

Rapport om Fælles Akutmodtagelser (FAM) i Region Syddanmark



www.fremtidenssygehuse.dk

Udkast

0. Forord	4
1.0 Arbejdsgruppens anbefalinger	6
2.0 Den overordnede vision for FAM	8
2.1 Patientperspektivet	8
2.1.1 Entydig visitation og triage	10
2.1.2 Sammenhængende patientforløb	10
2.2 Personaleperspektivet	11
2.3 Teknologiperspektivet.....	12
2.4 Udviklings- og kvalitetsperspektivet	12
3.0 Ankomst	13
3.1 Ankomst til sygehuset i dag	13
3.2 Kommunikation og dokumentation.....	16
3.3 Én indgang	17
3.4 Visitation.....	17
4.0 Ophold i FAM	19
4.1 Udredning i FAM	19
4.2 Hvilke behandlinger i FAM.....	19
4.3 Tidsstyrede patientforløbsprogrammer og servicemål	20
5.0 Afgang fra FAM	22
5.1 Standardprogram.....	22
5.2 Stafetmetoden	23
5.3. Udslusningsområde.....	24
6.0 Ledelse, organisering og samspil i FAM	25
6.1 Ledelse.....	25
6.2 Organisering af FAM	26
6.2.1 Vagtstrukturen og arbejdstilrettelæggelse	26
6.2.2. Forholdet mellem faggrupper	27
6.2.3 Arbejds miljø	28
6.3 Adgang til hjælpefunktioner	28
6.4. Samspil	28
6.4.1. Samspil med resten af sygehuset	28
6.4.2. Samspil med andre FAMer i regionen, Ø-sygehuset, specialsygehuse og skadepoliklinikker .	28
6.4.3. Samspil med psykiatrien	29
6.4.4 Samspil med de praktiserende læger, det præhospitale system og vagtlæger	29
6.4.5 Samspil med kommunerne.....	30
6.5 Uddannelsesopgaven i FAM.....	31
6.6 Kvalitetsudvikling og forskning i FAM.....	31

6.6.1 Kvalitetssikringssystemer og datamonitorering.....	31
6.6.3 Forskning.....	32
6.7 Særligt vedrørende FAM på OUH.....	33
7.0 Den fysiske indretning af FAM	34
7.1 Patientforløb og arkitektur.....	34
7.1.1 Ankomst.....	34
7.1.2 Ophold.....	35
7.1.3 Afgang.....	35
7.1.4 Øvrige overvejelser.....	36
7.2 Evidensbaseret design.....	36
7.3 Lokalemæssig fleksibilitet.....	37
7.4 Teknologi og IT.....	37
8.0 Dimensionering af FAM	38
8.1 Skadestueaktiviteten.....	38
8.2 Den stationære aktivitet.....	38
8.3 Undtagelser.....	43
8.4 Erfaringer og data vedr. dimensionering og volumen i andre FAM-lignende akutmodtagelser..	44
8.5 Konsekvens for stamafdelinger og gennemsnitlig liggetider.....	46
8.6 Tre mulige scenarier.....	47
8.6.1 Kardiologi.....	47
8.6.2 Neonatale indlæggelser.....	48
8.6.3 Øvrige undtagelser.....	49
8.6.4 Scenarie 1: Gennemsnitlig opholdstid i FAM = 24 timer.....	49
8.6.5 Scenarie 2 og 3: Gennemsnitlig opholdstid i FAM = 12 timer eller 18 timer.....	50
8.6.6 Anbefaling.....	51
9.0 Vejen mod FAM	52
9.1 Gennemførelse.....	52
9.2 Fysiske forhold.....	52
9.3 Gennemførelse af de opstillede anbefalinger.....	53
9.3.1 Regionale processer.....	53
9.3.2 Lokal gennemførelse.....	54
Bilag 1 - Kommissorium og arbejdsgruppe	55
Bilag 2 - Patientforløbsbeskrivelser	59
Den medicinske patient med flere symptomer.....	59
Hjertepatienten i FAM.....	62
Det akutte barn.....	65
Selvmordsforsøget.....	67
Bilag 3 Standardiserede tidsstyrede patientforløb i FAM	69

0. Forord

Høj kvalitet døgnet rundt er hovedhjørnestenen i den omfattende omlægning af sygehusvæsenet i Region Syddanmark, som Regionsrådet har besluttet med akutplanen "Fremtidens Sygehuse i Region Syddanmark" og gennemførelsesplanen "Fremtidens sygehuse – fra plan til virkelighed".

Visionen er at sikre akutte patienter samme høje kvalitet i modtagelse, udredning og behandling uanset, om patienten indlægges dag, aften, nat eller weekend.

Som følge heraf er det besluttet, at der etableres fælles akutmodtagelser (FAM) på 5 sygehuse i Region Syddanmark. En fælles akutmodtagelse skal jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger være bemandede med et team af specialister, som er i tjeneste døgnet rundt. Derved sikres, at den akutte patient mødes af en mangfoldighed af kompetencer.

Som opfølgning på akutplanen og gennemførelsesplanen skal der derfor beskrives en fælles model for, hvordan de fælles akutmodtagelser (FAM) skal organiseres. Sigtet med den fælles model er at sikre en ensartet høj standard for akutmodtagelserne i Region Syddanmark.

Der vil dog indenfor denne fælles model være mulighed for lokal variation, da der er forskel på akutmodtagelserne i regionen med hensyn til relationer til specialsygehuse, skadestudier mv. OUH har desuden en speciel rolle som højt specialiseret sygehus med traumecenter på level 1.

Denne rapport indeholder et forslag til, hvordan de fælles akutmodtagelser skal organiseres i Region Syddanmark. Forslaget er udarbejdet af en bredt sammensat arbejdsgruppe, som blev nedsat på baggrund af Region Syddanmarks FAM-konference, der blev afholdt den 16. september 2008.

Udgangspunktet for denne rapport er et fokus på det gode patientforløb, det vil sige en horisontal tilgang, frem for en vertikal tilgang (organisatorisk hierarkisk tilgang).

Denne tilgang afspejler sig i rapportens opbygning med en overordnet visionsdel, derefter en beskrivelse af forløbet for ankomst, ophold og afgang fra FAM samt herefter eksempler på fire patientforløb. Hertil kommer en kvantitativ del som primært omhandler dimensioneringen af FAM.

Rapporten er opbygget på følgende måde:

- I afsnit 1 er der en kort opsummering af rapportens anbefalinger
- I afsnit 2 beskrives den overordnede vision for de kommende FAM'er beskrevet ud fra fire perspektiver: Patientperspektivet, personaleperspektivet, teknologiperspektivet samt udviklings- og kvalitetsperspektivet
- I de tre følgende afsnit (afsnittene 3-5) er der en nærmere gennemgang af FAM set ud fra patientforløbet med ankomst til, ophold i og afgang fra FAM
- Derefter følger afsnittene 6 – 8, som indeholder tværgående temaer med anbefalinger vedrørende:
 - Ledelse,
 - Arbejdstilrettelæggelse,
 - Nødvendige hjælpefunktioner,
 - Samspil med det øvrige sygehus og eksterne parter,
 - Uddannelsesopgaven,
 - Kvalitetsudvikling og forskning,

- Den fysiske indretning, og
- Dimensionering af FAM
- Rapportens sidste afsnit indeholder en beskrivelse af, hvordan FAM trinvist kan realiseres
- Af bilagene fremgår arbejdsgruppens kommissorium, en beskrivelse af 4 konkrete patientforløb i FAM samt baggrund for tidsstyrede standardiserede patientsforløbsprogrammer.

Rapporten fremlægges nu til politisk behandling og til høring på sygehusene, i specialerådene m.v.

Rapportens anbefalinger vil medføre meget store ændringer i modtagelsen af akutte patienter. Disse ændringer vil ikke kun få betydning for den forholdsvis lille del af akutsygehusene, som bliver til FAM, men vil også få stor betydning for akutsygehusene som helhed. F.eks. vil mange patienter kunne udskrives direkte fra FAM, hvilket vil få indflydelse på antallet af sengepladser på sygehusenes øvrige afdelinger. Det vil derfor være væsentligt, at der som opfølgning på denne rapport arbejdes videre med en beskrivelse af, hvordan disse ændringer håndteres i den øvrige del af sygehusene.

God læselyst!

Formand for arbejdsgruppen
Henrik Villadsen
Direktør

1.0 Arbejdsgruppens anbefalinger

Arbejdsgruppens anbefalinger

Ankomst:

- Der skal være velfungerende kommunikation og optimal udnyttelse af de telemedicinske muligheder fra praksis/vagtlæge og fra præhospitale enheder til FAM således, at visitation og diagnosticering kan påbegyndes så tidligt som muligt
- Der skal herunder være ét telefonnummer til FAM, hvor praksis/ vagtlæge kan komme i kontakt med visitationsteamet
- Der skal etableres en præhospital elektronisk patientjournal, som er integreret med sygehusets elektroniske patientjournalssystem
- FAM skal have en indgang - alle akutte patienter ankommer til akutsygehuset via FAM
- Visitationen sker umiddelbar efter ankomst, og forestås af et visitationsteam bestående af en speciallæge og en sygeplejerske.
- Nogle patienter vil meget hurtigt passere videre til en anden specialafdeling på sygehuset: Disse patienter kaldes "sus-forbi patienter"

Ophold:

- Der skal sikres kvalitet gennem individuelle patientforløb på diagnoseniveau. Sammenhæng og fremdrift i patientforløbene skal sikres gennem tidsstyrrede standardiserede patientforløbsprogrammer
- Relevante diagnostiske undersøgelsesmuligheder skal være umiddelbart tilgængelige i FAM, så alle redskaber er lige ved hånden (schweizerknivsprincippet)

Afgang:

- Der skal sikres en optimal overlevering af patienter fra FAM til andre afdelinger på sygehuset, til eget hjem eller til et andet sygehus (stafetmetoden)

Ledelse:

- FAM skal have egen afdelingsledelse bestående af en ledende overlæge og en oversygeplejerske med reference til sygehusledelsen
- Der skal døgnet rundt være en ansvarshavende speciallæge, som har det overordnede organisatoriske ansvar for patientforløbene

Organisering og arbejdstilrettelæggelse:

- På sygehuse med FAM skal der jf. Sundhedsstyrelsens retningslinjer være en speciallæge i tilstedeværelsesvagt inden for specialerne kirurgi, ortopædkirurgi, anæstesiologi og intern medicin. Derudover finder arbejdsgruppen det væsentligt, at en speciallæge i kardiologi, pædiatri samt gynækologi og obstetrik er til stede på akutsygehuset
- Arbejdet i FAM organiseres i specialerettede teams
- Organiseringen af FAM skal understøtte et godt arbejdsmiljø
- Der skal være let adgang til serviceydelser fra andre afdelinger: røntgen, laboratorium, portør m.v.

Samspil:

- Der skal etableres formaliserede samarbejder mellem FAM og de øvrige afdelinger på sygehuset samt med FAMer på andre sygehuse, praksisområdet/ vagtlægeordningen, det præhospitale system samt kommunerne
- Det er væsentligt at sikre et effektivt samarbejde mellem somatik og psykiatri i modtagelsen af henholdsvis akutte psykiatriske og somatiske patienter (Bidrag vedrørende psykiatrien afventer endelige udgave af Sundhedsstyrelsens rapport om akutpsykiatri).

Arbejdsgruppens anbefalinger fortsat

Uddannelse:

- Personalet, som skal arbejde i FAM skal gennemgå målrettet uddannelse, som kvalificerer til arbejdet i FAM. For de speciallæger, der skal være fastansatte i FAM, skal speciallægeuddannelsen udbygges med ophold i de relevante specialer, som ikke i forvejen ligger i deres tidligere ansættelse, så den brede indsigt på tværs af specialerne bevares. Den væsentligste kompetence ligger i tværfaglig indsigt og i at varetage ledelsesfunktioner i FAM
- FAMs uddannelsespotentiale i forhold til det øvrige sygehus skal realiseres i den lægelige videreuddannelse og i andre sundhedsuddannelser.

Kvalitet og forskning:

- Der skal være forskningspligt i FAM
- Der skal i FAM pågå en rutinemæssig obligatorisk registrering af basisnøglevariable hos samtlige patienter med henblik på at opnå en høj kvalitet i dokumentationen i regionens FAMer

Fysisk indretning:

- FAM kan f.eks. være opdelt i zoner: En visitations- og triagezone, en diagnostik- og behandlingszone samt en udslusningszone
- FAM skal indrettes, så der fleksibelt kan etableres/ udvides/ indskrænkes zoner. FAM skal herunder lokalemæssigt kunne håndtere variationerne i patientstrømmen over døgnnet og året f.eks. ifht. børn
- Det er hensigtsmæssigt, hvis FAM ligger tæt på de afdelinger og funktioner, som FAM i den daglige drift er meget afhængig af
- Vagtlægekonsultationen placeres i tilknytning til FAM
- Arkitekturen i sygehuset skal være evidensbaseret og understøtte den helbredende proces samt et godt arbejdsmiljø gennem den bevidste brug af f.eks.: enestuer, lys, god ventilation, stilhed, et overskueligt miljø, udsigt til natur mm., den bevidste brug af teksturer og materialer samt gode personalefaciliteter
- FAM skal indrettes med tidssvarende teknologi og IT. Der bør lægges vægt på, at teknologi og IT er afprøvet og driftssikker

Dimensionering:

- FAM dimensioneres anlægsmæssigt efter en gennemsnitlig opholdstid på 18 timer
- Udover den effektiviseringsgevinst som følger af regionens fremskrivningsmodel frem til 2020, forventes en effektiviseringsgevinst på yderligere 10 – 20 % i FAM. Dette som følge af den ændrede organisering og behandling af akutte patienter

Vejen mod FAM:

- Der skal udarbejdes en lokal gennemførelsesplan for den gradvise indførelse af FAM på hvert akutsygehus, som tager højde for det korte, mellemlange og lange sigt
- Etableringen af FAM vil få store konsekvenser for organiseringen af det øvrige sygehus, hvorfor det anbefales, at der allerede nu planlægges en proces for den mest hensigtsmæssige indretning af akutsygehusene efter implementeringen af arbejdsgruppens anbefalinger for FAM

2.0 Den overordnede vision for FAM

Formålet med denne rapport er, som nævnt i indledningen, at sætte en regional ramme for, hvordan FAM skal indrettes og fungere, så patienter ved akut sygdom eller tilskadekomst får udredning og behandling af høj kvalitet uanset tid på døgnet.

Dette fordrer, at de nødvendige kompetencer og den nødvendige teknologi er til stede i FAM døgnet rundt, og at disse samvirker således, at den rette udredning og behandling iværksættes. Det er endvidere afgørende, at patienten oplever FAM som et sted med en høj grad af tryghed, og at der hele tiden er fremdrift i udredningen og behandlingen.

Udfordringen i FAM er derfor at skabe rammen for det rette match mellem patientens behov og de eksisterende resurser og kompetencer.

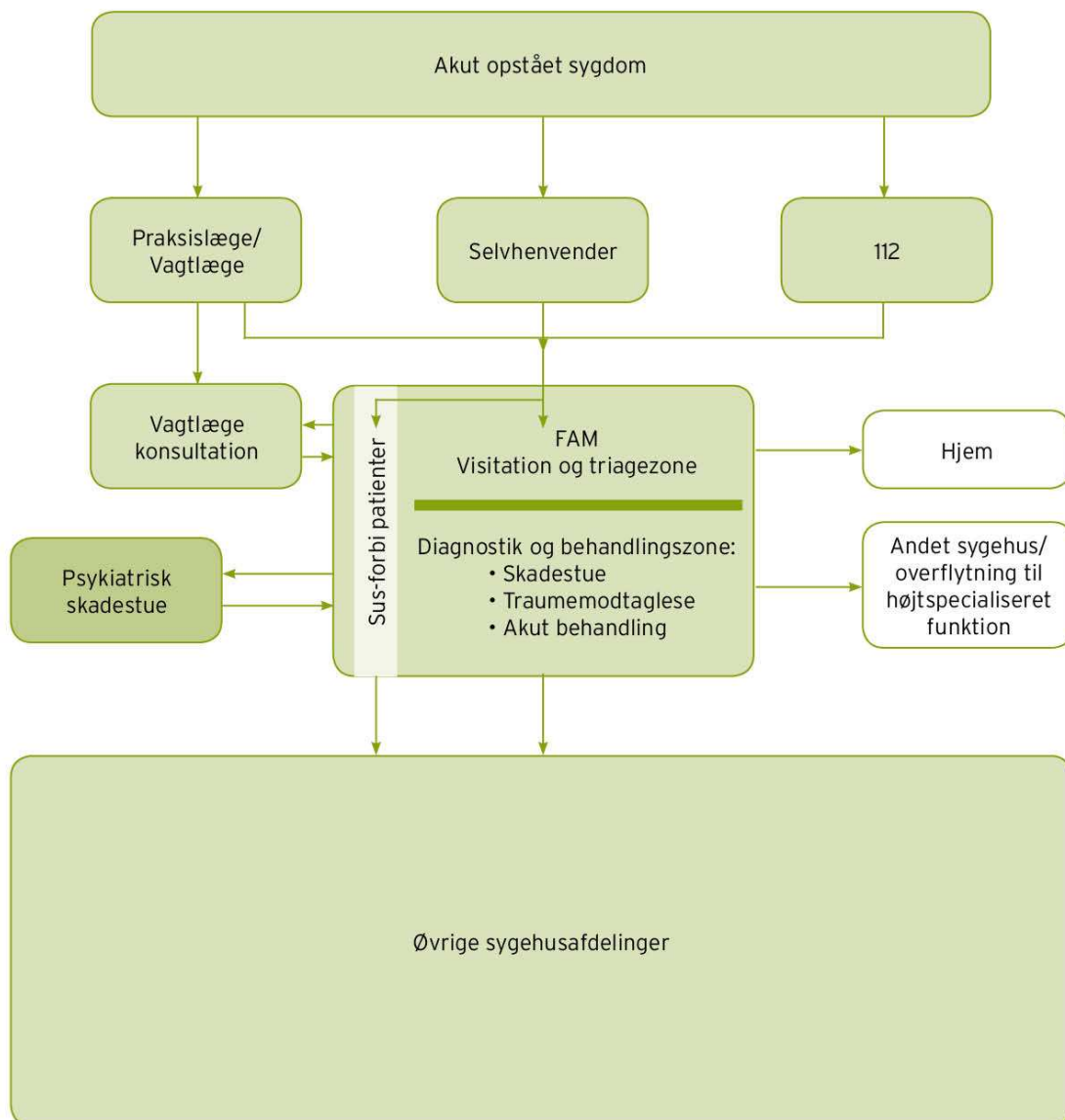
I det følgende beskrives på den baggrund fire centrale elementer i visionen for fremtidens akutmodtagelser: Patientperspektivet, personaleperspektivet, teknologiperspektivet og udviklings- og kvalitetsperspektivet.

2.1 Patientperspektivet

Ved akut sygdom eller tilskadekomst kontakter borgerne sundhedsvæsenet på forskellig vis alt efter tid på døgnet og alt efter alvorlighed. Kontakten går primært via praktiserende læge og uden for dennes åbningstid via vagtlægesystemet. Den praktiserende læge/vagtlægen afgør, om patienten skal indlægges akut. Ved tilskadekomst kan borgerne selv henvende sig til skadestuen. I meget hastende tilfælde kan borgeren få akut hjælp i form af ambulance og lægebil/akutbil ved at ringe 1-1-2.

I fremtiden vil disse akutte patienter ankomme til sygehuset via FAM, som er akutsygehusets eneste indgang for akutte patienter. På tegningen herunder vises den ramme, hvori FAM er placeret samt patientens vej til og fra FAM.

Den akutte patients vej gennem sygehuset



Som det fremgår af tegningen, ankommer alle akutte patienter til sygehuset via FAM. I dag er der en række forskellige specialespecifikke modtagelser på sygehusene. For at sikre en koordineret indsats fra en række forskellige kompetencer, skal modtagelsen af akutte patienter i fremtiden samles ét sted på akutsygehuset.

De steder, hvor der er akutsygehus, bør vagtlægekonsultationen ligge i umiddelbar nærhed af FAM for at sikre størst mulig sammenhæng og synergi mellem FAM og vagtlægesystemet. Mange patienter i FAM vil nemlig være relevante for vagtlægen og omvendt.

En beskrivelse af samspilsrelationen mellem psykiatrien og somatikken afventer Sundhedsstyrelsens anbefalinger til den akutte indsats i psykiatrien. Anbefalingerne forventes at udkomme primo 2009, hvorefter den regionale ramme for modtagelsen af akutte psykiatriske patienter beskrives i et psykiatritillæg til nærværende rapport vedrørende FAM.

Modtagelsen af akutte patienter i FAM er nærmere beskrevet i afsnit 3.

2.1.1 Entydig visitation og triage

Vejen gennem FAM skal være en kæde af handlinger, som skaber værdi for patienten (værdikæden). Entydig visitation i FAM er med til at sikre det rette match mellem patientens behov og de eksisterende resurser og kompetencer. Visitationen skal sikre, at patienten mødes med de rette kompetencer således, at den rette udredning og behandling iværksættes.

Når der i spidsbelastninger kommer mange patienter på én gang, skal der ske en prioritering af behandlingsrækkefølgen (triage). Denne triage skal være tydelig for patienterne således, at patienterne ved, hvorfor nogle patientgrupper kommer hurtigt videre, og andre patientgrupper må opleve længere ventetid på behandling.

Visitationen foretages af et visitationsteam bestående af en speciallæge og en sygeplejerske.

Visitationen foretages på grundlag af udarbejdede visitationsretningslinjer, og sker umiddelbart efter ankomsten til FAM eller helst allerede før, hvis der allerede før patientens ankomst foreligger tilstrækkelige oplysninger.

En forudsætning for korrekt visitation er således en optimal overlevering af information mellem de enkelte led, hvilket kræver et udbygget og velfungerende kommunikationssystem mellem praksissektoren/vagtlægeordningen, den præhospitale sektor, internt i FAM og mellem FAM og resten af sygehuset og også sygehusene i mellem. Dette kræver integrerede IT-systemer, så overleveringen mellem de enkelte led i værdikæden sikres, og ingen informationer går tabt. Udover at øge patientsikkerheden vil dette skabe grundlag for en dokumenteret kvalitet og tidsstyrte patientforløb.

Visitation og triage af patienter i FAM er nærmere beskrevet i afsnit 3

2.1.2 Sammenhængende patientforløb

Et andet helt centralt element i ovennævnte værdikæde er at sikre sammenhæng og fremdrift i patientforløbene i FAM.

Målet er, at ingen patient venter unødigt i FAM. Undersøgelser og faglige behandlingstiltag

iværksættes efter fastlagte tidsstyrede standardiserede patientforløb, som sikrer fremdrift, og forhindrer passiv venten. Ventetid kan kun begrundes af faglige hensyn.

Overleveringen af patienten til den næste fase (f.eks. udskrivelse eller overflytning til en sengeafdeling på sygehuset) er en central udfordring. I praksis bør patienten kun opholde sig den nødvendige tid i FAM. Patienter skal dog først afgives fra FAM til næste led, når der er videregivet tilstrækkeligt med informationer til udredning, behandling og pleje, så patienten efter FAM er sikret et sammenhængende patientforløb.

Sammenhængende patientforløb i FAM er nærmere beskrevet i afsnit 4.

2.2 Personaleperspektivet

Den vigtigste kilde til værdiskabelse i FAM er kompetente medarbejdere, der til enhver tid kan matche patientens behov.

I sundhedsvæsenet har ingen personalegruppe eller enkelt medarbejder den unikke kompetence, der kan rumme et helt patientforløb. Al virksomhed i sundhedsvæsenet er tværfagligt funderet, og baserer sig på en teamtankegang, hvor teamet repræsenterer kompetencer på tværs af fag og faggrupper.

Teamtanken er det bærende element i FAM. Teamet skal sikre den optimale konstellation af kompetencer og være den afgørende dynamo i FAM. Et velfungerende team består af veluddannede medarbejdere med supplerende kompetencer, der arbejder mod et fælles mål. Dette kræver ledelse, uddannelse, trivsel og inspiration fra andre teams.

