

Tværgående opsamling. Kvalitet i Akutafdelingerne.

Regionsrådsmedlem Ove Nørholm har spurgt til kvalitet i Aklutafdelingerne – herunder ikke mindst til, hvordan speciallægenes rolle i de akutte patientforløb er.

Anne Brøcker

20.09.2017

Alle akuthospitaler har indsendt beskrivelser af bemanning og organisering af modtagelse af de akutte patienter i akutafdelingerne.

Tel. +45 22313962

anbroe@rm.dk

Nedenfor er hovedtrækkene i tilbagemeldingerne opsummeret.

Spørgsmål fra Ove Nørholm:

Side 1

1. En konkret status på hvor mange akutlæger, der er fastansat på hver af de fem 5 akutmodtagelser og hvilke andre speciallæger, der er til stede på akutafdelingerne døgnet rundt. Det vil sige en konkret status på hvor mange og hvilke type speciallæger, der er fastansat, respektive tilstedeværelsesprofilen over døgnet for disse, på hver af de 5 akutmodtagelser.
2. Hvor ofte er det en speciallæge med de rigtige kompetencer, der vurderer de akutte patienter? Kan man risikere, at det er en medicinsk speciallæge, der modtager patienter, der har været involveret i færdselsuheld?
3. Forslag til hvordan og skøn over hvornår har vi de relevante speciallæger i front, som vi har besluttet og lovet.
4. En opgørelse på hvor lang tid der går, fra patienten er ankommet i akutafdelingen til patienten er set af en speciallæge og til der foreligger en plan. Hvad er målet, og hvad er realiteterne i dag? Det kan f.eks være en stikprøvekontrol af 100 patienter/enhed udført af kvalitetsafdelingerne på de respektive enheder.
5. En foreløbig opgørelse af effekten og kvaliteten af forsøgsordningen i Silkeborg med de fleksible medicinske akutmodtagelser og de hurtige vurderinger af de akut indlagte inden for blot én time, som beskrevet i Midtjyllands Avis d

16.6.2017. Det ser ud til i DR 26.7., at man er begyndt at indføre dele af Silkeborg-ordningen i Region Sjælland.

Ad 1. Akutlæger og andre læger i akutafdelingerne:

I dette afsnit beskrives hvor mange læger der er ansat i akutafdelingerne, og hvilke fremmødeforhold der gælder for de speciallæger, der har ansættelse i akutafdelingerne.

Afsnittet beskriver ikke den samlede lægemæssige dækning i akutafdelingerne, fordi der i varierende grad også indgår speciallæger og andre læger fra hospitalets øvrige afdelinger i arbejdet i akutafdelingerne. Ligheder og forskelle i den overordnede organisering af det lægelige arbejde i akutafdelingerne er nærmere beskrevet i afsnit 2. Heraf fremgår også, i hvilke tidsrum speciallæger fra andre afdelinger end akutafdelingen varetager de akutte vagtforpligtelser i de fem akutafdelinger.

I dette afsnit er fokuseret på læger, der er **ansat** i akutafdelingerne. Først beskrives den samlede bemanning – det vil sige det samlede antal læger, der har ansættelse i akutafdelingerne. Dernæst beskrives fremmødeforholdene for de speciallæger, der har **ansættelse** i akutafdelingerne.

Tabel 1. Antal læger ansat i akutafdelingerne

	Akutlæger ¹	Andre speciallæger	Læger i hoveduddannelsesforløb	Læger i Klinisk basisuddannelse
Hospitalsenhed Vest	11	0	5 + 4-6 ₁	40-44 ₂
Hospitalsenheden Midt	6	2	Se note ₃	28-30 ₃
Hospitalsenheden Horsens	7	0,8	Se note ₄	18-21
Regionshospital Randers	8	2	6	13
Århus Universitetshospital	9	6	3	13 + 1 ₅

1: 5 læger i svensk hoveduddannelsesforløb (akutlæger), 4-6 (almen medicin) i praktikforløb a 6 mdr.

