



Fremtidens arbejdstilrettelæggelse for speciallæger på Fælles Akut Modtagelser

Christina Holm-Petersen

Dansk Sundhedsinstitut

September 2010

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2010

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-656-3 (elektronisk version)

DSI projekt nr. 2700

Design: DSI

Forord

Som led i ændringer på akutområdet etableres der i disse år fælles akutmodtagelser på de danske sygehuse. Et væsentligt element heri er, at speciallægerne i højere grad skal frem i front i modtagelsen af akutte patienter. Dette vil betyde omfattende ændringer i speciallægernes arbejdstilrettelæggelse i dagarbejdstiden og stille nye krav til deltagelse i vagtarbejdet om aftenen og natten. Men hvordan håndteres disse forventninger lokalt? Hvor langt fremme er realiseringen af forventningerne?

Rapporten giver et indblik i processen med at etablere fælles akutmodtagelser på seks udvalgte case afdelinger i Danmark – med særligt fokus på organiseringen af det lægelige arbejde. Der er således tale om et øjebliksbillede i en længere proces. Undersøgelsen blev igangsat i 2009 og afsluttet i sommeren 2010.

Undersøgelsen er rekvireret af Regionernes Lønnings- og Takstnævn ved Danske Regioner, Foreningen af Speciallæger og Yngre Læger.

Undersøgelsen er gennemført af senior projektleder, ph.d., organisationssociolog Christina Holm-Petersen, Dansk Sundhedsinstitut (DSI).

DSI ønsker på såvel styregruppens som projektgruppens vegne at takke alle de ledere og medarbejdere, der har medvirket i interviews. Og sige tak for den velkomst vi har fået på de udvalgte fælles akutmodtagelser.

Claus C. Rebien
Vicedirektør
Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
1. Baggrund og formål med projektet	11
1.1 Rapportens opbygning	12
2. Undersøgelhedsdesign og metoder	13
2.1 Udvælgelse af cases	13
2.2 Interviews	13
2.3 Dokumentgennemgang	14
3. Organisering af FAM eksemplificeret ved seks cases	15
3.1 Case 1 Herlev Hospital	15
3.2 Case 2 Køge	17
3.3 Case 3 Odense	20
3.4 Case 4 Kolding	22
3.5 Case 5 Horsens	24
3.6 Case 6 Aalborg	26
4. Tværgående om de seks FAM cases' organiseringer	29
4.1 Den ledende overlæge i FAM	29
4.2 Den lægelige bemanding af FAM	29
4.3 Kapacitet og sengevolumen	30
4.4 Visitations- og indlæggelsesret	32
4.5 Behandlingsansvar	32
4.6 Traumefunktion	32
4.7 De fysiske rammer og IT	32
4.8 Den præ- (og post-)hospitale indsats	33
5. Foreløbige erfaringer og udfordringer med organiseringen af det lægelige arbejde i FAM	35
5.1 Hvad består opgaven i?	35
5.2 Arbejdsdeling med de medicinske, kirurgiske og ortopædkirurgiske afdelinger	37
5.3 Ressourcerne som barriere	40
5.4 Rekruttering til FAM	42
5.5 Overenskomsterne som mulige barrierer	44
5.6 FAM som uddannelsessted	46
6. FAM som organisatorisk projekt	49
6.1 En markant kulturændring	49

6.2 Lægeligt ledelsesprojekt i skadestuen	50
6.3 Hvem skal bemande FAM på speciallægeniveau?.....	51
6.4 Diskussion af "projekt speciallægen i front"	53
6.5 Hvad skal der til, for at FAM projektet lykkes?.....	56
Litteratur	59
Bilag A: Baggrunden for fælles akutmodtagelser	63
Bilag B: Interviewguide	69

Resumé

Beslutningen om at etablere fælles akutmodtagelser (FAM) på en række danske hospitaler rummer en vision om at styrke den akutte modtagelse af patienter ved at sikre en hurtigere og mere kvalificeret vurdering og behandling.

Rapporten handler om de ændringer, etableringen af fælles akutmodtagelser vil medføre for organiseringen af det lægelige arbejde. Der gives et indblik i processen med at etablere fælles akutmodtagelser på seks udvalgte case afdelinger i Danmark. På fire af disse case afdelinger er de i gang med at gøre sig deres initiale erfaringer med at implementere fælles akutmodtagelser, og på to af case afdelingerne er fælles akutmodtagelser stadig i planlægningsfasen.

Rapportens hovedkonklusioner

Succesfuld implementering af fælles akutmodtagelser forudsætter et langt sejt træk, hvor en række udfordringer håndteres undervejs. I interviewene med de involverede læger er vi stødt på både begejstring og bekymring. Der er et mønster i, at lægerne i de samarbejdende afdelinger har været de mest bekymrede. Mens lægerne i FAM har været de mest begejstrede. Samtidig har lægerne i de samarbejdende afdelinger dog også fortalt begejstrede fortællinger, mens lægerne i FAM også har fortalt mere bekymrede fortællinger. Det må derfor konkluderes, at etablering af FAM er en kompleks proces, og for de flestes vedkommende en anledning til både begejstring og bekymring.

Et eksempel på begejstring er eksempelvis selve det, at der sættes fokus på at løfte kvaliteten i den akutte modtagelse af patienter. Hvor eksempler på bekymring fx handler om, hvordan visionen skal organiseres og funktionen bemandedes.

Lægelig bemanning, kapacitet og patientvolumen

Der er variationer på tværs af de seks case afdelinger, hvad angår den lægelige bemanning af de fælles akutte modtagelser. Ligesom der er variationer i samarbejdsstrukturen med specialafdelingerne. På hovedparten af afdelingerne er der ansat (planlægges der at være) KBU læger i de fælles akutmodtagelser. Hvad angår antallet af sengepladser i de udvalgte fælles akutmodtageenheder, er der også variationer. Ligeledes er det forskelligt i de gennemgåede cases, hvor længe patienterne gennemsnitligt forventes at opholde sig i FAM.

I princippet modtages alle patientkategorier i FAM afdelingerne. Skadestuedelen er også åben for "selvhenvendere". I Aalborg og på sigt også i Horsens er der dog i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger planer om visiteret skadestue. Det er også udbredt med midlertidige ordninger, hvor en række patientkategorier går uden om FAM og modtages på andre afdelinger/andre matrikler. Det drejer sig typisk om gynækologi og obstetrik, børn, nogle typer af hjertepatienter og akutte apopleksier.

I FAM	Herlev	Horsens	Kolding	Køge	Odense (forventet)	Aalborg (forventet)
Reservelæger/ 1. reservelæger	0	13	24	24	15	KBU læger + evt.?
Speciallæger	6 1 fra 2011	3 + 2 på deltid	3	4	Måske op til 15	Måske 3-4 i vagt ad gan- gen
Antal senge	32 + 20 observations- pladser	21	36 51 fra 2011 60 i den ende- lige	0	52 i den mid- lertidige FAM, 90-100 i den endelige	40 i den mid- lertidige FAM, 80-100 i den endelige
Patienterne i FAM op til	12 timer	48 timer	48 timer	Gennemsnitlig 2 timer	48 timer	24 timer
Indlæggelser	16.000 om året	8.140 om året	10.950 om året	15.000 om året	28.000 om året	15.000 om året
Skadestue be- handlinger	50.000 om året	21.535 om året	30.000 om året	25.000 om året	50.000 om året	39.000 om året

Note: Horsens havde i første halvdel af 2010 22 indlagte patienter i døgnnet (22,3). Ganget med 365 giver dette 8.139,5. Hertil 59 skadestuebehandlinger som ganget med 365 giver 21.535. Kolding har 30 indlæggelser i døgnnet. Ganget med 365 giver dette 10.950 om året.

Lægerne i klinisk basisuddannelse (KBU) oplever at stå mindre alene i FAM, fordi de er i vagt sammen med andre KBU læger/ynge læger. Der peges på FAM som udgørende et kvalitetsløft for uddannelsen af KBU læger. Dog er der blandt medicinerne en bekymring for, om KBU lægerne i tilstrækkelig grad modtager supervision af intern medicinske speciallæger. Samtidig efterlyser de yngre læger mere tid sammen med speciallæger i vagtarbejdet.

Arbejdsdeling og samarbejde med specialeafdelingerne

På hovedparten af case afdelingerne har FAM lægerne retten til at indlægge patienter i specialeafdelingerne. Dette er dog ikke tilfældet i Herlev. Kendetegnende for etablering af fælles akutmodtagelser er, at dette kræver indgående samarbejde med specialeafdelingerne, særligt med de medicinske afdelinger, ortopædkirurgiske afdelinger og kirurgiske afdelinger. Flere af de interviewede læger peger på, at det er nemmere at få samarbejdet til at fungere på de mindre store hospitaler i og med, at der fx er færre personer og afdelinger at indgå samarbejdsaftaler, udarbejde instrukser og retningslinjer med.

Der er forskellige planer for, hvor mange patienter der vil kunne færdiggøres i regi af FAM. Arbejdsdelingen mellem FAM og specialeafdelingerne afhænger af FAM afdelingernes kapacitet, sengeantal og lægelige bemanding. Arbejdsdelingen varierer også typisk alt efter, hvad tid på døgnnet og hvilken ugedag der er tale om. Flere steder er der således kun fast speciallægetid i FAM på hverdage i dagtimerne.

Erfaringerne er foreløbig, at der fortsat er udfordringer med at få lægerne fra specialeafdelingerne ned i FAM – på de afdelinger hvor arbejdet er organiseret således. Omvendt har nogle af specialeafdelingerne oplevet, at FAM ikke i tilstrækkelig grad har kunnet tage fra. I Sundhedsstyrelsens anbefalinger for FAM lægges der op til, at der bør være speciallæger i tilstedeværelsesvagt inden for følgende specialer på matriklen: Kirurgi, ortopædisk kirurgi, anæstesiologi, intern medicin, diagnostisk radiologi og klinisk biokemi. Hvad angår speciallægedækningen i specialeafdelingerne er det på case afdelingerne forskelligt, hvorvidt der er speciallæger i tilstedeværelsesvagt om aftenen og natten inden for en række af disse specialer.

I Huset	Herlev	Horsens	Kolding	Køge	Odense (forventet)	Aalborg (forventet)
Speciallæger i tilstedeværelsesvagt	Anæstesiologi Kirurgi	Anæstesiologi	Anæstesiologi Kirurgi Ortopædisk kirurgi (fra 1.9.2010)	Anæstesiologi Kirurgi Ortopædisk kirurgi	Anæstesiologi Kirurgi Ortopædisk kirurgi Intern medicin Kardiologi Radiologi	Anæstesiologi Kirurgi Ortopædisk kirurgi Intern medicin Radiologi
Speciallæger i tilkaldevagt	Ortopædisk kirurgi Intern medicin	Kirurgi Ortopædisk kirurgi Intern medicin	Intern medicin Ortopædisk kirurgi (indtil 1.9.2010)	Intern medicin		

Kulturelle udfordringer for etablering af fælles akutmodtagelser

Den fælles akutte modtagelse lægger op til meget mere tværgående og tværfagligt samarbejde på fremtidens hospital. Der er dermed tale om et stort organisatorisk forandringsprojekt, der både handler om at sende speciallæger mere i front, og nogle steder også ændre indlæggelsesmønstre ved at færdiggøre flere patienter i selve den akutte modtageafdeling. Dette kræver, at speciallæger/overlæger i højere grad samarbejder på tværs af specialer. Dette er en udfordring, fordi overlæger i udgangspunktet primært anses for at identificere sig med gruppen af overlæger inden for eget speciale – frem for med det tværgående patientforløb, afdelingen eller organisationen. Der er også tale om en udfordring, fordi modtagelsen af akutte patienter traditionelt har været omgærdet af lav prestige. Og følgelig også lav prioritering i arbejdets organisering. Nogle specialer har eksempelvis ikke tradition for at have speciallæger tilstede aften/nat eller i weekenden.

Strukturelle udfordringer for etablering af fælles akutmodtagelser

DSI ser følgende strukturelle udfordringer for, at der kommer mere speciallægetid i FAM, således at patienterne i højere grad vil blive vurderet af speciallæger i de mest akutte faser.

♦ Den økonomiske incitamentsstruktur

I dag anses det blandt speciallægerne for mere attraktivt og prestigefyldt fx at arbejde på afdelinger, hvor der er ambulatorieaktivitet, og afdelinger hvor meraktivitet kan generere merindkomst. Afklaring af området er også vigtigt for, at "samhandel" relationerne med stamafdelingerne ikke bliver for stor en udfordring for at samarbejde konstruktivt om FAM. Og vigtigt for at det bliver muligt at dimensionere FAM rigtigt. Hvis kapaciteten i FAM er for lille, bliver det sværere at opnå en rationel arbejdsdeling med stamafdelingerne, hvor flest mulige forløb kan færdiggøres i regi af FAM's senge. Problematikken forstærkes de steder, hvor akutindtaget er kraftigt forøget efter indførelse af FAM og strukturelle ændringer i det omgivende hospitalsvæsen.

♦ Speciallægebemandingen af FAM

Der er lagt op til, at der skal være speciallægeinvolvering i FAM. Eksempelvis anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der bør være en teamleder med speciallægebaggrund, og de lægger op til et lægeligt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau i alle døgnets 24 timer.

Hvordan dette skal omsættes til praksis, er der dog regionalt og lokalt forskellige modeller for. Et perspektiv er, at der eksempelvis blot er en ledende overlæge og en uddannelsesansvarlig overlæge i FAM, mens speciallægerne trækkes ind fra specialeafdelingerne. Dette løser dog ikke nødvendigvis i sig selv det traditionelle problem med at få tilstrækkelig erfarne læger hurtigt med ind over i de akutte faser. Ved denne løsning er der således mange patienter, der skal sendes op på specialeafdelingerne, eller mange speciallæger der skal gå ned i FAM.

At få speciallægerne til at komme til FAM i alle døgnets 24 timer fra specialeafdelingerne kan ses som en krævende løsning. Krævende fordi den fordrer kulturelle ændringer og tværfagligt samarbejde.

Et andet perspektiv er, at det lægelige arbejde i FAM blandt andet skal dækkes af speciallæger med særlig uddannelse i håndtering af akutte patienter ("akutmedicinere"). Det vil sige, at der er en større lægestab, der er ansat i FAM. Her er det dog en udfordring, at det ikke er klart, hvem "akutmedicineren" skal være. Hvilken eller hvilke speciallæger der er tale om som relevante og dermed også, hvilken fagidentitet der er tale om med akutmedicin. Dette forhold kan således ses som førende til en uklar lægefaglig identitet i FAM på speciallægeniveau. Der er inden for dette perspektiv en rekrutterings- og udviklingsmæssig udfordring i, at der ikke er tale om et speciale. Når akutmedicin først kan vælges efter et langt speciallægeuddannelsesforløb, kommer der til at være tale om et mindre attraktivt karriereforløb. Hele rekrutterings- og det post graduale uddannelsessystem er i dag bygget op om specialerne, og derfor giver det en udfordring ikke at have et speciale. Risikoen er fx, at FAM kun kan bemannes med speciallæger med brudte karriereforløb.

En løsningsmodel inden for begge perspektiver på at skabe koordination og sammenhæng mellem FAM og specialeafdelingerne er fx, at lægerne i hoveduddannelsesforløb inden for relevante specialer har ophold i FAM som led i deres uddannelse eller evt. har delestillinger eller indgår i vagtlag i FAM.

◆ Overenskomsterne

FAM visionen kræver en helt anden tilstedeværelsesgrad blandt speciallæger om aftenen, natten og i weekenden og på helligdage, end der før har været tilfældet. Tankegangen i overenskomsterne bygger på, at en betydelig del af arbejdstiden ligger i dagarbejdstiden, dvs. ind til kl. 18. Overenskomsterne er således ikke skruet sammen efter, hvordan arbejdet bedst organiseres på en afdeling, der kun modtager akutte patienter i døgndrift. Såvel yngre lægers som overlægers overenskomster indeholder vagthyppebestemmelser, som sætter grænser for hyppigheden af vagt. Det kræver således en minimumsnormering på syv speciallæger for at have en døgndækket tilstedeværelsesvagt. Dette opleves af de undersøgte FAM'er som et problem. Særlig for speciallægedækning om aftenen.

Overenskomsterne udgør derfor en strukturel udfordring for realiseringen af ikke bare mere speciallægetid, men også lægetid i øvrigt i FAM efter kl. 18.

Disse udfordringer kan sammen med udfordringerne relateret til kultur med fordel håndteres i arbejdet med at implementere visionen om FAM. Set i et implementeringsperspektiv er det "naturligt", at der opstår både begejstrede og bekymrede fortællinger. Begejstrede fordi visionen og strategien er god. Bekymrede fordi der altid opstår en række udfordringer, når visioner skal implementeres i praksis. Det, der på dette tidspunkt i processen er vigtigt, er, hvordan de bekymrede fortællinger tackles. Og ikke mindst hvordan problemerne, der opstår, løses.

Anvendte metoder

Undersøgelsen bygger på interviews med læger, der er ansat i fælles akutmodtagelser, samt læger der samarbejder med de fælles akutmodtagelser, herunder ledende overlæger, overlæger og yngre læger. Undersøgelsen bygger derudover på en mindre dokumentgennemgang.

1. Baggrund og formål med projektet

Formålet med projektet er at indhente erfaringer med at indføre fælles akutmodtagelser (FAM) og de ændringer i speciallægenes arbejde og vagtarbejde, som dette indebærer.

Der sker i disse år en række ændringer i speciallægenes arbejds- og vagttilrettelæggelse. Disse ændringer hænger blandt andet sammen med igangværende ændringer i sygehusenes strukturer og opgavevaretagelse. Således samles sygehusfunktioner på færre enheder eksempelvis i forbindelse med fusioner, lukninger af sygehuse og ved etablering af fælles akutmodtagelser.

I forbindelse med OK08 aftalte Regionernes Lønnings- og Takstnævn med Foreningen af Speciallæger og Yngre Læger at igangsætte et fælles projekt om speciallægers/overlægers arbejds- og vagttilrettelæggelse. Der blev nedsat en styregruppe bestående af:

FAS/Overlægeforeningen:

Overlæge Mogens Hüttel, næstformand i Overlægeforeningens bestyrelse,
Sekretariatschef Lise Møller, medlem af Overlægeforeningens bestyrelse,
Overlæge Poul Anders Hansen, medlem af Overlægeforeningens bestyrelse.

Yngre Læger:

1. reservelæge Lisbeth B. Lintz Christensen, formand for Yngre Lægers bestyrelse,
Reservelæge Nikolaj Hoffmann-Petersen, næstformand i Yngre Lægers bestyrelse,
Reservelæge Stine Sloth, medlem af Yngre Lægers bestyrelse.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn:

Cheflæge Ole Mygind, Sygehus Thy-Mors (indtil 5.11.2009),
HR-chef Jacob Jacobsen, Region Nordjylland,
Forhandlingsdirektør Signe Friberg Nielsen, Danske Regioner.

Formålet med det fælles projekt var bl.a. på baggrund af konkrete forsøgsprojekter om ændrede former for vagt- og arbejdstilrettelæggelse at foretage en analyse af behovet for overlægers og speciallægers tilstedeværelse og vagtfunktioner i et sygehusvæsen i forandring, således at den fremtidige arbejds- og vagttilrettelæggelse tilpasses behovet for patientbehandling med fornøden hensyntagen til speciallægeuddannelsen og den kliniske forskningsindsats.

På grund af få konkrete ansøgninger fra sygehusene, besluttede styregruppen at iværksætte denne interviewundersøgelse med udvalgte Fælles Akut Modtagelser, som repræsenterer erfaringer med nye organisationsformer etableret inden for de seneste år.

Etablering af fælles akutmodtagelser stiller en række udfordringer til sygehusenes indre strukturer og opgave- og ressourcefordeling mellem forskellige specialeområder og afdelinger. De fælles akutte modtageenheder er planlagt og nogle steder under etablering. Der er dog tale om meget forskellige sygehusenheder, hvor sygehusets størrelse, afdelingens og arbejdets organisering, arbejdsdeling og ledelse varierer meget. Som led i denne undersøgelse er udvalgt seks forskellige cases, der sammen skal give en vidensopsamling og dermed kendskab til de mange forskellige erfaringer og modeller.

Rapporten giver dermed et indblik i den initiale fase af den igangværende proces mod at skabe fælles akutmodtagelser.

1.1 Rapportens opbygning

Rapporten er bygget således op, at bilag A beskriver baggrunden for de fælles akutmodtagelser. Dette bilag kan med fordel læses først (eller udelades hvis man på forhånd har kendskab til baggrunden).

Kapitel 2 redegør for de anvendte metoder samt anvendelsen af citater i rapporten.

Kapitel 3 præsenterer de seks FAM cases, hvor langt de er med etableringen af FAM, deres bemanning og samarbejdsstruktur med specialeafdelingerne samt særlige uddannelsesaktiviteter.

Kapitel 4 skaber et tværgående overblik over de strukturelle elementer af FAM afdelingerne, relateret fx til bemanning, kapacitet og patientkategorier. Samt status på de fysiske rammer, IT og den præ- (og post-)hospitale indsats.

Kapitel 5 præsenterer de interviewede lægers erfaringer med og holdninger til etablering af fælles akutmodtagelser.

Kapitel 6 perspektiverer de igangværende ændringer af speciallægerne arbejde relateret til FAM og skitserer en række udfordringer.

2. Undersøgellesdesign og metoder

Projektets metoder er interviews og dokumentgennemgang. Der er indledningsvist gennemført pilotinterviews i to regioner.

2.1 Udvalgelse af cases

Cases er udvalgt af projektgruppen i samarbejde med projektets styregruppe bestående af repræsentanter for overenskomsternes parter samt regionerne.

Følgende afdelinger er udvalgt:

- ◆ Herlev Hospital – Region Hovedstaden
- ◆ Køge Sygehus – Region Sjælland
- ◆ Odense Universitetshospital – Region Syddanmark
- ◆ Sygehus Lillebælt, Kolding – Region Syddanmark
- ◆ Regionshospitalet i Horsens – Region Midtjylland
- ◆ Ålborg Sygehus – Region Nordjylland.

Det er i udvælgelsen prioriteret, at der 1) i samarbejde med regionerne vælges afdelinger, der er forholdsvis langt i processen med at organisere FAM. 2) vælges afdelinger, der har valgt forskellige organiseringer af deres FAM. Og 3) vælges afdelinger, der repræsenterer alle fem regioner.

2.2 Interviews

Der er på fire af de udvalgte afdelinger gennemført interviews med:

1. Ledende overlæger på FAM samt andre ledende overlæger fra de kliniske afdelinger med størst samarbejdsflader med den akutte modtageenhed.
2. Lægelige medarbejdere på FAM (alle stillingskategorier er blevet indbudt til at deltage i gruppeinterviews).

I interviewene med repræsentanter for de nye fælles akutmodtagelser har, ud over DSI's projektleder, også deltaget projektdeltagere fra parterne. Formålet med, at projektdeltagere fra parterne har deltaget i selve interviewene, har været, at disse hermed i højere grad havde mulighed for at opnå en ufiltreret og fælles ansigt-til-ansigt indsigt i etablering af fælles akutmodtagelser, samt at projektdeltagere fra parterne dermed har haft mulighed for direkte at bidrage med deres ekspertiseområder fx inden for overenskomstområdet. Projektdeltagerne fra parterne – projektgruppen – har bestået af: Flemming Vesterø, Foreningen af Speciallæger (FAS), Karin Jacobsen, Foreningen af Speciallæger (FAS), Bo Rahbek, Yngre Læger, Terman Tranberg, Danske Regioner, Thomas I. Jensen, Danske Regioner samt Martin Grønberg Johansen, Danske Regioner.

På to af de udvalgte cases er organiseringen af FAM endnu ikke implementeret, og nøgleaktører er derfor interviewet telefonisk om deres forestående FAM.

Der er gennemført 19 interviews med i alt ca. 30 personer som deltagere: Henholdsvis ledende overlæger i FAM, overlæger og afdelingslæger i FAM, reservelæger ansat i uklassificerede stillinger i FAM,

KBU læger ansat i FAM, ledende overlæger for medicinske afdelinger, ledende overlæger for ortopædkirurgiske afdelinger, ledende overlæger for organkirurgiske afdelinger, læger i introstillinger inden for specialer, som også har arbejde i FAM. Nogle af interviewene er gennemført som individuelle interviews, mens andre er gennemført som gruppeinterviews.

Interviewene er gennemført i perioden februar – juni 2010. Hertil er der gennemført to pilotinterviews med henholdsvis en ledende overlæge i FAM og en ledende overlæge i en samarbejdende afdeling i foråret 2009.

