

Rapport

# Akutmodtagelserne i Danmark

Forudsætninger, udfordringer og fremtidige pejlemærker



Marie Henriette Madsen & Martin Williams Strandby

Akutmodtagelserne i Danmark – Forudsætninger, udfordringer og fremtidige pejlemærker

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-7119-549-1

Projekt: 11559

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

# Forord

I denne rapport fremgår resultaterne af en undersøgelse af akutmodtagelsernes bidrag til akutte patientforløb, udfordringer ved den nuværende organisering af akutmodtagelserne, de væsentligste forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser samt pejlemærker og udviklingsspor for fremtidens akutmodtagelser. Undersøgelsen er rekvireret af Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet med det formål at give input til det nuværende arbejde med at formulere nye nationale anbefalinger til akutområdet.

Undersøgelsen består af en interviewundersøgelse og en spørgeskemaundersøgelse. Vi ønsker at rette en stor tak til de mange regionale og kommunale ledere, vagtchefer og afdelingsledere på landets akuthospitaler, som i interview og spørgeskemabesvarelser har bidraget med vurderinger af de nuværende akutmodtagelser og perspektiver på relevante pejlemærker for fremtiden. Derudover vil vi rette en tak til de to ledere fra hhv. et hospital og en kommune, som testede en tidlig version af spørgeskemaet.

Vi ønsker også at rette en stor tak til de eksterne reviewere, som har bidraget med gode kommentarer til undersøgelsen og denne rapport.

*Pia Kürstein Kjellberg*

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed

2018

# Indhold

Sammenfatning .....	5
1 Indledning.....	10
1.1 Undersøgelsens formål.....	11
1.2 Læsevejledning.....	11
2 Metode .....	13
2.1 Interviewundersøgelse.....	13
2.2 Spørgeskemaundersøgelse.....	16
3 Akutmodtagelsernes bidrag til de akutte patientforløb .....	21
3.1 Effektiv organisering af akutte patientforløb .....	21
3.2 Kvalitet i hospitalernes ydelser i de akutte patientforløb .....	26
3.3 Bedre samarbejdsrelationer, internt på hospitalet .....	28
4 Udfordringer ved den nuværende organisering af akutmodtagelserne .....	31
4.1 Korrekt og rettidig visitation ved speciallæger .....	31
4.2 Akutmodtagelsernes og hospitalernes kapacitet .....	36
4.3 Samarbejdet om indlæggelse og udskrivelse i de akutte patientforløb .....	37
5 Forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser .....	43
5.1 Kompetencer i akutmodtagelserne .....	44
5.2 Let adgang til diagnostik .....	52
5.3 Mulighederne for viderehenvielse og løbende frigivelse af plads i akutmodtagelserne .....	53
5.4 Samarbejde med andre afdelinger og over sektorgrænser .....	56
6 Mulige udviklingsspor og pejlemærker for fremtidens akutmodtagelser .....	58
6.1 Fortsat fokus på speciallæger i front og bred repræsentation af specialer .....	59
6.2 Samarbejde og arbejdsdeling i sektorovergange .....	62
6.3 Forskning og kvalitetsudvikling .....	67
6.4 Fokus på patienter med psykiatriske lidelser.....	70
7 Konklusion og diskussion .....	72
7.1 Akutmodtagelsernes og akuthospitalernes interne organisering.....	72
Litteratur .....	76

# Sammenfatning

Sundhedsstyrelsen udgav i 2007 et planlægningsgrundlag for et styrket akutberedskab i det regionale sundhedsvæsen (Sundhedsstyrelsen, 2007). Her blev det anbefalet, at alle akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse, at alle patienter skal visiteres til akutmodtagelserne via almen praksis eller opkald til præ-hospital telefonvisitation (vagtlæge/1813), og at det sikres, at alle patientgrupper behandles hurtigst muligt i akutmodtagelserne eller sendes videre til relevant specialafdeling. Der blev samtidig stillet krav til tilstedeværelse af en række relevante specialer og diagnostiske faciliteter på akutsygehusene, til tilstedeværelse af speciallæger i akutmodtagelserne og til øget sengekapacitet i akutmodtagelserne, så flere patienter kunne færdigbehandles her.

Sundhedsstyrelsen, Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner udarbejdede i 2014 og 2016 to statusrapporter (Ministeriet for Sundheds og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen & Danske Regioner, 2014, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen & Sundheds- og Ældreministeriet, 2016), som beskriver, hvor langt de nuværende 21 akuthospitaler er i realiseringen af visionerne for akutområdet. Denne undersøgelse følger op på disse statusrapporter ved at undersøge, hvad der skal til, for at akutmodtagelserne kan indfri forventningerne om styrket kvalitet, effektivitet og patienttilfredshed. Herunder er følgende ønsket belyst:

- At skabe overblik over, hvordan akutmodtagelserne bidrager til den nye hospitalsstruktur
- At tilvejebringe en klarere forståelse af, hvilke organisatoriske, faglige og teknologiske forudsætninger der i dag understøtter velfungerende akutmodtagelser
- At afdække mulige udviklingsspor og pejlemærker for akutmodtagelserne i fremtiden.

## Undersøgelsens empiriske grundlag

Undersøgelsen bestod af to dele; en interviewundersøgelse og en spørgeskemaundersøgelse. Til interviewundersøgelsen blev der udvalgt 7 hospitaler med akutmodtagelser, som tilsammen dækkede akutmodtagelser af forskellig størrelse og specialiseringsgrad, som sikrede, at alle regioner var repræsenteret. Fra disse hospitaler blev hospitalsledelse, afdelingsledere fra akutmodtagelserne og afdelingsledere fra relevante andre afdelinger på hospitalerne interviewet. Desuden deltog regionale planlægningschefer, ledere af den præ-hospital indsats i kommunerne, kommunale ledere og vagtchefer i interview.

På baggrund af interviewene blev der identificeret en række forhold inden for temaerne:

1. Akutmodtagelsernes bidrag til de akutte patientforløb
2. Forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser
3. Udfordringer i den nuværende akutmodtagelse
4. Pejlemærker og udviklingsspor for akutmodtagelser i fremtiden.

På baggrund heraf blev der udarbejdet et spørgeskema, som blev sendt til afdelingsledere for akutmodtagelserne og for relevante specialafdelinger fra alle 21 hospitaler med akutmodtagelser, 98 kommunale ledere for sundhedsområdet, 5 ledere af den præ-hospital indsats og 5 ledere af vagtlægeordningen/1813. Heraf har 60 % besvaret spørgeskemaet.

## Akutmodtagelsernes bidrag til de akutte patientforløb

Akutmodtagelsernes organisering med speciallæger i front og lettere adgang til diagnostiske ressourcer har ifølge ledere af akutmodtagelser og øvrige afdelinger bidraget til *kortere og mere fokuserede patientforløb*, idet:

- Færre patienter ligger i akutmodtagelsen og venter på udredning
- Flere patienter afsluttes i akutmodtagelserne, dvs. at færre indlægges unødigt
- Specialafdelingerne får en større ro til at tage sig af behandling og pleje af patienter inden for eget speciale.

Der ses en tendens til, at afdelingsledere fra hospitaler med høj specialiseringsgrad er mere positive i deres vurdering heraf, end afdelingsledere fra hospitaler med lavere specialiseringsgrad er.

Kommunerne oplever i højere grad de mere effektive forløb som en udfordring, idet det stiller krav til kommunernes kompetencer ift. at færdiggøre visse typer af behandling og til afklaring af behandlingsansvar mellem hospitalets læger og almen praksis.

Ledere af akutmodtagelser og de øvrige afdelinger vurderer overvejende, at akutmodtagelserne bidrager til *bedre kvalitet i de leverede ydelser* i form af mere ensartet og kvalificeret udredning og visitation samt som følge heraf: behandling på rette tid og rette sted. Følgende antages at medvirke hertil:

- at de akutte enheder er blevet samlet, og at der er tilstedeværelse af relevante specialer i akutmodtagelserne
- at de yngre læger ikke længere står alene med behandlingsansvaret, men at speciallæger enten er i helt front eller til rådighed, så de kan sparre med yngre kolleger.

Der ses en tendens til, at ledere af akutmodtagelserne er mere positive i deres vurdering heraf sammenlignet med ledere af de øvrige afdelinger.

Etableringen af akutmodtagelserne beskrives som en konfliktfyldt proces, der over tid har medvirket til at etablere nye og i nogle tilfælde *stærkere samarbejdsrelationer internt på akuthospitalerne*. Arbejdsgrupper omkring akutmodtagelserne, konkrete procedurer for samarbejde omkring flow og kapacitetsudnyttelse samt uformelle relationer og kendskab til muligheder og arbejdsgange på tværs af organisatoriske grænser og sektorgrænser nævnes som væsentlige faktorer i etableringen af gode samarbejdsrelationer. Også her ses en tendens til, at ledere fra akutmodtagelserne er mere positive i deres vurdering af akutmodtagelsernes bidrag til samarbejdet internt på hospitalet.

### **Udfordringer ved den nuværende organisering af akutmodtagelserne**

I interviewene med afdelingsledere af akutmodtagelser og øvrige hospitalsafdelinger samt kommunale ledere udpeges følgende at udgøre udfordringer ved den nuværende organisering af akutmodtagelserne:

- *At nogle patienter kommer til at vente for længe*, før de tilses af en speciallæge, og at beslutning om det videre behandlingsforløb – herunder fx visitation af patienter til specialafdelingerne – forsinkes. Denne udfordring relateres bl.a. til muligheden for at sikre tilstedeværelse af speciallæger i akutmodtagelserne.
- At nogle patienter visiteres til specialafdelinger på forkert grundlag.
- At koordinering og samarbejdet omkring patienter, der enten sendes direkte hjem fra akutmodtagelserne eller sendes hjem efter indlæggelse, udfordres af:
  - *Kommunernes mulighed for at hjemtage patienter*, som sendes direkte hjem efter at være tilset i en akutmodtagelse eller sendes hjem med et fortsat behandlingsbehov efter en indlæggelse
  - *Eksisterende kommunikationsveje*, som ikke understøtter informationsdeling om patienter, der sendes direkte hjem fra akutmodtagelserne uden at blive indlagt

- *Mange samarbejdsrelationer og store geografiske afstande mellem kommuner og hospital* udfordrer det et tætte gensidige kendskab mellem de to parter og medvirker til, at det er svært for hospitalets personale at få et overblik over, hvilke muligheder de enkelte kommuner har, når de skal modtage en patient efter udskrivelse.

Spørgeskemaundersøgelsen bekræfter, at disse forhold opleves som udfordringer, men viser også, at der er variation i besvarelsene fra ledere af hhv. hospital, kommune og den præ-hospitale indsats.

- Ledere af akutmodtagelserne angiver, at de mange samarbejdsflader mellem hospital er den største udfordring for ledere af akutmodtagelserne.
- Kommunale ledere angiver, at den største udfordring er, at flere patienter udskrives med et fortsat behandlingsbehov, og at der kan opstå uklarhed om, hvem der er den behandlingsansvarlige læge (hospitalslægen eller den praktiserende læge) ved udskrivelse.
- Ledere af de øvrige afdelinger på hospitalerne angiver, at den væsentligste udfordring er, at patienter sendes hjem med et fortsat behandlingsbehov, og at den fælles indgang for akut syge patienter medvirker til, at patienter med mindst akutte lidelser kommer til at vente længere end tiltænkt i akutmodtagelserne, før der træffes beslutning om det videre behandlingsforløb.

Samtlige aktører synes være enige om, at de nuværende kommunikationsveje vanskeliggør kommunikationen mellem hospital, kommune og almen praksis.

### **Forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser**

Undersøgelsen giver anledning til at fremhæve følgende komponenter som forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser:

*Kompetencer:* Kompetencer fremhæves som den væsentligste forudsætning for velfungerende akutmodtagelser. På lægesiden fremhæves speciallægekompetencer som den vigtigste forudsætning for hurtig og præcis udredning af patienter og beslutning om det videre patientforløb. Dernæst fremhæves kompetencer til ledelse af patientflowet i afdelinger – herunder at sikre bedst mulig udnyttelse af kapaciteten og systematik i visitationen. Sidstnævnte vurderes dog at være mindre vigtig end de kliniske kompetencer, særligt af afdelingsledere fra de øvrige afdelinger på hospitalerne.

På sygeplejesiden nævnes en kombination af kompetencer i akut sygepleje samt mere specialiserede medicinske kompetencer, så de også kan passe akutmodtagelsens sengeafsnit. Her fremgår kompetencer i akut sygepleje som den vigtigste kompetence. Der er desuden en tendens til, at ledere fra akutmodtagelserne vurderer, at sygeplejerskekompetencer inden for de medicinske specialer er vigtigere end ledere fra de øvrige afdelinger.

*Let adgang til diagnostik:* Hurtige og effektive patientforløb afhænger også af, at der er let adgang til diagnostiske faciliteter og kompetencer. Vurderingen er, at der i høj grad er let adgang til diagnostiske faciliteter i dagtimerne og i mindre grad i aften- og nattetimerne. Desuden spiller den præ-hospitale indsats potentielt også en stor rolle, da nogle værdier allerede kan måles i ambulancen og sikre hurtig triage og behandlingsstart.

*Muligheder for viderehenvielse og løbende frigivelse af plads i akutmodtagelserne:* Det er afgørende, at der i akutmodtagelserne løbende frigives plads til nye patienter, og at der derfor er mulighed for at viderehenvise patienterne til andre aktører i og uden for hospitalerne.

Internt på hospitalerne er der aftaler om, hvornår patienter skal flyttes til specialafdelingerne, hvem der har visitationsretten, og hvad man gør i tilfælde af overbelægning på hospitalet. Dette vurderes både som vigtigt og som et forhold, der i stort omfang er til stede.

Endelig er kommunernes mulighed for at hjemtage patienter vigtig, hvilket både stiller krav til kommunernes måde at organisere sig på og til de sundhedsfaglige kompetencer i kommunerne, bl.a. i relation til at kunne varetage patienter, der sendes hjem fra akutmodtagelsen med et fortsat behandlingsbehov.

*Ligeværdigt samarbejde og relationer:* Samarbejdet mellem de mange aktører involveret i et akut patientforløb er ligeledes en vigtig brik i at sikre akutmodtagelsernes mulighed for at levere effektive patientforløb af høj kvalitet. Samarbejde på tværs af specialer og sektorer har derfor været og er fortsat et væsentligt opmærksomhedspunkt. Følgende fremhæves som betydningsfuldt for et velfungerede samarbejde:

- Klare aftaler om arbejdsgange, behandlingsansvar, visitationsret m.m.
- Personligt kendskab og kendskab til samarbejdspartneres organisering og arbejde
- Tillid og ligeværdige relationer.

### **Mulige udviklingsspor og pejlemærker for fremtidens akutmodtagelser**

Selvom akutmodtagelserne de seneste 10 år har arbejdet med at etablere velfungerende arbejdsgange og samarbejde internt på hospitalet, så fremgår der af denne undersøgelse også en række mulige pejlemærker og udviklingsspor, som kan forfølges i fremtiden.

*Fortsat fokus på speciallæger i front og bred repræsentation af specialer:* På den ene side viser undersøgelsen, at de hospitalsansatte ledere eftersøger muligheder for lokal tilpasning af akutmodtagelserne og herunder større mulighed for at lade patientgrundlag og tilgængeligheden af speciallægeressourcer afgøre, hvilke specialer der er til stede i akutmodtagelsen og til hvilke tider. Omvendt er der også en bekymring for, om man derved undergraver den kvalitet, man har bygget op over en årrække. Spørgeskemaet viser i tråd hermed, at fortsat fokus på tilstedeværelse af speciallægekompetencer entydigt opleves som et vigtigt pejlemærke, hvor der er mere variation i vurderingen af mulighederne for lokale tilpasninger i den måde, akutmodtagelserne er organiseret på.

*Samarbejde og arbejdsdeling:* Den udvikling, som er sket på akutmodtagelserne, som har medført, at flere patienter sendes hjem fra akutmodtagelserne med et behandlingsbehov, stiller krav til kommunernes organisering af deres akutberedskab. Der er stor velvilje at spore fra begge parter til at udbygge og understøtte samarbejdet omkring de akutte patientforløb, herunder at sikre klare aftaler om arbejdsdelingen og tættere samarbejde om konkrete patienter både ved indlæggelse og udskrivelse. Derudover synes der at være enighed om, at der er behov for at sikre kompetencer i kommunerne, så de både kan varetage patienter, der hjemsendes fra akutmodtagelser, og bidrage til vurderingen af patienter, inden de indlægges.

Hvad angår samarbejdet mellem akutmodtagelserne og den præ-hospitale indsats ses også stor vilje til udbygget samarbejde samt en stor vilje fra de præ-hospitale ledere til at diskutere, om opgaveporteføljen i den præ-hospitale indsats kan udvides.

Endelig udpeges en række forslag til ændrede arbejdsdelinger mellem akutmodtagelserne og hhv. kommuner, vagtlægeordningen og den præ-hospitale indsats. Herunder fx øget samarbejde omkring indlæggelse mellem akutmodtagelserne og hhv. kommuner og den præ-hospitale indsats.

*Forskning og kvalitetsudvikling:* Selvom der er en fornemmelse af, at akutmodtagelserne har bidraget til hurtigere patientforløb og højere kvalitet i de ydelser, der tilbydes, så er der også et vurderet behov for at styrke forskningen omkring de akutte patientforløb. Herunder vurderes det, at det er væsentlige pejlemærker at sikre bedre betingelser for at lave forskning i akutte patientforløb på tværs af sektorgrænser, hvilket kræver større mulighed for at dele data.



*Fokus på patienter med psykiatriske lidelser:* Flere akutmodtagelser står overfor at skulle lægges fysisk sammen med de psykiatriske akutmodtagelser. Det vil stille nye krav til kompetencerne i de somatiske akutmodtagelser, som skal være i stand til både at vurdere og håndtere patienter med psykiske lidelser. Derfor foreslog nogle afdelingsledere fra psykiatrien, at samarbejdet mellem somatiske og psykiatriske akutmodtagelser bliver organiseret med fælles arbejdsflader, hvor speciallæger eller sygeplejersker fra de psykiatriske afdelinger fysisk befinder sig i de somatiske akutmodtagelser – eller omvendt – med henblik på at identificere og håndtere patienter med psykiske lidelser.

### **Samlet konklusion**

På baggrund af undersøgelsen konkluderes det, at relevante udviklingsspor og pejlemærker for akutmodtagelserne i fremtiden dels relaterer sig til den interne organisering i akuthospitalerne, dels til de forskellige aktørers opgaver i relation til de akutte patientforløb og til tværgående opmærksomhedspunkter, som vedrører alle involverede aktører.

For de enkelte aktører udpeges følgende som udviklingsspor og pejlemærker:

- I *akutmodtagelserne* identificeres et fortsat behov for at være opmærksom på tilstedeværelsen af speciallægekompetencer, da det er et forhold, som bidrager både til kvalitet, kapacitetsudnyttelse og flow. Dernæst fremgår mulighederne for lokale organisatoriske tilpasninger, så akutmodtagelserne kan blive tilpasset til hospitalernes forskellige specialiseringsgrader, rekrutteringsudfordringer, patientgrundlag m.m.
- I *kommunerne* identificeres et behov for at sikre kapacitet og kompetencer til at modtage patienter både efter indlæggelser i akutmodtagelserne, og når de sendes direkte hjem fra akutmodtagelserne uden at blive indlagt. Desuden er det nødvendigt med kompetencer i kommunerne til at vurdere basale sygdomstegn, så borgere ikke sendes unødigt til akutmodtagelserne.
- I *den præ-hospitale indsats* identificeres et potentiale i, at ambulanceredderne kan udføre diagnostiske undersøgelser i borgeres hjem og være i dialog med hospitalslæger, praktiserende læger eller vagtlæger, om borgeren skal indlægges eller ej.
- I *vagtlægeordningen* identificeres også et potentiale i at gøre de diagnostiske faciliteter tilgængelige, så man undgår unødige indlæggelser. Desuden kan tilstedeværelse af personale fra specialafdelingerne også være et tiltag, der potentielt kan bidrage til, at kvaliteten i henvisningerne forbedres, og at nogle henvisninger kan undgås.

På tværs af aktører udpeges følgende som væsentlige udviklingsspor og pejlemærker:

*Kapacitetsudnyttelse og flow:* En af de væsentligste forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser, men en forudsætning, som akutmodtagelserne ikke kan sikre alene. Akutmodtagelserne er afhængige af, at der undgås unødige indlæggelser, og at det er muligt at sende patienter videre 1) hvis der ikke er behov for indlæggelse og 2) efter indlæggelse.

*Kommunikation og datadeling over sektorgrænser:* Der er behov for tidstro information om, hvor patienten befinder sig, og hvad status er på patientforløbet. De nuværende kommunikationssystemer understøtter ikke det hurtige flow på akutområdet, og der kan opstå uklarhed om, hvem der har ansvaret for patienten. Desuden efterspørges muligheden for at understøtte forskning på tværs af de involverede aktører, så der kan etableres en klarere forståelse af, hvilken betydning enkeltdele i patientforløbene har for fx for kvalitet.

# 1 Indledning

Sundhedsstyrelsen udgav et planlægningsgrundlag for et styrket akutberedskab i det regionale sundhedsvæsen (Sundhedsstyrelsen, 2007). Heri blev det bl.a. anbefalet:

- at alle akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse
- at alle patienter skal visiteres til akutmodtagelserne via almen praksis eller opkald til præ-hospital telefonvisitation<sup>1</sup>
- at det sikres, at alle patientgrupper behandles hurtigst muligt i akutmodtagelserne eller sendes videre til relevant specialafdeling.

Sundhedsstyrelsens planlægningsgrundlag stillede ikke bare krav til etableringen af akutmodtagelserne<sup>2</sup>, men også den øvrige organisering på akuthospitalerne. Heriblandt blev der både stillet krav til tilstedeværelse af en række relevante specialer<sup>3</sup> og faciliteter<sup>4</sup>, til tilstedeværelse af speciallæger inden for en række specialer<sup>5</sup>, til dimensionering af sengekapaciteten i såvel akutmodtagelse og i specialafdelinger samt samarbejdet om de akutte patientforløb.

21 akutmodtagelser er blevet etableret i regionerne siden 2007, dog i forskelligt tempo og med forskellige betingelser for etablering. Ifølge en statusrapport udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner i 2014 var der eksempelvis kun 15 akutmodtagelser, som var etableret som samlet modtagelse (Ministeriet for Sundheds og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen & Danske Regioner, 2014, s. 28). Derudover var kun 4 af de 21 akutmodtagelser etableret med det forventede antal senge (Ibid, s. 19). Organisering af hospitalernes akutberedskab er altså relativt ny og under fortsat udvikling, hvilket bl.a. skal ses i sammenhæng med de mange sygehusbyggerier, som har som delmål at understøtte implementeringen af akutmodtagelserne via de fysiske rammer. Nogle akutmodtagelser fungerer således i nye rammer tilpasset visionerne for akutmodtagelserne, hvor andre fortsat indgår i den eksisterende bygningsmasse og tilpasser arbejdsgange hertil (Madsen & Meier, 2017, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen & Sundheds- og Ældreministeriet, 2016).

Akutområdet er i fortløbende udvikling, samtidig med at de visioner, som blev beskrevet i 2007, fortsat skal implementeres. Inden for det seneste år er der taget flere andre initiativer, som skal bidrage til en styrkelse af akutområdet. Der er bl.a. truffet beslutning om at etablere et speciale i akutmedicin<sup>6</sup> (Sundhedsstyrelsen, 2017b), hvilket forventes at bidrage til udviklingen af akutmodtagelserne, fx til forskning, rekruttering og kompetenceudvikling. Der er desuden formuleret en række kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner (Sundhedsstyrelsen, 2017a), som skal bidrage til at understøtte en ensartet høj kvalitet og understøtte kommunernes samarbejde med sygehuse og almen praksis. I økonomiaftalen for 2018 mellem Regeringen og Danske Regioner fremgår det derfor, at der skal igangsættes et arbejde med at opdatere anbefalingerne til den regionale sundhedsplanlægning og organisering af akutmodtagelserne. Som led i dette arbejde skal parterne ”... *belyse organisering, processer og snitflader mv. på de 21 akutmodtagelser*” (Regeringen & Danske Regioner, 2018). Derfor har Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner ønsket

<sup>1</sup> Egen læge i dagtimer, vagtlæge/1813 i aften- og nattetimer.

<sup>2</sup> I nogle regioner anvender man betegnelsen 'akutafdelinger' frem for 'akutmodtagelser'. I denne rapport anvendes konsekvent betegnelsen 'akutmodtagelser'.

<sup>3</sup> Intern medicin, ortopædkirurgi, kirurgi (parenkym), anæstesiologi, diagnostisk radiologi og klinisk biokemi.

<sup>4</sup> Konventionelle røntgenundersøgelser, CT-scanning, ultralydsundersøgelser (fx ekkokardiografi), akutte operationsfaciliteter og laboratorieanalyser (klinisk biokemi).

<sup>5</sup> Anæstesiologi, intern medicin, kirurgi og ortopædkirurgi. Desuden speciallæger, som kan foretage akutte ultralydsundersøgelser (fx ekkokardiografi).

<sup>6</sup> <https://www.sst.dk/da/nyheder/2017/nyt-laegespiale-i-akutmedicin>.

en undersøgelse, der kortlægger organisering, arbejdstilrettelæggelse og samarbejdskonstellationer i og omkring akutmodtagelserne.

## 1.1 Undersøgelsens formål

Formålet med denne undersøgelse er at undersøge, hvad der skal til, for at akutmodtagelserne kan indfri forventningerne om styrket kvalitet, effektivitet og patienttilfredshed. Herunder ønskes følgende belyst:

- At skabe overblik over, hvordan akutmodtagelserne bidrager til den nye hospitalsstruktur
- At tilvejebringe en klarere forståelse af, hvilke organisatoriske, faglige og teknologiske forudsætninger der i dag understøtter velfungerende akutmodtagelser
- At afdække mulige udviklingsspor og pejlemærker for akutmodtagelserne i fremtiden.

Nærmere bestemt er det undersøgt, hvordan akutmodtagelserne har bidraget til effektivitet og kvalitet i de akutte patientforløb, og hvilke forudsætninger for velfungerende forløb der allerede er til stede, og hvilke der bør være til stede, men endnu mangler og som kan understøttes i fremtiden. Heri indgår også en vurdering af, hvilke udfordringer der er ved den nuværende organisering af akutmodtagelserne. I undersøgelsen er der et primært fokus på akutmodtagelserne, men akutmodtagelserne kan ikke ses som en isoleret aktør, og der er derfor også fokus på samarbejdet med kommunerne, den præ-hospitale indsats og almen praksis.

Undersøgelsen er baseret på interview og en spørgeskemaundersøgelse med deltagelse fra centrale aktører knyttet til akutmodtagelserne, herunder både afdelingsledelser for akutmodtagelser og for andre afdelinger på akuthospitalerne samt ledere af den præ-hospitale indsats i regionerne og for akutområdet i kommunerne.

## 1.2 Læsevejledning

I næste kapitel (*kapitel 2*) fremgår en **metodebeskrivelse** af interviewundersøgelsen og spørgeskemaundersøgelsen. Derefter er rapporten struktureret i fire dele, der præsenterer resultatet af undersøgelsen inden for fire temaer.

- *Kapitel 3* præsenterer informanternes vurdering af, hvordan akutmodtagelserne bidrager til patientforløb og arbejdsorganisering i den nye hospitalsstruktur
- *Kapitel 4* handler om, hvilke udfordringer, som opleves ved den nuværende organisering af akutmodtagelserne
- *Kapitel 5* handler om forudsætningerne for velfungerende akutmodtagelser og for at levere effektive akutte patientforløb af høj kvalitet
- I *kapitel 6* udfoldes de udviklingsspor og pejlemærker for akutmodtagelserne i fremtiden, som blev fremhævet i undersøgelsen.

*Kapitel 3-6* indledes med en oversigt over kapitlets hovedpointer med det formål at give læseren et hurtigt overblik. Hovedpointerne udfoldes dernæst i selve kapitlet, idet fundene fra interviewundersøgelsen beskrives først og suppleres med fundene fra spørgeskemaundersøgelsen. Til sidst i *kapitel 7* sammenfattes undersøgelsens samlede konklusioner.

Undersøgelsen er baseret på vurderinger foretaget af aktører knyttet direkte til akutmodtagelserne eller væsentlige samarbejdspartnere i akuthospitalerne, i almen praksis og i kommunerne. I rapporten formidles sammenfatninger af synspunkter, og der er anvendt direkte citater fra interviewene. Sidstnævnte er med henblik på at eksemplificere væsentlige synspunkter, og citaterne skal derfor ikke læses som udtryk for bestemte gruppers samlede synspunkt eller vurdering. Til gengæld illustrerer svarfordelinger på relaterede spørgsmål stillet i spørgeskemaet vurderingerne foretaget blandt en bredere kreds af respondenter.

Der indgår desuden et bilag i rapporten, hvor interviewguides, spørgeskema samt spørgeskemabesvarelser fremgår. Dette bilag udgør et selvstændigt appendix til denne rapport og kan downloades fra VIVEs hjemmeside.

## 2 Metode

### Metode – kort fortalt

Undersøgelsen er gennemført i to dele:

#### Interviewundersøgelse på syv udvalgte akutmodtagelser

Første del af undersøgelsen er en interviewundersøgelse, som havde til formål at afsøge relevante aktørers perspektiver på, hvilke faktorer der er afgørende for, at akutmodtagelserne kan bidrage med øget kvalitet, service og effektivitet på hospitalerne, hvad der er væsentlige elementer for at realisere en velfungerende akutmodtagelse, bud på fremtidige pejlemærker, og hvordan akutmodtagelserne kan understøttes i fremtiden.

Interviewundersøgelsen bestod af interview med afdelingsledere fra 7 udvalgte hospitaler (ledere af akutmodtagelser og ledere fra relevante øvrige afdelinger på hospitalet), 5 regionale planlægningschefer, 5 ledere af den præ-hospitale indsats (1813 i Region Hovedstaden), 2 ledere af kommunale sundheds- eller akutfunktioner samt 1 vagtchef.

#### Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse

Anden del af undersøgelsen bestod af en landsdækkende efterprøvning af fundene i interviewundersøgelsen udformet som et elektronisk spørgeskema sendt via mail til samtlige akutmodtagelser og et bredt dækkende udvalg af samarbejdspartnere i kommuner, den præ-hospitale indsats og vagtlægeordningen/1813.

152 af de i alt 216 inviterede valgte at deltage i undersøgelsen. 130 af disse gennemførte, hvilket svarer til en samlet svarprocent på 60,19 %.

### 2.1 Interviewundersøgelse

Første del af undersøgelsen er en interviewundersøgelse, som havde til formål at afsøge relevante aktørers perspektiver på, hvilke faktorer der er afgørende for, at akutmodtagelserne kan bidrage med øget kvalitet, service og effektivitet på hospitalerne, hvad der er væsentlige elementer for at realisere en velfungerende akutmodtagelse, bud på fremtidige pejlemærker, og hvordan akutmodtagelserne kan understøttes i fremtiden.

#### 2.1.1 Udvalgelse af deltagere i interview

Til interviewundersøgelsen blev der udvalgt 7 akutmodtagelser, som til sammen skulle repræsentere variationen i de 21 nuværende akutmodtagelser. Her er der ikke tale om et *repræsentativt* udsnit i statistisk forstand, men om et udvalg, som skal sikre en bredde i de perspektiver, som indhentes.

VIVE udarbejdede i samarbejde med styregruppen for undersøgelsen<sup>7</sup> et sæt af udvælgelseskriterier, som skulle sikre, at akutmodtagelser med forskellige karakteristika indgik i undersøgelsen. Disse kriterier var følgende:

- En akutmodtagelse i hver region
- Akutmodtagelser, som geografisk er placeret hhv. langt fra eller tæt på andre hospitaler

<sup>7</sup> Bestående af repræsentanter for Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet

- Akutmodtagelser af forskellig størrelse og kompleksitet, dvs. akutmodtagelser på hospitaler, som har hhv. tilstedeværelse eller fravær af forskellige specialafdelinger
- Akutmodtagelser med forskellige modeller for præ-hospital indsats og visitation (indfanges via repræsentation af alle regioner).

Denne liste blev sendt til de fem regioner, som bidrog med forslag til konkrete akuthospitaler, som kunne indgå i denne del af undersøgelsen. På baggrund heraf udvalgte Styregruppen og VIVE følgende syv akuthospitaler:

- Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland
- Sygehusenhed Vest, Herning, Region Midtjylland
- Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg, Region Syddanmark
- Odense Universitetshospital, Region Syddanmark
- Holbæk Sygehus, Region Sjælland
- Nykøbing Falster Sygehus, Region Sjælland
- Hvidovre Hospital, Region Hovedstaden.

