

Christina Holm-Petersen, Christian Backer Mogensen og Helle Madsen

# Kvalitet i den akutte behandling på Nykøbing Falster Sygehus

En organisatorisk og sundhedsfaglig audit



Publikationen *Kvalitet i den akutte behandling på Nykøbing Falster Sygehus* kan downloades fra hjemmesiden [www.kora.dk](http://www.kora.dk)

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

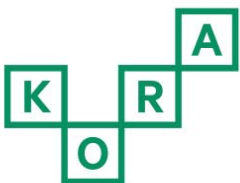
ISBN: 978-87-7488-745-4

Projekt 3599

Oktober 2012

**KORA**  
**Det Nationale Institut for**  
**Kommuners og Regioners Analyse og Forskning**

*KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.*



**Det Nationale Institut  
for Kommuners og Regioners  
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: +45 444 555 00



## Forord

Sygehus Syd i Region Sjælland har ønsket en ekstern vurdering af den faglige indsats på Nykøbing Falster Sygehus med særligt fokus på modtagelse, pleje og behandling af de akutte patienter. Dette med henblik på fortsat at arbejde målrettet på:

- At nedbringe dødeligheden på Nykøbing Falster Sygehus
- At sikre at behandlingen på Nykøbing Falster Sygehus lever op til god faglig standard
- At forbedre kvaliteten af patientbehandlingen.

Dansk Sundhedsinstitut (DSI) er blevet bedt om at foretage denne vurdering med bistand fra to klinikere til at forstå den sundhedsfaglige del af analysen.

Rapporten er forfattet af senior projektleder, ph.d. Christina Holm-Petersen, og de to eksterne klinikere, der har forestået den sundhedsfaglige analyse, er ledende overlæge, ph.d. Christian Backer Mogensen og oversygeplejerske Helle Madsen,

begge fra Akutafdelingen på Kolding Sygehus. Antropolog Laura Emdal Navne, DSI, har derudover bistået med de organisationsfaglige observationsstudier i undersøgelsen. Undertegnede har læst internt review på rapporten.

Dansk Sundhedsinstitut ønsker at takke alle medarbejdere og ledere på Nykøbing Falster Sygehus, der har indgået i undersøgelsen.

*Jes Søgaard*  
Direktør, professor

Dansk Sundhedsinstitut er den 1. juli 2012 blevet fusioneret med AKF (Anvendt Kommunal Forskning) og KREVI (Det Kommunale og Regionale Evalueringsinstitut) til KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

# Indhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Resumé</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Indledning</b> .....	<b>7</b>
1.1 Formål .....	7
1.2 Baggrund .....	7
1.3 Anvendte metoder .....	7
<b>2. Beskrivelse af den akutte organisering</b> .....	<b>11</b>
2.1 Nykøbing Falster Sygehus' optageområde .....	11
2.2 Modtagelse af akutte patienter på Nykøbing Falster Sygehus .....	11
2.3 Organisering af Akutafdelingen .....	12
<b>3. Den faglige kvalitet i de akutte forløb</b> .....	<b>14</b>
3.1 Den overordnede vurdering af faglig kvalitet af de akutte patientforløb .....	14
3.2 Den akutte modtagelse af patienter på Nykøbing Falster Sygehus .....	15
3.3 Traume og MAT-kald .....	18
3.4 Overflytning fra Akutafdelingen .....	18
3.5 Andre overflytninger i huset .....	20
3.6 Diagnostiske redskaber .....	20
3.7 Flowstyring og it .....	21
3.8 Det faglige niveau .....	21
3.9 Opsamling om kvaliteten i de akutte patientforløb .....	22
<b>4. Organisatorisk og ledelsesmæssig understøttelse af kvalitet i de akutte forløb</b> .....	<b>24</b>
4.1 For få faste speciallægeressourcer .....	24
4.2 Kulturen og samarbejdet i huset .....	24
4.3 Processen med at etablere Akutafdelingen .....	24
4.4 Arbejdsdeling, ansvar og rolleklarhed .....	25
4.5 Kulturen og samarbejdet i Akutafdelingen .....	27
4.6 Udfordringer relateret til ledelsen af det akutte arbejde .....	27
4.7 Ledelse af Nykøbing Falster Sygehus .....	28
4.8 Opsamling om organisatorisk og ledelsesmæssig understøttelse af kvaliteten .....	28
<b>5. Konklusioner og anbefalinger</b> .....	<b>29</b>
5.1 Behov for færre akutte indlæggelser .....	29
5.2 Behov for flere faste speciallæger særligt inden for medicin .....	29
5.3 Behov for mere flow ved behandling af skadepatienter .....	30
5.4 Behov for mere ensartet kvalitet i triage og modtagelse .....	30
5.5 Behov for forbedringer i kvalitets- og samarbejdskulturen .....	30
5.6 Anbefalinger til øgning af kompetenceniveau .....	31
5.7 Kritisk syge patienter/intermediærafnsnit .....	31
5.8 Behov for mere tydelig ledelse af det akutte arbejde .....	31
<b>Litteratur</b> .....	<b>33</b>

# Resumé

Rapporten bygger på en organisations- og sundhedsfaglig ekstern audit af kvaliteten af de akutte forløb på Nykøbing Falster Sygehus gennemført i perioden maj-juni 2012. Formålet med den gennemførte audit er, at Sygehus Syd i Region Sjælland får et grundlag til at arbejde videre med at forbedre kvaliteten af de akutte patientforløb.

## Den faglige kvalitet

En udfordring ved at vurdere kvaliteten af den akutte indsats på Nykøbing Falster Sygehus er, at hverken kvalitet eller god kvalitet er en entydig størrelse. Selvom det at skabe en god kvalitet har været på dagsordenen i sundhedsvæsenet gennem flere årtier, er den mindre velbeskrevne realitet, at det i det daglige ofte kommer til at handle om at skabe "tilstrækkelig kvalitet". Overliggeren er altså ikke altid stræben mod den bedst mulige faglige kvalitet. Der er nemlig også andre hensyn at tage som fx økonomiske, bemandingsmæssige, kulturelle og strukturelle hensyn, der kan virke som barrierer for at skabe den ypperste kvalitet. Nykøbing Falster Sygehus er således en del af en bredere kontekst, hvor det til dels også er både politisk og kulturelt bestemt, hvad der er god eller tilstrækkelig kvalitet på henholdsvis regionens og landets sygehuse.

Sygehusets faglige kvalitet i de akutte forløb er altså vurderet ud fra, hvad der forventeligt bør være af kvalitet set i relation til, hvad der tilbydes på andre sygehuse. Her har det været vurderingen, at den faglige kvalitet ikke er så anderledes end på mange andre sygehuse, om end særlig manglen på speciallæger synes at forstærke de kvalitetsmæssige udfordringer, der er.

De eksterne klinikere vurderer, at patienten i mange forløb får den behandling og de ydelser, der er hensigtsmæssige, men samtidig opleves det også, at der ofte ikke reageres adækvat på fx BOS-score (målinger af patienternes vitale parametre), og at der ikke kaldes MAT (Mobilt Akut Team) i situationer, hvor dette kunne have været gavnligt for patienten.

Overordnet er der internt på sygehuset lavet mange tiltag og aftaler for at højne den faglige kvalitet for patienterne, men der mangler tilstrækkelig gennemslag af disse ud i yderste led.

## Huset sander til med patienter

Antallet af akutte indlæggelser er særligt inden for det medicinske område for højt i forhold til kapaciteten på Nykøbing Falster Sygehus. Årsagerne til kapacitetsudfordringen er flere og relaterer sig både til den sygehusinterne organisering, socio-demografiske faktorer og samarbejdet med kommunerne. Der kan eksempelvis nævnes følgende 10 forhold:

- 1) Der modtages mange medicinske patienter i forhold til optageområdets størrelse.
- 2) De socioøkonomiske forhold i optageområdet betyder, at der sandsynligvis vil være et lidt højt forbrug af indlæggelser.
- 3) Der anvendes ikke effektive måder til at vende patienter i døren.

- 4) Der mangler alternative tilbud til indlæggelse.
- 5) Der indlægges en del patienter af sociale årsager.
- 6) Pårørende presser på for indlæggelser for på denne vis at søge at opnå en aflastningsplads.
- 7) De mange uerfarne lægevagter indlægger flere.
- 8) Langsom eller manglende stuegang både på medicinske og ortopædkirurgiske patienter såvel oppe i huset som på Akutafdelingen giver forlængede indlæggelser.
- 9) Overgangene mellem afdelinger medfører informations- og kvalitetstab samt potentielt længere indlæggelser.
- 10) Det er ikke lykkedes at rekruttere tilstrækkelige speciallægeressourcer.

I Skadestuedelen har skadesporet også en tendens til at stase til. Dette hænger til dels sammen med måden, arbejdet er organiseret på, samt udnyttelsen af ressourcer. Alle skadesygeplejersker er behandleruddannet, men der er ofte en social- og sundhedsassistent på holdet, som ikke er behandler. Sygeplejersker og læger vurderer, at sygeplejerskerne kunne behandle 30 % af patienterne selv, men i praksis behandler de kun 5 %.

## Der mangler speciallæger

Den største udfordring for kvaliteten i de akutte forløb er, at der mangler speciallæger i huset. Det gælder særlig på det medicinske område, men også inden for fx ortopædkirurgien. Brugen af vikarer har været udbredt, og dette har sat sine spor. På den positive side har vikarerne særligt på det medicinske område ifølge flere interviewede holdt den lægefaglige kvalitet oppe gennem sårbare perioder. På den mere negative side dræner det økonomien, hæmmer kontinuiteten i arbejdet, og gør det svært at arbejde langsigtet og strategisk. Vikarer kender ikke logistikken i huset, og dette kan øge indlæggelseslængden. Samtidig har den udbredte brug af vikarer bidraget til det indtryk, at sygehuset var et sted, lægerne skulle have en særlig økonomisk kompensation for at arbejde på.

Manglen på speciallæger bevirker manglende beslutningstagning på en lang række områder i det daglige og forsinke flow og behandling. På det interkollegiale plan fører manglen på speciallæger til frustrationer og et presset arbejdsmiljø.

## Kompetenceniveauet

Den overordnede vurdering af det faglige niveau er, at den er svingende og personafhængig. Det gælder både det faglige niveau i stamafdelingerne og i Akutafdelingen. I og med at der mangler speciallæger, er der et stort behov for, at yngre læger og andre faggrupper løfter en større arbejdsbyrde og et større ansvar. Vurderingen er, at de yngre læger og medicinstuderende ikke i tilstrækkelig grad klædes på til denne opgave. Samtidig mangler de løbende sparring med erfarne læger. Generelt er der også behov for et højere niveau i sygeplejefagligheden. Niveauet har været hæmmet af manglende økonomiske midler til at ansætte erfarne sygeplejersker ved vakancer og manglende midler til efteruddannelse. Hertil kommer plejepersonalets manglende vilje til efteruddannelse uden ekstra løntillæg. Der er også behov for mere faglig ledelse med fokus på læring

i dagligdagssituationer. Ligesom der generelt er behov for at øge den faglige stolthed.

Uhensigtsmæssigheder omkring tilblivelsen af Akutafdelingen har medført, at sygeplejen her ikke er organiseret som tildelt patientpleje (primærpleje), men som rundepleje. Set i lyset af at Akutafdelingen modtager akut syge patienter, er dette ikke hensigtsmæssigt.

### **Overgange mellem afdelinger**

Der kan gøres mere for at skabe kvalitet i patienternes overgange mellem afdelinger på sygehuset. Der er ingen formaliserede samarbejdsaftaler om, hvordan og hvornår overflytning foregår. På grund af flaskehalsen med for få speciallæger ender mange af patienterne med at blive overflyttet i vagtskiftetidsrummet kl. 14-16, hvilket øger antallet af personalekontakter, som patienterne får, og udfordrer patientsikkerheden.

### **En ledelses- og kulturmæssig udfordring**

Oplevelsen er, at der på sygehusniveau har manglet en effektiv samlet ledelse af omstilling af sygehuset til akutsygehus. Der mangler fælles fodslag afdelingerne imellem. Det er også uklart, hvem der leder hvilket arbejde i Akutafdelingen.

Den nuværende tværgående samarbejdskultur på Nykøbing Falster Sygehus udgør en barriere i forhold til kvaliteten i patientforløbene. Udviklingen mod de forskellige afdelingers

selvtilstrækkelighed synes at være fremmet af 1) mangel på lægeressourcer qua rekrutteringsproblemer, 2) økonomiske problemer der fremmer fokus på egen kasse og egne problemer, og 3) organiseringen med funktionsbærende enheder der har flyttet ledelsesmæssigt fokus ud af huset.

Tilblivelsen af Akutafdelingen, som er hjørnестenen i omstillingen til akutsygehus, har lidt under den uhensigtsmæssige samarbejdskultur med manglende effektive aftaler og samarbejde til følge. Dette udgør også en udfordring for at implementere den nye arbejdsorganisering med akutlægen. Akutlægens rolle anses i dag for at være uklar. En anden konsekvens er, at den overordnede vision med at indføre fælles akutafdelinger har svære vilkår i en model, hvor de traditionelle faglige søjler blot er videreført nede i Akutafdelingen. Der mangler både i huset og i Akutafdelingen en mere tydelig ledelse af kvalitet i de akutte patientforløb.

Rapporten afsluttes med en række konkrete anbefalinger til, hvordan kvaliteten kan hæves på sygehuset. Der henvises til kapitel 5. Anbefalingerne henvender sig både til forvaltningsniveau, sygehusniveau og afdelingsniveau. ■

# 1 Indledning

## 1.1 Formål

Formålet med undersøgelsen er, at Sygehus Syd i Region Sjælland får en status på de organisatoriske og sundhedsfaglige forhold på Nykøbing Falster Sygehus omkring de akutte patientforløb.

Formålet er også, at Region Sjælland og dermed Nykøbing Falster Sygehus får indsigt i mulige forbedringsmuligheder i organiseringen og behandlingen af de akut indlagte patienter – herunder forbedringsmuligheder i forhold til ressourceallokering til drift, kvalitetssikring og udvikling.

## 1.2 Baggrund

Siden introduktion af anvendelse af HSMR [Hospitals Standardiseret Mortalitäts Ratio] til at vurdere kvalitet i behandling på sygehusene har Nykøbing Falster Sygehus haft HSMR-tal >110. I 2011 var der sket en yderligere og markant stigning i HSMR i 2. og 3. kvartal til henholdsvis 140 og 145 uden oplagt forklaring. Der var ikke sket en relativ stigning i antallet af døde i forhold til aktiviteten.

Det viste sig efterfølgende, at de højere HSMR-tal blandt andet skyldes ændret registreringspraksis i forbindelse med oprettelsen af den ny fælles akutafdeling. Fx med anvendelse af observationsdiagnoser, mangelfuld SKS-kodning inkl. bidiagnoser svarende til Charlston-indexet til følge.

Sygehus Syd har dog fortsat ønsket at arbejde med at sætte fokus på, hvordan der kan arbejdes med at forbedre kvaliteten af den akutte indsats på Nykøbing Falster Sygehus.

Nykøbing Falster Sygehus er som en række andre sygehuse i Danmark ved at omorganisere modtagelsen og behandlingen af de akutte patienter gennem etableringen af en fælles akutafdeling. Rapporter på området har tidligere vist, at det udfordrer sygehusene at etablere fælles akutafdelinger, fordi de lægger op til grundlæggende ændringer i de mere specialebaserede måder, sygehusene tidligere har arbejdet på (1). Visionen for fælles akutmodtagelser er at løfte kvaliteten i den akutte modtagelse af patienter. Men hvordan visionen skal organiseres og funktionen bemands vækker mange steder bekymring. Et væsentligt element i konceptet med fælles akutmodtagelser er, at speciallægerne i højere grad skal frem i front i modtagelsen af akutte patienter. Dette forudsætter dog omfattende ændringer i speciallægenes arbejdstilrettelæggelse i dagarbejdstiden og stiller nye krav til deltagelse i vagtarbejdet om aftenen og natten. Realiteten er, at der er store forskelle på, hvordan eller hvorvidt disse forventninger omsættes lokalt.

Der er med fælles akutmodtagelserne tale om et stort organisatorisk forandringsprojekt, der kræver, at speciallæger/overlæger i højere grad samarbejder på tværs af specialer. Dette er en udfordring, fordi overlæger i udgangspunktet primært anses for at identificere sig med gruppen af overlæger inden for eget speciale – frem for med det tværgående patientforløb, afdelingen eller organisationen. Der er også tale om en udfordring, fordi modtagelsen af akutte patienter traditionelt har været omgærdet af lav prestige. Og følgelig også lav prioritering i arbejdets organisering. Nogle specialer har eksempelvis ikke tradition for at have speciallæger tilstede aften/nat eller i weekenden (1).

Sygehus Syd har indledningsvis peget på følgende områder, som potentielt kan skabe udfordringer for kvaliteten på Nykøbing Falster Sygehus:

### 1.2.1 Organisatoriske forhold

- Kapacitet og flow i akutafdelingen efter omorganisering med fælles akutafdeling for såvel kirurgiske, ortopædkirurgiske og medicinske patienter, herunder en gennemgang af den organisatoriske struktur, særligt med hensyn til den lægelige organisering
- Øget aktivitet og ændret patientpopulation grundet lukning af Nakskov Sygehus
- U hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser – terminale og demente patienter
- Nedlæggelse af lægebilen og erstatning med paramedicinere
- Anvendelse af mange vikarlæger hvilket udfordrer kontinuiteten
- Kompetenceniveau af personale der behandler kritisk syge inkl. uddannelsesudfordringer
- Overgange mellem afdelinger og sektorer
- Organisering af det fælles ledelsesmæssige fokus på samarbejdet mellem afdelinger omkring de fælles akutte patientforløb
- Har den øgede indsats på akutområdet påvirket fordeling af ressourcer og kompetencer over tid og mellem akutte og elektive forløb?
- Anvendelse af it-systemer.

### 1.2.2 Sundhedsfaglige forhold

- Behandling med anvendelse af fælles nationale og regionale faglige standarder og retningslinjer
- Risikovurdering af patienter (triage, vitalparametre) herunder tidlig identifikation og behandling af SIRS og sepsis
- MAT-team funktionen og monitorerings- og behandlingsplaner
- Speciallægevurdering særligt af kritisk syge
- Samarbejdet omkring og inddragelse af patienten
- Klinisk læring af indberettede data inkl. UTH, kerneårsagsanalyser og mors audit.

## 1.3 Anvendte metoder

Med udgangspunkt i de problemfelter, sygehuset har påpeget, og i de analyser der allerede er gennemført i Sygehus Syd, sættes særlig fokus på det akutte forløb på sygehuset.