Alle interviews er gennemført med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide (se bilag B). Semistruktureret vil i denne sammenhæng sige, at de forberedte spørgsmål mest har fungeret som en huskeliste over relevante spørgsmål og emner. Interviewene er gennemført som en flydende dialog, hvor målet har været at få de interviewede til at fortælle om deres konkrete organiseringer og erfaringer med FAM. Samtlige interviews er optaget på digital voice recorder. Der er efterfølgende skrevet et referat af hvert interview, som DSI's projektleder har anvendt i analysen af data¹. Interviewciterne er sendt til godkendelse hos de respektive interviewede læger i den kontekst, citerne indgår i, ligesom case beskrivelserne er sendt til godkendelse hos de ledende overlæger/projektleder i FAM.

Styrken ved at anvende en case baseret tilgang er, at denne giver indsigt i en konkret virkelighed på et givet tidspunkt. Svagheden kan omvendt være, at tilgangen kan risikere at henholdsvis over- eller underekspone dele af denne virkelighed.

2.2.1 Anvendelse af synspunkter og citater

For at sikre en så høj grad af anonymitet som muligt i repræsentationen af interviewdata er der dels anvendt kategoriseringer ved citater såsom ledende overlæge i FAM (gælder også for projektledere af FAM), ledende overlæge i samarbejdende afdeling og læge i FAM (gælder både yngre læger og overlæger ansat i FAM samt yngre læger, der arbejder i FAM, men er ansat på samarbejdende afdeling).

Dels er synspunkter, holdninger og erfaringer skrevet frem som fortællinger om begejstring og fortællinger om bekymring. Overordnet set har der været det mønster i interviewpersonernes fortællinger, at de mest begejstrede har tilhørt de ledende overlæger og læger, der er ansat i FAM. Ledende overlæger og læger i samarbejdende afdelinger har dog også fortalt begejstrede fortællinger, ligesom lægerne der er ansat i eller ledere af FAM også har bekymrede fortællinger. Etablering af FAM er komplekst og rummer for de flestes vedkommende både begejstrede og bekymrede fortællinger. Inden for teorier om forandringsledelse er fænomenet kendt og forventeligt. Ligesom det vil være forventeligt, at fortællingerne skifter over tid eksempelvis fra bekymring til begejstring og omvendt – også på individplan.

2.3 Dokumentgennemgang

Undersøgelsen bygger også på en mindre dokumentgennemgang af de dokumenter, der har været tilgængelige på internettet, på hjemmesider, samt de dokumenter vi har fået udleveret af case afdelingerne.

¹ Parterne (projektdeltagerne fra Lægeforeningen og Danske Regioner) har medvirket i interviews / har haft mulighed for at medvirke i interviews, men referaterne ligger af datasikkerhedsmæssige årsager kun hos DSI.

3. Organisering af FAM eksemplificeret ved seks cases

I de følgende afsnit beskrives de foreløbige organiseringer af fælles akutmodtagelser på seks udvalgte cases i Danmark – ud fra de gennemførte interviews og en dokumentgennemgang.

3.1 Case 1 Herlev Hospital

I Region Hovedstaden etableres der fælles akutmodtagelser på følgende hospitaler: Hillerød, Herlev, Bispebjerg og Hvidovre. De er alle udpeget som områdehospitaler i Region Hovedstadens Hospitalsplan 2007. Der etableres derudover en højt specialiseret fælles akutmodtagelse på Rigshospitalet (Region Hovedstaden 2007). For at rumme det øgede optageområde på Herlev Hospital er der planlagt en ny fløj, der blandt andet skal bestå i en ny stor fælles akutmodtagelse og kvinde-barn funktioner (Steenberger 2008).

Region Hovedstaden har besluttet, at fælles akutmodtagelserne skal bemannes af en mindre stab af faste speciallæger med relevante kompetencer, som sikrer logistik og uddannelsesforhold for yngre læger. Øvrige læger vil i Region Hovedstaden være ansat i egne specialeafdelinger og tilknyttes efter vagtrul (Region Hovedstaden 2007). Følgende speciallæger anbefales at være i tilstedeværelsesvagt i akutmodtagelsen: ortopædkirurgi, intern medicin, anæstesiologi og desuden kardiologi i tilstedeværelses- eller rådighedsvagt. Følgende speciallæger anbefales at være i rådighedsvagt i akutmodtagelsen: neuromedicin og pædiatri (Region Hovedstaden 2007). I akutmodtagelsen planlægges der med sengepladser til patienter i op til 48 timer. Det fulde omfang heraf vil først blive etableret med de planlagte byggerier af nye akutmodtagelser.

Herlev Hospital rummer specialerne: anæstesiologi, gastrokirurgi, ortopædkirurgi, gynækologi og obstetrik, brystkirurgi, plastikkirurgi, urologi, onkologi, klinisk biokemi, klinisk fysiologi, klinisk immunologi, klinisk mikrobiologi, billeddiagnostik inkl. CT-scanning, MR-scanning og ultralydsdiagnostik, intern medicin (herunder endokrinologi, lungemedicin, infektionsmedicin og geriatri), nefrologi, hæmatologi, kardiologi og gastroenterologi. Pædiatri er lokaliseret i Glostrup indtil medio 2011.

I 2006 var der 35.625 skadestuebesøg på Herlev Hospital samt 26.764 akutte indlæggelser (eksklusiv obstetrik). Befolkningsunderlaget var 200.000² (Region Hovedstaden 2007). Skadestuebesøgene fordelte sig således på døgnet, at flest patienter (19.973) ankom i perioden 08.00-16.00, færre (14.472) ankom mellem 16.00-24.00 mens færrest³ (1.180) ankom i tidsrummet 24.00-08.00 (Region Hovedstaden 2007).

Den fælles akutmodtagelse åbnede i februar 2008 i Herlev. I 2009 var der 50.000 besøg i skadestuen. Skadestuen er uvisiteret, hvilket vil sige, at den er åben for "selvhenvendende". FAM modtager alle patientkategorier – dog ikke gynækologiske og obstetriske patienter.

Akutmodtagelsen består af en indlæggelsesdel: Akut modtageafsnit (AMA) på 3. sal (32 senge) og en skadestuedel (20 observationspladser) også på 3. sal. Begge områder ledes af en områdeleder, som er afdelingssygeplejerske eller ledende sekretær. Afdelingen er den akutte patients første møde med hospitalet og kerneopgaverne er:

² I dag skønnes optageområdet at være på 750.000. Oplyst ved interview.

³ Dette hænger blandt andet sammen med, at Herlev Hospitals skadestue var natlukket indtil 04/2008.

- ◆ Triagering
- ◆ Primærvurdering
- ◆ Hurtig og kvalificeret diagnosticering, behandling, pleje og plan inden for de første timer af patientforløb⁴.

Ved tidspunktet for denne undersøgelses gennemførelse var afdelingen dimensioneret efter, at patienterne kun skulle ligge gennemsnitlig 12 timer i FAM's indlæggelsesdel. Det vurderes på Herlev, at mange patienter kan gå hjem efter seks timer i skadestuedelen. De svært dårlige er ca. 5 %. Det vil sige triage 1 og 2 er ca. 10 %⁵. Traumer og hjertestopfunktionen varetages af en selvstændig organisering, der ikke hører ind under fælles akutmodtagelsen.

3.1.1 Bemanding

1 ledende overlæge
 2 overlæger (1 vagtbærende) (opsagt)
 3 afdelingslæger (opsagte)
 90 sygeplejersker (der er opdelt i skadestue og AM3)
 30 lægesekretærer.

Der er ingen yngre læger under speciallægeniveau ansat på FAM i Herlev. Afdelingen har således ikke sit eget forvagtsslag af reservelæger. Der har været gennemført forsøg med, at hver afdeling skulle afgive et mellemvagtsslag til afdeling A, således at de kunne få nogle yngre læger. Men dette viste sig ikke at kunne gennemføres.

I juni 2010 blev alle speciallæger i FAM – på nær den ledende overlæge – derudover opsagt fra udgangen af 2010. Hospitalets plan er, at der først skal være akutmedicinske speciallæger, når en ny fælles akutmodtagelse står færdigbygget (Nielsen 2010).

Speciallægerne, der på denne undersøgelses tidspunkt er ansat i FAM, dækker følgende specialer: akut medicin (fra Sverige og fra USA), intern medicin, almen medicin, anæstesiologi og ortopædkirurgi.

Den fælles akutmodtagelse er bemandet af egne læger (speciallæger) på hverdage frem til kl. 21 samt i weekenden frem til kl. 18. De varetager primært opgaver relateret til skadestuen. Ellers varetages arbejdet i den fælles akutmodtagelse primært af forvagter fra de medicinske og ortopædkirurgiske specialer – samt af samme specialers mellemvagter. Der er speciallæger i tilstedeværelsesvagt i anæstesiologi og kirurgi. De ortopædkirurgiske og medicinske speciallæger går i huset indtil kl. 20-20.30 og kan tilkaldes. Resten af aftenen og natten er de i tilkaldevagt.

Når visionen om at have akutmedicinske speciallæger i frontlinjen i FAM sættes på stand by, vil de akutte patienter – som før FAM – blive modtaget og vurderet af sygeplejersker, som kan trække på læger fra hospitalets øvrige afdelinger (Nielsen 2010).

3.1.2 Uddannelsestiltag

Der er ingen yngre læger under uddannelse ansat på den fælles akutmodtagelse i Herlev. Akutafdelingens overlæger superviserer løbende de yngre læger fra andre afdelinger efter behov.

⁴ Herlev hospitals hjemmeside 2. juni 2010.

⁵ Oplyst ved interview.

3.1.3 Triagering, visitation og indlæggelsesret

Alle patienter modtages siden november 2009 i triagefunktionen (112, indlagte af praktiserende læge og "selvhenvendere"). Derefter går de fx til medicinsk modtagelse. Kvalitetsløftet i modellen består bl.a. i, at patienterne hurtigere ses af en sygeplejerske og en læge⁶. Gynækologiske og obstetriske patienter modtages ikke i fælles akutmodtagelsen, men direkte på gynækologisk, obstetrisk afdeling.

Der triageres efter adapt modellen⁷. På hverdage frem til kl. 18 står akutafdelingen for visitationen. Triagering foretages her af en sygeplejerske med back up af akutafdelingens læger. På andre tidspunkter foregår triagering ved triagesygeplejerske – ligesom den fremover vil gøre hele døgnet, når FAM's speciallæger ikke længere er ansat. På interviewtidspunktet var det dog således, at mellemvagten inden for det medicinske område sammen med den koordinerende sygeplejerske overtog visitationsopgaven efter nogle retningslinjer, når akutlægen (A-lægen) gik hjem. Det er på nuværende tidspunkt ikke aftalt, hvem der skal stå for visitationen, når A lægerne ikke er i afdelingen længere.

I Herlev har FAM lægerne ikke indlæggelsesret – her er det specialeafdelinger, der beslutter, om patienterne skal indlægges eller ej. I Herlev betyder visitationsretten, at hvis en stamafdeling har besluttet, at en patient skal indlægges, så kan de i FAM beslutte, at nu skal patienten rykkes op.

3.1.4 Udviklingsønsker og planer

Det var på tidspunktet for gennemførelsen af interviewundersøgelsen et ønske at få et forvagtsslag ansat i FAM. Det var også et ønske at få flere speciallæger i akutafdelingen og speciallægedækning i døgnets 24 timer.

3.2 Case 2 Køge

I Region Sjælland kommer der fælles akutmodtagelser på hospitalerne i Køge, Holbæk, Slagelse og Nykøbing Falster. Akutsygehuset i Køge skal være regionens hovedsygehus⁸. Region Sjælland har ligeledes besluttet, at de fælles akutmodtagelser ledes af selvstændige afdelingsledelser.

Køge Sygehus er en del af Region Sjællands Sygehus Nord. Sygehuset rummer specialerne anæstesiologi med et intensivt terapiafsnit samt palliationsenhed, kirurgi, ortopædkirurgi, reumatologi, otorhino-laryngologi inkl. audiologisk klinik, klinisk biokemi, klinisk fysiologi, billeddiagnostik inkl. CT-scanning, MR-scanning og ultralydsdiagnostik, arbejdsmedicin samt intern medicin med specialiserede funktioner i endokrinologi, kardiologi og medicinsk gastroenterologi (herunder hepatologi). Kirurgisk Afdeling har fælles ledelse med afdelingen på Roskilde Sygehus (Henning Jans 2010). Sygehuset har ikke specialafdelinger for pædiatri eller gynækologi og obstetrik.

Nærområdet for Køge Sygehus rummer omkring 125.000 borgere. Endvidere er sygehuset beliggende med relation til Sjællands motorvejsnet, hvorfor en del af patientmodtagelsen udgøres af ofre for trafikuheld. I 2009 forventes mere end 15.000 patienter indlagt akut på Køge Sygehus, medens Skadestuen forventes at behandle mere end 25.000 patienter, heraf 300 traumepatienter. Aktiviteten i 2009 forventes samlet set for indlæggelser, skader og traumer at overstige 40.000 patientkontakter (Henning Jans 2010). Ifølge Region Sjællands hjemmeside kommer Køge fremtidigt til at blive sygehus for 290.000 borgere⁹.

⁶ Oplyst ved interview.

⁷ En svensk triageringsmodel der i Danmark først blev anvendt på Hillerød Sygehus.

⁸ www.regionsjaelland.dk 16. juni 2010.

⁹ www.regionsjaelland.dk 16. juni 2010.

Den fælles akutmodtageafdeling åbnede 15. april 2009, hvor skadestuen og modtagelsen blev overdraget fra ortopædkirurgisk ledelse¹⁰. Der var på plejesiden ikke tale om en egentlig sammenlægningsproces i og med, at skadestuen og modtageområdet også før var betjent af samme sygeplejegruppe. Akutafdelingen har ikke egne senge. Afdelingen fungerer her i begyndelsen som modtagefunktion, der primært har som opgave at stabilisere, primær behandle og visitere patienter. De meget syge patienter udgør 2-5 %¹¹. Akutafdelingen har overvågning af mere eller mindre intensiv karakter på samtlige stuer¹². Den ortopædkirurgiske bagvagt er fortsat traumeleder, ligesom hjertestop varetages af medicinerne¹³. Skadestuefunktionen er uvisiteret. FAM modtager alle patientkategorier, men gynækologi og obstetrik¹⁴, akutte apopleksier samt børn (der ikke har ortopædkirurgiske problemstillinger) sendes videre til Roskilde.

3.2.1 Bemanding

1 ledende overlæge og 1 ledende oversygeplejerske
3 overlæger, herunder uddannelsesansvarlig overlæge
8 koordinerende læger (første reservelæger)¹⁵
16 modtagelæger (hovedsagelig KBU læger)
1 afdelingssygeplejerske
26 sygeplejersker og SOSU-assistenten
1 ledende sekretær
8,5 sekretærer (Henning Jans 2010).

Medicinstuderende arbejder derudover i tilfælde af vakancer i akutafdelingen som vikarer for modtagelægerne (Henning Jans 2010).

Speciallægerne (overlægerne) i FAM dækker følgende specialer: intern medicin, ortopædkirurgi og almen medicin. Disse arbejder kun i dagarbejdstiden. Om aftenen dækkes afdelingen af fire FAM læger (reservelæger og 1. reservelæger) og fem sygeplejersker. Om natten dækkes afdelingen af fire FAM læger (reservelæger og 1. reservelæger) og tre sygeplejersker¹⁶. Som udgangspunkt kommer lægerne fra de andre specialer ikke i Køges FAM, der ikke har egne senge. Patienterne meldes efter visitation i stedet over telefonen og sendes op på stamafdelingerne.

På Køge Sygehus er der derudover speciallæger i ortopædisk kirurgi, kirurgi og anæstesiologi i tilstedeværelsesvagt på sygehuset¹⁷. Intern medicinerne har tilkald fra egen bolig.

3.2.2 Uddannelses tiltag

Akutafdelingen stiler mod en fast introduktionsramme. Alle yngre læger ansat i akutafdelingen får udarbejdet uddannelsesplaner med visualisering af aftalte uddannelsespunkter og opfølgning. Uddannelsesmiljøet engagerer derfor individuelle uddannelsesækvivalenter. Tirsdage er der formaliseret un-

¹⁰ Den ledende ortopædkirurg har efter afgivelsen af skadestuen i Køge fortsat ledelsen over skadestuefunktionen i Roskilde. Da der ikke foretages ortopædkirurgiske operationer i Roskilde, sendes disse patienter til Køge, hvis de skal opereres.

¹¹ Oplyst ved interview.

¹² Oplyst ved interview.

¹³ Oplyst ved interview.

¹⁴ Foreløbig er to børn dog blevet født på Køges FAM.

¹⁵ Det vil sige læger, der som minimum ud over turnus eller KBU har gennemgået og som har gennemgået introduktion og formaliseret assessment i afdelingen. Oplyst ved interview.

¹⁶ Oplyst ved interview.

¹⁷ Oplyst ved interview.

dervisning. Akutafdelingens pædagogiske læringsmål er primært arbejdsbaseret indlæring. Der er ansat en uddannelsesansvarlig overlæge (Henning Jans 2010).

3.2.3 Triagering, visitation og indlæggelsesret

I Køge arbejder de efter en tillempet adapt model. Triage foregår efter ABCDE principperne. Der anvendes en interaktiv tavle. Arbejdet foregår i tværfaglige teamstrukturer. Der er etableret teams til triagefunktion, team til varetagelse af patienter med skader samt teams til varetagelse af patienter med akut sygdom (Henning Jans 2010). Arbejdet med triage er delt op i forskellige funktioner.

Den visiterende overlæge. Overlægen modtager opkald på Akutafdelingens visitortelefon, og anmelder alle patienter der ønskes indlagt. Overlægen udfylder hvid meldeblanket. Modtagne meldinger vedrørende patientindlæggelser kommunikerer til triagesygeplejerske og visiterende læge ved overgivelse af hvid meldeblanket til tavlen i koordinationsrummet. Overlægen udfylder triageskema og hvis muligt også ordinationer for blodprøver, røntgenundersøgelser m.v. Funktionen er i drift på hverdage fra 8-16. I perioder med begrænset belastning kan der aftales samfunktion mellem visiterende og triagerende overlæge.

Den visiterende læge er den koordinerende læge (1. reservelæge), som også har det operationelle lægefaglige ansvar for koordinering af alle igangværende faglige processer i området, herunder at videreføre triagering til primær og sekundær visitation. Den visiterende læge er dermed den koordinerende læge, som i forhold til lægegruppen og de igangværende teams har ansvaret for at lede og fordele forekommende opgaver. Den visiterende læge har sammen med triagesygeplejersken ansvaret for "tavlen" med oversigt over patienter i afdelingen. Den visiterende læge har ansvaret for den endelige visitation af akutafdelingens patienter til et speciale og en afdeling.

Den triagerende sygeplejerske har ansvaret for triage af alle patienter, der ankommer til akutafdelingen, både patienter henvist til indlæggelse, patienter indbragt via 112 samt "selvhenvendende". Den triagerende sygeplejerske udgør sammen med den triagerende overlæge og triagesekretæren akutafdelingens triageteam. Triagesygeplejersken har endvidere ansvarshavende funktion ved afdelingssygeplejerskens eller souschefens fravær. Triagesygeplejersken har sammen med den visiterende læge ansvaret for "tavlen" og dermed overblikket over patienterne i afdelingen og over de tilstedeværende sygeplejefaglige ressourcer, og kan i situationer, hvor det er påkrævet, omfordele dem. Sygeplejersken har endvidere ansvaret for observation og retriagering af patienter i venteværelset, dog ikke patienter overgivet til ekspressporet. Når patienter tages i behandling overgives det sygeplejefaglige ansvar til modtagesygeplejersken. Triagesygeplejersken skal informere den koordinerende læge i relevant team om en patients ankomst og sikre bestilling af undersøgelser, herunder klinisk biokemiske analyser.

Den triagerende overlæge tilser så vidt muligt alle selvhenvendende patienter med ortopædkirurgiske skader og bestiller i fornødent omfang røntgenundersøgelser. Overlægen tilser sammen med den triagerende sygeplejerske øvrige selvhenvendende patienter med henblik på behandling, ordination af blodprøver, røntgenundersøgelser m.v. og bidrager til triage samt ressourceallokering. Den triagerende overlæge kan efter aftale med triagerende sygeplejerske tilse patienter, der er henvist til indlæggelse, hvis dette skønnes at have betydning for videre visitation og udredning. Herunder kan der foretages UL undersøgelser i triagerummet. Den triagerende overlæge har ansvaret for Akutafdelingens "see and treat"-funktion. Denne udføres i forbindelse med patienters ankomst ved skranken, hvor mindre patientproblemer kan håndteres ved receptskrivning, prøvebestilling, rådgivning m.v.

Denne fungerer dagligt på hverdage fra kl. 08-16. (Henning Jans 2010)¹⁸.

¹⁸ I en periode har funktionerne visiterende overlæge og triagerende overlæge fungeret frem til kl. 18 samt til kl. 20 om mandagen. Dette har dog måttet ændres for at sikre tilstrækkelig overlægetilstedeværelse i dagarbejdstiden.

Akutafdelingen i Køge har både visitations- og indlæggelsesret, herunder også ret til at visitere til Roskilde Sygehus' specialeafdelinger – eksempelvis børneafdelingen, gynækologi- og obstetrik, neurologi og urologi¹⁹.

3.2.4 Udviklingsønsker og planer

Det var på tidspunktet for gennemførelsen af interviewundersøgelsen et ønske at få etableret akutte modtagesenge således, at der er mulighed for en visitationsfase mere. Der er planer om at bygge større (400 kvadratmeter pavillon i to etager). Det var et ønske at få flere speciallæger i akutafdelingen og speciallægedækning i døgnets 24 timer. Der var også et ønske om at få etableret skærme, således at patienterne kan følge med i, hvilke patienter der nu betjenes efter ankomsttidspunkt²⁰.

3.3 Case 3 Odense

I Region Syddanmark er der planer om at etablere fælles akutmodtagelser i Odense, Kolding, Åbenrå, Esbjerg og Svendborg²¹. Regeringen har givet et foreløbigt tilsagn på 6,3 mia. kr. til at bygge et nyt universitetshospital i Odense. Som led i dette byggeri etableres der en fælles akutmodtagelse (Region Syddanmark 2010). Nyt OUH åbner planmæssigt i 2018. Inden da etableres der en midlertidig fælles akutmodtagelse.

Den midlertidige FAM (MiFAM) i Odense åbner 01.01.2012. Der er hertil blevet bevilget, at en bygning på 10.000 kvadratmeter bygges centralt på den nuværende matrikel. Planlægningsarbejdet har foreløbigt varet 1,5 år. Der er som led i processen ansat en afdelingsledelse af MiFAM bestående af en ledende overlæge og en oversygeplejerske.

De fysiske rammer i MiFAM skal årligt kunne håndtere:

50.000 patienter i åben skadesstue

28.000 indlæggelser (herunder regionsdækkende traumefunktion på level 1 samt medicinske og neurologiske traumer)

50.000 besøg hos vagtlæge (Fysisk ligger de sammen).

MiFAM får op til 52 sengepladser på 1. sal i "Center for accelererede patientforløb", hvor patienterne max kan opholde sig i op til 48 timer (blandet medicinske og kirurgiske patienter). På nyt OUH får FAM 90-100 sengepladser²².

I nyt OUH vil alle patienter blive modtaget i FAM – også psykiatriske patienter. I MiFAM kommer ca. 1/3 af de akutte indlæggelser pga. pladshensyn til at køre udenom. Det drejer sig om alle fødende, gynækologiske patienter, prævisiterede kardiologiske patienter og medicinske børn. Disse afdelinger har selvstændige akutmodtagelser.

Der er i alt 26 kliniske afdelinger på Odense Universitetshospital, der alle mere eller mindre har aktiviteter i skadestuen. Der er opnået enighed om seks overordnede processtyrede patientforløb, hvori der eksempelvis indgår registrering, prævisitation, triagering, blodprøver, radiologi, specialevurdering, primærjournal, stafet og initial sygepleje. Der samarbejdes med Syddansk Universitet om en simuleringsmodel, der udregner, hvad der skal til for, at patientforløbene kan lade sig gøre (bl.a. tid, fysiske

¹⁹ Oplyst ved interview.

²⁰ Oplyst ved interview.

²¹ Region Syddanmark mener, at optageområdet bliver for stort, hvis Fyn kun dækkes af Odense og Kolding (for den vestlige dels vedkommende) (Region Syddanmark 2010).

