

yngre læger



Den gode fælles
akutmodtagelse



Grafisk opsætning: Lægeforeningens forlag, maj 2011
Illustration: Lars Andersen
Tryk: Islev Tryk



Ikke mere famlen!

Yngre Læger har et bud på, hvordan de nye fælles akutmodtagelser skal ledes og organiseres.

I alle fem regioner er ledelsen og organiseringen af de fælles akutmodtagelser forskellig, selv inden for samme region er der forskelle fra hospital til hospital.

Lokale løsninger kan være gode, men der er for meget famlen.

I en tid med akkreditering, Lean, videndeling og nationale kliniske retningslinjer er det bemærkelsesværdigt, at der opstår så mange forskellige løsninger på den fælles akutmodtagelse.

Derfor har Yngre Læger gennemført et omfattende

projektarbejde, som på tværs af specialer, geografi og interesser har ført til vores bud på den gode fælles akutmodtagelse.

Alle i sundhedsvæsenet har brug for, at de nye fælles akutmodtagelser bliver en succes – ikke mindst patienterne.

Lisbeth Lintz

Formand for Yngre Læger

Maj 2011





Indhold

Den gode fælles akutmodtagelse	7	3. Bemanding og speciallægetilstedeværelse	18
1. Ledelse og organisation.....	9	3.1 Flowmaster	18
1.1 Befolkningsunderlag og lægelig visitation.....	9	3.2 Speciallæger fra specialafdelingerne	19
1.2 Ledelsesforhold	9	3.3 Det samlede vagthold	19
1.3 Samarbejde og ansvarsfordeling med specialafdelinger	10	3.4 Inddragelse af specialafdelingerne	19
1.3.1 Planlægning af patientforløb.....	10	3.5 Bemanding i balance	20
1.3.2 Entydigt patientansvar	11	4. Fysiske rammer og arbejdsmiljø	21
1.4 Egne sengepladser.....	11	4.1 Læringsrum er også fysiske rum	21
1.5 Evaluering, akkreditering og udvikling.....	12	4.2 Uddannelseslaboratorier	21
2. Uddannelse	13	4.3 Arbejdsmiljø, arbejdstider og bemanding	22
2.1 KBU-læger.....	13	4.4 Støttefunktioner	22
2.2 Introduktionslæger.....	15	Litteraturliste	23
2.3 Hoveduddannelseslæger.....	15		
2.4 Vejlederrollen	16		
2.5 Organisation af uddannelsen.....	16		
2.6 Inddragelse af videreuddannelsesråd	17		
2.7 Inspektorordningen	17		





Den gode fælles akutmodtagelse

»Det er Lægeforeningens mål, at alle akutte patienter får en behandling af høj kvalitet – hele døgnet – alle dage – året rundt.«

Sådan indleder Lægeforeningen sit politikpapir »Ved akut sygdom« fra 2006 og fortsætter: »Behandlingen af akutte patienter på sygehusene skal forbedres. Den skal koncentreres på færre, større og bedre kvalificerede akutsygehuse og varetages af sundhedsfagligt personale med kompetencer, viden og erfaring på højt fagligt niveau. Patienter skal undersøges og behandles af speciallæger og uddannelsessøgende læger under supervision inden for alle relevante specialer«.

Sundhedsstyrelsens rapport om et »Styrket Akutberedskab« fra 2007 har efterfølgende dannet udgangspunkt for arbejdet i regionerne med at gennemføre dette nødvendige kvalitetsløft af den akutte patientbehandling i Danmark. Også her er ambitionen »hurtig og ensartet behandling af høj kvalitet«, hvor det sammenhængende patientforløb er i centrum. Som led i dette skal der ske en »samling af sygehusenes akutte funktioner i fælles akutmodtagelser med befolkningsunderlag på 200.000-

400.000«. Det anbefales videre i rapporten, at »al henvendelse til sygehusvæsenet bør være visiteret«.

Virkeligheden anno 2011 er, at regionerne uafhængigt af hinanden har indført eller planlægger at indføre fælles akutmodtagelser med vidt forskellig organisation, fysiske rammer, ansvarsplacering, bemanning, tidsramme, relation til specialafdelinger, uddannelsesforhold, arbejdsmiljø, ledelse osv. Organiseringen af fælles akutmodtagelser er ikke bare forskellig fra region til region. Også internt i regionerne er der store forskelle på løsningerne. I Dansk Sygehus Instituts rapport fra efteråret 2010 om fælles akutmodtagelser er en af konklusionerne da også, at der er store organisatoriske forskelle på de fælles akutmodtagelser, der er etableret eller er ved at blive det. Der er ingen central eller overordnet planlægning af området og intet fælles fodslag regionerne imellem.

Yngre Læger ønsker en ensartet udvikling af de fælles akutmodtagelser, der i disse år etableres i Danmark. Vi mener, at en ensartet tilgang til opbygningen af fælles akutmodtagelser er helt central for at sikre det nødvendige kvalitetsløft af behandlingen af akutte patienter.



En af årsagerne til forskellene på de nuværende fælles akutmodtagelser er de eksisterende fysiske rammer, som nogle steder ikke kan rumme en fælles akutmodtagelse i fuld skala. Andre steder kan den igangværende implementering af sygehus- og specialeplaner resultere i skiftende tilstedeværelse af specialer og lægegrupper. Det er vigtigt at holde fast i, at disse løsninger netop er midlertidige, og der bør i det enkelte tilfælde være en plan for den videre udvikling mod målet, som er behandling af høj kvalitet for alle patienter, uanset om de befinder sig »i Herlev eller Herning«.

De følgende anbefalinger indeholder nogle minimumskrav, som også skal kunne opfyldes i en overgangsfase frem mod det endelige mål, som skal kunne nås, når de nye sygehuse med finansiering fra regeringens kvalitetsfond er taget i brug.