2: 40-44 nyuddannede læger i klinisk basisuddannelse (KBU) årligt (I praktikforløb á 6 måneder)

3: Akutafdelingen har ansat 28-30 yngre læger i klinisk basisuddannelse eller AP-blok (årstidsvariation)

4: Der er afsat 4 hoveduddannelsesstillinger (AP og geriatri), der skal udgøre et mellemvagslag. Pt er der dog reelt kun en læge i dette lag, i det de øvrige er på barsel

5: 13 KBU-læger, samt 1 vikar

Her nedenfor følger en opgørelse over fremmødeprofiler for de speciallæger, der er ansat i akutafdelingerne. Det er væsentligt at holde sig for øje, at der i denne opgørelse alene er medtaget speciallæger, der er ansat i akutafdelingerne, herunder faste vikarer fra andre specialer, der dækker akutvagten, og i den kontekst har reference til akutafdelingsledelsen, selvom de i andre sammenhænge kan have deres ansættelsesforhold et andet sted i huset.

¹ Speciallæger (herunder læger i sidste år af hoveduddannelsesforløb) der har udenlandsk akutlægeuddannelse, eller har eller er i færd med at tage fagområdeuddannelse i akutmedicin.

Opgørelsen omfatter også speciallæger, der er ansat i akutafdelingen, men som ikke indgår i akutvagten. Dette gælder Aarhus Universitetshospital, der i akutafdeingen har ansat en række læger med speciale i akutmedicin, der ikke indgår i akutvagten. Der er således **ikke** redegjort for fremmødeprofil for speciallæger fra andre specialer, der har opgaver i akutafdelingen, men reference til egen afdelingsledelse. Dette gælder f.eks. medicinske og kirurgiske speciallæger, der har ansvar for specialeafklarede patienter på akutafdelingen i Århus. Et andet eksempel som ikke fremgår af opgørelsen er speciallæger fra andre afdelinger, der har ansvar for de akutte patientforløb i vagttiden. Dette gælder f.eks. medicinske speciallæger i Randers, og speciallæger fra medicin, kirurgi mv, der har ansvaret for de akutte patientforløb om natten i Horsens. Organisering af de akutte patientforløb, herunder de forskellige specialer og afdelingers rolle, og eventuelle forskelle på rollefordeling i dag- og vagttid er beskrevet i afsnit 2.

At der ikke optræder speciallæger døgnet rundt alle steder i nedenstående tabel er altså **ikke** udtryk for, at der ikke er speciallæger involveret i modtagelse og diagnostik af de akutte patienter om natten. Det afspejler alene forskelle på bemanning af akutafdelingerne, og forskelle i, hvordan akutafdelingerne har organiseret egne speciallægers vagter. Da vi i Region Midtjylland følger Sundhedsstyrelsens definition på en speciallæge som en læge, der her gennemført en speciallægeuddannelse, eller er i sidste år af hoveduddannelsen, kan tabellen også afspejle forskelle i, hvor mange læger de enkelte akutafdelinger har, der er i sidste år af deres hoveduddannelsesforløb, i det disse læger også kan indgå i speciallægevagter.

Derudover gælder, at nedenstående tabel viser fremmødeprofil for egne speciallæger på hverdage. Variationer i, hvordan den enkelte afdelings egne speciallæger deltager i vagter i weekender og på helligdage har også betydning for, hvordan lægerne kan bruges på hverdage. Flere steder starter og slutter vagterne på halve klokkeslæt (f.eks. kl. 8.30-15.30). I denne opgørelse er en sådan vagt regnet med i skemaet som en 8-16 vagt. På AUH er der desuden variation i vagtskemaet henover ugen. Der er således akutlæger tilstede i akutafdelingen fredag og mandag aften (kl. 15-23). Disse vagter indgår ikke i ovenstående, men kommer oven i det opgjorte. Tabellen viser således et overordnet, men forsimplet billede af de meget komplekse forhold, der gør sig gældende omkring vagtplanlægning og tilstedeværelse af speciallæger i akutafdelingerne.