²² Oplyst ved interview.

rammer og logistik). Anvender også simuleringssystemet til at udregne personalebehovet og risikostyring ved truende overophedning. Gennemløbstiden i akutområdet er estimeret til fire timer.

Odense regner med at kunne afslutte 80 % af patienterne i MiFAM, altså inden for 48 timer. Der er dermed tale om en stor omlægning af aktiviteten på hospitalet. Regner også med at kunne vende 10-20 % i døren og konvertere til et subakut specialeforløb. Skadestuefunktionen er i dag uvisiteret, og der er ingen forestående planer om at ændre dette²³.

Det er en udmeldt strategi på OUH, at MiFAM ikke må isoleres i forhold til resten af organisationen. Når der er travlt i akutområdet, er der også travlt i resten af huset, og ingen specialer bliver løst fra at deltage i den vagtfunktion, man har i dag.

Konstruktionen skal være selvfinansierende. Det vil sige, at der skal afgives ressourcer fra de andre afdelinger. De andre afdelinger vil få mindre akut arbejde.

3.3.1 Bemanding

1 ledende overlæge og 1 ledende oversygeplejerske

ca. op til 15 speciallæger (herunder 1 uddannelsesansvarlig overlæge og en forskningsleder)

KBU læger (Alle KBU forløb på Odense vil være ansat i MiFAM)

Plejepersonale

Sekretærer.

Det vides endnu ikke, hvor mange ansatte der kommer i FAM – behovet udregnes i simuleringssystemet. Plejepersonalsituationen planlægges at være på plads i begyndelsen af 2011. Det vides heller ikke, om speciallægerne ansat i MiFAM kommer til at dække aften og nat.

Der vil i regi af specialeafdelingerne være en intern mediciner, kardiolog, ortopædkirurg, organkirurg, anæstesiolog og radiolog i tilstedeværelsesvagt aften/nat.

3.3.2 Uddannelsestiltag

Der satses på Odense Universitetshospital ikke på at uddanne akutlæger efter Dansk Medicinsk Selskabs model. Det vurderes, at man allerede har de nødvendige kompetencer i huset. Og organiseringen af det kommende FAM forudsætter, at der trækkes på speciallægerne i huset²⁴.

KBU lægerne ansættes i MiFAM, og de vil få et uddannelsesprogram. Programmet vil formodentlig inkludere et fire ugers fokuseret ophold på specialeafdelinger. Der vil være ansat en uddannelsesansvarlig overlæge. Modellen med KBU lægerne er afprøvet blandt de medicinske KBU læger, der i dag er ansat i AMA.

3.3.3 Triagering, visitation og indlæggelsesret

Triage vil formodentlig foregå efter adapt model, der for tiden tilpasses. Patienterne triageres af en triagesygeplejerske og en MiFAM speciallæge. Patienten møder derefter en speciallæge fra specialerne. Først derefter møder patienten eventuelt en KBU læge.

MiFAM lægerne har visitations- og indlæggelsesret. Når de på MiFAM siger en patient er fx reumatologisk, så overgår behandlingsansvaret til Reumatologisk afdeling.

²³ Oplyst ved interview.

²⁴ Oplyst ved interview.

3.4 Case 4 Kolding

Kolding Sygehus er en del af Region Syddanmarks Sygehus Lillebælt. Sygehuset rummer specialerne: anæstesiologi, organkirurgi, karkirurgi, ortopædkirurgi, gynækologi- og obstetrik, pædiatri, klinisk biokemi, billeddiagnostik inkl. CT-scanning, MR-scanning og ultralydsdiagnostik, intern medicin omfattende endokrinologi, kardiologi, medicinsk gastroenterologi, apopleksi, geriatri, infektionssygdomme og reumatologi.

I forbindelse med akutreformen har Kolding fået lovning på 900 mil. kr. til et nyt akutcenter. Kernen heri skal være en fælles akutmodtagelse med integreret skadestue/modtagelse/observationsafsnit og mellem 60-90 senge (Mogensen and Jørgensen 2009). Efter planen er bygningen klar ca. 2014.

På Kolding Sygehus blev der i august 2008 etableret en Akut Modtage Enhed (AMA) som et led i processen mod FAM (Mogensen & Jørgensen 2009). AMA modtager i dag i snit 30 akutte patienter i døgnnet. I skadestuen behandler de 30.000 skader om året²⁵. Før august 2008 blev patienterne modtaget selvstændigt af de forskellige afdelinger. Nogle blev modtaget i skadestuen, andre i et visitationsafsnit og andre direkte på afdelingerne (Mogensen & Jørgensen 2009).

Nu modtages patienterne i AMA (dem der er indlagt af de praktiserende læger og vagtlæger). Skadestuen modtager 112 patienter og "selvhenvendere".

I princippet modtages alle patientkategorier i AMA/skadestuen, men følgende "kører uden om": apopleksi, børn, gynækologi- og obstetrik samt svært hjertesygge²⁶. Patienterne ligger gennemsnitligt i 23 timer i AMA, 70 % udskrives til eget hjem. Afdelingen har 1 og 2-sengs stuer.

Skadestuen og AMA er indtil videre fysisk og ledelsesmæssigt adskilte, men reservelægerne arbejder begge steder. AMA ledes af en ledende overlæge og en oversygeplejerske. Skadestuen hører under den ledende ortopædkirurg. 1. januar 2011 lægges kardiologisk afsnit ind under AMA, der flyttes til en beliggenhed lige ved skadestuen. Afdelingen benævnes herefter FAM og kommer til at bestå af 51 senge. I 2011 sorterer skadestuen endnu under ortopædkirurgisk afdelingsledelse, men i tæt daglig samdrift med FAM. Fra 2012 sammenlægges sengeafdeling og skadestue organisatorisk under FAM ledelsen.

3.4.1 Bemanning (AMA)

1 ledende overlæge og 1 oversygeplejerske

1 overlæge (uddannelsesansvarlig) og 1 afdelingslæge²⁷

24 reservelæger (8 KBU²⁸, 8 akutlæger, der er post KBU og 8 kombilæger²⁹, der er præ introstillinger).

Der er tre fuldtidsansatte speciallæger i AMA. Sammen dækker de over specialerne almen medicin, intern medicin, infektionsmedicin og kardiologi). Den ledende overlæge arbejder dog p.t. ikke i klinikken, da han også er fungerende ledende overlæge for medicinsk afdeling. Speciallægerne arbejder hovedsagelig i dagarbejdstiden – fra 01.09.10 vil der være én speciallæge i bagvagt frem til kl. 18 på hverdage.

1. marts 2009 indførte de fælles forvagt ved at flytte forvagsstillinger fra ortopædkirurgisk, organkirurgisk og medicinsk afdeling til AMA. Her modtages patienten af en yngre læge uanset speciale. Ordningen blev evalueret august 2009 og fik en positiv evaluering. Der blev blandt andet peget på, at der

²⁵ Oplyst ved interview.

²⁶ Oplyst ved interview.

²⁷ Pr 01.09.2010 vil der være 2 overlæger og 1 afdelingslæge.

²⁸ Samtlige KBU læger på Kolding Sygehus er ansat i AMA.

²⁹ Læger som er på vej ind i specialer. De arbejder ud over i AMA også i enten infektionsmedicin, kardiologi, ortopædkirurgi, eller organkirurgi. De arbejder to dage om ugen i specialet og resten af ugen i den akutte modtagelse.

var et godt samarbejde, at de arbejdede som team og havde et mere helhedsorienteret syn på patienten. Overenskomstmæssigt er der tale om en "fællesvagt", fordi der er tale om to selvstændige afdelinger.

I dagtiden er der 4³⁰ yngre læger i vagt. En tager sig af de ortopædkirurgiske ting i skadestuen, en tager sig af medicinske/kirurgiske ting i skadestuen, en er modtagelæge i AMA og en er vagtleder, der skal have det store overblik og kan flytte rundt på lægerne efter behov, men som mest befinder sig i AMA, og fx indlægger akutte patienter på hjerteafdelingen. Ordningen har ifølge lægerne i FAM været en succes og betyder, at man kan hjælpe på tværs med at få ryddet op.

De yngre læger er organiseret i tre aften/nattevagthold³¹, hvor en yngre læge er fast i skadestuen, den anden er i AMA og den tredje er vagtleder og kan hjælpe til der, hvor der er travlt, og som kan gå op på hjerteafdelingen og indlægge akutte hjertepatienter.

Lægerne har på AMA samarbejde med den medicinske mellemvagt, den organkirurgiske mellemvagt og den organkirurgiske bagvagt, der alle superviserer FAM reservelægerne.

Ortopædkirurgisk afdeling bemander skadestuen med en mellemvagt, der er fast nede i skadestuen hver dag for at få afviklet og superviseret forvagterne (der alle er ansat i AMA, men dækker både skadestue og AMA). Ortopædkirurgisk afdeling bemander derudover skadestuen med et forvagtslag bestående af medicinstuderende i tidsrummet 13-21.

Anæstesiologerne og organkirurgerne er på Kolding i tilstedeværelsesvagt. Ortopædkirurgerne er varslet og begynder 1.9.2010 i tilstedeværelsesvagt. På det medicinske område er der mellemvagter i tilstedeværelsesvagt (læger i introstillinger og første del af hoveduddannelsen) og bagvagter frem til kl. 22 – herefter i tilkaldevagt.

3.4.2 Uddannelsestiltag

De 8 akutlæger (uklassificerede stillinger, da der ikke findes introstillinger inden for akutmedicin) uddannes efter et akutprogram, der er sammensat med udgangspunkt i fagområdebeskrivelsen.

3.4.3 Triagering, visitation og indlæggelsesret

I marts-april 2010 indførtes triagering med farvekoder efter adapt modellen. I dag meldes patienterne, der ankommer til AMA, hos sygeplejersken, der er forløbsleder. Første kontakt i AMA er således med forløbsleder (sygeplejerske), der modtager meldingen om indlæggelsen fra skadestuen, praktiserende læger og vagtlæger. Lægerne orienteres først, når patienten er ankommet. Første lægelige kontakt er med en reservelæge. Reservelægen konfererer derefter med en speciallæge eller bagvagt enten ved at mødes eller telefonisk. Og så lægger de sammen en plan for, hvad der skal ske med patienten.

Fremtidigt i den fælles akutmodtagelse er det planen, at der skal være et team, der tager imod patienterne. Der kommer en skranke, der vil være sygeplejersker, der registrerer patienterne. De triagerer så patienterne sammen med en overlæge.

Alle der kommer på AMA er (modsat patienterne i skadestuen) principielt indlagt. Indlæggelsesretten ligger på denne vis hos de praktiserende læger. Hvor patienterne skal placeres i huset, "gider vi ikke at skændes om". Før de åbnede AMA havde de jævnligt den slags diskussioner. Det har de ikke mere nu, hvor patienterne kan ligge i AMA (70 % færdiggøres herfra). De patienter, som ikke kan færdiggø-

³⁰ Efter interviewtidspunktet blev dette ændret til, at der er 5 yngre læger i dagvagt og heraf er der 2 i skadestuen.

³¹ Efter interviewtidspunktet blev dette ændret til, at der er 4 yngre læger i aften/nattevagt mandag og fredag.

res i AMA, overflyttes snarest muligt og altid inden for 48 timer til afdelingerne. Der er, efter fælles aftale med øvrige afdelinger, ikke overbelægning på AMA.

3.4.4 Udviklingsønsker og planer

Efter ombygningen og med den større volumen forventes der at komme flere speciallæger i tilstedeværelsesvagt i huset, og det forventes, at der vil være en akutmediciner til at supervisere de yngre læger i fælles akutmodtagelsen. Et ønske var på interviewtidspunktet i det hele taget at få flere overlæger (akutlæger) i den kommende FAM, som også kan være i tilstedeværelsesvagt om aftenen/natten.

3.5 Case 5 Horsens

I Region Midtjylland etableres der fælles akutmodtagelser på følgende hospitaler: Horsens, Randers, Viborg, Hospitalsenheden Vest og Århus Sygehus. De fælles akutmodtagelser ledes af en selvstændig ledelse (Region Midtjylland 2007). Konceptet for akutafdelingerne i Region Midtjylland foreskriver, at patienter kan opholde sig i indtil 48 timer i akutafdelingen. Hvis en patient ved modtagelse vurderes at have behov for indlæggelse i mere end 48 timer, overføres patienten direkte til relevant specialafdeling. For øvrige patienter kan akutafdelingen tilkalde assistance fra andre afdelinger. Akutafdelingen råder over egne sengepladser. For nogle afgrænsede patientgruppers vedkommende kan de også indlægges direkte på en specialafdeling (fx patienter med åbne indlæggelser, patienter der overflyttes, patienter der er visiteret fra ambulatorier eller af ambulancelæge samt børn). Akutte patienter med kirurgiske og ortopædkirurgiske lidelser indlægges altid via den fælles akutmodtagelse (Region Midtjylland 2007).

Akutplanen for Region Midtjylland lægger op til, at fælles akutmodtagelserne på kort sigt organiseres således, at de speciallæger, der er tilknyttet – og fysisk tilstede i – akutmodtagelsen, er ansat på de specialafdelinger, som de rent speciale-mæssigt tilhører. På længere sigt er det forventningen, at der sker ansættelse af speciallæger med overbygningsuddannelse i akutmedicin i de fælles akutmodtagelser (Region Midtjylland 2007). Konceptet er, at der skal være tilstedeværelsesvagt for speciallæger indenfor følgende specialer: intern medicin, kirurgi, anæstesiologi samt gynækologi og obstetrik (hvis der er fødsler på matriklen). Desuden skal der være speciallæger i rådighedsvagt inden for øvrige relevante specialer – som minimum inden for: ortopædisk kirurgi³², diagnostisk radiologi og pædiatri (Region Midtjylland 2007).

Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder varetager medicinsk, kirurgisk, ortopædkirurgisk samt gynækologisk behandling, herunder fødselsbetjening. Herudover er der etableret fertilitetsklinikk, livsstilscenter, satellitfunktion for hæmodialyse, urologisk afsnit, neurorehabilitering af traumatiske hjerneskadede voksne samt pædiatrisk ambulatorium. Hospitalet har ikke børn indlagt. De indlægges i eller overflyttes til Randers. Aktiviteten på Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder er i de senere år steget med omkring 10 % årligt. En udvikling der er fortsat efter regionsdannelsen. I 2006 var befolkningsunderlaget for Regionshospitalet ca. 140.000. I 2018 forventes befolkningsunderlaget at være 203.000 indbyggere. I 2007 var antallet af akutte indlæggelser 13.600 (ekskl. fødsler), svarende til 37 akutte indlæggelser om dagen. Med det nye optageområde bliver der ca. 47 akutte indlæggelser dagligt (Region Midtjylland 2008). Horsens har ultimo april 2007 indviet en ny fælles akutmodtagelse (Region Midtjylland 2007).

³² Region Midtjylland har i sit høringssvar til Sundhedsstyrelsen anført, at krav om ortopædisk kirurgi i tilstedeværelsesvagt vil have betydelige negative konsekvenser for produktionen i dagtid (Region Midtjylland 2008).

På plejesiden blev skadestuen og modtagelsen af medicinske og kirurgiske patienter i generelt visitationsafsnit (GVA) sammenlagt 01.01.2009. Der er 21 sengepladser i fælles akutmodtagelsen. Skadestuen er uvisiteret.

Alle medicinske patienter kommer ind i huset via FAM undtagen patienter med apopleksier og patienter med stående indlæggelser. I Horsens modtages alle patientgrupper (på nær børn), også psykiatriske patienter. 12.00-20.00 er det mest belastede tidsrum. De meget akut syge er en lille del af patienterne³³. Ca. 60 % færdiggøres i FAM, mens 40 % sendes op i huset til indlæggelse på stamafdelinger.

3.5.1 Bemanding

1 ledende overlæge og 1 ledende oversygeplejerske

2 overlæger + 2 på deltid

13 forvagter (heraf 8 KBU læger), der dækker medicinsk forvagt døgnet rundt, skadevagten 8.00-22.00 hele ugen og kirurgisk forvagt 8.00-15.00 på hverdage.

Hertil diverse vikarer (såvel speciallæger som medicinestuderende).

I Horsens har medicinerne siden 01.06.2009 afgivet et forvagtslag (hovedsagelig KBU læger) til FAM.

FAM overtog også det ortopædkirurgiske (5 ud af 7 stillinger³⁴) forvagtslag. Disse vagtlag er til stede hele døgnet alle ugens dage og består hovedsagelig af læger i klinisk basisuddannelse. De har i Horsens derudover speciallægedækning i FAM alle ugens dage frem til kl. 20. Der er tre fuldtidsansatte speciallæger i FAM (arbejdsmedicin, anæstesiolog og almen medicin), hertil en speciallæge på senior ordning og en speciallæge på deltid (lungemedicin). Der er i tidsrummet 7.30-20.00 en akutmedicinsk speciallægevagt, som dækkes af afdelingens egne speciallæger og eksterne folk. Speciallægetilstedeværelsen i FAM dækkes således også af vikarer fra forskellige specialer (eksempelvis intern medicin, gastroenterologi, lungemedicin og klinisk genetik).

Alle større skader varetages af læger fra ortopædkirurgisk afdeling. Patienter med hoftebrud modtages direkte i ortopædkirurgisk afdeling. På grund af pladsmangel i FAM har ortopædkirurgerne ikke senge i FAM. FAM lægerne varetager selvstændigt brud efter ortopædkirurgiske retningslinjer. Det er de ortopædkirurgiske læger, der har kontakten med redderne i Falck bilerne, men patienterne ankommer fysisk til FAM.

Organkirurgerne har senge i FAM. Efter kl. 15 dækkes det organkirurgiske område af en forvagt og en bagvagt i kirurgisk afdeling. Der er inden for det ortopædkirurgiske område speciallægedækning i huset til kl. 22. Den ortopædkirurgiske mellemvagt har i Horsens ikke nattevagt, men arbejder i tidsrummet 8-22. Der er en døgndækkende skadevagt (forvagt), som dækkes af FAM i tidsrummet 8.00-22.00.

Efter kl. 20 superviserer de medicinske mellemvagter forvagterne i FAM. I det medicinske område diskuteres det, hvorvidt de medicinske speciallæger bør gå ned i FAM om morgenen og evt. om eftermiddagen for at få truffet beslutninger om patienter. En gang om ugen er der en medicinsk mellemvagt, der har sin arbejdsdag i FAM.

Den ortopædkirurgiske bagvagt er om natten vagt fra bolig (30. min tilkaldevagt). Heller ikke inden for organkirurgi, medicin og røntgen er der om natten tilstedeværelsesvagt på bagvagniveau. Der er inden for det medicinske område mellemvagt i tilstedeværelsesvagt og bagvagt i tilkaldevagt fra bolig.

³³ Oplyst ved interview.

³⁴ Der blev foretaget en vurdering af, hvor meget vagtlaget havde arbejdet i skadestuen, og hvor meget de havde arbejdet på sengeafdelingen.

3.5.2 Uddannelsestiltag

Region Midtjylland har sammen med Region Nordjylland udviklet en akut uddannelse for både læger og sygeplejersker. Uddannelsen tager udgangspunkt i Dansk Medicinsk Selskabs fagområde i akutmedicin.

3.5.3 Triagering, visitation og indlæggelsesret

Arbejder på at indføre triage efter en adapt model. FAM lægerne har visitations- og indlæggelsesret.

3.5.4 Udviklingsønsker og planer

I Horsens vil der i forbindelse med ombygninger i 2011 planlagt åbnes flere senge i FAM. Det forventes, at der på sigt vil være speciallæger i tilstedeværelsesvagt hele døgnet i FAM. På det ortopædkirurgiske område forventes det, at der fremover vil være plads til ortopædkirurgiske patienter i FAM. På det medicinske område i Horsens arbejder medicinsk afdeling med en plan for, hvordan det sikres, at FAM får grenspeciale hjælp til, at patienterne kommer op på afdelingerne om morgenen, og i tråd hermed at FAM tømmes om eftermiddagen³⁵.

Det var på interviewtidspunktet også et ønske at få flere computere i akutafdelingen.

3.6 Case 6 Aalborg

I Region Nordjylland etableres der fælles akutmodtagelser på hospitalerne i Aalborg, Thisted og Hjørring. Der er i juni 2009 etableret en projektorganisation, som har til opgave at udarbejde et fællesregionalt koncept for de fælles akutmodtagelser i Region Nordjylland. Der er fire underprojekter: Uddannelse, IT, ledelse og organisering og et byggeprojekt.

I Aalborg forventes det fremtidige FAM efter en byggeproces at stå færdigt ca. 2018 med 80-100 diagnostiske sengepladser. Der kommer mellem 30-35 modtagerum. I slutningen af 2011 er det planen at åbne en midlertidigt FAM med 40 sengepladser. Aalborg har p.t. en uvisiteret skadestue, men oplægget er, at der fremover vil være visiteret skadestue.

Den maksimale liggetid i den kommende fælles akutmodtagelse vil være på 24 timer. Den gennemsnitlige liggetid planlægges at ligge på 6,8, og det forventes, at der vil være en udskrivningsrate på omkring 50 %. Måske bliver der visse patientgrupper, der vil ligge længere i FAM. Hvis der kommer en patient, hvor det er evident, at de kan udskrives inden for 36 timer, skal de blive i FAM. Hvis det fra starten er evident, at patienten skal ligge i tre uger, så skal de ikke først ligge i FAM. Patienter, der kan udskrives direkte fra FAM, forventes fx at være: Patienter med akut astma, patienter med medicinforgiftning, ældre patienter der fx mangler væske eller har urinvejsinfektion, en række patienter med skader, der hurtigt kan opereres, blindtarmsbetændelse hos i øvrigt raske. Der er således tale om accelererede forløb.

Da der er færre sengepladser i den midlertidige FAM end i den endelige, vil kun intern medicinske, ortopædkirurgiske og "almindelige" kirurgiske patienter modtages. Den sidste tredjedel af patienterne vil køre uden om. Senere er det planen, at alle patienter vil blive modtaget i FAM.

3.6.1 Bemanding

Fælles akutmodtagelser bliver selvstændige afdelinger med en separat ledelse. Forventer inden for ca. 6 mdr. at have en ledelse på plads i Aalborg, så de kan være med til at konceptudvikle.

³⁵ Oplyst ved interview.

- ◆ Speciallæger
- ◆ KBU læger
- ◆ Sygeplejersker
- ◆ Sekretærer.

Det planlægges, at der skal tages stilling til, hvilke specialer der uddannelsesmæssigt vil profitere ved, at deres speciallæger skal tage ophold i FAM.

3.6.2 Uddannelsestiltag

Der er sammen med Region Midtjylland udviklet en uddannelse for både læger og sygeplejersker. Uddannelsen tager udgangspunkt i Dansk Medicinsk Selskabs fagområde i akutmedicin. Regionen har først og fremmest planer om at sende speciallæger i anæstesiologi, intern medicin, kirurgi, ortopædkirurgi og almen medicin på uddannelsen, der varer to år. Den foregår i Region Midtjylland. Regionen har fire læger af sted og regner med at sende otte af sted i oktober 2010. Regionen har 12 sygeplejersker af sted nu på sygeplejerskernes 1-årige pendant. Regionen har vurderet, at sygeplejerskernes 1-årige uddannelse er for stor i forhold til, at der skal uddannes 371 akutsygeplejersker. Regionen er ved at udvikle en kortere lokal modulbaseret akutuddannelse for sygeplejersker.

3.6.3 Triagering, visitation og indlæggelsesret

Regionen har i samarbejde med Region Midtjylland beskæftiget sig med triage. Arbejder efter adapt model.

Den fælles akutmodtageafdeling skal have udskrivningsretten og retten til at kunne sige, at nu kommer patienterne op til stamafdelingerne.

4. Tværgående om de seks FAM cases' organiseringer

I det følgende ses kort tværgående på de strukturelle dimensioner af de seks udvalgte fælles akutmodtagelser.

4.1 Den ledende overlæge i FAM

De valgte case afdelinger ledes alle af en ledende overlæge, der er leder af den organisatorisk set selvstændige akutafdeling. Det er forskelligt, hvilken specialefaglig baggrund den ledende overlæge har. I de udvalgte case afdelinger er de ledende overlæger henholdsvis: akutmedicinere og anæstesiolog (Herlev), intern medicinere (Køge), intern medicinere og endokrinolog (Odense), almen medicinere og intern medicinere (Kolding) og arbejdsmedicinere (Horsens).