Dette oplæg er Yngre Lægers bud på, hvordan et sådant ensartet tilbud til patienterne kan garanteres. Hvis målet skal nås, skal alle ledelsesniveauer påtage sig et ansvar for at etablere et samarbejde om at skabe sammenhængende patientforløb med høj faglig kvalitet. Sygehus- og regionsledelser skal sikre, at de nødven-

dige beslutninger træffes, og at prioriteringer foretages på både sygehus- og afdelingsniveau, så det er patienternes behandling, der er i centrum for organiseringen af de fælles akutmodtagelser.



1. Ledelse og organisation

1.1 Befolkningsunderlag og lægelig visitation Fremtidens fælles akutmodtagelser skal leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om et befolkningsunderlag på mellem 200.000 og 400.000 indbyggere

Når det i det følgende beskrives, hvorledes Yngre Læger mener, en fælles akutmodtagelse skal se ud, er der således tale om et væsentligt større patientvolumen end de nuværende forhold på de fleste af de omkring 40 steder, der i dag modtager akutte patienter. I tyndt befolkede områder med ø- eller ølignende geografi accepterer Sundhedsstyrelsen dog tilpassede lokale løsninger, og der vil således være betydelige størrelsesforskelle fra de mindste, lokale undtagelser til de største modtagelser i universitetsbyerne. Disse forskelle må nødvendigvis afspejle sig i størrelse, udseende og bemanning af akutmodtagelserne, men behandlingskvaliteten skal være høj uanset geografien.


De fælles akutmodtagelser skal være lægevisiterede
Patienter bør tilbydes den rette behandling på det rette niveau med lavest effektive omkostningsniveau (LEON-

princippet). Det er derfor vigtigt, at tilstande, der ikke kræver behandling i sygehusregi, håndteres i almen praksis/lægevagten, og derfra visiteres videre, hvis det er nødvendigt. Ved tilstande hvor subakut sygehusbehandling er mest hensigtsmæssig, er den praktiserende læges kendskab til og kontakt med patienten ligeledes den bedste indgang til sygehuset. Ved akutte patienter, der ankommer via 112 med ambulance, bør den lægelige visitation og triage foretages i forbindelse med ankomsten, så patienten kan prioriteres og håndteres optimalt. Erfaringen viser derudover, at der uanset krav om præhospital visitation, altid vil forekomme selvhenvendere. Der bør indrettes procedurer, som også sikrer lægeligt superviseret prioritering og håndtering af sådanne patienter, eventuelt ved anvisning af rette instans i primærsektoren.

1.2 Ledelsesforhold

De fælles akutmodtagelser bør etableres med egen ledelse

For at sikre kvaliteten af modtagelse, triage, diagnostik, behandling og visitation af den akutte patient og



dermed fremme fokus på den initiale del af patientforløbet skal de fælles akutmodtagelser etableres med egen ledelse. Dette vil desuden styrke de tværgående opgaver, som ikke hører til noget bestemt speciale, og som er afgørende for koordination af patientforløbene. Endvidere vil en selvstændig ledelse alt andet lige have større fokus på kompetenceudvikling, videre- og efteruddannelse af alle faggrupper med daglig funktion i akutmodtagelsen. Endelig har forskning og kvalitetsudvikling traditionelt været lavt prioriteret, når det gjaldt den uselekterede, akutte patient, og dette vil også være et naturligt indsatsområde for en selvstændig enhed.

1.3 Samarbejde og ansvarsfordeling med specialafdelinger

Den fælles akutmodtagelse skal være det, den hedder: alle afdelingernes fælles akutmodtagelse. Der må ikke blive tale om et isoleret sygehus i sygehuset, som egenhændigt skal tage sig af al akutbehandling, og hvor afdelingerne først sent i forløbene tager andel i patienterne. Specialafdelingerne skal forpligtes til at deltage i og sikre kvaliteten af den akutte diagnostik og behandling inden for deres respektive specialer. Der skal ske en integration af specialernes kompetencer, som gør, at den enkelte patient bliver mødt af netop den eller de læger, der er nødvendige, men uden at patienten sendes som kasterbold mellem specialerne, uden at nogen tager et samlet ansvar.

For at imødekomme ovenstående problemstilling er det vigtigt, at der udarbejdes faste og klare retningslin-

jer for, hvorledes forskellige patientkategorier håndteres. Herunder hvilken initial udredning og behandling der skal foretages i den fælles akutmodtagelse, og hvornår patienten er afklaret og/eller skal viderevisiteres til specialafdelingen. Retningslinjerne og samarbejdet indrettes, så det til enhver tid er helt klart, hvem der har behandlingsansvaret for den enkelte patient.

1.3.1 Planlægning af patientforløb

Aftaler og procedurer skal sikre det bedste forløb for hver enkelt patient

Det enkelte patientforløb skal indeholde det, der er brug for. Oplagte specialepatienter skal hurtigst muligt – og hurtigst muligt kan i den forbindelse godt være efter indledende triagering, prøvetagning m.m. – visiteres til og varetages af specialafdelingen. Uafklarede patienter og patienter med sygdomme eller symptomer på tværs af specialer skal håndteres under ledelse af en speciallæge i den fælles akutmodtagelse med deltagelse fra specialafdelingerne i relevant omfang.

For at sikre dette samarbejde skal behandlingsrammerne være anerkendt af og aftalt mellem alle involverede afdelinger gennem samarbejdsaftaler. Sådanne samarbejdsaftaler bør fx også indeholde beskrivelse af »fast track/sus forbi«-forløb, hvor patienter umiddelbart viderevisiteres til specialafdelingen, klare faglige instrukser for behandling af patienter og visitationsaftaler, der beskriver, under hvilke forudsætninger man i akutmodtagelsen kan viderevisitere patienter til indlæggelse på specialafdelingen, derunder forholdsregler ved



spidsbelastninger hvor kapaciteten i den fælles akutmodtagelse overskrides til fare for patientsikkerheden.