Disse hospitaler blev kontaktet med ønsket om at foretage 1-3 gruppeinterview med en repræsentant for hospitalsledelsen, mindst en repræsentant for akutmodtagelsens afdelingsledelse og mindst en repræsentant for hver af de øvrige afdelinger, som samarbejder med akutmodtagelsen. I nogle hospitaler er interviewene således foretaget med en samlet gruppe af repræsentanter, hvor de i andre hospitaler er blevet delt op, og der er også i nogle tilfælde foretaget individuelle interview med enkelte afdelingsledere, når disse ikke har haft mulighed for at deltage i gruppeinterview.

Der er desuden foretaget interview med ledere af den akutte regionspsykiatri i hver af de fem regioner samt ledere af den præ-hospitale indsats og planlægningschefer i hver region (i nogle tilfælde også med deltagelse fra konsulent med akutområdet som ansvarsområde). Regionale planlægningschefer og ledere af den præ-hospitale indsats blev i 4 af 5 regioner interviewet sammen enten via telefon, videomøde eller fysisk fremmøde. Kun i Region Hovedstaden blev der foretaget separate interview med hhv. planlægningschef og leder af det præ-hospitale område.

Endelig er der foretaget interview med repræsentanter for to kommuner og for vagtlægerne. I udvælgelsen af kommuner blev der lagt vægt på, at de skulle repræsentere hhv. en kommune med store geografiske afstande, herunder også til en akutmodtagelse, og en kommune, hvori der befandt sig en akutmodtagelse. Samtidig blev der lagt vægt på, at de to kommuner lå i samme region, således at den regionale ramme var den samme for samarbejdet mellem kommuner og hospitaler. Konkret blev Viborg Kommune og Ringkøbing-Skjern Kommune udvalgt. Her blev der indledningsvist taget kontakt til kommunernes sundhedschefer, som begge steder henviste til medarbejdere med tættere og mere direkte kontakt med den kommunale sygepleje og akutindsats. Repræsentation af informanter fra almen praksis blev foretaget via kontakt til vagtchefer. Ifølge undersøgelsesdesignet skulle to vagtlæger indgå i denne del af undersøgelsen, og vagtchefer i Region Sjælland, Region Nordjylland og Region Syddanmark blev kontaktet. Blandt disse havde kun en person mulighed for at deltage i interview på tidspunktet for VIVEs henvendelser. Af hensyn til anonymitet fremgår udsagn fra den vagtchef, som deltog i interview, ikke direkte i rapporten. Derimod har dette interview bidraget til udarbejdelsen af spørgeskemaet rettet mod vagtlægerne.

Deltagere i interview med hospitalsledere fremgår af Bilag 1.

## 2.1.2 Interviewenes indhold

Der blev udarbejdet interviewguides tilpasset hhv. informanter internt på hospitalerne, vagtlæger/ledere af den præ-hospitale indsats samt kommune og vagtlæge. De valgte temaer blev udarbejdet med udgangspunkt i eksisterende viden om udfordringerne ved den nuværende organisering af akutmodtagelserne (Brøcker et al., 2013, Brøcker & Ladegaard Bro, 2013, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen & Sundheds- og Ældreministeriet, 2016, Ministeriet for Sundheds og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen & Danske Regioner, 2014, Møllekær et al., 2014, Duvald, 2016), samt med udgangspunkt i de krav til akutmodtagelsernes, som blev formuleret i Sundhedsstyrelsens planlægningsgrundlag fra 2007 (Sundhedsstyrelsen, 2007). Interviewguiden blev desuden kommenteret af undersøgelsens styregruppe, som bestod af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet, hvilket bidrog til justeringer og tilføjelser af spørgsmål.

De temaer og spørgsmål, som indgik i interviewene, fremgår af tekstboksen nedenfor:

### Temaer, som indgik i interviewene

Hvilken værdi har akutmodtagelserne som del af det øvrige sundhedsvæsen?

- Har det givet nye muligheder for planlægning af akutte patientforløb af høj kvalitet internt på hospitalet og i samarbejdet med den præ-hospitale indsats, kommune og almen praksis?

Intern organisering af akutmodtagelserne:

- Hvordan er visitation og behandling tilrettelagt?
- Arbejdes der med standardiserede patientforløb og modeller for visitation? Hvilke?
- Hvilken arbejdsdeling er der mellem læger i akutafdelingen og i specialafdelingerne?
- Hvad er forudsætningerne for effektiv arbejdstilrettelæggelse?
- Hvordan vurderes samarbejdsrelationen mellem akutmodtagelsen og det øvrige hospital? Hvad er forudsætninger for et godt samarbejde?

Kompetencer i akutmodtagelserne:

- Hvilke typer af kompetencer er relevante i akutmodtagelserne (læger og sygeplejersker)?
- Hvad gør sygehusledelse og afdelingsledelse for at sikre, at de relevante kompetencer til er til rådighed? (rekruttering og fastholdelse)

Fysiske rammer:

- Hvilken betydning har de nuværende fysiske rammer for arbejdstilrettelæggelse og samarbejde med de øvrige afdelinger på hospitalet?

Samarbejde mellem akutmodtagelserne og aktører uden for hospitalet:

- Hvilke aftaler er indgået om samarbejdet mellem akutmodtagelser og aktører uden for hospitalet?
- Hvordan foregår samarbejdet i overgangene mellem akutmodtagelsen og andre aktører?

Interviewguiden kan ses i sin fulde længde i Bilag 2.

Alle interview blev optaget, og sidenhen blev der skrevet referat af interviewene med fokus på at indfange de forskellige perspektiver på interviewguidens temaer.

## 2.2 Spørgeskemaundersøgelse

Spørgeskemaundersøgelsen havde til formål at efterprøve de resultater, som blev indsamlet i og omkring de syv udvalgte akutmodtagelser, i en landsdækkende sammenhæng. Den blev udsendt til akutmodtagelser og øvrige relevante specialer på de 21 hospitaler, hvor akutmodtagelserne er placeret, til samtlige 98 kommuner, til ledere af den præ-hospitale indsats samt vagtchefer (regionale ledere af vagtlægeordningen).

### 2.2.1 Spørgeskemaets indhold og konstruktion

Spørgeskemaundersøgelsen blev udarbejdet på baggrund af de resultater og analyser, der fremkom i forbindelse med den forudgående kvalitative del. Det grundlæggende indhold og fokus, såvel som ordlyden i konkrete spørgsmål, er således produceret med udgangspunkt i de kvalitative indsigter, som fremgik i analysen af interviewene. Dette gør det muligt at spørge direkte ind til relativt detaljerede forhold.

Følgende temaer indgik i spørgeskemaet:

1. Akutmodtagelsernes bidrag til organisering af og samarbejde om akutte patientforløb
2. Forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser
3. Udfordringer ved den nuværende organisering af akutmodtagelserne
4. Udviklingsspor og pejlemærker for den videre udvikling af akutmodtagelserne inden for følgende temaer:
  - a. intern organisering på hospitalerne
  - b. samarbejde mellem akutmodtagelser og kommuner
  - c. samarbejde mellem akutmodtagelser og den præ-hospitale indsats
  - d. samarbejde mellem akutmodtagelser og vagtlæger
  - e. forskning og kvalitetsudvikling.

For at sikre validiteten<sup>8</sup> af spørgeskemaet samt at spørgeskemaet var let at forstå og udfylde, blev der gennemført en **pilottest**. To informanter, der også deltog i de kvalitative interview, har modtaget og udfyldt besvarelsen; én informant på et hospital samt én informant i en kommune. Derudover har to forskere på VIVE, som ikke er involveret i denne undersøgelse, modtaget og udfyldt besvarelsen. Projektets styregruppe har desuden også leveret brugbare kommentarer. Forslag til justeringer er efterfølgende inddraget i tilpasningen af det endelige spørgeskema.

Respondenter fra hospitaler (ledere af akutmodtagelse/afdeling og øvrige afdelinger) har besvaret spørgsmål inden for samtlige af de nævnte temaer. De resterende respondenter, det vil sige kommunale ledere, lægevagt samt den præ-hospitale indsats, har besvaret spørgsmål om akutmodtagelsernes bidrag, om udfordringerne ved den nuværende organisering af akutmodtagelserne samt udviklingsspor og pejlemærker angående samarbejde samt forskning og kvalitetsudvikling. Dette er illustreret i Tabel 2.1.

I spørgeskemaet indgår såkaldte '**batterier**' af udsagn inden for samme tema, det vil sige beslægtede spørgsmål, som stilles og besvares i samme ramme og med samme lukkede svarmuligheder. Batterierne er enten formuleret som '*i hvor høj grad synes du, at ...*' eller '*hvor enig eller uenig er du i, at ...*'.

<sup>8</sup> At det rent faktisk måler på det ønskede. For at sikre dette bør der ikke være tvetydige spørgsmål eller spørgsmål, der ikke spørger nøjagtigt ind til relevante aspekter af det givne område.



**Tabel 2.1** Overblik over de forskellige respondenters temaer og spørgsmål

Tema / Respondent	Hospital	Kommune	Præ-hospital	Lægevagt
1. Bidrag	X	X	X	X
2. Forudsætninger	X			
3. Udfordringer	X	X	X	X
4a. Udviklingsspor og pejlemærker – intern organisering	X			
4b. Udviklingsspor og pejlemærker – samarbejde mellem kommuner og akutmodtagelse	X	X		
4c. Udviklingsspor og pejlemærker – samarbejde mellem præ-hospital indsats og akutmodtagelse	X		X	
4d. Udviklingsspor og pejlemærker – samarbejde mellem lægevagt og akutmodtagelse	X			X
4f. Udviklingsspor og pejlemærker – forskning og kvalitetsudvikling	X	X	X	X

Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

Spørgeskemaet indeholder også spørgsmål, der beder respondenterne **prioritere** mellem forskellige valgmuligheder (prioriteringsbatterier). Årsagen til dette valg er, at der forventes en høj grad af enighed med en meget stor del af udsagnene, idet de netop er genereret på baggrund af interviewundersøgelsen og dermed udsagn fra relevante aktører på området. Risikoen ved denne fremgangsmåde er alene at kunne konstatere små forskelle mellem de forskellige udsagn, og at det derfor kun bliver muligt at demonstrere, at alle spørgsmål/udsagn er *dækkende*, uden at der kan udledes noget angående *forholdet* mellem dem.

Prioriteringsbatterierne består af de samme spørgsmål/udsagn fra det foregående batteri, hvor respondenterne svarede på deres grad af enighed. Derudover inkluderer prioriteringsbatteriet også eventuelle yderligere muligheder, som respondenterne selvstændigt har ønsket at tilføje til det forudgående batteri. Efter hvert almindeligt svarbatteri er der således mulighed for at tilføje op til tre forskellige udsagn, udfyldt via åbne tekstbokse.

Selve besvarelsen af prioriteringsbatterierne fungerer ved at trække og slippe de forskellige muligheder rundt, så rækkefølgen afspejler den ønskede prioritering fra øverst til nederst. Rækkefølgen af udsagnene i prioriteringsbatteriet, når respondenterne først møder dem, er bevidst randomiseret, så de fremtræder i tilfældig rækkefølge fra respondent til respondent. Det styrker fortolkningsmulighederne, da eventuelle fejlbesvarelser, hvor respondenterne har undladt at prioritere, ikke medfører *systematiske fejl*, men alene *tilfældige fejl*. Se billede af muligheden i Bilag 3.

Derudover suppleres hvert enkelt prioriteringsbatteri med et efterfølgende spørgsmål vedrørende, hvor sikker prioriteringen er: 'Hvor sikker er du samlet set i din prioritering?' med fire forskellige lukkede svarmuligheder. Analyserne tager højde for, hvor sikre respondenternes prioriteringer er, og kommenterer, i hvor høj grad der kan tillægges meningsfulde og substantielle vurderinger af de konstaterede prioriteringer.

Spørgeskemaet fremgår i sin fulde længde i bilag 3.

## 2.2.2 Deltagere i spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaet blev sendt til samtlige afdelingsledere for de 21 akutmodtagelser samt afdelingsledere for andre afdelinger på de 21 akuthospitaler, som samarbejder med akutmodtagelserne. Derudover er spørgeskemaet sendt til lederne af den præ-hospital indsats samt vagtchefer i de fem

regioner. Lister med navne, organisatorisk tilhørsforhold og mailadresse blev leveret af Danske Regioner. Spørgeskemaet blev desuden sendt til 98 sundhedschefer, som blev opfordret til selv at besvare spørgeskemaet eller sende det til andre relevante ledere i kommunen med indsigt i akutområdet og kommunens indsats på dette område. Sundhedschefernes mailadresser blev fundet via kommunernes hjemmesider. Spørgeskemaerne blev udsendt som et elektronisk survey og med en svarfrist på 3 uger. Der blev udsendt rykkere efter 2 uger til de respondenter, som endnu ikke havde besvaret spørgeskemaet. Da spørgeskemaet blev fremsendt i en sommerferieperiode, blev svarfristen imidlertid udvidet, således at der blev fremsendt endnu en rykker i begyndelsen af august 2018.

Der er i spørgeskemaundersøgelsen en samlet svarproces på 60,19 %, hvis man alene ser på dem, som har gennemført hele spørgeskemaet. Inkluderer man dem, som har angivet nogle svar, men ikke gennemført hele spørgeskemaet, er der en svarprocent på 70 % (Tabel 2.1). Den højeste svarprocent ses blandt hospitalsansatte ledere – herunder særligt ledere af akutmodtagelserne – og ledere af den præ-hospitale indsats (kun 5 respondenter).

**Tabel 2.2** Svarprocent, spørgeskemaundersøgelse

	Hospital		Kommune	Lægevagt	Præ-hospital	I alt
	Akutmodtagelse	Anden afdeling				
Gennemført	24 (72,73 %)	48 (64 %)	51 (52,04 %)	2 (40 %)	5 (100 %)	130 (60,19 %)
Nogle svar	5 (15,15 %)	8 (10,67 %)	8 (8,16 %)	1 (20 %)	0 (0 %)	22 (10,19 %)
I alt	29/33	56/75	59/98	3/5	5/5	152/216

Kilde: Kortlægning af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

Som det fremgår af Tabel 2.2, så er der fremsendt spørgeskemaer til 33 afdelingsledere af de 21 akutmodtagelser, dvs. mindst én leder af hver akutmodtagelse. 29 af ud af de 33 afdelingsledere har helt eller delvist gennemført besvarelsene. Det betyder således også, at der fra 10 akutmodtagelser indgår besvarelser fra den både ledende overlæge og ledende oversygeplejerske.

Ud af de 21 akutmodtagelser er 4 akutmodtagelser ikke repræsenteret blandt de gennemførte besvarelser.<sup>9</sup> I Region Sjælland mangler én akutmodtagelse, mens der er nogle svar fra de øvrige 3. I Region Hovedstaden mangler svar fra 3 akutmodtagelser, mens der er svar fra de resterende 2.

### 2.2.3 Analyse og fremstilling af spørgeskemabesvarelsene

Analyserne af spørgeskemabesvarelsene er udelukkende beskrivende og fremlægger 1) fordelingen af svar på de udvalgte spørgsmål, 2) gennemsnitlige værdier for svarfordelingerne til brug for sammenligning mellem grupper af respondenter og 3) gennemsnitlige værdier for de prioriteringer, som respondenterne er blevet bedt om at foretage (beskrevet i afsnit 2.2.1):

- *Fordelingen af svar:* Her angives procentvise andele af besvarelser inden for hver svarkategori.
- *Gennemsnitlige værdier for svarfordelingerne:* Her angives en gennemsnitværdi for respondenternes samlede besvarelser, idet mest positive svarmulighed repræsenterer en værdi på 4, og den mest negative svarmulighed repræsenterer en værdi på 1, dvs. at højere værdier repræsenterer

<sup>9</sup> Derudover er to akutmodtagelser fra Region Nordjylland alene repræsenteret via den samme, fælles besvarelse fra én leder, der har tilknytning til to akutmodtagelser.

terer mere positive svar. Respondenter, der har svaret 'ved ikke', er ikke inkluderet i dette gennemsnit og bidrager således ikke til den gennemsnitlige værdi. Fordelen ved denne fremstilling er, at sammenligningen mellem grupper af respondenter kan fremstilles på en mere simpel og overskuelig måde. Ulempen er, at det ikke er muligt at se, hvordan svarene fordeler sig inden for de underliggende svarkategorier.<sup>10</sup>

- *Gennemsnitlige værdier for prioriteringer:* Denne type fremstilling følger samme logik som den foregående, idet der angives en gennemsnitsværdi for den måde, respondenterne har rangordnet forskellige udsagns væsentlighed. Her er repræsenteret en værdi på 1 dog, at et udsagn har fået førsteprioritet, og højere værdier repræsenterer, at et udsagn har fået lavere prioritet. Er der eksempelvis fem udsagn, der skal prioriteres imellem, så vil en værdi på 5 repræsentere laveste prioritet. Denne rangordning er illustreret i søjlediagrammer, som typisk er indsat i teksten, første gang de nævnes.

### Opdeling på respondenter

Der er i nogle tilfælde foretaget en opdeling af spørgeskemabesvarelser på forskellige grupper af respondenter. Som udgangspunkt præsenteres resultaterne for respondenter med samme organisatoriske tilhørsforhold (hospital, kommune, præ-hospital, vagtlæge) sammen, men der er også foretaget yderligere inddelinger af respondenter fra hhv. hospital og kommune med henblik på at undersøge, om særlige forhold kan medvirke til at nuancere eller forklare konkrete fund.

Med henblik på at forfølge de hypoteser, som udgjorde baggrunden for udvælgelsen af de 7 akutmodtagelser til interviewundersøgelsen, blev der foretaget en inddeling af de 21 akutmodtagelser/hospitaler efter størrelse og kompleksitet (se Tabel 2.3 og Tabel 2.4):

- *Størrelsen* på akutmodtagelsen er inddelt efter stationær patientomsætning, idet gruppen af store akutmodtagelser håndterer halvdelen af alle akutte patienter, der går gennem akutmodtagelsen, den mellemste gruppe håndterer en tredjedel, og den sidste gruppe håndterer en sjettedel.
- *Kompleksitet/specialiseringsgrad* er inddelt efter specialiseringsgrad, idet hospitaler af høj kompleksitet udgøres af universitetshospitalerne, og lav kompleksitet udgøres af de 0- og 0-lignende hospitaler. Derimellem befinder sig en relativt stor mellemgruppe.

Denne inddeling af hospitalerne efter kompleksitet og størrelse er udarbejdet med bidrag fra undersøgelsens styregruppe.

**Tabel 2.3** Inddeling af akutmodtagelser/hospitaler efter størrelse

Stor (n = 6)	Mellem (n = 8)	Lille (n = 7)
Aalborg Universitetshospital,	Regionshospitalet Randers	Sygehus Thy-Mors
Århus Universitetshospital	Hospitalsenheden Midt, Viborg	Sygehus Vendsyssel
Odense Universitetshospital	Hospitalsenheden Vest, Herning	Regionshospitalet Horsens
Hvidovre Hospital	Sygehus Lillebælt	Sygehus Sønderjylland
Bispebjerg Hospital	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Holbæk Sygehus
Herlev Hospital	Sjællands Universitetshospital, Køge	Nykøbing Falster Sygehus
	Slagelse Sygehus	Bornholms Hospital
	Nordsjællands Hospital, Hillerød	

Anm.: Inddeling udarbejdet i samarbejde med undersøgelsens styregruppe.

Kilde: Kortlægning af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

<sup>10</sup> Disse kan ses af bilag 4.

**Table 2.4** Inndeling af akutmodtagelser/hospitaler efter kompleksitet (specialiseringsgrad)

Høj (n = 3)	Mellem (n = 15)	Lav (n = 3)
Aalborg Universitetshospital Århus Universitetshospital Odense Universitetshospital	Sygehus Vendsyssel Regionshospitalet Randers Hospitalsenheden Midt, Viborg Hospitalsenheden Vest, Herning Regionshospitalet Horsens Sygehus Lillebælt Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg Sygehus Sønderjylland Sjællands Universitetshospital, Køge Holbæk Sygehus Slagelse Sygehus Hvidovre Hospital Bispebjerg Hospital Herlev Hospital Nordsjællands Hospital, Hillerød,	Sygehus Thy-Mors Nykøbing Falster Sygehus Bornholms Hospital

Anm.: Inndeling udarbejdet i samarbejde med undersøgelsens styregruppe.

Kilde: Kortlægning af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

Der er desuden foretaget en opdeling af kommuner, hvor der er placeret en akutmodtagelse, og øvrige kommuner, med henblik på at undersøge, om geografisk afstand mellem kommuner og hospitaler har betydning for oplevelsen af fx samarbejdsudfordringer og -behov. Endelig er der foretaget en opdeling af kommunerne afhængig af størrelse. Størrelse er her opgjort via samlet antal indbyggere, således at der opstår tre grupper; små kommuner (indbyggertal: <30.000), mellemstore kommuner (indbyggertal: 30.000-80.000) og store kommuner (indbyggertal: >80.000).

## 3 Akutmodtagelsernes bidrag til de akutte patientforløb

I dette kapitel afrapporteres de resultater, der omhandler akutmodtagelsernes bidrag til patientforløb og arbejdsgange i den nye hospitalsstruktur. Kapitlets hovedpointer er opsummeret nedenfor.

### Kapitlets hovedkonklusioner

Akutmodtagelsernes organisering med speciallæger i front og lettere adgang til diagnostiske ressourcer har ifølge ledere af akutmodtagelser og øvrige afdelinger bidraget til *kortere og mere fokuserede patientforløb*, idet:

- færre patienter ligger i akutmodtagelsen og venter på udredning
- flere patienter afsluttes i akutmodtagelserne, dvs. at færre indlægges unødigt
- specialafdelingerne får en større ro til at tage sig af behandling og pleje af patienter inden for eget speciale.

Der ses en tendens til, at afdelingsledere fra hospitaler med høj specialiseringsgrad er mere positive i deres vurdering heraf end afdelingsledere fra hospitaler med lavere specialiseringsgrad.

Kommunerne oplever i højere grad de mere effektive forløb som en udfordring, idet det stiller krav til kommunernes kompetencer ift. at færdiggøre visse typer af behandling og til afklaring af behandlingsansvar mellem hospitalets læger og almen praksis.

Ledere af akutmodtagelser og de øvrige afdelinger vurderer overvejende, at akutmodtagelserne bidrager til *bedre kvalitet i de leverede ydelser* i form af mere ensartet og kvalificeret udredning og visitation samt som følge heraf: behandling på rette tid og rette sted. Følgende antages at medvirke hertil:

- at de akutte enheder er blevet samlet, og at der er tilstedeværelse af relevante specialer i akutmodtagelserne
- at de yngre læger ikke længere står alene med behandlingsansvaret, men at speciallæger enten er helt i front eller til rådighed, så de kan sparre med yngre kolleger.

Der ses en tendens til, at ledere af akutmodtagelserne er mere positive i deres vurdering heraf sammenlignet med ledere af de øvrige afdelinger.

Etableringen af akutmodtagelserne beskrives som en konfliktfyldt proces, der over tid har medvirket til at etablere nye og i nogle tilfælde *stærkere samarbejdsrelationer internt på akuthospitalerne*. Arbejdsgrupper omkring akutmodtagelserne, konkrete procedurer for samarbejde omkring flow og kapacitetsudnyttelse samt uformelle relationer og kendskab til muligheder og arbejdsgange på tværs af organisatoriske grænser og sektorgrænser nævnes som væsentlige faktorer i etableringen af gode samarbejdsrelationer. Også her ses en tendens til, at ledere fra akutmodtagelserne er mere positive i deres vurdering af akutmodtagelsernes bidrag til samarbejdet internt på hospitalet.

### 3.1 Effektiv organisering af akutte patientforløb

Et væsentligt mål med at ændre hospitalernes organisering omkring de akutte patientforløb var at bidrage til større effektivitet i de akutte patientforløb, herunder at patienter hurtigere tilses af en speciallæge og dermed hurtigere kan modtage en diagnose og efterfølgende relevant behandling (Sundhedsstyrelsen, 2007). Interview og spørgeskemaundersøgelser tyder da også på, at dette aspekt er et af de positive effekter, som akutmodtagelserne har bidraget med.

### 3.1.1 Hospitalsansatte lederes perspektiv: Kortere og mere fokuserede patientforløb

I interviewene med hospitalsansatte ledere er der overvejende enighed om, at de nuværende akutmodtagelser har bidraget positivt til de akutte patientforløb ved at understøtte, at størstedelen af patienter, der kommer ind i akutmodtagelsen, afsluttes her. Fra at være et sted, hvor patienter blev modtaget og fordelt mellem specialafdelinger, har akutmodtagelserne nu mulighed for at vurdere, om patienter skal sendes direkte hjem, og egne sengeafsnit, hvor patienter, som har brug for kortere indlæggelser, kan varetages.

*Det er gået fra et visitationsafsnit, som vi gerne vil væk fra, og til et sted, hvor de kan være i op til 48 timer, hvor de så bliver vurderet, i stedet for at de bliver sendt videre. Og så er der blevet trukket en del lægelige ressourcer hertil. Der bliver sendt 60-70 % hjem fra akutmodtagelsen, uden at de kommer op på et sengeafsnit. Før fyldte de jo sygehuset op med udredningspatienter, som ikke burde være her. (Afdelingsleder, akutmodtagelse)*

Akutmodtagelsernes bidrag til mere effektive patientforløb tilskrives i høj grad tilstedeværelsen af speciallæger i akutmodtagelserne, og at de diagnostiske ressourcer er blevet mere tilgængelige. Det medvirker til, at der kan træffes hurtigere beslutninger om det videre patientforløb – herunder at patienter, der ikke er behandlingskrævende, kan sendes hjem, og at mange patienter kan færdigbehandles i akutmodtagelserne.

*Den helt store gevinst er, at vi får udredt patienter meget hurtigere end før. Det er også en kæmpe gevinst, at patienterne bliver mødt af så kompetente medarbejdere, der er i akutmodtagelsen. (...) Og det vi oplever er, at vi kan udskrive folk direkte fra akutmodtagelsen. (Afdelingsleder, akutmodtagelse)*

En fordel ved denne udvikling er, at der skabes mere ro i specialafdelinger, som nu udelukkende skal tage sig af de patienter, som kræver specialiseret behandling. Patienter, som skal blive i akutmodtagelsen, og patienter, som skal varetages i de specialiserede afdelinger, er, ifølge informanterne, forskellige patientgrupper, som kræver forskellige tilgange til behandling og pleje. Ved at skille dem ad er der skabt mulighed for en større fokusering i både akutmodtagelserne og i specialafdelingerne.

*Det er en stor gevinst for de akut syge, fordi der er hele set-uppet til dem. (Afdelingsleder, akutafdeling)*

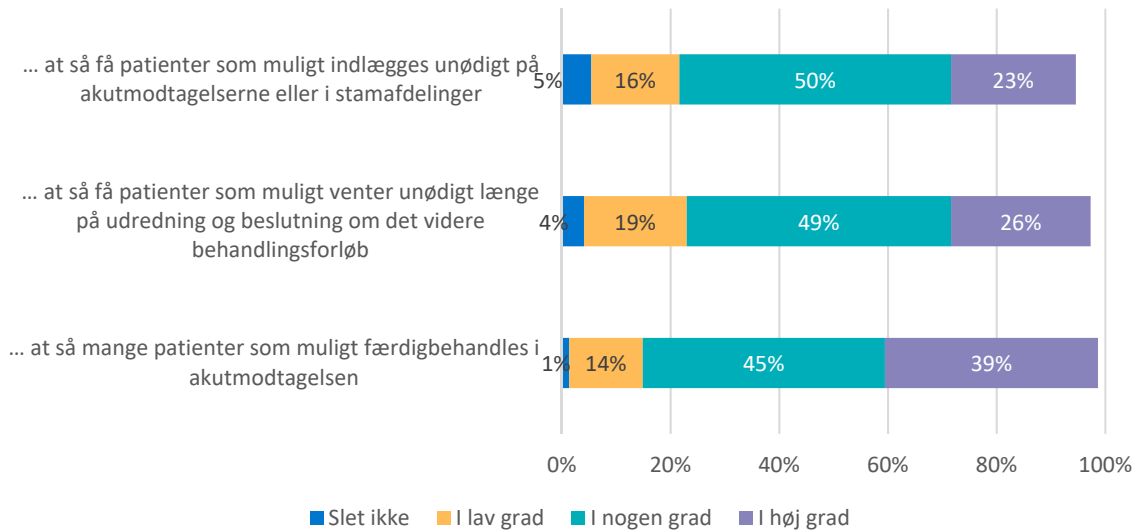
*Der er nogle patienter, som kræver noget specialiseret viden. Så det er godt, at vi har fået de patienter ud, som ikke hører til her. Jeg synes, det er godt, at vi ikke skal have alle de korte forløb, fordi det kræver noget helt andet. Så det, der skal være i akutmodtagelsen, bliver i akutmodtagelsen. (Afdelingsleder, anden afdeling)*

Figur 3.1 viser resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen på de spørgsmål, som vedrører akutmodtagelsernes betydning for patientforløbene. Af denne figur ses det, at de hospitalsansatte ledere overvejende har angivet svar i kategorierne 'i høj grad' eller 'nogen grad', og akutmodtagelserne vurderes dermed at bidrage til færre unødige indlæggelser, unødigt ventetid, og at flest muligt færdigbehandles i akutmodtagelserne.

Der er dog også mindre forskelle mellem de tre udsagn, idet vurderingen af, om 'så mange patienter som muligt færdigbehandles i akutmodtagelsen', vurderes mest positivt. 84 % vurderer det i nogen grad eller i høj grad, mens det tilsvarende tal for de to øvrige spørgsmål er 74 % og 73 %. Der er imidlertid væsentligt flere (39 %), der vurderer, at dette i høj grad gør sig gældende, i forhold til de to andre spørgsmål, hvor 26 % i høj grad vurderer, at 'så få patienter som muligt venter unødigt længe

på udredning og beslutning om det videre behandlingsforløb', mens 23 % i høj grad vurderer, at 'så få patienter som muligt indlægges unødigt på akutmodtagelserne eller i stamafdelinger'.

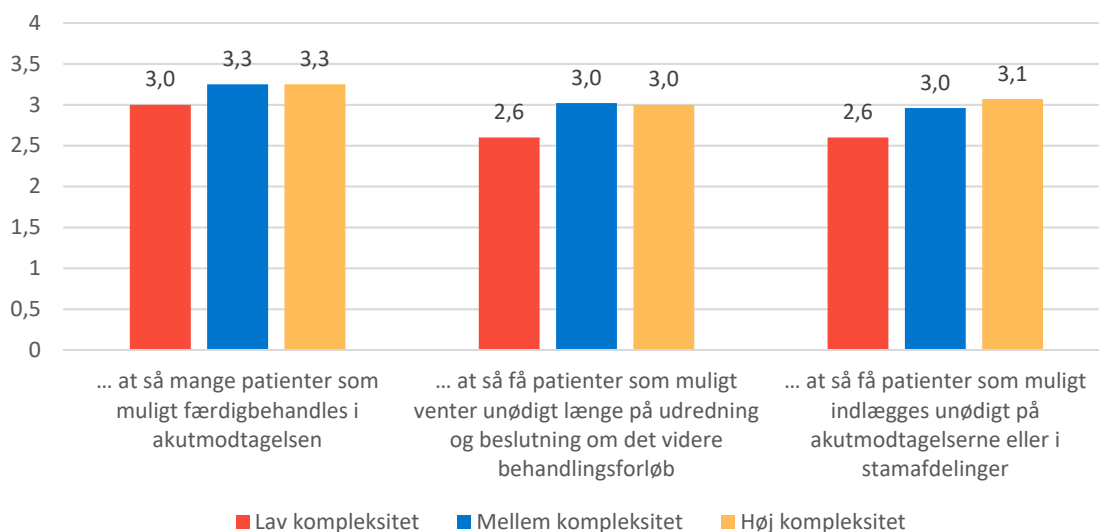
**Figur 3.1** I hvor høj grad synes du, at akutmodtagelserne bidrager til følgende ...  
– patientforløb  
(Svarfordeling – ledere, hospital)



Anm.: N = 74. Op til 5 % har svaret 'ved ikke' til udvalgte spørgsmål, hvorfor søjlerne ikke i alle tilfælde summerer til 100.  
Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

Der ses desuden en tendens til, at afdelingsledere fra hospitaler grupperet i kategorien 'høj kompleksitet' (dvs. primært universitetshospitaler) i højere grad har angivet positive svar på de samme tre spørgsmål, sammenlignet med afdelingsledere fra hospitaler, der er placeret i grupperne med lav og mellem kompleksitet. Dette ses af Figur 3.2, som viser en gennemsnitlig værdi for besvarelserne inden for hver gruppe. Der er tale om mindre forskelle de tre grupper imellem, ligesom de anvendte metoder som tidligere beskrevet ikke kan bruges til at udlede årsagssammenhænge. Derfor skal dette resultat tolkes med forsigtighed. En mulig tolkning af denne tendens kan dog være, at behovet for koordinering af det akutte patientforløb har været større på de mere komplekse hospitaler, som er organiseret under hensyntagen til mange specialer og subspecialer, og at resultatet afspejler, at der har været et større rum for forbedring på disse hospitaler. Alternativt kan en fortolkning være, at der på hospitaler af højere specialiseringsgrad er større tilgængelighed af speciallæger, og at patienter derved venter kortere tid på udredning.