4.2 Den lægelige bemanning af FAM

Det er forskelligt, hvordan den lægelige bemanning af fælles akutafdelingerne ser ud³⁶. I Horsens, Køge og Kolding er der i forbindelse med oprettelsen af FAM (eller i Koldings tilfælde som led i forbedringen til FAM) forvagtsslag, der er overgået til FAM. Herlev har ikke sit eget forvagtsslag. I Region Hovedstaden er der ikke yngre læger, men blot en mindre stab af speciallæger, der er ansat i de fælles akutmodtagelser.

FAM (ansat i)	Reservelæger/1. reservelæger	Speciallæger
Herlev	0	6 ³⁷
Horsens	13	3 + 2 på deltid
Kolding	24	3
Køge	24	4
Odense (forventet)	15 (samtlige KBU læger på Odense).	Har endnu ikke ansat læger (måske op til 15)
Aalborg (forventet)	Har endnu ikke ansat læger, men der vil være tale om KBU læger samt muligvis også andre stillinger.	Har endnu ikke ansat læger (måske 3-4 i vagt ad gangen).

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger for FAM lægges der op til, at der bør være speciallæger i tilstedeværelsesvagt inden for følgende specialer på matriklen: kirurgi, ortopædisk kirurgi, anæstesiologi, intern medicin, diagnostisk radiologi og klinisk biokemi. Hvad angår speciallægedækningen i specialeafdelingerne er det på case afdelingerne forskelligt, hvorvidt der er speciallæger i tilstedeværelsesvagt om aftenen og natten inden for en række af disse specialer.

³⁶ Også inden for de fem regioner er der valgt forskellige modeller. I Region Sjælland har to af akutafdelingerne (Holbæk og Køge) således egne forvagtsslag, mens to af afdelingerne (Nykøbing Falster og Slagelse) dækkes af yngre læger fra stamafdelingerne.

³⁷ De fem af disse speciallæger blev i juni 2010 opsagte med udgangen af året.

I Huset	Herlev	Horsens	Kolding	Køge	Odense (forventet)	Aalborg (forventet)
Speciallæger i tilstedeværelsesvagt	Anæstesiologi Kirurgi	Anæstesiologi	Anæstesiologi Kirurgi Ortopædisk kirurgi (fra 1.9.2010)	Anæstesiologi Kirurgi Ortopædisk kirurgi	Anæstesiologi Kirurgi Ortopædisk kirurgi Intern medicin Kardiologi Radiologi	Anæstesiologi Kirurgi Ortopædisk kirurgi Intern medicin Radiologi
Speciallæger i tilkaldevagt	Ortopædisk kirurgi Intern medicin	Kirurgi Ortopædisk kirurgi Intern medicin	Intern medicin Ortopædisk kirurgi (indtil 1.9.2010)	Intern medicin		

4.3 Kapacitet og sengevolumen

"Overbelægning i akutmodtagelsen er i dag den største hæmsko for en effektiv tilrettelæggelse af arbejdsgangene, idet personalet bruger uforholdsmæssigt meget tid på udvisiteringer uden for tidsrummet kl.08-20. Det giver ligeledes stor uro på sengeafsnittene. Vi ved også, at arbejdsmiljøet, herunder det fysiske arbejdsmiljø, har stor betydning for rekruttering og fastholdelse af medarbejderne. Derfor anbefales det, at der planlægges med en tilstrækkelig sengekapacitet i akutmodtagelsen" (Region Hovedstaden 2009).

Der er store variationer i antallet af sengepladser i de udvalgte fælles akutmodtageenheder. Ligeledes er det forskelligt i de gennemgåede cases, hvor længe patienterne gennemsnitligt forventes at opholde sig i FAM.

FAM	Antal senge	Patienterne i FAM op til
Herlev	32 + 20 observationspladser	12 timer ³⁸
Horsens	21	48 timer
Kolding	36, 51 fra 2011 (60 i den endelige)	48 Timer ³⁹
Køge	0	Gennemsnitlig 2 timer
Odense (forventet)	52 i den midlertidige FAM, 90-100 i den endelige	48 timer
Aalborg (forventet)	40 i den midlertidige FAM, 80-100 i den endelige	24 timer ⁴⁰

³⁸ I august 2009 lå de reelt i gennemsnit i 14 timer.

³⁹ De patienter, man kan se vil skulle være indlagt længere end 48 timer, søger man så vidt muligt at få overflyttet hurtigst muligt til en stamafdeling (hvis der er plads).

⁴⁰ Hvis de kan udskrives inden for 36 timer, vil de sandsynligvis kunne blive i FAM (oplyst ved interview).

4.3.1 Patientvolumen

For at give et samlet overblik over FAM afdelingernes aktivitet – antallet af indlæggelser og behandlinger i skadestuen – er der udarbejdet en tværgående tabel over dette:

FAM	Indlæggelser	Skadestuebehandlinger
Herlev	16.000 om året	50.000 om året
Horsens	8.140 om året	21.535 om året
Kolding	10.950 om året	30.000 om året
Køge	15.000 om året	25.000 om året
Odense (forventet)	28.000 om året	50.000 om året
Aalborg (forventet)	15.000 om året	39.000 om året

Note: Horsens havde i første halvdel af 2010 22 indlagte patienter i døgnet (22,3). Ganget med 365 giver dette 8.139,5. Hertil 59 skadestuebehandlinger som ganget med 365 giver 21.535. Kolding har 30 indlæggelser i døgnet. Ganget med 365 giver dette 10.950 om året.

4.3.2 Hvilke patientkategorier modtages?

Det er forskelligt, hvilke patientkategorier, der modtages i FAM.

FAM	Modtagelse af patienter	Patienter der "kører udenom"
Herlev	Alle patienter, undtagen:	Gynækologi og obstetrik.
Horsens	Alle patienter, også psykiatri, undtagen:	Børn, nogle hjertepatienter, apopleksier og patienter med stående indlæggelser.
Kolding	Alle patienter, undtagen: Senere: Alle patienter.	Gynækologi og obstetrik, børn, apopleksier ⁴¹ , hoftenær fraktur og de svært hjertesyg.
Køge	Alle patienter, undtagen:	Børn (dog ikke de ortopædkirurgiske), akutte apopleksier og gynækologi og obstetrik.
Odense (forventet)	Midlertidigt: Alle, undtagen: Senere: Alle patienter, også psykiatri.	Midlertidigt, i MiFam: Gynækologi og obstetrik, medicinske børn, prævisiterede kardiologiske patienter (i alt ca. 1/3 af de akutte indlæggelser). Samt visse højtspecialiserede funktioner.
Aalborg (forventet)	Midlertidigt: Intern medicinske patienter, ortopædkirurgiske og "almindelige" kirurgiske. Senere: Alle patienter.	Midlertidigt, i MiFAM: Gynækologi og obstetrik, børn, thoraxkirurgi, neurokirurgi og karkirurgi.

Hvilke patientkategorier, der modtages, afhænger af lokale forhold som specialer i huset og kapaciteten i FAM. Alle case afdelinger – på nær Aalborg – havde (eller havde planer om) uvisiteret skadestue, hvor de også modtager "selvhenvendere" – patienter der kommer ind fra gaden. I Horsens skal den uvisiterede skadestue dog på sigt overgå til at være visiteret.

4.3.3 Visiteret eller uvisiteret

Sundhedsstyrelsen anbefalede, at adgangen til FAM bør være visiteret, og mange af de interviewede var enige i det hensigtsmæssige heri:

⁴¹ Apopleksierne kører til Vejle.

"Du kan hurtigt kvæle akutafdelingerne, hvis du propper deres venteværelser med alt muligt forskelligt, der kommer. Ting som egen læge kunne tage sig af, så jeg går ind for visiteret skadestue" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

"Det kunne være en recept, der er blevet væk, og som lige skal skrives. Dem har vi rigtig mange af den slags henvendelser, der kan løses hos egen læge eller lægevagten, men de kommer hos os, fordi det er nemmere" (Ledende overlæge, FAM).

4.4 Visitations- og indlæggelsesret

Lægerne i FAM visiterer til andre afdelinger. Det er forskelligt, hvorvidt lægerne, der er ansat i de fælles akutmodtagelser, har indlæggelsesret på afdelinger i "huset". I Herlev har FAM lægerne ikke indlæggelsesret – her er det specialeafdelinger, der beslutter, om patienterne skal indlægges eller ej. I Herlev betyder visitationsretten, at hvis en stamafdeling har besluttet, at en patient skal indlægges, så kan FAM lægerne beslutte, at nu skal patienten rykkes op. I Kolding, Køge og Horsens har FAM lægerne både visitations- og indlæggelsesret. Ligesom dette er planen i Aalborg og i Odense.

4.5 Behandlingsansvar

Generelt er spørgsmålet, om behandlingsansvar er blevet løst på den måde, at behandlingsansvaret følger indlæggelsen. Det vil fx sige, at når en patient fx får prædikatet medicinsk eller kirurgisk, så er det den afdeling, der har behandlingsansvaret.

"Det synes jeg, vi har fået klaret meget godt hos os. Altså, vi ved, at når patienten får prædikat medicinsk patient, så er det i sidste ende mit ansvar" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

4.6 Traumefunktion

Alle de udvalgte FAM afdelinger har også traumefunktion. Ved traumer er det fortsat ortopædkirurger, der er traumeledere. Det vil sige, at det er ortopædkirurgisk afdeling, der har det lægefaglige ansvar. Flere steder forestiller man sig, at dette på sigt ville kunne overtages af speciallæger med særlig uddannelse i modtagelse af akutte patienter ("akutlæger"). Hjertestopfunktionen varetages på case afdelingerne i dag også af læger fra andre afdelinger.

I Odense bliver der fire traumestuer/multirum. Der defineres et neurologisk og et medicinsk traumespor, hvilket vil øge aktiviteten på disse stuer i forhold til tidligere samt sikre en hurtig håndtering af de mest akutte medicinske og neurologiske patienter.

4.7 De fysiske rammer og IT

Det akutte område har traditionelt ikke været blandt de højest prioriterede på sygehusene fx i forhold til planlagte behandlinger og ventetidsgarantier. Det afspejler sig ud over de rent fysiske forhold også, hvorunder akut behandling udøves samt i den plads akut behandling historisk set er blevet tildelt, i såvel de sygepleje- som lægefaglige uddannelser (Region Hovedstaden 2007).

I nogle FAM er de fysiske rammer uændrede og med trange arbejdsforhold og underdimensionerede venteforhold for patienterne. I hovedparten af case afdelingerne er de fysiske rammer i tråd hermed midlertidige. Og dette har en række konsekvenser for, hvordan man kan indrette aktiviteten i FAM.

"En af de største barrierer for, at vi har kunnet lave akutsenge, det er sådan set fysikken og geografien her på sygehuset. Det er jo ikke oprindeligt bygget til en akut afdeling og en akut funktion. Det er bygget til en skadestue og en modtagelse. Og modtagerafdelinger i de enkelte specialer. Man kan sige, at det repræsenterer et taktisk måske også strategisk dilemma, at det er sådan. Det er godt på den måde, at vi så ikke har påtvunget akutafdelingen en specialbelastning, som vi dybest set ikke er rustet til, og det er dårligt på den måde, at vi har lidt vanskeligt ved i alle situationer at gøre vores arbejde helt færdigt, fordi vi har patienterne så kort, som vi har dem, og der er mange ting, vi derfor ikke kan få det færdige observationsforløb af den enkelte patients situation for at kunne definitivt afgøre, hvad er det her" (Ledende overlæge, FAM).

I Odense og i Region Nordjylland er der nedsat IT projektgrupper, der forud for åbningen af de kommende FAM arbejder med forskellige løsningsmuligheder. Der ligger eksempelvis en elektronisk udfordring i, hvordan man får observationerne (basale værdier og stamoplysninger) fra ambulancerne direkte ind på skærmen i FAM. EKG'erne går i Kolding direkte til kardiologisk afdeling (blandt andet for at vurdere, om patienterne skal direkte til Odense).

Der er indført elektroniske skærme, hvor FAM kan følge patienterne. Nogle steder er disse store og sidder på væggen. Andre steder minder størrelsen mere om en stor computerskærm.

I Odense står de for at afprøve et akutmodul til den elektroniske patientjournal. Har samme akutmodul i Kolding, men her er den endnu ikke integreret i den elektroniske patientjournal. I Odense har de derudover arbejdet med svartider på blodprøver, nedbringelse af transporttiden evt. ved rørpost, som de har i Kolding. Røntgen får en CT scanner fysisk i området samt to traditionelle røntgenstuer og en ultralydstue. I Odense og Kolding arbejdes der derudover med at få implementeret talegenkendelse, hvilket vil kunne få en stor betydning eksempelvis for journalskrivningen.

I Aalborg er de som en del af IT sporet ved at integrere hele akutområdet i EPJ projektet. De er ved at udvikle en integration af den præhospitale ambulance journal, som de som den eneste region de sidste fem år har haft fælles med akutmodtagelsernes journal. I Aalborg vil store logistiske skærme, der giver overblik over de akutte patienter, snart køre i pilotdrift. Der bliver i Aalborg også mulighed for at følge med på skærmene oppe på stamafdelingerne. Således at det bliver nemmere at forudse, hvornår patienterne kommer videre op.

4.8 Den præ- (og post-)hospitale indsats

Hele ændringen af indsatsen på akutområdet på hospitalerne lægger op til et mere veludviklet samarbejde med den præhospitale indsats, samt en ændring i samarbejdsrelationer i den posthospitale indsats som følge af flere accelererede forløb, der afsluttes i akutmodtagelsen.

I Odense arbejder de med den præhospitale triagering. De har herunder indbudt til samarbejde med vagtlægerne, har aftalt møder med lægebiler og Falck-folk og har startet en dialog med Odense Kommune. De arbejder på at få triagesprog ud i kommunerne og har foreslået, at kommunerne har en sygeplejevisitator siddende i FAM. Således at både den præ- og den posthospitale indsats i højere grad kan koordineres.

I Kolding har de lægeambulancer, hvor det er hospitalets egne anæstesilæger, der kører med ud. De er lokaliserede nede ved skadestuen.

I Horsens skal de til at teste et system med ambulancejournaler, hvor de vil kunne modtage data direkte i FAM.

I Aalborg integreres vagtlægeordningen som i Odense også fysisk i FAM. I den endelige fælles akutmodtagelse vil der være en fysisk og organisatorisk integreret lægevagt. Lægevagts konsultationsrum vil fysisk ligge i FAM. Der vil være fælles venteværelsesfaciliteter, fælles IT system og sandsynligvis også fælles støttepersonale. Integrationen vil også kunne give et uddannelsespotentiale ved, at yngre læger og studerende kan kigge med i lægevagts arbejde. Samtidig giver modellen mulighed for, at en anden læge kan give en *second opinion*, og lægevagts arbejde vil være mindre fysisk isoleret.

5. Foreløbige erfaringer og udfordringer med organiseringen af det lægelige arbejde i FAM

"Det, at få en indgang til den akutte indlæggelse, det er en fordel. Det er jo en af kerneydelserne for et akut hospitalsvæsen at kunne modtage akut syge patienter i et ordentligt volumen og en ordentlig kvalitet, og med noget specialistviden. Det er spørgsmålet om at få organiseret det, der er en udfordring" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

I de følgende afsnit gennemgås ledende FAM overlægers, ledende overlæger fra andre afdelinger, speciallæger ansat i FAM afdelinger samt yngre læger, der arbejder i FAM's foreløbige erfaringer med og tanker om organiseringen af det lægelige arbejde i FAM. Kendetegnende for interviewene har været, at vi både har mødt begejstrede og mere bekymrede fortællinger om FAM, betingelserne for FAM og de afledte konsekvenser af FAM. I de kommende afsnit vil både de begejstrede og de bekymrede fortællinger blive repræsenteret.

5.1 Hvad består opgaven i?

Hvad består opgaven i de fælles akutmodtagelser i? Dette er et område, der er omgivet af fortolkningsmæssig fleksibilitet. Flere har i interviewene peget på, at det er vigtigt at få beskrevet opgaven. Og at det er vigtigt at skabe enighed om, hvad opgaven består i. Der er flere forhold, der er centrale i dette spørgsmål. Ét handler om arbejdsdelingen mellem FAM og specialeafdelingerne, et andet – og det er relateret hertil – handler om, hvad der skaber hensigtsmæssige patientforløb. Et tredje forhold, der har betydning for, hvad opgaven kan bestå i, er kapacitet og antal af senge i FAM set i forhold til, hvor mange patienter der kommer igennem en fælles akutmodtagelse i døgnet. Et fjerde forhold er bemandingen i FAM (dag, aften og nat). Alle disse forhold spiller sammen i relation til spørgsmålet: Hvad består opgaven i?

5.1.1 Flow masters – at skille fårene fra bukkene

Der var i interviewene stor enighed om, at akutmodtagelsernes læger skal triagere og stabilisere, og visitere. Der blev derudover nævnt ord som supervisere, lave gennemgang, "brandslukkere og indpisere", forløbsledere, logistik i form af proces- og flowledelse og flowmastere. Opgaven kan også beskrives således:

"Vi er specialiserede i at professionalisere modtagelsen og den primære vurdering, og det gør vi selvfølgelig bedre end de praktiserende læger, fordi vi har en række hjælpemidler, som de ikke har. Vi har teknologi, billeddiagnostik og frem for alt også en lidt mere rutinepræget tilgang til at modtage en akut patient, hvad enten det er et traume fra motorvejen eller en patient, der indlægges efter aftale med den praktiserende læge" (Ledende overlæge, FAM).

"En akutmodtagelse for mig at se, det er både et sted, hvor der kommer patienter ind, der er ustabile og skal stabiliseres og triageres. Og et sted hvor mennesker kommer ind, hvor man faktisk er i tvivl om, hvorvidt de overhovedet fejler noget, og det kan godt tage 8-10-12 timer at finde ud af. Og fejler de så ikke noget, så skal de jo ikke op og ud i systemerne. Så det handler om, man får skilt fårene fra bukkene i den her akutmodtagelse" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

I den begejstrede fortælling udgør denne hurtigere og mere professionaliserede og kvalificerede akutte indsats et ordentligt kvalitetsløft i modtagelsen af den akutte patient. Fra at blive set af en usuperviseret yngste læge eller (en usuperviseret medicinstuderende vikar) er der nu speciallæger med helt fremme og et meget bedre organiseret team til at modtage patienterne. Der er således tale om mere samarbejde, en hurtigere indsats og langt bedre kvalitet og patientsikkerhed.

"Det er det at få lagt en plan, der giver det accelererede forløb" (Ledende overlæge, FAM).

"Tid er ofte meget vigtig, når medicinske patienter indlægges. Ofte er sekunder og minutter afgørende. Så derfor er det vigtigt at få en god logistik, og det trængte vi til" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

"Jeg ser FAM som et sted, hvor tingene bliver gjort. Hvor man ikke skal vente fx til konferencen næste dag" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

5.1.2 Aflastning eller forsinkende led?

I den mere bekymrede fortælling er lægerne dog netop for en række patientgrupper bekymret for kvaliteten. Dette gælder særlig for medicinerne og organkirurgerne. For nogle patientgrupper peges der således flere steder på, at der mest er tale om et forsinkende led, fordi der ikke hurtigt nok bliver igangsat de nødvendige tiltag. Lægerne mener, at indsatsen her bliver for langsom, og at det kan være forbundet med problemer, at patienterne nu skal overdrages fra en afdeling (FAM) til en anden – med alt hvad det indeholder af potentielle tab i information. Nogle steder diskuterer de således, hvordan de bedst muligt kan sikre kvaliteten for disse grupper. Lungemedicinske patienter nævnes fx her som en gruppe.

En anden problematik er, når FAM har så travlt, at patienterne ikke bliver gennemgået i FAM før de bliver sendt op på stamafdelingerne:

"Det kommer jævnligt op til vores morgenmøder, at nu er der igen kommet en patient op, der ikke er gennemgået. Eller som ikke sådan og sådan. Og det er et problem. Så må vi trævle det op, og ofte handler det om, at der er væltet ind med patienter. Aftaler der er kikset – det kan være, at der ikke er overdraget oplysninger fra sygeplejesiden – sygeplejersken i FAM til sygeplejersken og til lægen der skal modtage – mellemvagten. Og så er der nogen, der pludselig finder en patient inde i en seng. Samarbejdet er kikset. Det kan give problemer og utilsigtede hændelser" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

"For at overleve sender de patienterne meget nødtørftigt op til os på måder, vi ikke er vant til" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

Når patienterne ikke gennemgås i FAM, men bare sendes op, kan det for dem, der er bærere af den bekymrede fortælling, være svært at se formålet med at have FAM – og med at have afgivet ressourcer til FAM. Ligeledes er det i den bekymrede fortælling svært at se formålet med, at patienter sendes fra FAM op eller ud til stamafdelingerne midt om natten.

"Der bliver visiteret ud kl. 2, 3, 4, 5, 6 om natten fra akutmodtagelsen og op. Og gamle mennesker, der kommer ind kl. 20 og får stabiliseret og lagt alt muligt, og bliver undersøgt, når klokken så er fire om natten, så skal de køre en elevator op, og så skal de modtages af et nyt personale. Det er uhensigtsmæssige patientforløb. Så det, som jeg har forsøgt nu, er at få lavet en ny deal med akutmodtagelsen. Oprindeligt var den måde, vi skulle have bygget det op på med vores besparelser og funktioner med akutmodtagelsen, at sengene altid skulle være i brug. Fordi det er den eneste måde, at kapaciteten kan begrænses, så må de senge, der er der, bruges. Men jeg er så blevet overbevist om og kan også forstå, at man ikke kan have en

akutmodtagelse, hvor sengene altid er belagt. Så det, vi nu har aftalt, er, at når man om natten går op, så sørger man for, at der er x antal tomme senge i akutmodtagelsen, som i løbet af nattetid kan modtage patienter, uden de skal køre op" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

At visitere ud midt om natten anses således ikke for at bidrage til et hensigtsmæssigt patientforløb. I tråd hermed er der blandt de interviewede stor enighed om, at sengekapaciteten i FAM er afgørende for muligheden for at skabe de mest hensigtsmæssige patientforløb. Der er således blandt de interviewede enighed om, at en velfungerende FAM forudsætter et tilstrækkeligt antal sengepladser således, at relevante forløb kan færdiggøres i FAM.

Samtidig er FAM afhængig af, at der også udskrives patienter oppe på specialeafdelingerne, således at FAM kan levere patienter til specialeafdelingerne.

"Når vi taler flow og logistik, så er vi også afhængige af, at der er flow og logistik oppe i afdelingerne i huset" (Ledende overlæge, FAM).

5.2 Arbejdsdeling med de medicinske, kirurgiske og ortopædkirurgiske afdelinger

"Ændringer i sundhedsvæsenet kræver to ting. For det første en form for faglig parathed, og det kunne jeg godt have nogle kommentarer til. For det andet den kulturelle barriere for de traditionelle opfattelser af, hvor går grænserne mellem specialerne. Hvem gør hvad, og hvordan sikrer man sig, at samarbejdet bliver flydende" (Ledende overlæge, FAM).

"Jeg tror, det har rigtig lange udsigter, før sådan nogle store akutmodtagelser kommer til at køre uden, at det er med bistand fra de specialer, der er rundt omkring" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

"Det kommer nok til at tage noget tid og en mentalitetsændring blandt de seniore læger, før man får integreret det. Nogle af dem, der har været her i lang tid, har svært ved at se rationalet i det. Hvad akutlægerne overhovedet skal her" (Læge, FAM).

"Der er gået en Berlin mur ned – med grænsestridigheder til følge" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

Etableringen af fælles akutmodtagelser har ikke været uproblematisk. Der er mange ting, der skal koordineres og aftales – særligt med de afdelinger, der skal modtage patienter fra de fælles akutmodtagelser. Dette har blandt andet ført til udpenslede samarbejdsaftaler, instrukser og visitationsregler. Samtidig er instrukserne blevet mere komplicerede at udarbejde.

Arbejdsdelingen med specialerne varierer på de udvalgte cases og afhænger i høj grad af FAM afdelingernes kapacitet til at have patienter liggende. Nogle steder har de fundet ud af, at det kræver tæt samarbejde at få det til at fungere og har eksempelvis indført ugentlige frokostmøder mellem den ledende overlæge på FAM og den ledende overlæge på den medicinske afdeling. Som befordrende for samarbejdsprocessen nævnes også det udviklingsperspektiv at have fælles konferencer.

Der er forskellige temaer, der synes at være centrale i arbejdsdelingen. Noget handler om samarbejde og samarbejdsvilje. Noget handler om ressourcefordeling, og noget handler om at finde ud af, hvordan patientforløbene bliver så hensigtsmæssige som muligt.

