliniker? Hvad betyder det for krav om tilstedeværelse af specialerne, hvis akutlægen primært er flowmaster og ikke kan varetage det kliniske arbejde, fx som faglig backup af unge læger, der er udlånt fra andre afdelinger? Hvilke andre funktioner kan man passe, hvis man er sit speciales akutmodtagelsesspecialist – den der kommer, når akutlægen har brug for faglig assistance på specialistniveau?
- At regionerne igangsætter udvikling af nye incitamentsstrukturer og fælles kvalitetsmål for de akutte patientforløb på tværs i den enkelte region
- At der på regionalt niveau skabe nogle forsøgslommer, hvor de normale styringsparametre sættes ud af system og i stedet erstattes af tæt dialog om fremdrift i processerne

Hospitalsledelsesniveau

Det anbefales:

- At hospitalsledelserne forsøger sig med udvikling af og kontinuerlig opfølgning på fælles konkrete målepunkter. Eksempler kan være indikatorer for logistik og samarbejde på tværs af afdelingerne, eller tal for antal patienter der flyttes efter et konkret tidspunkt
- At hospitalsledelserne eksperimenterer med takstsystem og budgetlægning for at udligne evt. negative økonomiske effekter af samarbejde på tværs

8.5 Pressede rammer

Omkring kapacitet, bemanning og økonomi er de hospitaler, der har deltaget i dette projekt, forskellige steder. Nogle steder har akutmodtagelsen fungeret i flere år og har veldefinerede aftaler om kapacitet, bemanning og rammer. Andre steder er afdelingerne nystartede eller under opstart. Generelt gælder, at det har været en stor udfordring, at akutafdelingerne er introduceret sideløbende med generelle besparelserunder og fysisk samling af de akutte patienter på færre matrikler. Det har gjort det vanskeligt at gennemskue, i hvor høj grad besparelser på hospitalets øvrige afdelinger er gennemført med henblik på opbygning af akutafdelingen, og i hvor høj grad der er tale generelle effektiviseringskrav. Og det har betydet stort pres på de fysiske rammer i akutmodtagelserne, fordi det nye byggeri endnu ikke er på plads.

Også disse problemstillinger har aktørerne på forskellige niveauer mulighed for at påvirke.

Regionalt niveau

Det anbefales:

- At regionerne fortsat understøtter etablering af tilstrækkelige fysiske rammer til de nye akutmodtagelser
- At regionerne, jf. afsnit 8.4, tager initiativ til opstilling af modeller/simulation for økonomiske konsekvenser i forbindelse med forskellige patientforløb. Modellerne kan være med til at understøtte de lokale aftaler om patientforløb, flytning af budgetter og effektiviseringer i forbindelse med akutkonceptet
- At regionerne de steder, hvor det er relevant, kommunikerer til patienter, pårørende og personale, at de pressede fysiske rammer skyldes igangværende omstillingsprocesser, og at der arbejdes på at etablere bedre rammer
- At data vedrørende økonomi, kapacitet og bemanning af akutmodtagelserne, gøres til en del af den løbende dialog mellem regionen og det enkelte hospital

Hospitalsledelsesniveau

Det anbefales:

- At hospitalsledelserne kommunikerer tydeligt om de forskellige dagsordener i forbindelse med henholdsvis generelle besparelser/effektiviseringsrunder og de lokale omfordeling af budgetterne, der vedrører etablering og/eller udvikling af akutafdelingerne
- At hospitalsledelserne i talesætter de forventede fordele ved omfordelingerne – at speciallægeressourcer i akutmodtagelsen vil betyde, at kun patienter, der rent faktisk har brug for den særlige specialefaglige indsats, kommer op på afdelingen, og at senge i akutmodtagelsen vil betyde, at der ikke kommer patienter op i specialafdelingen aften og nat
- At hospitalsledelserne, hvor det er relevant, aktivt informerer patienter, pårørende og personale om, at de pressede fysiske rammer skyldes igangværende omstillingsprocesser, og at der arbejdes på at etablere bedre rammer

8.6 Overenskomstforhold

Overenskomstforholdene for lægerne er generelt baseret på en antagelse om, at det meste af det lægelige arbejde foregår i dagtimerne. Dette udfordres med det nye fokus på at sikre alle patienter lige adgang til kvalificeret hjælp på rette kompetenceniveau uanset tidspunkt på døgnet. Udfordringerne handler dels om arbejdstidsregler, dels om betaling for arbejde i ydertimerne. I forbindelse med overenskomstforhandlingerne for 2013 er der indgået aftaler, som gør det nemmere og billigere at have speciallæger i vagt om aftenen, mens mulighederne for at have overlæger på vagt om natten er blevet indskrænket (Regionernes Lønnings- og Takstnævn 2013).