Undersøgelsen består ud over en dokumentanalyse af to dele: En sundhedsfaglig og en organisationsfaglig analyse. I afrapporteringen er disse til dels skrevet sammen.

### 1.3.1 Dokumentanalyse

Sygehus Syd har tilvejebragt relevante tidligere undersøgelser samt de foreløbige resultater af igangværende undersøgelser af det akutte område på Nykøbing Falster Sygehus. Dokument-

gennemgangen har ligget til grund for det videre analysearbejde.

### 1.3.2 Sundhedsfaglig analyse

Til den sundhedsfaglige analyse er der udvalgt to eksterne erfarne klinikere til at foretage en klinisk audit. Disse to klinikere har indgående erfaring med det kliniske arbejde i fælles akutafdelinger samt disses samarbejde med andre kliniske afdelinger. De to klinikere dækker kompetencer inden for:

- Det lægefaglige område inden for akutmedicin
- Det medicinske lægefaglige område
- Det sygeplejefaglige område inden for akutmedicin.

De to klinikere har hver anvendt tre sammenhængende arbejdsdage (29.-31. maj 2012) på observation og samtaler med det kliniske personale på følgende afdelinger:

- Den fælles akutafdeling
- Medicinsk afdeling
- Organkirurgisk afdeling
- Ortopædkirurgisk afdeling
- Anæstesi/intensiv
- Geriatri.

Hovedvægten er lagt på arbejdet i Akutafdelingen og overgangen til de øvrige fem afdelinger, der tilsammen står for modtagelsen af mere end 90 % af patienterne fra Akutafdelingen.

Der lægges i den kliniske analyse vægt på vurdering af:

- a) Efterlevelse af de interne kliniske retningslinjer
- b) Personalets kompetencer
- c) Faglig kvalitet
- d) Organiseringen af arbejdet (fx i hensigtsmæssige teams, dækning i døgnets 24 timer)
- e) Organisering af daglig klinisk kvalitetsopfølgning af patientbehandlingen og faglig udvikling.

Der er foretaget en særskilt vurdering af betydningen af en høj grad af vikardækning, ubesatte stillinger og andre relevante organisatoriske forhold såsom eksempelvis personalets anciennitet.

De to klinikere har skrevet en samlet analyse ud fra deres gennemgang på 16 A4-sider. Denne analyse er derefter skrevet sammen med den organisationsfaglige analyse til en samlet rapport.

### 1.3.3 Mors audit

Som led i den sundhedsfaglige analyse er der gennemført mors audit på 10 udvalgte kritiske cases. Det vil sige cases, hvor den kliniske håndtering er gået skævt. Der er udvalgt cases, der allerede har været lokalt auditeret. Dette har dels givet et indblik i den lokale auditeringsproces, dels givet indblik i problematiske patientforløb. Der er eksempelvis analyseret cases omhandlende:

- Hjertestop
- Død relateret til overflytning mellem afdelinger
- Død relateret til fejl diagnose
- Manglende identifikation af SIRS og Sepsis
- Manglende tilkald af MAT-team
- Insufficient opfølgning på høj BOS
- For sen speciallægevurdering
- Mangelfuld udarbejdelse af behandlingsplaner.

Sygehus Syd har tilvejebragt de 10 udvalgte cases – i samråd om udvælgelsen af cases med de to eksterne klinikere samt DSI's projektleder (og organisationsanalytiker).

Mors audit er foretaget i samarbejde mellem de to klinikere og projektets organisationsanalytiker. Klinikere identificerer kliniske afgørende svigt og vurderer i samarbejde med organisationsanalytikeren, i hvilken grad fundne problematikker handler om medarbejderkompetencer, faglig kvalitet og/eller organisering af arbejdet.

De to klinikere har derudover foretaget en gennemgang af 20 aktuelle journaler fra ugen før deres besøg.

### 1.3.4 Organisationsfaglig analyse

Den organisationsfaglige analyse har ud over af den indledende dokumentgennemgang bestået af to dele: Observation og interviews.

### 1.3.5 Observation

Sundhedsfagliges hverdagspraksis og konkrete samarbejde undersøges bedst gennem observationsstudier. Der er derfor gennemført et mindre observationsstudie med fokus på modtagelse af akutte patienter og overgange mellem Akutafdelingen og andre kliniske afdelinger. Der er observeret svarende til godt to arbejdsdage (8.-9. maj 2012). Noget af observationstiden har fundet sted i aftenvagten. Observationsstudiet er gennemført, således at to observatører har observeret simultant ved at:

- Observatør 1 primært har observeret i Akut 1 – skadebehandling og triage.
- Observatør 2 primært har observeret i Akut 2 & 3 og fulgt udvalgte patienters overgang fra Akutafdelingen til ankomst og etablering på andre kliniske afdelinger.

Den ene af disse dage blev vurderet til at være almindelig travl, den anden til at være mindre end almindelig travl. Observationerne er løbende skrevet ned i observationslogbøger. Observationerne er sammenholdt i en analyse.

Hertil har der været gennemført diverse ad hoc observationer efter behov – fx tidsmæssigt samtidigt med de to eksterne klinikeres tilstedeværelse (29.-31. maj 2012). Målet hermed har blandt andet været i slutningen af dagen at kunne sammenholde observationer med de to eksterne klinikere. Der er også gennemført ad hoc observation i forbindelse med omvisning i huset, deltagelse i møder og interviews (i perioden 3. maj-14. juni 2012).



### 1.3.6 Interviewundersøgelse

Med henblik på at undersøge de involverede sundhedsfagliges erfaringer med behandling og pleje af akutte patienter – herunder overgangen mellem Akutafdelingen og de andre kliniske afdelinger – er der gennemført en række interviews. Interviewene har som sekundært formål haft at give de interviewede en anledning til at reflektere over den daglige praksis og samarbejde omhandlende akutte patienter.

Der er i perioden 30. maj-14. juni 2012 gennemført interviews med medarbejdere og ledere i Akutafdelingen samt i de primære samarbejdende sengeafdelinger:

- Medicinsk afdeling
- Organkirurgisk afdeling
- Ortopædkirurgisk afdeling
- Anæstesi/intensiv
- Geriatrisk afdeling.

Der er endvidere gennemført interviews med sygehusledelsen og tværgående funktioner såsom portører. De fleste interviews er gennemført som gruppeinterviews. Enkelte er gennemført som individuelle interviews eller/og som telefoninterviews. Der er i alt gennemført 14 interviews af en varighed på mellem 1-2 timer. Interviewene har taget udgangspunkt i semistrukturerede interviewguides. De semistrukturerede interviewguides er udarbejdet på baggrund af indsigter fra dokumentanalysen,

den kliniske analyse samt de organisatoriske observationsstudier. Alle interviews er elektronisk optaget på voice recorder, og der er skrevet referat af hvert interview.

Følgende faggrupper har indgået i interviews:

- Sygehusledelse
- Læger (speciallæger og yngre læger)
- Sygeplejersker
- Social- og sundhedsassistenter
- Lægeseekretærer
- Portører.

Ud over interviewene er der gennemført en række informative samtaler med ledere og medarbejdere som led i såvel den kliniske som organisatoriske audit. Hertil kommer samtaler med en læge, der har mangeårig erfaring som praktiserende læge i sygehusets optageområde. Af anonymiseringsårsager skelnes der i rapporten ikke mellem citater, der er fremkommet ved gruppeinterviews, telefoninterviews eller samtaler, ligesom der anvendes brede kategorier. Eksempelvis kan (leder, Akutafdelingen) både være en souschef, ledende lægeseekretær, afdelingssygeplejerske, ledende overlæge eller oversygeplejerske. Ligesom (læge, samarbejdende afdeling) både kan være en overlæge og en yngre læge og (leder, samarbejdende afdeling) både kan være en oversygeplejerske, ledende overlæge, specialeansvarlig overlæge, afdelingssygeplejerske og en souschef.

Interviews plus samtaler med	Antal interviews	Antal samtaler	Personer i alt
Sygehusledelsen	2	3	2
Ledende overlæge og oversygeplejerske (Akutafdelingen)	1	5	2
Ledende overlæger, oversygeplejersker, afdelingssygeplejersker og souschefer (Medicinsk, kirurgisk, ortopædkirurgisk, geriatrisk & anæstesiologisk/intensiv)	2	4	17
Afdelingssygeplejersker, ledende lægeseekretær og souschefer (Akutafdelingen)	1	1	3
Akutlæger (Akutafdelingen)	1	4	3
Overlæger (Medicinsk, kirurgisk, ortopædkirurgisk, geriatrisk & anæstesiologisk/intensiv)	1		3
Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og sekretærer (Akutafdelingen)	2	6	12
Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og sekretærer (Medicinsk, kirurgisk, ortopædkirurgisk, geriatrisk & anæstesiologisk/intensiv)	1	5	10
Yngre læger	2	3	8
Portører	1		2
Bioanalytikere		2	
Praktiserende læger fra optageområdet		2	1
<b>I alt</b>	<b>14</b>	<b>35</b>	<b>63</b>

### 1.3.7 Anvendelsen af citater i rapporten

Citater anvendes i rapporten dels som dokumentation, dels som en måde at give stemme til lokale oplevelser og fortolkninger. Citaterne er udvalgt efter, at de giver et indtryk i bredere oplevelser og mønstre. Læseren bør dog være opmærksom på, at citater er talesprog nedfældet i skrift. Tale virker ofte stærkere nedfældet på skrift. I talesprog sættes ting nemlig oftere på spidsen.

### 1.3.8 Metodiske forbehold

Undersøgelsen bygger primært på data, der er fremkommet i en kort periode på Nykøbing Falster Sygehus (maj-juni 2012). Det har af ressourcemæssige årsager ikke været muligt at interviewe medarbejdere og ledere fra samtlige afdelinger i huset. Analysen har også været afhængig af, hvem der har stillet op til interviews. Bortset fra interviewene med ledere fra andre afdelinger har deltagelsesgraden blandt en række andre grupper ikke været så høj som forventet og indbudt til. I interviewet med plejepersonale og sekretærer fra andre afdelinger var der fx kun fem personer, der deltog (heraf kun to fra stamsengeafsnit). I interviewet med speciallæger fra andre afdelinger var der kun tre, der deltog. Deltagelsesgraden blandt afdelingssygeplejersker i Akutafdelingen var også lav. ■

# 2 Beskrivelse af den akutte organisering

I kapitel 2 præsenteres en beskrivelse af, hvilket organisatorisk set-up de akutte patientforløb på Nykøbing Falster Sygehus indgår i. Som nævnt i indledningen til rapporten er Nykøbing Falster Sygehus i gang med en omfattende ændring til akutsygehus med fælles akutmodtagelse. Ændringen er foregået gradvist. Akutafdelingen i sin nuværende form åbnede i maj 2011.

## 2.1 Nykøbing Falster Sygehus' optageområde

Optageområdet for Nykøbing Falster Sygehus er på ca. 120.000 indbyggere og dækker områderne Falster, Lolland, Møn og den sydlige del af Sjælland.

Der har gennem de senere år været et stigende antal indlæggelser på sygehuset fra 12.833 indlæggelser i 2009 til 14.943 indlæggelser i 2010 og igen stigende i 2011 til 16.878. Nakskov Sygehus lukkede 1. maj 2011. I 2012 ser aktiviteten ud til at have stabiliseret sig på 2011-niveau. Meraktiviteten skyldes væsentligst flere medicinske patienter.

## 2.2 Modtagelse af akutte patienter på Nykøbing Falster Sygehus

Efter omlægningen til akutsygehus og etableringen af Akutafdelingen blandt andet gennem fusion af skadestuen og det tidligere AMA (akut medicinsk modtageafdeling) modtager Akutafdelingen i dag alle akutte patienter på sygehuset – på nær fødende kvinder og børn, der skal indlægges på Børneaf-

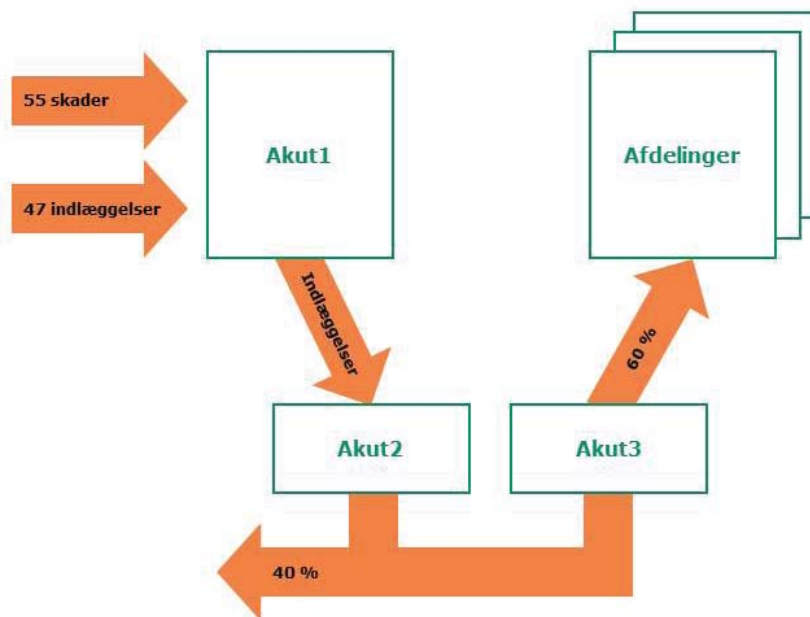
delingen. Nogle patientkategorier<sup>1</sup> køres – ofte efter at have været inde og vende eller efter kort ophold på Akutafdelingen – videre til andre sygehuse.

Akutafdelingen har 32 modtage- og observationspladser, 4-5 skadelejer, 1 traumerum med 2 lejer, 1 hjertestoprum, 1 røntgenrum samt 1 skadeklinik dækkende Nakskov.

Der er formelt et ophold i Akutafdelingen på 24-36 timer. Den gennemsnitlige liggetid er på 1,1 døgn. Der er fra slutningen af 2011 opsat overvågningsudstyr på alle pladser.

Akutafdelingens driftsbudget er i 2012 på 55.910 mio. kr. Som led i en indsats for at forbedre servicemål vedrørende epikriseudskrivning tilføres der derudover afdelingen 25 kr. per rettidig epikrise (inden for tre hverdage). Dette giver Akutafdelingen et økonomisk incitament til at færdiggøre patienter i Akutafdelingen.

Efter 1. maj 2011, hvor Akutafdelingen åbnede helt op på planlagt kapacitet og Nakskov Sygehus lukkede, steg antallet af indlæggelser med ca. 8 patienter per døgn og median belægningsprocenten fra 105 % til 116 % (2). Afdelingen har en stigende belægningsprocent, nu på 130. Akutafdelingen er dimensioneret til 35 patienter, men har i dag 47 i døgnnet, heraf 8 kirurgiske, 3 ortopædkirurgiske, 1 gynækologisk, 8 kardiologiske og 27 medicinske patienter – svarende til alle indlæggelser i specialerne medicin, kirurgi, ortopædkirurgi og gynækologi. Endvidere behandles 55 skader pr døgn.



<sup>1</sup> Det drejer sig fx om ST-elevationsinfarkt i hjertet, der køres til Rigshospitalet med nenblik på PCI, blodpropper i hjernen (dem der er egnet til trombolyse) der køres til Neurologi i Roskilde, alvorlige øre-, næse-, halstilfælde der køres til Køge, øje/mund og kæbe der køres til Næstved, enkelte neurologiske patienter der køres til Næstved, onkologiske patienter (i åbne forløb) der køres til Næstved, dialysepatienter med dialyserelaterede problemer køres til Roskilde, og transplantation køres til Rigshospitalet, diskusprolaps køres til Køge og akutte thromber i arterier køres til karkirurg i Odense.

Af de akutte patienter, der indlægges, udskrives 40 % fra Akutafdelingen. De resterende 60 % overflyttes til andre afdelinger i huset. Af de 60 % af patienterne overflyttes mere end 90 % til følgende afdelinger:

*Medicinsk Afdeling* som har 85 sengepladser fordelt på fire sengeafsnit (M100, M130, M230 og M200), et deleafsnit med kirurgisk afdeling (120) samt pladserne i Akutafdelingen (AMA som det stadig hedder i Driftsaftale 2012). De fire medicinske sengeafsnit havde i de første fem måneder af 2012 liggetider på henholdsvis 6,0, 5,1, 7,5 og 3,1 dage (de ikke-kardiologiske patienter har inden da ofte ligget 24 timer i Akutafdelingen) samt belægningsprocenter på 95, 103,1, 103,2 og 83,3<sup>2</sup>. Afdelingens budget er på 109.625 mio. kr.

*Kirurgisk Afdeling* som har 29 kirurgiske sengepladser fordelt på 2 sengeafsnit (120 og 320) plus pladserne i Akutafdelingen. De to kirurgiske sengeafsnit havde i de første fem måneder af 2012 liggetider på henholdsvis 4,1 og 4,0 dage samt belægningsprocenter på 107,2 og 98,9. Afdelingen har et budget på 67.822 mio. kr.

*Ortopædkirurgisk Afdeling* som har 34 sengepladser fordelt på 2 sengeafsnit (300 og 330) plus pladserne i Akutafdelingen. Afdelingen har ifølge Driftsaftale 2012 på grund af den økonomiske situation ikke mulighed for at ansætte det antal læger og plejepersonale, afdelingen er normeret til (3). De to ortopædkirurgiske sengeafsnit havde i de første fem måneder af 2012 liggetider på henholdsvis 3,6 og 5,4 dage samt belægningsprocenter på 77,9 og 91,2. Afdelingen har et budget på 62.442 mio. kr.

*Geriatrisk Afdeling* som har 28 sengepladser fordelt på 2 sengeafsnit (almen geriatri og apopleksi). De to geriatriske sengeafsnit havde i de første fem måneder af 2012 liggetider på henholdsvis 14,3 og 14,4 dage samt belægningsprocenter på 91,4 og 88,8. Afdelingen har et budget på 64.381 mio. kr. Afdelingen er administrativt lagt sammen med den geriatriske funktion i Næstved.

*Anæstesiologisk Afdeling* som har 9 intensivpladser og 8 opvågningspladser. Intensiv afsnittet havde i de første fem måneder af 2012 en gennemsnitlig liggetid på 5,4 dage samt en belægningsprocent på 71,3.

De resterende ca. 10 % af de akutte patienter, der overflyttes, overflyttes til Sygehusets øvrige afdelinger: Gynækologisk/Obstetriske Afdeling og Børneafdelingen.

Sygehuset har derudover følgende tværgående funktioner: Rehabiliterende Klinik, Klinisk Biokemisk Afdeling, Radiologisk Afdeling og en klinisk mikrobiologisk funktion.

Samt følgende ambulante funktioner:

Dialyseafsnit - Centerdialysen/hjemmedialyse, Øre-næse-halskirurgisk Ambulatorium, Ambulant Øjenscreening for diabetikere og Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik.

