

Region Hovedstaden
Center for Sundhed

Organisering af Akutmodtagelserne og Akutklinikkerne

REGION

August 2014

Indholdsfortegnelse

1. Anbefalinger	3
2. Indledning.....	5
3. Akutte patientforløb	6
3.1 Akutte patientforløb	6
3.2 Indgang og primær vurdering.....	6
3.3 Allokering	8
3.4 Eksempler på patientforløb	10
4. Sundhedsfaglig organisering	10
4.1 Ledelse og organisering	11
4.2 Bemanding	12
4.3 Diagnostiske muligheder.....	14
4.4 Introduktion og kompetenceudvikling/uddannelse	15
5. Udvisitering	17
6. Fordele og ulemper ved et speciale i akutmedicin?.....	19
Bilag 1: Kommissorium for arbejde med akutmodtagelsernes funktion og visitation.....	22
Bilag 2: Justerede principper for akutmodtagelse	24
Bilag 3: Definition af tider for ankomst, behandlingsstart og behandlingsslut.....	31

1. anbefalinger

Denne rapport rummer anbefalinger til mere ensartet organisering af regionens akutmodtagelser og akutklinikker. Formålet er at sikre kvaliteten i patientbehandlingen og at sikre ensartede arbejdsforhold for personalet på tværs af regionens hospitaler.

Anbefalingerne er baseret på regionens rapport ”Fremtidens Kliniske Grundstruktur” fra februar 2011 og regionens ”Justerede principper for akutmodtagelser” fra marts 2013.

Anbefalinger

Indgang og primær vurdering:

- Akutte somatiske patienter skal triageres og allokeres til relevant patientforløb i AKM/AKK efter fælles nationale/regionale principper
- Der skal udarbejdes en fælles model for børnetriage
- Behandlingsansvaret allokeres umiddelbart efter patienterne er ankommet til AKM/AKK
- Behandling af psykiatriske patienter skal afklares
- Speciallæge med i front: Patienten skal kunne tilses af og/eller konfereres bed-side med relevante speciallæger uagtet tidspunkt på døgnet.
- Telemedicin på tværs af hospitaler bør overvejes som redskab.

Allokering

- For hyppige diagnoser og akutte kirurgiske indgreb skal relevante tidsrammer defineres
- Der skal i AKM/AKK beskrives operationelle planer for patienterne, eventuelt forudgået af en MDT konference. Ledelsen i AKM/AKK afgør hvilke specialer, der skal være til stede
- Den kliniske ledelse på akutafdelingen, herunder flowmasterfunktionen skal have klare beføjelser til at sikre gode patientforløb, fx ved at tilkalde speciallæger fra andre afdelinger, henvise til sub-akut ambulante tider den efterfølgende dag, indskrivning på patienthotel til overnatning og foretage relevant visitation på hospitalet

Ledelse og organisering

- Der skal være entydig ledelse og flowmasterfunktion
- Der skal være ensartede klare og entydige samarbejdsaftaler mellem AKM/AKK, stamafdelingerne og hospitalets øvrige afdelinger
- Hospitalsledelsen skal være aktivt involveret i at sikre et velfungerende samarbejde mellem AKM/AKK og stamafdelingerne. Det sikres ved at etablere et Ledelsesråd med repræsentanter fra afdelingsledelserne for de funktioner, der er involveret i de akutte patientforløb og med direktionen som formand

Bemanning

- Der skal være ensartet bemanning med én sammensætning på akuthospitalerne og én anden på specialhospitalerne
- Der skal sikres fagligt forsvarlig normering i AKM/AKK

Diagnostiske muligheder

- Der skal være ensartede diagnostiske muligheder på akuthospitalerne og en anden ensartethed på specialhospitalerne

Introduktion og kompetenceudvikling/uddannelse

- Der skal være ensartet og systematisk introduktion til akutmodtagelserne og en anden ensartethed til akutklinikkerne
- Der skal holdes tværfaglige træningssessioner med faste intervaller
- Den tværregionale uddannelse i akutsygepleje og i fagområdet akutmedicin skal tilbydes personalet

Udvisitering

- Der skal være entydige og klare retningslinjer for udvisitering
- Patienten meldes efter principperne for ”Sikker Mundtlig Kommunikation”
- Akutmodtagelsen/-klinikken har det endelige ansvar for og kompetence til udvisitering

Fordele og ulemper ved et speciale i akutmedicin?

Der er i de seneste år sket betydelige organisatoriske forandringer på akutområdet ved at etablere store nye akutmodtagelser og akutklinikker, som er blandt de største afdelinger på hospitalerne. Det er et spørgsmål om området nu har en størrelse og organisatorisk placering der gør, at det vil være en fordel med et selvstændigt speciale. Der er set på mulige fordele og ulemper herved.

2. Indledning

Region Hovedstaden udsendte marts 2013 justerede principper for akutmodtagelserne i regionen. De indeholder bl.a. principper for de fysiske rammer og funktioner, ledelse og bemanning. Der blev taget udgangspunkt i rapporterne ”Anbefalinger om fælles akutmodtagelser” fra 2007, ”Anbefalinger om akutklinikker” fra 2008, ”Anbefalinger for funktionsplanlægning af fælles akutmodtagelser” fra 2009 og ”Fremtidens kliniske grundstruktur” fra 2011. Formålet var at sikre ensartethed i service og kvalitet i det akutte patientforløb på regionens akuthospitaler.

Der går nogle år før de bygningsmæssige rammer fuldt ud kan understøtte de justerede principper. Koncerndirektionen ser dog et behov for allerede nu at undersøge mulighederne for mere ensartet organisering af regionens akutmodtagelser (AKM) og akutklinikker (AKK). Det er vigtigt af hensyn til både patienterne og arbejdsbetingelserne for personalet, der enten arbejder i akutområdet eller bliver tilkaldt fra de kliniske afdelinger. Akutklinikkerne i denne rapport omhandler Gentofte Hospital og Glostrup Hospital.

Koncerndirektionen ser også et behov for at undersøge, om området nu har en størrelse og organisatorisk placering, der gør, at det vil være en fordel med et selvstændigt speciale. Der er i de seneste år sket betydelige organisatoriske forandringer på akutområdet i takt med, at de nye akutmodtagelser og akutklinikker er etableret. De er blandt de største afdelinger på hospitalerne, og der er øget interesse for fagområdet ”akutmedicin”.

En arbejdsgruppe har set på muligheder og behov for klare retningslinjer for organiseringen af regionens akutmodtagelser og akutklinikker. Der er taget udgangspunkt i de ovenfor nævnte rapporter, og der har været afholdt en workshop med repræsentanter fra ledelse og medarbejdere fra regionens akutmodtagelser og akutklinikker.

Kommissorium og sammensætning af arbejdsgruppe fremgår af bilag 1.

Rapporten indeholder en række anbefalinger til ensartet organisering. Der er imidlertid behov for yderligere præciseringer på en række områder, hvilket også fremgår af anbefalingerne.

Det skal understreges, at der er grundlæggende forskel i forudsætningerne for organiseringen af en akutmodtagelse og en akutklinik i regionen. Der er stor forskel i de planlagte akutfunktioner og derfor også stor forskel i patient- og specialesammensætningen.