FAM på det enkelte akutsygehus vil få en anseelig størrelse (se afsnit 8 om dimensioner). Det vil derfor være væsentligt, at FAM får en selvstændig afdelingsledelse bestående af en læge og en sygeplejerske. Der skal altid være en ansvarshavende læge, når afdelingsledelsen ikke er til stede.

For at drive en FAM, kræver Sundhedsstyrelsen, at følgende specialer har en speciallæge i tilstedeværelsesvagt: Intern medicin, ortopædisk kirurgi, kirurgi og anæstesiologi, og at der desuden er adgang til diagnostisk radiologi og klinisk biokemi. Endvidere bør der være umiddelbar assistance fra specialerne kardiologi, pædiatri (kun hvis der modtages børn, som har mere end småskader) samt gynækologi og obstetrik.

Som det fremgår af afsnit 6 vurderer arbejdsgruppen endvidere, at det er væsentligt, at en speciallæge i kardiologi også har tilstedeværelsesvagt på sygehuset. De nævnte specialister vil i vagttiden være i tjeneste i FAM og på det øvrige sygehus. Det forventes, at FAM får en sådan størrelse, at der derudover vil blive ansat faste speciallæger i FAM. Nogle af disse forventes at gennemføre den kommende uddannelse i fagområdet "akutmedicin".

Arbejdet i FAM vil som nævnt være teamorienteret. Et team ledes af en speciallæge og består af en eller flere speciallæger, yngre læger og plejepersonale, der er i fysisk tilstedeværelse på sygehuset døgnet rundt. Speciallægen har det overordnede faglige ansvar for teamets opgaver og er den faglige krumtap. Der kan også være fagspecifikke teams indenfor andre fagområder.

Ledelse, uddannelse og arbejdstilrettelæggelse i FAM er nærmere beskrevet i afsnit 6.

2.3 Teknologiperspektivet

Der skal være mange diagnostiske undersøgelsesmuligheder i FAM. Udstyret skal være fleksibelt med mulighed for hurtigt at udføre patientnære analyser (schweizerknivsprincippet – mange værktøjer lige ved hånden).

Der bør være et kommunikationscenter i modtagelsen, hvor der kan kommunikeres såvel eksternt (præhospitale køretøjer, andre hospitaler mv.) som internt i sygehuset (andre afdelinger).

Der skal sættes fokus på tidssvarende teknologi som f.eks. videokonferencefaciliteter i FAM, så patienter i FAM reelt har adgang til alle de specialer, der findes i Region Syddanmarks regi.

Der skal håndteres svært syge (f.eks. hjertestop- og traumepatienter), hvorfor der skal være relevant teknologi og mulighed for i nødsituationer at foretage akutte operative indgreb.

Der skal være et EPJ-system i FAM med online dataregistrering. Da der er tale om et stort patientflow, er det vigtigt med oversigtssystemer, der skaber overblik over, hvor de enkelte patienter befinder sig, og hvor de er i udrednings- og behandlingsforløbet.

Teknologi i FAM er nærmere beskrevet i afsnit 7.

2.4 Udviklings- og kvalitetsperspektivet

Med implementeringen af strukturreformen pr. 1. januar 2007, fik vi i Danmark en ny sundhedslov, som foreskriver, at regionsrådene skal sikre udviklings- og forskningsarbejde således, at ydelser efter loven samt uddannelse af sundhedspersoner varetages på højt fagligt niveau. Med dette pålægges alle sygehuse i regionen en forpligtelse til forskning og udvikling.

Samtidig er oprettelse af akutsygehusene og indførelsen af FAM den største ændring i sygehusvæsenet i mange år, hvorfor det er altafgørende at kunne dokumentere resultaterne på patientbehandlingen. Forskning og udvikling skal derfor tænkes ind i FAM fra starten.

Forskning og udvikling i FAM er nærmere beskrevet i afsnit 6.

3.0 Ankomst

I afsnit 3 er de overordnede rammer for patientens ankomst i FAM beskrevet.

Arbejdsgruppens anbefalinger

Ankomst:

- Der skal være velfungerende kommunikation og optimal udnyttelse af de telemedicinske muligheder fra praksis/vagtlæge og fra præhospitale enheder til FAM således, at visitation og diagnosticering kan påbegyndes så tidligt som muligt
- Der skal herunder være ét telefonnummer til FAM, hvor praksis/ vagtlæge kan komme i kontakt med visitationsteamet
- Der skal etableres en præhospital elektronisk patientjournal, som er integreret med sygehusets elektroniske patientjournalssystem
- FAM skal have en indgang - alle akutte patienter ankommer til akutsygehuset via FAM
- Visitationen sker umiddelbar efter ankomst, og forestås af et visitationsteam bestående af en speciallæge og en sygeplejerske.
- Nogle patienter vil meget hurtigt passere videre til en anden specialafdeling på sygehuset: Disse patienter kaldes "sus-forbi patienter"

3.1 Ankomst til sygehuset i dag

Sundhedsvæsenet i Region Syddanmark er indrettet således, at de akutte patienter har tre indgange:

- Patienten kan selv henvende sig på en af regionens åbne skadestuer eller skadeklinikker
- Patienten kan kontakte egen læge/vagtlæge
- I meget hastende tilfælde kan patienten eller andre tilkalde hjælp via alarmcentralen (1-1-2)

Når egen læge eller vagtlæge har talt med eller tilset en patient, kan lægen foretage sig fire ting afhængig af patientens aktuelle tilstand:

- Kontakte det sygehus, hvor patienten skal indlægges jf. regionens visitationsretningslinjer samt vagtcentralen med henblik på ambulancetransport til modtagelsen på det konkrete sygehus
- Kontakte 1-1-2, som kan sende ambulance og eventuelt lægebil/akutbil.
- Henvise patienten til selv at tage på skadestue eller skadeklinik
- Afslutte patienten på stedet

I de tilfælde alarmeren går via 1-1-2 vil ambulancen hente patienten og køre til nærmeste sygehus jf. regionens visitationsretningslinjer. I visse tilfælde vil disse retningslinjer indebære, at patienten transporteres til et sygehus længere væk, der kan yde optimal behandling til den pågældende patient. Det drejer sig f.eks. om patienter med bestemte former for brandsår, visse traumepatienter, visse patienter med blodprop i hjertet eller hjernen. Hvis en ambulancelæge er til stede, kan nogle patienter afsluttes på stedet.

Der vil være traumemodtagelser level 2 på alle regionens FAMer og traumemodtagelse på level 1 på OUH, som er et højt specialiseret universitetssygehus.

Ved alvorlige tilfælde suppleres ambulancen med en lægebil/akutbil. Lægebilerne/akutbilerne bliver i fremtiden bemanded med læger, anæstesisygeplejersker/paramedicinere, der kan udrede og behandle patienter på et højere niveau end ambulancebehandlerne i ambulancerne.

Der er allerede nu gang i en udvikling mod fælles modtagelse af akutte patienter på sygehusene. Denne udvikling har medført, at praksissektoren og den præhospitale sektor gradvist melder flere og flere patientkategorier til fælles medicinske og kirurgiske akutmodtagelser på sygehusene.

Der er imidlertid stor forskel på de modtagelser, der er etableret på sygehusene i regionen. Forskellene består i hvilke patientgrupper, der er omfattet af den fælles akutmodtagelse. Der er derudover forskel på den måde, hvorpå visitationen på sygehusene fungerer. Der er ofte mange indgange til sygehusene for akutte patienter - både mange fysiske indgange og mange telefoniske indgange.

Hovedproblemet for lægerne, som visiterer patienter akut til sygehusene, er, at det kan tage lang tid at få afsat en patient til sygehuset. Det er især et problem, hvis der er tale om en patient, der ikke umiddelbart passer på en bestemt afdeling – f.eks. en patient med flere symptomer.

Disse patienter får i dag ofte en unødvendig lang udredningstid på sygehusene på grund af manglende ansvarsplacering for udredningen, og fordi de nødvendige kompetencer er spredt på sygehuset og ofte kun til rådighed i dagtiden.

Der er således en række problemstillinger i den måde modtagelse og visitation af akutte patienter foregår på i dag. På den baggrund peger arbejdsgruppen på, at der især er behov for ændringer på tre områder, hvilket fremgår af afsnit 3.2. – 3.4.

I nedenstående tabel ses omfanget af den akutte modtageopgave på de fire sygehusenheder fordelt på de fem akutsygehuses FAMer. I tabellerne ses antallet af selvhenvendende til skadestuerne/skadeklinikkerne og antallet af akutte indlæggelser. Endvidere er medtaget antallet af akutte ambulancer. Derved fås et indtryk af den omfattende opgave, som de kommende fem FAMer i regionen vil få. Tabellen angiver den forventede patientstrøm i 2020.

Oversigt over den forventede daglige patientstrøm til regionens fire sygehusenheder i 2020

	Selvhenvendere	Akutte Ambulancer	Akutte Patienter 1)
Sygehus Lillebælt	162	41	139
OUH	150	40	135
Svendborg	74	19	66
OUH-Svendborg	224	59	201
Sydvestjysk Sygehus	86	21	107
Sygehus Sønderjylland	97	27	99
I alt	569	148	546

1) På Sygehus Lillebælt vil ca. 30 af de akutte patienter være til specialsygehuset i Vejle. På Sygehus OUH-Svendborg vil ca. 3 af patienterne i Svendborg være til Ø-sygehuset på Ærø. På Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg vil ca. 9 af patienterne være til specialsygehuset i Grindsted og på Sygehus Sønderjylland i Aabenraa vil ca. 16 af patienterne være til specialsygehuset i Sønderborg.

Oversigten er baseret på den prognose for akutte patienter, som er anvendt i kapitel 8 om forventet akut patienttal i 2020. FAM-tallene i oversigterne er inkl. alle akutte patienter til sygehusenheden også patienter, der møder op på skadestudier og på Ø-sygehuset samt patienter, der visiteres telefonisk via FAM til specialsygehuse.

Det ses af oversigten, at der vil være et stort patientflow til FAMerne, og at der er variation mellem FAMernes behov for visitations- og triagekapacitet med OUH og Kolding med behov for størst kapacitet og Svendborg med behov for mindst visitations- og triagekapacitet.

Hovedformålet med tabellerne i afsnit 3.1. er at give et billede af visitations- og triagefunktionens omfang i FAMerne. Hovedformålet med tabellerne i afsnit 8 er at give et billede af omfanget af diagnostik- og behandlingsopgaven i FAMerne. Der gøres opmærksom på, at belægningstabellerne i afsnit 8 også indeholder ikke-akutte patienter på sygehusene.

Oversigt over den forventede daglige patientstrøm med ambulancer til regionens fire sygehusenheder i 2020

	Akutte ambulancer m/horn og blink	Akutte ambulancer u/horn og blink	Liggende transporter til sygehuset
Sygehus Lillebælt	28	13	41
OUH	27	13	50
Svendborg	13	6	20
OUH-Svendborg	40	19	70
Sydvestjysk Sygehus	14	7	31
Sygehus Sønderjylland	18	9	35
I alt	100	48	177

Ud over de akutte ambulancer kommer der til et akutsygehus også mange liggende patienter, der kræver en modtagelsesindsats på sygehuset. En del af de ikke-akutte liggende patienter vil kunne køres direkte til stamafdelingen f.eks. overførte patienter fra andre sygehuse.

Oversigt over den forventede daglige patientstrøm til regionens fire sygehusenheder fordelt på hovedgrupper i 2020

	Akutte patienter i alt 1)	Heraf Medicinske	Heraf Kirurgiske	Heraf pædiatri	Heraf gyn.-obs.
Sygehus Lillebælt	139	81	34	14	10
<i>OUH</i>	<i>135</i>	<i>73</i>	<i>29</i>	<i>19</i>	<i>14</i>
<i>Svendborg</i>	<i>66</i>	<i>41</i>	<i>18</i>	<i>0</i>	<i>6</i>
OUH-Svendborg	201	114	47	19	20
Sydvestjysk Sygehus	107	61	27	8	10
Sygehus Sønderjylland	99	57	25	8	9
I alt	546	313	133	49	49

1) På Sygehus Lillebælt vil ca. 30 af de akutte patienter være til specialsygehuset i Vejle. På Sygehus OUH-Svendborg vil ca. 3 af patienterne i Svendborg være til Ø-sygehuset på Ærø. På Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg vil ca. 9 af patienterne være til specialsygehuset i Grindsted og på Sygehus Sønderjylland i Aabenraa vil ca. 16 af patienterne være til specialsygehuset i Sønderborg.

Det ses, at de medicinske patienter udgør den største patientgruppe. Der er ikke pædiatri i Svendborg.

3.2 Kommunikation og dokumentation

Det er vigtigt med straksinformation fra praksissektoren og den præhospitale sektor til FAM om den akutte patient, der er undervejs mod FAM, så behandlingen af patienten kan påbegyndes så hurtigt som muligt, og FAM kan forberede sig så godt som muligt på modtagelsen af patienten.

Det skal derfor være let for praktiserende læger, vagtlæger, ambulancelæger og reddere at komme i kontakt med FAM. I dag må disse ofte kontakte flere forskellige afdelinger for at få indlagt en patient.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der kun skal være ét telefonnummer til FAM på hvert af de 5 akutsygehuse, hvor praksis/vagtlæge og præhospitale enheder kan komme i kontakt med visitationsteamet i FAM og aftale overlevering af en patient. Der bør derudover være et kommunikationscenter i modtagelsen, hvor der kan kommunikeres såvel eksternt (præhospitale køretøjer, vagtlægen, andre hospitaler mv.) som internt i sygehuset (andre afdelinger). Via kommunikationscentret modtages f.eks. løbende oplysninger om patienter på vej til FAM i ambulance, herunder medicinske data og mulighed for direkte kommunikation med patienten i tale og billede.

Der er den undtagelse fra reglen om ét telefonnummer til FAM, at der præhospitalt for nogle veldefinerede hjertepatienter og patienter med blodprop i hjernen jf. regionens visitationsretningslinier er særlige telemedicinske ordninger, hvor der ringes direkte til den vagthavende i hjerteafdelingen eller vagthavende i neurologiskafdeling for at konferere om behandlingen af patienten, samt om hvor patienten skal køres til.

De telemedicinske teknologier skal ibrugtages præhospitalt, når det giver forbedrede muligheder for at

redde liv og førlighed hos patienterne.

Journalføringen skal forbedres, og der skal implementeres en præhospital EPJ med sammenhæng til hospitalets EPJ, så der sker direkte overføring/videreførelse af informationer. Den præhospitale journal skal kunne anvendes af både ambulancetjeneste og lægebilstjeneste. Henvvisninger fra praktiserende læger og lægevagt bør være elektroniske.

3.3 Én indgang

Alle akutte patienter modtages igennem FAMs akutmodtagelse. Begrundelsen herfor er, at man her kan samle de nødvendige kompetencer ét sted frem for, at patienten skal køres mellem flere afdelinger på sygehuset for, at diagnose kan stilles og behandling iværksættes.

Nogle akutte patienter kan allerede før ankomst til sygehuset udredes til at tilhøre en bestemt kategori af patienter, der har behov for en hurtig behandling i en specialafdeling på sygehuset. Disse patienter køres hurtigt gennem FAM til relevant specialbehandling inde i sygehuset. I arbejdsgruppens drøftelser er disse patienter benævnt "sus-forbi patienter".

Det drejer sig om følgende patientgrupper:

1. Præhospitalsdiagnosticerede højrisiko hjertepatienter, der køres direkte til hjerteafdeling
2. Apopleksipatienter, der køres direkte til trombolyselbehandling (hvis sygehuset har denne behandling)
3. Fødende, der skal direkte til fødeafdelingen
4. Patienter med åben indlæggelse: terminale patienter mv.
5. Nyfødte børn, der køres direkte til neonatalafdelingen

3.4 Visitation

Alle patienter modtages straks efter ankomsten af en visitator (speciallæge/sygeplejerske). Visitatoren kan være en specialuddannet sygeplejerske og/eller en speciallæge i et relevant speciale gerne med en bred klinisk baggrund. Visitatorfunktionen udgør et team med tæt indbyrdes kontakt.

Visitatorfunktionen skal kunne varetage opgaven som hospitalsvisitator for hospitalets samlede akutte funktioner herunder vejlede kollegialt (læge-til-læge) om indlæggelse eller alternativer hertil, og skal ved behov kunne etablere direkte telefonisk kontakt mellem henvisende instans og relevant speciale. Visitatorfunktionen varetager endvidere visitationen til specialsygehusene i regionen ud fra en fastlagt visitationsvejledning.

Sygeplejersken i visitationsteamet skal kunne modtage selvhenvendende, besvare telefonopkald og triagere patienter. Det er vigtigt, at patienter, pårørende og samarbejdspartnere har kontakt med en fagperson, der har kompetence til at yde kvalificeret vurdering af patienter, opstarte behandling og viderehenvise efter behov.

Visitationsteamet skal være en funktion med backup, så både de sædvanlige forskelle over døgnet, ugen og året i mængden af patienter, der ankommer, kan klares men også sådan, at der på forhånd er fastlagte procedurer for, hvordan en uventet tilstrømning af patienter i forhold til modtagelseskapaciteten kan klares.

Visitatorfunktionen planlægger i samarbejde med den henvisende instans patientmodtagelsen herunder beslutning vedrørende behov for at tilkalde specielle kompetencer til modtagelse af

patienten.

Ved ankomsten til FAM modtages patienten i visitations- og triagezonen i FAM, hvor alle patienter gennemgår en visitation, herunder revurdering af, om der er behov for akut tilkald af et eller flere specialteams til håndtering af patienten i tilfælde af mistanke om en tidskritisk tilstand. Derudover vurderes det, om der er behov for ophold på særlig observationsstue.

Triagen foretages af sygeplejersker og læger. Triagen baseres på validerede scoresystemer, som anvendes til at registrere patientens tilstand, så der kan foretages en prioritering af indsatsen. Hvis det er relevant gentages scoringen løbende for at følge udviklingen i patientens tilstand.

Der knyttes kvalitetsmål på triagen. Det vil sige en tidsramme for, hvornår patienten skal være tilset, diagnosticeret og sat i behandling, herunder ventetider på parakliniske undersøgelser.

Samtidig med den initiale triage foretages en initial visitering efter behandlingsvejledninger, som dirigerer patienten i et af følgende hovedspor:

1. Patienter med oplagte diagnoser med akut indsættende behandlingsbehov (f.eks. visse hjertepatienter) går direkte gennem FAM (hvis de ikke er blevet identificeret i den præhospitale diagnostik og visitation) til de relevante interventioner.
2. Patienter med oplagte diagnoser med kendt tilknytning til særlige afdelinger. Eksempelvis terminale cancer patienter og andre patienter, hvis tilstand ikke kræver særlig akut diagnostisk eller terapeutisk indsats, går direkte til relevante stamafdelinger
3. Øvrige patienter forbliver i FAMs diagnostik- og behandlingszone. Er der allerede på dette tidspunkt stillet en tentativ diagnose rettes de næste tiltag mod denne.

4.0 Ophold i FAM

I kapitel 4 er beskrevet de overordnede rammer for patientens ophold i FAM. I dag modtages og udredes akutte patienter i en række forskellige modtagelser på sygehusene. I fremtidens FAM modtages alle akutte patienter ét sted på sygehuset, hvor diagnostik og behandling iværksættes.

Arbejdsgruppens anbefalinger

Ophold:

- Der skal sikres kvalitet gennem individuelle patientforløb på diagnosniveau. Sammenhæng og fremdrift i patientforløbene skal sikres gennem tidsstyrte standardiserede patientforløbsprogrammer
- Relevante diagnostiske undersøgelsesmuligheder skal være umiddelbart tilgængelige i FAM, så alle redskaber er lige ved hånden (schweizerknivsprincippet)

4.1 Udredning i FAM

I FAMs diagnose- og behandlingszone modtages patienten af speciallæger fra det speciale, som en eventuel tentativ diagnose tilhører. Der forventes endvidere at være fastansatte speciallæger i FAM, hvoraf nogle forventes at gennemføre uddannelsen til fagområdet "akutmedicin".

I denne del af FAM er der tæt overvågning af patienten, tæt og hurtig adgang til radiologiske ydelser og til laboratorieservice (schweizerknivsprincippet – alle værktøjer lige ved hånden).

Ligesom nu er der venteområde for skadestuepatienter mv. og pårørende, som ikke har behov for en seng. Derudover er der hvilestole og observationssenge for patienter, som afventer stillingtagen til videre tiltag.

I denne del af FAM er der ydermere faciliteter til stabilisering og initialbehandling, herunder avanceret genoplivning, telemetri og non-invasiv monitorering med central overvågning. Faciliteter til anæstesi og aspiration samles herimod i skadestuen eller på andre behandlingsområder. Der skal tilstræbes fleksibilitet og patientnært udstyr. F.eks. skal telemetri være påmonteret sengen og ikke væggen.

4.2 Hvilke behandlinger i FAM

Patienten bliver i FAM indtil, der mindst er en solid tentativ diagnose på den tilstand, som udløste indlæggelsen. Når denne diagnose foreligger, vil det være muligt ud fra standardiserede faglige procedurer samt under hensyntagen til patientens alder, egenomsorgsevne og øvrige sygelighed at planlægge, hvor langt indlæggelsesbehovet er.

Når patienten har fået stillet en diagnose, og en relevant behandlingsplan er lagt, kan patienten herefter:

1. Videreendes til operation og derfra enten til stamafdeling eller tilbage til FAMs sengeafsnit hvis patienten forventes udskrevet indenfor 24-48 timer
2. Videreendes direkte til FAMs sengeafsnit i diagnose- og behandlingszonen, hvis udskrivelsen

kan forventes indenfor 24-48 timer

3. Videresendes direkte til relevant speciale, hvis det forventes, at indlæggelsen vil vare mere end 24-48 timer
4. Udskrives fra FAM til eget hjem, daghospital, patienthotel eller ambulatorium

Sengeafsnittet i FAM vil være et sted, hvor patienter, som venter på operation eller på udskrivelse indenfor 24-48 timer, er indlagt. Sengeafsnittet vil være opdelt i områder særligt indrettet for eksempelvis patienter med hjerteproblemer, operationspatienter, børn samt psykisk påvirkede patienter med somatiske sygdomme.

Opholdet i FAM vejledes ikke af én fast tidsgrænse, men baseres på individuelle patientforløb på diagnose basis. Der angives i forlængelse heraf et tidsinterval for afgang fra FAM med henblik på at skabe fleksibilitet og dermed det bedst mulige patientforløb for den enkelte patient.

Tilrettelæggelsen af patientforløbene involverer en række overvejelser. Antallet af afdelinger og personer, som involveres i forløbene bør begrænses af hensyn til sikkerhed og patientoplevelset kvalitet. Samtidigt bør FAM have en størrelse, som ligeledes sikrer en rationel drift og overblik over patientforløbene.

I det følgende oplistes eksempler på, at det individuelle patientforløb på diagnosebasis giver mulighed for at tilgodese patienterne mest muligt.

1. En patient, som opereres for akut blindtarmsbetændelse, kan ofte udskrives indenfor 24 timer. Der er således ingen grund til sektionsskift af tidsmæssige årsager
2. En patient, som behandles for paracetamolforgiftning vil typisk have behov for 36 timers indlæggelse. Hensynet til patientens psykiske tilstand taler for enten et skift til en anden afdeling, som kan varetage den psykiske omsorg straks efter påbegyndt behandling, eller at patienten alternativt færdiggøres i en del af FAM, og undgår kontakt med mange mennesker
3. En yngre patient med lungebetændelse kan ofte udskrives 24-36 timer efter påbegyndt behandling og færdiggøres i FAM, en ældre patient kræver ofte længere indlæggelse og overflyttes til specialafdeling
4. En patient med en brækket hofte kræver altid mere end 48 timers indlæggelse, og vil kunne gøres klar til operation på FAM, og efter få timer via operationsgang overflyttes til stamafdeling

4.3 Tidsstyrte patientforløbsprogrammer og servicemål

FAM vil være højflowsafsnit med en betydelig variation i antallet af patienter, der ankommer, og opholder sig her. Sådanne højflowsafsnit stiller særlige krav til patientlogistik og standardiserede faglige procedurer.