**Figur 3.2** I hvor høj grad synes du, at akutmodtagelserne bidrager til følgende ...  
 – patientforløb  
 (Gennemsnitsværdier for besvarelser afhængig af akuthospitalernes kompleksitet/specialiseringsgrad – ledere, hospital)



Anm.: N = 74. Figuren angiver gennemsnitsværdier for besvarelserne på de respektive spørgsmål. Værdien 4 er den højest mulige (angiver, at samtlige respondenter inden for gruppen har svaret 'i høj grad'), og værdien 1 er den lavest mulige (angiver, at samtlige respondenter har svaret 'slet ikke').

Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

Ser man imidlertid på svarfordelingen afhængig af akutmodtagelserne størrelse (resultater kan ses i bilag 4), så fremstår afdelingsledere fra både de store og de mindre akutmodtagelser mere positive end afdelingsledere fra de mellemstore akutmodtagelser. Der kan hverken i interview- eller spørgeskemadata identificeres forklaringer på dette fund. Dette fund indikerer dog, at afdelingsledere fra en eller flere af de akutmodtagelser, som i denne undersøgelse er klassificeret som lille, men ikke er klassificeret som 'mindst kompleks', vurderer, at akutmodtagelserne bidrager positivt til den måde, de akutte patientforløb organiseres og koordineres på. Der kan altså være tale om lokale tiltag, der afspejler sig i mere positive vurderinger fra nogle afdelingsledere.<sup>11</sup>

### 3.1.2 Et kommunalt perspektiv<sup>12</sup> på de kortere og mere fokuserede akutte patientforløb

I kommunerne genkender man udviklingen med kortere forløb i akutmodtagelserne. De kommunale ledere beskrev dog i højere grad denne udvikling som en udfordring i form af opgaveglidning, der stiller nye og store krav til kompetenceniveau og organisering af kommunernes akutte funktioner:

*Jeg tænker, at det vi mest mærker det [akutmodtagelsernes nuværende organisering] på, er, at borgerne kommer hurtigere hjem fra hospitalerne. Akutsygeplejerskerne nævner, at*

<sup>11</sup> Det er vigtigt at være opmærksom på, at grupperingen efter størrelse er foretaget ved at gruppere hospitaler efter relative tærskelværdier (patientomsætning som andel af den samlede i landet). Det betyder, at denne inddeling i nogen grad er arbitrær, fordi et hospital med marginalt flere patienter ville blive placeret i en anden gruppe. De manglende sammenhænge mellem størrelse og synet på akutmodtagelsernes bidrag vil således kunne se anderledes ud, såfremt der vælges en anden grupperingsmetode end den, der er valgt her.

<sup>12</sup> Der fokuseres her på ledere fra hospitaler og kommuners vurdering af de kortere og mere fokuserede forløb, idet de vurderes at være de aktører, som primært er involveret heri. Det skal dog nævnes, at ledere af den præ-hospital indsats og vagtcheferne helt overvejende har svaret, at de 'i høj grad' eller 'i nogen grad' oplever, at så mange patienter som muligt færdigbehandles i akutmodtagelserne, at så få patienter som muligt venter unødigt længe på udredning og beslutning om det videre behandlingsforløb, og at så få patienter som muligt indlægges unødigt i akutmodtagelser eller stamafdelinger (se bilag 4).

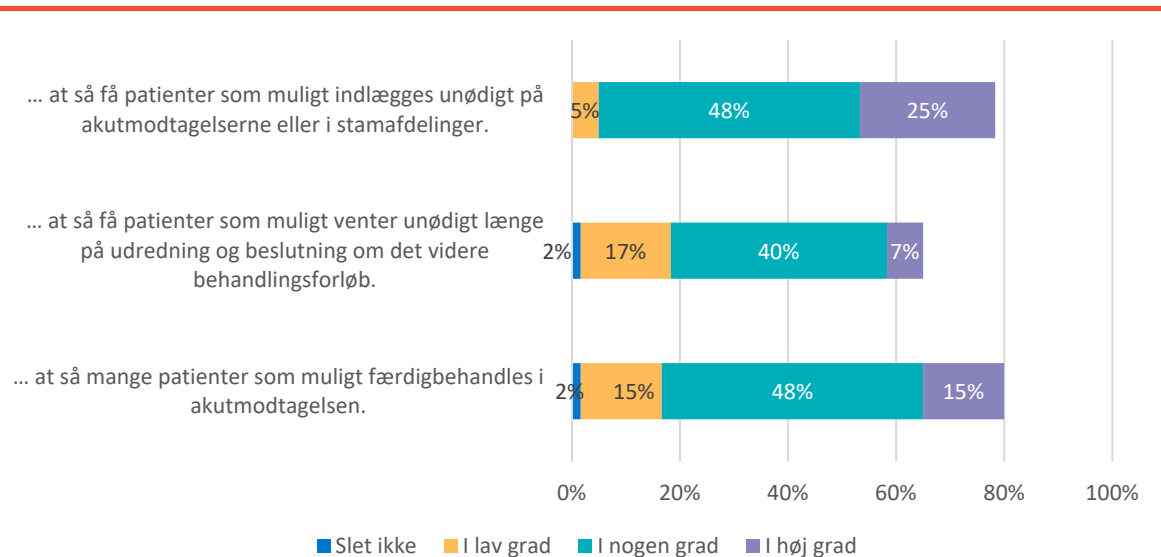


*patienterne kommer tidligere hjem fra hospitalet, og de er ikke færdigbehandlet, når de kommer hjem. Især i akutteamet mærker vi, at mange skal have IV behandling i hjemmet. Så vi færdigbehandler dem, og vi kan give dem blod, så på den måde udgår vi indlæggelser. (Leder, kommune)*

Både blandt hospitalsansatte ledere, kommunalt ansatte ledere og vagtlæger var der en forståelse af, at langvarig indlæggelse ikke er ønskværdig, og at patienter oftest ønsker og har bedre af at være hjemme frem for på hospitalet. De kommunale ledere gav dog i mindre grad end de hospitalsansatte ledere udtryk for, at de kortere og mere fokuserede forløb entydigt var et positivt bidrag.

Dette ses også af spørgeskemabesvarelsene (Figur 3.3), der viser, at markant færre kommunale ledere har angivet, at akutmodtagelserne 'i høj grad' og 'i nogen grad' bidrager til færdigbehandling, hurtigere udredning og færre unødige indlæggelser. Det fremgår af figuren, at kommunerne oftest 'i nogen grad' mener, at akutmodtagelserne bidrager til unødige indlæggelser, unødigt ventetid og færdigbehandling – 40-48 % har valgt denne svarmulighed. Der er forskelle mellem de tre mulige udsagn, idet vurderingen af, om 'så få patienter som muligt venter unødigt længe på udredning og beslutning om det videre behandlingsforløb' vurderes mindst positivt; kun 47 % vurderer det i nogen grad eller i høj grad. Det tilsvarende tal for de to øvrige bidrag er henholdsvis 73 % og 63 %. Det er dog nødvendigt at hæfte sig ved, at 35 % har svaret 'ved ikke' på dette spørgsmål, ligesom 20-22 % har svaret 'ved ikke' til de øvrige to spørgsmål. Det indikerer, at de kommunale ledere ikke primært forholder sig til den del af patienternes forløb, som foregår på hospitalet, og at der derfor ikke kan drages klare tolkninger af forskellene mellem de tre udsagn. De kommunale ledere har dog overvejende angivet positive svar på de tre spørgsmål og særligt på de to spørgsmål, der vedrører nødvendige indlæggelser og færdigbehandling i akutmodtagelserne – og dermed også vedrører kommunerne mest – ses positive vurderinger.

**Figur 3.3** I hvor høj grad synes du, at akutmodtagelserne bidrager til følgende ...  
– patientforløb  
(Svarfordeling – ledere, kommune)



Anm.: N = 55. Mellem 20-35 % har svaret 'ved ikke', hvorfor værdierne ikke summerer til 100 %.

Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

## 3.2 Kvalitet i hospitalernes ydelser i de akutte patientforløb

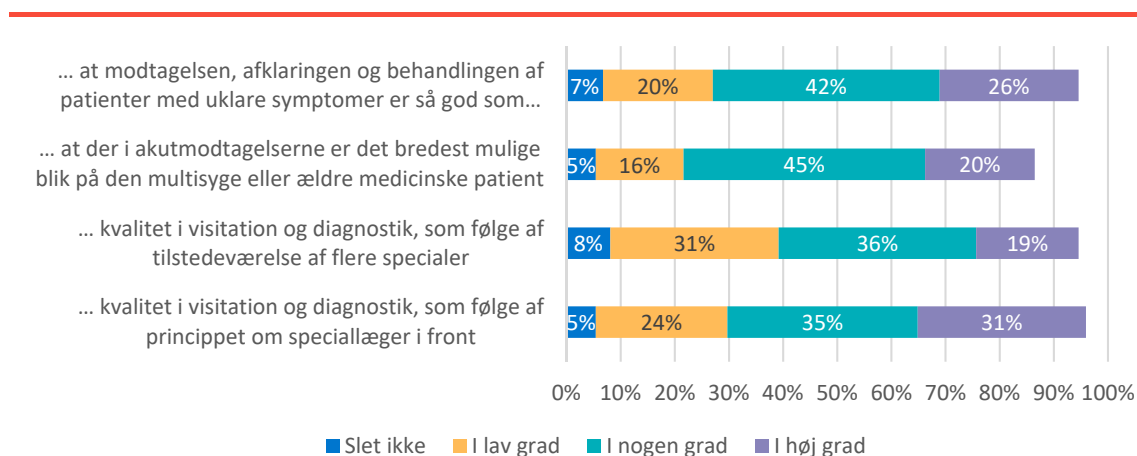
Flere af informanterne – særligt de hospitalsansatte ledere – beskrev i interviewene, at det er deres intuitive vurdering, at de kortere og mere fokuserede behandlingsforløb også har medvirket til et kvalitetsløft. Det beskrives eksempelvis som bedst for patienter, at de er indlagt der, hvor der er tid til dem, og hvor omgivelserne er indrettet til dem. Det mest åbenlyse eksempel herpå er børn, som man antager får det bedste forløb i en børnemodtagelse, men nævnes også som en mere generel pointe i relation til den kvalificerede og hurtige visitation i akutmodtagelsen, som sikrer, at alle patienter får den bedst mulige behandling.

*Den risiko, der var for, at patienter blev udskrevet for tidligt og genindlagt, fordi årsagen ikke var fundet, fordi de måske ikke var tilset af de rigtige specialister ... Det har også vist sig at være en effekt. (Afdelingsleder, øvrig afdeling)*

På samme måde fremgik der i interviewundersøgelsen antagelser om, at samlingen af akutmodtagelserne på færre enheder og med en større bredde i de tilgængelige speciallægekompetencer har bidraget til en mere ensartet kvalitet i akutmodtagelserne. Det betyder bl.a., at yngre læger ikke længere varetager vagtarbejdet alene og aldrig står alene i akutmodtagelsen, men har mulighed for tæt sparring med en mere erfaren kollega.

Spørgeskemaundersøgelsen bekræfter interviewundersøgelsens fund, idet størstedelen af de hospitalsansatte ledere svarer, at kvaliteten i visitation og diagnostik er steget som følge af hhv. 1) princippet om speciallæger i front, 2) tilstedeværelse af flere specialer i akutmodtagelserne, 3) at der i akutmodtagelserne er det bredest mulige blik på den multisyge eller ældre medicinske patient og 4) at modtagelse, afklaring og behandling af patienter med uklare symptomer er så god som mulig (se Figur 3.4). Mellem 55-68 % svarer 'i nogen grad' eller 'i høj grad' til disse fire udsagn.

**Figur 3.4** I hvor høj grad synes du, at akutmodtagelserne bidrager til følgende... – kvalitet  
(Svarfordeling – ledere, hospital)



Anm.: N = 79. Mellem 6-13 % har svaret 'ved ikke', hvorfor søjlerne ikke summerer til 100.

Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

Der er imidlertid også en betydelig andel, som har svaret 'slet ikke' eller 'i lav grad' på disse spørgsmål, hvilket understreger, at der fortsat er en vis skepsis over for akutmodtagelsernes bidrag til kvaliteten af de ydelser, som leveres her. Det drejer sig særligt om 'kvalitet i visitation og diagnostik, som følge af tilstedeværelsen af flere specialer', hvor 31 % har svaret 'i lav grad', og 8% har svaret 'slet

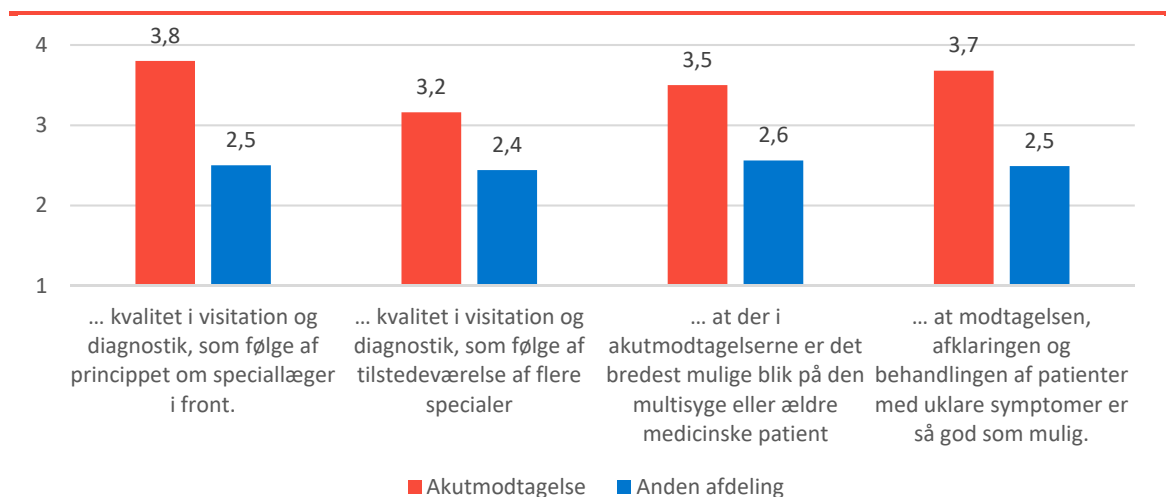
ikke'. Lidt flere vurderer, at 'princippet om speciallæger i front' bidrager til kvalitet i visitation og diagnostik, idet kun i alt 29 % har svaret 'slet ikke' eller 'i lav grad'. For de to øvrige udsagn er den tilsvarende andel også mellem 22-27 % i alt.

Der er en markant forskel mellem vurderingerne af akutmodtagelsernes bidrag til kvalitet fra hhv. leder af akutmodtagelserne og ledere af de øvrige afdelinger. Figur 3.5 viser en gennemsnitlig værdi for besvarelserne inden for hver af disse grupper. Den gennemsnitlige forskel er omtrent 1 (1,03) på skalaen fra 1-4, hvilket betyder at ledere af akutmodtagelser typisk har svaret 'i nogen grad' eller 'i høj grad' (gennemsnitsværdi = 3,5), mens afdelingsledere af andre afdelinger typisk har svaret 'i lav grad' eller 'i nogen grad' (gennemsnitsværdi = 2,5). Ledere af akutmodtagelserne har således et markant mere positivt syn på akutmodtagelsernes bidrag til kvaliteten i de ydelser, som leveres i de akutte patientforløb, end ledere fra andre afdelinger.

Det er desuden bemærkelsesværdigt, at vurderingen af 'kvalitet i visitation og diagnostik, som følge af tilstedeværelsen af flere specialer' – det udsagn, som fik den samlede set laveste vurdering – er det udsagn, hvor de to grupper er mest enige med hinanden. Ledere af akutmodtagelserne er dog også her mere positive end ansatte på andre afdelinger.

Det er desuden bemærkelsesværdigt, at vurderingen af 'kvalitet i visitation og diagnostik som følge af tilstedeværelsen af flere specialer' – det udsagn, som fik den samlet set laveste vurdering – er det udsagn, hvor de to grupper er mest enige med hinanden. Ledere af akutmodtagelserne er også her mere positive end ansatte på andre afdelinger, dog er forskellen mellem de to gruppers vurderinger (0,72) markant mindre end for de øvrige tre udsagn (forskelle på gennemsnitsværdier mellem 0,94 og 1,3).

**Figur 3.5** I hvor høj grad synes du, at akutmodtagelserne bidrager til følgende ...  
– kvalitet  
(Gennemsnitsværdier for besvarelser – ledere, hospital)



Anm.: N = 64-71. Figuren angiver gennemsnitsværdier for besvarelserne på de respektive spørgsmål. Værdien 4 er den højest mulige (angiver, at samtlige respondenter inden for gruppen har svaret 'i høj grad'), og værdien 1 er den lavest mulige (angiver, at samtlige respondenter har svaret 'slet ikke').

Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelser, VIVE 2018.

### Kommunale ledere og ledere af den præ-hospitales vurdering af kvalitet

Kommunale lederes og ledere af den præ-hospitale indsats' svar på spørgsmål vedrørende akutmodtagelsernes bidrag til kvaliteten i de akutte patientforløb. Svarfordelingerne er ikke illustreret i figurer, men kan ses i Bilag 4.

Blandt de kommunale ledere har en meget stor andel – mellem 30-43 % afhængigt af spørgsmålet – svaret 'ved ikke' på ovennævnte spørgsmål vedrørende kvaliteten af de ydelser, som leveres i de akutte patientforløb. En relativt stor andel kommunale ledere har svaret, at de kun i 'lav grad' eller 'slet ikke' vurderer, at akutmodtagelserne bidrager med det bredest mulige blik på den multisyge eller ældre medicinske patient (i alt 30 %) og til modtagelsen, afklaringen og behandlingen af patienter med uklare symptomer (i alt 23 %). I begge tilfælde har størstedelen af de kommunale ledere svaret 'i lav grad', og en mindre andel har svaret 'slet ikke'. Dette fund skal formentlig ses i sammenhæng med, at det i interviewene med kommunale ledere blev fremhævet, at de hurtige udredningsforløb i akutmodtagelserne medvirker til, at der kun er fokus på det, som er årsagen til, at patienten er henvist til akutmodtagelsen. Der mangler – set fra et kommunal perspektiv – et fokus på patientens samlede situation, og det stiller krav til den kommunale hjemmesygepleje, som får opgaven med at skabe overblik over patientens videre behandling i samarbejde med den praktiserende læge.

Lederne af den præ-hospitale indsats var overvejende positive, når det drejer sig om synet på akutmodtagelsernes bidrag til kvalitet. Størstedelen svarer 'i nogen grad' eller 'i høj grad' (mellem 40-100 %) på disse spørgsmål. Det spørgsmål, som opnår den mest positive vurdering, er '*kvalitet i visitation og diagnostik som følge af princippet om speciallæger i front*', idet 80 % (n = 5) vurderer, at det 'i nogen grad' er tilfældet, mens 20 % (n = 1) vurderer, at det 'i høj grad' er tilfældet. '*Kvalitet i visitation og diagnostik som følge af tilstedeværelse af flere specialer*' vurderes næsten lige så positivt, idet 100 % (n = 5) har svaret 'i nogen grad'.

De to øvrige udsagn er der mindre enighed om. '*Modtagelsen, afklaringen og behandlingen af patienter med uklare symptomer er så god som mulig*', vurderer 60 % 'i nogen grad' er tilfældet, mens 20 % vurderer, at det 'i høj grad' er tilfældet. 20 % vurderer, at det 'i lav grad' er tilfældet. Det mindst positive syn angår, hvorvidt der i akutmodtagelsen er '*det bredest mulige blik på den multisyge eller ældre medicinske patient*', her har 20 % svaret 'i lav grad', og 40 % har svaret 'i nogen grad', og 20 % 'i høj grad'. Der indgår kun 5 respondenter i gruppen af ledere af den præ-hospitale indsats, og tolkningen af mindre forskelle er vanskelig at lave. Det kan dog konstateres, at denne gruppe overvejende vurderer, at akutmodtagelserne bidrager til kvalitet i de ydelser, som leveres.

### 3.3 Bedre samarbejdsrelationer, internt på hospitalet

De seneste 10 års arbejde med at sammenlægge, og i nogle tilfælde fysisk flytte akutmodtagelser, bliver beskrevet som en proces, der har givet anledning til konflikt fx mellem ledelserne af hhv. akutmodtagelserne og specialafdelingerne. Ansvarsfordeling, kriterier for visitation og viderehenvielse samt faglige kampe og bekymringer for, om behandlingskvaliteten kunne opretholdes i de nye akutmodtagelser, har været nogle af de områder, som har været genstand for diskussion.

Etableringen af akutmodtagelserne beskrives imidlertid også som medvirkende til at skabe nye samarbejdsrelationer, som antages at have positiv betydning for patientforløb og -behandling. Etableringen af akutmodtagelserne har bl.a. betydet, at ledelse og nogle gange også medarbejdere har indgået i arbejdsgrupper på tværs af specialer og sektorer, samt at der er etableret mere formelle og faste fora, hvor aktuelle udfordringer med koordinering af overgange, kapacitetsudnyttelse m.m. drøftes. Det har bidraget til et større og bedre personligt kendskab mellem de aktører, som samarbejder omkring de akutte patientforløb, og en større indsigt i, hvordan arbejdet er organiseret, og hvilke betingelser, det giver for samarbejde og koordinering hos de øvrige parter. Der blev også nævnt eksempler på, hvordan samtidig tilstedeværelse af læger fra forskellige specialer i selve akutmodtagelserne har givet anledning til større personligt kendskab og dermed lettere dialog omkring konkrete

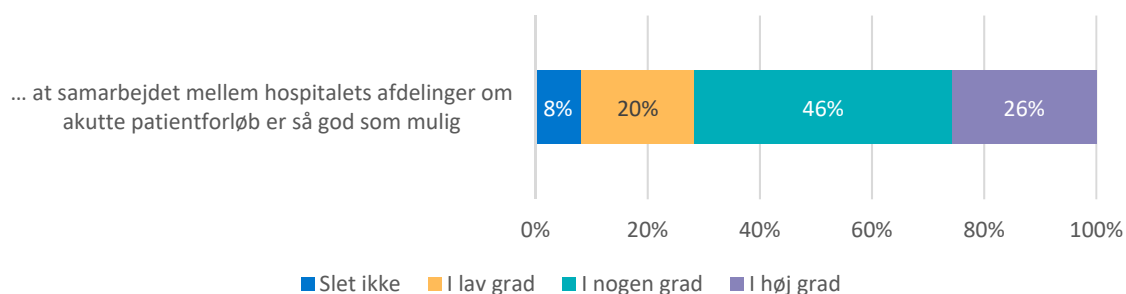
patienter. Endelig har det store fokus på flow og kapacitetsudnyttelse på tværs af hospitalets afdelinger, som bl.a. udmønter sig i daglige kapacitetskonferencer med fremmøde fra alle afdelinger, medvirket dels til det personlige og organisatoriske kendskab internt på hospitalet, men ifølge nogle informanter også til en oplevelse af fællesskab og fælles ansvar for de akutte patientforløb.

*Kapacitetskonferencerne har været med til at løfte vores samarbejde, og ledelsen har også gjort meget for at løse de problemer, som der kunne være. Og så har vi visiterende sygeplejerskere på hver afdeling, som man kan ringe til, hvis der er noget. Og så det med, at der er et personligt engagement, fordi vi kender hinanden og mødes et par gange om dagen. (Afdelingsleder, akutmodtagelse)*

Det skal dog nævnes, at der også blev nævnt flere eksempler på områder, hvor der er en fortsat dialog mellem akutmodtagelserne og de øvrige afdelinger om arbejdsdeling, arbejds gange og kriterier for kvaliteten i de ydelser, der leveres (fx visitation).

I spørgeskemaundersøgelsen har 72 % af de hospitalsansatte ledere svaret, at de 'i nogen grad' eller 'i høj grad' vurderer, at akutmodtagelserne bidrager til, at samarbejdet mellem hospitalets afdelinger om akutte patientforløb er så godt som muligt (se Figur 3.6). En betydelig andel (28 %) af de hospitalsansatte ledere har dog svaret, at akutmodtagelserne 'i lav grad' (20 %) eller 'slet ikke' (8 %) bidrager til samarbejdet om akutte patientforløb internt på hospitalet. Det er dog ikke nødvendigvis et udtryk for en opfattelse af en dårlig samarbejdsrelation, men kan blot være et udtryk for en vurdering af, at samarbejdet om de akutte patientforløb er betinget af andre forhold end organiseringen af akutmodtagelserne.

**Figur 3.6** I hvor høj grad synes du, at akutmodtagelserne bidrager til følgende ...  
– samarbejde, internt på hospitalerne  
(Svarfordeling – ledere, hospital)

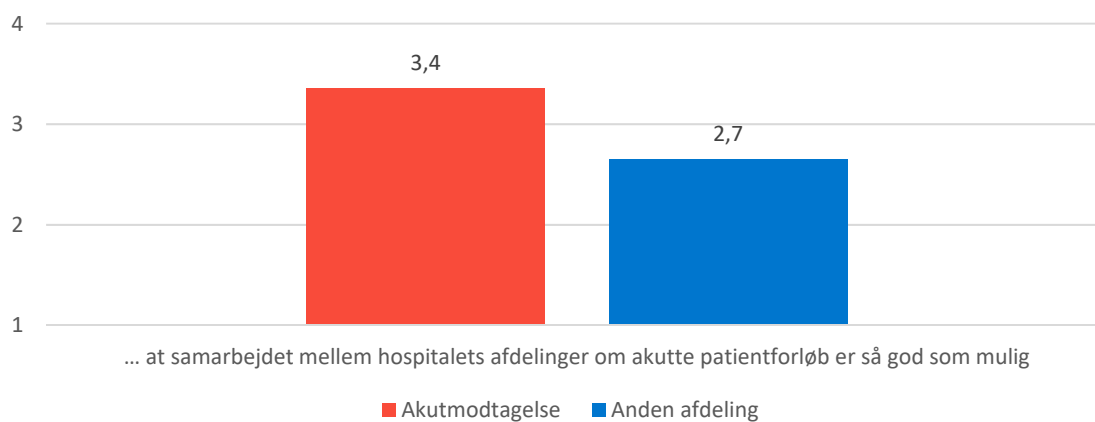


Anm.: N = 74. 3 % har svaret 'ved ikke', hvorfor søjlen ikke summerer til 100 %.

Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

Der er forskel i besvarelserne fra ledere af hhv. akutmodtagelserne og de øvrige afdelinger vedrørende spørgsmålet om akutmodtagelsernes bidrag til samarbejdet internt på hospitalet. (Figur 3.7) viser en gennemsnitlig værdi for besvarelserne inden for hver gruppe. Ledere af akutmodtagelser har med en gennemsnitlig værdi på 3,36 typisk svaret 'i nogen grad' eller 'i høj grad', mens ansatte på andre afdelinger med en gennemsnitlig værdi på 2,65 typisk har svaret 'i lav grad' eller 'i nogen grad'. Ledere af akutmodtagelserne har således et mere positivt syn på akutmodtagelsernes bidrag til samarbejdet internt på hospitaler, end ansatte på andre afdelinger har. Dette harmonerer med interviewundersøgelsen, hvor der generelt var en tendens til en mere skeptisk holdning til den nuværende organisering af akutmodtagelserne fra ledere af de øvrige afdelinger.

**Figur 3.7** I hvor høj grad synes du, at akutmodtagelserne bidrager til følgende ...  
– samarbejde, internt på hospitalerne  
(Gennemsnitsværdier for besvarelser – ledere, hospital)



Anm.: N = 74. Figuren angiver gennemsnitværdier for besvarelserne på de respektive spørgsmål. Værdien 4 er den højest mulige (angiver, at samtlige respondenter inden for gruppen har svaret 'i høj grad'), og værdien 1 er den lavest mulige (angiver, at samtlige respondenter har svaret 'slet ikke').

Kilde: Undersøgelsen af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

## 4 Udfordringer ved den nuværende organisering af akutmodtagelserne

I dette kapitel afrapporteres de resultater, der omhandler udfordringerne ved den nuværende organisering af akutmodtagelserne. De forhold, som beskrives som udfordringer, er tæt relateret til de forhold, som blev beskrevet som forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser. Dette kapitel behandler dog udfordringerne særskilt med henblik på at tydeliggøre, hvor de væsentligste problemer opleves.

### Kapitlets hovedkonklusioner

I interviewene med afdelingsledere af akutmodtagelser og øvrige hospitalsafdelinger samt kommunale ledere udpeges følgende at udgøre udfordringer ved den nuværende organisering af akutmodtagelserne:

- *At nogle patienter kommer til at vente for længe, før de tilses af en speciallæge, og at beslutning om det videre behandlingsforløb – herunder fx visitation af patienter til specialafdelingerne – forsinkes.* Denne udfordring relateres bl.a. til muligheden for at sikre tilstedeværelse af speciallæger i akutmodtagelserne.
- At nogle patienter visiteres til specialafdelinger på forkert grundlag.
- At koordinering og samarbejdet omkring patienter, der enten sendes direkte hjem fra akutmodtagelserne eller sendes hjem efter indlæggelse, udfordres af:
  - *Kommunernes mulighed for at hjemtage patienter, som sendes direkte hjem efter at være tilset i en akutmodtagelse eller sendes hjem med et fortsat behandlingsbehov efter en indlæggelse*
  - *Eksisterende kommunikationsveje, som ikke understøtter informationsdeling om patienter, der sendes direkte hjem fra akutmodtagelserne uden at blive indlagt*
  - *Mange samarbejdsrelationer og store geografiske afstande mellem kommuner og hospital vanskeliggør overblik, tæt gensidigt kendskab og overblik over, hvilke muligheder der er i overgangene.*

Spørgeskemaundersøgelsen bekræfter, at disse forhold opleves som udfordringer, men viser også, at der er variation i besvarelserne fra ledere af hhv. hospital, kommune og den præ-hospitale indsats.

- Ledere af akutmodtagelserne angiver, at de mange samarbejdsflader mellem hospital er den største udfordring for ledere af akutmodtagelserne.
- Kommunale ledere angiver, at den største udfordring er, at flere patienter udskrives med et fortsat behandlingsbehov, og at der kan opstå uklarhed om, hvem der er den behandlingsansvarlige læge (hospitalslægen eller den praktiserende læge) ved udskrivelse.
- Ledere af de øvrige afdelinger på hospitalerne angiver, at den væsentligste udfordring er, at patienter sendes hjem med et fortsat behandlingsbehov, og at den fælles indgang for akut syge patienter medvirker til, at patienter med mindst akutte lidelser kommer til at vente længere end tiltænkt i akutmodtagelserne, før der træffes beslutning om det videre behandlingsforløb.

Samtlige aktører synes at være enige om, at de nuværende kommunikationsveje vanskeliggør kommunikationen mellem hospital, kommune og almen praksis.

### 4.1 Korrekt og rettidig visitation ved speciallæger

I interviewene fremgik det som en udfordring, at den nuværende organisering af akutmodtagelserne ikke altid medvirker til den bedst mulige kvalitet i udredning og visitation, idet det blev fremhævet, at

nogle patienters forløb forsinkes som følge af fejlvurderinger, og at nogle patienter fejlagtigt videregives til specialafdelinger. Denne udfordring vedrørte spørgsmålet om, hvem der bedst varetager udredning og visitation; akutmodtagelsens læger eller specialafdelingernes læger.

#### 4.1.1 Forsinkede behandlingsforløb og unødigt ventetid for nogle patientgrupper

Speciallægens (og/eller sygeplejersker fra specialet) mulighed for at observere patienter over længere tid blev fremhævet som en væsentlig del af arbejdet med at stille en korrekt diagnose. Når patienten fysisk ligger i akutmodtagelsen og tilses af en speciallæge, som er på tilkald fra en anden afdeling, så er der en risiko for, at mindre påfaldende tegn på sygdom eller sygdommes sværhedsgrad overses, og at beslutninger om det videre forløb bliver truffet på – hvad der opleves som – et for spinkelt grundlag. Nedenfor er dette eksemplificeret ved muligheden for at observere den generelle adfærd hos et barn, men blev også nævnt i relation til andre typer af patienter og sygdomme:

*I hvert fald i kirurgien, der fik vi rigtig meget information før, forstået på den måde, at de kom gående forbi, og man kunne jo høre, at det var et barn, der kom forbi med sine forældre. Så kunne man lige dreje hovedet og se: Gik barnet fuldstændig sammenkrummet, lignede det et appendicitbarn, eller var det en, der hoppede henad gangen? (...) Vi er [i den nuværende organisering] dybt afhængige af de informationer, vi får fra plejepersonalet. (Speciallæge, anden afdeling)*

Strukturen, hvor langt de fleste akutte patienter modtages det samme sted, begrænser altså nogle steder speciallægenes mulighed for selv at indsamle information om patienterne og stiller, som det fremgår af ovenstående citat, krav til kompetencerne i akutmodtagelserne til at foretage relevante observationer og videregive dem til speciallægerne.