Specielt i etableringsfasen af de fælles akutmodtagelser er det vigtigt, at eksisterende og velfungerende samarbejdsstrukturer ikke erstattes af løsninger af lavere kvalitet. Fx bør traume- og hjertestophold have en sammensætning på uændret kompetenceniveau, uden at der indskydes komplicerende eller forsinkende led.

Det er helt afgørende, at der er ledelsesmæssigt fokus på samarbejdet mellem specialafdelinger og den fælles akutmodtagelse. Alle patientforløb skal have høj kvalitet – også i de patientkategorier, som ligger mellem eller på tværs af specialerne, hvor det ikke altid er indlysende, hvem patienten hører mest til. Både i den daglige klinik og på organisatorisk plan skal der kunne skæres igennem, når der er behov for det, og det kræver opbakning fra afdelings- og sygehusledelser.

1.3.2 Entydigt patientansvar

Der skal være en entydig ansvarsplacering for patienterne

Som beskrevet ovenfor skal nogle patienter behandles af læger fra flere afdelinger og specialer. Det er Yngre Lægers holdning, at der til enhver tid skal være en entydig ansvarsplacering, så det overordnede patientansvar er placeret enten i den fælles akutmodtagelse eller i specialafdelingen. Dette har ikke mindst betydning for de uddannelsessøgende læger, der deltager i patientforløbene – tvivl om ansvarsforhold skal ikke være en hindring for læring.

Således bør ansvaret for alle patienter, der ankommer, indledningsvist være placeret i den fælles akutmodtagelse. Herfra kan patient og ansvar overdrages til en specialafdeling, patienten kan hjemsendes eller indlægges i et korttids-sengeafsnit tilhørende den fælles akutmodtagelse.


1.4 Egne sengepladser

Alle fælles akutmodtagelser skal råde over egne sengepladser

Alle fælles akutmodtagelser bør råde over sengepladser, så der er mulighed for at håndtere uafklarede patienter og initial behandling under korte indlæggelsesforløb af fx 1-2 døgn varighed. Derved kan man undgå unødige overflytninger af patienter, der forventes udskrevet hurtigt. Gennemgang og stuegang på disse indlagte patienter varetages ligeledes i et samarbejde mellem speciallæger og uddannelsessøgende læger fra både den fælles akutmodtagelse og specialafdelingerne efter patientbehov, men med entydig ansvarsplacering.

I arbejdet med disse indlagte patienter vil der desuden opstå et uddannelsespotentiale, som bør udnyttes, ved at uddannelsessøgende læger ansat i den fælles akutmodtagelse gives mulighed for tæt opfølgning på indlagte patienter.

I de fælles akutmodtagelser, der på grund af (midlertidige) fysiske begrænsninger ikke har et tilknyttet sengeafsnit, bør der være et særligt fokus på overgangen mellem modtagelse og indlæggelse. Der skal skabes størst mulig kontinuitet og sikkerhed gennem effektiv



overdragelse af informationer om patienten, men uden belastende, unødigt dobbeltarbejde fx med gentagelse af journaloplysninger, der er dokumenteret i forvejen. Desuden skal der i en sådan overgangsmodel være en klar beskrivelse af, hvorledes uddannelsessøgende læger ansat i den fælles akutmodtagelse sikres mulighed for at følge op på de indlagte patienter, dvs. hvorledes fx KBU-lægen indgår i specialafdelingernes opfølgende arbejde.

1.5 Evaluering, akkreditering og udvikling

Kvaliteten i de fælles akutmodtagelser skal sikres, monitoreres, udvikles og evalueres

De samarbejdsaftaler, der etableres mellem specialafdelingerne og den fælles akutmodtagelse, er et naturligt mål for evaluering og kontinuerlig udvikling. Det stiller krav til regions- og sygehusledelser om, at den organisatoriske og faglige udvikling monitoreres, herunder bl.a. bemanningen af og den lægelige videreuddannelse i den fælles akutmodtagelse med henblik på kontinuerlige forbedringer i takt med, at erfaringerne bliver gjort.

Udvikling af kliniske retningslinjer¹ for håndtering af akutte patienter vil være et andet centralt element, som kan bistå en ensartet national behandling af den akutte patient. Arbejdet med kliniske retningslinjer bør også fokusere på behandlingen af de akutte patienter, hvorfor det er nødvendigt, at der nationalt sker en ensartet indsamling af data, som kan bidrage til at dokumentere effekt af organisatoriske og faglige initiativer.

Den Danske Kvalitets Model (DDKM) omfatter såvel organisatoriske akkrediteringsstandarder vedr. ledelse, uddannelse og kompetenceudvikling som mere konkrete forløbsstandarder om modtagelse og visitation af akutte patienter til korrekt enhed. Her fastslås det ligeledes, at der skal udarbejdes retningslinjer for visitationen af akutte patienter, som skal beskrive modtagelsen af akutte patienter, organiseringen og de personalekompetencer, der skal være tilgængelige. Version 2 af DDKM forventes færdiggjort i 2012, og her bør der udvikles nye og mere præcise standarder for området. Et konkret eksempel kan være en opstilling af standarder for mål på centrale kvalitetsparametre som fx tiden for patienten fra »dør til doktor« og tiden for patienten fra »dør til (behandlings)plan«².

For at kvalitetsmodeller og akkrediteringsstandarder skal have gevinst i det kliniske arbejde og dermed for patientbehandlingen, er det afgørende, at alle grupper af klinisk arbejdende læger deltager aktivt i arbejdet og sikrer, at netop dette er fokuspunktet. De yngre læger i de fælles akutmodtagelser har gennem deres daglige arbejde indsigt i, hvor og hvordan kvaliteten bedst måles og udvikles, og det bør være udgangspunktet i kvalitetsarbejdet, at alle lægegrupper inddrages i gensidigt samarbejde med ledelsen og andre faggrupper.



