

På vej mod fælles ledelse af de akutte patientforløb i det døgnåbne akuthospital

Kåre Jansbøl

I disse år pågår en omfattende forandring af det danske sundhedsvæsen. Forandringerne sigter mod at forbedre og effektivisere patientforløb gennem reorganisering af hospitalsvæsenets specialiserede indsatser.

Et centralt element i de samlede planer for sundhedsvæsenets ændring er reorganiseringen af de akutte patientforløb. Færre hospitaler skal modtage de akutte patienter, og på disse hospitaler skal en enkelt afdeling – den fælles akutmodtagelse – modtage alle akutte patienter. Akutmodtagelserne skal håndtere modtagelse og initial behandling af de akutte patienter samt overlevere de patienter, som skal behandles på specialeafdelinger, til rette afdeling.

Det kræves af akuthospitalerne, at de medvirker til omfattende forandringer. Etablering af nye akutmodtagelser og samarbejde på tværs af afdelingerne omkring de akutte patienter er store opgaver, som rummer en række komplekse ledelsesmæssige udfordringer. Problemstillingerne rækker fra udfordring af stærke kulturer, over traditionelle fusionsudfordringer, til rekrutteringsproblemer og behov for nytænkning af de økonomiske incitamentsstrukturer i sygehusvæsenet.

Udfordringerne

Regioner, hospitalsledelser og akutafdelingsledelser er i den forbindelse stødt på en række udfordringer. Dette fremgår blandt andet af rapporten "Ledelse af akutte patientforløb", som KORA udgav i september 2013. Rapporten har seks hospitaler med akutmodtagelser som case og bygger blandt andet på interviews med de centrale aktører om deres udfordringer. Rapporten indeholder en række bud på, hvordan de forskellige aktører på området kan arbejde med udfordringerne. Rapporten og det interventionsprojekt, som rapporten beskriver, er overvejende finansieret af en bevilling fra Videncenter for

Velfærdsledelse. Dette debatoplæg bygger på konklusioner og anbefalinger fra rapporten.

Mange af de interviewede anerkender, at en af de primære udfordringer i det gamle system var, at patienterne i vid udstrækning blev modtaget af en mindre erfaren læge, og at speciallægen først på et senere tidspunkt blev involveret. Men især flere af de interviewede repræsentanter for specialeafdelingerne bekymrer sig for, om den nye organisation betyder, at de patienter, der plejedes at komme direkte i specialafdelingen, vil få ringere behandling i en akutmodtagelse.

En anden central udfordring hænger sammen med den respekt for specialer og specialisering, som er fremherskende i lægeverdenen. Akutlægerne er en ny faggruppe, der skal etablere sig i en verden, hvor det er specialisering, der gælder, og hvor specialisering har medført det privilegium, at man får færre vagter på umage tidspunkter. Akutlægekonceptet bryder med dette. Rapporten peger på, at der, i hvert fald nogle steder, fortsat er behov for at forbedre akutlægernes faglige anerkendelse blandt kollegerne i de andre afdelinger. Manglen på faglig anerkendelse gør det vanskeligt at rekruttere speciallæger til akutmodtagelserne. Rekrutteringsproblemerne bliver ikke mindre af, at der kun er få læger, der har opnået den relevante efteruddannelse i det særskilt akutte.

Det forhold, at en række akutmodtagelser kun i begrænset omfang har egne læger, er en hovedproblemstilling både i forhold til at få speciallægerne involveret tidligere i patientforløbene og i forhold til at tilrettelægge mere effektive patientforløb. Samtidig giver etableringen af akutmodtagelserne også udfordringer for de øvrige afdelinger på de medvirkende hospitaler, som både mister ledelsesautoritet i forhold til dele af plejepersonalet og i forhold til egne læger, der udlånes til vagter i akutmodtagelsen.

Undersøgelsen peger også på, at en række af de incitamentsstrukturer, der er bygget op omkring hospitalerne generelt, virker dårligt eller direkte kontraproduktivt i forhold til forventningerne om mere samarbejde på tværs omkring de akutte patienter.

Regioner, hospitals- og afdelingsledelser står altså over for mange og komplekse problemstillinger i forbindelse med omstillingen af sundhedsvæsenet. I det følgende fremhæver vi en række områder, hvor de forskellige aktører kan gøre noget.

Fælles mål og kulturforandring

Først og fremmest er det vigtigt, at region og hospitalsledelse bliver meget tydelige om målsætningerne med de samlede ændringer i akut-hospitalerne. Hvor ændringerne i vid udstrækning startede som et kvalitetsprojekt, der handlede om at skabe bedre og mere sikre akutte patientforløb, viser en anden KORA-undersøgelse, "Kvalitet og mål i akutmodtagelser", at dagsordenen hurtigt er blevet domineret af fokus på effektivitet.