Patientforløbene i FAM, fra ankomst til afgang, kan med fordel standardiseres og tidsstyres, som det eksempelvis er sket i traumeforløbet (traumemanualen). Ved det "Standardiserede Tidsstyrte Patientforløb" (STP) i FAM gennemføres en systematisk formaliseret kompetent udredning, diagnosticering, behandling og hjemsendelse/overflytning af patienten til tiden. Herved overses/"glemmes" ingen patienter, og ingen sættes unødigt sent i behandling efter ankomst til FAM. Samtidig sikres et optimalt patientflow. Bilag 3 indeholder en redegørelse for standardiserede patientforløbsprogrammer indenfor traumeområdet.

STP tænkes anvendt både i det overordnede forløb i FAM (Eks.: hvor lang tid må der gå før patienten første gang ser en speciallæge, hvor lang tid må der gå, før der er stillet en arbejdsdiagnose og der foreligger en plan for patienten), såvel som et tidsstyret forløb ud fra den enkelte diagnose/tilstand. Til styring af STP tænkes IT funktionen i FAM anvendt. Det enkelte patientforløb visualiseres på skærme, som det ses i bookingsystemer i dag.

Herved opnås følgende:

- Rettidig kompetent udredning, diagnose og behandling med forbedret prognose
- Hurtigere og kompetent beslutning om hjemsendelse/overflytning efter endt behandling
- Øget mulighed for kvalitetssikring
- Øget mulighed for benchmarking

Eksempel på den praktiske brug af tidsstyrede standardiserede patientforløbsprogrammer

En patient indlægges med åndenød og hoste af et døgn's varighed.

Ved ankomsten triageres patienten til gul gruppe, som har en ventetid på maks. én time. Dette meddeles patienten, og registreres i et IT-system, som starter nedtællingen på oversigtstavlen. Samtidigt går der en SMS-besked til den læge, som skal tilse patienten.

Når lægen går ind til patienten, registreres dette på tavlen. Når lægen er færdig, skal der foreligge en plan inkl. hvilke blodprøver, der skal suppleres med, hvor hurtigt der skal tages et røntgen af thorax, samt hvilken medicin, der skal gives og hvor hurtigt.

Alle disse variable registreres, og det kan følges elektronisk, hvorvidt planen overholdes. Lægen angiver samtidig tidsintervaller for kontroller af patienten, og hvornår patienten skal ses af bagvagten. Alle disse tidsangivelser er vejledende angivet i patientforløbsbeskrivelsen.

Bagvagten tilser patienten, og kommer med et bud på forventet indlæggelsestid, som også registreres. Afhængigt af dette flyttes patienten til FAM's sengedel eller anden afdeling.

De tidsstyrede patientforløbsprogrammer vil styrke patientsikkerheden og samtidigt give patienten mulighed for at forholde sig aktivt og for den sags skyld kritisk til eget forløb.

Det tidsstyrede patientforløb kan således fungere som et servicemål for patienten. I praksis kan det forgå på den måde, at der knyttes kvalitetsmål på triagen. Det vil sige indenfor hvilken tidsramme, patienten skal være tilset, diagnosticeret og sat i behandling herunder også angivelse af ventetiderne på parakliniske undersøgelser.

5.0 Afgang fra FAM

I kapitel 5. er beskrevet de overordnede rammer for patientens afgang fra FAM.

Arbejdsgruppens anbefalinger

Afgang:

- Der skal sikres en optimal overlevering af patienter fra FAM til andre afdelinger på sygehuset, til eget hjem eller til et andet sygehus (stafetmetoden)

Etablering af FAM betyder, at mange patientforløb bliver opdelt i en "FAM-fase" med diagnostik og indledende behandling og en opfølgende indlæggelsesperiode på en stamafdeling inde i hospitalet. Yderligere vil FAM, der er præget af svingende arbejdsintensitet og hurtigt skiftende prioriteringer, selv skulle stå for mange udskrivelser af kortvarigt indlagte patienter.

Erfaringsmæssigt medfører opdelt patientforløb større eller mindre tab af information med potentiel sikkerhedsrisiko/dårligere behandling og forlænget indlæggelsestid til følge. En tommelfingerregel er, at skift af afdeling koster et ekstra indlæggelsesdøgn. Direkte udskrivelse fra en meget akut afdeling kan – på grund af de mange konkurrerende opgaver og skiftende prioriteringer – medføre, at nødvendig information ikke bliver givet i tilstrækkeligt omfang, eller at aftaler og kontroller bliver glemt.

Der er ingen universalløsning på disse problemer udover at fokusere på overflytningen / udskrivelsen. Det betyder bl.a.

- at procedurer ved overflytning / udskrivelse skal være enkle og så nemme som muligt.
- at alle informationer skal være opdaterede og tidstro,
- at der ikke blot gøres status ved overflytningen / udskrivelsen, men at der er lagt en plan for det videre forløb / er angivet et formål med overflytningen, og
- at patienten principielt ikke slippes, før man kan mærke, at modtageren har fat ("stafetmetoden")

Nogle elementer til at fremme ovenstående nævnes i det følgende.

5.1 Standardprogram

Der vil i FAM være et stadigt flow af patienter med potentiel involvering af mange forskellige fagpersoner inden for kort tid. For at sikre hurtig fremdrift i diagnostik og behandling, er det nødvendigt at arbejde systematisk efter patientsforløbsprogrammer og med data, der hele tiden er opdaterede og kan ses af alle involverede.

Forløbsprogrammer har både "almene" elementer, der gælder for alle patienter eller for store grupper af patienter (den ældre medicinske patient, den præoperative patient etc.), og sygdomsspecifikke elementer, som er vejledende for den diagnostiske proces og behandlingen. På baggrund heraf bør der være en "tjekliste" ved overflytning/udskrivelse, som den udskrivningsansvarlige læge eller sygeplejerske følger for at sikre, at forløbet i FAM afsluttes korrekt. Samtidig kan en tjekliste tjene som en hurtig information til den, der overtager patienten om, hvor man er i forløbet, og hvad der umiddelbart skal følges op på. Tjeklisterne bør med tiden udvikles, så de i vidt omfang genereres automatisk, så arbejdet med at afslutte en patient i FAM gøres enkelt og nemt.

En patient, der overflyttes fra FAM, behøver ikke være igennem alt, hvad der skal til for at have en sikker diagnose og være langt inde i sin behandling for at kunne afsluttes fra FAM. Men det er yderst vigtigt, at der ved overleveringen kan leveres et præcist billede af situationen, og hvad der mangler, så modtageren umiddelbart kan gå videre uden nødvendigvis at kende hele sygehistorien til bunds.

Standardprogrammet for afgang fra FAM kan f.eks. indeholde følgende punkter:

1. Journaler, medicin status mv. er opdateret og tidstro
2. Patienten er blevet behandlet som planlagt, og har fået foretaget alle planlagte undersøgelser/behandlinger – eller en plan for, hvornår disse undersøgelser/behandlinger skal finde sted
3. Der er en plan for, hvad der videre skal ske med patienten (formål med overflytningen)
4. Patienten er informeret om forløbet, og har modtaget informationspjecer mv.
5. Samarbejdspartneren / modtager er kontaktet, og har kvitteret for at have forstået, hvad der skal ske med patienten
6. Ved aflevering af patienter til andre afdelinger skal afleveres en lægefaglig og sygeplejefaglig status og plan
7. Hvis relevant er pårørende kontaktet
8. Der er taget hånd om sociale problemer

Der skal udarbejdes standardprogrammer på alle FAM, der er tilpasset de lokale forhold på sygehuset og samarbejdet med kommunerne og psykiatrien. Standardprogrammerne skal udarbejdes i en dialog med de øvrige afdelinger på sygehuset, kommunerne og psykiatrien for at sikre, at modtagerne af patienten får de informationer, der er relevante for den videre behandling og pleje af patienten.

5.2 Stafetmetoden

Et andet vigtigt element i afgang fra FAM er selve overdragelsen af patienten. Når patienterne skal videre fra FAM enten til en anden afdeling på sygehuset, til et andet sygehus eller til hjemmet med hjælp og pleje fra kommunen, er det afgørende for den videre behandling og pleje, at den, der overtager patienten, er indforstået med overdragelsen og gør sig klar til at tage imod. Derfor skal der ved afgang fra FAM tages udgangspunkt i stafetmetoden.

Det primære princip i stafetmetoden er, at man først slipper patienten, når man ved, at modtageren har et ligeså godt hold i patienten, som man selv har haft op til afgang.

Stafetmetoden skal sikre:

1. Al relevant information viderebringes til modtageren
2. Ingen unødige forsinkelser på grund af manglende planlægning og information
3. Forkortet liggetid/ophold
4. Ingen dobbelte procedurer

Stafetmetoden indebærer, at der ikke blot er "sendt en mail", der kan hænge uåbnet sammen med så meget andet, men at modtageren på én eller anden måde bliver gjort opmærksom på, at en patient ønskes overdraget, og at modtageren kvitterer for opgaven og ved, hvor evt. yderligere oplysninger hurtigt og nemt kan indhentes (f.eks. ved direkte kontaktmulighed til den afslutningsansvarlige læge eller sygeplejerske i FAM inden for et nærmere angivet tidsrum).

Afslutningsfasen i FAM bør indeholde nogle tjekpunkter – klar til afslutning, tjekliste udfyldt og afsendt, overdragelse accepteret, afhentning om x antal minutter – som fremgår på den elektroniske tavle over alle igangværende patientforløb i FAM.

5.3. Udslusningsområde

Det er velkendt, at mange akutte afdelinger, ikke mindst op af formiddagen, er præget af stor trængsel, fordi afdelingen på én gang skal kunne rumme nyankomne patienter, samtidig med at andre er udskrevet, men endnu ikke afhentet. For at nedbringe uro og trængsel i behandlings- og diagnostikområdet i FAM, bør der indrettes et særligt udslusningsområde, hvor "raske" patienter på vej ud af sygehuset kan tilbringe en eventuel ventetid inden afhentning/busafgang.

Udslusningsområdet bør være fælles med det øvrige sygehus. Etableringen af et udslusningsområde vil medføre, at FAM vil kunne håndtere flere patienter, da rengøring og klargøring til næste patient på stuen, vil kunne ske hurtigere.

For at patienten oplever ventetiden i udslusningsområdet som positiv og værdifuld tid, skal der i området være tilgang til information omkring patientens sygdom. Udskrivningssamtalen kan foregå i udslusningsområdet, hvor patienten er i mere rolige omgivelser og det fysiske signaleres, at patienten er på vej hjem. Udslusningsområdet skal være et rart og trygt område at opholde sig i med et lavt støjniveau. Ligesom der bør være relevant informationsmateriale, f.eks. information om den kommunale hjemmepleje.

Da mange patienter på vej hjem fra sygehuset skal have medicin el. lign. på apoteket, er det en god service for patienterne at placere et apoteksudsalg i udslusningsområdet. Her kan endvidere være mulighed for at tale med en diætist, og faciliteter som butikker med dagligvarer, legezone, cafémiljø mm.

6.0 Ledelse, organisering og samspil i FAM

Nedenstående afsnit indeholder tværgående temaer vedrørende ledelse, arbejdstilrettelæggelse, nødvendige hjælpefunktioner, samspil med det øvrige sygehus og eksterne parter, uddannelsesopgaven samt kvalitetsudvikling og forskning. Nedenfor ses afsnittets centrale anbefalinger.

Arbejdsgruppens anbefalinger:

Ledelse:

- FAM skal have egen afdelingsledelse bestående af en ledende overlæge og en oversygeplejerske med reference til sygehusledelsen
- Der skal døgnet rundt være en ansvarshavende speciallæge, som har det overordnede organisatoriske ansvar for patientforløbene

Organisering og arbejdstilrettelæggelse:

- På sygehus med FAM skal der jf. Sundhedsstyrelsens retningslinjer være en speciallæge i tilstedeværelsesvagt inden for specialerne kirurgi, ortopædkirurgi, anæstesiologi og intern medicin. Derudover finder arbejdsgruppen det væsentligt, at en speciallæge i kardiologi, pædiatri samt gynækologi og obstetrik er til stede på akutsygehuset
- Arbejdet i FAM organiseres i specialerettede teams
- Organiseringen af FAM skal understøtte et godt arbejdsmiljø
- Der skal være let adgang til serviceydelser fra andre afdelinger: røntgen, laboratorium, portør m.v.

Samspil:

- Der skal etableres formaliserede samarbejder mellem FAM og de øvrige afdelinger på sygehuset samt med FAMer på andre sygehuse, praksisområdet/ vagtlægeordningen, det præhospitale system samt kommunerne
- Det er væsentligt at sikre et effektivt samarbejde mellem somatik og psykiatri i modtagelsen af henholdsvis akutte psykiatriske og somatiske patienter (Bidrag vedrørende psykiatrien afventer endelige udgave af Sundhedsstyrelsens rapport om akutpsykiatri).

Uddannelse:

- Personalet, som skal arbejde i FAM skal gennemgå målrettet uddannelse, som kvalificerer til arbejdet i FAM. For de speciallæger, der skal være fastansatte i FAM, skal speciallægeuddannelsen udbygges med ophold i de relevante specialer, som ikke i forvejen ligger i deres tidligere ansættelse, så den brede indsigt på tværs af specialerne bevares. Den væsentligste kompetence ligger i tværfaglig indsigt og i at varetage ledelsesfunktioner i FAM
- FAMs uddannelsespotentiale i forhold til det øvrige sygehus skal realiseres i den lægelige videreuddannelse og i andre sundhedsuddannelser.

Kvalitet og forskning:

- Der skal være forskningspligt i FAM
- Der skal i FAM pågå en rutinemæssig obligatorisk registrering af basisnøglevariable hos samtlige patienter med henblik på at opnå en høj kvalitet i dokumentationen i regionens FAMer

FAM vil have betydelige uddannelses- og forskningsopgaver. Det vil derfor være naturligt at tilknytte en eller flere personer med særlige kompetencer indenfor disse områder herunder en uddannelses- og forskningsansvarlig overlæge.

6.2 Organisering af FAM

Organiseringen af FAM involverer overvejelser vedrørende arbejdstilrettelæggelse, vagtstruktur, forholdet mellem faggrupper samt arbejdsmiljø.

6.2.1 Vagtstrukturen og arbejdstilrettelæggelse

Der skal i FAM være en klar ansvarsfordeling, ligesom der skal foreligge samarbejdsaftaler mellem specialerne.

Vagtstrukturen på sygehuset skal jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger tilrettelægges, så de relevante kompetencer altid vil kunne tilkaldes til opgaverne i FAM.

Det betyder, at der som minimum skal være en speciallæge til stede på sygehuset 24 timer i døgnet 365 dage om året inden for kirurgi, ortopædkirurgi, anæstesiologi og intern medicin. Arbejdsgruppen finder desuden, at det er væsentligt, at en speciallæge i kardiologi har tilstedeværelsesvagt på akutsygehusene ikke mindst for at imødekomme Sundhedsstyrelsens krav om ekkokardiografi i FAM.

Sundhedsstyrelsens specialevejledning af 11. november 2008 for gynækologi og obstetrik har følgende anbefaling til hovedfunktionsniveau: At det bør være muligt på hovedfunktionsniveau at få assistance fra en specialelæge i gynækologi og obstetrik umiddelbart.

Det samme gør sig gældende for Sundhedsstyrelsens specialevejledning af 11. november 2008 vedrørende pædiatri, heraf fremgår det: At det bør være muligt på hovedfunktionsniveau at få assistance fra en specialelæge i pædiatri umiddelbart. Herudover stilles der inden for pædiatri store krav til kvalificeret vagtberedskab på specialeniveau i forbindelse med vurdering af akut syge børn, hvorfor der bør være adgang til speciallæger i pædiatri.

Hvor det findes hensigtsmæssigt for akutfunktionen, som på f.eks. OUH, kan også andre specialer inddrages i døgn tilstedeværelse.

Alle lægelige specialer vil i større eller mindre grad skulle udrede og behandle patienter i FAM.

Speciallægerne i FAM vil som hovedregel være ansat under de respektive specialers afdelingsledelse, og vil ud over vagtarbejdet i FAM skulle tilse og behandle patienter på det øvrige sygehus efter behov i tjenestetiden. Der kan dog også være ansat speciallæger direkte under afdelingsledelsen i FAM.

De uddannelsessøgende specialetilknyttede yngre læger (intro- og hoveduddannelsen) er ansat under specialets afdelingsledelse, og vil indgå i tilstedeværelsesvagt i det omfang, det ligger i tråd med uddannelsen, og afdelingen finder det hensigtsmæssigt for dækning af arbejdsfunktionerne i vagten.

I FAM skal der være et vagthold af speciallæger tilstede hele døgnet med henblik på visitation/triage og koordinering af alle patientforløb, der kommer til FAM, hvilket indbefatter skadestuen. Dette vagthold kan opbygges af såvel speciallæger ansat i FAM (inkl. den uddannelsesansvarlige og den forskningsansvarlige) som speciallæger fra øvrige afdelinger. En kombination vil være hensigtsmæssigt for at fremme det tværfaglige samarbejde samt sikre den optimale udnyttelse af lægernes kompetencer også uden for vagttiden.

Dette speciallægevagthold skal også supervisere de uddannelsessøgende yngre læger ansat i FAM. De uddannelsessøgende yngre læger (basis og almen medicin) indgår i vagten i tilstedeværelse hele

døgnet i det mål, det findes hensigtsmæssigt for uddannelsen og for arbejdsfunktionerne i FAM.

Arbejdet i FAM skal tilrettelægges, så resurserne svarer til behovet for indsats. FAM skal have egen stab af plejepersonale, sekretærer og støttepersonale i henhold til LEON-princippet (Laveste Effektive OmkostningsNiveau).

Plejepersonalet skal matche patientstrømmen. Det vil sige, at der skal være sygeplejersker med spidskompetencer inden for alle specialer tilstede i det tidsrum, hvor specialets akutte patienter ankommer.

Begge dele må der tages højde for i den daglige arbejdsplan. Det vil være hensigtsmæssigt at benytte rotationsstillinger for spidskompetencesygeplejerskerne mellem FAM og de enkelte specialers afdelinger/ambulatorier.

Det vil være hensigtsmæssigt, at man overvejer nært tilknyttede bioanalytikere til betjening i forhold til patientnære analyser, så ventetiden på analysesvar mindskes mest muligt. Ligeledes skal andre ikke-plejerelevante opgaver så vidt muligt varetages af til afdelingen tilknyttede serviceassistenter, portører, husassistenter o.l.

Der bør indføres klinisk farmaci i FAM med henblik på rationel farmacoterapi. Dvs. at patienternes journaler gennemgås med henblik på, at patienterne modtager den mest hensigtsmæssige medicinering.

Der skal være døgndækket sekretariatsbetjening både til receptionsfunktion og med henblik på registrering.

De yngre læger under uddannelse (basis og almen medicin), som er ansat i FAM må deltage i tilstedeværelsesvagt i det mål, det er hensigtsmæssigt for uddannelsen. De yngre læger skal tilknyttes de forskellige specialers teams, så de opnår en bred indsigt i lægearbejdet.

Det daglige arbejde tilrettelægges i specialerettede teams, hvor der er en specialekyndig sygeplejerske og en speciallæge, som sammen med en yngre uddannelsessøgende læge (det kan både være en basislæge, en almen medicinsk eller en introduktionslæge fra eget speciale) og evt. basisplejepersonale, håndterer de patienter, der har behov for netop dette speciales assistance. Der kan efter de lokale forhold være tale om en række teams: Et ortopædisk team, et kirurgisk team, et medicinsk team, et kardiologisk team m.v. Speciallægen har ansvaret for planlægning af patientforløbet.

6.2.2. Forholdet mellem faggrupper

Der er behov for mange forskellige faggrupper i FAM for at kunne udføre hurtig udredning og behandling, og jf. LEON-princippet skal der ikke anvendes mere kvalificeret arbejdskraft end nødvendigt i FAM.

Det er vigtigt at indtænke alle faggrupper i arbejdet hele døgnet, så man til alle arbejdsopgaver får den mest hensigtsmæssige arbejdsfordeling både med henblik på økonomien og med henblik på kompetencerne, så resurserne anvendes der, hvor de gør størst nytte.

6.2.3 Arbejdsmiljø

Det er en vigtig ledelsesmæssig opgave at skabe et godt arbejdsmiljø i FAM, så det er attraktivt at arbejde i FAM. Dette præsenterer en udfordring med en afdeling, der skal fungere 365 dage om året, døgnet rundt med stor gennemstrømning af patienter samt en personaleopdeling med dels faste medarbejdere og dels mange medarbejdere fra sygehusets øvrige afdelinger, der arbejder korte perioder i FAM.

I opbygning og indretning er det vigtigt at indtænke personalerelaterede rum til fremme af det fælles arbejdsmiljø. Der skal være personalerum, hvor der er reel mulighed for pauser og hvile. Kontorfaciliteter skal indrettes, så der ikke planlægges flere arbejdsfunktioner, end rummet tillader plads og støj-mæssigt.

6.3 Adgang til hjælpefunktioner

FAM skal have let og hurtig adgang til en række hjælpefunktioner herunder billeddiagnostik, laboratorium og portørservice.

Der skal være adgang til radiologisk døgnservice på speciallægeniveau. FAM skal kunne tilbyde ultralydsundersøgelser, konventionel røntgen og CT scanning. Dette kan ske ved, at FAM ligger i tilknytning til radiologisk afdeling. Ved nybyggeri er det oplagt at lægge radiologisk afdeling op ad FAM, da det vil give klare driftsmæssige fordele i forhold til den samlede radiologiske funktion og udvikling af specialet.

Der skal være laboratorium-døgnservice uden forsinkelser grundet transport eller andre logistiske flaskehalse. De undersøgelser, som er afgørende for næste diagnostiske skridt, skal kunne leveres uden forsinkelse.

FAM skal have adgang til en døgndækket portørservice med henblik på at skabe transport af patienter ud af FAM samt til undersøgelser uden forsinkelser.

6.4. Samspil

FAM har mange samspilsrelationer, som fordrer stillingtagen og handling i håndteringen af den fælles opgaveløsning.

6.4.1. Samspil med resten af sygehuset

Det er en vigtig opgave for afdelingsledelsen i FAM at koordinere den daglige drift af FAM med sygehusets øvrige afdelinger og til stadighed udvikle patientforløbene. Der skal etableres faste samarbejdsfora på sygehusledelsesområdet for at sikre et vedvarende godt samspil mellem FAM og det øvrige sygehus. Dette vedrører ikke mindst intensiv, intermedier, OP (operation), anæstesi, opvågningsfunktionerne, røntgen og laboratorium.

6.4.2. Samspil med andre FAMer i regionen, Ø-sygehuset, specialsygehuse og skadepoliklinikker

Der skal være et samarbejdsforum mellem FAMerne i regionen for at sikre samarbejde mellem FAMerne og gensidig erfaringsudveksling.

Der skal indenfor den enkelte sygehusenhed være en klar opgavebeskrivelse mellem akutsygehuset

og eventuelle specialsygehuse, skadeklinikker og Ø-sygehuset vedrørende akutte patienter, som er formidlet ud til borgerne, så de ikke er i tvivl om, hvor de skal henvende sig med hvilke problemstillinger.

Der skal være kontakt til relevante FAMer i andre regioner samt relevante sygehuse syd for grænsen ad hoc for at løse konkrete problemstillinger, når de opstår.

6.4.3. Samspil med psykiatrien

En beskrivelse af samspilsrelationen mellem psykiatrien og somatikken afventer Sundhedsstyrelsens anbefalinger til den akutte indsats i psykiatrien. Anbefalingerne forventes at udkomme primo 2009, hvorefter den regionale ramme for modtagelsen af akutte psykiatriske patienter beskrives i et psykiatri-tillæg til nærværende rapport vedrørende FAM.

Der vil i psykiatri-tillægget blive lagt op til et styrket samarbejde mellem somatikken og psykiatrien i Region Syddanmark, da såvel somatik som psykiatri kan høste store fordele herved. Mange psykiatriske patienter får herunder somatiske diagnoser på grund af eksempelvis dårlig egenomsorg. Kvaliteten i modtagelsen af den akutte psykiatriske patient kan således højnes, når patienten i udredningen vurderes på såvel sin somatiske som sin psykiatriske tilstand. Herved kan den bedste behandlingsplan lægges, og det undgås, at den psykiatriske patient falder mellem to stole.

