

DE DANSKE AKUTMODTAGELSER - STATUS 2016

JUNI 2016

DANSKE
REGIONER



SUNDHEDSSTYRELSEN



SUNDHEDS-
OG ÆLDREMINISTERIET

De danske akutmodtagelser – status 2016

Copyright: Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Udarbejdet af: Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Sundheds- og Ældreministeriet

Udgivet af:

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
Telefon: 72 26 90 00

E-post sum@sum.dk

EAN –lokationsnummer: 5798000362055

Grafisk design: 1508 A/S

Udgivelsesår: Juni 2016

ISBN: 978-87-7601-363-9 (publikationen udgives kun elektronisk)

Publikationen er tilgængelig på: <http://www.sum.dk>

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	3
Sammenfatning.....	5
Sammenfatning af arbejdsgruppens status.....	5
Anbefalinger på baggrund af status	7
Kapitel 1: Fakta om de akutte patienter og akutmodtagelserne	10
1.1 Indledning	10
1.2 Fakta om de akutte patienter.....	12
1.3 Fysiske rammer for akutmodtagelserne	14
1.4 Kapacitet i akutmodtagelsen	16
1.5 Delkonklusion	19
Kapitel 2: Modtagelsen af akutte patienter	20
2.1 Sammenhæng med det præhospitalt beredskab	20
2.2 Visitation	22
2.3 Modtagelse i akutmodtagelsen.....	23
2.4 Triage.....	25
2.5 Delkonklusion	25
Kapitel 3: Speciallægen med i front	27
3.1 Faciliteter på matriklen og i akutmodtagelsen	28
3.2 Adgang til speciallæger	29
3.3 Status på brugen af nye muligheder i overenskomsten for overlæger	35
3.4 Delkonklusion	36
Kapitel 4: Patientflow	37
4.1. Samarbejdet mellem akutmodtagelsen og stamafdelingen	37
4.2. Arbejdet med det gode akutte patientflow	38
4.3 Samarbejde med kommuner og almen praksis.....	40
4.4 Akutpakken og den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient	41
4.5 Delkonklusion	42
Kapitel 5: Lokal brug af data	43
5.1 Erfaringer fra regionerne med brug af tidstro data	43
5.2 Begrænsninger på anvendelse af data til forbedring af kvalitet og kapacitetsstyring	45
5.3 Servicemål for ventetider og faktiske ventetider	46
5.4 LUP Akutmodtagelser for 2015 og 2014 – data om ventetid og smertelindring.....	48
5.5 Afsluttede patienter i akutmodtagelserne og genindlæggelser	50
5.6 Delkonklusion	52

Kapitel 6: Det nationale indikatorsæt på akutområdet	53
6.1 Formål med et nationalt indikatorsæt	53
6.2 Arbejdet med det nationale indikatorsæt	54
6.3 Status for indikatorsættet og udvalgte indikatorer	54
6.4 Vurdering af udvalgte indikatorer ift. formål	56
6.5 Transparens	56
6.6 Løbende tilgængelighed	56
6.7 Sammenlignelighed og ensartet registrering	57
6.8 Delkonklusion	57
Kapitel 7: Uddannelse og forskning	59
7.1 Lægers efter- og videreuddannelse	59
7.2 Akutsygeplejerskeuddannelsen	60
7.3 Vidensdeling af forskningsresultater	61
7.4 Delkonklusion	61
Kapitel 8: Arbejdsgruppens dataindsamling og organisering	62
8.1 Dataindsamling	62
8.2 Organisering	62
Bilag 1: Oversigt over udvalgte forsknings- og udviklingsprojekter på akutområdet	63

Sammenfatning

Sammenfatning af arbejdsgruppens status

Alle akutte patienter i Danmark skal have adgang til en ensartet, høj kvalitet i behandlingen døgnet rundt og i alle dele af landet. Det er den ambition, der ligger bag moderniseringen af det danske sygehusvæsen, og det er et væsentligt element i kvalitetsfondsinvesteringerne på mere end 47 mia. kr. i en ny sygehusstruktur (2016-priser).

Indgangen til de 21 akutsygehuse i Danmark er akutmodtagelserne, hvor speciallæger er med i front i modtagelsen af de akutte patienter døgnet rundt, så de hurtigt kan igangsætte udredning og relevant behandling af høj kvalitet. Akutmodtagelser skal samtidig bidrage til, at flere patienter færdigbehandles hurtigere uden unødigt ventetid, og at færre patienter indlægges på sygehuse.

Etableringen af akutmodtagelserne baserer sig på Sundhedsstyrelsens anbefalinger til en styrket akutstruktur fra 2007¹ og er et centralt element i regionernes sygehusplaner. I 2014 udarbejdede Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner en faglig gennemgang af arbejdet med etablering af akutmodtagelserne, som resulterede i 16 anbefalinger² (se boks 1.1) samt en økonomiaftaletekst³, hvor der var enighed om at etablere en national klinisk kvalitetsdatabase på akutområdet og udarbejde en fælles status i 2016 (se boks 1.2).

Der har været tale om en gennemgribende omlægning i regionerne inden for de sidste ti år med etableringen af de 21 døgnåbne akutmodtagelser. Akutmodtagelserne modtager med få undtagelser alle typer akutte patienter via én fælles indgang, herunder også de patienter, der tidligere blev modtaget og behandlet på landets ca. 40 skadestuer og akutsygehuse.

De nye fælles akutmodtagelser udgør i dag krumtappen i fremtidens modtagelse af patienter – både for den akutte patientbehandling og for de øvrige afdelinger på akutsygehuse, da der nu skabes bedre mulighed for samarbejde om den akutte uafklarede patient på tværs af specialer – og et bedre grundlag for at skabe et sammenhængende patientforløb. Akutmodtagelserne er samtidig centrale i opnåelsen af de effektiviseringskrav, som er knyttet til de nye sygehuse.

Nærværende rapport gør fælles status over de 21 akutmodtagelser primo 2016. Status viser, at akutmodtagelserne er i en positiv udvikling, og at regionerne følger op på anbefalingerne fra den faglige gennemgang fra 2014. Statusrapporten viser, at der er et arbejde i at sikre ensartet høj kvalitet på tværs af akutsygehuse og regioner. Akutmodtagelserne er derfor fortsat et område i udvikling.

I *kapitel 1 om de akutte patienter og akutmodtagelserne* ses det, at 12 akutmodtagelser nu har taget de endelige fysiske rammer i brug, og at akutmodtagelsen er samlet ét fysisk sted på 17 ud af de 21 akutsygehuse, hvilket er to flere end i 2014. Andelen af senge i akutmodtagelsen forventes at stige

¹ "Styrket akutberedskab. Planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen", Sundhedsstyrelsen 2007.

² "Faglig gennemgang af akutmodtagelserne", Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner, juni 2014.

³ "Aftale om regionernes økonomi for 2015", Regeringen og Danske Regioner, 2015

ved ibrugtagning af de endelige fysiske rammer. Det er forskelligt, hvor stor en andel af de samlede sengepladser på sygehusene, der befinder sig på akutmodtagelserne (mellem ca. 5 pct. og 19 pct.). Dette kan bl.a. skyldes forskellige organiseringsformer på de enkelte sygehuse.

Kapitel 2 om modtagelse af akutte patienter viser, at regionerne efter planen har implementeret den Præhospitale Patientjournal (PPJ) i alle kørende præhospitale beredskaber. Herudover viser kapitel 2, at alle akutsygehuse modtager nogle grupper af patienter uden om akutmodtagelsen, og at patienterne i så fald går direkte til den relevante stamafdeling eller direkte til de højt specialiserede afdelinger i regionen. Der foreligger aftaler i regionerne om de patienter, der går udenom akutmodtagelsen. Det drejer sig hovedsagligt om de samme patientgrupper i alle regioner, herunder bl.a. fødende og visse kardiologiske og neurologiske patienter.

I *kapitel 3 om speciallægen med i front* ses det, at alle akutsygehuse har faciliteter til røntgen, CT, ultralyd, akutte operationsfaciliteter og laboratorieydelse tilgængelige på matriklen eller i akutmodtagelsen. Det ses også, at der er repræsentation af relevante speciallægekompetencer på alle sygehuse (på nær ét, der har ølignende status), ligesom der er adgang til døgndækkende rådgivning af relevante specialer, som Sundhedsstyrelsen anbefaler.

Sundhedsstyrelsen anbefaler ligeledes, at der er døgndækkende speciallægedækning (tilstedeværelsesvagt) på akutmodtagelserne inden for bl.a. intern medicin og ortopædikirurgi, ligesom der skal være speciallæger med kompetencer til at foretage akutte ultralydsundersøgelser, herunder ekkokardiografi. Status viser, at det er tilfældet på 13 ud af 21 akutmodtagelser, men at 8 mangler døgndækkende speciallægedækning på nogle tidspunkter af døgnet i dag. Der er tale om en forbedring i forhold til 2014, hvor 15 akutmodtagelser ikke levede op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger på dette punkt. Kapitel 3 viser også, at der gøres brug af de nye muligheder i medfør af overenskomsterne på alle akutmodtagelser, og at det bidrager til at sikre størst mulig speciallægedækning i akutmodtagelserne.

Kapitel 4 om patientflow viser, at regionerne har opnået gode erfaringer med flow på akutsygehusene, og at fokus på at understøtte gode patientflow har bidraget til en tættere sammenhæng mellem akutmodtagelsen og det øvrige sygehus, bl.a. med samarbejdsaftaler og ledelsesråd. Det tegner et billede af, at man er gået fra at være et sygehus med en fælles akutmodtagelse til at være et egentligt akutsygehus. Der er med finansloven for 2016 afsat midler til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient for 2016-2019, der blandt andet skal medfinansiere regionernes arbejde med at udbrede og videreudvikle projektet "Sikkert Patientflow" til alle landets akutsygehuse.

Kapitel 5 om lokal brug af data viser, at regionerne aktivt bruger tidstro og aktuel data i forbindelse med den løbende kvalitetsudvikling på de enkelte afdelinger og sygehuse. Der er forskelle i hvilke oplysninger, der registreres, hvordan de registreres samt hvilke niveauer, der inddrager og bruger data aktivt. I kapitel 5 ses det også, at ventetiderne i akutmodtagelserne generelt har været faldende siden 2011, og at den i 2015 var højest i Region Nordjylland på ca. 45 minutter og lavest i Region Sjælland på ca. 25 minutter. Flere patienter afsluttes også i akutmodtagelsen i 2015 end i 2013. Andelen svinger mellem 40 pct. og 67 pct.

Kapitel 6 om det nationale indikatorsæt for akutområdet viser, at der på nationalt niveau er etableret en kvalitetsdatabase på det akutte område, og at der er udgivet en første rapport fra databasen i januar 2016. Der er defineret et nationalt indikatorsæt, men indikatorerne er under udvikling. I den første rapport indgår der resultater for tre af de i alt ti indikatorer. De ti udvalgte indikatorer vedrører primært kvalitet, mens service og effektivitet kun ses som afledte effekter. Det nationale indikatorsæt giver på nuværende tidspunkt ikke mulighed for at sammenligne data på tværs af regioner. Dette skyldes primært en uensartet registrering af aktivitet i akutmodtagelserne. Samlet kan det derfor

konkluderes, at det på baggrund af den første rapport fra akutdatabasen ikke er muligt at bruge data fra kvalitetsdatabasen til at sammenligne kvalitet, service og effektivitet på tværs af akutmodtagelserne.

Kapitel 7 om uddannelse og forskning viser, at der er igangsat forskellige uddannelsesinitiativer på akutområdet. Status viser, at der er stort fokus på forskningsmæssige aktiviteter. Regionerne videndeler resultater og erfaringer fra de igangsatte forskningsprojekter på det akutte område i flere relevante regionale fora.

Den faglige gennemgang havde ikke særsigtet fokus på oprettelse af akutmedicin som speciale, hvorfor statusrapporten ikke behandler drøftelserne yderligere. I den sammenhæng kan nævnes, at Sundhedsstyrelsen bl.a. efter drøftelser i det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse i foråret 2016 har indledt et arbejde med at vurdere spørgsmålet om en mulig etablering af et akutmedicinsk speciale i Danmark. Arbejdet forventes afsluttet medio 2017.

Anbefalinger på baggrund af status

På baggrund af status primo 2016 kan det konstateres, at regionerne følger op på Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 om styrket akutberedskab samt anbefalingerne fra den faglige gennemgang fra 2014. Der skal fortsat arbejdes for at sikre en ensartet høj kvalitet på tværs af akutsygehuse og regioner, men det går den rette vej. Akutmodtagelserne er et område i udvikling.

Status på implementering af anbefalinger

Anbefaling fra den faglige gennemgang 2014	Status 2016
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.	Alle regioner arbejder systematisk med optimal kapacitetsudnyttelse inden for de fysiske rammer af akuthospitalet.
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.	Alle 21 akutsygehuse har faciliteterne til røntgen, CT, ultralyd, akutte operationsfaciliteter og laboratorieydelser tilgængelige på matriklen eller i akutmodtagelsen. Vedrørende speciallægenes tilstedeværelse i akutmodtagelsen henvises til status på anbefaling 9.
3. De eksisterende triagemodeller justeres til én fælles triagemodel, som anvendes i alle akutmodtagelser	Der arbejdes med to indholdsmæssigt ens triagemodeller i regionerne. Statusrapporten viser, at brugen af de to triagesystemer giver samme hastegradsvurdering for patienterne. Forskellen på de to modeller er alene, om hospitalernes 'flowoptimering' er indbygget i triagesystemet.
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.	Alle akutsygehuse modtager udvalgte patientgrupper uden om akutmodtagelsen, og disse patienter modtages direkte til den relevante afdeling. Alle regioner har aftaler mellem akutmodtagelser og stamafdelinger.
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.	Regionerne har opnået gode erfaringer med brug af tidstro og aktuel data til løbende kvalitetsforbedringer på akutsygehuse. Der er forskelle i registreringspraksis sygehuse og regioner imellem.

6. Der udvikles et nationalt indikatorsæt, som indeholder centrale indikatorer for kvalitet, effektivitet og service. Indikatorsættet skal tage afsæt i den kliniske kvalitetsdata-base for akutområdet, som ibrugtages i 2015. Data og resultater skal være transparente og løbende gøres tilgængelige for relevante parter.	Regionerne har etableret en national kvalitetsdatabase på det akutte område. Indikatorerne er transparente og tilgængelige. Første rapport udkom januar 2016 med resultater fra 3 ud af 10 indikatorer. Indikatorerne måler primært på kvalitet, mens effektivitet og service kun udledes indirekte.
7. For at sikre sammenlignelighed af data på tværs af regioner og sygehuse skal regionerne sikre ensartet registrering af aktivitet i akutmodtagelserne.	Det er endnu ikke muligt at sammenligne indikatorerne på tværs blandt andet på grund af forskel i akutmodtagelsernes registreringspraksis for alle ti indikatorer. Området er under udvikling.
8. Regionerne deler viden og erfaringer om servicemål.	Alle regioner har politisk bestemte servicemål for bl.a. ventetider mv. Regionerne drøfter løbende erfaringer vedrørende servicemålene.
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.	Der er repræsentation af relevante speciallægekompeterencer på alle sygehuse (på nær ét med ølignende status), ligesom der er adgang til døgndækkende rådgivning af relevante specialer. 8 akutmodtagelser mangler døgndækkende tilstedeværelse i natte- eller weekendtimerne ved ét eller flere specialer, eller mangler relevante speciallægekompeterencer til at foretage akutte ultralydsundersøgelser, herunder ekkokardiografi.
10. Overenskomsterne for personalet ansat på akutsygehuset skal understøtte gode patientforløb og godt flow i akutmodtagelsen.	Regionerne gør brug af de nye muligheder i medfør af overenskomsterne på alle akutmodtagelser.
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.	Alle sygehuse har interne aftaler mellem akutmodtagelser og akutsygehuse. På 17 ud af 21 akutmodtagelser er særlige skriftlige aftaler.
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.	Alle regioner har funktionsbeskrivelser for bl.a. flowmaster i akutmodtagelsen. Flowmaster har klare beføjelser til visitation og rekvirering af tilsyn/tilkald fra andre afdelinger.
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 samarbejds kultur på akutsygehuset, herunder i forhold til samarbejde på tværs af faggrupper.	Sygehusledelserne er aktivt involveret i at sikre velfungerende samarbejder mellem akutmodtagelse og stamafdelinger. Det er sikret ved ledelsesråd med repræsentanter fra involverede afdelinger og direktion.
14. Samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren skal understøtte sammenhængende patientforløb for de akutte patienter. Dette bør forankres i regi af sundhedsaftalerne.	Alle regioner har fokus på sammenhængende patientforløb for akutte patienter i sundhedsaftalerne. Det gælder bl.a. forløbsbeskrivelser og andre typer aftaler.
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.	Alle uddannelsesråd arbejder med at lægge dele af uddannelsesforløb i akutmodtagelserne, hvor det måtte være relevant.
16. Regionerne skal videndele resultaterne fra de igangsatte forskningsprojekter på det akutte område.	Alle regioner arbejder aktivt med forskning og videndeling på det akutte område (se bilag 1).

På baggrund af status anbefales det:

- At regionerne sikrer adgang til de klinisk relevante undersøgelser og relevante speciallæger og speciallægekompetencer på alle akutmodtagelser døgnet rundt.
- At der arbejdes videre på udvikling af Databasen for Akutte Hospitalskontakter, herunder
 - At der skabes en ensartet registreringspraksis.
 - At der bliver leveret data til alle udvalgte indikatorer.
 - At der udvælges supplerende indikatorer til akutdatabasen vedrørende effektivitet og service.
- At der arbejdes videre med datadrevet kvalitetsudvikling på baggrund af tidstro og aktuel data, og at der sker en øget erfaringsudveksling om dette på tværs af akutsygehuse og regioner.
- At Sundhedsstyrelsen på baggrund af de hidtidige erfaringer samt forskning på området (bl.a. bilag 1) igangsætter en faglig proces med inddragelse af relevante parter med henblik på opdatering af de faglige anbefalinger for et styrket akutberedskab fra 2007.

Kapitel 1: Fakta om de akutte patienter og akutmodtagelserne

1.1 Indledning

Der sker i disse år en grundlæggende omlægning af det danske sundhedsvæsen. De akutte og specialiserede funktioner samles på færre og større enheder for at styrke rutine og kvalitet, skabe bedre læringsmiljøer og forbedre ressourceforbruget. Omstruktureringen understøttes af markant store investeringer i nye og moderniserede sygehuse med en samlet investeringsramme på mere end 47 mia. kr. (2016-priser).

Det betyder bl.a., at Danmark går fra at have ca. 40 akutsygehuse til at have 21 akutsygehuse med døgnåbne akutmodtagelser. Akutmodtagelserne modtager med få undtagelser alle typer akutte patienter, herunder også de patienter, der tidligere blev modtaget og behandlet på landets skadestuer. Den nye sygehusstruktur betyder også, at der nogle steder i landet bliver længere til nærmeste akutsygehus. Derfor er det såkaldte præhospitale beredskab – dvs. ambulancer, akutbiler, lægebiler og lægehelikoptere – også blevet styrket.

Indgangen til de 21 akutsygehuse er akutmodtagelserne, hvor speciallæger skal være med i front i modtagelsen af de akutte patienter døgnet rundt. Akutmodtagelser er et stort kvalitetsløft, fordi de akutte modtageafsnit historisk set har været bemanded med yngre læger i aften- og nattetimerne.

Boks 1.1: Hvad er en akutmodtagelse?

Betegnelsen "fælles akutmodtagelse" dækker over en fælles fysisk lokalitet på et sygehus beliggende på én matrikel, hvortil akut syge eller tilskadedkomne 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 bemanded med læger, sygeplejersker og andet personale.

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2007

1.1.1 Formål og baggrund for status

Akutmodtagelserne er etableret på grundlag af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for området i rapporten *Styrket akutberedskab - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen* fra 2007. Der lægges heri op til en implementeringsperiode på 5-10 år.

Der blev i juni 2014 foretaget en faglig gennemgang af akutmodtagelserne af en arbejdsgruppe bestående af Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner. Gennemgangen konkluderede, at akutmodtagelserne samlet set har løftet kvaliteten i behandlingen af den akutte patient. Den faglige gennemgang viste også, at akutmodtagelserne er organiseret forskelligt, og at der var potentiale for at forbedre anvendelsen af data i kvalitetsudviklingen.

Den faglige gennemgang indeholdt 16 anbefalinger til regionerne vedrørende de fysiske rammer og faciliteter, modtagelsen af patienter, data og kvalitetsmål, adgangen til speciallæger, samarbejde og effektivt flow samt om uddannelse og forskning.

Det indgik i aftalen om regionernes økonomi for 2015, at regionerne skulle implementere anbefalingerne fra den faglige gennemgang som led i det fortsatte arbejde med at sikre ensartet, høj kvalitet på tværs af akutsygehuse og regioner. Herudover skulle regionerne fortsætte arbejdet med datadrevet kvalitetsudvikling i akutmodtagelserne. I den forbindelse skulle der udvikles et nationalt indikatorsæt for behandlingen af akut syge patienter, som indeholder centrale indikatorer for kvalitet, service og effektivitet. Det nationale indikatorsæt skulle danne grundlag for en fælles status for akutmodtagelserne i 2016 og tage afsæt i den kliniske kvalitetsdatabase på området samt understøttes af ensartet registrering af aktivitet i alle akutmodtagelser.

Boks 1.2 Tekst fra aftale om regionernes økonomi 2015 vedr. akutmodtagelser

Som opfølgning på økonomiaftalen for 2014 er der gennemført en faglig gennemgang af de fælles akutmodtagelser. Resultatet af gennemgangen er en række anbefalinger, som retter sig mod arbejdet med den videre udvikling af akutmodtagelserne. Gennemgangen viser, at akutmodtagelserne samlet set har løftet behandlingen af den akutte patient, og at regionerne implementerer anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsens rapport fra 2007 om "Styrket akutberedskab".

Gennemgangen viser samtidig, at der i nogle tilfælde er variation i, hvordan sammenlignelige akutmodtagelser er organiseret. Akutmodtagelserne er derfor fortsat et område i udvikling – også fordi de bygningsmæssige rammer er under forandring

På den baggrund er parterne enige om, at regionerne implementerer anbefalingerne fra den faglige gennemgang som led i det fortsatte arbejde med at sikre ensartet, høj kvalitet på tværs af akutsygehuse og regioner. Parterne er også enige om, at regionerne fortsætter arbejdet med datadrevet kvalitetsudvikling i akutmodtagelserne. I den forbindelse udvikles et nationalt indikatorsæt, som indeholder centrale indikatorer for kvalitet, service og effektivitet.

Indikatorsættet skal tage afsæt i den kliniske kvalitetsdatabase på området, der forventes ibrugtaget primo 2015, og skal understøttes af ensartet registrering af aktivitet i alle akutmodtagelserne. Det nationale indikatorsæt vil danne grundlag for en fælles status for akutmodtagelserne i 2016.