Barrierer vedrørende overenskomster skal løses på nationalt niveau. Til gengæld er det op til regioner, hospitalsledelser og afdelingsledelser at sikre, at de muligheder, der allerede er i overenskomsterne, udnyttes til fordel for patienterne.

8.7 Generelle overvejelser

De forandringer, som akutkonceptet lægger op til, griber ind i dagligdagen for store dele af hospitalet, og der er mange forskelligrettede interesser i feltet. Komplexiteten i implementeringsopgaven kalder på forankring på højt strategisk niveau. Løbende ledelsesmæssigt fokus og tæt dialog mellem den strategiske ledelse af regionernes sundhedsindsats og hospitalsledelserne i den enkelte region om fremdrift og udfordringer i processen er derfor essentiel for den videre fremdrift forhold til realisering af akutkonceptet.

Processerne stiller også krav til både regioner og hospitalsledelser om risikovillighed og tålmodighed. Det er en kompliceret og langvarig øvelse, der er sat i gang, og omstillingsprocesserne kan forstyrre den daglige drift og spille ind på DRG og produktion. Selvom strukturerne laves om, varer det formodentlig længe, før også kulturen på hospitalerne understøtter akutkonceptet.

Som ovenstående anbefalinger viser, er der en række områder, der også i årene fremover skal arbejdes med, hvis hospitalsvæsnet skal kunne sikre alle akutte patienter hurtige patientforløb, hvor de uden forsinkelse mødes af den rette kompetence uanset sted og tid på døgnet. Skal vi med udgangspunkt i erfaringerne fra denne undersøgelse pege på de tre væsentligste pointer, må det være: Sæt mål og følg op, prioriter etablering af et selvstændigt speciale i akutmedicin, og insistér på at effektive akutte patientforløb er et anliggende for hele hospitalet.

Litteratur

Adler, P.S., Kwon, S. & Heckscher, C. 2008, "Perspective—Professional Work: The Emergence of Collaborative Community", *Organization Science*, vol. 19, no. 2, pp. 359-376.

Betse, E.Z. & Poulsen, J. 2005, "At være hyrde for katte" I: *Læge & Leder*, ed. A. Frøland, Munksgaard Danmark, København, pp. 169-177.

Brøcker, A., Christensen, I.E., Ladegaard, L., Glent-Madsen, M. & Tovgaard, S.L. 2013, *Kvalitet og Mål i Akutmodtagelser*, KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, København.

Center for Kompetenceudvikling & Region Midt , *Akutmedicin for læger*. Fås på web-adressen: <https://rm.plan2learn.dk/KursusValg.aspx?id=18666> [11-06 2013].

Dansk Medicinsk Selskab, *Akutmedicin - Et nyt fagområde. Præsentationsmøde tirsdag den 17. juni 2008 i Domus Medica*. Fås på web-adressen: http://www.dadlnet.dk/master/kunder/dokument/m1082/u1681/Akutmedicin_09.09.08.pdf [11-06 2013].

Dansk Selskab for Akutmedicin. *Akutmedicin - et fagområde for læger*. Fås på web-adressen: http://www.akutmedicin.org/?sideID=69_[25-06 2013].

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

Danske Regioner, KL, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og forebyggelse 2013, *Bedre Incitament i Sundhedsvæsenet*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.

Gittell, J.H. 2011, *Relational coordination: Guidelines for Theory, Measurement and Analysis*, 2nd edn, Relational Coordination Research Collaborative, Brandeis University, Waltham MA.