6.4.4 Samspil med de praktiserende læger, det præhospital system og vagtlæger

For at sikre en klar opgavefordeling mellem FAM og de praktiserende læger, skal der være klare retningslinjer for visitationen af patienter fra praktiserende læger/vagtlæger til FAM.

Almen praksis skal så vidt muligt opruste modtagelsen og behandlingen af småskader i egen praksis i dagtiden. Visitationen til FAM skal altid være forbundet med en telefonisk kontakt og en elektronisk henvisning samt information til patienten/pårørende. I vagttiden overtager lægevagten håndteringen af de akutte patienter, og benytter samme visitationsprocedure, som den praktiserende læge gør i dagtiden.

Det er afgørende, at kommunikationen til det præhospital system indtænkes i ovenstående overvejelser.

Der skal udarbejdes og sendes en epikrise/et udskrivningsbrev i forbindelse med "afslutningen" i FAM. For at opnå et effektivt samspil med de praktiserende læger er det først og fremmest nødvendigt med "online" epikriser, som kan sendes til praktiserende læge straks efter patienten er udskrevet. Denne tidstro opdatering af praktiserende læge giver større tryghed for og bedre behandling af patienten, da praktiserende læge straks kan fortsætte behandling hvis nødvendigt.

Der skal være en lægevagtskonsultation i tilknytning til FAM herunder i et lokalemæssigt naboskab. De øvrige lægevagtskonsultationer placeres, så de dækker hele regionen bedst muligt.

Der skal etableres et samarbejdsforum mellem FAM, Praksisudvalg og Vagtudvalg med repræsentanter fra almen praksis med henblik på at sikre det bedst mulige samarbejde mellem parterne.

6.4.5 Samspil med kommunerne

På grundlag af de sundhedsaftaler om udskrivning, der er indgået med kommunerne i 2008, arbejder regionen pt. på at fastlægge retningslinjer for fælles udskrivningsplanlægning i samarbejde med kommunerne. Udskrivningsplanlægningen skal skabe grundlag for, at varslingsfristen for udskrivning efter indlæggelse i mere end 24 timer udgår af sundhedsaftalerne med virkning fra medio 2009.

På baggrund af ovenstående tages der herefter udgangspunkt i, at varslingsfristen til kommunerne ikke længere er gældende ved udskrivning af patienter.

Sundhedsaftalerne og den fælles udskrivningsplanlægning bygger på, at kommunerne og sygehusene indgår i dialog omkring patientforløbet. Er indlæggelsen under 24 timer, anvendes en hurtig kommunikation, hvorved kommunen kontaktes, hvis der er behov for etablering /reetablering af kommunale ydelser. Denne kontakt kan ske telefonisk.

Er indlæggelsen over 24 timer, skal der være yderligere dialog mellem sygehus og kommune, hvor sygehuset bl.a. udarbejder en forløbsplan over det videre forløb for patienten. Dialogen omfatter konkret følgende kommunikation:

- Sygehuset orienterer kommunen. Sygehuset underretter kommunen om en borgers indlæggelse.
- Kommunen informerer sygehuset. Hvis borgeren er kendt i det kommunale system, sender kommunen en indlæggelsesrapport til sygehuset med oplysninger om patienten og de kommunale ydelser, som patienten modtager.
- Sygehuset sender forløbsplan. For alle patientforløb over 24 timers varighed udarbejder sygehuset en forløbsplan på grundlag af den lagte behandlingsplan, og sender den til kommunen. Sygehusene udarbejder og sender forløbsplanen hurtigst muligt og senest 48 timer efter indlæggelsen. For ukomplicerede forløb må sygehusene tilskyndes til at afsende planen inden for det første indlæggelsesdøgn.
- Kommunen kvitterer for forløbsplan. Kommunen læser og melder tilbage på forløbsplanen senest 8 timer efter modtagelsen.
- Aftale om udskrivning. Koordinering af det videre forløb planlægges i et tværfagligt fællesskab mellem kommune og sygehus.
- Sygehuset orienterer om udskrivningen. Når borgeren udskrives, sender sygehuset et udskrivningsadvis samt udskrivningsrapporten til kommunen.

Sundhedsaftalen om udskrivning åbner mulighed for, at sonderingen over/under 24 timer kan aftales på anden måde mellem et sygehus og en kommune. Der bør i den fælles udskrivningsplan være fleksibilitet i fortolkningen af, hvornår der er gået 24 timer, så de 24 timer afspejler den tid, hvor patienterne ligger i FAM, og det først er, når patienten sendes videre i sygehuset til behandling, at den egentlige forløbsplan træder i kraft.

Der kan endvidere lægges op til, at udskrivinger fra FAM kan ske telefonisk eller med it-korrespondance, og det først er, når patienten har været indlagt på en stationær afdeling, at der skal være udskrivning med forløbsplan mv. til kommunerne.

For at sikre et konstant flow af patienter i FAM skal kommunerne hjemtage færdigbehandlede patienter til tiden, så de ikke optager pladser på FAM. Nogle kommuner har forsøgt at løse problemet ved at ansætte udskrivningskoordinatorer, der har kontakt til sygehuset, og har et overblik over, hvilke patienter, der skal hjemtages og hvornår. Da disse udskrivningskoordinatorer til en vis grad vil kunne

afhjælpe problemet, anbefales ansættelse af udskrivningskoordinatorer i de kommuner, der ikke har sådanne endnu. Dette samarbejde kan ses analogt til det samarbejde, som sygehusene har med den kommunale sundhedspleje.

6.5 Uddannelsesopgaven i FAM

Da FAM er indgangen for de akutte patienter på sygehusene, vil der naturligt blive meget uddannelsesaktivitet i FAM for læger, sygeplejersker, præhospitalt personale mv. FAMs uddannelsespotentiale for det øvrige sygehus skal realiseres i den lægelige videreuddannelse og i andre sundhedsuddannelser.

Personale (læger, sygeplejersker, social og sundhedsassistenter mv.) som skal arbejde i FAM skal gennemgå målrettet uddannelse, som kvalificerer til arbejdet i FAM.

For de speciallæger, der skal være fastansatte i FAM, bør speciallægeuddannelsen udbygges med ophold i relevante specialer, som ikke i forvejen ligger i deres tidligere ansættelse, så den brede indsigt på tværs af specialerne bevares. Hvorvidt en egentlig akutmedicineroverbygning vil være hensigtsmæssig, afhænger af, hvordan fagområdet opbygges. Den væsentligste kompetence ligger i tværfaglig indsigt og i at varetage ledelsesfunktioner i FAM.

Der bør for en del af sygeplejerskerne være en specialerelateret uddannelse, så de opnår spidskompetence inden for området. Dette kunne for en stor del planlægges som rotationsstillinger mellem FAM og specialafdelingen. For den koordinerende og visiterende sygeplejerske bør der ligeledes være en specialuddannelse. Det kan også være nødvendigt med en uddannelse for de behandlende sygeplejersker i skadestuesektionen. Dette kan være en lokal praktisk uddannelse.

FAM kommer til at rumme et stort uddannelsespotentiale for læger. Det er oplagt, at ½ år af basisuddannelsen skal foregå i dette område. Ligeledes vil det være oplagt, at en del af den almene medicinske sygehusuddannelse skal foregå i FAM, som vil være den mest betydende berøringsflade mellem praktiserende læge/lægevagt og sygehus. Det vil derfor være hensigtsmæssigt med uddannelses- og forskningsansvarlige speciallæger tilknyttet FAM.

6.6 Kvalitetsudvikling og forskning i FAM

Med henblik på at sikre et høj kvalitetsniveau i dokumentationen i regionens FAMer skal der pågå en rutinemæssig obligatorisk registrering af basisnøglevariable hos samtlige patienter. Der skal være forskningspligt i FAM, og forskningen vil danne grundlag for en løbende optimering af behandlingen af den akutte patient i Region Syddanmark.

6.6.1 Kvalitetssikringssystemer og datamonitorering

Med henblik på at følge kvaliteten i de akutte patientforløb uanset, om de er visiteret til FAM, specialafdeling eller medicinsk afdeling på anden matrikel end FAM, er der behov for en prospektiv tidstro registrering af udvalgte basissymptomer, objektive fund og behandlingsmæssige tiltag hos hver enkel patient. Datasystemerne i de modtagende enheder bør indrettes med henblik på rutinemæssig registrering af disse data startende ved den initiale visitation og triage.

Viden om forløbet for den akutte patient fra henvisning fra egen læge, vagtlæge eller præhospitall service til eventuel indlæggelse i stationært afsnit og senere forløb er yderst sparsom og indtil videre dårligt dokumenteret. Da høj kvalitet skal sikres hos alle patienter uafhængigt af sygehus og

ankomsttidspunkt, bør registrering af udvalgte basisnøglevariable registreres hos samtlige patienter ved ankomst samt ved nøglepunkter i de tidsstyrede patientforløb indtil afgang fra FAM. Denne registrering skal være obligatorisk, være begrænset til det mindst mulige og være indbygget i de elektroniske patientjournaler på en måde, så de giver mening for det klinisk arbejdende personale.

Etablering, analyse og afrapportering af disse data er særligt vigtig i de første år, idet rapporterne vil fungere som kvalitetskontrol og vil være retningsgivende for, om der er behov for yderligere optimering af behandlingen af den akutte patient i regionen. Hvis man ønsker løbende analyse af kvalitetsparametre, er det nødvendigt, at der afsættes tilstrækkelige videns- og tidsressurser til det enten i hvert enkelt FAM eller på centralt niveau. Data genereret til kvalitetskontrol vil endvidere kunne bidrage væsentligt til forskningsmulighederne i de enkelte FAMer.

Basisregistreringspunkterne skal være ens på alle modtagende enheder i regionen, så der er mulighed for at identificere patienter med identiske ankomstsymptomer og deres videre vej gennem systemet. Omtanken ved definition af nøglevariable er afgørende for, om registreringen kan udføres i daglig klinisk praksis og muligheden for at identificere specifikke forløb for at monitorere kvaliteten af dem.

Region Syddanmarks FAMer vil støtte op om det landsdækkende samarbejde mellem fælles akutmodtagelser og det præhospitale beredskab om kvalitetsudvikling, som Sundhedsstyrelsen lægger op til og ligeledes registreringen af data om aktivitet og kvalitet i Landspatientregistret.

6.6.3 Forskning

FAM skal udgøre en stærk forskningsmæssig sammenhæng, og der skal afsættes midler til forskning.

Ligesom FAM har uddannelsesansvarlige læger og sygeplejersker, bør der udnævnes mindst en forskningsansvarlig læge, og vedkommende bør tilbydes forskningsledelses- eller projektledelseskursus.

Der skal være forskningspligt i FAM. Alle personalekategorier i FAM skal kunne engageres i forskning, og det vil være en selvfølge, at læger såvel som sygeplejersker gennemfører projekter. Hvad angår lægernes videreuddannelse, vil forskningstræning udgøre en naturlig del af opholdet i afdelingen.

Forskning i FAM skal fremmes ved en kultur, hvor spørgsmålene, "Hvorfor gør vi sådan", eller "Kunne vi ikke?", skal gribes som den gyldne chance, de er.

Der skal være en automatisk dataopsamling til brug for forskning og uddannelse i FAM. For at fremme den kliniske forskning bør det tilstræbes, at flest mulige af de patienter, der går igennem FAM, indgår i projekter. Der skal herunder hentes data direkte fra de datasæt, der opsamles på patienterne.

FAM skal også være involveret i sundhedstjenesteforskning, hvilket dækker forskning i samordningen og udviklingen af sundhedsvæsenet som organisation, relationerne mellem teknologi og sundhedsvæsen, sundhedsvæsenets resultater samt relationerne mellem sundhedsvæsenet og forskellige befolkningsgrupper.

For at honorere FAMs uddannelses- og forskningsforpligtelse skal der være lokaler indrettet til disse formål. Med henblik på undervisning skal der være udstyr til undervisning, herunder eventuelt

fjernundervisning. Til forskning bør der være lokale(r) indrettet med computere med opkobling til relevante databaser.

6.7 Særligt vedrørende FAM på OUH

OUH har en særlig funktion også på FAM-området som et højt specialiseret universitetssygehus. Dette indebærer, at visse funktioner (de højt specialiserede) kun vil være ét sted i regionen, og at OUH generelt skal tjene som back-up overfor regionens andre akutsygehuse ved svær sygdom og tilskadekomst.

OUH er traumecenter på level 1, og har principielt resurser til at varetage ethvert aspekt af et traume, og indtager en særlig position med hensyn til uddannelse, forskning og udvikling. De 4 øvrige akutsygehuse er traumecentre på level 2, og forventes at kunne tilvejebringe indledende behandling af et traume uanset sværhedsgrad af traumet og færdiggøre behandling af de patienter, som ikke har behov for behandling på et level 1 sygehus. Arbejdsdelingen på traumeområdet mellem OUH og de øvrige akutsygehuse i regionen er fastlagt i regionens traumemanual.

Forventningerne til forhåndenværende specialer, faciliteter og vagtberedskaber ved de højtspecialiserede akutsygehuse (traumecentre) er oplistet i Sundhedsstyrelsens rapport "Styrket Akutberedskab". På OUH er de nævnte specialer og faciliteter allerede tilstede, og der kan umiddelbart justeres på beredskaberne, så forventningerne kan indfries. Desuden har OUH enkelte landsfunktioner, som forventes videreført.

På OUH skal der, som ved de øvrige akutsygehuse i regionen, foretages organisatoriske og lokalemæssige forandringer for at leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende fremtidens akutfunktion. Herudover skal OUH også leve op til anbefalingerne vedrørende akutfunktioner på højt specialiseret niveau.

OUH indtager en særlig rolle sundhedsberedskabsmæssigt ved at levere sundhedsfagligt personale til regionens AMK (Akut Medicinsk Koordination), der koordinerer den medicinske indsats ved større ulykker og katastrofer. OUH har også en særlig funktion, som den akutmodtagelse i regionen hvor der kan modtages radioaktivt forurenede personer, og på det nye OUH etableres isolationsstuer på SARS-niveau.

Den særlige funktion i Odense skaber behov for etablering af forbedrede kommunikationsmuligheder mellem akutfunktionerne i regionen (og til akutfunktionerne i de øvrige regioner), så de telemedicinske muligheder udnyttes bedst muligt. Herved skabes mulighed for et virtuelt OUH. Den videre udvikling af akutfunktionen bør være evidensbaseret og ledsaget af forskningsinitiativer på området samt vedligeholdelse og udvikling af de registre, der allerede er etableret vedrørende akutte patienter ved OUH.

7.0 Den fysiske indretning af FAM

I nedenstående afsnit beskrives de anbefalinger vedrørende FAM i Region Syddanmark, som berører den fysiske indretning af FAM herunder patientflowet i FAM, overvejelser vedrørende arkitektur, kravene til lokalemæssig fleksibilitet samt teknologi og IT.

Arbejdsgruppens anbefalinger

Fysisk indretning:

- FAM kan f.eks. være opdelt i zoner: En visitations- og triagezone, en diagnostik- og behandlingszone samt en udslusningszone
- FAM skal indrettes, så der fleksibelt kan etableres/ udvides/ indskrænkes zoner. FAM skal herunder lokalemæssigt kunne håndtere variationerne i patientstrømmen over døgnet og året f.eks. ifht. børn
- Det er hensigtsmæssigt, hvis FAM ligger tæt på de afdelinger og funktioner, som FAM i den daglige drift er meget afhængig af
- Vagtlægekonsultationen placeres i tilknytning til FAM
- Arkitekturen i sygehuset skal være evidensbaseret og understøtte den helbredende proces samt et godt arbejdsmiljø gennem den bevidste brug af f.eks.: enestuer, lys, god ventilation, stilhed, et overskueligt miljø, udsigt til natur mm., den bevidste brug af teksturer og materialer samt gode personalefaciliteter
- FAM skal indrettes med tidssvarende teknologi og IT. Der bør lægges vægt på, at teknologi og IT er afprøvet og driftssikker

7.1 Patientforløb og arkitektur

En beskrivelse af patientflowet i FAM indebærer, at patientens færd gennem FAM visualiseres ud fra en praktisk logistisk synsvinkel. FAM skal i forlængelse heraf modtage såvel skadestuepatienter, traumer som akutte medicinske og kirurgiske patienter. Patientflowet beskrives under overskrifterne ankomst, ophold, afgang og øvrige overvejelser.

7.1.1 Ankomst

Der skal være én fælles indgang til FAM, hvor der vil være en løbende tilgang af patienter, der selv har transporteret sig til FAM og af patienter, der siddende og liggende er transporteret til FAM.

Patienter skal kunne transporteres til og fra FAM i helikopter uden omladning i ambulance.

I FAM mødes alle patienter straks af en visitator (læge/sygeplejerske) i visitations- og triagezonen, der foretager en visitation/triage af alle patienter.

FAM skal arkitektonisk fremstå med venlige, lyse og rolige rammer, der medvirker til at reducere negativ stress hos patienter og pårørende og samtidig understøtter et optimalt arbejds- og trivselsmiljø for personalet.

Ved den umiddelbare visitation/triage fordeles patienterne i:

1. "Sus-forbi-patienter", der er diagnosticeret til specialbehandling på afdeling i sygehuset

2. Patienter, som skal udredes og behandles i FAM
3. Patienter, der visiteres til behandling på andet sygehus, herunder specialsygehuse og højt specialiserede sygehuse
4. Patienter, som afvises på grund af manglende behandlingsbehov, eller henvises til andet tilbud

FAMerne skal som en del af regionens sundhedsberedskab kunne modtage mange tilskadedkomne i en katastrofesituation samt kunne modtage kemisk og biologisk forurenede selvhenvendende. FAM på OUH skal også kunne modtage radiologisk og nukleart forurenede personer.

Vagtlægen ligger i tilknytning til FAM, så patienter let kan komme fra vagtlægen til FAM eller omvendt. Vagtlægen er dog ikke organisatorisk en del af FAM.

Skadestuen med traumestuer er en del af FAM. Der er ventefaciliteter til patienter og deres pårørende, der venter på skadestuebehandling.

Det er væsentligt at sikre et effektivt samarbejde mellem somatik og psykiatri i modtagelsen af henholdsvis akutte psykiatriske og somatiske patienter således, at der gensidigt kan indhentes ekspertise.

7.1.2 Ophold

Patienter, der skal opholde sig i FAM i kortere eller længere tid, flyttes/går efter den initiale visitation/triage til diagnostik- og behandlingszonen i FAM. Diagnostik- og behandlingszonen er fleksibelt indrettet, så der kan etableres effektive og komfortable patientforløb med hensyn til udredning, behandling og ophold i FAM.

FAM er udstyret med opholdsfaciliteter til patienter varierende fra lænestole over flersengsstuer til isolationsenkeltengsstuer. FAM er ligeledes udstyret med undersøgelses- og operationsrum samt traumestuer (eventuelt såkaldte multifunktionsrum). I rummene skal der være både stationært og mobilt diagnostik- og overvågningsudstyr, så patienter hurtigt kan udredes, og der kan etableres overvågning af patienter.

FAM skal indrettes, så der fleksibelt efter behov kan etableres/udvides/indskrænkes zoner f.eks. til børn. FAM kan lokalemæssigt håndtere variationerne i patientstrømmen over døgnet og året.

Der skal indrettes specialzoner, som tager højde for de enkelte patientgruppers behov. F.eks. skal der være en børnezone med faciliteter for børn og deres forældre. Børnezonen skal være indrettet børnevenligt med indretning, møblering, farver og motiver specielt målrettet børn. Det vil eksempelvis ydermere være oplagt at oprette specialzoner for kardiologiske patienter samt traumer.

I forbindelse med indretningen af FAM skal der tages flere hensyn dels et patienthensyn således, at undersøgelser og samtaler kan foregå i en rum dels et ressourcehensyn således, at observation af flere patienter på en gang er muligt.

Der skal være faciliteter til behandling af hyperakutte patienter.

7.1.3 Afgang

FAM har et udslusningsområde, hvor "raske" patienter flyttes hen i ventetiden på afhentning. Her skal

patienten have hjælp til at sikre, at alt er klar til udskrivning, og transport er aftalt.

Portører og rengøringspersonale skal indtænkes i logistikken, så rum hurtigt kan klargøres, og patienter hurtigt kan transporteres.

Det er vigtigt, at patienter, der skal til hastende livskritisk behandling f.eks. PCI- og trombolyselbehandling i specialafdeling, hurtigt kan komme det. Afdelinger på sygehuset, der modtager livskritisk hastende patienter fra FAM, bør ligge tæt på FAM.

Det er ideelt med fremvisningsrum ved dødsfald tæt ved FAM.

7.1.4 Øvrige overvejelser

Det er en opgave i forbindelse med sygehusplanlægningen at etablere den bedst mulige logistik på sygehuset for patienter, personale og forsyningsfunktioner.

Det er hensigtsmæssigt, hvis FAM ligger tæt på de afdelinger og funktioner, som FAM i den daglige drift er meget afhængig af.

Det er ideelt, hvis sygehusets diagnostiske center ligger tæt ved FAM, så FAM hurtigt kan diagnosticere patienterne, og så det diagnostiske center ikke skal opdeles med driftsmæssige u hensigtsmæssigheder til følge.

Det vil være optimalt for den daglige drift, hvis intensiv/intermediær/OP (operation)/opvågningsfunktionerne på sygehuset ligger tæt ved FAM, så der kan ske hurtig overførsel af patienter fra FAM.

Udover de direkte patientrelaterede rum, herunder birum, skal der også være rum til personalet med reel mulighed for pauser og hvile, mødelokaler, kontorfaciliteter, personalerum og mindre samtalerum. Der skal planlægges fysiske rammer i FAM, som sikrer konference/drøftelser på tværs af specialer i FAM.

Der skal afsættes arealer til uddannelse og forskning. Med henblik på undervisning skal der være lokaler, hvor der kan foregå holdundervisning. Til forskning bør der være lokale(r) indrettet med computere med opkobling til FAMs databaser, SDU's bibliotek og internationale publikationsdatabaser samt med gængse statistikprogrammer, præsentationsprogrammer og referenceprogrammer.

Det er vigtigt logistikmæssigt og bygningsmæssigt ikke at tænke på FAM "som et lille appendiks til det store sygehus".

7.2 Evidensbaseret design

Det er udgangspunktet, at arkitekturen på sundhedsområdet i Region Syddanmark baserer sig på tankegodset vedrørende evidensbaseret sygehusdesign. Dette er en tankegang, som bl.a. store sygehusorganisationer i USA er langt fremme med. Evidensbaseret sygehusdesign arbejder primært med to indsatsområder: patienten og personalet.

Betegnelsen evidensbaseret design bliver først og fremmest brugt om at skabe miljøer, som er terapeutiske og afstressende, støttende for familiens involvering, og som giver et effektivt personale.

Arkitekturen i sygehuset skal i forlængelse heraf understøtte den helbredende proces samt et godt

arbejdsmiljø gennem den bevidste brug af f.eks.: enestuer, lys, god ventilation, stilhed, et overskueligt miljø, udsigt til natur og andre positive distraktioner, den bevidste brug af teksturer og materialer samt gode personalefaciliteter.

7.3 Lokalemæssig fleksibilitet

Opbygningen og indretningen af FAM bør være præget af en høj grad af fleksibilitet, som tilgodeser ændringer i FAM såvel på kort, mellemlang og lang sigt.

Der skal være en mulighed for, at der let kan ændres på rumstørrelsen afhængigt af det behov, som er i patientgruppen på det pågældende tidspunkt. Det vil sige mulighed for en her og nu ændring af lokalestørrelsen uden involvering af håndværkere eller andre fagfolk.

Det skal desuden være let at ændre kvadratmeterfordelingen mellem specialzonerne. F.eks. må det forventes, at zonen for børn skal udvides i vinterhalvåret osv.

Selve planlægningen af FAM bør tage højde for, at målgruppen for FAM kan ændre sig henover tid med betydning for volumen. Det vil sige, at indretningen og placeringen af FAM på længere sigt skal åbne mulighed for såvel udvidelser som indskrænkninger af arealet. Også udvikling af ny teknologi og andre arbejdsgange kan stille krav om bygningsmæssige ændringer.

7.4 Teknologi og IT

FAM skal indrettes med tidssvarende teknologi og IT. Der bør lægges vægt på, at teknologien og IT er afprøvet og driftssikker.