Samt følgende serviceafdelinger:

Drift- og serviceafdeling og Medicoteknisk Afdeling.

## 2.3 Organisering af Akutafdelingen

Akutafdelingen er en selvstændig afdeling. Akutafdelingen ligger på en lang gang, der er opdelt i tre delafsnit: Akut 1, der har skadestuedelen, triagering og traumebehandling, Akut 2, der har modtagelse og ophold overvejende for kirurgiske, ortopædkirurgiske, kardiologiske og de røde og orange patienter (mest dårlige) med 8 x 2 sengestuer/pladser og Akut 3, der overvejende modtager øvrige medicinske patienter med 8 x 2 sengepladser.

### 2.3.1 Læger

I begyndelsen var Akutafdelingen dimensioneret til otte akutlæger. Dette blev ændret 2010, da Akutafdelingen blev beskåret økonomisk. Der er i dag ansat 3 speciallæger som akutlæger i afdelingen (eksklusiv ledende overlæge) med normering til 3. Kun én af disse er næsten akut-fagområde specialist og fuldtidsansat i afdelingen uden særlige administrative ansvarsområder, mens den anden kun er 40 % i afdelingen, og den tredje er udfordret af højt fravær. Der er derfor vikardækning svarende til 5 hverdage per måned på akutlægesiden.

Planen var, at akutlægenes arbejde skulle se således ud:

- 1 ind-læge kl. 8-18, mandag-fredag (røde/orangepatienter, flowproblemer)
- 1 ud-læge kl. 8-15.30 mandag-fredag, arbejder overvejende i Akut2 og Akut3

For tiden er der dog kun 1 ind-læge – og kun i tidsrummet kl. 8-15.30 på hverdage.

Øvrige læger kommer fra stamafdelingerne – inklusiv KBU-læger, medicinstuderende og andre uddannelsessøgende læger fx i blokforløb. De yngre læger, der arbejder i Akutafdelingen, er der max i seks måneder. Kontinuiteten i samarbejdet med de yngre læger er således lav. Ifølge Akutafdelingens opgørelser har der alene i sidste kvartal af 2011 været 150 forskellige læger igennem Akutafdelingen.

Kun på det medicinske område er der læger på bagvagnsniveau fast tilstede i dagtiden (gennemgangslæger).

### 2.3.2 Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter

Der er 90 ansatte i plejegruppen i Akutafdelingen. Fordelingen heraf er: 2/3 sygeplejersker og 1/3 social- og sundhedsassistenter. Der er i dag 10 stillinger mindre i plejegruppen, end da Akutafdelingen åbnede. Afgang af personale har pri-

2 Disse 83,3 % skal ses i sammenhæng med kirurgisk afdelings 107,2 %, da der som nævnt er tale om et deleafsnit.

mært været blandt de medarbejdere, der blev tilført ved fusion i maj 2011, ændret organisering eller personale der har ønsket mindre vagtbelastning.

Arbejdsopgaverne fordeles på tre separate arbejdske-maer, hvor der ikke er overlap:

#### Akut1

- 1 døgndækkende triagesygeplejerske
- 1 døgndækkende skadestuesygeplejerske
- 1 skadestue2 sygeplejerske kl. 7-23 (Delvist dækket af en social- og sundhedsassistent)
- 1 behandlersygeplejerske kl. 14-22.

Opgavebeskrivelse for triagesygeplejersken er under udarbejdelse.

#### Akut2

- 5 dagvagt
- 5 aftenvagt
- 3 nattevagt

#### Akut3

- 5 dagvagt
- 5 aftenvagt
- 3 nattevagt
- 1 visitationssygeplejerske kl. 7-23 (flyttes til skadeklinikken i Nakskov fra kl. 14-22).

#### 2.3.3 Sekretærer

- 16 sekretærer fordelt på:
- 4-5 dagvagt
- 3 aftenvagt
- 1 nattevagt

#### 2.3.4 Portører

Der er ingen faste portører i Akutafdelingen. Portørerne tilkaldes fra portørcentralen/huset. Portørerne har opgaver i Akutafdelingen relateret til modtagelse af traumepatienter (der deltager altid to portører til denne opgave). Portørerne transporterer hjertestartere og narkosetasken i huset. Portørerne forestår derudover patienttransporter i forbindelse med overflytninger mellem afdelinger, transport til og fra undersøgelser og operation.

#### 2.3.5 Den koordinerende sygeplejerske

I dag- og aftenvagten er der en koordinerende sygeplejerske, som fysisk er placeret i sygeplejekontoret i Akut2. Funktionen passes skiftevis af forskellige erfarne sygeplejersker og af sygeplejersker med tilhørsforhold til henholdsvis Akut1, 2 og 3.

## Koordinerende sygeplejerskes opgaver

#### Opgaver i forbindelse med visitation af patienter

Den koordinerende sygeplejerske skal (4):

- Visitere internt ud fra oplysninger fra triagesygeplejerske og henvisning/melding fra Falck – overblikket skabes via de elektroniske tavler med hensyn til symptom, evt. diagnose og anamnese, meldetidspunkt og ankomsttid.
- Være på forkant med forventede patienter; fx kørsel 1 og 2, antal pladser, behov for enestue.
- Visitere patienten til primære team i afsnit 2 og 3. Der forudsættes kendskab til det enkelte teams aktuelle tyngde og ressourcer.
- Ved stort indtag af patienter prioriteres, således at modtagelse og journaloptagelse tilstræbes at foregå på stue.
- Visitation til Traumestue og Medicinsk akutstue foretages af triagesygeplejersken, som sideløbende orienterer den koordinerende sygeplejerske.
- Udvisitere patienter i samarbejde med akutlæge/bagvagt til stamafdelingerne, så flowet i afsnittene tillader at modtage akutte patienter.
- Den koordinerende sygeplejerske melder til kirurgisk, ortopædkirurgisk og medicinsk visiterende sygeplejerske og modtager besked om afsnit.

#### Opgaver i forbindelse med modtagelse af patient

- Tildeler patienten et afsnit i forhold til patientens symptom/problem, tilstand, personalets ressourcer og kompetencer.
- Informerer tildelt primære team om den nye patient via overblikstavlen og med et forventet ankomsttidspunkt.
- Primære team informeres af den koordinerende sygeplejerske om alle orange og isolationspatienters ankomst.

#### 2.3.6 Ledelse af Akutafdelingen

Afdelingsledelsen for Akutafdelingen består af en ledende overlæge og oversygeplejerske, der refererer til direktionen.

Der er under afdelingsledelsen ansat 2 afdelingssygeplejersker, 1 for Akut1 og 1 for Akut2 + 3, som hver har halvtids souschef. Der er derudover en ledende lægesekretær. Ledelsen har en fuldtids ledelseskonsulent og en klinisk udviklingssygeplejerske til ledelsessupport.

Den koordinerende sygeplejerske er ansvarshavende sygeplejerske i Akutafdelingen, hvis afdelingssygeplejerskerne/souscheferne ikke er til stede.

Der er ikke øvrige sygeplejersker med særligt ansvar udover nøglepersoner inden for fx forflytning, hygiejne og ernæring. Afdelingens øvrige speciallæger indgår ikke i ledelsen.

Afdelingsledelsens, akutlægenes og udviklingssygeplejerskens kontorer ligger ikke i Akutafdelingen, men i administrationsbygningen. ■

# 3 Den faglige kvalitet i de akutte forløb

I kapitel 3 foretages der en beskrivelse og vurdering af kvaliteten i de akutte patientforløb på Nykøbing Falster Sygehus ud fra såvel den kliniske og organisatoriske audit, interviewundersøgelsen samt dokumentgennemgangen.

## 3.1 Den overordnede vurdering af faglig kvalitet af de akutte patientforløb

Sygehuset har en fyldestgørende klinisk retningslinje, "Akut patientforløb" dokument nr. 267599, der tydeligt beskriver det ønskede forløb for den akutte patient fra præhospital kontakt til modtagelse og endelig udskrivelse/afslutning af forløb i Akutafdelingen. Samtidig har sygehuset taget mange af principperne fra "Projekt Patientsikkert Sygehus" ind i organisationen. Her tænkes specielt på Early Warning Score i form af BOS-score, MAT-kald og tidlig sepsisopsporing. Der anvendes triage. Der er også beskrevet et kompetenceudviklingsprogram/en kompetenceprofil for sygeplejerskerne, som dog ikke er alment kendt i plejegruppen.

De eksterne klinikere vurderer, at patienten i mange forløb får den behandling og de ydelser, der er hensigtsmæssige, men samtidig opleves det også, at der ofte ikke reageres adækvat på fx BOS-score, og at der ikke kaldes MAT i situationer, hvor dette kunne have været gavnligt for patienten. Dette blev identificeret ved audit af 20 journaler på patienter indlagt i ugen op til den kliniske audit samt ved mors auditten. Dette faktum er endvidere tidligere beskrevet i Audit med 3 samarbejdende kommuner og Nykøbing Falster Sygehus fra januar 2012.

Den overordnede vurdering fra de eksterne klinikere er, at de fleste patienter får hele behandlings- og undersøgelsespakken. Dette vurderes dog som overbehandling i flere tilfælde og kommer til at tage ressourcer og opmærksomhed fra de sværest syge patienter. Det kunne være hensigtsmæssigt med flere observationspladser i Akutafdelingen, hvor patienterne ikke var indlagt, og samtidig kunne det være gavnligt med alternativer til indlæggelser i form af flere muligheder for akut ambulante forløb specielt inden for det medicinske område. Der er generelt en meget høj belægningsprocent på sygehuset, og denne kunne mindskes ved alternative tiltag. Samtidig vurderes det som kritisk for kvaliteten i Akutafdelingen, at der ofte er overbelægning her. Det var ikke tydeligt, at der var gode samarbejdsaftaler med kommunerne, og de kommunale tilbud/alternativer syntes få.

Overordnet er der internt på sygehuset lavet mange tiltag og aftaler for at højne den faglige kvalitet for patienterne, men der mangler tilstrækkeligt gennemslag af disse ud i yderste led. Hvis dette lykkes, er det de eksterne klinikeres vurdering, at indlæggelsestiden ville forkortes, og HSMR vil falde. De eksterne klinikere vurderer dog, at der bør laves flere samarbejdsaftaler Akutafdelingen og stamafdelingerne imellem for at mindske belægningsprocenten og skabe mere hensigtsmæssige patientforløb.

### 3.1.1 Kliniske instrukser og retningslinjer

Da Nykøbing Falster Sygehus for nylig er akkrediteret uden bemærkning, har de eksterne klinikere ikke fundet det nødvendigt at fokusere på kliniske retningslinjer under auditten, da dette er gjort i forbindelse med akkrediteringen. Personalet henviste dog ved forespørgsel til meget overordnede dokumenter i D4. Det fremgik ved observationsstudierne, at der herskede usikkerhed om fortolkning af procedurerne for isolation ved diarrépatienter. Det fremgik af Sygehus Syds kerneårsagsanalyser, at der mangler retningslinjer for, hvordan flere samtidige indlæggelser håndteres (5).

### 3.1.2 Journalgennemgang ved de eksterne klinikere

Der blev gennemgået 20 indlæggelsesjournaler, alle på patienter indlagt i ugen op til den kliniske audit. Der bruges en standard akutjournal som indlæggelsesjournal, som virker enkel og overskuelig, og hvor alle relevante områder gennemgås. Sygeplejedokumentationen vurderes som værende relevant, men der anes ikke en ensartet systematik. Alle patienters vitalparametre måles (BOS-score), men disse dokumenteres ikke systematisk i journalen. Disse dokumenteres på et papirark, der følger patienten. Det bevirker, at der ikke er et enkelt overblik i journalen over patientens udvikling i BOS-score.

Ud af 20 patienter var 35 % fortsat indlagt 7 dage efter indlæggelsen, hvilket vurderes at være et meget højt antal. Langt de fleste af disse var medicinske patienter. 20 % af patienterne var genindlæggelser inden for 4 uger, hvilket også vurderes at være et højt antal med forbehold for stikprøvens beskedne størrelse.

### 3.1.3 Mors audit ved de eksterne klinikere

Der er gennemgået 10 mors-journaler. Overordnet er indtrykket, at der er en god faglig kvalitet. Det er vurderingen, at ingen af de 10 dødsfald kunne have været undgået, da der var tale om svært syge patienter, men i enkelte tilfælde kunne forløbet have været håndteret mere hensigtsmæssigt, hvis der havde været færre overgange. Der har også været enkelte tilfælde i flere af journalerne, hvor den sygeplejefaglige kvalitet virker tvivlsom. Det har tydet på, at der har været en meget uerfaren sygeplejerske, der har haft patientansvaret – eller en social- og sundhedsassistent, men det kan ikke ses af notaterne, hvilken faggruppe der er tale om. Det er især et problem, at der ikke har været handlet adækvat på ændringer i vitale parametre. Det kunne tyde på en ikke klar forståelse af udvikling i vitale parametre.

Flere steder kunne MAT med fordel have været kaldt. I flere journaler er der kaldt MAT helt relevant og meget effektivt. Dog er der i 3 journaler tydelige problemer i overgangene, og en af patienterne havde 6 overgange til forskellige afdelinger i løbet af 8 dage. Overgangsproblematikken gav sig udtryk i forsinkelse af behandling og uklarhed om planen fra den ene afdeling til den anden. Det virker ikke logisk, at en patient, der har derangede elektrolytter på Geriatrisk afdeling, skal over-

flyttes til Medicinsk afdeling for optimering. Slet ikke når der er tale om en svært syg og kompleks patient.

### 3.1.4 Mors audit ved Kvalitetsenheden

Kvalitetsenheden ved Sygehus Syd gennemførte i efteråret 2011 en HSMR-relateret mors audit med gennemgang af 111 patientforløb (2). I 31 journaler ud af de 111 (ca. 28 %) fremgik det, at patienten ikke skulle have livsforlængende og livredende behandling. Der var således 80 journaler med i den endelige analyse. Denne audit viste, at MAT-kald kun blev brugt i 22 % af de tilfælde, hvor der var tale om en kritisk forværring, der burde have udløst MAT-kald. Auditten konkluderer, at der bør ske forbedringer i forhold til korrekt reaktion på patienternes scorede værdi.

Angående sepsis var der ved 35 % af tilfældene ikke dokumentation for, at korrekt behandling blev iværksat.

Kun i 38 % af forløbene havde bagvagten foretaget en gennemgang inden for seks timer. I 17 forløb gik der mere end et døgn, inden bagvagten foretog en gennemgang, heraf 12 forløb (15 %) hvor der gik mere end to døgn (eller der ikke var tegn på, at gennemgangen blev foretaget).

Ud af de 80 auditerede journaler var vurderingen, at ca. 94 % blev behandlet efter "best practice". Vurderingen var, at der var forløb, hvor tilstedeværelsen af en mere erfaren læge kunne have gjort en forskel.

Hvad angår kodning blev det vurderet, at 76 % af aktionsdiagnoserne var korrekte. I 44 % af forløbene var alle relevante koder registreret. Der manglede operationskoder i 10 % af tilfældene, og i 46 % manglede der bidiagnoser.

## 3.2 Den akutte modtagelse af patienter på Nykøbing Falster Sygehus

Der indlægges ca. 47 patienter pr. dag i Akutafdelingen. Andelen af medicinske patienter, der indlægges på hospitalet, vurderes at være relativt højt i forhold til befolkningsunderlagets størrelse (ca. 120.000). De forskellige indsamlede data giver anledning til forskellige antagelser herom:

A) Der er tale om en befolkning, der generelt er sygere end andre borgere i landet. Dette var en udbredt oplevelse under interviewene. Også blandt de yngre læger, der har arbejdet på flere forskellige sygehuse rundt om i landet, er vurderingen, at den sociale profil er markant dårligere her. Det betyder blandt andet noget for, hvor syge folk er, og hvor svært det er at sende dem tilbage til sekundærsektoren eller hjemmet. At befolkningen har en tungere sygdomsprofil samt en mere belastet social profil understøttes af Region Sjællands undersøgelse af sundhedsprofiler. Særlig Lolland stikker i Region Sjællands opgørelser ud som den kommune med flest borgere uden uddannelse og flest borgere (33 %) under 65 år uden uddannelses- eller erhvervsmæssig tilknytning og med lavest gennemsnitlig indkomst. Men også Guldborgsund og Vordingborg er placeret i den laveste kommunesocialgruppe (6).

- B) Der er tradition for at anvende indlæggelser på sygehuset til vurdering af patienter (i stedet for ambulant aktivitet), til aflastning (fordi det kommunale sundhedsvæsen/familierne er pressede). "Nogle indlæggelser kunne nok også have været klaret på en anden måde, men vi er en hurtig og bekvem løsning." (Akutlæge)
- C) Lægevagten bemannes ofte af relativt unge læger. Disse har ifølge de interviewede en tendens til at indlægge flere.
- D) Der er ikke en klinisk visitation ved sygehusets indgang, der kan vende patienter i døren (funktionen varetages af sekretær).
- E) Der mangler speciallægeressourcer i huset, der potentielt kunne have givet en hurtigere vurdering af patienterne.
- F) Akutlægerne anvendes primært til andre funktioner end at sortere indkommende patienter. (Organisering af akutlægenes arbejde behandles i kapitel 4).

De mange indlæggelser giver, som forrige kapitel viste, overbelastning og udgør ifølge flere interviewede dermed en udfordring for kvaliteten, fordi bemanningen og faciliteterne ikke er gearede til at tage imod de ekstra patienter. I de følgende afsnit vil vi se på, hvordan de akutte patienter modtages, triages og "rejses" gennem sygehuset.

### 3.2.1 Den akutte patients visitation, modtagelse og triagering

Indlæggelser sker via vagtlæge eller egen læge, som tager telefonisk kontakt til visitator (sekretær), der indlægger, hvis egen læge eller vagtlægen ønsker dette. Visitator har i princippet mulighed for at foreslå en subakut henvendelse til medicinsk eller kirurgisk ambulant forløb – herunder daghospital, men dette udnyttes næsten ikke.

Patienterne ankommer gående til reception og venteværelse i den nybyggede Akutafdeling, hvor registrering foretages. Her er venteområde både for indlæggelser, skadestuepatienter og vagtlæge. Vagtlægens konsultation foregår umiddelbart indenfor venteområdet som første rum af skaderummene. Der er intet formelt samarbejde mellem lægevagten og Akutafdelingen. I praksis efterspørges nogle enkelte ydelser fra vagtlægens side.

Ved skadestuepatienterne sker der først en "spot triage", som foretages af sekretæren, der registrerer de patienter, der selv henvender sig ved lugen i venteværelset, efter at de har talt med en behandlersygeplejerske i telefonen først. Denne triage er ikke formaliseret og hviler alene på pågældende sekretærs vurdering af patienten. Det formelle mål er, at sundhedsfaglig behandling skal være påbegyndt inden 60 minutter for skadespatienter (7).

