

# FAGLIG GENNEMGANG AF AKUT- MODTAGELSERNE

JUNI 2014



MINISTERIET  
FOR SUNDHED  
OG FOREBYGGELSE



Sundhedsstyrelsen  
Danish Health and Medicines Authority

DANSKE  
REGIONER





# Indhold

<b>1. Indledning og sammenfatning</b>	<b>5</b>
1.1 Sammenfatning af arbejdsgruppens anbefalinger	5
1.2 Ny sygehusstruktur – nye akutmodtagelser	9
1.3 Formål med og baggrund for den faglige gennemgang	11
1.4 Fakta om de akutte patienter	11
1.5 Fokus i den faglige gennemgang	12
<b>2. Befolkningsgrundlag og fysiske rammer</b>	<b>14</b>
2.1 Befolkningsgrundlag	14
2.2 Kapacitet i akutmodtagelsen	17
2.3 Faciliteter på matriklen	21
2.4 Anbefalinger vedr. fysiske rammer og faciliteter	23
<b>3. Modtagelsen af akutte patienter</b>	<b>25</b>
3.1 Visiteret adgang	25
3.2 Modtagelse af patienter	27
3.3 Triage	29
3.4 Anbefalinger om modtagelse af akutte patienter	30
<b>4. Kvalitetsmål og brug af data i akutmodtagelsen</b>	<b>33</b>
4.1 Servicemål for ventetider	33
4.2 Afsluttede patienter i akutmodtagelserne og genindlæggelser	35
4.3 Anvendelse af logistiktavler/elektroniske oversigtstavler	38
4.4 Regionernes arbejde med at etablere en klinisk kvalitetsdatabase på akutområdet	38
4.5 Anbefalinger om data og kvalitetsmål	39
<b>5. Personale og adgang til speciallægekompetencer</b>	<b>41</b>
5.1 Ansatte i akutmodtagelserne	41
5.2 Adgang til speciallæger	45
5.3 Anbefalinger om personale og adgang til speciallægekompetencer	50
<b>6. Samarbejde og effektivt patientflow på akutsygehusene</b>	<b>53</b>
6.1 Samarbejdet mellem akutmodtagelse og stamafdeling	54
6.2 Initiativer til at sikre effektivt patientflow	57
6.3 Samarbejde med kommuner og almen praksis	59
6.4 Anbefalinger om samarbejde og effektivt flow	60
<b>7. Uddannelse og forskning</b>	<b>62</b>
7.1 Ophold i akutmodtagelsen under lægeuddannelse	62

7.2 Regionale uddannelsesinitiativer.....	63
7.3 Uddannelsesinitiativ i regi af De Lægevidenskabelige Selskaber .....	65
7.4 Overvejelser om et speciale i akutmedicin .....	65
7.5 Forskning i akutmodtagelserne .....	66
7.6 anbefalinger om uddannelse og forskning .....	67
<b>8. Arbejdsgruppens dataindsamling og organisering .....</b>	<b>68</b>
8.1 Dataindsamling .....	68
8.2 Organisering.....	69

# 1. Indledning og sammenfatning

## 1.1 *Sammenfatning af arbejdsgruppens anbefalinger*

Etableringen af de 21 akutmodtagelser er et omdrejningspunkt i moderniseringen af det danske sygehusvæsen og et væsentligt element i kvalitetsfondsinvesteringerne på mere end 40 mia. kr. i en ny sygehusstruktur. Etableringen af akutmodtagelserne baserer sig på Sundhedsstyrelsens anbefalinger til en styrket akutstruktur fra 2007<sup>1</sup> og er et centralt element i regionernes sygehusplaner. Formålet er at sikre akutte patienter ensartet, høj kvalitet døgnet rundt i alle dele af landet.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at regionerne er kommet langt med etableringen af akutmodtagelserne. Gennemgangen viser, at akutmodtagelserne samlet set har løftet kvaliteten i behandlingen af den akutte patient, og at regionerne implementerer anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsens rapport fra 2007. Arbejdsgruppen konstaterer samtidig, at regionerne og de enkelte akutmodtagelser på en række områder har organiseret sig forskelligt og valgt forskellige løsninger. Den foreliggende viden og dokumentation giver ikke grundlag for at afgøre, om der er løsninger, der er bedre end andre.

De fysiske rammer og kapaciteten i akutmodtagelsen har – sammen med arbejdsdelingen og samarbejdet mellem akutmodtagelsen og det øvrige akutsygehus – stor indflydelse på muligheden for at skabe sammenhængende og effektive patientforløb på hele akutsygehuset. Etableringen af akutmodtagelserne foregår samtidig med regionernes arbejde med at få de fysiske rammer på plads, herunder de nye sygehusbyggerier. Det betyder, at kun 5 akutsygehuse på nuværende tidspunkt har taget de endelige fysiske rammer for akutmodtagelsen i brug. Indretningen og dimensioneringen af kapaciteten i akutmodtagelsen, herunder antallet af senge, varierer på tværs af sygehusene.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at der er potentiale for mere videndeling om de fysiske rammer og kapaciteten i akutmodtagelserne i forhold til at sikre et hurtigt patientflow af høj kvalitet. Arbejdsgruppen vurderer samtidig, at hurtige prøvesvar er vigtigt i forhold til at sikre et effektivt flow i akutmodtagelserne, samt at der på nogle akutmodtagelser er et forbedringspotentiale på dette område.

Det er et kvalitetsløft for modtagelsen af de akutte patienter, at der i alle regioner er indført visiteret adgang til akutmodtagelserne. Desuden har regionerne opstillet servicemål for

---

<sup>1</sup> Styrket Akutberedskab. Planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen 2007.

ventetider i akutmodtagelserne, som har bidraget til og sat fokus på at nedbringe ventetiden til behandling i akutmodtagelsen. Servicemål og ventetider varierer på tværs af regioner og sygehuse, ligesom der er mindre forskelle i de anvendte triagemodeller. Det kan endvidere konstateres, at der på alle 21 akutsygehuse er akutte patienter, der ud fra fagligt begrundede hensyn modtages på en stamafdeling uden om akutmodtagelsen. Det gælder særligt børn og akutte hjertepatienter.

Regioner og sygehuse har igangsat en række initiativer for at sikre gode og effektive patientforløb i akutmodtagelserne, herunder fx projektet Sikker Patientflow, akutpakker og elektroniske oversigtstavler med overblik over patientforløb. Arbejdsgruppen vurderer, at en velfungerende akutmodtagelse med et effektivt patientflow i høj grad beror på et godt samarbejde med de øvrige afdelinger på akutsygehuset. Der vurderes fortsat at være potentiale for at opnå smidige og effektive patientforløb i samarbejdet mellem akutmodtagelsen og stamafdelingen ved at udbrede og lære af de gode erfaringer på tværs.

Der er variation i andelen af patienter, der afsluttes i akutmodtagelsen på tværs af sygehuse og regioner. Der er samtidig variation i, hvilke oplysninger om kvalitet og effektivitet, akutmodtagelserne registrerer, og hvordan de samme oplysninger registreres. Dermed er det vanskeligt at sammenligne kvaliteten og effektiviteten i akutmodtagelserne på tværs af regioner og sygehuse. Det er arbejdsgruppens vurdering, at der fortsat er potentiale for at forbedre datakvaliteten og brugen af data, der kan indgå som et værdifuldt ledelsesværktøj i den daglige drift for både sygehusledelsen og den kliniske ledelse på afdelingsniveau. Danske Regioner er i denne sammenhæng ved at udvikle en klinisk kvalitetsdatabase for det akutte område, som vil indeholde indikatorer, der kan anvendes til at følge op på kvaliteten i akutmodtagelserne.

Den faglige gennemgang viser, at alle akutsygehuse lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om, at konkrete lægefaglige specialer skal være repræsenteret på matriklen, mens kun 6 akutsygehuse lever fuldt op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om, at en række konkrete specialer skal være til stede på matriklen døgnet rundt. Det er arbejdsgruppens anbefaling, at alle akutsygehuse skal leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger og skal sikre, at de relevante speciallægekompetencer er umiddelbart tilgængelige for akutmodtagelsen døgnet rundt, med mindre særlige lokale forhold gør sig gældende.

Gennemgangen viser endvidere, at akutsygehusene har valgt forskellige modeller for vagtdækningen i akutmodtagelserne. Fire akutsygehuse har organiseret sig, så vagtdækningen overvejende varetages af speciallæger ansat i akutmodtagelsen. De øvrige 17 akutmodtagelser har en lille gruppe læger ansat i akutmodtagelsen og supplerer i større eller mindre omfang med vagtdækning fra læger ansat på sygehusets specialafdelinger.

Uddannelse og adgang til relevante kompetencer er en afgørende forudsætning for at sikre høj kvalitet i diagnostik, behandling og visitation af de akutte patienter. I den forbindelse finder arbejdsgruppen det positivt, at regionerne har igangsat en række uddannelsesinitiativer målrettet de forskellige faggrupper, som arbejder i akutmodtagelsen, herunder initiativer med et tværfagligt fokus. Det er arbejdsgruppens vurdering, at akutmodtagelserne udgør et godt læringsmiljø. Ophold i akutmodtagelsen bør derfor – i det omfang, det er klinisk relevant – indgå som en del af uddannelsesforløbet for både læger og sygeplejersker og

evt. også andre faggrupper under uddannelse. Den faglige gennemgang har ikke haft særskilt fokus på oprettelse af akutmedicin som speciale, og arbejdsgruppen har derfor ikke foretaget en selvstændig vurdering af behovet herfor. Arbejdsgruppen anbefaler, at udviklingen på området følges i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse i Sundhedsstyrelsen.

### **På den baggrund anbefaler arbejdsgruppen, at:**

#### **Om fysiske rammer og faciliteter**

1. *Regioner og sygehuse opsamler og deler viden om de fysiske rammer og kapaciteten i akutmodtagelsen og betydningen heraf for patientflowet i akutmodtagelsen og resten af akutsygehuset.*

2. *De klinisk relevante undersøgelser inden for radiologi (herunder ekkokardiografi), klinisk biokemi og evt. andre relevante specialer skal være let tilgængelige og have hurtige svartider med henblik på at understøtte effektive patientforløb i akutmodtagelsen.*

#### **Om modtagelse af patienter**

3. *De eksisterende triagemodeller justeres til én fælles triagemodel, som anvendes i alle akutmodtagelser.*

4. *Alle akutte patienter skal modtages via akutmodtagelsen, med mindre der foreligger konkrete, sundhedsfaglige grunde til at undtage specifikke patientgrupper herfra, og der skal i så fald være klare aftaler og retningslinjer for disse.*

#### **Om data og kvalitetsmål**

5. *Tidstro data om bl.a. patientflow og aktivitet gøres tilgængelige for det kliniske personale på akutmodtagelserne med henblik på at understøtte effektive og sammenhængende patientforløb.*

6. *Der udvikles et nationalt indikatorsæt, som indeholder centrale indikatorer for kvalitet, effektivitet og service. Indikatorsættet skal tage afsæt i den kliniske kvalitetsdatabase for akutområdet, som ibrugtages i 2015. Data og resultater skal være transparente og løbende gøres tilgængelige for relevante parter.*

7. *For at sikre sammenlignelighed af data på tværs af regioner og sygehuse skal regionerne sikre ensartet registrering af aktivitet i akutmodtagelserne.*

8. *Regionerne deler viden og erfaringer om servicemål.*

### **Om adgang til speciallæger og speciallægers rolle i det akutte patientforløb**

9. Relevante speciallæger, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007, skal være umiddelbart tilgængelige for akutmodtagelsen døgnet rundt, med mindre særlige lokale forhold gør sig gældende. Speciallæger har ansvaret for – selv eller gennem supervision – at der foretages undersøgelse og behandling af de akutte patienter.

10. Overenskomsterne for personalet ansat på akutsygehuset skal understøtte gode patientforløb og godt flow i akutmodtagelsen.

### **Om samarbejde og effektivt flow**

11. Alle akutsygehuse skal sikre klare og entydige samarbejdsaftaler mellem akutmodtagelse og stamafdelinger. Aftalerne skal understøtte gode patientforløb og indeholde klare retningslinjer om fx visitation og ansvarsfordeling i forhold til udskrivelser og overflytninger.

12. Den kliniske ledelse på akutafdelingen, herunder fx flowmasterfunktionen, skal have klare beføjelser til at sikre gode patientforløb, fx ved at tilkalde speciallæger fra andre afdelinger, henvise patienter til tider på ambulatoriet, foretage relevant visitation på sygehuset mv.

13. Sygehusets ledelse skal være aktivt involveret i at sikre et velfungerende samarbejde mellem akutmodtagelserne og stamafdelingerne. Det er vigtigt at understøtte udviklingen af en fælles samarbejdskultur på akutsygehuset, herunder i forhold til samarbejde på tværs af faggrupper.

14. Samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren skal understøtte sammenhængende patientforløb for de akutte patienter. Dette bør forankres i regi af sundhedsaftalerne.

### **Om uddannelse og forskning**

15. De regionale råd for lægers videreuddannelse skal i forbindelse med udfærdigelse og godkendelse af et speciales uddannelsesprogram overveje at lægge dele af uddannelsesforløbene i akutmodtagelserne, hvor det måtte være relevant.

16. Regionerne skal videndele resultaterne fra de igangsatte forskningsprojekter på det akutte område.



## 1.2 Ny sygehusstruktur – nye akutmodtagelser

Den danske sygehusstruktur gennemgår i disse år en gennemgribende omlægning, som betyder, at den akutte og specialiserede behandling samles på færre enheder. Som led i denne proces etablerer regionerne nye akutmodtagelser, som skal modtage de akutte sygepatienter, jf. boks 1.2. Den nye sygehusstruktur indebærer en reduktion fra ca. 40 sygehuse med døgndækkende modtagelse af akutte patienter i 2007 til en struktur med 21 akut-sygehuse med akutmodtagelser, når den nye sygehusstruktur er fuldt implementeret i 2020. Etableringen af akutmodtagelserne tager afsæt i et regionalt plangrundlag i form af målsætninger, principper og rammer for akutmodtagelserne. Figur 1.1. viser placeringen af de 21 akutmodtagelser.

Omstillingen understøttes af en samlet investeringsramme på mere end 40 mia. kr. i de nye fysiske rammer. Statens kvalitetsfond har afsat 25 mia. kr. og hertil kommer anlægsmidler og låntagning, som regionerne har prioriteret til at etablere akutmodtagelser på de matrikler, som ikke er støttet af kvalitetsfonden.

### Boks 1.2: Hvad er en akutmodtagelse?

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

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2007

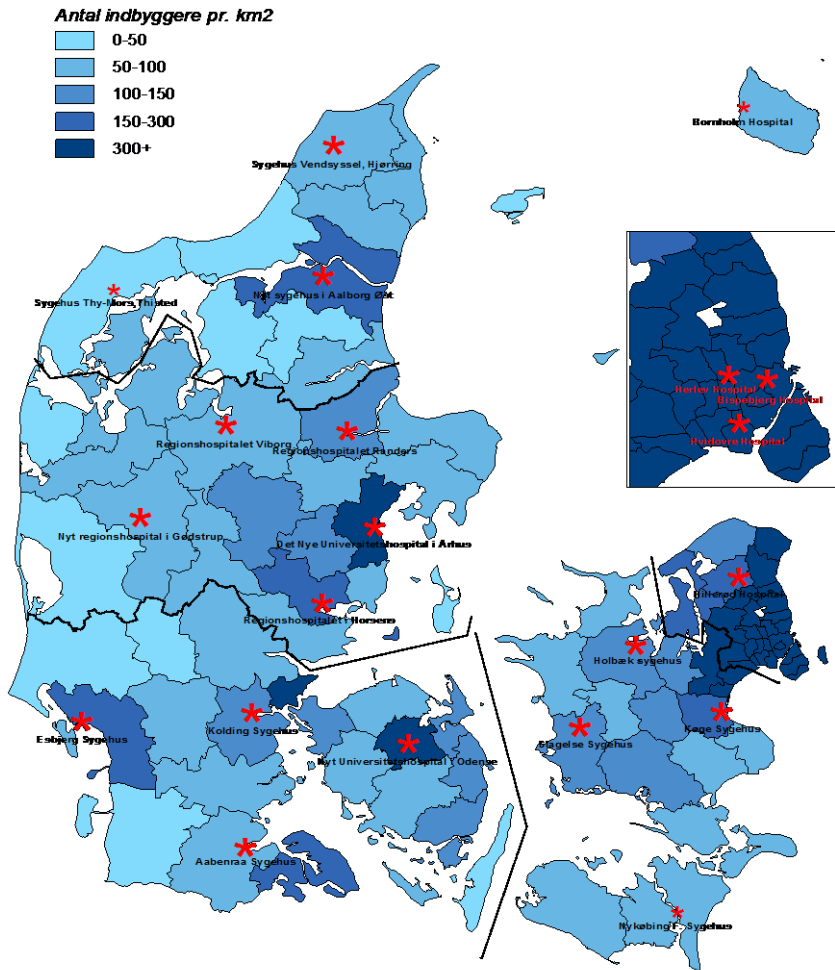
Den overordnede målsætning for akutmodtagelserne er at sikre høj kvalitet og effektivitet i udredning og behandling af akutte syge eller tilskadekomne patienter. Den akutte patient skal altid møde et sundhedsvæsen, hvor de rette specialistkompetencer og faciliteter er til stede uanset tid og sted, og hvor udredningen og den relevante behandling sættes i gang hurtigst muligt. Etablering af akutmodtagelserne spiller således også en central rolle i forhold til at opnå de forudsatte kvalitets- og effektiviseringskrav, som er knyttet til investeringerne fra kvalitetsfonden.

Akutmodtagelserne er krumtappen i fremtidens modtagelse af de akutte patienter – både for den akutte patientbehandling og for de øvrige afdelinger på akutsygehuse. En akutmodtagelse samler skadestue og tidligere enkeltafdelingers modtagelse af akutte patienter på en fælles lokalitet. Akutmodtagelsen skaber således én indgang til sygehuset i tilfælde af akut sygdom eller skade. Der etableres dermed bedre muligheder for at samarbejde om den akutte, uafklarede patient på tværs af specialer - og et bedre grundlag for at skabe et sammenhængende patientforløb.

Etableringen af akutmodtagelser indebærer, at den diagnostiske og behandlingsmæssige "tyngde" for de akutte patienter flyttes fra de specialeopdelte afdelinger til akutmodtagelserne, samt at akutte patienter i stigende grad kan blive behandlet og diagnosticeret uden indlæggelse på en specialafdeling. Konceptet nødvendiggør nye samarbejdsstrukturer på sygehuse og forudsætter, at personalet er indstillet på at indgå i nye samarbejdsrelatio-

ner. Det skaber en række ledelsesmæssige og organisatoriske udfordringer, som gør, at akutsygehusene befinder sig i en udviklings- og kulturforandringsproces.

