

## **Fælles Akutmodtageenheder (FAME) i Region Midtjylland - Konceptbeskrivelse**

### **Formål**

Formål med etablering af Fælles Akutmodtageenheder (FAME) er at sikre, at modtagelse og primær behandling af akutte patienter, der modtages på akuthospitaler<sup>1</sup> i Region Midtjylland foregår i et akut behandlingssystem baseret på høj kvalitet, sikkerhed, patienttilfredshed og effektivitet.



Dato 20.11.2008  
Lars Hyldgaard Olesen  
Tel. +45 8728 4848  
lars.olesen@stab.rm.dk

### **Baggrund**

Den 24. oktober 2007 har Regionsrådet for Region Midtjylland vedtaget en plan for akutfunktionen i regionens sundhedsvæsen. Af Akutplanen fremgår, at Region Midtjylland vil samle akut modtagelse af patienter i FAME efter diagnostik- og behandlingsmodellen. Det fremgår endvidere, at modtagelse, primær diagnostik og behandling af akutte patienter er en specialisopgave samt at denne bør varetages af speciallæger med særlig ekspertise inden for det akutte område. Akuthospitalerne skal ligeledes have speciallæger i tilstedeværelsesvagt døgnet rundt. Dermed tilslutter Regionsrådet sig Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende det akutte beredskab<sup>2</sup>.

Side 1

Akutplanen udgør en stor reform for sundhedsområdet i Region Midtjylland. Der vil gå flere år, således som også Sundhedsstyrelsen forudsætter<sup>3</sup>, inden elementerne i akutplanen kan forventes at være dagligdag på de fremtidige akuthospitaler. Derfor skal den nærværende beskrivelse af FAME betragtes som det udviklingsmål, det vil være hensigten at nå frem til. Hvert akuthospital vil skulle konkretisere planlægningen for en implementering, så målsætningerne realiseres mest hensigtsmæssigt. Udformningen bliver derved tilpasset de lokale forudsætninger og muligheder.

---

<sup>1</sup> RH-Horsens, ÅUH-Århus, RH-Randers, RH-Viborg og RH-Vest (Herning)

<sup>2</sup> "Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen", Sundhedsstyrelsen 2007

<sup>3</sup> "Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen", Sundhedsstyrelsen 2007

Til implementering af akutplanen er der etableret en projektorganisation, som gennemfører i alt otte delprojekter. Beskrivelse af FAME-konceptet og patientflow er et af disse delprojekter. Delprojektet har en naturlig berøringsflade med flere af de øvrige delprojekter, og klarlægningen af patientflow i FAME er direkte grundlag for dimensioneringen af FAME, som ligeledes er et selvstændigt delprojekt.

I forbindelse med udarbejdelsen af regionens akutplan nedsatte sundhedsstaben i juni 2007 en arbejdsgruppe (Akutgruppen) med henblik på at foretage en nærmere analyse og beskrivelse af den sundhedsfaglige bemanning m.v. ved de kommende FAME ved de fremtidige akuthospitaler (Horsens, Århus, Randers, Viborg og Vest). Analyserne og anbefalingerne fra akutgruppen danner grundlag for konceptbeskrivelsen af FAME. Akutgruppen omfatter repræsentanter for hospitalsledelser, sundhedsstaben samt repræsentanter for læge- og sygeplejefaglige områder af relevans for akutmedicin i Region Midtjylland. Akutgruppens deltagere er anført i bilag 1.

Akutgruppen har fundet det nødvendigt at opnå enighed om en fælles model for FAME som grundlag for en efterfølgende beskrivelse af forhold omkring bemanning og uddannelse af personalet. Akutgruppen har derfor udarbejdet en generel model for FAME's struktur og organisering. Denne model giver en fælles referenceramme for beslutninger vedrørende ledelse, bemanning og kompetencer for personalet i de kommende FAME's i regionen. Materialet fra Akutgruppen har været i høring hos relevante specialråd, Det regionale sygeplejefaglige råd, Psykiatriens Strategiske Ledelsesgruppe og Lægekredsforeningen for Region Midtjylland. Høringssvarene er indarbejdet i nedenstående konceptbeskrivelse for den fremtidige organisering af FAME på fem af regionens hospitaler.

Region Midtjylland har i fællesskab med Region Nordjylland benyttet sig af et konsulentteam fra Harvard Medical Faculty Physicians (HMFP), Boston, USA (Harvard-gruppen), som har påpeget behov og muligheder for kvalitetsudvikling inden for en række områder, herunder uddannelsen i akutmedicin, organisation inden for det akutmedicinske område og en forøget dokumentation og dataregistrering i hele akutkæden. Harvard-gruppen har udarbejdet en rapport med anbefalinger<sup>4</sup>. Et dansk bearbejdet resumé af rapporten foreligger.