De liggende patienter transporteres til samme modtageområde via en lukket ambulanceport med umiddelbar adgang til traumestue og rød stue.

Den visiterende sekretær registrerer patienten på den elektroniske oversigtstavle som meldt og bringer den elektroniske henvisning videre til triagesygeplejersken.

Patienten "spot"-triageres umiddelbart inden for en matteret glasdør af en triagesygeplejerske enten i venteværelset eller på gangen ud for ambulanceindgangen. Der er ikke et særligt område til dette. De liggende patienter triageres samme sted, før de køres ned til Akut2 eller Akut3 til indlæggelse. Triagen følger den nationale model suppleret med diagnoseliste. Det blev observeret, at triagen stort set blev anvendt som et klinisk værktøj til bedømmelse af acuity (hastegrad), men flere vedgik, at de lagde en subjektiv vurdering ind over, hvis de mente, en patient burde have en hurtigere eller langsommere service, end den objektive triagegrad tilbød. Hvis de BOS-værdier, Falck har målt, er mindre end 10 minutter gamle, er det ikke altid, at triagesygeplejersken måler dem selv.

Modtagelsen af indlæggelser i øvrigt sker på stuerne i Akut2 og Akut3, og patienten forbliver på denne stue indtil udskrivelse eller overflytning. Det blev ikke tydeligt under audit, om Akut2 og 3 modtog patienterne efter de samme principper, men det virkede ikke sådan (selvom de formelt har retningslinjer og actioncard).

Akut2 og Akut3 har hver sine kontorer med de elektroniske oversigtstavler (IMATIS). Det er den koordinerende sygeplejerske, der styrer flowet ud af afdelingen.

### 3.2.2 Igangsættelse af behandling

Patienterne tilses af en akutlæge på hverdage i tidsrummet kl. 8-15.30, såfremt der er tale om rød/orange patient, nogle gange sammen med en ung læge fra specialet, men langt fra altid. Akutlægen skriver et kortere notat, men optager ikke journal.

Ifølge afdelingens retningslinjer skal den røde patient modtages direkte på stuen af relevant team. Den orange patient skal tilses inden 5 minutter af primærsygeplejerske, indenfor 15-30 minutter af primær læge og af akutlæge/erfaren læge indenfor 30 minutter med henblik på primær/akut behandlingsplan og/eller supervision af yngre læge fra primære team (7). Øvrige patientgrupper ses af en forvagt, der optager journal fra Organkirurgisk, Medicinsk eller Ortopædkirurgisk afdeling.

Ifølge afdelingens retningslinjer skal den gule patient tilses inden 30 minutter af primære sygeplejerske og indenfor 2 timer af den primære læge, mens den grønne patient skal tilses inden 2 timer af sygeplejerske og inden for 4 timer af læge (7).

### 3.2.3 Medicinsk spor

Der indlægges mange medicinske patienter i forhold til optageområdet størrelse. Selv med korrektion for demografiske og socioøkonomiske særlige udfordringer virker antallet af indlæggelser højt. Det bemærkes, at det er opgivet, at genindlæggelsesfrekvensen er omkring 20 % for de 65+ årige, hvilket bekræftes ved gennemgang af 20 aktuelle journaler.

Mange af de interviewede bemærker, at en stor del af patienterne indlægges med problemstillinger, der kan karakteriseres som *causa socialis*. De kommer ind og er dehydrerede, obstiperede og afkræftede. Mange af dem kunne ifølge de interviewede have været håndteret i hjemmeplejen eller på plejehjemmet.

*"Nogle gange har man oplevelsen af, at de skal ind over sygehuset for at få en aflastningsplads." (Leder, Akutafdelingen)*

*"Det, der er værre end dehydratio, er obs dehydratio. Engang imellem står lægevagten derude og må bare finde på noget! Eller hvorfor skal en ældre dame indlægges kl. 3 om natten med obstipation?" (Læge, samarbejdende afdeling)*

Der er også en række patienter, der i dag indlægges, som med fordel kunne have fået et tilbud om en subakut ambulansetid.

Medicinske patienter indlægges af forvagter, evt. af en mellemvagt. Der er i perioden kl. 8-21 fire forvagter, herefter to forvagter som næsten udelukkende har indlæggelsesopgaven. Forvagterne skønner selv, at en journaloptagelse og skrivning tager 1½ time i gennemsnit per patient. Indlæggelsesjournalen baseres på en akutskabelon med museklik og skrivning på PC, endnu ikke ved diktering eller talegenkendelse. Indlæggende læger spørger koordinerende sygeplejerske, hvilken patient de skal tage, men orienterer sig ikke aktivt på tavlerne eller skriver sig på.

Når journalen er optaget, tilses patienterne frem til næste dag af sygeplejerskerne. Der er ikke en formaliseret aftale om, hvem der følger op på patienternes blodprøveresultater eller radiologiske undersøgelser. I praksis sker det via sygeplejerskerne eller den journalskrivende læges egen opfølgning, hvis denne har tid hertil. De medicinske bagvagter ses stort set ikke i Akutafdelingen, idet de er optaget af arbejde på henholdsvis Intensivafdelingen og de medicinske afdelinger, særligt kardiologisk afsnit hvortil op til en tredjedel af de akutte patienter overflyttes efter journaloptagelsen og senere udskrives fra – også i vagttiden.

Patienter med brystmerter overflyttes altså umiddelbart efter indlæggelsen til kardiologisk afsnit. Mange af disse patienter kan udskrives efter få timer, og de færreste vil have et AMI (akut myokardieinfarkt). Samtidig vil en del af disse patienter fejle andet, som bedst kan håndteres i et andet medicinsk regi eller andet speciale. Da disse patienter samtidig binder den medicinske bagvagt et helt andet sted i huset, end hvor de øvrige medicinske læger og akutte patienter er, vurderes det at være en u hensigtsmæssig arbejdsgang.

Forvagterne har i princippet altid mulighed for at komme telefonisk i kontakt med en bagvagt. Der er også medicinske mellemvagter, men ikke nok til at udfylde et helt vagtlag. Den medicinske bagvagt er i tilstedeværelsesvagt indtil kl. 24. Resten af natten er bagvagten på tilkald. Det opleves som meget svingende, om det reelt er muligt for forvagterne at få fat i deres bagvagt efter kl. 22-23.

*"Det kræver overtalelse. Det er et nederlag at ringe til "en ven". Nogle gange må jeg sige, at enten ringer du, eller også ringer jeg. Særligt om natten ringer de ikke gerne til deres bagvagt. De håber på, at det går. Det er ikke altid patientens tarv." (Personale, Akutafdelingen)*

Se mere om dette tema i næste kapitel.



Der foretages i praksis ikke gennemgang eller lægges planer for medicinske patienter ved en erfaren læge for patienter, som er ankommet efter kl. 13, før næste formiddag/eftermiddag. Der ligger altså kronisk hver formiddag mange medicinske patienter i Akutafdelingen og afventer gennemgang. Dette hæmmer flow og giver staseproblemer. Konsekvensen er blandt andet, at der kan gå lang tid, før der lægges en plan for de mindre syge. Ifølge nogle af de interviewede er der sket et skred i, hvor mange der venter på gennemgang, det sidste 1,5 år til det værre.

Der er stuegang/gennemgang af patienterne ved to erfarne medicinske læger (evt. speciallæger i intern medicin), som i princippet er til stede kl. 8-18 på hverdage og skal tilse mellem 16-20 patienter, foretage gennemgang eller udskrivelser. Som regel går dette arbejde først i gang senere på morgenen/formiddagen. Tre læger skiftes til denne opgave. Det var indtrykket, dels at der var travlt, dels at der var betydelige udsving i produktionen mellem gennemgangslægerne. Der er endvidere tilsyn af geriatrisk speciallæge på udvalgte patienter. Der er ikke nogen plan for, i hvilken rækkefølge stuegangen skal foregå – det foregår i løbende dialog mellem teamleder og lægerne ud fra BOS-værdier, og hvem man kan sende hjem. Det prioriteres, at de først kigger på de patienter, der sandsynligvis kan sendes hjem frem for op i huset.

Da gennemgang ved speciallæge er en flaskehals, flyttes der ind imellem patienter op i huset, som ikke har fået gennemgang. Oppe på de medicinske afdelinger er der dog heller ikke nødvendigvis daglig stuegang ved speciallæge, hvorfor patienter kan blive udskrevet uden speciallægegennemgang.

Den manglende lægelige opfølgning på akutte medicinske indlæggelser er i dag en udfordring. Når akutte medicinske patienter kun ses af den mest uerfarne læge, og der ikke er etableret en sikker opfølgning på prøvesvar og radiologiske svar eller observation, er der en betydelig risiko for både at overse potentielle risikopatienter, men også for overforbrug af ressourcer. Det vurderes, at uhensigtsmæssige patientforløb og eventuelle disciplinærævnsager vil kunne tildele de helt unge læger et betydeligt ansvar, men også rette kritik mod organisationen af håndteringen af den akutte patient og de ansvarlige herfor.

Der er kun få patientforløbsbeskrivelser, som sikrer en ensartet kvalitet i behandlingen af den medicinske patient i Akutafdelingen (AKS, apopleksi). Nogle af de interviewede fra Medicinsk afdeling efterspørger et højere fagligt niveau inden for det medicinske område blandt plejepersonalet i Akutafdelingen.

Det var indtrykket, at der er et meget beskedent samarbejde mellem læger og sygeplejersker omkring den medicinske patient. Man sidder i forskellige rum, der er ingen sikker mundtlig overlevering af oplysninger og ikke stor anvendelse af hinandens kompetencer. Der er ligeledes et meget beskedent samarbejde mellem speciallæger og yngre læger, hvor speciallægerne går stuegang og yngre læger indlægger. Der er også et meget beskedent samarbejde mellem plejepersonalet i Akut2 og Akut3, der begge har medicinske patienter indlagt.

### 3.2.4 Organkirurgisk spor

For organkirurgiske patienters vedkommende kontaktes bagvagten, når blodprøvesvar foreligger, og journalen er skrevet. I en del tilfælde ses patienten af forvagten sammen med kirurgisk bagvagt, som lægger en plan. Der lægges således planer for de fleste organkirurgiske patienter løbende. Den organkirurgiske bagvagt er i tilstedeværelsesvagt i huset om aftenen/natten.

De organkirurgiske patienter, som skal opereres i vagten, bliver opereret, idet der ikke angives at være væsentlige begrænsninger i operationslejekapacitet. En del af de opererede patienter flyttes tilbage til Akutafdelingen, hvis de efter operation kan udskrives inden for 24-36 timer, resten udskrives fra de kirurgiske stamafdelinger.

Der opstår ifølge de interviewede ind imellem uklarhed og diskussioner om, hvorvidt de opererede patienter kan komme tilbage til Akutafdelingen (Akut2), ligesom samarbejdet mellem plejepersonalet på Akutafdelingen og de kirurgiske læger er præget af udfordringer relateret til forskellige forventninger om, hvorvidt plejepersonalet bør være mere inde i kirurgisk sygepleje samt arbejdsdeling relateret til, hvem der bestiller prøver og undersøgelser.

### 3.2.5 Ortopædkirurgisk spor

For de ortopædkirurgiske patienters vedkommende indlægges disse langt overvejende fra skadestuen via skadeforvagten og tilses af ortopædkirurgiske speciallæger ved behov. Særligt for lårbensbrud-patienterne gælder, at de flyttes fra skadestuen til Røntgenafdelingen, til Akut2 og efter journaloptagelse til Ortopædkirurgisk sengeafdeling. Journaloptag foretages elektronisk. Skadesnotater foretages ved diktering på bånd og skrives efterfølgende af en sekretær. En kilde til frustration blandt forvagterne er, at lyd kvaliteten ofte er dårlig på båndene, at lyden nogle gange er blevet helt væk, eller at sekretæren ændrer i det dikterede fx ved at forkorte navne på specialister, den yngre læge havde talt med.

Den ortopædkirurgiske speciallæge har ikke sin daglige gang i skadestuen eller den øvrige del af Akutafdelingen. Det er forskelligt, hvorvidt de kigger derned. I Akut2 tilser de ortopædkirurgiske bagvagter præoperativt samt i Akut2 og 3 med henblik på overflytning til intensiv. Den ortopædkirurgiske bagvagt er i tilstedeværelsesvagt i huset om aftenen/natten. Det beskrives ved interviewene som svingende, hvorvidt den ortopædkirurgiske forvagt kan ringe til sin bagvagt om aftenen/natten uden at blive bebrejdet herfor. Det beskrives også, at bagvagten kan være bundet op af en operation uden mulighed for at komme tilstede.

Der er en klassisk fordelingskurve over skaderne med stigning omkring kl. 11 og frem til kl. 22. Sporet betjenes af ortopædkirurgiske forvagter og en skadesygeplejerske, assisteret af en skadesygeplejerske/skadesocial- og sundhedsassistent. Den ortopædkirurgiske forvagt kommer til skadestuen omkring kl. 9, men forsinkes især på mandage af en stor radiologisk skadekonference. Det er denne forvagts opgave at indkalde patienter, der skal følges op på efter skadekonferencen

sideløbende med skadearbejdet. Indkaldelsesarbejdet kan tage 1-2 timer. Fra kl. 12-17 er der to læger på skadesporet, fra kl. 17-18 tre og herefter en læge. Der er mindst ni læger i rullet, som dækker skadestuen, og de har efter egen vurdering højst tre vagter pr. måned.

Personalet finder betydelige staseproblemer om eftermiddagen og aftenen, som forværres ved traume eller røde patienter, da begge plejepersonaler går til disse, og skadesporet standses på grund af manglende sygeplejekapacitet. Det sker cirka en gang dagligt. Skadesporet stopper også, hvis der er en indlæggelse, som skadevagten skal bruge tid på. Hertil kommer manglende lægekapacitet sent på formiddagen og efter kl. 18. Flaskehalse opstår også på grund af manglende rum efter kl. 16 (hvor lægevagten anvender et af rummene). Der er fem lejer til rådighed i dagtid, fire efter vagtlægens ankomst. Man bruger i praksis ikke traumerummet som skadestue, selv om der findes et skadeleje. Hvis der kommer en indlæggelse, spærres 1-2 lejer, hvilket også er en flaskehals.

Vi observerede mange patienter i venteværelset i tidsrummet eftermiddag/aften, men også at skadesporet kørte ganske effektivt med et godt samarbejde mellem læge og sygeplejersker. Ind imellem dog også med småkonflikter mellem sygeplejersker og den yngre læge om beslutningskompetence (eksempelvis relateret til medicinordination og hjemsendelse af patient med smerter). Det blev også observeret, at plejepersonalet ikke altid taler respektfuldt til eller om de yngre læger.

Alle skadesygeplejersker er behandleruddannet, men der er ofte en social- og sundhedsassistent på holdet, som ikke er behandler. Sygeplejersker og læger vurderer, at sygeplejerskerne kunne behandle 30 % af patienterne selv, men i praksis behandler de kun 5 %.

Sygeplejerskerne dækker skadeklinikken i Nakskov, hvor der kommer mellem 0-5 patienter i tidsrummet kl. 14-22 (weekend kl. 10-20). For at udnytte denne vagt bedre, er akut-skadetelefonen lagt ud til Nakskov i en periode af dagen.

Som på det medicinske område bemærker de interviewede, at en del af de patienter, der bliver indlagt, burde have været håndteret i det kommunale system – fx patienter til mobilisering og smertebehandling (gamle kroniske smerter). Der er en tendens til, at de ældre indlægges i weekenden og på helligdage, når deres pårørende kommer på besøg. Der er også ifølge de interviewede en tendens til, at de pårørende på denne vis håber på, at de kan opnå en aflastningsplads.

I skadestuen kommer der også patienter med skader, der er mere end 24 timer gamle, eller som er sendt af deres praktiserende læge for at få en ambulans konsultation, *“en second opinion”* eller som kan anses for meget små skader. *“Hvad man ikke får kørt ind af småskader er ikke småting.” (Læge, samarbejdende afdeling)*

Det fremgik ved observationsstudierne, at de yngre læger ikke altid har overskud til kvalitetspræget dialog med patienterne (til at lytte, opføre sig empatisk og informere om hvad der sker i stedet for bare at vende ryggen til og gå).

### 3.3 Traume og MAT-kald

Der er etableret traumekald til modtagelse af traumepatienter. Traumelederen er den ortopædkirurgiske bagvagt eller forvagt. Kaldet vurderes overordnet at være velfungerende. Ved såvel traumekald som ved røde patienter kommer lægerne hurtigt tilstede. Dog vurderer nogle af de interviewede, at de yngre læger ikke i tilstrækkelig grad kender retningslinjerne, samt at de ikke altid er stærke i deres prioritering af, hvad der skal ske først. En anden udfordring er, at der jævnligt mangler anæstesiologisk udstyr på traumestuen, fordi nogle har brugt det andetsteds.

Der er etableret Mobil Akut Team (MAT-kald) til patienter, der får truende ændringer i deres vitalparametre. MAT er velbeskrevet og implementeret, men det vurderes, at udnyttelsesgraden er lav. De fleste MAT-kald finder sted aften, nat og i weekenderne.

De interviewede har flere forklaringer herpå. Nogle mener ikke, at der er behov for MAT-kald i dagarbejdstiden, hvor akutlægerne er der. Andre mener, at det godt kan blive et forsinkende led, da der ofte går 15 minutter, før MAT kommer. Endelig er det holdningen, at MAT ofte anvendes ved utilfredshed/utryghed ved kompetenceniveauet hos en uerfaren forvagt, når det er svært at få den yngre læge til at ringe til sin bagvagt, når det ikke er til at få fat i en læge eller som løftestang i forhold til mulig overflytning til intensiv afsnit. Interviewede blandt plejegruppen i Akutafdelingen vurderer også, at de reelt ofte *“venter før vi er så langt ude, at der reelt er brug for en intensiv plads”*.

På stamafdelingerne bruges MAT kald ifølge de interviewede ofte, når det ikke er til at få fat i en læge.

Hvad angår hjertestop har nogle afdelinger såsom Akutafdelingen en knap, de kan trykke på. Andre skal ringe via omstillingen. Defibrillatorer (hjertestartere) findes i huset i Akut1, Intensiv, Anæstesiafdelingen og i Medicinsk Hjerterafsnit 200.