En potentiel konsekvens er, at patienterne kommer til at vente for længe i akutmodtagelserne, før der træffes endelige beslutninger om det videre forløb:

*Har man gode sygeplejersker, kan de gå i gang med meget, inden lægen kommer. Fx kan der komme en gammel dame ind, som skal til observation. Men det vi oplever nu, er at hun bliver lagt til at vente, selvom hun i stedet for havde behov for behandling. Og derfor kommer vi til at bruge for meget tid på patientens forløb, fordi sygeplejerskerne ikke var kompetente nok til at se, at hun faktisk havde behov for behandling i stedet for observation. (Speciallæge, anden afdeling)*

Flere af de interviewede afdelingsledere fremhævede, at det ikke er akutmodtagelsernes grundlæggende struktur (den fælles modtagelse med bred tilstedeværelse fra specialerne), som udgør et problem, men at det er en udfordring at sikre tilstedeværelse af speciallæger, som kan foretage hurtig og kvalificeret diagnostik og visitation. Der var bred enighed om, at de patienter, som rammes, når speciallægeressourcerne er knappe, er dem, som har mindre akutte lidelser (de 'mellem-syge'), som ikke skal vendes i døren, men heller ikke er akut livstruede. De nedprioriteres til fordel for patienter med de mest akutte behov og kommer til at vente på relevant tilsyn fra speciallæger og dermed på en beslutning om et videre forløb.

*Og vi skal prioritere mellem patienterne, fx hvem er mest livstruet, og så er der bare nogle patienter, som får nogle dårligere forløb end andre. (Afdelingsleder, anden afdeling)*

Interviewundersøgelsen peger på, at der er stor opmærksomhed på at bruge de tilgængelige ressourcer (herunder både personaleressourcer og sengepladser) i akutmodtagelserne bedst muligt. Der er imidlertid også en oplevelse af, at ressourcerne ikke altid rækker, og at der derfor må foretages



prioriteringer. Derfor har nogle akutmodtagelser organiseret et 'fast-track'-forløb, hvor en speciallæge foretager hurtig udredning af de sub-akutte patienter med henblik på at undgå, at alt for mange patienter kommer til at fylde op i akutmodtagelsen. Derudover overvejes det flere steder, om etablering af et sub-akut ambulatorium er en mulig løsning, da man så vil kunne sende patienten hjem igen, mod at han eller hun kan møde op til en planlagt ambulatorietid næste dag. Her er man dog opmærksom på, at man så bare flytter et problem og et behov for ressourcer til et andet tidspunkt og et andet sted i organisationen.

Som det fremgår af afsnit 3.1, så angiver majoriteten af de hospitalsansatte, at akutmodtagelserne bidrager til, at så få patienter som muligt venter unødigt længe på udredning og beslutning om det videre behandlingsforløb. Det er dog samtidig væsentligt at bemærke, at omkring en femtedel har svaret 'i lav grad' eller 'slet ikke' til dette spørgsmål, hvilket understøtter, at (uproduktiv<sup>13</sup>) ventetid i akutmodtagelserne fortsat er en udfordring.

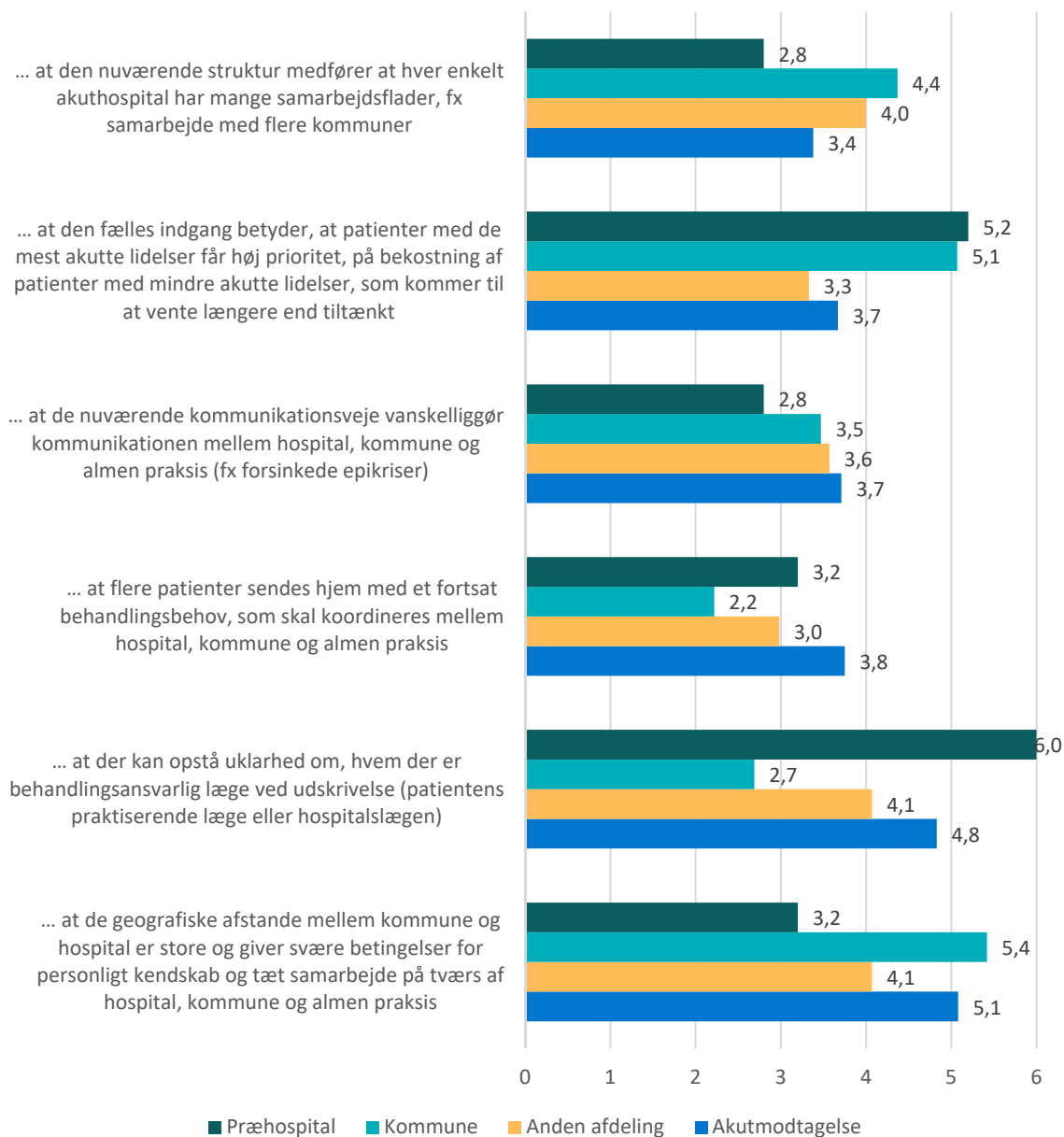
I spørgeskemaundersøgelsen er der desuden spurgt til respondenternes vurdering af, hvorvidt det er en udfordring, at den fælles indgang til akutmodtagelserne betyder, at patienter med de mest akutte lidelser får høj prioritet på bekostning af patienter med mindre akutte lidelser, som kommer til at vente længere end tiltænkt. Her angiver i alt 58 % af de hospitalsansatte ledere, at det 'i nogen grad' (41 %) eller 'i høj grad' (17 %) er en udfordring. 33 % har angivet, at det 'i lav grad' er en udfordring og 8 %, at det 'slet ikke' er en udfordring. Det vil sige, at langt de fleste, i alt 74 %, mener, at det er en udfordring (se bilag 4).

I spørgeskemaet indgår denne udfordring, som en ud af flere, hvor respondenterne også er blevet bedt om at foretage en prioritering mellem de udvalgte udfordringer. Heraf ses det, at udfordringen med nedprioritering af patienter med mindst akutte lidelser opleves som større blandt ledere af de øvrige hospitalsafdelinger end blandt ledere af akutmodtagelserne (se Figur 4.1)<sup>14</sup>. Det kan hænge sammen med, at ulemperne ved de forsinkede patientforløb i højere grad opleves i de specialafdelinger, som modtager patienterne. Samtidig kan dette fund også tolkes som en del af en mere overordnet diskussion, som fremgik af interviewene; nemlig om kvaliteten af visitationen i akutmodtagelserne potentielt påvirkes, når den udføres af akutmodtagelsens egne læger eller af skiftende speciallæger i vagt frem for af en speciallæge inden for et specifikt speciale.

<sup>13</sup> Nogle afdelingsledere understregede, at der i visse tilfælde er faglig fornuft i at lade patienter ligge til observation. Her er ventetiden naturligvis ikke uproduktiv, men udtryk for en faglig beslutning.

<sup>14</sup> Respondenterne er efter endt prioritering blevet bedt om at vurdere, hvor sikre de er i deres prioritering. Især ledere af den præ-hospitale indsats og ledere af andre hospitalsafdelinger end akutmodtagelserne angiver at være mindre sikre i deres prioriteringer. Blandt ledere af den præ-hospitale indsats er i alt 60 % enten lidt usikre (40 %) eller meget usikre (20 %). Blandt ledere af en anden hospitalsafdeling end akutmodtagelserne er i alt 55 % enten lidt usikre (33 %) eller meget usikre (21 %). Blandt ledere af akutmodtagelserne er det kun i alt 33 %, der er enten lidt usikre (25 %) eller meget usikre (8 %). I kommunerne er i alt 22 % enten lidt usikre (19 %) eller meget usikre (3 %). Samlet set er kommuner og akutmodtagelser væsentligt sikrere i deres prioriteringer end præ-hospitalet og ansatte på andre afdelinger end akutmodtagelsen. Det betyder, at prioriteringerne for særligt præ-hospital samt ledere på andre afdelinger end akut bør fortolkes varsomt, idet de fleste af disse samlet set er usikre (55-60 %), mens prioriteringerne for kommuner samt ledere på akutmodtagelserne kan tolkes med større sikkerhed, idet de fleste af disse samlet set er sikre (67-78 %).

**Figur 4.1** I hvor høj grad synes du, at følgende er væsentlige udfordringer i den måde, akutmodtagelserne er organiseret på ... (Prioritering mellem udsagn)



Anm.: N = 132.

Note: Af figuren fremgår det, hvordan respondenter vurderer den indbyrdes relation mellem de udfordringer, som de er blevet bedt om at forholde sig til i spørgeskemaet. Værdierne angiver den gennemsnitlige prioritering, således at værdien 1 angiver højest mulige prioritet, og værdien 6 angiver lavest mulige prioritet.

Figuren er sorteret efter ledere af akutmodtagelsernes prioritering, således at den udfordring, som de angav som den væsentligste (første prioritet), fremgår øverst. Det ses af figuren, at de forskellige grupper af respondenter ikke har angivet samme prioritering. Dette beskrives og fortolkes i kapitelteksten i relation til interviewundersøgelsen.

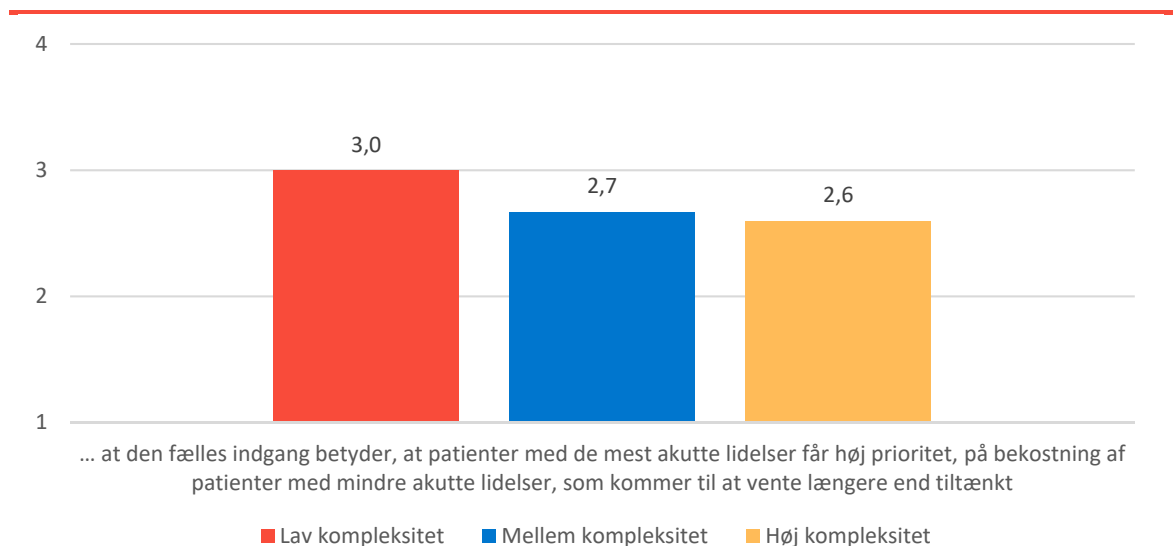
Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

Spørgeskemabesvarelsenerne angiver også en tendens til, at afdelingsledere fra hospitaler af forskellig kompleksitet (specialiseringsgrad) har forskellig vurdering af, hvorvidt den fælles indgang medvirker til, at patienter med mest akutte lidelser får høj prioritet på bekostning af patienter med mindre akutte lidelser. Der er en lille, men systematisk tendens til, at afdelingsledere fra de mindst komplekse hospitaler i højere grad har angivet dette som en udfordring (et gennemsnit på 3 svarer til, at de typisk har svaret 'i nogen grad'). På de mest komplekse hospitaler angives dette som en udfordring, der i lavere grad er til stede (et gennemsnit på 2,6 svarer til, at de typisk har angivet enten 'i lav grad' eller 'i nogen grad'). Gennemsnitsværdierne indikerer imidlertid også, at det er en udfordring, som opleves i alle grupper.

**Figur 4.2** I hvor høj grad synes du, at følgende er væsentlige udfordringer i den måde, akutmodtagelserne er organiseret på ...

– ventetid for patienter med mindre akutte lidelser

(Gennemsnitsværdier for besvarelser afhængig af akuthospitalernes kompleksitet/specialiseringsgrad – ledere, hospital)



Anm.: N = 71. Figuren angiver gennemsnitsværdier for besvarelsenerne på de respektive spørgsmål. Værdien 4 er den højest mulige (angiver, at samtlige respondenter inden for gruppen har svaret 'i høj grad'), og værdien 1 er den lavest mulige (angiver, at samtlige respondenter har svaret 'slet ikke').

Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

Der er tale om små forskelle i besvarelsenerne fra de nævnte grupper, og resultatet skal tolkes med en vis forsigtighed. Forskellen mellem hospitaler af højere og mindre kompleksitet kan dog – i sammenhæng med interviewundersøgelsen – tolkes som en indikation af, at det alt andet lige er lettere at sikre tilstrækkelige speciallægerressourcer på de større og mere specialiserede hospitaler, hvorfor udfordringen med at sikre rettidig diagnose og beslutning om videre behandling for alle patienter også opleves som mindre.

Ser man på fordelingen af svar på dette spørgsmål, afhængig af akutmodtagelsernes størrelse, ses ingen forskelle (se bilag 4).

#### 4.1.2 Forkerte henvisninger og visitationskompetencer

I interviewene gav nogle hospitalsansatte afdelingsledere udtryk for en oplevelse af, at beslutningen om at henvise patienter til specialafdelinger i nogle tilfælde også kan gå for hurtigt. Disse afdelingsledere gav udtryk for en oplevelse af, at visitationen af patienter i nogle tilfælde var baseret på mis-

tanker om en given diagnose, og uden at nogen havde givet sig tid til at se patienten an, hvorefter det i specialafdelingen konstateres, at patienten skal tilbydes et andet forløb:

*Der er så mange patienter, der kommer ind i kirurgien med ikke-kirurgiske sygdomme, (...). Ondt i maven har intet med kirurgi at gøre. Det kan være en løsning, men ikke hver gang. Fra almen praksis, som før havde en filterfunktion, og kendte deres familier godt og kunne sige: 'Nu går du hjem med lille Peter igen, og så kommer jeg i morgen tidlig og trykker ham på maven'. Dengang blev hver fjerde patient intervenseret kirurgisk. Jeg vil gætte på, at det nu er hver tiende patient, som (afdelingens) specialister ser på. På de resterende laver de bare vagtlægearbejde. Og det gør, at de ikke opererer på operationsgangen. (Speciallæge, mave-tarm kirurgi)*

Udfordringen herved er ifølge denne afdelingslæge, at speciallægeressourcerne bruges forkert, men at fejllhvisningerne ikke alene er en konsekvens af den måde, man samlet set har valgt at organisere akutområdet på. Flere af de interviewede afdelingsledere gav udtryk for, at det er en udfordring, som også skal adresseres via hospitalets egne visitationsprocedurer, og ved at fastholde et tilstrækkeligt kompetenceniveau i akutmodtagelserne. Der er ikke blevet spurgt eksplicit ind til fejllhvisninger i spørgeskemaundersøgelsen, og det er derfor ikke muligt at undersøge, om oplevelsen af fejlvisitationer er oftere forekommende blandt nogle grupper af afdelingsledere. Baseret på interviewene blandt afdelingsledere på de udvalgte hospitaler, så synes dette imidlertid primært at være en udfordring inden for de kirurgiske specialer, hvor der er en oplevelse af at modtage for mange patienter, som ikke har behov for kirurgiske indgreb. Her blev der dog primært efterspurgt større visitationskompetence blandt vagtlæger og de læger, som modtager patienter i akutmodtagelserne, frem for større tilstedeværelse af kirurgiske speciallæger i akutmodtagelserne.

## 4.2 Akutmodtagelsernes og hospitalernes kapacitet

Selvom der tegner sig et overordnet billede af, at de hospitalsansatte ledere fra både akutmodtagelserne og de øvrige afdelinger vurderer, at der er sket et løft i behandlingskvaliteten, så blev det også fremhævet, hvordan koordinering af de akutte patientforløb internt på hospitalet potentielt kan påvirke behandlingskvaliteten negativt. Det fælles fokus på flow i akutmodtagelserne har bl.a. medvirket til at nedbringe overbelægning i den forstand, at ingen patienter længere ligger på gangene. I stedet flyttes de afdelinger, der har plads, og bliver det, som på nogle hospitaler kaldes 'satellitpatienter'. Sygeplejersker i den afdeling, hvor patienten ligger fysisk, tager sig af plejen, men det lægefaglige ansvar ligger hos den relevante specialafdeling. Nogle afdelingsledere rejste i interviewene dette forhold som et potentielt kvalitetsproblem, fordi satellitpatienterne oftest venter længst tid på stuegang og koster speciallægeressourcer, fordi deres patienter er spredt frem for samlet fysisk:

*Ulempen er, at der ligger mange satellitpatienter på gangene. Der ligger mindst én, måske 5-6 patienter ude på afdelingerne. Det synes jeg ikke er kvalitet. Det løser et gangproblem, men kvalitetsmæssigt er det ikke i orden. (Afdelingsleder, anden afdeling)*

En afdelingsleder fra en akutmodtagelse har i det åbne tekstfelt i spørgeskemaet desuden fremhævet, at hospitalets samlede kapacitet er af stor betydning for flowet ind og ud af akutmodtagelserne. Denne afdelingsleder anfører her, at det er en selvstændig udfordring, at lang ventetid til elektive forløb samt for få sub-akutte og ambulante tilbud medvirker til, at for mange patienter ender i akutmodtagelserne. Konsekvensen heraf var, ifølge andre hospitalsansatte ledere, at hele systemet bliver presset, når patienterne fylder op i akutmodtagelserne. Dette pres afspejlede sig i behovet for

diagnostiske undersøgelser som beskrevet ovenfor i behovet for sengepladser på de øvrige afdelinger. Derudover beskrev nogle ledere af specialafdelingerne, at de oplever, at de i perioder, hvor der er travlt i akutmodtagelsen, får patienter ud i afdelingerne, som ikke er stabiliseret og derfor trækker ekstra ressourcer i afdelingerne, selvom de på papiret udfylder en seng inden for normeringen.

### 4.3 Samarbejdet om indlæggelse og udskrivelse i de akutte patientforløb

Som det fremgår af afsnit 3.1 og 3.1.2, så oplever både ledere fra kommuner og hospitaler, at akutmodtagelserne har bidraget til, at så få patienter som muligt indlægges unødigt, at så få patienter som muligt venter unødigt længe på udredning, og at så mange patienter som muligt færdigbehandles på akutmodtagelserne. Det stiller imidlertid krav til samarbejdet om sektorovergangene, særligt imellem hospital og kommune.

#### 4.3.1 Unødige henvisninger

Ledere fra både kommuner og hospitaler fremhævede, at det er en særskilt udfordring, at der sker en stigning i antallet af borgere, som enten selv opsøger (oftest via praktiserende læge eller vagtlæge, men også via direkte henvendelse) eller bliver henvist til akutmodtagelserne. I interviewene blev der identificeret flere forhold, som bidrager til denne tendens.

I interviewene gav afdelingsledere for både akutmodtagelser og de øvrige afdelinger udtryk for en forståelse for, at akutmodtagelsernes målgruppe er bred og stor, givet den måde, man samlet set har organiseret akutområdet på. Alligevel var der i nogle akutmodtagelser en oplevelse af, at bl.a. skadepatienter har en mere eller mindre direkte adgang til akutmodtagelserne, samtidig med at der bliver givet udtryk for et forsigtighedsprincip både i lægevagten og i akutmodtagelserne. Sidstnævnte betyder, at mange patienter bliver henvist til akutmodtagelserne til videre udredning, fordi man ikke tør bede patienter vente til næste dag eller se tiden an uden at have tilstrækkeligt med prøver, som kan understøtte en sådan beslutning. Derfor efterspørges en mere generel drøftelse af, om noget diagnostik kan udlægges til andre aktører (se afsnit 6.2). I flere interview blev det desuden nævnt, at der er en udfordring med terminale patienter, som henvises til indlæggelse på akutmodtagelserne. Særligt afdelingsledere af akutmodtagelserne beskrev, hvordan transporten af en patient til akutmodtagelsen kan bidrage til en forværring af patientens situation, og gav udtryk for en oplevelse af, at der er behov for, at der i kommunerne er personale, som kan vurdere, om en indlæggelse er nødvendig:

*En af de nuværende udfordringer er, når ældre borgere på plejehjem eller terminale patienter bliver indlagt midt om natten, fordi plejepersonalet i kommunen ikke vurderer, at de selv kan håndtere dem eller bliver forskrækket over, at de fx trækker vejret anderledes. Konsekvensen kan være, at patienten bliver dårligere og forvirret under transporten, og at man derfor enten forværrer situationen eller spilder tid og ressourcer på, at patienter transporteres til akutmodtagelsen og sendes hjem igen. (Afdelingsleder, akutafdeling)*

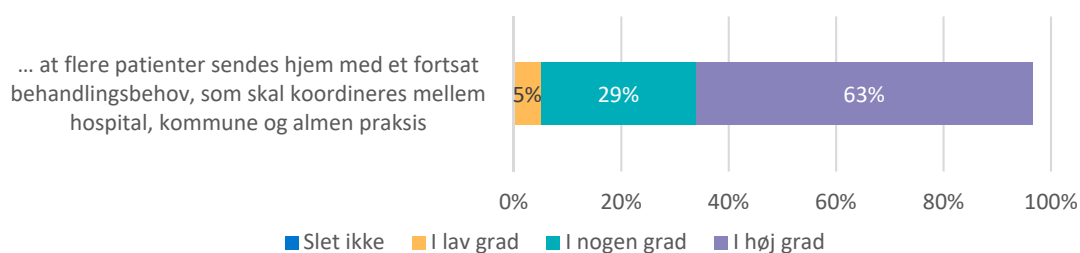
Der var både blandt ledere fra hospitaler og fra kommuner en oplevelse af, at mange patienter har bedst af at blive behandlet i eget hjem frem for at blive flyttet frem og tilbage imellem kommune og hospital. Der er desuden enighed om, at der bør være kompetencer i kommunerne til at håndtere fx dødsfald og basale behandlings- og plejeopgaver. Dernæst efterspørges en forventningsafstemning ift., hvilke patienter, som skal flyttes ind på hospitalet, og hvilke patienter, der får det bedste forløb, hvis de behandles i eget hjem. Her opstår et behov for at diskutere, hvilke kompetencer der skal være til stede i kommunerne, og hvem der skal have behandlingsansvaret; almen praksis, akutmodtagelsen eller eventuelt kommunalt ansatte læger.

Der er ikke spurgt ind til unødige henvisninger i spørgeskemaet, men til gengæld om respondenterne vurderer, at der er behov for kompetencer i kommunerne til at vurdere, om der er behov for indlæggelser. Dette vurderes overvejende som et relevant udviklingsspørsmål af både kommunale og hospitalsansatte ledere (se afsnit 6.2.1).

#### 4.3.2 Kommunernes mulighed for at modtage patienter

De kommunale ledere gav i interviewene udtryk for en opfattelse af, at patienterne har det bedst i eget hjem, og at en indlæggelse ikke nødvendigvis er at foretrække. Derfor er de hurtige forløb på akutmodtagelserne grundlæggende positivt, men det stiller krav til håndteringen af overgangen fra hospital til eget hjem eller fx kommunale aflastningspladser, hvor kommunerne og almen praksis skal være parate til at overtage patienten og patientens behandlingsforløb. Denne udfordring fremgår således også som særligt væsentlig i spørgeskemabesvareelserne, idet 92 % af de kommunale ledere, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen, svarer, at det 'i høj grad' (63 %) eller 'i nogen grad' (29 %) er en udfordring, at flere patienter sendes hjem med et fortsat behandlingsbehov, som skal koordineres mellem hospital, kommune og almen praksis (se Figur 4.3). Samtidig er det også den udfordring, som de kommunale ledere giver den højeste prioritet og dermed angiver som den, de vurderer er vigtigst (se Figur 4.1).

**Figur 4.3** I hvor høj grad synes du, at følgende er væsentlige udfordringer i den måde, akutmodtagelserne er organiseret på ...  
– at flere patienter sendes hjem med fortsat behandlingsbehov  
(Svarfordeling – ledere, kommuner)



Anm.: N = 52. 2 % har svaret 'ved ikke', hvorfor søjlen ikke summerer til 100 %.

Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

Det er tydeligt i interviewene med hospitalsansatte og kommunale ledere, hvordan kommunerne har vidt forskellige forudsætninger for at hjemtage patienter, samt at der kan være geografiske og infrastrukturelle forhold, som kan gøre det vanskeligt at sende patienter hjem fra akutmodtagelsen, fx om natten. En inddeling af de kommunale lederes besvarelser på disse spørgsmål afhængig af kommune størrelse viser, at dette opleves som en udfordring både af store, mellemstore og små kommuner. Gennemsnitsværdier for besvarelsene i de tre grupper er hhv. 3,4, 3,6 og 3,7 (se bilag 4), hvilket indikerer en tendens til, at de mindre kommuner i højere grad oplever dette som en udfordring. Forskellene er dog små, og det er vanskeligt at drage klare konklusioner på baggrund heraf.

Afdelingsledere fra nogle akutmodtagelser nævnte konkret eksempler på patienter, som personalet på akutmodtagelserne valgte at beholde enten natten over, fordi der ikke var nogen i hjemmet til at tage imod patienten, eller fordi patienten ikke havde mulighed for hjemtransport.

*Vi sender ikke patienter hjem om natten, fordi de ikke har mulighed for at komme hjem. Mange har ikke bil eller pårørende til at hente dem, og kommunen kan ikke tage imod dem. (Afdelingsleder, akutmodtagelse)*

Det er således en af de udfordringer, som der fortsat blev efterspurgt og var stor opmærksomhed på blandt de hospitalsansatte ledere, fordi det har betydning for akutmodtagelsernes mulighed for at sikre et konstant flow i akutmodtagelserne, der – som beskrevet i det forrige afsnit – medvirker til at sikre bedst mulige kvalitet.

#### 4.3.3 Kommunikation om hjemsendelse og behandlingsansvar

Som led i koordineringen af patientforløb ved udskrivelse af en patient fra akutmodtagelsen fremhævede de kommunale ledere, at det er en udfordring, at der kan opstå uklarhed omkring behandlingsansvaret, efter at patienter er udskrevet fra hospitalet. Eksempelvis modtager de praktiserende læger epikrisen inden for 3 dage, efter at patienten er udskrevet, men kommunen modtager patienten med det samme. I mange tilfælde laver hospitalslæge og praktiserende læge bilaterale aftaler om overdragelse af behandlingsansvaret, og da kan det være en udfordring for kommunerne at få afklaret, hvor behandlingsansvaret ligger, og hvem der skal afklare patientens videre behandlingsplan.

*Sygehuslæger og praktiserende læger aftaler faktisk tit, hvem der har ansvaret for patienten. Og det kræver ret meget arbejde for os, fordi vi skal finde ud af, hvem der har ansvaret for den patient. (Leder, kommune)*

I spørgeskemaet har i alt 85 % af de kommunale ledere således også svaret, at de 'i nogen grad' (36 %) eller 'i høj grad' (49 %) oplever det som en udfordring, at det er uklarhed om, hvem der er den behandlingsansvarlige læge ved udskrivelse. Til sammenligning har i alt 38 % af de hospitalsansatte ledere angivet, at uklarhed om behandlingsansvarlig læge er en udfordring 'i nogen grad' (32 %) eller 'i høj grad' (6 %). Der er således særligt stor forskel på andelen, der mener det 'i høj grad' er en udfordring, henholdsvis 54 % af kommunerne og kun 6 % af hospitalerne.

Der ses desuden, at de kommunale ledere har givet denne udfordring en høj prioritet og dermed anser den for at være blandt de mest væsentlige, hvor hospitalsansatte ledere giver den lavere prioritet (Figur 4.1). Dette kan tolkes som et udtryk for, at den aktør (kommunerne), som skal modtage patienten, i højere grad oplever denne udfordring, samtidig med at det også kan være udtryk for en udfordring relateret til kommunikationen på tværs af sektorer. De kommunale ledere, som deltog i interview, fremhævede bl.a., at de eksisterende kommunikationsveje mellem hospital, almen praksis og kommune udgør en udfordring for samarbejdet omkring de akutte patientforløb. Eksempelvis blev MEDcom systemet<sup>15</sup> fremhævet som inkompatibelt med akutmodtagelsens princip om, at patienter skal afsluttes hurtigt og sendes hjem, hvis de ikke er indlæggelseskrævende, idet den praktiserende læge fejlagtigt kan have noteret en henvisning til akutmodtagelsen som en indlæggelse:

*MEDcom systemet bliver ikke opdateret, hvis patienterne ikke bliver indlagt, og så står vi og mangler information, og det gør hospitalet også. Vi har oplevet, at patienter er blevet indlagt (troede vi), men hvor de ikke er, og at de så er blevet sendt hjem, uden at vi har fået noget at vide om det. Vi får først indlæggelsesrapporten, når patienterne faktisk bliver indlagt. Og det er måske også en kommunikationsfejl mellem praktiserende læger, som bare siger, at de indlægger, men hvor der bare menes, at de sender patienten til hospitalet. (Leder, kommune)*

Når borgeren er indlagt, bliver alle kommunale ydelser sat på pause, indtil patienten udskrives igen, og derfor er det afgørende for kommunen at kende status for patientens forløb. Samtidig betyder

<sup>15</sup> Her refereres formentlig specifikt til de såkaldte 'advis'er', hvorigennem hospital og kommune udveksler information.

kommunernes organisering, at de arbejder med en planlægningshorisont, hvor patienter skal visiteres, og ydelser skal tildeles og planlægges<sup>16</sup>, og nye behov hos patienten kræver tid at omsætte til konkrete ydelser, hvilket yderligere understreger behovet for, at kommunen er orienteret om patientforløbets status.

I spørgeskemaet er både kommunale ledere og hospitalsansatte ledere blevet spurgt om deres vurdering af, om de nuværende kommunikationsveje vanskeliggør kommunikationen mellem hospital, kommune og almen praksis. På dette spørgsmål er der i høj grad enighed om, at dette er en væsentlig udfordring ved den nuværende organisering af akutmodtagelserne (se bilag 4), og selvom ingen af disse grupper angiver, at det er den væsentligste udfordring (se Figur 4.1), så er det blandt de udfordringer, som tildeles en høj prioritet.