Der skal være et kommunikationscenter i FAM, hvor der kan kommunikeres såvel eksternt (andre hospitaler, udrykningskøretøjer og vagthavende i boligvagt) som internt i sygehuset (andre afdelinger). Indretningen skal ligeledes muliggøre videokonferencer.

Der skal være et relevant elektronisk patientjournal- samt overblikssystem i modtagelsen, hvor datafangst til registrer sker løbende. Da der vil være tale om enheder med mange patienter og et hurtigt flow, er det også vigtigt med oversigtssystemer, der skaber overblik over, hvor de enkelte patienter befinder sig og lige så vigtigt, hvor langt de er i udrednings- og behandlingsforløbet. Der skal være indbyggede indikatorer for, om kvalitetsmål i henhold til triagering overholdes. Dette patientflow skal kunne følges andre steder i huset.

Den elektroniske patientjournal skal være integreret med de mange dele, som udgør det beslutningsmæssige grundlag for patientbehandlingen: præhospitale observationer, adgang til tidligere journaler, elektronisk medicinprofilregistrering, indlæggelser på andre sygehuse, laboratorieresultater og radiologiske undersøgelser med tidstro registreringer. Patientens ankomst skal kunne forberedes med indhentning af disse oplysninger, klargøring af plads, blodprøver, labels mm. Så dette kan være parat ved ankomsten.

Registreringspraksis skal ensrettes, så valide sammenlignelige data opnås.

Der skal sikres IT-systemer, som kan formidle algoritmer for behandling (patientforløb), instrukser og vejledninger appliceret til den enkelte patient, med mulighed for tjeklister mm.

8.0 Dimensionering af FAM

Arbejdsgruppens anbefalinger

Dimensionering:

- FAM dimensioneres anlægsmæssigt efter en gennemsnitlig opholdstid på 18 timer
- Udover den effektiviseringsgevinst som følger af regionens fremskrivningsmodel frem til 2020, forventes en effektiviseringsgevinst på yderligere 10 – 20 % i FAM. Dette som følge af den ændrede organisering og behandling af akutte patienter

I Region Syddanmark skal der etableres i alt fem fælles akutmodtagelser i henholdsvis Odense, Svendborg, Kolding, Esbjerg og Aabenraa.

Dette afsnit indeholder en overordnet vurdering af, hvorledes FAM skal dimensioneres: hvor stor FAM skal være, og hvad konsekvenserne af den nye organisering bliver for sygehusenes øvrige sengeafsnit. En afgørende forudsætning for at kunne vurdere størrelsen af FAM er en stillingtagen til hvor længe patienterne bør opholde sig i afsnittet.

På baggrund af forskellige opstillede scenarier afsluttes dette afsnit med en overordnet anbefaling med henblik på efterfølgende at få fastlagt et ensartet og grundlæggende princip for dimensionering af de akutte patientforløb.

Helt overordnet set er patientgrundlaget for FAM alle akutte indlagte patienter og alle skadestuepatienter. Den psykiatriske modtagelse bør optimalt placeres i tæt fysisk nærhed af den fælles akutmodtagelse. Nedenfor redegøres der først for den forventede skadestueaktivitet, efterfølgende for den stationære aktivitet i FAM.

8.1 Skadestueaktiviteten

Nedenfor ses den nuværende skadestueaktivitet fordelt på sygehusenheder

	2007	2020
Odense – skadestue før og efter	48.664	54.751
Svendborg – skadestue før og efter	26.000	26.893
Aabenraa inkl. skadestuefunktion/skadeklinikker	38.873	35.573
Esbjerg inkl. Skadeklinik	32.245	31.467
Kolding inkl. skadestuefunktion/skadeklinikker	59.446	59.142
I alt	205.228	207.826

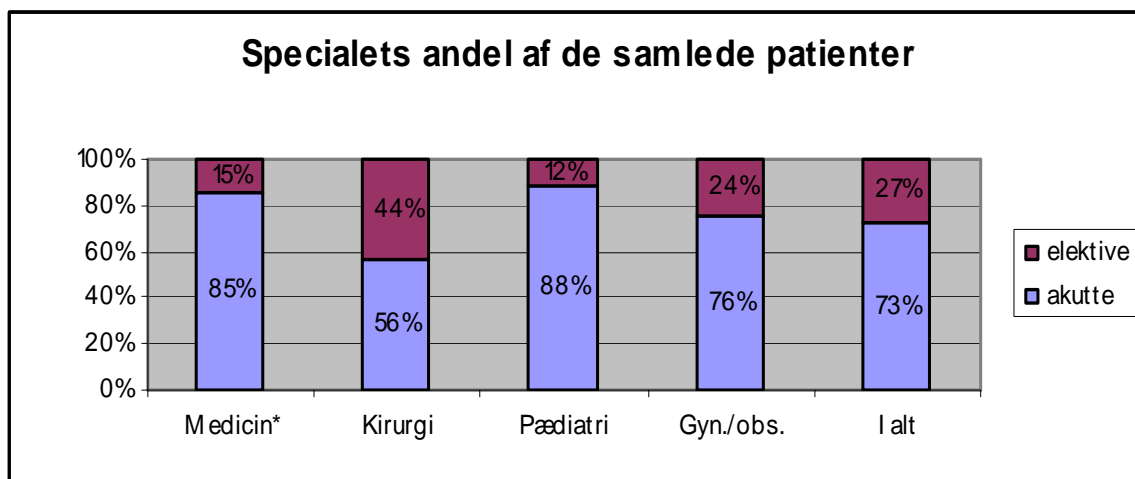
Den samlede skadestueaktivitet forventes ikke væsentligt ændret i fremtiden. Der vil fremover være skadestuer i tilknytning til de fælles akutmodtagelser i Odense, Svendborg, Kolding, Esbjerg og Aabenraa. Herudover vil der være skadestuefunktioner i Vejle og Sønderborg samt skadeklinikker.

8.2 Den stationære aktivitet

De akutte patienter udgør i alt ca. 3/4 af det samlede antal indlagte patienter. De akutte indlæggelser "beslaglægger" samlet set ca. 2360 senge, mens de planlagte indlæggelser samlet set "beslaglægger" ca. 690 senge.

Som det ses nedenfor, er akutfordelingen forskellig fra speciale til speciale. Af alle indlæggelserne på det medicinske område udgør de akutte indlæggelser 85 %, mens det tilsvarende tal er 56 % for det kirurgiske område, 76 % for det gynækologiske og obstetriske område og 88 % for det pædiatriske område.

Specialets samlede andel af patienter



Som det ses nedenfor, vil medicinske patienter udgøre den største patientgruppe i FAM, idet de medicinske indlæggelser udgør halvdelen af alle akutte indlæggelser. Ca. en tredjedel af de akutte indlæggelser er knyttet til de kirurgiske specialer, mens en tiendedel af de akutte indlæggelser vedrører børn og endnu en tiendedel vedrører fødsler og gynækologi.

Indlagte patienter i Region Syddanmark 2007 ***

	Akutte		Elektive	
	Antal udskrivninger	Pct af antal udskrivninger	Antal udskrivninger	Pct af antal udskrivninger
Medicin*	79.478	50%	12.734	22%
Kirurgi**	45.058	28%	37.268	64%
Pædiatri	17.869	11%	2.445	4%
Gyn./obs.	16.570	11%	5.765	10%
I alt	158.975	100%	58.212	100%

*Medicin indeholder alle medicinske specialer inkl. onkologi og neurologi

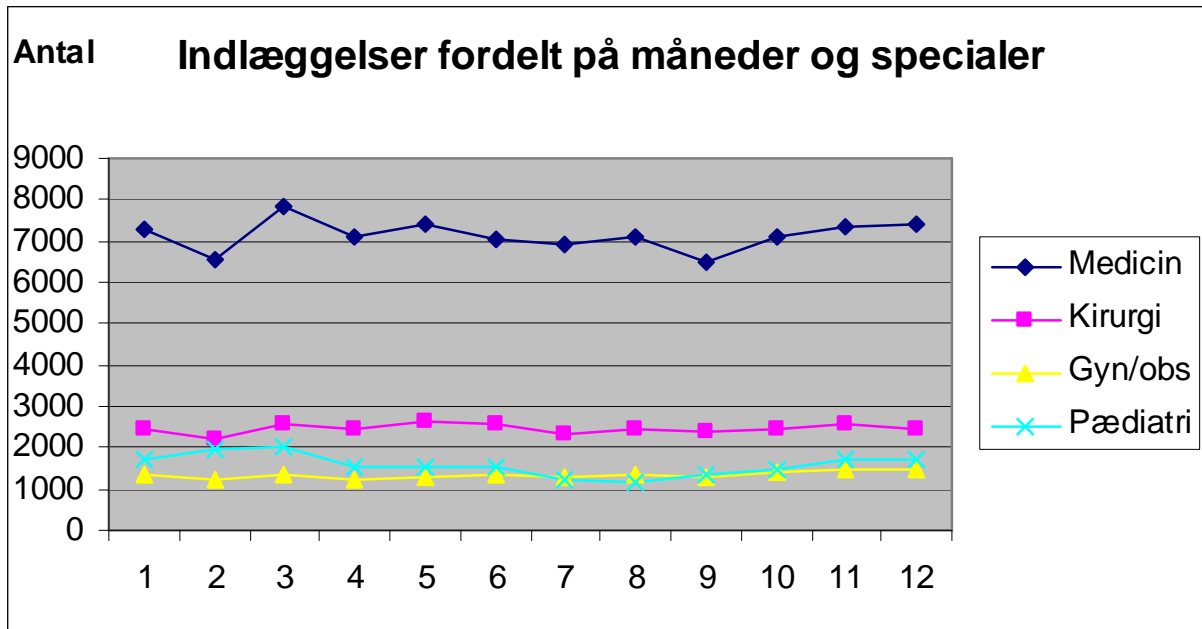
** Kirurgi indeholder alle kirurgiske specialer ekskl. gyn/obs.

*** Ekskl. indlæggelser på Ærø (speciale blandet med + kir)

Nedenfor er vist variationen i, hvornår på døgnet og året de akutte patienter indlægges på sygehuset. Opgørelserne viser antallet af akutte indlæggelser i 2007.

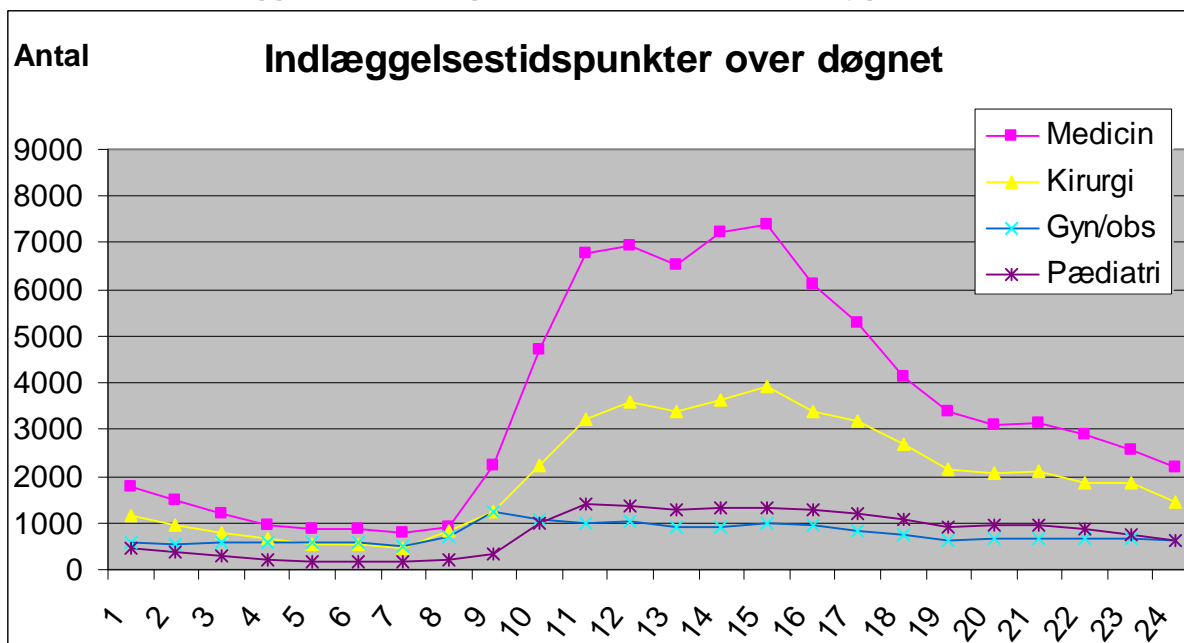
Af opgørelsen over antal akutte indlæggelser fordelt på måneder kan man bl.a. se, at der for det pædiatriske speciale er en procentvis stor spredning hen over året. Der blev eksempelvis indlagt næsten dobbelt så mange akutte børn i marts sammenlignet med august måned. For de tre øvrige områder (med, kir, gyn/obs) er der ikke den samme store procentvise spredning hen over året.

Variationen i hvornår på døgnet og året de akutte patienter indlægges på sygehuset i 2007



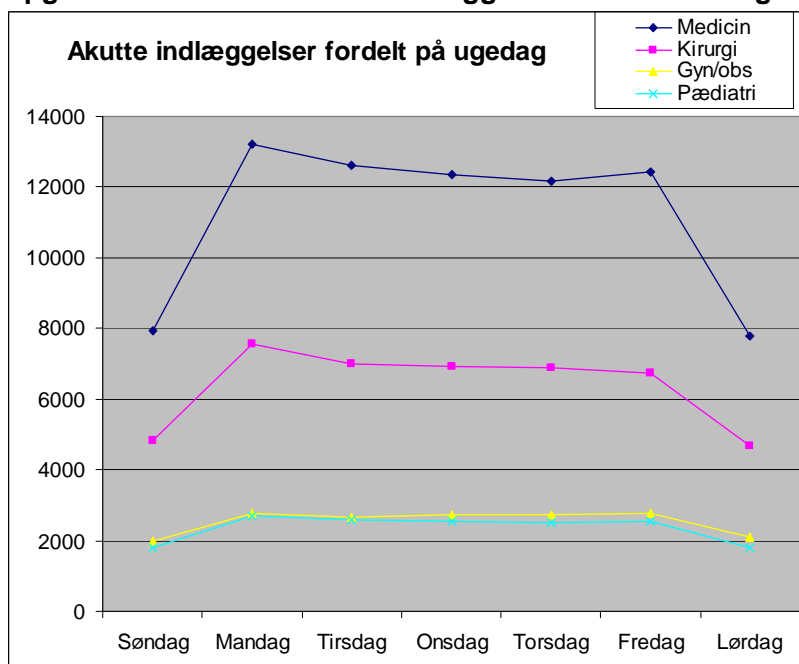
Af opgørelsen over antal akutte indlæggelser fordelt over døgnet kan man bl.a. se, at de akutte gyn/obs patienter (fødsler) indlægges jævnt fordelt over døgnet, mens langt de fleste medicinske, kirurgiske og pædiatriske patienter indlægges mellem 9.00 og 18.00. Relativt få medicinske patienter indlægges om natten.

Variationen i indlæggelser over døgnet af akutte patienter på sygehuset i 2007



Af nedenstående opgørelse over antal akutte indlæggelser fordelt over ugedage ses, at antallet af akutte medicinske indlæggelser og antallet af akutte kirurgiske indlæggelser er størst om mandagen, mens de akutte medicinske indlæggelser stiger lidt igen om fredagen, hvorimod de akutte kirurgiske indlæggelser falder hen over ugen. De akutte pædiatriske indlæggelser og de akutte gyn/obs indlæggelser er nogenlunde jævnt fordelt over ugens syv dage.

Opgørelse over antal akutte indlæggelser fordelt over ugedage i 2007



Det skal bemærkes, at ovenstående opgørelser af fordelingen af akutte indlæggelser over måneder, tidspunkter på døgnnet og ugedage alle er gennemsnitsberegninger baseret på et helt års aktiviteter. Opgørelserne opfanger således langt fra alle de variationer og udsving i akutindtaget, som faktisk finder sted.

I forbindelse med en dimensionering af FAM bør der tages højde for den variation og de udsving, der er i indlæggelsestidspunktet således, at der altid er plads til modtagelse af akutte patienter i de fælles akutmodtagelser uden, at det som hovedregel skal være nødvendigt at videresende indlagte FAM-patienter til øvrige afdelinger "før tid". Dette vil desuden give mere ro og bedre muligheder for planlægning på de øvrige sengeafsnit.

I dette lys foreslås det, at der i forbindelse med beregningen af sengebehovet regnes med en lavere belægningsprocent end ved øvrige sengeafsnit. Samtidig kan det overvejes at indregne en højere belægningsprocent ved de øvrige sengeafsnit.

Ved tidligere beregninger af fremtidige sengebehov er der regnet med en gennemsnitlig belægningsprocent på 85 %. I forbindelse med dimensioneringen af FAM foreslås det, at der regnes med en belægningsprocent på 80 % i FAM.

Af nedenstående opgørelse ses, at mellem 40 % og 46 % af alle akutte medicinske, kirurgiske og gyn/obs patienter udskrives inden for 24 timer. Dette tal er noget højere for de pædiatriske patienter, idet 67 % af disse patienter udskrives inden for 24 timer. De medicinske specialer har desuden den største andel af de længere indlæggelser (4 dage +), idet godt 40 % af de medicinske indlæggelser varer 4 dage eller mere.

Opgørelse over liggetider for akutte patienter i 2007 fordelt på dage*

Speciale	1 dag		2 dage		3 dage		4 dage +		Sygehus udskrivninger	Samlet liggetid	Gns. liggetid
Medicin	31.898	40,1%	8.844	11,1%	5.972	7,5%	32.786	41,3%	79.478	402.050	5,1
Kirurgi	20.351	45,2%	5.960	13,2%	3.804	8,4%	14.964	33,2%	45.058	188.773	4,2
Gyn/obs.	7.612	42,6%	2.528	14,1%	2.543	14,2%	5.187	29,0%	17.869	55.841	3,1
Pædiatri	11.107	67,0%	1.568	9,5%	890	5,4%	3.005	18,1%	16.570	50.390	3,0
I alt	70.968	44,6%	18.900	11,9%	13.209	8,3%	55.942	35,2%	158.975	697.054	4,4

* ekskl. Indlæggelser på Ærø (speciale blandet med.+ kir.)

Opgøres liggetiderne pr. sygehus, ses samme tendens herunder bl.a., at sygehuse primært med stationær medicinsk aktivitet og genoptræning (Give og Tønder) har en højere andel af længerevarende indlæggelser.

Opgørelse over liggetider for akutte patienter i 2007 fordelt på dage*

Sygehus	1 dag		2 dage		3 dage		4 dage +		Sgh. udskrivninger	Samlet liggetid	Gns. liggetid
OUH	18.797	42,9%	5.147	11,8%	3.978	9,1%	15.875	36,3%	43.779	211.930	4,9
Sygehus Fyn	6.927	39,0%	2.307	13,0%	1.602	9,0%	6.923	39,0%	17.755	83.295	4,75
Sønderborg Sygehus	6.394	46,4%	1.416	10,3%	1.024	7,4%	4.957	36,0%	13.787	63.859	4,68
Haderslev Sygehus	2.810	44,4%	851	13,5%	549	8,7%	2.117	33,5%	6.326	27.125	4,34
Tønder Sygehus	244	23,0%	93	8,8%	81	7,6%	642	60,6%	1.060	6.526	6,2
Aabenraa Sygehus	5.011	49,0%	1.361	13,3%	816	8,0%	3.046	29,8%	10.233	35.589	3,5
Sydvestjysk Sygehus	15.806	48,7%	3.402	10,5%	2.453	7,6%	10.835	33,4%	32.486	127.091	3,95
Give Sygehus	24	20,5%	3	2,6%	4	3,4%	86	73,5%	117	1.085	9,52
Kolding Sygehus	10.272	45,5%	2.751	12,2%	1.867	8,3%	7.694	34,1%	22.581	96.034	4,29
Vejle Sygehus	5.135	43,8%	1.661	14,2%	900	7,7%	4.036	34,4%	11.729	48.096	4,14
I alt	71.420	44,7%	18.992	11,9%	13.274	8,3%	56.211	35,2%	159.853	700.630	4,43

* inkl. Indlæggelser på Ærø (speciale blandet med.+ kir.)

8.3 Undtagelser

Indledningsvist blev det nævnt, at patientgrundlaget for FAMerne er alle akutte patienter. Der kan imidlertid identificeres en række undtagelser fra denne hovedregel. Det vil sige patientgrupper, som arbejdsgruppen anbefaler, enten skal "suse forbi" FAM eller, som skal indlægges på sygehuset på anden vis end gennem FAM. Disse patientgrupper vil ikke "beslaglægge" fysiske arealer i FAM, og skal derfor "holdes ude" af dimensioneringsberegningerne.

Nedenfor ses en opgørelse over akutte patienter, som vurderes undtaget fra FAM:

- Visse kardiologiske patienter
- Neonatal patienter
- Obstetriske patienter
- Terminale patienter
- Åbne indlæggelser

Tilsvarende vil der – med regionsrådets vedtagne akutplan/gennemførelsesplan – være en andel af de akutte medicinske patienter, som skal visiteres telefonisk via FAM til indlæggelse i henholdsvis Vejle, Grindsted og Sønderborg. Planlægningsmæssigt er det forudsat, at der i 2020 vil være stationære medicinske funktioner med akutte medicinske patienter svarende til ca. 100 senge i Vejle, 80 senge i Sønderborg og 40 senge i Grindsted. Disse patientgrupper vil heller ikke "beslaglægge" fysiske arealer i FAM, og skal derfor ikke indgå i dimensioneringsberegningerne.

8.4 Erfaringer og data vedr. dimensionering og volumen i andre FAM-lignende akutmodtagelser.

Med henblik på at skabe et solidt grundlag for skøn af dimensioneringen af de kommende Fælles Akutmodtagelser i Region Syddanmark inddrages erfaringer fra andre FAM-lignende akutmodtagelser.

Akut Modtage Afdeling, Kolding Sygehus

I august 2008 blev der etableret et Akut Modtage Afdeling på Kolding Sygehus med i alt 31 senge. Sengene er fordelt således i forhold til specialer:

Medicinsk afd.:	14 senge
Organkirurgisk afd.:	10 senge
Ortopædkirurgisk afd.:	3 senge
Karkirurgisk afd.:	2 senge
Gynækologisk afd.:	2 senge

Opgørelser fra de første måneder viser, at den gennemsnitlige liggetid i afsnittet er på 25 timer, og at ca. 75% af patienterne udskrives fra AMA.

Akut Visitationsafsnit, Vejle Sygehus

Allerede i januar 2006 blev der etableret et Akut Visitationsafsnit på Vejle Sygehus med i alt 24 senge. Målgruppen er akutte patienter: medicinske patienter, neurologiske patienter (ekskl. apopleksipatienter), organkirurgiske patienter og ortopædkirurgiske patienter uden operationskrævende diagnose.

Målsætningen er, at patienterne opholder sig højst 48 timer på Akut Visitationsafsnit, og at patienterne, hvis der er behov for yderligere indlæggelse, overføres til den relevante stamafdeling (sengeafsnit). Opgørelser fra 2007 viser, at 48% af de medicinske patienter, 46% af de kardiologiske patienter, 64% af de neurologiske patienter, 52% af de organkirurgiske patienter, og 72% af de ortopædkirurgiske patienter udskrives direkte fra AVA.

Indlæggelsesmønsteret har efter det første år vist sig at stemme nogenlunde overens med forventningerne således, at indlæggelsesmønsteret i forhold til specialer fordeler sig således:

Med/hjertemedicinsk afd:	15 senge
Organkirurgisk afd:	7 senge
Ortopædkirurgisk afd:	1 senge
Neurologisk afd:	1 seng

Af specialernes samlede sengetal var ca. 14 % af de samlede medicinske senge (inkl. hæmatologi og kardiologi) placeret i AVA i 2006. De tilsvarende tal er 16 % af de organkirurgiske senge, 5 % af de neurologiske senge og 3 % af de ortopædkirurgiske senge.