Figur 1.1. Kort over de 21 akutsygehuse i 2020



\*Modificerede akutmodtagelser på Sygehus Thy-Mors, Nykøbing Falster Sygehus og Bornholms Sygehus

Der er tale om en omstilling, som involverer hele akutsygehuset, men også samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen. Særligt kommuner og almen praksis skal være rustede til at håndtere, at flere kun kortvarigt er i kontakt med sygehuset, og i højere grad har behov for opfølgning og pleje i hjemmet.

I alle regioner er der i perioden 2007 - 2012 udarbejdet planer for den nye akutstruktur, som skitserer rammer, målsætninger og principper for indretningen af akutstrukturen i den

enkelte region. Etableringen af akutmodtagelser indgår som et centralt element heri. Herudover har regionerne udbygget den præhospitale indsats med bl.a. flere akutbiler, akutlægebiler, en akutlægehelikopterordning og der etableres skade- og akutklinikker til de patienter, som ikke har behov for at blive tilset og behandlet på et akutsygehus.

Regionerne har i regi af Danske Regioner etableret en tværregional temagruppe, som har til opgave at bidrage til videndeling og koordinering i forbindelse med regionernes arbejde med implementering og udvikling af akutmodtagelserne. Temagruppen leverer desuden oplæg til fælles regionale tiltag som eksempelvis en fælles triagemodel, akutdatabase, uddannelses tiltag for personalet i akutmodtagelserne mv.

### **1.3 Formål med og baggrund for den faglige gennemgang**

Af Aftale om regionernes økonomi for 2014 fremgår, at regeringen og Danske Regioner er enige om at igangsætte en faglig gennemgang af regionernes arbejde med at etablere akutmodtagelser. Gennemgangen skal lede til anbefalinger, der skal sikre, at de bedste løsninger og erfaringer udbredes på tværs af landet.

Akutmodtagelserne etableres på grundlag af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for området i rapporten *Styrket akutberedskab - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen* fra 2007. I rapporten lægges op til en implementeringsperiode på 5 – 10 år. Regionerne er således stadig i gang med at udvikle og implementere akutmodtagelserne, som samtidig påvirkes af arbejdet med at få de fysiske rammer på plads, herunder de kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier.

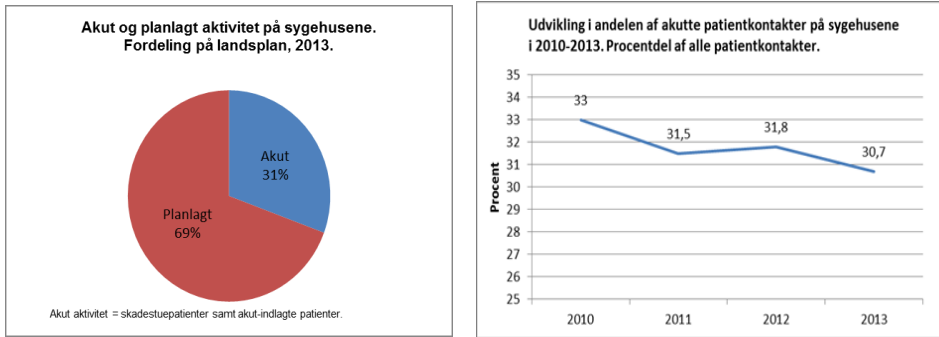
Den faglige gennemgang har til formål at understøtte arbejdet med at etablere velfungerende akutmodtagelser og komme med bidrag og anbefalinger til det fremtidige arbejde samt at udbrede de bedste løsninger på tværs. Gennemgangen udgør således en slags "midtvejsstatus" på omstillingsprocessen.

### **1.4 Fakta om de akutte patienter**

Der var i 2013 ca. 6,3 mio. patientkontakter på de danske sygehuse. Heraf var de ca. 1,9 mio. akutte patientkontakter, svarende til næsten en tredjedel af det samlede antal patientkontakter. Det svarer til, at hver tredje dansker i gennemsnit har ét årligt akut sygehusbesøg.

Figur 1.2. og 1.3. viser andelen af akutte patienter i 2013 samt udviklingen fra 2010 – 2013. Figurene viser, at andelen af akutte patienter er faldet fra 33 pct. i 2010 til 30,7 pct. i 2013. Faldet kan bl.a. skyldes fokus på at nedbringe antallet af akutte genindlæggelser og indførelsen af visiteret adgang til akut behandling.

**Figur 1.2. og 1.3. Planlagte og akutte patientkontakter på sygehusene**



Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. april 2014

Note: Akutte patienter er opgjort som skadestuepatienter og patienter med indlæggelsesmåden 'akut'

Tabel 1.1. viser andelen af akutte kontakter i 2013 fordelt på regionerne. Tabellen viser, at andelen af akutte patientkontakter varierer fra ca. 25 pct. i Region Midtjylland og Region Syddanmark til ca. 40 pct. i Region Hovedstaden. Forskellene kan bl.a. skyldes lokale og regionale forskelle i patientsammensætning, geografiske forhold, visitationspraksis hos de praktiserende læger, visiteret adgang og registreringspraksis.

**Tabel 1.1. Antal akutte sygehuskontakter fordelt på regioner (2013)**

Region	Antal sygehuskontakter i alt	Antal akutte kontakter i alt	Andel akutte kontakter
Region Nordjylland	556.332	153.147	27,5 pct.
Region Midtjylland	1.382.061	345.169	25,0 pct.
Region Syddanmark	1.688.102	422.925	25,1 pct.
Region Sjælland	884.077	303.604	34,3 pct.
Region Hovedstaden	1.741.770	691.727	39,7 pct.
<b>Hele landet</b>	<b>6.252.342</b>	<b>1.916.572</b>	<b>30,7 pct.</b>

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. april 2014

### 1.5 Fokus i den faglige gennemgang

Gennemgangen af akutmodtagelserne tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger om det akutte beredskab fra 2007, hvor akut modtagelse defineres som "undersøgelse, diagnostik og behandling af akutte patienter, hvad enten patienten behandles ambulantly eller indlægges".

En række af Sundhedsstyrelsens anbefalinger omhandler forhold, som ikke er en del af den faglige gennemgang, herunder den præhospitale indsats og de fire traumecentre. Gennemgangen omhandler således de anbefalinger, der retter sig direkte mod selve akutmodtagelsen på det somatiske område, jf. tabel 1.2.

Dataindsamlingen, der ligger til grund for den faglige gennemgang, og organiseringen heraf er beskrevet i kapitel 8.

**Table 1.2: Anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen 2007, som indgår i den faglige gennemgang**

	<b>Anbefaling</b>
3	Erfaringer vedrørende aktivitet, kvalitet, patientsikkerhed, omkostninger, tilgængelighed mv. fra fælles akutmodtagelser skal samles systematisk, analyseres og indgå som grundlag for den fremtidige planlægning og forskning.
6	Al henvendelse til sygehusvæsenet bør være visiteret, så patienten tilbydes den rette behandling på det rette niveau med lavest effektive omkostningsniveau (LEON-princippet).
17	Al modtagelse af akutte patienter skal ske gennem en fælles akutmodtagelse på hovedfunktionsniveau. I den organisatoriske og fysiske tilrettelæggelse af akutmodtagelserne bør det sikres, at alle patientgrupper hurtigst muligt behandles i akutmodtagelsen eller passerer videre til relevant specialafdeling.
18	Der etableres ét fælles alarmeringsnummer internt på alle sygehuse (med og uden fælles akutmodtagelse) til brug ved akutte, livstruende tilstande som fx hjertestop.
19	<p>Grundlaget for den fælles akutmodtagelse er, at nedenstående specialer/faciliteter er repræsenteret på matriklen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intern medicin</li> <li>• Ortopædisk kirurgi</li> <li>• Kirurgi (parenkym)</li> <li>• Anæstesiologi med intensiv afdeling niveau 2</li> <li>• Diagnostisk radiologi</li> <li>• Klinisk biokemi</li> </ul> <p>For vagtforhold anbefales det, at følgende specialer bør have speciallæge i tilstedeværelsesvagt: Intern medicin, ortopædisk kirurgi, kirurgi og anæstesiologi. Endvidere skal der være speciallæger med kompetence til at foretage akutte ultralydsundersøgelser, herunder ekkokardiografi. Diagnostisk radiologi bør som minimum have speciallæger i rådighedsvagt, idet nogle funktioner kan varetages ved en telemedicinsk løsning.</p> <p>Rådgivning fra følgende specialer bør være tilgængelige: Klinisk biokemi og intern medicin: Infektionsmedicin og klinisk mikrobiologi.</p> <p>De fælles akutmodtagelser bør have følgende faciliteter på matriklen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konventionelle røntgenundersøgelser</li> <li>• CT-scanning</li> <li>• Ultralydsundersøgelse, herunder ekkokardiografi</li> <li>• Akutte operationsfaciliteter</li> <li>• Laboratorieanalyser – klinisk biokemi.</li> </ul>
20	Et befolkningsgrundlag på 200.000-400.000 indbyggere. I alle regioner er der særligt tyndt befolkede områder med ø- eller ølignende geografi, der kan nødvendiggøre specifikke løsninger.
24	Der skal formuleres specifikke kompetencekrav for personale i fælles akutmodtagelser og tilbydes relevant uddannelse i overensstemmelse hermed.

Kilde: Styrket akutberedskab. Planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen 2007.

Herudover har en række aktører, herunder bl.a. Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, Aarhus Universitet og KORA, bidraget aktivt til debatten om og kvalitetsudviklingen af akutmodtagelserne igennem politikpapirer, analyser, konferencer mv. Dette arbejde har også indgået i den faglige gennemgang.

## 2. Befolkningsgrundlag og fysiske rammer

Dette kapitel omhandler akutmodtagelsernes fysiske rammer og kapacitet i form af behandlingspladser og faciliteter til udredning og diagnostik. Formålet med kapitlet er at beskrive, hvor langt sygehusene er med at etablere akutmodtagelsens fysiske rammer, herunder at beskrive eventuelle bedste løsninger på området. Det skal bl.a. ses i lyset af, at de fysiske rammer har stor betydning for akutmodtagelsens mulighed for at sikre et effektivt flow, både i akutmodtagelsen og på resten af sygehuset.

### **2.1 Befolkningsgrundlag**

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007, at akutmodtagelserne bør have et befolkningsgrundlag på 200.000 – 400.000 indbyggere.

Tabel 2.1. viser befolkningsgrundlaget for de 21 sygehuse med akutmodtagelser. Indtil det nye Odense Universitetshospital er fuldt udbygget i 2021, er der også en akutmodtagelse i drift på Odense Universitetshospital Svendborg. Eftersom denne akutmodtagelse er midlertidig, indgår akutmodtagelsen i Svendborg ikke som selvstændig enhed i den faglige gennemgang.

På tre af akutsygehusene er der tale om modificerede akutfunktioner, som pga. særligt tyndt befolkede områder med ø- eller ølignende geografi er modtagefunktion for akutte patienter på et sygehus tilpasset de lokale forhold (Bornholms Hospital, Sygehus Thy-Mors og Nykøbing Falster Sygehus)<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Ekspertpanelet vedr. sygehusinvesteringer – screening og vurdering II. Afgivet af regeringens ekspertpanel 2010.

**Tabel 2.1. Forventet befolkningsgrundlag for akutmodtagelser (2020)**

<b>Region</b>	<b>Sygehus</b>	<b>Befolkningsgrundlag</b>
Hovedstaden	Bispebjerg Hospital	403.000
	Nordsjællands Hospital, Hillerød	317.000
	Herlev Hospital	422.000
	Hvidovre Hospital	496.000
	Bornholms Hospital	41.000
Sjælland	Holbæk Sygehus	200.000
	Universitetssygehus Køge	290.000
	Nykøbing Falster Sygehus	150.000
	Slagelse Sygehus	210.000
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	220.000
	Sygehus Lillebælt, Kolding	300.000
	Odense Universitetshospital	430.000
	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	230.000
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	303.000
	Hospitalsenheden Vest (Gødstrup)	284.000
	Hospitalsenhed Midt, Viborg	228.000
	Hospitalsenheden Horsens	203.000
	Regionshospitalet Randers	219.000
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	316.000
	Sygehus Thy-Mors	80.000
	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	175.000

Kilde: Ekspertpanelet vedr. sygehusinvesteringer – screening og vurdering II (2010) samt regionerne.

13 akutmodtagelser har et befolkningsgrundlag på mellem 200.000-400.000 borgere. Fire akutmodtagelser har befolkningsgrundlag på mindre end 200.000 borgere, mens fire akutmodtagelser har et befolkningsgrundlag på mere end 400.000 borgere.

På alle akutsygehusene er der enten gennemført, igangsat eller planlagt byggeprojekter. På nogle matrikler skal der om- og tilbygges, mens der andre steder skal bygges nyt. Derfor er der på nogle sygehuse etableret midlertidige fysiske rammer, indtil de planlagte byggeprojekter er afsluttet.

Tabel 2.2 viser, at fem sygehuse primo 2014 har taget de endelige fysiske rammer for akutmodtagelsen i brug. 10 sygehuse forventer at tage de endelige rammer for akutmodtagelsen i brug i perioden 2014 - 2018, mens fem sygehuse forventer ibrugtagning i 2019 - 2021. Der er ikke planlagt ombygninger på Bornholms Hospital.

**Tabel 2.2. Tidsplan for sygehusbyggerier med akutmodtagelse**

Region	Sygehus	Ibrugtagning af ny akutmodtagelse*	Færdiggørelse af samlet byggeprojekt**	Projektsum
Hovedstaden	Bispebjerg Hospital	2018	2025	2,95 mia.
	Nordsjællands Hospital, Hillerød	2020	2020	3,8 mia.
	Herlev Hospital	2018	2018	2,25 mia.
	Hvidovre Hospital	2019	2020	1,45 mia.
Sjælland	Holbæk Sygehus	2012	2012	0,05 mia.
	Universitetssygehus Køge	2021	2021	4,0 mia.
	Nykøbing Falster Sygehus	2011	2011	0,27 mia.
	Slagelse Sygehus	2013	2013	0,73 mia.
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	2015	2019	0,72 mia.
	Sygehus Lillebælt, Kolding	2015	2017	0,9 mia.
	Odense Universitetshospital	2012*	2021	6,3 mia.
	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	2014	2020	1,25 mia.
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	2016	2019	6,35 mia.
	Hospitalsenheden Vest (Gødstrup)	2017	2019	3,15 mia.
	Hospitalsenheden Midt, Viborg	2016	2018	1,15 mia.
	Hospitalsenheden Horsens	2017	2019	0,77 mia.
	Regionshospitalet Randers	2016	2016	0,37 mia.
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	2020	2020	4,1 mia.
	Sygehus Thy-Mors	2013	2013	0,1 mia.
	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	2013	2013	0,17 mia.

Kilde: [www.godtsygehusbyggeri.dk](http://www.godtsygehusbyggeri.dk) og regionerne

\*En række sygehuse har etableret akutmodtagelser i midlertidige fysiske rammer. Årstallene i kolonnen refererer til, hvornår de endelige fysiske rammer for akutmodtagelsen forventes ibrugtaget. På Odense Universitetshospital er i 2012 bygget en ny akutmodtagelse, som skal bruges indtil ibrugtagning af det nye Odense Universitetshospital i 2021.

\*\*Forventet færdiggørelse af byggeprojekter med relation til etablering af akutsygehuse.

Note: Bornholms Hospital indgår ikke i tabellen, da der ikke er planlagt ombygning.



Regeringens kvalitetsfond har givet tilsagn om støtte til 16 projekter, hvoraf de 13 inkluderer en akutmodtagelse<sup>3</sup>. Herudover har regionerne selv prioriteret anlægsmidler til at etablere akutmodtagelser på de matrikler, som ikke er støttet med finansiering af kvalitetsfonden. Til de kvalitetsfondsfinansierede projekter er tilknyttet et effektiviseringskrav på 4 – 8 pct. af sygehusets driftsbudget, hvilket bl.a. skal opnås gennem mere effektiv drift i de nye sygehusbyggerier og akutmodtagelser.

## **2.2 Kapacitet i akutmodtagelsen**

Akutmodtagelsen er en selvstændig afdeling, hvor alle akutte patienter modtages samme sted af læger, sygeplejersker og andet personale. Et væsentligt formål med at samle ressourcerne i akutmodtagelsen er at flytte den behandlingsmæssige tyngde fra specialafdelingerne til akutmodtagelsen, og dermed afslutte en større del af patienterne uden efterfølgende indlæggelse på specialafdelingerne. Kapaciteten i akutmodtagelsen, fx antallet af sengepladser, har derfor betydning for arbejdsdelingen mellem akutmodtagelse og specialafdelinger.

Kapaciteten i akutmodtagelsen afhænger af den valgte organiseringsform. Grundlæggende kan der skelnes mellem tre modeller<sup>4</sup>:

- En distributionsmodel, hvor alle patienter med behov for indlæggelse modtages, vurderes og måske får indledende akut behandling, men hurtigst muligt og ofte uafklarede distribueres til et af specialernes sengeafsnit.
- En diagnostik- og behandlings-model, hvor alle patienter udredes og afklares i akutmodtagelsen. Med kapacitet til indlæggelse i op til 48 timer vil op mod 70 pct. af patienterne kunne forventes færdigbehandlet og udskrevet direkte fra akutmodtagelsen. De resterende patienter overflyttes, så snart de er afklarede, til et af specialernes sengeafsnit.
- En hybrid-model, hvor nogle patientgrupper med korttidsforløb må flyttes ud i specialafdelingerne, mens andre kan udredes og færdigbehandles i akutmodtagelsen.

I de følgende afsnit beskrives akutmodtagelsernes kapacitet i form af sengepladser henholdsvis primo 2014 og den forventede kapacitet i 2020, når de nye sygehusbyggerier er gennemført. Forhold vedrørende modtagelse af patienter og opholdstid i akutmodtagelsen er beskrevet i kapitel 3 og 4.

---

<sup>3</sup> Regeringens ekspertpanel vedrørende sygehusinvesteringer: Regionernes investerings- og sygehusplaner I og II. Afgivet af regeringens ekspertpanel i hhv. 2008 og 2010

<sup>4</sup> Kilde: Afrapportering om akutafdelingernes betydning for hospitalsbyggerierne. Danske Regioner 2013.

## **Boks 2.1. Omlægning af stationær aktivitet på Holbæk Sygehus**

Mange akutsygehuse har høstet gode erfaringer med at have senge på akutmodtagelserne. Stort set alle akutmodtagelser har etableret sengepladser, og det fremgår af tabel 2.3, at de fleste sygehuse forventer at øge antallet af senge i akutmodtagelsen frem mod 2020.