Tabel 2. Fremmødeprofiler, speciallæger med ansættelse i akutafdelingerne, hverdage

Hverdage	08-09	09-15	15-18	18-21	21-22	22-23	23-24	00-08
HEV								
Akutlæger	3,0	3,0	3,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Andre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
I alt	3,0	3,0	3,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0
HeM								
Akutlæger	4,0	4,0	3,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Akutvagt (egne/vikarer)	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0
I alt	4,0	4,0	3,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
HeH								
Akutlæger	2,0	3,0	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0	0,0
I alt	2,0	3,0	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0	0,0
ReR								
Akutafdelingen	3,0	3,0	3,0	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0
I alt	3,0	3,0	3,0	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0
AUH								
Akutlæger ₁	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Blandede vagter. Akutlægeandel	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ortopædkirurger (ikke akutvagt)	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0
I alt	3,5	3,5	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0

1. På AUH er der udover ovenstående opgørelse akutlæger tilstede i akutafdelingen fredag og mandag aften (kl. 15-23). Disse vagter indgår ikke i ovenstående, men kommer oven i det opgjorte.

Ad. 2. Speciallæge med rette kompetencer

Alle fem akuthospitaler har organiseret sig, så der ved præhospital melding om alvorlige traumetilfælde som f.eks. trafikuheld, eller alvorlig (livstruende og hastende) medicinsk sygdom, kaldes et akut traumeteam eller et akutmedicinsk kald, så relevante specialister med rette faglige baggrund er tilstede allerede når patienten ankommer. Man risikerer altså ikke, at det er en medicinsk læge, der har ansvar for at tage imod en patient, der kommer ind efter et trafikuheld. Det konkrete akutte team er sammensat af specialister, der er specifikt målrettet den patient der er meldt præhospitalt.

I forhold til modtagelse af øvrige akutte patienter har hospitalerne organiseret sig lidt forskelligt.

For alle hospitalers vedkommende gælder, at speciallæger – typisk akutlæger, der har bred faglig forståelse af en række akutte patientforløb - er direkte involveret i den primære udredning af de sværest syge patienter (dem der er triageret røde og orange), indenfor meget kort tid efter patientens ankomst (det tilstræbes typisk at patienter der er triageret røde ses af akutlæge/anden relevant speciallæge umiddelbart efter ankomst/triagering, og at patienter der er triageret orange ses indenfor 15 minutter).

Vedrørende øvrige, mindre hastende akutte patienter (dem der er triageret gule eller grønne), er det typisk en yngre læge, der ser patienten først, og sammen med akutlægen sikrer, at der bliver lagt en plan inden for den første time efter patientens ankomst. På alle matrikler er

akutlæger (eller andre speciallæger, når det er dem der har akutvagten) generelt involveret i og ansvarlige for den plan der bliver lagt for patienten. Den yngre læge træffer ikke afgørelser om patienterne alene, men konfererer og sparrer med akutlægen/akutvagten undervejs, også i løbet af den første time. Det er dog ikke sikkert at patienterne oplever dette, idet konfereringen kan ske udenfor den stue hvor patienten befinder sig. Akutlægen/speciallæge i akutvagts ansvar for patientforløbet er nærmere beskrevet i vedlagte dokument: "*Faglige definitioner, Speciallæge inden en time og Behandlingsplan inden fire timer.*"

På alle de fem akuthospitaler lever man op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i forhold til tilstedeværelse og tilgængelighed af speciallæger indenfor en række specialer.

På alle akutafdelinger har man konkrete samarbejdsaftaler med hospitalets øvrige specialafdelinger om, i hvilke tilfælde, speciallæger i f.eks. kirurgi eller medicin skal involveres i patientforløbet. Specialerne har selv været med til at udforme aftalerne, for at sikre, at det altid er den rette faglighed der involveres i patientforløbet.