Opgørelser fra 2007 viser, at den gennemsnitlige liggetid for patienter i AVA var 20 timer. Opgørelser for den gennemsnitlige liggetid i AVA fordelt på specialer og fordelt på henholdsvis udskrevne

patienter fra AVA og overflyttede patienter til stamafdeling efter opholdet i AVA, fordeler sig, som følger:

22 timer i AVA for de medicinske patienter, der udskrives direkte fra AVA
22 timer i AVA for medicinske patienter, der overflyttes til stamafdeling

23 timer i AVA for de hjertemedicinske patienter, der udskrives direkte fra AVA
17 timer i AVA for de hjertemedicinske patienter, der overflyttes til stamafdeling

20 timer i AVA for de neurologiske patienter, der udskrives direkte fra AVA
13 timer i AVA for de neurologiske patienter, der overflyttes til stamafdeling

19 timer i AVA for de organkirurgiske patienter, der udskrives direkte fra AVA
17 timer i AVA for de organkirurgiske patienter, der overflyttes til stamafdeling

16 timer i AVA for de ortopædkirurgiske patienter, der udskrives direkte fra AVA
14 timer i AVA for de ortopædkirurgiske patienter, der overflyttes til stamafdeling

Samtidig viser opgørelser, at der generelt har været en mindre stigning i den gennemsnitlige liggetid i stamafdelingerne (en stigning på 0 – 1 dag afhængigt af afsnit), hvilket også var forventet, idet det hovedsagligt er de korte indlæggelser, som AVA har vendt i døren.

Akutmodtagelsen på Stavanger Sygehus

Stavanger Sygehus har i 2008 etableret en nybygget fælles akutmodtagelse med i alt 60 senge, hvilket gør afdelingen til den største afdeling på sygehuset. Målgruppen er alle akutte patienter på nær gravide kvinder samt børn under 14 år. Målsætningen er bl.a., at patienterne kan udskrives efter højst 2-3 døgn, og hvis der er behov for yderligere indlæggelse, overføres patienten til den relevante stamafdeling, hvilket sker i omkring 20 % af tilfældene. Tilsvarende udskrives ca. 80 % direkte fra akutmodtagelsen. Den gennemsnitlige liggetid i afsnittet er 1,4 dag.

Akutmodtagelsen på Universitetssygehuset i Lund

Universitetssygehuset i Lund - som har et befolkningsunderlag på 300.000 indbyggere og i alt 850 senge - har en Akutmodtagelse med i alt 110 senge. Heraf er der 20 medicinske senge, 21 kirurgiske senge og 70 "nær-sygehus"-senge.

80 % af patienterne udskrives direkte fra afsnittet, mens 20 % overflyttes til anden afdeling. Den gennemsnitlige liggetid i afsnittet er 2,4 dage.

Ovenstående gennemgang viser, at der ikke blot er forskel i akutafsnittenes målgruppe/patientkategorier men, at der også er betydelig forskel i den gennemsnitlige liggetid i akutafsnittene. Ligeledes er der forskel på andelen af patienter, der kan udskrives direkte fra akutafsnittet.

Der synes med andre ord ikke at være nogen på forhånd fastlagt norm, men ikke desto mindre et behov for på regionsniveau og/eller sygehusniveau at nå frem til en fælles forståelse af, hvad der skal være hovedreglen med henblik på at kunne dimensionere de fælles akutmodtagelser.

8.5 Konsekvens for stamafdelinger og gennemsnitlig liggetider

Etableringen af fælles akutmodtagelser får betydning for stamafdelingernes størrelse. Udgangspunktet er, at de senge, som etableres i FAM, er en "delmængde" af specialernes samlede sengebehov. De afledte konsekvenser for stamafdelingerne må bl.a. forventes at medføre et mindre antal patienter i stamafdelingerne, fordi de lette patienter vendes i døren i FAM. På den anden side må det forventes, at liggetiderne går op i stamafdelingerne, fordi det er de tungere patienter, der overflyttes til stamafdelingerne.

Etableringen af FAM vil potentielt accelerere patientforløbene for de akutte patienter og dermed nedbringe den gennemsnitlige liggetid, hvilket vil medføre, at det samlede sengebehov falder isoleret set. Spørgsmålet er imidlertid om det samlede sengetal vil falde alt i alt.

I forbindelse med dimensioneringen af sygehusenes fremtidige sengebehov er der ved tidligere beregninger af sengetal i fremtidens sygehuse både taget højde for den demografiske udvikling, den forventede udvikling i sygdoms-/behandlingsmønstre og et forventet omstillingspotentiale. Den demografiske udvikling isoleret set forventes at medføre en stigning i sengebehovet på 19 % frem til 2020 (variation ml. specialer), mens udviklingen i sygdomsmønstret forventes at medføre en stigning i sengedagene på 3,4 % frem til 2020.

Herudover er sengebehovet fremskrevet med en omstillingsfaktor. For alle specialer er omstillingspotentialet opgjort på baggrund af den historiske udvikling i den gennemsnitlige liggetid. I perioden 1998 til 2003 faldt den gennemsnitlige liggetid med ca. 4 % årligt på det medicinske område og 2 % årligt på det kirurgiske område. Denne udvikling er automatisk fremskrevet frem til 2020 med "halv kraft", hvilket betyder, at der i prognosen er indarbejdet et fald i sengebehovet i 2020 med 15 % for de kirurgiske specialer og 23 % for de medicinske specialer.

Herudover har en række arbejdsgrupper arbejdet på at kvalificere denne prognose yderligere, hvilket har resulteret i, at omstillingspotentialet er korrigeret for ortopædkirurgi, gyn/obs og organkirurgi med et fald i sengebehovet i 2020 med:

30 % for ortopædkirurgi som følge af fortsat joint care/ dagkirurgisk udvikling

20 % for det organkirurgiske speciale bl.a. som følge af etableringen af FAM

20 % for det gynækologiske/obstetriske speciale bl.a. som følge af flere ambulante fødsler.

De medicinske arbejdsgruppers konklusioner har ikke givet anledning til at ændre på det definerede omstillingspotentiale, men spørgsmålet er, om etableringen af FAM vil reducere sengeforbruget yderligere eller om etableringen af FAM netop skal bidrage til at nedbringe sengeforbruget som forudsat i det allerede beskrevne omstillingspotentiale. I de videre beregninger forudsættes det, at etableringen af FAM netop skal bidrage til at nedbringe sengeforbruget som forudsat i det allerede beskrevne omstillingspotentiale.

Samlet set - når der både tages højde for den demografiske udvikling, den sygdomsafhængige udvikling og omstillingspotentialet - vurderes det samlede sengebehov i 2020 reduceret med godt 4 %. Udviklingen er afhængig af speciale, hvilket er illustreret nedenfor for udvalgte eksempler:

Det samlede sengebehov i 2020, når der er taget højde for den demografiske udvikling, den sygdomsafhængige udvikling og omstillingspotentialet

Speciale	Samlet effekt	
	Gns. årlig ændring i pct.	Ændring i pct. 2020
Gynækologi/obstetrik	- 1,89	- 21,90
Intern medicin	0,15	+ 2,20
Kardiologi	0,11	+ 2,00
Kirurgi	- 0,03	- 0,40
Ortopædkirurgi	- 1,00	- 12,30
Pædiatri	- 2,25	- 25,60
I alt	- 0,34	- 4,3

Ovenstående gennemgang er et udtryk for den fremskrivningsmetode, som Region Syddanmark har anvendt i forbindelse med samtlige beregninger af fremtidig sygehusaktivitet i 2020. Det Ekspertudvalg, som skal rådgive regeringen i forhold til udmøntning af Kvalitetsfondens 25 mia. kr. til nyt sygehusbyggeri, har, i forbindelse med offentliggørelse af deres anbefalinger og indstillinger til regeringen i november 2008, udarbejdet andre beregningsforudsætninger for den fremtidige sygehusaktivitet. Disse forudsætninger inkluderer bl.a. en forudsætning om et betydeligt større fald i sengeforbruget i 2020 end de forudsætninger, som Region Syddanmark indtil videre har regnet med. Ekspertudvalgets forudsætning medfører samlet set, at sengeforbruget forventes reduceret med 20 % frem til 2020. Efterfølgende beregninger i dette notat vedrørende dimensionering af FAM og øvrige sengeafsnit er beregnet ud fra Region Syddanmarks fremskrivningsmodel. Såfremt Ekspertudvalgets model anvendes, vil både antallet af senge i FAM og antallet af senge i de øvrige afsnit blive reduceret.

8.6 Tre mulige scenarier

Nedenfor følger en beregning af tre mulige scenarier for hvor stor FAM ved akutsygehusene kan forventes at blive i 2020 (Region Syddanmarks beregningsmetode). Scenarierne tager udgangspunkt i forskellige erfaringer fra andre FAM-lignende afsnit.

I beregningerne er der taget højde for den forventede udvikling i sengebehovet som beskrevet tidligere og den fremtidige struktur med visiterede akutte medicinske patienter i Vejle, Sønderborg og Grindsted.

Samtidig følger en opgørelse af konsekvenserne for de øvrige sengeafsnit. Der er ikke taget stilling til hvorvidt, at nogle af sengene i de øvrige sengeafsnit hensigtsmæssigt kan placeres i et patienthotel.

I beregningerne tages der højde for, at FAM ikke skal dimensioneres til fødsler, visse kardiologiske patienter og neonatale børn. Herudover er der (som nævnt tidligere) andre patientforløb, som det ikke - af registreringsmæssige årsager - er muligt at ekskludere af beregningerne (trombolyse, terminale patienter, patienter med åbne indlæggelser).

8.6.1 Kardiologi

Volumen i indlæggelserne af akutte kardiologiske patienter kan tilnærmelsesvist afgrænses på aktionsdiagnose ved udskrivningstidspunktet. Den nuværende aktivitet i regionen er ca. 21.000 udskrivinger og 73.000 sengedage årligt i 2007. Fremskrives aktiviteten til 2020 forventes der på

regionsniveau at være ca. 27.000 indlæggelser og 75.000 sengedage. Nedenfor ses den nuværende stationære kardiologiske aktivitet fordelt på matrikler, samt den forventede aktivitet i 2020 på regionsniveau.

Den nuværende stationære kardiologiske aktivitet fordelt på matrikler samt den forventede aktivitet i 2020 på regionsniveau

Kardiologi	Speciale	Akut			Elektiv		
		Udskrivninger	Sengedage	Senge	Udskrivninger	Sengedage	Senge
OUH	Intern medicin	288	1.327	4	30	100	0
	Kardiologi	4.925	15.798	51	3.087	5.197	17
Svendborg	Intern medicin	2.609	7.881	25	110	170	1
Sønderborg	Intern medicin	1.337	5.829	19	35	97	0
Haderslev	Intern medicin	2.103	6.389	21	160	416	1
Tønder	Intern medicin	95	598	2	3	19	0
Aabenraa	Intern medicin	302	973	3	3	5	0
Esbjerg	Intern medicin	40	40	0	0	0	0
	Kardiologi	3.557	10.444	34	521	1.303	4
Grindsted	Intern medicin	294	1.037	3	8	28	0
	Kardiologi	593	3.035	10	17	103	0
Brørup	Intern medicin	40	274	1	1	1	0
Fredericia	Intern medicin	1.129	4.501	15	35	89	0
Kolding	Intern medicin	1.438	5.702	18	44	147	0
Vejle	Intern medicin	191	542	2	17	136	0
	Kardiologi	2.382	8.783	28	701	1.719	6
Kardiologi 2007		21.323	73.153	236	4.772	9.530	31
Kardiologi 2020 (prognose)		27.127	74.841	241	6.093	9.489	31

Note: Kardiologi på intern medicin defineres ved aktionsdiagnoserne DI 01, DI05, DI09-15, DI20-52 og DZ 034-034 uanset speciale og afdeling

I 2020 vil det forventede antal af akutte indlæggelser/udskrivninger være på i alt ca. 199.200 ekskl. fødsler, hvoraf de 27.127 vil få en kardiologisk aktionsdiagnose, svarende til ca. 14 % af de samlede akutte indlæggelser. Der er i tidligere afsnit redegjort for, at en del af de kardiologiske patienter vil "suse forbi" de fælles akutmodtagelser. Det er vanskeligt at angive et præcist tal for de kardiologiske patienter, som kommer til at opholde sig i FAM. Et første bud er, at 1/3-1/5 af de kardiologiske patienter kommer til at opholde sig i FAM. En nærmere vurdering af patientgruppen samt praktiske erfaringer fra FAM vil give mulighed for at fastlægge den præcise fordeling af de kardiologiske patienter på et senere tidspunkt."

8.6.2 Neonatale indlæggelser

Neonatale børn skal ikke indlægges i FAM. Alle neonatale indlæggelser er akutte, og udgør en delmængde af det samlede antal akutte pædiatriske indlæggelser. Af rapporten vedrørende fødselsbetjening i Sønderjylland fra 2006 fremgår det, at andelen af de neonatale udskrivninger i både 2004 og 2005 udgjorde 17 % af det samlede antal akutte udskrivninger på pædiatrisk afdeling i Sønderborg. Anvendes samme procentfordeling for hele regionen medfører dette, at ca. 3.064 af i alt 18.021 akutte pædiatriske indlæggelser suser forbi FAM.

Antallet af akutte pædiatriske indlæggelser samt "sus-forbiere" i 2007

Pædiatri	Akutte udskrivninger	Heraf neonatal (17%)
Odense	6877	1169
Aabenraa	2949	501
Esbjerg	3065	521
Kolding	5130	872
I alt	18021	3064

8.6.3 Øvrige undtagelser

Volumenmæssigt udgør de øvrige patientgrupper (trombolyse, terminale patienter og patienter med åbne indlæggelser), der skal suse forbi FAM, en meget begrænset del af de akutte patienter, hvorfor de ikke påvirker dimensioneringsberegningerne i særligt stort omfang. I 2007 blev der eksempelvis udført 70 trombolysebehandlinger i Region Syddanmark.

8.6.4 Scenarie 1: Gennemsnitlig opholdstid i FAM = 24 timer

Nedenfor ses en opgørelse af det forventede antal udskrivninger, sengedage og senge i henholdsvis FAM-afsnit og stationære afsnit på regionens kommende fem akutsygehuse i 2020. Sengebehovet er beregnet med 80 % belægning i FAM-afsnit og 85 % belægning i stamafdelingerne.

Opgørelsen viser volumen i FAMerne, hvis patienter med mere end en dags indlæggelse alle vil opholde sig i FAM de første 24 timer. Patienter med indlæggelse en dag eller kortere holdes konstant, det vil sige at disse patienter forventes udskrevet direkte fra FAM inden for første døgn.

Opgørelserne for stamafdelinger er inkl. alle elektive indlæggelser, som ikke skal gennem FAM.

Opgørelse af det forventede antal udskrivninger, sengedage og senge i henholdsvis FAM-afsnit og stationære afsnit på regionens kommende fem akutsygehuse i 2020

Sygehus	FAM			Stamafdeling		
	Udskrivninger	Sengedage	Senge	Udskrivninger	Sengedage	Senge
Odense	49.378	44.749	153	28.906	229.412	739
Kolding	39.093	35.181	120	7.315	116.952	377
Esbjerg	35.560	31.738	109	9.542	103.143	332
Aabenraa	30.341	27.344	94	7.212	93.133	300
Svendborg	23.039	21.075	72	6.511	88.701	286
Senge på akutsygehuse			548			2.035
Senge på specialsygehuse						394
Region Syddanmark i alt						2.977

Såfremt de kardiologiske patienter og de neonatale børn - med ovenstående forudsætning - trækkes ud af FAM-beregninger, reduceres det samlede antal senge i FAMerne samlet set med 59 senge svarende til en reduktion på 11 %.

Af nedenstående opgørelsen ses, at herefter vil ca. 23 - 28 % af akutsygehusenes samlede sengemasse vil befinde sig i FAM, hvis patienterne i gennemsnit kommer til at opholde sig i FAM i 24 timer. Tallet er lavere for universitetshospital nemlig ca. 18 %.

Det samlede antal senge i FAMerne ekskl. de kardiologiske patienter og de neonatale børn

Sygehus	FAM				Stamafdeling			
	Senge før	minus kardiologi (9% af samlede akutte udskr)	minus neonatologi (17% af akutte pæd udsk.)	Senge efter	Senge før	plus kardiologi (9% af samlede akutte udskr)*	plus neonatologi (17% af akutte pæd udsk.)*	Senge efter
Odense	153	14	4	135	739	14	4	757
Kolding	120	10	3	107	377	10	3	390
Esbjerg	109	10	2	97	332	10	2	344
Aabenraa	94	8	2	84	300	8	2	310
Svendborg	72	6	0	66	286	6	0	292
I alt	548	48	11	489	2.034	48	11	2.093

* note: forudsat at de senge der flyttes fra FAM til stamafdelingerne fortsat har en belægning på 80 %

8.6.5 Scenarie 2 og 3: Gennemsnitlig opholdstid i FAM = 12 timer eller 18 timer

Det er ikke muligt ud fra eksisterende datasæt at generere en opgørelse over størrelserne på FAM/stamafdelingerne, når den gennemsnitlige liggetid er mindre end 24 timer (én sengedag).

Nedenfor er der på baggrund af en gennemsnitlig opholdstid på 24 timer lavet en forholdsmæssig beregning af scenarier, hvor patienterne (ekskl. fødsler, visse kardiologiske patienter og neonatale børn) i gennemsnit opholder sig 18 timer og 12 timer i FAM og tilsvarende længere tid i stamafdelingerne (med en højere belægningsprocent).

Heraf ses, at en gennemsnitlig opholdstid på 18 timer medfører, at 13 - 20 % af akutsygehusenes samlede sengetal vil befinde sig i FAM, mens en gennemsnitlig opholdstid på 12 timer medfører, at 8 - 12 % af akutsygehusenes samlede sengetal vil befinde sig i FAM.

Sengemasse i FAM ved en gennemsnitlig opholdstid på henholdsvis 24, 18 og 12 timer

Akutsygehuse	Gns. opholdstid i FAM 24 timer		Gns. opholdstid i FAM 18 timer		Gns. opholdstid i FAM 12 timer	
	Senge FAM	Senge stamafdeling	Senge FAM	Senge stamafdeling	Senge FAM	Senge stamafdeling
Odense	135	757	101	791	68	824
Kolding	107	390	80	417	54	443
Esbjerg	97	344	73	368	49	392
Aabenraa	84	310	63	331	42	352
Svendborg	66	292	50	308	33	325
Senge i alt FAM/stamafdeling	489	2.093	367	2.215	246	2.336
Senge i alt på akutsygehuse	2.582		2.582		2.582	

8.6.6 Anbefaling

På baggrund af ovenstående mulige scenarier for størrelsen på fremtidens FAM-afsnit og konsekvenserne for øvrige sengeafdelinger anbefaler arbejdsgruppen, at FAM-afsnittene anlægsmæssigt dimensioneres efter en gennemsnitlig liggetid på 18 timer. Hvilket bl.a. sker på baggrund af de erfaringer, der er gjort på det akutte visitationsafsnit på Vejle Sygehus.

Arbejdsgruppen anbefaler desuden, at dimensioneringen af FAM understøtter målsætningen om, at FAM organiseres med speciallæger i tilstedeværelse og tidsstyrede patientforløbsprogrammer. Denne organiseringsform sammenholdt med en forudsætning om, at FAM-afsnittene får direkte og hurtig adgang til teknologi og kliniske servicefunktioner forventes alt andet lige at føre til, at fremtidens patientforløb bliver mere komprimerede og uden unødvendig ventetid for patienterne.

Som følge af regionens anvendte fremskrivningsmodel følger, at det samlede sengeantal – og dermed som udgangspunkt også sengetallet i FAM – reduceres med ca. 4 % frem til 2020. Arbejdsgruppens bedste bud er, at man på længere sigt vil kunne opnå en yderligere effektiviseringsgevinst på 10 - 20 % i FAM som følge af den ændrede organisering af modtagelsen af akutte patienter.

Herved vil organisering i FAM med bl.a. tidsstyrede patientforløbsprogrammer kunne bidrage til, at regionens samlede sengebehov kan reduceres yderligere i forhold til reduktionen i den anvendte fremskrivningsmodel, og dermed bidrage til at regionens samlede sengebehov reduceres svarende til Ekspertudvalgets forventninger om en samlet sengereduktion på 20 %.

Indarbejdes denne målsætning om en effektiviseringsgevinst på 10 – 20 % i forhold til sengedimensioneringen betyder det, at fremtidens FAM-afsnit forventes af have denne størrelse:

FAM i Odense: 80 – 90 senge

FAM i Kolding: 60 – 70 senge

FAM i Esbjerg: 60 – 65 senge

FAM i Aabenraa: 50 – 55 senge

FAM i Svendborg: 40 – 45 senge

For de kommende store sygehusbyggerier opfordrer arbejdsgruppen først og fremmest til, at der bygges så fleksibelt, at kommende ændringer i behov kan indarbejdes.

Arbejdsgruppen opfordre ligeledes til, at der længere hen i projekteringsfasen bliver mulighed for at justere ovenstående dimensionering, såfremt den faktiske udvikling, og de erfaringer vedrørende midlertidige FAM-afsnit som indhøstes de kommende år, viser sig at blive anderledes end forventet på nuværende tidspunkt.

Ovennævnte sengetal er baseret på, at der i Vejle, Grindsted og Sønderborg modtages akutte medicinske patienter visiteret fra FAM efter regionale behandlingsvejledninger for FAMer.

9.0 Vejen mod FAM

Nedenstående afsnit omhandler vejen mod FAM.

Arbejdsgruppens anbefalinger

Vejen mod FAM:

- Der skal udarbejdes en lokal gennemførelsesplan for den gradvise indførelse af FAM på hvert akutsygehus, som tager højde for det korte, mellemlange og lange sigt
- Etableringen af FAM vil få store konsekvenser for organiseringen af det øvrige sygehus, hvorfor det anbefales, at der allerede nu planlægges en proces for den mest hensigtsmæssige indretning af akutsygehuse efter implementeringen af arbejdsgruppens anbefalinger for FAM

9.1 Gennemførelse

Den endelige etablering af de fem fælles akutmodtagelser i Odense, Svendborg, Kolding, Esbjerg og Aabenraa forudsætter, at der bygges et helt nyt sygehus i Odense, mens der på de fire øvrige sygehuse skal udvides og bygges til.

Det er en opgave for de nævnte sygehuse at etablere FAM i overensstemmelse med de anbefalinger, som rapporten opstiller.

Indførelsen af FAM på det enkelte sygehus vil i praksis ske som en gradvis proces – skridt for skridt. Dette involverer såvel en regional som en lokal proces.

En række af rapportens anbefalinger realiseres bedst i et regionalt samarbejde med henblik på at sikre ensartethed i regionen samt ligeledes en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Dette arbejde igangsættes i regionen.

Størstedelen af rapportens anbefalinger skal udmøntes i lokale processer. Således skal der udarbejdes en lokal gennemførelsesplan for hvert akutsygehus med henblik på at sikre den mest hensigtsmæssige og optimale oversættelse af anbefalingerne vedrørende FAM til lokale forhold.

De fysiske forhold sætter en begrænsning for, hvor hurtig indførelsen kan ske, men allerede nu kan de første skridt til indførelsen af FAM tages. På kort sigt er det således opgaven at vurdere hvilke af rapportens anbefalinger, som kan realiseres med de forhåndenværende søm.

Visionen om FAM bygger på flere hjørnestene, som alle skal være opfyldt før, FAM er fuldt ud indført. På det mellemlange og lange sigt vil det være muligt at opnå en ensartet standard for FAM i regionen.

Der skal i forlængelse heraf udarbejdes lokale gennemførelsesplaner for den gradvise indførelse af FAM på det korte, mellemlange og lange sigt.

9.2 Fysiske forhold

Nedenfor sker en kort gennemgang af de byggeplaner, som på nuværende tidspunkt foreligger for hver af regionens akutsygehuse.

OUH-Svendborg Sygehus

Der bygges et nyt universitetshospital i Odense, som kan stå færdigt om 8 – 10 år. I byggeriet bliver der taget højde for referencerammen for FAM, så FAM vil være fuldt ud etableret på Nyt OUH i 2018. Indtil det nye byggeri står færdigt, skal der etableres en midlertidig FAM/ MIFAM på det eksisterende OUH. Bl.a. hertil opføres der en midlertidig bygning, hvor FAM etableres. Den midlertidige bygning forventes taget i brug 2011.