Høj kvalitet og effektivitet for de akutte patientforløb er gode og legitime grunde til at ønske forandring. Det er vigtigt, at de centrale, strategiske aktører på alle niveauer holder fast i dette og har både kvalitet og effektivitet som udgangspunkt for kommunikation om forandringerne.

Der er i Danmark mange års tradition for at lade de mindre erfarne læger stå i første række. Deltagelse i de akutte forløb bliver ikke attraktivt af sig selv eller lige med det samme. Ledelsen på regionsniveau, på hospitalsledelsesniveau og af afdelingsledelsesniveau har alle en opgave i forhold til at arbejde bevidst med en ændring af kulturen. En måde at gøre lægearbejdet i akutmodtagelsen mere attraktivt på er at tydeliggøre, hvordan tidlig og korrekt afklaring af patienternes sygdomsbillede spiller ind på både patientoplevelse og udkomme.

I den forbindelse er det vigtigt, at hele akuthospitalet involveres i en diskussion af, hvilken rolle de nye akutmodtagelser og deres læger og øvrige personale skal spille i de akutte patientforløb. Hvordan og hvornår skal lægerne i akutmodtagelserne sikre, at patienterne hurtigt møder den

rette kompetence, og hvornår er det hensigtsmæssigt at inddrage specialistviden fra de øvrige afdelinger på hospitalet? Skal lægerne i akutmodtagelsen primært fungere som ledere af de akutte patientforløb, eller skal de også være behandlere og selv varetage en række af de lægefaglige opgaver i akutmodtagelsen? Her spiller hospitalsledelserne en særlig rolle – både i forbindelse med at få skabt og understøttet de lokale processer og i forbindelse med at sikre de konkrete omfordelinger af ressourcerne, som den nye organisering af patientforløbene lægger op til.

Struktur og samarbejde

Konkret samarbejde mellem akutmodtagelserne og de øvrige afdelinger om kliniske retningslinjer, plejeplaner mv. understøtter samarbejde og fælles forståelse for opgaverne. Klinikere, der har medvirket i undersøgelsen, peger også på, at gensidige besøg på hinandens afdelinger kan give stort udbytte.

Forandningsprocessen kan også understøttes ved hjælp af struktur. Konkret kan lokale strukturer opbygges, så de understøtter fællesskab om patientforløbene. Overordnet har en række af interviewpersonerne fra undersøgelsen gode erfaringer med etablering af fælles ledelsesstrukturer, hvor alle relevante afdelingsledelser med hospitalsledelsen for bordenden mødes og diskuterer, hvordan man skaber de bedste akutte forløb på tværs i hospitalet. Man kan også forsøge sig med fællesskab om senge og plejepersonale. Endelig kan man inddrage erfaringerne fra en række forskningsprojekter omkring relationel koordinering, hvor der arbejdes med systematisk og nøje koordineret at bringe relevante parter sammen i styrede forløb om konkrete opgaver med udgangspunkt i gensidig respekt for den enkeltes faglighed. Erfaringerne peger på, at velovervejede møde- og samarbejdsfora med stramt styrede dialog kan skabe godt samarbejde på tværs af afdelings- og faggrænser. Man kan også oprette delestillinger, hvor læger kan have en del af deres ansættelse i akutmodtagelsen og en del i en anden afdeling.

Incitamentsstrukturer og ledelse

Regioner, hospitalsledelser og afdelingsledelser er traditionelt underlagt en kombination af rambestyring og DRG, idet økonomien på området både er afhængig af de overordnede bevillinger

og af den faktiske aktivitet. Denne type incitamenter er typisk ikke opbygget med henblik på at understøtte ledelse og samarbejde på tværs af afdelinger. Rapporten om Ledelse af akutte patientforløb peger her på behovet for, at der regionalt og lokalt arbejdes på at udvikle incitamentsstrukturer, som i højere grad understøtter den overordnede målsætning om bedre og hurtigere akutte patientforløb. Det kan for eksempel handle om servicemål, mål for effektivitet i samarbejdet og mål for patienttilfredshed. Eller der kan ses på det samlede resultat for flere samarbejdende afdelinger i stedet for at se på afdelingerne hver for sig.

Samtlige interviewede akutafdelingsledelser peger på nødvendigheden af at have egne speciallæger ansat i akutmodtagelsen. Kun på den måde kan man sikre den ønskede kulturændring og styrke den kliniske ledelse af de akutte patientforløb. Men etablering af et selvstændigt speciallægevagtag i akutmodtagelsen koster penge, og da omstillingsprocessen sker i en tid, hvor hele den offentlige sektor er under pres, forventes omstillingen at ske uden tilførsel af midler. Det stiller store krav til hospitalsledelserne, der er garanter for hele hospitalets drift og skal sikre den daglige produktion, samtidig med at der flyttes ressourcer mellem afdelinger.