### 3.4 Overflytning fra Akutafdelingen

Ifølge Akutafdelingens retningslinjer for akutte patientforløb skal røde og (orange) triagerede patienter ledsages til sengeafsnit af en fra det primære team (auditørerne observerede ingen sådanne overflytninger med ledsagelse). Øvrige patienter meldes blot telefonisk. Patienterne flyttes op i husets øvrige afdelinger på følgende måder:

#### 3.4.1 Medicinske patienter

Patienter med brystsmerter (både patienter med høj og lav risiko for AKS) overflyttes umiddelbart efter modtagelsen til kardiologisk afsnit (ca. 8 patienter/dag<sup>3</sup>). Monitoreringsplanerne, der er lagt for disse patienter, er ifølge de interviewede af svingende kvalitet. Endvidere overflyttes ca. 10 andre medicinske patienter dagligt. Der opleves som beskrevet en betydelig flaskehals i de ikke-kardiologiske patienters overflytning i dagtiden, som dels skyldes, at mange af dem først skal have foretaget en gennemgang i Akutafdelingen, dels at den visiterende

3 Fik ved samtale at vide at dette tal gennemsnitligt er 10-15 i døgnet – ind imellem 20.

sygeplejerske på Medicinsk afdeling, der altid er samme person i dagtid, udfordrer overflytningens relevans. Den visiterende sygeplejerske anvender ikke de elektroniske oversigtstavler. Der angives ikke at være problemer den øvrige del af døgnnet. Der er i praksis ingen aftale om, hvor mange senge Akutafdelingen skal have ledig til om natten, men der overføres sjældent patienter fraset AKS<sup>4</sup> hjertepatienter om natten.

Der er ingen formaliserede samarbejdsaftaler om, hvordan og hvornår overflytning foregår. På grund af flaskehalsen med gennemgang af patienterne i Akutafdelingen og flaskehalsproblemer med stuegang oppe i sengeafsnittene, ender mange af patienterne med at blive overflyttet i vagtskiftetidsrummet kl. 14-16, hvilket ifølge de interviewede på alle leder og kanter er et dårligt tidspunkt at overflytte i. Både fordi det øger antallet af personalekontakter, som patienterne får, og fordi det udfordrer patientsikkerheden.

Almindeligvis foregår kommunikationen om patienterne mellem den koordinerende sygeplejerske i Akutafdelingen og den medicinske visitator. Hvis patienterne BOS'er mere end 3, skal den involverede sygeplejerske kommunikere direkte med stamafdelingen, patienten flyttes op på. Stamafdelingerne angiver, at de ofte mangler basale oplysninger om patienten i forbindelse med overflytning, fx funktionsniveau, antibiotikabehandling, observationsniveau mm. Dette giver løbende anledning til kritik af Akutafdelingen og udgør en kilde til konflikt i samarbejdet med den daglige medicinske visitator. Denne visitator opfattes ofte af personalet i Akutafdelingen som en hindring for at kunne få de medicinske patienter overflyttet. Det er også en informationsmæssig udfordring ved overflytningerne, at notater endnu ikke er skrevet på patienterne.

Ind imellem er det oplevelsen på de medicinske afsnit, at patienter overflyttes uden forudgående telefonisk kontakt. Dette kan sammen med samtidig modtagelse af flere patienter og modtagelse i vagtskiftet være en kilde til frustration.

### 3.4.2 Geriatrike patienter

Som led i et nyt samarbejdskoncept med Geriatrik afdeling kommer de geriatrike læger nu ned i Akutafdelingen og udvælger de patienter, som bør overflyttes direkte til Geriatrik afdeling (ca. 1-2 dagligt) uden først at have ophold på andre stamafdelinger. Samarbejdet beskrives som uproblematisk.

### 3.4.3 Ortopædkirurgiske patienter

Overflytningen af ortopædkirurgiske patienter giver ind imellem anledning til frustrationer på de ortopædkirurgiske afsnit.

*"Det er til tider et vanskeligt samarbejde. Det er ikke altid, vi er enige i visiteringen, tolkningen af at det er de rigtige patienter. Vi oplever ofte, de vil rydde afdelingen. Og de har jo fået normering til at have patienterne i op til 72 timer. De siger, de vil have plads til, hvis akutte kommer ind." (Leder, samarbejdende afdeling)*

Udfordringen handler blandt andet om, at ortopædkirurgien oplever, at de ikke får de pladser i Akutafdelingen, de har afgivet ressourcer til, fordi de medicinske patienter kommer til at fylde så meget i Akutafdelingen. Det betyder ifølge flere i Ortopædkirurgisk afdeling, at der overflyttes patienter, der kunne have været afsluttet i Akutafdelingen. Eksempelvis: Commotio (hjernerystelse), patienter der er faldet og skal sove rusen ud, smertebehandling og mobilisering og patienter med behov for kontakt til hjemmeplejen. Samtidig er oplevelsen, at det ikke altid er til patientens bedste at blive overflyttet til et ortopædkirurgisk afsnit, fordi de ofte også har medicinske problemstillinger. Problemstillinger det kan være svært at få taget tilstrækkelig hånd om på et ortopædkirurgisk sengeafsnit, da det ifølge de interviewede er svært at få medicinsk tilsyn. Der er ikke noget geri-orto team eller lignende på sygehuset.

Som på det medicinske område angiver ortopædkirurgien, at Akutafdelingens koordinerende sygeplejerske, der kommunikerer med den ortopædkirurgiske visitator, ikke i tilstrækkelig grad kender patienten. Oplevelsen er også, at de på sygeplejesiden i Akutafdelingen har manglende kendskab til det ortopædkirurgiske speciale.

Ofte mangler også gennemgang ved ortopædkirurgisk bagvagt, før patienterne sendes op på sengeafsnit. Disse patienter risikerer først at blive set af en bagvagt dagen efter eller at blive udskrevet uden at være set af speciallæge. Gennemgang ved ortopædkirurgisk bagvagt angives også at være en forsinkende faktor i forhold til operation af patienterne, ligesom stuegang på ortopædkirurgisk sengeafsnit anses for lavere prioriteret end operationer og ambulatoriearbejde, hvorfor sygeplejerskerne oplever, at det kan være svært at få taget stilling til ting.

Når ortopædkirurgiske traumepatienter overflyttes til intensiv, går der ikke information til Ortopædkirurgisk sengeafdeling herom. Dette giver senere anledning til udfordringer, når intensiv gerne vil overflytte patienterne.

### 3.4.4 Organkirurgiske patienter

Stamafsnittene oplever, at samarbejdet med overflytninger er godt, og at det har aflastet afsnittene, at de akutte patienter i dag modtages i Akutafdelingen. Dog oplever plejepersonalet, at det kan være svært hurtigt at sætte sig ind i, hvad der skal ske med patienterne, om undersøgelser er bestilt, om patienterne skal faste osv. Det kan tage 25-30 minutter at finde ud af. Hertil kommer alt det, der skal dokumenteres på ny, når patienter modtages.

Som tidligere nævnt oplever plejepersonalet i Akutafdelingen, at kommunikationen med de organkirurgiske læger kan være udfordrende.

### 3.4.5 Intensivafdelingen

Der angives at være 6-9 pladser på Intensiv, som inkluderer postoperativ opvågning, semiintensive patienter og intensive patienter. Der opleves ofte problemer med overflytning til In-

4 ST-elevations AMI (STEMI), non-ST-elevations AMI (NSTEMI) og ustabil angina pectoris (UAP) kaldes tilsammen akut koronar syndrom (AKS).

tensiv afdeling, hvorfor der opstår stase problemer i Akutafdelingen, hvor mange ressourcer bindes til et patientforløb, når der ventes på, at Intensivafdelingen kan skaffe plads. Patienter, som ikke kan være på Intensivafdelingen på grund af kapacitetsproblemer, forbliver oftest på Akutafdelingen. Dog går NAC-drop patienter og NIV-patienter på Medicinsk afdeling.

Det blev under audit og interviewene bemærket, at det kan være en udfordring at få plads til kritisk syge patienter. Det kan også være en udfordring, at de kritisk syge er for dårlige (qua fx comorbiditet og alder) til både intensiv og sengeafsnitene, hvorved patienten risikerer at blive "noget man skubber rundt med". Det umiddelbare skøn er, at Nykøbing Falster Sygehus ikke er væsentligt anderledes stillet end sammenlignelige sygehuse, hvad angår den intensive kapacitet.

#### 3.4.6 Forsinkelser i behandlingsinformationer

Nogle af de interviewede læger vurderer, at de ofte mangler lægenotater ved overflytning fra Akutafdelingen, fordi sekretærene ikke kan nå at følge med skrivning af det dikterede.

Der kan således være kapacitetsproblemer med journal-skrivningen, og processen kan være langvarig, fordi den unge læge ikke vejledes. Det vil være hensigtsmæssigt specielt ved medicinske indlæggelser, at der sker en kort vurdering af patienten og vejledning fra en ældre kollega.

#### 3.4.7 Overflytninger til andre sygehuse

Ved nogle af de patienter, der først køres til eller indlægges på Nykøbing Falster Sygehus og senere overflyttes til andre sygehuse, kan det ifølge de interviewede være en forsinkende faktor, at de skal igennem den "sundhedsfaglige visitationsjungle". Om end der er overordnede retningslinjer for, hvor patienterne skal overflyttes til, er der således reelt ofte tale om fortolkning og forhandling om, hvem der skal modtage patienterne. Særlig de onkologiske, neurologiske og øre-næse-halspatienter nævnes som eksempler på patienter, der risikerer at blive "kastebolde" med forsinkelser i den korrekte behandling til følge.

### 3.5 Andre overflytninger i huset

Ligesom Akutafdelingen har Intensiv afdeling også en oplevelse af, at det er svært at få overflyttet patienter til medicinske stamafsnit. Intensiv afdeling oplever derudover, at det er svært at få stamafsnitene til at læse og tage handling på de behandlingsplaner, de lægger for patienterne.

*"Når vi flytter medicinske patienter op, laver vi detaljeret plan. Og når vi går op og ser til patienterne, har de stort set aldrig læst planen og fulgt op. Patienten får ikke den pleje og behandling, de har behov for. Det er meget frustrerende. De to næste døgn [efter intensiv] er meget vigtige for patienterne, og der kan gå meget tabt." (Leder, samarbejdende afdeling)*

Derudover peges der på, at det er en udfordring ved overflytninger, at man bruger forskellige skemaer i huset. Ting bliver skrevet forskellige steder. Det kan være svært at finde ud af, om en patient har fået blod. Væskeregnskaber er forskellige,

og kardex skrives nogle steder i hånden, mens kardex andre steder skrives på computer.

Der findes et stort antal studier, der påpeger, at patientsikkerheden er truet i overgange, og at det derfor er vigtigt at arbejde konsekvent med de udfordringer, overgange giver for kvaliteten i patientforløbene (8). Den gennemførte audit tyder på, at der kan gøres mere på Nykøbing Falster Sygehus for at skabe en god samarbejdskultur om overgange.

### 3.6 Diagnostiske redskaber

Som støtte til det diagnostiske arbejde anvendes eksempelvis oplysninger om patienters medicin, sygehistorie, blodprøver, røntgenundersøgelser og diverse scanninger.

#### 3.6.1 Medicinafstemning

Medicinafstemning foretages af forvagterne og foregår i EPJ og igen af udskrivende bagvagt. Der dokumenteres, om medicin er afstemt. Det er ikke altid, medicinen er afstemt, når patienter overflyttes fra Akutafdelingen til andre afsnit. Nogle gange er det først plejegruppen på stamafdelingerne, der kontakter patientens praktiserende læge med henblik på at få informationer om medicin. En udfordring for kvaliteten af medicinafstemning er, at det langt fra er altid, at patienternes opdaterede medicin er elektronisk tilgængelig, eller at patientens praktiserende læge eller fx plejhjem har sendt medicinlister med.

Flere giver udtryk for at savne det gamle anamnesearch, fordi det gav et godt og hurtigt overblik over patientens sygehistorie.

#### 3.6.2 Biokemiske analyser

Biokemiske analyser bestilles af sygeplejersker, nogle gange efter faste pakker, andre gange efter lægelig ordination, tages af bioanalytikere på faste runder en gang i timen, færre gange om natten fraset rød/orange patienter, hvor de tages som hesteprøver. En runde kan tage op til en time, hvorefter runde-bioanalytikeren sætter analyserne i gang, med svartid på ½-2 timer afhængig af bestillingsformen. Der er ikke ventetid på analyseapparaterne, og svar rapporteres umiddelbart i BCC-systemet og er så tilgængeligt for lægerne, og der gøres opmærksom herpå via de elektroniske oversigtstavler med markering ved abnorme prøver. Herudover ringer laboratoriet ved særligt abnorme prøver efter retningslinje. Det er forskelligt, hvorvidt de interviewede mener, at blodprøver tages hurtigt nok. Nogle mener, at runderne udgør et forsinkende led. De efterspørger fx en laboratorium-satellit i Akutafdelingen, således at flere blodprøver kunne tages akut. Særlig hjertebloodprøverne efterspørgeres i et hurtigere tempo.

Det er én bioanalytikers opfattelse, at der bestilles for mange rød/orange prøver, hvor den kliniske tilstand viser sig at være til en lavere triagegrad og dermed ikke med hastebehov.

Det er ifølge flere interviewede en udfordring at få de yngre læger til at læse og kvittere for, at de har læst blodprøvesvarene. En ting er således, om blodprøvesvarene kommer hurtigt nok, noget andet er, om der hurtigt nok tages stilling til de blodprøvesvar, der kommer.

### 3.6.3 Radiologi

Der er et etableret røntgenrum i Akut1-området med konventionelt røntgenudstyr til knoglerøntgen, røntgen af thorax og oversigt over abdomen. Dette rum bliver døgnbemandet, dog ikke med radiolog. I aften/nattetimerne er der en radiolog i tilkaldevagt.

CT-scanning foretages på Røntgenafdelingen. CT-undersøgelser kan kun gennemføres efter aftale mellem klinisk speciallæge og radiolog. Det anføres, at det kan være vanskeligt at lokalisere radiologen, og at selve bestillingsproceduren i OPUS er tidskrævende. Der er ikke angivet flaskehalse på leveringen af radiologiske ydelser i øvrigt. Dog anføres det som en udfordring, at OPUS jævnligt er nede, hvorved røntgenresultatet ikke er tilgængeligt.

### 3.7 Flowstyring og it

Nykøbing Falster Sygehus har investeret i elektroniske oversigts-tavler, som vurderes at være fuldt på højde eller bedre end de øvrige løsninger, de eksterne klinikere har kendskab til.

Dog blev det observeret, at tavlerne ikke opdateres hyppigt (sker ikke automatisk), at der var problemer med nøglekortene til at logge sig på med, at der ikke er billeder eller telefonnumre på sygeplejerskerne, og at lægerne ikke anvender tavlerne aktivt. Tavlerne blev brugt meget forskelligt, afhængigt af hvem der blev spurgt. En ensretning synes at kunne være en fordel. Systemet er heller ikke udbredt til andre afdelinger. Desuden har man valgt kun at vise fornavne på patienterne, også i områder hvor der ikke er andet end personale. Det vurderes at være et unødvendigt højt anonymitetsniveau, som indebærer en risiko for fejl og mindre brugervenlighed. Andre sygehuse har valgt lavere anonymitetsgrad og er blevet akkrediteret på det. Der er således mulighed for bedre udnyttelse af flow-informationssystemet.

Der er også kritikere af de elektroniske oversigtstavler i huset. Disse mener, at der fokuseres for meget på tavlerne og for lidt på patienterne:

*"I min verden kunne tavlerne lige så godt være hugget ud i runer, hvis man ikke er ude ved patienterne." (Læge, samarbejdende afdeling)*

Hvis systemet skal have en bredere brug i huset, vurderes det, at der er en pædagogisk udfordring i at formidle dets anvendelsesmuligheder.

Den elektroniske patientjournal er kort gennemgået. Man har valgt en særlig akutjournal-skabelon, og det vurderes, at denne løsning er lige så god som andre EPJ-systemer, de eksterne klinikere er bekendt med.

De radiologiske og biokemiske systemer er velkendte fra andre sygehuse og lever op til almindelig anerkendt standard.

Det vurderes, at der er et tilstrækkeligt antal it-arbejdspladser.

### 3.8 Det faglige niveau

Den overordnede vurdering af det faglige niveau er, at denne er svingende og personafhængig. Dette gælder både det faglige niveau i stamafdelingerne og i Akutafdelingen.

#### 3.8.1 Kompetencer i lægegruppen

Generelt mangler der speciallægekompeter i hele huset inden for specielt det medicinske område (se mere i næste kapitel).

Manglen på tilstrækkeligt med erfarne lægelige ressourcer har også en negativ betydning for kompetenceudviklingen af de yngre læger. En del af disse har som læger i klinisk basisuddannelse kun sparsom klinisk erfaring. Alligevel var det tydeligt både ved observationerne og ved interviewene, at der mangler supervision af de yngre læger ved speciallæger eller mere erfarne læger. Problemstillingen er ikke ny. Inspektørrapporten om de yngre lægers uddannelse fra juni 2010 påpegede således, at de yngre ikke fik tilstrækkelig supervision ved speciallæge (9). Den utilstrækkelige tilgængelighed til medicinske og ortopædkirurgiske bagvagter bevirker, at de yngre læger (som ofte er meget uerfarne) kommer til at stå meget alene med svære situationer, der kræver lægelig vurdering.

Nykøbing Falster Sygehus har igangsat et lægeligt uddannelsesprojekt, der skal forbedre uddannelsesmiljøet for lægerne. Projektet er begyndt i 2012.

For én af lægerne ansat i Akutafdelingen er der lagt programmer for yderligere udvikling via fagområdeopgradering.

#### 3.8.2 Kompetencer i plejegruppen

Flere interviewede har givet udtryk for en udvikling, hvor det ved genbesættelse af stillinger af økonomiske hensyn prioriteres at ansætte yngre og mere uerfarne frem for bedre kvalificerede og dermed dyrere personale, samt at der ligeledes af hensyn til økonomien kun tilbydes begrænset efteruddannelse.

Det er bekymrende set i relation til, at speciallæger og erfarne læger udgør en mangelvare. Så længe der er lægemangel på Nykøbing Falster Sygehus, er det faglige niveau således i høj grad afhængigt af, at der er en høj faglighed i sygeplejegruppen.

På Akutafdelingen er der ved at blive implementeret et kompetenceudviklingsprogram, men det var kun enkelte af de adspurgte sygeplejersker, der havde kendskab til dette. De ansatte sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter har ikke gennemgået et systematisk undervisnings- og oplæringsprogram i klinisk akutsygepleje.

Der er kun fire sygeplejersker, der har uddannelsen ATCN, der er obligatorisk på mange skadestuer.

Det vurderes, at den sygeplejefaglige kompetence er til stede i Akut1 til håndtering af skader og alvorligt syge og tilskadedkomne. Der er dog et stort antal social- og sundhedsassistenter ansat i området, som kan have stor klinisk erfaring, men et begrænset virkefelt, hvilket reducerer fleksibiliteten.