Svendborg Sygehus skal udvides med en midlertidig tilbygning til sygehuset, som skal rumme akutmodtagelsen, så sygehuset hurtigt kan realisere fremtidens FAM. Midlertidig FAM forventes fysisk etableret i Svendborg i 2010.

Sygehus Lillebælt

Kolding Sygehus skal ligeledes udbygges til akutsygehus. Dette vil ske i perioden 2010 til 2017. Første etape i denne proces er etablering af FAM med skadestue, ambulancegård, operationsfaciliteter og fælles visitationsafsnit. Det forventes således, at FAM er fysisk etableret i Kolding i 2011.

Sydvestjysk Sygehus

Esbjerg Sygehus udvides pt. med et ambulatorietårn. Herudover udvides sygehuset på kort sigt med en laboratoriebygning samt på længere sigt med en tilbygning til sengebygningen, som ydermere skal renoveres. Sygehusets øvrige bygningsmæssige arealer til diagnostik, operationskapacitet og ambulatorier udvides ligeledes. Gennem en rokade forventes det muligt at samle modtagelsen af akutte patienter i sengebygningens sydlige stueetage i 2013-14.

Sygehus Sønderjylland

Sidst men ikke mindst skal det eksisterende sygehus i Aabenraa i perioden 2009 til 2017 udbygges til akutsygehus. Første etape i byggeriet er bl.a. etablering af FAM. Det forventes, at FAM er fysisk etableret i Aabenraa i 2010.

9.3 Gennemførelse af de opstillede anbefalinger

Indførelsen af FAM på det enkelte sygehus vil i praksis ske som en gradvis proces – skridt for skridt. Dette involverer såvel en regional som en lokal proces.

9.3.1 Regionale processer

En række af rapportens anbefalinger realiseres mest optimalt i et regionalt samarbejde med henblik på at sikre synergi i regionen samt ligeledes en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. De regionale processer igangsættes i regionen. Nedenfor udpeges de områder, hvor der af forskellige årsager kan høstes fordele ved en fælles regional indsats samt tidshorisonten for dette arbejde.

På IT-området er det helt oplagt, at de efterspurgte IT-redskaber skal være ensartede på regionsplan. På lang sigt, indenfor 5-10 år, skal der etableres en fælles regional EPJ, som også dækker den præhospitale fase. Det er ydermere oplagt, at der på regionalt plan samarbejdes om andre IT-løsninger, som kan understøtte opgaveløsningen i FAM. Det gælder f.eks. på kort sigt, indenfor 1-2 år, et system for rutinemæssig registrering af udvalgte basisvariable hos de akutte patienter.

I takt med, at FAM fysisk udfolder sig, skal der på mellemlang sigt, indenfor 2-5 år, opstartes et regionalt samarbejde med henblik på at sætte en regional ramme for udformningen af og praksis i forbindelse med udarbejdelsen af og arbejdet med standardiserede, tidsstyrte patientforløbsprogrammer. Det vil være naturligt at inddrage specialerådene i dette arbejde.

Etableringen af FAM vil få stor betydning for organiseringen af det øvrige sygehus, hvorfor der allerede nu skal planlægges en proces for den mest hensigtsmæssige indretning af akutsygehusene efter implementeringen af arbejdsgruppens anbefalinger for FAM.

9.3.2 Lokal gennemførelse

Størstedelen af rapportens anbefalinger skal udmøntes i lokale processer. Således skal der udarbejdes en lokal gennemførelsesplan for hvert akutsygehus med henblik på at sikre den mest hensigtsmæssige og optimale oversættelse af anbefalingerne vedrørende FAM til lokale forhold.

Gennemførelse af FAM på sygehusene vil ske i forskellige tempi afhængigt af tidshorisonten for den bygningsmæssige realisering af FAM. Nogle af de grundlæggende principper for FAM kan dog indføres inden, at byggeriet står færdigt.

På kort sigt, inden d. 1. januar 2010, skal der lokalt på hvert akutsygehus udarbejdes en gennemførelsesplan med henblik på at sikre den mest hensigtsmæssige og optimale oversættelse af anbefalingerne vedrørende FAM til lokale forhold.

I forbindelse med udarbejdelsen af den lokale gennemførelsesplan skal der redegøres for hvilke tiltag, som kan iværksættes umiddelbart, og som ikke er afhængige af fysiske forhold.

Planlægningsarbejdet i forbindelse med gennemførelsen vil indebære en høj grad af brugerinvolvering i forhold til det lokale arbejde med bl.a. et nummer til FAM, visitationsretningslinjer, den lokale fortolkning af sus-forbi-patientkategorien, udarbejdelse af beskrivelser for individuelle patientforløb på diagnosebasis, den lokale tilpasning af de standardiserede tidsstyrede patientforløbsprogrammer, standardprogrammer samt stafetmetoden.

Ligeledes vil der foregå et planlægningsarbejde vedrørende ledelse og organisering, hvor den lokale ledelsesstruktur og organisering fastlægges herunder arbejdsmiljøaspekter. En af hovedhjørnestenene i FAM og den nye akutstruktur er, at der skal være speciallæger i tilstedeværelsesvagt i akutmodtagelsen. Dette princip bør så vidt muligt indføres på kort sigt, da det sikrer en hurtig diagnosticering og højere kvalitet i behandling af patienten døgnet rundt.

Sampilsaspekter skal jf. tidligere gennemgang også inddrages i planlægningsarbejdet, hvilket ligeledes gælder uddannelse og forskning, som kræver selvstændige overvejelser.

Gennemførelsen af anbefalingerne til de fysiske rammer vil i høj grad afhænge af bygningsmæssige forhold, men vil også i nogle tilfælde kunne realiseres hurtigere.

Sidst men ikke mindst skal sygehusene bidrage til de regionale processer vedrørende FAM.

Bilag 1 - Kommissorium og arbejdsgruppe

Kommissorium for udarbejdelse af forslag til

Fælles Akut Modtagelse (FAM)

I et fleksibelt og fremtidssikret sygehusvæsen i region Syddanmark

Der skal udarbejdes et standardforslag til en Fælles Akut Modtagelse for akutsygehusene i Region Syddanmark(RSD). Der skal tænkes nyt og sikres innovation i forhold til indretning og funktion. Fremtiddscenariet skal sigte 10-15 år frem i tiden.

Behandlingen af akutte patienter er omdrejningspunktet i sygehusenes virksomhed. De overordnede mål for styrkelse af den nye sygehusstruktur retter sig især mod den akutte patient, udvikling af det præhospitale område, samarbejde med kommuner og praktiserende læger samt generelt om effektivitet og bæredygtighed.

En stor opgave vedrørende implementering af sygehusplanen er de bygningsmæssige ændringer - både nybyggeri og renoveringer.

Relativt store renoveringer, men i særlig grad nybygning af hele sygehuse er en unik mulighed for ikke at fremskrive nutidens behov, men at give hele organisationens ledere og medarbejdere mulighed for at bidrage til fremtidens rammer for patientbehandling, forskning, udvikling og uddannelse.

Det er besluttet at nyt sygehusbyggeri skal afspejle et patientfokuseret sygehusvæsen.

Arbejdsgruppen skal beskrive scenarierne for Den Akutte Patient i Region Syddanmark.

Der skal leveres to produkter:

1. Ideoplæg der kan indgå i udbudsforretning i forbindelse med regionens sygehusbyggerier. Deadline ultimo december 2008
2. Politisk oplæg, der skal godkendes af Regionsrådet. Deadline primo 2009

Der tages afsæt i oplæg, ideer og input fra FAM-konferencen.

Det arbejde der pt. foregår på sygehusene med at tage skridt til at organisere midlertidige FAM sættes ikke i bero mens arbejdsgruppen arbejder.

Formål

Projektgruppens formål er i forbindelse med indførelse af ny sygehusstruktur og præhospital udbygning i Region Syddanmark at udarbejde en rapport, der indeholder forslag til en referenceramme for Fælles Akut Modtagelse (FAM) i Region Syddanmark og et ideoplæg om Fælles Akut Modtagelse (FAM) til brug for udbud af sygehusbyggeri.

Målsætning

Den overordnede målsætning med arbejdet er at sikre høj kvalitet i modtagelsen, udredningen og behandlingen af akutte patienter i Region Syddanmark. Den akutte patient skal mødes af en mangfoldighed af kompetencer, uanset hvor og hvornår den akutte patient kommer ind på et sygehus.

Opgaven

Hovedarbejdsopgaverne er:

- Implementeringsplan for etablering af FAM, herunder ledelse, organisering og bemanning
- Beskrive rammerne for optimal diagnosticering og behandling af akut syge i FAM, i den sammenhæng skal der laves forløbsbeskrivelse for hovedpatientkategorier
- Beskrivelse af hvordan samspillet optimalt bør være mellem primær indsats i praksissektoren, den præhospital indsats og FAM
- Beskrivelse af hvordan samspillet optimalt bør være mellem regionens FAMer, skadepoliklinikker, Ø-sygehuset og FAMer i andre regioner og syd for grænsen
- Beskrivelse af hvordan samspillet optimalt bør være mellem FAM og resten af sygehuset fagligt og logistikmæssigt
- Beskrivelse af mulige scenarier for udvikling af FAM på langt sigt
- Beskrivelse af fysiske rammer, der er hensigtsmæssige i et FAM, herunder behovet for lokalemæssig fleksibilitet mellem FAM og resten af sygehuset
- Kvalitetssikring af undersøgelserne og behandlingerne i FAM
- Uddannelse og uddannelseskrav til personalet i FAM

Arbejdsproces

Arbejdsprocessen vil være en kombination af diskussioner samt beslutninger i plenum og arbejde i mindre grupper. Arbejdsgruppens deltagere forventes, med afsæt i arbejdsgruppens arbejde, på skift at bidrage med fagligt skriftligt materiale til arbejdsgruppen. Det skriftlige materiale skal indgå som afsnit i den endelige rapport.

Datoerne for arbejdsgruppens møder indtil jul er:

DATO	TIDSRUM	LOKALE
26/9-2008	13:00 - 16:00	Samlingssalen
14/11-2008	13:00 - 16:00	Mødeværelse 4
19/12-2008	13:00 - 16:00	Mødeværelse 4

Datoer for undergruppernes møder indtil jul er:

DATO	TIDSRUM	LOKALE
10/10-2008	13:00 - 16:00	Samlingssalen
31/10-2008	13:00 - 16:00	Mødeværelse 4
27/11-2008	13:00 - 16:00	Mødeværelse 4
12/12-2008	13:00 - 16:00	Mødeværelse 4

Møderne foregår alle på Damhaven 12, 7100 Vejle

Form

1. Ideoplæg til udbudsforretning forventes maksimalt at have et omfang på 4-5 sider.
2. Oplæg til politisk beslutning om FAM skal udformes i rapportform.

Arbejdsgruppens medlemmer

Jens Peter Steensen	Direktør		OUH
Niels Dieter Röck	Ledende overlæge	Ortopædkirurgisk afd. O	OUH
Poul Klint Andersen	Ledende overlæge	Anæstesiologisk - intensiv afd. V	OUH
Gunner Nielsen	Overlæge	Børneafdeling H	OUH
Thorkild Bremholm			
Rasmussen	Ledende overlæge	Kirurgisk afd. A	OUH
Lisbeth Muurholm	Sygehusapoteker	Sygehusapotek Fyn	OUH
Marianne Lundegaard	Oversygeplejerske	Ortopædkirurgisk afd. O	OUH
Annamarie Touborg Lassen	Afdelingslæge	Infektionsmedicinsk afd. Q	OUH
Niels Quist	Overlæge	afd. A	OUH
Sigurd Benjaminsen	Overlæge	Psykiatrisk afd. P	OUH
Lene Wichmann	Oversygeplejerske	AMA	OUH
Susanne Barren	Oversygeplejerske	Anæstesiologisk afd. V	OUH
Per Grindsted	Praksiskoordinator	Praksissektoren	Odense
Henrik Villadsen	Direktør		SHS
Anne-Marie Ulrik	Ledende overlæge	Anæstesi	SHS
Jens Bonde-Petersen	Klinikchef	Radiologi	SHS
Helle Overgaard	Oversygeplejerske	Ortopædkirurgisk afd.	SHS
Marie Hamming	Klinikchef	Akut modtagecenter og skadestue	SVS
Johnnie Gantov	Områdechef, led. overlæge	Hoved-ortoområdet	SVS
Ina Andersen	Afdelingssygeplejerske	Akutområdet	SVS
Henrik Jordening	Ledende overlæge	Akutområdet	SVS
Christian Backer Mogensen	Ledende overlæge	AMA	SLB
Lynge Kierkegaard	Ledende overlæge	Anæstesi afd.	SLB
Anne Sejr Knudsen	Ledende overlæge	Hjertemedicinsk afd.	SLB
Kurt Klünder	Ledende overlæge	Gyn/obst. Afd.	SLB
Kirsten Kyvik	Instituteder	Institut for regional/sundhedsforskning	SDU
Alice Støvring	Viceprojektdirektør	Projektorganisation for nyt OUH	Regionen
Per Busk	Afdelingschef	Plan- og udvikling	Regionen
Torsten Lang-Jensen	Præhospitalsleder	Plan- og udvikling	Regionen
Anders Meinert	Lægefaglig direktør	Psykiatrien	Regionen
Mette Fink	Observatør	Sundhedsstaben	Regionen

Sekretariat:

Mette Nygaard, AC-fuldmægtig, Projektorg. for Sygehusbyggeri, sundhedsstaben
 Bettina Ravnborg Thude, AC-fuldmægtig, Planlægning og udvikling, sundhedsstaben
 Martin Grum-Nymann, AC-fuldmægtig, Planlægning og Udvikling, sundhedsstaben
 Solveig Hansen, AC-fuldmægtig, Planlægning og Udvikling, sundhedsstaben
 Henrik Juul Andreasen, Specialkonsulent, Projektorganisationen for Sygehusbyggeri, sundhedsstaben

Tidsramme

Ideoplæg: 16. september 2008 – 17. december 2008

Politisk oplæg: 16. september 2008 – 20. marts 2009

Baggrundsmateriale

Vurdering af den akutte medicinske indsats i Danmark 2005, Sundhedsstyrelsen

Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen, Sundhedsstyrelsen 2007

Akutplan for Region Syddanmark 2007

Gennemførelsesplan, Fremtidens sygehuse – fra plan til virkelighed 2008

Idè- og planlægningsgrundlag for projektorganisation for sygehusbyggeri. (32 PL-grupper)

Bilag 2 - Patientforløbsbeskrivelser

Den medicinske patient med flere symptomer

Nedenfor følger en patientforløbsbeskrivelse for den medicinske patient med flere symptomer.

Den medicinske patient i FAM

Den akutte medicinske patient er ofte karakteriseret ved at have flere kroniske sygdomme samt enten en akut forværring af én af de kendte sygdomme eller en nytilkommen sygdom, som kræver akut indgriben. Symptomerne er ofte almene som åndenød, feber, hoste, smerter, ødemer samt svimmelhed.

Symptomerne optræder ofte i en kombination, som ikke umiddelbart leder hen til en specifik diagnose, men som kræver en række supplerende undersøgelser og en observationstid, før en diagnose og dermed målrettet behandling kan iværksættes. Patienten symptombehandles derfor initialt samtidig med, at udredningen foregår.

Ankomst til FAM

Patienterne er enten henvist af en praktiserende læge eller vagtlæge, via 1-1-2 kald eller selvhenvendelse til skadestuen. Hvor, der allerede præhospitalt har været en læge involveret i visitationen, varierer det grundlag, hvorpå visitationen er sket fra en kort telefonsamtale med en for lægen helt ukendt patient til et årelangt detaljeret kendskab i almen praksis.

Der vil derfor være et behov for en effektiv modtagelse i FAMs modtageområde, som dels klarlægger patientens symptomer, og reagerer på disse med eventuelle akut stabiliserende tiltag (ilt, IV-væske mm.). Samtidigt finder triagen sted, og patienten grupperes på baggrund af validerede triageringsredskaber til nærmere definerede responstider på fortsat diagnostik og behandling.

I FAMs modtageområde skal patienten ses af en læge, som på baggrund af anamnese, objektiv undersøgelse og eventuelle akutsvar på blodprøver og EKG, lægger en udrednings- og behandlingsplan. Planen skal som minimum indeholde en stillingtagen til yderligere laboratorie- og billeddiagnostiske undersøgelser, behov for tilsyn af speciallæger fra andre specialer, medicin- og væskebehandling, observationsniveau og -indhold, samt hvornår patienten skal revurderes, og hvor patienten skal flyttes hen.

Ophold i FAM

På baggrund af ovenstående plan vil en del patienter blive visiteret til medicinske afdelinger eller andre ikke-medicinske specialafdelinger. En del af patienterne kan med fordel blive i FAM, enten fordi de endnu er så uafklarede, at flere specialer skal arbejde sammen om udredningen, eller fordi det forventes, at patienten kan udskrives direkte fra FAM indenfor den tidshorisont, der fastlægges for maksimal forventet liggetid i FAM for pågældende akutte sygdom.

Disse patienter overflyttes til FAM-senge. Herfra foregår opfølgningen på udredningsprogrammet, og behandlingen justeres i takt med den stigende erkendelse af patientens diagnoser. Der sikres en passende monitorering af patientens almene tilstand (herunder vitalværdier) og af behandlingens effektivitet overfor den specifikke diagnose (fald i infektionstal, korrektion af elektrolytforstyrrelser osv.). De behov, som patienten i øvrigt måtte have for fysioterapi, ergoterapi, hjælpemidler,

hjemmehjælp mm., beskrives ligeledes i denne fase, og det planlægges, hvordan behovene kan dækkes.

Afgang fra FAM

Hvis det allerede ved indlæggelsen vurderes, at patientens indlæggelsestid, med den diagnose der behandles for, vil overstige de grænser, der er sat for opholdet i FAM, bør patienten tidligt overføres til den afdeling, som bedst kan varetage behandlingen, således at patienten tilbringer længst tid dér. Der kan laves lokale aftaler om passende overflytningstidspunkter, så natteroen på sengeafdelingen for eksempel ikke forstyrres af overflytninger. Ved overflytningen sikres tilstrækkelig information mellem FAM og modtagende afdeling.

Hvis det vurderes, at patienten kan færdigbehandles fra FAM, planlægges udskrivelsen allerede fra det tidspunkt, patienten overgår til FAMs senge. Der tages kontakt til pårørende, egen læge, hjemmeplejen mm., gerne med en gennemgående sygeplejerske som koordinator for det enkelte patientforløb.

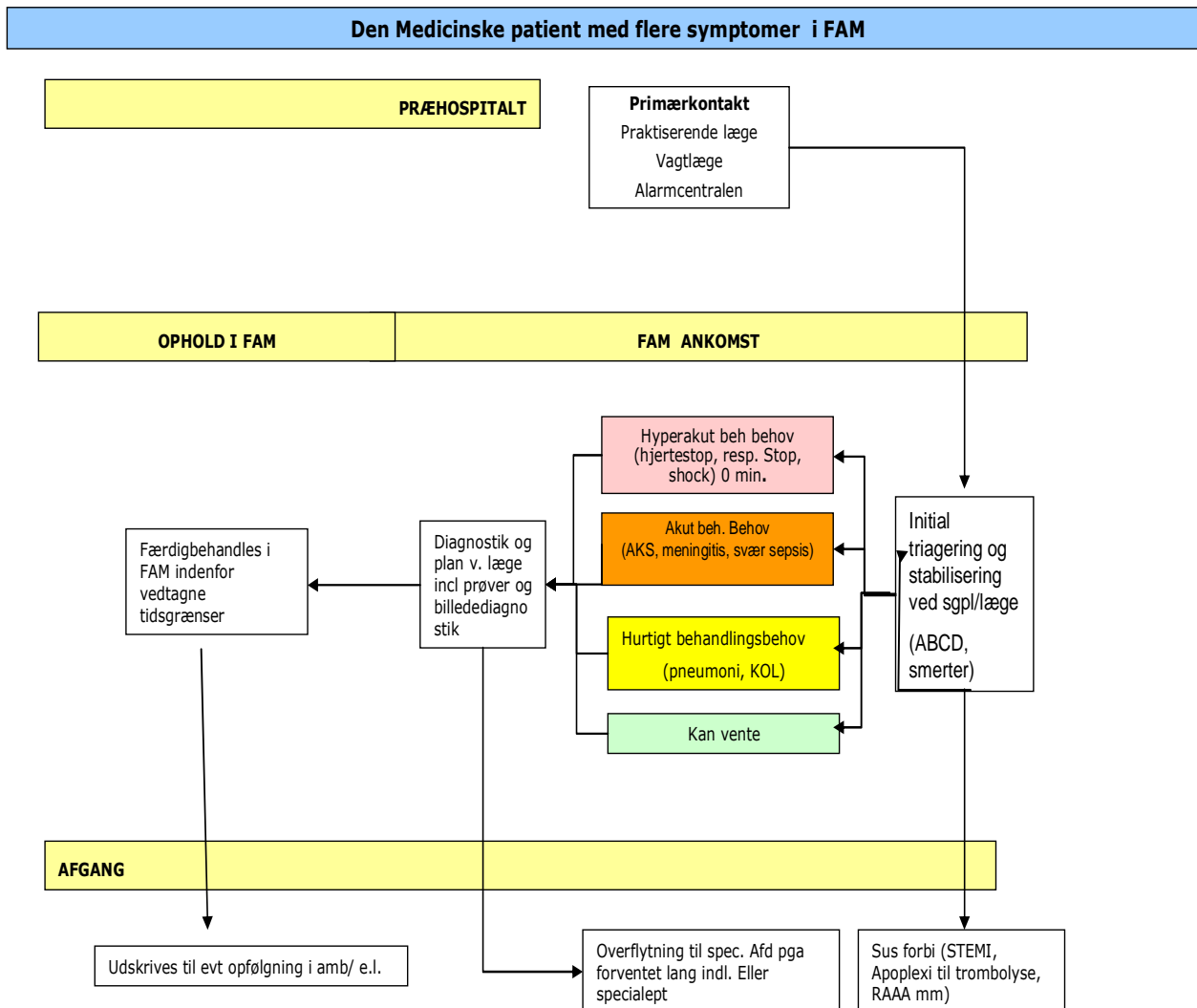
Når patienten udskrives fra FAM til eget hjem, skal informationsstrømmen til egen læge og hjemmeplejen være sikker, tidstro og relevant for opfølgningen. Eventuelle aftaler om kontrol i ambulatorier medgives patienten.

En mindre gruppe af de medicinske patienter har på den ene side ikke noget behov for en stationær seng, men på den anden side et behov for kontroller og behandlinger flere gange dagligt. Det bør derfor være muligt at kunne afslutte sit hospitalsophold efter FAM i daghospitaller eller patienthoteller.

FAMs værdi for den medicinske patient

For den medicinske patient med uafklaret diagnose og flere symptomer vil indlæggelse via FAM være af høj værdi, idet både beredskab, bredde i faglighed og hurtig adgang til støttefunktioner vil optimere patientforløbet.

Funktionsdiagram for den medicinske patient i FAM



Hjertepatienten i FAM

Udgangspunktet for følgende beskrivelse af patientforløbet for den akutte hjertepatient i FAM er følgende:

- Enkle visitationsprocedurer for primærsektoren
- Maksimal udnyttelse af diagnostiske muligheder
- Maksimal prioritering af mest syge patienter
- Patienten direkte til den optimale faglige kompetence
- Udnyttelse af multidisciplinære kompetencer ved uklare symptomkomplekser

En stor gruppe hjertepatienter vil kunne identificeres og delvist diagnosticeres forud for indlæggelse på sygehus.

Alle patienter med hjertesymptomer, som indlægges via egen læge, vagtlæge eller via alarmopkald, vil i ambulancen få foretaget de første basale undersøgelser i form af hjertekardiogram (EKG), blodtryksmåling og måling af iltmætningen i blodet. Detaljerede oplysninger om patientens symptomer og evt. hjertemæssige forhistorie indhentes rutinemæssigt af Falckredder eller ambulancelæge.

Det telemedicinske EKG transmitteres sammen med al øvrig information om patienten til sygehusets vagthavende kardiolog, som visiterer patienten til modtagelse i rette regi.

Denne præhospitale vurdering (triage) medfører, at ca. ¾ af patienter med behov for kardiologisk ekspertise er identificeret forud for ankomsten til sygehuset.