2. Uddannelse

Det er helt oplagt, at den fælles akutmodtagelse kan være et særdeles fordelagtigt uddannelsessted i den lægelige videreuddannelse. Det store og brede indtag af patienter med alt fra akut, livstruende sygdom til længelevende, diffuse symptomer og komplekse sygdomsbilleder og samarbejdet mellem mange specialer med patienten i centrum udgør et enormt læringsmæssigt potentiale for læger på alle trin af videreuddannelsen.

Lige så nødvendigt som samarbejdet mellem læger, specialer og afdelinger er for patienterne, er samarbejdet om uddannelse afgørende for, at læringspotentialet kan udnyttes. I det følgende beskrives, hvorledes Yngre Læger mener, at den lægelige videreuddannelse bør integreres i den fælles akutmodtagelse. For at de beskrevne tiltag og strukturer skal fungere, er det helt afgørende, at uddannelsesværdi er et konstant fokus for både uddannelsessøgende og uddannelsesgivende læger, ved at de i supervisionssituationen indgår i et samarbejde omkring læringen.

For at der kan opstå et læringsmæssigt udbytte, er det en forudsætning, at rammerne giver den uddannelsessøgende den nødvendige tryghed og stimulerer

læring optimalt, samt at begge parter er motiverede for samarbejdet. Den uddannelsessøgende skal være bevidst om, hvad hun kan, og hvad hun bør lære. Den uddannelsesgivende skal stimulere og understøtte dette og være bevidst om sin adfærds betydning for læringen. Når samarbejdet lykkes, resulterer det i, at den uddannelsessøgendes grad af ansvar og udfordring kan optrappes trinvist. Herved styrkes den uddannelsessøgendes selvtillid, hvilket yderligere øger læringsudbyttet³.

Det er helt afgørende for uddannelsesmiljøet i den fælles akutmodtagelse, at supervision er det bærende element, der sikrer, at uddannelsespotentialet udnyttes optimalt. De følgende afsnit skal læses i denne kontekst.

2.1 KBU-læger

De fælles akutmodtagelser kan være et godt første ophold for KBU-læger

En fælles akutmodtagelse er i kraft af det brede patientindtag på mange måder et oplagt sted for læger i klinisk basisuddannelse (KBU) at starte lægelivet og videreuddannelsen.



KBU-læger bør derfor have *funktion* i en fælles akutmodtagelse de første 6 måneder, idet der således opnås en passende bredde i uddannelsen og indsigt i flere forskellige specialer inden for rammen på et halvt års ophold. Samtidig styrkes evnen til at genkende den akut syge patient og til at have et helhedsorienteret syn på patienten frem for kun at kigge på et speciale eller organ ad gangen. Det vil give et godt grundlag for den videre livslange læring og skaber en vigtig afbalancering i forhold til den tiltagende lægefaglige specialisering, ligesom det kan udgøre et ensartet, fælles grundlag for KBU-lægernes efterfølgende adgang til introduktionsstillinger.

Vælges det at *ansætte* KBU-lægerne direkte i den fælles akutmodtagelse, vil det yderligere styrke muligheden for bredde i uddannelsen, og derudover giver den øgede kontinuitet i arbejdsopgaver, kolleger og fysiske rammer mulighed for en tryk, sammenhængende hjemmebane i starten af lægelivet. Alle tre regionale videruddannelsesråd har således også peget på de gode uddannelsesmuligheder ved ansættelse af KBU-læger i fælles akutmodtagelser, og det nævnes som en mulighed at lade alle KBU-forløb have 1. halvår der.

Udfordringen ved at tilknytte KBU-læger ansættelsesmæssigt til de fælles akutmodtagelser er dog, at en fælles akutmodtagelse ikke må komme til udelukkende at bestå af et stort antal KBU-læger og en håndfuld fastansatte speciallæger. Dette vil hverken medføre god uddannelse eller øget faglig kvalitet og patientsikkerhed. Desuden må det heller ikke afskære KBU-læger fra den

nødvendige kontakt til og supervision fra (special)læger fra specialafdelingerne, at KBU-lægerne er ansat i den fælles akutmodtagelse. Endvidere skal det også sikres, at KBU-lægerne får indsigt i andre dele af patientforløbene end den indledende fase.

Det er derfor altafgørende, at de fælles akutmodtagelser oprettes og bemandes med en tilstrækkelig mængde af andre læger forud for eller samtidig med ansættelsen af KBU-læger. Alene ved samtidig fysisk tilstedeværelse af kompetente læger inden for de nødvendige specialer kan KBU-lægerne sikres supervision på et tilstrækkeligt fagligt niveau. Samtidig skal deres arbejdsopgaver have et passende indhold, så de arbejder selvstændigt men under supervision uden at blive reduceret til »journal-slaver«, men med aktiv deltagelse i den diagnostiske og behandlingsmæssige beslutningsproces.

KBU-lægerne bør også sikres mulighed for at deltage aktivt i de dele af patientforløbene, der følger efter den initiale modtagelse og behandling. I fælles akutmodtagelser med egne tilknyttede sengeafsnit vil KBU-lægerne have umiddelbar adgang til dette, men i overgangsfasen, hvor dette ikke er tilfældet alle steder, må denne opgave løses på anden vis. Her må der etableres et samarbejde med specialafdelingerne, hvor KBU-lægen gennem funktion på specialafdelingen kan opnå erfaring med denne del af det kliniske arbejde ved at deltage i samarbejde med (special)læger fra specialafdelingen i gennemgang, justering af behandlingsplan og øvrig opfølgning på patienten.