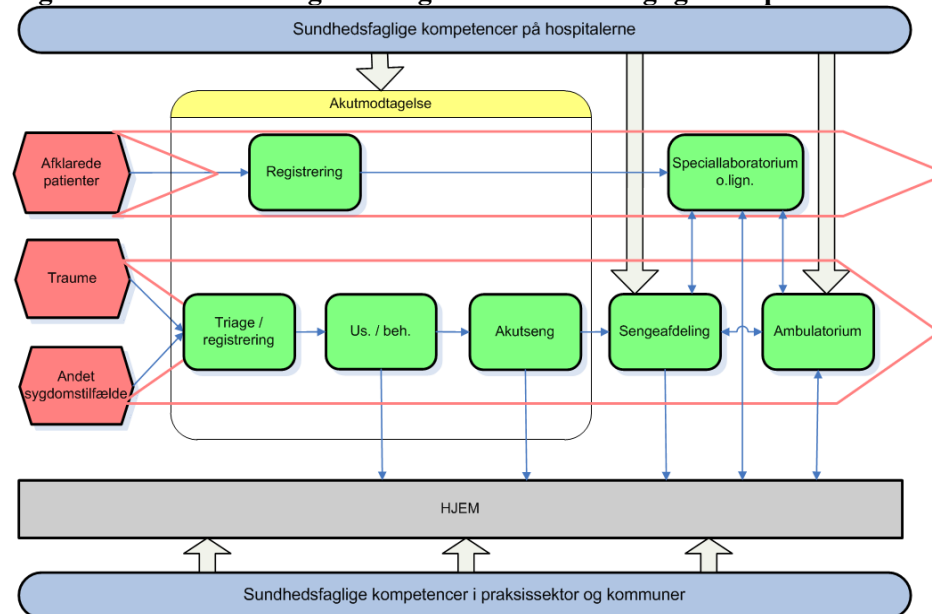
Akutmodtagelsen på Bornholms Hospital forudsættes at implementere retningslinjerne i det omfang, det er meningsgivende, samtidig med at der sikres et højt fagligt niveau.

3. Akutte patientforløb

3.1 Akutte patientforløb

Al modtagelse af akutte patienter er enstrenget. Generiske akutte og sub-akutte patientforløb er skitseret i figur 1 og nærmere beskrevet i afsnit 3.2.

Figur 1. Patientforløb og tildelingen af sundhedsfaglige kompetencer



Akut syge patienters forløb starter ofte præhospitalt via egen læge, akuttelefonen 1813 eller 1-1-2, som har vurderet, eventuelt behandlet og visiteret. I akutmodtagelserne og akutklinikkerne skal logistikken tilrettelægges, så at diverse diagnostiske undersøgelser er umiddelbart tilgængelige, og at det relevante personale er til stede, når patienterne har behov for det. Hospitalernes drift skal understøtte den diagnostiske og behandlingsmæssige proces, så at der hurtigst muligt kan etableres en diagnose og iværksættes en relevant behandlingsplan.

3.2 Indgang og primær vurdering

Anbefaling

- Akutte somatiske patienter skal triageres og allokeres til relevant patientforløb i AKM/AKK efter fælles nationale/regionale principper
- Der skal udarbejdes en fælles model for børnetriage
- Behandlingsansvaret allokeres umiddelbart efter patienterne er ankommet til AKM/AKK
- Behandling af psykiatiske patienter skal afklares
- Speciallæge med i front: Patienten skal kunne tilses af og/eller konfereres bed-side med relevante speciallæger uagtet tidspunkt på døgnet. Telemedicin på tværs af hospitaler bør overvejes som redskab.

På de fleste akuthospitaler er der i dag etableret en fælles akutmodtagelse (AKM) med selvstændig afdelingsledelse. Der planlægges med nybyggeri af akutmodtagelser på alle akuthospitaler, hvor det i nye fysiske rammer bliver muligt at optimere den kliniske logistik for alle akutte patienter.

På specialhospitalerne er der etableret akutklinikker (AKK) i medicinsk regi under en medicinsk afdelingsledelse.

Triage

Den indledende triage, der foretages ved alle akutte henvendelser i AKM/AKK (dog undtaget behandlerspor) understøtter prioriteringen af undersøgelsesprogrammet og den diagnostiske proces (se afsnit 3.3 Allokering). Region Hovedstaden anvender den fællesregionale triagemodel udarbejdet af Danske Regioner (DaR-Triage) suppleret med Danish Emergency Proces Triage (DEPT) for allokering af patienter til relevant patientforløb i AKM/AKK.

Der udestår en opgave med at harmonisere triagering af børn.

Der er fastlagt ensartet definition af tider for ankomst, behandlingsstart og behandlingsslut, hvilket fremgår af bilag 3.

Psykiatriske patienter

Region Hovedstaden er opmærksom på Sundhedsstyrelsens anbefaling om, at der på lang sigt bør ske en samling af akutmodtagelserne indenfor somatik og psykiatri. En fysisk samling forudsætter imidlertid betydelige anlægsinvesteringer. Der udestår en opgave med at beskrive behandling af psykiatriske patienter, der ankommer til en AKM/AKK.

Senge

Der skal være senge opdelt i zoner til at observere og udrede patienter, der forventes at kunne udskrives eller visiteres til specialafdeling inden for 1-2 døgn.

Beslutningskompetencer

Speciallægerne skal have den operationelle ledelse af patientforløb og flow af patienter i AKM/AKK, varetage og kvalitetssikre de indledende kliniske nøglebeslutninger om diagnostik, observation og behandling og supervisere yngre kolleger. I tråd med ovenstående skal diagnostiske undersøgelser kunne udføres og kliniske beslutninger kunne træffes på speciallægeniveau på alle tider af døgnet. Telemedicin på tværs af hospitaler bør overvejes som redskab på AKM/AKK, hvor specialer ikke er til stede. Det kan fx være pædiatri og gynækologi/obstetrik på Bispebjerg Hospital eller kirurgi på Glostrup Hospital

Speciallæge med i front

Kravet om speciallæger i tilstedeværelse er ofte omtalt som ”speciallæge i front”, fordi selve meningen med tilstedeværelsen på akuthospitalerne og akutklinikkerne er, at speciallæger er med helt fremme i den akutte

patientbehandling. Hele reformarbejdet på akutområdet er et opgør med tidligere tiders hverdag i akutarbejdet, hvor nyuddannede og uerfarne læger ofte stod alene aften og nat med den akutte modtagelse af patienter. Fokus er nu på ensartet høj kvalitet i diagnostik og behandling døgnet rundt, patientsikkerhed, supervision af yngre læger i det akutte arbejde samt effektivitet i patientforløb og tryghed for patienterne.

Opgaven for speciallægerne er at have ansvar for og indgå i konkret patientbehandling, at støtte og supervisere yngre læger og at have overblik over patienterne. Speciallægerne er således ansvarlige for og involveret i alle patientforløb, men tager sig ikke nødvendigvis selv af al diagnostik og behandling. Det er derfor mere dækkende at tale om speciallæge *med* i front.

Definition af speciallæge med i front

Modtagelse, udredning og initial behandling af de akutte patienter sker altid under ansvar og med involvering af en eller flere speciallæger. Dette betyder, at ansvarlig speciallæge og eventuelle speciallæger fra andre specialer er aktivt involveret ved den tidlige vurdering af en akut patient, samt lidt senere (inden for få timer) ved fastlæggelse af den/de visiterende og behandlingsstyrende diagnoser og igangsætning af den videre behandling.

Ved betegnelsen speciallæge forstås i denne sammenhæng læge med speciallægeanerkendelse eller læge i sidste år af speciallægeuddannelsen.