Akutsygehuset i Holbæk er et eksempel på, hvordan en akutafdeling og et godt samarbejde på tværs af et akutsygehus kan mindske presset på den stationære sengekapa-  
pacitet. Sygehuset har de nødvendige fysiske faciliteter og speciallægerressourcer til at tilbyde akutte patienter hurtig udredning og behandling. Akutafdelingen har desuden en hurtigudredningsenhed (Akut Diagnostisk Enhed), hvor procesoptimering med parallelle udredningsforløb har mindsket tiden til diagnose og behandling markant. Det er med til at sikre effektive, akutte patientforløb, hvor patienterne hurtigt tilses, udredes og behandles. De effektive akutte patientforløb har haft en væsentlig betydning i forbindelse med udfasningen af aktiviteten på det tidligere Kalundborg Sygehus.

Kilde: Region Sjælland

### **Behandlingspladser i akutmodtagelsen**

Der benyttes en række forskellige termer om behandlingspladserne i akutmodtagelsen – fx behandlersejle, modtagesenge, akutsenge, skadelejer, triagelejer og observationslejer. Behandlingspladserne har fokus på at understøtte målet om kort opholdstid i akutmodtagelsen og bidrager til at sikre et godt patientflow. Det kan fx være i form af lejer, som ikke er opredt, og hvor patienten ikke omklædes til sygehusets tøj.

Groft opdelt skelner sygehusene mellem to typer af behandlingspladser:

- Sengepladser, som typisk er beregnet til ophold i op til 24-48 timer. Antallet af sengepladser varierer fra 16 pladser på de mindste akutmodtagelser til over 50 sengepladser på de største akutmodtagelser.
- Øvrige pladser i form af lejer, stole mv.

De forskellige typer behandlingspladser gør det vanskeligt at lave en sammenlignelig opgørelse af antallet af behandlingspladser. Der vil i den videre gennemgang alene blive skelnet mellem sengepladser og øvrige pladser. Det sker dels af hensyn til overskueligheden i fremstillingen af data, dels ud fra en kapacitetsmæssig antagelse om, at "en plads er en plads", dvs. at behandlingspladsen er et udtryk for akutmodtagelsens kapacitet.

**Table 2.3. Bed spaces in emergency departments and in hospitals 2014 and 2020**

Region	Sygehus	Senge i akutmodtagelsen 2014	Senge på sygehuset 2014	Forventede senge i akutmodtagelsen 2020	Forventede senge på sygehuset 2020
Hovedstaden	Bispebjerg Hospital	40	402	100	635
	Nordsjællands Hospital, Hillerød	44	464	90	662
	Herlev Hospital	37	740	130	626
	Hvidovre Hospital	54	534	92	682
	Bornholms Hospital	0	102	0	102
Sjælland	Holbæk Sygehus	16	322	40	258
	Køge Sygehus	20	284	74	788
	Nykøbing Falster Sygehus	32	216	32	198
	Slagelse Sygehus	51	299	51	348
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	51	402	61	353
	Sygehus Lillebælt, Kolding	29	302	57	386
	Odense Universitetshospital, Odense	44	821	70	714
	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	25	130	45	258
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	16	1.173	74	822
	Hospitalsenheden Vest	46	424	39	437
	Hospitalsenheden Midt, Viborg	30	385	50	402
	Hospitalsenheden Horsens	27	233	40	264
	Regionshospitalet Randers	26	240	41	240
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	36	800	64	590
	Sygehus Thy-Mors	16	128	16	128
	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	32	404	32	245

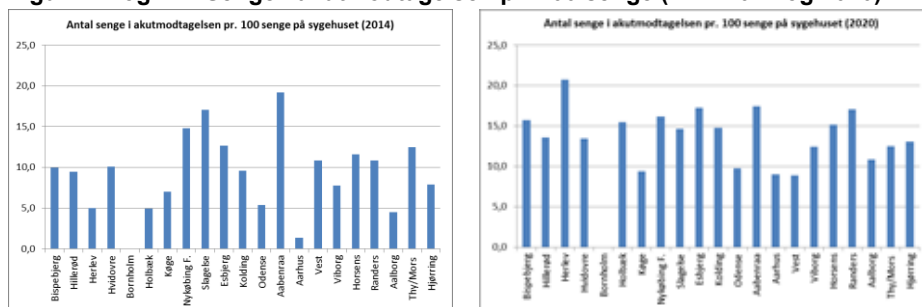
Table 2.3 shows that 20 out of 21 hospitals at the current point in time have established emergency departments with appropriate bed spaces and treatment rooms. The only emergency department without appropriate bed spaces is at Bornholms Hospital. The number of bed spaces varies from 16 at Sygehus Thy-Mors, Holbæk Sygehus and Aarhus Universitetshospital to 54 bed spaces at Hvidovre Hospital.

13 sygehuse har på nuværende tidspunkt adgang til mere end halvdelen af de akut-senge, som de forventes at have til rådighed, når deres akutmodtagelse er etableret fuldt ud. Kun fire sygehuse (Sygehus Thy-Mors, Sygehus Vendsyssel, Slagelse Sygehus og Nykøbing Falster Sygehus) har på nuværende tidspunkt det antal sengepladser, som er dimensioneret i 2020.

Forskellene i antallet af sengepladser skyldes bl.a., at sygehusene befinder sig i forskellige stadier af byggeprojekterne, og derfor endnu ikke har tilstrækkelige fysiske rammer til at etablere det dimensionerende antal sengepladser. Samtidig betyder nybyggeri af hele hospitalet andre og bedre muligheder for at rationalisere den samlede drift på hospitalet, og dermed også driften af akutafdelingerne. Det gælder fx de kvalitetsfundsfinansierede byggerier i Aarhus, Herlev, Bispebjerg, Aalborg og Odense.

Figur 2.1. og 2.2 viser en sammenligning af forholdet mellem antal sengepladser i akutmodtagelsen og sengepladser på resten af sygehuset i henholdsvis 2014 og 2020. Figurene viser, at sengepladserne i akutmodtagelsen generelt vil udgøre 10-15 pct. af sygehusets samlede sengekapaцитet i 2020 mod typisk 5 – 10 pct. i dag.

**Figur 2.1. og 2.2. Senge i akutmodtagelsen pr. 100 senge (hvv. 2014 og 2020)**



Stigningen er bl.a. udtryk for, at tyngden i den kliniske behandling af de akutte patienter flyttes fra stamafdelingerne til akutmodtagelsen. Samtidig er det et udtryk for den generelle reduktion i antallet af sengepladser på stamafdelingerne i takt med kortere liggetid mv. Forskellene mellem sygehusene kan bl.a. skyldes forskelle i patientsammensætning og antallet af specialer på matriklen. Fx er der en tendens til, at universitetshospitalerne har et lavere antal akutpladser set i forhold til det samlede antal sengepladser. Forskellene kan desuden skyldes forskellige forudsætninger i dimensioneringen af akutmodtagelsen. Fx dimensionerer Hospitalsenheden Vest i byggeriet af det nye sygehus i Gødstrup med en kortere opholdstid i akutmodtagelsen.

Det er på det foreliggende datagrundlag ikke muligt at vurdere, om antallet af sengepladser i akutmodtagelsen har betydning for patientflowet på sygehuset, fx om et større

antal sengepladser i akutmodtagelsen medfører kortere gennemsnitlig indlæggelsestid og et mindre sengeforbrug på stamafdelingerne eller flere/færre genindlæggelser.

### **2.3 Faciliteter på matriklen**

Det akutte patientforløb indbefatter en række udredende undersøgelser inden for bl.a. billeddiagnostik og klinisk biokemi. Sundhedsstyrelsen (2007) anbefaler, at en række faciliteter er repræsenteret på matrikler med akutmodtagelser. Der nævnes specifikt følgende faciliteter:

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

Tablet 2.4 viser tilstedeværelsen af de nævnte faciliteter på henholdsvis matriklen og i akutmodtagelsen primo 2014. Brugen af parentes angiver, at faciliteten er placeret i umiddelbar nærhed til akutmodtagelsen. Tabellen viser, at alle 21 akutsygehuse som minimum har røntgen, CT, ultralyd, laboratorium og akutte operationsfaciliteter på sygehuset, og dermed lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007.

**Tabel 2.4. Faciliteter på matriklen og i akutmodtagelsen (2014)**

Region	Sygehus	Røntgen	CT	Ultralyd	Akut OP	Laboratorieydelse
Hovedstaden	Bispebjerg Hospital	Matrikel	Matrikel	FAM	Matrikel	Matrikel
	Nordsjællands Hospital, Hillerød	Matrikel	Matrikel	FAM	Matrikel	Matrikel
	Herlev Hospital	FAM	Matrikel	FAM	Matrikel	Matrikel
	Hvidovre Hospital	Matrikel	Matrikel	Matrikel	Matrikel	Matrikel
	Bornholms Hospital	Matrikel	Matrikel	Matrikel	Matrikel	Matrikel
Sjælland	Holbæk Sygehus	FAM	Matrikel	FAM	Matrikel	FAM
	Køge Sygehus	Matrikel	Matrikel	FAM	Matrikel	FAM
	Nykøbing Falster Sygehus	FAM	FAM (2017)	FAM	Matrikel	FAM
	Slagelse Sygehus	Matrikel	FAM	Matrikel	FAM	Matrikel
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	FAM	(FAM)	FAM	FAM	(FAM)
	Sygehus Lillebælt, Kolding	Matrikel	Matrikel	FAM	Matrikel	FAM
	Odense Universitetshospital, Odense	FAM	FAM	FAM	Matrikel	FAM
	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	FAM	FAM	FAM	Matrikel	FAM
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	FAM	FAM	Matrikel	Matrikel	Matrikel
	Hospitalsenheden Vest, Herning	Matrikel	Matrikel	FAM	Matrikel	FAM
	Hospitalsenheden Midt, Viborg	(FAM)	(FAM)	FAM	(FAM)	FAM
	Hospitalsenheden Horsens	Matrikel	Matrikel	Matrikel	Matrikel	FAM
	Regionshospitalet Randers	(FAM)	(FAM)	(FAM)	(FAM)	FAM
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	FAM	FAM	FAM	(FAM)	FAM
	Sygehus Thy-Mors	FAM	FAM	FAM	Matrikel	FAM
	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	(FAM)	(FAM)	(FAM)	(FAM)	Matrikel

Note: FAM er en forkortelse for akutmodtagelse. Parentes angiver en umiddelbar nærhed til akutmodtagelsen.

### Ventetid på prøvesvar

Et væsentligt element i at øge kvaliteten og sikre effektive patientforløb er hurtige prøvesvar, som kan medvirke til en hurtig udredning af akutte patienter. Hurtige prøvesvar kan understøttes af god logistik, IT-løsninger og let tilgængelighed via fx rørpøstløsninger, som er etableret på flere akutsygehuse. Hurtige prøvesvar forudsætter dog også, at der mulighed for beskrivelse af billeder og prøvesvar. Det afgørende er derfor, at til-

gængeligheden er høj, og at diagnostikken understøtter gode patientforløb og hurtigt flow.

På lidt over halvdelen af sygehusene er de mest almindelige undersøgelser som røntgen, laboratorium og ultralyd til stede i akutmodtagelsen eller i umiddelbar nærhed her-til, jf. tabel 2.4. Lidt færre sygehuse (9) har en CT-scanner i akutmodtagelsen. Det bemærkes, at der i gennemgangen ikke er indsamlet data om de planlagte faciliteter i akutmodtagelsen i 2020. Der kan derfor være sygehuse, som pga. de fysiske rammer endnu ikke har de pågældende faciliteter i akutmodtagelsen.

Gennemgangen har afdækket den gennemsnitlige svartid på prøvesvar generelt. I hovedparten af akutmodtagelserne er den gennemsnitlige svartid på prøver ca. 1 time. Svartiden på prøver varierer fra et gennemsnit på 27 minutter til et gennemsnit på 2 timer og 54 minutter. Der er for flere akutmodtagelser angivet varierende svartid afhængig af prøvetypen. Desuden angiver en række af akutmodtagelserne, at den gennemsnitlige svartid på uopsættelige prøver er lavere. Endelig angives bemandingsmæssige forhold som årsag til variation i ventetiden på prøvesvar.

### **Boks 2.2. Eksempler på hurtig diagnostik og prøvesvar**

Alle regioner fremhæver rørpostløsninger til transport af blodprøvesvar som en metode til at opnå hurtige prøvesvar og forbedret patientflow.

I Region Midtjylland uddannes alle akutlæger i ultralydsscanning, så akutlægerne kan gennemføre en række undersøgelser selv uden at tilkalde radiologisk assistance. Det understøtter hurtigere diagnostik.

På Herlev Hospital er røntgenudstyret i akutmodtagelsen opgraderet, og der er justeret i fremmødet af radiograffunktionen i akutmodtagelsen, som er udvidet med tidsrummet 15-23.

På Nordsjællands hospital har man etableret et team, der sørger for hurtig prøvetagning ved ankomst til og under opholdet i Akutafdelingen. Der er et tæt samarbejde mellem flere faggrupper for at styrke og udvikle det diagnostiske samarbejde omkring patientforløbene.

### **2.4 Anbefalinger vedr. fysiske rammer og faciliteter**

Gennemgangen viser, at alle akutsygehuse, med undtagelse af Bornholms Hospital, har etableret akutmodtagelser med egne sengepladser og behandlingsrum. Fem sygehuse har taget de endelige fysiske rammer for akutmodtagelsen i brug, mens de resterende afventer byggeprojekter i perioden 2014-2021. I lyset af, at der gennemføres byggeprojekter på mange akutsygehuse, er det arbejdsgruppens vurdering, at sygehusene generelt er kommet langt i etableringen af behandlingspladser i akutmodtagelsen.

Gennemgangen viser samtidig, at sengepladserne i akutmodtagelsen forventes at udgøre 10 – 15 pct. af sygehusets samlede sengekapa­citet i 2020 mod 5 – 10 pct. i dag, og at der er variation i antallet af sengepladser i akutmodtagelsen i forhold til resten af sygehuset. Det kan derfor på sigt være et relevant læringspunkt at analysere, hvilken betydning forholdet mellem sengepladser i akutmodtagelsen og på stamafdelingerne har for effektivitet og kvalitet i behandlingen.

Gennemgangen viser også, at alle akutsygehusene lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at have røntgen, CT, ultralyd, laboratorieydelse og akutte operations­faciliteter til stede på matriklen. De mest almindelige undersøgelsesfaciliteter er på lidt over halvdelen af akutsygehusene placeret i akutmodtagelsen.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at let adgang til faciliteterne og hurtige prøvesvar døgnet rundt bidrager til et effektivt flow i akutmodtagelsen, særligt hvad angår de mest almindelige undersøgelser som røntgen, blodprøver og ekkokardiografi. Gennemgangen indeholder eksempler på forholdsvis lange svartider på prøver, som viser, at der på nogle akutmodtagelser fortsat er et forbedringspotentiale på dette område. I forhold til større undersøgelser som fx CT-scanning vil det være en afvejning i forhold til nærhed og behovet for CT-kapacitet i akutmodtagelsen.

**Arbejdsgruppen anbefaler, at:**

*1. Regioner og sygehuse opsamler og deler viden om de fysiske rammer og kapaciteten i akutmodtagelsen og betydningen heraf for patientflowet i akutmodtagelsen og resten af akutsygehuset.*

*2. De klinisk relevante undersøgelser inden for radiologi (herunder ekkokardiografi), klinisk biokemi og evt. andre relevante specialer skal være let tilgængelige og have hurtige svartider med henblik på at understøtte effektive patientforløb i akutmodtagelsen.*



# 3. Modtagelsen af akutte patienter

Dette kapitel omhandler "patientens vej" til akutmodtagelsen fra den indledende visitation over den fysiske ankomst på akutmodtagelsen til triagering og afklaring af, hvilken behandling, der skal igangsættes. Formålet med kapitlet er at beskrive, hvordan regionerne og sygehusene har organiseret modtagelsen af de akutte patienter, herunder om organiseringen følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området fra 2007.

## 3.1 Visiteret adgang

Det indgår i Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007, at adgangen til landets akutmodtagelser gøres visiteret og starter som en telefonisk henvendelse. Det samme anbefaler regeringens akutudvalg i rapporten "Ventetider i akutmodtagelser" fra maj 2012<sup>5</sup>. På den baggrund indgik det i Aftale om regionernes økonomi for 2013, at der frem mod foråret 2014 skal indføres visiteret adgang til landets akutmodtagelser.

Visiteret adgang er et vigtigt tiltag i forhold til at sikre patienten det rette behandlingstilbud og derigennem sikre en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer. Undersøgelser viser således, at en række af de patienter, som henvender sig på akutmodtagelser, kunne have været behandlet hos egen læge. Fx viser erfaringer fra både Region Sjælland og Region Midtjylland, at indførelse af visiteret adgang har medført et fald i antallet af henvendelser i akutmodtagelsen.

Pr. 1. april 2014 har alle regionerne indført visiteret adgang til deres akutmodtagelser. Tabel 3.1 viser en oversigt over de typer visitation, der er valgt i de enkelte regioner.

I Region Nordjylland og Region Midtjylland sker visitationen via ordninger i almen praksis, dvs. egen læge i dagtid og vagtlæge uden for dagtid. I Region Hovedstaden sker visitationen via akuttefoner i hospitalsregi. I Region Sjælland er visitationen delt mellem akuttefonen i sygehusregi og almenpraksis/lægevagt. I Region Syddanmark sker

---

<sup>5</sup> Ventetider i Akutmodtagelser. Akutudvalget (Udvalget om det præhospitale akutberedskab) 2012.

visitationen også som en kombination mellem visiterende akuttelefon i dagtid og vagtlæge uden for dagtid.

**Tabel 3.1. Oversigt over visiteret adgang i de fem regioner**

Region	Set-up for visitation	Hvilke personalegrupper visiterer
Hovedstaden	Akuttelefonen 1813.	Sygeplejersker med lægelig backup.
Sjælland	Visitation til skadestuen sker døgnet rundt via akuttelefon integreret i akutafdelingerne. Visitation ved sygdom sker via vagtlæge eller egen læge.	Sygeplejersker (skader) og læger (sygdom).
Syddanmark	Sygeplejersker visiterer skader i dagtid. Almen praksis visiterer sygdom i dagtid. Lægevagten visiterer skader og sygdom i vagttid.	Sygeplejersker med lægelig back-up og læger.
Midtjylland	Almen praksis i dagtid* Lægevagttid.	Praktiserende læger.
Nordjylland	Almen praksis i dagtid. Lægevagten i vagttid.	Praktiserende læger

\*Vagtlægetelefonen er bemanded med behandlersygeplejersker i tidsrummer 8-16 på hverdage, men denne løsning fungerer alene som back-up af hensyn til turister og andre uden egen læge. Den primære visitation i dagtid sker gennem egen læge.

Erfaringer fra Region Sjælland, som indførte visiteret adgang i oktober 2011, viser jf. tabel 3.2, at 25 pct. af patienterne henvises til anden behandling eller egenomsorg, og dermed ikke kommer ind på akutafdelingerne. Tilsvarende viser en undersøgelse fra Region Midtjylland, at indførelse af en ny model for visitation og samarbejde mellem lægevagttid og akutmodtagelse har reduceret antallet af besøg i akutmodtagelsen med 27 pct., mens antallet af kontakter hos lægevagten er steget med 11 pct..