Nærværende konceptbeskrivelse blev godkendt af Strategisk Sundhedsledelsesforum den 20. november 2008.

### **En modelskitse for FAME i Region Midtjylland**

Akutgruppen fremlagde med udgangspunkt i nedenstående model en række anbefalinger vedrørende organisation, ledelse, bemanning og uddannelse af personale i forbindelse med FAME. Det er hensigten, at beskrivelsen kan anvendes af hospitalsledelser som udgangspunkt for vurdering af bygningsmæssige behov og apparaturanskaffelser samt organisering af berørte dele af hospitalet i øvrigt.

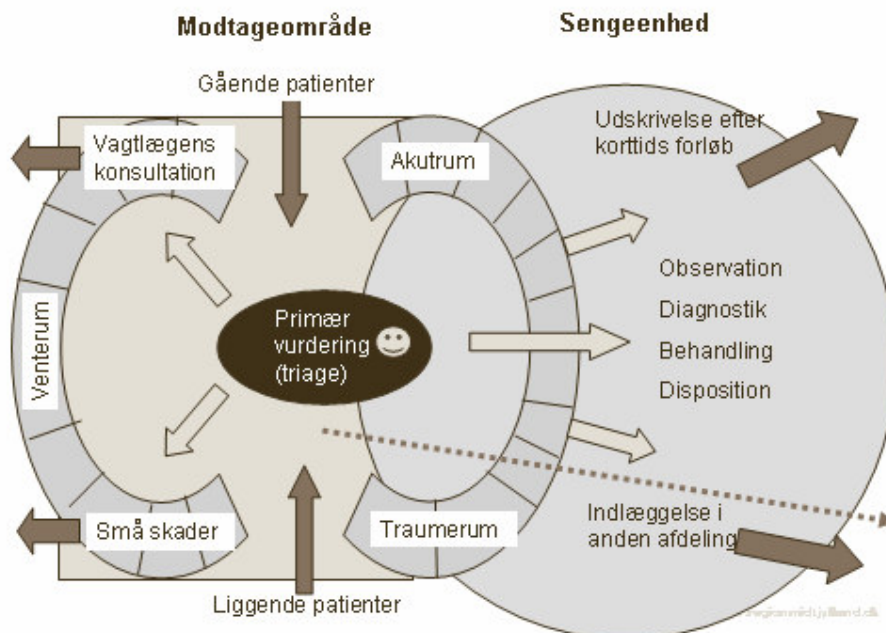
Som en væsentlig del af akutplanen har FAME-konceptet til formål at skabe rammerne for, at hospitalerne kan indrette FAME, så borgere med akutte lidelser kan diagnosticeres kvalificeret og hurtigt med henblik på at opnå den rette behandling til den rette tid. I et tæt samarbejde

---

<sup>4</sup> "Report on the Emergency Care System in Region Midtjylland":

<http://www.rm.dk/files/Metteb/Diverse%20rapporter%20og%20dokumenter/Report%20on%20the%20Emergency%20Care%20System%20in%20Region%20Midtjylland.pdf>

med præhospitalet (den præhospitale organisation), den praktiserende læge (PL)/vagtlægen (VL) og psykiatrien er det hensigten, at FAME med hospitalets specialafdelinger udgør et *Single Point of Entry* for den akutte patient. Herfra skabes forudsætningerne for, at patienten indgår i et veltilrettelagt, sammenhængende patientforløb.



**Figur 1.** Modellskitse for Fælles Akut Modtageenheder (FAME) i Region Midtjylland

Af modellskitzen fremgår det, at FAME omfatter flere dele, der tilsammen udgør et samarbejdende hele. Centralt i enheden ligger modtageområdet, hvor den primære opgave er en umiddelbar vurdering af patientens status og behov for at fastlægge hastegrad (triage). Herefter foretages enten umiddelbar behandling i traumerum, akutrum eller behandlerum (behandling af små skader) eller intern visitation til FAME's underafdelinger (sengeenheden), afdelinger med specialer, der ikke er repræsenteret i FAME eller visitation til vagtlægen, som er fysisk integreret i FAME, men fortsat fungerer selvstændigt. Der kan være forhold på de fem akuthospitaler, der nødvendiggør en tilpasning af modellen lokalt.