3.3 Allokering

Anbefaling

- For hyppige diagnoser og akutte kirurgiske indgreb skal relevante tidsrammer defineres, herunder afklarede patienter
- Der skal i AKM/AKK beskrives operationelle planer for patienterne, eventuelt forudgået af en MDT konference. Ledelsen i AKM/AKK afgør hvilke specialer, der skal være til stede
- Den kliniske ledelse på akutafdelingen, herunder flowmasterfunktionen skal have klare beføjelser til at sikre gode patientforløb, fx ved at tilkalde speciallæger fra andre afdelinger, henvise til sub-akut ambulante tider den efterfølgende dag, indskrivning på patienthotel til overnatning og foretage relevant visitation på hospitalet

Akut påvirkede patienter (triagekategori rød og orange)

En væsentlig del af disse patienter visiteres videre fra AKM/AKK i løbet af få minutter til 1 time til specialafsnit f.eks. trombolyse, akut operation, intensiv terapi. Der er ingen ventetid på diagnostiske undersøgelser, som foretages ”bedside” i AKM/AKK og CT skal foretages uden ventetid. Det vil ofte være en forudsætning, at de nødvendige speciallægekompetencer er til stede til f.eks. akut resuscitation, akut ekkokardiografi, akut udførelse og beskrivelse af billeddiagnostiske undersøgelser og akut klinisk vurdering f.eks. med henblik på kirurgisk intervention.

Afklarede patienter

Enkelte akutte patientkategorier har specialiserede behandlingsbehov, hvor tidsfaktoren tilmed er af stor vigtighed. Disse patienter visiteres hurtigst muligt direkte til det relevante specialiserede behandlingstilbud. Der skal i tråd med målsætningen om ens behandling på tværs af regionen fastlægges fællesregionale retningslinjer for afgrænsning af disse patientkategorier. Eksempler på disse patientkategorier er patienter med STEMI, iskæmisk apopleksi og fødende kvinder.

Mindre akut påvirkede patienter (triagekategori gul og grøn)

Diagnostisk afklarede patienter håndteres initialt i AKM/AKK, f.eks. kirurgiske patienter, der skal til akut operation. Alle patienter skal have en behandlingsplan indenfor 4 timer efter triage.

Diagnostisk uafklarede patienter skal forblive i AKM/AKK, indtil der er etableret arbejdsdiagnose, og der foreligger initial behandlingsplan. Der skal forelægge en udredningsplan indenfor 4 timer efter triage. Intensiteten i udredningsprogrammet skal matche sværhedsgrad og dynamik i sygdomstilstanden, men skal i udgangspunktet tildeles høj prioritet. Umiddelbar tilgængelighed af diagnostiske modaliteter kan være nødvendig og skal prioriteres i forhold til ikke akut påvirkede patienter, og patienten skal kunne tilses af og/eller konfereres ”bed-side” med relevante speciallæger uanset tidspunkt på døgnet. Etablering af diagnose og behandlingsplan skal tydeliggøres som et fælles anliggende for alle afdelinger/hele hospitalet, så at prioritering af disse patienter understøttes på alle niveauer i hospitalet.

En række patienter vil have så kompleks symptomatologi og komorbiditet, at den indledende placering i ét patientforløb ikke umiddelbart giver mening. Der skal beskrives operationelle planer for disse patienter, eventuelt suppleret med Multi Disiplinært Team (MDT) tilgang, så at dynamik i diagnostik og behandling fastholdes indtil den mest optimale placering i et patientforløb kan defineres.

Ikke akut påvirkede patienter (triagekategori blå)

Behandlersygeplejersker i AKM/AKK kan f.eks. diagnosticere og behandle mindre bløddelsskader i bevægeapparatet samme dag eller dagen efter, og dermed frigøre ortopædkirurgisk lægetid i AKM/AKK.

For såvel afklarede som uafklarede ikke akut påvirkede patienter kan det overvejes at henvise til akut ambulante tider efterfølgende hverdag eller indskrive på patienthotel til overnatning.

En multidisciplinær, diagnostisk tilgang (konferencer/teams) bør være et obligatorisk tilbud til alle patienter, som ikke har fået stillet en diagnose senest 24-48 timer efter indlæggelse i AKM/AKK. Det er ledelsen i AKM/AKK, der definerer hvilke specialer, der skal være til stede ved konferencen.

På samme vis bør der allerede i modtagelsen initieres et multidisciplinært behandlingsforløb for patienter med flere forskellige specialespecifikke diagnoser og/eller betydende komorbiditet med henblik på tentativ udskrivningsplanlægning og eventuelt ambulant efterbehandling og optimering af det samlede indlæggelsesforløb.

3.4 Eksempler på patientforløb

Det er et overordnet formål, at patienter med samme sygdom behandles ens i akutmodtagelser og akutklinikker. I nedenstående skema er vist principperne for patientforløb med eksempler på kontaktårsager, hvor patienterne er triageret rød eller orange.

Eksempler på kontaktårsag med rød/orange triagering:

- Brystsmerter
- Akut abdomen
- Respirationsinsufficiens
- Graviditet udenfor livmoder
- Febrilt barn med svære kliniske symptomer

Primær kontakt:

- 1-1-2
- 1813
- praksissektor

Ankomst og triage:

- Akutmodtagelse
- Akutklinik

Behandlingsstart indenfor 0-15 minutter med fx:

- Initial stabiliserende behandling
- Blodprøver
- EKG
- Læge-/sygeplejerskevurdering
- Konferering med speciallæge evt. bedside
- Vurderingsplan
- Evt ultralyd - billeddiagnostik
- Evt. involvering af andet speciale
- Evt. overflytning til specialafdeling

Initial behandlingsplan indenfor 90 minutter:

- Svar på blodprøver
- Svar på billeddiagnostik
- Tentativ diagnose
- Plan for observation og behandling

Udskrivning/overflytning

4. Sundhedsfaglig organisering

4.1 Ledelse og organisering

Anbefaling

- Der skal være entydig ledelse og flowmasterfunktion
- Der skal være ensartede klare og entydige samarbejdsaftaler mellem AKM/AKK, stamafdelingerne og hospitalets øvrige afdelinger
- Hospitalsledelsen skal være aktivt involveret i at sikre et velfungerende samarbejde mellem AKM/AKK og stamafdelingerne. Det sikres ved at etablere et Ledelsesråd med repræsentanter fra afdelingsledelserne for de funktioner, der er involveret i de akutte patientforløb og med direktionen som formand

AKM har entydig ledelse med afdelingsledelse for den akutte modtagelse. Der etableres endvidere en flowmasterfunktion med klare beføjelser til at sikre gode patientforløb fx ved at tilkalde speciallæger fra andre afdelinger og foretage relevant visitation på hospitalet. AKK har en afsnitsledelse med reference til en medicinsk afdelingsledelse.

Det er nødvendigt med klare samarbejdsaftaler mellem på den ene side AKM/AKK og på den anden side de specialer, der henter ydelser i og leverer personale til akutmodtagelsen. Det drejer sig eksempelvis om retningslinjer for at levere serviceydelser (fx tidsrammer for tilsyn), prioritering af arbejdsopgaver samt visitationskriterier og rettigheder.

- En akutmodtagelse ledes af en afdelingsledelse bestående af ledende overlæge og ledende oversygeplejerske med specifikke kompetencer indenfor diagnostik og terapi af akut syge patienter.
- En akutklinik ledes af en overlæge og en afdelingssygeplejerske med afsnitsansvar.
- Der etableres et ledelsesråd med repræsentanter fra afdelingsledelserne for de funktioner, der er involveret i de akutte patientforløb og med direktionen som formand.

Afdelingsledelsen har det økonomiske og personalemæssige ansvar for akutmodtagelsen/-akutklinikken med undtagelse af de læger, der leveres fra andre afdelinger. Det er ligeledes afdelingsledelsens ansvar at sikre optimale patientforløb i AKM/AKK.

Et ledelsesråd har ansvaret for at sikre, at der er det fornødne samarbejde på tværs af afdelingerne til at sikre gode patientforløb og at der udarbejdes klare og entydige samarbejdsaftaler.