2.2 Introduktionslæger

Introduktionslæger ansættes i specialafdelingerne med funktion i de fælles akutmodtagelser

For læger i introduktionsstilling i intern medicin, ortopædkirurgi og kirurgi indeholder målbeskrivelserne et antal kompetencer inden for rollen som medicinsk ekspert, som i fremtiden kun vil kunne opnås i de fælles akutmodtagelser. Og hvor læringspotentialer er, bør de uddannelsessøgende læger også være.

Samtidig er det centrale indhold i introduktionsstillingen, at lægen opnår tilknytning til specialet, og at der er mulighed for at vurdere, om specialet er det rigtige.

Derfor mener Yngre Læger, at læger i introduktionsstilling fortsat bør ansættes på specialafdelingerne, men skal deltage i arbejdet i de fælles akutmodtagelser med patienter inden for eget speciale for at opnå de kompetencer, der er indeholdt i specialets målbeskrivelse. Omfanget af introduktionslægerens funktion i de fælles akutmodtagelser vil afhænge af patientindtaget og andre lokale forhold samt af, hvilke kompetencer der skal opnås. Men det skal gennemtænkes, hvordan introduktionslægerne får et optimalt uddannelsesmæssigt udbytte af funktionen i den fælles akutmodtagelse. I denne vurdering forudsættes de specialespecifikke uddannelsesråd inddraget.

Det vil styrke uddannelsesmiljøet og det sociale sammenhold i den fælles akutmodtagelse, hvis introduktionslægerens funktion i akutmodtagelsen tilrettelægges som sammenhængende perioder af flere dages eller ugers varighed, men dette kan vanskeliggøre en

smidig arbejdsplanlægning, der også tager højde for kurser, private forhold og andre aktiviteter. Udgangspunktet bør i alle tilfælde være at sikre en god uddannelseskvalitet, og tilrettelæggelsen skal gennemtænkes nøje og evalueres løbende.

2.3 Hoveduddannelseslæger


Hoveduddannelseslæger skal have funktion i de fælles akutmodtagelser, og for udvalgte specialer kan direkte ansættelse overvejes

I hoveduddannelsen skal der ske en yderligere fordybelse i specialet, en oplæring i relevante tilgrænsende specialer og en modning i rollen som leder, samarbejder og professionel.

Læger i hoveduddannelsesstilling i alle internmedicinske specialer, neurologi, almen medicin og visse kirurgiske specialer, derunder kirurgi og ortopædkirurgi, kan lære mange medicinsk ekspert-kompetencer inden for eget speciale i de fælles akutmodtagelser, hvorfor de naturligt kan have funktion i en sådan under ansættelsen på specialafdelingen under forudsætning af tilstrækkelig adgang til supervision fra (special)læger inden for det pågældende speciale.

Som tidligere nævnt vil uddannelsespotentialer bl.a. afhænge af patientindtaget, sygehusets specialesammensætning og størrelse samt andre lokale forhold.

For dele af visse hoveduddannelsesforløb er de kompetencer, der skal opnås, af en sådan karakter, at de i meget vid udstrækning vil kunne opnås gennem et længerevarende ophold i en fælles akutmodtagelse i



fx ½ eller måske op til 1 år. Dette kan fx være tilfældet inden for almen medicin, de internmedicinske »common trunk«-forløb og i fx geriatri. Læger i hoveduddannelsesforløb i andre specialer som fx neurologi og onkologi vil også kunne opnå kompetencer i akutte medicinske tilstande ved ophold i den fælles akutmodtagelse. De specialespecifikke uddannelsesråd bør hver især tage stilling til, hvilke kompetencer der inden for deres respektive specialer vil kunne opnås gennem et sådant ophold. Hvis disse hoveduddannelseslægers tilknytning tager form af en egentlig ansættelse, vil det styrke muligheden for, at de kan udvikle sig mere bredt inden for de 7 lægeroller ved at deltage i flere af de overordnede opgaver i den fælles akutmodtagelse. De vil da kunne få mulighed for højere grad af inddragelse i ledelses- og samarbejds-mæssige opgaver, ligesom rollen som professionel vil kunne styrkes fx gennem vejlederfunktion over for KBU-læger. Det er en forudsætning for et godt udbytte, at hoveduddannelseslægen også er under supervision af en speciallæge i disse overordnede funktioner.

2.4 Vejlederrollen

Uddannelsessøgende og klinisk hovedvejleder bør være ansat under samme ledelse

Alle uddannelseslæger med længerevarende fast funktion i den fælles akutmodtagelse skal have en klinisk vejleder i den fælles akutmodtagelse, uanset om de er ansat i den fælles akutmodtagelse eller på specialafdelingen. Uddannelsessøgende læger ansat på specialaf-

delingen bør have en hovedvejleder på specialafdelingen og en daglig vejleder i den fælles akutmodtagelse, så der er fokus både på det overordnede uddannelsesforløb og på et maksimalt udbytte af funktionen i den fælles akutmodtagelse.

Kliniske vejledere bør være mere erfarne læger ansat eller med fast funktion i den fælles akutmodtagelse, dvs. læger i hoveduddannelse eller speciallæger. Det forudsættes, at vejleder og uddannelsessøgende i det daglige har hyppig kontakt og gang i samme omgivelser både i dag- og vagttid. Vejlederen får på denne måde et bedre kendskab til den uddannelsessøgende læge, og uddannelsen kan derfor bedre tage udgangspunkt i de konkrete behov for kompetenceopnåelse hos den enkelte læge. Dette kan også medvirke til at udnytte de muligheder, der ligger i det brede patientindtag ved at danne grundlag for karrierevejledning og specialevalg fx for KBU-læger.