Kilde: Aftale om regionernes økonomi for 2015

1.1.2 Læsevejledning

I den følgende gennemgang gøres der status for regionernes implementering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 og den faglige gennemgang fra 2014.

Gennemgangen er struktureret tematisk. I kapitel 2 gives status på modtagelsen af akutte patienter, herunder sammenhæng med det præhospitale beredskab, visitation, modtagelse i akutmodtagelsen og triage.

Kapitel 3 fortsætter med at se på målsætningen om at have speciallæger med i front, herunder at sikre adgang til speciallæger døgnet rundt og de overenskomstmæssige muligheder for at sikre vagtdækning.

I kapitel 4 ses på arbejdet med patientflow, herunder samarbejde mellem akutmodtagelser og stamafdelinger, arbejdet med det gode akutte patientflow og samarbejde på tværs af sygehuse, kommuner og praksissektoren.

Kapitel 5 og 6 giver en status på tilvejebringelse og anvendelse af data. Kapitel 5 ser på den lokale brug af data, mens kapitel 6 vurderer arbejdet med et nationalt indikatorsæt for akutmodtagelserne.

Endelig giver kapitel 7 status på uddannelse og forskning, herunder lægers videreuddannelse og videndeling af resultater fra forskningsprojekter.

1.2 Fakta om de akutte patienter

Der var i 2015 14,4 mio. patientkontakter på de danske sygehuse, jf. Tabel 1.1. Heraf var 1,9 mio. kontakter akutte, svarende til 13 pct. af det samlede antal patientkontakter. I forhold til 2014 er der tale om en stigning i det samlede antal patientkontakter på 0,4 mio., svarende til knap 3 pct.

Stigningen er isoleret til det ambulante område, idet der er sket et lille fald i antallet af indlæggelser, svarende til 1,5 pct. Andelen af akutte kontakter i 2015 var på det ambulante område 8 pct. og for indlæggelser 72 pct., jf. Tabel 1.1 og Figur 1.1. På grund af databrud er det ikke muligt at sammenligne med år før 2014.

Ambulante besøg indebærer gennemsnitligt et mindre ressourcetræk end indlæggelser, og de to typer af kontakter er derfor principielt usammenlignelige. Af samme årsag kan tabel 1.1. ikke danne grundlag for en vurdering af udviklingen i det samlede ressourcetræk fra 2014 til 2015.

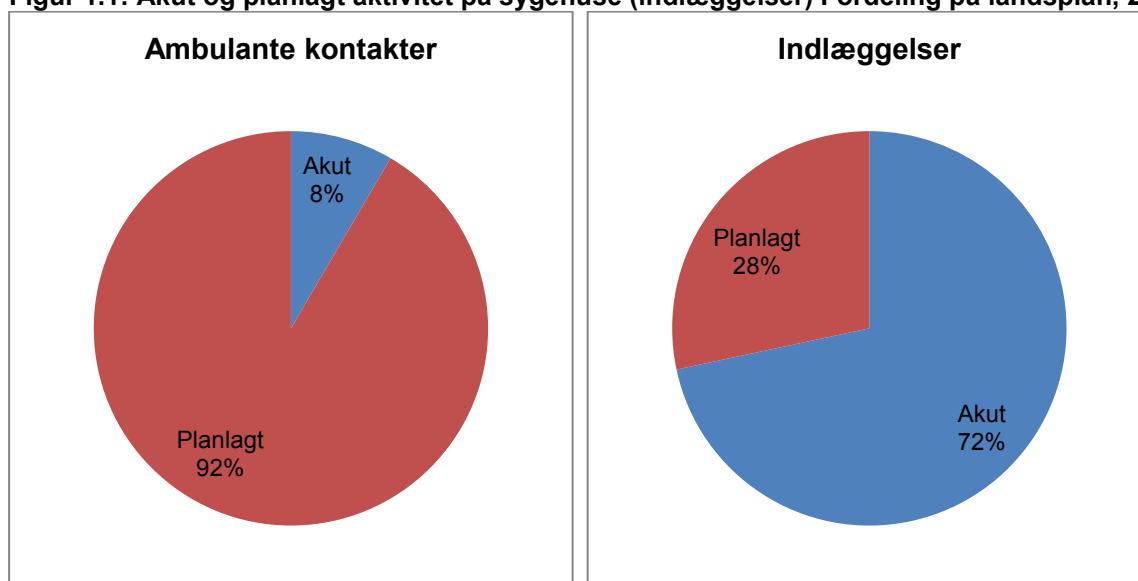
Tabel 1.1: Hospitalskontakter i 2014 og 2015

	2014			2015			Forskel (kontakter i alt, pct.)
	Akutte	Kontakter i alt	Andel akutte (pct.)	Akutte	Kontakter i alt	Andel akutte (pct.)	
Indlæggelser	814.492	1.143.088	71	806.559	1.125.701	72	-1,5
Ambulant	1.136.746	12.861.731	9	1.119.204	13.278.399	8	3,2
I alt	1.951.238	14.004.819	14	1.925.763	14.404.100	13	2,9

Anm.: Der indgår kontakter for patienter betalt af det offentlige, uanset om behandlingen er foregået på offentlige eller private sygehuse. Der er databrud mellem 2013 og 2014, hvorfor tallene ikke kan sammenlignes med den tilsvarende opgørelse i den faglige gennemgang.

Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen pr. 20. april 2016

Figur 1.1: Akut og planlagt aktivitet på sygehuse (indlæggelser) Fordeling på landsplan, 2015



Anm.: En indlæggelse tælles som en patients udskrivning fra en sygehusafdeling, hvor patienten har optaget en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger tæller ikke med i opgørelsen.

** Ved ambulante behandling er patienten indskrevet på en afdeling, men optager ikke en normeret sengeplads. Ambulante besøg tælles som en patients fremmøde på et ambulatorium, i en tværgående klinisk serviceafdeling, et hjemmebesøg af et sundhedsfagligt uddannet personale eller modtaget en afregningsberettiget telemedicinsk ydelse. Der opgøres kun ét ambulante besøg per dag per afdeling.

Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen pr. 20. april 2016

Der er forskelle i andelen af akutte kontakter regionerne imellem. På det ambulante område varierer andelen af akutte kontakter fra 5,0 pct. i Region Midtjylland til 8,4 pct. i hele landet, jf. Tabel 1.2. Region Hovedstadens højere andel akutte ambulante kontakter (12,9 pct.) skyldes formentlig, at patienter, der møder op i akutmodtagelse i forbindelse med opkald til det fælles visitationsnummer 1813 også registreres som akut ambulante, hvor de før var registreret i vagtlægeregi. For indlæggelser er der en væsentligt mindre varians fra Region Syddanmarks 68,8 pct. til Region Hovedstadens og Region Nordjyllands 73,6 pct., jf. Tabel 1.3.

Tabel 1.2: Antal sygehuskontakter (ambulant), heraf akutte, fordelt på regioner (2015)

Region	Akutte kontakter	Kontakter i alt	Andel akutte kontakter (pct.)
Region Nordjylland	91.189	1.212.485	7,5
Region Midtjylland	141.878	2.837.774	5,0
Region Syddanmark	235.974	3.204.346	7,4
Region Sjælland	122.349	1.931.523	6,3
Region Hovedstaden	527.814	4.092.271	12,9
Hele landet	1.119.204	13.278.399	8,4

Anm.: Ved ambulante behandling er patienten indskrevet på en afdeling, men optager ikke en normeret sengeplads. Ambulante besøg tælles som en patients fremmøde på et ambulatorium, i en tværgående klinisk serviceafdeling, et hjemmebesøg af et sundhedsfagligt uddannet personale eller modtaget en afregningsberettiget telemedicinsk ydelse. Der opgøres kun ét ambulante besøg per dag per afdeling. Se også anm. til Tabel 1.1.

Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen pr. 20. april 2016

Tabel 1.3: Antal sygehuskontakter (indlæggelser), heraf akutte, fordelt på regioner (2015)

Region	Akutte kontakter	Kontakter i alt	Andel akutte kontakter (pct.)
Region Nordjylland	70.800	96.258	73,6
Region Midtjylland	164.066	226.684	72,4
Region Syddanmark	146.928	213.561	68,8
Region Sjælland	136.057	196.965	69,1
Region Hovedstaden	288.708	392.233	73,6
Hele landet	806.559	1.125.701	71,6

Anm.: En indlæggelse tælles som en patients udskrivning fra en sygehusafdeling, hvor patienten har optaget en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger tæller ikke med i opgørelsen. Se også anm. til Tabel 1.1. Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen pr. 20. april 2016

1.3 Fysiske rammer for akutmodtagelserne

Etableringen af de fælles akutmodtagelser kræver ændringer af både organisationer og fysiske rammer. De organisatoriske aspekter berøres især i kapitel 2 vedr. modtagelse af patienter og kapitel 3 vedrørende speciallægenes rolle i akutmodtagelserne.

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 akutsygehuse etableret midlertidige fysiske rammer, indtil de planlagte byggeprojekter er afsluttet.

12 akutmodtagelser forventer at have taget de nye fysiske rammer i brug i løbet af 2016, jf. Tabel 1.4. Akutmodtagelsen er samlet ét fysisk sted på 17 ud af 21 akutsygehuse, hvilket er to flere end i 2014. På en række sygehuse er akutmodtagelsen etableret i midlertidige fysiske rammer.

De fleste byggeprojekter, der fremgår af tabel 2.2, fremgik også i den faglige gennemgang fra 2014. Undtagelsen er Bornholms Hospital, der ved status i 2014 ikke havde planer om ombygning, men nu er i gang med at bygge en ny akutmodtagelse, der forventes færdig i oktober 2016.

Ud af de 16 kvalitetsfondsstøttede sygehusbyggerier indeholder de 13 en akutmodtagelse. De øvrige tre er Rigshospitalet, der har et traumecenter samt de psykiatriske sygehuse i Slagelse og ved Sct. Hans i Roskilde. Regionerne har selv prioriteret anlægsmidler til ombygning eller nybygning af de resterende akutmodtagelser. Til de kvalitetsfondsfinansierede projekter er der med undtagelse af akutmodtagelsen i Slagelse tilknyttet et effektiviseringskrav på 4-8 pct. af sygehusets driftsbudget. Akutmodtagelserne og den heraf følgende organisatoriske omlægning til en højere andel af ambulante behandling forventes at spille en central rolle i realiseringen af effektiviseringskravene.

Tabel 1.4: Tidsplan for sygehusbyggerier med akutmodtagelse

Region	Sygehus	Ibrugtagning af ny akutmodtagelse*	Færdiggørelse af samlet byggeprojekt**	Projektsum
Hovedstaden	Bispebjerg Hospital***	2023	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.
	Bornholms Hospital	2016	2016	0,05 mia.
Sjælland	Holbæk Sygehus	2012	2012	0,05 mia.
	Universitetssygehus Køge***	2022 ¹	2022	4,0 mia.
	Nykøbing Falster Sygehus	2011	2018	0,27 mia.
	Slagelse Sygehus***	2013	2018	0,73 mia.
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	2015	2019	0,73 mia.
	Sygehus Lillebælt, Kolding***	2016	2017	0,9 mia.
	Odense Universitetshospital***	2012*	2022	6,3 mia.
	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa***	2014	2021	1,25 mia.
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital***	2017	2019	6,35 mia.
	Hospitalsenheden Vest (Gødstrup)*	2019	2020	3,15 mia.
	Hospitalsenheden Midt, Viborg*	2016	2018	1,15 mia.
	Hospitalsenheden Horsens	2021	2021 ²	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 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 der i 2012 bygget en ny akutmodtagelse, som skal bruges indtil ibrugtagning af det nye Odense Universitetshospital i 2021. På Aalborg Universitetshospital er der lavet en midlertidig akutmodtagelse, indtil det nye Aalborg Universitetshospital tages i brug i 2020.

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

Note: Bornholms Hospital er i færd med at bygge ny akutmodtagelse, der skal rumme intensiv og 14 senge. Det forventes, at den nye akutmodtagelse er klar til oktober 2016.

***Kvalitetsfondsbyggerier

¹ Det eksisterende Køge Sygehus har allerede i dag en midlertidig, men velfungerende fælles akutmodtagelse.

² Ibrugtagning af udvidelse til 27 senge skete i 2012. Frem til 2021 udvides akutafdelingen etapevis til i alt 37 senge

Det bemærkes, at der for så vidt angår Sygehus Thy-Mors, Nykøbing Falster Sygehus og Bornholm Sygehus er tale om modificerede akutmodtagelser, som på grund af særligt tyndt befolkede områder med ø- eller ø-lignende geografi har en modtagefunktion for akutte patienter på et sygehus tilpasset de lokale forhold.

Boks 1.3: Anbefalinger, der gøres status på i dette kapitel

Anbefaling 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.

1.3.1 Videndeling om de fysiske rammer m.v.

Danske Regioner iværksatte i 2010 projektet "Godt sygehusbyggeri - koordination og innovation", der skulle understøtte og sikre systematisk opsamling, deling og udvikling af viden om centrale elementer i sygehusbyggeri på tværs af regionerne samt udviklingen af fælles løsninger, der hvor det er hensigtsmæssigt.

I projektets første fase blev der identificeret ti pejlemærker for fællesindsatser om sygehusbyggeri og otte fokusområder for udvikling af indhold i de nye sygehuse herunder de mere organisatoriske aspekter, der knytter sig til de nye sygehuse. I projektets anden fase arbejdes der med de anbefalinger til fælles konkrete projekter, der udsprang af arbejdet med pejlemærker og fokusområder, ligesom der er identificeret fire prioriterede faglige områder herunder eksempelvis organisationsudvikling og kulturændringer, der er specifikt fokus på. For mere information herom henvises der til www.godtsygehusbyggeri.dk

Alle regioner arbejder endvidere med optimal kapacitetsudnyttelse indenfor de fysiske rammer af akutsygehuset. Alle regioner har deltaget i projekt "Sikkert patientflow" (jf. også kapitel 4), hvor der blev arbejdet systematisk og evidensbaseret med at skabe godt patientflow i hele akutsygehuset. Projektet udbredes nu til alle akutsygehuse, hvilket bl.a. betyder fokus på kapacitetskonferencer, tavlemøder, brug af data til at skabe forbedringer samt fjernelse af flaskehalse i patientforløbene for at skabe godt patientflow. Desuden er der etableret regionale arbejdsgrupper, som har udarbejdet regionale rapporter om emnet samt etableret forskning og planlagt og gennemført konferencer.

1.4 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. Kapacitet i akutmodtagelserne, fx antallet af sengepladser, må ses i sammenhæng med arbejdsdelingen mellem akutmodtagelse og specialafdelinger.

I de følgende afsnit beskrives akutmodtagelsernes kapacitet i form af sengepladser henholdsvis primo 2014, 2015 og forventet kapacitet i 2020, når størstedelen af de nye sygehusbyggerier er ibrugtaget. Forhold vedrørende modtagelse af patienter og flow i forbindelse med udskrivning og overførsel til specialafdelinger er beskrevet i kapitel 2 og 4.

1.4.1 Behandlingspladser i akutmodtagelsen

Der benyttes en række forskellige termer om behandlingspladserne i akutmodtagelsen. Groft opdelt skelner sygehuse 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.

Tabel 1.5. Sengepladser i akutmodtagelser og på sygehuse 2014 og 2015

Region	Sygehus	Senge i akutmodtagelsen 2014	Senge i akutmodtagelsen 2015	Senge på sygehus et 2014	Senge på sygehuset 2015	Andel senge i akutmodtagelsen 2014 (%)	Andel senge i akutmodtagelsen 2015 (%)
Hovedstaden	Bispebjerg Hospital	40	36	402	423	9,9	9,5
	Nordsjællands Hospital, Hillerød	44	44	464	464	9,5	9,5
	Herlev Hospital	37	37	740	740	5,0	5,0
	Hvidovre Hospital	54	54	534	534	10,1	10,1
	Bornholms Hospital	0	0	102	102	0	0
Sjælland	Holbæk Sygehus	16	16(14)	322	322	5,0	5,0
	Køge Sygehus	20	13(19)	284	284	7,0	4,6
	Nykøbing Falster Sygehus	32	32(8)	216	216	14,8	14,8
	Slagelse Sygehus	37	37(13)	299	299	17,1	12,4
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	51	51(7+4)	402	402	12,7	12,7
	Sygehus Lillebælt, Kolding	29	29(6+8)	302	302	9,6	9,6
	Odense Universitetshospital, Odense	44	44(4+7+17)	821	821	5,4	5,4
	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	25	25(3+3+3)	130	130	19,2	19,2
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	16	51	1.173	1.066	1,4	4,8
	Hospitalsenheden Vest	46	27	424	429	10,8	6,3
	Hospitalsenheden Midt, Viborg	30	30(13)	385	365	7,8	8,2
	Hospitalsenheden Horsens	27	27(4**)	233	232	11,6	11,6
	Regionshospitalet Randers	26	33	240	240	10,8	13,8
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	36	36	800	783	4,5	4,6
	Sygehus Thy-Mors	16	16(12)	128	84	12,5	19,0
	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	32	22	404	296	7,9	7,4

Parentes angiver "andre typer behandlingspladser akutmodtagelserne råder over"

Tabel 1.5 viser, at der på alle 21 sygehuse er etableret akutmodtagelser med egne sengepladser bortset fra på Bornholm, hvor akutmodtagelsen tages i brug i oktober 2016.

Tabel 1.6. Forventede senge i akutmodtagelsen ved ibrugtagning af de endelige fysiske rammer

Region	Sygehus	Forventede senge i akut-modtagelsen ved ibrugtagning	Forventede senge på sygehuset ved ibrugtagning af samlet sygehus	Andel forventede senge i akut modtagelsen ved ibrugtagning (%)
Hovedstaden	Bispebjerg Hospital	100	635	15,7
	Nordsjællands Hospital, Hillerød	90	662	13,6
	Herlev Hospital	130	626	20,7
	Hvidovre Hospital	92	682	13,5
	Bornholms Hospital	14	82	17,1
Sjælland	Holbæk Sygehus	54	258	15,5
	Køge Sygehus	70	788	8,8
	Nykøbing Falster Sygehus	32	275	11,6
	Slagelse Sygehus	56	372	15,1
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	63	353	17,8
	Sygehus Lillebælt, Kolding	52	386	13,5
	Odense Universitetshospital, Odense	71	714	9,9
	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	45	258	17,4
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	74	912	8,1
	Hospitalsenheden Vest	35	437	8,0
	Hospitalsenheden Midt, Viborg	50	369	13,6
	Hospitalsenheden Horsens	37	261	14,2
	Regionshospitalet Randers	41	240	17,1
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	64	590	10,8
	Sygehus Thy-Mors	16	128	12,5
	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	32	245	13,1

På baggrund af ovenstående tabeller kan det konstateres, at andelen af senge i akutmodtagelser på de enkelte akutsygehuse varierer mellem ca. 5 pct. og ca. 19 pct. Generelt kan man se i tabel 1.6., at andelen af senge på akutmodtagelserne forventes at stige ved ibrugtagning af de endelige fysiske rammer (i 2020) og andelen ved endelig ibrugtagning vil ligge mellem ca. 8 pct. og ca. 21. pct.

1.5 Delkonklusion

Der var i 2015 1,9 mio. akutte kontakter på de danske sygehuse svarende til 13 pct. af det samlede antal sygehuskontakter. Ser man alene på indlæggelser, der er mere ressourcetunge end ambulante kontakter, stod akutte kontakter dog for 72 pct. af det samlede antal. Dermed spiller optimering af akutområdet en rolle i forhold til sundhedsvæsenets samlede ressourceforbrug.

I forhold til 2014 er der tale om en stigning i det samlede antal patientkontakter på 0,4 mio. svarende til knap 3 pct. Stigningen er isoleret til det ambulante område, idet der er sket et lille fald i antallet af indlæggelser svarende til 1,5 pct. Tallene afspejler den generelle tendens i sundhedsvæsenet til, at behandlingen i stigende grad omlægges fra stationær til ambulante.

I løbet af 2016 forventer 12 akutmodtagelser at have taget de endelige fysiske rammer i brug, og akutmodtagelsen vil være samlet ét fysisk sted på 17 ud af 21 akutsygehuse, hvilket er 2 flere end i 2014. På en række sygehuse er akutmodtagelsen etableret i midlertidige fysiske rammer.

Det er forskelligt fra sygehus til sygehus hvor stor en andel af de samlede sengepladser på sygehusene, der befinder sig på akutmodtagelserne. Det gælder både for den aktuelle status og for den forventede status ved endelig ibrugtagning af de nye fysiske rammer. Dette kan blandt andet skyldes forskellige organiseringsformer på de enkelte sygehuse. Det generelle billede er dog, at der ved etablering og ibrugtagning af de nye fysiske rammer forventes en stigning i andelen af senge på det enkelte sygehus, der befinder sig i akutmodtagelsen.

Kapitel 2: Modtagelsen af akutte patienter

Det akutte beredskab omfatter både det præhospitale beredskab og den akutte modtagelse på sygehuset. Hvor det præhospitale beredskab er den indsats, der varetages uden for sygehuset, omfatter den akutte modtagelse på sygehuset både undersøgelse, diagnostik og behandling af den akutte patient.

Dette kapitel omhandler "patientens vej" til akutmodtagelsen herunder sammenhængen med det præhospitale beredskab, selve visitationen, modtagelsen i akutmodtagelsen og triagering.

Den faglige gennemgang undersøgte også modtagelsen af patienterne, og opstillede på den baggrund to anbefalinger, som dette kapitel gør status på:

Boks 2.1: Anbefalinger, der gøres status på i dette kapitel

Anbefaling 3:

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

Anbefaling 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

2.1 Sammenhæng med det præhospitale beredskab

En væsentlig forudsætning for samlingen af de akutte funktioner på færre enheder har været at styrke det præhospitale beredskab, så akutte patienter hurtigt og effektivt kan blive transporteret til en akutmodtagelse, og så man kan starte den livreddende indsats på skadestedet. Derfor har samtlige regioner de senere år væsentligt udbygget det præhospitale beredskab, og der er blevet tilført statslige midler til området, bl.a. med den landsdækkende helikopterordning, som gik i drift den 1. oktober 2014.

Den præhospitale indsats foregår uden for sygehusene og omfatter bl.a. disponering af ambulancer, akutbiler og akutlægebiler med tilknyttet sundhedsfaglige rådgivning, transport og visitation af patienter, som er blevet akut syge eller er kommet til skade. Som led i den præhospitale indsats indledes livreddende behandling på stedet, hvis der er behov for det.

Alle regionernes akutmodtagelser arbejder med at sikre en god sammenhæng mellem akutmodtagelsen og det præhospitale beredskab.

Af bekendtgørelse nr. 1150 af 9. dec. 2011, § 16, fremgår det, at regionsrådet skal nedsætte et sundhedsberedskabs- og præhospital udvalg, som skal koordinere samarbejdet om

sundhedsberedskabet og den samlede præhospitale indsats mellem sygehusvæsenet, ambulanceberedskabet, den primære sundhedstjeneste, de tilgrænsende regioner, kommunerne i regionen, politiet samt redningsberedskabet. Alle regioner har etableret udvalg og fora på tværs af det præhospitale beredskab og akutmodtagelsen.

