

Kortlægning af speciallægers arbejdsopgaver og arbejdstilrettelæggelse

Slutrapport

Danske Regioner og FAS

12. januar 2012

Indhold

1. Baggrund.....	3
2. Metode og opgavedesign	4
2.1 Fase 1 – Planlægning og desk research.....	4
2.2 Fase II – Kortlægning og analyse	6
2.3 Fase III – Tendenser og perspektivering.....	7
2.4 Proces	7
3. Kortlægning af opgaver og arbejdstilrettelæggelse.....	8
3.1 Arbejdsopgaver og roller.....	8
3.2 Organisering.....	14
3.3 Kompetencer	22
3.4 Personaleplanlægning.....	28
3.5 Arbejds miljø.....	39
4. Udviklingstendenser.....	45
5. Bilag.....	48
5.1 Arbejdsopgaver og roller.....	48
5.2 Arbejds miljø.....	49
5.3 Udviklingstendenser i sammenlignelige lande	50

1. Baggrund

I forbindelse med OK-11 har Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Foreningen af Speciallæger (FAS) drøftet, hvilke konsekvenser ændringerne i sygehusenes struktur og opgavevaretagelse (i givet fald) skal have for de nuværende bestemmelser i overenskomsten for overlæger i relation til mulighederne for en hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse. Parterne er enige om, at aftalen skal kunne rumme den organisatoriske mangfoldighed – også fremadrettet. Parterne har besluttet af få gennemført en undersøgelse, som skal afdække virkeligheden og skabe et fælles og velbelyst materiale med henblik på at kunne aftale eventuelt nødvendige ændringer/tilpasninger i bestemmelserne ved de kommende overenskomstforhandlinger. Der henvises til forhandlingsprotokollen for FAS.

Det er på den baggrund aftalt, at Implement Consulting Group udarbejder en rapport, som kortlægger lægernes arbejdsopgaver og arbejdstilrettelæggelse. Arbejdsopgaver og arbejdstilrettelæggelse kortlægges på baggrund af interviews og workshops blandt lægerne og disses nærmeste samarbejdspartnere samt kontinuerlig indhentning og bearbejdning samt anvendelse af relevant materiale og data..

Undersøgelsen skal ikke konkludere i forhold til, om/hvordan eventuelle konsekvenser i aftalegrundlagte bør udmøntes. Undersøgelsen skal heller ikke komme med anbefalinger i forhold til, hvordan struktur, patientbehandling og arbejdstilrettelæggelse bør se ud.

Projektet startede den 22. august 2011, og den endelige rapport skal foreligge den 13. januar 2012.

Opgaveansvarlig fra Implement er Anne-Mette Termansen (abt@implement.dk). Konsulentteamet fra Implement udgøres af Anne-Mette Termansen, Peter Emmerich Hansen og Michael Daugbjerg.

2. Metode og opgavedesign

Implement har på vegne af Danske Regioner (RLTN) og FAS gennemført undersøgelsen som en intensiv proces i perioden primo september til medio januar 2012.

Det overordnede design af undersøgelsen fremgår af nedenstående figur.

Opgavedesign



Opgavedesignet er konkretiseret i udkast til tids- og aktivitetsplan og i tilbuddet

Undersøgelsen har været opdelt i fire faser, som er uddybet nedenfor.

2.1 Fase 1 – Planlægning og desk research

Fase I omfatter afholdelse af en planlægningsworkshop med følgegruppen for projektet og Implement. Formålet med planlægningsworkshopen har været udvælgelse af deltagende hospitaler og enheder, drøftelse og prioritering af temaer for undersøgelsen, udvælgelse af data til baggrundsanalysen og konkretisering af aktiviteter i undersøgelsen samt endelig fastlæggelse af leverancer.

Samtlige regioner har været inviteret til at deltage i undersøgelsen. De deltagende hospitaler og centre er udvalgt af følgegruppen for projektet. Udvalget af hospitaler og enheder sikrer en bred dækning af følgende fire kriterier:

- **Stillingskategorier for speciallæger** (Cheflæge/lægelig direktør/vicedirektør, ledende overlæge, specialeansvarlig overlæge, overlæge med vagt, overlæge uden vagt, uddannelsesansvarlig overlæge og afdelingslæge/1. reservelæge med autorisation som speciallæge)
- **Stillingskategorier for samarbejdspartnere** (Afdelingssygeplejerske, sygeplejerske, fysioterapeut, jordemoder, forløbskoordinator og lægesekretær)
- **Hospitalstyper** (Højt specialiseret sygehus, lokalsygehus primært med hovedfunktion (fx et nærhospital) og psykiatrisk sygehusenhed)
- **Specialer** (Intern medicin, inkl. AMA, endokrinologi, lungemedicin, neurologi, reumatologi, skadestue, fælles akutmodtagelse, anæstesiologi (operationsgang, opvågning og intensiv), gynækologi/obstetrik, ortopædkirurgi, gastrokirurgi, psykiatri, biokemi og diagnostisk radiologi)

Følgende hospitaler og enheder har deltaget i undersøgelsen:

Hospital	Afdeling
Hvidovre Hospital	Geriatrisk Afdeling Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling Anæstesiologisk Afdeling Hjerte-lungemedicinsk Afdeling Røntgen Sektion Akut Medicinsk Modtageafdeling
Nykøbing F. Sygehus	Akutafdelingen Anæstesiologisk afdeling Ortopædkirurgisk afdeling Medicinsk afdeling
Aalborg Universitetssygehus	Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling, Aalborg og Hobro
Aarhus Universitetshospital	Medicinsk Endokrinologisk Afdeling
Sydvestjysk Sygehus	Neurologisk Afdeling, herunder fysioterapien Fælles Akut Modtagelse, medicinsk del Kardiologisk Afdeling Klinik for Biokemi Nuklearmedicinsk Enhed Reumatologisk Afdeling Kirurgisk Afdeling Ortopædkirurgisk Afdeling
Hospitalsenheden Horsens	Akutafdelingen Medicinsk afdeling Billeddiagnostisk afdeling
Region Hovedstadens Psykiatri	Psykiatrisk Center København (fælles akutmodtagelse, sengeafsnit, distriktpsikiatri), Psykiatrisk Center Nordsjælland (fælles akutmodtagelse, sengeafsnit, distriktpsikiatri)

Som afsæt for undersøgelsen er der gennemført en indsamling af relevante informationer og data omhandlende de deltagende hospitaler og enheder. Det er mellem følgegruppen og Implement aftalt, at følgende data indgår i undersøgelsen:

- Organisationsdiagrammer
- Funktionsbeskrivelser for speciallæger

- Personaleplanlægning og fremmødeplaner for speciallæger
- Resultater fra medarbejdertilfredshedsundersøgelser for speciallæger
- Antal stillinger for kategorier af speciallæger og læger under videreuddannelse
- Løndata for kategorier af speciallæger og læger under videreuddannelse
- Organisering og omfang af lægelig uddannelse
- Patientdata, som beskriver omfang og flow
- Kvalitetsdata
- Uddannelsesopgavens omfang
- Forskningsomfang
- Stillingskategorier

Det har været en præmis for dataindsamlingen, at de deltagende hospitaler og enheder ikke har skullet udarbejde analyser specifikt til denne undersøgelse, men alene bidrage med eksisterende data og analyser.

2.2 Fase II – Kortlægning og analyse

Selve kortlægningen har bestået af tre dele: gruppeinterviews og to workshoprunder.

Der er afholdt i alt 38 interviews med deltagelse af 6 lægelige direktører, 55 speciallæger (herunder afdelingslæger), 19 læger under videreuddannelse og 32 samarbejdspartnere.

Deltagerne i interviewrunden har på forhånd modtaget en semistruktureret interviewguide målrettet den enkelte interviewgruppe. Alle interviews er dokumenteret i skriftlige referater, som har været sendt til deltagerne til kommentarer og korrektion af eventuelle misforståelser.

Alle workshops er gennemført separat for henholdsvis speciallæger, læger under videreuddannelse og samarbejdspartnere. Workshoprunde I er gennemført med 4 workshops for speciallæger (26 deltagere), 4 workshops for samarbejdspartnere (12 deltagere) og 2 workshops for læger under videreuddannelse (12 deltagere).

Workshoprunde I er gennemført med fokus på at validere og konsolidere resultaterne af interviewrunden suppleret med uddybende spørgsmål på baggrund af interviewrunden:

- FAM-konceptets (fælles akutmodtagelse) betydning for speciallægenes arbejdstilrettelæggelse og opgavevaretagelse, herunder formålet med og de forventede effekter af FAM. De væsentligste forventede ændringer i speciallægenes opgavevaretagelse, såfremt FAM realiseres i den udgave, hvor der er én indgang for den akutte patient, og såfremt alternative versioner af FAM realiseres
- Et sygehusvæsen, hvor fremmødeplanlægning og vagtplanlægning tager højde for patienternes ankomst/kundernes behov
- Arbejdsdagen for en speciallæge, herunder hvordan det faglige fællesskab og den faglige udvikling kan fastholdes, hvis man forudsætter mere fleksible mødetider
- Hvilke samlingspunkter, møder mv., der bruges i dag til at understøtte fagligt fællesskab, og hvordan man fremadrettet kan kompensere for "mere spredt fremmøde"
- Hvilke faste kliniske aktiviteter eller andre faglig aktiviteter, der kan stoppe eller nedprioriteres. Uddybning af, hvad der skaber pres i dagligdagen
- Konkretisering af speciallægenes administrative opgaver, herunder hvilke opgaver som med fordel kan løses af andre faggrupper fremadrettet
- Omfanget og karakteren af it-relaterede opgaver og udfordringer

Workshoprunde II er gennemført med 2 workshops for speciallæger (9 deltagere) og 1 workshop for samarbejdspartnere (8 deltagere). Workshoprunde II har fokus på afdækning af udfordringer og baggrunde for udfordringer og barrierer for hensigtsmæssig opgavevaretagelse.

I kortlægningen er medtaget statements, der afspejler synspunkter og vurderinger mv., der er fremført i de gennemførte, strukturerede interviews samt i workshoprunde I og II. Synspunkter og vurderinger mv., der er kortlagt via interviewrunde og workshops, er holdt op mod de modtagne informationer og data. Statements er medtaget i det omfang, de udtrykker synspunkter og vurderinger, der er fremført på tværs af flere specialer og flere deltagere. Enkeltstående og personhenførbare synspunkter og holdninger er ikke medtaget.