Greve, J. 2009, "Lægelig videreuddannelse i akutafdeling - kræver supervision, ellers fungerer hverken drift eller uddannelse.", *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, vol. 85, no. 8, pp. 228-230.

Hjern, B. & Porter, D.O. 1981, "Implementation structures: A new unit of administrative analysis", *Organization Studies*, vol. 2, no. 3, pp. 211-227.

Holm-Petersen, C. 2010, *Fremtidens arbejdstilrettelæggelse for speciallæger på Fælles Akut Modtagelser*, Dansk Sundhedsinstitut, Kbh.

Lægevidenskabelige Selskaber , *Fagområdet akutmedicin*. Fås på web-adressen: http://www.selskaberne.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwwpob_page.show?_docname=8990891. PDF [11-06 2013].

Mogensen, C.B. 2012, "En sælgers død", *Ugeskrift for læger*, vol. 174, no. 35, pp. 2031.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Indhold af (del-)forlig med Foreningen af Speciallæger vedrørende overlæger m.fl. Indgået den 26. februar 2013. Fås på web-adressen:

http://www.regioner.dk/~media/Mediebibliotek_2011/ARBEJDSGIVER/Aftaler%20og%20overenskomster/Indhold%20af%20delforlig%20med%20Foreningen%20af%20Speciallger%20vedrrende%20overlger%20mfl.ashx [11-06 2013].

Sabatier, P. & Mazmanian, D. 1980, "The implmentation of public policy: A Framework of Analysis", *Policy Studies Journal*, vol. 8, no. 4, pp. 538-560.

Sundhedsstyrelsen 2012, *Speciallægeuddannelsen - status og perspektivering*, Sundhedsstyrelsen, København.

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

Sundhedsstyrelsen , *Akut beredskab*. Fås på web-adressen:

http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Specialeplanlaegning/Speciale gennemgange/Akut_beredskab.aspx [12-06 2013].

Væksthus for Ledelse 2009, *Ledelsesrum - Udnyt og udvid dine handlemuligheder*, Væksthus for Ledelse, (u. st.).

Videncenter for Velfærdsledelse, *Projekter*. Ses på web-adressen:

<http://www.velfaerdsledelse.dk/projekter/1322054752/> [10-08 2013].

Bilag 1 Rammer for akutlægerne

Akutlæger et relativt nyt begreb i Danmark. På hjemmesiden for Dansk Selskab for Akutmedicin beskrives fagområdet således:

"Akutmedicin er et fagområde for læger. For at få anerkendt akutmedicin som fagområde i Danmark skal man først være speciallæge i et klinisk speciale.

Dernæst skal man indgå i et cirka 2-årigt uddannelsesforløb, hvor man får suppleret sine kliniske færdigheder. Uddannelsen kan forhåndsgodkendes af et særligt uddannelsesudvalg i regi af Dansk Medicinsk Selskab. Tidligere relevant erfaring giver merit.

Læger, der har en akutmedicinsk uddannelse fra udlandet, kan søge merit for uddannelsen herhjemme. Det kræver dog, at man er anerkendt som speciallæge i et andet klinisk speciale i forvejen". (Dansk Selskab for Akutmedicin)

Fagområdet er beskrevet i et notat fra Dansk Medicinsk Selskab, der udkom i juni 2008. Fagområdebeskrivelsen er i 2012revideret af Lægevidenskabelige Selskaber.¹¹

Her beskrives definition af og formål med fagområdet akutmedicin på denne måde:

Definition

Fagområdet akutmedicin indbefatter tidlig diagnose og behandling af alle akutte tilstande, som kan medføre skade på organer/legemsdele eller er livstruende for herigennem at begrænse morbiditet og mortalitet. ABC-behandlingsprincipper er en central opgave i denne behandling.

Begrundelse

Formålet med at etablere akutmedicin som et fagområde i Danmark er ønsket om at bidrage til at sikre akutte patienter en målrettet, ensartet og effektiv modtagelse, herunder en koordineret initial diagnostik og behandling i de danske akutmodtagelser. (Lægevidenskabelige Selskaber).