Præhospital Patient Journal (PPJ)

Sundhedsstyrelsen (2007) anbefaler, at den præhospitale indsats dokumenteres i en fælles og landsdækkende præhospital journal, der omfatter både ambulancer, lægebiler, lægehelikopterne og andre indsatsordninger.

Regionerne har efter planen implementeret den Præhospitale Patientjournal (PPJ) i alle kørende præhospitale beredskaber, ambulancer, akutlægebiler og paramedicinbiler i løbet af 2015. Det fælles projekt for de fem regioner er afsluttet med den seneste tilpasning af softwaren i februar 2016. Hermed er patientdata, herunder kliniske målinger og vurderinger, optaget i ambulancen eller øvrige præhospitale enheder tilgængelige på akutmodtagelserne, hvorved personalet har mulighed for at forberede sig på indkomne patienter og vide ankomsttidspunktet.

Regionerne oplyser, at PPJ indgår aktivt i det daglige arbejde. Eksempelvis oplyser Region Nordjylland, at deres ambulancepersonale er blevet uddannet i at triagere, således at dette kan foregå præhospitalt. Via PPJ overføres patientværdier til akutmodtagelsen, og der afprøves i øjeblikket en 'chat-funktion' mellem ambulance og akutmodtagelsen på Sygehus Thy-Mors. Funktionen har vist sig nyttig i forhold til at sikre rettidig information om de patienter, der indbringes med ambulance. På sigt forventes det, at denne funktionalitet udbredes til de øvrige akutmodtagelser i regionen.

Region Midtjylland fremhæver ligeledes, at der i forbindelse med udvikling af den præhospitale patientjournal tilvejebringes relevante snitflader og fælles sprog i forhold til den triage, der foregår på sygehusene. På samme vis fortæller eksempelvis Region Hovedstaden, at alle indgående ambulancer kontakter akutmodtagelserne og mundtligt melder om patienternes tilstand, så akutmodtagelserne er parate og kan modtage patienterne optimalt. PPJ er blevet 'et naturligt dokument' omkring patientforløbet. Den korte kørsel for mange patienter kan dog betyde, at man ikke alle steder kan gøre brug af PPJ, forud for at patienten ankommer til akutmodtagelsen.

Boks 2.2 Brug af den præhospitale patientjournal på Herlev Hospital

Herlev Hospital har en televisiterende sygeplejefunktion, der giver overblik over aktuelle kørsler med online adgang til den præhospitale patientjournal (PPJ) og et overblik over samtlige patienter i akutmodtagelsen. Online adgang til PPJ sikrer et bedre patientforløb, hurtigere diagnostik og mere effektiv behandling, fx giver online adgang til EKG-målinger mulighed for at konferere med kardiolog og eventuelt omvisitere ambulancen til relevant hospital.

Ambulancen kan også sende billeder, som fx kan konfereres med ortopædkirurg, der også kan omvisitere om nødvendigt. Regionen fortæller, at patienterne på den måde sikres rettidig behandlingsstart i det rette speciale. Ved traumekald kan traumeteamet på stuen se billeder fra ulykkesstedet, som giver et godt billede af skademekanismen

Kilde: Region Hovedstaden

Ud fra ovenstående kan det konstateres, at alle regioner arbejder på at sikre sammenhæng mellem akutmodtagelsen og det præhospitale beredskab gennem en række iværksatte initiativer. Ligeledes ses det, at alle regioner benytter sig af den præhospitale patientjournal PPJ for at dele informationer om patienten.

2.2 Visitation

Det indgår i Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007, at al henvendelse til sygehusvæsenet bør være visiteret, så patienten tilbydes den rette behandling på det lavest effektive omkostningsniveau (LEON-princippet). Sundhedsstyrelsen anbefaler endvidere, at der oprettes ét landsdækkende telefonnummer til visitationsordningen under almen praksis, så entydigheden i indgangen til sundhedsvæsenets akutbetjening styrkes.

Visiteret adgang er et vigtigt tiltag i forhold til at sikre patienten det rette behandlingstilbud og derigennem sikre en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer. Undersøgelser⁴ viser således, at en række af de patienter som henvender sig på akutmodtagelser, kunne have været behandlet hos egen læge.

Der er pr. 1. april 2014 indført visiteret adgang til alle akutmodtagelser i Danmark.

For at sikre en ensartet opfølgning på kvaliteten af de sundhedsfaglige visitationer aftalte regionerne i 2014 at etablere fælles rammer for audit af den sundhedsfaglige visitation ved 112-opkald, herunder fem fælles kvalitetsmål for brugen af beslutningsstøtteværktøjet Dansk Indeks for Akuthjælp i forbindelse med den sundhedsfaglige visitation. Dette er med henblik på at sikre en systematisk og ensartet visitation. Hver enkelt region registrerer og monitorerer på disse data og gennemfører den nødvendige ledelsesmæssige opfølgning for at sikre målopfyldelse på hver af de fem mål. Resultatet offentliggøres på regionernes hjemmesider en gang årligt i 1. kvartal.

Tabel 2.1 viser en oversigt over typer af 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 almen praksis/lægevagt. I Region Syddanmark sker skadevisitationen ved, at sygeplejersker visiterer skader i dagtid, mens vagtlægeordningen visiterer sygdom og skader i vagttiden.

Tabel 2.1 Oversigt over visiteret adgang i de fem regioner

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

*Vagtlægetelefonen er bemandet med behandlersygeplejersker i tidsrummet 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.

⁴ "Status på regionale aftaler om sammenhæng i akutindsatsen", Akutudvalget 2012

Boks 2.3 Regionernes gratis akuthjælp-app

Regionerne har etableret en gratis akuthjælp-app, hvor man hurtigt kan få overblik over muligheder for akuthjælp. App'en giver et overblik over eksempelvis åbningstider for akutmodtagelser, lægevagter, apoteker, tandlæge- og tandskadevagter, kiropraktorvagter og psykiatriske akuttillbud.

App'en dækker akuthjælp i hele landet og viser de akuttillbud, der er tættest på patienten via gps-funktioner. App'en tilbyder også rutevejledning ved hjælp af Google Maps. Der er også mulighed for at ringe direkte fra app'en til egen læge, lægevagten, tandlæge- og tandskadevagten, kiropraktorvagten, psykiatrisk skadestue og vagtapotekerne. Det er en personlig app, hvor man kan gemme forskellige personlige oplysninger, fx kontaktoplysninger på egen læge, kontaktpersoner, blodtype, allergier m.v.

Kilde: Danske Regioner

2.3 Modtagelse i akutmodtagelsen

Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 omfatter den akutte modtagelse af patienter: Undersøgelse, diagnostik og behandling af akutte patienter, hvad enten patienten behandles ambulant eller indlægges. Sundhedsstyrelsen anbefaler desuden, at al modtagelse af akutte patienter sker gennem en fælles akutmodtagelse på hovedfunktionsniveau og tilsvarende via traumecentre på højt specialiseret niveau. 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.

I den faglige gennemgang blev det anbefalet, at alle akutte patienter skal modtages via akutmodtagelsen, med mindre der foreligger konkrete, sundhedsfaglige grunde til at undtage specifikke patientgrupper herfra, og såfremt der er særlige faglige grunde, skal der være klare aftaler og retningslinjer for disse.

For en række grupper af patienter kan man forud for modtagelse på sygehus afgøre, at det er væsentligt, at de ses af en bestemt speciallæge. Det gælder eksempelvis børn, som skal modtages på en børneafdeling af personale med pædiatriske kompetencer. Dette kan være i tæt tilslutning til akutmodtagelsen, men kan også være andet sted på matriklen.

Alle akutsygehuse oplyser, at de har aftaler mellem akutmodtagelse og stamafdelinger, bl.a. med fokus på visitation. Alle regioner udvikler aftalerne i sammenhæng med de nye hospitalsbyggerier. Som eksempel er Region Hovedstaden i gang med at definere såkaldte "afklarede patienter", der kan visiteres direkte til specialafdeling. Tabel 2.2. viser, hvordan de akutte patienter modtages på de 21 akutsygehuse fordelt på, 1) om der er tale om en samlet akutmodtagelse, 2) om akutte patienter modtages uden om akutmodtagelsen og 3) om børn modtages på akutmodtagelsen.

Tabellen viser, at akutmodtagelsen er samlet ét fysisk sted på 17 ud af de 21 akutsygehuse. I 2014 var dette tilfældet på 15 akutsygehuse.

En endelig samling af akutmodtagelserne afhænger for flere regioner af den konkrete kontekst og stadie af nybyggeri. Dette er bl.a. tilfældet på: Aarhus Universitetshospital frem til udflytning på Det Ny Universitetshospital, Hospitalsenhed Vest frem til udflytning til DNV-Gødstrup samt Bispebjerg og Hvidovre Hospital.

Tabel 2.2 Modtagelse af patienter (primo 2016)

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	Ja	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	Ja	Ja	Ja
	Hospitalsenheden Horsens	Ja	Ja	Nej
	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.

Tabel 2.2. viser, at alle akutsygehuse modtager visse patientgrupper uden om akutmodtagelserne af forskellige faglige og organisatoriske årsager, idet specialerne er repræsenteret forskelligt på de enkelte akutsygehuse.

Regionerne oplyser, at det hovedsagligt drejer sig om de samme patientgrupper, der går udenom akutmodtagelsen herunder bl.a. fødende, der går direkte til fødegangen samt visse kardiologiske og neurologiske patienter og akut medicinsk syge børn. Der er også andre patientgrupper, der af faglige og organisatoriske årsager går direkte videre til relevant stamafdeling. I Region Hovedstaden foreligger der fx aftaler om, at modtagelse af traumepatienter sker på Rigshospitalet til specialiseret behandling. I Region Syddanmark modtages fx otologiske, onkologiske og dermatologiske patienter samt dialysepatienter ikke gennem akutmodtagelsen ved Odense Universitetshospital.

For så vidt angår modtagelsen af børn, er der nogle enkelte ændringer siden den faglige gennemgang fra 2014, hvor alle akutmodtagelser modtog børn. Sundhedsstyrelsen (2007) anbefaler, at pædiatri bør være repræsenteret på matriklen ved modtagelse af børn – dog bortset fra modtagelse af børn med mindre skader.

2.4 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 revurdering af patienten afhængigt af hastegrad og alvorlighed.

Alle akutmodtagelser triagerer patienterne. Det sikrer, at patienterne bliver vurderet (og behandlet) i rækkefølge efter alvorligheden af den enkelte patients sygdomsbillede. Triage består grundlæggende af to elementer: En vurdering af patientens vitalparametre (som er det, der er den egentlige triage, som betyder at sortere) og en vurdering af patientens symptomer vha. symptomårsagskort.

I den faglige gennemgang blev det anbefalet, at de eksisterende triagemodeller justeres til én fælles triagemodel, som anvendes i alle akutmodtagelser (anbefaling 3). I Danmark benyttes to triagesystemer, der i det væsentligste er ens: Danske Regioners Triagemodel (DaR-T) som anvendes på fem akutmodtagelser og Danish Emergency Proces Triage (DEPT) som anvendes på 16 akutmodtagelser.

DaR-T og DEPT er siden den faglige gennemgang i 2014 blevet gennemgået med henblik på at sikre, at patienterne reelt triageres til samme hastegrad i de to systemer, og at hovedsymptomerne, der indeholdes i DaR-T, kan genfindes i DEPT. Gennemgangen viser, at dette er tilfældet, og at brugen af de to triagesystemer resulterer i samme hastegradsvurdering for patienterne. Hvilket af de to triagesystemer, der anvendes, har alene sammenhæng med, om flowoptimering på hospitalerne er indbygget i triagesystemet, eller sker i selvstændige parallelle processer.

2.5 Delkonklusion

Dette kapitel har haft fokus på patientens vej frem til akutmodtagelsen. Sundhedsstyrelsen (2007) anbefaler bl.a., at al henvendelse til sygehusvæsenet bør være visiteret, hvilket status viser er tilfældet i alle regioner. I status ses det endvidere, at 17 ud af 21 akutsygehuse har samlet akutmodtagelsen ét fysisk sted, hvor dette i 2014 var tilfældet på 15 akutsygehuse.

Det ses, at alle regioner arbejder på at sikre sammenhæng mellem akutmodtagelserne og det præhospitale beredskab gennem en række iværksatte initiativer. Regionerne benytter sig af den præhospitale patientjournal PPJ for at dele informationer om patienten, og dermed følges Sundhedsstyrelsens anbefaling (2007) om, at den præhospitale indsats dokumenteres i en fælles og landsdækkende præhospital journal.

Der findes forskellige typer af visitation i de fem regioner. Regionerne har i 2014 for at sikre en ensartet opfølgning på kvaliteten af de sundhedsfaglige visitationer aftalt at etablere fælles rammer for audit af den sundhedsfaglige visitation.

Alle akutsygehuse modtager visse patientgrupper uden om akutmodtagelsen. På akutsygehuse går fødende samt visse kardiologiske og neurologiske patienter uden om akutmodtagelserne. Dette er også tilfældet for børn de fleste steder. Der planlægges dog alle steder med modtagelse af alle akutte patienter, undtaget de patientgrupper, der af faglige eller organisatoriske årsager modtages direkte til behandling på en specialiseret afdeling.

Status viser, at der arbejdes med to triagemodeller i regionerne, der på den indledende vurderings- og prioriteringsmekanisme er ens. Hvilket af de to triagesystemer der anvendes, har alene sammenhæng med, om flowoptimering på hospitalerne er indbygget i triagesystemet, eller sker i selvstændige parallelle processer.

Kapitel 3: Speciallægen med i front

Et af hovedformålene med akutmodtagelserne er, at de rette kompetencer er til stede og tilgængelige på akutmodtagelsen, når der er brug for dem. Det er derfor centralt, at speciallæger er med helt fremme i den akutte patientbehandling med henblik på hurtig udredning og behandling.

I et effektivt patientforløb for de akutte patienter, er det centralt at have adgang til de rette speciallægekompetencer, men det er også centralt, at der er let adgang til hurtig diagnostik og udredning herunder adgang til de relevante faciliteter.

Dette kapitel sætter fokus på akutmodtagelsernes adgang til speciallægekompetencer og undersøger, hvorvidt akutmodtagelserne lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende adgangen til speciallæger. Samtidig kigges der nærmere på faciliteter på matriklen og i akutmodtagelsen, og hvordan de nye muligheder i overenskomsten for overlæger anvendes til at understøtte gode patientflow.

Den faglige gennemgang undersøgte også akutmodtagelsernes adgang til speciallæger samt faciliteter i akutmodtagelsen og på matriklen, og på den baggrund blev der opstillet tre anbefalinger, som dette kapitel gør status på:

Boks 3.1: Anbefalinger, der gøres status på i dette kapitel

Anbefaling 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.

Anbefaling nr. 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.

Anbefaling nr. 10:

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

3.1 Faciliteter på matriklen og i akutmodtagelsen

Et effektivt akutpatientforløb kan bl.a. opnås ved, at de relevante undersøgelser er let tilgængelige, når en akutpatient skal igennem en række udredende undersøgelser inden for eksempelvis røntgenundersøgelse. Sundhedsstyrelsen (2007) anbefaler, at de fælles akutmodtagelser bør have følgende faciliteter på akutsygehuset:

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

Ved den faglige gennemgang fra 2014 havde alle 21 akutsygehuse røntgen, CT, ultralyd, laboration og akutte operationsfaciliteter på sygehuset og levede dermed op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Dette fremstår uændret, jf. nedenstående tabel 3.1 som viser, hvilke faciliteter de enkelte sygehuse har på akutsygehuset eller i akutmodtagelsen:

Tabel 3.1 Faciliteter på matriklen og i akutmodtagelsen (primo 2016)

Region	Sygehus	Røntgen	CT	Ultralyd	Akut OP	Laboratorie ydelser
Hovedstaden	Bispebjerg Hospital	Matrikel	Matrikel	Matrikel	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	Matrikel
	Nykøbing Falster Sygehus	FAM	Matrikel	FAM	Matrikel	FAM
	Slagelse Sygehus	Matrikel	FAM	Matrikel	FAM	Matrikel
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	FAM	FAM	FAM	FAM	FAM
	Sygehus Lillebælt, Kolding	FAM	FAM	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	(FAM)	(FAM)	(FAM)	(FAM)	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.

Tabel 3.1 viser, at alle 21 akutsygehuse har røntgen, CT, ultralyd, akutte operationsfaciliteter og laboratorieydelser tilgængelige på matriklen eller i akutmodtagelsen. Regionerne opfylder således Sundhedsstyrelsens krav til faciliteter.

Det ses i tabellen, at de mest almindelige faciliteter som røntgen, ultralyd og laboratorium er tilgængelige i akutmodtagelsen på mere end halvdelen af akutmodtagelserne. Samtidig ses det også, at 12 akutsygehuse har CT-scannere på akutmodtagelsen, mens det gjaldt for 9 akutsygehuse i den faglige gennemgang i 2014. Herudover oplyser regionerne, at der arbejdes med øget fremmøde af radiografer i akutmodtagelsen samt efteruddannelse af radiografgruppen.

Boks 3.2 Eksempel på opkvalificering for at understøtte effektive patientflow:

På Slagelse Sygehus indgår akutafdelingens speciallæger systematisk i et uddannelsesprogram fra Syddansk Universitet af seks måneders varighed, der certificerer dem i akutmedicinsk ultralyd. På nuværende tidspunkt er fem af akutlægerne blevet certificeret, og flere er på vej til at blive det. Dette betyder, at afdelingen selv er i stand til at foretage forskellige former for ultralydsskanninger.

Kilde: Region Sjælland

3.2 Adgang til speciallæger

Med akutmodtagelserne er målet, at den erfarne kompetence sættes med i front, og at speciallægerne tager del i dækningen af vagten i akutmodtagelsen døgnet rundt. Traditionelt set har akutafsnit og skadestuer overvejende været bemandet af yngre læger i vagttiden om aftenen, natten og weekend. Betegnelsen *speciallæge* er en læge med speciallægeuddannelse eller en læge i sidste år af speciallægeuddannelsen (Sundhedsstyrelsen 2007).

Boks 3.3 Definition: Speciallægen er med i front

Den faglige gennemgang definerede, 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.

Kilde: Den faglige gennemgang 2014

Speciallægedækningen i akutmodtagelserne er i overvejende grad organiseret omkring en model bestående af en kerne af fastansatte læger, som suppleres med vagtdækning fra læger ansat på sygehusets specialafdelinger. Der er forskel på, hvor mange læger - også speciallæger - der er ansat i akutmodtagelserne, og hvor mange læger der deltager i det akutte arbejde i akutmodtagelsen som del af deres ansættelser på de øvrige afdelinger på sygehuset.

En anden model er at sikre vagtdækningen af akutmodtagelsen alene af speciallæger, som er ansat i akutmodtagelserne. I den faglige gennemgang fra 2014 var akutmodtagelserne overvejende bygget op omkring den første model, hvilket også gør sig gældende i 2016.

Sundhedsstyrelsen (2007) har en række anbefalinger til hvilke specialer og faciliteter, der bør være tilgængelige på matriklen og i akutmodtagelsen.

Boks 3.4 Sundhedsstyrelsens anbefalinger om tilstedeværelse af og tilgængelighed til speciallæger på matriklen og i akutmodtagelsen:

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

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

De fælles akutmodtagelser kan i øvrigt være forskellige, idet de kan have supplerende specialer med funktioner på såvel hoved- som specialiseret niveau.

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.

Rådgivning fra følgende specialer - ikke nødvendigvis ved fremmøde: Klinisk biokemi og intern medicin: Infektionsmedicin og klinisk mikrobiologi.

Kilde: Sundhedsstyrelsens anbefalinger (2007)

Tabel 3.2 viser, hvilke specialer der er repræsenteret på den enkelte matrikel med akutfunktion i 2016:

Tabel 3.2. Adgang til speciallæger på sygehusematrikel (primo 2016)

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

Det ses i tabel 3.2, at alle regioner har repræsentation af relevante speciallægekompetencer. I Region Nordjylland er der dog fortsat en udfordring med rekrutteringen på Sygehus Thy-Mors, der mangler speciallægekompetencer i klinisk biokemi.

Det bemærkes, at der for så vidt angår Sygehus Thy-Mors, Nykøbing Falster Sygehus og Bornholm Sygehus er tale om modificerede akutmodtagelser, som på grund af særligt tyndt befolkede områder med ø- eller ølignende geografi har en modtagefunktion for akutte patienter på et sygehus, der er tilpasset de lokale forhold.

Regionerne oplyser, at der er speciallæger med efteruddannelse i fagområdet akutmedicin på en række akutmodtagelser. Den speciallæge, der er i front, kan dermed fx være en speciallæge, der udover en speciallægeuddannelse også har efteruddannelse i fagområdet akutmedicin. Regionerne oplyser endvidere, at der flere steder er ansat læger med speciale i akutmedicin uddannet i andre lande. Det bemærkes, at speciallæger uddannet fra udlandet i specialer, som ikke er godkendt i Danmark, ikke kan opnå dansk speciallægeanerkendelse i disse specialer.

3.2.1 Speciallæger i døgndækket tilstedeværelsesvagt

Sundhedsstyrelsen (2007) anbefaler, at speciallæger i intern medicin, ortopædisk kirurgi, kirurgi og anæstesiologi bør være tilgængelige via tilstedeværelsesvagt, ligesom speciallæger med kompetence til at foretage akutte ultralydsundersøgelser, herunder ekkokardiografi, skal være tilgængelige, jf. boks 3.3.

Den faglige gennemgang i 2014 viste, at 15 ud af 21 akutsygehuse ikke levede op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at have døgndækkende tilstedeværelsesvagt i et eller flere af disse specialer.