2.3 Fase III – Tendenser og perspektivering

Der er i fase III gennemført en workshop III med deltagelse af udvalgte eksperter og følgegruppens medlemmer. Workshoppen tog udgangspunkt i fire centrale perspektiver for fremtidens sundhedsvæsen:

- Hvordan speciallægenes opgavevaretagelse ændres som følge af koncentration af sygehuskapacitet og bygning af supersygehuse og nye akutmodtagelser
- Hvordan speciallægenes opgavevaretagelse ændres som følge af fortsat specialisering og samtidigt behov for specialetværgående indsatser
- Hvordan speciallægenes opgavevaretagelse ændres som følge af øgede udfordringer på grund af stigende efterspørgsel og økonomisk pres
- Hvordan speciallægenes opgavevaretagelse ændres som følge af udvikling og opbygning af det sammenhængende sundhedsvæsen

Deltagerne på workshoppen arbejdede med udfordringer og mulige løsninger inden for disse temaer.

2.4 Proces

Projektets sammenhæng og flow fremgår af nedenstående figur:



3. Kortlægning af opgaver og arbejdstilrettelæggelse

Kortlægningen af speciallægers¹ arbejdsopgaver og arbejdstilrettelæggelse er jf. opgavedesignet baseret på interviews, workshops og analyse af indsamlet skriftligt materiale. Dette afsnit omfatter beskrivelsen af de nuværende arbejdsopgaver og den nuværende arbejdstilrettelæggelse tematiseret i 3.1. Arbejdsopgaver og roller, 3.2. Organisering, 3.3. Kompetencer, 3.4. Personaleplanlægning og 3.5. Arbejds miljø.

3.1 Arbejdsopgaver og roller

Kortlægningen af lægernes arbejdsopgaver og roller er baseret på gennemgang af 25 stillings- og funktionsbeskrivelser og de gennemførte interviews og workshops.

Baseret på gennemgangen af stillings- og funktionsbeskrivelserne er speciallægenes overordnede ansvarsområder stort set enslydende på tværs af de deltagende afdelinger. Speciallægerne skal deltage i patientbehandling, drift, udvikling, kvalitetssikring og uddannelse inden for afdelingens fagområde i samarbejde med afdelingens øvrige speciallæger. Derudover typisk ansvar for økonomisk ansvarlig drift, dokumentation, overholdelse af myndighedskrav, efterlevelse af afdelingens overordnede mål, medansvar for udarbejdelse af instrukser og vejledninger samt deltagelse i forsknings- og udviklingsarbejde.

Undersøgelsen af **arbejdsopgaver og roller** har haft fokus på følgende:

- Arbejdsopgaver og funktioner, som speciallægerne varetager, herunder hvilke opgaver som fylder mest
- Speciallægenes arbejdsopgaver på akutområdet i dag

En tredjedel af stillings- og funktionsbeskrivelserne henviser til de syv speciallægerroller defineret af Speciallægekommisionen²

En nærmere analyse af lægernes ansvarsområder er præsenteret i figuren nedenfor. Figuren viser de ansvarsområder, som er nævnt i de 25 stillingsfunktionsbeskrivelser. Når ansvarsområdet "visitation" har værdien 5, betyder det, at dette ansvarsområde er nævnt i 5 ud af de 25 stillings- og funktionsbeskrivelser. Opgørelsen viser, at uddannelse og undervisning, faglig kvalitet og patientbehandling er de tre ansvarsområder, som er omfattet af flest stillings- og funktionsbeskrivelser.

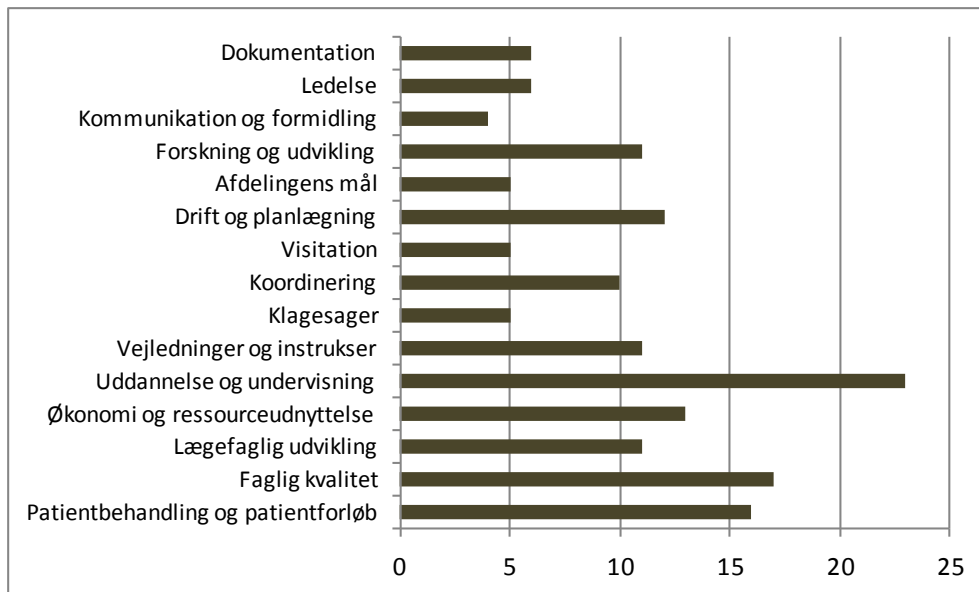
En fjerdedel af stillings- og funktionsbeskrivelserne indeholder konkrete mål for vagtforpligtelse og/eller fordeling af arbejdstid på konkrete arbejdsopgaver, fx "bunden vagt på tjenestedet (2-skiftet) samt tilkaldevagt fra hjemmet med reservelæge eller speciallæge som forvagt", "stillingen er forbundet med vagtforpligtelse, p.t. 10-skiftet tilkaldevagt" og "1/2 ambulatoriedag ugentligt og 2 halve dage til supervision af stuegang".

Det skal bemærkes, at både Den Danske Kvalitetsmodel og overenskomsten for overlæger stiller krav til, at overlægerne har en stillingsbeskrivelse, hvor særlige funktioner er beskrevet. Ovennævnte optælling kan derfor give et skævvredet billede af speciallægenes opgaver, idet de "almindelige" opgaver ikke er beskrevet, ligesom ovennævnte opgørelse heller ikke siger noget om volumen. Ovennævnte opgaver kan derfor fylde mere i stillingsbeskrivelserne, end hvad der reelt er tilfældet i dagligdagen for gruppen af speciallæger.

¹ Kortlægningen omfatter speciallæger, dvs. overlæger og afdelingslæger. I rapporten benyttes betegnelsen speciallæger, når der er tale om overlæger og afdelingslæger. Betegnelsen overlæge bruges, når det gælder overlæger specifikt. Kortlægningen har ikke undersøgt konsekvenser af forskelle i overenskomst for overlæger og overenskomst for underordnede læger i forhold til arbejdstilrettelæggelse.

² Fremtidens Speciallæge, kap. 6.4, side 73-75, betænkning nr. 1384 fra Sundhedsministeriet, 2000

Antal stillings- og funktionsbeskrivelser, som omfatter nedenstående ansvarsområder (ud af 25 mulige)



Typiske arbejdsopgaver

Speciallægenes konkrete arbejdsopgaver og arbejdstilrettelæggelse er tit meget afhængig af speciale. Der er således betydelige forskelle mellem patologien og ortopædkirurgien, mellem klinisk biokemi og lungemedicin osv., herunder ikke mindst i relation til det akutte arbejde, som lægger forskellige præmisser for speciallægenes arbejde. Helt grundlæggende er, at patientbehandling er den opgave, der fylder mest for speciallæger. Eneste undtagelse herfra er ledende overlæger, som enten deltager meget lidt eller slet ikke i patientbehandlingen.

Patientbehandling dækker i denne sammenhæng over opgaver som stuegang, tilsyn, behandlinger/operative indgreb, ambulatorievirksomhed, undersøgelser, scanninger, analyser, dokumentation (beskrivelser, epikriser mv.) og supervision.

Nedenfor er listet de typiske arbejdsopgaver, som speciallægerne i undersøgelsen har udpeget:

- Visitation
- Stuegang
- Gennemførelse af konkrete undersøgelser/behandlinger/indgreb
- Ambulatorievirksomhed
- Indsatser i daghospital
 - Tilsyn og sparring ved tilkald
 - Undervisning og supervision
 - Deltagelse i kvalitetssikring og faglige udviklingsprojekter
 - Administration, herunder dokumentation

Som en del af kategorien patientbehandling nævner speciallæger inden for anæstesi og obstetrik, at det akutte arbejde er en helt integreret del af specialet. Derfor er akutarbejde også en stor og fast del af arbejdsopgaverne. Derudover fylder det akutte arbejde naturligvis en stor og fast del hos de ortopædkirurger, intern medicinere og almen medicinere samt mavetarmkirurger, som har enten fast ansættelse i en akutafdeling eller har faste dage i skadestuer, akutte medicinske modtagelser eller fælles akutte modtagelser.

For så vidt angår kardiologien og neurologien fylder det akutte arbejde en stigende del af arbejdsopgaverne. Det gælder i særlig grad på de højt specialiserede sygehuse med akut behandling af store blodpropper i hjertet (primær PCI ved STEMI) og trombolysfunktion ved apopleksi. Det lyder således fra en række af de involverede speciallæger, at der inden for netop disse to specialer ses en stigning i omfanget af det akutte arbejde.

Hvor meget det akutte arbejde fylder for den enkelte speciallæge, afhænger således af det konkrete speciale, hospitalets specialeprofil i øvrigt og generelt organiseringen af det akutte område. Eksempelvis er det gennemgående, at typisk ældre speciallæger inden for de intern medicinske specialer nævnes som en gruppe, der har meget begrænset eller ingen akutte funktioner, men primært har ambulans virksomhed og/eller indlagte elektive patienter.

Patientudredning og –behandling er de opgaver som rent tidsmæssigt fylder mest for speciallægerne. Derudover peger mange af de deltagende speciallæger på, at kvalitetssikringsarbejde (særligt i relation til udarbejdelse og opdatering af kliniske vejledninger og retningslinjer) samt undervisning og administration er de opgaver som tidsmæssigt fylder næstmest.