Fagområdebeskrivelsen beskriver de kliniske krav til de kommende akutmedicinere. Heraf fremgår, at akutmedicineren skal have kompetencer inden for fire hovedområder:

- Klinik
- Ledelse og samarbejde
- Uddannelse
- Videnskab og kvalitet

Fagområdebeskrivelsen lægger op til et 2-årigt efteruddannelsesforløb som overbygning på et allerede opnået speciale. Uddannelsen skal tilrettelægges individuelt med henblik på at sikre, at lægen opnår de nødvendige kompetencer.

¹¹ Dansk Medicinsk Selskab har taget navneforandring til Lægevidenskabelige Selskaber.

Fagområdebeskrivelsen er udarbejdet af en arbejdsgruppe under Lægevidenskabelige selskaber med repræsentation fra en række relevante videnskabelige selskaber.

Af fagområdebeskrivelsen fremgår, at det er forventningen, at *"Det vil være relevant at etablere fagområdet akutmedicin på alle fælles akutmodtagelser med en fast tilknytning af speciallæger, der har akutmodtagelsen som daglig arbejdsplads"*.

Uddannelseselementet i fagområdebeskrivelsen er konkretiseret i "Uddannelse for læger i fagområdet Akutmedicin", der udbydes i Region Midtjylland. Uddannelsesordningen er organisatorisk forankret i en national styregruppe i regi af Danske Regioner.

Det overordnede formål er i uddannelsesbeskrivelsen formuleret på følgende måde:

"Uddannelse på området skal bl.a. understøtte kvalitet, hensigtsmæssige patientforløb og ledelse i de fælles akutmodtagelser. Det er desuden et formål, at de kompetencer, som læger erhverver ved fagområdeuddannelse i akutmedicin, kan anerkendes nationalt og matcher de behov der ligger i de forskellige regioner". (Center for Kompetenceudvikling, Region Midt)

Bilag 2 Oversigt over regionale og lokale planlægningsdokumenter

Danske Regioner

- Rapport: Fremtidens sammenhængende akutsystem. December 2009
- Notat: Overblik over regionernes arbejde med de fælles akutmodtagelser. 14.05.2012
- Notat: Et sammenhængende akutsystem. 17.12.2009

Region Syddanmark

- Rapport om Fælles Akutmodtagelser (FAM) i Region Syddanmark. 2009
- Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark – akutplan. 20.12.2007
- Standardiserede Tidsstyrerede Patientforløb i FAM, Region Syddanmark. 09.09.2011

Region Midtjylland

- Referat regionsrådsmøde: Politisk aftale om Akutplan for Region Midtjylland. 24.10.2007
- Bilag til regionsrådsmøde: Akutplan for Region Midtjylland. 24.10.2007
- Notat: Konceptbeskrivelse af Fælles Akutmodtageenheder i Region Midtjylland. 20.11.2008
- Notat: Rammer for Akutafdelingerne i Region Midtjylland. 30.05.2012
- Notat: Uddybning af argumenter for etablering af fælles akutmodtagelse på Aarhus Universitetshospital. 27.04.2011
- Vedrørende endeligt tilsagn om medfinansiering fra kvalitetsfonden til det nye hospital i Vestjylland, Gødstrup. 11.06.2013
- Vedrørende endeligt tilsagn til det nye universitetshospital i Aarhus (DNU). 01.07.2010
- Oversigtsskema over patientrettigheder og servicemål. 10.03.2013

Region Nordjylland

- Somatisk sygehusplan for Region Nordjylland (endelig). September 2009
- Udkast: Oplæg til fremtidig klinisk ledelsesmæssig organisering. 10.05.2012
- Plan for sygehuse og speciallægepraksis, høringsversion. Marts 2012
- Udkast til strukturplan for det somatiske sygehusvæsen i Region Nordjylland. Feb. 2007
- Revideret kommissorium for FAM RÅD. 25.11.2011
- Vedrørende endeligt tilsagn om medfinansiering fra kvalitetsfonden til etablering af Aalborg Universitetshospital. 16.03.2012

Region Sjælland

- Akutmodtagelser i Region Sjælland – Rammer og principper. 30.04.2008
- Notat: Oplæg vedrørende sygehusplan 2007 for Region Sjælland (vedtaget). 09.05.2007
- Bilag: Servicemål i somatikken – hvad måles der på. 31.07.2012