**Tabel 3.2. Fordelingen af visitationerne fra Region Sjællands Akuttelefon (2013)**

Visiteret til:	Pct.mæssig fordeling
<b>Sygehusbehandling</b>	<b>74,9 pct.</b>
Ambulance	0,7 pct.
Akutmodtagelse	50,0 pct.
Skadestuefunktion	22,0 pct.
Skadeklinik	2,2 pct.
<b>Andre sundhedstilbud</b>	<b>14,7 pct.</b>
Egen læge	4,1 pct.
Vagtlæge	8,0 pct.
Andets sundhedstilbud	2,7 pct.
<b>Egenomsorg</b>	<b>10,4 pct.</b>

Kilde: Region Sjælland

### **3.2 Modtagelse af patienter**

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens anbefalinger, at den akutte modtagelse af patienter på sygehuset omfatter undersøgelse, diagnostik og behandling af akutte patienter, hvad enten patienten behandles ambulant eller indlægges. Sundhedsstyrelsen anbefaler desuden, at alle akutte patienter modtages via akutmodtagelsen. Formålet er at etablere bedre mulighed for samarbejde om den akutte, uafklarede patient på tværs af specialer og dermed et bedre grundlag for at skabe et effektivt og sammenhængende patientforløb af høj kvalitet.

Tablet 3.3 giver et overblik over, hvordan de akutte patienter modtages på de 21 akut-sygehuses matrikler fordelt på:

- Om akutmodtagelsen fysisk er samlet
- Om der er akutte patienter, der ikke modtages via akutmodtagelsen ("patienter udenom")
- Om akutmodtagelsen modtager børn.

**Tabel 3.3. Modtagelse af patienter (2014)**

Region	Sygehus	Samlet akutmodtagelse	Patienter udenom	Børn i akutmodtagelse
Hovedstaden	Bispebjerg Hospital	Nej	Ja	(Ja)
	Nordsjællands Hospital, Hillerød	Ja	Ja	(Ja)
	Herlev Hospital	Ja	Ja	Ja
	Hvidovre Hospital	Nej	Ja	Ja
	Bornholms Hospital	Ja	Ja	Ja
Sjælland	Holbæk Sygehus	Ja	Ja	(Ja)
	Køge Sygehus	(Ja)	Ja	(Ja)
	Nykøbing Falster Sygehus	Ja	Ja	Ja
	Slagelse Sygehus	Ja	Ja	(Ja)
Syddanmark	Sydvestjysk sygehus, Esbjerg	(Nej)	Ja	(Ja)
	Sygehus Lillebælt, Kolding	(Ja)	Ja	(Ja)
	Odense Universitetshospital, Odense	Ja	Ja	Ja
	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Ja	Ja	(Ja)
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	Nej	Ja	Ja
	Hospitalsenheden Vest, Herning	Nej	Ja	Ja
	Hospitalsenheden Midt, Viborg	Nej	Ja	Ja
	Hospitalsenheden Horsens	Nej	Ja	Ja
	Regionshospitalet Randers	Ja	Ja	(Ja)
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	(Ja)	Ja	(Ja)
	Sygehus Thy-Mors	Ja	Ja	(Ja)
	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Ja	Ja	Ja

Note: Parenteser angiver besvarelser, hvor særlige forhold gør sig gældende.

### Samlet modtagelse af patienter, herunder børn

Tabel 3.3 viser, at modtagelsen af akutte patienter er samlet ét sted på 15 ud af de 21 akutsygehuse. Gennemgangen viser samtidig, at alle sygehuse fortsat modtager visse patientgrupper direkte på stamafdeling uden om akutmodtagelsen. Patientgrupperne varierer på tværs af regioner og sygehuse, men gælder i særlig grad fødende, pædiatriske patienter, kardiologiske patienter og trombolysepatienter.

I nogle regioner modtages fortsat udvalgte visiterede patientgrupper på andre matrikler end sygehusene med akutmodtagelser, bl.a. pga. manglende kapacitet indtil de nye sygehusbyggerier er gennemført. Det gælder fx lægevisiterede akutte medicinske patienter på Sygehus Himmerland og visiterede akutte intern medicinske og ortopædkirurgiske patienter fra Silkeborg Kommune på Regionshospitalet Silkeborg.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007, at *visiterede* medicinske patienter kan modtages uden om akutmodtagelsen. Dette kræver ifølge Sundhedsstyrelsen klare visitationsretningslinjer samt forudgående telefonisk kontakt mellem visitende læge og den ansvarlige, kvalificerede modtagende læge.

Hvad angår modtagelse af øvrige, akutte, uselekerede patienter – særligt kirurgiske – angiver Sundhedsstyrelsen, at det kræver et bredere døgnberedskab, og at modtagelsen af disse således kun bør finde sted på akutmodtagelser.

Alle akutmodtagelser modtager som udgangspunkt børn, også selvom pædiatri ikke er repræsenteret på matriklen på fem akutsygehuse. Flere sygehuse behandler dog kun børn med mindre skader og/eller stabiliserer børnene, før børnene køres til et større sygehus.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007, at pædiatri bør være repræsenteret på matriklen ved modtagelse af børn – dog bortset fra modtagelse af børn med mindre skader.

### **3.3 Triage**

Triage er et prioriteringsredskab, der skal sikre, at de patienter, der har tidskritisk sygdom eller tilskadekomst, behandles hurtigt. Ved ankomst til akutmodtagelsen inddeles patienterne i kategorier alt efter deres sundhedsfaglige behov. Triagekategorien angiver en maksimal tidsgrænse til lægefaglig vurdering, hvilke patienter der skal tilses først og fastlægger en løbende re-vurdering af patienten afhængigt af hastegrad og alvorlighed.

Der er i regi af Danske Regioner udviklet en fællesregional triagemodel (DaR-Triage), som anvendes på fem akutmodtagelser, mens triagemodellen DEPT anvendes på 16 akutmodtagelser.

Triagemodellerne består grundlæggende af to elementer: En vurdering af patientens vitalparametre og en vurdering af patientens symptomer. Når triagemodellerne sammenlignes på disse to elementer, er der tale om to – overordnet set – identiske modeller.

Hvad angår vitalparametrene, er de to modeller ens, idet der måles på samme vitale parametre i forbindelse med den indledende vurdering af patientens tilstand. Der er dog marginale forskelle i enkelte af grænseværdierne for to af triagekategorierne.

Hvad angår symptomdelen, er modellernes tilgang forskellig, idet der i DEPT er koblet forløbsstyring på den initiale vurdering, mens DaR-Triage udelukkende omfatter den initiale hastegradsvurdering, som er det grundlæggende i triage. Samlet set vurderes der ikke at være forskelle i den afsluttende samlede hastegradsvurdering af patienterne afhængigt af hvilken model, der anvendes.

På alle akutsygehuse udføres triage, når patienterne ankommer til akutmodtagelsen. Patienter, der indbringes med ambulance, kan være triageret forud for ankomst til akutmodtagelsen, fx ved traumer eller andre livstruende situationer, hvor behandlingen skal igangsættes umiddelbart. I mindre hastende tilfælde bliver der ofte foretaget en præhospital vurdering, som revurderes i forbindelse med triageringen ved ankomsten til akutmodtagelsen for at sikre, at der ikke er sket en udvikling i patientens tilstand under transporten.

Flere akutmodtagelser har fremhævet medicinsk-klinisk erfaring som et bedre grundlag for triage frem for vitalparametre og kontakårsagskort. Arbejdsgruppen har ikke vurderet i hvilket omfang, dette afspejler en reel forskel i klinisk praksis.

### **3.4 Anbefalinger om modtagelse af akutte patienter**

Alle regioner har pr. 1. april 2014 indført visiteret adgang til akutmodtagelserne. Det varierer på tværs af regionerne, hvordan visitationen er organiseret, herunder om visitationen foretages af læger eller sygeplejersker, og hvordan visitationen fungerer i dagtid og uden for dagtid. På sigt kan det være relevant at evaluere, om de forskellige visitationsordninger medfører forskelle i henvisningsmønster og behandlingskvalitet.

15 ud af 21 akutsygehuse har fysisk samlet modtagelsen af de akutte patienter ét sted, men alle sygehuse modtager fortsat visse patientgrupper direkte på stamafdelingen uden om akutmodtagelsen. Det gælder særligt fødende, pædiatriske patienter, kardiologiske patienter og trombolyspatienter.

Udgangspunktet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 er, at alle akutte patienter bør modtages via akutmodtagelsen, og at der skal foreligge klare retningslinjer for visitation og videre visitation til relevant afdeling eller akutmodtagelse.

Arbejdsgruppen tilslutter sig som udgangspunkt fortsat denne anbefaling. Det vurderes dog samtidig, at der foreligger en række sundhedsfaglige forhold og fysiske forudsætninger, som kan begrunde, at anbefalingen ikke er fuldt implementeret. Sygehusene har, ud fra strukturelle og sundhedsfaglige overvejelser, valgt at undtage bestemte

akutte patientgruppers indlæggelse via akutmodtagelsen. Det skyldes bl.a., at de planlagte nybygninger og tilbygninger endnu ikke er gennemført ved alle sygehuse, og at det derfor ikke er fysisk muligt at modtage alle akutte patienter via akutmodtagelsen.

Det skyldes også, at det for visse patientgruppers vedkommende findes sundhedsfagligt velbegrunder, at den akutte patient indlægges direkte i specialafdeling med henblik på øjeblikkelig behandling. Det gælder for eksempel bestemte patientgrupper indenfor specialerne kardiologi, neurologi og obstetrik. Arbejdsgruppen finder derfor, at det kan være velbegrunder, at Sundhedsstyrelsens anbefaling om modtagelse af alle patienter via akutmodtagelsen, ikke er implementeret på alle sygehuse.

Arbejdsgruppen finder samtidig, at sygehusene bør sigte mod, at alle akutte patienter modtages via akutmodtagelsen, medmindre der foreligger konkrete, sundhedsfaglige grunde til at undtage specifikke patientgrupper herfra, fx hvis patienten er forvisiteret fra det præhospitale beredskab eller tilhører andre patientgrupper, der allerede er tilknyttet et forløb på en stamafdeling.

Alle akutmodtagelser modtager som udgangspunkt børn, selvom pædiatri ikke er repræsenteret på matriklen på fem akutsygehuse. Flere sygehuse behandler dog kun børn med mindre skader og/eller stabiliserer børnene, før børnene køres til et større sygehus. Arbejdsgruppen finder, i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefaling, at sygehusene bør sigte mod, at børn som udgangspunkt kun modtages på sygehuse med pædiatri, specielt hvis der tale om børn med mistanke om medicinske sygdomme. Lokale forhold og aftaler må afgøre, om modtagelsen sker gennem akutmodtagelsen eller direkte til stamafdelingerne. Hvis sygehuse uden pædiatri modtager børn i akutmodtagelsen bør der foreligge klare aftaler og retningslinjer for, hvilke børn, der bør overflyttes til sygehuse med pædiatri, og hvilke der kan behandles lokalt.

Gennemgangen viser, at alle patienter triageres ved ankomsten til akutmodtagelsen. Sundhedsstyrelsens planlægningsgrundlag indeholder ikke anbefalinger om triage, og der er således ikke retningslinjer for, hvor og hvordan triagen bør gennemføres.

Der er i regi af Danske Regioner udviklet en fællesregional triagemodel (DaR-triage), som anvendes på fem akutmodtagelser, mens triagemodellen DEPT anvendes på 16 akutmodtagelser. Arbejdsgruppen har ikke taget stilling til det kliniske indhold i de to modeller, men anbefaler, at der anvendes én fælles triagemodel på tværs af alle akutmodtagelserne.

**Arbejdsgruppen anbefaler, at:**

*3. De eksisterende triagemodeller justeres til én fælles triagemodel, som anvendes i alle akutmodtagelser.*

*4. Alle akutte patienter skal modtages via akutmodtagelsen, med mindre der foreligger konkrete, sundhedsfaglige grunde til at undtage specifikke patientgrupper herfra, og der skal i så fald være klare aftaler og retningslinjer for disse.*



# 4. Kvalitetsmål og brug af data i akutmodtagelsen

Dette kapitel omhandler patientens vej gennem akutmodtagelsen efter den indledende triage, jf. kapitel 3. I kapitlet gennemgås forskellige mål for service, kvalitet og effektivitet i akutmodtagelsen, samt datagrundlaget for opfølgning på disse.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007, at erfaringer vedrørende aktivitet, kvalitet, patientsikkerhed, omkostninger, tilgængelighed mv. fra akutmodtagelserne skal samles systematisk, analyseres og indgå som grundlag for den fremtidige planlægning og forskning. Formålet med kapitlet er derfor også at afdække, i hvor høj grad data om aktivitet i akutmodtagelsen kan opsamles og bruges som et ledelsesværktøj i den daglige drift, både i regionen, hos sygehusledelsen og i den daglige kliniske ledelse på afdelingsniveau.

## **4.1 Servicemål for ventetider**

I Aftale om regionernes økonomi for 2013 mellem regeringen og Danske Regioner blev det aftalt, at regionerne opstiller servicemål for ventetider i akutmodtagelser og løbende monitorerer disse. Det blev samtidig vurderet, at oplysning om de forventede ventetider i akutmodtagelserne udgør et vigtigt element i patientens samlede oplevelse af behandlingsforløbet.

Regionerne har på baggrund af aftalen opstillet servicemål, jf. tabel 4.1. Servicemålene og målsætningen for overholdelse angiver, hvor stor en andel af patienterne, som inden for servicemålets tidsrum skal have igangsat behandlingen. Det bemærkes, at servicemål som udgangspunkt vedrører patienter med mindre skader eller sygdomme af ikke-hastende karakter (patienter i den blå triagekategori), da patienter med alvorlige skader eller sygdomme bliver behandlet hurtigt og uden unødigt ventetid.

De politisk fastlagte servicemål varierer mellem regionerne. Region Midtjylland har en målsætning om, at behandlingsstart for 90 pct. af patienterne skal ske inden for 30 minutter. I de øvrige regioner er målsætningen behandlingsstart inden for 60 minutter for mellem 50 – 85 pct. af patienterne.

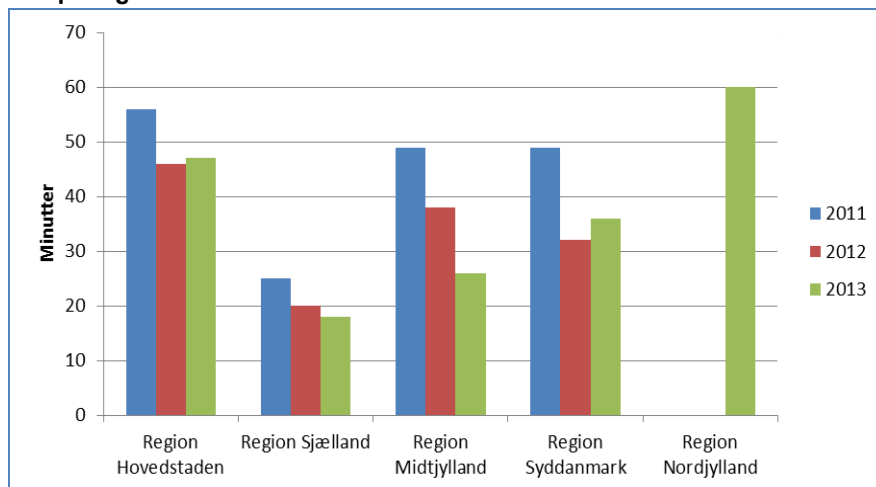
**Tabel 4.1: Regionernes servicemål for ventetid i akutmodtagelsen**

Region	Tid fra ankomst til behandlingsstart
Hovedstaden	50 pct. inden for 1 time og 95 pct. inden for 4 timer
Sjælland	85 pct. inden for 1 time
Syddanmark	75 pct. inden for 1 time og 95 pct. inden for 3 timer
Midtjylland	90 pct. inden for ½ time
Nordjylland	85 pct. inden for 1 time

Kilde: Regionerne.

Note: Mål for ventetiden i akutmodtagelser vedrører patienter med mindre skader eller lidelser, da patienter med alvorlige skader eller sygdomme bliver behandlet hurtigt og uden unødigt ventetid.

Der er i gennemgangen set på den gennemsnitlige ventetid for patienter med mindre skader eller sygdomme af ikke-hastende karakter (patienter i den blå triagefarve) i akutmodtagelserne i de enkelte regioner i 2011, 2012 og 2013, jf. figur 4.1. Her ses det, at ventetiderne i akutmodtagelserne i fire ud af fem regioner generelt er faldet siden 2011. Ventetiden i 2013 var højst i Region Nordjylland, hvor den gennemsnitlige ventetid var 60 minutter og lavest i Region Sjælland, hvor den gennemsnitlige ventetid i 2013 var 18 minutter.

**Figur 4.1. Gennemsnitlig ventetid (minutter) for patienter med triagefarve blå fordelt på regioner 2011 – 2013**

Kilde: Regionerne.

Note: Der kan være anvendt forskellige opgørelsesmetoder i regionerne. Tallet fra Region Nordjylland dækker 2. halvår 2013. Region Hovedstadens 2013-tal dækker 1.-3. kvartal 2013. For Region Midtjylland gælder, at følgende afdelinger er inkluderet: Akutafdelingen Herning, Akutafdelingen Randers og Skadestuen på Aarhus Universitetshospital.

Regionerne har – som anført – ikke samme servicemål. De fem regioner har dog i fællesskab defineret centrale parametre, såsom "udrednings- og behandlingsstart", "ankomst" samt "afslutning af patientforløb". Dermed er der skabt mulighed for, at regionernes data kan sammenlignes på tværs, selvom servicemålene ikke er de samme.

Information til patienterne om de forventede ventetider i akutmodtagelserne kan bidrage til at øge den patientoplevede kvalitet. Det gælder dels den information, patienterne modtager inden ankomst (telefonisk, via akut app mv.), dels den information patienterne modtager, når de ankommer til akutmodtagelsen. Region Hovedstaden og Region Nordjylland har opstillet en målsætning om, at 90 pct. af patienterne skal informeres om ventetiderne i akutmodtagelsen og monitorerer denne. De øvrige regioner har ikke opstillet mål, men orienterer patienterne om ventetid på forskellig vis, bl.a. via information ved ankomst i akutmodtagelsen, via akuttelefoner eller akut-app'en. Hovedparten af regionerne angiver, at de også tilstræber at oplyse om ændringer i ventetiden.

#### **Patienttilfredshedsundersøgelser**

Patienttilfredshedsundersøgelser er et vigtigt element i vurderingen af patienternes oplevede kvalitet af behandlingen. Alle akutmodtagelser på nær to gennemfører eller planlægger at gennemføre patienttilfredshedsundersøgelser blandt akutmodtagelsens patienter. En generel udfordring er, at LUP (Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser) frem til 2014 kun har omfattet patienter indlagt på stamafdelinger. Dermed er de patienter, der kun registreres i akutmodtagelsen, ikke indgået i undersøgelserne.