FAME vil tage imod patienter henvist akut til indlæggelse med få undtagelser. Patientgrupper, der går udenom FAME og direkte til anden afdeling, er patienter med åben indlæggelse (fx terminale kræftpatienter), patienter akut indlagt via afdelingens egne ambulatorier (afhængig af tilstand), overførsel mellem hospitaler (afhængig af tilstand), præhospitalt diagnosticerede kardiologiske interventionspatienter og kvinder i fødsel. Lokalt kan det besluttes, at børn indlægges direkte i børneafdeling.

*Visitation*

Visitation består af henvisningssystemet, evalueringssystemet og disponeringssystemet. Det er besluttet i akutplanen, at der i forbindelse med hver FAME etableres en hospitalsvisitation, som evaluerer og disponerer. Hospitalsvisitationen understøtter, at der i visitationsfasen rådes over den vifte af specialistkompetencer, der er nødvendigt for at sikre det faglige grundlag for en

korrekt og effektiv visitation af patienterne. Fra hospitalsvisitationen visiteres indad på hospitalet.

Alle akutte indlæggelser på hospitalerne i Region Midtjylland skal ske efter aftale med hospitalsvisitationen på en af de fem FAME. Visitor på den enkelte FAME afgør, om der kan ske indlæggelse direkte på specialeafdeling, om der kan ske indlæggelse på et hospital uden FAME, eller om patienten skal via FAME. Som et selvstændigt delprojekt under akutplanen udarbejdes retningslinjer for visitation af den akutte patient.

Der er under Strategisk Sundhedsledelsesforum nedsat en arbejdsgruppe, der har undersøgt mulighederne for en samordning af VL-telefonen, skadestuevisitationen, vagtcentralen og Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK) i et Akut Kommunikations Center (AKC), som vil udgøre den væsentligste del af henvisningssystemet. Denne arbejdsgruppe foreslår ligeledes, at der i tilknytning til hospitalsvisitationen oprettes et visitationssekretariat, der har til opgave elektronisk at opdatere de modtagende afdelingers beredskaber, patientmeldinger samt sørge for kommunikationen internt i forhold til hospitalsafdelingerne. Hermed fremmes mulighederne for hurtigt at danne sig et samlet overblik over patientstrømme, de tilgængelige ressourcer og kapacitet på regionens hospitaler. Hospitalsvisitationen og AKC vil spille sammen som en del af den integrerede model for akutsystemet i Region Midtjylland<sup>5</sup>.

#### *Modtagelse i FAME*

I det forreste afsnit i FAME skal også være faciliteter til den første stabiliserende behandling af de mest kritisk syge, f.eks. traumepatienter umiddelbart ved ankomsten. Efter på forhånd aftalte principper og kvalitetsstandarder for akutte patientforløb tilkaldes relevante teams (traumeteam, anæstesiologisk akutteam, hjerteteam osv.) for, sammen med vagthavende akutlæge og plejepersonale, at vurdere, observere og behandle den akutte patient.

Forudgående meldinger fra det præhospitale system eller vagtlægen om patientens tilstand på vejen til akutmodtagelsen vil sætte akutlægen i stand til at orkestrere den mest hensigtsmæssige behandlingsindsats for kritisk syge patienter i denne tidlige fase af behandlingsforløbet. Overdragelse af behandlingsansvaret til anden specialiseret afdeling vil foregå på dette tidspunkt, når fortsat behandling under indlæggelse i specialafdeling er det bedste valg.

De fleste korttidsforløb samt afklaring af de mindre kritisk syge patienter vil foregå i FAME, enten i et afsnit for mindre skader eller i akutmodtagelsens sengeenhed. Akutgruppen anbefaler, at Lægevagten integreres fysisk i alle FAME. En fysisk integration af Lægevagten i FAME kan sikre mod dobbeltdiagnostik og -udredning af mange patienter. Herudover vil triagefunktionen i FAME kunne visitere eventuelle selvhenvendte til Lægevagten. En fordel ved, at Lægevagten fysisk integreres i FAME, er endvidere, at patienter hurtigt vil kunne tilses af hospitalslæger, hvis deres situation skulle forværres. Endvidere er det en fordel, at Lægevagten vil kunne få assistance fra personale i FAME, samt at personale fra FAME vil kunne holde tilsyn med patienter, der venter på konsultation i Lægevagten.

---

<sup>5</sup> Se endvidere "Rapport fra arbejdsgruppe vedr. undersøgelse af mulighederne for at samordne skadestuevisitation, vagtcentral og Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK)"

Det forventes at der etableres fælles lokaler og udvidet samarbejde på hospitaler med FAME, men et lignende samarbejde forventes også etableret på hospitaler uden FAME. Her integreres Lægevagten i Akutklinikken.