Forskel på dag og vagttid:

På *Hospitalsenhed Vest* er der akutlæger tilstede hele døgnet, alle dage. Det betyder, at akutlægens rolle i forhold til modtagelse, diagnostik og behandling er den samme døgnet rundt. Akutlægerne modtager og vurderer jævnfør ovenfor altid selv de patienter der er triageret røde eller orange. Akutte patienter der triagerer gule eller grønne tilses af en hoveduddannelseslæge eller en læge i klinisk basisuddannelse, med akutlægens involvering i vurderingen inden for 1 time. Den modtagende læge konfererer altid observationer og påtænkt behandlingsstyrende diagnose med vagthavende Akutlæge inden den videre plan lægges indenfor 4 timer.

På *Hospitalsenheden Midt*, er der etableret en akutvagtsfunktion, der er dækket af speciallæger døgnet rundt, alle dage. De fleste af disse vagter er dækket af akutafdelingens egne speciallæger, men grundet rekrutteringssituationen er nogle af vagterne dækket af vikarer (speciallæger fra andre afdelinger, der kender afdelingen godt). Speciallæger i akutvagten er involveret i de akutte patientforløb efter samme mønster som beskrevet i Hospitalsenhed Vest: Akutlæger/akutvagt er altid selv fysisk involveret i modtagelse af de røde og orange patienter, mens de er aktivt involveret i, og ansvarlige for, den diagnostik og behandling de yngre læger på afdelingen sætter i værk. Akutlæger/akutvagt både i den indledende fase (inden en time), og i forbindelse med fastlæggelse af en behandlingsplan for patienten.

På *Hospitalsenheden Horsens* tilstræbes, at akutlægerne er direkte involveret i modtagelse af alle de akutte patienter (ortopædkirurgiske skader undtaget), og at der først herefter gives instruks til de yngre læger om deres rolle i det videre patientforløb. Akutlægen er dog ansvarlig for hele forløbet, til ansvaret for patienten eventuelt overgives til en speciallæge fra en anden afdeling. Aften/nat og weekend er det læger fra de enkelte specialer der er ansvarlige for at modtage de akutte patienter, og speciallæger fra disse specialer der er ansvarlige på patientforløbene. Dette skyldes at afdelingen endnu ikke er fuldt bemannet med akutlæger.

På *Regionshospital Randers* tilses de mest syge patienter (rød og orange triagegrad) i akutlægernes tilstedeværelse (kl. 8-23 på hverdage og 8-18 i weekender) altid initialt og

umiddelbart efter ankomst af speciallæge. Patienter, der triagerer gul og grøn, tilses inden for en time af KBU eller AP-læge og så vidt muligt af akutlæge. Det tilstræbes, at der lægges en behandlingsplan i forbindelse med første patientkontakt. Denne udbygges løbende på baggrund af undersøgelsesresultater og observation i afdelingen. Behandlingsplaner udarbejdes af eller konfereres med speciallæge. Gynækologiske, kardiologiske og ortopædkirurgiske patienter tilses pt. af specialernes egne læger, idet det fortsat er en udfordring at rekruttere det nødvendige antal akutlæger². Akutlægefunktionen i Randers varetages udenfor akutlægenes tilstedeværelse af medicinsk speciallæge (kl. 23-08 på hverdage og 18-08 i weekender) . Initialt tilses patienter, der triagerer rød og orange om natten af en bagvagt (hvis bagvagten er på sidste år af hoveduddannelsen svarende til speciallæge), mens patienter, der triagerer gul og grøn initialt tilses af KBU eller AP-læge. I forhold til spørgsmålet om speciallægenes tilgængelighed, så har Regionshospitalet Randers klare instrukser for tilkald af speciallæge hele døgnet. Regionshospitalet Randers implementerer fra 1. januar 2018 flowmasterfunktionen ("akutlægefunktion") hele døgnet. Flowmasterfunktionen ("akutlægefunktionen") vil fortrinsvis blive dækket af akutlæger, og suppleres op med hospitalets øvrige speciallæger indtil hospitalet har akutlæger nok til at dække den fuldt ud.