4.2 Bemanding

Anbefaling

- Der skal være ensartet bemanding med én sammensætning på akuthospitalerne og én anden på specialhospitalerne
- Der skal sikres fagligt forsvarlig normering i AKM/AKK

Sygeplejerskebemanding

I princippet skal AMK/AKK kun bemandes med sygeplejersker.

Akutmodtagelser	Akutklinikker
Der bemandes i zoneopdelte teams for at sikre udvikling og kompetencer. Nogle sygeplejersker vil have så brede kompetencer, at de kan arbejde i forskellige teams. Observationsafsnit for kritisk syge patienter kræver højere normering.	
Alle sygeplejersker ansættes i samme afdeling under en overordnet afdelingsledelse, men med lokale ledere/ teamledere.	Alle sygeplejersker ansættes i samme afsnit med lokale ledere/ teamledere.
Triagefunktionen er et nøgleområde indenfor alle specialer og der stiles mod at 50 % af sygeplejerskerne selvstændigt kan varetage denne funktion.	

Lægebemanding

Akutmodtagelser	Akutklinikker
Der er brug for en fast stab af 6-8 speciallæger, som kan dække tidsrummet kl. 08 - 22, og som • Kender og hører til i akutmodtagelsen • Har overordnet ansvar for logistisk og flow • Har uddannelsesansvaret for yngre læger og sikrer forskning • Superviserer yngre læger og sygeplejersker • Indgår aktivt i patientbehandlingen	En afsnitsleder har sin daglige funktion i akutområdet og har de tilsvarende kompetencer, som den faste stab af speciallæger i akutmodtagelsen. Der skal være en speciallæge tilstede i AKK frem til klokken 22, som: • Har overordnet ansvar for logistisk og flow • Superviserer yngre læger og sygeplejersker • Indgår aktivt i patientbehandlingen
Øvrige speciallæger er ansat i egne specialafdelinger eller tilknyttet som konsulenter.	
Der ansættes som minimum 7 KBU'ere i AKM. Øvrige yngre læger er ansat i AKM eller i vagtrul fra specialafdeling	Yngre læger er ansat i vagtrul fra specialafdeling

Speciallæger i tilstedeværelsesvagt

Akuthospital	Specialhospital
• Ortopædkirurgi: Speciallæge eller læge under uddannelse til speciallæge til kl. 22. note 1 • Kirurgi • Intern medicin: Speciallæge for relevant akut medicinsk speciale. Behov for døgnvagt skal ses i sammenhæng med kardiologi / den øvrige specialebemanding på hospitalet • Kardiologi: Skal følge specialeplan. Note 2 • Anæstesiology • Pædiatri: Speciallæge eller læge under uddannelse til speciallæge, hvis hospitalet har pædiatri/gyn-obs • Radiologi: Speciallæge eller læge under uddannelse • Neurologi: Skal følge specialeplan. Tilstedeværelse hvis hospitalet har trombolysevagt • Øvrige specialer: I henhold til specialeplan	• Intern medicin: Speciallæge for relevant akut medicinsk speciale. Behov for døgnvagt skal ses i sammenhæng med kardiologi / den øvrige specialebemanding på hospitalet • Kardiologi: Skal følge specialeplan. Note 2 • Anæstesiology • Radiologi: Speciallæge eller læge under uddannelse i rådighedsvagt • Neurologi: Skal følge specialeplan. Tilstedeværelse hvis hospitalet har trombolysevagt • Øvrige specialer: I henhold til specialeplan

Note 1) Region Hovedstaden har organiseret traumebehandling så alle traumer indbringes til traumecentret på Rigshospitalet. Dette sikres ved et udbredt akutlæge system. Der kommer derfor ikke traumepatienter til akutmodtagelserne i Region Hovedstaden. Når der i sjældne tilfælde kommer en traumepatient til akuthospitalet, bliver patienten overflyttet til Rigshospitalet med akutlæge. De sjældne tilfælde skyldes ofte selvhenvendelse eller akut behov for mere omfattende behandling, end hvad der kan varetages i en ambulance. Denne organisering har betydet, at der ikke er ortopædkirurgiske speciallæger i tilstedeværelsesvagt, men i rådighedsvagt på akutmodtagelser. Det er vurderingen, at der ikke vil være fagligt arbejde til speciallæger om natten, der retfærdiggør omkostningerne.

Note 2) Hospital med specialfunktion skal have speciallæge eller læge under uddannelse til speciallæge med ekkokardiografi kompetence i tilstedeværelsesvagt. Hospital med hovedfunktion skal have speciallæge i rådighedsvagt.

Yngre læger under uddannelse

Akuthospital	Specialhospital
• Ortopædkirurgiske læger i henholdsvis KBU / intro / HU • Kirurgiske læger i henholdsvis KBU / intro / HU • Medicinske læger i henholdsvis KBU / intro / HU Andre specialer: Læger i intro / HU	• Medicinske læger i henholdsvis KBU / intro / HU Andre specialer: Læger i intro / HU

Der skal være læger tilstede døgnet rundt med et passende kompetenceniveau suppleret med KBU-læger. Hvis arbejdsbelastningen er for høj i to-skiftet vagt, skal der indføres tre-skiftet vagt.

Bemanding på regionsniveau

Der skal være en speciallæge i telefonisk rådgivning på en af regionens hospitaler i følgende specialer:

- Klinisk mikrobiologi: Bioanalytiker i tilkaldevagt og speciallæge med telefonisk rådgivning
- Klinisk immunologi: Speciallæge med telefonisk rådgivning
- Klinisk biokemi: Bioanalytiker i tilstedeværelsesvagt og speciallæge med telefonisk rådgivning
- Infektionsmedicin: Speciallæge med telefonisk rådgivning

Sekretariats funktion

Døgnbemanding placeret ved AKM/AKK.

Portørfunktion

Døgnbemanding.

Terapeutfunktion

Der skal i dagtid og i weekends være adgang til konkret bistand fra terapeutområdet dels til at iværksætte accelereret rehabiliteringsindsats dels til nødvendig instruktion af patienter, der udskrives.

Geriatrici

Der skal i dagtid og i weekends være geriatricisk akutfunktion.

Farmaceut/farmakonomet

Der kan i forlænt dagtid være tilknyttet farmaceuter/farmakonomet med henblik på medicingennemgang og støtte.

4.3 Diagnostiske muligheder

Anbefaling

- Der skal være ensartede diagnostiske muligheder på akuthospitalerne og en anden ensartethed på specialhospitalerne

Akuthospital	Akutklinik
Der skal på matriklen være mulighed for: • Konventionel røntgenundersøgelse • CT-scanning • Ultralydsscanning • Ekko kardiografi • Blodprøvetagning og arteriepunktur	Der skal på matriklen være mulighed for: • Konventionel røntgenundersøgelse • CT-scanning • Ultralydsscanning • Ekko kardiografi • Blodprøvetagning og arteriepunktur

Der skal være 24 timers adgang til: • MR-scanning • Teleradiologi mellem regionens hospitaler • Biokemisk laboratorium • Blodbank (som satellitfunktion)	Der skal være 24 timers adgang til: • MR-scanning • Teleradiologi mellem regionens hospitaler • Biokemisk laboratorium • Blodprodukter
---	---

4.4 Introduktion og kompetenceudvikling/uddannelse

Anbefaling

- Der skal være ensartet og systematisk introduktion til akutmodtagelserne og en anden ensartethed til akutklinikkerne
- Der skal holdes tværfaglige træningssessioner med faste intervaller
- Den tværregionale uddannelse i akutsygepleje og i fagområdet akutmedicin skal tilbydes personalet