I forbindelse med modtageområdet anbefales det ligeledes at indrette rum for ventende patienter, samt rum til pårørende.

#### *Akutte patienter med psykiatriske problemstillinger*

Akutgruppen anbefaler, at psykiatrisk skadestue og modtagelse af akutte psykiatriske patienter integreres i FAME. Baggrunden herfor er, at mange psykiatriske patienter også har somatiske problemstillinger, og at mange henvendelser i somatisk skadestue indeholder psykiatriske problemstillinger<sup>6</sup>. En tættere integration med umiddelbar mulighed for samarbejde inden for samme lokalitet kan derfor føre til løsning af flere problemstillinger i grænsefladen mellem somatik og psykiatri uden unødige forsinkelser og uden den barriere, som henvisninger mellem somatik og psykiatri indebærer. Arbejdsgruppen vedrørende psykiatribetjening i akutcentret på Det Nye Universitetshospital peger blandt andet på følgende fordele<sup>7</sup>:

- Bedre behandling af patienter med fælles problemstillinger, idet der skabes optimale muligheder for erfaringsudveksling og bredere blik for de fælles sygdomsmæssige problemstillinger.
- Etablering af et fælles miljø omkring visitationssengene giver optimale muligheder for et samlet behandlingstilbud for forgiftnings- og misbrugspatienter.
- Tilstedeværelse af psykiater vil give optimale muligheder for at sikre løbende rådgivning og uddannelse af personalet i den grundlæggende håndtering af de fælles patienter.
- Psykiatere vil ligeledes kunne bidrage med krisehjælp til somatisk tilskadekomne.

Det er væsentligt, at den fysiske indretning af modtageområdet ligeledes tager højde for tilstedeværelsen af psykiatriske patienter.

Det er akutgruppens opfattelse, at en egentlig integration af den psykiatriske akutmodtagelse i FAME vil være et mærkbart kvalitetsløft for borgerne. Her vil det være gældende, at en del psykiatriske patienter, der er velkendte, vil få deres akutte problemstillinger løst i ambulans psykiatrisk regi, som det er tilfældet for velkendte patienter med somatiske problemstillinger. Eventuel akut indlæggelse af psykiatriske patienter kan ligeledes foregå direkte på psykiatrisk sengeafsnit uden om FAME. Det er derfor ikke alle akutte psykiatriske patienter, som fremover skal håndteres via FAME.

#### *FAME's sengeenhed*

Sengeenheden svarer til og viderefører funktioner i de nuværende akutafsnit MVA/AMA (akut medicinsk afsnit), AHA (akut hjertemedicinsk afsnit), KVA (akut kirurgisk afsnit), TVA (traumatologisk akutafsnit), psykiatrisk modtagelse og lignende. Sengeenheden er en samlet enhed, men kan være delvist opdelt i flere sektioner med hver sit specialeområde, hvor patienter indlægges til vurdering og fortsat observation og behandling, herunder klargøring til

---

<sup>6</sup> I "Psykiatri i Akutcenteret – Det Nye Universitetshospital" anslås det, at omkring 20 % af patienterne indlagt fra skadestuen i MVA kan profitere af et akut psykiatrisk tilsyn.

<sup>7</sup> "Psykiatri i Akutcenteret – Det Nye Universitetshospital"

operation m.v.. Ansvaret for behandling af patienterne i dette område er fastlagt i foruddefinerede pakker for patientforløb. Speciallæger med fagområde kvalifikation i akut medicin fra flere specialer samarbejder om patientforløb med speciallæger fra hospitalets øvrige afdelinger og med det øvrige personale i henhold til disse pakkeforløb. Der vil være et løbende og åbent samarbejde mellem behandlerteams inden for FAME og med speciallæger og behandlerteams i det øvrige hospital.

Akutmodtagelsens sengeenhed består således af modtagerum, observationspladser og korttidsafsnit. Sengeenheden dimensioneres og bemannes i forhold til de konkrete opgaver og patientflow i den pågældende akutmodtagelse.