Tabel 3.3 viser en opdatering af akutsygehusenes adgang til døgndækkende tilstedeværelsesvagt i de specialer, som Sundhedsstyrelsen anbefaler:

Tabel 3.3 Adgang til speciallæger og diagnostik, døgndækkende tilstedeværelse (2016)

Region	Sygehus	Specialer					Diagnostik	
		Intern medicin	O. kir	Kirurgi	Anæste-siologi	Diagn. radiologi (rådgivningsvagt)	Ultralyd	Ekko kardiografi
Hovedstaden	Bispebjerg Hospital	Ja	(Nej)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Nordsjællands Hospital, Hillerød	Ja	(Nej)	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
	Herlev Hospital	Ja	(Nej)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Hvidovre Hospital	Ja	(Nej)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Bornholms Hospital	Nej	(Nej)	Nej	Nej	Ja	Nej	(Nej)
Sjælland*****	Holbæk Sygehus	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Køge Sygehus	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	(Ja)	(Ja)
	Nykøbing Falster Sygehus	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	(Ja)	(Ja)
	Slagelse Sygehus	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	(Ja)	(Ja)
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Sygehus Lillebælt, Kolding	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Odense Universitetshospital, Odense	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	(Ja)	(Ja)
	Hospitalsenheden Vest, Herning	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	(Ja)
	Hospitalsenheden Midt, Viborg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	(Ja)
	Hospitalsenheden Horsens	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	(Ja)	(Ja)
	Regionshospitalet Randers	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	(Ja)	(Ja)
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	(Ja)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Sygehus Thy-Mors	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

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

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

Note: Region Hovedstaden: Der skal være døgndækket tilstedeværelse i intern medicin, men rekrutteringsproblemer kan betyde, at vagten kortvarigt dækkes af læger med kortere uddannelse. Vedr. Bornholm er der ekkokardiografi, når der er en kardiolog i vagt. Traumepatienter går udenom akutmodtagelserne i Region Hovedstaden. Region Sjælland: Når der er behov for ultralydsscanning af hjertet i natte- og weekendtimerne, trækkes der på kardiologer fra akutsygehuset. Ved mistanke om store blodpropper i hjertet transporteres patienten direkte til Rigshospitalet. Der er 30 minutters tilkald på speciallæge i intern medicin på Køge Sygehus. Region Midtjylland: for enkelte hospitaler er der dog først fuld døgndækkende tilstedeværelse af ortopædkirurger og kirurger fra 1. august 2016. Region Nordjylland: Der modtages ikke akutte kardiologiske hjertepatienter på Sygehus Thy-Mors. Akutte hjertepatienter fra Sygehus Thy-Mors' optageområde modtages på Aalborg Universitetshospital. Aalborg UH er i parentes da en del af lægerne i tilstedeværelses bagvagten ikke er speciallæger, men personer i sidste år af deres Hoveduddannelse..

Sundhedsstyrelsen anbefaler døgndækkende tilstedeværelsesvagt af et eller flere specialer. Det ses, at der er døgndækkende tilstedeværelsesvagt på alle specialer på 13 akutmodtagelser, men at der ikke er døgndækkende tilstedeværelse af speciallæger eller speciallægekompeterer på 8 akutsygehuse på alle tidspunkter af døgnet inden for følgende områder:

- Intern medicin: Bornholms Hospital, Køge Sygehus, Sygehus Thy-Mors, Sygehus Vendsyssel
- Ortopædkirurgi: Bispebjerg Hospital, Nordsjællands Hospital, Herlev Hospital, Hvidovre Hospital, Bornholms Hospital
- Kirurgi: Bornholms Hospital, Sygehus Thy-Mors
- Anæstesiologi: Bornholms Hospital
- Ultralyd: Nordsjællands Hospital, Bornholms Hospital
- Ekkokardiografi: Sygehus Thy-Mors (akutte hjertepatienter fra Thy-Mors optageområde modtages på Aalborg Universitetshospital), Bornholm

I forhold til den faglige gennemgang fra 2014 ses det, at alle akutsygehuse i Region Syddanmark og Region Midtjylland i dag lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om døgndækkende adgang til de specialer, som Sundhedsstyrelsen anbefaler, mens akutsygehuse i Region Nordjylland, Region Hovedstaden og Region Sjælland stadig ikke har døgndækkende tilstedeværelse inden for ét eller flere specialer. Der er således fortsat 8 akutsygehuse, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Der er dog en række særlige forhold, som gør sig gældende:

Region Hovedstaden oplyser, at traumepatienter i regionen går udenom akutmodtagelserne og direkte til Rigshospitalet. Når der i sjældne tilfælde kommer en traumepatient til akutsygehuse, bliver patienten overflyttet til Rigshospitalet med akutlæge, hvorfor der ikke er døgndækkende tilstedeværelsesvagt inden for ortopædkirurgi. Region Hovedstaden oplyser endvidere, at en arbejdsgruppe er i gang med at se på ensartet og faglig forsvarlig bemanning.

Region Sjælland fremhæver i forhold til ekkokardiografi, at regionen er i gang med en konsolidering af beredskabet på området. Når der er behov for ultralydsscanning af hjertet (ekkokardiografi) i natte- og weekendtimerne, trækkes der på kardiologer fra akutsygehuset. Regionen havde etableret en vagtordning gennem et år, hvor hjertelæger bosiddende i lokalområdet kunne tilkaldes mod et honorar. Ordningen blev ikke anvendt, fordi det enkelte sygehus' kardiologer fra sygehuset tog sig af patienten. Der foreligger aftale om, at patienter med mistanke om stor blodprop i hjertet transporteres direkte til Rigshospitalet.

Region Nordjylland anfører, at der er særlige forhold der gør sig gældende for Sygehus Thy-Mors. Det er et tyndt befolket område med ø-lignende status, og der er derfor behov for specifikke løsninger som fx. telemedicinsk rådgivning fra regionens øvrige hospitaler.

3.2.2 Adgang til døgndækkende rådgivning

I den faglige gennemgang fra 2014 viste det sig, at alle akutmodtagelser havde adgang til døgndækkende rådgivning i specialerne klinisk biokemi, infektionsmedicin og klinisk mikrobiologi. I nedenstående tabel 3.4 fremgår det, at alle akutmodtagelserne fortsat har adgang til døgndækkende rådgivning i de nævnte specialer.

Tabel 3.4 Adgang til speciallæger, døgndækkende rådgivning (primo 2016)

Region	Sygehus	Klinisk Biokemi	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

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

*Sygehus Thy-Mors dækkes fra Aalborg Universitetshospital via telemedicinsk løsning

3.3 Status på brugen af nye muligheder i overenskomsten for overlæger

Den faglige gennemgang fra 2014 anbefalede, at overenskomster for personalet, der er ansat på akutsygehuse, skulle kunne understøtte gode patientforløb i akutmodtagelsen. Overenskomster kan netop bruges til at understøtte, at erfaringen i højere grad er med i mødet med den akutte patient i aften- og weekendtimer og dermed kan være med til at understøtte et gode flow i akutmodtagelsen.

Nye muligheder i overenskomsten for overlæger betyder bl.a., at overlæger i akutmodtagelserne eller andre afdelinger, hvor de bistår i det akutte arbejde, kan gå i tjeneste frem til kl 23 på hverdage og i tidsrummet kl. 08 – 18 på lørdage, søndage og søgnehellidage, og fra den 1. april 2016: kl. 08 – 21 - på lørdage, søndage og søgnehellidage.

Alle regioner har oplyst, at de bruger de nye muligheder i overenskomsten for overlæger. Eksempelvis kan det nævnes, at overlæger på Nordsjællands Hospital indenfor de medicinske specialer har fremmøde indtil kl. 21.00, og på Herlev Hospital anvendes overlægeoverenskomsten i forhold til akutmodtagelsen i den forstand, at den vagtbærende overlæge for de pågældende kliniske afdelinger generelt har tilstedeværelse til klokken 21 ved aftenstuegang, og enkelte afdelinger med høj akut operationsaktivitet har tilstedeværelse af overlæger til kl. 23.

Regionernes oplysninger viser, at de nye muligheder i overenskomsten således er brugt til at ændre på vagtforhold og bemanning i forskellige konstellationer, som er tilpasset af de lokale forhold på det enkelte akuthospital. En region forklarer dog også, at overenskomsten ikke alene kan sikre den rette speciallægedækning i akutmodtagelserne, og der derfor er behov for et stærkt fokus på rekruttering og fastholdelse af lægerne i akutmodtagelsen.

Der tegner sig et samlet billede af, at akutsygehuse benytter sig af fleksibiliteten i overenskomsterne til at understøtte, at speciallægerne i højere grad er med fremme til at kunne understøtte gode patientforløb.

3.4 Delkonklusion

Det er centralt, at de rette kompetencer og faciliteter er til stede og tilgængelige for de akutte patientforløb i akutmodtagelsen eller på det samlede akutsygehus, når der er brug for dem. Her er det afgørende, at speciallæger er med fremme i mødet med den akutte patient for at sikre et effektivt patientflow med hurtig udredning, behandling og visitation.

Et effektivt patientflow understøttes af, at akutsygehuse har hurtig og nem adgang til de relevante faciliteter til diagnosticering og behandling af de akutte patienter. Gennemgangen viser, at alle 21 akutsygehuse lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at have røntgen, CT, ultralyd, laboration og akutte operationsfaciliteter tilgængelig for de akutte forløb på matriklen.

For at understøtte effektive patientflow med hurtig udredning og behandling stilles der krav til speciallægens tilstedeværelse. Kapitlet har vist:

- at alle akutsygehuse lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at have specialerne; internt medicin, ortopædkirurgi, kirurgi, anæstesiologi, diagnostisk radiologi, klinisk biokemi repræsenteret på matriklen (på nær ét med ølignende status).
- at alle akutsygehuse lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at have adgang til døgndækkende rådgivning i specialerne klinisk biokemi, infektionsmedicin og klinisk mikrobiologi.
- at 13 akutmodtagelser lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om døgndækkende tilstedeværelsesvagt, mens 8 akutmodtagelser ikke har døgndækkende tilstedeværelsesvagt i natte- eller weekendtimerne inden for et eller flere specialer: intern medicin, ortopædkirurgi, kirurgi, anæstesiologi samt speciallæger med kompetencer til at foretage akutte ultralydsundersøgelser, herunder ekkokardiografi. I 2014 havde 15 akutmodtagelser ikke døgndækkende tilstedeværelsesvagt inden for et eller flere specialer.

Generelt tegner der sig et billede af, at akutsygehusene arbejder med at sikre, at speciallægekompetencerne er til stede og tilgængelige, når der er behov for dem. Det vidner om, at nybruddet i forhold til at have speciallægen med i front generelt er indarbejdet på de enkelte matrikler, men at der fortsat er flere steder, hvor man endnu ikke helt er i mål med at sikre døgndækkende tilstedeværelse i en række specialer, som Sundhedsstyrelsen anbefaler.

Samtidig ses det, at regionerne anvender de nye muligheder i overenskomsten for overlæger til at understøtte, at speciallægerne i højere grad er med i front i mødet med den akutte patient.

Kapitel 4: Patientflow

Sammenhængende patientflow af høj kvalitet forudsætter et velfungerende samarbejde mellem de forskellige enheder. Sammenhæng i patientforløb gælder både mellem akutafdelingerne og stamafdelingerne og mellem sygehusene og kommunerne ved udskrivelse af patienterne. Dette kapitel ser på patientflow, og hvordan man i regionerne har fulgt op på de fire anbefalinger fra den faglige gennemgang fra 2014 om sammenhængende forløb for de akutte patienter.

I den faglige gennemgang kom arbejdsgruppen med følgende anbefalinger vedrørende samarbejde og effektivt flow, da etableringen af akutmodtagelser er en ny organisering på sygehuset, der i højere grad har fokus på sammenhængende patientforløb.

Boks 4.1: Anbefalinger, der gøres status på i dette kapitel

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 over-flytninger.

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.

4.1. Samarbejdet mellem akutmodtagelsen og stamafdelingen

Alle akutsygehuse har klare og entydige samarbejdsaftaler mellem akutmodtagelse og stamafdelinger, og regionerne oplyser, at alle hospitalsledelser er aktivt involveret i at sikre velfungerende samarbejder mellem akutmodtagelser og stamafdelinger.

Samarbejdsaftaler om udredning og behandling af den akutte patient udgør et konkret redskab til at understøtte samarbejdet mellem akutmodtagelse og det øvrige akutsygehus. Der er i vid udstrækning (på 17 ud af de 21 akutmodtagelser) udformet skriftlige 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 i forhold til patientflow, udskrivelser og overflytninger fra akutmodtagelse til stamafdeling mv.

Herudover er der en løbende dialog mellem akutmodtagelsen, hospitalsdirektionen og de kliniske afdelinger i varierende konstellationer og mødefora, hvor der drøftes enkeltssager og/eller generelle problemstillinger.

På de akutsygehuse, hvor der i dag ikke er udarbejdet skriftlige 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 skriftlige samarbejdsaftaler mellem akutmodtagelse og stamafdeling, men opererer med konkrete skriftlige instrukser vedrørende håndtering af patienterne, herunder involvering af specialerne og mundtlige samarbejdsaftaler i øvrigt. Parterne følger løbende op på samarbejdet i hospitalets driftsråd.
- Aarhus Universitetshospital er stadig i udvikling vedrørende etableringen af akutmodtagelsen og modtager endnu ikke alle typer akutte patienter. Der er indgået samarbejdsaftaler med de afdelinger, hvis akutte patienter modtages gennem akutafdelingen. Der indgås løbende nye samarbejdsaftaler i takt med, at nye patientgrupper modtages gennem akutafdelingen.

Regionerne oplyser, at hospitalsledelserne er aktivt involveret i at sikre velfungerede samarbejder mellem akutmodtagelserne og stamafdelinger. Det er sikret ved ledelsesråd med repræsentanter fra involverede afdelinger og direktion.

4.2. Arbejdet med det gode akutte patientflow

I 2014 iværksatte man Projekt 'Sikkert Patientflow' med Dansk Selskab for Patientsikkerhed som projektsekretariat og med deltagelse af 13 akutsygehuse. Der er i projektet blevet arbejdet systematisk med hospitalsledelsens rolle i aktivt at understøtte et hensigtsmæssigt patientflow på tværs af akut-, senge-, parakliniske- og serviceafdelinger, så hele akutsygehuset arbejder som ét⁵.

Samarbejdsprojektet 'Sikkert Patientflow' er afsluttet med udgangen af 2015. De 12 akutsygehuse, som har indgået i projekt 'Sikkert Patientflow' har alle haft gode erfaringer med projektet og har nu implementeret flere af elementerne i den daglige drift. Det handler både om faste tavlemøder, flowkoordinatorer, overflytningsaftaler og kapacitetskonferencer.

Boks 4.2. Flowkoordinatorer på Slagelse Sygehus og Køge Sygehus

På Slagelse Sygehus er der ansat seks flowkoordinatorer med basis i akutafdelingen, men med fælles funktionsområde for hele akutsygehuset med henblik på overblik og styring af den eksisterende kapacitet. Etableringen af daglige kapacitetskonferencer med deltagelse fra samtlige afdelinger på Slagelse Sygehus har medført et betydeligt fald i antallet af – særligt medicinske - patienter på gangene.

Køge Sygehus afholder nu kapacitetskonference fra akutafdelingen i form af kald ved "Kritisk travlhed" – som alternativ til kapacitets-/flowkonferencer. Disse skal benyttes i spidsbelastningsperioder i stedet for daglige kapacitetskonferencer.

Kilde: Region Sjælland

⁵ "Sikkert patientflow – erfaringer fra et forbedringsprojekt", Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2015.

Der er også i forbindelse med projektet arbejdet med modeller, hvor personale fra forskellige afdelinger frivilligt indgår i vagtbytter eller lånes ud til andre afdelinger i en konkret vagt, hvis der er særligt travlt et sted på hospitalet. Denne type aftaler indgås både for at udjævne belastning, men også af patientsikkerhedsmæssige hensyn for at sikre at patienter i lånesenge (patienter på anden afdeling end diagnosen tilsiger) passes af personale med rette faglige kompetencer.

Boks 4.3. Patientprognoser på akutmodtagelserne i Region Midtjylland

I Region Midtjylland har hospitalerne arbejdet meget aktivt med at blive bedre til at kunne forudsæ antallet af patienter på forskellige tidspunkter af døgnet, ugen, måneden mv. og at anvende denne viden til at planlægge indlæggelser, overflytninger og udskrivelser. Der er således i varierende omfang arbejdet med både dagsaktuelle og historiske data for at kunne planlægge både udnyttelse af senge og personale den givne dag, men også mere proaktivt gå ind og ændre på personalets fremmødemønstre, så det bedre matcher patientindtaget.

Kilde: Region Midtjylland

På de akutsygehuse som ikke har været en del af projekt 'Sikkert Patientflow', er der i alle regioner sideløbende arbejde med implementering af de samme metoder og principper.

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.

Tidstro og aktuel data har også været et vigtigt element i projekt 'Sikkert Patientflow'. Projekt 'Sikkert Patientflow' kunne i forhold til erfaringer med data konkludere, at de steder med størst succes med dataindsamling har været på de akutsygehuse og akutafsnit, hvor man har formået at forene data til kapacitetskonferencen og data om de løbende forbedringer, således at der ikke skulle registreres data flere steder.

4.2.1 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. Alle regioner har derfor indført en funktion som "flowmaster", 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.

På Herlev og Bispebjerg Hospital er der fx nedsat en tværfaglig ledelsesgruppe, hvis opgave er at sikre optimering af patientflow, udvikling af arbejdsgange og samarbejde på tværs af afdelinger. Samme opgave er i fokus, når de enkelte afdelingsledelser for de respektive specialer og akutmodtagelsen mødes til afdelingsspecifikke sparringsmøde ca. hver 4.-6. uge. Optimerede patientforløb af høj kvalitet er i fokus understøttet af relevante driftsmål. Der er indsat flowmaster i de tre teams (medicinsk-, kirurgisk- og skadeteam) i akutmodtagelsen. Flowmasterens opgave og ansvar er klart beskrevet i funktionsbeskrivelser. Der arbejdes med systematisk "timeouts" i alle teams, hvilket giver et klart overblik både i det enkelte team og for akutmodtagelsen som helhed over patientbelægning og medarbejdernes fremmøde og kompetencer.

På Sygehus Thy-Mors er der fx sat fokus på flowet af akutte patienter ved at udarbejde en model, hvor klinikkerne løbende modtager data, der viser, hvordan de akutte patientforløb fordeler sig mellem akutmodtagelsen og sengeafsnittene, mellem indlæggelse og ambulante tilbud, samt hvor mange akutte patienter, der afsluttes i akutmodtagelsen. Data anvendes til løbende optimering af patientforløbene.

4.2.2. Akutpakker

I Region Syddanmark er der udarbejdet 30 symptombaserede 'akutpakker', som tildeles patienter forventet til indlæggelse. Målgruppen for akutpakkebeskrivelserne er teamet omkring patienten. Den enkelte akutpakke er en tjekliste, hvor de vigtigste elementer i patientforløbet er beskrevet med afsæt i det symptom, som patienten præsenterer sig med:

1. Hvad der forventes
2. Praktiske ting, der skal igangsættes
3. Vigtige overvejelser

Akutpakkerne udgør i forlængelse heraf en standard for patientbehandlingen i akutmodtagelserne i forhold til udredning og behandling, samt hvem der indgår i patientforløbet og hvornår. Akutpakkerne har skabt en systematisk tilgang til den brede population, som kommer i akutmodtagelsen, og der monitoreres løbende på, i hvilket omfang der leves op til, at patienterne får en klinisk vurdering inden for 30 minutter af patientforløbet samt en behandlingsplan inden for fire timer af patientforløbet.

Indsatsen måles via de elektroniske tavler, som er opsat i regionens akutmodtagelser. I akutmodtagelserne har der således været tilrettelagt en stor indsats med henblik på at få personalet til at registrere aktiviteterne omkring patienterne på tavlerne. Det afgørende er ikke nødvendigvis, at der leves op til de fastsatte tidsgrænser, men at akutpakkerne har sat fokus på flow initialt i de akutte patientforløb, og at der eksisterer en ensartet regional tilgang hertil.

4.3 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 unødigt 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.

Regionerne samarbejder med kommuner og almen praksis for at håndtere snitflader på akutområdet. Alle regioner har fokus på sammenhængende patientforløb for akutte patienter i sundhedsaftalerne. Det gælder bl.a. forløbsbeskrivelser og andre typer aftaler, der understøtter forløbene og sammenhængen til de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud. Sundhedsaftalerne bliver brugt til lave aftaler om sektorovergange, men der er også etableret en række fora på tværs af region og kommuner angående samarbejde og snitflader. Hertil kommer en række konkrete initiativer i form af eksempelvis følge-hjem-team og udskrivningskoordinatorer. Som eksempel er Region Nordjylland i gang med at udarbejde en forløbsbeskrivelse for akutte patienter.

Af andre initiativer har eksempelvis Sygehus Vendsyssel i 2014, 2015 og 2016 gennemført patientinventering i akutmodtagelsen i uge 4. Patientinventeringerne har haft til formål at afdække nedenstående spørgsmål:

1. Hvad er baggrunden for, at borgeren indlægges?
2. Hvorfor bliver borgeren indlagt netop nu?
3. Kunne indlæggelsen være forebygget og hvordan?

Patientinventeringen har vist sig som et godt redskab til optimering af arbejdsgangene i akutmodtagelsen, men har også været et godt redskab for dialog med kommunerne og almen praksis i sygehusets optageområde i forhold til at skabe de mest hensigtsmæssige patientforløb for de akutte patienter.

Boks 4.4 "Call-center – et integreret sundhedsvæsen i Midt"

Siden 2014 har Høpitalsenhed Midt sammen med Viborg, Silkeborg og Skive kommuner og praksiskonsulenterne i området indgået i et udvidet samarbejde om visitation af de akutte patienter.

Samarbejdet indebærer etablering af et fælles Call-center, hvor sygeplejersker med særlig viden om de kommunale akuttilbud arbejder sammen med sygeplejerskerne i hospitalsvisitation. Samarbejdet betyder bedre muligheder og tættere samarbejde omkring udnyttelse af de kommunale akutpladser.

Call-centeret har faglig opbakning af en akutlæge (speciallæge med akutoverbygning), der har det lægefaglige ansvar og fungerer som umiddelbar sparringspart for indringende læger, hvis der er behov.

Call-centret har til formål at skabe en let tilgængelig rådgivning af høj faglig kvalitet til de praktiserende læger og dermed styrke deres kendskab til og anvendelse af de kommunale tilbud i Midtjylland, anvendelse af de subakutte ambulante tider, der er i de fleste specialer i Høpitalsenhed Midt samt tværdiagnostiske enheder her. Call-centret er samtidig et proaktivt videncenter med tilknyttede videnskabelige medarbejdere og en tværsektoriel og tværfagligt funderet styregruppe. Videncenterets formål er at indsamle data, at udvikle initiativer og at skabe sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer med udgangspunkt i patientens perspektiv.

Formålet med Call-centret er ligeledes at tilbyde almen praksis én indgang til opdateret viden og rådgivning om de tre kommuners alternativer til akutte indlæggelser ved at udbrede kendskabet til kommunernes initiativer og øge brugen af disse.

Call-centret kan kontaktes direkte eller via omstilling fra Høpitalsvisitationen. Desuden yder Call-centret undervisning og praktisk rådgivning i forbindelse med udskrivelser og udlæggelser fra hospitalet. Call-centret er omdrejningspunkt for information til de sundhedsfaglige brugere om planlægning af sammenhængende patientforløb på patientens præmisser i patientens nærmiljø.

Kilde: Region Midtjylland

4.4 Akutpakken og den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient

Der er med Finansloven for 2016 afsat 1,2 mia. kr. til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient for 2016-2019. Akutpakken, der er handlingsplanens første fase, skal blandt andet understøtte udbredelse og videreudvikling af de gode erfaringer med redskaberne fra projekt "Sikkert Patientflow" til alle landets akutsygehuse. Alle sygehuse skal tage redskaberne i brug i 2016, og senest ultimo 2017 skal redskaberne være indarbejdet i alle de relevante arbejdsgange, og de skal fortsat bidrage til gode og trygge patientforløb efter projektperiodens udløb.