2.5 Organisation af uddannelsen

De fælles akutmodtagelser skal have egen uddannelsesansvarlig overlæge, inddragelse af de uddannelsessøgende læger og formaliseret samarbejde med specialafdelingerne

Alle fælles akutmodtagelser skal have en fastansat uddannelsesansvarlig overlæge, som koordinerer uddannelsen af speciallæger i den fælles akutmodtagelse. Den uddannelsesansvarlige overlæge skal have et medansvar for specialafdelingernes uddannelsesindsats og koordinere den samlede indsats. Det betyder, at det skal



koordineres, hvornår hvilke læger skal være til stede i den fælles akutmodtagelse. Altså koordinere arbejdstilrettelæggelsen med henblik på at opnå de uddannelsesmæssige mål, herunder hvilke kompetencer den enkelte uddannelsessøgende læge skal opnå omkring specialets patienter i den fælles akutmodtagelse. Uddannelsesforholdene vil kunne styrkes yderligere, hvis de uddannelsessøgende læger inddrages aktivt i dette arbejde, blandt andet ved oprettelse af en funktion som uddannelsesassisterende/koordinerende yngre læge.

I overensstemmelse med de generelle uddannelsesbestemmelser skal der i den forbindelse udarbejdes uddannelsesprogrammer for alle de uddannelsesforløb, der involverer uddannelse i den fælles akutmodtagelse. Uddannelsesprogrammet skal tillige udmøntes i form af individuelle uddannelsesplaner.

På grund af den betydelige kompleksitet i uddannelsesopgaven i de fælles akutmodtagelser bør der etableres formaliserede samarbejder med specialafdelingerne omkring dette ved oprettelse af lokale udvalg/råd, hvor de uddannelsesansvarlige overlæger, uddannelsesassisterende yngre læger og andre nøglepersoner deltager.

2.6 Inddragelse af videreuddannelsesråd

Alle aktører på uddannelsesområdet skal inddrages i planlægningen af nye uddannelsesforløb i de fælles akutmodtagelser

Indførelsen af fælles akutmodtagelser og placeringen af et stort antal uddannelsessøgende læger på alle trin og fra mange forskellige specialer vil få omfattende conse-

kvenser for den lægelige videreuddannelse. Derfor bør alle aktører på det lægelige videreuddannelsesområde drøfte, hvorledes de bedst mulige uddannelsesforhold sikres. De specialespecifikke videreuddannelsesråd og specialeselskaberne bør hver især diskutere, hvilke kompetencer der kan/skal opnås i de fælles akutmodtagelser, de lokale, regionale og det nationale videreuddannelsesråd bør drøfte, hvordan de fælles akutmodtagelser skal indgå i alle trin af videreuddannelsen samtidig med, at der følges op og evalueres på de opnåede erfaringer.

2.7 Inspektorordningen

Inspektorordningen skal omfatte de fælles akutmodtagelser, og fremtidens inspektorer skal have indsigt i det akutte arbejdsområde

Det bør sikres, at de fælles akutmodtagelser kan evalueres af inspektorordningen, både hvad angår de specifikke uddannelsesforhold for læger i KBU og på alle uddannelsestrin i de respektive specialer, men også vedrørende den samlede, overordnede uddannelsesfunktion i enheden. Med tiden bør der derfor også inddrages inspektorer med særligt kendskab til det daglige, kliniske arbejde i en fælles akutmodtagelse og de særlige opgaver inden for det akutmedicinske fagområde, der udføres i en sådan, derunder triage, visitation og forløbskoordination.



3. Bemanning og speciallægetilstedeværelse

Yngre Læger er enige med Sundhedsstyrelsen i, at udgangspunktet for bemanningen af akutsygehusene er døgntilstedeværelse af speciallæger på matriklen i specialerne intern medicin, ortopædkirurgi, kirurgi og anæstesiologi og for radiologi som minimum speciallæge i rådighedsvagt. Ved betegnelsen speciallæge forstås også en læge i sidste år af hoveduddannelsen.

3.1 Flowmaster

Der skal være øget fokus på den indledende fase og koordinationen af patientforløbene ved indførelse af en rolle som flowmaster i den fælles akutmodtagelse

Der skal hele døgnet rundt være en speciallæge i den fælles akutmodtagelse, som har det overordnede ansvar for initial modtagelse, triagering, visitation, prioritering og forløbsstyring.

I dagtid og perioder med stort patientflow er behovet for triage, visitation og koordination af et sådant omfang, at opgaverne bør varetages af en dedikeret speciallæge i rollen som »flowmaster«⁴. Flowmasteren bør være en »akutlæge« ansat i den fælles akutmod-

tagelse, som har særlige kompetencer inden for disse opgaver, helst i form af fagområdegodkendelse inden for akutmedicin. I uddannelsesøjemed kan også andre læger ansat i den fælles akutmodtagelse (fx læger i hoveduddannelse) udfylde rollen som flowmaster, men under supervision af en af de beskrevne speciallæger.

I perioder med lav belastning (dvs. typisk kl. 00-08) er behovet for triage, visitation og koordination af et mindre omfang, hvorfor flowmasterens opgaver kan varetages af en anden læge, der har den tilstrækkelige kompetence.

Det er vigtigt for denne koordinerende funktion i perioder med høj belastning, at den læge, der varetager den, ikke samtidig skal være ansvarlig for den egentlige behandling af patienterne eller skal supervisere yngre kolleger. Derved sikres lægen mulighed for til enhver tid at bevare overblikket, og andre læger får tilsvarende mulighed for at koncentrere sig om patientbehandling og supervision.

Det skal understreges, at uanset rolle- og opgavefordeling i den fælles akutmodtagelse skal patienterne døgnet rundt mødes af et ensartet højt kvalitetsniveau



i den initiale modtagelse, stabilisering, diagnostik og behandling gennem deltagelse af speciallæger med de nødvendige kompetencer.