Speciallægestillinger med særlige roller

Der er knyttet særlige forpligtelser til uddannelsesansvarlige overlæger, til overlæger med ansvar for kvalitetssikring og til specialeansvarlige overlæger. Generelt er det dog ikke således, at opgaverne dermed bliver grundlæggende forskellige fra de øvrige speciallægeopgaver. Der er blot en større andel af arbejdstiden, der går med de respektive opgaver hos de speciallæger, der formelt har disse særlige funktioner.

For de ledende overlæger, som deltager i denne undersøgelse, er det som hovedregel således, at der er tale om rent administrative og ledelsesmæssige stillinger. Enkelte ledende overlæger vælger at have en enkelt dag i klinikken, fx på en sengeafdeling, på en operationsgang, i et undersøgelsesrum eller i vagt eksempelvis en dag om ugen eller om måneden. De deltagende ledende overlæger bemærker, at deltagelsen i det kliniske arbejde parallelt med ledelsesjobbet sker efter eget ønske for at bevare forbindelsen til dette arbejde.

Arbejdsopgaver og roller er i øvrigt generelt påvirket af, om speciallægen har et formelt personaleledelsesansvar. Der er på tværs af de kliniske enheder, som har været involveret i dataindsamlingen, forskel på, om der formelt knyttets personaleledelsesansvar til overlægestillingerne ud over den ledende overlæge. Denne forskel fremgår også af de indsamlede stillings- og funktionsbeskrivelser. Det afhænger typisk af, om den enkelte afdeling er af en sådan størrelse og med en sådan diversitet i opgavevaretagelsen, at det vurderes nødvendigt at dele personaleansvaret ud på flere overlæger. Der er fundet eksempler på, at personaleledelsesansvaret hos speciallæger, som ikke er ledende overlæger, påvirker disses arbejdstilrettelæggelse i form af, at de typisk er vagtfri. De indgår i vagtplaner, dagsprogrammer m.v. på samme måde som de øvrige speciallæger, og der er ikke fundet eksempler på, at der fx i vagtplanerne er afsat tid til personaleledelsesrelaterede opgaver til disse speciallæger.

Undervisning og supervision

Alle speciallæger forventes at bidrage til uddannelsen af læger under videreuddannelse, hvilket også fremgår af de indsamlede stillings- og funktionsbeskrivelser, hvor ansvar for uddannelse af læger og andre faggrupper fremgår af 23 ud af de 25 stillings- og funktionsbeskrivelser.

Ansvaret er formaliseret i form af en stilling som uddannelsesansvarlig overlæge, uddannelsesansvarlig afdelingslæge eller som klinisk vejleder og er derudover en gennemgående opgave i form af supervision af både læger under videreuddannelse og andre faggrupper.

Opgaverne for de uddannelsesansvarlige overlæger omfatter typisk at:

- Skemalægge og formalisere uddannelsesaktiviteter i relation til afdelingens øvrige driftsopgaver

- Udarbejde, revidere og kvalitetsudvikle afdelingens uddannelsesprogrammer, uddannelsesplaner og tjeklister
- Planlægge inspektorbesøg og følge op på inspektorrapporter
- Iværksætte relevante uddannelsesaktiviteter
- Udvælge og supervisere kliniske vejledere
- Sikre, at evalueringssamtalerne med lægerne under videreuddannelse afholdes som foreskrevet
- Have ansvar for, at vejledersystemet fungerer og løbende evalueres
- Bidrage til at sikre, at de uddannelsessøgendes opgavetildeling harmonerer med den enkelte uddannelsessøgendes behov og fortsatte udvikling
- Sikre, at der udarbejdes individuelle uddannelsesplaner

Opgaverne for de kliniske vejledere går mere direkte på de enkelte uddannelseslæger og omfatter typisk:

- Ansvar for, at den uddannelsessøgende følger afdelingens introduktionsprogrammer
- Opstilling, justering og opfølgning på individuelle uddannelsesplaner sammen med den uddannelsessøgende
- Supervision og undervisning af den uddannelsessøgende læge, herunder i praktiske procedurer
- Kontinuerlig uddannelsesvejledning, herunder vejledersamtaler (introduktions-, midtvejs- og evalueringssamtale)
- Vurdering af den uddannelsessøgendes kompetenceudvikling og attestations af opnåede kompetencer

Den kliniske vejleder tildeles et antal læger under videreuddannelse – typisk op til tre på samme tid.

Af stillings- og funktionsbeskrivelserne fremgår, at supervisionsopgaven er en integreret del af patientbehandlingen, hvilket også går igen i speciallægernes beskrivelse af supervisionsopgaven. For så vidt angår den formaliserede rolle som uddannelsesansvarlig overlæge tilstræbes det som oftest, at der er afsat tid i vagtplanen til denne opgave. I en af de indsamlede stillings- og funktionsbeskrivelser for uddannelsesansvarlige overlæger lyder det fx: "Der tilstræbes afsat 20% af arbejdstiden til varetagelse af uddannelsesfunktionen og på sigt (hvis muligt) en reduktion af vagtbyrden for at styrke uddannelsen".

Kvalitetssikring og udvikling

I forhold til kvalitetssikringsarbejdet har nogle afdelinger udpeget speciallæger med særligt ansvar for kvalitetssikring og/eller patientsikkerhed. Der ses eksempler på deciderede stillinger som kvalitetsansvarlig speciallæge, hvor det er specificeret, at lægen har ansvar for fx Den Danske Kvalitetsmodel, effektivisering af afdelingens kliniske arbejde, udarbejdelse og opdatering af kliniske retningslinjer og instrukser samt andre vejledninger. Ansvaret er i stillings- og funktionsbeskrivelserne fx beskrevet som "Overlægen har ansvar for den lægelige del af implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel i samarbejde med den kliniske udviklingssygeplejerske samt sygeplejestaben i øvrigt", eller "Overlægen har ansvar for patientsikkerhed i funktionsområderne i samarbejde med de øvrige kliniske afdelinger".

En gennemgang af de indsamlede dagsprogrammer viser, at der i programmerne ikke er afsat tid til kvalitetssikringsarbejde. Dagsprogrammerne omfatter alt overvejende tid til patientrettede aktiviteter. Det betyder ikke, at speciallægerne udelukkende varetager patientrettede opgaver, men at opgaver, som falder uden for de direkte patientrettede opgaver, løses ind imellem de patientrettede opgaver i løbet af arbejdsdagen. Speciallæger med ansvar for kvalitetssikringsarbejde peger på, at det er vanskeligt at finde tid i det daglige arbejde til at varetage disse opgaver, idet kvalitetssikringsopgaverne konkurrerer med andre ligeledes vigtige opgaver. Det er oplevelsen blandt

de involverede speciallæger, at de gældende fremmødeplaner og dagsprogrammer ikke giver mulighed for at varetage kvalitetssikringsopgaver inden for almindelig dagtid.

Det ses på en række afdelinger i undersøgelsen, at kvalitetssikringsarbejdet i praksis er blevet en sygeplejerske- og Djøf-opgave med meget begrænset lægelig involvering. Sygeplejerskerne har specialiseret sig i kvalitetsarbejdet, ligesom der er en ledelsesmæssig prioritering af, at sygeplejersker har tid til at deltage i udvikling af og opfølgning på kvalitetsarbejdet. Både samarbejdspartnere og speciallæger efterlyser, at speciallægerne prioriterer tid til denne type opgaver.

Der synes at være en tendens til, at den prioritering, som den enkelte speciallæge med ansvar for kvalitetssikringsarbejdet foretager, betyder, at særligt arbejdet med effektive patientforløb og effektivisering af de kliniske arbejdsgange bliver sekundært, mens udarbejdelsen af kliniske retningslinjer mv. bliver prioriteret højere. Dette underbygges af gennemgangen af stillings- og funktionsbeskrivelserne, hvor ansvar for retningslinjer og instrukser er nævnt i 11 ud af 25 stillings- og funktionsbeskrivelser.

Undersøgelsen indikerer således, at opgaver, der ikke fylder i normal arbejdstid for speciallæger, er innovation og forbedringsarbejde. Dette bemærkes både af speciallægerne selv og af samarbejdspartnere, som efterlyser, at lægerne har mere tid til at deltage i udviklingsprojekter. Samarbejdspartnere oplever ofte, at lægerne er en flaskehals i forhold til fx at få designet nye arbejdsgange og implementeret forbedringstiltag. Oplevelsen er desuden, at lægerne ofte ikke prioriterer tid til at bidrage til fx høringsvar, også selvom der er tale om høring af initiativer, som kan påvirke lægernes arbejdstilrettelæggelse og arbejdsvilkår.

Det er Implements vurdering, at denne prioritering, hvor kvalitetssikringsarbejde prioriteres højere end innovation og effektivisering, er en naturlig følge af, at kvalitetssikringsarbejdet med indførelse af Den Danske Kvalitetsmodel er blevet en SKAL-opgave. Der er nationale og regionale deadlines og aftaler omkring akkreditering og opfølgning på utilsigtede hændelser, hvilket betyder, at netop disse opgaver skal prioriteres. Der er ikke samme form for national og regional styring i forhold til fx effektivisering og optimering af patientforløb.

Det er endvidere Implements vurdering, at kvalitetssikring, udvikling, administrative opgaver og driftsoptimering ikke hører til de funktioner, som den lægelige kultur understøtter i form af høj anerkendelse fra kolleger. Den lægelige kultur er (måske naturligt nok) fokuseret på forskningsresultater og teknologiske landvindinger. Det er sjældent hørt, at en menig læge høster officiel kollegial anerkendelse for fx at behandle et stort volumen patienter eller anerkendelse for at udvikle særlige administrative lettelser i forhold til den samlede produktion. Det giver med andre ord ikke prestige. Dette er formentlig en medvirkende årsag til, at administrative og udviklingsorienterede opgaver ikke tidsfastsættes.

Forskning

Forskning er nævnt som et ansvarsområde i 11 ud af de 25 indsamlede stillings- og funktionsbeskrivelser. I stillings- og funktionsbeskrivelserne for ledere fokuseres på det overordnede ansvar for forskning på afdeling, fx "Det forventes, at den ledende overlæge initierer og deltager aktivt i kvalitetsudvikling, og at den ledende overlæge stimulerer og understøtter et aktivt forskningsmiljø på afdelingen" og et andet eksempel "... ansvarlig for at fremme og integrere kvalitet og forskning i det kliniske arbejde". I stillings- og funktionsbeskrivelser for overlæger beskrives forskningsansvaret typisk som "Overlægen deltager i forsknings- og udviklingsarbejde, herunder medicinsk kvalitetsvurdering og kvalitetsudvikling".