Introduktion

Der skal udarbejdes et program for nyansatte i AKM/AKK. Programmet skal differentieres på flere niveauer afhængig af kompetencer. Det kan fx være nyansatte, erfarne sygeplejersker, KBU-læger og læger i introstillinger. Et introduktionsprogram kan indeholde:

- Gennemgang af organisationsform og ledelsesstruktur
- Program for at sikre faglige, organisatoriske og sociale kompetencer
- Kompetencekort
- Eventuel etablering af makkerpar for vejledning og sparring

Kompetenceudvikling

Der bør afholdes tværfaglige træningssessioner med faste intervaller på hospitalet indenfor:

- Akut traume modtagelse (akuthospitaler)
- Den akutte kirurgiske patient (akuthospitaler)
- Den akutte dårlige medicinske patient inkl. hjertepatienten (akuthospitaler og specialhospitaler)
- Det dårlige barn (akuthospitaler)
- Den akutte gynækologiske patient (akuthospitaler)

For hele personalet på AKM/AKK bør holdes følgende kurser:

- Kommunikationskurser
- Kurser i akut psykiatri / den voldelige patient
- Kurser i konflikthåndtering
- Kurser koordineres med primærsektoren

Tværregional uddannelse

Der er en tværregional uddannelse til akutsygeplejerske. Uddannelsen skal medvirke til, at sygeplejerskerne i AKM/AKK har relevante kompetencer til at varetage patientbehandling på et højt niveau. Desuden understøtter uddannelsen organiseringen i akutmodtagelserne.

Den tværregionale uddannelse skal sikre ensartede kompetencer hos sygeplejerskerne samt en gensidig anerkendelse af uddannelsen på tværs af regionerne. Uddannelsen kan løbende tilpasses behovet for kompetencer i akutmodtagelserne, så uddannelsen hele tiden matcher behovet i akutmodtagelserne/regionerne. Derfor er der organiseret en smidig struktur omkring uddannelsen, der sikrer, at de nødvendige tilpasninger af uddannelsen let og fleksibelt kan finde sted. Uddannelsen indeholder moduler med simulationstræning og moduler fælles med den tværregionale uddannelse af speciallæger i fagområdet akutmedicin.

Der stiles mod at alle sygeplejersker gennemgår basismodulet i uddannelsen til akutsygeplejerske. Dog særlige forhold for det pædiatriske område. Den gruppe sygeplejersker som arbejder i et skadeteam bør alle have bestået behandlermodulet i akutsygeplejeuddannelsen og kan fungere selvstændigt som behandlere. Da triagefunktionen er et nøgleområde indenfor alle specialer stiles mod at 50 procent af sygeplejerskerne selvstændigt kan varetage denne funktion og med tiden at de består det tilsvarende modul i akutsygeplejerske uddannelsen.

Tilsvarende er det besluttet at etablere en tværregional uddannelse af speciallæger i fagområdet akutmedicin.

5. Udvisitering

Anbefaling

- Der skal være entydige og klare retningslinjer for udvisitering
- Patienten meldes efter principperne for ”Sikker Mundtlig Kommunikation”
- Akutmodtagelsen/-klinikken har det endelige ansvar for og kompetence til udvisitering

Formål

At sikre hensigtsmæssige og effektive patientforløb mellem hospitalernes akutmodtagelser/akutklinikker og de stationære afsnit gennem entydige og klare retningslinjer for udvisitering.

Målgruppe og anvendelsesområde

Sundhedsfagligt personale ved akutmodtagelser/akutklinikker samt stationære afdelinger.

Fremgangsmåde

Tidsrum:

- Patienter udvisiteres som hovedregel mellem kl. 8.00-20.00 alle ugens dage.
- Der skal foreligge lokale retningslinjer for udvisitering mellem akutmodtagelse/akutklinik og hospitalets enkelte specialer.
- Patienter, hvor behandlingsplan og eller lokal retningslinje for udvisitering tilsiger, at patienten behandles mest hensigtsmæssigt i specialets afdeling, kan udvisiteres hele døgnet.

Kriterier for at patient kan udvisiteres:

- Patienten har en tilgængelig behandlingsplan sanktioneret af en speciallæge, som forventes at være gældende for de kommende 12 – 24 timer.
- Journalen med behandlingsplan er tilgængelig for modtagende afdeling.
- Patientens specialeforhold er afklaret
- Udvisitering af patienten sker på baggrund af gældende overordnede og lokale retningslinjer for udvisitering til hospitalets afdelinger.

Melding af patient:

- Patienten meldes efter principperne for ”Sikker Mundtlig Kommunikation” (ISBAR = Identifikation, Situation, Baggrund, Analyse og Råd) fra ansvarshavende sygeplejerske/læge i akutmodtagelse/akutklinik til visiterende sygeplejerske/vagthavende læge i sengeafsnit. Heri skal som minimum være indeholdt:
 - Navn, cpr-nummer og diagnose

- Kort gennemgang af behandlingsplan, observationsbehov samt orientering om igangværende behandling fx blod, iv-medicin og ilt
- Orientering om undersøgelser, der foretages undervejs mellem akutmodtagelse og sengeafsnit
- Aktuel EWS
- Særlige opmærksomhedspunkter / handicap / hensyn til placering i sengeafsnit
- Kontakt til pårørende
- Kontakt til primær sektor

Ansvar og organisering

Afdelingsledelsen for AKM / afsnitsledelsen for AKK er ansvarlig for, at der gennem samarbejde med hospitalets afdelingsledelser for de kliniske afdelinger udarbejdes lokale retningslinjer for udvisitering. Afdelingsledelsen ved AKM / afsnitsledelsen for AKK har det endelige ansvar for og kompetence til udvisitering fra AKM/AKK.

6. Fordele og ulemper ved et speciale i akutmedicin?

Der er i de seneste år sket betydelige organisatoriske forandringer på akutområdet ved at etablere store nye akutmodtagelser og akutklinikker, som er blandt de største afdelinger på hospitalerne. Der vil både for sygeplejersker og læger ske en udvikling indenfor akutmedicin, og det er et spørgsmål om området nu har en størrelse og organisatorisk placering der gør, at det vil være en fordel med et selvstændigt speciale.

Mulige fordele

Akutmedicin som speciale vil være et betydeligt bidrag til at styrke behandling, tidlig speciallæge involvering og forskning omkring den akutte patient. På denne måde rekrutteres og fremdyrkes dygtige speciallæger som både kan og vil arbejde i akutmodtagelserne.

Så længe akutmedicin er et fagområde vil uddannelsen inden for området alene være baseret på vejledende retningslinjer. Ved at anerkende området som selvstændigt speciale vil også de udviklings- og forskningsmuligheder blive styrket.

Erfaringer med flowmasterrollen i akutmodtagelserne viser, at der er behov for en bred og ikke mindst stærk faglighed for at have indsigten til at styre flowet – samt overhovedet at få ledelsesrum/ autoritet til denne opgave.

AKM/AKK har behov for kontinuitet i lægestaben for at sikre udviklingen af afdelingerne/området. Mange specialekompetencer for det akutte repræsenteres kun ved tilsyn. Det vil være med til at sætte den akutte patient mere på dagsordenen, give status til akutafdelingerne og ikke mindst til de, der allerede har valgt at arbejde her, hvis et speciale oprettes.

Kunne man forestille sig at i hvert fald 2 af årene i HU i de intern medicinske specialer og et eventuelt kommende speciale i akutmedicin var ens? Det ville også styrke akutmedicinen i specialerne.

Der fornemmes stor interesse fra yngre læger i at gå ind i et speciale i akut medicin. De læger som overvejer dette for øjeblikket er frustreret og ved ikke om de skal vælge almen medicin, men vel at mærke for at arbejde på hospitalet. Det er umiddelbart ikke den optimale løsning da almen medicin uddannelsen er beregnet på og sigter mod primærsektoren.