De medicinske kompetencer for plejegruppen vurderes at være til stede i Akutafdelingens Akut3 (det tidligere AMA),

men med mulighed for optimering i forhold til ABCD-koncept mm. og med gode muligheder for udvikling i Akut2. Fordelingen betyder, at arbejdet i dag er organiseret som rundepleje (gruppepleje), hvor sygeplejerskerne kun i mindre grad har direkte kontakt med patienterne. Oftest var det social- og sundhedsassistenter, der gik ude hos patienten.

Rundepleje vurderes ikke at være den optimale måde at organisere arbejdet på i en akutafdeling med svært syge patienter. Flexibiliteten og ensretning af den sygeplejefaglige kvalitet vil derfor have bedre vilkår med en større andel af sygeplejersker.

Samtidig var der ikke klarhed over de forventede kompetencer hos alle i sygeplejegruppen. Det var ikke alle, der var klar over, om der lå en kompetenceplan eller -trappe i afdelingen, og diskussion af kompetenceniveau var ikke alment kendt.

Kompetencen til at modtage og håndtere akutte patienter er meget forskellig i Akut2 og Akut3, hvor Akut2 modtager en noget blandet gruppe patienter og Akut3 overvejende medicinske patienter. For at øge kvaliteten og flexibiliteten vil det være hensigtsmæssigt, hvis alle sygeplejersker i disse to områder har nogle fælles basiskompetencer, som gør, at man kan modtage flere patientgrupper i begge afsnit.

Holdningen ved flere interviews med de samarbejdende afdelinger var, at det faglige niveau ikke altid er højt nok ved håndtering af kritisk syge patienter, samt at plejepersonalet ikke altid er omhyggelige nok.

Afdelingen råder over monitorer til hver plads, og både triage og BOS som redskaber er velkendte og anvendes systematisk. Der knytter sig dog en række udfordringer hertil. En er, at monitoreringen af patienter løbende giver monitoreringsalarmer. Ofte medfører dette, at lyden slås fra for ikke at forstyrre. Der mangler ifølge flere interviewede gode kutymer for, hvordan monitoreringen anvendes. Tilsvarende mangler der ifølge flere interviewede ind imellem korrekt og rettidig handling på de BOS-værdier, der måles – ikke kun på Akutafdelingen, men også på andre afdelinger i huset.

*”Der foretages mange relevante observationer og undersøgelser, men der sker ikke nok på baggrund af dem. Vi er gode til at registrere men ikke gode til at reflektere og handle.”*  
(Leder, samarbejdende afdeling)

Ifølge personalet på stamafdelingerne ved de ikke altid, hvad de skal stille op med værdierne – og kan ikke få fat i en læge at konferere med.

En barriere i forhold til at efteruddanne plejepersonalet i Akutafdelingen har været, at personalet ikke har ønsket at efteruddanne sig, med mindre de ville blive honoreret herfor med løntillæg.

### 3.9 Opsamling om kvaliteten i de akutte patientforløb

En udfordring ved at vurdere kvaliteten af den akutte indsats på Nykøbing Falster Sygehus har været, at hverken kvalitet eller

god kvalitet er en entydig størrelse. Selvom det at skabe en god kvalitet har været på dagsordenen gennem flere årtier i sundhedsvæsenet, er den mindre velbeskrevne realitet, at det i det daglige ofte kommer til at handle om at skabe ”tilstrækkelig kvalitet”. Overliggeren er altså ikke altid stræben mod den bedst mulige faglige kvalitet. Der er nemlig også andre hensyn at tage og ind imellem også økonomiske, bemandingsmæssige, kulturelle og strukturelle barrierer for at skabe den ypperste kvalitet. Der kan også være individuelle variationer, således at hvad der er god kvalitet i ét patientforløb, ikke nødvendigvis er det i et andet.

Nykøbing Falster Sygehus er således en del af en bredere kontekst, hvor det til dels også er både politisk og kulturelt bestemt, hvad der er god eller tilstrækkelig kvalitet på henholdsvis regionens og landets sygehuse.

Sygehusets faglige kvalitet i de akutte forløb er altså vurderet ud fra, hvad der forventeligt bør være af kvalitet set i relation til, hvad der tilbydes på andre sygehuse. Her har det været vurderingen, at den faglige kvalitet ikke er så anderledes end på mange andre sygehuse, om end særlig manglen på speciallæger synes at forstærke de kvalitetsmæssige udfordringer, der er.

Om end der på en række områder synes at være en tilfredsstillende kvalitet i de akutte forløb på Nykøbing Falster Sygehus, er der en række udfordringer for kvaliteten. Mange af udfordringerne hænger sammen og har afledte konsekvenser.

De eksterne klinikere vurderer, at patienten i mange forløb får den behandling og de ydelser, der er hensigtsmæssige, men samtidig opleves det også, at der ofte ikke reageres adækvat på fx BOS-score (målinger af patienternes vitale parametre), og at der ikke kaldes MAT (Mobilt Akut Team) i situationer, hvor dette kunne have været gavnligt for patienten.

Overordnet er der internt på sygehuset lavet mange tiltag og aftaler for at højne den faglige kvalitet for patienterne, men der mangler tilstrækkelig gennemslag af disse ud i yderste led.

Skadesporet har en tendens til at stase til, og der bør ses på måden, arbejdet er organiseret på samt udnyttelsen af ressourcer. Skadepatienterne i Nakskov er set med produktionsbriller en ineffektiv løsning. Nykøbing Falster Sygehus modtager flere – særlig medicinske – patienter, end der er kapacitet til. Det fører til overbelægning både i Akutafdelingen og en række af stamafsnittene.

Årsagerne til kapacitetsudfordringen er flere:

- 1) Der modtages mange medicinske patienter i forhold til optageområdets størrelse.
- 2) De socioøkonomiske forhold i optageområdet betyder, at der sandsynligvis vil være et lidt højt forbrug af indlæggelser.
- 3) Der anvendes ikke effektive måder til at vende patienter i døren.
- 4) Der mangler alternative tilbud til indlæggelse.
- 5) Der indlægges en del patienter af sociale årsager.

## I Den faglige kvalitet i de akutte forløb

- 6) Pårørende presser på for indlæggelser for på denne vis at søge at opnå en aflastningsplads.
- 7) De mange uerfarne lægevagter indlægger flere.
- 8) Langsom eller manglende stuegang både på medicinske og ortopædkirurgiske patienter såvel oppe i huset som på Akutafdelingen giver forlængede indlæggelser.
- 9) Overgangene mellem afdelinger medfører informations- og kvalitetstab samt potentielt længere indlæggelser.
- 10) Det er ikke lykkedes at rekruttere tilstrækkelige speciallægeressourcer.

Af ting, der fremadrettet bør arbejdes med, kan nævnes:

- 1) Bedre styring af forløb, ikke mindst på tværs af afdelinger.
- 2) Klarere opgavefordeling – også med kommunerne.
- 3) Mere speciallægetilstedeværelse både i Akutafdelingen og på flere stamafsnit – særlig på det medicinske område.
- 4) Tydeligere kompetenceprofiler og et generelt højere niveau i sygeplejefagligheden.
- 5) Klarere og bedre implementerede instrukser.
- 6) Mere veldefineret supervision af de yngre læger. ■

# 4 Organisatorisk og ledelsesmæssig understøttelse af kvalitet i de akutte forløb

I kapitel 4 beskrives og vurderes det organisatoriske og ledelsesmæssige set-up bag modtagelsen, behandlingen og plejen af de akutte patienter indgår i på Nykøbing Falster Sygehus.

## 4.1 For få faste speciallægeressourcer

*"Der mangler 10 læger i det medicinske område svarende til 10,8 mio. kr., hvis niveauet skulle svare til det, de har i Slagelse og Næstved." (Sygehusledelsen)*

Flere interviewede peger på, at den største trussel mod den faglige kvalitet på sygehuset er, at der mangler faste speciallæger – særlig på det medicinske område. Situationen, hvor det er svært at tiltrække kompetente og erfarne lægelige ressourcer, synes at have en underminerende effekt på husets faglige selvværd. Og situationen stiller store krav til både plejepersonalet og de yngre læger.

At der mangler erfarne læger på særlig det medicinske område til at gennemgå, diagnosticere, tilse og lægge planer for patienterne har en række afledte konsekvenser for hele huset, fordi det skaber flaskehalse, øger antallet af indlæggelser, forsinker udskrivelser og skaber en række frustrationer i andre faggrupper samt andre afdelinger. Oplevelsen er altså, at *"huset sander til med medicinske patienter"*. (Leder, samarbejdende afdeling)

*"På anæstesi bliver vi ringet op af medicinske forvagter. De har forsøgt at ringe til deres bagvagter, men de sagde, de skulle ringe til anæstesi." (Læge, samarbejdende afdeling)*

### 4.1.1 En høj grad af vikardækning

En konsekvens af at mangle speciallæger har været, at sygehuset igennem en lang periode har haft en høj grad af vikardækning. I dag passes den medicinske bagvagt i aften/nattevagten stadig ofte af vikarer.

Brugen af vikarer har haft den positive effekt, at vikarerne særligt på det medicinske område ifølge flere interviewede har holdt den lægefaglige kvalitet oppe gennem sårbare perioder. Af mere negative konsekvenser nævnes, at det dræner økonomien at bruge mange vikarer, at det hæmmer kontinuiteten i arbejdet og gør det svært at arbejde langsigtet og strategisk, at de ikke kender logistikken i huset, og at dette kan øge indlæggelseslængden. Samt at det har givet indtryk af, at sygehuset var et sted, lægerne skulle have en særlig økonomisk kompensation for at arbejde på.

## 4.2 Kulturen og samarbejdet i huset

*"Før i tiden talte vi pænt til hinanden. Jeg kunne godt tænke mig, vi havde respekt for hinanden." (Personale, samarbejdende afdelinger)*

*"Jeg oplever ofte, at vi modarbejder hinanden. Jeg forstår ikke, det ikke kan lade sig gøre at samarbejde, når vi ikke er et større hus." (Leder, Akutafdelingen)*

Det overordnede indtryk fra både observationer og interviews er, at den faglige stolthed og samarbejdsånd, der ifølge flere interviewede var i huset før i tiden, i dag er afløst af mismod, småkonflikter og en tendens til selvtilstrækkelighed. Mismodet handler blandt andet om, at ledere og medarbejdere oplever at være økonomisk pressede, at patienterne bliver tungere (mere syge), at det faglige selvværd har været negativt presset af, at specialer er flyttet til andre sygehuse, at organiseringen med funktionsbærende enheder har flyttet afdelingsledelse ud af huset inden for fx medicin, at sygehuset gennem flere år ikke har oplevet at have deres egen sygehusledelse, og at det er svært at tiltrække og fastholde speciallæger.

Resultatet er ifølge flere af de interviewede blandt andet en kultur, hvor det er svært i tilstrækkelig grad at få taget ansvar for ting og ændret uhensigtsmæssigheder:

*"Man vil gerne brokke sig men ikke tage ansvar for udviklingen." (Leder, Akutafdelingen)*

*"Der er meget brok over systemet og over ting, vi ikke kan gøre noget ved alligevel." (Personale, Akutafdelingen)*

Samtidig er der en frustration over at være så økonomisk pressede, så de ledelsesmæssigt er nødt til at træffe beslutninger, der går ud over fagligheden fx ved at være tvunget til at ansatte personale uden særlig erfaring frem for bedre kvalificerede (og dermed dyrere) ansøgere, at undlade at efteruddanne personalet og ved at have vakante stillinger for at spare.

For at prøve at skabe et bedre arbejdsmiljø er der igangsat et fælles sygehusprojekt herom, der afsluttes i 2013.

### 4.2.1 Et demotiverende kvalitetsfokus

Det er for flere af lederne i den økonomisk pressede situation, de oplever at befinde sig i, en rød klud, at den kvalitet, de måles på, handler om dokumentation. Dokumentation er således det, der fylder, for det bliver prioriteret og målt på. Omvendt bliver der ikke målt på, om planerne bliver fulgt.

*"Vi taler om krydser i skemaer og ikke om kvalitet." (Leder, samarbejdende afdeling)*

Oplevelsen er altså, at arbejdet med kvalitet er fjernet fra dagligdagen, styres og tænkes af medarbejdere og ledere, der sidder langt væk og primært her i huset får en funktion som en stor og meget lidt meningskabende tidsrøver i det daglige kliniske arbejde.

## 4.3 Processen med at etablere Akutafdelingen

Manglen på en tilstrækkelig god samarbejdskultur i huset har blandt andet medført, at etableringen af Akutafdelingen har været præget af interessekonflikter. Konflikter omkring fordelingen af økonomiske ressourcer har her været et centralt element.



Det er et tema i huset, at Akutafdelingen har fået ressourcer på oplevet bekostning af andre afdelinger. Dermed bliver det også et løbende tema, om Akutafdelingen løfter det arbejde, de har fået ressourcerne til.

Der er en tydelig tendens til, at der bruges uforholdsmæssig meget energi på at pege fingre ad hinanden frem for at skabe forbedringer i kvaliteten ved fx patientovergange. Nogle peger på, at der er behov for en bedre samarbejdsånd på tværs af stamafdelingerne og Akutafdelingen:

*"Hvis jeg er positiv over for hende i 'Akutten', så er hun også positiv over for mig." (Personale, samarbejdende afdelinger)*

At Akutafdelingen er blevet til i en stemning præget af "kamp om ressourcer" frem for i en samarbejdsånd om, hvordan den bedste kvalitet i de akutte forløb skabes, kommer også til udtryk i, at Akutafdelingen har skullet modtage personale fra andre afdelinger – og fra de lukkede funktioner i Nakskov – uden at kunne vælge, hvem der var velegnede til at arbejde på en Akutafdeling. Resultatet heraf var blandt andet, at Akutafdelingen skulle modtage en stor andel social- og sundhedsassistenter og ansatte, der i dag er langtidssygemeldte.

Det blev ved flere interviews mere end insinueret, at nogle afdelinger havde benyttet anledningen til at rydde ud i deres personalestab. Alt i alt har processen ført til, at arbejdet med at skabe et tilstrækkeligt højt kompetenceniveau og en god integration af medarbejderne i Akutafdelingen har været hæmmet.

*"Det kan ikke fungere, hvis man ikke har tæt på 100 % sygeplejersker i en akutafdeling. Det er dødsdømt." (Leder, samarbejdende afdeling)*

Hertil kommer, at åbningen af Akutafdelingen blev oplevet som kaotisk, fordi det skete så hurtigt. Ombygninger af afdelingen skete med uændret patientindtag, ordningen med lægeambulancen og Nakskov Sygehus blev lukket samtidig plus samtidige omlægninger af det elektroniske journalsystem. Oplevelsen var blandt flere interviewede i tråd hermed, at man fra beslutningstagerside ikke havde haft den fornødne respekt for, hvad det reelt kræver at foretage en omstilling til akutsygehus. Enkelte interviewede pegede på, at det havde været en fordel med lidt mere standardisering på tværs af regionens nye akutafdelinger.

*"Det er absurd. Vi er fire akutsygehuse i regionen. Og de har ikke samme struktur. Man har ikke taget skridtet fuldt ud." (Læge, samarbejdende afdeling)*

Og nogle pegede på, at det generelt er en udfordring, at der ofte mangler et ordentligt vidensgrundlag bag mange store – og små – organisatoriske beslutninger.

Disse oplevelser vil kunne genfindes mange andre steder i landet, men der er en pointe i, at det at omstille sig til akutsygehus med en fælles akutmodtageafdeling er et stort organisatorisk projekt, der forudsætter en stor mængde planlægning,

videns- og erfaringsindsamling samt etablering af et velfungerende tværgående samarbejde indenfor og udenfor sygehuset.

#### 4.4 Arbejdsdeling, ansvar og rolleklarhed

*"Der mangler hastighed og flow – de er ikke bygget op i teams. Det er for ringe organiseret. Der mangler struktur i arbejdsgangene." (Læge, samarbejdende afdeling)*

Den kliniske og organisatoriske audit viste, at arbejdsdeling, ansvarsdeling og roller ikke altid er klare. Ud over at udgøre en potentiel risiko for kvalitet og patientsikkerhed er uklarheder også en potentiel kilde til stress og konflikter. Det er et tema blandt flere samarbejdende specialeafdelinger, at Akutafdelingens personale i for høj grad fokuserer på at komme af med patienterne frem for at tage ansvar for at sikre et ordentligt forløb.

*"De vil bare af med dem!" (Personale, samarbejdende afdeling)*

*"Nogle tænker mere, at de er ludobrikker, der skal væk, frem for man forholder sig til dem som mennesker." (Leder, samarbejdende afdeling)*

##### 4.4.1 Akutlægens rolle

Akutlægenes funktion er ny og fremstår uklar. Der er også uklarhed om arbejdsdelingen med de specialeansatte yngre læger og fordelingen af ansvar:

*"De er på juridisk gyngende grund, fordi de ikke har ansvar på patienterne. Og så render de og behandler på vores patienter. Vi er nødt til at være enige om, hvem tager beslutningen, og hvis røv skal klapses." (Læge, samarbejdende afdeling)*

Af funktionsbeskrivelse for akutlægerne (der er godkendt maj 2012) fremgår blandt andet (10):

*"Akutafdelingens læger varetager en lang række opgaver, som er afhængigt af situationen. Det primære arbejde består i, at afdelingen fungerer, at svært syge patienter vurderes og stabiliseres hurtigst muligt samt får udarbejdet behandlingsplaner.*

*Det er aftalt, at det er de respektive specialer, som har behandlingsansvaret for patienterne, hvorfor der ikke er noget specifikt krav om behandling eller udredning. Imidlertid har akutlægerne ansvar for afdelingens funktion, og at patienternes behov varetages, hvorfor der må støttes op omkring de yngre lægers behandling af dårlige patienter, samt der løbende må overvejes, om der er behov for inddragelse af specialernes bagvagter.*

*At afdelingens drift er det primære kræver, at indsatsen til enhver tid må tilpasses tidspunktet og belastningens karakter. Akutlægens væsentligste funktion er således ofte at være "olien, som får maskinen til at glide nemmest muligt", og kræver, at der hjælpes der, hvor der er størst behov."*

## Modtagelægens opgaver

"Modtagelægen skal (rækkefølgen er prioriteret):

- 1) Vurdere alle orange og røde patienter. Foretage hurtig vurdering for hyperakut behandlingsbehov og behov for umiddelbar viderevisitering samt sikre specialetilhørsforhold. Vurderingen og hyperakut behandlingsplan skal dokumenteres og sikres.
- 2) Støtte T-SYPL i vurderingen af indkomne patienter, heri såvel triagegruppering og specialetilhørsforhold. Vurderingen skal kort dokumenteres.
- 3) Ved behov støtte T-SYPL ved afvisning/henvisning af patienter til anden institution.
- 4) Være sparringspartner for yngre læger omkring de nyindlagte patienter eller skadepatienter.
- 5) Udføre syn og skrive dødsattest på patienter, der er døde i Akutafdelingens regi.
- 6) Sikre opdatering af elektroniske tavler på nyindlagte patienter.
- 7) Vurdere og behandle patienter, idet det iagttages, at det oftest er fordelagtigt, at disse patienter kommer med relativt hurtige og ukomplicerede problemer (eks. DVT), således at lægens primære opgaver umiddelbart kan varetages.
- 8) Skrive indlæggelsesjournaler ved behov og mulighed. (10)".