#### 4.3.4 Flere og forskellige samarbejdspartnere

I interviewene med afdelingsledere fra hospitalerne fremgik det desuden, at en udfordring i samarbejdet omkring sektorovergangene er, at akutmodtagelserne skal samarbejde med flere kommuner, som har forskellige muligheder for at modtage patienter efter en indlæggelse:

*Vi har samordningsudvalget, hvor vi på hvert planområde har repræsentanter for hvert område, og så snakker man med kommunerne om, hvordan man får det til at hænge sammen. Men vi har 10 kommuner, som har forskellige tilbud, og det skal man også være opmærksom på og være klar over, hvad det er, man kan sende patienterne tilbage til. (Afdelingssygeplejerske, akutmodtagelse)*

Nogle kommuner har akutteams, der kan tage hurtigt ud til en patient efter indlæggelse, og som i varierende grad kan varetage nogle behandlingsopgaver. I andre kommuner er en udfordring, at de mangler aflastningspladser og derfor kan have svært ved at tage en patient hjem. Derudover har nogle kommuner organiseret sig, så de har en opsøgende funktion, hvor en kommunal sygeplejerske har sin daglige gang på hospitalet og løbende kan koordinere udskrivelse af indlagte patienter med hospitalspersonalet. Selvom udfordringen med mange samarbejdspartnere primært blev fremhævet af ledere fra hospitalerne, så viser spørgeskemaundersøgelsen, at dette også opleves som en udfordring af de kommunale ledere (se Figur 4.4).

De kommunale ledere ser dog dette som en mindre vigtig udfordring, idet de giver den lavere prioritet end fx udfordringen med kommunikationsvejene beskrevet ovenfor, hvor lederne af akutmodtagelserne angiver de mange samarbejdspartnere i kommunerne som den væsentligste udfordring (se Figur 4.1).

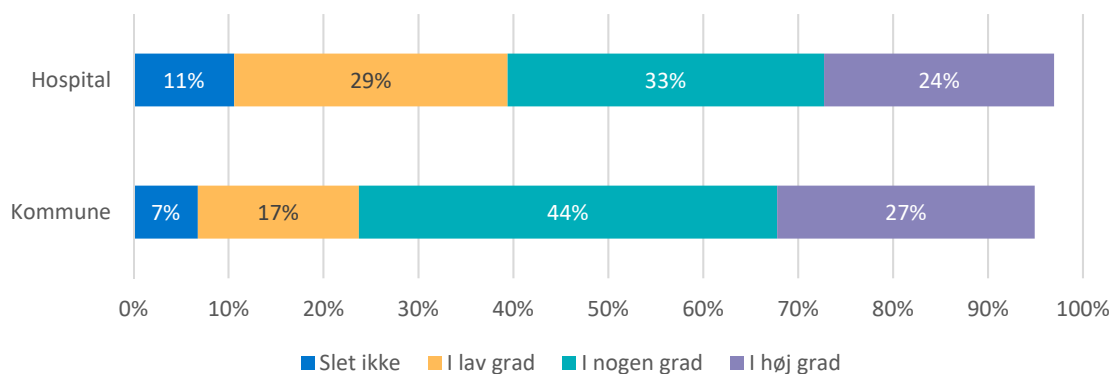
<sup>16</sup> Se fx (Vinge, 2018).



**Figur 4.4** I hvor høj grad synes du, at følgende er væsentlige udfordringer i den måde, akutmodtagelserne er organiseret på...

– at den nuværende struktur medfører, at hver enkelt akuthospital har mange samarbejdsflader, fx samarbejde med flere kommuner

(Svarfordeling – ledere, hospital og kommune)



Anm.: N (hospital) = 66, N (kommune) = 59. 3-6 % har svaret 'ved ikke', hvorfor søjlerne ikke summerer til 100 %.

Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

Derudover fremhævede de kommunale ledere, der deltog i interview, at det er en udfordring, at de geografiske afstande mellem hospital og kommune i mange tilfælde er store, og at det påvirker muligheden for et gensidigt kendskab. Af spørgeskemaundersøgelsen fremgår det imidlertid, at dette i mindre grad vurderes som en udfordring sammenlignet med flere af de øvrige udfordringer nævnt i dette afsnit (se den indbyrdes prioritering mellem udvalgte udfordringer i Figur 4.1).

Ud fra en hypotese om, at udfordringen med samarbejde over store geografiske afstande potentielt kunne opleves forskelligt i kommuner, hvor der hhv. er eller ikke er placeret en akutmodtagelse, er der foretaget en analyse af svarfordelingen for disse grupper af kommunale ledere (se bilag 4). Her ses imidlertid ikke nogen forskel i besvarelsene.<sup>17</sup> Der er heller ikke forskel mellem de to kategorier af kommuner på spørgsmålet om, hvorvidt '*de nuværende kommunikationsveje vanskeliggør kommunikationen mellem hospital, kommune og almen praksis (fx forsinkede epikriser*'. Der er en mindre forskel mellem de to kommunekategorier på spørgsmålet om, hvorvidt '*den nuværende struktur medfører, at hver enkelt akuthospital har mange samarbejdsflader, fx samarbejde med flere kommuner*'. Kommuner uden en akutmodtagelse i kommunen angiver oftest, at det 'i nogen grad' er en udfordring (gennemsnitlig værdi 3), mens kommuner med en akutmodtagelse i kommunen oftest angiver, at det enten 'i lav grad' eller 'i nogen grad' er en udfordring (gennemsnitlig værdi 2,6). Samlet set ser gruppen af ledere i kommuner, hvor der *ikke* er placeret en akutmodtagelse, de tre udfordringer som værende større, end tilsvarende ledere i kommuner, hvor der *er* placeret en akutmodtagelse – men forskellene er meget små. På sidstnævnte spørgsmål er der også foretaget en opdeling af besvarelser afhængig af kommunernes størrelse, men her ses små, men ikke systematiske forskelle (se bilag 4).

De to kommuner, som er repræsenteret i interviewundersøgelsen, adskiller sig fra hinanden ved, at der i den ene kommune er et akuthospital, hvor den anden kommune har længere afstand til et akutsygehus. Begge kommuner beskriver imidlertid, at en vigtig betingelse for et godt samarbejde med akutmodtagelserne er den mere uformelle kontakt, hvor man lærer hinanden at kende både personligt og i form af et større kendskab til den anden parts muligheder og udfordringer. Dette

<sup>17</sup> Forskellen mellem de to grupper af kommuner er 0,2. Kommuner med akutmodtagelser har en gennemsnitlig værdi på 2,1, mens kommuner uden akutmodtagelser har en gennemsnitlig værdi på 2,3.

kendskab er imidlertid lettere at opdyrke og opretholde i den kommune, hvor den geografiske afstand til akutmodtagelsen er lille.

*Så ved, at der er den afstand, er der måske også en anden form for afstand, fordi vi ikke lige render ind i afdelingslederen fra hospitalet. Vi mangler lidt det, der kan udvikle sig, som kommer, når man bare lige kan mødes og drikke en kop kaffe. Det bliver så formelt uden. En fordel ville være, at man kender hinandens muligheder og udfordringer og på den måde ser løsninger på tværs. Vi forstår ikke altid helt, at de andre ikke bare kan gøre, som vi gerne vil have dem til. (Leder, kommune)*

Samme pointe fremhæves af flere af de ledende oversygeplejersker fra akutmodtagelserne: Nedlægningen af de mange mindre akutmodtagelser har haft den betydning, at samarbejdet mellem kommune og hospital er blevet udfordret og kræver bevidste tiltag, som kan kompensere for, at de uformelle møder ikke længere finder sted. Flere kommuner arbejder med forskellige modeller for, at ansatte i den kommunale hjemmesygeplejerske har deres daglige gang i akutmodtagelserne, eller at der udpeges kontaktpersoner i kommunernes forskellige sygeplejeenheder, som skal medvirke til at sikre dialog og koordinering omkring patienters overgang mellem sektorerne.

## 5 Forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser

I dette afsnit redegøres der for, hvad der ifølge afdelingsledere fra hospitalerne udgør de væsentligste forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser. De forudsætninger, som fremlægges her, vedrører primært forudsætninger for velfungerende arbejdsgange og organisering af akutmodtagelserne.

### Kapitlets hovedpointer

Undersøgelsen giver anledning til at fremhæve følgende komponenter som forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser:

*Kompetencer:* Kompetencer fremhæves som den væsentligste forudsætning for velfungerende akutmodtagelser. På lægesiden fremhæves speciallægekompetencer som den vigtigste forudsætning for hurtig og præcis udredning af patienter og beslutning om det videre patientforløb. Dernæst fremhæves kompetencer til ledelse af patientflowet i afdelinger – herunder at sikre bedst mulig udnyttelse af kapaciteten og systematik i visitationen. Sidstnævnte vurderes dog at være mindre vigtigt end de kliniske kompetencer, særligt af afdelingsledere fra de øvrige afdelinger på hospitalerne.

På sygeplejesiden nævnes en kombination af kompetencer i akut sygepleje samt mere specialiserede medicinske kompetencer, så de også kan passe akutmodtagelsens sengeafsnit. Her fremgår kompetencer i akut sygepleje som de vigtigste, og med en tendens til, at ledere fra akutmodtagelserne vurderer, at sygeplejerskekompetencer inden for de medicinske specialer er vigtigere, end ledere fra de øvrige afdelinger mener.

*Let adgang til diagnostik:* Hurtige og effektive patientforløb afhænger også af, at der er let adgang til diagnostiske faciliteter og kompetencer. Vurderingen er, at der i høj grad er let adgang til diagnostiske faciliteter i dagtimerne og i mindre grad i aften- og nattetimerne. Desuden spiller den præ-hospitale indsats potentielt også en stor rolle, da nogle værdier allerede kan måles i ambulancen og sikre hurtig triage og behandlingsstart.

*Muligheder for viderehenvielse og løbende frigivelse af plads i akutmodtagelserne:* Det er afgørende, at der i akutmodtagelserne løbende frigives plads til nye patienter, og at der derfor er mulighed for at viderehenvise patienterne til andre aktører i og uden for hospitalerne.

Internt på hospitalerne er der aftaler om, hvornår patienter skal flyttes til specialafdelingerne, hvem der har visitationsretten, og hvad man gør i tilfælde af overbelægning på hospitalet. Dette vurderes både som vigtigt og som et forhold, der i stort omfang er til stede.

Endelig er kommunernes mulighed for at hjemtage patienter vigtig, hvilket både stiller krav til kommunernes måde at organisere sig på og til de sundhedsfaglige kompetencer i kommunerne, bl.a. i relation til at kunne varetage patienter, der sendes hjem fra akutmodtagelsen med et fortsat behandlingsbehov.

*Ligeværdigt samarbejde og relationer:* Samarbejdet mellem de mange aktører, der er involveret i et akut patientforløb, er ligeledes en vigtig brik i at sikre akutmodtagelsernes mulighed for at levere effektive patientforløb af høj kvalitet. Samarbejde på tværs af specialer og sektorer har derfor været og er fortsat et væsentligt opmærksomhedspunkt. Følgende fremhæves som betydningsfuldt for et velfungerede samarbejde:

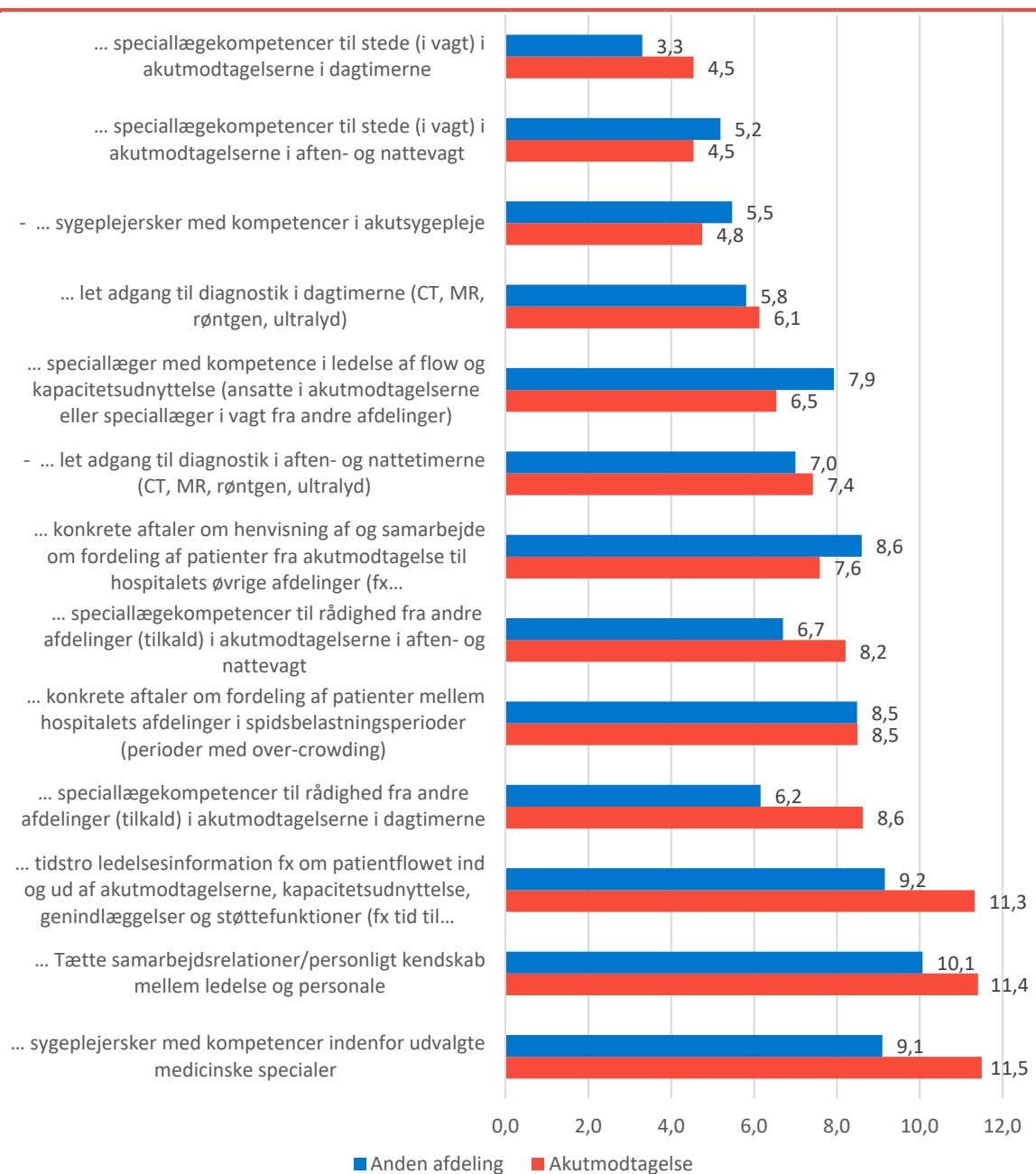
- Klare aftaler om arbejdsgange, behandlingsansvar, visitationsret m.m.
- Personligt kendskab og kendskab til samarbejdspartneres organisering og arbejde
- Tillid og ligeværdige relationer.

## 5.1 Kompetencer i akutmodtagelserne

Kompetencer nævnes som et af de væsentligste virkemidler til en velfungerende akutmodtagelse og angives også som det vigtigste både blandt ledere af akutmodtagelserne og de øvrige afdelinger (se Figur 5.1).<sup>18</sup> Denne komponent i en velfungerende akutmodtagelse har naturligvis også betydning for den behandlings- og plejekvalitet, der leveres i akutmodtagelser, men nævnes i interviewene især som led i at skabe et effektivt patientflow.

<sup>18</sup> Respondenterne er efter endt prioritering blevet bedt om at vurdere, hvor sikre de er i deres prioritering. Blandt ledere af en anden hospitalsafdeling end akutmodtagelserne er i alt 35 % enten 'lidt usikre' (28 %) eller 'meget usikre' (7 %). Blandt ledere af akutmodtagelserne er den tilsvarende andel i alt 13 %, der alle er 'lidt usikre', mens ingen er 'meget usikre' (0 %). Størstedelen af respondenterne fra begge grupper er således mere sikre end usikre, men ledere fra akutmodtagelserne er noget sikrere end ledere fra andre afdelinger. Prioriteringerne kan samlet set godt anvendes til at give en indikation af, hvilke forudsætninger der er vigtigst.

**Figur 5.1** Hvor enig er du i, at følgende forhold er hhv. vigtige forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser og til stede i dag  
 – prioritering mellem udsagn  
 (ledere, hospital)



Anm.: N = 67.

Note: Af figuren fremgår det, hvordan respondenter vurderer den indbyrdes relation mellem de forudsætninger, som de er blevet bedt om at forholde sig til i spørgeskemaet. Værdierne angiver den gennemsnitlige prioritering, således at værdien 1 angiver højest mulige prioritet, og værdien 12 angiver lavest mulige prioritet.

Figuren er sorteret efter ledere af akutmodtagelsernes prioritering, således at den udfordring, som de angav som den væsentligste (første prioritet), fremgår øverst. Det ses af figuren, at de forskellige grupper af respondenter ikke har angivet samme prioritering. Dette beskrives og fortolkes i kapitelteksten i relation til interviewundersøgelsen.

Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

### 5.1.1 Lægefaglige kompetencer

På lægesiden blev der i interviewene fundet to typer af kompetencer, der begge medvirker til at skabe kvalificerede og effektive patientforløb i akutmodtagelserne. Den ene type af kompetencer relaterer sig til opgaven med at udnytte kapaciteten i akutmodtagelsen og sørge for systematisk visitation af patienterne, så de kan fordeles ud til specialerne. Denne kompetence kaldes også en ledelseskompetence og er en kompetence, som er afgørende for at sikre, at patientflowet i akutmodtagelserne holdes konstant.

*Hvis det er en, som har styr på at koordinere, så går vagterne altså bare meget bedre.  
(Afdelingsleder, akutmodtagelse)*

Selvom denne kompetence ikke nødvendigvis er fraværende blandt de speciallæger, som går i vagt i akutmodtagelsen, så nævner flere, at det er en kompetence, som formentlig er bedst placeret hos de læger, som er ansat i akutmodtagelsen, og som har deres daglige virke her. Således bliver flowledelse ikke er afhængigt af, hvem der er i vagt fra de øvrige specialer.

Et effektivt flow er dog ikke bare afhængigt af, at der er en kompetent flowleder til stede. Tilstedeværelse af speciallæger fra de øvrige specialer er også afgørende for, at der kan træffes hurtige og ikke mindst rigtige beslutninger. Det gælder, både når patienter indlægges, når de skal udskrives, eller hvis der skal træffes beslutninger om at overflytte patienter til specialafdelingerne. Der er altså tale om et middel til at sikre, at patienterne er det rette sted, at de ikke ligger og venter unødigt længe på at blive sendt videre, eller at behandlingskrævende sygdomme ikke bliver opdaget.

*Hvis patienten skal afklares hurtigt, skal man have de rette kompetencer, sådan er det bare. Man skal sørge for, at der er de kompetencer til stede, som patienten har behov for.  
(Afdelingsleder, øvrig afdeling)*

Samtidig er der også stor opmærksomhed på, at patienter skal være der, hvor de får den bedste behandling, men samtidig skal antallet af overflytninger mellem afdelinger minimeres. Derfor er det også ud fra et hensyn til patienten og til kvaliteten af behandlingen vigtigt med speciallægerne i front. For at imødekomme dette hensyn blev det i interviewene beskrevet, hvordan de nogle steder og i relation til bestemte specialer har valgt at have egne læger til stede i akutmodtagelserne med henblik på at sikre tilstrækkelige kompetencer til både at diagnosticere og visitere patienter korrekt:

*Diagnostikken og den korrekte behandling er jo vigtig, og det er blevet bedre, efter at niveauet i akutafdelingen er blevet meget bedre. (...) Problemet ligger i, at der er variation i kompetencerne [afhængig af, hvem der er i vagt]. Der er nogle dage, hvor niveauet er alt for godt, og andre dage er det ikke så godt. På hjerteområdet har vi gjort det sådan, at vi hver dag har en kardiolog, som sidder og laver tilsyn for at prøve at bevare et godt niveau.  
(Afdelingsleder, øvrig afdeling)*

I enkelte interview blev det drøftet, hvorvidt det er nødvendigt med uddannede speciallæger i vagt.

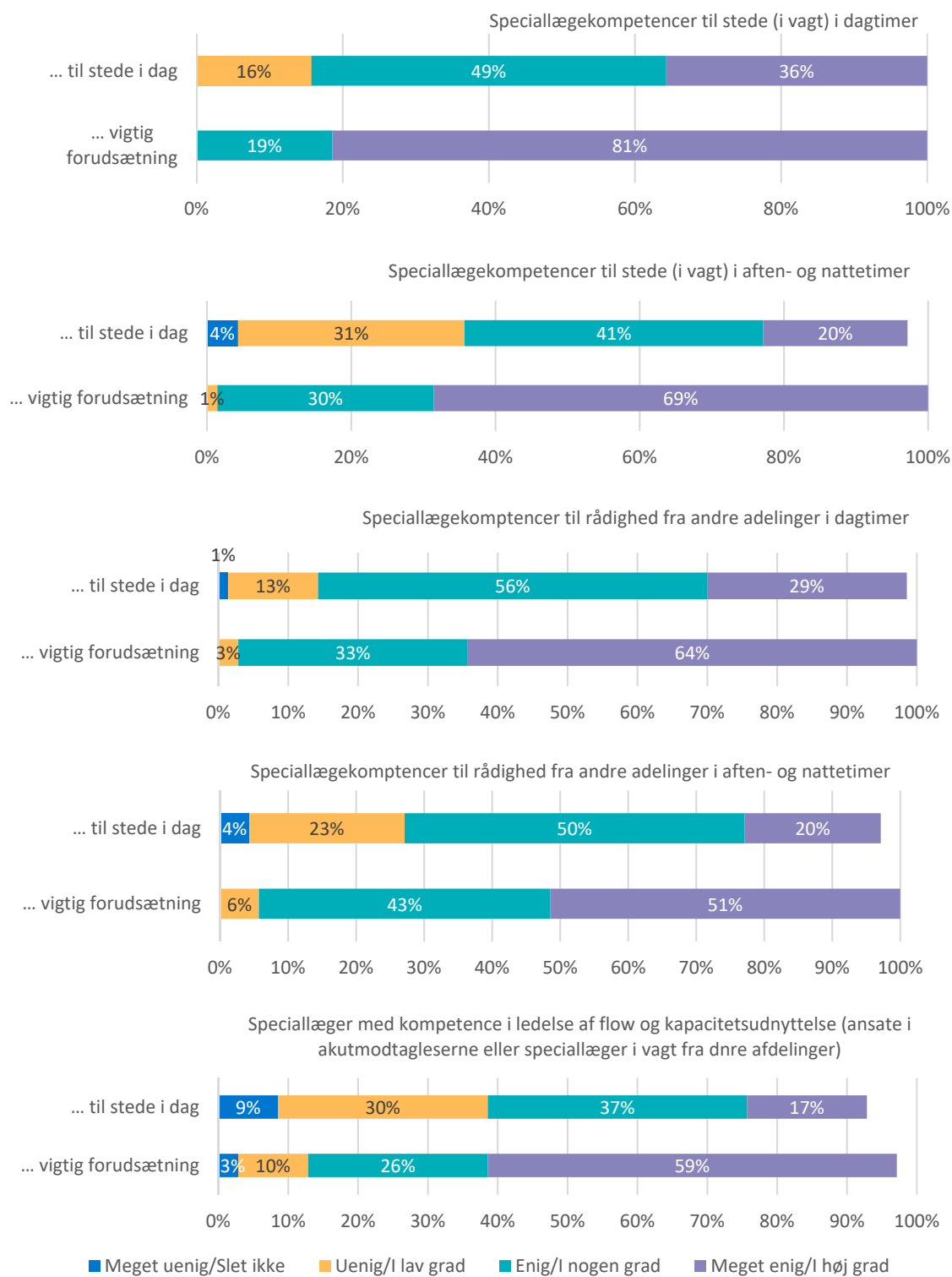
Her var et synspunkt, at det kan være tilstrækkeligt med læger, som er sidst i et hoveduddannelsesforløb, og det tilmed kan være en praktisk nødvendighed, da speciallægerne både skal dække vagter i egen afdeling og i akutmodtagelserne samtidig med diverse uddannelsesforpligtelser.

*Det er et jo vigtigt, at der er de rigtige læger til stede i FAM. Men vi skal stadig huske, at vi også skal undervise imens, fordi vi er et universitetshospital. Og lige p.t. er vi ikke nok læger til at kunne udfylde begge dele, og derfor er det enormt ressourcetungt.  
(Afdelingsleder, øvrig afdeling)*

Konkret arbejdede nogle akutmodtagelser med en model, hvor speciallægerne kun er i front ved de patienter med de mest akutte symptomer (rød triage-kategori), hvorimod patienter triageret til den blå eller grønne kategori kan varetages af yngre læger. Hovedsagen er, at de yngre og mest uerfarne læger ikke overlades alene i akutmodtagelsen, da det hverken er til den yngre læges eller patientens fordel, samt at det potentielt vil være et forsinkende led i patientflowet. Det er således et spørgsmål om arbejdsfordeling inden for vagtlagene på akutmodtagelserne.

I spørgeskemaundersøgelsen er afdelingslederne bedt om at vurdere vigtigheden af en række forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser, hvoraf de fem, der relaterer sig til speciallægekompetencer, præsenteres i Figur 5.2. Respondenterne er for hver enkelt forudsætning blevet stillet to spørgsmål samtidigt; hvor enige de er i, at det er en *vigtig forudsætning*, og i hvor høj grad forudsætningen er *til stede i dag*. De to spørgsmål har således to forskellige, men ensartede, svarmuligheder (i hvilken grad samt hvor enig, man er), og er derfor præsenteret samlet. Søjlerne skal læses parvis, da to på hinanden følgende søjler vedrører identiske forudsætninger angående henholdsvis vigtigheden og tilstedeværelse.

**Figur 5.2** Hvor enig er du i, at følgende forhold er hhv. vigtige forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser og til stede i dag  
 – speciallægekompetencer  
 (Svarfordeling – ledere, hospital)



Anm.: N = 69. Op til 7 % har svaret 'ved ikke' til udvalgte spørgsmål, hvorfor søjlerne ikke i alle tilfælde summerer til 100 %.  
 Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelserne, VIVE 2018.



Figuren viser, at alle hospitalsansatte ledere erklærer sig 'meget enige' eller 'enige' i, at '*speciallægekompetencer til stede (i vagt) i akutmodtagelserne i dagtimerne*' er en vigtig forudsætning for velfungerende akutmodtagelser. '*Speciallægekompetencer i vagt i aften- og nattetimer*' samt '*speciallæger på tilkald i dag og aften-/nattetimer*' angives også som vigtige, dog har en lille andel (0-16 %) af afdelingslederne svaret, at de er 'uenege' eller 'meget uenege' i, at disse forhold er forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser.

Langt størstedelen (84 %) af afdelingsledere har erklæret sig 'meget enige' eller enige' i, at '*kompetencer i ledelse af flow og kapacitet*' er en vigtig forudsætning, dog har 13 % svaret, at de er 'uenege' eller 'meget uenege' heri. Det er dog tale om mindre forskelle sammenlignet med spørgsmålene vedrørende speciallægekompetencer, og det kan konstateres, at speciallægekompetencer generelt ses som en vigtig forudsætning. Denne kompetence får desuden en lavere prioritet end de øvrige speciallægekompetencer, dog med en tendens til, at afdelingsledere fra akutmodtagelserne vurderer, at den er vigtigere sammenlignet med de øvrige lederes vurdering.

Ses der på, hvorvidt forudsætningerne, der vedrører speciallægekompetencer, er *til stede* i dag, så viser Figur 5.2 et generelt billede af, at afdelingslederne vurderer, at speciallægekompetencerne 'i høj grad' eller 'i nogen grad' aktuelt er til stede i akutmodtagelserne. Således har 54 % af afdelingslederne svaret, at kompetencer i flow og ledelse 'i høj grad' eller 'i nogen grad' er til stede i akutmodtagelserne i dag, og udgør dermed den kompetence, som vurderes at være mindst tilgængelig. I modsætning hertil vurderede 84 % af afdelingslederne, at speciallægekompetencer hhv. er til stede (i vagt) og til rådighed (tilkald) i dagtimerne i dag.

Der ses desuden en tendens til, at der er en højere grad af enighed blandt afdelingslederne om, at speciallægekompetencerne *er vigtige* forudsætninger, mens der ses en større fordeling på de mulige svarkategorier i vurderingen af, om forudsætningerne *er til stede*. Dette kan, som det også var tilfældet i relation til de oplevede udfordringer ved den nuværende organisering af akutmodtagelserne, hænge sammen med forskellige muligheder for at tiltrække speciallægekompetencer på de enkelte hospitaler. I interviewene blev der generelt givet udtryk for, at der er knaphed på speciallægeresourcerne, men at det var et mindre problem på de større og mere specialiserede hospitaler.

I spørgeskemaet er der også spurgt ind til specifikke specialer som forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser (se bilag 4). Heraf fremgår det, at ca. halvdelen af de hospitalsansatte ledere har svaret, at tilstedeværelse (i vagt) i dagtimerne fra specialerne intern medicin, ortopædkirurgi, kirurgi (parenkym) og anæstesiologi 'i høj grad' eller 'i nogen grad' er vigtige forudsætninger. Vagtdækning fra speciallæger i anæstesiologi i aften- og nattetimerne vurderes imidlertid ikke i samme grad at være en forudsætning sammenlignet med de andre, idet kun 26 % har svaret 'i høj grad' eller 'i nogen grad' på dette spørgsmål mod 40-47 % i de øvrige tre øvrige specialer. Derimod fremgår speciallæger i anæstesiologi på tilkald at være en væsentlig forudsætning både i dagtimer og aften- og nattetimer (59 % har svaret 'i høj grad' eller 'i nogen grad'). Ortopædkirurgi fremgår desuden som det speciale, som færrest angiver som en forudsætning for velfungerende akutmodtagelser, både når der er spurgt ind til dagtimer og aften-/nattetimer, og når der er spurgt ind til speciallægedækning i vagt og på tilkald.

### 5.1.2 Sygeplejefaglige kompetencer

Flere ledende afdelingspsygeplejersker fra de udvalgte akutmodtagelser beskrev, hvordan de startede med at antage, at sygeplejerskerne ansat i akutmodtagelsen ville kunne fungere som generalister, der frit kunne flyttes rundt i akutmodtagelsen og varetage plejen af patienter med forskellige diagnoser. Det viste sig for det første at medvirke til, at det blev svært at fastholde sygeplejerskerne

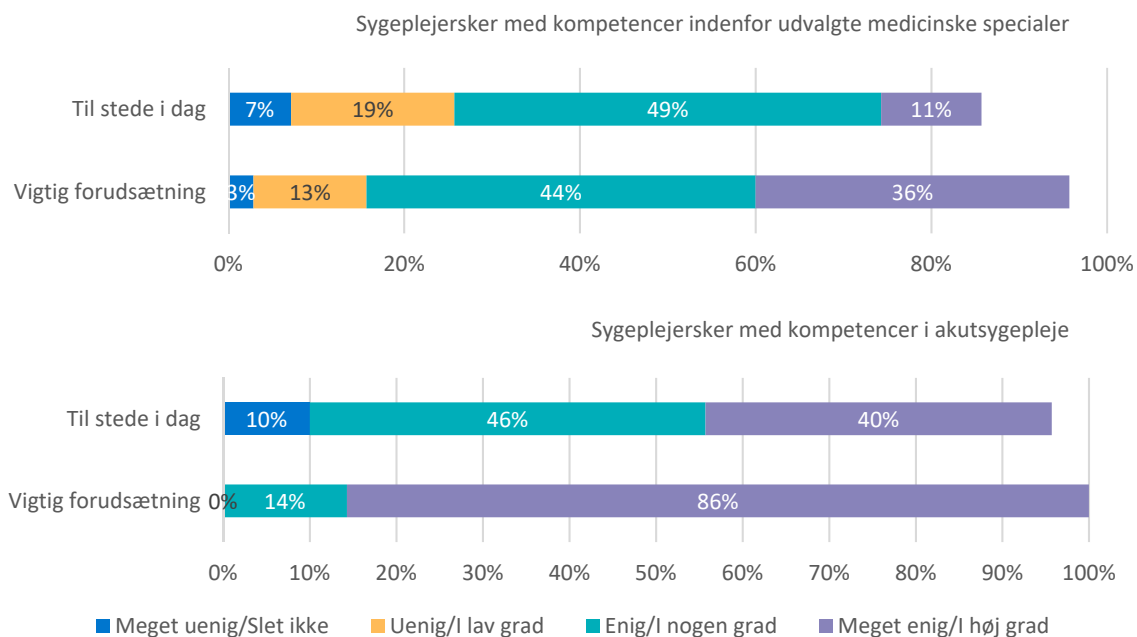
i akutmodtagelsen, og for det andet har man flere steder erkendt, at specialiserede sygeplejerskekompetencer også er vigtigt i forhold til at sikre tilstrækkelig med kvalitet i plejen af de patienter, som er indlagt i akutmodtagelsen.