Sammenfatningsvis vil akutmedicin som speciale bl.a. kunne bidrage til

- 1) at faste erfarne speciallæger med brede akutmedicinske kompetencer er til stede i front
- 2) at rekrutterer og fastholde speciallæger (og blivende speciallæger) med interesse og lyst til AKM/AKK og i mindre grad ”presse”

speciallæger med beskeden interesse/ anden profilering ned i AKM/AKK

- 3) at styrke brede akutmedicinske kompetencer – kompetencer/helhedssyn som kan være en mangelvare i AKM/AKK
- 4) at styrke den initiale modtagelse af diagnostisk uafklarede patienter (og hermed speciale uafklarede)
- 5) at styrke akutmodtagelsernes lægefaglige udvikling
- 6) at øge fokus på prioritering (triage), forløbsledelse (flow) og visitation af uafklarede akutte patienter - særligt hos intern medicinske patienter
- 7) fagligt overblik og samarbejde på tværs af specialer ved modtagelse og behandling af akutte patienter
- 8) at give specialerne mulighed og mere ro til at fokusere på det de er bedst til
- 9) supervision af uddannelsessøgende læger der modtager akutte patienter
- 10) tydelig forventning til kompetencer og arbejdsområde for akut lægen, når det beskrives som speciale
- 11) at styrke forskningen indenfor ” AKM/AKK akutmedicin”
- 12) at styrke akutsygeplejerskernes identitet og faglighed og hermed øge fastholdelsen af velkvalificeret plejepersonale
- 13) Akutmedicinerne får ejerskab og ansvar
- 14) Entydigt patientansvar fra start
- 15) Dobbeltspciale undgå

Mulige ulemper

Den brede tilgang til patienten kan siges at være indeholdt i specialet almen medicin og skal ikke gentages i et nyt speciale.

Den akutte ustabile patient varetages bedst af erfarne specialister med anæstesi som teamleder. (traume, forgiftning, hjertestop, akut obstetrik etc.)

I en AKM/AKK er der behov for flowstyring og visitation. Det kan speciallæger efteruddannes i med særlige moduler.

Argumenter mod et speciale i akutmedicin:

- 1) Den brede tilgang findes allerede i specialet almen medicin
- 2) Den akutte livsreddende specialkunnen og viden findes i anæstesi og i specialerne
- 3) Det er specialet som skal sætte dagsordenen i de akutte behandlingsstrategier
- 4) Dvs. der skal være opdateret specialiseret viden til stede i AKM/AKK
- 5) De lægefaglige kommandoveje skal være klare og entydige.
- 6) Der skal være et entydigt lægefagligt ansvar for alle akutte patienter.
- 7) Akutområdet er hele hospitalets ansvar, ikke ”akutmedicinernes” ansvar.
- 8) Alle specialer skal være forpligtiget til at yde en indsats og vide at det akutte område er lige så meget deres ansvar som de

specialiserede ambulatorier og operationer ellers risiko for at AKM/AKK isolerer sig fra specialerne og dermed mister specialernes faglighed

- 9) Risiko for at grænserne udviskes mellem de nuværende specialer og akut medicineren, måske især anæstesilægen/intensivmedicineren og akutmedicineren og ingen dermed har ansvaret
- 10) Læge ekspertisen findes ikke på nuværende tidspunkt – der kan først opbygges et speciale, når området har haft ekspertområdefunktion gennem flere år.
- 11) Risiko for at man etablere et speciale før der er opnået en selvstændig faglighed og respekt blandt kollegaer
- 12) Akutmedicineren kommer til at stå med mange patienter, hvor kompetencerne hos akut medicineren ikke slår til
- 13) Faglig uenighed og strid om hvor snitfladerne skal ligge i forhold til specialerne, kan gå ud over kvaliteten og samarbejdet
- 14) Lægerne i et særskilt speciale vil ikke kunne opretholde kompetencer i akutte procedure som f.eks. CVK anlæggelse, ultralyd vejledte procedure og lign. da volumen af patienter i AKM/AKK er for lille. Nuværende specialer har stort volumen, da de bruger disse procedurer mange andre steder end i AKM/AKK (på operationsgangen, intensivafdelingerne osv.)
- 15) Endnu et speciale skal opnå kompetence i og dække den akutte livsreddende behandling, som nu varetages af anæstesiologien og i flere af de nuværende specialer. De nuværende specialer skal fortsat have denne kompetence til arbejdet uden for AKM/AKK.
- 16) Ny afdeling skabes og selvtilstrækkelighed risikeres
- 17) MDT-tankegangen svækkes
- 18) Svækket fokus på den akutte patient fra specialerne og patienter risikerer at ”sidde fast” i AKM/AKK uden tilsyn fra relevant speciale

Bilag 1: Kommissorium for arbejde med akutmodtagelsernes funktion og visitation

Region Hovedstaden har i 2012/13 gennemgået de akutte patientforløb i relation til regionens anbefalinger for akutmodtagelserne. Der er taget udgangspunkt i rapporterne ”Anbefalinger om fælles akutmodtagelser” og ”Anbefalinger for funktionsplanlægning af fælles akutmodtagelser”. Formålet var at sikre ensartethed i service og kvalitet i det akutte patientforløb på regionens akuthospitaler.

Arbejdet resulterede i, at der pr marts 2013 er udsendt justerede principper for akutmodtagelserne for bl.a. de fysiske rammer, ledelse og bemanning (vedlagt).

Der er i de seneste år sket betydelige organisatoriske forandringer på akutområdet ved at etablere de store nye akutmodtagelser og akutklinikker, som er blandt de største afdelinger på hospitalerne. Det er et spørgsmål om området nu har en størrelse og organisatorisk placering der gør, at det vil være en fordel med et selvstændigt speciale.

Der går endvidere nogle år før de bygningsmæssige rammer kan understøtte de justerede principper. Der er derfor behov for at undersøge mulighederne for mere ensartethed i service og kvalitet indtil da. Det er vigtigt både af hensyn til patienterne og af hensyn til arbejdsbetingelserne for personalet, der enten arbejder i akutmodtagelsen eller bliver tilkaldt fra de kliniske afdelinger.

Der er bl.a. behov for at undersøge følgende:

- Hvilke fordele og ulemper er der ved at etablere en speciallægeuddannelse i akutmedicin?
- Hvordan er speciallægen med i front?
- Hvem bestemmer leverancen fra afdelingerne?
- Kan afdelinger træde ud af ordningen?
- Hvordan er den faglige identitet?
- Er der lokale frihedsgrader?
- Hvordan introduceres yngre læger og sygeplejersker til akutmodtagelsen?
- Hvordan foregår triagering?
- Hvordan visiteres til indlæggelse i akutmodtagelsen?
- Hvem har visitationsretten fra akutmodtagelse til kliniske afdelinger?

Der nedsættes en arbejdsgruppe med en vicedirektør og en sundhedsfaglig repræsentanter fra hvert af de fire akuthospitaler, Bornholms Hospital og de to specialhospitaler til at belyse mulighederne for ensartethed i arbejdsbetingelserne på akutmodtagelserne og akutklinikkerne.

Som led i arbejdet skal personaleorganisationerne inddrages. Det kan fx være i workshops.