En af udfordringerne ved akutlægens opgaver og rolle er, at rollen er ny og ukendt blandt læger. Akutlægen efterlader sig ikke så mange synlige spor, i og med at en stor del af opgaven består i "at svæve over vandene".

"Jeg forstår ikke helt, hvad akutlægenes rolle er. De gør ikke ting færdige. De går ind og kigger på orange og rød, men de sparer ikke arbejdskraft. Der er nogle få forvagter, der bruger dem til supervision." (Sygeplejerske, Akutafdelingen)

"Hvad er det egentlig, de laver?" (Læge, samarbejdende afdeling)

På trods af at det er prioriteret som deres opgave nr. 2 at støtte triagesygeplejersken i hendes triagering, er der dage, hvor de ikke ser en akutlæge i Akut1. Deres oplevelse er endvidere, at de ikke ved, hvor akutlægen er, eller hvad han beskæftiger sig med. En forklaring herpå er, at når der er en akutlæge fysisk tilstede, er denne ofte i Akut2 og 3.

"De dækker ikke rigtig i Akut1. Dem samarbejder jeg ikke med. Hvis jeg har en patient, jeg er i tvivl om, ringer jeg til min egen bagvagt. I praksis dækker de kun Akut2 og 3." (Læge, samarbejdende afdeling)

Ved den organisatoriske audit var der i tråd hermed en akutlægevikar, der virkede overrasket over at blive ringet op af Akut1 for at kigge på en patient.

Konsekvensen af den uklare rolle er blandt andet, at det er svært at opnå legitimitet. Oplevelsen blandt de samarbejdende læger er, at den nuværende arbejdsdeling bevirker, at der er "for mange kokke om suppen", uden at der er nogen, der tager tilstrækkeligt ansvar. Samtidig er der en frustration over, at akutlægerne "ikke gør arbejdet færdigt" i traditionel forstand. Det vil fx sige at skrive indlæggelsesjournaler eller foretage gennemgange. Flere interviewede særlig blandt lægerne fra de andre afdelinger har således en oplevelse af, at arbejdet i princippet gøres dobbelt, og at det ikke er en tilstrækkelig stor hjælp i løsningen af de mange arbejdsopgaver at have akutlægerne.

De interviewede har svært ved at se, at akutlægerne skulle fungere som flowmastere. Oplevelsen er snarere, at de arbejder parallelt. Endnu en frustration går altså på, at der ofte mangler kvalificeret sortering af de patienter, der kommer ind i huset.

"Det burde være akutlægens arbejde. Det er derfor, man har opfundet det speciale. Man skulle vende 30 % [i døren]." (Leder, samarbejdende afdeling)

"Nogle gange ringer jeg efter akutlægen for at vurdere, om en patient skal indlægges eller stoppe i døren. Så siger han: Vi indlægger, og så kan vi se på det senere. Og der synes jeg, de svigter deres job. Det kunne jeg også have sagt." (Personale, Akutafdelingen)

Nogle interviewede mener således, at ressourcerne kunne anvendes på andre og bedre måder uden akutlæger. Andre mener, at problemet skyldes, at der er for få akutlæger til at opnå en hensigtsmæssig rolle og arbejdsdeling. Eller at akutlægerne ikke har den mest hensigtsmæssige faglige profil:

"Akutlægerne er ikke medicinere, og det mener jeg er en stor fejl." (Læge, samarbejdende afdeling)

### 4.4.2 De yngre lægers introduktion

En kvalitetsmæssig udfordring for Akutafdelingen og stamafdelinger er, at en stor del af deres lægelige bemanding består af yngre læger på korterevarende gennemrejse. De yngre læger oplever, at det er fagligt spændende at arbejde i huset. Dog peger flere på, at introduktionen til det kliniske arbejde kunne være bedre.

"Det var stille og roligt, samme planlagte spild af tid med 2-4 dage der gik på noget administrativt. Man har derimod ikke fire dage med følgevagter. Der går meget tid med snak og it-systemer. Hvordan sygehuset er skruet sammen, hjerte-lunge redning. Ledelsesstrukturer. Hygiejne. To dages sniksnak med dårlig kaffe. En mere fagspecifik intro ville være mere relevant." (Læge, samarbejdende afdeling)

Inspektørrapporten om de yngre lægers uddannelse fra juni 2010 påpegede også, at introduktionen til arbejdet burde være bedre (9). Når nu de yngre læger er så relativt kort tid i huset,

og så stor en del af kvaliteten udgøres af deres arbejde, kunne det overvejes, om introduktionsdagene kunne anvendes bedre.

#### 4.5 Kulturen og samarbejdet i Akutafdelingen

Kulturen og samarbejdet i Akutafdelingen på tværs af de tre delafsnit, afdelingen består af, er stærkt præget af den måde, afdelingen blev til på. Det er således tydeligt, at plejepersonale, sekretærer og afdelingssygeplejersker i vidt omfang har søgt at videreføre den gamle skadestue i Akut1, det gamle AMA i Akut3, og at det har været svært at skabe en sammenhængende identitet i Akut2, som på mange måder er præget af at være blevet opfattet som en residualgruppe. I tråd hermed har det ikke været muligt at fastholde en selvstændig afdelingssygeplejerske for Akut2.

*"De spøger stadig i kulissen de gamle afdelinger." (Leder, Akutafdelingen)*

Oplevelsen er altså, at der reelt ikke er tale om en samlet Akutafdeling. Ifølge nogle af de interviewede er der dog en bevægelse i gang hen imod, at Akut2 og 3 i højere grad begynder at samarbejde og se sig som en afdeling. Under observationsstudierne blev der dog observeret en afstandstagende måde at tale sammen med og ikke mindst om hinanden på. Ifølge personalet forværres stemningen af, at de oplever at være meget pressede, fordi der er for mange patienter til for få hænder.

Det var ikke indtrykket, at der var særlig meget fleksibelt samarbejde de tre grupper imellem.

*"Lige så snart vi kører patienten over den gule linje (over dørrintrinnet ind til Akut2), så slipper vi patienten." (Personale, Akutafdelingen)*

Hvad angår samarbejdet med lægerne fra andre afdelinger, blev der under interviewene peget på, at der specielt i Akut2 er en dårlig tone og meget lidt servicemindedhed over for lægerne. *"Det skal lægen selv gøre. Du skal ikke tro, du er noget."* (Læge, samarbejdende afdeling)

##### 4.5.1 Modtagelsen af de akutte patienter i specialesøjler

Akutafdelingen er struktureret som en forlængelse af de klassiske søjler: ortopædkirurgi i Akut1, øvrig kirurgi i Akut2 og medicin i Akut3. Kun i Akut2 ses en beskedent opblanding af specialerne. Da hvert afsnit samtidig består af et mere eller mindre fasttømret personale med kun lidt kontakt til de øvrige afsnit, er søjleopdelingen bevaret.

Hvis man ønsker at få det fulde udbytte af intensionerne i akutreformen, hvor den fælles kompetence i Akutafdelingen skulle være det akutte patientforløb, varetaget af sundhedspersoner med særlige akutkompetencer nærmere end specialekompetencer, og hvor et team af forskellige faggrupper arbejder på tværs af specialer med en stor fleksibilitet i udnyttelsen af ressourcerne, fremmer den nuværende struktur ikke disse hensigter.

Nogle af de interviewede udtrykker et ønske om fremtidigt at kunne se mere tværgående på patienterne med primært fokus på deres symptomer:

*"Jeg ville ønske, vi kunne se mere bredt på patienterne. Det er ikke altid hensigtsmæssigt at putte dem så hurtigt ind i speciallekasser. Jeg tror, det kunne højne kvaliteten." (Leder, Akutafdelingen)*

*"Jeg drømmer om, vi en dag får vores egne forvagter. At vi ser på symptomer frem for specialer." (Personale, Akutafdelingen)*

Det er indtrykket, at medicinske forvagter har en større arbejdsbyrde end organkirurgiske og ortopædkirurgiske forvagter. Dette er andre steder løst ved at lade de kliniske basisuddannelseslæger ansætte i Akutafdelingen, så de kan tage imod alle specialers patienter. Det kræver ikke nødvendigvis en fælles vagtaftale, hvis ikke disse læger arbejder andre steder i huset. Men det kræver en stabil speciallægestab i Akutafdelingen, og før den er etableret med 3-4 faste fuldtidsspeciallæger, anbefales denne ordning ikke.

Det er erfaringen, at det tager lang tid og kræver et betydeligt kompetenceløft at modtage flere specialers patienter samme sted og til at lære lægerne at arbejde på tværs af specialerne. En første forudsætning er, at de forskellige specialers repræsentanter faktisk mødes dagligt og kontinuert og sidder i samme rammer, så patienter kan drøftes umiddelbart. Det vil ikke ske, så længe der arbejdes specialesøjleopdelt.

Men det kræver også, at plejepersonalet kan levere de sundhedsfaglige ydelser overfor det enkelte speciales patienter, som man tidligere har fået på et mere specialiseret afsnit, samtidig med at den bredere tilgang til patientens øvrige problemstillinger bevares.

Der er således tale om en proces, der involverer både faglige-, kompetence-, bygningsmæssige- og kulturelle aspekter.

#### 4.6 Udfordringer relateret til ledelsen af det akutte arbejde

Det forekommer, som om der på sygehusniveau har manglet en samlet ledelse af omstilling af sygehuset til akutsygehus. Der har været en oplevelse af manglende ledelsesmæssig gennemslagskraft på direktionsniveau. Sygehusledelsen orienterer om, at der siden 2010 har været et koordinationsforum med månedlige møder om det tværgående samarbejde og fælles patientforløb. Dette forum udgør for tiden projektgruppen for Kvalitet i behandlingen på Nykøbing Falster Sygehus. Sygehusledelsen oplever, at de kulturelle forandringer endnu ikke er slået godt nok igennem.

På afdelingsledelsesniveau har det af flere grunde også været svært at træffe beslutninger: Der har været en vakant ledende overlægestilling gennem længere tid på Medicinsk afdeling og Organkirurgisk afdeling, som har været midlertidigt besat med vikarer. Flere af afdelingsledelserne har ledelse på flere matrikler, hvilket har bevirket, at fokus har været delt.

En anden væsentlig barriere for at skabe sammenhæng og resultater har været den økonomiske situation og incitamentsstruktur:

*"Den økonomiske incitamentsstruktur skaber splid i huset. Der er kassetænkning i noget af det, vi gør, fordi vi mangler penge alle sammen." (Leder, Akutafdelingen)*

Den ledende overlæge på Akutafdelingen har derudover været fraværende en længere periode i 2011.

Hvad angår den daglige ledelse af arbejdet i Akutafdelingen, mangler der en mere tydelig faglig ledelse. Det er karakteristisk, at Akutafdelingens afdelingsledelse, udviklingssygeplejerske og akutlægerne er placeret i en bygning flere minutters gang fra Akutafdelingen med deraf følgende mindre synlighed. Det er derfor ikke overraskende, at medarbejderne i afdelingen efterspørger mere synlig ledelse.

*"Vi ville gerne have [navn på ledende overlæge] herved engang imellem og være akutlæge. Det ville give synlighed." (Personale, Akutafdelingen)*

Den ene afdelingssygeplejerske i Akutafdelingen har et stort 'span of control' (ca. 60 medarbejdere under sig), og ledelsesudfordringen forstærkes af, at hun er leder af to delafsnit, som på mange måder stadig ser sig som to selvstændige afdelinger. Ledelsesrollen opfattes ikke som klar af de interviewede. Afdelingssygeplejersken har været på uddannelsesorlov i en længere periode. Den anden afdelingssygeplejerske er den tidligere leder af Skadestuen og har stort set samme ledelsesrolle i dag, som da hun var afdelingssygeplejerske for Skadestuen. Hendes primære fokus er på sygeplejen i Akut1.

Der er stor forskel på antallet af medarbejdere, de to afdelingssygeplejersker har ansvaret for. En måde at løse denne udfordring på kunne være, at alle medarbejdere blev delt ud mellem afdelingssygeplejerskerne, så de havde ansvar for lige mange af hensyn til MUS-samtaler, omsorgssamtaler, de enkeltes kompetenceplaner osv. Ud over dette kunne afdelingssygeplejerskerne dele ansvaret for nogle faglige områder imellem sig, så der kom mere ledelse på tværs, og man kunne dække hinanden af og bakke hinanden op om en fælles strategi for udvikling af området. Dette kaldes delt afsnitsledelse, men forudsætter ifølge undersøgelser af, hvad der skal til, for at delt afsnitsledelse bliver en succes, en høj grad af god kemi, afstemthed og loyalitet de involverede ledere imellem (11). Modellen har været afprøvet uden succes i Akutafdelingen.

Givet den ledelsesmæssige historik med stor udskiftning og fastholdelse af de tidligere afdelingskulturer ligger det ikke lige for at få succes med delt afsnitsledelse i Akutafdelingen. Ikke så længe arbejdsopgaverne reelt er så adskilte mellem henholdsvis Akut1 og Akut2 & 3. Det fremstår dog, som om der er behov for en tydeligere ledelse på tværs af de tre delafsnit: Akut1, 2 & 3. Det fremstår også som om, at der er behov for, at medarbejderne i højere grad giver proaktiv medledelse i forhold til at realisere en samlet Akutafdeling.

#### 4.6.1 Ledelse af det medicinske arbejde i Akutafdelingen

Der er en ledelsesmæssig uklarhed i forhold til, hvem der leder og fordeler det medicinske arbejde i Akutafdelingen. Fra Akutafdelingens side opfattes det som Medicinsk afdelings ansvar, men fra Medicinsk afdelings side som at man ikke har nogen indflydelse på arbejdsplanlægningen for medicinske læger i Akutafdelingen.

#### 4.7 Ledelse af Nykøbing Falster Sygehus

*"Den ledelse, man ikke kender, bliver man bange for. De ledere, der er synlige over for personalet, kommer længst." (Personale, samarbejdende afdelinger)*

Som noget nyt (fra maj 2012) har Nykøbing Falster Sygehus igen fået deres egen sygehusdirektør. Dette er en løsning, ledere og medarbejdere har mange positive forventninger til. Nogle af disse forventninger handler om, at sygehusdirektøren (og hans kommende ledelsesgruppe) vil:

- Skabe en god stemning igen.
- Tage ejerskab på at løse de problemer der er.
- Gå rundt engang imellem – og være synlige.
- Udvide ledelsesmæssig power til, at vi arbejder sammen i samlet flok.
- Støtte op om afdelingsledelsen for Akutafdelingen.
- Få styr på medicinsk afdeling.

Ledere og medarbejdere nærer således et håb om, at den nye ledelsesgruppe vil højne kvaliteten og arbejdsglæden.

#### 4.8 Opsamling om organisatorisk og ledelsesmæssig understøttelse af kvaliteten

Den nuværende tværgående samarbejdskultur på Nykøbing Falster Sygehus udgør en barriere i forhold til kvaliteten i patientforløbene. Udviklingen mod de forskellige afdelingers selvtilstrækkelighed synes at være fremmet af: 1) mangel på lægeressourcer qua rekrutteringsproblemer, som påvirker hele huset, fordi store dele af huset lægemæssigt reelt fungerer som forbundne kar, 2) økonomiske problemer der fremmer fokus på egen kasse og egne problemer, og 3) organiseringen med funktionsbærende enheder der har flyttet ledelsesmæssigt fokus ud af huset.

Tilblivelsen af Akutafdelingen, der er hjørnестenen i omstillingen til akutsygehus, har lidt under den uhensigtsmæssige samarbejdskultur og det store forbrug af vikarer med manglende effektive aftaler og samarbejde til følge. En konsekvens er, at Akutafdelingen anses for at have fået ressourcer på bekostning af andre afdelinger. Dette udgør også en udfordring for at implementere den nye arbejdsorganisering med akutlægen. Akutlægens rolle anses i dag for at være uklar. En anden konsekvens er, at den overordnede vision med at indføre fælles akutafdelinger har svære vilkår i en model, hvor de traditionelle faglige søjler blot er videreført nede i Akutafdelingen.

Der mangler både i huset og i Akutafdelingen en mere tydelig ledelse af kvalitet i de akutte patientforløb. ■

# 5 Konklusioner og anbefalinger

Med de metodiske begrænsninger, et mindre audit giver, vurderes det, at Nykøbing Falster Sygehus i dag leverer en service for optageområdet, der sikrer døgndækkende adgang til alle basale akutte ydelser, herunder laboratorie-, radiologiske-, operative- og intensive ydelser, hvor de tekniske installationer, herunder overvågnings- og kommunikationsudstyr, er til stede i tilstrækkeligt omfang.

Nykøbing Falster Sygehus er udfordret af socioøkonomiske og demografiske forhold, som gør, at befolkningssammensætningen formentlig vil medføre et øget forbrug af akutte sundhedsydelser sammenlignet med gennemsnitlige sygehusoptageområder. Når det er sagt, vil det stadig være hensigtsmæssigt at arbejde for færre indlæggelser for at mindske flaskehalse og de udfordringer for kvaliteten, det giver at have overbelægning. Ligesom der er en række andre områder, hvor der med fordel kan arbejdes for at forbedre kvaliteten.

## 5.1 Behov for færre akutte indlæggelser

Der er et stort flow af medicinske patienter med staseproblemer til følge. Med mange indlæggelser bindes betydelige ressourcer fra såvel Akutafdelingen som fra Medicinsk afdeling og serviceafdelinger. Der bør arbejdes hurtigt på at få etableret alternativer til indlæggelse, så presset kan tages af både Medicinsk afdeling og Akutafdelingen, og ressourcerne kan allokeres til de nødvendige indlæggelser.

Vurderingen er, at der er for mange patienter, der bliver indlagt. Visitationen varetages i dag af en ikke-sundhedsfaglig person. Dette bør udfordres, idet denne ordning ikke giver noget modspil eller alternativer til den indlæggende læges anmodning om indlæggelse. Erfarne sygeplejersker vil formentlig kunne håndtere visitationen mere optimalt fx i samarbejde med akutlægen. I særlige tilfælde bør indlæggende læge kunne viderestilles til en speciallæge, som afgør, om indlæggelsen er nødvendig (fx ortopædkirurgiske patienter, som ikke er skader, eller gynækologiske patienter).