Eksempel på tidsforbrug til forskning	Antal personer	Årsværk
Professorer	1	0,5
Post. Doc	2	2
Overlæger	11	0,9
Afdelingslæger	2	0,1

I forhold til tidsforbrug fylder forskningsopgaver primært hos de speciallæger, som er ansat helt eller delvist til denne opgave. Det gælder professorer, postdoc'er, kliniske lektorer eller speciallæger ansat i

fondsfinansierede stillinger. De indsamlede indberetninger af forskningsaktivitet bekræfter dette billede. I eksemplet ses fx at 11 speciallæger tilsammen har forskningstid svarende til 0,9 stilling. De fleste speciallæger angiver i de gennemførte interviews, at de ikke forsker i det daglige arbejde. Der er i de indsamlede fremmødeplaner fundet enkelte eksempler på, at der i planlægningen af det daglige fremmøde er afsat tid til forskning. Derudover er der fra afdeling til afdeling forskel på, om der er en ledelsesmæssig forventning om, at speciallægerne skal forsker. I praksis skal alle speciallæger kunne omsætte forskningsresultater i daglig praksis, men ikke alle speciallæger skal udøve forskning.

Vagtfunktioner og -opgaver

Vagtopgaven er karakteriseret ved mange praktiske opgaver, fx opfølgning på patienters prøvesvar og håndtering af manglende recepter. Derudover er der en del koordineringsopgaver i forbindelse med henvendelser fra praksislæger om indlæggelse, stillingtagen til, hvilke afdelinger patienterne skal udskrives til fra AMA eller FAM, eller der ringes fra andre hospitaler om patienter, der skal overflyttes.

Interviewpersonerne har en oplevelse af, at vagtopgaverne fylder en stadig større del af speciallægernes arbejde. Inden for anæstesiologien har en relativt høj vagthypighed altid være et grundvilkår, mens der inden for en række specialer som kardiologi, neurologi, ortopædkirurgi og gastrokirurgi ses en ændret fokusering på den akutte udredning og behandling, som naturligt nok også finder sted uden for dagtid. Dette gør det nødvendigt, at der også uden for dagtiden er mulighed for mere supervision i form af bagvagtsfunktioner, men også i vid udstrækning i egentlig tilstedeværelse. Primær PCI for kardiologien og trombolyse for neurologien samt traumeberedskabet for ortopædkirurgien og gastrokirurgien er som nævnt ovenfor konkrete eksempler herpå.

Vagthypigheden for speciallæger varierer betydeligt – både fra sted til sted og især mellem specialer. Blandt de deltagende speciallæger ses således alt fra nul til syv tilstedeværelsesnattevagter på en måned.

Den typiske arbejdsdag

Deltagerne er i forbindelse med workshoprunde I blevet bedt om at beskrive den typiske arbejdsdag. Den typiske arbejdsdag afhænger af, hvilket speciale og hvilken afdeling der er tale om, men der synes alligevel at være en relativt fast og generisk struktur på tværs af afdelinger, specialer og hospitaler.

Medicinske specialer og psykiatri		Kirurgiske specialer	Anæstesi	Tværgående specialer
8.00-8.30 Morgenkonference		8.00-8.30 Morgenkonference 8.30-9.00 Røntgenkonference	8.00-8.30 Morgenkonference	8.00-9.00 Røntgenkonference
8.30-12.00 Stuegang	8.30-12.00 Ambulatorium	9.00-15.30 Operationsgang med ad hoc-stuegang	9.00-15.30 Operationsgang, opvågning og intensiv med ad hoc-tilsyn	9.00-15.30 Undersøgelser og beskrivelser samt analyser
12.00-13.00 Middagskonference		12.00-13.00 Evt. multidisciplinær konference	12.00-13.00 Evt. konference	12.00-13.00 Evt. multidisciplinær konference
13.00-15.30 Stuegang	13.00-15.30 Ambulatorium	9.00-15.30 Operationsgang med ad hoc-stuegang	9.00-15.30 Operationsgang, opvågning og intensiv med ad hoc-tilsyn	9.00-15.30 Undersøgelser og analyser

Der findes naturligvis forskellige variationer i forhold til de ovenfor beskrevne typiske arbejdsdage.

3.2 Organisering

Undersøgelsen af speciallægers arbejdsopgaver og arbejdstilrettelæggelse har omfattet en række spørgsmål vedrørende organisering, herunder spørgsmål om forventede arbejdsopgaver og arbejdstilrettelæggelse i tilknytning til organisering af akutområdet og det præhospitale område samt spørgsmål om organiseringen af den lægelige videreuddannelse.

Akutområdet

Temaer, der har været inddraget i forbindelse med kortlægningen af speciallægers arbejdstilrettelæggelse og opgavevaretagelse, omfatter organisering og styring af akutindsatserne, speciallægenes fremadrettede arbejdsopgaver i forhold til akutområdet, balancen mellem ambulante og stationære indsatser i almindelig dagtid og indsatserne på akutområdet, organiseringen af laboratorieområdet og det radiologiske område i forhold til speciallægenes arbejdsopgaver på akutområdet og generelt om betydningen af opprioriteringen af akutområdet og koncept omkring fælles akutmodtagelse.

Undersøgelsen af speciallægenes arbejdstilrettelæggelse på akutområdet har taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens rapport "Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen" fra 2007.

Sundhedsstyrelsens rapport lægger en overordnet ramme for akutområdet, og det er op til de enkelte regioner og hospitaler at konkretisere organisering og indhold. Sundhedsstyrelsens plan for akutområdet lægger op til etablering af fælles akutmodtagelser, hvor skadestue og øvrige enkeltafdelingers akutmodtagelser samles i en fælles fysisk lokalitet.

Ud over fælles fysisk lokalitet kræver den fælles akutmodtagelse i Sundhedsstyrelsens plan tilstedeværelsesvagt af speciallæger i specialerne anæstesiologi, intern medicin, kirurgi og ortopædkirurgi samt speciallæger med kompetence i at foretage akutte ultralydsundersøgelser og ekkokardiografi. Vagtforhold for obstetrik og pædiatri behandles særskilt i Sundhedsstyrelsens specialeplan.

Undersøgelsen af **organisering** har taget udgangspunkt i følgende temaer:

- Organisering af det enkelte speciale i regionen og på hospitalet
- Forventningen til, hvordan speciallægenes arbejdsopgaver i forhold til akutområdet vil blive fremadrettet
- Påvirkningen af organiseringen af den præhospitale indsats på speciallægenes arbejdsopgaver
- Påvirkningen af organiseringen af laboratorieområdet på speciallægenes arbejdsopgaver
- Påvirkningen af organiseringen af tværgående områder, fx billeddiagnostik og telemedicin på speciallægenes arbejdsopgaver
- Påvirkningen af speciallægenes opgavevaretagelse af organiseringen af øvrige tværgående funktioner, herunder serviceområdet samt det administrative område
- Organiseringen af den lægelige videreuddannelse i regionen, på hospitalet og i den enkelte afdeling

Fra ”Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen”, Sundhedsstyrelsen, 2007:

”Ved betegnelsen ”fælles akutmodtagelse” forstås en fælles fysisk lokalitet på et sygehus beliggende på én matrikel, hvortil akut syge eller tilskadekomne patienter kan visiteres eller indbringes, og hvor der er mulighed for diagnostik og behandling med akut lægelig bistand fra flere specialer, uanset om behandlingen kan ske i en skadestue eller kræver indlæggelse. Akutmodtagelsen er bemannet med læger, sygeplejersker og andet personale.”

”En fælles akutmodtagelse samler skadestue og tidligere enkeltafdelingers modtagelser i en fælles lokalitet. Der vil således kun være én indgang til sygehuset i tilfælde af akut sygdom/skade. Herved etableres bedre mulighed for samarbejde om den akutte patient på tværs af specialer og dermed et bedre grundlag for at skabe et sammenhængende patientforløb.”

”Formålet er at give bedre kvalitet i undersøgelse og mulighed for hurtigere diagnostik/behandling fra alle relevante specialer og funktioner. Et andet formål er at kunne tilbyde samme høje kvalitet uanset tid eller sted. Det forudsætter en ændring af vagtberedskabet inden for visse specialer samt tilgængelighed af visse diagnostiske funktioner hele døgnet.”

”Der bør være tilstedeværelsesvagt af speciallæger i specialerne anæstesiologi, intern medicin, kirurgi og ortopædisk kirurgi samt speciallæger med kompetence i at foretage akutte ultralydsundersøgelser, herunder ekkokardiografi. Vagtforhold for gynækologi/obstetrik og pædiatri fastlægges i Sundhedsstyrelsens gennemgang af specialerne.”

”Intern medicin dækker her alle de intern medicinske specialer, herunder kardiologisk ekspertise/kompetencer. Tilrettelæggelsen af tilstedeværelsesvagten i intern medicin vil afhænge af ledelsens konkrete vurdering af sygehusets mulighed for opgaveløsning ved de tilstedeværende lægelige kompetencer. Speciallæger i diagnostisk radiologi bør have rådighedsvagt, idet nogle funktioner kan varetages ved en telemedicinsk løsning. Derudover bør rådgivning fra speciallæger i klinisk biokemi og intern medicin: Infektionsmedicin og klinisk mikrobiologi være tilgængelige...”

”Organiseringen af den fælles akutmodtagelse bør være formaliseret og veldefineret. Den fagligt ansvarlige for den fælles akutmodtagelse bør være speciallæge med kompetencer, erfaring og særlig interesse for organisering og sikring af samarbejde ved behandling af traumer og akutte medicinske sygdomme.”

”Implementering af anbefalinger for det præhospitale beredskab og de fælles akutmodtagelser vil derfor ske ved trinvisse løsninger over en tidsperiode på 5-10 år afhængigt af regionens lokale forhold og planlægning.”

”Etablering og organisering af de fælles akutmodtagelser på hovedfunktionsniveau er et regionalt ansvar, som forventes nærmere beskrevet i regionernes sygehus- og sundhedsplaner. Sundhedsstyrelsen har imidlertid nogle minimumskrav til, hvilke specialer og faciliteter, som bør være tilgængelig på matriklen. Herudover kan de fælles akutmodtagelser have supplerende specialer med funktioner på såvel hovedfunktions- som specialfunktionsniveau. De fælles akutmodtagelse kan således være forskellige”.