"De genindlæggelser, vi ofte har, er de lungesyge. Dem kommer der mange af, og der er selvfølgelig mange af dem, der godt kunne glide hurtigt op. Men der vil også være en del af dem, som skal have et skud steroid, og så skal de have noget ilt, og så skal de måske have en nip

behandling i seks timer, og så kan de glide hjem igen. Og der kan man sige, hvor er det så, man helst vil have dem?" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

Hvordan patientforløbene gøres hensigtsmæssige er der mange forskellige lokale udmøntninger af. Som det fremgik i foregående kapitel er der store forskelle på, hvilke patientgrupper der kører uden om FAM, og der er forskellige måder at arbejdsdele mellem FAM læger og speciallægeafdelingerne på. Der er eksempelvis også forskelle på arbejdsdelingen alt efter, om der er tale om tidspunkter på døgnet, hvor FAM staser til. På disse tidspunkter sender nogle FAM patienter op på specialeafdelingerne på en måde, som specialeafdelingerne godt kan finde u hensigtsmæssig.

5.2.1 Aften, dag og nat

Det er på flere af case afdelingerne kendetegnende, at arbejdsdelingen varierer alt efter, hvad tid der er tale om på døgnet, og nogle steder også alt efter hvilken ugedag der er tale om.

"Det er kvalitetsmæssigt og akkrediteringsmæssigt lige til at dumpe med et brag. Vi modtager og behandler patienterne forskelligt på forskellige tidspunkter af døgnet, på forskellige tidspunkter i ugen. Det holder ikke, når Joint Commission kommer" (Læge, FAM).

I den begejstrede fortælling er disse forskelle ikke optimale, men et led i processen mod den endelige model, hvor forestillingen er, at der vil være flere speciallæger i FAM, således at patienterne kan modtages ens – uagtet hvornår de ankommer. I den bekymrede fortælling anses situationen for organisatorisk mismask, hvor uensartethed og det tilfældige fylder for meget.

5.2.2 "Hvorfor kommer de ikke?"

På nogle af case afdelingerne er lægerne i de fælles akutmodtagelser afhængige af, at lægerne fra specialafdelingerne kommer ned og ser på patienterne. På andre case afdelinger konfereres patienterne over telefonen og sendes så op eller ud på specialafdelingerne.

I den begejstrede fortælling har FAM ført til færre problemer med at få visiteret patienterne til stamafdelingerne. Dels fordi en del af de patienter, som ingen rigtig er interesserede i at få op, nu kan blive liggende i FAM og senere udskrives herfra, dels fordi der er oparbejdet et samarbejde.

"Vi har indlæggelses- og visitationsret. Jeg synes, det har udviklet sig de seneste syv måneder. Dengang kunne det være en kamp, når vi ringede og sagde, vi havde en kirurgisk patient. Det er faldet væk nu. Alle ved, at når vi indlægger en patient, så er det, fordi der er brug for det. Jeg synes, samarbejdet fungerer godt" (Læge, FAM).

I andre mere bekymrede fortællinger er det et stort problem for flowet i arbejdet i FAM, at lægerne fra specialafdelingerne ikke er til stede, når der er brug for dem. Her er oplevelsen, at det stadig kan være et problem dels at "få patienterne op i huset", dels at få speciallægerne ned i FAM for at tage stilling til patienterne.

"Deres vagthold er ikke til stede, hvor det sker. De går enten stuegang i de stationære afdelinger, eller de opererer. Vi mangler dem hele tiden" (Læge FAM).

"Jeg har ligeså svært ved at få den medicinske bagvagt herved til det akutte, som da jeg var forvagt i medicinsk afdeling. Det har ikke ændret sig. Til gengæld er der på medicinske stamafdelinger næsten hver dag en speciallæge, der går stuegang. Her er det rigtig sjældent, at en medicinsk speciallæge går stuegang" (Læge, FAM).

"Om vi har 18 patienter på gangene, det er de andre afdelinger ligeglade med" (Ledende overlæge, FAM).

"Der er ikke nogen tvivl om, at man skal udstyre akutmedicineren med den kompetence, at han skal kunne mobilisere baglandet og sikre, at speciallægerne kommer, når han siger, de skal" (Ledende overlæge, FAM).

Lægerne fra specialeafdelinger har nogle steder omvendt oplevet, at de ringede alt for meget fra FAM – også om ting de burde kunne varetage selv.

Papirarbejdet nævnes også som barriere for effektive patientforløb og flow – og for motivationen i forhold til at gå ned i modtagelsen:

"Vi kan stikke alle de specialer ned, det skal være, kl. 8 om morgenen, for vi har en mega stor medicinsk afdeling, hvis patienterne skal gennemgås dernede. Men hvem har så ansvaret for logistikken? Er det medicinsk afdeling, eller er det akutmodtagelsen? Hvor jeg jo til enhver tid vi sige, at det må være akutmodtagelsen. Og det kan være ligegyldig, at jeg sender otte specialer ned for at lave gennemgang, hvis logistikken siger, at papirer og sådan noget først kommer op otte timer efter. I kan godt høre skismaet? Og det er sagen i en nøddeskal, hvem har egentlig ansvaret for, at de her ting kører?" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

Når specialelægerne, der arbejder i FAM (forvagter og mellemvagter), ikke kan få fat i specialebagvagten, så konfererer de typisk med FAM speciallægen. Der er i interviewene blevet spurgt ind til dette, som endnu ikke havde givet anledning til problemer. Nogle steder fordi de yngre læger søger at undgå situationen, hvor FAM speciallægen siger ét og specialeafdelingens speciallæger noget andet.

"Det er ikke ret tit, jeg konfererer både med en akutlæge og min egen bagvagt, for så kan man risikere at få forskellige meldinger og holdninger til en patient" (Læge, FAM).

Der var dog speciallæger, der er ansat i FAM, der havde oplevet at blive skældt ud af speciallæger fra specialeafdelingerne, fordi de havde "blandet sig" i behandlingen af patienter ved at igangsætte behandling af akut dårlige patienter⁴².

5.2.3 Afgivelse af skadestuen

I etableringen af de fælles akutmodtagelser ligger der en fusion mellem den tidligere skadestue og de medicinske modtagelser. Afgivelse af skadestuen – og evt. tilsvarende forvagtslag – synes ikke på case afdelingerne at have givet anledning til samarbejds vanskeligheder med ortopædkirurgerne. De interviewede ortopædkirurger har snarere givet udtryk for at have forståelse for de problemer, en akut modtageafdeling kan have med at komme af med patienterne til andre afdelinger. Det synes således ikke at have været ærgerligt at skulle af med skadestuen.

Samtidig har udspaltningen af skadestuen fra ortopædkirurgisk regi dog nogle steder givet den udfordring, at ortopædkirurgerne nu skal huske på, at de stadig skal tage sig af de patienter, der kommer ind i skadestuen. Og et enkelt sted har det været påpeget, at det har været en udfordring for de mere erfarne skadestuefunktionslæger at skulle samarbejde med FAM lægerne:

"Skadestuen har tidligere været en legeplads for yngre læger, hvor de fik lov til at gå usuperviserede. De hilser ikke speciallægerne velkomne. Men de mest uerfarne er glade for det" (Ledende overlæge, FAM).

Hvad angår vagtarbejdet har det givet den udfordring, at de ortopædkirurgiske vagtlag før kunne arbejde på tværs af skadestuen og de ortopædkirurgiske sengeafdelinger. Nu kan de forvagtslag, der er overgået til FAM, ikke længere arbejde ved siden af på sengeafdelingerne, da der nu er tale om

⁴² Sådanne erfaringer afføder eksempelvis citater som: "Vi burde være her til patientens bedste. Her bliver det til en kamp mellem lægerne og mellem specialerne. Og gidslerne det er patienterne" (Læge FAM).

forskellige selvstændige afdelinger. Et sådant samarbejde ville udløse en fællesvagt – og fællesvagter anses for en økonomisk barriere af de interviewede. Når der er noget, der kikser i samarbejdet på tværs, er det nu også en sag mellem to afdelinger:

“Før var det ens egen interne organisation dernede. Og hvis der var noget, der ikke fungerede, var det nemt at hive ens egen forvagt om bag døren og sige, det ikke var okay. Nu bliver det et anliggende mellem to afdelinger, hvis der er noget, der ikke fungerer optimalt. Og så bliver det nemmere et principielt spørgsmål” (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

De steder, hvor reservelægerne er fusioneret i et vagtlag, er der kun begejstrede fortællinger herom. Det større vagtlag synes at medvirke til et større uddannelsesmiljø. De største udfordringer synes at have været på plejepersonalesiden, hvor integration af skadestuepersonalet og personalet fra den medicinske modtagelse flere steder har været udfordrende og ledelseskrevende. I nogle FAM har de i begyndelsen derfor haft problemer med at fastholde sygeplejerskerne.

5.2.4 Bedre samarbejde på de mindre sygehuse

Hvordan arbejdsdelingen og samarbejdet forløber er dog også afhængigt af andre forhold. På de fælles akutmodtagelser, hvor de fortæller, at det er gået nogenlunde gnidningsfrit, fremhæver de særligt, at der er en god samarbejdsånd og gode relationer. Alle nævner her, at det er nemmere på de hospitaler, der ikke er så store. Når hospitalet ikke er så stort, bliver samarbejdet mere overskueligt. Dette giver nemlig mulighed for tættere samarbejde mellem færre aktører – og færre særinteresser.

“Det bliver ikke nemt på et stort sygehus som XX⁴³, hvor der er 50 hanløver, der skal afgive territorium og lave aftaler på kryds og tværs. Her er det meget nemmere. Det er en lille enhed. Hele intern medicin hører under mig. Der skal kun laves aftaler med mig og så ortopædkirurgi og kirurgi. Det er en noget nemmere opgave end på et stort sted. Dels det at vi samarbejder på tværs, dels det at der ikke er splittet op i grenspecialer. (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

Også på de større hospitaler ser de deres størrelse som en udfordring:

“I en stor organisation som denne her tager ting lang tid. Man kan ikke bare lige ændre ting. Det kan være nemmere på mindre sygehuse” (Ledende overlæge, FAM).

5.3 Ressourcerne som barriere

“Vi står i et vadested. For det første udfordrer akutafdelingerne den lægelige tankegang. For det andet skubber det rundt på ressourcer, og det kan altid gøre folk sure” (Læge, FAM).

Et af de store forhold, der har givet problemer rundt omkring er, hvorvidt der er ressourcer nok til at etablere en veldimensioneret FAM. Vi er her stødt på den bekymrede fortælling, at man ikke i tilstrækkelig grad har gjort sig klar, at det kommer til at koste penge at løfte kvaliteten i modtagelsen af de akutte patienter.

“Nogle gange skyder man nogle nye led ind i modtagelsen af patienter, der koster penge, og det har man ikke gjort sig klart efter min mening” (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

En konsekvens har blandt andet været, at der ikke har kunnet oprettes det antal stillinger, de i FAM mente ville være hensigtsmæssigt. En anden del af problemet har været, at det har givet indbyggede

⁴³ Navn udeladt af anonymiseringsårsager.

samarbejdsvanskeligheder med de specialiserede afdelinger de steder, hvor disse afdelinger har skullet afgive ressourcer til FAM:

"Vi er blevet til på den måde, at de andre afdelinger skulle afgive budgetområder til os, og jeg behøver ikke at sige mere. Det er en smertefuld proces for dem, der skal afgive, og den er ligeså smertefuld for dem, der skal modtage, for det, der bliver afgivet, svarer ikke helt til det, der skal bruges" (Ledende overlæge, FAM).

"Vi er en direkte stillingsmæssig trussel for dem, fordi vi finansieres ud fra deres bunke af stillinger. Det er en fejl i opbygningen af det her. Vi er stigmatiserede i organisationen som nogle, der stjæler fra andre" (Læge, FAM).

"Der har været en ekstrem modstand oppe i systemet, hvor de bliver ved med at sige, at vi jo ikke er specialister på samme måde som dem. Det er fordi, de ved, at de skal afgive noget til os" (Læge, FAM).

"Vores forventninger var gode. Men så kom der nogle meget svære forhandlinger i forbindelse med, at der skulle flyttes KBU læger derned" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

De afdelinger, der har afgivet forvagtsslag, oplever nogle steder, at de mangler nogle af de ressourcer. Fordi de tidligere turnuslæger gjorde andet og mere end at passe akutmodtagelsen, og fordi det som beskrevet i afsnit 6.2.3 nu ikke længere er muligt at arbejde på tværs. Dette er et problem på afdelinger, der oplever at være pressede. Og mange af afdelingerne oplever at være pressede:

"Vi har altid 7-8 patienter på gangene på vores medicinske afdelinger" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

På en af case afdelingerne har der være forsøg med afgivelse af mellemvagtsslag til FAM, men dette måtte opgives igen.

Flere steder peger de på, at der samlet set er kommet flere læger som resultat af FAM, fordi der både skal være læger her og i stamafdelingerne til at modtage patienter – og at dette er dyrt. En udbredt vurdering er, at FAM udgør et potentielt kvalitetsløft af behandling og uddannelse – og ikke vil kunne spare penge. Samtidig er der en bekymret fortælling, der handler om, at det er dyrt, hvis man ender med at dublere funktioner:

"Man skal lade være med at dublere funktionerne. Altså, der skal ikke være to speciallæger, der skal modtage den samme patient. Man skal finde ud af, hvem det er, der har den opgave. Fordi det er det, vi har oplevet, at pludseligt kan der stå først en speciallæge og modtage patienten, og så finder man ud af, at den her patient har ketoacidose, og så er der en ny, der også kan sige, at den her patient har ketoacidose. Det koster i hvert fald rigtig mange penge" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

Endnu et ressourcemæssigt problem i relation til FAM fortælles at være DRG honoreringen. Denne anses for et problem, fordi de har en høj akut aktivitet, som de ikke får ret meget for.

"Det, man kan tjene penge på, er de elektive patienter. Til de akutte, der har man fået en rammebevilling. Sådan er det her. Og så skal man dokumentere, at man skal have en ekstra bevilling. Vi kan ikke udvikle os uden penge" (Ledende overlæge, FAM).

Fortællingen er, at systemet ikke er skruet hensigtsmæssigt sammen set i relation til finansieringen af aktiviteten i FAM og i relation til at udvikle FAM.

"Det er en ekstrem dårlig deal at sætte speciallæger i vagt til akutarbejde, for de genererer næsten ingen penge. Hele akutreformen er ikke blevet fulgt af en ændring i honoreringen. Og det betyder, vi ikke kan gøre noget for at øge vores økonomiske midler" (Læge, FAM).

"Ambulatoriepatienterne er en fed forretning" (Læge, FAM).

5.3.1 Samtidig øget indgang af akutte patienter

Samkørende med etableringen af den fælles akutmodtagelse har indtaget af patienter flere steder ændret sig. Opgavesammensætningen bliver således meget mere akut. I Herlev var indtaget af patienter før etableringen: 65-70 % medicinske og 30-35 % kirurgiske. Nu er det 50-50⁴⁴. Dette har dog ikke medført en nedgang i antallet af medicinske patienter. På medicinsk område har der været en øget indgang af patienter med 40 %, da de blev et akuthospital (uden volumen forøgelse af sengemassen)⁴⁵.

Dette betyder blandt andet noget for arbejdstilrettelæggelsen og for finansieringen af arbejdet:

"En stor del af de patienter, vi har fået ekstra i medicinsk område, de kommer aften og nat. De kommer uden for dagarbejdstiden. Og den DRG honorering, der ligger. Den ligger i en dagtakst, og det er jo meget dyrere at køre lægedækning og sygeplejedækning i aften og nat" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

"Vi får mange flere patienter. Vi får bare ikke pengene. Det, der sker, hedder crowding. Der samles mange flere patienter. Og så stiger procestiden og ventetiden" (Læge, FAM).

5.3.2 Nedskæringer

I nogle FAM afdelinger har økonomiske nedskæringer ført til ændringer i dimensioneringen af bemandingen af FAM. Og afdelingerne oplever et stort pres på deres produktion.

"Vi kom desværre ud i, at der pludselig blev skåret ca. 30 % af vores pladser. I det hele taget har konditionerne for akutmodtagelsen ændret sig flere gange i det sidste år. Så lige nu er akutmodtagelsen en gennemgangs afdeling. Det, mener jeg, er uhensigtsmæssigt. Jeg mener, at man skal have en akutmodtagelse, hvor der er mulighed for også at observere patienterne. Jeg plejer at sige, at det skal være nemt at komme på hospitalet, men det skal også være nemt at komme hjem igen. Og hver gang man flytter en patient, så koster det tid, og det skaber risiko for fejl, forkerte overleveringer og så videre. Og en stor del af de patienter, der i dag glider op i vores sengeafdelinger, havde slet ikke behøvet at komme derop, hvis der havde været plads til at stabilisere og vurdere i 24 timer" (Ledende overlæge, FAM).

"Vi er for små til at kunne varetage alt det, vi skal kunne. Når man presset, så bliver det brandslukning, så er vi ikke effektive. Så tænker vi ikke lean. Så er det bare overlevelse" (Ledende overlæge, FAM).

"Mange af mine specialeegenskaber går spildt, fordi vi ikke er folk nok" (Læge, FAM).

"Vi er ved at sande til i patienter. Jeg oplever, at den fælles akutmodtagelses præmis er under hårdt pres" (Ledende overlæge, FAM).

5.4 Rekruttering til FAM

Noget af det, der har givet anledning til bekymring blandt interviewpersonerne er uklarhederne i, hvordan FAM bør bemandedes.

⁴⁴ Oplyst ved interview.

⁴⁵ Oplyst ved interview.

Erfaringerne er generelt, at det er nemt at tiltrække læger i klinisk basisuddannelse til FAM. Der er også læger, der ønsker at arbejde på FAM, før de kommer i KBU, fordi de ikke kan være sikre på at trække så lavt et nummer, at de selv kan vælge:

"Jeg har udskudt min KBU for at prøve det her. Jeg vil gerne finde den rette hylde, hvor jeg hører hjemme – og det her er led i den proces. Jeg ville gerne sikre mig en plads her" (Læge, FAM).

Ligesom der også er læger, der søger ind efter deres KBU uddannelse, fordi de ikke i tilstrækkelig grad oplevede at få de kompetencer, de ønskede i deres KBU forløb, eller fordi de har en særlig interesse for det akutte område.

"Der er en betydelig søgning til vores område. Vi får mange uopfordrede ansøgninger, både fra de unge og også fra lidt ældre, som gerne vil i kontakt med os for at høre, hvordan og hvorledes det kan passe ind" (Ledende overlæge, FAM).

Det nævnes dog som en barriere for rekruttering af de mere erfarne yngre læger, at der ikke er et speciale i akutmedicin og dermed ikke er klassificerede stillinger i området. 4 års reglen nævnes her også som en barriere, fordi de yngre læger siger, de ikke tør gå ind i et område, hvor der ikke er et etableret speciale. Nogle vælger derfor at tage en stilling på FAM før deres KBU uddannelse, fordi 4 års reglen først begynder efter KBU.

Mere udfordrende end at rekruttere yngre læger har det nogle steder været at tiltrække speciallæger. Her peges der på, at det kombineret med det lave antal af ansatte speciallæger i FAM nemt bliver for tilfældigt, hvordan FAM er bemandet.

"En dag så står der en akutmåge og en almen mediciner og næste dag, så står der en, der er anæstesiolog og en anden dag en ortopædkirurg, og en dag kan man få en rigtig god opbakning til eksempelvis ketoacidose og en anden dag, så er det én, der er bedre til at sætte knogler sammen. Det er ikke troværdigt" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

Tilfældigheden kan særligt være et problem, hvis FAM ydermere er bemandet af speciallæger, hvis speciale ikke anses for relevant af de andre læger, der arbejder i FAM eller samarbejder med FAM.

Nogle af lægerne gav udtryk for, at det kunne være et problem at rekruttere speciallæger til FAM, dels fordi der ikke ligger en specialeidentitet og prestige i arbejdet, dels fordi arbejdet er hårdt.

"Mange læger har brugt et helt lægeliv på at komme ud af skadestuen. Og det kan være svært at fastholde speciallæger i de fælles akutmodtagelser, hvis de har for meget konfrontationstid i skadestuen. Det er meget hårdt. Man bruger meget psykisk energi. Et par timer i skadestuen kan svare til en hel dag i et ambulatorium" (Læge, FAM).

Andre steder peger på, at de sagtens kunne tiltrække speciallæger, hvis de havde stillingerne. Nogle peger på delestillinger som en måde at løse problemet på de steder, hvor det er svært at rekruttere. At nogle speciallæger både er ansat i FAM og i en stamafdeling. Det nævnes også som en mulighed, at eksempelvis læger under uddannelse til praktiserende læger bryder deres forløb op, således at de ikke længere er et år i medicinsk afdeling men snarere er seks måneder i medicinsk afdeling og seks måneder i FAM.

5.4.1 Frygten for "turister og fallenter"

Mange af de interviewede peger på, at et problem med de fælles akutmodtagelser er, at de risikerer at være bemandet med en noget "broget flok".

"Den store risiko er, at vi har så travlt med at få de her FAM op og stå, at vi ansætter Gud og hver mand i dem. Der bør manes til eftertænkksomhed, så vi tager tiden til at finde de rigtige læger til det her" (Ledende overlæge, FAM).

"Jeg kunne også være nervøs for, om FAM udvikler sig til et sted, hvor man har turister og fallenter. For mig er skræks scenariet, at det bliver til, at man siger, at hvis man ikke kan andet, så kan man altid komme på FAM. Hvis man er fordrunken, eller karrieren er knækket, så kan man altid komme et smut forbi FAM. Hvis praktiserende læger ikke gider mere, eller hvis man ikke rigtig kan gøre sig gældende på en kirurgisk afdeling, så tager de lige et smut forbi FAM. Og det ikke er nogen, der gør det af interesse. Hvis det mere er af nød og smør på brødet, så er det ikke så positivt" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

Uafklaretheden om, hvilke speciallæger der skal være ansat i FAM, har således en central rolle i de bekymrede fortællinger. Hvor faren dels anses for at være, at FAM risikerer at blive stigmatiseret ved at huse "turister" – læger der er på kort visit, og "fallenter" – læger der er utilpassede og ikke havde så mange andre muligheder. Dels anses for at være enheder med stor svingende kvalitet.

5.5 Overenskomsterne som mulige barrierer

"Patienterne kommer typisk mellem 9-22 – og det går på tværs af gængse overenskomster og opgaver" (Læge, FAM).

5.5.1 Vagthyppighed

Flere af de ledende overlæger anser ikke overlægers overenskomster som en barriere. Holdningen blandt dem er, at "det koster de penge, det nu koster". Nogle af de ledende overlæger nævner dog vagthyppighed – hvor ofte er det muligt at bede overlæger om at gå i vagt – samt arbejdstider – hvornår dagarbejdstiden ender – som forhold der betyder en del for, hvor realistisk det er at have overlæger på arbejde om aftenen og om natten. Eksempelvis bestemmelserne om, hvor ofte en overlæge må arbejde efter kl. 18.

"Jeg har virkelig måttet lære overenskomsterne udenad for ikke at komme til at bryde dem. Jeg har arbejdet meget med at få så meget ud af det som muligt, så de kan være her, når patienterne er her, men det koster det hvide ud af øjnene at have en overlæge til at være her til kl. 21, fordi de skal have specieltillæg efter kl. 18. Og der bliver vi måske nødt til at spørge: Vil vi det overhovedet, eller er det for dyrt?" (Ledende overlæge, FAM).

Særlig de ledende overlæger i FAM er bekymrede for, hvorledes de kan få dækket arbejdsopgaverne mest hensigtsmæssigt under de nuværende aftaler. Ifølge overlægernes overenskomst kan overlæger indgå i en række vagtformer, herunder A) vagt på tjenestestedet (tilstedeværelsesvagt), hvor overlægen opholder sig på sygehuset og tilkaldes til effektivt arbejde⁴⁶. Dette kan normalt højst pålægges hvert 6. døgn. B) vagt uden for tjenestestedet (tilkaldevagt), hvor overlægen tilkaldes til effektivt arbejde. Dette kan normalt højst pålægges hvert 3. døgn (Regionernes lønnings- og takstnævn & Foreningen af speciallæger 2008).