En mindre gruppe patienter med hjertesymptomer henvender sig på egen hånd til Skadestuen og er derfor uafklarede ved ankomsten til sygehuset.

Ankomst til FAM

Hjertepatienter, som meldes til FAM, kan efter telemedicinsk visitation ved den vagthavende kardiolog deles i 3 kategorier:

1) Direkte invasiv behandling

Patienter med tegn på STEMI (stor blodprop i hjertet) i det telemedicinske EKG visiteres af vagthavende kardiolog til direkte overførsel til/modtagelse på invasivt laboratorium på OUH. Patienten visiteres således direkte fra afhentningssted til invasivt center og ankommer ikke til FAM.

Vagthavende kardiolog foretager en risikovurdering af patienten med henblik på niveau af ledsagelse (Falckredder eller ambulancelæge).

2) Susforbi-patienter

Patienter, som ved den præhospitale triage er karakteriseret som havende høj risiko for hjertesygdom, visiteres af den vagthavende kardiolog til direkte modtagelse på hjerteafsnittet, det vil sige som susforbi-patient. Patienter, som med sandsynlighed skal inkluderes i pakkeforløb, følger denne visitation med henblik på opfyldelse af tidskriterier for pakkeforløb.

Modtagelsesproceduren i det hjertemedicinske afsnit følger vanlige kardiologiske principper med den vagthavende kardiolog som overordnet teamleder for diagnostik og behandling.

3) FAM-patienter

Patienter, som ved præhospital triage er fundet med lav/intermediær risiko for hjertesygdom, modtages i FAM, ligesom alle selvhenvendende patienter.

Patienten modtages af sygeplejerske, som straks iværksætter hjerteovervågning.

Patienten tilses efterfølgende af læge, som fastlægger symptomer, foretager fysisk undersøgelse, vurderer EKG og tager stilling til behov for ekkokardiografi. Relevante blodprøver, heriblandt såkaldte iskæmimarkører (markører for blodprop i hjertet), bestilles.

Der lægges en plan for den efterfølgende observation af patienten samt bestilles evt. yderligere supplerende undersøgelser, bl.a. iskæmimarkører, som tages i 2 hold med et tidsinterval på 6-8 timer.

Patienter, som er akut påvirkede, det vil sige med lavt blodtryk, hurtig eller langsom puls eller påvirket almentilstand, evt. genoplivede efter hjertestop modtages på FAM's akutstue af kardiolog, evt. med assistance fra anæstesilæge, hvorefter der iværksættes akut behandling.

Ophold i FAM

Hjertepatienter, som opholder sig i FAM med henblik på diagnostisk afklaring, bør vedvarende have overvåget hjerterytmen med henblik på tilstedeværelse/opståen af hjerterytmeforstyrrelse, ligesom øvrige vitale værdier bør monitoreres.

Patienterne bør observeres af sygeplejerspersonale med uddannelse i håndtering af patienter med hjertesymptomer, heriblandt hjerterytmeforstyrrelser og hjertestop.

Der bør løbende følges op på de foretagne undersøgelser med henblik på videre plan.

Afgang fra FAM

Patienter, som på basis af foretagne undersøgelser (hjertestetoskopi, blodprøver, EKG, ekkokardiografi) viser sig at få påvist hjertesygdom, overflyttes hurtigst muligt til hjerтеаafsnittet til fortsat specialiseret observation og behandling.

Visse patienter med afkræftet akut hjertesygdom vil kunne udskrives indenfor kort tid til efterfølgende ambulante hjerteudredning. Patienten tilses af kardiolog forud for udskrivelsen med henblik på planlægning af relevant udredningsprogram. Patienten informeres inden udskrivelsen om de planlagte undersøgelser samt om fastsatte undersøgelsestidspunkter.

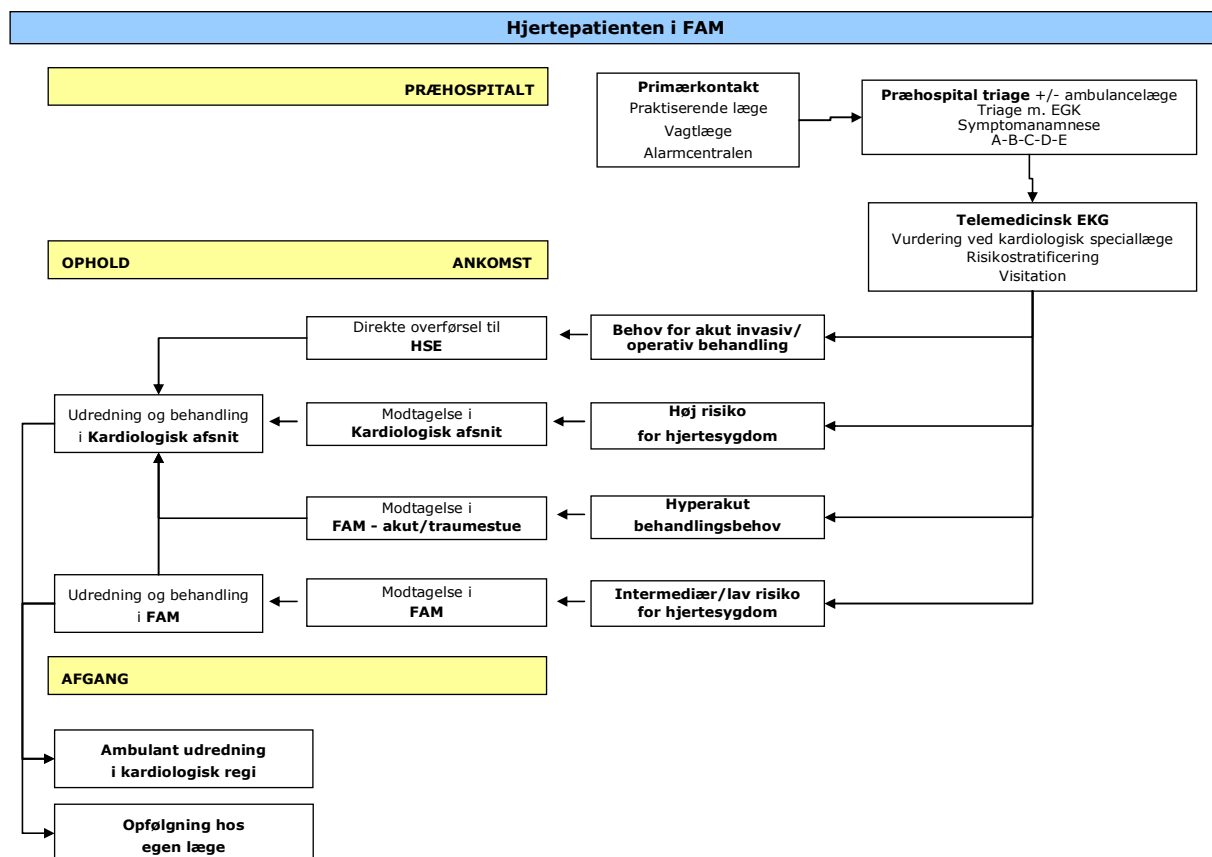
Andre patienter med afkræftet hjertesygdom vil skulle udredes for anden lidelse, hvorfor der lægges udredningsplan med henblik på dette, involverende speciallæger fra relevante specialer. Ved en kort udredningshorisont kan patienten evt. forblive i FAM, alternativt overflyttes til relevant specialafsnit i lighed med øvrige medicinske patienter.

FAMs værdi for hjertepatienten

FAM vil primært være af værdi for patienten med de ukarakteristiske hjertesymptomer, hvor hjertesygdom hurtigt forventes afkræftet.

Visse af disse patienter vil være mistænkt for anden lidelse og have behov for udredning af dette. FAM vil sikre disse patienter mulighed for hurtig og hensigtsmæssig udredning af alternative diagnosemuligheder i FAM's fagligt brede sammensætning med logistik for multidisciplinær udredning.

Funktionsdiagram for hjertepatienten i FAM



Det akutte barn

Ankomst til FAM

Den akut syge barns kontakt til sygehusvæsnet sker oftest ved, at bekymrede forældre henvender sig til den praktiserende læge eller vagtlæge, som henviser barnet og forældrene til undersøgelse/behandling på de pædiatriske afdelingers modtageafsnit, eller via forældrenes opringning til 1-1-2 indbringes til én af skadestuerne med ambulance (evt. lægeambulance), i nogle tilfælde ved aftale om åben indlæggelse efter et tidligere sygdomsforløb. Ganske få patienter er selvhenvendende.

Nyfødte børn er undtaget fra ovennævnte, da de modtages i et neonatalafsnit.

Ophold i FAM

Den primære modtagelse og registrering foregår i FAM, hvor der er direkte kontakt til alle lægelige specialer. Når der modtages børn i FAM, skal der være en speciallæge i pædiatri i tilstedeværelsesvagt døgnet rundt og sygeplejersker med spidskompetencer inden for pædiatri skal ligeledes være tilstede. Børnene opholder sig i den særlige børnezone, der er indrettet i FAM, hvor der tages særlige hensyn til børnenes behov, og der er plads til, at en forælder kan være ved barnet. I FAM får det akut syge barn foretaget eventuelle supplerende undersøgelser f.eks. klinisk biokemiske analyser, mikrobiologiske analyser, billeddannende diagnostik mv. med henblik på at få stillet en diagnose, så barnet kan visiteres. Der tages stilling til eventuel videre behandling samt, om barnet skal forblive i FAM til observation med henblik på mulig snarlig udskrivelse, skal indlægges, eller om barnet kan komme hurtigt hjem igen. Mindst en af forældrene er sammen med barnet i hele forløbet og bliver inddraget ved undersøgelse og behandling af barnet.

Enkelte akut syge børn vil have behov for at suse forbi FAM og børnemodtagelsen. Det vil være patienter med akutte traumer, der kræver umiddelbar behandling på en behandlingsstue, eller som skal videre til akut diagnostik og børn med behov for anden akut kirurgisk intervention. Desuden vil patienter med behov for intensiv behandling evt. efter primær stabilisering gå direkte til PICU (pediatric intensive care unit).

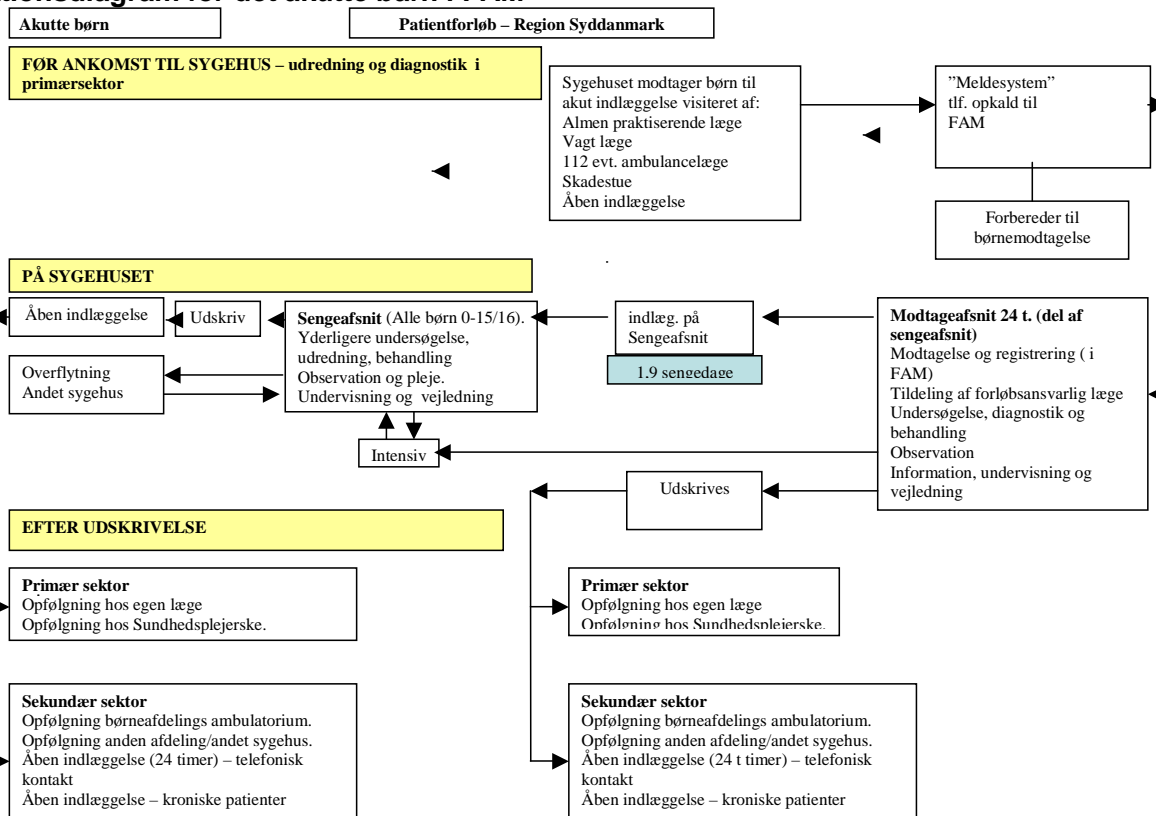
Afgang fra FAM

Hvis det ved indlæggelsen vurderes, at barnet skal opholde sig på sygehuset i længere tid end grænsen for ophold på FAM er, skal barnet hurtigt overflyttes til den relevante afdeling. I overflytningen skal der tages hensyn til barnets døgnrytme, og at der skal være plads til, at en forælder følger barnet. Hvis det ved diagnosticeringen vurderes, at barnet kan færdigbehandles i FAM, skal udskrivelsen planlægges og forældrene informeres med det samme.

FAMs værdi for det akutte barn

Da der på FAM er en repræsentation af mange specialer inklusiv pædiatri, vil barnet både kunne ses af en pædiater samt speciallæger i andre specialer inden for meget kort tid. Dette medfører en hurtigere diagnosticering og dermed også hurtigere behandling af patienten i forhold til i dag.

Funktionsdiagram for det akutte barn i FAM



Selvmordsforsøget

Den suicidale patient varierer fra en patient med alene suicidale impulser og evt. ubetydelig medicinsk forgiftning, som ikke kræver medicinsk behandling og overvågning, til den svært traumatiserede (ildspåsættelse, påkørsel) og kirurgisk behandlingskrævende patient. Den suicidale patient omfatter alle aldre, og der er ikke ud fra alder nogen overordnet forskel i den medicinske og kirurgiske behandling. Der vil dog være patienter med særlige behov f.eks. børn og patienter, hvor tvangsforanstaltninger er nødvendige.

Ankomst til FAM

Den suicidale patient er enten henvist via Praktiserende læge, Vagtlæge, 1-1-2 – kald eller som selvhenvender i skadestuen.

I visitationszone/skadestue foretages triage:

Den lette forgiftning/suicidale patient uden somatisk problematik visiteres til akut psykiatrisk vurdering.

De øvrige ikke bevidsthedspåvirkede patienter, hvor der er indikation for indlæggelse i somatisk regi, visiteres primært til Pædiatri (< 16år), Kirurgi ved patienter alene med kirurgiske skader og til Intern Medicin til vurdering for videre behandling (aspiration, aktivt kul og opstart af antidotbehandling) og efterfølgende indlæggelse.

De bevidsthedspåvirkede patienter visiteres til Pædiatri (<16 år), Kirurgi ved kirurgiske skader, Intern Medicin til vurdering og behandling i "Kirurgisk/Medicinsk/pædiatrisk" Traumestue.

I modtageområdet i FAM skal der være startet behandling med antidot og være lagt en detaljeret behandlingsplan som beskriver behov og varighed af observation samt stillingtagen til yderligere laboratorieprøver og kontrol. Der skal være taget stilling til hvor patienten skal flyttes hen.

Ophold i FAM

En del af patienterne vil på baggrund af ovenstående (pædiatrisk, kirurgisk, intern medicinsk) behandlings og observationsbehov kunne forblive i FAM. Det vil især være patienter uden behov for tæt observation af vitale parametre (lavrisikopatienter) og patienter til kortvarig behandling med antidot op til 24-36 timer.

Patienter med behov for øget observation af kredsløb, vejrtrækning og hjerterytme må overflyttes til intensiv, hvis ikke det kan foregå i FAM.

Patienter, som er kirurgisk behandlet, må efter, hvad der er mulighed for i FAM, forblive eller overflyttes til kirurgisk afd./intensiv afd.

Pædiatriske patienter kan behandles efter samme retningslinier og kan efter individuel vurdering overflyttes til pædiatrisk afd.

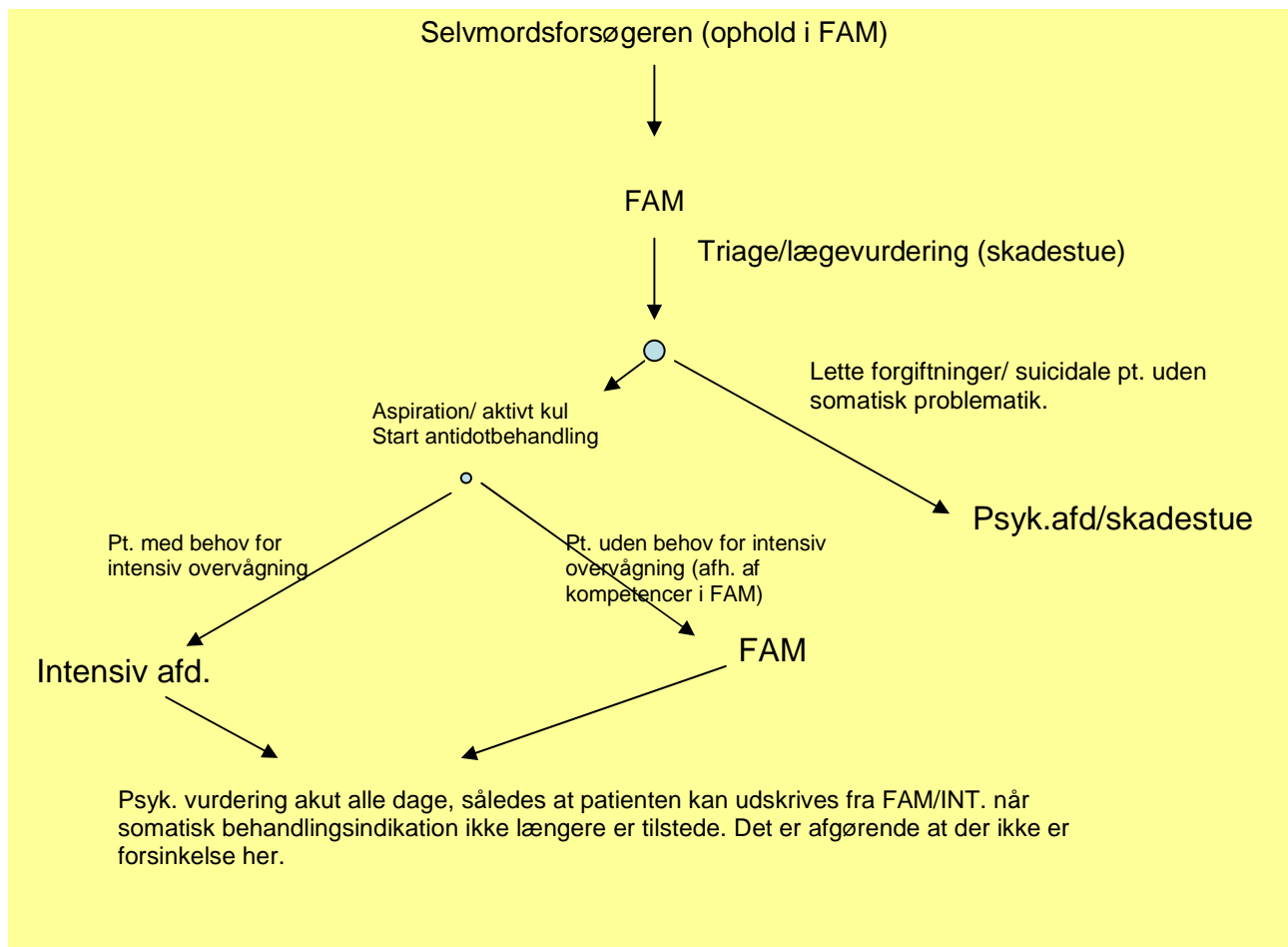
Afgang fra FAM

De fleste patienter vil kunne færdigbehandles i FAM. Når der ikke længere er indikation for somatisk behandling, skal der være mulighed for akut psykiatrisk specialist vurdering alle dage, både børne- og voksenpsykiatrisk, således at patienterne kan udskrives uden unødigt ventetid i FAM.

FAMs værdi for den suicidale patient

- Enkel adgangsvej
- Triage, bedre patientforløb og behandling
- Sikring af opfølgning ved specialist efter endt behandling i FAM

Funktionsdiagram for den suicidale patient



Bilag 3 Standardiserede tidsstyrede patientforløb i FAM

Patientforløbene i FAM skal tage udgangspunkt i Standardiserede (protokollerede) Tidsstyrede Patientforløb.

De Fælles Akutmodtagelser vil være højflowsafsnit med en betydelig variation i antallet af og arten af patienter, der ankommer, og opholder sig i FAM. Sådanne højflowsafsnit stiller særlige krav til 1. patientlogistik, 2. standardiserede faglige procedurer og 3. styring af førnævnte.

Patientlogistik

Standardiserede Tidsstyrede Patientforløbsprogrammer (STP) er et værktøj, som effektivt kan styre patientstrømmen og samtidig dokumentere den logistiske kvalitet i patientforløbene. De tidsstyrede patientforløbsprogrammer vil således styrke patientsikkerheden.

Ud over at øge effektiviseringen af det logistiske forløb i FAM, kan STP fungere som et servicemål for patienten. Det tidsstyrede patientforløb vil give den enkelte patient mulighed for at forholde sig aktivt såvel som kritisk til sit eget forløb. I praksis kan dette foregå på den måde, at der knyttes kvalitetsmål til triagen af patienten. Det vil sige indenfor hvilken tidsramme, at patienten skal være tilset, diagnosticeret og sat i behandling herunder også angivelse af ventetiderne på parakliniske undersøgelser samt forventet udskrivning/hjemsendelse.

Standardiserede faglige procedurer

Når patienten har fået stillet sin diagnose, iværksættes et Tidsstyret Standardiseret Behandlingsforløb ud fra den specifikke tilstand. Eksempler på sådanne tidsstyrede forløb kan hentes i NIP projektet (Det Nationale Indikatorprojekt), hvor der foreligger beskrevne standardiserede tidsstyrede patientforløb for en del diagnostiske tilstande indenfor blandt andet akut marve-tarm kirurgi, apopleksi, diabetes, hoftenære frakturer og lungecancer. En af de anvendte indikatorer i disse forløb er netop tidsfaktoren. I FAM sammenhæng beskrives sådanne forløb for hovedparten af de almindeligst forekomne diagnoser indenfor de enkelte specialer. Dette arbejde tænkes udført i et tæt samarbejde med specialerådene i regionen. Hermed sikres den høje faglige ekspertise i udfærdigelsen samt en vis spredning af løsningen af opgaven.

Styring af procedurer

Til styring af STP i FAM anvendes de nyeste relevante IT-teknologier, så det enkelte patientforløb visualiseres på skærme, som det ses på bookingsystemer i dag, og så den enkelte patient løbende kan følge sit eget forløb.

Ved anvendelse af STP i FAM opnås, at der kan gennemføres en systematisk formaliseret kompetent udredning, diagnose, behandling og hjemsendelse/overflytning af patienten til tiden. Herved overses/"glemmes" ingen patienter, og ingen sættes unødigt sent i behandling efter ankomst til FAM. Det vil erfaringsmæssigt alt andet lige øge prognosen. Samtidig sikres et optimalt patient flow. Endvidere vil patienten være i stand til at følge sit planlagte såvel som sit reelle forløb i FAM. Dermed kan den enkelte forholde sig til "produktet", også kritisk.

De indhentede data omkring forløbene vil indgå i afdelingens ledelsesinformationssystem. Mange af de valgte indikatorer vil dreje sig om processer (CT-scanning udført, tid fra indlæggelse til operativt indgreb). Disse data kan anvendes til styring af daglige arbejdsprocesser i afdelingen. Endvidere kan

de bearbejdede data anvendes til vurdering af den sundhedsfaglige kvalitet og identificere områder med behov for forbedringer.