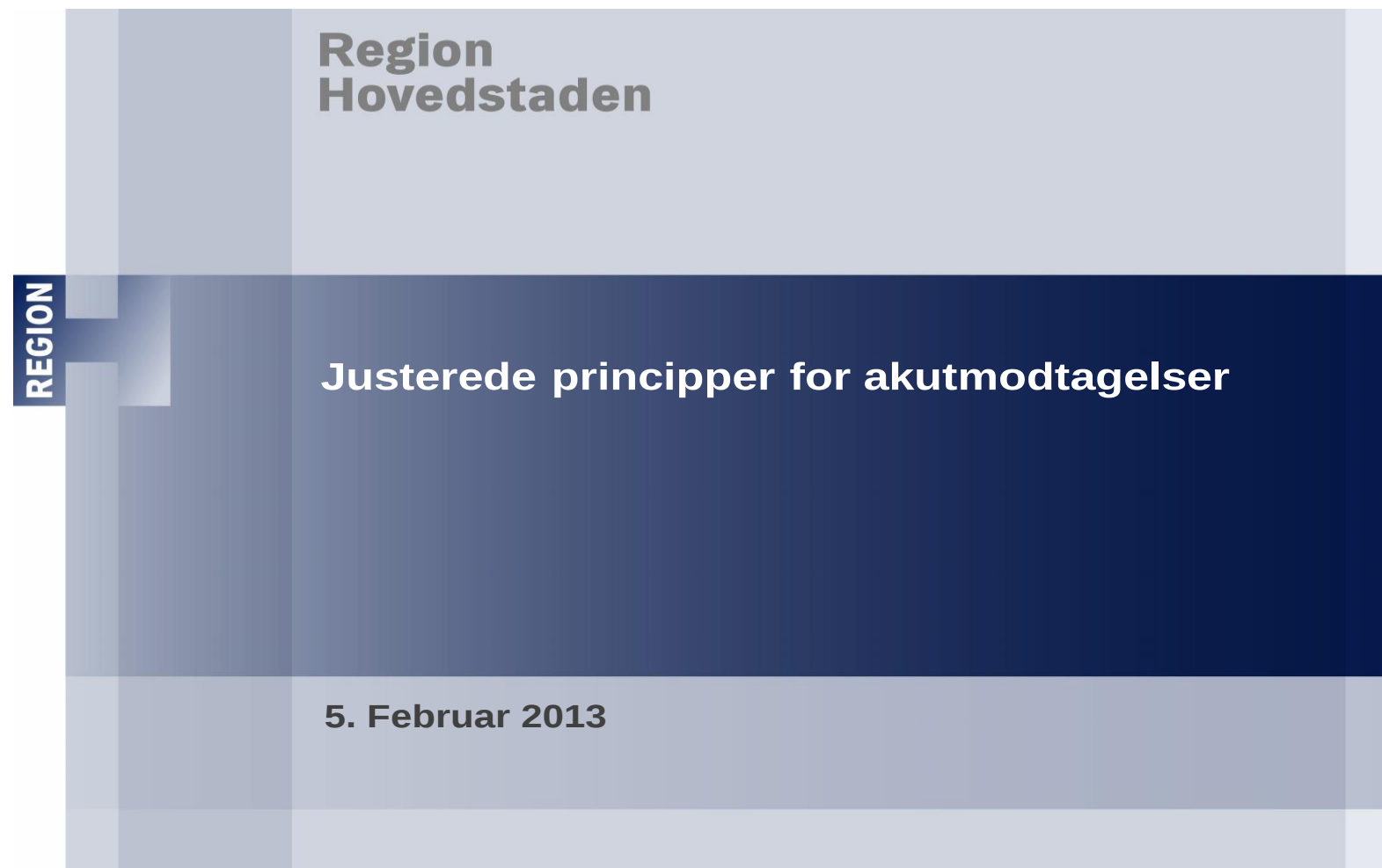
Arbejdet afsluttes med en rapport til koncerndirektionen inden sommeren 2014.

Arbejdsgruppen er:

- Hvidovre Hospital
 - Vicedirektør Torben Mogensen – formand
 - Ledende overlæge Gertrude Ellekilde
- Bispebjerg Hospital
 - Vicedirektør Kristian Antonsen
 - Ledende overlæge Birgitte Nybo
- Herlev Hospital
 - Vicedirektør Steen Werner Hansen
 - Ledende overlæge Lisbet Isenberg Ravn
- Hillerød Hospital
 - Vicedirektør Leif Panduro Jensen
 - Konstitueret ledende overlæge Jakob Lundager Forberg
- Bornholms Hospital
 - Hospitalsdirektør Kurt Espersen
 - Afdelingssygeplejerske Louise Juel Pedersen
- Gentofte Hospital
 - Vicedirektør Lars Juhl Petersen
 - Specialeansvarlig overlæge Steffen Ulrik Friis
- Glostrup Hospital
 - Vicedirektør Per Jørgensen
 - Ledende overlæge Lars Bo Weywadt

Sekretær: Chefkonsulent Niels Erik Jørgensen, Enhed for Hospitalsplanlægning, Center for Sundhed.

Bilag 2: Justerede principper for akutmodtagelse



Fysiske rammer og funktioner

RegH-anbefalinger	Justerede principper
UDE	
Adskilt indgang for ambulancer og ”gående”	
Forløb konvergerer i reception / triage	Klar adskilt triage for ambulancer og ”gående” Direkte adgang fra ambulancegård til traumerum
Kemikalierens mv. - opvarmet og afskærmet	
Direkte adgang fra ambulancegård til mors (+indefra)	
Heliport på Herlev som reserve til RH	
INDE	
Lægevagtslokaler	Indgår i AM om dagen
Morsrum med indgang udefra og indefra – vente- og pårørenderum i nærheden	
Samtalerum og møderum (fleksibilitet)	
Kommunal udskrivningskoordinator	Plads til tværsektorielt og tværfagligt samarbejde, pladsen gøres fleksibel (afventer ny kommunalreform) Exitzone med passende antal arbejdsstationer
Kontorer og personalerum	Zoneopdelte specialefællesskaber med kontorer og personalerum – meget fleksibelt
Vagtværelser	

Fysiske rammer og funktioner

RegH-anbefalinger	Justerede principper
Triagerum – sporfordeling i hastegrader, patienter fordeles på akutsenge og skadespor. ”Akutsenge” føres uden om us-rum i modtageområdet	Triagerum (fleksible) – sporfordeling i hastegrader og patienter fordeles på akutsenge og skadespor. ”Akutsenge” føres uden om us-rum i modtageområdet Fremskudt pædiatri med egen triage
Diagnostisk afklarede stabile patienter går til specialeafdeling	Ophold i akutseng 24 timer og op til 48 timer afhængig af symptomer – fokus på patientens tilstand ikke på timer
Standard patientforløb efter fælles principper og tidsrammer - Afklares nærmere i simulationsmodel	
Ikke allokerede patienter er fælles anliggende og blive i AM indtil diagnose er stillet	
Kommandocentral	Central kommandopost og zoneopdelte specialefællesskaber
Traumerum – traumespor inkl. diagnostik	Fremskudt radiologi kan variere akuthospitalerne imellem
Venterum – adskilt voksne og børn, samlet overvågning	Venterum – adskilt voksne og børn Adskilt ventorum for udad reagerende voksne
Us. rum – skadespor inkl. diagnostik	Us. rum og specialerum til skader i ortopæd-zone. Fleksibilitet i alle behandler- og undersøgelsesrum Specialrum til øjne, ører, brand, GU, etc.

Akutsenge 24 eller 48 timer?