3.2 Speciallæger fra specialafdelingerne

Den fælles akutmodtagelse er et fælles ansvar

Speciallæger (i tilstedeværelsesvagt) fra specialafdelinger har hele døgnet et medansvar for sikring af den faglige kvalitet for deres respektive specialer i den fælles akutmodtagelse. Dette sker gennem supervision af afdelingens yngre kolleger, som er i vagt på egen afdeling og i den fælles akutmodtagelse, og når det er nødvendigt gennem fysisk tilstedeværelse og supervision i akutmodtagelsen. Behovet for fysisk tilstedeværelse af specialafdelingernes speciallæger kan variere meget afhængigt af størrelsesforholdene, specialesammensætning m.m., hvor der på store enheder kan være behov for konstant tilstedeværelse af fx en intern medicinsk speciallæge det meste af døgnet. På mindre enheder kan behovet være mindre, men her er det ikke mindre vigtigt, at opgaverne i den fælles akutmodtagelse varetages på et ensartet, højt fagligt niveau. Samtidig skal der også tages højde for, at læger i hoveduddannelse på specialafdelingerne har behov for at lære en række kompetencer i akutmodtagelsen under ledelse af en speciallæge, der sørger for, at ansvar og udfordringer er tilpasset den uddannelsessøgende læges kompetenceniveau.

Speciallæger med opgaver på egen afdeling, specielt på kirurgiske og ortopædkirurgiske afdelinger, kan godt varetage andre opgaver på egen afdeling og sygehuset.

Men inden for de specialer, Sundhedsstyrelsen kræver tilstedeværelse af på matriklen, skal der til enhver tid være mulighed for assistance på tilstrækkeligt kompetenceniveau i den fælles akutmodtagelse inden for få minutter.

3.3 Det samlede vagthold

Fokuseret arbejdstilrettelæggelse skal sikre, at det samlede vagthold har de nødvendige kompetencer


Bemandingen af de fælles akutmodtagelser er en kompleks opgave. Det kræver koordination og nøje arbejdstilrettelæggelse, hvor udgangspunktet er, at den enkelte læge skal besidde de kompetencer, der gør, at det samlede vagthold kan løse opgaven på forsvarlig vis. Der ligger et stort potentiale i, at man i den fælles akutmodtagelse kan samle mange forskellige kompetencer omkring den enkelte patient i et smidigt samarbejde med effektiv ressourceudnyttelse og gensidig læring.

Samtidig skal velfungerende, eksisterende teamstrukturer bevares, fx hjertestop- og traumeteam. Indførelsen af nye arbejdsgange og strukturer må således ikke medføre, at kritisk syge håndteres på et lavere kompetenceniveau end det optimale.

3.4 Inddragelse af specialafdelingerne

Arbejdet i den fælles akutmodtagelse skal være attraktivt og have stor grad af deltagelse fra specialafdelingerne

Den fælles akutmodtagelse er alle specialafdelingernes akutte modtagelse. Dette forhold skal også afspejle sig i



deltagelsen af læger fra specialafdelingerne i de daglige opgaver, både i dagtiden og i vagten.

I fælles akutmodtagelser med tilknyttede sengeafsnit skal læger fra specialafdelingerne inddrages i gennemgang og stuegang på indlagte patienter. Derudover er det afgørende, at alle læger med gang i den fælles akutmodtagelse deltager i konferencer, undervisning og andre tværgående aktiviteter – både for at facilitere samarbejde og integration, men også for at bidrage til gensidig faglig sparring og udvikling.

For at sikre kontinuiteten og integrationen af lægerne fra specialafdelingerne i den fælles akutmodtagelse kan der eventuelt etableres rotationsordninger, hvor de samme læger varetager funktionen i den fælles akutmodtagelse over en længerevarende periode. Længden af disse ophold kan fastlægges lokalt, men en sådan tilrettelæggelse vil bidrage væsentligt til det uddannelsesmæssige og faglige miljø. Det er en vigtig balance at fungere som udsendt medarbejder med speciel viden og kompetencer og samtidig indgå i et andet fagligt fællesskab og tage ansvar for udviklingen af dette fællesskab. Arbejdet i de fælles akutmodtagelser skal ikke være en sur tjans, men noget alle bidrager til at gøre attraktivt.

3.5 Bemanding i balance

Bemandingen af den fælles akutmodtagelse skal have en passende balance mellem uddannelsessøgende læger og speciallæger

Den fælles akutmodtagelse skal altså bemandes af læ-

ger i KBU- introduktions- og hoveduddannelsstillinger samt fastansatte speciallæger og speciallæger fra specialafdelingerne. For at skabe en balance mellem kvalitet, uddannelse, produktion og patientsikkerhed er det nødvendigt, at fordelingen mellem yngre og mere senior læger understøtter dette. Placeringen af et stort antal KBU-læger i de fælles akutmodtagelser udgør en meget stor uddannelses- og supervisionsopgave, som kræver tid og ressourcer. Specielt fordi KBU-lægerne skal beskæftige sig bredt med patienter fra flere specialer, går der længere tid, inden de opnår erfaring med de enkelte patientkategorier og kan varetage opgaver med større selvstændighed. Dette skal indtænkes i bemandingen såvel på det organisatoriske plan som i den daglige, kliniske hverdag. Desuden er den tidligere omtalte tilknytning af seniorer (special)læger nødvendig for at give navnlig de yngste læger mulighed for kontakt til rollemodeller og til en bredt differentieret tilgang til lægekultur og lægeliv.



4. Fysiske rammer og arbejdsmiljø

De fælles akutmodtagelser skal indrettes, så de skaber gode rammer for såvel patientbehandling som forskning og uddannelse. Der planlægges og udføres i disse år om-, ud- og nybygninger af mange sygehuse og akutmodtagelser – det skaber en unik mulighed for at sikre den rette dimensionering af forsknings- og uddannelsesfaciliteter, som skal skabe grundlaget for det nødvendige kvalitetsløft af patientbehandlingen. Desuden skal der også tages højde for de særlige funktioner, der skal finde sted i akutmodtagelsen som fx triage, forløbskoordination (overblikstavler), høj grad af tværfagligt samarbejde m.m.