Alle fem regioner har planer for etablering af FAM som lever op til tidsperspektivet på 5-10 år som fremgår af Sundhedsstyrelsens rapport. De gennemførte interviews og workshops afdækker, at der på tværs af de deltagende hospitaler er forskel på, hvor langt man er i forhold til etablering af fælles akutmodtagelse, ligesom der er forskel på den konkrete udmøntning af, hvad konceptet FAM betyder. Der er derudover forskellige bud på, hvordan en FAM organiseres og styres – og hvad etablering af en FAM indebærer for speciallægenes arbejdstilrettelæggelse og opgavevaretagelse.

På baggrund af både interviews og workshops samt ud fra det informations- og datamateriale, Implement har modtaget, tegner der sig et kontinuum for implementeringen af FAM ud fra følgende parametre:

- Fysisk lokalitet
- Organisering af ansvar
- Ansættelsessted for speciallægerne
- Ansættelsessted for læger under videreuddannelse
- Omfanget af speciallægestilstedeværelse
- Akutkompetencer

De nuværende akutte modtagelser og de fælle akutmodtagelser, som er under opbygning og implementering, befinde sig på forskellige steder i kontinuummet inden for de forskellige parametre, hvilket er symboliseret ved pilene i figuren nedenfor. Der bemærkes, at det ikke har været omfattet af denne undersøgelse at se nærmere på regionernes faktiske planer for organiseringen af det akutte område.

Bevægelse i planlægning og etablering af fælles akutmodtagelser

Flere indgange for akutte patienter alt efter problemstilling	Én indgang for akutte patienter
Ansvar delt mellem specialeafdelinger	Ansvar i selvstændig organisatorisk akutenhed
Speciallæger ansat i specialeafdeling med tilsyn i akut(te) modtagelse(r)	Speciallæger ansat i akutafdeling (FAM)
Stillinger for læger under videreuddannelse forankret i specialeafdeling	Stillinger for læger under videreuddannelse forankret i akutafdelingen
Speciallæger i tilkald (fra specialeafdelinger eller hjemmefra)	Speciallæger i tilstedeværelse hele døgnet på akutafdelingen
Ingen særlig akutuddannelse til læger, som bemande de akutte modtagelser	Læger i akutafdeling har modtaget særlig akutuddannelse



Den ene side af kontinuummet, som svarer til den tidligere og traditionelle organisering af det akutte område, tager afsæt i de enkelte specialer med separate akutte modtagelser, fx fødsler/obstetrik, gastrokirurgi og gastromedicin samt det akut medicinske område (AMA-funktioner), samt en traditionel skadestuefunktion. Der ses i dette udgangspunkt desuden relativt begrænset fælles planlægning og styring af det enkelte hospitals samlede akutkapacitet og akutte personaleressourcer.

Flere af de speciallæger, der deltog i interviews og workshoprunde I og II, oplever, at der er både fordele og ulemper forbundet med en sådan organisering af det akutte område:

- Det kan være lettere inden for det enkelte speciale eller den enkelte klynge af specialer at skabe sammenhæng mellem den akutte aktivitet og den elektive aktivitet i bl.a. det ambulante område, fordi specialet på den måde råder over den samlede aktivitet indenfor specialet
- Det kan være lettere at gennemføre specialespecifikke/specialiserede uddannelsesaktiviteter, fordi specialet råder over både den akutte og den elektive aktivitet
- Visitationen til de forskellige specialespecifikke akutmodtagelser kan medføre, at henviste patienter efterfølgende skal overføres til anden akutmodtagelse (såfremt symptombilledet alligevel ikke

”passer” til den akutmodtagelse, patienten er henvist til), fordi de læger som visiterer ikke altid på forhånd kan vide, præcis hvilket speciale patienten hører til

- Der kan være vanskeligere at håndtere patienter med uklare og sammensatte symptomer, fordi de enkelte specialer fokuserer på ”egne” sygdomsbilleder og måske ikke ser på tværs af specialer i udredningen
- Det kan være vanskeligere at gennemføre specialeværgående, akutorienterede uddannelsesindsatser, fordi det vil involvere mange specialer

I den anden ende af kontinuummet (længst til højre i figuren) ses en fælles specialeværgående akutmodtagelser – det nye paradigme – som repræsenterer en udmøntning af Sundhedsstyrelsens definition. Her er grundtanken, at der er én indgang for alle akutte patienter, og at der i denne entydige modtagelse er mulighed for udredning og akut behandling ved flere lægelige specialer i samarbejde.

De deltagende speciallæger peger på, at der både er fordele og ulemper forbundet med denne type organisering af det akutte område:

- Det kan være vanskeligere inden for det enkelte speciale eller den enkelte klynge af specialer at skabe sammenhæng mellem den akutte aktivitet og den elektive aktivitet i bl.a. det ambulante område, fordi det enkelte speciale nu er opdelt to dele
- Der synes at være vanskeligheder ved at finde speciallæger med tilstrækkelig bredde i de lægelige kompetencer til det akutte arbejde, og fra flere sider efterspørges læger med særlige akutkompetencer, fordi de nuværende speciallæger typisk har specialiseret sig i dybden og ikke i bredden indenfor specialet
- Det kan være vanskeligere at gennemføre specialespecifikke og/eller specialiserede uddannelsesaktiviteter fordi specialet vil være opdelt
- Visitation til én fælles akutmodtagelse med adgang til ressourcer fra flere lægelige specialer kan gøre det lettere
 - At sikre skarp, korrekt visitation til ”bagvedliggende” specialafdelinger – og dermed reducere behovet for (efterfølgende) interne patientoverførsler, fordi det ikke længere er den læge som visiterer til akutområde som præcis skal vide, hvilket speciale patienten tilhører
 - At udskrive patienter direkte fra akutmodtagelsesenheden og dermed undgå belastning af de ”bagvedliggende” specialafdelinger, fordi patienten får en hurtigere og mere fyldestgørende udredning
- Det kan være lettere at håndtere patienter med uklare og sammensatte symptomer, fordi brede akutkompetencer dækker flere specialer
- Det kan være lettere at gennemføre specialeværgående, akutorienterede uddannelsesindsatser, fordi akutindsatserne er samlet i en enhed

Denne organisering tager direkte sigte på fælles planlægning og styring af det enkelte hospitals akutkapacitet og akutte personaleressourcer.

Mellem de to yderligheder i kontinuummet findes naturligt nok en række forskellige varianter som udtryk for, at implementeringen af de nye fælles akutmodtagelser er en kontinuerlig proces, som nogle steder i landet kun lige er påbegyndt. Varianterne ses på alle af de seks anførte parametre.

De observerede forskelle knytter sig dog ikke kun til forskel i implementeringshastighed. Det kan på baggrund af interviewene omfattende både ledende overlæge, speciallæger og læger under videreuddannelse med tilknytning til eksisterende fælles akutmodtagelser konstateres, at der fortsat er forskellige opfattelser af, hvor det er mest hensigtsmæssigt at placere sig på kontinuummet inden for de enkelte parametre. Det gælder fx:

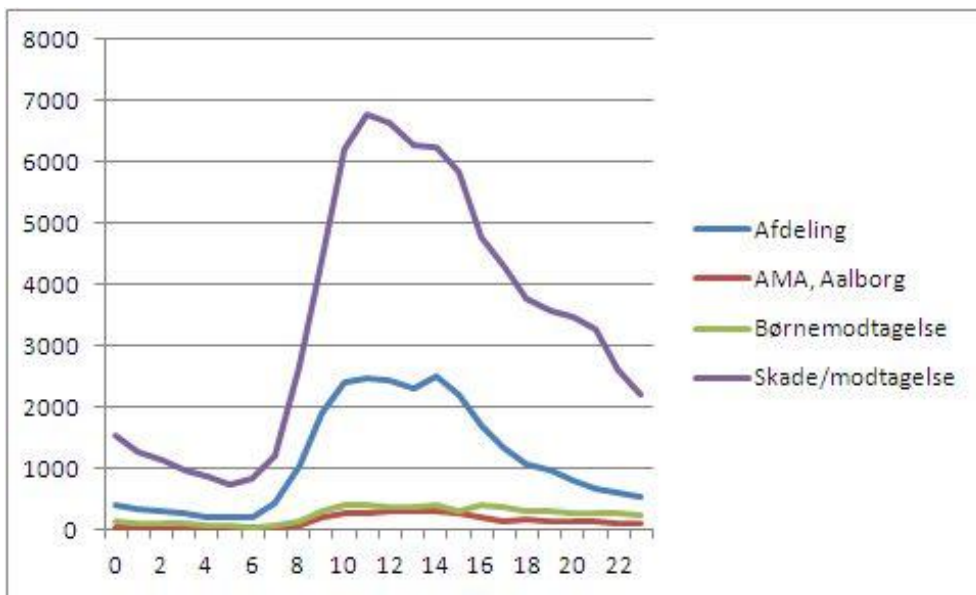
- I hvilket omfang, speciallæger ansættelsesmæssigt bør være direkte tilknyttet en FAM-enhed
- I hvilket omfang, læger under videreuddannelse er fast tilknyttet specialafdelinger eller FAM-enhed

- Hvilke speciallæger (specialer), som bør være i tilstedeværelse på en FAM
- Hvordan en fælles akutmodtagelse skal være dækket via speciallæger i tilstedeværelsesvagt hele døgnet, herunder om tilstedeværelse af speciallæger fra en bred vifte af specialer skal dikteres af det omfang, det akutte patientindtag giver behov for det

I planlægningen af hvordan og i hvilket omfang der skal være speciallæge dækning på akutområdet tages på nogle hospitaler udgangspunkt i ankomsttider for patienterne. Eksempler på denne type kortlægning ses i figuren nedenfor.