### *Fysisk indretning*

Den fysiske planlægning og indretning skal, udover de ovennævnte forhold, tilgodese flere hensyn. Langt de fleste patienter er ved fuld bevidsthed, og oplever og påvirkes af omgivelserne. Derfor skal patienterne befinde sig godt og sikkert i FAME. Der skal være dagslys, adgang til frisk luft og plads (tilstrækkeligt stort samlet areal og tilstrækkeligt store rum, hvor patienterne opholder sig). Personalet skal ligeledes kunne udføre sit arbejde godt, uhindret og sikkert. Tilkaldt personale skal nemt kunne orientere sig og intuitivt forstå placering og indretning af FAME's enheder.

### *Diagnostiske faciliteter*

I tæt tilslutning til, men ikke nødvendigvis som en del af FAME, kræves adgang til de nødvendige diagnostiske faciliteter samt til Intensiv afdeling mindst på niveau 2 og tæt adgang til operationsafdeling<sup>8</sup>:

- Laboratoriefunktioner (klinisk biokemisk prøvetagning og analyse, mikrobiologisk prøvetagning, immunologi-blodbank)
- Billeddiagnostik (Røntgen, Ultralyd, CT/MR-scanner, evt. angiologab.)
- Perioperativ observations- og behandlingsenhed (anæstesiologisk afdeling)
- Akut Operationsgang (de kirurgiske og ortopædkirurgiske afdelinger)
- Intensivafsnit (anæstesiologisk afdeling)

De nævnte funktioner skal være døgndækkende og varetager samtidig akut service for hele hospitalet uden for almindelig dagtid.

### *Patientflow*

Det er væsentligt at sikre, at der ikke opstår u hensigtsmæssige flaskehalse i patientflow. Patienter, der ikke har behov for at være i FAME skal umiddelbart modtages i stationære afdelinger. Ofte vil overflytninger dog ske i dagtid. Patienter, der efter triage vurderes at have behov for diagnosticering og behandling i FAME, monitoreres løbende ved hjælp af IT-understøttelse. Skærme, hvor patientflowet løbende kan overvåges, placeres centralt i FAME. Hermed skabes der forudsætninger for, at der løbende kan foretages en vurdering af hvilke patienter, der har det største behov for hjælp. På denne måde sikres den mest optimale anvendelse af ressourcerne i FAME.

---

<sup>8</sup> Anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, "Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen" (2007).

En væsentlig forudsætning for at der sikres et hensigtsmæssigt patientflow gennem FAME, er, at der foregår en effektiv triagering ved patientens ankomst til FAME. Ud fra den initiale vurdering af patientens tilstand ledes patienten til diagnosticering og behandling ud fra en opstillet algoritme. Dette tilsikrer, at patienterne opnår den rette diagnosticering og behandling på rette tid under hensyntagen til de forhåndenværende ressourcer på FAME. Triageringen bør hvile på ensartede principper på de fem hospitaler med FAME. Et andet delprojekt omfatter uddannelse i Akut medicin, herunder i triagering.

FAME skal opbygges, så der er fleksibilitet i arealudnyttelse og personaleudnyttelse mellem de enkelte afsnit i FAME. Det er nødvendigt, at dimensioneringen af både de fysiske faciliteter og bemanningen tager højde for udsving i henvisningsmønsteret, der varierer henover døgnet og mellem dage. Flexibiliteten kan ligeledes udnyttes i de situationer, hvor der er behov for at nogle specialer er særligt stærkt repræsenteret i FAME.

Nedenfor gennemgås akutmodtagelsens arbejdsproces og de kliniske patientforløb i FAME. Dette er forhold, der ligeledes har væsentlig betydning for patientflowet i FAME.

### **Arbejdsprocessen i FAME**

Akutmodtagelsens arbejdsproces med henviste akutte patienter, patienter indbragt efter 112-opkald og eventuelle selvhenvendere med uafviseligt akut behandlingsbehov kan beskrives i følgende trin:

1. i alle tilfælde foretages initial hastevurdering (triage), hvor det bestemmes hvilket behandlingstilbud, der bedst svarer til patientens behov. Vurderingen foretages af en trænet akutsygeplejerske, som også overvåger patienter placeret i venterummet. Efter triage føres patienterne igennem de relevante initiale undersøgelser, klinisk undersøgelse og diagnostiske vurdering.
2. hvor der er foregået en visitation fra læger udenfor hospitalet (egen læge og vagtlæger), udgør henvisningen om muligt det relevante handlegrundlag (ofte suppleret af en telefonisk melding med mulighed for afklaring af vigtige kliniske spørgsmål vedr. tilstanden inden patientens ankomst). Afhængigt af henvisningens karakter vil triage eventuelt kunne udelades. Hvis der er tvivl om det videre afklarings- og behandlingsforløb i FAME, foretages triage ved ankomst.
3. stabiliserende behandling, observation, pleje og yderligere undersøgelser bliver igangsat, mens patienten opholder sig i modtagelsen. Monitorering af vitale funktioner føres til modtageafsnittets overvågningsenhed.
4. ud fra klinisk tilstand og diagnostisk vurdering besluttet det videre forløb. Dette sker ved behov i samråd med eller efter direkte inddragelse af specialist fra anden afdeling.
5. skal patienten indlægges i stationær sengeafdeling uden for FAME, og er patienten stabiliseret, overføres patienten uden forsinkelser hertil (det tilstræbes som hovedregel, at overflytning kun sker om natten, hvis dette er nødvendigt af kliniske årsager).
6. skal patienten igennem et korttidsforløb beholdes patienten som hovedregel i modtagelsens sengeenhed
7. skal patienten opereres akut foregår perioperativ klargøring, observation, behandling og pleje i modtagelsens sengeafsnit under ledelse af ansvarlig kirurg og anæstesiolog.
8. mange patienter færdigbehandles i FAME. Disse patienter gøres klar til udskrivning næste formiddag. Der kan være behov for kontakt til og aftaler med praktiserende læge og/eller kommunal sagsbehandler (hjemmesygeplejerske). Andre skal have bestilt tid til

en fremrykket ambulat konsultation i hospitalets ambulatorium osv. Det skal sikres, at der er mulighed for medvirken fra geriatrisk team i alle FAME.

9. alle patienter, der forlader FAME, skal have samtlige opgaver (undersøgelser, behandlinger mv.) færdigmeldte ved ansvarlig lægelig behandler. Dokumentation og registrering skal være udført og epikrise skal "medgives patienten i hånden" samt øjeblikkelig sendes til relevant praktiserende læge.

FAME fungerer hele døgnet året rundt.

Denne beskrivelse er ikke på alle punkter dækkende for den højt specialiserede funktion på Det Nye Universitetshospitals Traumecenter. Alene det øgede patientflow og den øgede specialiseringsgrad i mange indlæggelser samt den højt specialiserede traumefunktion stiller krav, der ligger ud over kravene i den generelle model for FAME.

På andre områder, herunder behovet for kvalitetsstandarder for akutte patientforløb og omkring uddannelse af personale, vil der dog være fælles behov i hele regionen. Derfor lægger akutgruppen op til et videre forløb, hvor Århus Universitetshospital er stærkt involveret i udformningen af pakkeforløb og uddannelsesplanlægning (indhold og gennemførelse) samt i organiseringen af samarbejdet mellem de involverede i den præhospitale indsats, beredskabet, FAME samt de øvrige parter i den akutte kæde.

### **Kliniske patientforløb i FAME**

De kliniske opgaver i FAME består i:

- være i konstant kontakt med det præhospitale system ("akutvisitationen"<sup>9</sup>, akutbiler, ambulancer, HEMS m.m.) og de øvrige akutfunktioner i RM – "den integrerede model"
- varetage opgaven som hospitalsvisitator for hospitalets samlede akutte funktioner herunder vejlede kollegialt (læge-til-læge) om indlæggelse eller alternativer hertil
- foretage hastegrads vurdering (triage) ved ankomst til akutmodtagelsen.
- assistere vagtlægens konsultation (fysisk integreret i FAME)
- vurdere og behandle småskader (behandlersygeplejerske i front)
- modtage akut henviste patienter fra lægelig visitation udenfor hospitalet (egen læge og vagtlæger)
- varetage behandling af udvalgte akut indlagte patienter i op til 48 timer efter modtagelsen i samråd med relevante speciallæger fra hospitalets afdelinger
- modtage patienter indbragt med ambulance efter alarmopkald (akut livstruende sygdom, traumer/trafikulykker) i samarbejde med hospitalets traumeteam og øvrige akutteam
- modtage eventuelle selvhenvendere med uafviseligt akut behandlingsbehov
- opgaver for hospitalets øvrige afdelinger i henhold til konkret aftale og ad hoc

Ledelse, administration, dokumentation/registrering, kvalitetsstyring, forskning og uddannelse sker i sammenhæng med de nævnte kliniske opgaver. Hertil forudsættes implementeret avanceret IT-understøttelse med højeste grad af driftssikkerhed (akutmodtagelsen har definerede opgaver i beredskabssituationer, jf. katastrofeplan).