Også ved reservelægernes vagtarbejde oplever nogle FAM enheder, at vagthyppighedsbestemmelserne er en barriere. Hvis man fx vil have en reservelæge til at arbejde mellem 15-23, så kræver dette, at man ansætter otte reservelæger til at dække arbejdet – i og med at en reservelæge kun må arbej-

⁴⁶ Indebærer at overlægen skal kunne give møde senest 30. min efter tilkald. Overlægen tager selv stilling til, om det ud fra en lægelig vurdering skønnes nødvendigt at indfinde sig på afdelingen (Regionernes lønnings- og takstnævn and Foreningen af speciallæger 2008).

de en gang om ugen efter kl. 18⁴⁷. Det beskrives således som et overenskomstmæssigt problem, at der i det akutte område er brug for meget arbejdskraft, der ligger mellem 15-23.

"Vi kan ikke have en mand gående efter kl. 18 mere end en gang om ugen – for alt arbejde efter kl. 18 er vagt. Også selvom det måske ville have været hensigtsmæssigt at have en mand gående fra 15-23 i en uge" (Ledende overlæge, FAM).

"Akutafdelingerne bryder op i den klassiske måde at tænke på. Der er ikke dagtid nok i akutområdet i forhold til, hvor ofte man må have vagt. Så skulle man have vagt hvert tredje døgn. Og det må man ikke ifølge overenskomsten" (Læge, FAM).

5.5.2 Fællesvagten

Overenskomsten mellem Yngre Læger og Danske Regioner åbner mulighed for umiddelbart at etablere fællesvagter såfremt vagten lever op til aftalte overenskomst-, uddannelses- og arbejdsmiljømæssige krav. På nogle case afdelinger har de været i forhandlinger om fællesvagt; og på en af case afdelingerne har de etableret en fællesvagtordning.

De yngre lægers fællesvagt⁴⁸ anses dog af hovedparten af de interviewede ledende overlæger på såvel FAM som samarbejdende afdelinger for at udgøre en barriere for smidige og effektive forløb. Udfordringen er, at de yngre læger ikke længere anses for at kunne arbejde på tværs af de fysiske og organisatoriske rammer i og med, at FAM er en selvstændig organisatorisk enhed. Etablering af fællesvagter anses på en række af case afdelingerne for dyre og derfor for urealistiske eller eksempelvis som havende den konsekvens, at man så må afskedige en speciallæge, hvis man skal have råd til det. Nogle steder har man valgt at ansætte flere yngre læger på stamafdelingerne for at løse problemet.

"Tidligere kunne man gå ned og hjælpe vores forvakter i skadestuen, hvis ventetiden var for lang. Det gør man ikke mere. For nu er det en anden afdeling. Tidligere kunne vores forvagt i skadestuen også fx om natten gå ud og give iv medicin, hvis der var brug for det. Det kan man ikke nu, for det er fremmed afdeling. Og så er der noget med delevagt og tillæg, der koster. Så vi har faktisk måttet lave et ekstra vagttag" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

"Vi er optagede af, hvordan vi undgår at komme i karambolage med fællesvagtbestemmelser. Vi er optagede af at få så smidige patientforløb som muligt, og så er der nogle gange nogle bestemmelser, der bremser os økonomisk eller på anden måde" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

De nuværende overenskomster spiller ifølge mange af de interviewede ledende overlæger samt nogle af FAM lægerne dermed ikke optimalt sammen med behovet for at øge arbejdskraften aften/nat hverken for de yngre lægers eller overlægernes vedkommende.

På case afdelingen i Kolding er der etableret en fællesvagt – fælles forvagt mellem ortopædkirurgi, medicin og organkirurgi. Det fremgik ved interviewene, at der er gode erfaringer hermed, og ordningen har fået en god evaluering (Mogensen & Jørgensen 2009).

⁴⁷ Yngre lægers vagtarbejde kører i et såkaldt rul med et fast interval. Vagthyppigheden afhænger blandt andet af, hvor mange yngre læger vagtlaget består af. Der kan dog opstå sygdom, barsel, vakancer og lignende, der gør, at de yngre læger har oftere vagt. Den yngre læge kan højst ifølge overenskomsten pålægges at have vagt – det vil sige arbejde efter kl. 18.00 – hver 6. dag. For fællesvagtens vedkommende højst hver 7. dag (Foreningen af yngre læger 2005).

⁴⁸ En fællesvagt er defineret enten A) som en vagt, hvor flere administrativt og økonomisk selvstændige afdelinger eller klinikker slår deres vagthold sammen til et vagthold, der samlet varetager opgaverne på alle de involverede afdelinger. Eller B) kan en fællesvagt bestå af et vagttag fra en afdeling, der løser opgaver på en eller flere andre afdelinger, som ikke selv bidrager med læger i fællesvagten (Foreningen af yngre læger 2005).

5.6 FAM som uddannelsessted

"Set i et uddannelsesperspektiv vil akutmodtagelsen kunne danne baggrund for faglig udvikling af akutområdet til et prestigefyldt fagområde med høj faglig stolthed" (Lægeforeningen 2005).

"Den akutte patientbehandling på medicinske afdelinger har haft lav status og er fra en organisatorisk synsvinkel blevet stedmoderligt behandlet. ... Sideløbende hermed har der været fastholdt en pædagogisk tradition, som har lagt vægt på, at afdelingernes yngste læger har skullet arbejde alene med dårlige akutte patienter for at lære at tage ansvar" (Gjørup 2005).

Hovedparten af de fælles akutmodtagelser fungerer som uddannelsessted for en større gruppe af læger i klinisk basisuddannelse. På en af case afdelingerne er disse læger stadig tilknyttet stamafdelingerne.

I pressen og fagpressen har man kunne læse en del kritik af det forhold, at yngre læger ofte står alene med modtagelsen af svært syge patienter (Krogh et al. 2009a; Krogh et al. 2009b). En kritik og bekymring der også har været overført til de nye fælles akutmodtagelser (Guldborg 2009; Lintz 2009). Blandt de interviewede læger er oplevelsen dog, at yngre læger i FAM står mindre alene, end de tidligere gjorde:

"Det, der er anderledes her, er, at man aldrig står alene. Det overraskede mig, da jeg startede her, at der var andre læger omkring mig i vagten. Før havde jeg prøvet at stå relativt alene med masser af sygeplejersker omkring, men ingen lægefaglig sparring" (Læge, FAM).

"I gamle dage var der måske to, man kunne tilkalde, hvis man stod med en rigtig dårlig patient, og hvis de også stod med dårlige patienter, måtte man klare det selv. I dag har jeg to mere, jeg kan trække på" (Læge, FAM).

De yngre læger i interviewundersøgelsen oplever således ikke at stå alene med svært syge patienter. Der fortælles om flere forskellige årsager til denne ændring. En er, at der er flere speciallæger tilstede i modtagelsen (FAM læger i dagtiden), en anden er, at der qua sammenlægningen af vagthold er flere yngre læger samlet tilstede⁴⁹, en tredje er, at sker en professionalisering og et kvalitetsløft af uddannelsen af de yngre læger i FAM, hvor volumen blandt andet gør, at det bliver muligt at oparbejde en uddannelseskultur og fokus på arbejdsbaseret læring:

"Vi har to mantraer: Det skulle gerne blive bedre for patienterne, og det skulle gerne blive bedre for lægerne uddannelsesmæssigt" (Ledende overlæge, FAM).

"Vi kender hinanden. Og det er det, der gør, det fungerer. Læringskultur kræver faste læger i afdelingen. Det er vigtigt at have egne læger. Ellers bliver det shopping" (Læge, FAM).

"Vi arbejder med at skabe et godt læringsmiljø. Vi har set, at uddannelsesblikket kunne lægges ind over. Vi vil gerne have arbejdsbaseret læring. Det er en kulturomvæltning" (Læge, FAM).

I de bekymrede fortællinger anses det for et problem, at KBU lægerne kommer for langt væk fra eksempelvis det medicinske speciale:

"Jeg er bekymret for KBU'ernes uddannelse. De bliver intern medicinsk uddannede af nogle, der ikke er intern medicinere. De mister tilknytning til resten af intern medicin. Og de går også glip af arbejds EKG'er, lumbalpunktur osv." (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

⁴⁹ "En af tankerne med at lægge vagttagene sammen var, at der skulle være flere sammen. I gamle dage kunne den medicinske forvagt piske rundt, mens kirurgerne sad og drak kaffe. Og i næste vagt var det medicinerne, der sad og drak kaffe, mens organkirurgerne stod og opererede, og der var fire patienter, der lå og skreg af smerte, fordi de ikke kunne blive tilset. Og det er vi kommet ud over, fordi vi har en helt anden fleksibilitet. Vi kan flytte rundt efter travlhed" (Læge, FAM).

"Det kan godt være, at der skal være en akutmodtagelse med egen afdelingsledelse. Fint, men man skal finde ud af, hvad for en type læger man vil have dernede, og man skal tænke på, at der både skal være supervision og uddannelse i det også. Og der er rigtig meget supervision, og der er rigtig meget uddannelse i, at der går nogle yngre basislæger, der skal lære noget medicin dernede sammen med nogen kompetence medicinske læger, synes jeg" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

Selvom de yngre læger oplever at stå mindre alene i de mest akutte faser, så peger en række af de yngre læger selv på, at de savner mere speciallægesupervision fra specialeafdelingerne nede i FAM, fx når de som yngre læger skal gå stuegang.

Der peges i nogle interviews derudover på, at organiseringen af KBU uddannelsen i FAM måske kommer til at medvirke til, at de yngre læger får et mere kvalificeret valg i forhold til, hvad de vælger af specialer efter FAM⁵⁰.

5.6.1 Fra turnuslæger til klinisk basisuddannelse

Under interviewene er der blevet peget på nogle områder, hvor der er sket ændringer samtidig med etableringen af FAM. Ændringer der ikke nødvendigvis er afledte af FAM, men som har en betydning for FAM. En af disse ændringer er ændringen af den 1½-årige turnusuddannelse til den 1-årige kliniske basisuddannelse (KBU)⁵¹.

De kliniske basislæger (KBU'er) anses af nogle af de interviewede for at udgøre en dårligere kvalificeret arbejdskraft end turnuslægerne, der eksempelvis før havde hele seks måneder i skadestuen.

"Det har særligt været hårdt for vores skadestuepersonale. De har været vant til yngre læger, der var bedre klædt på" (Ledende overlæge, FAM).

De føler sig også snydt med den nye KBU uddannelse, fordi der er for lidt kliniktid. Andre vurderer, at deres læringskurve er skubbet, således at de nu kan tingene før. De yngre læger peger i interviewene selv på, at de mener, at det er en forringelse af deres uddannelse, at KBU uddannelsen er kortere end den tidligere turnusuddannelse.

⁵⁰ En tidligere undersøgelse har vist, at turnus for mange snarere var en anledning til fravalg af specialer end en anledning til tilvalg. En af årsagerne hertil var, at mange oplevede at stå alene med tingene (Holm-Petersen et al. 2006).

⁵¹ Formålet med den kliniske basisuddannelse er erhvervelse af Sundhedsstyrelsens tilladelse til selvstændigt virke som læge. Alle læger, som ønsker at gennemgå en videreuddannelse til speciallæge, skal først have opnået en autorisation som læge og have tilladelse til selvstændigt virke som læge (Sundhedsstyrelsen 2009b).

6. FAM som organisatorisk projekt

"Akutmodtagelsen er en ny måde at se et hospital på i og med, at man skal tænke sammen om det her og ikke tænke i siloer og søjler" (Ledende overlæge, FAM).

"Det er et utroligt spændende projekt. Det er den største ændring af sundhedsvæsenet, jeg har været med til, og jeg har været med i nogle år" (Ledende overlæge, FAM).

Den akutte fællesmodtagelse lægger op til meget mere tværgående og tværfagligt samarbejde på fremtidens hospital. Der er tale om et stort organisatorisk forandringsprojekt, der både kan ses som at handle om at sende speciallægerne mere i front, og ændre indlæggelsesmønstre ved at færdiggøre flere patienter i selve den akutte modtageafdeling. Hermed er målet såvel at skabe effektive patientforløb som at komme store variationer og kvalitetsforskelle til livs. Der er tale om en proces, der nyder bred opbakning, men samtidig er der tale om en proces, der også rummer udfordringer fx i og med, at der stilles ændrede krav til tværgående samarbejdsflader. I kapitel seks skitseres og perspektiveres hovedudfordringerne i de igangværende ændringer i speciallægernes arbejde relateret til FAM.

6.1 En markant kulturændring

"FAM er det man kalder for et window of opportunity (Kingdon 1984), det er en strategisk anledning til at påvirke skæbnen og skabe historie ved at forme fremtiden" (Klausen 2009).

FAM kan ses som en anledning til at tænke nyt og mere tværfagligt om modtagelse af akutte patienter. I den moderne velfærdsstat har professionerne en stor betydning. Og velfærden er i høj grad afhængig af, hvordan og hvor effektivt de professionelle arbejder organiseres (Adler et al. 2007).

Set med organisationskulturelle briller har projektet med at få implementeret FAM blandt andet den grundlæggende udfordring, at det kræver, at speciallæger – og ikke mindst overlæger – begynder at samarbejde i højere grad på tværs af specialer. Dette er en udfordring, fordi overlæger i udgangspunktet primært anses for at identificere sig med gruppen af overlæger inden for eget speciale – frem for med det tværgående patientforløb, afdelingen eller organisationen.

Som i andre sektorer er det vanskeligt og en udfordring at gennemføre store planlagte kulturændringer i organisationer. Det er også tilfældet i sygehusorganisationer, ikke mindst da disse kendetegnes af en høj grad af kompleksitet. En af udfordringerne er, at det ifølge flere undersøgelser er forbundet med særlige udfordringer at lede læger (Alexanderson et al. 2007; Bentsen 2001; Bentsen and Poulsen 2005; Guthrie 1999; Jespersen 2005; Lindén and Madsen 2002; Sergeant 2003). Ifølge Eva Zeuthen Bentsen og Jesper Poulsen er det forbundet med særlige udfordringer, fordi læger gennem en lang uddannelse og videreuddannelse oplæres i en kultur, som er individorienteret, hierarkisk og specialiseringsfokuseret (Bentsen & Poulsen 2005). Torben Mogensen mener på samme vis, at medicinstudiet med dets fokus på naturvidenskab og individualisme er med til at lægge bunden for fagligt snæversyn og en "ledelsesfjendskhed" blandt læger over for deres egen og andres lederrolle (Mogensen 2005). Manglende interesse for kollektiv organisatorisk handling og ringe interesse for løsning af organisatoriske problemer synes at være en sideeffekt (OLAU arbejdsgruppen 2001).

Samtidig rører der sig i disse år en række nye vinde. Speciallægekommisionen har formuleret syv roller, som speciallæger forventes at opfylde ved uddannelsens afslutning: Medicinsk ekspert, leder/administrator, akademiker, samarbejder, kommunikator, sundhedsfremmer og professionel (Speciallægekommisionen 2000). Rollerne afspejler en tendens til, at overlæger forventes at have

mangefacetterede kompetencer for at kunne løfte deres ansvar i en kompleks offentlig produktionsorienteret virksomhed, hvor der på samme tid er store krav og udfordringer mht. produktion (diagnostik og behandling) kvalitet, økonomi, brugerorientering, tværgående koordination og samarbejde såvel inden for sygehuset som i relation til praktiserende læger, kommuner, privathospitaler og andre aktører, personaleledelse, rekruttering og fastholdelse, forskning samt uddannelsesaktiviteter.

Kendetegnende for denne problemstilling, er lægernes autoritetsrelationer relativt flade (Adler, Kwon, & Heckscher 2007). Dette giver potentielt det skisma, at det bliver en meget stor opgave at koordinere og skabe enighed på tværs af lægerne. Selvom stort kan anses for godt ud fra et forsknings-, kvalitets- (volumen) og driftsprincip (mange i vagtlagene), så kan store enheder omvendt anses for at give problemer, når det handler om at skabe aftaler, forhandle og koordinere på tværs af allerede eksisterende arbejdsorganiseringer og rutiner. Simpelt hen fordi mængden af relationer, interesser og kompleksiteter også er så meget desto større. Når dette kombineres med, at der i lægeprofessionen på hospitalet ofte er en meget lav grad af loyalitet over for den organisatoriske helhed, samt tradition for at blokere forandringer der anses for truende (Adler, Kwon, & Heckscher 2007), så bliver organisatoriske forandringer, der går på tværs, nemt til en udfordring.

At implementere visionen om fælles akutmodtagelser forudsætter derfor en ny og mere samarbejdende lægekultur. En kultur hvor løsningen af organisatoriske udfordringer i højere grad prioriteres. Lægerne der er involverede i at få FAM til at fungere i samspil med specialerne bliver på denne vis til centrale institutionelle entreprenører (Bentsen 2003). Inden for organisationsstudier kalder Paul Adler, Seok-Woo Kwon og Charles Heckscher denne form for samarbejdskultur *collaborative community*, og de argumenterer for, at det er denne form for samarbejde, der giver innovationer i arbejdets organisering. De argumenterer også for, at formen er på vej blandt lægeprofessionen (Adler, Kwon, & Heckscher 2007). Ikke mindst fordi det er nødvendigt:

"Increased complexity of health care delivery requires a transformation of the entire system from one based on autonomous experts to one centered on collaborative relations. By "collaboration" we mean a system in which actors with diverse knowledge can be brought together flexibly as needed for effective problem-solving" (Heckscher et al. 2008).

6.2 Lægeligt ledelsesprojekt i skadestuen

"Mange skadestuer har været kørt på meget tynde lægelige kompetencer. De har kun overlevet, fordi sygeplejerskerne har været der. Derfor er det et kulturprojekt. Vi vender skadestuen om fra at have været sygeplejerskestyret til nu at være lægestyret. Det er en udfordring" (Læge, FAM).

Ud over at være et lægeligt ledelsesprojekt at få FAM til at fungere som et tværfagligt projekt, så er det i interviewene også blevet påpeget, at der også i skadestuen er tale om et væsentligt ledelsesprojekt. En af de nye ting ved FAM er således, at der er læger, som er ansat til at arbejde i FAM. Og samtidig er der en ledende overlæge, der er ansat til at lede FAM. Der er dermed tale om et væsentligt brud med den tidligere organisering af arbejdet i og ledelsen af skadestuefunktionen. Som en af interviewpersonerne formulerede det, så har man "lægeligt taget teten med skadestuen, der før primært var styret af sygeplejersker":

"Det, der også giver skvulp, er, at FAM også handler om lægelig ledelse. Når lægerne tager teten i FAM, så er det i høj grad et spørgsmål om lægelig ledelse. Bare det, at der sætter sig en speciallæge på en taburet i otte timer i skadestuen. Det har i høj grad været et område, der har været kørt af forløbsledere med sygeplejefaglig baggrund. Men med de krav, der er nu om

effektivitet, så bliver det en lægelig opgave at prioritere rækkefølgen. Så der bliver også et kultursammenstød" (Ledende overlæge, FAM).

Flere har i tråd hermed peget på, at den sværeste del af fusionsprocessen til én fælles akutmodtagelse har været at få sygeplejerskerne til at trives med ændringen. Der peges på, at sygeplejerskerne både på centralt niveau og også nogle steder lokalt måske har været lidt for sent inddraget i processen, som hovedsagelig har været kørt som en lægelig sag. Nogle oplevede, at de efter implementeringen mistede sygeplejersker i begyndelsen:

"Det har ikke bare givet skvulp, men også tsunami-bølger ind i mellem i forhold til det at være den herskende klasse i et modtagerområde og skadestue, hvor der kun kom passagerer og læger forbi, der ikke ejede nogen som helst – til der pludselig var en lægegruppe, der rykkede ind, som var lige så stor som sygeplejegruppen. Det gav os en kæmpe ledelsesmæssig udfordring" (Ledende overlæge, FAM).

Det, både at fusionere plejepersonale samt sekretærpersonale fra henholdsvis skadestuen og de akutte medicinske modtagelser såsom AMA og samtidig ændre på måden sygeplejerskerne har været vant til at arbejde på ved at indsætte faste læger og speciallæger i FAM, er en udfordring. En udfordring der både handler om de problematikker, der kan knytte sig til at fusionere, såsom skepsis og konfliktfyldte kulturelle relationer (Holm-Petersen 2007b; Holm-Petersen and Christensen 2005) og om de udfordringer der kan bestå i lægeligt at udfordre sygeplejerskernes autonomi.

6.3 Hvem skal bemane FAM på speciallægeniveau?

Hvilke er de lægelige kompetencer, der skal anvendes i FAM? Hvem er de rigtige speciallæger til at arbejde i FAM – og ikke mindst hvem er "akutmedicineren", når der nu ikke er et speciale heri? Der var i interviewene forskellige holdninger hertil. Ifølge Inger Søndergaard er en "akutmediciner":

"En akutmediciner er uddannet og trænet til at håndtere ikke blot de let diagnosticerbare patienter, men også de udiagnosticerede patienter. Akutmedicineren kender alle specialers akutte sygdomspræsentationer og ikke mindst de livstruende sygdomme og kan stabilisere patienter uafhængig af specialet og diagnosen, samt initiere straks/akut behandling" (Søndergaard 2005).

Den amerikanske leder af *International Emergency Medicine* Philip D. Anderson har vurderet den danske FAM situation og beskriver den således:

"Building the workforce of emergency care providers – a full-time physician and nursing workforce dedicated to staffing the FAM and able to deliver the scope of care described in the fagområdebeskrivelse does not currently exist. This presents a short-term challenge to attract and train sufficient personnel from a wide range of clinical backgrounds to safely staff and operate FAM, as well as a longer-term challenge to develop an emergency medicine workforce with a standardized knowledge base and skill set, which will decrease variability in care delivery and improve quality" (Anderson 2009).

Det, at der endnu ikke findes et udsnit af speciallæger, der har gennemgået uddannelse inden for fagområdet akutmedicin, spiller således ifølge dette synspunkt en stor rolle for mulighederne for at bemane FAM med læger, der anses for at være de rigtige til stillingerne. Det giver ifølge Philip D. Anderson problematikker i forhold til at opbygge en fælles vidensbasis, der skal sikre en standardiseret kvalitet i behandlingen.

Samtidig var det i interviewene forskellige holdninger til, hvorvidt "akutmedicineren" var et godt koncept. Vi har således mødt forskellige holdninger til, hvem "akutmedicineren" bør være – og om hvorvidt akutmedicineren overhovedet bør være. Nogle argumenterer således for, at det er specialeafdelingerne, der bør levere specialistviden ind i akutmodtagelserne. Og der er i regionerne og blandt lægerne forskellige holdninger til behovet for at uddanne "akutmedicinere" eller ej.

6.3.1 Speciale eller ikke speciale (fagområde)

"De er jo grenspecialister. Der er ikke nogen, der går rundt og siger: Jeg er common trunk!" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

Spørgsmålet: Speciale eller ikke speciale fylder meget blandt de interviewede læger. Lægerne har også gjort sig en del tanker om måden, fagområdet er grebet an på.

"Der skal ikke være nogen tvivl om, at jeg mener, at man har taget det i omvendt rækkefølge, hvor man laver nogle akutmodtagelser, der skal bemannes med nogle akutlæger, der ikke eksisterer. I et speciale der er forankret i noget, der ikke eksisterer. I Sverige har man forsøgt lidt det samme, og det har taget 10 år, hvor det ikke eksisterer. Og det mener jeg i høj grad har været med til at skabe nogle af de frustrationer, jeg kan mærke, der er mange steder" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

"Vi har defineret fælles akutmodtagelse i Danmark, men vi har ikke defineret det speciale, der skal håndtere den opgave" (Ledende overlæge, FAM).

Der er også forskellige holdninger til, hvorvidt der fremadrettet bør være tale om et selvstændigt speciale, således som der er tale om i lande som England, Skotland, Irland, USA, Canada, Australien, New Zealand og Island, hvor de har udviklet specialet *emergency medicine*:

"Jeg mener langt hen ad vejen, at vi har specialer nok. Det er vigtigt, at man bruger specialerne rigtigt, også til at modtage patienterne akut" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

"Jeg er mere skeptisk for, hvad skal det være. Det skal ikke være hverken den amerikanske eller den svenske model. I Sverige er det kun akutmedicin. De har ikke kirurgiske patienter. Og det skal det ikke være – sygehusene fungerer heller ikke ens i Danmark og Sverige. De er geografisk meget mere klumpet sammen end i Sverige" (Læge, FAM).