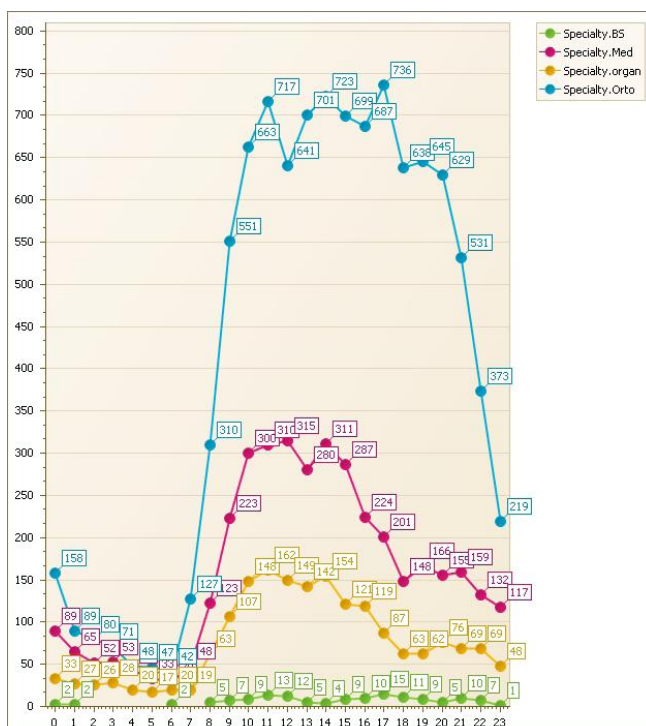
Konsekvensen af sådanne analyser er, at der planlægges med tilstedeværelse af speciallæger indtil fx kl. 18, kl. 20 eller kl. 22.

Ankomsttidspunkter for akutte patienter, Ålborg Sygehus



Kilde: Region Nordjylland

Ankomsttidspunkter for akutte patienter april til september 2011, Hospitalsenheden Horsens



Kilde: Hospitalsenheden Horsens. BS er Brædstrup Sygehus.

I undersøgelsesforløbet har der på alle niveauer været dialog om behovet for specielt uddannede akutlæger, dvs. behovet for akutmedicin som et egentligt lægeligt speciale, eller om man skal fastholde den nuværende ordning, hvor akutmedicin er et fagområde.

Især på ikke-lederniveau kan der observeres holdninger i retning af behov for specielt uddannede akutlæger (akutmedicin som særskilt speciale), og at en satsning på og opprioritering af akutområdet med fælles akutmodtagelser netop må hvile på specielt uddannede akutlæger, eventuelt sammen med speciallæger, der har særlige erfaringer og særlig motivation for at arbejde på akutområdet.

På lederniveau – og ikke mindst på toplederniveau – konstateres der holdninger, der går i den modsatte retning og som lægger sig tæt op ad Sundhedsstyrelsens beskrivelse jf. ovenfor. Specialeopdelingen har været til god gavn for det danske sygehussystem gennem årtier, men der er i øget omfang behov for, i relation til bl.a. organisering og styring, at komme væk fra det meget specialespecifikke og at nedprioritere hensynene til de enkelte specialer til fordel for mere samlende og specialetværgående former for opgavevaretagelse og arbejdstilrettelæggelse. Også selvom dette kan give behov for at finde nye måder, når det gælder tilrettelæggelsen af uddannelsesforløbene for læger under videreuddannelse. De anførte vurderinger giver netop behov for ikke at etablere stadig flere specialer, herunder heller ikke et speciale for akutmedicin. Kompetencerne til det akutte arbejde bør derimod jf. ledelsesniveauet opdyrkes gennem planlægning af arbejdet, så speciallæger gennemgående har opgaver, der kræver anvendelse af de brede lægelige kompetencer, fx i en fælles akutmodtagelse.

Samtidig er det en udtrykt holdning på toplederniveau, at speciallæger og andre medarbejdergrupper på akuthospitalerne må forstå, at det akutte område er det helt væsentlige område for et akuthospital. Arbejdstilrettelæggelse og opgavevaretagelse på et akuthospital må derfor samlet set fokusere på optimering af netop de akutte funktioner, og dette gælder ikke alene akutmodtagelsesfunktionen, men også alle andre funktioner på akuthospitalet.

Et konkret eksempel på et sådan akuthospital ses hos S:t Görans, der er det største akuthospital i Stockholms Län, og som er nærmere beskrevet i tekstboksen nedenfor.

Organisering og styring af akutmodtagelsesfunktionen på S:t Görans i Stockholm, det største akutmodtagelsessygehus i Stockholms län.

Akutmodtagelsesfunktionen på S:t Görans er tilrettelagt med udgangspunkt i løbende og specialespecifik kortlægning af karakter og omfang af akutindtag.

Akutmodtagelsesfunktionen er endvidere præget af en meget systematisk, hospitalsomfattende satsning på Lean, på effektivisering af alle former for patientforløb.

Ligeledes er akutområdet præget af en række målsætninger samt systematisk opfølgning vedrørende patientlogistik, det vil sige på intern tid mellem aktiviteter i patientforløbene og på (reduktion af) varians i intern tid mellem aktiviteter. Eksempelvis må der maksimalt gå 90 minutter fra en patient er modtaget i akutmodtagelsesfunktionen til patienten er modtaget (fuldt udredt) i bagvedliggende specialiseret afdeling (hvis der er behov for indlæggelse). Ligeledes må der maksimalt gå 20 minutter fra akutpatient er modtaget til speciallægeledet team er i gang med udredning.

Siden S:t Görans gik i gang med en systematisk, hospitalsdækkende prioritering af akutområdet er ventetiden for patienter, der kommer til akutmodtagelsesfunktionen fra modtagelsesregistrering til påbegyndelse af speciallægeledet udredning, reduceret med gennemsnitligt 70%.

S:t Görans monitorerer også løbende på, hvor mange akutte forløb, der kan afsluttes med udskrivning direkte fra akutmodtagelsesfunktionen. Andelen af akutte forløb, der afsluttes direkte, er fordoblet i perioden fra 2006 til 2010. Udvidelsen af akutmodtagne patienter har i samme periode været ca. 15%.

Endvidere arbejdes der med en målsætning om, at alle akutte patienter modtaget inden for perioden kl. 12 dag 1 til kl. 12 dag 2 skal være væk fra akutmodtagelsens sengeafsnit inden kl. 12 dag 2. Denne målsætning, der endnu ikke er fuldt ud realiseret, kræver stærk fælles planlægning af kapacitet på tværs af akutmodtagelsesenheden og de specialiserede, "bagvedliggende" afdelinger.

S:t Görans har speciallæger i døgndækket vagt i akutmodtagelsesenheden, men der er tale om specialuddannede akutmedicinske læger samt om speciallæger, der har særlig interesse for eller erfaring med akutområdet. I det omfang, der er behov for speciallæger fra kirurgiske eller medicinske specialer, tilkaldes disse ressourcer fra relevante "bagvedliggende", specialiserede afdelinger.

S:t Görans har i relation til triage afgrænset forskellige typer af patientforløb, fx forværringer af tilstand for borger med kronisk sygdom, hvor specialuddannede sygeplejersker står i spidsen for triage-team, der ikke umiddelbart omfatter lægelige ressourcer.

S:t Görans har et optageområde på knap ½ million indbyggere og havde i 2010 ca. 80.000 akutte patienter til akutmodtagelsesfunktionen. S:t Görans fik i 2011 tildelt "Svenska Leanpriset", der vedrører alle brancher og ikke kun sundhedsområdet.

Betydningen af fælles akutmodtagelse for kapacitetsudnyttelsen

Både interviews og workshoprunder viser, at der er store forskelle i vurderingerne af, hvor meget en FAM-enhed "kan tage fra", og hvor meget en sådan enhed dermed kan aflaste de bagvedliggende specialiserede afdelinger.

Der har i kortlægningsarbejdet været en del synspunkter i retning af, at omfang og karakter af specialafdelingernes arbejde med ambulante besøg og stuegang for indlagte patienter ikke vil ændre sig nævneværdigt med en FAM, og at det derfor (med en akutmodtagelse med speciallægerne i front) vil blive endnu vanskeligere at tilgodese de mange forskellige hensyn, fordi der skal bruges vagttid i FAM, der "går fra" i tilknytning til varetagelsen af de ambulante opgaver i almindelig dagtid.

Disse synspunkter skyldes en vurdering af, at der er en 1:1 relation mellem det arbejde, der udføres i FAM, og det arbejde, der hidtil er blevet udført i de specialiserede afdelinger – "man flytter bare vores arbejde og arbejdsmængde fra én enhed til en anden".

Der er dog også deltagere, som oplever, at der sker en betydelig aflastning af sengeafdelingerne ved en hurtig og kvalificeret udredning og behandling i FAM-enhederne. Sidstnævnte bekræftes af erfaringer fra bl.a. psykiatrien og fra S:t Görans jf. tekstboksen ovenfor. Erfaringerne herfra er, at optimalt organiserede og styrede akutmodtagelsesfunktioner med speciallæger i front i stor udstrækning kan sikre hurtig udredning og for en relativt stor andel af patienter også sikre både hurtig udredning og behandling samt direkte udskrivning fra FAM. Med sådanne effekter reduceres kapacitetsbehovene for de bagvedliggende specialafdelinger.

Betydningen af de diagnostiske specialer for FAM

Der har i kortlægningen af speciallægers arbejdstilrettelæggelse og opgavevaretagelse været spurgt ind til konsekvensen af at udvide tilstedeværelsen af speciallæger for både det radiologiske område og laboratorieområdet.

Ingen af de involverede speciallæger, heller ikke på toplederniveau, vurderer, at der her er nogle væsentlige konsekvenser, og at radiologi og laboratoriespecialer kan være organiseret og styret på forskellige måder, uden at dette betyder noget for den måde, akutmodtagelsesfunktionerne arbejder på og kan optimeres på.

Det fremhæves over hele linjen, at det afgørende er optimale arbejdsgange og "en Lean-kultur", hvor der sikres hurtig tilgang til undersøgelser, prøver og analyser samt præcise retningslinjer for håndtering af akutte og mindre akutte undersøgelser, prøver mv.

De samme konklusioner kan udvides til også at gælde det præhospitale område, hvor ingen af de involverede speciallæger ser særlige hensyn, der er relevante i forhold til akutmodtagelsesfunktionerne og deres virkemåder. Der ses dog potentialer for optimering gennem fortsat udnyttelse og implementering af telemedicinske løsninger i akutbiler, lægebiler og ambulancer.

De klinisk tværgående funktioner generelt

Selve organiseringen af de tværgående specialer som radiologi og klinisk biokemi vurderes af de deltagende speciallæger ikke at være noget væsentligt problem for arbejdsopgaver og arbejdstilrettelæggelse. Her er det serviceniveauerne og tilgangen til radiologiske og laboratoriemæssige ydelser, der påvirker speciallægernes opgavevaretagelse og arbejdstilrettelæggelse i de øvrige specialer.