Fra 2014 indgår akutmodtagelserne også i LUP, og fremadrettet vil der derfor være en landsdækkende måling af patienttilfredsheden i akutmodtagelserne.

En række af akutmodtagelserne har gennemført egne tilfredshedsundersøgelser. Tilbagemeldingerne har varieret fra generelt positive til, at der eksisterer et forbedringspotentiale.

#### **4.2 Afsluttede patienter i akutmodtagelserne og genindlæggelser**

Et væsentligt formål med at etablere akutmodtagelser er at opnå mere effektive patientforløb, som bl.a. skal bidrage til, at flere patienter færdigbehandles i akutmodtagelsen, og at færre patienter indlægges på de specialiserede sygehusafdelinger. Et centralt mål for akutmodtagelsen er derfor at øge andelen af patienter, der – i det omfang, at

det er klinisk meningsfuldt – udskrives direkte fra akutmodtagelsen, og at patienterne ikke efterfølgende genindlægges for den samme sygdom.

Dette mål skal ses i sammenhæng med den generelle udvikling i sundhedsvæsenet i retning af, at patienter i stigende grad bliver diagnosticeret og behandlet uden indlæggelse. Opfyldelsen af dette mål stiller derfor også krav til sygehusets samarbejde med kommuner og almen praksis.

En del af de akutte patienter forventes at kunne afklares så hurtigt, at der ikke bliver tale om en egentlig indlæggelse i akutmodtagelsen. Nogle kan gå direkte hjem efter behandling i akutmodtagelsen, andre kan indlægges direkte på specialafdeling med en behandlingsplan. De resterende patienter indlægges på en akut behandlingsplads til udredning og behandling. Nogle af disse patienter vil kunne udskrives direkte fra akutmodtagelsen, andre vil have behov for at blive overflyttet til en specialafdeling.

Fordelingen mellem disse to sidstnævnte grupper afhænger bl.a. af den maksimale liggetid og sengekapacitet i akutmodtagelsen. Det er tidligere vurderet, at op mod 70 pct. af patienterne vil kunne forventes færdigbehandlet og udskrevet direkte fra en akutmodtagelse med kapacitet til indlæggelse i op til 48 timer<sup>6</sup>.

12 akutmodtagelser har defineret en maksimal opholdstid i akutmodtagelsen, der varierer mellem 24 og 48 timer. Mange patienter tilbringer dog væsentlig mindre tid i akutmodtagelsen. Der er primært tale om vejledende mål for den kliniske drift og ikke mål, der monitoreres med henblik på tilbagevendende ledelsesmæssig opfølgning.

Tabel 4.2 viser, hvor stor en andel af de indlagte patienter, der afsluttes i akutmodtagelsen, dvs. ikke viderehenvises til en specialafdeling på sygehuset.

---

<sup>6</sup> Afrapportering om akutafdelingernes betydning for hospitalsbyggerierne. Danske Regioner 2013.

**Tabel 4.2: Andel indlagte patienter afsluttet i akutmodtagelsen og andel genindlæggelser (2013)**

Region	Sygehus	Andel afsluttet i akutmodtagelsen	Andel genindlæggelser <7 dage
Hovedstaden	Bispebjerg Hospital	55	4
	Nordsjællands Hospital, Hillerød	40	Ikke oplyst
	Herlev Hospital	44	7
	Hvidovre Hospital	65	2
	Bornholms Hospital	15	6
Sjælland	Holbæk Sygehus	52	4
	Køge Sygehus	41	Ikke oplyst
	Nykøbing Falster Sygehus	47	Ikke oplyst
	Slagelse Sygehus	50	Ikke oplyst
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	61	8
	Sygehus Lillebælt, Kolding	62	5
	Odense Universitetshospital, Odense	43	6
	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	49	4
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	48	13
	Hospitalsenheden Vest, Herning	40	Ikke oplyst
	Hospitalsenheden Midt, Viborg	55	Ikke oplyst
	Hospitalsenheden Horsens	55	Ikke oplyst
	Regionshospitalet Randers	60	Ikke oplyst
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	67*	2
	Sygehus Thy-Mors	73*	4
	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	64*	2

\*Både indlagte og skadestuepatienter

Note: For Region Hovedstaden gælder, at regionen monitorerer på genindlæggelser af somatiske patienter pr. hospital, og ikke specifikt for akutmodtagelsen. De angivne tal er fra de enkelte hospitaler.

Andelen af patienter, der er afsluttet i akutmodtagelsen, varierer mellem 35 og 65 pct. (med undtagelse af Bornholms Hospital, hvor andelen er 15 pct.). Endvidere opgør Region Nordjylland kun den samlede andel for både indlagte patienter og skadestuepatienter. Opgørelsen er baseret på sygehusenes egne besvarelser og kan rumme forskelle i forhold til registrerings- og opgørelsespraksis. Selv med forbehold herfor er der variation mellem akutmodtagelserne.

Tabel 4.2 viser desuden, hvor stor en andel af de afsluttede patienter, der genindlægges inden for 7 dage. Det er på nuværende tidspunkt kun 13 af de 21 akutmodtagelser, der specifikt monitorerer andelen af genindlæggelser i akutmodtagelsen. De 13 akutmodtagelser ligger primært i Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Nordjylland. Herudover skal der tages forbehold for forskelle i registreringspraksis.

Andelen, der genindlægges inden for 7 dage, varierer fra 2-13 pct., jf. tabel 4.2. Det uvægtede gennemsnit for de 13 akutmodtagelser, der monitorer genindlæggelserne, er 5 pct. Det overordnede niveau på landsplan var 7,1 pct. i 2012.

#### **4.3 Anvendelse af logistiktavler/elektroniske oversigtstavler**

Gennemgangen viser, at alle akutmodtagelser anvender logistiktavler eller elektroniske oversigtstavler til registrering og patientoverblik. Akutmodtagelsen på Aarhus Universitetshospital tager en elektronisk oversigtstavle i brug i løbet af 2014. Logistiktavlerne er alle elektroniske på nær i akutmodtagelsen på Bornholms Hospital.

Tavlerne tillægges stor betydning fra sygehusenes side for varetagelsen af en effektiv drift i akutmodtagelserne, hvor der er et stort patientflow samtidig med, at man skal sikre koordinering og inddragelse af forskellige kliniske ressourcer i forbindelse med udredningen og behandlingen.

Der udtrykkes særligt fra klinisk side ønske om øget adgang til tidstro data, som i den daglige drift kan bruges til at optimere kvalitet og effektivitet i patientforløbene. Gennemgangen viser, at der er betydelige udfordringer med at få de registrerede data ud af systemerne og anvendt dem til den opfølgende vurdering af driften og den kliniske kvalitet.

Region Hovedstaden og Region Midtjylland har på nuværende tidspunkt ikke adgang til de data, der registreres i logistiktavlerne. Region Midtjylland forventer at få adgang til data i løbet af 2015-2017. Region Syddanmark og Region Nordjylland beskriver, at data fra logistiktavlerne bruges til at monitorere servicemålene samt kvalitetssikring af lægekompetencer og styrkelse af patientforløb. Akutmodtagelserne i Region Sjælland anvender i varierende grad data fra logistiktavlerne til monitorering og kvalitetssikring.

#### **4.4 Regionernes arbejde med at etablere en klinisk kvalitetsdatabase på akutområdet**

Regionerne har igangsat et arbejde med at udvikle en klinisk kvalitetsdatabase på akutområdet. Målsætningerne for databasen er at sikre et grundlag for at vurdere kvaliteten i det akutte behandlingstilbud – herunder mulighed for at vurdere betydning af organisatoriske forskelle for kvaliteten i behandlingen.

Det er ambitionen, at den kliniske kvalitetsdatabase vil gøre det muligt at følge op på kvaliteten i det akutte tilbud, herunder angive handlingsmuligheder for forbedring af kvaliteten. Monitorering ved hjælp af kvalitetsdatabasen bliver igangsat primo 2015. Databasen baseres hovedsageligt på eksisterende registreringer fra nationale og regionale registre og databaser på akutområdet. Det er målsætningen, at databasen skal dække hele akutforløbet fra det præhospitale område til udskrivelse, inkludere specifikke diagnoser/tilstande og patientsikkerhedsindikatorer.

Indikatorsættet skal løbende udvides, når informationssystemer udbygges, og at databasen udover de landsdækkende data også skal omfatte data fra enkelte regioner.

#### **4.5 Anbefalinger om data og kvalitetsmål**

Samlet set kan arbejdsgruppen på baggrund af gennemgangen konstatere, at der er variation i, hvilke oplysninger, der registreres, og hvordan de registreres på tværs af akutmodtagelserne. Der er således flere parametre for kvalitet og effektivitet, som det ikke er muligt at sammenligne på tværs af regioner og sygehuse.

Det er derfor væsentligt, at alle akutmodtagelserne registrerer en række grundlæggende oplysninger på samme måde. Fx er det forskelligt, hvorvidt andelen, der afsluttes i akutmodtagelsen, opgøres på baggrund af indlagte patienter, skadestuepatienter eller begge dele. Dette gør det vanskeligt at sammenligne og dele viden på tværs. Et andet eksempel er opgørelse af ventetid for patienter i akutmodtagelserne. Nogle steder opgøres ventetiden som den andel, der opfylder de regionale servicemål, mens den andre steder er opgjort i antal minutter. Begge dele indikerer, hvorvidt servicemålet overholdes, men giver ikke mulighed for at sammenligne akutmodtagelserne.

Sammenlignelige data for aktivitet og patientflow i akutmodtagelsen på tværs af regioner og sygehuse er et relevant redskab både til at understøtte klinikernes arbejdsgange og den ledelsesmæssige opfølgning. På nuværende tidspunkt er det ikke muligt at monitorere behandlingen i akutmodtagelsen og følge op på kvaliteten og effektiviteten i akutmodtagelserne på tværs. Arbejdsgruppen vurderer, at der er et stort potentiale for at forbedre datakvaliteten på området.

Det er endvidere arbejdsgruppens vurdering, at der er behov for at udvikle et fælles, nationalt indikatorsæt med relevante parametre for kvalitet og effektivitet. Tabel 4.3 viser eksempler på mulige indikatorer.

**Tabel 4.3. Eksempler på indikatorer til monitorering af service, kvalitet, effektivitet og flow på akutmodtagelserne**

Tema	Indikator
Service og kvalitet	Tid til behandlingsplan Tid til speciallæge Tid til triage Andel patienter oplyst om ventetid Evt. faglige, kliniske mål som fx MRSA, sepsis-screening og tryksårsscreening
Effektivitet og flow	Andel patienter afsluttet i akutmodtagelsen ("vendt i døren") Andel afsluttede genindlagt efter 7 dage Andel udskrevet inden for 24 timer Svartid på udvalgte prøver

Alle regioner har indført servicemål for ventetid i akutmodtagelsen, og ventetiden er faldet fra 2011 til 2013. Servicemålene i de enkelte regioner er politisk fastlagt og som følge heraf forskellige. Eftersom ventetid og information om ventetid i akutmodtagelsen er en af de væsentligste faktorer for patienttilfredsheden, er det arbejdsgruppens opfattelse, at regionerne bør videndele og erfaringsopsamle på området og tilstræbe at udvikle mere ens servicemål.

**Arbejdsgruppen anbefaler, at:**

*5. Tidstro data om bl.a. patientflow og aktivitet gøres tilgængeligt for det kliniske personale på akutmodtagelserne med henblik på at understøtte effektive og sammenhængende patientforløb.*

*6. Der udvikles et nationalt indikatorsæt, som indeholder centrale indikatorer for kvalitet, effektivitet og service. Indikatorsættet skal tage afsæt i den kliniske kvalitetsdatabase for akutområdet, som ibrugtages i 2015. Data og resultater skal være transparente og løbende gøres tilgængelige for relevante parter.*

*7. For at sikre sammenlignelighed af data på tværs af regioner og sygehuse skal regionerne sikre ensartet registrering af aktivitet i akutmodtagelserne.*

*8. Regionerne deler viden og erfaringer om servicemål.*



# 5. Personale og adgang til speciallægekompeter

En central forudsætning for kvaliteten i behandlingen i akutmodtagelserne er, at de relevante kompetencer er til stede og er tilgængelige, når der er behov for dem. Dette kapitel omhandler derfor de personalegrupper, som arbejder i relation til akutmodtagelsen, herunder forskellige modeller for ansættelsesforhold, vagtdækning mv.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens anbefalinger, at alle personalegrupper med kompetence og interesse i undersøgelse, diagnostik og behandling af akutte patienter bør indgå i akutmodtagelsen, herunder særligt faggrupper som læger, sygeplejersker, plejepersonale, radiografer og bioanalytikere. Formålet med kapitlet er at beskrive sygehusenes organisering på området med særligt fokus på Sundhedsstyrelsens anbefalinger om tilstedeværelse af og tilgængelighed til speciallæger på matriklen og i akutmodtagelsen.

## **5.1 Ansatte i akutmodtagelserne**

Den faglige gennemgang har afdækket antallet af årsværk for forskellige faggrupper, der er ansat i akutmodtagelsen på de enkelte sygehuse.

### **Ansatte læger**

Tabel 5.1 angiver, hvor mange og hvilke typer læger, der pr. maj 2014 er ansat i de enkelte akutmodtagelser.

**Tabel 5.1. Ansatte i akutmodtagelsen, læger**

Region	Sygehus	Special-læger	H-læger	I-læger	KBU-læger	Læger, uklas.	Læger, i alt
Hovedstaden	Bispebjerg Hospital	3,7	-	-	-	2,0	5,7
	Nordsjællands Hospital, Hillerød	8,0	-	-	-	-	8,0
	Herlev Hospital	1,6	-	-	-	-	1,6
	Hvidovre Hospital	2,0	-	-	-	-	2,0
	Bornholms Hospital	-	-	-	-	-	-
Sjælland	Holbæk Sygehus	8,0	1,0	-	16,0	7,0	32,0
	Køge Sygehus	9,0	-	1,0	15,0	8,0	33,0
	Nykøbing Falster Sygehus	10,0	-	1,0	12,0	4,0	26,0
	Slagelse Sygehus	6,0	-	-	10,0	-	16,0
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	9,0	6,0	20,0	20,0	-	55,0
	Sygehus Lillebælt, Kolding	4,0	3,0	-	8,0	5,0	20,0
	Odense Universitetshospital, Odense	10,0	-	-	8,0	-	18,0
	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	4,0	4,0	-	10,0	-	18,0
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	4,4	-	-	7,0	-	11,4
	Hospitalsenheden Vest, Herning	12,0	-	1,0	15,0	1,0	29,0
	Hospitalsenheden Midt, Viborg	7,0	-	-	12,0	-	19,0
	Hospitalsenheden Horsens	9,0	4,0	-	11,0	2,0	26,0
	Regionshospitalet Randers	6,0	-	-	-	-	6,0
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	6,0	-	-	6,0	-	12,0
	Sygehus Thy-Mors	2,3	-	-	-	-	2,3
	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	6,0	-	-	16,0	-	22,0

Note: H-læger: Læger i hoveduddannelsesforløb. I-læger: Læger i introduktionsstillinger. KBU-læger: Læger i klinisk basisuddannelse. Læger, uklas.: Læger i uklassificerede stillinger.

Note: Den personalemæssige situation er indrapporteret i maj 2014 og kan have ændret sig siden.

Tabel 5.1 viser, at alle akutmodtagelser, med undtagelse af Bornholms Hospital, har ansat egne speciallæger. Antallet varierer fra 1,6 til 12 speciallæger. En del akutmodtagelser har givet udtryk for, at de ønsker at øge antallet af speciallæger, men ikke har kunnet realisere rekrutteringen endnu. Tabellen viser også, at de fleste akutmodtagelser, med undtagelse af Region Hovedstaden, har ansat læger i klinisk basisuddannelse

(KBU-læger). Enkelte akutmodtagelser, særligt i Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Sjælland, har ansat læger i hoveduddannelsesforløb, introduktionsstillinger og læger i uklassificerede stillinger.

På baggrund af gennemgangen kan det konstateres, at der overordnet findes to organisatoriske modeller for speciallægedækningen i akutmodtagelserne:

- En model, hvor vagtdækningen i akutmodtagelsen alene sikres af speciallæger ansat i akutmodtagelser.
- En model, hvor en lille kerne af fastansatte læger suppleres med vagtdækning fra læger ansat på sygehusets specialafdelinger.

På nuværende tidspunkt benyttes den første model på fire akutmodtagelser, hvor der primært benyttes læger ansat i akutmodtagelsen (akutmodtagelserne i Køge og Holbæk, Hospitalsenheden Vest samt Sygehus Vendsyssel). På de resterende akutmodtagelser benyttes den anden model, hvor der i tillæg til den lille kerne af fastansatte læger er vagtdækning fra læger ansat i andre afdelinger.

Variationen i antallet af ansatte speciallæger i akutmodtagelsen kan afspejle flere forhold. Dels akutsygehusenes befolkningsgrundlag og generelle muligheder for at rekruttere speciallæger, og dels forskellige opfattelser af, i hvilket omfang speciallægekapaciteten i akutmodtagelserne skal være baseret på akutmodtagelsens egne speciallæger, eller på stamafdelingernes speciallæger gennem vagtforpligtelse i akutmodtagelsen.

### **Øvrige personalegrupper**

Tabel 5.2 viser en oversigt over ansatte sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i akutmodtagelserne.

**Table 5.2. Ansatte i akutmodtagelsen, øvrige (årsværk)**

Region	Sygehus	Sygeplejersker	Sosu-assisterter
Hovedstaden	Bispebjerg Hospital	105,2	3,0
	Nordsjællands Hospital, Hillerød	105,0	8,0
	Herlev Hospital	116,0	7,0
	Hvidovre Hospital	90,0	3,0
	Bornholms Hospital	24,0	-
Sjælland	Holbæk Sygehus	50,6	-
	Køge Sygehus	55,0	1,0
	Nykøbing Falster Sygehus	70,0	15,0
	Slagelse Sygehus	65,4	10,4
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	135,0	15,0
	Sygehus Lillebælt, Kolding	95,0	6,0
	Odense Universitetshospital, Odense	114,0	9,0
	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	75,0	11,0
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	77,5	4,0
	Hospitalsenheden Vest, Herning	114,3	2,0
	Hospitalsenheden Midt, Viborg	89,5	11,6
	Hospitalsenheden Horsens	71,0	3,0
	Regionshospitalet Randers	59,0	2,0
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	160,0	8,0
	Sygehus Thy-Mors	57,0	-
	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	86,0	9,0

Tabellen viser, at antallet af sygeplejersker ansat i akutmodtagelserne varierer fra 24 til 160. Sygeplejersker udgør således den største ansatte personalegruppe i akutmodtagelserne. Sygeplejersker indgår i modtagelse, observation, behandling og pleje af de akutte patienter, og har desuden en væsentlig rolle i forbindelse med samarbejdet med og overflytninger af patienter til andre afdelinger.