Fagpolitik og overenskomster spiller også en rolle i forbindelse med ændring af arbejdsgangene på akuthospitaler. De seneste overenskomster åbner muligheder for at involvere speciallægerne i vagter på skæve tidspunkter. Samtidig er overlægerne ledelsesrolle understreget. Regioner, hospitalsledelser og afdelingsledelser har dermed fået bedre redskaber til – i samarbejde med overlægegruppen – at prioritere den kliniske ledelse af de akutte patientforløb og sikre, at den relevante ekspertise er tilgængelig hele døgnet.

Alle ovennævnte initiativer stiller store krav til mod og handlekraft hos de involverede ledere, ikke mindst på hospitalsniveau. På regionsniveau kan man understøtte processerne ved tæt og hyppig dialog med hospitalsledelserne om udviklingen og ved at udvise en vis risikovillighed i forhold til udsving i produktion, arbejdsklimaundersøgelser og patienttilfredshedsmålinger.

Uddannelse og rekruttering

I forhold til rekruttering af personale har aktørerne på de forskellige niveauer også forskellige handlemuligheder. En særlig problemstilling handler om rekruttering af læger.

Diskussionen om et muligt selvstændigt speciale i akutmedicin er vigtig for rekrutteringsproblematikkerne. Der er argumenter både for og imod. Men forfatterne til rapporten om Ledelse af akutte patientforløb peger på etablering af et selvstændigt speciale som et middel til løsning af både ønsket om at bevirke en gennemgribende kulturændring og problemer med rekruttering. Her ligger initiativet hos aktører på nationalt niveau.

Men man kan også arbejde med rekrutteringsudfordringen på regionalt og hospitalsledelsesniveau. Her er der mulighed for at prioritere uddannelse for både færdiguddannede speciallæger og for læger under uddannelse. Færdiguddannede speciallæger kan tilbydes efteruddannelse, for eksempel konkret i form af fagområdeuddannelse i akutmedicin. For læger under uddannelse kan der tilrettelægges forløb, som indebærer, at en del af uddannelsen foregår i akutmodtagelsen. Man kan etablere særlige spor og kombinere en traditionel speciallægeuddannelse, for eksempel i almen medicin, med en fagområdeuddannelse i akutmedicin. Lægerne kan så tage forløbene sideløbende, således at de ved afslutning af speciallægeuddannelsen også har en fagområdeuddannelse. Samtidig kan man nedsætte lokale arbejdsgrupper, som identificerer og udvikler lokale eller regionale initiativer, der kan gøre ansættelse på akutområdet mere attraktiv.

Uddannelse kan også understøtte den overordnede udfordring med at skabe kulturforandring. Man kan udvikle ledelsesuddannelser rettet til de problemstillinger, som afdelingsledelser, speciallæger og afdelingssygeplejersker har i forbindelse med ledelse på tværs af den traditionelle afdelingsstruktur.

Afsluttende bemærkninger

Som afsluttende bemærkninger vil jeg henvise direkte til rapporten om Ledelse af de akutte patientforløb med et citat fra rapportens sidste side:

De forandringer, som akutkonceptet lægger op til, griber ind i dagligdagen for store dele af hospitalspersonalet, og der er mange forskelligrettede interesser i feltet. Komplexiteten i implementeringsopgaven kalder på forankring på højt strategisk niveau. Løbende ledelsesmæssigt fokus og tæt dialog mellem den strategiske ledelse af regionernes sundhedsindsats og hospitalsledelserne i den enkelte region om fremdrift og udfordringer i processen er derfor essentiel for den videre fremdrift forhold til realisering af akutkonceptet.

Processerne stiller også krav til både de nationale sundhedsmyndigheder, regioner og hospitalsledelser om risikovillighed og tålmodighed. Det er en kompliceret og langvarig øvelse, der er sat i gang, og omstillingsprocesserne kan forstyrre den daglige drift og spille ind på DRG og produktion. Selvom strukturerne laves om, varer det formodentlig længe, før også kulturen på hospitalerne understøtter akutkonceptet.

Som ovenstående anbefalinger viser, er der en række områder, der også i årene fremover skal arbejdes med, hvis hospitalsvæsenet skal kunne sikre alle akutte patienter hurtige patientforløb, hvor de uden forsinkelse mødes af den rette kompetence uanset sted og tid på døgnet. Skal vi med udgangspunkt i erfaringerne fra denne undersøgelse pege på de tre væsentligste pointer, må det være: Sæt mål og følg op, prioritér etablering af et selvstændigt speciale i akutmedicin og insistér på, at effektive akutte patientforløb er et anliggende for hele hospitalet.