Der er afsat i alt 88 millioner kroner over tre år til at medfinansiere regionernes arbejde med udbredelse og videreudvikling af redskaberne fra projekt "Sikkert Patientflow" til alle landets akutsygehuse. Initiativet forventes at forløbe i to spor: På de tolv akutsygehuse, der har deltaget i "Sikkert Patientflow", er forventningen at fokus primært vil være at fastholde de nye strukturer og arbejde på fortsatte forbedringer. Indsatsen på de øvrige akutsygehuse vil i højere grad være at få indarbejdet metoderne i relevante arbejdsgange.

4.5 Delkonklusion

Der er klare og entydige samarbejdsaftaler mellem akutmodtagelse og stamafdelinger på akutsygehuse. Aftalerne understøtter gode patientforløb og indeholde klare retningslinjer om fx visitation og ansvarsfordeling i forhold til udskrivelser og over-flytninger. På de akutsygehuse, hvor der i dag ikke er udarbejdet særlige skriftlige aftaler, fungerer samarbejdet i praksis gennem dialog.

Regionerne oplyser, at hospitalsledelserne er aktivt involveret i at sikre velfungerede samarbejder mellem akutmodtagelserne og stamafdelinger. Det er sikret ved ledelsesråd med repræsentanter fra involverede afdelinger og direktion. Alle regioner har indført en funktion som "flowmaster", 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.

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. Regionerne samarbejder med kommuner og almen praksis for at håndtere snitflader på akutområdet.

På baggrund af ovenstående kan det konkluderes, at regionerne har opnået mange og gode erfaringer med patientflow på akutsygehuse. Erfaringer viser, at fokus på flow også bidrager til en øget integration af akutmodtagelserne i sygehuset, således at man går fra at være et sygehus med en akutmodtagelse til at være et egentligt akutsygehus. De bedste erfaringer med flow fra bl.a. projekt "Sikkert Patientflow" udbredes nu til alle sygehuse med akutpakken og handlingsplanen for den ældre medicinske patient.

Kapitel 5: Lokal brug af data

Formålet med dette kapitel er at afdække, hvordan sygehusene lokalt bruger data til kvalitetsforbedringer og styring, og hvordan data om aktivitet i akutmodtagelsen i dag opsamles og bruges som et ledelsesværktøj i den daglige drift, både i regionen, hos sygehusledelsen og i den daglige kliniske ledelse på afdelingsniveau.

At data er *tidstro* indebærer, at registreringen er sket på det tidspunkt, hvor en given handling faktisk er gennemført. Det betyder fx, at data vedrørende konkrete procedurer er registreret præcist, og på det tidspunkt, hvor proceduren blev gennemført.

At data er *aktuelle* betyder, at de kan leveres fra dag til dag – evt. fra time til time. Det kan fx dreje sig om belægningstal, personaleilstedeværelse på et givet tidspunkt, antal patienter på vej ind på hospitalet, eller på vej mod udskrivelse.

I den faglige gennemgang fra 2014 blev det vurderet, at der var et stort potentiale for at forbedre datakvaliteten på akutområdet, og der blev på den baggrund blandt andet anbefalet følgende:

Boks 5.1: Anbefalinger, der gøres status på i dette kapitel

Anbefaling 5:

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

Anbefaling 8:

Regionerne deler viden og erfaringer om servicemål.

5.1 Erfaringer fra regionerne med brug af tidstro data

Alle regioner anvender i dag tidstro og aktuelle data i den løbende kvalitetsudvikling på akutmodtagelserne. Anvendelsen af data sker i varierende omfang, men generelt sikrer den løbende indsamling af data og opstilling af servicemål fokus på kvalitetsområdet i den daglige drift, og data benyttes som et værdifuldt ledelsesværktøj.

Projekt "Sikkert Patientflow" (jf. kapitel 4) kan ses som en løftestang for at sikre data omkring centrale flaskehalse i de akutte patientforløb og til det løbende arbejde. Endvidere mener flere regioner, at den faktiske adgang til data i de sidste år er blevet forbedret, og der synes at være en øget bevidsthed i regionerne om den løbende brug af aktuelle data i den løbende kvalitetsudvikling.

I forhold til identifikation og generering af aktuelle og tidstro data kan der i regionerne identificeres en forskelligartet brug af data i den daglige drift fra afdeling til afdeling, sygehus til sygehus og fra region til region, ligesom data anvendes forskelligt alt efter hvilket niveau, det er målrettet.

I den daglige kliniske ledelse på afdelingsniveau angiver regionerne, at de på akutmodtagelserne på flere sygehuse bruger dagligt opdaterede produktionsdata i form af bl.a. belægningsgrad, egen

udskrivelsesprocent, ventetid, gennemsnitlig behandlingstid mv. På nogle sygehuse er fokus på patientflowet gennem det enkelte speciale, mens andre har fokus på patientflow med udgangspunkt i selve akutmodtagelsen. Data anvendes til planlægning af fremmøde for både læger og sygeplejersker samt anvendes i dialogen med stamafdelingen i forhold til hvilke ressourcer, der er brug for på hvilket tidspunkt i akutmodtagelsen.

Sygehusledelsen modtager på flere sygehuse også daglige rapporter om fx indlæggelser, udskrivninger, lånesenge samt særlige fokusområder til orientering og med henblik på at få mulighed for konkret og strategisk indgriben om fx belægningsituationen.

På det overordnede og politiske niveau oplyser regionerne, at de opstillede servicemål, jf. økonomiaftalen 2013, løbende monitoreres, og at data præsenteres med en fast kadence for såvel klinikledelser, sygehusledelser, direktionen samt det politiske niveau hhv. ugentligt og kvartalsvist.

Boks 5.2: Forbedringstavler og tavlemøder i Region Sjælland

Region Sjælland har haft gode erfaringer med datadrevne tavlemøder omkring såkaldte "forbedringstavler" på alle sygehuse i regionen og på alle niveauer. Alle på henholdsvis medarbejder-, afdelingsledelses- og sygehusledelsesniveau mødes omkring tavlen 15 minutter hver uge, hvor der gøres status og følges op på igangværende indsatser på afsnittet. På hver tavle er der typisk mellem 3 og 5 Key Performance Indikatorer (KPI'er), som er nøje udvalgt til den specifikke tavle. KPI'erne omhandler typisk kvalitetsforbedringer, aktivitet og kapacitet. Data opdateres hver uge af lokale tovholdere. Nogle data kommer fra systemer og leveres fra centralt holde (primært aktivitetsdata og FMK-tal), mens andre data opsamles af afsnittet selv ved audit og andre manuelle optællinger enten i hånden eller via et excel-ark. Tavlerne har i nogle tilfælde kunne erstatte øvrige personalemøder eller begrænse tidsforbruget til disse.

Kilde: Region Sjælland

Data kan ikke stå alene, hvis det skal bruges til værdiskabende datadrevet ledelse. I den forbindelse er det vigtigt at uddanne relevante medarbejdere til at kunne anvende data i den daglige drift til løbende kvalitetsforbedringer. Som Region Sjælland angiver: "Traditionelt har konkrete færdigheder i anvendelsen af data været forbeholdt *de få*, men med det fokus der er kommet på kvalitetsudvikling over de seneste år, er der opstået et behov for at brede disse færdigheder ud til *de mange*."

Det kan på baggrund af ovenstående konstateres, at der er opmærksomhed på nytten af aktuelle og tidstro data til klinikkerne i alle regioner. Udgangspunktet for arbejdet er de regionale PAS og it-systemer. Det er, jf. ovenfor, forskelligt hvor langt man i de enkelte afdelinger, sygehuse og regioner er kommet med en realisering af ambitionerne om dagligt at kunne levere alle relevante data til klinikken og ledelsen i akutmodtagelsen og det øvrige sygehus.

Generelt vurderer regionerne, at den faktiske adgang til data i de sidste år er blevet forbedret, bl.a. nævnes LUP Akut-undersøgelserne, automatisering af dataudtræk og den nye adgang til RKKP databaserne, der er sat i drift i efteråret 2015, som forbedringer. Klinisk logistik og herunder tidstro patientdata indgår endvidere i regionernes fælles strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet i regi af Regionernes Sundheds-it (RSI). I dette regi pågår et fællesregionalt projekt om implementering af it-understøttelse af klinisk logistik på alle akutmodtagelser. LIS-systemer tilvejebringer centrale sundhedsdata. En anden forbedring er muligheden for at trække tal fra FMK (Fælles Medicinkort), hvor det også er muligt at trække lister i forhold til ufuldstændige handlinger (fx manglende ajourføring), der kan bruges til kontinuerlig oprydning og kvalitetssikring. Der efterstår dog stadig en stor udviklingsopgave i forhold til at kvalitetssikre data gennem ensartet og præcis registrering,

ligesom der, i nogle regioner fortsat arbejdes på udvikling af værktøjer, der kan integrere data fra de forskellige kilder (PPJ, EPJ og klinisk logistik).

5.2 Begrænsninger på anvendelse af data til forbedring af kvalitet og kapacitetsstyring

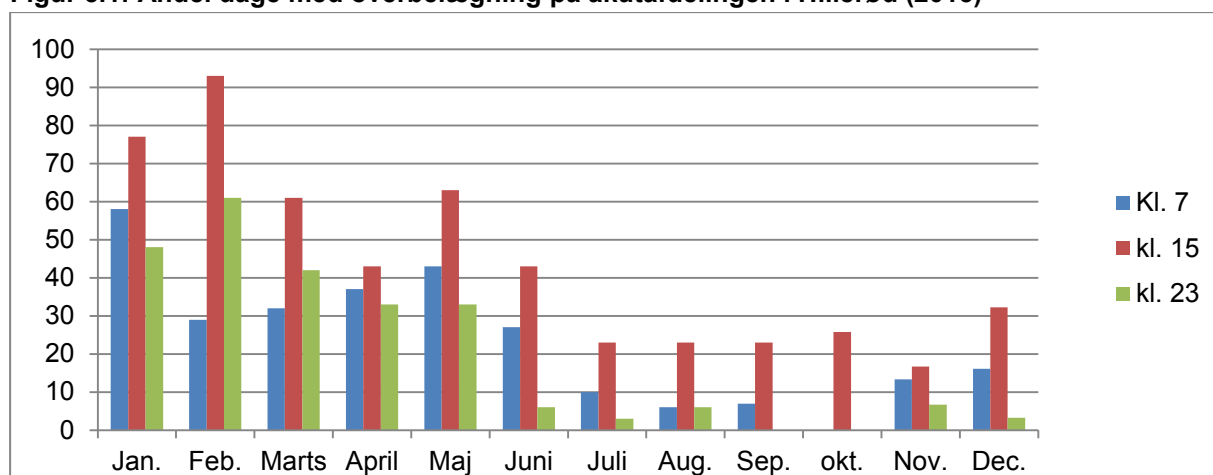
Alle akutmodtagelser har i dag elektroniske overblikstavler, der er arbejdsredskaber til at sikre flow m.v. Overblikstavlerne bidrager til at give tidstro data om bl.a. patientflow i akutmodtagelsen/akutsygehuset. Regionerne bruger forskellige overblikstavler. Den sundhedsfaglige dokumentation foregår i andre patientadministrative systemer.

Region Sjællands akutafdelinger anvender realtime-logistiksystemet IMATIS i den daglige drift til at skabe overblik og fordele patientforløb og personaleressourcer mest hensigtsmæssigt i afdelingerne, mens de øvrige regioner bruger Cetrea-systemet til at skabe et samlet overblik over specialernes patienter i akutmodtagelsen.

I Region Hovedstaden og Region Midtjylland kan man på nuværende tidspunkt ikke trække data digitalt fra logistiktavlerne. Region Midtjylland forventer at få adgang til data fra klinisk logistik (Cetrea-tavler) i løbet af 2016 -2017, mens Region Hovedstaden er i færd med at indføre en sundhedsplatform, der giver nye muligheder for datadrevet styring. Af samme grund er Region Hovedstaden tilbageholdende med nye initiativer, indtil sundhedsplatformen er i drift endeligt i 2018. I Region Sjælland er det muligt at trække data ud fra IMATIS, men det forudsætter ensartet registrering omkring tavlen, hvilket udfordrer opgaven.

På flere sygehuse indsamles data fortsat manuelt via fx fælles regneark, hvor sengeafdelingerne selv indrapporterer belægningsgrad. Sammenholdt med oplysninger fra akutmodtagelsen kan det danne grundlaget for en prognose af dagens aktivitet og bruges til både at overvåge antallet af overbelægningsdage og give mulighed for kapacitetstilpasninger (*real time demand capacity*). Dette er bl.a. tilfældet på Nordsjællands Hospital (jf. figur 5.1), hvor sengeafdelingerne indrapporterer til et fælles regneark tre gange om dagen. Data anvendes både til at overvåge antallet af belægningsdage og til kapacitetstilpasninger.

Figur 5.1: Andel dage med overbelægning på akutafdelingen i Hillerød (2015)



Kilde: Region Hovedstaden

Note: Høje belægningstal er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at patienter ligger på gangene. De nye belægningstal fortæller nemlig ikke, hvor patienterne fysisk ligger. Fx kan overbelægning være udtryk for, at en tomandsstue midlertidigt er blevet lavet om til en tremandsstue.

5.3 Servicemål for ventetider og faktiske ventetider

Regionerne har fastsat politiske servicemål for akutmodtagelserne, jf. økonomiaftalen 2013. Det gælder bl.a., hvor længe man som patient kan forvente at vente på behandling for mindre skader eller lidelser.

Servicemålene angiver målsætningen for, hvor stor en andel af patienterne, der skal have igangsat behandlingen inden for en given tidsfrist. Det skal bemærkes, at servicemål som udgangspunkt vedrører patienter med mindre skader, eller sygdomme af ikke-hastende karakter (patienter i den blå triagekategori).

I den faglige gennemgang blev det anbefalet (anbefaling 8), at regionerne skal dele viden om og erfaringer med servicemål.

Alle regioner har politisk fastsatte servicemål for bl.a. ventetider mv. Region Midtjylland har et servicemål om behandling af 90 pct. inden for 30 minutter, mens det for resten af regionerne er fastsat til behandling af mellem 50-85 pct. inden for 1 time.

Tabel 5.1: 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

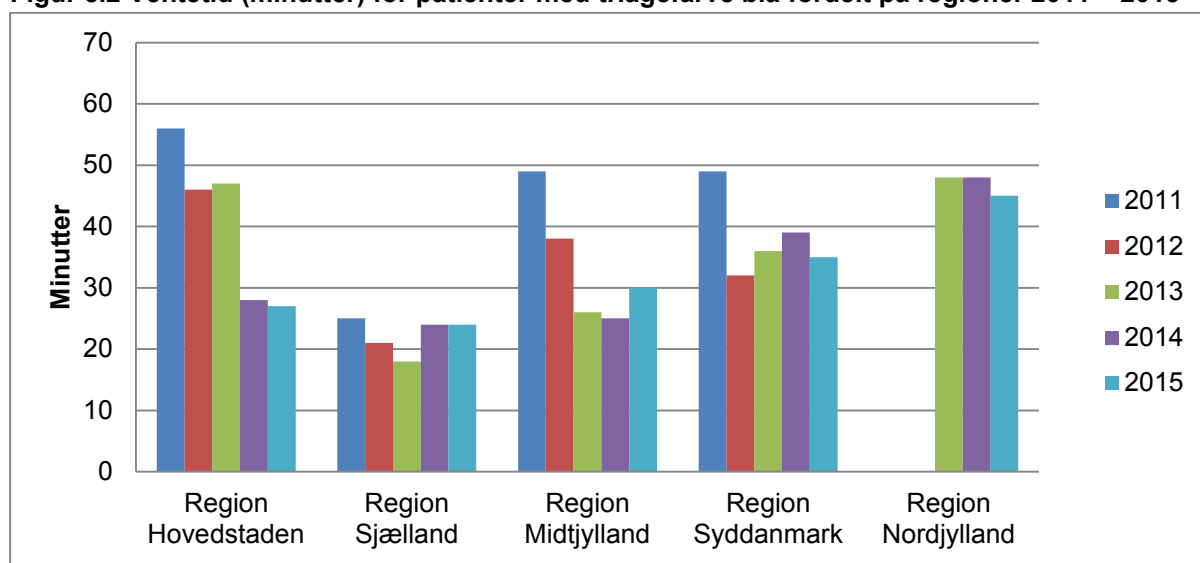
Kilde: Regionerne.

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.

Regionerne har i fællesskab defineret centrale parametre, såsom "udrednings- og behandlingsstart" og "afslutning af patientforløb" for dermed at gøre det muligt at sammenligne data på tværs, selvom servicemålene er forskellige.

Et område, hvor aktuelle og tidstro data kan bruges som en løbende indikator for god service, er netop ventetiden. I alle regioner er målsætningen, at patienter, der fejler noget alvorligt, kommer til med det samme. Øvrige patienter kan have ventetid, og den gennemsnitlige ventetid i akutmodtagelserne i 2015 var således på mellem 24 og 45 minutter, jf. figur 5.2. I Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark er ventetiden faldet markant siden 2011, mens den i Region Sjælland har ligget på et stabilt lavt niveau. Region Nordjylland har først registreret ventetider fra 2013 og siden da, kan der iagttages et fald.

Figur 5.2 Ventetid (minutter) for patienter med triagefarve blå fordelt på regioner 2011 – 2015



Kilde: Regionerne

Note: Data er opgjort på følgende måde: Region Hovedstaden: Data for 2015 er medianventetid i behandlersporet for både akutmodtagelser og akutklinikker i Region Hovedstaden. De tidligere lægevagtpatienter er inkluderet i behandlersporet. Region Midtjylland: Den gennemsnitlige ventetid fra ankomst til behandling er beregnet for akut ambulante patienter på akutafdelingerne i HE Horsens, HE Vest og RH Randers. Region Syddanmark: Data for 2015 omfatter en beregnet gennemsnitlig ventetid baseret på 2. halvår 2014 og 1. halvår 2015, pga. omlægning af datakilder. Region Sjælland: Data omfatter skadepatienter, der ikke nødvendigvis er i blå triagekategori. Region Nordjylland: Data omfatter alle patienter, det vil sige ikke kun skadepatienter.

Monitorering og information til patienterne om den forventede ventetid i akutmodtagelserne kan være medvirkende til at forbedre den patientoplevede kvalitet, jf. resultaterne fra LUP-patienttilfredsundersøgelserne.

5.4 LUP Akutmodtagelser for 2015 og 2014 – data om ventetid og smertelindring

Patienttilfredsundersøgelser er et vigtigt element i vurderingen af patienternes oplevede kvalitet i akutmodtagelsen. Siden den faglige gennemgang i 2014 har der været to landsdækkende undersøgelser om patienttilfredsheden på landets akutmodtagelser for de akut ambulante småskadede patienter⁶.

Både undersøgelsen for 2014 og 2015 viser, at patienttilfredsheden inden for akutområdet generelt er lavere end på det samlede somatiske område. I alt er kun 32 pct. af de småskadede patienter i akutmodtagelserne alt i alt ”i meget høj grad” tilfredse med deres besøg i 2015, og 32 pct. er ”i høj grad” (sammenholdt med 48 pct. ”i meget høj grad” og 34 pct. ”i høj grad” i den generelle LUP-undersøgelse for 2015).

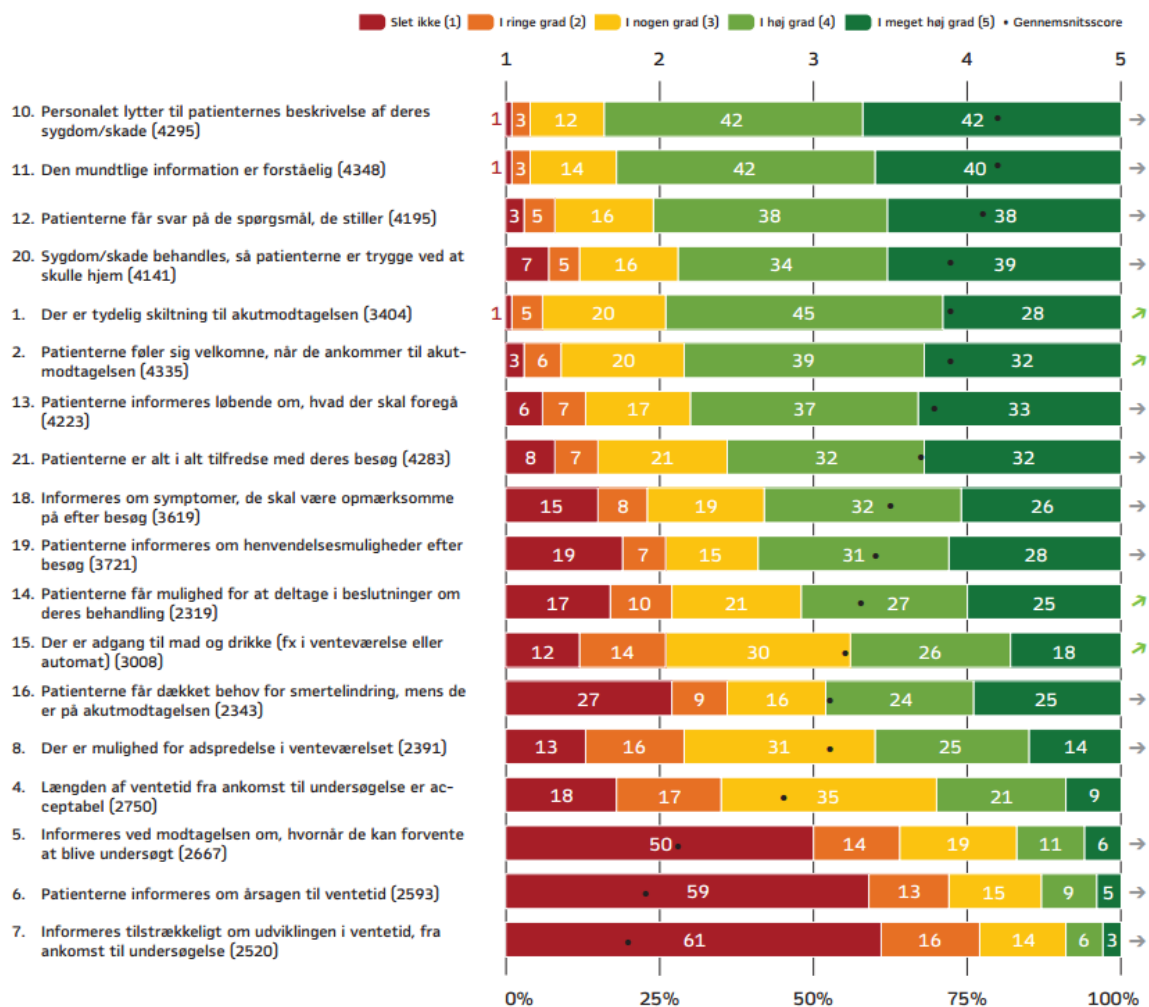
De småskadede patienter i akutmodtagelser svarer ifølge undersøgelsen mest positivt på, at personalet lytter til patienterne, giver forståelig mundtlig information, svarer patienternes spørgsmål og behandler deres skader, så de er trygge ved at skulle hjem, jf. figur 5.3. Svarene er nogenlunde ens med undersøgelsen i 2014, hvor man mellem de to undersøgelser dog kan se en forbedring vedrørende mulighed for adspredelse i venteværelset og adgang til mad og drikke.