Antallet af ansatte social- og sundhedsassistenter varierer fra 0 til 15. Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenterne er som udgangspunkt ansat i akutmodtagelsen. Nordsjællands Hospital, Holbæk Sygehus og Sygehus Sønderjylland angiver som de

eneste at have mere formaliserede ordninger med bioanalytikere, som ikke er ansat i akutmodtagelsen, men har fremmøde heri.

Udover de nævnte medarbejdergrupper er der også en række andre faggrupper ansat i akutmodtagelserne. Det gælder fx lægesekretærer, fysio- og ergoterapeuter og farmaceuter/farmakonomer.

## **5.2 Adgang til speciallæger**

Et væsentligt element i etableringen af akutmodtagelser er, at patienten skal modtages af speciallæger med henblik på hurtig diagnostik og igangsættelse af den rette behandling. Etablering af akutmodtagelserne er på den måde et kvalitetsløft, fordi skadestuerne historisk set primært har været bemandede med yngre læger i vagttiden om aftenen og natten. Med akutmodtagelserne sættes den erfarne kompetence i front.

Samarbejdet i akutmodtagelsen forudsætter således også en væsentlig kulturændring på akutsygehuset, fordi speciallægerne i højere grad end før skal tage del i dækningen af vagten i akutmodtagelsen døgnet rundt, bidrage til supervision af yngre læger mv.

Ved betegnelsen speciallæge forstås, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007, læge med speciallægeuddannelse eller læge i sidste år af speciallægeuddannelsen.

Sundhedsstyrelsens rapport fra 2007 indeholder en række anbefalinger til, hvilke specialer og faciliteter, der som minimum bør være tilgængelige på matriklen. Herudover kan akutmodtagelserne have supplerende specialer.

Gennemgangen har afdækket, i hvor høj grad akutsygehusene efterlever Sundhedsstyrelsens minimums anbefalinger i forhold til repræsentation på matriklen, vagtforhold og rådgivning, jf. boks 5.1 på næste side.

### Boks 5.1. Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 vedr. adgang til speciallæger

Grundlaget for den fælles akutmodtagelse er, at nedenstående specialer/faciliteter er repræsenteret på matriklen:

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

Hvad angår vagtforhold anbefales det, at følgende specialer bør have speciallæge i tilstedeværelsesvagt: Intern medicin, ortopædisk kirurgi, kirurgi og anæstesiologi. Endvidere skal der være speciallæger med kompetence til at foretage akutte ultralydsundersøgelser, herunder ekkokardiografi. Specialer i diagnostisk radiologi bør have rådighedsvagt.

Endelig bør der være rådgivning fra følgende specialer (ikke nødvendigvis ved fremmøde): Klinisk biokemi, diagnostisk radiologi, intern medicin: Infektionsmedicin samt klinisk mikrobiologi.

På de følgende sider gennemgås følgende anbefalinger:

- Specialer repræsenteret på matriklen
- Specialer i døgndækkende tilstedeværelse på matriklen
- Specialer med mulighed for døgndækkende rådgivning.

#### Specialer repræsenteret på matriklen

Tabel 5.3 på næste side viser en oversigt over, hvorvidt de specialer, som Sundhedsstyrelsen anbefaler, er repræsenteret på akutsygehusenes matrikler.

**Table 5.3. Adgang til speciallæger, repræsentation på sygehusematrikel**

Region	Sygehus	Intern medicin	Ortopædkirurgi	Kirurgi	Anæstesiologi	Diagnostisk radiologi	Klinisk Biokemi
Hovedstaden	Bispebjerg Hospital	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Nordsjællands Hospital, Hillerød	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Herlev Hospital	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Hvidovre Hospital	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Bornholms Hospital	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Sjælland	Holbæk Sygehus	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Køge Sygehus	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Nykøbing Falster Sygehus	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Slagelse Sygehus	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Sygehus Lillebælt, Kolding	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Odense Universitetshospital, Odense	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Hospitalsenheden Vest, Herning	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Hospitalsenheden Midt, Viborg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Hospitalsenheden Horsens	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Regionshospitalet Randers	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Sygehus Thy-Mors	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Table 5.3 viser, at alle akutsygehuse, på nær Sygehus Thy-Mors, lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om tilstedeværelse af relevante speciallægekompetencer på sygehusematriklen. Sygehus Thy-Mors har ikke klinisk biokemi til stede på matriklen.

### Specialer i døgndækkende tilstedeværelse

Tablet 5.4 viser en oversigt over, hvorvidt de specialer, som Sundhedsstyrelsen anbefaler, findes i døgndækkende tilstedeværelsesvagt på akutsygehusenes matrikler.

**Tablet 5.4. Adgang til speciallæger, døgndækkende tilstedeværelse**

Region	Sygehus	Intern medicin	Ortopædkirurgi	Kirurgi	Anæstesiologi	Ultra-lyd	Diagn. radiologi til rådgighed
Hovedstaden	Bispebjerg Hospital	Ja	Nej	Ja	Ja	(Ja)	Ja
	Nordsjællands Hospital, Hillerød	Nej*	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej
	Herlev Hospital	Ja	Nej	Ja	Ja	(Nej)	Ja
	Hvidovre Hospital	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
	Bornholms Hospital	Nej*	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Sjælland	Holbæk Sygehus	Ja	Ja	Ja	Ja	(Ja)	Ja
	Køge Sygehus	Nej**	Ja	Ja	Ja	(Ja)	Ja
	Nykøbing Falster Sygehus	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
	Slagelse Sygehus	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Sygehus Lillebælt, Kolding	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
	Odense Universitetshospital, Odense	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	Ja	Ja	Ja	Ja	(Ja)	Ja
	Hospitalsenheden Vest, Herning	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
	Hospitalsenheden Midt, Viborg	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
	Hospitalsenheden Horsens	Nej	Nej	Ja	Ja	(Ja)	Ja
	Regionshospitalet Randers	Ja	Nej	Ja	Ja	(Ja)	Ja
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	(Ja)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Sygehus Thy-Mors	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja
	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

\* Det er reglen i Region Hovedstaden, at der skal være døgndækket tilstedeværelse i intern medicin, men rekrutteringsproblemer kan betyde, at vagten kortvarigt dækkes af læger med kortere uddannelse.

\*\*Der er 30 minutters tilkald på speciallæge i Intern medicin på Køge Sygehus.

Note: En parentes markerer, at særlige forhold gør sig gældende.



Tabellen viser, at der ikke er døgndækket tilstedeværelse af speciallæge indenfor:

- *Intern medicin* ved Nordsjællands Hospital, Bornholms Hospital, Køge Sygehus, Hospitalsenheden Vest, Hospitalsenheden Midt, Hospitalsenheden Horsens, Sygehus Thy-Mors og Sygehus Vendsyssel.
- *Ortopædkirurgi* ved Bispebjerg Hospital, Nordsjællands Hospital, Herlev Hospital, Hvidovre Hospital, Bornholms Hospital, Hospitalsenheden Vest, Hospitalsenheden Midt, Hospitalsenheden Horsens, Regionshospitalet Randers og Sygehus Thy-Mors.
- *Kirurgi* ved Bornholms Hospital og Sygehus Thy-Mors.
- *Anæstesiologi* på Bornholms Hospital.
- *Ultralydsundersøgelser, herunder ekkokardiografi* ved Nordsjællands Hospital, Herlev Hospital, Bornholms Hospital, Nykøbing Falster Sygehus, Slagelse Sygehus og Sygehus Lillebælt.
- *Diagnostisk radiologi i rådighed* ved Nordsjællands Hospital.

Det fremgår således, at der på 15 af de 21 akutsygehuse ikke er døgndækkende tilstedeværelsesvagt af et eller flere af de specialer, som Sundhedsstyrelsen anbefaler.

Flere sygehuse har (jf. afsnit 5.1) valgt at basere speciallægedækningen i akutmodtagelsen på fastansatte speciallæger med en efteruddannelse i akutmedicin (uddybnet i kapitel 7) kombineret med speciallægedækning fra hospitalets øvrige afdelinger i det omfang, det er klinisk relevant.

### **Specialer i døgndækkende rådgivning**

Tabel 5.5 på næste side viser adgangen til døgndækkende rådgivning fra speciallæger i klinisk biokemi, infektionsmedicin og klinisk mikrobiologi på akutsygehusernes matrikler eller fra andre sygehusafdelinger.

**Table 5.5. Adgang til speciallæger, døgndækkende rådgivning**

Region	Sygehus	Klinisk Bio-kemi	Infektionsmedicin	Klinisk mikrobiologi
Hovedstaden	Bispebjerg Hospital	Ja	Ja	Ja
	Nordsjællands Hospital, Hospital	(Ja)	Ja	Ja
	Herlev Hospital	Ja	Ja	Ja
	Hvidovre Hospital	Ja	Ja	Ja
	Bornholms Hospital	Ja	Ja	Ja
Sjælland	Holbæk Sygehus	Ja	Ja	Ja
	Køge Sygehus	Ja	Ja	Ja
	Nykøbing Falster Sygehus	Ja	Ja	Ja
	Slagelse Sygehus	Ja	Ja	Ja
Syddanmark	Sydvestjysk sygehus, Esbjerg	Ja	Ja	Ja
	Kolding Sygehus	Ja	Ja	Ja
	Odense Universitetshospital, Odense	Ja	Ja	Ja
	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Ja	Ja	Ja
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	Ja	Ja	Ja
	Hospitalsenheden Vest, Herning	Ja	Ja	Ja
	Hospitalsenheden Midt, Viborg	Ja	Ja	Ja
	Hospitalsenheden Horsens	Ja	Ja	Ja
	Regionshospitalet Randers	Ja	Ja	Ja
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	Ja	Ja	Ja
	Sygehus Thy-Mors	Ja*	Ja	Ja
	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Ja	Ja	Ja

Tabellen viser, at alle akutmodtagelserne har adgang til døgndækkende rådgivning i specialerne infektionsmedicin og klinisk mikrobiologi enten på matriklen eller fra andre sygehuse i regionen.

### 5.3 Anbefalinger om personale og adgang til speciallægekompetencer

Gennemgangen viser overordnet, at akutsygehuse har organiseret sig forskelligt i forhold til modtagelsen af de akutte patienter. Fire akutsygehuse har organiseret sig

således, at vagtdækningen i akutmodtagelsen sikres af speciallæger ansat i akutmodtagelser. De øvrige 17 akutsygehuse har en lille gruppe læger ansat i akutmodtagelsen, og supplerer med vagtdækning fra læger ansat på sygehusets specialafdelinger.

Sygeplejersker udgør den største personalegruppe ansat i akutmodtagelserne. Akutmodtagelserne har i varierende omfang ansat sosu-assistenten og formaliserede samarbejder med bioanalytikere.

Hvad angår akutmodtagelsernes efterlevelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger om speciallægedækning ses det, at:

- Alle akutsygehuse lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om specialers repræsentation på matriklen.
- akutsygehuse lever fuldt op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om specialer i døgndækkende tilstedeværelse.
- Alle akutsygehuse lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om specialer i døgndækkende rådgivning.

Speciallægens tilstedeværelse i modtagelsen af akutte patienter er en afgørende forudsætning for at sikre høj kvalitet i udredning og behandling på alle tidspunkter af døgnet. Det er derfor arbejdsgruppens vurdering, at alle akutsygehuse skal efterleve Sundhedsstyrelsens anbefalinger om speciallæge i døgndækkende tilstedeværelse, med mindre særlige lokale forhold gør sig gældende, fx i forhold til akutmodtagelser med ø-lignende geografi.

### **Om speciallægen i front**

Kravet om speciallæger i tilstedeværelse i akutmodtagelserne er ofte omtalt som "speciallæge i front", fordi et af hovedformålene med akutmodtagelserne er, at speciallægerne indgår i modtageteams og således er med helt fremme i den akutte patientbehandling. Formålet er at sikre ensartet høj kvalitet i diagnostik og behandling døgnet rundt, supervision af yngre læger i det akutte arbejde, effektive patientforløb og tryk for patienterne.

Speciallægens rolle i akutmodtagelserne udgør et nybrud i forhold til speciallægers traditionelle rolle i patientbehandlingen. Uddannelsen til læge og lægers traditionelle karriereforløb understøtter specialisering, og det tværgående samarbejde om patienten bryder med en etableret professionskultur, der tilsiger, at vagtforpligtelsen i de akutte afdelinger varetages af yngre læger frem for speciallæger. At speciallægen er med i front i modtagelsen af den akutte patient er derfor også et vigtigt element i kulturforandringen på akutsygehuse, der i højere grad skal organiseres efter patientforløb. Speciallægers rolle indebærer samtidig, at de har et medansvar for kulturen og arbejdsmiljøet i akutmodtagelserne.

Speciallægens rolle i akutmodtagelserne er ikke specificeret i Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007, og der har været debat om, hvordan begrebet "speciallægen i front" skulle opfattes og implementeres i praksis<sup>7</sup>. Som det fremgår af nedenstående definition i boks 5.2, finder arbejdsgruppen det væsentligt, at akutmodtagelsen har døgndækkende adgang til at trække på speciallægens kompetencer, og at speciallægen har det faglige ansvar for behandlingen af patienten.

#### **Boks 5.2. Hvad indebærer det, at speciallægen er med i front på akutmodtagelsen**

Arbejdsgruppen finder, at speciallægen i front indebærer, at de relevante speciallæger skal være umiddelbart tilgængelige for akutmodtagelsen døgnet rundt, med mindre særlige lokale forhold gør sig gældende. Speciallæger har ansvar for – selv eller gennem supervision – at der foretages undersøgelse og behandling af alle akutte patienter. Ved speciallæge forstås læge med speciallægeuddannelse eller læge i sidste år af speciallægeuddannelsen.

Generelt er det arbejdsgruppens vurdering, at tilstedeværelse af såvel speciallægekompetencer som øvrigt personale skal understøtte det patientflow, der er på akutmodtagelserne. Samarbejdet mellem personalegrupper skal understøttes af en arbejdstilrettelæggelse, der sikrer den rette tilstedeværelse af personale på de tidspunkter, det er påkrævet for patienterne, og at arbejdstilrettelæggelsen for den enkelte personalegruppe kan ske i sammenhæng med arbejdstilrettelæggelsen for øvrige personalegrupper.

I den forbindelse er det væsentligt, at overenskomster og arbejdstidsregler for speciallæger er tilstrækkeligt fleksible til, at akutsygehusene kan planlægge med tilstedeværelse af det rigtige personale i løbet af døgnet, ugen og hen over året.

#### **Arbejdsgruppen anbefaler, at:**

*9. Relevante speciallæger, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007, skal være umiddelbart tilgængelige for akutmodtagelsen døgnet rundt, med mindre særlige lokale forhold gør sig gældende. Speciallæger har ansvaret for – selv eller gennem supervision – at der foretages undersøgelse og behandling af de akutte patienter.*

*10. Overenskomsterne for personalet ansat på akutsygehuset skal understøtte gode patientforløb og godt flow i akutmodtagelsen.*

<sup>7</sup> Danske Regioner har defineret "speciallægen i front" således: "Modtagelse, udredning og initial behandling af de akutte patienter sker altid under ansvar og med involvering af en eller flere speciallæger. Dette betyder, at ansvarlig speciallæge og eventuelle speciallæger fra andre specialer er aktivt involveret ved den tidlige vurdering af en akut patient, samt lidt senere (inden for få timer) ved fastlæggelse af den/de behandlingsstyrende diagnoser og igangsætning af den videre behandling."

## 6. Samarbejde og effektivt patientflow på akutsygehusene

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007, at sammenhængende patientforløb af høj kvalitet forudsætter et velfungerende samarbejde mellem de forskellige specialer tilknyttet akutmodtagelsen. Det fremgår samtidig, at det i den organisatoriske og fysiske tilrettelæggelse bør sikres, at alle patientgrupper hurtigst muligt behandles i akutmodtagelsen eller kommer videre til relevant specialafdeling.

Etableringen af akutmodtagelser er en ny organisering på akutsygehuset, der i højere grad har fokus på sammenhængende patientforløb. Der er tale om den største omlægning i organiseringen af det kliniske arbejde i mange år, og overdragelse af opgaver og ressourcefordelingen mellem afdelinger påvirker naturligt ledelsesforhold og samarbejdsstrukturer på sygehuset. Udfordringerne kan sammenfattes til tre områder:

- Akutmodtagelsernes afdelingsledelser skal varetage den faglige og organisatoriske ledelse af en afdeling med et meget stort patientflow ind og ud af enheden og viderehenvielse til andre afdelinger. Men akutmodtagelsen har ikke ledelsesretten over sammensætningen af kompetencer, oplæring, supervision mv., fordi akutmodtagelsen er afhængig af speciallægedækning fra stamafdelingerne, hvor der traditionelt er en anden arbejdstilrettelæggelse.
- Sygehuse er traditionelt bygget op i søjler (de lægelige specialer), og organisationsstrukturen og fagkulturen understøtter således ikke et tværgående samarbejde om patienten, som er forudsætningen for et sammenhængende patientforløb.
- Det er en tidskrævende omstillingsproces at ændre procedurer, organisering og arbejds gange i en organisation, hvor akutmodtagelserne og stamafdelingen kan have modsatrettede interesser.

I dette kapitel beskrives en række værktøjer og løsninger, som sygehuse og regioner har taget i brug for at understøtte sammenhængende og effektive patientforløb på tværs af akutsygehuset.

### **6.1 Samarbejdet mellem akutmodtagelse og stamafdeling**

En velfungerende akutmodtagelse beror på et godt samarbejde mellem akutmodtagelsen og de øvrige afdelinger på sygehuset. Nedenfor gennemgås eksempler på rutiner og løsninger, som akutsygehusene anvender til at håndtere snitfladerne i samarbejdet mellem akutmodtagelse og stamafdeling.

#### **Samarbejdsaftaler**

Skriftlige samarbejdsaftaler om udredning og behandling af den akutte patient udgør et konkret redskab til at understøtte samarbejdet mellem akutmodtagelse og det øvrige akutsygehus. Gennemgangen viser, at der i vid udstrækning (på 17 ud af de 21 akutmodtagelser) er udformet aftaler om samarbejdet mellem akutmodtagelsen og stamafdelingerne.

Indholdet i aftalerne varierer på tværs af regioner og sygehuse, og spænder fra visitationsretningslinjer og håndtering af situationer med overbelægning til mere udbyggede aftaler, der også omfatter fremmøde, ansvarsfordeling ift. patientflow, udskrivelser og overflytninger fra akutmodtagelse til stamafdeling mv.

Herudover nævnes det mange steder, at der er en løbende dialog mellem akutmodtagelsen, hospitalsdirektionen og de kliniske afdelinger i varierende konstellationer og mødefora, hvor der drøftes enkeltsager og/eller generelle problemstillinger.