Mange argumenterede dog for, at der bør være et speciale i akutmedicin i Danmark. Ikke mindst af rekrutterings- og uddannelsesmæssige årsager. Når der ikke er et speciale, så er der jo heller ikke klassificerede stillinger inden for området:

"Jeg synes, det er forkert valgt, at man ikke har defineret et speciale i akutmedicin i Danmark. Dels fordi det giver en langt højere grad af formalisering af uddannelsesprocessen, og mulighed for at etablere nogle kompetenceniveauer, således at man kan sige, hvad man skal kunne på det niveau. Dels giver det mulighed for, at man, i det omfang det overhovedet er muligt, indfører de andre specialer i den del af akutområdet, som kan give dem et bidrag til deres uddannelsesforløb. Jeg har meget svært ved at forestille mig en kirurg, en ortopæd, eller en intern mediciner, som ikke på et tidspunkt i sin karriere efterfølgende har behov for at vide, hvad akutmodtagelse af patienter er. Og det er den mulighed, man efter min mening har afskrevet sig, med mindre folk selv opsøger den, fordi i takt med at akutafdelingen og akutmodtagelser er vokset op rundt omkring i landet, så taber de nuværende specialer i et uddannelsesforløb hele det moment, der er i den akutte modtagelse af patienter, fordi det forsvinder ud af deres hænder" (Ledende overlæge, FAM).

"Man lavede efter min opfattelse en fejl i forhold til traditionel organisationsteori: Nu laver vi en struktur, og så finder vi ud af bagefter, hvad vi vil putte i den. I stedet for at finde ud af at definere en opgave og så bagefter konstruerer vi en struktur og noget teknologi og nogle mennesker til at håndtere det. Så man har gjort det omvendt, og det giver altid sådan lidt mellem to stole, og det gør ondt i numsen. Det, man så efterfølgende har gjort, er, at man har skyndt sig at etablere et fagområde – akutmedicin. Men det har man gjort alt for svært, for det kræver en speciallægeuddannelse i ét speciale og derefter et kvalifikationsgrundlag, som, hvis man ikke laver andet, kan gøres på et par år. Men der er jo ingen, der kan klare sig med ikke at lave andet, så vil det formentlig tage meget længere tid. Og den akutmedicinske fagspecialist, der kommer ud af det, det er en, der konsulterer de der 2-5 % rigtig syge og dårlige patienter med traumer eller andre ting, hvorimod de 95 % af patienterne, som er de mere almindelige, forventes man at have en betydelig basisviden om i forvejen" (Ledende overlæge, FAM).

"Det er entydigt, vi burde have akutmedicin som speciale. Det er det eneste fornuftige. Det er den eneste måde at professionalisere det på" (Læge, FAM).

"Jeg synes ikke, vi har råd til at smide de fem år ud hele tiden i Danmark" (Ledende overlæge, FAM).

"Jeg har allerede brugt en del tid på det her. Jeg skal også ud og have et speciale, og når jeg så har brugt 5-6 år på det, så kan jeg overveje, om jeg vil tage fagområdet i akutmedicin, der bringer mig to år tilbage, hvor der er rotationer, hvor man igen bliver yngste mand og ikke ved noget. Er det et attraktivt karriereforløb?" (Læge, FAM).

Disse har i interviewene givet udtryk for at være skuffede over, at Sundhedsstyrelsen har sagt nej til at gøre akutmedicin til et speciale. De peger også på, at det betyder meget for en afdelings udvikling, at man kan fastholde folk over længere tid – og det kan man bedst, når der er tale om et speciale. Det anføres blandt andet, at det, at der ikke er tale om et speciale, eksempelvis fører til, at der oprettes mange uklassificerede stillinger. For at løse udfordringerne relateret til rekruttering, fastholdelse, kompetenceniveau og prestige i det akutte arbejde argumenterer mange af lægerne således for, at akutmedicin bør være et speciale.

I en lægekultur, hvor en væsentlig del af den faglige identitet ligger i specialet, kan det således ses som en udfordring at definere en selvstændig faglig identitet uden at have et speciale. Resultatet heraf synes i dette perspektiv at være, at det er omgivet af uklarhed og betydelig fortolkningsmæssig fleksibilitet, hvem "akutmedicineren" er og fremadrettet bør være. Lægernes tradition med at forbinde faglig identitet med specialet opleves således af mange af de interviewede at give en udfordring ikke blot for rekruttering og vidensopbygning, men også for den faglige legitimitet for "akutmedicineren" uden et speciale.

6.4 Diskussion af "projekt speciallægen i front"

"De akutte patienter i Danmark har ikke høj status. Derfor er det tradition, at yngste mand tager sig af de akutte patienter" (Krogh, Crone, & Nielsen 2009a).

"En af de store fiaskoer er at sætte et skilt op, hvor der står FAM – og så ikke have noget inde bag ved. Og så have yngre læger gående der skal passe forskellige afsnit" (Ledende overlæge, FAM).

At redde liv og tage sig af de mest alvorligt og akut syge patienter kunne ude fra godt ses som lægens primære raison d'être. Ikke desto mindre har det at få specialerne til at interessere sig for skadestuen og de medicinske akutte modtagelser længe været anset for en udfordring. At få overlægerne til at deltage i vagtarbejdet har ikke været anset for mindre udfordrende (Holm-Petersen 2007a). I den begejstrede fortælling er det i høj grad også det, der fylder. At der nu kommer speciallæger helt med i front, hvor det sker. At behandlingen bliver bedre og hurtigere.

Samtidig er der også en bekymring for, om det er muligt at realisere:

"Jeg tror også, det vil være godt, hvis alle speciallægerne er i tilstedeværelsesvagt, men nu har jeg været i faget i mange år, og jeg vil gerne se det, før jeg tror det. Vi har i mange år døjet med, at det er vanskeligt at få speciallægeservice efter kl. 16 – eller kl. 14 for den sags skyld, eller måske kl. 15" (Ledende overlæge, FAM).

Foreløbig er det kendetegnende, at der er relativt få speciallæger ansat i de FAM cases, hvor FAM er etableret – det ser ud til at speciallægerne kommer til at fylde mere i Odense og i Aalborg. Den primære begrundelse for det relative lave antal speciallæger angives i interviewene at vedrøre økonomi. Men der peges i interviewene også på barrierer såsom: lægemangel, overenskomster og sidst men ikke mindst manglende interesse.

Som beskrevet er der endnu ikke den store prestige i akutområdet, og det er i mange af interviewene beskrevet, at speciallægerne foretrækker at anvende deres tid på ambulatoriepatienterne. Nogle mener, at det ligefrem kan være angstfremkaldende for speciallægerne at skulle stå med ikke diagnosticerede patienter. Patienten der i princippet kan fejle hvad som helst. Patienten som speciallæger ikke er vant til at se.

"Betjeningen af akutbehandlingen kommer til at ændre sig. Vi kommer til at stille langt højere krav til, hvad der foregår de første 24 timer. Det kræver, at specialisterne kommer langt længere frem, end de er nu. Og den klassiske specialist er ikke meget for det. De er vant til deres patienter, der er diagnosticerede. De synes ikke, det er særlig spændende at være her. De har deres subspecialer" (Læge, FAM).

"De vil have dem i deres ambulatorier, hvor de sidder med en kaffekop i hånden. Der hvor de er eksperter og ikke bliver udfordret på noget, de ikke ved noget om" (Læge, FAM).

Særlig blandt medicinerne har de svært ved at se for sig, at der skal være speciallæger om natten.

"Jeg tror simpelthen ikke på, at der skal stå speciallæger om natten og modtage akutte patienter. Vi har syv forskellige intern medicinske specialer her, og når man går ind og ser, hvornår patienterne kommer, så kommer de i dag- og aftenid. Der skal der være speciallæger. Men det er selvfølgelig også et ressourcspørgsmål. Man får ikke noget uden at betale for det, og det vil være hammer dyrt, hvis man vil til at trække vores specialer fra ambulatoriet og alle de steder der og over at skulle gå og modtage akutte patienter" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

Samtidig kan det for medicinerne være svært at se, hvilke intern medicinske grenspecialer, der bør være i FAM. Thomas Gjørup har i mange år beskæftiget sig med organiseringen af modtagelsen af akutte medicinske patienter fx i forbindelse med indførelsen af AMA'er (akutte medicinske modtage-afsnit). Han mener, at det vil føre til lavere kvalitet for de medicinske patienter, hvis det ikke lykkes at få intern medicinerne frem i front:

"Det er vel næppe forkert at hævde, at hospitalerne er under et stadigt pres fra nogle speciallæger, der på den ene side kun ønsker at tage sig af de »rigtige« patienter fra eget speciale... Der er grund til at tro, at dette pres vil stige som led i en stigende specialisering, og at »rest-

gruppen» af akutte medicinske patienter vil vokse. ... På den baggrund er det ikke overraskende, at det er blevet foreslået at oprette et nyt akutspecial... Oprettelse af et akutspecial vil legitimere, at man som internmediciner fralægger sig ansvar for de almene patienter og kun tager sig af de såkaldt interessante patienter... De medicinske specialer må tage et fælles ansvar for behandlingen af akutte patienter... En målrettet indsats fra starten af en indlæggelse vil ikke blot være organisatorisk påkrævet men også være udtryk for bedre kvalitet og kontinuitet i patientforløbet. Det er svært at se, at opgaven kan løses uden mere direkte patientorienteret medvirken af medicinske speciallæger. (...) oprettelse af et egentligt akutspecial her i landet vil forringe kvaliteten ved at fragmentere patientbehandlingen fagligt, ledelsesmæssigt og organisatorisk. En læge, som er uddannet inden for et akutspecial, vil næppe have de samme forudsætninger som en internmedicinsk speciallæge for at tage ansvar for det samlede patientforløb" (Gjørup 2005).

En udfordring er således at gøre FAM til en "win-win situation" – hvor der kommer mindre bredt akut op på stamafdelingerne om aftenen/natten. Hvor patienterne, "ingen vil have"⁵², har et sted at være i FAM. Spørgsmålet er, om man dermed kan minimere det, lægerne nogle gange omtaler som fedtspil (Holm-Petersen 2007b). Således at specialeafdelingerne oplever, at de får noget for pengene – de har afgivet.

En udfordring er også at få fx de intern medicinske speciallæger i tilstedeværelsesvagt, når de nu ikke har tradition herfor. Nogle af de interviewede har peget på, at der er en modvilje mod at arbejde på de tidspunkter blandt speciallægerne. At det er svært at få til at gå op med familien. At de allerede har gjort det i så mange år, og nu gerne vil noget andet.

"Der har været meget snak, men det har ikke ført til noget. 70 % af de akutte indlæggelser er intern medicinske, men de er ikke i tilstedeværelsesvagt. Skulle vi starte der?" (Ledende overlæge, FAM).

Om FAM fremtidigt skal dækkes af specialeafdelingerne eller FAM speciallæger er ifølge de interviewede ikke et nemt spørgsmål. Nogle giver udtryk for ikke at være i tvivl på de lidt mindre sygehuse. Her synes det at være hensigtsmæssigt med FAM speciallæger. Andre mener, at specialeafdelingerne også på de lidt mindre hospitaler fremtidigt vil spille en central rolle.

"Jeg forestiller mig ikke, at man undgår grenspeciallægetilstedeværelse i FAM. Men jeg forestiller mig, at vi kan blive meget bedre til at kvalificere, hvad grenspecialerne gerne vil have at kigge på og dermed reducere speciallægetilstedeværelsen i FAM. Flere og bedre aftaler om instrukser, arbejds gange, visitationsforhold og fasttracks" (Ledende overlæge, samarbejdende afdeling).

På de store hospitaler tales løsningen om i højere grad at være bemanning ved specialeafdelingerne.

"Jo længere væk du kommer fra de store universitetshospitaler, jo mere vil de være bemanded med akutlæger. Hvorimod jo tættere du kommer ind, jo mere vil det være speciallægerne i de enkelte specialer, der holder sig til i de enkelte patientforløb" (Ledende overlæge, FAM).

Dog er der en bekymring om, hvorvidt det er muligt i tilstrækkelig grad at få speciallægerne ned i FAM – at få dem til at komme. Og dermed bryde en lang tradition for tilrettelæggelse af speciallægernes arbejde.

Udfordringen er også, hvordan det sikres, at både det specialiserede, det super akutte på 5-10 % og det brede sikres kvalitet i behandlingen og en håndtering på et passende niveau.

⁵² "Der er en stor gruppe gråzonepatienter, som ingen vil have. Som ingen har taget ejerskab til" (Ledende overlæge, FAM).

“Der er sket en voldsom specialisering, der gør, at har man bare en lille ting, så er det en specialist, der skal se på det. Og denne person er som regel ikke tilstede. Og disse ting kan ofte løses meget hurtigere på et helt andet niveau” (Læge, FAM).

“Mit yndlingseksempel er den gamle dame, der er faldet og bliver tilset af den ortopædkirurgiske forvagt. Og der er ikke noget brækket, men hun er lidt svimmel. Så bliver hun set af den medicinske forvagt, og der er ikke lige noget og ikke noget på EKG'et. Så på vejen ud kaster hun op, og der er blod i. Så involveres organkirurgisk forvagt. Den patient havde vi for tre måneder siden, og det var én og samme forvagt, der kendte fald, frakturrisiko, svimmelhed og gastrointestinal blødning. Og derfor kunne tage patienten hele vejen videre til det organkirurgiske. Og det viser mig 1) det smarte i at tænke akutmedicinsk frem for specialemedicinsk, 2) det fikse i fleksibiliteten i systemet” (Læge, FAM).

Løsningen af disse og mange andre udfordringer, som rapporten har peget på, vil blive afgørende for, hvordan FAM projektet lykkes hen over de kommende år. Nogle af problematikkerne handler om lægekultur og hospitalskultur, og andre handler om mere strukturelle barrierer. Sidstnævnte vil rapportens sidste afsnit handle om.

6.5 Hvad skal der til, for at FAM projektet lykkes?

Afslutningsvist vil rapporten kort diskutere, hvilke strukturelle udfordringer DSI ser, for at der kommer mere speciallægetid i FAM, således at patienterne vil opleve mere kontakt med speciallæger i de mest akutte faser.

De steder, hvor FAM er indført, har processerne i høj grad været båret af ildsjæle. Der har været en vision og en klar strategi om, at det akutte arbejde skulle forbedres qua FAM. Hvordan FAM skulle udmøntes i kapacitet, bemanning og økonomi har dog været op til de lokale processer. Dette betyder dels, at der er valgt mange forskellige modeller, dels at der stadig er en række uafklarede områder.

Et af de uafklarede områder er, hvordan den økonomiske incitamentsstruktur i højere grad kan understøtte arbejdet i FAM. I dag anses det blandt speciallægerne for mere attraktivt og prestigefyldt fx at arbejde på afdelinger, hvor der er ambulatorieaktivitet, og afdelinger hvor meraktivitet kan generere merindkomst. Afklaring af området er også vigtigt for, at "samhandel" relationerne med stamafdelingerne ikke bliver for stor en barriere for at samarbejde konstruktivt om FAM. Og vigtigt for at det bliver muligt at dimensionere FAM rigtigt. Hvis kapaciteten i FAM er for lille, bliver det sværere at opnå en rationel arbejdsdeling med stamafdelingerne, hvor flest mulige forløb kan færdiggøres i regi af FAM's senge. Problematikken forstærkes de steder, hvor akutindtaget er kraftigt forøget efter indførelse af FAM og strukturelle ændringer i det omgivende hospitalsvæsen.

Et andet uafklaret område er speciallægebemanningen af FAM. Der er lagt op til, at der skal være speciallægeinvolvering i FAM. Eksempelvis anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der bør være en teamleder med speciallægebaggrund, og de lægger op til et lægeligt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau i alle døgnets 24 timer. Hvordan dette skal omsættes til praksis er der dog regionalt og lokalt forskellige modeller for.

Et perspektiv er, at der eksempelvis blot er en ledende overlæge og en uddannelsesansvarlig overlæge i FAM, mens speciallægerne trækkes ind fra specialeafdelingerne. Dette løser dog ikke nødvendigvis i sig selv det traditionelle problem med at få tilstrækkelig erfarne læger hurtigt med ind over i de akutte faser. Ved denne løsning er der således mange patienter, der skal sendes op på specialeafdelingerne, eller mange speciallæger der skal gå ned i FAM. At få speciallægerne til at komme til FAM i alle døg-

nets 24 timer fra specialeafdelingerne kan ses som en krævende løsning. Krævende fordi den fordrer kulturelle ændringer og tværfagligt samarbejde.

Et andet perspektiv er, at det lægelige arbejde i FAM blandt andet skal dækkes af speciallæger med særlig uddannelse i håndtering af akutte patienter ("akutmedicinere"). Det vil sige, at der er en større lægestab, der er ansat i FAM. Her er det dog en udfordring, at det ikke er klart, hvem "akutmedicineren" skal være. Hvilken eller hvilke speciallæger der er tale om som relevante og dermed også, hvilken fagidentitet der er tale om med akutmedicin. Dette forhold kan således ses som førende til en uklar lægefaglig identitet i FAM på speciallægeniveau. Der er inden for dette perspektiv en rekrutterings- og udviklingsmæssig udfordring i, at der ikke er tale om et speciale. Når akutmedicin først kan vælges efter et langt speciallægeuddannelsesforløb, kommer der til at være tale om et mindre attraktivt karriereløb. Hele rekrutterings- og det post graduale uddannelsessystem er i dag bygget op om specialerne, og derfor giver det en udfordring ikke at have et speciale. Risikoen er fx, at FAM kun kan bemannes med speciallæger med brudte karriereløb.

En løsningsmodel – inden for begge perspektiver – på at skabe koordination og sammenhæng mellem FAM og specialeafdelingerne er også, at lægerne i hoveduddannelsesforløb inden for relevante specialer har ophold i FAM som led i deres uddannelse eller evt. har delestillinger (kombinationsstillinger)⁵³ eller indgår i vagttag i FAM. På denne vis kunne FAM indgå i den lægelige videreuddannelse (Greve 2009).

Et tredje område, der kommer under udfordring, er overenskomsterne. FAM visionen kræver en helt anden tilstedeværelsegrad blandt speciallæger om aftenen, natten og i weekenden og på helligdage, end det før har været tilfældet. Tankegangen i overenskomsterne bygger på, at en betydelig del af arbejdstiden ligger i dagarbejdstiden, dvs. ind til kl. 18. Overenskomsterne er således ikke skruet sammen efter, hvordan arbejdet bedst organiseres på en afdeling, der kun modtager akutte patienter i døgndrift. Såvel yngre lægers som overlægers overenskomster indeholder vagthyppighedsbestemmelser, som sætter grænser for hyppigheden af vagt. Det kræver derfor en minimumsnormering på syv speciallæger for at have en døgndækket tilstedeværelsesvagt. Dette opleves for de undersøgte FAM'er som et problem. Særlig for speciallægedækning om aftenen.

Overenskomsterne udgør derfor en strukturel udfordring for realiseringen af ikke bare mere speciallægetid, men også lægetid i øvrigt i FAM efter kl. 18.

Disse udfordringer kan sammen med udfordringerne relateret til kultur med fordel håndteres i arbejdet med at implementere visionen om FAM. Set i et implementeringsperspektiv er det "naturligt", at der opstår både begejstrede og bekymrede fortællinger. Begejstrede fordi visionen og strategien er god. Bekymrede fordi der altid opstår en række udfordringer, når visioner skal implementeres i praksis. Det, der på dette tidspunkt i processen er vigtigt, er, hvordan de bekymrede fortællinger tackles. Og ikke mindst hvordan problemerne, der opstår, løses.

⁵³ Kombinations- eller delestillinger løser også det problem, at den volumen af læger, det kræver at have døgndækning, kan føre til overskud af dagarbejdstid i FAM (Oplyst ved interview).

Litteratur

- Adler, P.S., Kwon, S., & Heckscher, C. 2007. Professional work: The emergence of collaborative community. *Organization Science*
- Alexanderson, K., von Knorring, M., Parmander, M., & Tyrkkö, A. 2007. *Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning* Stockholm, Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap.
- Anderson, P.D. 2009. The road ahead for emergency care in Denmark. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, 85, (6) 152-153
- Bentsen, E. Z. 2001, *Lægelig ledelse - om at gøre en forskel*, Handelshøjskolen i København, København, 2.
- Bentsen, E. Z. 2003, "Lægelige ledere som institutionelle entreprenører," *In Ledelse i sygehusvæsenet*, F. Borum, ed., København: Handelshøjskolens Forlag, pp. 169-207.
- Bentsen, E. Z. & Poulsen, J. 2005, "At være hyrde for katte," *In Læge & leder*, A. Frøland et al., eds., København: Munksgaard, pp. 169-177.
- Dansk Medicinsk Selskab. Akutmedicin - et nyt fagområde. Dansk Medicinsk Selskab . 17-6-2008.
Ref Type: Electronic Citation
- Dansk Medicinsk Selskab 2010. *Definition på fagområde* www.dms.dk.
- Danske Regioner 2006. *Debatoplæg: Fremtidens akutberedskab - fra vision til handling* København, Danske Regioner.
- Danske Regioner 2009. *Fremtidens sammenhængende akutsystem* København, Danske Regioner.
- Foreningen af yngre læger. Kort fortalt om fællesvagt.
<http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Print> . 17-11-2005. 18-4-2007.
Ref Type: Electronic Citation
- Gjørup, T. 2005. Akutbehandling skal ikke være et speciale i Danmark. *Ugeskrift for Læger*, 167, (48) 4584
- Greve, J. 2009. Lægelig videreuddannelse i akutafdeling - kræver supervision, ellers fungerer hverken drift eller uddannelse. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, 85, (8) 228-230
- Guldborg, J. 2009. Basislæger står alene i nye akutmodtagelser. *Dagens medicin*, 10. juni,
- Guthrie, M.B. 1999. Challenges in developing physician leadership and management. *Frontiers of Health Services Management*, 15, (4) 3-26
- Heckscher, C., Rubinstein, S., Flynn, L., Erhardt, N., & Michael, B. 2008. Collaboration and the Quality of Health Care delivery. *undersøges*
- Henning Jans 2010. *Afdelingsbeskrivelse og vagtinstruks for Akutafdelingen Køge Sygehus Køge*, Akutafdelingen Køge Sygehus.

- Holm-Petersen, C. 2007a. *Evaluering af "Vagtprojektet". Udfordringer relateret til yngre lægers vagtarbejde på hospitalerne i tidsrummet 20.00 - 08.00* København, Dansk Sundhedsinstitut.
- Holm-Petersen, C. 2007b. *Stolthed og fordom. Kultur- og identitetsarbejde ved skabelsen af en ny sengeafdeling gennem fusion* Frederiksberg, Copenhagen Business School.
- Holm-Petersen, C. & Christensen, M. 2005, "Medarbejderperspektiver på sammenlægninger og fusioner," *In Sygehusstruktur i Danmark*, A. Ankjær-Jensen, ed., DSI Institut for Sundhedsvæsen, pp. 75-86.
- Holm-Petersen, C., Hansen, J., & Vinge, S. 2006. *Medicinstuderendes og yngre lægers valg af speciale* København, DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Jespersen, P.K. 2005. *Mellem profession og management* København, Handelshøjskolens Forlag.
- Klausen, K.K. 2009. Den fælles akutmodtagelse som strategisk forandringsprojekt. FAM udfordrer den historiske og traditionsbærende forestilling om specialisering. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, 85, (6) 154-158
- Krogh, K., Crone, M., & Nielsen, L.H. 2009a. Uerfarne læger behandler alvorligt syge. *Berlingske Tidende*, 23.10.2009,
- Krogh, K., Nielsen, L.H., & Crone, M. 2009b. Studerende behandler akut syge. *Berlingske Tidende*, 08.11.2009,
- Lægeforeningen 2005. *Fremtidens akutbetjening. Juni 2005* København, Lægeforeningen.
- Lindén, L. & Madsen, E.B. 2002. *Fagprofessionelle som ledere. En debatbog om ledelse og lederroller i sundhedsvæsenet* København, Munksgaard.
- Lintz, L. 2009. FAME på godt og ondt. *Ugeskrift for Læger*, 25.05.2009,
- Mogensen, C.B. & Jørgensen, C. 2009. En af Danmarks første fælles akutmodtagelser. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, 85, (6) 168-172
- Mogensen, T. 2005, "At lede og at blive ledet. Myter og realiteter," *In Læge & leder*, A. Frøland et al., eds., København: Munksgaard Danmark, pp. 178-189.
- Nielsen, S.B. 2010. Herlev dropper fremskudte læger i akutmodtagelsen. *Dagens medicin*
- OLAU arbejdsgruppen 2001. *Revision af OLAU-kurserne-ledelsesmæssige opgaver og værktøjer. Rapport fra OLAU arbejdsgruppen* København, OLAU.
- Praktiserende Lægers Organisation 2010. *PLO's politik på akutområdet*.
- Region Hovedstaden 2007. *Anbefalinger om fælles akutmodtagelser i Region Hovedstaden* Region Hovedstaden.
- Region Hovedstaden 2009. *Anbefalinger for funktionsplanlægning af fælles akutmodtagelser i Region Hovedstaden* Region Hovedstaden.
- Region Midtjylland 2007. *Akutplan for Region Midtjylland. Bilag til Regionsrådets møde den 24. oktober 2007. Punkt nr. 12* Region Midtjylland.
- Region Midtjylland 2008. *Regionshospitalet Horsens. Perspektiv*.
- Region Syddanmark 2010, *Ansøgning om endeligt tilsagn til projekt: Nyt OUH*, Region Syddanmark.