4.1 Læringsrum er også fysiske rum

De fysiske rammer skal understøtte læringsmiljøet i den fælles akutmodtagelse


Læger lærer af hinanden, når de arbejder, men det kræver, at der er plads til det. Derfor skal de fælles akutmodtagelser indrettes med de nødvendige arbejdsrum, konferencerum og kontorer, så der kan samarbejdes omkring patienterne til gensidig læring for de deltagende læger. Der skal – også her – være mulighed for at kom-

munikere med og om patienterne i enerum – også for patienternes skyld! Særligt uddannelsessøgende læger skal sikres mulighed for at konferere med mere erfarne læger under passende og rolige rammer i dedikerede kontorer, som også skal være til rådighed for fx formelle vejledersamtaler. Der skal desuden være mulighed for at opsoge information i relevante elektroniske og skriftlige opslagsværker m.m.

4.2 Uddannelseslaboratorier

Den fælles akutmodtagelse er et oplagt centrum for simulations- og scenarietræning

De fælles akutmodtagelser danner rammer for behandlingen af mange akut syge og tilskadekomne, derunder hjertestop og multitraumer – situationer som ofte er genstand for simulations- og scenarietræning. Der kan derfor være en fordel i at placere uddannelseslaboratorier i tilslutning til de fælles akutmodtagelser. En sådan placering kan også medvirke til at styrke specialafdelingernes engagement og deltagelse i de fælles akutmodtagelser som et sted, hvor specialer og læger mødes og samarbejder. Under alle omstændigheder skal de fælles



akutmodtagelser udstyres med medicinsk simulations- og træningsudstyr som fx avancerede simulationsdukker m.m.

4.3 Arbejds miljø, arbejdstider og bemanning

Arbejds miljøet skal være attraktivt i de fælles akutmodtagelser

Bemanningen af de fælles akutmodtagelser skal tilrettelægges, så den skaber mulighed for høj faglig kvalitet. Dette er også nødvendigt for at skabe et attraktivt arbejdsmiljø for alt personale i akutmodtagelserne; mange patienter er kun et problem, hvis man er for få til at tage sig af dem! Desuden er der af faglige grunde behov for, at lægebemanningen sker i samarbejde med og med deltagelse fra specialafdelingerne. Det betyder ligeledes, at den enkelte læge i den fælles akutmodtagelse og på specialafdelingen også kan sikres en passende balance mellem arbejds-, fritids- og familieliv, og at vagthyp-pighed eller arbejdsbelastning hverken skader patienter eller læger.

Det er også vigtigt, at så mange som muligt deltager i konferencer og undervisningsaktiviteter. I de fælles akutmodtagelser vil spidsbelastningsperioden som regel være om eftermiddagen, hvorfor konferencer, undervisnings- og udviklingsaktivitet må placeres om morgenen og formiddagen. Derfor skal den fælles mødetid for læger overholdes, hvilket også giver fx KBU-læger mulighed for at deltage i stuegang/gennemgange på patienter som tidligere beskrevet.

4.4 Støttefunktioner

Paraklinik og støttefunktioner skal styrkes – hele vejen rundt

Behandling af høj kvalitet hele døgnet og året kræver også et nødvendigt omfang af støttefunktioner og paraklinik hele døgnet. Hurtigere diagnostik og behandling kræver blandt andet hurtigere prøvetagning og svartid samt en tilstrækkelig adgang til billeddiagnostik inkl. bedside ultralydsundersøgelser. Der skal være den nødvendige kapacitet til udførelse af akutte radiologiske undersøgelser inden for alle relevante modaliteter uden unødigt ventetid. De logistiske forhold omkring adgangen til prøvetagning og billeddiagnostik bør derfor også indtænkes ved planlægning og nybygning af fælles akutmodtagelser. Hurtigere patientforløb kræver også styrkede servicefunktioner til transport af senge og patienter, rengøring af stuer etc. Endelig nødvendiggør brugen af it-systemer i arbejdet en døgndækkende it-supportfunktion, og normeringen af hjælpepersonale inkl. lægesekretærer skal øge den tid, hvor lægerne reelt kan udføre lægearbejde. Alle disse krav kræver opprioritering af funktionerne fra sygehusledelsens side.

Noter

1. Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen. 2007 p. 10
2. »Det går nu rimeligt godt i FAM/akutafdelingen«, Ugeskrift for Læger 2011; 173(10):764
3. Swanwick, T. »Informal learning in postgraduate medical education: from cognitivism to ‚culturism‘«. Medical Education, 2005: 39: 859-865.
4. Denne funktion kaldes nogle steder en »koordinerende læge«



Litteraturliste

1. Akutmedicinsk forskning bør være en del af udviklingen af det nye fagområde. Ugeskrift for Læger 2009;171(13): 1081
2. Fremtidens akutberedskab - fra vision til handling. Danske Regioner 2006
3. Fremtidens arbejdstilrettelæggelse for speciallæger på Fælles Akut Modtagelser. Dansk Sundhedsinstitut 2010
4. Fremtiden akutbetjening. Lægeforeningen 2005
5. Styrket akutberedskab - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen 2007
6. Integration af den lægelige videreuddannelse i de fælles akutmodtagelser i Region Syddanmark. Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse i Region Syddanmark 2010
7. Notat vedrørende optimal udnyttelse af uddannelsespotentialer i de Fælles Akutte Modtage Enheder (FAME) Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse Øst 2010
8. Lægelig videreuddannelse i akutafdelingen. Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, Videreuddannelsesregion Nord



Yngre Læger
Kristianiagade 12
2100 København Ø
Tlf. 35 44 85 00
yl@dadl.dk
www.laeger.dk

yngre læger