Region Hovedstaden

- Anbefalinger om Fælles Akutmodtagelser. Oktober 2007
- Hospitalsplan for Region Hovedstaden 2007. Maj 2007
- Anbefalinger for kompetenceudvikling i akutmodtagelsen i region Hovedstaden (2008)
- Anbefalinger for Akutbetjening på Nærhospitalerne. Januar 2008
- Anbefalinger for Funktionsplanlægning af fælles akutmodtagelser i Region Hovedstaden (marts 2011)
- Notat: Indstilling fra Ekspertpanel: Regionernes investerings- og sygehusplaner – screening og vurdering. 27.11.2008
- Politisk indsats for at nedsætte ventetiden for akutte patienter. 20.06.2012

Holbæk sygehus

- Rapport: Etablering af akutafdelinger i Region Sjælland. Maj 2011
- Sundhedsstyrelsens kommentarer til inspektorrapport. 11.04.2011
- Artikel, Dagens Medicin: Syv speciallæger i front giver færre indlæggelser. 25.05.2012
- Artikel, Dagens Medicin: Sjælland klar med nye akutmodtagelser. 16.04.2009

Hospitalsenhed Midt

- Statusrapport vedr. Akutafdelingen ved Hospitalsenhed Midt. 30.10.2012
- Referat af møde den 30. maj 2009 vedr. etablering af styregruppe vedr. akutmodtagelse. 27.05.2009
- Kommissorium for styregruppe vedr. akutafdeling. 08.06.2009
- Endeligt referat af møde den 26. maj 2011 i styregruppe for akutafdelingen. 24.06.2011

OUH

- Referater fra 14 direktionmøder fra 2008-2011 inkl. tilhørende bilag
- Hvidbog: Etablering af Fælles Akut Modtagelse (FAM) ved Odense Universitetshospital. Februar 2011
- Indkomne høringssvar vedr. FAM Odense fra 25 interessenter. 03.11.2010

Regionshospital Horsens

- Referater fra Styregruppemøde 1-7 2008 inkl. tilhørende bilag
- Drejebog for FAME pr. 06.05.2008
- Drejebog for FAME pr. 08.02.2008.
- Orientering til HMU vedr. dannelsen af Fælles Akut Modtage Enhed. 01.10.2008
- Referater fra 4 driftsrådsmøder fra 2009-2012
- Status for etablering af præ-FAME. 22.01.2009
- Udkast: Statusrapport over Akutafdelingen ved Hospitalsenheden Horsens. 26.11.2012

Sygehus Syd (Nykøbing F)

- DSI rapport: Kvalitet i den akutte behandling på Nykøbing Falster Sygehus. Oktober 2012

Sygehus Vendsyssel

- Referat fra FAM temadag. 04.05.2010
- Referater fra 13 FAM styregruppemøder 2009-2013
- Oplæg vedr. fremtidig bemanning af FAM på Sygehus Vendsyssel. 02.02.2012

Bilag 3 Oversigt over opsamlingsdokumenter fra Conceptmaking

Referater fra projektgruppemøder

- Sammenfatning af første projektgruppemøde (13. oktober 2011)
- Opsamling på projekt- og følgegruppemøde 2 (7. maj 2012)
- Sammenfatning af tredje projekt- og følgegruppemøde (12. marts 2012)

Opsamlinger på workshops

- Opsamling på Workshop I (23. februar 2012)
- Opsamling af forslag til tiltag fra workshops og møder (30. maj 2012)
- Ledelse i Akutmodtagelser: Workshop 3, Randers Sygehus (19. september 2012)

Dokumenter fra arbejds-camp (juni 2012)

- Program for camp
- Fokusområde I: Akuthospitalets ledelsesmæssige samarbejde omkring akutpatienten – vision og overordnet strategi
- Fokusområde II: Akutlægens funktioner/kompetencer og samspil med akuthospitalets øvrige lægefaglige specialister i praksis
- Fokusområde III: Overblik over sygeplejefaglige funktioner og organisering af disse.

Derudover diverse arbejdsdokumenter, primært fra Randers.



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

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