I begge LUP-undersøgelser fra 2014 og 2015 bunder utilfredsheden særligt i ventetiden, herunder udtrykker patienterne utilfredshed med manglende information om ventetid, årsag til ventetid og udvikling i ventetid. En indsats for at gøre ventetiden mere acceptabel for patienterne, kan således også være en indsats, der forbedrer patienternes samlede oplevelse af besøget i akutmodtagelsen i det hele taget.

LUP akut 2015-undersøgelsen har endvidere sat fokus på smertelindring, eftersom begge LUP Akut-undersøgelser har vist, at ca. en tredjedel af patienter i akutmodtagelser/-klinikker ”slet ikke” har oplevet ikke at få dækket deres behov for smertelindring under deres besøg. Det er særligt kvinder, og patienter mellem 18-59-årige, der oplever, at deres behov for smertelindring ikke dækkes. LUP Akut 2015 undersøgelsen viser, at patienter ved ankomst eller umiddelbart efter med fordel kan spørges, om de har smerter og eventuelt tilbydes smertelindring, og personalet i højere grad kan tage patienternes oplevelse af smerter alvorlig og forklare årsagen til manglende smertelindring, hvis personalet ikke imødekommer patienternes ønske om smertelindring.

⁶ ”LUP Akutmodtagelse – Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser i akutmodtagelser”, Danske Regioner 2014
”LUP Akutmodtagelse – Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser i akutmodtagelser”, Danske Regioner 2015

Figur 5.3: Akutmodtagelser: Landsresultat for LUP akutmodtagelse 2015



Spørgsmålene i oversigtsfiguren er sorteret efter gennemsnitsscore. Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af spørgeskemaet i bilag 1. Antal besvarelser er angivet i parentes. Pile i figuren viser, om resultatet i 2015 er bedre (↗), dårligere (↘) eller ikke signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2014. Spørgsmål 4 kan ikke sammenlignes, da spørgsmålet er nyt i 2015.

Kilde: LUP Akutmodtagelse 2015, figur 2.1.

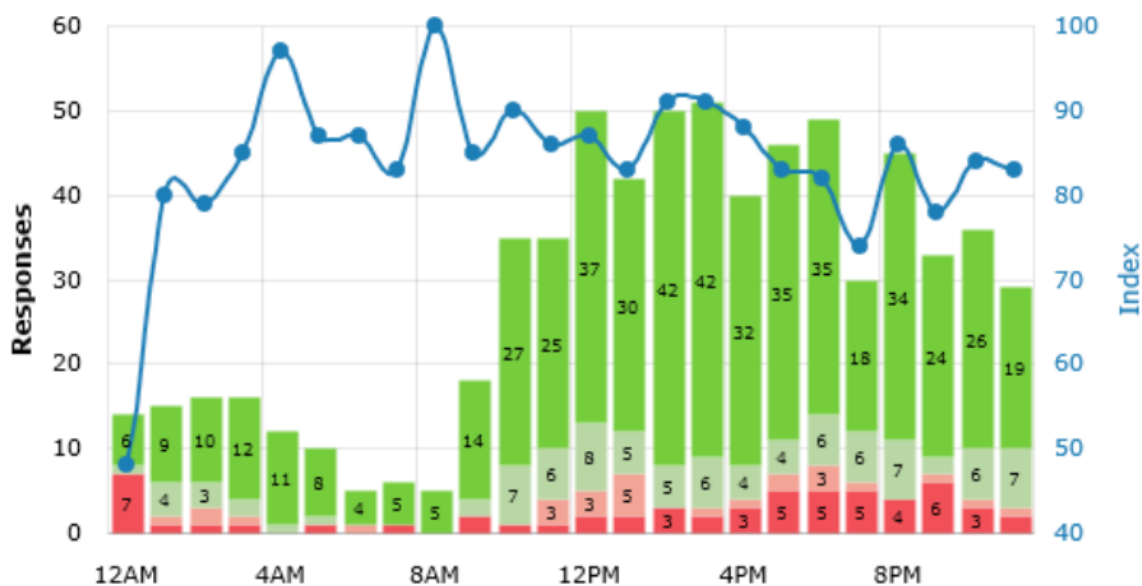
Regionerne melder alle om en opfølgning på LUP-undersøgelserne med henblik på at skabe forbedringer. Som eksempel har Region Nordjylland tilpasset informationen til patienterne i venteområderne i akutmodtagelserne, både hvad angår ventetid og smertelindring bl.a. ved hjælp af infotavler.

Det skal bemærkes, at der i LUP Akut-undersøgelserne ikke er tale om løbende dataindsamling. Data er indsamlet fra patienter med kontakt til akutmodtagelse-/klinik i løbet af en afgrænset tre ugers periode i 2015, og undersøgelsen omfatter kun ambulante patienter uden efterfølgende indlæggelse i op til 24 timer efter det ambulante besøg. Svarprocenten er 48 pct. blandt de 15.347 adspurgte patienter i 2015.

Flere steder arbejder man med tidstro patientfeedback til brug for det daglige kvalitetsarbejde fx på Hospitalsenhed Vest jf. figur 5.4.

Figur 5.4: Smilestandere på Hospitalsenhed Vest

På Hospitalsenhed Vest står smilestandere ved udgangen fra akutmodtagelsen. Data fra standerne deles med personalet ugentligt på info-skærmene og på tavlemøder. Det har ført til stor fokus på at informere patienterne om den forventede ventetid, den fremadrettede plan samt omgangsformen. Der er desuden oprettet et tværfagligt 'fast track-team' bestående af læger, sygeplejersker og fysioterapeut, der sammen tilser patienterne og derved forsøger at holde ventetiden lav (se figurene herunder). Illustrationen viser et eksempel på data time for time (gennemsnit for november 2015) fra Hospitalsenhed Vest på spørgsmålet 'Din tilfredshed med besøget hos os i dag'.



Kilde: "Sikkert Patientflow – Erfaringer fra et forbedringsprojekt", januar 2016⁷

5.5 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 indlægges på specialiserede sygehusafdelinger. Et centralt mål for akutmodtagelserne er derfor at øge andelen af patienter, der, i det omfang der er fagligt belæg for det, udskrives direkte fra akutmodtagelsen, uden at patienterne genindlægges for den samme sygdom kort tid efter.

Tabel 5.2. er baseret på sygehusenes egne besvarelser og kan rumme forskelle i registrerings- og opgørelsespraksis. Der er fx forskel på, hvor længe patienterne på de enkelte akutsygehuse kan være i akutmodtagelsen. På nogle hospitaler fungerer akutmodtagelsen primært som en enhed, der varetager den primære diagnostik og behandling, mens patienterne på andre akutsygehuse kan forblive indlagt i akutmodtagelsen i op til 72 timer, hvis behandlingen kan afsluttes her, og patienten dermed kan undgå et afdelingsskift. Der er også forskel på, hvordan registrering som henholdsvis akutambulant og indlagt bruges på de forskellige akutsygehuse.

Det fremgår, med ovenstående forbehold, at der er forskel i andelen af afsluttede patientforløb i akutmodtagelsen, der svinger mellem 40 og 67 pct. Der kan for nogle regioner ses en udvikling

⁷ "Sikkert patientflow – erfaringer fra et forbedringsprojekt", Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2015

mellem 2013 og 2015 i andelen afsluttede patienter i akutmodtagelsen, i det flere patienter ”vendes i døren”.

Flere sygehuse kan nu monitorere andelen af genindlæggelser i akutmodtagelsen inden for 7 dage, end det var tilfældet i den faglige gennemgang i 2014. Andelen, der genindlægges, varierer mellem 2-10 pct. med et uvægtet gennemsnit på 6,75 procent. Landsgennemsnittet for genindlæggelser på det somatiske område var 7 pct. i 2015. Det bemærkes, at der arbejdes på, at genindlæggelsesraten er en indikator i den nationale akutdatabase med en definition af genindlæggelse indenfor 72 timer og ikke 7 dage.

Tabel 5.2: Andel indlagte patienter afsluttet i akutmodtagelsen og andel genindlæggelser

Region	Sygehus	Andel afsluttet i	Andel afsluttet i	Andel genindlæggelser
		akutmodtagelsen	akutmodtagelsen	<7 dage
		2013	2015	2015
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	55	Ikke oplyst
	Køge Sygehus	41	49	Ikke oplyst
	Nykøbing Falster Sygehus	47	53	Ikke oplyst
	Slagelse Sygehus	50	47	Ikke oplyst
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	61	67	9
	Sygehus Lillebælt, Kolding	62	65	7
	Odense Universitetshospital, Odense	43	58	8***
	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	49	71	10
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	48	58	9
	Hospitalsenheden Vest, Herning	40	59	7
	Hospitalsenheden Midt, Viborg	55	51	9
	Hospitalsenheden Horsens	55	46	9
	Regionshospitalet Randers	60	60	8
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	67*	70*	5
	Sygehus Thy-Mors	73*	78*	4
	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	64*	64*	4

*Både indlagte og skadestuepatienter

** 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.

5.6 Delkonklusion

Gennemgangen viser, at alle regioner bruger aktuelle og tidstro data i den løbende kvalitetsforbedring og styring. Der er forskelle i, hvilke oplysninger der registreres, og hvordan de registreres, samt hvilke niveauer der inddrages og bruger data aktivt. Regionerne bruger forskellige it-systemer, og det er forskelligt, om data kan trækkes ud af tavlerne, hvilket ofte ikke gør det muligt at sammenligne data på tværs.

Regionerne vurderer generelt, at den faktiske adgang til data er blevet forbedret de sidste år. Der udestår stadig en stor udviklingsopgave i forhold til at kvalitetssikre data gennem ensartet og præcis registrering, ligesom der, i hvert fald i nogle regioner, fortsat arbejdes på udvikling af værktøjer, der kan integrere data fra de forskellige kilder (PPJ, EPJ og klinisk logistik).

Den faktiske ventetid på akutmodtagelserne er indikator for service med betydning for patienttilfredsheden. Den gennemsnitlige ventetid i akutmodtagelserne var således i 2015 på mellem 24 og 45 minutter og har generelt været faldende eller ligget på et stabilt niveau.

Patienttilfredshedsundersøgelsen (LUP) fra både 2014 og 2015 viser, at netop ventetiden er et vigtigt parameter for den patientoplevede kvalitet ved kontakt med akutmodtagelse. Patienttilfredsheden inden for akutområdet er generelt lavere end på det samlede somatiske område. I alt er kun 64 pct. af småskadede patienter i akutmodtagelserne alt i alt tilfredse med deres besøg i 2015 (sammenholdt med 82 pct. i den generelle LUP-undersøgelse for 2015).

Flere patienter afsluttes i akutmodtagelsen i 2015 end i 2013, og andelen svinger mellem 40 og 67 pct. Andelen der genindlægges varierer mellem 2-10 pct. med et uvægtet gennemsnit på 6,75 pct., hvilket svarer til landsgennemsnittet for genindlæggelser på det somatiske område på 7 pct.

Kapitel 6: Det nationale indikatorsæt på akutområdet

I den faglige gennemgang fra 2014 blev det anbefalet at udvikle et nationalt indikatorsæt, som indeholder centrale indikatorer for kvalitet, effektivitet og service. Indikatorsættet skulle tage udgangspunkt i den kliniske kvalitetsdatabase for akutområdet, som regionerne dengang var ved at udvikle. Det blev desuden anbefalet, at regionerne sikrer ensartet registrering af aktivitet i akutmodtagelserne for at sikre sammenlignelighed på tværs af regioner og sygehuse.

Begge anbefalinger blev indarbejdet i økonomiaftalen for 2015, hvor det fremgik af aftaleteksten, at akutdatabase formentlig ville blive ibrugtaget primo 2015.

Regionerne har i januar 2016 offentliggjort den første rapport fra Databasen for Akutte Hospitalskontakter⁸. Rapporten vedrører 1. halvår 2015. Med udgangspunkt i denne første rapport gøres der i det følgende status på regionernes implementering af de nævnte anbefalinger.

Boks 6.1: Anbefalinger, der gøres status på under dette kapitel

Anbefaling 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.

Anbefaling 7:

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

6.1 Formål med et nationalt indikatorsæt

Det fremgik af den faglige gennemgang fra 2014, at regionernes mål med den kliniske akutdatabase som helhed var:

- at sikre et grundlag for at vurdere kvaliteten i det akutte behandlingstilbud,
- at angive handlemuligheder for forbedring af kvaliteten,
- at sikre mulighed for at vurdere, om organisatoriske forskelle har betydning for kvaliteten i behandlingen, og
- at dække hele akutforløbet fra det præhospitale område til udskrivelse, herunder inkludere specifikke diagnoser/tilstande og patientsikkerhedsindikatorer.

Disse mål blev i anbefaling 6 opsummeret til, at det nationale indikatorsæt skulle indeholde centrale indikatorer for kvalitet, effektivitet og service.

⁸ "Databasen for Akutte Hospitalskontakter", Danske Regioner 2016

6.2 Arbejdet med det nationale indicatorsæt

Regionerne har arbejdet målrettet med at etablere den kliniske database for akutområdet for at sikre regionerne mulighed for at følge op på kvaliteten af den akutte behandling. Den fælles akutdatabase dækkede fra starten to ældre databaser, databasen for Akut Kirurgi Databasen og Dansk Tværfagligt register for Hoftenære Lårbensbrud: Efterfølgende er etableret endnu tre underdatabaser inden for akutområdet: Præhospitalsdatabasen, Dansk Traumeregister og Databasen for Akutte Hospitalskontakter. Den Fælles Akutdatabase skal sikre samarbejde og koordination mellem underdatabaserne.

Regionerne arbejder videre med udviklingen af databasen og på at indhente data til alle indikatorer til det nationale indicatorsæt, der ikke er i mål endnu. Status viser, at der er etableret et nationalt indicatorsæt på akutområdet, og regionerne har i januar 2016 offentliggjort den første rapport fra Databasen for Akutte Hospitalskontakter vedr. 1. halvår 2015.

6.3 Status for indicatorsættet og udvalgte indikatorer

I den faglige gennemgang blev der angivet en række eksempler på indikatorer til monitorering af service, kvalitet, effektivitet og flow på akutmodtagelserne, jf. tabel 6.1.

Tabel 6.1: Eksempler på indikatorer til monitorering af service, kvalitet, effektivitet og flow på akutmodtagelserne

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

Kilde: Faglig gennemgang af akutmodtagelserne (2014), tabel 4.3

Eksemplerne afspejler nogle centrale hensyn med etableringen af de fælles akutmodtagelser, og de giver et bud på, hvilken type af indikatorer der ville kunne anvendes til at monitorere hhv. service, kvalitet og effektivitet, jf. anbefaling 6.

I den kliniske akutdatabase er der udvalgt ti indikatorer, jf. Tabel 6.2. Udvælgelsen er foretaget af styregruppen for Databasen for Akutte Hospitalskontakter efter en proces, hvor eksisterende kliniske kvalitetsdatabaser bidrog med forslag til indikatorer, som derefter indgik i en bred høringsproces i et ekspertpanel sammensat af klinikere med erfaring fra det akutte område.

Tabel 6.2: Indikatorer i den kliniske akutdatabase

Indikator	Definition	Primært (sekundært) tema	Status
1. Korttidsmortalitet efter akut hospitalskontakt	Andelen af akutte hospitalsforløb, hvor patienten dør inden for 7 dage efter ankomst (forløbsstart)	Kvalitet	Resultater ikke medtaget i rapporten pga. forskelle i registreringspraksis
2. Genhenvendelse efter afsluttet akut hospitalsforløb	Andelen af akutte hospitalsforløb af <24 timers varighed, som medfører nyt akut hospitalsforløb ≤72 timer efter afsluttet forløb	Kvalitet (effektivitet)	Resultater indgår i rapporten, men det bemærkes, at der er forskelle i registreringspraksis.
3. Tid til behandling - apopleksi	Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi, som bliver behandlet med trombolyse, hvor behandlingen er påbegyndt inden for 1 time efter ankomst til hospital	Kvalitet	Data indgår endnu ikke i akutdatabase. De relevante data findes i Dansk Apopleksiregister, men det vil være nødvendigt at anvende ikke-auditerede data.
4. Tid til behandling – akut myokardieinfarkt (STEMI)	Mediantid fra første ankomst til hospital til udførelse af koronar angiografi (KAG) (inkl. perkutan koronar intervention (PCI)) for patienter med ST-elevations myokardieinfarkt (STEMI).	Kvalitet	Afklaring af hensigtsmæssige kilderegistre pågår.
5. Tid til behandling – perforeret hulorgan	Tid fra ankomst til hospital for operation for patienter diagnosticeret med perforeret hulorgan (hele timer)	Kvalitet	Resultater indgår i rapporten, men det bemærkes, at de er usikre, fordi der er tale om få registrerede forløb, og det aktuelt ikke er muligt at fastlægge en standard for registrering.
6. Tid til røntgen - håndled	Tid fra ankomst til røntgenundersøgelse af håndled (hele minutter)	Service	Resultater indgår i rapporten, men det bemærkes, at hospitalerne bør afklare registreringspraksis.
7. Kredsløbspåvirkning/ stabilisering – akut gastrointestinal blødning	Andelen af patienter, der bringes ud af deres kredsløbspåvirkning inden for 60 minutter	Kvalitet	Resultater indgår ikke i rapporten, da indikatoren ikke var tilgængelig fra Akutkirurgidatabasen ved deadline.
8. Tid til triage (Kun for patienter i fælles akutmodtagelse)	Andel med mindre end fx 30 minutter fra ankomst til triage	Kvalitet (service/ effektivitet)	Resultater indgår ikke i rapporten, da indikatoren forudsætter data fra kliniske logistiksystemer, som endnu ikke var tilgængelige ved deadline.
9. a. Tid til set af læge	Andelen af patienter, der er set og vurderet af læge senest fx 4 timer efter ankomst	Kvalitet (service/ effektivitet)	Som ovenfor.
a. b. Tid til set af speciallæge	Andelen af patienter, der er set og vurderet af speciallæge senest fx 4 timer efter ankomst	Kvalitet (service/ effektivitet)	Som ovenfor.

Anm.: Primært tema er i rapporten fra akutdatabase kun angivet for indikator 6. For de øvrige indikatorer er der foretaget en vurdering i forbindelse med udarbejdelsen af nærværende rapport.

Kilde: Databasen for akutte hospitalskontakter. Rapport for 1. januar - 30. juni 2015

Det fremgår af rapporten fra akutdatabasen, at det er en forudsætning for etablering af databasen, at der ikke skulle ske nye registreringer. Derfor bygger databasen i videst muligt omfang på allerede indrapporterede data fra Landspatientregisteret (LPR) og CPR-registeret. Der er en række åbenlyse fordele ved at benytte eksisterende data, men det betyder samtidig, at der har været betydelige udfordringer med at udvælge og validere data, der ikke oprindeligt er indsamlet med henblik på at indgå i et nationalt indikatorsæt.

I den første rapport fra akutdatabasen fra januar 2016 indgår der kun resultater for tre af de i alt ti indikatorer. For de resterende syv indikatorer udestår en afklaring af, om eller hvordan de meningsfuldt kan inkluderes i databasen, jf. Tabel 6.2.

6.4 Vurdering af udvalgte indikatorer ift. formål

Sammenlignet med indikatorksemplerne fra den faglige gennemgang er de valgte indikatorer i rapporten fra akutdatabasen kendetegnet ved, at de primært monitorerer kvalitet.

Nogle indikatorer kan have effektivitet som en afledt effekt i den forstand, at det er ineffektivt fx at behandle den samme patient to gange, hvis det kunne have været undgået. Ventetid til triage eller tid til set af læge/speciallæge kan endvidere være en indikator for effektivitet på akutmodtagelserne, da det kan være udtryk for potentielle flaskehalse. Selvom de ikke siger noget om den *samlede* gennemløbstid for den enkelte patient, kan de fungere som indikatorer for flow på akutmodtagelsen.

I det aktuelle indikatorsæt er der kun en indikator - tid til røntgen - som i rapporten fra akutdatabasen betragtes som et servicemål. I rapporten begrundes dette med, at det ikke kan betragtes som en kvalitetsbrist, hvis blot undersøgelse og behandling finder sted inden for de første par døgn. Tid til triage og tid til patienten ses af læge/speciallæge kan også ses som indikatorer på det anlagte serviceniveau på akutmodtagelsen. Tid til gennemførelse af relevante prøver (fx blod- og vævsprøver, røntgenbilleder og scanninger) kunne være andre relevante indikatorer på flow.

6.5 Transparens

Det fremgår af anbefaling 6, at data i det nationale indikatorsæt skal være transparente. Kravet er ikke operationaliseret i den faglige gennemgang, men det må antages, at hensigten med anbefalingen var at sikre, at de valgte indikatorer var gennemsigtige i den forstand, at kilder, definitioner og oplysninger om evt. kvalitetssikring eller efterbehandling er umiddelbart tilgængelige.

Generelt afspejler den første rapport fra akutdatabasen en høj grad af transparens. Rapporten indeholder klare og entydige definitioner af de enkelte indikatorer jf. Tabel 6.2. Det er angivet, hvilke databaser eller registre, indikatorerne er trukket fra, og de enkelte indikatorer er desuden suppleret med kommentarer vedrørende henholdsvis klinisk epidemiologiske/biostatistiske og fagligt kliniske forhold.

6.6 Løbende tilgængelighed

Det fremgår af anbefaling 6, at data i det nationale indikatorsæt løbende skal gøres tilgængelige for relevante parter, og at data dermed skal være tilgængelig uden unødigt forsinkelse for de parter, der skal anvende data.

Det må forventes, at der ved samling af data på nationalt niveau vil være behov for en vis kvalitetssikring eller efterbehandling. Løbende tilgængelige data er derfor ikke det samme som fuldstændigt tidstro og aktuel data, der ideelt kan ses og anvendes så snart, de er registreret. På den

anden side skal data være tilgængelige med en kadence, der gør det muligt at bruge dem som beslutningsgrundlag, inden de er forældede.

I det perspektiv bør der arbejdes for, at data fra akutdatabasen gøres tilgængelige med høj kadence, og at resultaterne foreligger hurtigt efter periodeafslutning med henblik på, at regionerne får et mere tidstro indblik i udviklingen inden for den udvalgte række af indikatorer. I første omgang kunne målet være en kvartalsvis afrapportering, der leveres højest en måned efter periodeafslutning.