På de akutsygehuse, hvor der i dag ikke er udarbejdet aftaler, ser billedet forskelligt ud:

- Nordsjællands Hospital er ved at udarbejde nærmere retningslinjer og angiver derudover, at praksis fungerer gennem dialog.
- Herlev Hospital anser behandlingsansvaret for at være så tilstrækkeligt veldefineret, at der ikke er behov for yderligere aftaler. Spørgsmål om vagtdækningen håndteres på dialogmøder mellem afdelingsledelsen i akutmodtagelsen og de relevante specialer med fokus på visitation og patientforløb.
- Regionshospitalet Horsens har ikke udarbejdet formelle samarbejdsaftaler mellem akutmodtagelse og stamafdeling, men opererer med mundtlige aftaler og følger op i sygehusets driftsråd.
- Aarhus Universitetshospital er i sin indledende fase af etableringen af akutmodtagelsen og oplyser, at processen for udarbejdelse af aftaler på området påbegynder, når de relevante læger er blevet ansat.

Den faglige gennemgang har givet et indtryk af, at der er betydeligt fokus på området, og at der løbende bliver fulgt op på og justeret i aftalerne med henblik på at forbedre driften i akutmodtagelserne.

### Tilrettelæggelse af vagtplanlægning

Patientindtaget varierer hen over døgnet på akutmodtagelserne, som det fremgår af nedenstående eksempel i figur 6.1 fra Hospitalsenheden Vest. Af grafen ses det, at antallet af patienter på det akutte sengeafsnit gennemsnitligt på alle ugedage stiger kraftigt fra kl. 6 til 13 for derefter at falde igen ud på eftermiddagen.

**Figur 6.1. Ankomsttider fordelt over døgnet 24 timer fra januar – oktober 2012 på akutsengeafsnit, Hospitalsenheden Vest**



Kilde: Region Midtjylland.

Det er vigtigt, at tilrettelæggelsen af vagtplanlægningen tager højde for det fluktuierende patientindtag på tværs af ugedag, tidspunkt i døgnet og sæson. De fleste akutmodtagelser angiver, at vagtplanlægningen er tilrettelagt, så de afspejler patientindtaget. Det gælder både patientindtaget på de enkelte dage (hvor belastningen typisk er størst om eftermiddagen og tidligt på aftenen) og patientindtaget i den enkelte sæson (hvor der typisk kan være problemer med overbelægning i vinterhalvåret).

### Fordeling af behandlingsansvar under ophold i akutmodtagelsen

Den faglige gennemgang viser, at behandlingsansvaret for den akutte patient oftest er placeret i stamafdelingen. Med behandlingsansvaret forstås det kliniske ansvar for patientforløbet. På 12 akutmodtagelser sker afklaringen af, hvilket speciale, der har ansvaret for patienten, umiddelbart efter ankomsten. På Holbæk Sygehus og Køge Syge-

hus har akutmodtagelsen behandlingsansvaret under patientforløbet i akutmodtagelsen. De resterende syv akutmodtagelser har varierende ordninger. Det kan fx være, at behandlingsansvaret fra start er akutafdelingens, men overdrages til stamafdelingerne, når tilhørsforholdet til specialet er afklaret, eller at akutmodtagelsen har det organisatoriske ansvar, mens behandleransvaret påhviler den behandlende læge.

Forskelle i placeringen af behandlingsansvaret hænger bl.a. sammen med den valgte organisationsform for akutmodtagelsen, herunder om speciallægerne er ansat i akutmodtagelsen eller på stamafdelingen. Mens placeringen af behandlingsansvaret varierer, er det gennemgående, at plejeansvaret ligger i akutmodtagelsen. Monitoreringen af driften og ansvaret for flowet i akutmodtagelsen er ligeledes akutmodtagelsens.

### **Brug af behandlingsplaner**

En behandlingsplan styrer behandlingen af den akutte patient og justeres systematisk på baggrund af en løbende vurdering af patienten. 14 akutmodtagelser anvender behandlingsplaner, og erfaringerne herfra er generelt positive. Akutmodtagelserne vurderer, at behandlingsplanerne bidrager til en tidlig udrednings- og behandlingsstart og derved til at optimere patientforløbet. Der synes dog ikke at være et systematisk arbejde med konceptet på alle akutmodtagelser.

### **Fælles alarmeringsnummer**

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007, at der bør etableres et fælles alarmeringsnummer internt på alle sygehuse til brug ved akutte, livstruende tilstande som fx hjertestop.

Den faglige gennemgang viser, at der på alle landets sygehuse er etableret alarmeringsnumre. I Region Midtjylland og Region Syddanmark er der enkelte matrikler, hvor der kaldes 112. Alarmeringssystemerne varierer på tværs af regioner og er sammenfattet i tabel 6.1.



**Table 6.1. Fælles alarmeringsnumre på landets sygehuse**

Region	Type alarmeringsnummer
Region Nordjylland	Alle sygehuse har ét alarmeringsnummer, som kan udløse flere former for ydelser, fx traumekald, hjertestopkald og mobilt akut team.
Region Midtjylland	Alle akutsygehuses hovedmatrikel har ét fælles alarmeringsnummer. Da sygehuse i Region Midt er fordelt på mange forskellige matrikler, skal der i visse funktioner kaldes 112 ved hjertestop, fordi det ikke er muligt for hjertestopteamet at komme tilstrækkeligt hurtigt frem.
Region Syddanmark	Alle sygehuse har et fælles alarmeringsnummer. Alarmeringsnumrene suppleres lokalt af forskellige hjertestop- og traumeknapper.
Region Sjælland	Alle sygehuse har to interne alarmeringsopkald: Et ved intern/ekstern hjertestop, og et ved ekstern traume-oplysning.
Region Hovedstaden	Alle sygehuse har et internt alarmeringsnummer til hjertestop og i andre akutte tilfælde, livsvigtige tilfælde et nummer til et MAT-team (Mobilt Akut Team).

Kilde: Regionerne.

Note: Det er ikke oplyst, om de øvrige sygehuse i Region Midtjylland også har alarmeringsnumre.

Det kan konstateres, at alle akutsygehuse har indført alarmeringssystemer ved akutte, livstruende tilstande, men at organiseringen heraf varierer på tværs af regioner og sygehusematrikler.

## 6.2 Initiativer til at sikre effektivt patientflow

Samarbejde og tværgående koordination af de akutte patientforløb er sammen med klinisk ledelse af patientforløbene helt centrale opgaver for akutmodtagelserne, og er med til at karakterisere speciallægenes rolle i forbindelse med de akutte patientforløb. Alle akutsygehuse har igangsat initiativer med henblik på at skabe sammenhængende og effektive patientforløb i akutmodtagelsen og fra akutmodtagelsen til stamafdelingerne. Nedenfor beskrives nogle af de mest udbredte eksempler.

### Koordination af patientflowet på akutmodtagelserne

For at akutmodtagelserne kan sikre hurtig behandling og udredning af høj kvalitet er det afgørende, at der er fokus på patientflowet. Flere regioner har derfor indført en funktion som "flowmaster" eller "koordinerende læge", der har særligt ansvar for patientflowet i akutmodtagelsen. Rollen varetages typisk af en speciallæge, der har som hovedopgave at styre patientforløbene i akutmodtagelserne, visitere og sikre, at patienterne bliver tilset og vurderet af den rette læge på det rette tidspunkt. Formålet er at understøtte hurtigere og mere smidige patientforløb.

16 af akutmodtagelserne anvender flowmasterfunktioner og giver udtryk for positive erfaringer med indførelse af flowmaster-rolle. Flowmasteren vurderes at bidrage til at skabe et godt flow og en optimeret visitation. Der er i forbindelse med den faglige gen-

nemgang ikke indsamlet data, som kan dokumentere effekten. I enkelte af de akutmodtagelser, som endnu ikke er fysisk samlet, er rollen afgrænset til skadestuen eller akutmodtagelsens sengeafsnit - eller slet ikke indført.

På de fleste akutmodtagelser varetages flowmasterfunktionen kun i dagtid. Uden for dagtid og i weekender bemandes rollen med en anden læge eller den koordinerende sygeplejerske i akutmodtagelsen. Flowmasterfunktionen varetages også nogle steder af sygeplejersker.

Dispositionsretten for flowmasteren eller den koordinerende læge varierer. På nogle akutmodtagelser har flowmasteren fri dispositionsret til alle afdelinger på sygehuset, mens flowmasteren andre steder har andre beføjelser. Beføjelserne er som oftest baseret på samarbejdsaftalen mellem akutmodtagelsen og stamafdelingen. Dette skal også ses i lyset af, at afgivelse af dispositionsretten til akutmodtagelsen er en del af kulturændringen i organiseringen omkring akutte patientforløb.

I Region Midtjylland anvendes betegnelsen akutlægerolle og akutvagt, idet der lægges vægt på, at akutlægen også udfører klinisk arbejde og kan have patientforløbsansvar. Rollen udføres af vagthavende akutlæge. Den praktiske opgave med at styre flow på tværs af akuthospitalet kan varetages af sygeplejersker under lægeligt ansvar.

### **Akutupakker**

Flere regioner har indført eller planlægger at indføre akutpakker, som er standardiserede beskrivelser af patientforløb med udgangspunkt i forskellige symptomer og diagnoser. Akutupakkerne kan bl.a. fungere som en kontrakt, der indgås mellem specialerne i forhold til at levere ydelser i patientforløbet indenfor en given tidsramme, som en tjekliste for de aktiviteter, der skal finde sted i patientforløbet, og som et beslutningsstøtteværktøj i forhold til best practice for udredning og behandling af akutte tilstande.

Region Syddanmark har i 2012 indført akutpakker på alle regionens akutsygehuse. Akutupakkerne beskriver udredningen af patienterne, hvilke specialer som indgår i patientforløbet, brugen af laboratorieydelser, radiologiske ydelser mv. Omdrejningspunktet for akutpakkerne er servicemålet om en klinisk vurdering indenfor ½ time og en behandlingsplan indenfor 4 timer. Regionen har desuden oprettet en database, som skal understøtte opsamling og monitorering af pakkerne.

På Nordsjællands Hospital er der etableret en samarbejdsaftale om pakkeforløb for visse akutte neurologiske og kirurgiske patienter, og en række andre pakker (fx medicinske, kirurgiske, coronar og sepsis) for at understøtte opgaveløsningen. På Bispebjerg Hospital arbejdes der med hoftepakker til patienter med mistænkt eller påvist hoftefraktur (orange patienter), hvor et tværfagligt team med veldefinerede opgaver tager hånd om patienterne ved ankomst.

Også Region Nordjylland er på vej med en regional model for akutpakker, som er inspireret af regionens egne erfaringer fra Sygehus Thy-Mors og erfaringerne fra Region Syddanmarks akutpakker.

### **Projekt Sikkert Patientflow**

Regionerne og Danske Regioner har i samarbejde med TrygFonden og Dansk Selskab for Patientsikkerhed iværksat et projekt, som skal skabe et mere sikkert og sammenhængende behandlingsforløb for indlagte patienter på sygehusene.

12 akutsygehuse fra alle fem regioner arbejder for at sikre, at den enkelte patient ikke oplever forsinkelser i udredning og behandling. De 12 sygehuse er Hvidovre Hospital, Nordsjællands Hospital, Holbæk Sygehus, Kolding Sygehus, Køge Sygehus, Slagelse Sygehus, Hospitalsenheden Horsens, Hospitalsenheden Midt, Regionshospitalet Randers, Hospitalsenheden Vest, Sygehus Thy-Mors og Sygehus Vendsyssel.

For at patientens behandlingsforløb bliver sikkert, sammenhængende og uden forsinkelser er målet, at Sikkert Patientflow skal give sundhedspersonalet metoder til systematisk at danne sig et overblik over indlæggelser, overflytninger og udskrivelser. Det skal bl.a. ske ved hjælp af daglige tavlemøder i afdelingerne og kapacitetskonferencer på sygehusniveau. Metoderne er inspireret af metoden Real Time Demand Capacity (RTDC), som sammenholder historiske data om udskrivinger med forudsigelser om indlæggelser og udskrivinger.

En række amerikanske hospitaler har med stor succes anvendt metoden. Projekt Sikkert Patientflow løber frem til udgangen af 2015.

### **Booking af tider i akutmodtagelsen**

På bl.a. Sygehus Vendsyssel og på akutmodtagelserne i Region Hovedstaden er der indført mulighed for, at patienter kan booke tid i akutmodtagelsen. Tilbuddet retter sig mod lettere skader og sygdomstilfælde, hvor umiddelbar udredning og behandling i akutmodtagelsen ikke er afgørende. På Sygehus Vendsyssel kan der bookes tider om formiddagen, hvor aktiviteten i akutmodtagelsen traditionelt er lavest.

### **6.3 Samarbejde med kommuner og almen praksis**

Akutmodtagelserne understøtter den generelle udvikling i sundhedsvæsenet i retning af, at patienter i stigende grad bliver diagnosticeret og behandlet uden indlæggelse. De korte forløb på sygehuset, som i stigende grad afsluttes i akutmodtagelsen, indebærer et øget behov for samarbejde og koordination med patienternes hjemkommuner og almen praksis om opfølgning og pleje i hjemmet. Det er bl.a. væsentligt, at sygehusene har kendskab til de kommunale sundhedstilbud, som kan udgøre opfølgning på eller alternativer til indlæggelsen, så patienternes ophold i akutmodtagelsen ikke bliver unø-

digtl forlænget. Tilsvarende er det væsentligt, at kommuner og almen praksis er rustet til at håndtere, at flere patienter ikke bliver indlagt eller hurtigt bliver udskrevet fra sygehuset.

Gennemgangen har vist eksempler på, at flere akutmodtagelser har et formaliseret samarbejde med de omkringliggende kommuner og almen praksis, jf. boks 6.1.

#### **Boks 6.1. Eksempler på samarbejde med almen praksis og kommuner**

Akutmodtagelsen på Køge Sygehus har tilknyttet en praksiskoordinator, som udbreder kendskabet til akutafdelingens muligheder hos de praktiserende læger. Som led heri orienteres om, at der ved kontakt til akutafdelingen er mulighed for at få en sundhedsfaglig medarbejder i tale, hvis der er behov for at drøfte, hvordan den enkelte patient bedst muligt hjælpes i enten sygehusregi eller i den primære sektor. De praktiserende læger opfordres til at kontakte akutafdelingen om patientforløb, som de finder uhensigtsmæssige. Epikrise udsendes samme døgn, som patienten er udskrevet fra akutafdelingen.

Region Midtjylland har pr. 1. juni 2014 indført hospitalsvisitationer på alle akutsygehuse, der fungerer som en fælles indgang for praktiserende læger, lægevagt og AMK vagtcentral i forbindelse med indlæggelse af akutte patienter. Hospitalsvisitationerne kan efter aftale med indlæggende læge tilbyde og booke subakutte tider på hele hospitalet senere samme dag eller dagen efter.

#### **6.4 Anbefalinger om samarbejde og effektivt flow**

Gennemgangen viser, at der på mange akutsygehuse er stor opmærksomhed på omstilling og samarbejde i forbindelse med etablering af akutmodtagelserne. De løsningsmodeller, der er fremhævet til at håndtere udfordringerne, har et stort islæt af dialog. Flere af akutmodtagelsernes afdelingsledelser fremhæver, at støtte fra ledelsen (såvel sygehusledelsen som regionen) spiller en helt central rolle for et velfungerende samarbejde, fx i form af driftsråd, indgåelse af samarbejdsaftaler mellem akutmodtagelsen og de øvrige afdelinger samt afklaring af forventninger til de enkelte afdelinger.

Sygehusledelserne har i forskellig grad har deltaget i etableringen af akutmodtagelserne. Det spænder fra dimensionering af fysiske rammer og normering til flere steder, hvor ledelsen fortsat sidder med i styregrupper, der varetager planlægning og implementering af akutmodtagelsen, herunder fx planlægning af betingelser for visitering til specialafdelinger. Arbejdsgruppen finder, at det er meget væsentligt, at der er ledelsesmæssig opbakning til akutmodtagelsen som koncept fra sygehusets stamafdelinger såvel som fra sygehusledelsen, og at der eksisterer en fælles opfattelse i hele personalegruppen af at være et akutsygehus.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at en velfungerende akutmodtagelse i meget høj grad beror på et godt samarbejde med de øvrige afdelinger på det akutte sygehus. Det er bl.a. en forudsætning for opgaveløsningen i akutmodtagelsen, at de relevante speciallæger kan tilkaldes, når der er behov for dem, og at tilrettelæggelsen af vagtplanlægningen på stamafdelinger, der har speciallæger i vagt på akutmodtagelsen, tager højde for patientflowet i akutmodtagelsen.

Arbejdsgruppen konstaterer, at der er stort fokus på at forbedre samarbejdet mellem akutmodtagelsen og stamafdelingerne og flere eksempler på vellykkede tiltag, fx flowmasterfunktion, indførelse af akutupakker mv. samt det igangværende projekt Sikker Patientflow. Der vurderes samtidig fortsat at være potentiale for at styrke smidige og effektive patientforløb i samarbejdet mellem akutmodtagelsen og stamafdelingen ved at udbrede og lære af de gode erfaringer på tværs.

Endelig er det væsentligt at fremhæve akutmodtagelsernes samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. For at understøtte sammenhængende patientforløb og smidige overgange mellem sektorer bør akutmodtagelserne vidende og koordinere de akutte behandlings- og plejeindsatser med de omkringliggende kommuner og almen praksis. Det tværgående samarbejde bør bl.a. forankres i sundhedsaftalerne, hvilket også fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning om sundhedsaftaler.

**Arbejdsgruppen anbefaler, at:**

*11. Alle akutsygehuse skal sikre klare og entydige samarbejdsaftaler mellem akutmodtagelse og stamafdelinger. Aftalerne skal understøtte gode patientforløb og indeholde klare retningslinjer om fx visitation og ansvarsfordeling i forhold til udskrivelser og overflytninger.*

*12. Den kliniske ledelse på akutafdelingen, herunder fx flowmasterfunktionen, skal have klare beføjelser til at sikre gode patientforløb, fx. ved at tilkalde speciallæger fra andre afdelinger, henvise patienter til tider på ambulatoriet, foretage relevant visitation på sygehuset mv.*

*13. Sygehusets ledelse skal være aktivt involveret i at sikre et velfungerende samarbejde mellem akutmodtagelserne og stamafdelingerne. Det er vigtigt at understøtte udviklingen af en fælles samarbejdskultur på akutsygehuset, herunder i forhold til samarbejde på tværs af faggrupper.*

*14. Samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren skal understøtte sammenhængende patientforløb for de akutte patienter. Dette bør forankres i regi af sundhedsaftalerne.*

# 7. Uddannelse og forskning

Uddannelse er en afgørende forudsætning for at sikre høj kvalitet i diagnostik, behandling og visitation af de akutte patienter. Akutmodtagelserne er et læringsmiljø, der rummer et stort uddannelsespotentiale for uddannelsessøgende sygeplejersker og læger på alle niveauer. Det gælder bl.a. i forhold til faglige kompetencer, kommunikation, tværfagligt samarbejde, ledelse og forskning.