RegH-anbefalinger	Justerede principper
Akutsenge – patienter udredes, observeres og visiteres til specialeafdeling eller hjemsendes	Akutsenge – patienter udredes, observeres og visiteres til specialeafdeling eller hjemsendes. Fysikken skal understøtte flow og MDT-dannelse, med fokus på patientforløb ikke timer, dog holdes der fast i de 48 timer som overordnet 'ramme'. Fysikken skal understøtte specialezoner og balance mellem AM og specialeafdelingerne Evt. observationspladser for dårlige patienter (intermediære sengepladser)
1-sengsstuer af hensyn til patienternes diskretion. Undersøgelse og behandling vil blive foretaget på 1-sengsstuen eller i undersøgelsesrum tilknyttet sengeafsnittet	1-sengsstuer af hensyn til patienternes diskretion suppleret med større observationsrum til flere patienter. Undersøgelse og behandling vil blive foretaget på 1-sengsstuen eller i undersøgelsesrum tilknyttet sengeafsnittet
Antal akutsenge defineres efter liggetider. Patienter ligger højst 24 timer, men patienter der forventes udskevet indenfor 48 timer kan med fordel udskrives fra akutmodtagelsen	Antal akutsenge defineres efter liggetider. Patienter ligger højst 24 timer, men patienter der forventes udskevet indenfor 48 timer kan med fordel udskrives fra akutmodtagelsen, men variation akuthospitalerne imellem (begrundet i tilknyttede specialer) i ophold mellem 24 og 48 timer
Antal us. rum defineres efter us. tider skadespor: 1 time akutsengsspor: 1,5 time	
Patienter udvisiteres som hovedregel mellem kl. 8.00 og 20.00 alle ugens dage	

Ledelse

RegH-anbefalinger	Justerede principper
Afdelingsledelse	
Stab af speciallæger til logistik og uddannelse mv	Antal speciallæger i stab bør evalueres (Hillerød og Hvidovres organisering) – fordele og ulemper mht. faglighed og organisation. Mulighed for lokalt at tilpasse antallet
Teamledelse i sygeplejen	Sygeplejen i pædiatri refererer til afdelingsledelsen i pædiatri på Herlev og Hillerød.
Behandlerteams	
Ledelsesråd	

Diagnostiske muligheder

RegH-anbefalinger	Justerede principper
Diagnostiske muligheder i akutmodtagelsen	
Konventionel røntgen - antal kan variere	
CT-scanning - antal kan variere (og det kan variere hvorvidt disse er med til at betjene resten af hospitalet)	
Ultralydscanning - antal kan variere	
Ekko kardiografi - antal kan variere	
Analyse af alm. blodprøver inkl. arteriepunktur - antal kan variere	
Diagnostiske muligheder på hospitalet	
MR-scanning	
Teleradiologi mellem hospitalerne	
Fuld biokemisk laboratorium	
Blodbank som satellitfunktion	

Bemanding

RegH-anbefalinger	Justerede principper
Sygeplejersker ansat i AM	
Sygeplejersker i rotationsordning i hele AM	Sygeplejersker i zoneopdelte teams for at bevare kompetencen Få interesserede sygeplejersker kan rotere i hele AM
Speciallæger i vagtrul fra specialeafdeling	
Yngre læger ansat i AM eller i vagtrul fra specialeafd - muligheden skal stå åben	
Ortopædkirurgi: Speciallæge eller læge under uddannelse i tilstedeværelsesvagt, KBU-læger	
Kirurgi: Speciallæge i tilstedeværelsesvagt, KBU-læger	Kirurgi: Speciallæge eller læge under uddannelse i tilstedeværelsesvagt, KBU-læger
Intern Medicin: Speciallæge i tilstedeværelsesvagt, KBU-læger	Behov for døgnvagt skal ses i sammenhæng med kardiologi
Kardiologi: Speciallæge i tilstedeværelses- eller rådighedsvagt, KBU-læger	Kardiologi: Speciallæge eller læge under uddannelse i tilstedeværelsesvagt, KBU-læger
Anæstesiologi: Speciallæge i tilstedeværelsesvagt	Anæstesiologi: Speciallæge eller læge under uddannelse i tilstedeværelsesvagt
Neurologi: Speciallæge i rådighedsvagt	Skal følge specialeplan. Tilstedeværelse hvis trombolyse 24/7
Pædiatri: Læge i tilstedeværelsesvagt, speciallæge i rådighedsvagt	Speciallæge eller læge under uddannelse i tilstedeværelsesvagt, hvis hospitalet har pædiatri / gyn/obs
Radiologi: Radiograf i tilstedeværelsesvagt og speciallæge i rådighedsvagt	Radiologi: Speciallæge eller læge under uddannelse i tilstedeværelsesvagt
Øvrige specialer på hospitalet: Læger på tilsyn og optimering af mulighed for tilsyn på tværs af hospitaler	
Sekretariatsfunktion på døgnbasis	
Portørfunktion på døgnbasis	
Terapeutfunktion i dagtid	Bør også gælde farmaceut, diætist og geriater. Skal udvides til aften (fx kl. 20 eller 22) og weekend

Note: Læge under uddannelse skal her forstås som en læge på sidste år af hoveduddannelsen

Bilag 3: Definition af tider for ankomst, behandlingsstart og behandlingsslut

Ankomst:

Ankomst er det tidspunkt, hvor patienten registreres i akutmodtagelsen /-klinikken, uanset om det er selvtransporterende eller ambulanceindbragte. For telefonvisiterede patienter er det stadig ankomsttidspunktet i akutmodtagelsen/-klinikken, der registreres, selvom patienterne ved telefonvisitation får angivet et tidspunkt at møde i akutfunktionen.

Behandlingsstart:

”Behandlingsstart” defineres som start på såvel udredning og undersøgelse som egentlig behandling så længe den *handling*, der bestemmer den videre sundhedsfaglige udredning, undersøgelse eller behandling, som fører til plan for udredning, iværksættes.

Triagefarve	Behandlingsstart
Blå	Når patienten sendes til røntgenundersøgelse eller kaldes til undersøgelsesrum, idet det forudsættes at udredning/behandling forgår i tæt relation til dette.
Grøn Gul og Orange	Når den <i>handling</i> , der bestemmer den videre specifikke undersøgelse eller behandling, som fører til plan for udredning, iværksættes.
Rød	Når den <i>handling</i> , der bestemmer den videre specifikke undersøgelse eller behandling, som fører til plan for udredning, iværksættes. Det forudsættes, at røde patienter begynder at blive udredt straks de modtages.

En *handling* der bestemmer den videre specifikke undersøgelse eller behandling er fx:

- Optage specifik anamnese med henblik på at udfærdige behandlingsplan, herunder f.eks. EKG optagelse med umiddelbar tolkning, blodprøvetagning efter specifik symptomvurdering eller fortsat observation med vitalparametre som en del af behandlingsplanen.
- Undersøge med henblik på mulig fraktur, der afføder røntgenundersøgelse
- Såfremt behandlingen er startet præhospitalt, er tidspunktet for behandlingsstart i Akutmodtagelsen defineret som ankomsttidspunkt, givet at patienten modtages og fortsat observeres for den behandling, der er givet præhospitalt.

Behandlingsstart er **ikke**:

- den initiale triage/visitation, der sker før patienten sendes til venteværelset
- hvis patienten får is, smertestillende piller eller en midlertidig bandage på en skade i den initiale triage/visitation
- hvis patienten kaldes til undersøgelsesrum uden, at der egentlig begynder udredning eller behandling i tæt relation hertil.

Behandlingslut

Akutte ikke-indlagte patienter.

Defineres som det tidspunkt, hvor den sundhedsfaglige ydelse er afsluttet. Hvis patienten venter på at blive hentet, har akutmodtagelsen stadig ansvar for patienten, men behandlingen er afsluttet.

Indlagte patienter:

Defineres som det tidspunkt, hvor den sundhedsfaglige ydelse er afsluttet. Hvis en færdigbehandlet patient venter på at blive hjemtaget, har den behandlingsansvarlige afdeling stadig ansvar for patienten.