Ud fra interviews og workshops forekommer der at være ganske store forskelle (fra hospital til hospital), når det gælder oplevede serviceniveauer og tilgange til radiologiske undersøgelser og laboratorieanalyser – ligesom svartiderne på undersøgelser/analyser også synes at variere ganske meget.

Speciallæger på nogle af de involverede hospitaler oplever en høj grad af service med tilgængelige online laboratoriesvar og online billeder samt billedbeskrivelser, som der er adgang til forholdsvis hurtigt, og som kan ses fra stort set alle arbejdspladser.

Det angives af speciallæger fra andre involverede hospitaler, at det kan være vanskeligt at få de klinisk tværgående afdelinger til at indpasse arbejdstider og arbejdstilrettelæggelse, så det passer optimalt ind i forhold til hensynene til patientudredning og -behandling på de specialiserede afdelinger.

Det opleves generelt som en væsentlig påvirkning af arbejdstilrettelæggelsen, såfremt der er udprægede ventetider på at få beskrevet radiologiske undersøgelser – og det er her især CT, der synes at være et problem, og hvor mangel på radiologer ofte angives at spille ind. Speciallægerne fra de klinisk tværgående specialer fremhæver, at der ofte kan være forskel på, hvad de forskellige specialiserede afdelinger opfatter som optimale serviceniveauer og optimal dækning.

Forholdsvis bredt angiver både speciallægerne fra stamafdelingerne samt speciallægerne fra de klinisk tværgående afdelinger, at der generelt er et godt samarbejde og generelt er lydhørhed over for hinandens vilkår.

Forholdsvis bredt kommenteres der også på omfang og tilstand af apparatur, hvor der også synes at være ganske store forskelle på tværs af hospitaler.

Organiseringen af den lægelige videreuddannelse

Den lægelige videreuddannelse³ tager udgangspunkt i målbeskrivelserne for de enkelte specialer. Målbeskrivelserne udarbejdes af de enkelte specialeselskaber og godkendes af Sundhedsstyrelsen. Målbeskrivelserne angiver de teoretiske og praktisk-kliniske kompetencer, som er nødvendige for at opnå tilladelse til at betegne sig som speciallæge i det enkelte speciale.

Uddannelsen planlægges og styres af henholdsvis Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse Nord, Syd og Øst. Sekretariatene bidrager med vejledning og rådgivning af uddannelsessøgende læger, uddannelsesansvarlige overlæger, vejledere, tutorer samt andre med interesse for lægelig videreuddannelse, besættelse af Klinisk Basisuddannelse, erstatningsansættelser i forbindelse med barsel, sygdom og lignende i forhold til alle regionale specialer, sikre antallet af introduktionsstillinger i Uddannelsesregion Øst/Vest og besættelse af hoveduddannelsesforløb i alle specialer.

På baggrund af målbeskrivelserne udarbejder de enkelte regioner uddannelsesprogrammer, der beskriver, hvordan de i målbeskrivelsen beskrevne kompetencer erhverves i regionen. Uddannelsesprogrammer udmøntes lokalt i afdelingerne i uddannelsesplaner, som lægen under videreuddannelse udarbejder i samarbejde med vejlederen. Uddannelsesplanen følges op af samtaler mellem lægen under videreuddannelse og den uddannelsesvejleder og/eller den uddannelsesansvarlige overlæge.

Alle afdelinger har en uddannelsesansvarlig overlæge, som har ansvaret for planlægning og opfølgning i forhold til læger under videreuddannelse. Alle afdelinger har ligeledes en gruppe af speciallæger, som er uddannelsesvejledere, og som alle har en vejlederuddannelse, idet hver region udbyder sådanne uddannelser. Flere af de deltagende speciallæger fungerer derudover som kliniske lektorer og underviser KBU-lægerne på tværs af specialer.

Målbeskrivelserne indeholder

En generel del udfærdiget af Sundhedsstyrelsen, som beskriver forhold i speciallægeuddannelsen gældende for alle specialer.

En specialespecifik målbeskrivelse udfærdiget af specialeselskabet ud fra denne

vejledning. Ved udarbejdelsen anvendes en skabelon for den specialespecifikke målbeskrivelse, som kan hentes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (link).

En dokumentationsdel indeholdende de dokumenter, der skal præsenteres for Sundhedsstyrelsen i forbindelse med ansøgning om tilladelse til at betegne sig som speciallæge.

Selve organiseringen af den lægelige videreuddannelse vurderes af flertallet af speciallægerne som værende uden betydning for deres egen opgavevaretagelse. Personaleplanlægning og planlægning af dagsprogrammerne og koblingen til uddannelsesopgaven opleves derimod at påvirke speciallægernes arbejdsopgaver og arbejdstilrettelæggelse, hvilket er beskrevet under afsnit 3.5. om personaleplanlægning.

3.3 Kompetencer

Behovet for speciallægekompetencer i de forskellige dele af patientforløbet sætter de samlede ressourcemæssige hensyn under pres. Betydningen og prioriteringen af fx "speciallægen i front" i forhold til speciallægernes øvrige arbejdsopgaver – og dermed den samlede arbejdstilrettelæggelse er derfor afdækket.

³ Den lægelige videreuddannelse omfatter tiden fra kandidateksamen til opnåelse af speciallægeanerkendelse

Inden for en række højt specialiserede funktioner, som er nærmere beskrevet i Sundhedsstyrelsens Specialeplan fra 2010⁴, er der fastlagt meget eksplicite krav til kompetenceniveau og antal af operationer og andre invasive procedurer pr. operatør. Det fremgår blandt andet at: *"Specialeplanlægning foretages så vidt muligt på et evidensbaseret grundlag. Der er i stigende omfang dokumentation for sammenhæng mellem volumen og kvalitet på både individ-, enheds- og sygehusniveau samt for nytten af tæt multidisciplinært samarbejde mellem flere specialer."*

Prioritering af speciallægekompetencer

Der er på de deltagende hospitaler og afdelinger megen diskussion om, hvordan man udnytter speciallægekompetencerne bedst.

Flere steder øger man speciallægetilstedeværelsen i aften- og nat tid for at sikre, at de akutte patienter, som kommer efter kl. 15.00, kan udredes hurtigt og korrekt – og modtage akut behandling af høj kvalitet.

På nationalt niveau har Sundhedsstyrelsen præciseret, at kravene til speciallægekompetence afhænger af den konkrete specialfunktion, som varetages.

Der arbejdes herunder med tre forskellige niveauer for speciallægeassistance: Umiddelbart, kort tid og næste dag/næste hverdag, hvor "umiddelbart" i praksis vil sige tilstedeværelse. De konkrete krav til speciallægeassistance fremgår eksplicit af specialeplanen for de enkelte specialer.

Forøgelsen af speciallægedækningen aften og nat skyldes dog ikke alene, at der er stillet mere entydige krav fra Sundhedsstyrelsens side, men også at en del afdelingers optageområder er blevet udvidet, og at patientindtaget dermed er vokset, hvilket har gjort det både mere omkostningseffektivt og nødvendigt at få afsluttet patienter mere eller mindre døgnet rundt dog foreløbigt især i timerne fra 15.30 til 20.00. Speciallægetilstedeværelse i en større del af døgnet anvendes til gennemførelse af såvel akutte og semiakutte som elektive behandlinger og diagnostik, som således i stadig større omfang udføres uden for dagtid i overenskomstmæssig forstand.

Det er samtidig flere ledelsers opfattelse, at der fremadrettet vil være behov for i endnu højere grad at gøre brug af de sene eftermiddagstimer og de første aftentimer til alle typer af patientrettet aktivitet og herunder egentlig planlagt aktivitet. På den baggrund taler flere, især ledelsesrepræsentanter, for at "dagtid" udvides til kl. 20.

Deltagernes oplevelse er desuden, at der slet ikke eller kun i begrænset omfang tilføres speciallæge ressourcer i forbindelse med omlægninger af aktivitet (fx i forbindelse med fusion af afdelinger eller udvidelse af den enkelte afdelings optageområde). Oplevelsen er derfor, at der er stor opmærksomhed på at udnytte kapacitet og ressourcer optimalt hen over døgnet – og ikke mindst på, at få patienterne hurtigere gennem udredning og behandling.

Sammenlægning af afdelinger og funktioner sker ofte ud fra både faglige og økonomiske hensyn, og sammenlægninger af afdelinger resulterer derfor ofte i budgetreduktioner.

De oplevede kontinuerligt stigende krav om øget aktivitet betyder samtidig, at speciallægetilstedeværelse i dagtid til ambulante besøg, undersøgelser, operationer og stuegang øges.

Undersøgelsen af **kompetencer** har haft fokus på følgende:

- Arbejdstilrettelæggelsens og organiserings betydning for kravene til tilstedeværelse af lægelige kompetencer, herunder afvejningen af faglige og ressourcemæssige hensyn samt prioriteringen af speciallægekompetencernes tilstedeværelse i løbet af patientforløbet
- Konsekvenserne af opgavedeling, opgaveglidning og fleksibel opgavevaretagelse for speciallægenes arbejdsopgaver

⁴ Generelle principper, krav og anbefalinger for specialeplanlægning, Sundhedsstyrelsen, 2010

Dilemmaet illustreres af, at interviewpersoner vurderer, at en speciallæge typisk vil se tre-fem patienter i løbet af en nattevagt, mens det tilsvarende tal for en dag i et ambulatorium potentielt vil være op mod 30 patienter – naturligvis afhængig af speciale. Speciallægerne – særligt inden for det medicinske område – oplever, at det er en udfordring, at der både er brug for speciallæge kompetencerne i ambulatorierne og til de akutte opgaver dag, aften og nat. Da der samtidig helt generelt i meget begrænset omfang sker udbetaling af mer-/overarbejde for lægerne, men at effektivt arbejde i vagten derimod skal afspadsreses, reduceres arbejdstiden i dagtid. Se endvidere afsnit 3.4. om personaleplanlægning.

Det er samtidig væsentligt at bemærke, at der er meget stor forskel mellem specialer – og mellem hospitaler med et stort og et lille akut optageområde. Således oplever fx nogle ortopædkirurger, gastrokirurger og anæstesiologer på de større hospitaler, at vagttiden/natten er fyldt helt op med patientaktiviteter.