Opgaveløsning og arbejdsfunktion i akutmodtagelsen under uddannelsesforløbet spiller samtidig en central rolle for rekrutteringen af personale til akutmodtagelsen.

Forskning er en vigtig forudsætning for at sikre kvalitet og effektivitet i akutmodtagelsen, særligt i forhold til at opsamle og dele viden på tværs. Det er derfor centralt, at de forskellige faggrupper i akutmodtagelserne, herunder særligt læger og sygeplejersker, løbende bidrager med forskningsmæssig aktivitet og udvikler ny viden, som kan deles på tværs af regioner og sygehuse. I afsnit 7.4 beskrives igangsatte forskningsinitiativer i relation til akutmodtagelserne.

## **7.1 Ophold i akutmodtagelsen under lægeuddannelse**

Nedenfor beskrives omfanget af ophold i akutmodtagelsen i dag inden for de forskellige dele af den lægelige videreuddannelse. Yderligere perspektiver og anbefalinger for øget integration af akutmodtagelserne i speciallægeuddannelsen er beskrevet i Sundhedsstyrelsens rapport *Speciallægeuddannelsen – status og perspektivering* fra 2012.

I forhold til at kvalitetssikre uddannelsen i akutmodtagelsen opfordrer Sundhedsstyrelsen til, at de uddannelsessøgendes arbejdsfunktioner i akutmodtagelsen inddrages i inspektorbesøgene på stamafdelingen i tilfælde af, at de uddannelsessøgende læger ikke er ansat i akutmodtagelsen. Sundhedsstyrelsen opfordrer generelt afdelings- og sygehusledelserne til at være særligt opmærksomme på løbende at kvalitetssikre akutmodtagelsernes videreuddannelse.

### **KBU-forløb (Klinisk basisuddannelse)**

Læger i klinisk basisuddannelse kan enten være ansat i akutmodtagelserne eller være ansat på stamafdeling med arbejdsfunktion og opgaveløsning i akutmodtagelsen. KBU-lægerne kan deltage i modtagelse af de akutte patienter, stuegangsarbejde, epikrise-skrivning, gennemgange osv. for hele det akutte område under supervision og med fornøden feedback fra speciallæger eller andre mere erfarne læger under uddannelse.

### **Introduktionsuddannelse**

Læger i introduktionsuddannelse er i begrænset omfang ansat direkte i akutmodtagelserne. En introduktionsstilling i et givent speciale skal introducere den yngre læge til specialet og er derfor typisk knyttet til specialerne og stamafdelingerne. Dog vil mange læger i introduktionsuddannelse have arbejdsfunktion i akutmodtagelserne i større eller mindre omfang, da hospitalets akutte patienter modtages i akutmodtagelsen. Læger i introduktionsuddannelse, der er ansat i et speciale, der modtager akutte patienter, har naturligt funktion i akutmodtagelsen og vil i forbindelse hermed skulle opnå en del af de akutte kompetencer, der er beskrevet i specialets målbeskrivelse.

### **Hoveduddannelse**

Ligesom for introduktionsuddannelsen er der i begrænset omfang ansat hoveduddannelseslæger i akutmodtagelserne. Dog gælder for hoveduddannelsen i almen medicin og i få tilfælde i geriatri, at der er lagt ansættelsesforløb af kortere eller lidt længere varighed ind i akutmodtagelserne. For alle læger i hoveduddannelsesforløb i specialer, der modtager akutte patienter, gælder – som for introduktionslægerne – at hospitalets akutte patienter modtages i akutmodtagelsen. Det betyder derfor, at hoveduddannelseslægen naturligt har arbejdsfunktion i akutmodtagelsen og i forbindelse hermed vil skulle opnå en del af de akutte kompetencer, der er beskrevet i specialets målbeskrivelse.

## **7.2 Regionale uddannelsesinitiativer**

Danske Regioner har på nationalt niveau igangsat to tværregionale uddannelsesinitiativer, der er rettet mod medarbejderes kompetencer i akutmodtagelserne for hhv. læger og sygeplejersker. Formålet med at etablere fælles nationale rammer for regional efteruddannelse på området er at styrke de kliniske og faglige kompetencer, som skal indgå i løsningen af de akutte opgaver på sygehusene. Samtidig er hensigten at skabe fleksible uddannelsesforløb, således at kompetencerne kan målrettes konkrete behov. Uddannelserne beskrives nedenfor. Der indgår i begge uddannelser et tværfagligt modul.

### **Akutsygeplejerskeuddannelsen**

Uddannelsen til akutsygeplejerske er en national uddannelse, som skal styrke de kliniske og faglige kompetencer hos sygeplejerskerne i akutmodtagelserne. Uddannelsen er startet i Region Midtjylland og Region Nordjylland i 2009 og efterfølgende tilpasset

og udrullet i de øvrige regioner, således at den pt. er i gang i hele landet. Uddannelsen kan løbende tilpasses behovet for kompetencer i akutmodtagelserne.

Uddannelsen består af moduler på tre niveauer, som hver er sammensat af en teoretisk og en klinisk del. Uddannelsen er fleksibelt opbygget, så medarbejdere kan tage enkelte dele af uddannelsen. Der indgår endvidere elementer af tværfaglige forløb i uddannelsen. Det er regionernes intention, at alle sygeplejersker i akutmodtagelserne deltager i uddannelsens basismodul.

### **Efteruddannelse af speciallæger målrettet akutmodtagelsen**

Regionerne etablerer herudover en fælles regional efteruddannelse for speciallæger, som er målrettet funktion i akutmodtagelsen.

Efteruddannelsen sammensættes af en klinisk og en teoretisk del, der tilsammen skal målrette lægens kompetencer til arbejdet med akut syge patienter i akutmodtagelserne. Uddannelsen strækker sig som udgangspunkt over to år og er modulopbygget. Der lægges i regionernes uddannelsesbeskrivelse op til en efteruddannelse med et stærkt fokus på tværfagligt samarbejde.

Efteruddannelsen tager bl.a. afsæt i erfaringerne med et efteruddannelsesinitiativ i Region Midtjylland og Region Nordjylland, som bygger på en beskrivelse af fagområdet akutmedicin, udarbejdet af de Lægevidenskabelige Selskaber (LVS). Pr. maj 2014 har i alt 56 læger i de to regioner gennemført den regionale efteruddannelse.

### **Pilotprojekt med kombination af almen medicin/akutlæge**

Det Regionale Råd for Videreuddannelse, Videreuddannelsesregion Nord, har godkendt et pilotprojekt med opslag af to hoveduddannelsesforløb, som kombinerer en speciallægeuddannelse i almen medicin med en uddannelse til akutlæge. Uddannelsesforløbet får en samlet varighed af 68 måneder, hvor de 24 måneder foregår i en akutafdeling. Forløbene, som er opslået til besættelse i efteråret 2014, vil blive evalueret løbende.

### **Øvrige uddannelsesinitiativer i akutmodtagelserne**

Udover de formaliserede uddannelsesinitiativer findes en række lokale og regionale kompetenceudviklingsinitiativer, der kan være rettet mod forskellige faggrupper eller teams i akutmodtagelserne. Dette er typisk organiseret i sammenhæng med, at de nye organisationer er blevet etableret, eller i relation til, at der er opstået et behov for nye kompetencer hos den enkelte medarbejder eller en medarbejdergruppe. Disse initiativer kan fx være rettet mod lægesekretærgruppen, terapeuter eller bioanalytikere.

Endeligt indgår også ambulancebehandlere og paramedicinere i klinisk uddannelse (praktik) i akutmodtagelserne.



### **7.3 Uddannelsesinitiativ i regi af De Lægevidenskabelige Selskaber**

De Lægevidenskabelige Selskaber (LVS) har beskrevet en 2-årig efteruddannelse i fagområdet akutmedicin, som forudsætter en speciallægeuddannelse. Det er dog muligt under hoveduddannelsen at påbegynde en individuel profilering inden for et ekspert- eller fagområde – således også inden for det akutte område. Primo 2014 har 33 læger ansøgt LVS om godkendelse af gennemført uddannelse på det akut medicinske område og modtaget diplom.

### **7.4 Overvejelser om et speciale i akutmedicin**

Der har de seneste år været en løbende debat om behovet for at oprette et selvstændigt speciale i akutmedicin.

Argumenterne for oprettelsen af et selvstændigt speciale er bl.a., at der er behov for en ny type speciallæge med brede akutte kompetencer, som skal være "eksperter i modtagelse" og i stand til at varetage initial vurdering og behandling hos hovedparten af de akutte patienter. Omvendt er det i debatten fremhævet, at et selvstændigt speciale i akutmedicin strider imod grundtanken om en akutmodtagelse, hvor speciallæger fra de relevante specialer i fællesskab sikrer en høj kvalitet i behandlingen af de akutte patienter i front.

Den faglige gennemgang har ikke haft særskilt fokus på oprettelse af akutmedicin som speciale, og arbejdsgruppen har derfor ikke foretaget en selvstændig vurdering af behovet herfor. Sundhedsstyrelsen vurderede i 2012 behovet for en speciallægeuddannelse i akutmedicin<sup>8</sup>. Sundhedsstyrelsen vurderede, at akutmedicin bør opretholdes som fagområde med det formål at fastholde den fleksibilitet, der opnås ved, at fagområdet kan tilgås fra flere specialer. Sundhedsstyrelsen fremhævede, at efteruddannelsen af speciallæger, der er målrettet arbejdet i akutmodtagelserne bør fastholdes for at sikre en højt kvalificeret og målrettet speciallægebemanding i de nye akutmodtagelser.

Internationalt har akutmedicin været et godkendt speciale med en anerkendt uddannelse bl.a. i USA siden 1973 og i Storbritannien siden 1983. I alt har 10 EU-lande på nuværende tidspunkt godkendt området som et egentligt speciale. Fire lande i Europa har godkendt området som fagområde. I Sverige er området et tillægsspeciale via overbygning på et relevant grundspeciale.

Udviklingen i Danmark på akutområdet adskiller sig dog fra en stor del af de øvrige lande, idet fagområdet skal tilrettelægges med udgangspunkt i, at akutmodtagelserne udelukkende skal modtage visiterede patienter eller 112-patienter. I mange andre lande sker der ikke en forudgående visitation forud for ankomst til akutmodtagelsen.

---

<sup>8</sup> Speciallægeuddannelsen – status og perspektivering. Sundhedsstyrelsen 2012.

## 7.5 Forskning i akutmodtagelserne

Forskning er en forudsætning for, at sundhedsvæsenet hele tiden udvikler sig og bliver bedre til at behandle, pleje og støtte patienterne. Det gælder også i modtagelsen og behandlingen af den akutte patient. Det er derfor centralt, at de forskellige faggrupper i akutmodtagelserne, herunder særligt læger og sygeplejersker, løbende bidrager med forskningsmæssig aktivitet og udvikler ny viden, som kan deles på tværs af regioner og sygehuse. Forskningsaktiviteterne kan både have et nationalt og et internationalt perspektiv, og kan for eksempel omhandle konkret diagnostik og behandling, organisationsforhold, patientoplevelt kvalitet, sundhedsøkonomi mv.

Den faglige gennemgang viser, at der er igangsat forskellige forskningsinitiativer i tilknytning til akutmodtagelserne. Således har 17 af de 21 sygehuse tilkendegivet, at der foregår forskningsrettede aktiviteter på akutsygehuset. Bl.a. nævnes oprettelse af forskningsprogrammer, forskningsenheder, Ph.d. og post.doc.-stillinger og samarbejde med universiteter, jf. boks 7.1. Af konkrete forskningsprojekter nævnes studier med fokus på triage og vitalparametre, organisering, team-samarbejde og telekommunikation med den præhospitale virksomhed. Forskningen inden for sygeplejen i akutmodtagelserne forekommer mindre udbredt.

### Boks 7.1. Forskningsinitiativer i regionerne

I Region Syddanmark er der bl.a. i forbindelse med samlingen af akutmodtagelserne igangsat flere initiativer, der skal sikre udnyttelse af forskningspotentialet, herunder inddragelse af patienter i forskning. Der er således ansat forskningsledere på hver enkelt akutmodtagelse, oprettet et forskningsnetværk om akutmodtagelser, og Region Syddanmark har med puljemidler støttet udviklingen af en Syddansk Akutkohorte, således at patientdata fra akutmodtagelserne indsamles i én database til forskningsbrug.

Region Midtjylland har etableret Center for Akutforskning, Akutforskning er et nyt klinisk forskningsfelt, som omfatter alle aspekter af behandlingen af den akutte patient, og som går på tværs af eksisterende faglige og organisatoriske skel. Centeret skal skabe rammerne og den nødvendige infrastruktur for forskning og formidling på tværs af specialer og faggrupper, og bidrage med forskningsinitiativer i alle led af det akutte patientforløb.

Størstedelen af akutmodtagelserne har således igangsat et eller flere forskningsprojekter med forskelligt indhold. Der synes derudover at være en varierende forskningsmæssig tyngde i aktiviteterne. Der synes der at være relativt få initiativer, der har fokus på mere viden og indsigt i den kliniske drift og kvalitet i akutmodtagelserne.

For at sikre et solidt forskningsgrundlag er det vigtigt, at akutmodtagelsen og stamafdelingerne medvirker til at sikre korrekt og meningsfuld registrering af patientdata. Regi-

streringen skal foretages i de relevante eksisterende databaser, herunder den kommende kliniske kvalitetsdatabase for akutområdet og Landspatientregisteret. Dette kan samtidig understøtte behovet for større viden om effekten af de forskellige løsninger, som er valgt i forhold til indretningen af akutmodtagelserne.

### **7.6 Anbefalinger om uddannelse og forskning**

Akutmodtagelserne udgør et vigtigt læringsmiljø for læger såvel som for andre faggrupper. Gennemgangen viser, at der er igangsat forskellige uddannelsesinitiativer på området.

Modtagelse af akutte patienter er et vigtigt element i den lægelige videreuddannelse i mange specialer. Af specialernes målbeskrivelser fremgår de kompetencer, der skal opnås under speciallægeuddannelsen, herunder også de akutte kompetencer. Arbejdsgruppen anbefaler, at de regionale råd for lægers videreuddannelse i forbindelse med udfærdigelse og godkendelse af et specialeuddannelsesforløb (sammensætningen af uddannelsesafdelinger i uddannelsesprogrammet) dels sikrer, at kompetencerne kan opnås i et givent uddannelsesforløb og dels overvejer at lægge dele af uddannelsesforløbene i akutmodtagelserne, hvor det måtte være relevant. Det kan understøtte, at akutmodtagelserne i endnu højere grad integreres i den lægelige videreuddannelse og resten af akutsygehuset.

Den faglige gennemgang har ikke haft særskilt fokus på oprettelse af akutmedicin som speciale, og arbejdsgruppen har derfor ikke foretaget en selvstændig vurdering af behovet herfor. Arbejdsgruppen anbefaler, at udviklingen på området følges i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse i Sundhedsstyrelsen.

Hvad angår forskningsmæssige aktiviteter, er det arbejdsgruppens anbefaling, at Danske Regioner understøtter og videndeler resultaterne fra de igangsatte forskningsprojekter på det akutte område, herunder både forskning på organisatorisk niveau og inden for de enkelte faggrupper i akutmodtagelsen, og at regionerne prioriterer arbejdet med etablering af den kliniske kvalitetsdatabase på akutområdet.

#### **Arbejdsgruppen anbefaler, at:**

*15. De regionale råd for lægers videreuddannelse skal i forbindelse med udfærdigelse og godkendelse af et speciales uddannelsesprogram overveje at lægge dele af uddannelsesforløbene i akutmodtagelserne, hvor det måtte være relevant.*

*16. Regionerne videndeler resultaterne fra de igangsatte forskningsprojekter på det akutte område.*

# 8. Arbejdsgruppens dataindsamling og organisering

## **8.1 Dataindsamling**

Dataindsamlingen har primært bestået af en spørgeskemaundersøgelse, et konsulentbidrag og et regionalt bidrag.

### **Spørgeskemaundersøgelse:**

De 21 akutsygehuse har i perioden 13. december 2013 til 20. januar 2014 besvaret et spørgeskema, som er udarbejdet af arbejdsgruppen. Indhold i tabeller og bokse stammer fra arbejdsgruppens dataindsamling, hvor ingen anden kildeangivelse er anført.

### **Konsulentbidrag:**

Deloitte har kvalitetssikret de 21 spørgeskemaer med henblik på at sikre ensartet og sammenlignelig datakvalitet. Deloitte har gennemført fysiske interview på to akutsygehuse i hver region og gennemført telefoninterview med de øvrige akutsygehuse. Ved hvert interview har der været repræsentanter for afdelingsledelsen på akutmodtagelsen til stede, ligesom der har været regionale repræsentanter til stede ved de fleste interviews.

### **Regionalt bidrag:**

Regionerne har bidraget med beskrivelser af de regionale rammer for akutmodtagelserne. Disse er udarbejdet i perioden 13. december 2013 til 20. januar 2014.

Regionerne har herudover bidraget med en løbende kvalitetssikring af det indsamlede datamateriale.

Herudover har arbejdsgruppen besøgt akutmodtagelserne på Holbæk Sygehus og Odense Universitetshospital.

I forbindelse med udarbejdelsen af gennemgangen har arbejdsgruppen samtidig gjort brug af en mængde øvrigt materiale, som fremgår ved kildeangivelse.

## **8.2 Organisering**

Arbejdsgruppen har bestået af repræsentanter fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand), Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har varetaget arbejdsgruppens sekretariatsfunktion. Deltagere i arbejdsgruppen har været:

### **Fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand):**

Lene Brøndum Jensen, kontorchef  
Jesper Krogstrup, chefkonsulent  
Peter Ravn Riis, fuldmægtig  
Cecilia Lawson Vinje, fuldmægtig  
Jørgen Abildgaard, fuldmægtig


### **Fra Sundhedsstyrelsen:**

Birte Obel, kontorchef  
Peter Frandsen, lægekonsulent  
Niels Moth Christiansen, specialkonsulent

### **Fra Danske Regioner:**

Thomas Ibsen Jensen, chefrådgiver  
Lisbeth Simper Elmstrøm, seniorkonsulent  
Anne Thesbjerg Christensen, seniorkonsulent  
Martin Grønberg Johansen, seniorkonsulent

Arbejdsgruppen har afholdt et rundbordsseminar med deltagelse af Lægeforeningen, LVS, Dansk Selskab for Akutmedicin, Dansk Sygeplejeråd, Danske Patienter, KL, FOA, Danske Bioanalytikere, Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Hovedstaden. Formålet med seminaret har været dels at sikre inddragelse af relevante interessenter, dels at give arbejdsgruppen input og ideer til det videre arbejde.



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Holbergsgade 6  
1057 København K  
Tlf. 72 26 90 00  
Fax 72 26 90 01