På *Aarhus Universitetshospital* har den ansvarshavende akutlæge som udgangspunkt ansvaret for alle akutte patienter fra visitation til akutafdelingen til ansvaret overdrages til en anden speciallæge eller forløbet afsluttes (patienten udskrives). Når en patient modtages af en akutlæge varetager denne selv den initiale diagnostik og behandling. Når en patient modtages af en af akutafdelingens uddannelsessøgende læger superviseres modtagelse og behandling af en akutlæge. Akutlægen har det overordnede ansvar for at patienten ses/konfereres af speciallæge inden en time og at behandlingsplanen foreligger inden for 4 timer. Der er døgnet rundt både en akutlæge fra akutafdelingen og en speciallæge fra et internt medicinsk speciale på vagt i akutafdelingen. Alle patienter med ophold i akutafdelingen har en patientansvarlig læge tilknyttet, således at det er entydigt, hvilken speciallæge der har ansvaret for patienten.

Ad.3, Plan for hvornår vi har de relevante speciallæger i front.

Som nævnt ovenfor lever alle fem akuthospitaler allerede nu op til Sundhedsstyrelsen anbefalinger om tilstedeværelse og tilgængelighed af speciallæger indenfor forskellige specialer på akuthospitalet.

Der er også på alle akutafdelinger ansat akutlæger (speciallæger med en akutoverbygning), der kan varetage en bred, symptombaseret vurdering af patienten. Akutlægerne sikrer, at de relevante specialistkompetencer fra egen eller andre afdelinger involveres i modtagelse og primær diagnostik og behandling.

Der er imidlertid fortsat rekrutteringsproblemer i forhold til akutafdelingerne, og det er derfor alene på Hospitalsenhed Vest, at akutafdelingen kan dække alle vagter med egne speciallæger. Alle hospitaler arbejder målrettet på rekruttering, og beslutning om etablering af

² For de psykiatriske patientforløb gælder aktuelt andre retningslinjer, hvor akutafdelingen har ansvaret for at lægge behandlingsplan for eventuelle somatiske problemstillinger, mens psykiatrisk afdeling har ansvaret for den psykiatriske behandlingsplan.

et selvstændigt speciale i Akutmedicin forventes at styrke mulighederne for rekruttering og fastholdelse på lidt længere sigt. Det er forskelligt hvor tæt hospitalerne er på opfyldelse af ambitionen om at have minimum 12 akutlæger på hver akutafdeling. Fire af fem akuthospitaler forventer at kunne leve op til ambitionen i løbet af 2018, det sidste hospital har ikke et konkret bud på, hvornår der kan forventes at være 12 akutlæger ansat. Flere hospitaler peger også på, at 12 akutlæger er et minimumsmål, men at man forventer at få behov for at ansætte flere for at sikre stabil drift og tid til udvikling og forskning.

Ad.4, Tid til speciallæge, og Tid til behandlingsplan

Fire af fem akuthospitaler rapporterer, at der på akutafdelingerne er stor fokus på de fælles mål (Speciallæge inden en time, og Behandlingsplan inden fire timer), men at man ikke har adgang til data på området. På Hospitalsenhed Vest registreres både Tid til Speciallæge og Tid til behandlingsplan. Da dette registreres som journalnotater, er det ikke umiddelbart muligt at trække data på området. Akutafdelingen har dog mulighed for at følge udviklingen gennem journalaudits.

Der arbejdes på regionalt niveau på udarbejdelse af en SFI, der vil kunne bruges i til nem og hurtig, tidstro registrering. Der arbejdes også på fælles regionale retningslinjer for registrering af tid til speciallæge (herunder både Set af speciallæge og Konfereret med speciallæge). Begge dele forventes færdiggjort med henblik på implementering inden udgangen af året.

Det forventes derfor at de første data på området vil kunne præsenteres for regionsrådet i forbindelse med opfølgning på det regionale målbillede i andet kvartal 2018. Det må dog forventes, at der vil være en vis indkøringstid, før data fra alle matrikler er af tilstrækkelig høj kvalitet, idet det tager tid at implementere ny registreringspraksis. Der er pt ikke fastsat konkrete mål for, hvor mange patienter der skal være set af eller konfereret med speciallæge indenfor en time. Fastlæggelse af et konkret mål afventer valide data på området.