---

<sup>9</sup> Rapport fra arbejdsgruppe vedr. undersøgelse af mulighederne for at samordne skadestuevisitation, vagtcentral og Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK)



### *Samarbejdet med primær sundhedssektor og kommunal sektor*

Samarbejdet med primær sundhedssektor og kommunal sektor skal i regi af FAME videreudvikles, således at akut henviste og korttidsbehandlede patienter fortsætter i den primære eller kommunale sektor efter udførelse af den akutte behandlingsopgave. Et nødvendigt gensidigt samarbejde og en sikker kommunikation mellem relevante instanser og fagfolk skal understøttes af integreret IT-løsning (gerne fælles brug af EPJ/e-journal).

Korttidsbehandlede akutte patienter vil bl.a. omfatte en række ældre medicinske patienter med kroniske sygdomme (f.eks. lunge/KOL, diabetes2, hjerte-/karsygdomme). Tilknytning af geriatrisk ekspertise (geriatrisk team) til alle FAME er i den forbindelse en målsætning. I de kommende sundhedsaftaler mellem kommunerne og Region Midtjylland skal akutmodtagelsens rolle og funktion nærmere defineres.

### **Ledelse og personale i FAME**

FAME er et selvstændigt fagligt ansvarsområde med fuldt driftsansvar. Afdelingsledelsen for FAME består af ledende overlæge og oversygeplejerske. Afdelingsledelsen refererer til hospitalsledelsen. Inden for de største specialer, som FAME dækker, kan afdelingsledelsen udpege en funktionsledelse. Funktionsledelse har i samspil med relevante specialer ansvar for udvikling af pakkeforløb for akutte patienter samt monitorering af kvalitet af patientforløbene inden for det pågældende område. Antallet af funktionsledelser vil afhænge af størrelsen af patientflow og antal senge i FAME. Funktionsledelsen har reference til afdelingsledelsen i FAME. Det er afgørende for den videre proces, at ledelsen ansættes snarest muligt, og det er arbejdsgruppens opfattelse, at dette bør ske selvom de fysiske rammer endnu ikke er etableret.

FAME vil være bemandedet med speciallæger og sygeplejersker med særlige kompetencer og formaliseret efteruddannelse inden for akut modtagelse og behandling (akut medicinere og sygeplejersker) samt assisterende personale (sekretærer, SOSU-assistenten, serviceassistenter, teknikere m.fl.). I forlængelse af anbefalinger fra Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse ansættes desuden læger i den kliniske basisuddannelse direkte i FAME. Hovedparten af personalet er således ansat i FAME. Undtagelsen udgøres af yngre læger under videreuddannelse i flere lægelige specialer, som vil være ansat i de respektive specialafdelinger med delvis funktion i FAME, samt sygeplejersker under videreuddannelse til anæstesi- og sygeplejerske.

### *Driftsråd*

Hospitalsledelserne opfordres til at sikre, at der på hvert hospital med FAME nedsættes et driftsråd bestående af de afdelingsledelser, som FAME dækker i den pågældende hospitalsenhed, herunder anæstesiologi, der spiller en vigtig rolle i og omkring FAME. Hertil kan efter hospitalsledelsens beslutning tilføjes præhospital repræsentation og repræsentation for vagtlægefunktionen.

Der oprettes konkrete aftaler vedrørende snitflader med alle relevante afdelinger og funktioner i klinikken. Specialiserede opgaver skal løbende overgå til de relevante afdelinger under pågældende afdelings ansvar. Aftaler og klinisk praksis på hospitalet skal tilsikre patienterne et sammenhængende og velkoordineret forløb fra modtagelsen til den videre behandling på anden afdeling i de forløb, hvor hospitalsindlæggelse af længere varighed er nødvendig.

## *Uddannelse*

Uddannelse af klinisk personale til varetagelse af funktionerne i FAME er et selvstændigt delprojekt under implementeringen af Akutplanen. Derfor skal dette aspekt kun overfladisk behandles her.

Dansk Medicinsk Selskab (DMS) har på anmodning fra Sundhedsstyrelsen udarbejdet en beskrivelse af akut medicin som fagområde. Dette vil danne grundlag for organiseringen af uddannelsesindsatsen vedrørende akutlæger i Region Midtjylland. I fagområdebeskrivelsen anfører DMS blandt andet, at fagområdet akutmedicin vil medvirke til at sikre et helhedssyn og højere kvalitet i behandlingen af den akutte patient. Der forventes blandt andet et kvalitetsløft i modtagelse og behandling af den brede gruppe af patienter med akutte, men ikke livstruende symptomer. DMS vil varetage den faglige bedømmelse og godkendelse af gennemgået efteruddannelse for speciallæger i akutmedicin.