*Vi troede, at sygeplejerskerne i starten skulle kunne det hele, men de bliver stadig også nødt til at kunne specialerne. Problemet er, at vi ikke kan triagere os ud af det hele, og at vi ikke kan bede sygeplejerskerne, at de skal kunne det hele. (Afdelingsleder, akutmodtagelse)*

Sygeplejerskerne har bl.a. en vigtig funktion med at observere patienterne, og de skal være i stand til at genkende og reagere på symptomer. Samtidig skal sygeplejerskerne i akutmodtagelserne kunne varetage de akutte opgaver, fx bemande akuttelefonen, triagere og have (som minimum) basale kompetencer i akut sygepleje. I flere regioner har man kompetenceudviklingsforløb for sygeplejersker ansat i akutmodtagelserne, som sikrer, at alle sygeplejersker kan varetage de akutte opgaver. Samtidig er sygeplejerskerne også flere steder organiseret på en måde, så de primært varetager et eller flere subspecialer, så de har de rette kompetencer til at overvåge og pleje patienter med specifikke diagnoser i akutmodtagelsernes sengeafsnit. Det blev dog også nævnt, at sygeplejersker oftere end læger skifter arbejdsplads og speciale, og at kompetenceudvikling af sygeplejersker er en fortløbende opgave i akutmodtagelserne.

I spørgeskemaundersøgelsen er der også spurgt ind til afdelingsledernes vurdering af, hvorvidt sygeplejefaglige kompetencer er hhv. *vigtige forudsætninger* og *til stede i dag*. Figur 5.3 viser svarfordelingen på disse spørgsmål.

**Figur 5.3** Hvor enig er du i, at følgende forhold er hhv. vigtige forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser og til stede i dag – sygeplejerskekompetencer (Svarfordeling – ledere, hospital)



Anm.: N = 70. Op til 15 % har svaret 'ved ikke' til udvalgte spørgsmål, hvorfor søjlerne ikke i alle tilfælde summerer til 100 %.  
Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

Det fremgår af figuren, at *'sygeplejersker med kompetencer i akutsygepleje'* er en vigtig forudsætning, idet alle afdelingsledere har svaret, at de er 'meget enige' (86 %) eller 'enige' (14 %) i, at dette er en vigtig forudsætning for velfungerende akutmodtagelser. Ser man afdelingsledernes vurdering af, at sygeplejersker med kompetencer i akutsygepleje er til stede i akutmodtagelserne, så har 40 % svaret 'i høj grad', og 46 % har svaret 'i nogen grad'. Ingen har svaret 'i lav grad', men 10 % har svaret 'slet ikke'. Der er således en oplevelse af, at sygeplejersker med kompetencer i akutsygepleje er en vigtig forudsætning for velfungerende akutmodtagelser, men at den kun delvist er til stede i akutmodtagelserne i dag. Dette kan være et udtryk for et turn-over af sygeplejersker i akutmodtagelserne og det deraf løbende behov for at sikre tilstrækkelige kompetencer i denne gruppe. Desuden fremgår det af Figur 5.1, at sygeplejersker med kompetencer i akutsygepleje er blandt de forudsætninger, som vurderes at være vigtigst.

Figur 5.3 viser desuden, at *'sygeplejersker med kompetencer inden for udvalgte medicinske specialer'* også vurderes at være en vigtig forudsætning for velfungerende akutmodtagelser, men ikke i samme grad som kompetencer inden for akutsygepleje. 80 % af afdelingslederne er enten 'meget enige' (36 %) eller 'enige' (44 %) i, at det er en vigtig forudsætning. Ser man på, hvorvidt sygeplejersker med kompetencer inden for de medicinske specialer rent faktisk *er til stede i dag*, så har 11 % af afdelingslederne svaret 'i høj grad' og 49 % 'i nogen grad'. Der synes således at være en lidt større diskrepans mellem den vurderede vigtighed og tilstedeværelsen af denne sygeplejefaglige kompetence sammenlignet med kompetencer i akutsygepleje. Det er værd at bemærke, at 15 % har svaret 'ved ikke' til netop dette spørgsmål, hvilket tyder på, at det har været svært at vurdere, hvorvidt forudsætningen om sygeplejersker med medicinske specialer er til stede i dag eller ej. Sygeplejersker med kompetencer inden for de medicinske specialer synes desuden at være mindre vigtige end sygeplejersker med kompetencer i akut sygepleje (Figur 5.1). Dog har ledere fra akutmodtagelserne givet denne type kompetence en højere prioritet end ledere fra de øvrige afdelinger, hvilket kan være et udtryk for forskellige vurderinger af, hvilke opgaver der (skal) varetages i hhv. akutmodtagelserne og i de øvrige afdelinger og dermed, hvilke kompetencer der er brug for.

### 5.1.3 Fastholdelse af kompetencer

Som følge af væsentligheden af, at de rette kompetencer er til stede, så er fastholdelse af personale og derved kompetencer væsentligt. På sygeplejesiden er der generelt en tendens til, at kommuner og praktiserende læger er aftagere af de sygeplejersker, som er lært op og kompetenceudviklet i akutmodtagelserne. Derfor er der fokus på løbende kompetenceudvikling af sygeplejerskerne, så alle har de basiskompetencer, som kræves i en akutmodtagelse.

For lægerne ses ikke samme udskiftning af personalet. Der var imidlertid en bekymring for, om arbejdet i akutmodtagelsen er for hårdt, og at man risikerer at slide personalet op for tidligt. Derfor nævnte flere, at de gik med overvejelser om at indføre arbejdsopgaver og vagtplanlægning, så lægerne i akutmodtagelsen i perioder kunne have en mere rolig og tilbagetrukket arbejdsdag, fx med forskningsopgaver eller vagter i skadestudier, der kun har åbent i dagtiden. Sparring og kompetenceudvikling af KBU-læger og læger i hoveduddannelsesforløb nævnes også som et væsentligt opmærksomhedspunkt, som der skal organiseres efter og afsættes ressourcer til. Det er ovenfor beskrevet, hvordan speciallægekompetencer er afgørende for patientflow, og for at der bliver truffet de rette beslutninger. Omvendt skal uddannelse og oplæring også prioriteres, og det betyder alt andet lige, at yngre læger skal være til stede i akutmodtagelserne. I nogle akutmodtagelser oplever man imidlertid, at hvis man kan organisere sig på en måde, hvor yngre læger kan arbejde på egen hånd, men med tæt sparring og supervision fra mere erfarne kolleger, så er det med til at tiltrække læger til hospitalet og ikke mindst akutafdelingerne.

## 5.2 Let adgang til diagnostik

Eftersom flow, herunder hurtig diagnostik og beslutning om det videre patientforløb, er væsentligt for akutmodtagelserne, så er de diagnostiske muligheder afgørende. Akutmodtagelserne lader til at have adgang til de samme faciliteter, dvs. røntgen-, CT- og MR-scannere<sup>19</sup>. Af interviewene fremgik det, at afdelingsledere fra akutmodtagelser, som er flyttet ind i nye fysiske faciliteter, fremhævede den fysiske nærhed til diagnostiske faciliteter som positivt, netop fordi man ikke skal bruge tid på at transportere patienter rundt på hospitalet.

*Den teknologiske udvikling går også fremad, fx det, at vi har en MR scanner i akutmodtagelsen, gør, at vi hurtigt kan blive mere sikker i det, vi diagnosticerer. (Afdelingsleder, akutmodtagelse)*

For afdelingsledere af akutmodtagelser, som endnu fungerede i gamle fysiske rammer, var det kendetegnende, at de så frem til at få de diagnostiske faciliteter tættere på ud fra en forventning om, at det vil medvirke til mere effektive arbejdsgange i akutmodtagelserne.

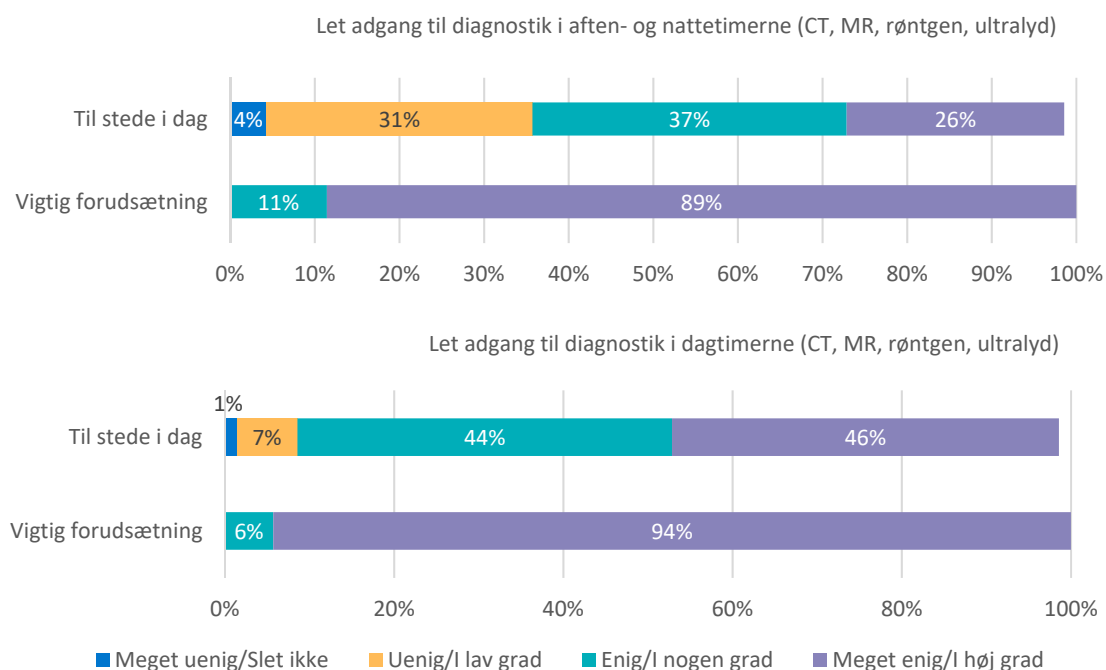
Nogle akutmodtagelser har desuden arbejdet målrettet med at kompetenceudvikle personalet i akutmodtagelse, så de kan foretage ultralydsscanninger af patienter, som mistænkes for blodpropper, så man hurtigt kan igangsætte behandling, hvis det er nødvendigt. På den måde undgår man, at patienter ligger og venter på en afklaring, indtil der er plads i den diagnostiske afdeling. De diagnostiske faciliteter bliver let en flaskehals i patientforløbet, og der er egne faciliteter og kompetencer i akutmodtagelsen en mulig løsning. Flaskehalsene opstår imidlertid også pga. mangelfulde henvisninger fra akutmodtagelserne, hvilket på den ene side beskrives som et problem, man har arbejdet med løbende, og på den anden side nævnes det, at fokus på flow og effektivitet også medvirker til ufuldstændige henvisninger. Derfor foregår der et stort arbejde med at uddanne de henvisende læger, så man undgår, at patienter venter unødigt på, at henvisninger bliver udfyldt korrekt.

Den præ-hospitale indsats har også en vigtig rolle, idet den også kan medvirke til mere effektive patientflow. Muligheder for røntgen, EKG eller at tage andre vitale værdier allerede under transporten kan være medvirkende til hurtig triage, og at behandlingen kan igangsættes, så snart patienten ankommer. Her er det også betydningsfuldt, at kommunikationen mellem ambulanceredderne og akutmodtagelsen er effektiv, så alle de nødvendige oplysninger er til stede i akutmodtagelsen, når patienten ankommer.

I spørgeskemaundersøgelsen indgik også spørgsmål om, hvorvidt tilgængeligheden af diagnostiske faciliteter var en vigtig forudsætning, og i hvilket omfang diagnostiske faciliteter er til stede i dag. Svarfordelingen på disse spørgsmål er vist i Figur 5.4. Heraf fremgår det, at let adgang til diagnostik vurderes som *vigtigt* i dagtimerne såvel som i aften- og nattetimerne. Alle afdelingsledere, der har deltaget i spørgeskemaet, har svaret enten 'enig' eller 'meget enig' på spørgsmålet om, hvorvidt det er en vigtig forudsætning. Der er dog en mindre forskel imellem den vurderede vigtighed af adgangen til diagnostiske faciliteter i hhv. dagtimer og aften-/nattetimer, idet 94 % er 'meget enige' i, at det er vigtigt i dagtimerne, mens 86 % er 'meget enige' i, at det er vigtigt i aften- og nattetimerne.

<sup>19</sup> Dog ikke MR-scannere i nattevagt.

**Figur 5.4** Hvor enig er du i, at følgende forhold er hhv. vigtige forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser og til stede i dag  
 – adgang til diagnostiske faciliteter  
 (Svarfordeling – ledere, hospital)



Anm.: N = 70. 1 % har svaret 'ved ikke' til udvalgte spørgsmål, hvorfor søjlerne ikke i alle tilfælde summerer til 100 %.  
 Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

Spørgeskemabesvarelsene viser desuden, at let adgang til diagnostik kun i nogen grad vurderes at være *til stede i dag*, særligt i aften- og nattetimerne. Her har 31 % af afdelingslederne svaret, at adgang til diagnostiske faciliteter 'i lav grad' er til stede, og 4 % har svaret, at de 'slet ikke' er til stede i dag. Angående dagtimerne vurderer kun i alt 8 %, at let adgang til diagnostiske faciliteter 'i lav grad' (7 %) eller 'slet ikke' (1 %) er til stede i dag, mens langt størstedelen, 90 %, vurderer, at det 'i nogen grad' (44 %) eller 'i høj grad' (46 %) er til stede i dag. Samlet set er det tydeligste resultat, at diagnostik i aften- og nattetimerne ses som en væsentlig forudsætning, men at det ikke fuldstændigt er til stede i dag.

### 5.3 Mulighederne for viderehenvielse og løbende frigivelse af plads i akutmodtagelserne

Der er i tråd med anbefalingerne fra 2007 fokus på, at de patienter, som man vurderer er indlæggelseskrævende i mere end ca. 48 timer, skal overføres til specialafdelingerne, hvor de øvrige patienter skal varetages i akutmodtagelsernes sengeafsnit. Patienterne skal som tidligere nævnt være der, hvor de får den bedst mulige behandling, og hvis de skal fortsætte behandlingen, skal beslutningen træffes først i forløbet – dvs. inden for et par timer. Samtidig er det gennemgående, at de interviewede afdelingsledelser af akutmodtagelserne beskriver, hvordan en ældre befolkning og et øget pres på sundhedsvæsenet generelt (også i kommune og almen praksis) medvirker til et stort patientindtag i akutmodtagelserne. Det er derfor afgørende, at der løbende bliver frigivet sengepladser i akutmodtagelserne, så nytilkomne patienter kan rummes.

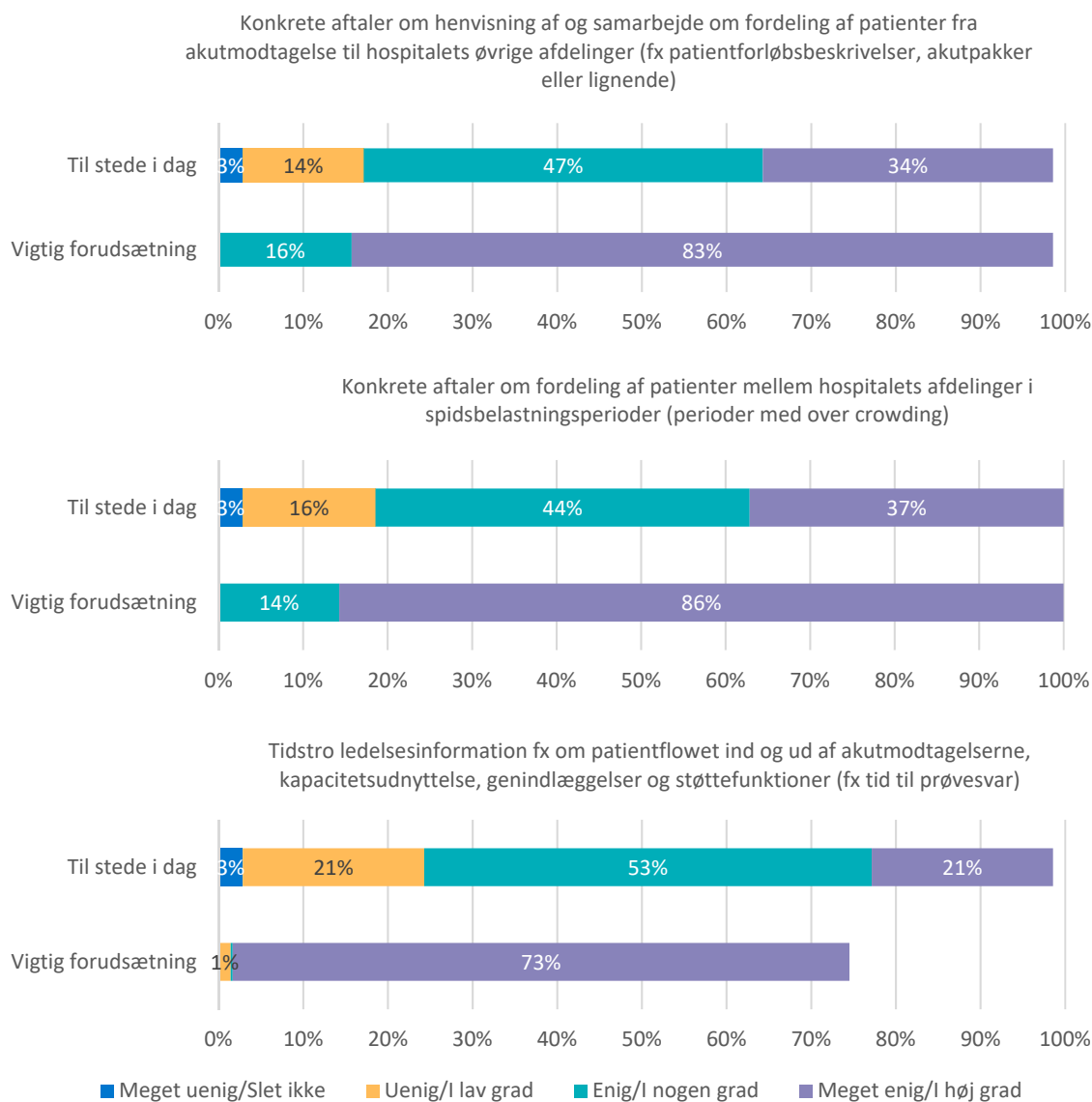
### **Interne aftaler om visitation og kapacitetsudnyttelse i akuthospitalerne**

Der er på alle de udvalgte akutmodtagelser aftaler mellem aktmodtagelserne og de enkelte specialafdelinger omkring de akutte patientforløb, herunder kriterierne for overflytning mellem afdelinger, og hvem der har visitationsretten. Desuden er der lokale aftaler om, at afdelingerne i spidsbelastningsperioder låner plads hos hinanden, så man undgår, at patienterne kommer til at ligge på gangene i perioder med overbelægning. Her tilses patienterne af læger fra den afdeling, de hører til, mens plejen varetages af den afdeling, hvor de fysisk ligger, og selvom det ikke er optimalt, så vurderede informanterne, at det var den bedste måde at løse problemet på. Der blev i relation hertil også peget på, at det er et udtryk for, at der er opnået et godt samarbejde omkring de akutte patientforløb, hvor alle relevante afdelinger bidrager til at udnytte de ressourcer, der er til rådighed. Her nævnes afdelingsledernes commitment og vilje til samarbejde omkring de akutte patientforløb som afgørende for, at man er nået så langt, og i den mere lavpraktiske ende fremhæves de daglige kapacitetskonferencer som et tiltag, der har tydeliggjort, at de akutte patientforløb er et fælles ansvar.

Spørgeskemaundersøgelsen har spurgt de hospitalsansatte om forudsætninger angående tidstro ledelsesinformation, konkrete aftaler om samarbejde om fordeling af patienter til øvrige afdelinger samt fordeling af patienter i spidsbelastningsperioder.

Figur 5.5 viser tydeligt, at alle tre forudsætninger ses som værende vigtige, idet respondenterne stort set kun har svaret 'enig' eller 'meget enig'. Disse forudsætninger er generelt set også til stede i dag, dog i lidt mindre grad end deres vigtighed antyder, idet mellem 17-25 % angiver, at de 'i lav grad' eller 'slet ikke' er til stede. Langt de fleste af disse angiver dog, at de 'i lav grad' er til stede i dag (14-21 %), og kun meget få angiver, at det 'slet ikke' er til stede i dag (3 %).

**Figur 5.5** Hvor enig er du i, at følgende forhold er hhv. vigtige forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser og til stede i dag  
 – muligheder for viderehenvisning af patienter, internt på hospitaler  
 (Svarfordeling – ledere, hospital)



Anm.: N = 70. 1 % har svaret 'ved ikke' til udvalgte spørgsmål, hvor søjlerne ikke i alle tilfælde summerer til 100 %.

Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

Af Figur 5.1 fremgår det desuden, at disse forudsætninger tildeles en lav prioritet sammenlignet med de øvrige forudsætninger, der indgår i spørgeskemaet – herunder speciallægekompetencer, kompetencer i akut sygepleje og let adgang til diagnostik. Det skal imidlertid ikke tolkes således, at det ikke er vigtige forudsætninger, men at respondenterne er blevet tvunget til at foretage en prioritering, hvor andre forudsætninger er blevet vurderet vigtigere. Samtidig kan prioriteringen være udtryk for, at de tilsyneladende er til stede i relativt høj grad.

### Kommunernes kapacitet og kompetencer til at hjemtage patienter

Endelig nævnes også kommunernes kapacitet til at modtage patienter, som sendes hjem fra akutmodtagelserne, som et forhold, der er væsentligt for, at akutmodtagelserne kan leve op til krav om og behov

for et konstant patientflow. For det første er der en oplevelse af, at nogle patienter indlægges på et fagligt tyndt grundlag, fordi det kommunale plejepersonale ikke har tilstrækkelig erfaring med eller ikke vil tage ansvaret for døende eller meget gamle patienter. For det andet er det afgørende, at der i kommunerne – i kombination med en tydelig placering af behandlingsansvaret – er kompetencer til at varetage visse behandlinger, som er igangsat, men ikke afsluttet i akutmodtagelserne.

*Vi bliver nødt til at have et større spænd i, hvornår vi kan sende patienterne hjem, fordi ellers bliver de liggende for længe, fordi der ikke er nogen til tage imod patienterne i det kommunale. (Afdelingsleder, akutmodtagelse)*

Som tidligere fremhævet (afsnit 4.3.1), så er kommunernes forudsætninger for at tage imod patienter, der enten er sendt direkte hjem fra akutmodtagelserne, eller som udskrives efter en indlæggelse, meget forskellige. Der var dog også mange eksempler på, at kommunerne er i en proces med at udvikle løsninger, der skal imødekomme, at flere patienter sendes hjem med fortsat behandlingsbehov. Alene i de syv udvalgte akutmodtagelser blev der nævnt adskillige tiltag (permanente eller på forsøgsbasis), som skal medvirke til at styrke overgangene fra akutmodtagelserne til aflastningsplads, plejehjem eller eget hjem.

## 5.4 Samarbejde med andre afdelinger og over sektorgrænser

Der er potentielt mange aktører involveret i et akut patientforløb både før, under og efter indlæggelse. Det er derfor ikke overraskende, at samarbejde nævnes som afgørende, ikke bare for en velfungerende akutmodtagelse, men også mere generelt for velfungerede akutte patientforløb. Det er tydeligt i alle interview, at der har været fokus på at styrke samarbejdsrelationerne internt på hospitalet, men at der nu også er fokus på at styrke relationerne på tværs af sektorer. I begge tilfælde blev følgende fremhævet i interviewene som væsentlige forudsætninger for et godt samarbejde:

### **Klare aftaler om arbejdsgange, behandlingsansvar, visitationsret m.m.**

Det er tidligere nævnt, hvordan hospitalerne har lavet aftaler om fx visitationsret og ressourceudnyttelse, som medvirker til, at beslutninger kan træffes hurtigt i hverdagen. Flere af akutmodtagelserne beskriver også, hvordan de har udarbejdet standardiserede patientforløbsbeskrivelser (akutpakker), som dækker størstedelen af de symptomer, som patienter indlægges med.

*Så har vi akutpakker, som stiller tidsmæssige krav, fx om, hvornår patienterne skal tilses af en speciallæge. Vi har lige nu implementeret 8-10 pakker. Vi har 4 timer til at omsætte symptomet til en handlingsplan. Det er på tværs af specialerne, at vi har samarbejdet om at lave disse pakker. (Afdelingsleder, akutmodtagelse)*

Disse er udarbejdet i et samarbejde mellem akutmodtagelsen og de relevante specialafdelinger og sikrer dels en systematik i, hvordan patienter udredes, hvornår de viderehenvises m.m., dels en fælles forståelse af, hvornår behandlingsansvaret overgår til en anden afdeling.

### **Personligt kendskab og kendskab til samarbejdspartneres organisering og arbejde**

Der var en oplevelse blandt ledere fra både kommune og hospital, at hvis man kender den anden part og er bekendt med de arbejdsgange, arbejdsforhold m.m., som gør sig gældende hos modparten, så er det også lettere at kommunikere omkring konkrete patienter; hvad er mulighederne, og hvad er baggrunden for de beslutninger, som bliver truffet? Helt lavpraktisk handler det for hospitalspersonalet også om at kende de muligheder, der er, fx for aflastningspladser, i de enkelte kommuner.



I en hverdag, hvor tingene går stærkt, fremhæves det desuden som vigtigt, at man har tillid til, at de beslutninger, som bliver truffet, fx om at overføre en patient fra akutmodtagelse til en specialafdeling eller om at indlægge en patient via lægevagten, bliver truffet på et korrekt grundlag. I nogle interview blev det beskrevet, hvordan der i begyndelsen havde hersket tvivl om, hvorvidt lægerne i akutmodtagelsen var i stand til at henvise korrekt til specialerne, og at det havde taget tid at opbygge en tilstrækkelig tillid til, at det var en opgave, man kunne overdrage til dem. Det har spillet en rolle, at de fastansatte læger i nogle akutmodtagelser har fremstået som generalister ('der skal kunne alting og ingenting'. Afdelingsleder, akutmodtagelse), hvorfor nogle afdelingsledere også havde en forventning om, at uddannelsen i akutmedicin vil skabe en mere ligeværdig relation. I tråd hermed fremgik det af interviewene i de akutmodtagelser, hvor speciallæger ansat i stamafdelingerne dækker vagterne i akutmodtagelsen, at der er mindre støj omkring de beslutninger, som en speciallæge har truffet.

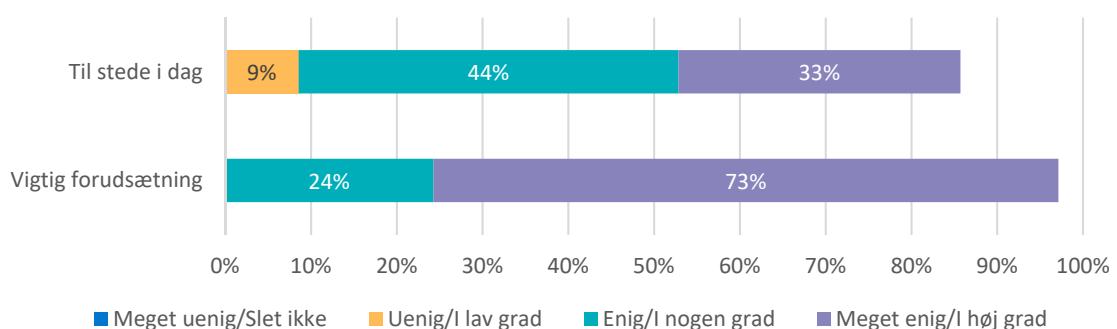
*Fordelen ved, at det er specialernes akutmodtagelse, er, at det er her, patientforløbene starter, og at patienterne dermed bliver sendt til de rigtige afdelinger. Det er ikke akutmodtagelsens kamp mod afdelingerne, for man ved, at det er en speciallæge, som har sendt patienterne op. Og der er en fælles standard for, hvad man gør. (Afdelingsleder, Akutmodtagelse)*

Af spørgeskemaundersøgelsen fremgår det, at der er en meget høj grad af enighed i, at tætte samarbejdsrelationer og personligt kendskab mellem ledelse og personer er en vigtig forudsætning for velfungerende akutmodtagelser (Figur 5.6).

I alt 97 % er 'enige' eller 'meget enige'. Samtidig er forudsætningen 'i lidt mindre grad' til stede i dag. Selvom i alt 77 % mener, at det er til stede, så er det kun 33 %, der mener, at det 'i høj grad' er tilfældet, mens 44 % mener, at det kun 'i nogen grad' er tilfældet. Der er desuden 9 %, der mener, at det kun 'i lav grad' er til stede.

Det er nødvendigt at være opmærksom på, at 14 % har svaret 'ved ikke' angående tilstedeværelsen, mens kun 3 % har svaret det tilsvarende angående vigtigheden. Selv hvis de resterende 14 % mener, at det 'i høj grad' er til stede, vil det stadig 'i mindre grad' være til stede, end vigtigheden indikerer. Det tyder på, at respondenterne til dels mener, at forudsætningen i mindre grad er opfyldt, og at en del samtidig har haft svært ved at vurdere om, eller i hvilken grad forudsætningen er opfyldt – på trods af at den entydigt vurderes som værende vigtig.

**Figur 5.6** Hvor enig er du i, at følgende forhold er hhv. vigtige forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser og til stede i dag  
– tætte samarbejdsrelationer/personligt kendskab mellem ledelse og personale  
(Svarfordeling – ledere, hospital)



Anm.: N = 70. 3-14 % har svaret 'ved ikke', hvorfor søjlerne ikke summerer til 100 %.

Kilde: Undersøgelse af Akutmodtagelserne, VIVE 2018.

## 6 Mulige udviklingsspor og pejlemærker for fremtidens akutmodtagelser

I interviewene er der blevet spurgt ind til relevante pejlemærker for fremtidens udvikling af akutmodtagelserne. Pejlemærker defineres her som udviklingsmål, der både kan relateres til endnu uopfyldte krav, til en tilpasning til en generel udvikling i sundhedsvæsenet og til nybrud fx i informations- eller behandlingsteknologi.

### Kapitlets hovedpointer

Selvom akutmodtagelserne de seneste 10 år har arbejdet med at etablere velfungerende arbejdsgange og samarbejde internt på hospitalet, så fremgår det af denne undersøgelse, at der også er en række mulige pejlemærker og udviklingsspor, som kan forfølges i fremtiden

*Fortsat fokus på speciallæger i front og bred repræsentation af specialer:* På den ene side viser undersøgelsen, at de hospitalsansatte ledere eftersøger muligheder for lokal tilpasning af akutmodtagelserne, og herunder større mulighed for at lade patientgrundlag og tilgængeligheden af speciallægeressourcer afgøre, hvilke specialer der er til stede i akutmodtagelsen og til hvilke tider. Omvendt er der også en bekymring for, om man derved undergraver den kvalitet, man har bygget op over en årrække. Spørgeskemaet viser i tråd hermed, at fortsat fokus på tilstedeværelse af speciallægekompetencer entydigt opleves som et vigtigt pejlemærke, hvor der er mere variation i vurderingen af mulighederne for lokale tilpasninger i den måde, akutmodtagelserne er organiseret på.

*Samarbejde og arbejdsdeling:* Den udvikling, som er sket på akutmodtagelserne, som har medført, at flere patienter sendes hjem fra akutmodtagelserne med et behandlingsbehov, stiller krav til kommunernes organisering af deres akuterberedskab. Der er stor velvilje at spore fra begge parter til at udbygge og understøtte samarbejdet omkring de akutte patientforløb, herunder at sikre klare aftaler om arbejdsdelingen og tættere samarbejde om konkrete patienter både ved indlæggelse og udskrivelse. Derudover synes der at være enighed om, at der er behov for at sikre kompetencer i kommunerne, så de både kan varetage patienter, der hjemsendes fra akutmodtagelser, og bidrage til vurderingen af patienter, inden de indlægges.

Hvad angår samarbejdet mellem akutmodtagelserne og den præ-hospitale indsats, ses også stor vilje til udbygget samarbejde samt en stor vilje fra de præ-hospitale ledere til at diskutere, om opgaveporteføljen i den præ-hospitale indsats kan udvides.

Endelig udpeges en række forslag til ændrede arbejdsdelinger mellem akutmodtagelserne og hhv. kommuner, vagtlægeordningen og den præ-hospitale indsats. Herunder fx øget samarbejde omkring indlæggelse mellem akutmodtagelserne og hhv. kommuner og den præ-hospitale indsats.

*Forskning og kvalitetsudvikling:* Selvom der er en fornemmelse af, at akutmodtagelserne har bidraget til hurtigere patientforløb og højere kvalitet i de ydelser, der tilbydes, så er der også et vurderet behov for at styrke forskningen omkring de akutte patientforløb. Herunder vurderes det, at det er væsentlige pejlemærker at sikre bedre betingelser for at lave forskning i akutte patientforløb på tværs af sektorgrænser, hvilket kræver større mulighed for at dele data.