Ad.5 Foreløbig opgørelse af effekten og kvaliteten af forsøgsordningen i Silkeborg med de fleksible medicinske akutmodtagelser mv

Fra efteråret 2015 er der på Regionshospital Silkeborg gennemført et forskningsprojekt der er rettet mod kendte patienter med kroniske lidelser. Projektet hedder Flexible indlæggelser. Projektet retter sig mod patienter med kronisk sygdom, der allerede er kendte på på hospitalet i Silkeborg. Projektet indebærer, at en udvalgt patientgruppe³, der allerede er kendte og i forløb på Regionshospital Silkeborg, får tilbud om, at de og deres pårørende kan komme i direkte kontakt med deres specialafdeling hele døgnet. I forbindelse med deres henvendelse til afdelingen, kan de få råd og vejledning, ligesom de kan blive inviteret ind til yderligere undersøgelser, og hvis der er behov for det, indlægges direkte på specialafdeling uden visitation via egen læge eller forudgående indlæggelse på akutafdelingen. Patienterne kan også henvises til et ambulante besøg senere, eller der kan henvises til den kommunale sygepleje eller egen læge eller vagtlæge.

Projektet følges forskningsmæssigt, og evalueres blandt andet i forhold til :

- Sundhedstilstand
 - f.eks. livskvalitet eller mortalitet

³ Borgere i Silkeborg Kommune med kronisk eller geriatrisk sygdom, der i forvejen er kendt i Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg enten pga. tidligere indlæggelser eller ambulante kontakter. Tilbuddet retter sig til borgere med: KOL, Inflammatorisk tarmsygdom, Kroniske hjertelidelser, Kroniske leverlidelser og patienter med Ældresygdomme

- Klinisk- og brugeroplevet kvalitet
 - f.eks. antal akutte indlæggelser (klinisk kvalitet) eller patienttilfredshedsundersøgelse (brugeroplevet kvalitet)
- Omkostninger per capita
 - f.eks. totale omk. pr. borger/måned

Der er udgivet en rapport om de foreløbige erfaringer fra projektets første år. Rapporten er vedlagt. Endelige resultater af forskningsprocessen præsenteres i en phd-afhandling i løbet af 2018.

På Regionshospitalet Silkeborg har man i en periode arbejdet med at modtage en række af de akut henviste visiterede medicinske patienter i en modtage- og observationsstol, med henblik på hurtig afklaring af patientens situation. Fra første marts 2017 er ordningen udvidet så alle patienter, der er henvist til akut indlæggelse, udover at blive undersøgt af en sygeplejerske og en yngre læge, og få taget de relevante blodprøver, nu også allerede indenfor en time vurderes af en speciallæge. Speciallægen tager på baggrund af det samlede billede stilling til, om patienten kan håndteres i observationsstolen og udskrives efter få timer, eller om patienten skal indlægges.

De akutte visiterede patienter i Silkeborg modtages dermed fra 1. marts 2017 efter samme princip som akutte patienter i akutafdelingerne – med aktiv involvering af en speciallæge i den første fase af forløbet, nemlig inden den første time er gået.

I Silkeborg har man fulgt indsatsen nøje, og ved derfor, at man som resultat af omlægningen af patientforløbet i marts, april og maj har "konverteret" hhv. 113, 123 og 118 patienter fra akut indlagte til ambulante, og de udskrives i gennemsnit 4,5 timer efter de er kommet i en Modtage- og observationsstol.

I forbindelse med omlægning af patientforløbene på akutafdelingerne har man ikke talt og fulgt op på helt samme måde, og der foreligger derfor ikke direkte sammenlignelige tal. Men hvis man kigger på de seneste 2 1/2 år (2015 til og med 2. kvartal af 2017), er i alt cirka 33.000 akutte medicinske patientforløb afsluttet inden 6 timer på Region Midtjyllands hospitaler. Det svarer til, at der på månedsbasis i gennemsnit på tværs af regionens hospitaler er afsluttet omkring 1.100 akutte medicinske forløb inden 6 timer efter modtagelse på hospitalet. For sammenlignelighedens skyld er alene patienter over 16 år medtaget i opgørelsen.