Det er endnu ikke klart, hvordan efter- eller videreuddannelsen af sygeplejersker i triage, skadebehandling, akut observation og behandling m.v. i FAME skal foregå. Nationalt drøftes det, om der skal etableres en specialuddannelse, eller om der skal etableres regional efteruddannelse i Akut medicin for sygeplejersker. Arbejdsgruppen anbefaler, at Region Midtjylland under alle omstændigheder iværksætter et regionalt efteruddannelsesprogram for sygeplejersker, idet en nationalt defineret specialuddannelse vil have et længere tidsperspektiv end svarende til regionens behov.

Det er væsentligt at sikre, at dette arbejde gennemføres koordineret i hele Region Midtjylland for at undgå uhensigtsmæssige forskelle i behandlingstilbud til regionens borgere afhængigt af geografi.

### **Datamonitorering i FAME**

Viden om forløbet for den akutte patient fra henvisning/tilkald af præhospital service eller vagtlæge til indlæggelse i stationær sengeafdeling eller til hjemsendelse efter færdig behandling er for dårligt dokumenteret.

Dataregistreringssystemerne er endnu ikke indrettet på at følge patienten i den akutte fase.

Der er et stort behov for at tilrette eksisterende IT-systemer til at understøtte opgaverne med de akutte patientforløb. Der er behov for at kunne uddrage ensartet datamateriale fra de enkelte systemer for at følge kvaliteten i de akutte patientforløb gennem alle faser. Dette er særligt vigtigt i de førstkomende år, idet datarapporter vil fungere som retningsgivende for udviklingen af behandlingen af den akutte patient i regionen, for justering af pakkeforløb og for den løbende uddannelse og vedligeholdelsestræning for personalet.

Der er derfor behov for både udvikling af dataindsamling og for en løbende rapportering af data til de enkelte FAME og til projektstyrgruppen for akutplanen/relevante ledelsesfora.

Det er vigtigt, at der fra starten indgås aftaler om kvalitetsopfølgning, herunder om audit af patientforløb, ligesom der skal skabes rammer for udveksling af erfaringer hospitalerne imellem om kvalitetsudviklingsprojekter, identifikation af problemområder, løsningsforslag m.v.

### **Forskning i den akutte patient**

Det akutte område er forsømt forskningsmæssigt i Danmark, idet det ligger uden for mange af specialernes kerneområder. Særligt er der behov for en styrket forskningsindsats i forhold til patienter med flere samtidige lidelser, herunder ældre patienter.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der afsættes midler til et femårigt forskningsprofessorat og til etablering af et antal ph.d.-forløb inden for Akut medicin. Også efter projektperioden vil der være et behov for forskning og udvikling inden for Akut medicin, og afhængigt af erfaringer fra projektperioden er det sandsynligt, at der kan etableres et fast professorat i samarbejde med Aarhus Universitet.

## **Bilag 1**

### **Deltagere i akutgruppen**

Cheflæge Morten Noreng, RH Randers

Cheflæge Per Østergaard, RH Vest

Cheflæge Steen Friberg, RH Horsens

Chefsygeplejerske Kirsten Bruun, AUH Århus Sygehus

Ledende overlæge Lone Winther Jensen, anæstesiaafdelingen, AUH Århus Sygehus

Overlæge Bent Erling Lindblad, Skadestuen/Afd. E, AUH Århus Sygehus

Traumecenterleder Jens Winther Jensen, AUH Århus Sygehus

Præhospital leder Erika F. Christensen, sundhedsstaben, Regionshuset Viborg

Ledende overlæge Carsten Thordal, medicinsk afd. RH Viborg

Professor Peder Charles, AU/AUH, Postgraduat lægelig uddannelse

Kontorchef overlæge Jan Greve, Lægelig Videreuddannelse, Regionshuset Viborg

Afdelingschef Lars Dahl Pedersen, Planlægning, Regionshuset Viborg

Afdelingschef Hans Peder Graversen, Kvalitet og Sundhedsdata, Regionshuset Viborg

Følgende har deltaget i enkelte møder:

Cheflæge Anne Thomassen, AUH Århus Sygehus

Ledende overlæge Frank Farsø, ortopædkirurgisk afd. E, AUH Århus Sygehus

Chefsygeplejerske Vibeke Kruse, Sundhedssekretariatet, Regionshuset Viborg

Praksiskoordinator Jens Rubak, Praksisenheden Århus

Vagtlægechef, praktiserende læge Bruno Melgaard Jensen, Odder

Praktiserende læge Roar Maagaard