*Fokus på patienter med psykiatriske lidelser:* Flere akutmodtagelser står over for at skulle lægges fysisk sammen med de psykiatriske akutmodtagelser. Det vil stille nye krav til kompetencerne i de somatiske akutmodtagelser, som skal være i stand til både at vurdere og håndtere patienter med psykiske lidelser. Derfor foreslog nogle afdelingsledere fra psykiatrien, at samarbejdet mellem somatiske og psykiatriske akutmodtagelser bliver organiseret med fælles arbejdsflader, hvor speciallæger eller sygeplejersker fra de psykiatriske afdelinger fysisk befinder sig i de somatiske akutmodtagelser – eller omvendt – med henblik på at identificere og håndtere patienter med psykiske lidelser.

## 6.1 Fortsat fokus på speciallæger i front og bred repræsentation af specialer

Denne undersøgelse indikerer, at de fleste akutmodtagelser oplever at være landet i en organisering og et samarbejde på tværs af specialer, der fungerer, om end den øvrige udvikling på akutområdet – eksempelvis beslutningen om at oprette et speciale i akutmedicin – forventeligt vil kræve tilpasninger i den eksisterende organisation. Som det er nævnt i de foregående afsnit, så bliver det fremhævet som en af de store fordele ved etableringen af de nuværende akutmodtagelser, at speciallægerne er med i front, fordi de bidrager til, at der bliver truffet hurtige beslutninger omkring patienters videre forløb. Desuden har akutmodtagelserne bidraget til en større fornemmelse af gensidigt kendskab og samarbejde på tværs af specialer. Det er positivt og skal bevares. Derfor fremhæves det af nogle afdelingsledere, at man skal passe på med at udarbejde et helt nyt sæt af anbefalinger til, hvilke kompetencer der skal være til stede i akutmodtagelserne.

På den ene side blev der givet udtryk for et håb om, at der kan blive blødt op på nogle af anbefalingerne, herunder hvilke specialer der skal være til stede og i hvilke tidsrum (se afsnit 5.3). På den anden side blev der også givet udtryk for, at dette ikke skal være på bekostning af speciallægernes fremtrædende rolle og specialernes brede repræsentation i akutmodtagelserne. I nogle interview fremgik en oplevelse af, at nogle specialer fortsat forhandler deres position i akutmodtagelserne i den forstand, at de foretrækker deres egen akutmodtagelse eller ønsker at slippe for at dække vagter i den fælles akutmodtagelse. Der er blandt nogle informanter en bekymring for, at hvis man bløder anbefalingerne for meget op, så vil det være en anledning til (endnu) en forhandling om at trække specialer ud af de fælles akutmodtagelser. Det nye speciale i akutmedicin fremgik i nogle interview – men ikke alle – også at være en kilde til bekymring for, om man derved signalerer, at akutmodtagelsen er akutmedicinernes domæne, som de øvrige specialer ikke længere behøver være en del af.

Det fremgår af interviewene med de hospitalsansatte afdelingsledere, at organiseringen af de nuværende akutmodtagelser har været en proces med løbende beslutninger og tilpasninger, så akutmodtagelserne nu – trods de fælles krav – benytter sig af forskellige modeller for organisering. Nogle akutmodtagelser bemannes primært af egne læger ansat i akutmodtagelsen, og andre akutmodtagelser bemannes i højere grad af speciallæger fra andre afdelinger. Børn og fødende kvinder har i alle de udvalgte hospitaler deres egen separate modtagelse, og afhængig af patientvolumen og øvrig specialiseringsgrad på hospitalet, så er der nogle specialer, fx neurologi, på nogle hospitaler egne akutmodtagelser. Der var i interviewene en åbenhed for, at det skal være muligt at organisere akutmodtagelserne med en vis variation, både hvad angår tilknytning af specialer, model for bemanning og åbningstider, fx som beskrevet i nedenstående citat:

*Nu har vi 21 akutmodtagelser – det er formentlig fire for mange ift. den oprindelige tanke; ideen om fire specialer, der som minimum skal være til stede fysisk. Nu har vi akutmodtagelser med så lille volumen og så store rekrutteringsproblemer, at det ikke kan lade sig gøre, og så giver det ikke mening, i en sammenhæng som denne, at en lille akutmodtagelse skal organiseres og opfattes på samme måde som en stor akutmodtagelse. Det er to vidt forskellige ting. Det er både ift. vores faglighed og ift. vores uddannelseskapacitet, hvor der er forskel i, hvad vi kan byde ind med, og hvad andre akutmodtagelser kan byde ind med. Så på den måde passer det fint ind i uddannelsesniveaudelingen, som vi har inden for alle andre specialer. Så må det være i orden at italesætte det nu, at der måske er nogen, der ikke skal være døgnåbne, fordi de har rekrutteringsudfordringer og alle mulige andre udfordringer. (Afdelingsleder, akutmodtagelse)*

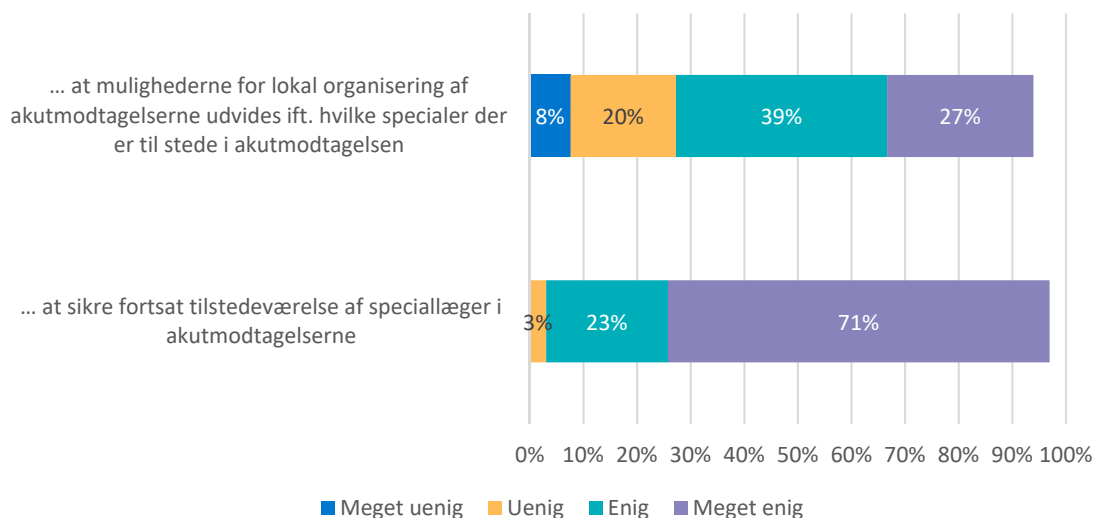
I interviewene opstod diskussionen om lokale frihedsgrader bl.a. i relation til debatten om uddannelsen i akutmedicin. Dette opfattede nogle som et relevant udviklingstiltag, som kan sikre et ensartet fagligt niveau i akutmodtagelserne, og andre opfattede det som et unødigt ekstra led i organiseringen af de akutte patientforløb. Derfor var der også forskellige holdninger til, hvor meget disse akutmedicinere på sigt skal fylde i akutmodtagelserne, samtidig med en åbenhed for, at det for nogle akutmodtagelser kan være en nødvendighed at rekruttere akutmedicinere, hvor andre lettere kan bemande akutmodtagelsen med speciallæger fra de øvrige afdelinger på hospitalet:

*Akutfdelingerne vil altid være forskellige afhængigt af geografien – og derfor skal man indrette det, så det fungerer efter ens patienter. Der er også noget med specialiseringsgraden – fx skal neurologiske patienter ikke ind på en akutfdeling. Men det afhænger af, hvilke specialer man har på det pågældende sted. De steder, man har et højt specialiseret område, så behøver de patienter ikke komme ind på akutfdelingen. (Afdelingsleder, akutmodtagelse)*

Endelig blev ortopædkirurgi nævnt som et eksempel på et speciale, hvor der ikke er behov for speciallægers tilstedeværelse hele døgnet, hvilket også modsvarer vurderingen af, at tilstedeværelsen af ortopædkirurger i aften- og nattetimerne er en mindre vigtig forudsætning for velfungerende akutmodtagelser end andre specialer (se afsnit 5.1.1). Der er her tale om en gruppe patienter, som ofte kan vente på videre behandling i dagtiden, og det er derfor en unødigt omkostning at have speciallæger i vagt. Således handler efterspørgslen på muligheden for lokale tilpasninger også om at kunne udnytte de samlede ressourcer på hospitalet bedst muligt.

Figur 6.1 viser de hospitalsansattes vurdering af to forskellige pejlemærker og udviklingsspor, der vedrører speciallægekompetencer. Det ses tydeligt, at sikringen af fortsat tilstedeværelse af speciallæger i akutmodtagelserne bliver vurderet som særligt vigtigt, idet 23 % er 'enige', og 71 % er 'meget enige' heri. Angående mulighederne for lokal organisering er der større uenighed. Ganske vist er et væsentlig flertal, 66 %, enten 'enige' (39 %) eller 'meget enige' (27 %) i, at det kan være en mulighed. Men i alt 28 % er enten 'uenige' (20 %) eller 'meget uenige' (8 %) i det. Figur 6.2 viser, at der er en udpræget uenighed blandt respondenterne angående mulighederne for lokal organisering ift., om visse patientgrupper skal have deres egen akutmodtagelse. I alt 52 % er enten 'enige' (32 %) eller 'meget enige' (20 %). Omtrent samme andel (i alt 45 %) er enten 'uenige' (18 %) eller 'meget uenige' (27 %). I bilag 4 fremgår desuden en illustration af, hvordan de hospitalsansatte afdelingsledere har prioriteret imellem de udsagn, som vedrørte pejlemærker og udviklingsspor for fremtidens akutmodtagelser. Her udgør speciallægekompetencer den væsentligste, hvor muligheder for lokal tilpasning har fået lavest prioritet.

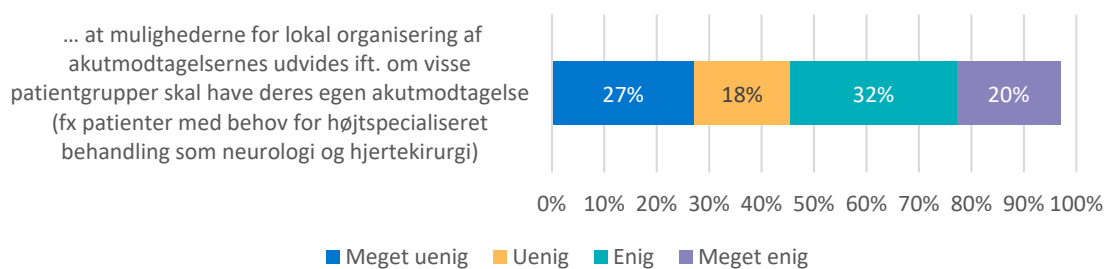
**Figur 6.1** Hvor enig eller uenig er du i, at følgende er mulige udviklingsspor og pejlemærker – speciallægekompetencer og mulighed for lokal organisering afhængig af tilgængelige specialer (Svarfordeling – Ledere, hospital)



Anm.: N = 66. 3-6 % har svaret 'ved ikke', hvorfor søjlerne ikke summerer til 100 %.

Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

**Figur 6.2** Hvor enig eller uenig er du i, at følgende er mulige udviklingsspor og pejlemærker – mulighed for lokal organisering, særskilte akutmodtagelser for nogle patientgrupper (Svarfordeling – Ledere, hospital)



Anm.: N = 66. 3 % har svaret 'ved ikke', hvorfor søjlen ikke summerer til 100 %.

Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

Samlet set tyder ovenstående – understøttet af vurdering af, hvad der er vigtige forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser (afsnit 5.1 og 5.2) – på, at fortsat tilstedeværelse af speciallægekompetencer og sygeplejekompetencer er afgørende fremtidige pejlemærker for akutmodtagelserne. Interviewene giver det indtryk, at der allerede er mange tiltag i gang, som allerede nu skal sikre de rette kompetencer i akutmodtagelserne – herunder forskellige former for uddannelsesforløb for akut-sygeplejersker og nogle akutmodtagelsers fokus på at sende ansatte læger i uddannelsesforløb i udlandet. De lidt mere varierede svar på spørgsmålet om muligheden for lokale tilpasninger kan dels hænge sammen med ønsket om ikke at undergrave den kvalitet, man indtil nu har arbejdet for at

opbygge i akutmodtagelserne, dels en oplevelse af, at man allerede nu gør brug af forskellige organisationsmodeller, der netop er tilpasset lokale forhold og forudsætninger for at drive en velfungerende akutmodtagelse inden for de givne rammer.

## 6.2 Samarbejde og arbejdsdeling i sektorovergange

Denne undersøgelse viser, at tendensen med kortere og færre indlæggelser i de akutte patientforløb både er et positivt udbytte af den nuværende organisering af akutmodtagelsen, men at det også medvirker til udfordringer i overgange mellem hospital og kommune. Desuden fremhæves flowet ind i og ud af akutmodtagelserne som et vigtigt element i en velfungerende akutmodtagelse, og her spiller både hospital, kommune, almen praksis/vagtlæge og den præ-hospitale indsats en rolle. Derfor er arbejdsdelingen mellem de involverede aktører og muligheden for kommunikation og samarbejde væsentlige pejlemærker i fremtiden.

### 6.2.1 Samarbejde mellem kommuner og akutmodtagelser

I interviewene fremgik det generelt, at der er stor velvilje til samarbejde mellem alle parter, og der synes desuden at være en stor vilje til at udbygge og underbygge samarbejdet mellem sektorerne i en erkendelse af, at det er en fælles opgave at sikre så gode patientforløb som muligt. Særligt på det kommunale område er der et behov for en udvidelse af mulighederne for at tage hånd om de patienter, som sendes hjem fra akutmodtagelser – ikke mindst dem, som sendes hjem uden at blive indlagt – og de patienter, som er behandlingskrævende, men som ikke har gavn af en indlæggelse. Det stiller krav til kommunernes organisering af den kommunale sygepleje (fx at kommunen skal være tilgængelig på alle dage og hele døgnet) og til kompetencerne hos det personale, som skal varetage stadig flere pleje- og behandlingsopgaver. Desuden kræver det en fælles dialog om arbejdsdeling og de forskellige parter behov, hvis opgaverne skal løftes på et tilstrækkeligt højt niveau.

*Vi skal blive klogere på, hvad vi forventer at have af information, og hvad hospitalerne forventer, at vi skal kunne varetage. (Leder, kommune)*

Derfor foreslog nogle ledere, bl.a. fra kommunerne, delestillinger, hvor plejepersonale har skiftende vagter i hhv. kommune og akutmodtagelsen. Formålet skulle være at skabe et indgående kendskab til arbejdsgange og behandlingsmuligheder i begge sektorer og at skabe personlige relationer med det formål at gøre samarbejdet lettere og mere smidigt.

Styrket kommunikation på tværs af sektorer fremgår også som et væsentligt pejlemærke for akutmodtagelsernes videre udvikling. Der er som nævnt flere steder et behov for at kunne dele informationer mellem sektorer med henblik på at kunne dele aftaler indgået med patienter og pårørende (fx om afslutning på livet) og fælles overblik over patientens historik (fx tidligere indlæggelser, indlæggelsesårsager m.m.). Dette er imidlertid ikke muligt med den nuværende lovgivning, samtidig med at de eksisterende kommunikationssystemer ikke understøtter kommunikationen om de patienter, som kun er indlagt kort tid, eller som sendes hjem fra akutmodtagelsen med det samme (se også afsnit 4.3.3):

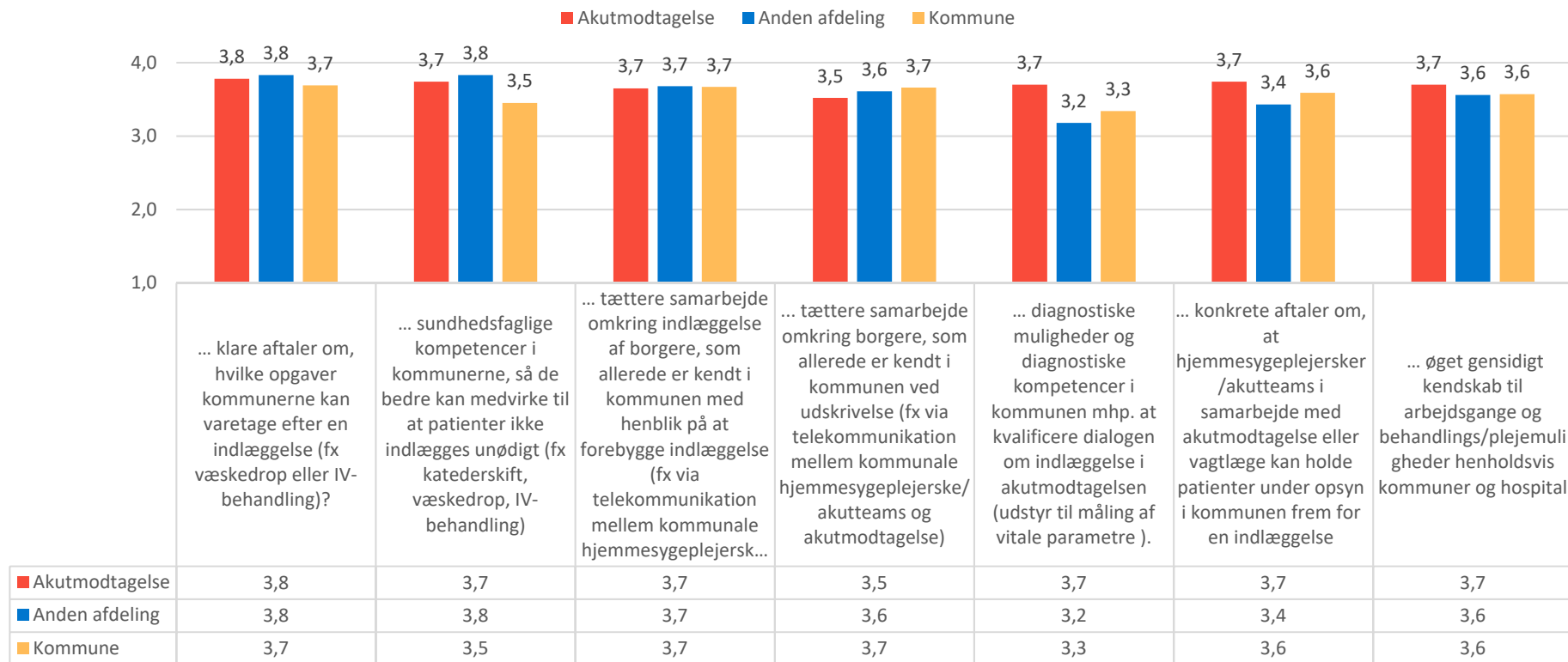
*Der er en tåbelig lovgivning omkring patientoplysninger. Det gør det besværligt at samarbejde med det kommunale, fordi vi ikke kan se hinandens systemer. Mere dataudveksling på tværs kunne være godt. Vi har FMK<sup>20</sup>, som bliver ajourført, men kunne det være en*

<sup>20</sup> Fælles Medicinkort.

*idé, at vi havde en oversigt over patientens forløb. Vi har brug for noget, hvor vi kan se hinandens kritiske oplysninger, og det bliver mere og mere, jo mere primær og sekundær [sektor] bliver afhængig af hinanden. (...) Og så kunne det være godt, at forløbet selv genererede alt data, så vi ikke blev nødt til at skrive det hele ned, og så det bliver nemmere at se, hvordan folk flytter sig rundt, fordi vi kan hurtigt komme til at overse små ting. (Afdelingsleder, akutmodtagelse)*

Figur 6.3 viser gennemsnitlige værdier for respondenternes svar på en række spørgsmål, som vedrører samarbejdet mellem kommune og hospitaler. Heraf ses en gennemgående enighed blandt samtlige respondenter om, at de foreslåede udviklingsspor og pejlemærker 'i høj grad' eller 'i nogen grad' er vigtige. Mulighederne fordeler sig mellem 3,4 og 3,8 på en skala fra 1-4. Den gennemsnitlige værdi på tværs af alle 7 muligheder er 3,6. Det svarer til, at respondenterne typisk enten 'i nogen grad' eller 'i høj grad' mener, at de foreslåede pejlemærker er vigtige. Der er desuden stor enighed på tværs af de forskellige respondentgrupper.

**Figur 6.3** Hvor enig eller uenig er du i, at følgende er mulige udviklingsspor og pejlemærker  
 – samarbejde mellem kommune og hospital  
 (Gennemsnitsværdi af besvarelser - Ledere, hospital og kommune)



Anm.: N = 122. Figuren angiver gennemsnitsværdier for besvarelserne på de respektive spørgsmål. Værdien 4 er den højest mulige (angiver, at samtlige respondenter inden for gruppen har svaret 'i høj grad'), og værdien 1 er den lavest mulige (angiver, at samtlige respondenter har svaret 'slet ikke').

Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelserne, VIVE 2018.



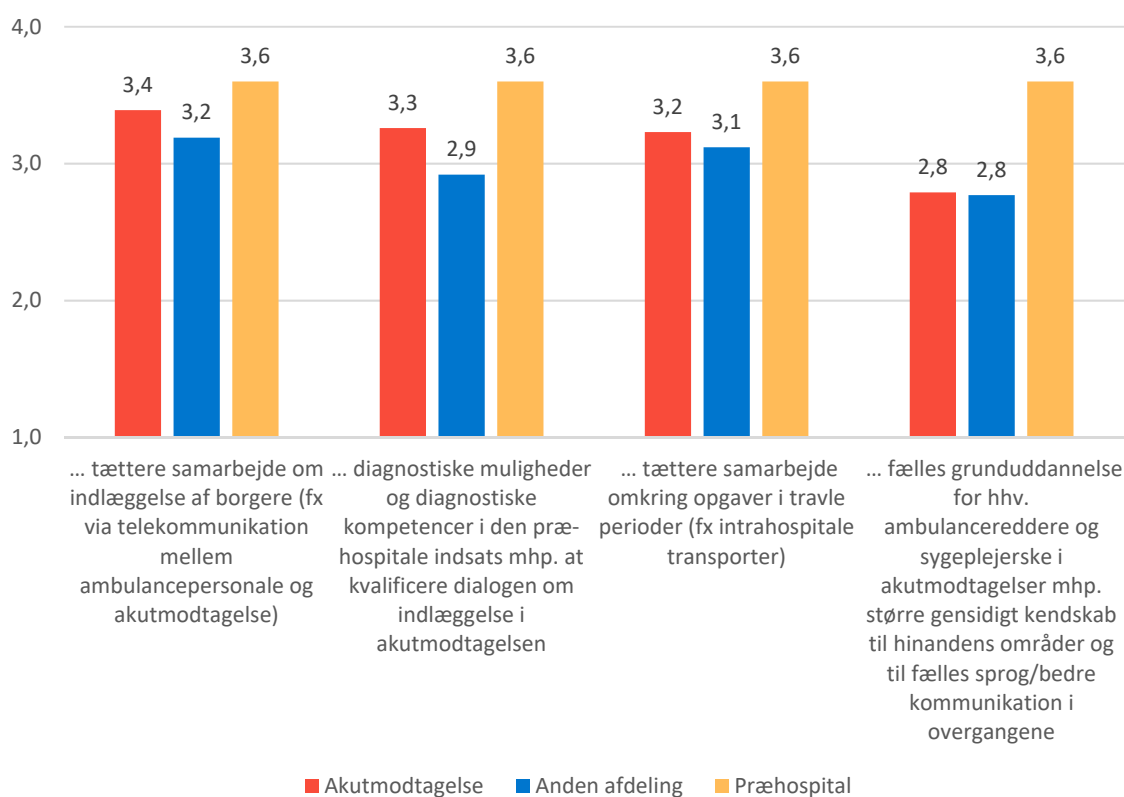
De kommunale og hospitalsansatte lederes prioritering af vigtigheden af ovennævnte udsagn understreger, at klare aftaler om, hvilke opgaver kommunerne kan varetage før og efter en indlæggelse/udredning i en akutmodtagelse, er vigtige. Der er til gengæld markant forskel på hhv. kommunale ledere og hospitalsansatte lederes prioritering af, hvorvidt sundhedsfaglige kompetencer i kommunerne, så de bedre kan medvirke til, at patienter ikke indlægges unødigt, er et vigtigt pejlemærke. Som figur 6.3 viser, så har kommunale ledere angivet dette pejlemærke som vigtigt, men dette er mindre vigtigt i forhold til fx tværsektorielle aftaler om arbejdsdeling og styrket samarbejde mellem sektorerne. På baggrund af denne undersøgelse er det ikke muligt at komme med en nærmere forklaring på dette fund.

### 6.2.2 Samarbejdet mellem den præ-hospitale indsats og akutmodtagelserne

Den præ-hospitale indsats er en væsentlig forudsætning for den hurtige vurdering og triagering i akutmodtagelserne. Der var desuden flere af lederne fra den præ-hospitale indsats, som fremhævede, at der er et potentiale i at udvide opgaverne i den præ-hospitale indsats yderligere. Udviklingen i de sundhedsfaglige kompetencer hos ambulanceredderne gav anledning til overvejelser om, hvorvidt der kan være et potentiale i lade dem indgå i et samarbejde omkring vurderingen af patienter i eget hjem, og i samarbejde med hospitalslæger eller vagtlæger bidrage til mere kvalificerede beslutninger om, hvorvidt en borger skal indlægges eller ej. Endelig fremgik der i interviewene overvejelser omkring, hvorvidt man kan udnytte den præ-hospitale indsats i andre dele af patientforløbet end den præ-hospitale, fx i transporter mellem hospitaler, hvor der normalt vil være tilstedeværelse af en af afdelingens sygeplejersker. Herved ville man forventeligt kunne spare nogle sygeplejerskeressourcer og udnytte, at ambulancerne alligevel er på landevejene. Endelig var der blandt lederne af den præ-hospitale indsats en stor vilje til at udbygge de sundhedsfaglige kompetencer endnu mere. Konkret fremgik der i interviewene et forslag om en fælles grunduddannelse for hhv. sygeplejersker i akutmodtagelser og for ambulanceredderne med det formål at styrke det gensidige kendskab til hinanden og styrke kommunikationen mellem de to parter i samarbejdet omkring akutte indlæggelser.

Figur 6.4 viser sammenligningen mellem den gennemsnitlige besvarelse for hver af de tre grupper. Samtlige muligheder er af alle grupper vurderet positivt (et gennemsnit over 2,5). Der er dog ikke lige så gennemgående enighed mellem grupperne, som den tilsvarende enighed mellem kommuner og hospitaler gennemgået ovenfor. Den største forskel angår muligheden for *'fælles grunduddannelse for hhv. ambulanceredderne og sygeplejerske i akutmodtagelser mhp. større gensidigt kendskab til hinandens områder og til fælles sprog/bedre kommunikation i overgangene'*. Ledere af den præ-hospitale indsats vurderer, at det 'i nogen grad' eller 'i høj grad' er en mulighed (gennemsnitlig værdi på 3,6), mens ledere på såvel akutmodtagelser samt andre afdelinger vurderer, at det 'i mindre grad' eller 'i nogen grad' er mulige udviklingsspor og pejlemærker (gennemsnitlige værdier på henholdsvis 2,79 og 2,77).

**Figur 6.4** Hvor enig eller uenig er du i, at følgende er mulige udviklingsspor og pejlemærker – samarbejde mellem præ-hospital indsats og hospital (Gennemsnitsværdi af besvarelser – Ledere, hospital og præ-hospital indsats)



Anm.: N = 66. Figuren angiver gennemsnitværdier for besvarelserne på de respektive spørgsmål. Værdien 4 er den højest mulige (angiver, at samtlige respondenter inden for gruppen har svaret 'i høj grad'), og værdien 1 er den lavest mulige (angiver, at samtlige respondenter har svaret 'slet ikke').

Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

Ledere af hhv. akutmodtagelser, øvrige afdelinger på hospitalerne og den præ-hospitale indsats vurderer alle, at diagnostiske muligheder og kompetencer i den præ-hospitale indsats og tættere samarbejde om indlæggelse af borgere er blandt de væsentligste udviklingsspor (se bilag 4).

### 6.2.3 Nye samarbejdsflader og behov for dialog om arbejdsdeling

Selvom der overvejende er enighed om, at akutmodtagelserne skal modtage patienter med en stor bredde af symptomer, så peges der i interviewene også på, at en tur omkring akutmodtagelserne ikke altid er den bedste løsning. Derfor er der et behov for at diskutere nye mulige samarbejdsflader mellem akutmodtagelserne og de øvrige parter på akutområdet, som kunne skabe nogle bedre forløb. I interviewene fremgik en række forslag til ændret arbejdsdeling mellem de involverede aktører (se tekstboks).

## Forslag til ændret arbejdsdeling mellem aktører involveret i de akutte patientforløb baseret på interviewundersøgelsen

### Diagnostik

- Mulighed for *udlån af diagnostiske faciliteter (laboratorie/scannere) til almen praksis/vagtlægerne* med henblik på at få en nøjere afklaring af patienternes symptomer, før der træffes beslutning om henvisning til akutmodtagelsen. Fra almen praksis lyder betingelsen på, at der så bliver tilført ressourcer, så fx en behandlersygeplejerske kunne bistå vagtlægerne.
- *Den præ-hospitale indsats som spydspids for akutmodtagelserne og vagtlæger.* I takt med at ambulanceredderne får mere sundhedsfaglige kompetencer, så foreslår flere ledere af den præ-hospitale indsats, at ambulanceredderne kan gennemføre forskellige typer af diagnostiske undersøgelser og er hospitalslæger eller praktiserende lægers øjne hos patienten, da de alligevel er på landevejene. I samme forbindelse nævnes også muligheden for brug af telemedicinske løsninger, så ambulanceredderne kan være i direkte dialog med hospital eller praktiserende læger.
- *Akutteams i kommunerne.* Samme funktion som nævnt ift. den præ-hospitale indsats. Således vil akutteams skulle være mere end bare en modtagende funktion, de skulle også fokusere på at tage ud til patienter inden indlæggelse.

### Visitation

- *Længere åbningstider hos almen praksis,* så visitationen i højere grad kommer til at foregå med sundhedspersonale, som kender patienterne godt.
- *Udgående funktioner fra akutmodtagelsen.* Fx tilsyn på plejehjem eller aflastningspladser med henblik på at undgå indlæggelser. Denne løsning er der dog flere, som ser skeptisk på, idet man anser denne opgave for at høre til i almen praksis, og at det vil trække på ressourcer i akutmodtagelserne, som man ikke nødvendigvis har til rådighed.
- *Tilstedeværelse af speciallæge eller specialsygeplejerske i lægevagten* med henblik på at omdirigere patienter, så de ikke ender i akutmodtagelsen. Et konkret eksempel er en børneafdeling, som har en specialsygeplejerske i vagt i forbindelse med lægevagten, og som kan frasortere 'snotbørnene', som ikke er indlægningskrævende.
- *Sub-akutte ambulatorier,* som patienter med ikke-indlæggelseskrævende lidelser kan henvises til, og som vil medvirke til, at de ikke behøver at blive indlagt, men at de kan tilses næste dag.

### Behandling

- En afklaring af, *hvilke typer behandling kommunerne kan varetage* enten inden eller før en indlæggelse. Konkret nævnes væskedrop og antibiotikabehandling. Der er dog også en erkendelse af, at kommunerne er meget forskellige og ikke lige langt i udviklingen af et akutberedskab. Der kan derfor være et behov for at lave forskellige aftaler med forskellige kommuner.

## 6.3 Forskning og kvalitetsudvikling

De hospitalsansatte ledere efterspurgte i interviewene forskningsbaseret viden, som kan understøtte antagelser om en forbedret behandlingskvalitet som følge af den nuværende organisering af akutmodtagelserne.

*I bund og grund er der ikke lavet noget forskning på, hvad der rent faktisk er sket, og hvilke erfaringer, man har. (Afdelingsleder, øvrig afdeling)*

Det er opfattelsen, at der mangler mere solid evidens for, 1) at de positive effekter, der er beskrevet i denne undersøgelse, herunder både effektivitet og kvalitet, er reelle, og 2) at organisering i fælles

akutmodtagelse er bedre end den tidligere organisering, hvor akutmodtagelserne var knyttet til specialerne. Herunder nævnes også et behov for at afklare, hvilke dele af den valgte måde at organisere akutmodtagelserne på, som har betydning for behandlingskvalitet og -effektivitet; er det fx princippet om speciallæger i front, tilstedeværelsen af bestemte specialer osv.