For at reducere antallet af medicinske indlæggelser foreslås det at etablere følgende:

- Medicinsk Akut Ambulatorium i eller tæt ved Akutafdelingen. Dette kan være lukket, dvs. at kun patienter, der er visiteret til indlæggelse, håndteres i dette ambulatorium, eller åbent, så en henvisende læge kan få dette tilbud som alternativ i dagtiden.
- Subakut Ambulatorium: Hvis der afsættes én eller flere subakutte tider i et bredt medicinsk ambulatorium, kunne visitator tilbyde dette alternativ til indlæggende læge og give tiden til besøget med det samme.
- Observationsdel af Akutafdelingen. Der kan etableres et antal flystole i Akut2 tæt på triagen, hvor patienter, som har behov for observation få timer, kunne observeres, uden indlæggelsesapparatet aktiveres. Det kunne dreje sig om lettere forgiftninger, let commotio, afventen på blodprøvesvar, fx kardiologiske patienter, dyb venetrombose eller

lignende. Pladsen kunne disponeres af bagvagten (akutlæge eller medicinsk bagvagt). Ved at etablere observationspladser forhindrer man, at nogle patienter kommer "for langt ind i hospitalet", og man undgår nogle overgange, som oftest forlænger en indlæggelse samt udgør en potentiel risiko for tab af information og observation.

- Kommunale alternativer. Der er i øjeblikket en kommunal interesse i at indgå akutte indlæggelser, idet kommunen sparer 14.000 kr. pr indlæggelse. Et døgndækkende akutberedskab i kommunen kunne således etableres, hvis ca. 10 akutte indlæggelser/måned kunne undgås. Det foreslås at undersøge denne mulighed nærmere.

### 5.1.1 Flere patienter kan med fordel færdiggøres i Akutafdelingen

Der udskrives ca. 40 % fra Akutafdelingen, og dette tal kunne med de rette aftaler, flere erfarne lægelige medicinske ressourcer og patientforløbsbeskrivelser øges med mange procent. Dette vil give færre overflytninger – med de kvalitetsudfordringer der altid er knyttet hertil – og skabe mere kontinuitet i arbejdet både i Akutafdelingen og på stamafsnittene.

## 5.2 Behov for flere faste speciallæger særligt inden for medicin

Der mangler i dag stuegang ved erfarne læger både på medicinske og ortopædkirurgiske patienter oppe i huset og i Akutafdelingen. Dette forsinker handling på baggrund af blodprøver og andre undersøgelser og giver forlængede indlæggelser. Den utilstrækkelige tilgængelighed til medicinske og ortopædkirurgiske bagvagter bevirker også, at de yngre læger (som ofte er meget uerfarne) og plejepersonalet ind imellem kommer til at stå meget alene med svære situationer, der kræver lægelig vurdering.

Der bør hurtigst muligt rekrutteres flere speciallæger inden for særligt det medicinske område med henblik på at skabe bedre planer for og opfølgning på akutte medicinske patienter. På forvaltnings- og politisk niveau bør der ses på, hvordan sygehuset og dets optageområder kan understøttes i at tiltrække flere speciallæger.

### 5.2.1 Planer for de medicinske patienter

Som anført bør de medicinske patienters planer optimeres. Det kræver mere erfaren lægekompetence i Akutafdelingen. Den kan komme tre forskellige steder fra:

- Akutlægen. Denne er tilstede ca. fra kl. 8-15.30 og bør kunne give en del af vejledningen.
- Medicinsk bagvagt. Denne befinder sig efter kl. 16 overvejende på Kardiologisk afsnit. Hvis de kardiologiske patienter forblev i Akutafdelingen, indtil bagvagten havde set dem, ville det flytte bagvagten ned i Akutafdelingen.
- De medicinske speciallæger, som går stuegang/gennemgang. I dag er der nærmest en hermetisk afgrænsning mellem disse læger og de indlæggende yngre læger. Hvis de

medicinske speciallægers effektivitet blev øget under stuegangen, og der blev lavet planer til længere ud på aftenen, ville de reducere de medicinske speciallægers stuegangsbyrde, så at de kunne være mere til rådighed for de yngre indlæggende unge læger. Det foreslås derfor, at de medicinske stuegangsgående speciallægers tilstedeværelse øges i Akutafdelingen til ud på aftenen, og der bliver etableret en aktiv opfølgning på alle medicinske patienter og planlægning i dag-aftentimerne.

En kombination af akutlægens-, medicinsk bagvags- og de medicinske stuegangsgående funktioner kunne således optimere forløbene.

### 5.3 Behov for mere flow ved behandling af skadepatienter

I dag er der flaskehalsproblematikker i skadestuedelen. Det anbefales at sikre, at skadesporet altid er åbent. Dette kan gøres ved at:

- Frigøre skadelægen for opfølgning på skadekonferencen med indkaldelse af patienter og placere det hos en sekretær eller senior læge, afhængig af om der er tale om en ren indkaldelse til kontrol eller et fagligt indhold. Der er også mulighed for at øge antallet af læger i vagttiden med det nuværende rul.
- Antallet af rum kan øges ved at inddrage traumestuen, der står ubenyttet langt det meste af tiden.
- Behandlingskapaciteten kan øges ved at etablere et sygeplejehandlerspor, dvs. øge bemanningen eftermiddag/aften med én person. Det vil samtidig sikre, at skadesporet ikke går i stå ved røde patienter eller traumekald.

Det er en uheldsmæssig ressourceudnyttelse at anvende en kl. 14-22 vagt på en skadeklinik i Nakskov. Denne person ville være udnyttet bedre på Nykøbing Falster Sygehus.

### 5.4 Behov for mere ensartet kvalitet i triage og modtagelse

I dag kan andre følge med i triageringen. Dette kan virke uheldsmæssigt og potentielt krænkende for patienterne. Der er i dag også en praksis med at lægge en subjektiv vurdering ind over triageringen, hvis den triagerende sygeplejerske mener, en patient burde have en hurtigere eller langsommere service, end den objektive triagegrad tilbyder.

Det anbefales at etablere et mere aflukket område til triage, og triagen bør i højere grad standardiseres.

Sekretærens spot-triage bør formaliseres, så det er helt klart, hvem der bare kan sætte sig, og hvem der umiddelbart skal triageres af en sygeplejerske.

En aftale om "den gode modtagelse af den akutte patient" kan med fordel indføres i Akut2 og 3 – specielt når udgangspunktet for kompetencer er så forskelligt både hos de enkelte sygeplejersker, men også på grund af den store gruppe af social- og sundhedsassistenter.

Modtagelsen af de orange patienter kan med fordel ligge i Akut2 på stuer tæt på skadestuen, da man på den måde kan udnytte de høje kompetencer derfra. I spidsbelastninger vil man nemmere kunne hjælpe hinanden og udnytte alle kompetencer bedre. Det er ikke ønskeligt, at skadestuesygeplejersken skal for langt ind i afdelingen for at kunne hjælpe.

### 5.5 Behov for forbedringer i kvalitets- og samarbejdskulturen

Generelt er der behov for at skabe en kultur med mere tværgående samarbejde og fokus på kvalitet i patientforløbene. Her bør lederne være gode rollemodeller.

Det er en udfordring for kvaliteten og patientsikkerheden, at de yngre læger ind imellem oplever, at de reelt ikke kan ringe til deres bagvagt om aftenen og natten – særlig inden for det medicinske område, men også inden for ortopædkirurgien.

Der bør ledelsesmæssigt tages hånd om at vende kulturen, således at forvagterne reelt kan ringe til bagvagterne på alle tidspunkter.

#### 5.5.1 Overflytning til andre afdelinger

Den gennemførte audit tyder på, at der kan gøres mere på Nykøbing Falster Sygehus for at skabe en god samarbejdskultur om overgange.

Det foreslås, at alle patienter med bryst smerter ses i modtagelsen af en speciallæge eller medicinsk bagvagt, og kun de patienter med høj sandsynlighed for AMI sendes op i hjerteafsnittet. Der findes algoritmer for denne skelnen. Resten beholdes i Akutafdelingen.

Da der bør lægges planer for de medicinske akutte patienter i dag-aftenvagten, indebærer det også, at en kompetent læge tager stilling til, hvor længe indlæggelsen forventes at vare. Skønnes det at dreje sig om længere tid, end Akutafdelingen er dimensioneret til, bør disse patienter overflyttes til Medicinsk stamafdeling umiddelbart efter journaloptagelse og plan. Det hindrer uheldsmæssige og tidskrævende sektionsskift under indlæggelsen.

Der mangler tydelige aftaler om, hvad der skal til for at overlevere en patient. Det anbefales, at den medicinske visitator bruger sin adgang til den elektroniske oversigtstavle, så han har en fornemmelse af antallet af patienter i Akutafdelingen. Det er uklart, hvem der reelt tager beslutningen om overflytningen, og hvem der har "vetoretten". Det anbefales at hæve kvaliteten i overflytningerne ved at indgå en aftale om, hvilke parametre visitatoren har brug for til at få patienten det rette sted hen. Fx funktionsniveau, behov for ilt, antibiotika mm. Det er koordinatoren, der melder patienten op, og denne ved typisk ikke nok om patienten i forhold til de modtagende afsnits behov for information. Det anbefales, at dette afhjælpes med oplysninger om enkelte parametre fra den ansvarlige sygeplejerske.

Ved overførsler fra Intensiv afsnit til andre sengeafsnit er det i dag en udfordring, at de modtagende afsnit ikke sætter sig ind i de behandlingsplaner, der er lagt fra Intensivs side. Dette vurderes at udgøre et problem for patientsikkerheden, og det anbefales, at der arbejdes på at løse problemet.

## 5.6 Anbefalinger til øgning af kompetenceniveau

Undersøgelsen giver anledning til at konkludere, at der i en række kliniske afdelinger i huset ikke i tilstrækkelig grad satses på kvalitet i plejegruppen. Ud fra et kvalitetshensyn bør der ansættes flere erfarne sygeplejersker, når der er ledige stillinger, og der bør være kompetenceudviklingsrutiner.

I Akutafdelingen bør der arbejdes med at højne plejegruppens basiskompetencer i modtagelse og pleje af akutpatienter.

Der bør over tid satses på sygeplejersker på alle plejestillinger i Akutafdelingen.

Alle sygeplejersker (og social- og sundhedsassistenter) bør opbygge fælles basiskompetencer og bør kunne modtage alle patienttyper i både Akut2 og 3.

Som beskrevet i foregående kapitel er søjlerne fra huset ført direkte ned i Akutafdelingen med den nuværende organisering. Øgningen af de generelle akutmedicinske kompetencer bør ske ved en udligning af disse søjler. Der kan være organisatoriske hensyn at tage, som betyder, at nogle patienter med fordel modtages det ene sted, men dette behøver ikke få indflydelse på kompetencerne, hvis personalet har vagter i både Akut2 og 3.

Kompetencer inden for plejegruppen kan opbygges trinvis med basiskompetencer og særlige kompetencer inden for orange/røde patienter, koordinatorrollen, triage, behandlersygeplejerske, visitator mm. Kompetenceøgningen kan med fordel tilrettelægges i eget område og kan foregå 'in house'. Det bør overvejes, om der skal være sygeplejersker i området, der får en særlig rolle i forhold til kompetenceudviklingen i klinisk praksis i et tæt samarbejde med udviklingssygeplejersken, afdelingssygeplejerskerne, akutlægerne og afdelingsledelsen. Vigtigheden af ledelse tæt på medarbejderne i en sådan opbygningsfase bør ikke underkendes, og derfor har afdelingssygeplejerskerne en særlig rolle.

Ud fra de eksterne klinikers erfaring anbefales det at iværksætte denne proces og planlægge den nøje med en række veldefinerede delmål:

- Kompetenceudvikling: Alt personale på Akut1-3 bør have et fælles basalt kompetenceniveau, så man har samme tilgang til, samme sprog omkring og samme behandlings- og plejeregimer omkring den akutte patient. Der er gode erfaringer med at blande de forskellige personalegrupper i et fælles velbeskrevet kursus, lade ambitionsniveauet være højt så der skabes en "akutfaglig identitet" og stille krav til personalet om at kunne demonstrere deres nye viden gennem teoretiske og praktiske prøver, som skal bestås.
- Akut2 og Akut3 bør arbejde tættere sammen og hjælpe hinanden med at øge kompetenceniveauet. Den kulturelle og faglige sammensmeltning kan stimuleres gennem fælles vagtplanlægning og ledelse, ligesom de synlige og psykologiske skel mellem de to afsnit over tid bør fjernes.
- Akut1 har en række opgaver, som er forskellige fra Akut2 og Akut3 og en anden kultur. Dette kan kun ændres

langsomt, og det er vigtigt, at den specifikke faglighed på skade-traumeområdet ikke forringes. Det vurderes ikke at være hensigtsmæssigt, at Akut1 personalet arbejder i Akut2 og Akut3 området i nær fremtid. Den fælles identitet som én akutafdeling kan derimod styrkes.

Eksempler på tiltag, der kan styrke den fælles identitet, er:

- Gennem samarbejde om den initiale håndtering af de orange/røde patienter, hvor personalet kan hjælpe hinanden efter klare retningslinjer.
- Gennem ændret arbejdsform for de to afdelingssygeplejersker.
- Gennem en fælles pulje af sygeplejersker med særlige kompetencer (triale, koordinatore, behandlersygeplejersker).
- Gennem fælles uddannelse.
- Lægerne fra de forskellige afdelinger bør have arbejdspladser sammen, og der bør udpeges speciallæger fra de enkelte specialer med særligt ansvar for Akutafdelingen, som overvejende har deres arbejdsfunktioner i Akutafdelingen, således at forholdsvis få speciallæger har deres faste arbejde dér og lærer hinanden godt at kende.

## 5.7 Kritisk syge patienter/intermediærafnsnit

Nykøbing Falster Sygehus bør overveje, om det ville være hensigtsmæssigt at etablere et antal senge som øget observations-senge, hvor normering, kompetenceniveau og overvågningsudstyr er afpasset med opgaven. Det er indtrykket, at patienter med et øget observationsbehov i dag kan være svære at placere og ligger spredt i hele sygehuset, og de kunne samles ét sted. For at dette skal kunne blive en succes, kræver det entydig ledelse af sengene samt gode samarbejds- og visitationsaftaler.

Den nuværende overvågning af patienterne i Akutafdelingens Akut2 fungerer ikke optimalt. Der bør arbejdes med brugen af alarmer i overvågningen.

Der bør ligeledes arbejdes med at implementere bedre rutiner for opfølgning på skæve BOS-værdier.

## 5.8 Behov for mere tydelig ledelse af det akutte arbejde

Undersøgelsen giver anledning til at vurdere, at den daglige ledelse af arbejdet i Akutafdelingen ikke fungerer optimalt – hverken på den lægelige eller plejemæssige side. Der er behov for mere faglig ledelse. Der er fx behov for, at det ledelsesmæssigt tydeliggøres, hvad der er god sygepleje i Akutafdelingen. Der er også behov for mere faglig ledelse med fokus på læring i dagligdagssituationer. Ligesom der generelt er behov for at øge den faglige stolthed.

Ledelsesopgaverne på afsnitsniveau bør redefineres. Som det foregår nu, er de traditionelle ledelsesstrukturer ført med i Akutafdelingen, og dette kan fastholde den traditionelle søjletænkning.

Der er behov for en øget styring af modtagelægernes arbejdsindsats, som i dag varetages af den sygeplejefaglige koordinator i praksis. Det foreslås, at akutlægen aktivt leder det

samlede medicinske, ortopædkirurgiske og organkirurgiske vagthold i dagtiden, og specialerne leder i vagttiden.

Det anbefales at flytte afdelingsledelsens kontorer ind i Akutafdelingen for at skabe mere synlig ledelse. Det samme gælder akutlægenes og udviklingssygeplejerskens kontorer. Når disse personer er i en helt anden bygning, virker det distancerende til medarbejderne. Særligt akutlægerne skal være tæt på for at være tilgængelige og opnå øget legitimitet hos andre seniore læger, der kommer i området.

Ud over styrkelsen af den interne ledelse i Akutafdelingen er det essentielt, at hele Nykøbing Falster Sygehus' afdelingsledelsesgruppe og direktion er enige om at mødes regelmæssigt og med fokus på implementeringsopgaven: At skabe et akuthospital. Auditteamet har erfaring for, at for at det skal lykkes med en ny akutstruktur, skal hele sygehuset have følelsen af ansvar for succes. Samtidig er det vigtigt, at det er ledere på samme niveau, der mødes, så der kan træffes beslutninger, der kan effektueres. ■





## Litteratur

---

- (1) Holm-Petersen C. Fremtidens arbejdstilrettelæggelse for speciallæger på fælles akutmodtagelser. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- (2) Kvalitetsenheden. HSMR relateret morsaudit Nykøbing Sygehus 10.10. 2011. Nykøbing Falster: Sygehus Syd; 2011.
- (3) Sygehus Syd. Sygehus Syd Driftsaftale. Ortopædkirurgisk Afdeling Nykøbing. Nykøbing: Sygehus Syd, Region Sjælland; 2012.
- (4) Akutafdelingen. Opgavebeskrivelse for Koordinerende Sygeplejerske i Akutafdelingen på Nykøbing Falster Sygehus. Version 1.2. Godkendt maj 2012 af HBJO/TJHA. Nykøbing Falster Sygehus: Region Sjælland; 2012.
- (5) Nykøbing Falster Sygehus. Oversigt over ti kerneårsagsanalyser 2011-2012. [Nykøbing F.]: [Nykøbing Falster Sygehus]; [U.å.].
- (6) Region Sjælland. Sundhedsprofilen 2010. Resultaterne 2010 - fuld rapport. Available at: <http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/sundhedsprofilen-2010/resultaterne-fuld-rapport/Sider/default.aspx>. Accessed 29. aug., 2012.
- (7) Ipsen HL. Akut patientforløb. Fælles akutmodtagelse, Nykøbing. Version 1. Godkendt af TJHA 09.06. 2011. Nykøbing F.: Nykøbing Falster Sygehus; 2011.
- (8) Van Eaton E. Handoff improvement: we need to understand what we are trying to fix. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2010 February 2010;36(2):51.
- (9) Wandall JH, Knudsen TE. Inspektorrapport, Medicinsk Afdeling, Nykøbing Falster Sygehus, 7. juni 2010. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
- (10) Akutafdelingen. Funktionsbeskrivelse for akutlæge. Version 01. Godkendt 9. maj 2012 af Hanne Jørsboe. Nykøbing Falster Sygehus: Region Sjælland; 2012.
- (11) Koncern HR Organisation, Ledelse og Procesoptimering. Sideordnet Ledelse - en mulighed for at styrke ledelse af store afsnit. Aarhus: Region Midtjylland; 2012. ■