6.7 Sammenlignelighed og ensartet registrering

For en række af de udvalgte indikatorer, herunder de tre, der er medtaget i rapporten, er det angivet, at resultaterne skal tages med forbehold på grund af forskelle i registreringspraksis, jf. Tabel 6.2.

Desuden gælder det generelt for de udvalgte indikatorer, at der er betydelige forskelle i patientsammensætning og organisation, hvilket medfører, at resultaterne ikke er egnede til sammenligninger mellem regioner, sygehuse eller afdelinger.

Det er angivet i rapporten, at det er en vigtig forudsætning for udvikling af databasen, at regionerne gør det muligt at levere data fra kliniske logistiksystemer (fx flowtavler) og elektroniske patientjournaler (EPJ) til LPR, primært følgende:

- Tidspunkt for ankomst til hospital
- Tidspunkt hvor patienten første gang ses af læge/speciallæge
- Tidspunkt for triagering
- Triageværdi
- Hvor patienten henvises fra og til (afgørende for at skelne reelle udskrivelser fra overførsler).

Det er endvidere anført i rapporten, at databasens udvikling vil afhænge af indføring af SHAK-koder (Sygehusafdelingsklassifikation), som entydigt identificerer hospitalernes akutmodtagelser. Hvis data vedrørende dette skal være sammenlignelige på tværs af landet, fordrer det, at regionerne bliver enige om, hvordan der registreres.

Regionerne har primo 2016 besluttet at sikre ensartet registrering i akutmodtagelserne på SHAK-koderne, så der er en national ensartet standard for registreringerne. Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Sjælland har etableret SHAK-koder, mens det forventes, at der primo/medio 2017 er etableret en selvstændig SHAK-kode/SHAK-koder for alle akutmodtagelserne i Region Syddanmark. Region Hovedstaden har besluttet, at ændringer i IT-systemer, herunder sygehusenes registreringsstruktur, ikke foretages før en ny IT-plattform (Sundhedsplatformen) er implementeret. Dermed kan akutmodtagelserne i Region Hovedstaden tidligst få en SHAK-kode medio/ultimo 2017.

I forbindelse med implementeringen af LPR3 fra ultimo 2018 vil SHAK-koderne blive erstattet af SOR-koder (Sundhedsvæsenets Organisationsregister). Det forventes ikke at medføre selvstændige udfordringer for den nationale akutdatabase.

6.8 Delkonklusion

Status viser, at der er etableret et nationalt indikatorsæt på akutområdet, og regionerne har i januar 2016 offentliggjort den første rapport fra Databasen for Akutte Hospitalskontakter vedrørende 1. halvår 2015 med resultater fra 3 ud af 10 indikatorer.

Generelt afspejler den første rapport fra akutdatabasen en høj grad af transparens i forhold til klare og entydige definitioner af de enkelte indikatorer.

Der kan peges på en række områder, hvor regionerne ikke er i mål med anbefalingerne fra den faglige gennemgang. Det nationale indicatorsæt for akutområdet giver blandt andet ikke på nuværende tidspunkt mulighed for at sammenligne data på tværs af regioner. For alle ti indikatorer er det endnu ikke muligt at sammenligne på tværs blandt andet på grund af forskel i regionernes registreringspraksis.

Der er således potentiale for at forbedre anvendelsen af data i akutmodtagelserne og for videreudvikling af det nationale indicatorsæt, der nu anvendes i den nyetablerede kliniske kvalitetsdatabase for akutområdet.

Som det fremgår ovenfor, vedrører indikatorerne primært kvalitet, mens service og effektivitet kan udledes indirekte. Det nationale indicatorsæt giver på nuværende tidspunkt ikke mulighed for at sammenligne data på tværs af regioner. Dette skyldes primært en uensartet registrering af aktivitet i akutmodtagelserne.

De væsentligste udfordringer og tilhørende anbefalinger er skitseret i tabel 6.3 nedenfor. I tabellen henviser det regionale ansvar både til de enkelte regioner og til det tværregionale arbejde med akutdatabasen, der er forankret i Kompetencecenter for Epidemiologi og Biostatistik Nord på Aarhus Universitetshospital.

Tabel 6.3 Anbefalinger til Databasen for Akutte Hospitalskontakter

Udfordring	Mulig håndtering
a. Manglende data for syv indikatorer.	Regionerne gør det muligt at levere data fra kliniske logistiksystemer og EPJ til LPR. Evt. øvrige barrierer for levering af data afklares og håndteres.
b. Indikatorerne dækker ikke alle mål med indicatorsættet	Regionerne udvælger supplerende indikatorer vedr. effektivitet og flow. Indikatorer for effektivitet kunne fx være andel af patienter afsluttet i akutmodtagelsen/udskrevet inden for 24 timer eller tid til prøvetagning og prøvesvar.
c. Manglende sammenlignelighed pga. forskelle i <ul style="list-style-type: none"> a. registreringspraksis b. patientsammensætning c. organisationsform 	Ad a) Regionerne etablerer standarder for registrering af de pågældende indikatorer. Ad b) Akutdatabasen begrænses til at omfatte de 21 fælles akutmodtagelser og fire traumecentre. Ad c) Alle akutmodtagelser får egen SHAK-kode eller tilsvarende unikt ID i relevante registre og databaser.
d. Indikatorerne er ikke løbende tilgængelige for relevante parter	Regionerne gør data fra akutdatabasen tilgængelige med højere kadence og mindre forsinkelse. Det må forventes, at dette sker i naturlig forlængelse af ovenstående anbefalinger.

Ud over de udfordringer, der er skitseret i tabellen ovenfor, er det en generel udfordring for at måle gevinsterne ved etablering af akutmodtagelser, at akutdatabasen først nu er under opbygning. Derfor er der ikke etableret en baselinemåling, som kan bruges til at vurdere, om omlægningen af akutstrukturen medfører en forbedring af behandlingen i forhold til tilstanden før Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007.

Kapitel 7: Uddannelse og forskning

Uddannelse og forskning er to vigtige forudsætninger for at sikre høj kvalitet og effektivitet i akutmodtagelserne. Mens uddannelse er en helt afgørende forudsætning for at kunne sikre høj kvalitet i diagnostik og behandling af de akutte patienter, er forskning vigtigt i forhold til at opsamle og dele viden på tværs af akutsygehusene og regionerne.

I forbindelse med den faglige gennemgang fra 2014 blev der opstillet to anbefalinger for at styrke den lægelige videreuddannelse i at modtage akutte patienter og understøtte en videndeling af forskningsresultater. Dette kapitel gør status på disse anbefalinger.

Boks 7.1.: Anbefalinger, der gøres status på i dette kapitel

Anbefaling nr. 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.

Anbefaling nr. 16

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

7.1 Lægers efter- og videreuddannelse

Danske Regioner har på nationalt niveau igangsat to tværregionale uddannelsesinitiativer, der er rettet mod medarbejderes kompetencer i akutmodtagelserne for henholdsvis læger og sygeplejersker.

Formålet med at etablere fælles nationale rammer for regional efteruddannelse på området er at styrke de kliniske og faglige kompetencer, der skal indgå i løsningen af de akutte opgaver på sygehusene. Samtidig er hensigten at skabe fleksible uddannelsesforløb, således at kompetencerne kan målrettes.

Udover de formaliserede uddannelsesinitiativer findes der en række lokale og regionale kompetenceudviklingsinitiativer, der kan være rettet mod forskellige faggrupper eller teams i akutmodtagelserne. Det kan fx være rettet mod terapeuter, bioanalytikere, radiografer m.v. Endeligt indgår også ambulancebehandlere og paramedicinere i klinisk uddannelse og praktik i akutmodtagelserne.

Regionerne har etableret en fælles regional efteruddannelse for speciallæger, der er målrettet 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.

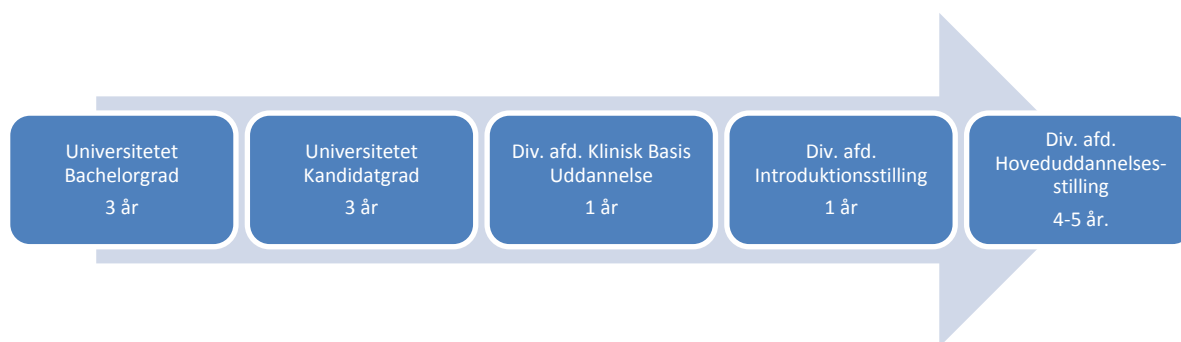
I Videreuddannelsesregion Nord bliver der lagt vægt på, at KBU-lægen (læger i klinisk basisuddannelse) indgår i en akutmodtagelse. Uddannelseslægerne har ofte arbejdsfunktioner i akutafdelingerne, mens de er ansat på øvrige afdelinger. Indenfor flere specialer (såvel kirurgiske som intern medicinske) angiver målbeskrivelsen kompetencer, der bedst (og i nogle tilfælde kun) kan opnås ved arbejdsfunktion i akutafdelingerne.

I Videreuddannelsesregion Syd gøres der en særlig indsats for at integrere ophold i de fælles akutmodtagelser i speciallægeuddannelsen. Der er således indlagt ophold i akutmodtagelserne i uddannelsesprogrammerne for alle de uddannelsesforløb, hvor det i forhold til uddannelsens målbeskrivelse er relevant, og hvor det i forhold til akutmodtagelsernes placering er praktisk muligt.

I Region Hovedstaden varetager alle læger under videreuddannelse arbejde i akutmodtagelserne i henhold til de aftaler de enkelte stamafdelinger har med disse afdelinger. I Region Sjælland ansættes KBU-læger samt kommende almen medicinere i akutafdelingerne. For de øvrige specialer deltager uddannelseslægerne på samme måde som i Region Hovedstaden.

Nedenstående figur 7.1 viser lægers uddannelses- og videreuddannelsesforløb:

Figur 7.1. Oversigt over læger uddannelses- og videreuddannelsesforløb



Der har de seneste år været en løbende debat om behovet for at oprette et selvstændigt speciale i akutmedicin i Danmark. Sundhedsstyrelsen vurderede i 2012 behovet for en speciallægeuddannelse i akutmedicin og kom frem til, at akutmedicin bør opretholdes som et fagområde. Den faglige gennemgang har ikke haft særsomt fokus på oprettelse af akutmedicin som speciale, hvorfor statusrapporten ikke behandler drøftelserne yderligere. I den sammenhæng kan nævnes, at Sundhedsstyrelsen bl.a. efter drøftelser i det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse i foråret 2016 har indledt et arbejde med at vurdere spørgsmålet om en mulig etablering af et akutmedicinsk speciale i Danmark. Arbejdet forventes afsluttet medio 2017.

7.2 Akutsygeplejerskeuddannelsen

Uddannelsen til akutsygeplejersker er en national uddannelse, der skal styrke de kliniske og faglige kompetencer hos sygeplejerskerne i akutmodtagelserne. Uddannelsen kan løbende tilpasses behovet for kompetencer i akutmodtagelserne. Uddannelsen består af 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. Det er regionernes intention, at alle sygeplejersker i akutmodtagelserne deltager i uddannelsens basismodul.

7.3 Vidensdeling af forskningsresultater

Forskning er en vigtig del af udviklingen i sundhedsvæsenet. Det gælder også forskning på akutområdet, fx i modtagelsen og behandlingen af den akutte patient. Derfor udvikles der hele tiden ny viden, der deles på tværs af regioner og sygehuse. Regionerne deler viden og erfaringer på tværs ved at indgå i samarbejdsprojekter og videndele i Kapitelgruppen for akutmodtagelse i regi af Danske Regioner.

Der foregår mange forskningsrettede aktiviteter på akutsygehusene, herunder flere phd-projekter (se bilag 1). Regionerne har også igangsat flere initiativer, der skal sikre udnyttelse af forskningspotentialer. Som eksempel er der ansat forskningsledere på hver akutmodtagelse og oprettet et forskningsnetværk om akutmodtagelser i Region Syddanmark. I Region Nordjylland har man ansat en professor i akutmedicin med særligt fokus på det præhospitale område. Professoratet blev etableret i 2015, og der er igangsat flere forskningsspor. Region Midtjylland har etableret Center for Akutforskning, der forsker i alle aspekter af behandlingen af den akutte patient. I Region Sjælland har man gennemført en række udviklingsinitiativer for akutafdelingerne i samarbejde med Beth Israel Deaconess Medical Center i Boston – et sygehus tilknyttet Harvard Medical School.

Som det fremgår af vedhæftede bilag, er der en stor mængde forskningsprojekter på akutområdet. Dette spænder fra alt til undersøgelser af modeller for triage, nedbringelse af ventetid, bedre smertelindring, samarbejde på tværs.

Der forskes blandet andet i:

- Overlevelsesgrad
- Ældre patienter, herunder forskning i genindlæggelser, effekt af udgående hospitalsfunktioner, effekt af behandling og betydningen af tilknyttede geriatere på akutmodtagelserne
- Anvendelse af systematiske planlægningsværktøjer og computermodellering på akutområdet
- Patientoplevelse kvalitet m.v.
- Effekter af visitation
- Forskningsmæssigt fokus på triagering
- Overgange, overflytning, transport og modtagelse af patienter
- Indretning af venterum
- Patientsikkerhedskultur

Dette genererer en tilsvarende stor konferenceaktivitet og publikationslister på området.

7.4 Delkonklusion

Gennemgangen viser, at der er igangsat forskellige uddannelsesinitiativer på akutområdet. Alle de regionale råd for lægers videreuddannelse har i forbindelse med udfærdigelse og godkendelse af et speciales uddannelsesprogram lagt dele af uddannelsesforløbene i akutmodtagelserne, hvor det måtte være relevant.

Gennemgangen viser, at der er stort fokus på forskningsmæssige aktiviteter (jf. bilag 1). Regionerne videndeler resultater og erfaringer fra de igangsatte forskningsprojekter på det akutte område. Danske Regioner understøtter denne videndeling.

Kapitel 8: Arbejdsgruppens dataindsamling og organisering

8.1 Dataindsamling

Dataindsamlingen har primært bestået af et regionalt bidrag samt opdatering af tal fra Landspatientregistret (LPR) og regionerne selv.

Regionerne har bidraget med beskrivelser af de regionale rammer for akutmodtagelserne. Disse er udarbejdet på baggrund af et udsendt spørgeskema og ønske om tekstbidrag i perioden januar til februar 2016.

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

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 Sundheds- og Ældreministeriet (formand), Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner. Sundheds- og Ældreministeriet har varetaget arbejdsgruppens sekretariatsfunktion. Deltagere i arbejdsgruppen har været:

Fra Sundheds- og Ældreministeriet (formand):

Lene Brøndum Jensen, kontorchef
Marie Louise Rostrup, chefkonsulent
Louise Steiner Bruun, fuldmægtig
Martin Nyrop Holgersen, fuldmægtig
Camilla Johansen, praktikant

Fra Sundhedsstyrelsen:

Helene Bilsted Probst, enhedschef
Niels Moth Christiansen, chefkonsulent
Kathrine Hedemand, fuldmægtig

Fra Danske Regioner:

Thomas Ibsen Jensen, centerchef
Anne Thesbjerg Christensen, seniorkonsulent
Camilla Dürke Tybring, seniorkonsulent
Natacha Jensen, konsulent
Line Raahauge Hvass, seniorkonsulent

Bilag 1: Oversigt over udvalgte forsknings- og udviklingsprojekter på akutområdet

I dette bilag oplistes en række forsknings-, udviklings- og samarbejdsprojekter samt andre tilbud, ordninger og projekter og videnskabelige artikler vedrørende akutområdet, som de fem regioner har gjort opmærksom på. Der er tale om udvalgte projekter og ikke en udtømmende liste.

Forskningsprojekter

Region Sjælland:

- På akutafdelingen i Nykøbing Falster er der gennemført et ph.d.-projekt vedrørende sundhedsfaglig og patientoplevet effekt af etableringen af en fælles akutmodtagelse. Afhandlingen, som blev forsvaret i efteråret 2015, viser bl.a. en langt større overlevelsesgrad hos patienter med blodprop i hjernen og hjertesvigt efter etableringen af den fælles akutmodtagelse på Nykøbing Falster Sygehus. Forud for etableringen af den fælles akutmodtagelse, i 2008, døde hver ottende patient med blodprop i hjernen og næsten halvdelen af alle patienter med hjertesvigt. Efter etableringen af den fælles akutmodtagelse, i 2012, døde kun én ud af 20 patienter med blodprop i hjernen, og blot en ud af seks patienter med hjertesvigt. Årsagen til disse markante forbedringer formodes at være, at kritisk syge patienter, i kraft af etableringen af den fælles akutmodtagelse, nu kommer hurtigere i behandling og hurtigere bliver tilset af en erfaren læge. Et andet vigtigt fund i afhandlingen er, at patienterne nu oplever en højere tilfredshed, herunder med samarbejdet mellem faggrupperne.
- På akutafdelingen i Holbæk gennemføres et ph.d.- projekt med titlen "Acute medical admission of elderly patients > 75 years, characterized by fast track and traditional inward hospitalization". Formålet med projektet er at gøre status over moderne behandlingstilbud til ældre akut henviste medicinske patienter samt undersøge effekten af behandling i en særlig enhed med fokus på hurtig udredning og behandling (Akut Diagnostisk Enhed på akutafdelingen i Holbæk) i sammenligning med traditionel behandling på et sengeafsnit.
- Akutafdelingen i Køge er ved at forberede et ph.d.-projekt til vurdering af effekten af Det Mobile Sygehuslaboratorium i samarbejde med Klinisk Biokemisk Afdeling. Baggrunden for projektet er, at mange, særligt medicinske, hospitalsindlæggelser er af meget kort varighed og – især for ældre patienter – er forbundet med risiko for infektion, organisk psykosyndrom og fald i funktionsniveau. For immobile patienter kan transport imellem hjem og sygehus desuden være tidskrævende og belastende. Det Mobile Sygehuslaboratorium kan rekvireres akut og kan køre hjem til patienten og foretage biokemiske analyser samt en klinisk vurdering ved erfaren akutsygeplejerske. Derved kan praktiserende læger, vagtlæger eller andre rekvirenter få et bedre beslutningsgrundlag for at initiere behandling af patienter i deres eget hjem frem for at henvise til indlæggelse. Projektets formål er at evaluere det Mobile Sygehuslaboratorium som en ny shared-care-organisationsform i snitfladen mellem den primære og sekundære sundhedssektor, herunder vurdere potentialet til at skabe mere sammenhængende patientforløb og reducere behovet for indlæggelse på sygehus.
- På akutafdelingen i Slagelse gennemføres et forskningsprojekt med titlen "Readmission among patients discharged early from Danish emergency departments". Projektet udføres i samarbejde med Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Aarhus Universitet. Baggrunden for projektet er, at et betydeligt antal patienter, som indlægges i Akutafdelingerne, bliver udskrevet efter kort tids indlæggelse. Hurtig udskrivelse fra et hospital kan imidlertid føre til

øget risiko for genindlæggelse, såfremt den korte indlæggelsestid resulterer i utilstrækkelig udredning og behandling. Formålet med forskningsprojektet er bl.a. at undersøge om dette er tilfældet, ved hjælp af en analysemetode, som kan vurdere behandlingskvaliteten uafhængigt af patientens tilstand eller andre patientforhold, som påvirker risikoen for genindlæggelse.