- Regionernes lønnings- og takstnævn & Foreningen af speciallæger 2008, *Overenskomst for overlæger*.
- Schröder, M., Hansen, T.J., & Jørsboe, H. 2010. Udfordringer i triagefunktion. *Sygeplejersken* (9) 58-61
- Sergeant, H. 2003. *Managing not to manage. Management in the NHS* London, Center for Policy Studies.
- Siebuhr, N. 2009. Den akutte indsats i psykiatrien. Leder. *Ugeskrift for Læger*, 171, (4) 195
- Søndergaard, I. 2005. Emergency medicine (akut medicin): Hvad er det? *Ugeskrift for Læger*, 167, (32) 2924
- Speciallægekommisionen 2000. *Fremtidens speciallæge (Betænkning nr. 1384)* København, Sundhedsministeriet.
- Steenberger, A. 2008. Herlev halvvejs i fremtiden. *Ugeskrift for Læger*, 170, (25) 2220-2222
- Sundhedsstyrelsen 2007a. *Bilag til rapport om styrket akutberedskab - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen* København, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2007b. *Styrket akutberedskab - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen* København, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2009a, *Den akutte indsats i psykiatrien - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen 2009b, *Sundhedsstyrelsens målbeskrivelse for den kliniske basisuddannelse*, Sundhedsstyrelsen, København.

Bilag A: Baggrunden for fælles akutmodtagelser

En væsentlig del af baggrunden for de fælles akutmodtagelser har været Sundhedsstyrelsens udmeldinger og anbefalinger til sikring af det fremtidige akutberedskab i Danmark. Oprettelsen af fælles akutmodtagelser kan ses som en hjørnesteen heri. Ved fælles akutmodtagelser forstår Sundhedsstyrelsen: "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 bemandet med læger, sygeplejersker og andet personale. En fælles akutmodtagelse samler skadestue og tidligere enkeltafdelingens modtagelser i en fælles lokalitet. Der vil således kun være én indgang til sygehuset i tilfælde af akut sygdom/skade."

Forslag fra Lægeforeningen og Danske Regioner

Før Sundhedsstyrelsens anbefalinger i 2007 har der været en række forløbere fra centrale parter, hvis udmeldinger på en række områder kan genfindes i Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Lægeforeningens forslag for fremtidens akutbetjening

Lægeforeningen fremkom i 2005 med et forslag for fremtidens akutbetjening (Lægeforeningen 2005). Forslaget byggede på følgende principper for fremtidens akutbetjening:

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

Lægeforeningen meldte bl.a. ud, at de lægelige ressourcer kunne anvendes mere optimalt i akutindsatsen, at akutindsatsen burde varetages af et tværfagligt team med kompetencer, viden og erfaring på højt fagligt niveau, at ventetiderne på akutområdet burde nedbringes, samt at organiseringen af indsatsen burde indebære entydig lægelig ledelse. Lægeforeningen tilføjede, at der er et stort uddannelsespotentiale i betjeningen af akutte patienter, og at det derfor var vigtigt, at uddannelsesaspektet blev tænkt ind i organiseringen af akutindsatsen (Lægeforeningen 2005).

Derudover anbefalede Lægeforeningen bl.a., at:

- ◆ Patienter får én primær indgang til sundhedsvæsenet: Egen læge og lægevagt, som eventuelt med moderne teknologisk udstyr kan træffes via samme telefonnummer.
- ◆ Alarmcentral 112 skal have adgang til lægelig ekspertise og rådgivning.
- ◆ Almenmedicinske patienter skal behandles ved egen læge og lægevagt.
- ◆ De åbne skadestuer lukkes, og der oprettes akutmodtagelser, der udelukkende modtager visiterede patienter og 112-patienter.
- ◆ Akutindsatsen på sygehusene koncentrerer på færre, men større og bedre kvalificerede enheder.
- ◆ Akutmodtagelser bemannes med speciallæger og uddannelsessøgende læger under supervision og vejledning inden for alle relevante specialer.
- ◆ Speciallæger med kvalifikationer, kompetencer og erfaring inden for den præhospitale behandling skal være ansvarlige for området (Lægeforeningen 2005).

Der var med Lægeforeningens anbefalinger dermed tale om et brud med tidligere måder at modtage akutte patienter på fx ved at sætte fokus på, at det burde være speciallæger, der modtog patienterne, at der burde gøres op med uensartet kvalitet i modtagelsen af patienterne, og at patienterne burde modtages lægeligt tværfagligt – ikke kun af snævre specialister, samt at adgangen til hospitalerne i højere grad burde være visiteret og samlet på færre og større enheder.

Danske Regioners debatoplæg

I 2006 kom Danske Regioner med et debatoplæg, der også lagde op til markante ændringer af det daværende akutberedskab (Danske Regioner 2006). Danske Regioner skrev, at det handler om at give patienterne den bedst mulige behandling, og at de derfor skulle mødes af specialister, der kan sikre en høj kvalitet i behandlingen, når de bliver akut syge. Der blev i debatoplægget endvidere lagt op til, at skadesbehandlingen skulle styrkes hos lægevagten og ens egen læge, så færre unødigt bliver sendt på skadestuen. Danske Regioner konkluderede, at dette ville kræve bedre tilgængelighed til de praktiserende læger og vagtlægen (Danske Regioner 2006).

Danske Regioner anbefalede bl.a. at:

- ◆ Antallet af akutmodtagelser skal halveres til omkring 25.
- ◆ Befolkningsunderlaget bør ligge på 200-300.000⁵⁴.
- ◆ Der skal ske en udvikling af ambulante tilbud tæt på borgeren.
- ◆ Alarmcentral 112 (den sundhedsfaglige del) placeres organisatorisk i sundhedsvæsenet, således at borgeren får kontakt med en sundhedsfaglig person.

Danske Regioner tilføjede, at samlingen af de akutte modtagefunktioner ikke ville kunne gennemføres fuldt ud på kort sigt, da omstillingen ville kræve byggeri af større sygehuse, ny teknologi, styrkelse af den præhospitale indsats og efteruddannelse af personale (Danske Regioner 2006).

Sundhedsstyrelsens anbefalinger om styrket akutberedskab

I 2007 kom Sundhedsstyrelsen med 24 anbefalinger til et styrket akutberedskab. Herunder samling af antallet af akutmodtagelser på sygehuse til omtrent det halve, styrkelse af den præhospitale indsats (som følge af længere transporttider) og samling af sygehuses akutte funktioner i fælles akutmodtagelser. En grundlæggende tanke bag rapporten er, at "øvelse gør mester", det vil sige, at der er en sammenhæng mellem volumen, erfaring og kvalitet (Sundhedsstyrelsen 2007b).

Hvad angår de fælles akutmodtagelser, anbefalede Sundhedsstyrelsen blandt andet, at:

- ◆ Al henvendelse til sygehusvæsenet bør være visiteret.
- ◆ Befolkningsunderlag bør være på 200.000-400.000 indbyggere.
- ◆ Følgende specialer er repræsenteret på matriklen: intern medicin, ortopædisk kirurgi, kirurgi (parenkym), anæstesiologi med intensiv afdeling niveau 2, diagnostisk radiologi, klinisk biokemi.
- ◆ Ved modtagelse af børn (undtagen mindre skader) bør pædiatri være repræsenteret på matriklen.
- ◆ Følgende specialer bør have speciallæge⁵⁵ i tilstedeværelsesvagt: intern medicin⁵⁶, ortopædisk kirurgi, kirurgi og anæstesiologi. Endvidere skal der være speciallæger med kompetence til at fo-

⁵⁴ En vurdering som baseredes på et debatoplæg, som Amdrætsforeningen havde udarbejdet sammen med Dansk Kirurgisk Selskab om organiseringen af kirurgien (Danske Regioner 2006).

⁵⁵ Ved speciallæge forstår Sundhedsstyrelsen her: læge med speciallægeuddannelse eller læge i sidste år af speciallægeuddannelsen (Sundhedsstyrelsen 2007b).

⁵⁶ Intern medicin dækker her alle de intern medicinske specialer, herunder kardiologisk ekspertise/kompetencer (Sundhedsstyrelsen 2007b).

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

- ◆ Der må konkret tages stilling til vagtforhold for eventuelle supplerende specialer i den fælles akutmodtagelse.
- ◆ De fælles akutmodtagelser bør have følgende faciliteter på matriklen: konventionelle røntgenundersøgelser, CT-scanning, ultralydsundersøgelser (herunder ekkokardiografi), akutte operationsfaciliteter og laboratorieanalyser – klinisk biokemi.
- ◆ Der udarbejdes fælles nationale retningslinjer for fælles akutmodtagelser.
- ◆ Der formuleres specifikke kompetencekrav for personale i fælles akutmodtagelser og tilbydes relevant uddannelse i overensstemmelse hermed.

Det forventes i rapporten, at dens anbefalinger vil blive implementeret inden for en periode på 5-10 år afhængig af regionernes lokale forhold og planlægning (Sundhedsstyrelsen 2007b).

Sammenhængende patientforløb og bedre kvalitet

Et formål med etablering af de fælles akutmodtagelser er ifølge Sundhedsstyrelsen at sikre sammenhængende patientforløb og dermed bedre kvalitet i behandlingen og patienternes oplevelse heraf (Sundhedsstyrelsen 2007b). Ved kun at have én indgang til sygehuset etableres bedre mulighed for samarbejde om den akutte uafklarede patient på tværs af specialer og dermed et bedre grundlag for at skabe et sammenhængende patientforløb, bedre kvalitet i undersøgelse og mulighed for hurtigere diagnostik og behandling (Sundhedsstyrelsen 2007b).

Dette forudsætter, som Sundhedsstyrelsen skriver, et velfungerende samarbejde mellem de forskellige specialer tilknyttet den fælles akutmodtagelse og primærsektoren. Der bør endvidere ved behov være kontakt mellem visiterende læge og speciallægen i fælles akutmodtagelsen før indlæggelse med henblik på drøftelse af, om patienten i stedet kan tilbydes fx et subakut ambulantly forløb eller andet tiltag (Sundhedsstyrelsen 2007b).

I perioden 2003-2005 var 70 % af alle sygehusindlæggelser i Danmark akutte⁵⁷ (Sundhedsstyrelsen 2007a). Særligt intern medicin (88 %), gynækologi- og obstetrik (81 %), pædiatri (80 %), ortopædisk kirurgi (60 %) og kirurgi⁵⁸ (56 %) har et højt antal og en høj andel af akutte indlæggelser (Sundhedsstyrelsen 2007b).

Ledelse, planlægning og samarbejde

Organiseringen af den fælles akutmodtagelse bør ifølge Sundhedsstyrelsen være formaliseret og veldefineret. Dette betyder blandt andet, at den fagligt ansvarlige for den fælles akutmodtagelse bør være speciallæge med kompetencer, erfaring og særlig interesse for organisering og sikring af samarbejde ved behandling af traumer og akutte medicinske sygdomme. Det bør også være klart defineret, hvem der i det daglige arbejde med modtagelse af patienter er teamleder. Teamlederen bør være speciallæge med særlige kompetencer for styring af samarbejdet de forskellige behandlerteams/specialer imellem for at sikre kvalitet og et godt sammenhængende patientforløb (Sundhedsstyrelsen 2007b).

⁵⁷ Region Hovedstaden ligger lidt over landsgennemsnittet (73 %), mens Region Midtjylland ligger under landsgennemsnittet (66 %) (Sundhedsstyrelsen 2007b).

⁵⁸ Inden for kirurgisk gastroenterologi fylder de akutte indlæggelser 70 % (Sundhedsstyrelsen 2007b).

Speciallægen i front

Et centralt princip i Sundhedsstyrelsens rapport var en væsentlig styrkelse af speciallægeinvolvering og dækning i modtagelsen af akutte patienter – og at dette skulle foregå lægeligt tværfagligt. Såvel Sundhedsstyrelsen som Lægeforeningen og Danske Regioner har således lagt op til en markant ændring af speciallægenes organisering af arbejdet. Ikke blot af dagarbejdet, men også af vagtarbejdet i og med at det forventes, at patienter kan mødes af speciallæger alle døgnets 24 timer.

Efter Sundhedsstyrelsens rapport har regionerne planlagt etablering af ca. 20 fælles akutmodtagelser (Dansk Medicinsk Selskab 2008).

Akutmedicin som fagområde

Akutmedicin er i Danmark ikke et lægeligt speciale, men et fagområde for læger. Et fagområde afgrænser en særlig interesse og kompetenceområde, som enten ikke er dækket af et godkendt speciale eller udgør en mindre del heraf (Dansk Medicinsk Selskab 2010). Til fagområdet knytter der sig Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM).

Dansk Medicinsk Selskab har udarbejdet en fagområdebeskrivelse og en under hertil hørende fagområdeuddannelse. Det indgår i deres uddannelsesbeskrivelse af akutmedicin som fagområde i Danmark, at man først skal være speciallæge i et klinisk speciale. Dernæst skal man indgå i et cirka 2-årigt uddannelsesforløb, hvor man får suppleret sine kliniske færdigheder. Uddannelsen kan forhåndsgodkendes af et særligt uddannelsesudvalg i regi af Dansk Medicinsk Selskab. Tidligere relevant erfaring giver merit. Læger, der har en akutmedicinsk uddannelse fra udlandet, kan i modellen søge merit for uddannelsen. Det kræver dog, at man er anerkendt som speciallæge i et andet klinisk speciale i forvejen⁵⁹.

Fagområdet akutmedicin har ifølge Dansk Medicinsk Selskab følgende hovedfunktioner:

- ◆ Yde uopsættelig, livreddende basisbehandling og stabilisering af alle kategorier af akutte patienter, herunder ABC-sikring.
- ◆ Tilbyde alle patienter i akutmodtagelsen en hurtig og effektiv diagnostik, der muliggør iværksættelse af relevante behandlingstiltag inden for internationalt anbefalede tidsrammer.
- ◆ Effektiv triage⁶⁰ og – hvor indiceret – overflytning af patienten til en specialafdeling uden forsinkelser.
- ◆ Koordinere og prioritere ressourcer og indsatser i akutmodtagelsen.
- ◆ Observere og færdigbehandle visse patientkategorier inden for rammerne af den fælles akutmodtagelse (Dansk Medicinsk Selskab 2008).

Region Midtjylland og Region Nordjylland er gået sammen om at gennemføre en 2-årig uddannelse i akutmedicin. Uddannelsen begyndte i oktober 2009. Det første hold af fagområde sygeplejersker bliver færdige i oktober 2010, mens det første hold læger bliver færdige i oktober 2011.

Danske Regioners oplæg december 2009

Akutområdet har dog fortsat trukket en del opmærksomhed og kritik – ikke mindst i pressen. I december 2009 udkom Danske Regioner med en status på udviklingen inden for akutbetjeningen og en række anbefalinger til fortsat indsats:

⁵⁹ Kilde: <http://www.akutmedicin.org>

⁶⁰ Triage kommer af det franske verbum: Trier og betyder at sortere eller vælge. Triage af patienter er anvendt i militæret fra 1700-tallet. Triage anvendes til at klassificere og udvælge patienter på baggrund af type, tilstand og akuthed (Schröder et al. 2010).

"Det nuværende akutsystem er præget af en uhensigtsmæssig strukturel opdeling mellem lægevagt, akutmodtagelser, skadestuer og kommunale akuttilbud. Borgerne kan derfor opleve usammenhængende patientforløb og uforståelige overgange mellem de forskellige dele af akutsystemet. Et væsentligt problem i den nuværende akutstruktur er lægevagtsens selvstændige organisering, der betyder begrænset eller måske slet intet samarbejde og kommunikation mellem lægevagten og skadestuer/akutmodtagelser, selv når de ligger dør om dør. Ligeledes er det problematisk, at der ikke er sundhedsfaglige kompetencer til rådighed, når borgerne ringer 112" (Danske Regioner 2009).

Danske Regioner anbefalede bl.a., at:

- ◆ Lægevagten som selvstændig struktur erstattes af et integreret akutsystem.
- ◆ Der etableres akuttelefon bemandet af sundhedsfagligt personale erstatter lægevagts telefonske visitation og rådgivning.
- ◆ Der etableres organisatorisk og fagligt samarbejde mellem akuttelefon og den sundhedsfaglige del af 112.
- ◆ De praktiserende læger i højere grad skal være tilgængelige for akutte opkald fra deres patienter.
- ◆ Nuværende behandlinger i lægevagtskonsultationer flyttes ind i regi af fælles akutmodtagelser, hvor de praktiserende læger indgår i akutmodtagelsens organisation og ledelsesmæssige system.
- ◆ Der bør opstilles servicemål for ventetider i de fælles akutmodtagelser (Danske Regioner 2009).

Der er således en række områder, der fortsat er uafklarede – og uenighed om – på akutområdet. Ikke mindst hvad angår vagtlægeordningens mulige integration i de fælles akutmodtagelser. De praktiserende lægers organisation (PLO) er fx imod en integration af lægevagten i de fælles akutmodtagelser (Praktiserende Lægers Organisation 2010).

Den akutte modtagelse af den psykiatriske patient

I psykiatriplanerne har regionerne sat øget fokus på sammenhænge og samarbejde, herunder særligt i forhold til det somatiske sundhedsvæsen. Der har været fokuseret på den tætte sammenhæng mellem psykiatri og somatik i nogle år, men der er ifølge Sundhedsstyrelsen fortsat behov for at styrke indsatsen over for de mange patienter, som lider af både psykiatrisk og somatisk sygdom, også i relation til den akutte indsats (Sundhedsstyrelsen 2009a). I 2009 udkom Sundhedsstyrelsen med en rapport, der rummede en række anbefalinger til den akutte modtagelse af psykiatriske patienter. Ligesom på det somatiske område ligger rapporten op til en samling af modtagelsen af akutte psykiatriske patienter på færre og større enheder.

Det anbefales blandt andet i rapporten at:

- ◆ Den akutte psykiatriske modtagelse bør placeres i nær fysisk/geografisk tilknytning til de psykiatriske afdelinger. For at sikre robusthed og faglig bæredygtighed bør der ske en samling af psykiatriske skadestuer/psykiatriske akutte modtagelser. På lang sigt må det anses for ideelt, at den akutte psykiatriske modtagelse også placeres i nær fysisk/geografisk nærhed til den somatiske fælles akutmodtagelse, hvilket bør indgå i fremtidige overvejelser. I mange tilfælde vil fysisk/geografisk nærhed mellem psykiatrisk og somatisk akut modtagelse kræve store forandringer, herunder bl.a. nyt byggeri som ikke umiddelbart er muligt at realisere. Der skal i alle tilfælde sikres gode rammer for et tæt samarbejde, hvor det er relevant bl.a. ved hjælp af aftaleløsninger.
- ◆ Der bør tages særlige hensyn til børn og unge, fx i form af en særskilt indgang og et adskilt venteværelse for børn og unge, såfremt modtagelsen af voksne og børn og unge med akut psykiatrisk sygdom planlægges at foregå i samme akutte psykiatriske modtagelse. Såfremt modtagelsen af

børn og unge sker i en særlig akut psykiatrisk modtagelse for børn og unge, bør denne placeres i fysisk/geografisk nærhed af en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling (Sundhedsstyrelsen 2009a).

Vagtforhold og personale

Der bør ifølge Sundhedsstyrelsen som minimum være mulighed for, at den psykiatriske forvagt i den akutte psykiatriske modtagelse kan få telefonisk kontakt til en speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri – afhængig af modtagelsens målgruppe, jf. i øvrigt Sundhedsstyrelsens specialevejledninger for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri. Endvidere bør der være mulighed for, at patienterne senest næste dag/næste hverdag kan vurderes af en speciallæge⁶¹ i det relevante speciale med henblik på det videre forløb. På sigt vil det være et mål, at kravene til vagtforholdene i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri skal være de samme som kravene i de somatiske specialer (Sundhedsstyrelsen 2009a).

Der blev således af Sundhedsstyrelsen lagt op til, at den akutte modtagelse af psykiatriske patienter i et eller andet omfang blev sammentænkt med fælles akutmodtagelserne.

Lægeforeningen kommenterede Sundhedsstyrelsens udspil på følgende vis:

“Sundhedsstyrelsen har udsendt en rapport om den akutte indsats i psykiatrien med 22 anbefalinger. Lad det være sagt med det samme: Hvis anbefalingerne føres ud i livet, som de er foreslået af Sundhedsstyrelsen, så vil det resultere i et kæmpe løft for psykiatrien generelt og en højnelse af kvaliteten i behandlingen af akut psykisk syge patienter i særdeleshed. Ganske enkelt, og man kunne tilføje: Det var sandelig også på tide. Psykiatrien i det danske sundhedsvæsen har i en årrække ført en noget stedmoderlig tilværelse, så der er rigelig plads til forbedring.

Blandt de anbefalinger, som vi fra Lægeforeningen vil fremhæve, er den om en øget centralisering og specialisering af psykiatriske skadestuer eller psykiatriske akutmodtagelser, der ligger tæt sammen med og samarbejder med den øvrige akutmodtagelse. Denne sammenhæng mellem akut psykiatri og akut somatik vil øge kvaliteten af behandlingen for den store gruppe af patienter, der både har psykiske og andre helbredsmæssige problemer” (Siebuhr 2009).

Der er således lagt op til en parallel – og til dels sammenhængende – løsning inden for den akutte modtagelse af patienter.

⁶¹ Ved betegnelsen speciallæge forstås læge med speciallægeuddannelse eller læge i sidste år af speciallægeuddannelsen (Sundhedsstyrelsen 2009a).

Bilag B: Interviewguide

Semistruktureret interviewguide – fælles akutmodtagelser

Intro: Hvem er vi? Hvorfor er vi her?

Interviewet optages på voice recorder, tilstræbt anonymitet, eventuelle citater sender vi til godkendelse.

Fortæl om jeres arbejde med at få etableret en fælles akutmodtagelse.

Hvordan har processen været?

Hvordan har samarbejdet været?

Hvilke løsninger er I kommet frem til?

Hvor langt er I i etableringen af fælles akutmodtagelsen?

Hvordan ser enheden ud i dag? (fysisk enhed, virtuel enhed)

Hvordan ser enheden ud fremover? (fysisk enhed, virtuel enhed)

Har der været tale om sammenlægning af afdelinger? (gennemført eller planlagt)

Hvordan er den bemanded i dag? (Speciallæger og/eller læger under uddannelse, medicinstuderende).

På hvilke tider af døgnet (plus i weekenden) er den bemanded hvordan?

Er der planer for, at dette skal ændres fremover?

Hvordan har I følt jer klædt på til ændringerne? (fx hvis speciallæger ude i front)

Er der tale om ændringer i koordineringen med den præhospitale indsats?

Hvilke evt. ændringer i speciallægenes arbejdstilrettelæggelse har fælles akutmodtagelsen medført?

I selve fælles akutmodtagelsen?

Hvem har første lægelige patientkontakt? (Speciallæger og/eller læger under uddannelse, medicinstuderende).

Er dette anderledes end før?

Er der også sket ændringer i andre afdelinger som følge af etableringen?

I så fald: Hvilke ændringer?

Er der sket ændringer i bemanningen på andre afdelinger?

Er der planlagt ændringer som følge af etableringen?

Hvem gør hvad i vagterne i dag? (hvilke læger, hvorfra)

Hvem har visitationsansvaret for hvilke patientkategorier?

Hvem har indlæggelsesret for hvilke patientkategorier i hvilken tidsperiode?

Hvem har behandlingsansvaret for hvilke patientkategorier i hvilken tidsperiode?

Hvem gør hvad i vagterne fremover?

Har der været særlige uddannelsestiltag?

Hvordan ser du på udviklingen regionalt og nationalt?

Hvor sker der spændende ting henne?

Hvor meget er udviklingen præget af nytænkning og nye modeller?

I hvor høj grad er det foreløbig lykkedes at implementere Sundhedsstyrelsens anbefalinger om speciallægerne i front?

Afslutningsvis

Har I spørgsmål til os?