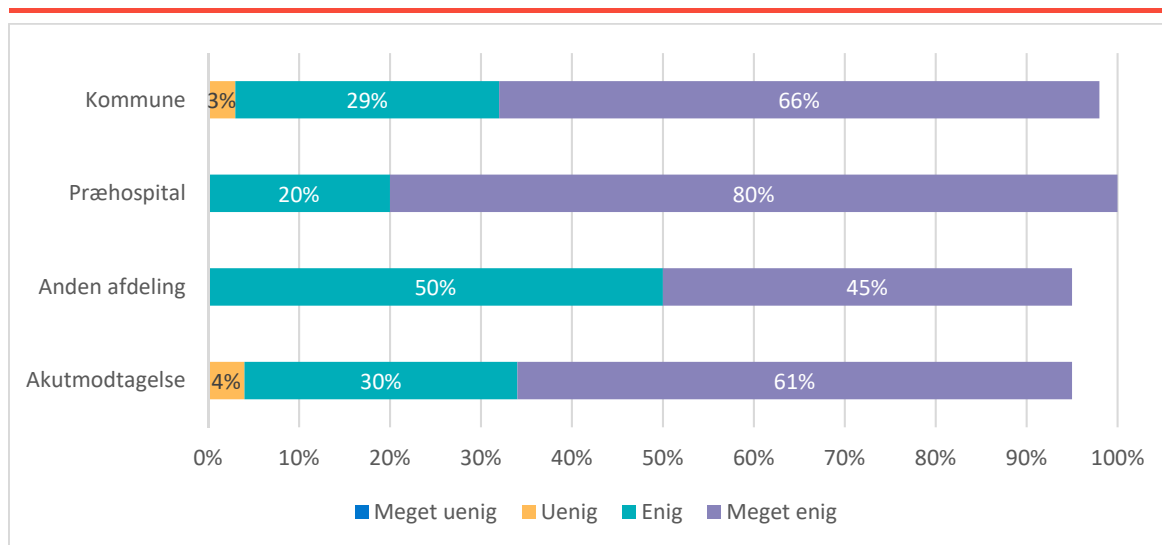
Der er enighed om, at der er behov for et stærkt forskningsmiljø omkring akutmodtagelserne. Som tidligere nævnt er der en formodning om, at den nuværende organisering understøtter gode akutte patientforløb. Akutområdet strækker sig over flere sektorer og flere specialer, og forskning har traditionelt foregået inden for specialer eller sektorer. Det har derfor været en udfordring at skabe et fokuseret forskningsmiljø. Dem, som har forsket i akutområdet, har typisk været på vej videre til et andet speciale. Der er i alle regioner ansat forskningsprofessorer, og der er en forventning om, at det er et forskningsområde, som vil blive bygget op, i takt med at akutområdet får status som selvstændigt speciale (bl.a. som følge af speciallægeuddannelsen i akutmedicin). Samtidig er forskningsmuligheder også et rekrutteringsparameter på lægesiden, hvilket understreger væsentligheden af at opbygge stærke forskningsmiljøer.

Ifølge interviewene eksisterer der allerede data, som kan bruges i forskningssammenhænge, bl.a. i akutdatabasen og i de elektroniske journaler, som giver gode muligheder for forskning. Desuden forventes det, at PPJ<sup>21</sup>-systemet vil give mulighed for at se på tværgående forløb. En væsentlig barriere er dog, at data ikke registreres ens på tværs af regioner og over tid (et eksempel er de tidligere skadestuepatienter, som ikke er registreret på en måde, så de er mulige at genfinde i de nuværende akutmodtagelser). Der er både i og på tværs af regionerne et arbejde i gang med at sikre ensartet registreringspraksis, og det er således allerede et fokusområde. Imidlertid giver flere informanter udtryk for, at der på tværs af aktører mangler viden om, hvilke data der er til rådighed samt en enighed om, hvordan regler om datasikkerhed og datadeling skal fortolkes, således at data kan komme i spil både i forsknings- og kvalitetsudviklingsammenhænge.

Figur 6.5 herunder viser svarfordelingen på spørgsmålet om behovet for at *'styrke betingelserne for at lave forskning i akutte patientforløb over sektorgrænser'*, for eksempel i form af deling af data og fælles indikatorer. Der er en gennemgående enighed på tværs af de forskellige grupper om, at det er en mulighed. Ledere af den præ-hospitale indsats er mest positive, idet 80 % er 'meget enige'. Ledere fra andre afdelinger end akutmodtagelserne er mindst positive, idet 45 % er 'meget enige'. Samlet set er i alt 95 % i denne gruppe dog enten 'enige' eller 'meget enige', så det samlede billede er enighed med mindre forskelle. Derudover er det relevant at nævne, at der alene er 5 respondenter i gruppen af ledere af den præ-hospitale indsats, hvorfor små ændringer i svarafgivning kan give relativt store forskelle.

<sup>21</sup> Præ-hospital Patientjournal.

**Figur 6.5** Hvor enig eller uenig er du i, at følgende er mulige udviklingsspor og pejlemærker – 'styrke betingelserne for at lave forskning i akutte patientforløb over sektorgrænser' (Svarfordeling – Ledere, hospital, kommune og den præ-hospitale indsats)



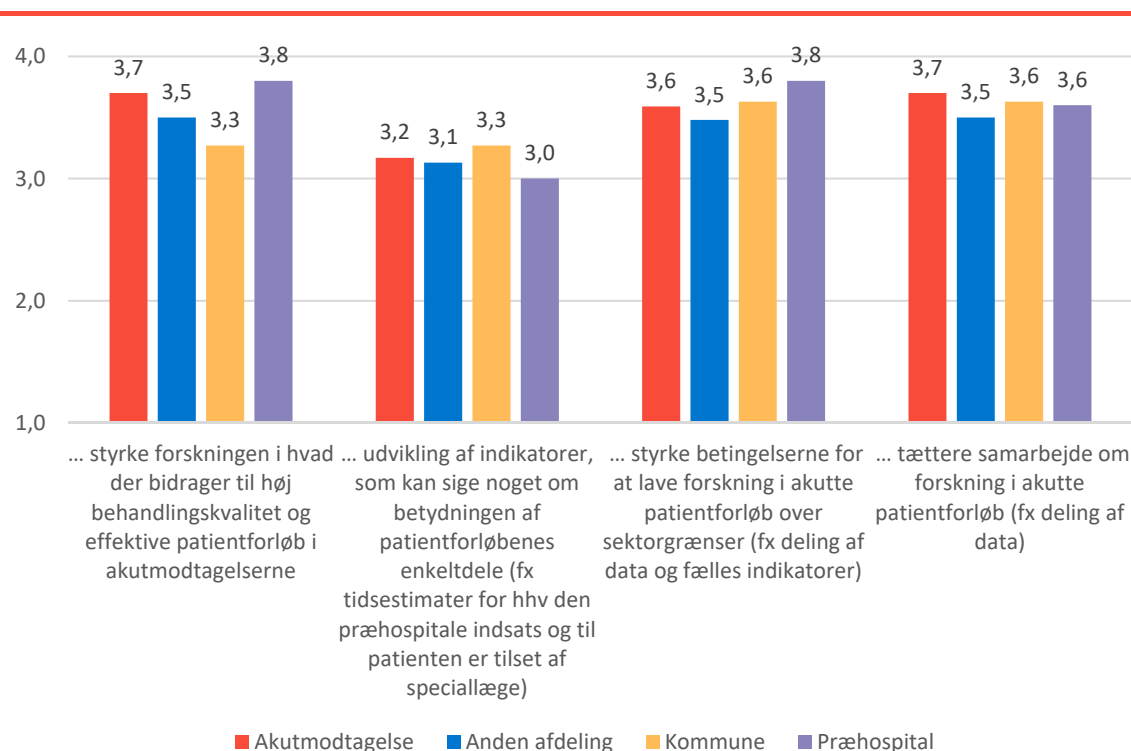
Anm.: N = 13. 2-5 % har svaret 'ved ikke' til udvalgte spørgsmål, hvorfor ikke alle søjler summerer til 100 %.

Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

Der er desuden stillet spørgsmål om, hvorvidt 1) styrket forskning i, hvad der bidrager til høj behandlingskvalitet og effektive patientforløb, 2) udvikling af indikatorer, som kan sige noget om betydningen af patientforløbenes enkeltdele og 3) styrkede betingelser for at lave forskning over sektorgrænser er relevante pejlemærker for fremtiden. Svarene på disse spørgsmål får – afhængigt af, hvilken gruppe der spørges – en gennemsnitlig værdi mellem 3 og 3,8 på skalaen fra 1-4, hvilket dækker over, at der typisk svares 'enig' eller 'meget enig' (Figur 6.6). Den største forskel er mellem kommuner og den præ-hospitale indsats angående muligheden for at styrke forskningen i, hvad der bidrager til høj behandlingskvalitet og effektive patientforløb i akutmodtagelserne. Her har kommunerne en gennemsnitlig værdi på 3,3 og præ-hospital på 3,8. Denne forskel kan muligvis tolkes som et udtryk for, at forskning i behandlingskvalitet og patientforløb internt på selve akutmodtagelserne ligger fjernere fra kommunernes behov, mens patientforløb i form af overleveringen til akutmodtagelserne derimod er et centralt element i den præ-hospitale indsats på området. Det overordnede billede er dog stor enighed på tværs af grupperne i, at en styrkelse af mulighederne for forskning er central.

I bilag 4 fremgår de tre grupper af aktørers prioritering mellem de udsagn, som vedrører forskning, og her ses det, hvordan styrkelse af forskning i, hvad der bidrager til høj behandlingskvalitet og effektive patientforløb og styrkede betingelser for at lave forskning i akutte patientforløb over sektorgrænser vurderes at være de vigtigste. Udvikling af indikatorer, som kan sige noget om betydningen af patientforløbenes enkeltdele, har fået laveste prioritet i alle grupper af respondenter og særligt markant blandt ledere af den præ-hospitale indsats. Dette skal imidlertid ikke tolkes som et udtryk for, at de vurderer, at det ikke er vigtigt (jf. figur 6.6). Flere ledere af den præ-hospitale indsats gav udtryk for, at der allerede var defineret forløbsindikatorer, hvilket kan formodes at have påvirket deres prioritering mellem de udsagn, der vedrørte forskning.

**Figur 6.6** Hvor enig eller uenig er du i, at følgende er mulige udviklingsspor og pejlemærker – forskning  
 – forskning  
 (Gennemsnitsværdi af besvarelser – Ledere, hospital, kommune og præ-hospital indsats)



Anm.: N = 126. Figuren angiver gennemsnitværdier for besvarelserne på de respektive spørgsmål. Værdien 4 er den højest mulige (angiver, at samtlige respondenter inden for gruppen har svaret 'i høj grad'), og værdien 1 er den lavest mulige (angiver, at samtlige respondenter har svaret 'slet ikke').

Kilde: Undersøgelse af akutmodtagelserne, VIVE 2018.

## 6.4 Fokus på patienter med psykiatriske lidelser<sup>22</sup>

På tværs af de syv udvalgte akutmodtagelser er det gennemgående, at der er meget lidt samarbejde mellem akutmodtagelserne og de psykiatriske afdelinger. Dels ligger de psykiatriske afdelinger ofte geografisk adskilt fra akutmodtagelserne, dels afgrænser samarbejdet sig primært til psykiatriske speciallægers tilsyn på patienter indlagt i akutmodtagelserne eller en dialog mellem de to parter om psykiatriske patienters somatiske lidelser og deres eventuelle behov for udredning og behandling i en somatisk akutmodtagelse. Det var imidlertid forventningen blandt informanter fra både de somatiske akutmodtagelser og psykiatrien, at det vil kræve en kompetenceudvikling af personalet i akutmodtagelsen i de tilfælde, hvor den psykiatriske akutmodtagelse kommer til at ligge dør om dør med de somatiske akutmodtagelser. Lægerne i akutmodtagelsen skal have en helt basal viden om psykiatriske lidelser, så de også på dette område er i stand til at tilkalde speciallæger, når det er relevant.

<sup>22</sup> I spørgeskemaet indgik ikke specifikke spørgsmål om psykiatriske patienter eller om samarbejdet mellem somatiske og psykiatriske akutmodtagelser. Derfor bygger dette afsnit alene på udsagn fra interview.

Ifølge flere af de interviewede repræsentanter for psykiatrien, så beror meget diagnostik af psykiatriske lidelser på erfaring, og det kan blive en udfordring for læger med baggrund i somatikken at finde ud af, hvad en patient fejler.

*Lægerne [i akutmodtagelserne] skal vide meget om, hvilke psykiatriske lidelser der findes, og hvordan man kan spotte dem. Det er et meget kompliceret område, hvor der skal laves en rigtig god vurdering af patienten for at finde ud af, hvad patienterne fejler. Så det kræver altså nogle specielle kompetencer at kunne finde ud af, hvad den psykiatriske patient fejler. (Afdelingsleder, psykiatri)*

*Vi er blodtryksapparatet i forhold til de psykiatriske patienter – vi skal kunne kommunikere med dem og på den måde få nogle informationer ud af dem. (Afdelingsleder, psykiatri)*

Derudover skal personalet i akutmodtagelserne være i stand til at håndtere patienter med psykiatriske lidelser. Forhåbningen er imidlertid, at fordelene ved den fysiske samling af de somatiske og psykiatriske akutmodtagelser vil blive en større mulighed for sparring på tværs, således at patienter med både psykiatriske og somatiske lidelser kan få en bedre behandling og pleje, uanset hvor de er indlagt. Det vil imidlertid kræve samarbejdsaftaler på linje med dem, som er udarbejdet mellem akutmodtagelserne og de øvrige somatiske specialer. Helt konkret blev det desuden foreslået, at psykiatriske sygeplejersker kunne have deres daglige gang i de somatiske akutmodtagelser og bistå personalet i håndteringen af de psykiatriske patienter. Dette minder om nogle af de forslag, som fremgik af interviewene med afdelingsledere fra nogle af de somatiske afdelinger, som også foreslog en højere grad af fælles arbejdsområder med henblik på at sikre den bedste udredning og visitation. Endelig fremgik der forslag om at etablere flere ambulante tilbud for patienter med psykiatriske lidelser og udvikle organisatoriske løsninger, der muliggør tilsyn og udredning af borgere i eget hjem, så de undgår transporten og en eventuel indlæggelse.

*Hvis nu man kunne ønske frit fra hylden: At man kigger på en videreudvikling af det ambulante akutteam, hvor man kunne sende dem hjem uden at indlægge dem, men hvor man lavede en aftale om, at de [patienterne] skulle møde ind dagen efter. Patienterne vil helst ikke indlægges. (Afdelingsleder, psykiatri)*

Disse forslag er således også sammenfaldende med de foreslåede udviklingsspor på det somatiske akutområde, hvor der også efterspørges mere udredning i borgeres eget hjem frem for på hospitalerne. I relation til psykiatrien blev der dog ikke i samme grad efterspurgt en dialog om arbejdsdelingen mellem kommuner og hospitaler. En undtagelse er dog misbrugsområdet, hvor der i et interview blev efterspurgt et større samarbejde over sektorgrænserne.

## 7 Konklusion og diskussion

I denne undersøgelse har formålet været at bidrage til en videre drøftelse af, hvad der i fremtiden skal til, for at akutmodtagelserne kan indfri forventningerne om styrket kvalitet, effektivitet og patienttilfredshed. Herunder har følgende været genstand for nærmere analyse:

- At skabe overblik over, hvordan akutmodtagelserne bidrager i den nye hospitalsstruktur
- At tilvejebringe en klarere forståelse af, hvilke organisatoriske, faglige og teknologiske forudsætninger der i dag understøtter velfungerende akutmodtagelser
- At afdække mulige udviklingsspor og pejlemærker for akutmodtagelserne i fremtiden.

Sundhedsstyrelsen, Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner har udarbejdet to statusrapporter (Ministeriet for Sundheds og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen & Danske Regioner, 2014, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen & Sundheds- og Ældreministeriet, 2016), som beskriver, hvor langt de 21 akuthospitaler er i realiseringen af visionerne beskrevet i Sundhedsstyrelsens planlægningsgrundlag for det akutte område (Sundhedsstyrelsen, 2007). Denne undersøgelse følger op på disse statusopgørelser og identificerer en række forhold, der opleves som udfordringer, og som udgør forudsætninger for, at akutmodtagelserne kan bidrage til effektive patientforløb af høj kvalitet. Desuden bidrager undersøgelsen med potentielle pejlemærker og udviklingsspor i relation til de enkelte aktørers opgaver og organisering og på tværs af aktører knyttet til de akutte patientforløb.

### 7.1 Akutmodtagelsernes og akuthospitalernes interne organisering

**Kompetencerne i akutmodtagelserne** er det forhold, som i denne undersøgelse fremhæves som de vigtigste, hvis både kvaliteten og flowet i akutmodtagelserne skal opretholdes. Undersøgelsen viser dog også, at akutmodtagelserne har forskellige betingelser for at rekruttere og fastholde både læger og sygeplejersker. Det kan være en mulig årsag til, at afdelingsleder fra akuthospitaler af forskellig størrelse og specialiseringsgrad oplever at være mere eller mindre udfordret i forhold til at sikre flow og kapacitetsudnyttelsen i akutmodtagelserne, og hvorvidt de oplever, at akutmodtagelserne i den nuværende struktur bidrager til kvaliteten i de akutte patientforløb, fx visitation og henvisning.

Speciallægekompetencerne skal deles mellem akutmodtagelserne og specialafdelingerne, og det har akutmodtagelserne løst med udgangspunkt i forskellige **organisatoriske modeller**. En række danske studier har undersøgt betydningen af forskellige organisationsmodeller for samarbejdet internt på hospitalerne samt for samarbejde og arbejdsprocesser (se tekstboks). Denne undersøgelse giver ikke anledning til at fremhæve særlige fordele og ulemper ved forskellige konkrete organisationsmodeller, men viser, at der fortsat foregår en diskussionen af, om de læger, som er fastansat i akutmodtagelserne – og dermed ikke er knyttet til et bestemt speciale – kan levere tilstrækkelig kvalitet i diagnostik og visitation på den ene side – og på den anden side, om speciallægerne 1) har de rette kompetencer til at varetage ledelsen af flow og kapacitetsudnyttelse, og 2) hvordan man på hospitalet sikrer, at speciallæger kan varetage opgaver både i akutmodtagelsen, i egen afdeling og i relation til uddannelse og forskning.



## Eksisterende dansk forskning i betydningen af forskellige organisationsmodeller i akutmodtagelserne

Et studie identificerer på basis af interview foretaget med ledere og personale fra samtlige danske akutmodtagelser tre generiske kategorier afhængig af deres organisatoriske struktur (virtuel, hybrid og uafhængig) (Møllekær et al., 2018).

- Den *uafhængige struktur* er karakteriseret ved at være en selvstændig enhed med egen lægestab, der tilsammen dækker de anbefalede kompetencer, og hvor læger ansat i specialafdelinger udelukkende tilkaldes ved behov.
- Den *virtuelle struktur* er karakteriseret ved hovedsageligt at have ansatte sygeplejersker og sekretærer, og lægeopgaver varetages dels af yngre læger, dels af speciallæger, som er på tilkald, men ansat i andre afdelinger.
- Den *hybride struktur* er en hybrid af de to andre strukturer, hvor akutmodtagelsens egne læger varetager forløbsledelsen i akutmodtagelsen samt kliniske opgaver inden for deres eget speciale. Klinisk arbejde inden for øvrige specialer dækkes af speciallæger fra andre afdelinger i tilstedeværelsevagt.

De forskellige modeller afspejler forskellige forsøg på at imødekomme, at akutmodtagelserne både skal sikre effektive patientforløb og behandling af høj kvalitet, som i det øvrige hospital bl.a. efterstræbes via specialisering, men som i akutmodtagelserne også skal ske via samarbejde på tværs af specialer. Studiet viser, at der knytter sig forskellige udfordringer til de forskellige modeller, idet den hybride og virtuelle model udfordres af afhængigheden af andre afdelinger, hvorimod den uafhængige model udfordres af at skulle etablere et tilstrækkeligt højt kvalitetsniveau i de akutte kliniske ydelser.

Langt de fleste akutmodtagelser gør brug af flere forskellige organiseringsformer henover døgnet, således at eksempelvis den uafhængige struktur er i anvendelse i dagtiden og erstattes af en virtuel eller hybrid struktur i aften- og nattevagt. Desuden ses en ændring i arbejdsprocessen i de tilfælde, hvor akutlægerne (dvs. de fastansatte læger i akutmodtagelserne) kun indgår i dagvagterne, og hvor nattevagter bemannes af skiftende speciallæger fra andre afdelinger (Møllekær et al., 2014). Årsagerne til denne tilpasning afhængig af vagttype er – ifølge dette studie – ikke fagligt funderet, men relateres primært til manglen på akutlæger. Den skiftende bemanning får imidlertid indflydelse på den måde, arbejdet organiseres på i afdelingen. Akutlægerens opgaver består typisk i at lede, organisere og fordele ressourcerne i akutmodtagelsen i den pågældende vagt. Når akutlægerne ikke er til stede, sker der et skift fra en procesorienteret tilgang, hvor der er fokus på patientens samlede patientforløb, til en mere funktionsorienteret tilgang, hvor der er fokus på diagnostik og behandling ud fra den tilkaldte speciallæges perspektiv. Dette får bl.a. indflydelse på samarbejdet mellem læger og sygeplejersker, hvor sidstnævnte oplevede, at samarbejds klimaet ændrede sig, når speciallæger var i vagt. Hvorvidt dette har indflydelse på patientbehandling, er imidlertid ikke undersøgt.

Et endnu upubliceret studie peger på, at dårligere behandlingsrelaterede outcomes i weekenderne kan relateres til ændrede betingelser for samarbejdet mellem akutmodtagelserne og specialafdelingerne (Duvall, 2016). Studiet er baseret på et etnografisk feltstudie samt interview med ledelse og personale i en akutafdeling foretaget i 2015-16 og viser bl.a., at henvisningen af patienter til andre afdelinger udgør en særlig udfordring i weekenderne, samtidig med at der er skiftende speciallæger i vagt, som strukturerer arbejdet forskelligt. Kommunikationen mellem akutmodtagelsen og andre afdelinger er også mere udfordret i weekenderne, og det er vanskeligere at få adgang til de tværgående afdelinger på hospitalet.

Denne undersøgelse peger – ligesom andre studier (Møllekær et al., 2018) – på, at de lokale valg af organisationsmodeller er foretaget under hensyntagen til det øvrige hospitals specialiseringsgrad, tilgængelige speciallægerressourcer og patientgrundlag. Desuden viser undersøgelsen, at der et ønske om at diskutere om der i højere grad skal være mulighed for **lokal tilpasning af akutmodtagelsernes organisering**, fx i forhold til åbningstider, tilstedeværelse af bestemte specialer, og hvordan de kommende akutmedicinere skal bruges i akutmodtagelserne, frem for at alle akutmodtagelser skal skæres over samme læst.

**Samarbejdet internt på hospitalet** fremgår også som en vigtig forudsætning for opgaveløsningen i akutmodtagelserne, da det er en forudsætning for flere af de forhold, som beskrives som forudsætninger for speciallægedækning i akutmodtagelserne og mulighederne for at videresende patienter til de rette specialafdelinger. I en undersøgelse fra 2013 blev de ledelsesmæssige udfordringer, der knytter sig til den matrix-struktur, som karakteriserer akutmodtagelserne, undersøgt. Af denne undersøgelse fremgik det, at samarbejdet i akutmodtagelserne var udfordret af forskellige opfattelser af 'akutkonceptet' (herunder fortolkningen af princippet om 'speciallæger i front'), uklare aftaler om ledelse og samarbejde og strukturelle forhold (herunder økonomiske incitamentsstrukturer og overenskomstforhold), som ikke understøttede den måde, man ønskede at organisere akutmodtagelserne på. Denne undersøgelse tyder på, at der er arbejdet med mange af disse forhold, som vedrører samarbejde og ledelse internt på hospitalet, og at de interne samarbejdsrelationer ikke udpeges som en primær udfordring. Det er nærmere et område, som skal have løbende opmærksomhed, idet både bemandings- og koordinationsudfordringerne internt på hospitalet fortsat er til forhandling i et vist omfang. Samarbejdet om de akutte patientforløb på tværs af sektorgrænser

Undersøgelsens primære fokus er akutmodtagelsernes udfordringer og forudsætninger for at bidrage til effektive akutte patientforløb af høj kvalitet. Akutmodtagelsernes opgaveløsning samt de akutte patientforløb generelt er dog også afhængige af den indsats, som kommuner, lægevagt/almen praksis og den præ-hospitale indsats leverer på området.

**Kapacitetsudnyttelse** er ifølge denne undersøgelse en vigtig forudsætning for velfungerende akutmodtagelser, og muligheden for hurtig hjemsendelse af patienter fremhæves som en af de væsentligste udfordringer. Overbelægning på akutmodtagelserne påvirker den kvalitet, der kan leveres både i akutmodtagelserne og på hospitalernes øvrige afdelinger, som oplever en afsmittende effekt, når der er travlhed i akutmodtagelserne. Akutmodtagelserne og -hospitalerne kan selv iværksætte en række tiltag med henblik på at sikre, at så få patienter venter unødigt på beslutning om det videre forløb (fx kvalificeret og systematisk visitation, sub-akutte ambulatorier, kapacitetskonferencer). Derudover er hospitalerne afhængige af vagtlægers, praktiserende lægers og kommunernes bidrag til, at flowet ind i kommunerne ikke stiger unødigt, og at der også er mulighed for at sende patienter videre i systemet, når de ikke længere er relevante at have i akutmodtagelserne. Undersøgelsen giver en række bud på, hvad de enkelte aktører kan gøre for sikre kapacitetsudnyttelse og undgå overbelægning i akutmodtagelserne, men der er også tale om forbundne kar, hvilket understreger vigtigheden af at se på akutområdet som helhed.

**Kommunerne** udpeges i denne undersøgelse som en afgørende medspiller for akutmodtagelserne, fordi de både skal **modtage patienter, som udskrives hurtigere og med fortsatte behandlingsbehov**, og patienter, som ikke indlægges, men sendes direkte hjem fra hospitalet. Undersøgelsen viser, at der både fra kommunale ledere og hospitalsledere er enighed om, at kommunerne skal kunne varetage en større rolle på akutområdet. Kommunerne er imidlertid udfordret af, at de traditionelt er organiseret med udgangspunkt i planlagte og visiterede ydelser (Vinge, 2018), og at der er behov for **en organisatorisk omstilling**, så de er i stand til modtage patienter alle dage og over hele døgnet. Kommunerne er ikke lige langt i dette arbejde, og det fremgår som en væsentlig udfordring for akutmodtagelserne, at nogle patienter er i akutmodtagelserne længere end nødvendigt, fordi kommunen ikke har et tilbud, så de kan modtage patienter fx om natten. Derudover skal der i kommunerne være de **rette kompetencer** til at kunne håndtere, at patienter sendes hjem med et fortsat behandlingsbehov – fx IV-behandling og kateterskift.

Derudover er der fra akutmodtagelsernes synspunkt et behov for, at kommunens personale er i stand til at **håndtere basal pleje**, fx af terminale patienter, så de ikke sendes unødigt på hospitalet. Her er

de to parter dog ikke enige om, hvor høj grad kompetencer i kommunen udgør et fremtidig pejlemærke. Set fra et kommunalt perspektiv er **klare aftaler om sektorovergangene** vigtigere.

Undersøgelsen tyder på, at **den præ-hospitale indsats** har fået en mere fremtrædende rolle på akutområdet i samme periode, som de nuværende akutmodtagelser er blevet etableret. Den sundhedsfaglige profil er blevet styrket, så nogle diagnostiske undersøgelser allerede foretages under patienttransporten. Denne udvikling bidrager til, at akutmodtagelserne i højere grad kan forberede sig, inden patienten ankommer. Samtidig giver denne undersøgelse anledning til at fremhæve, at lederne af den præ-hospitale indsats ser perspektiver i, at den præ-hospitale indsats får en endnu mere markant rolle i den del af patientforløbene, som foregår forud for henvisningen af patienter til akutmodtagelserne. Den præ-hospitale indsats foregår i sagens natur, inden patienten ankommer til akutmodtagelserne, men der synes at være perspektiver i at **udvide den præ-hospitale indsats' arbejdsområde** til også at inkludere patienter, som endnu er i eget hjem, men hvor der skal ske en vurdering af, om de er indlæggelseskrævende, eller om behandling og pleje fortsat skal varetages af praktiserende læge og almen praksis. Dette for at undgå unødige indlæggelser og unødige flyt af patienter mellem akutmodtagelser og kommuner og begrænse flowet ind i akutmodtagelserne. Denne mulighed for et udvidet arbejdsområde for den præ-hospitale indsats opleves som positivt af både ledere fra hospitalerne, vagtlægeordning og lederne af den præ-hospitale indsats, men kræver naturligvis, at der etableres rammer for dialogen mellem ambulanceredderne, som står i patientens hjem, og vagtlæge/hospitalslæge, som skal beslutte, om patienten skal udredes yderligere i en akutmodtagelse.

I denne undersøgelse er der relativt lille repræsentation fra **lægevagtordningen/almen praksis**, hvorfor interne forhold omkring disse aktørers organisering fylder meget lidt i undersøgelsen<sup>23</sup>. Det fremhæves dog, at disse aktører har stor betydning for flowet ind i akutmodtagelserne. De praktiserende læger har den fordel, at de kender patienterne godt og har de bedste forudsætninger for at vurdere, om akut opståede sygdomme kan ses an, eller om patienten skal udredes i en akutmodtagelse. Det gav anledning til et ønske om, at de **praktiserende læger bliver tilgængelige i et større tidsrum** – selvom der også var en erkendelse af, at de praktiserende lægers ressourcer er begrænsede, og at nogle patienter bevidst venter med at henvende sig til akutmodtagelserne (via vagtlægerne/1813 eller som 'selv-henvendere'), til den praktiserende læge har lukket. Endelig blev muligheden for at **gøre akutmodtagelsernes diagnostiske faciliteter tilgængelige for vagtlægerne** samt tilstedeværelse af personale fra nogle specialafdelinger nævnt som mulige tiltag i lægevagten, som kunne bidrage til, at færrest mulige patienter henvises unødigt til akutmodtagelserne.

Der synes at være bred enighed om, at de nuværende **kommunikationssystemer** ikke understøtter det hurtigere flow i de akutte patientforløb. Der er behov for tidstro information om, hvor patienten befinder sig, og hvad status er på patientforløbene, og når det ikke er tilgængeligt, så kan der opstå uklarhed om, hvem der har ansvaret for patienten. Desuden efterspørges muligheden for **at understøtte og styrke forskningen** på tværs af de involverede aktører, så der i højere grad kan skabes viden om, hvorvidt akutmodtagelsernes bidrag til effektivitet og kvalitet i de akutte patientforløb, som der gives udtryk for i undersøgelsen, er reelle. Herunder hører også et ønske om at øge viden om, hvilke dele af patientforløbene, som bidrager til kvalitet og effektivitet.

<sup>23</sup> Se (Vinge & Reindahl Rasmussen, 2018) for en detaljeret korelating af den regionale lægevagtsordning/1813.

# Litteratur

- Brøcker, A., Christensen, I.E., Ladegaard Bro, L., Glent-Madsen, M. & Lund Tovgaard, S. 2013, *Kvalitet og mål i akutmodtagelser*, KORA, København.
- Brøcker, A. & Ladegaard Bro, L. 2013, Ledelse af akutte patientforløb. Et projekt under Videnscenter for Velfærdsledelse, KORA, København.
- Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen & Sundheds- og Ældreministeriet 2016, *De danske akutmodtagelser - status 2016*, København.
- Duvald, I. 2016, "The collaboration between the emergency department and the other departments at the hospital as a possible explanation of the weekend effect in an emergency department (In: Meeting abstracts from the 7th Danish Emergency Medicine Conference)", *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, vol. 201725, no. Suppl 2, pp. 29-DOI 10.1186/s13049-017-0364-2.
- Madsen, M.H. & Meier, N. 2017, *Reorganisering og sygehusbyggeri*, KORA, København.
- Ministeriet for Sundheds og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen & Danske Regioner 2014, *Faglig gennemgang af akutmodtagelserne*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.
- Møllekær, A.B., Duvald, I., Obel, B., Madsen, B., Eskildsen, J. & Kirkegaard, H. 2018, "The organization of Danish emergency departments", *European Journal of Emergency Medicine*, [Online], vol. Jun 28, no. doi: 10.1097/MEJ.0000000000000554.
- Møllekær, A.B., Pedersen, I.D., Kirkegaard, H., Sørensen, P.D., Eskildsen, J.K. & Obel, B. 2014, "Organisationsdesign af de fælles akutmodtagelser" in *Fremtidens hospital*, eds. K. Møller Pedersen & N.C. Petersen, Munksgaard, København, pp. 251-265.
- Regeringen & Danske Regioner 2018, *Aftale om regionernes økonomi for 2018*, Regeringen & Danske Regioner, København.
- Sundhedsstyrelsen 2017a, *Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen - krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen 2017b, *Vurdering af et speciale i akutmedicin i Danmark*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen 2007, *Styrket akutberedskab - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Vinge, S. 2018, *Kompleksitet i den kommunale sygepleje. En analyse af sygeplejerskernes perspektiver på kompleksitet i sygeplejen*. VIVE, København.
- Vinge, S. & Reindahl Rasmussen, S. 2018, *Regionale lægevagter og akuttelefon 1813. En kortlægning med fokus på organisering, økonomi og aktivitet*, VIVE, København.