Region Hovedstaden:

- Akutmodtagelsen på Herlev Hospital har forskningsmæssigt fokus på triagering af den akutte patient. Der er dannet en forskningsenhed i Akutmodtagelsen, der i øjeblikket består af 1 speciallæge, 2 ph.d.-studerende og 3 forskningsårsstuderende. Triage med DEPT kræver betydelige ressourcer, og der er ikke solid evidens bag denne eller andre triage-former. Akutmodtagelsen har derfor været initiativtager til flere studier, der har til formål at udvikle og validere risikovurderingen af den akutte patient. Udover nedenstående igangværende studier er flere studier på tegnebrættet. Triage II: På baggrund af to større databaser har hospitalet udviklet en ny og simplificeret triagealgoritme. Algoritmen bliver i øjeblikket afprøvet i et clusterrandomiseret interventionsstudie (n= 50.000) på Herlev Hospital og Bispebjerg Hospital. Dataindsamlingen afsluttes d. 31/1 2016. Triage III: Interventionsstudie, hvor hospitalet undersøger, om betydningen af risikoprædiction af akut indlagte patienter med en biomarkør (suPAR) kan reducere mortaliteten. Studiet er clusterrandomiseret og udføres på Herlev Hospital, Bispebjerg Hospital og Hillerød Hospital. Dataindsamlingen afsluttes d. 11/4 2016 (n= 48.500). Triage IV: Betydningen af screening med CT af cerebrum, thorax og abdomen af akut indlagte patienter med høj risiko for død (triageret "orange" eller "rød"). Studiet er et "proof of concept" studie, der skal vurdere effekten af akut CT-scanning på ændring af den akutte behandling samt fund af betydende komorbiditet (n=150). Studiet afsluttes i februar 2016.
- Akutmodtagelsen Hvidovre Hospital har i de sidste 5 år været aktiv deltager i store forskningsprojekter omkring den ældre medicinske patient med hospitalets forskningsenhed som tovholder.
 - INFO-65 på tværs, et Prædiktionsstudie til identificering af den ældre risikopatient og med opfølgende deltagelse af hhv. København, Hvidovre og Brøndby kommune, hvor der afprøvedes om et opfølgende borgerforløb af forskellige type havde effekt på genindlæggelserne
 - Publication om korttidsindlæggelser < 24 timer
 - Publication om ernæringstilstand, morbiditet og særligt blodprøveparametre.
 - Publication Fysisk træningspotentiale hos den ældre medicinske patient

Region Midtjylland:

- Ny styring i et patientperspektiv. Alle hospitaler i regionen deltager med udvalgte afdelinger – i HEV er akutafdelingen blevet valgt. I forbindelse med projektet følger en forskergruppe under Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling i Region Midt i samarbejde med danske og internationale eksperter et interventionsprojekt om virkninger af styringsmekanismer i sundhedsvæsenet. Følgforskningen vil blandt andet belyse responsen på incitamenter, ændringer i arbejdsprocesser og den patientoplevede kvalitet. Projektet går ud på at vi i stedet for DRG afregning, skal styre efter nogle fast definerede kvalitetsmål.
- Weekendeffekten, et organiserings- og kulturspørgsmål? Et kvalitativt studie af en akutafdelings organisering i henholdsvis hverdag og weekend. Studier har vist, at patientresultater som dødelighed, utilsigtede hændelser og indlæggelsestid er værre i weekenden end i hverdagen. Ph.d.-projektets formål er at producere ny viden om årsagen hertil og vil med udgangspunkt i et etnografisk feltarbejde i Akutafdelingen, Hospitalsenhed

Midt udvide den eksisterende viden om fænomenet weekendeffekt ved at undersøge organiseringen af og kulturen i Akutafdelingen i henholdsvis hverdag og weekend

- Increased Mortality in Patients attending a Danish Emergency Department during afterhours and weekends (HEV). Tværsnitsstudie, hvor det vurderes om der er større grad af mortalitet og morbiditet hos patienter, der er set i weekends og i aften-/nattevagt.
- Development and evaluation of a patient safety model targeting Severe Clinical Detoriation and Safety Awareness in the Emergency Department” (HeMidt). Ikke at opdage og behandle klinisk forværring er fortsat en alvorlig og forebyggelig skade for hospitalspatienter. Hovedformålet med studiet er at udvikle og evaluere effekten af en patientsikkerhedsmodel inspireret af den amerikanske risikomodel Cincinnati Situation Awareness model. Modellen vil blive justeret til dansk kontekst og være målrettet voksne patienter i akutafdelingen. Studiets hypotese er, at implementeringen af denne danske patientsikkerhedsmodel vil øge patientsikkerheden ved at reducere antallet af patienter med alvorlig klinisk forværring.
- Patientsikkerhedskultur i Randers. Akutafdelingen laver løbende måling af personalerapporteret patientsikkerhedskultur med et valideret spørgeskema. Patientsikkerhedskulturen afspejler personalets adfærd, værdier og holdninger ift. patientsikkerhed. Akutafdelingen anvender måling af patientsikkerhedskulturen til at identificere områder, hvor der er potentiale for forbedringer og til at prioritere udviklingsarbejde. Forskning har vist, at der er sammenhæng mellem positiv udvikling af patientsikkerhedskultur og reduktion af specifikke patientsikkerhedsproblemer. Ligeledes er der evidens for, at patientsikkerhedsrunder kan forbedre patientsikkerhedskultur. Som et led i et forskningsprojekt har Akutafdelingen derfor afprøvet ugentlige patientsikkerhedsrunder for at forbedre afdelingens patientsikkerhedskultur. Rent praktisk gik afdelingsledelsen og afdelingens kvalitetskoordinator en ugentlig runde i afdelingen og drøftede aktuelle og potentielle patientsikkerhedsproblemer med personalet. Projektet forbedrede patientsikkerhedskulturen inden for fokusområderne feedback og kommunikation om UTH, ikke sanktionerende tilgang til UTH og nærmeste leder og patientsikkerhed.
- ”Capturing Readmission Internationally to prevent Readmission – CURIOS”. Studiet er et prospektivt multi-center, tværsektorielt studie, der vil undersøge genindlæggelser i de deltagende enheder. Der vil blive indsamlet data fra genindlæggelsen og fra den tidligere indlæggelse. Studiet forventer at belyse: 1) Risikofaktorer, der kan forudsige forebyggelige indlæggelser. 2) Andel af subjektivt ikke-forebyggelige og forebyggelige genindlæggelser set fra patienten, de pårørende, deres sygeplejerske og praktiserende læges side. 3) Sammenligne risikofaktorer og mulighederne for at forebygge genindlæggelser i Europa. 4) Øge kendskabet til og opmærksomheden på genindlæggelser og mulighederne for undgå disse hos sundhedsprofessionelle
- Postdoc, AUH: STAFET: Identifikation, udvikling og afprøvning af forløbsspecifikke udskrivningspakker til patienter, der udskrives direkte fra Fælles Akutafdelinger til videre opfølgning i primærsektoren eller ambulatorier

Region Syddanmark:

- Geriater i FAM – forskningsprojekt i samarbejde med medicinsk afdeling (Esbjerg)
- Sygehus Lillebælt, Projektet Ensartet Modtagelse har til formål dels at øge patientsikkerheden, at forbedre samarbejdet mellem sygeplejerskerne i modtagelsen samt at opnå øget fleksibilitet og mere jævn fordeling af arbejdsopgaver i modtagelsen. Afsættet for projektet har været, at der fra sengeafdelinger er blevet givet udtryk for, at patienterne blev

mod-taget meget forskelligt i henholdsvis skadestue og modtagelse. Konkret er det bl.a. målet med projektet, at alle sygeplejersker i skadestuen og modtagelsen kan modtage både visiterede og uvisiterede patienter i modtagelsen samt, at modtagesygeplejersker kan være med som 2. mand på traumer og akutte børn. Herudover er det bl.a. målet, at variationer i modtagelsen af den akutte pa-tient reduceres. Ny modtagelse på Kolding Sygehus er åbnet primo 2016, hvorfor det er for tidligt at sige noget om resultatet af projektet.

- Sygehus Lillebælt, Det gode akutte patientforløb har igangsat en række initiativer for at understøtte det gode akutte patientforløb. Der er herunder arbejdet med en systematisk tilgang til at undgå kødannelse i modtageområdet samt forsinkede kliniske vurderinger og 4-timers planer. Der er identificeret forskellige udløsende årsager og i et tværfagligt team med deltagelse fra både akutafdeling, skadestue, modtagelse, medicinsk afdeling, laboratorium og HR er der afprøvet forskellige ændringer og ideer. I arbejdet er anvendt data fra Akutafdelingens kliniske logistiksystem samt data vedr. personalebemanding. Det akutte forløb er forsøgt forbedret gennem indførelse af tavlemøder på både Akutafdelingen og stamafdelingerne. I Akutafdelingen har udfordringen været at få relevante oplysninger på de nye patienter fra det afgående vagthold. Forskellige metoder er afprøvet, og tavlemøderne er betydeligt kvalificeret derved. Også deltagelse fra relevante samarbejdspartnere som kardiologer, fysioterapeuter og farmaceuter ved det medicinske tavle-møde har muliggjort hurtigere vurderinger og bedre planlægning af patienternes forløb. Samarbejdet mellem medicinsk afdeling og Akutafdelingen er forbedret ved indførelsen af en fælles udarbejdet spidsbelastningsalgoritme, så der er klarhed over hvilke regler og værktøjer, der tages i brug, under spidsbelastninger. Gennem det sidste år er der også arbejdet systematisk med, hvordan man mere fleksibelt og med rettidig omhu kan justere bemandingen af både sygeplejersker og læger i Akutafdelingen, så spidsbelastninger kan klares uden at kompromittere patientsikkerheden. Medicinsk afdeling har systematisk undervist basislæger og sygeplejersker i akutte medicinske problemstillinger, hvilket skaber fælles forståelse og fælles fodslag i samarbejdet om den akutte medicinske patient. Den fælles ledelse af medicinsk afdeling og Akutafdelingen har afholdt adskillige dag-møder, hvor et repræsentativt udsnit af sygeplejersker og læger fra alle niveauer blev inviteret ind til at give deres bud på, hvordan udvikling og forbedring af Akutafdelingen og behandlingen af den akutte patient kan forbedres. Det har skabt en mere fælles forankring og større ejerskab til processerne i det akutte patient forløb.
- OUH (liste over projekter):
 - Aspirationsbehandling af perinal absces
 - Brystsmerter
 - Clinical impact of ECG changes in emergency department patients
 - CriSTAL
 - Curios@
 - EKG-dispersion mapping
 - Electrocardiographic findings and prognosis in acute poisoned patients – a transnational cohort study
 - Undersøgelse af sammenhængen mellem de symptombaserede akutpakker i de Fælles Akutmodtagelser i Region Syddanmark og patienternes udskrivningsdiagnoser
 - Hjertestopbehandling på Fælles AkutModtagelse, Odense Universitetshospital.
 - Revision af uddannelseskoncept med fokus på in-situ simulation
 - Hospital@home
 - Hypotension og shock i skadestuen
 - Identifikation af risikopatienter

- Lægelig præhospital behandling – En evaluering af effekten af akutlæger i den præhospital behandling
- Metformininduceret laktacidose i Danmark – incidens samt prædiktion gennem genotypning
- Patient@risk
- Severely injured patients - Classifications of severity and patient-reported outcome
- Smertebehandling ved akutte mavesmerter (PiSAM)
- SOP-sektorovergangsprojektet: Effekten af farmaceutisk medicingennemgang, medicinsamtale og opfølgning på forekomsten af genindlæggelser
- Thermography in Emergency Medicine; an explorative pilot study
- Trigger team activation in the Emergency Department at a level 1 trauma centre in Denmark: Demographics, survival and resource utilization
- "Mit forløb". Patientinddragelse i skadestuen.
- LUP – akutambulant

Region Nordjylland:

- Region Nordjylland har indgået i phd-projekt om organisering af akutmodtagelserne i Danmark. Projektet har været forankret på Aarhus Universitet i et samarbejde mellem Center for Akutforskning (CfA) under ledelse af professor i akutmedicin Hans Kirkegaard og Interdisciplinary Center for Organizational Architecture (ICOA) under ledelse af professor Børge Obel. Formålet med projektet var at analysere, hvordan akutmodtagelserne i Danmark er organiseret. Med udgangspunkt i organisationsdesignteori blev organisatoriske forskelle, ligheder og udfordringer, der er opstået på baggrund af de seneste års udvikling, identificeret.
- I Region Nordjylland er der ansat en professor i akut medicin med særligt fokus på det præhospital område. Professoratet blev etableret i 2015, og der er igangsat flere forskningsspor. Der arbejdes bl.a. med følgende 'På vej til et Center for Præhospital og Akut forskning', hvor de primære forskningsspørgsmål er:
 - Hvem er de præhospital og akutte patienter (populations studier)
 - Hvordan går det de præhospital og akutte patienter, og hvilke faktorer er betydende for outcome (outcome studier)
 - Hvordan kan vi tidligt identificere patienter med særlig høj eller særlig lav risiko (prædiktions og prognostiske studier)
- Region Nordjyllands ambulancers brug af CPAP til lindring af åndenød. I samarbejde med Aarhus Universitet og Præhospitalet, Region Midtjylland er følgende forskningsprojekter i gang:
 - Effekt af præhospital diagnostik med NT-proBNP og ultralyd med uafklaret dyspnø
 - Vivitel - video visitation og telemedicin. Telemedicinske løsninger i det akutte patientforløb, fordele og ulemper for patienter, sundhedspersonale og sundhedsvæsen.
 - Præhospital og akut smertelindring
 - Effect of remote ischaemic conditioning on clinical outcomes in patients presenting with an ST-segment elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention

Udviklingsprojekter

Region Sjælland:

- Der er gennem nogle år gennemført en række udviklingsinitiativer for akutafdelingerne i samarbejde med Beth Israel Deaconess Medical Center i Boston – et sygehus tilknyttet Harvard Medical School. Blandt initiativerne har været uddannelsesophold i Boston for Region Sjællands akutlæger og udvikling af et kliniknært uddannelsesprogram for Region Sjællands akutsygeplejersker. Uddannelsesprogrammet, som netop er blevet lanceret, sigter mod certificering af samtlige af regionens akutsygeplejersker i en række specifikke kliniske færdigheder, som personalet på akutafdelingerne selv har udpeget som særligt væsentlige. Certificeringen sker gennem såkaldte skills stations, som er case-baserede læringssituationer, hvor alle sygeplejersker individuelt skal demonstrere beherskelsen af de pågældende færdigheder.

Region Hovedstaden:

- Udviklingsprojekt på Herlev Hospital i samarbejde med CAMES, hvor hovedformålet er at forbedre patientovergange og samarbejde. Projektet har afstedkommet, at der er udviklet en ny 10 punkts vejledning i forhold til ansvarsfordeling og service for opgaverne i overflytning, transport og modtagelsen af den enkelte patient. I projektet har medicinsk-og ortopædkirurgisk afdeling, Intern service og logistik samt Akutmodtagelsen deltaget.

Region Midtjylland:

- Validering af skala til vurdering af kompetence til ultralydsvejledt vaskulær adgang. Formålet med projektet er at afklare om en nyligt udviklet vurderings- / karakterskala til at vurdere om sundhedspersonale kan anlægge vaskulær adgange ved hjælp af ultralyd. Samarbejde mellem Akutafdelingen, HEV, Center for Akutforskning, og Røntgen og Skanning, AUH.

Samarbejdsprojekter

Region Sjælland:

- Der er et længerevarende samarbejde mellem akutafdelingen i Slagelse, Danmarks Tekniske Universitet og Region Sjællands tværgående center Produktion, Forskning og Innovation om anvendelse af maKapiteltiske planlægningsværktøjer og computermodellering på akutområdet. Målet er at forbedre den kliniske og patientoplevede kvalitet af den service, som leveres på akutafdelingen, gennem maKapiteltisk analyse af ressourceanvendelsen på afdelingen. Samarbejdet omfatter et Ph.d.-projekt med titlen "Optimering af service og ressourcer i sundhedssektoren", som løber fra 2015 til 2018. Projektet fokuserer bl.a. på visitering fra akutafdelingen til de stationære afsnit. Samarbejdet har endvidere resulteret i to afsluttede kandidatspecialer og to igangværende kandidatspecialer.
- Region Sjælland er ved at etablere et samarbejde med Region Skåne om uddannelse af læger i akutmedicin. Formålet med samarbejdet er, at læger fra Region Sjællands akutafdelinger kan erhverve sig svensk speciallægeanerkendelse i akutmedicin gennem uddannelsesforløb, som til dels gennemføres på svenske akutafdelinger. Region Sjælland forventer, at de første uddannelsesforløb igangsættes i foråret 2016. Projektet forventes på længere sigt at medføre en markant styrkelse af den faglige profil på Region Sjællands akutafdelinger.

Region Hovedstaden:

- Akutmodtagelsen på Herlev Hospital har netop i samarbejde med neurologisk afdeling ansat en Ph.d. studerende, hvor projektet er at forbedre apopleksipatientens forløb. Målet er bl.a. at få sikret patientens forløb ved at den Akutte- og den neurologiske sygeplejerske mødes omkring den enkelte patient for sammen at opstarte og igangsætte patients pleje og behandlingsforløb.

Region Midtjylland:

- "Call-center – et integreret sundhedsvæsen i Midt". Call-centret er et af Region Midtjyllands Triple Aim projekter og er et tværfagligt og tværsektorielt samarbejdsprojekt i Midtklyngen (Hospitalsenhed Midt samt Viborg, Silkeborg og Skive kommuner), der er organisatorisk forankret i Akutafdelingen, HE Midt. Call-centret har til formål at skabe en let tilgængelig rådgivning af høj faglig kvalitet til de praktiserende læger og dermed styrke deres kendskab til og anvendelse af de kommunale tilbud i Midtklyngen, anvendelse af de subakutte ambulante tider, der er i de fleste specialer i HE Midt samt tværdiagnostiske enheder her. Call-centret er samtidig et proaktivt videncenter med tilknyttede videnskabelige medarbejdere og en tværsektoriel og tværfagligt funderet styregruppe. Videncenterets formål er at indsamle data, at udvikle initiativer og at skabe sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer med udgangspunkt i patientens perspektiv.
- Afrusningsprojekt med opstart i foråret 2016 (He Midt), der vil blive afviklet i et stepped wedge cluster randomiseret design med hver af de tre kommuner som en cluster. Patienterne bliver afruset på akutafdelingen til det er forsvarligt, at de kan blive behandlet i eget hjem af kommunens akutteam/hjemmesygeplejersker med Akutlægen som behandlingsansvarlig. Misbrugscenteret tager over med den praktiserende læge som behandlingsansvarlig, når borgeren slippes af akutteamet/hjemmesygeplejerskerne. Det primære endemål er patienternes evaluering af det samlede tilbud, de har modtaget. Desuden vil antal alkoholfrie borgere efter 30 dage og efter 3 måneder, overgangen mellem sektorer og det samlede omkostningsniveau ved hvert forløb blive belyst.
- Vidensoverførsel fra ambulance til hospital. Der er i samarbejde mellem Hospitalsenhed Horsens og Præhospitalet iværksat et forskningsprojekt med det formål at få større viden om muligheder og begrænsninger i forbindelse med overførsel af patientdata, EKG m.v. fra ulykkessted/ambulance til akutafdelingen.

Region Nordjylland:

- Kortlægning/beskrivelse af den nordjyske 112-patientpopulation. Formålet er at beskrive patientpopulationen, dvs. patienter, der får ambulance efter 112 opkald mht. diagnoser og dødelighed. Sker i tæt samarbejde med Den Præhospitale Virksomhed, med udgangspunkt i amPHI databasen og med en forskningsgruppe med deltagelse af læger, datamanagement, statistik og klinisk epidemiologi. Primær forsker er professoren i dette initiale arbejde, der skal give et overblik til at udstikke forskningsemner.

Tilbud/ordninger/projekter

Region Hovedstaden:

- Bispebjerg Hospital har flere interne projekter i gang eller på vej, fx: genindlæggelsesprojekt, plejeboligprojekt, akut geriatrisk interventionsprojekt og et internationalt samarbejde om identifikation af uafvendeligt syge.

Region Midtjylland:

- Venteværelse og ventetider i Akutmodtagelsen Herning / Blåt spor. Optimering og brug af ressourcer omkring patienterne i det blå spor. Hvordan sikrer vi at patienterne i venteværelset føler sig godt taget imod, er velinformerede og trygge?
- Indretning af venterum. Akutafdelingen i Randers har et innovationsprojekt omkring indretning af venterum, der kan reducere unødigt bekymring hos patienten og forsøde evt. ventetid. Effekt af innovative prøvehandlinger er evalueret vha. interview, observationer og patienternes oplevelser og erfaringer med venterummet ud fra materialet Sig Frem. På baggrund af disse erfaringer, er der indrettet et venterum, hvor patienter bl.a. har adgang til internet, kan sidde i sofaer og praktiske informationer om fx mad og drikke er forenklet og gjort mere synlige. Erfaringer fra venterummet anvendes til at indrette venterum i det nye Fase 2 byggeri.
- Udvikling og implementering af sporingsteknologi, så alle medarbejdere kan finde hinanden på akutafdelingen på Hospitalsenhed Horsens via klinisk logistik tavler. Sporing har medført færre forstyrrelser hos den enkelte medarbejder.
- Socialsygeplejersker på Aarhus Universitetshospital. Socialsygeplejerskerne er et tilbud til socialt udsatte patienter, som er indlagt på Aarhus Universitets Hospital og det personale, de kommer i kontakt med. Socialsygeplejerskerne har et særligt kendskab til de miljøer, hvor mennesker med tunge sociale problemer færdes og kender til de tilbud, der er til personer med stofmisbrug, hjemløshed, alkoholmisbrug og psykisk sygdom. Herigennem støttes patienterne under indlæggelsen, ved ambulante forløb og der tages løbende kontakt til eksterne samarbejdspartnere ved behov.
- Whiplash (HEV): Formålet med projektet er at undersøge, om patientundervisning på video, kan hjælpe patienterne til at komme sig bedre efter en akut distorsion af nakken. Henholdsvis en amerikansk og en canadisk undersøgelse har nemlig peget på, at tidlig videoundervisning har en positiv effekt på smerter efter whiplash. I dette projekt sammenligner vi effekten af to forskellige informationsvideoer, som begge giver relevant information vedr. nakkeforstuvning (fx gode råd om smertelindring samt øvelser tilegnet akut nakkeforstuvning). Dette gøres mhp. at undersøge hvilken videoinformation, der evt. hjælper patienterne bedst.

Region Syddanmark:

- Esbjerg har et leanprojekt i forhold til "Skadespors-patientens" vej/forløb i FAM – lige fra de bliver meldt, indtil de bliver visiteret og håndteret af behandlersygeplejersker/læger, indtil de afsluttes og sendes hjem. Projektet anvender "Lean på Virginia Mason hospitalets" lean-redskaber og leanmetoder
- Brobyggerordning mellem FAM og Esbjerg Kommune i forhold til "følge hjem-ordning" og delestillinger
- "Ringe-hjem-projekt" i Esbjerg i forhold til opfølgende opringning til ældre patienter, der udskrives direkte fra FAM til eget hjem.

Videnskabelige artikler

Region Syddanmark (FAM, Aabenraa)

- Simplified versus complicated targeted screening in Emergency Department detects MRSA equally well, Mogensen CB, Kjældgaard P, Jensen C, Chen M, DMJ accepted nov. 2015. (originalartikel)
- High diagnostic value of GP's presumptive diagnosis for pyelonephritis, meningitis and pancreatitis, Sri-shamanthi S, Carter-Storch R, Olsen UF, Mogensen CB, accepted DMJ oct. 2015 (originalartikel)
- Screening in Emergency Department detects a minority of MRSA carriers Mogensen CB, Kjældgaard P, Skov LØ, Chen M, DMJ Nov 2015. (originalartikel)
- Time delay to surgery for appendicitis: No difference between surgical assessment unit and emergency de-partment, Schultz H, Qvist N, Pedersen BD Mogensen CB, Eur. J Emerg. Med. Oct. 2015 (originalartikel)
- Risk model for suspected acute coronary syndrome is of limited value in an emergency department. Mogensen CB1, Christiansen M, Jørgensen JB, Stæhr PB. Dan Med J. 2015 Oct;62(10). pii: A5140. (originalartikel)
- Perspectives of patients with acute abdominal pain in an emergency department observation unit and a sur-gical assessment unit: a prospective comparative study. Schultz H, Qvist N, Mogensen CB, Pedersen BD. J Clin Nurs. 2014 Nov;23(21-22):3218-29. (originalartikel)
- Clinical information on admission is insufficient to determine the appropriate isolation regimen for acute gastroenteritis. Skyum F, Abed OK, Mogensen CB. Dan Med J. 2014 Jun;61(6):A4850 (originalartikel)
- Discharge from an emergency department observation unit and a surgical assessment unit: experiences of patients with acute abdominal pain. Schultz H, Qvist N, Mogensen CB, Pedersen BD. J Clin Nurs. 2014 Oct;23(19-20):2779-89. (originalartikel)
- Admissions to emergency department may be classified into specific complaint categories. Carter-Storch R, Olsen UF, Mogensen CB. Dan Med J. 2014 Mar;61(3):A4802.(originalartikel)
- Front-end specialists reduce time to a treatment plan for patients with acute abdomen. Schultz H, Mogensen CB, Pedersen BD, Qvist N. Dan Med J. 2013 Sep;60(9):A4703 (originalartikel)
- Pharmacist advice is accepted more for medical than for surgical patients in an emergency department. Mogensen CB, Olsen I, Thisted AR: Dan Med J. 2013 Aug;60(8):A4682. (originalartikel)
- Experiences of patients with acute abdominal pain in the ED or acute surgical ward - A qualitative comparative study. Schultz H, Qvist N, Mogensen CB, Pedersen BD Int Emerg Nurs. 2013 Feb 25 (originalartikel)
- Emergency department physicians spend only 25% of their working time on direct patient care. Führtbauer LM, Nørgaard B, Mogensen CB. Dan Med J. 2013 Jan;60(1):A4558. (originalartikel)