Dilemmaet om, hvordan speciallægekompetencerne udnyttes bedst muligt, påvirkes af opgavefordelingen mellem speciallæger og læger under videreuddannelse. En del af de deltagende læger under videreuddannelse har en opfattelse af, at deres kompetencer ikke udnyttes på en relevant måde. Et af de eksempler der nævnes er, at en læge under videreuddannelse kan komme til en afdeling med en del erfaring i at skopere opnået på den foregående afdeling, uden at vedkommende på den næste afdeling varetager skopifunktionen selvstændigt.

Opgaverne til læger under videreuddannelse fordeles primært efter to kriterier, nemlig dels hvor langt henne i uddannelsesforløbet, den enkelte er, dels i forhold til, hvilket vagtlag vedkommende er i (forvagtsslag eller mellemvagtsslag). Opgaverne tildeles typisk ikke-systematisk i forhold til den enkeltes kompetencer. En enkelt afdeling inden for somatikken samt mere generelt i psykiatrien afdækker mere systematisk den enkelte, nyankomne læges kompetencer ved ansættelsen, så det står klart, hvilke specifikke opgaver vedkommende kan varetage selvstændigt, og hvilke opgaver der kræver oplæring.

Bedømt ud fra de gennemførte interviews i psykiatrien, hvor der begge de involverede steder er akutmodtagelsesfunktioner, tildeles de yngre læger fra dag 1 (såfremt den ovenfor nævnte og indledende afdækning af kompetenceniveau ikke giver anledning til andet) ganske krævende opgaver – og er tilfredse med dette, fordi det også vurderes at sikre intensiv oplæring. Her synes "bevisbyrden" næsten at være "omvendt": Det vil sige, at den yngre læge hurtigt kastes ud i mange forskellige opgaver, og at der kun trækkes i land igen, hvis der observeres individuelle problemer med en sådan praksis. I begge de involverede psykiatriske centre udtrykkes det generelt, at speciallæger og læger i videreuddannelse langt hen ad vejen fungerer som samlede lægegrupper og uden hierarki.

Kompetencer på akutområdet

De steder, hvor der arbejdes hen mod etablering af en FAM med fysisk og organisatorisk samling af den akutte medicinske modtagelse (AMA) og skadestuefunktionen (særligt den akutte kirurgiske modtagelse), arbejdes der på at bringe den akutte kompetence på speciallægeniveau i front i videst mulige omfang. Der er ikke i forbindelse med denne kortlægning fundet eksempler på, at der endnu er etableret en egentlig FAM med speciallægedækning hele døgnet, men flere steder arbejdes der på at finde former for "rette niveau" i relation til patientindtag og tilstedeværelse samt vagtdækning og økonomi jf. ovenstående afsnit.

Helt grundlæggende er det speciallægenes vurdering, på tværs af specialer, at det ikke er speciallægen som sådan, der skal være i front, men derimod speciallæger med kompetencer, og særlig interesse, for det akutte arbejde.

Der er generelt enighed om, at speciallæger i front (i et team med yngre læger og andre faggrupper) ved den akutte modtagelse er en forudsætning for at opnå aflastning af de bagvedliggende sengeafsnit. Enigheden stopper dog, når det skal præciseres, hvilke speciallæger som er de mest relevante til at udfylde denne rolle.

Inden for de medicinske specialer diskuteres det således, hvorvidt det er "grenspecialespeciallægen", som skal i front. Nogle speciallæger vurderer, at patienter, som ikke ses af en grenspecialespeciallæge, får et længere forløb og nogle gange en ringere behandling, end de patienter, som straks ses af en speciallæge fra det relevante speciale. Omvendt erkendes det, at det ikke ressourcemæssigt vil kunne lade sig gøre, at alle medicinske specialer skal have en speciallæge i den akutte modtagelse samtidig.

Fra ledelsesmæssig side lyder det, at der bør være et fremadrettet fokus på at fastholde de generelle lægelige kompetencer hos alle speciallæger uanset den stigende og nødvendige subspecialisering, og at en ledelses- og planlægningsmæssig indsats i den retning vil kunne kompensere herfor. Denne holdning understøttes af Sundhedsstyrelsens generelle principper, krav og anbefalinger for specialeplanlægning⁵:

"Specialevejledningerne for de intern medicinske specialer er baseret på princippet om, at en speciallæge i ethvert af de intern medicinske specialer kan varetage den initiale diagnostik og behandling hos 90% af de intern medicinske patienter. Hovedfunktioner i de intern medicinske specialer kan således varetages af de intern medicinske afdelinger med fælles vagt, og det bør på hovedfunktionsniveau være muligt at få assistance umiddelbart fra en speciallæge i ét af de ni intern medicinske specialer. Ved speciallæge forstås her en speciallæge eller en læge i det sidste år af speciallægeuddannelsen.

De resterende 10% med mere komplicerede tilstande varetages med assistance fra en speciallæge inden for det relevante speciale. Det forudsættes således, at der er mulighed for assistance fra en speciallæge i det relevante intern medicinske speciale med henblik på rådgivning om diagnostik, behandling og evt. visitation til specialfunktionsniveau. Afhængigt af speciale og det aktuelle tilfælde kan assistance være fremmøde eller telefonisk rådgivning."

Flere steder har løsningen dog i første omgang været, at der ansættes almen medicinere med en særlig interesse i akutarbejdet. Disse modtager som oftest en efteruddannelse til akutlæge. Derudover suppleres typisk med intern medicinere, som ligeledes efteruddannes til akutlæger.

Ud fra interviews og workshops er der samtidig meget der tyder på, at der er større udfordringer i forhold til at rekruttere kirurger til faste stillinger i FAM. Der opleves en vis tilbageholdenhed blandt langt de fleste deltagende speciallæger i undersøgelsen i forhold til at tage en fast stilling i en FAM. Frygten er, at man gennem "fuldstændig involvering i akutområdet" kommer for langt væk fra sit speciale, og at man derfor taber kompetence, og her er det særligt de kirurgiske specialer, som ser problemerne.

Den "akutte kompetence" ses af mange fortsat som lavstatus – ikke mindst fordi det er opgaver, der traditionelt er blevet løst af de yngste læger under videreuddannelse. Der er blandt de deltagende læger under videreuddannelse derfor et udtalt ønske om, at der indføres en speciallægeuddannelse som akutlæge, således at det akutte arbejde kan få samme status som de nuværende specialer. Samme ønske ses hos specialerne.

Nogle deltagere er tilbageholdende i forhold til behovet for speciallægetilstedeværelse og bemærker, at det ikke altid er lige relevant. De vurderer, at mange opgaver kan løses lige så godt eller endda bedre af en hoveduddannelseslæge, der er vant til at varetage en akut funktion i sammenligning med fx en speciallæge, der ikke har gået i vagt i flere år. Det bemærkes dog samtidig, at der skal være mulighed for at se en speciallæge fx gennem tilkald mv., men det vurderes altså (af mange) ikke som nødvendigt, at det hele sker via speciallæge i første række.

Der synes at være en udfordring med bemanding af FAM i forhold til det geriatriske speciale – eller i forhold til meget små funktioner. Nogle steder med akutmodtagelse eller med en kommende planlagt FAM er der ikke selvstændige geriatriske afdelinger eller geriatriske sengeafsnit. Her vurderes det

⁵ Generelle principper, krav og anbefalinger for specialeplanlægning, Sundhedsstyrelsen, 2010

fremadrettet at blive vanskeligt at sikre geriatrisk tilstedeværelse i FAM – både i dagtid og i aften og nat. Også selvom de fælles akutmodtagelser i meget høj grad, over de kommende år, vil blive præget af et øget omfang af ”den ældre medicinske patient”.

Grundlæggende er det fra de deltagende speciallæger og yngre læger vurderingen, at der mangler et egentligt akutspeciale, og at en bæredygtig og hensigtsmæssig bemanning af fælles akutmodtagelser i fremtiden vanskeligt vil kunne lade sig gøre uden. Flere tilkendegiver, at de for bare to år siden var imod etablering af et akutspeciale, men at de i dag, hvor de ser begyndende konturer af FAM-konstruktioner, oplever et presserende behov for et egentligt akutspeciale. Fra ledelsesside opleves dette behov omvendt ikke, da det er vurderingen, at der i stedet skal fokuseres på at fastholde de mere generelle lægelige kompetencer hos alle (relevante) speciallæger gennem bedre arbejdsplanlægning.

Kompetencer i forhold til ambulant virksomhed

I forhold til fordeling af kompetencerne i ambulatorierne har de deltagende afdelinger typisk opdelt ambulatorieprogrammerne således, at der er ambulatorier bemandede med læger under videreuddannelse, som bemander forambulatorier og almene ambulatorier, fx sårambulatorier, samt speciallægeambulatorier, som varetager behandling og kontroller af komplicerede specialepatienter. Et eksempel herpå ses i eksemplet på fremmødeplan i afsnit 3.4.

Andre steder ser yngre læger og speciallæger de samme typer patienter, men med forskellige tidsmæssige intervaller sat af i dagsprogrammet til de to grupper, samtidig med at speciallægen superviserer den yngre læge i relativt stort omfang.

Kompetencer i vagtlagene

Helt grundlæggende er der et udtalt behov hos de yngre læger for at kunne komme i kontakt med speciallæger i de relevante specialer. Selv om der så at sige ”går sport i” at klare sig selv så meget som muligt uden at inddrage bagvagten, er det samtidig tydeligt, at en væsentlig bidragende faktor til dårligt arbejdsmiljø og stress hos læger under videreuddannelse er, hvis der ikke er let adgang til speciallægebackup i vagterne.

På tværs af specialer er der forskellige vurderinger af behovet for speciallæger i de enkelte vagtlag og i tilstedeværelsesvagt kontra bagvagt fra hjemmet. Særligt inden for de kirurgiske og invasive specialer som fx kardiologi, hvor omfanget af akutte og semiakutte indgreb og behandlinger er i stigning, opleves et stigende behov for, at speciallægerne er i tilstedeværelsesvagt. Inden for andre specialer dækkes aften og nat typisk af KBU-læge med en læge i introduktionsstilling eller hoveduddannelsesstilling som mellemvagt.

Både i relation til fleksibel opgavevaretagelse og i relation til speciallægekompetence inden for det enkelte speciale, typisk kardiologi og neurologi, udtrykkes der betænkelighed i forhold til at lade både sygeplejersker, yngre læger og andre speciallæger foretage den primære visitation uden inddragelse af speciallæger i henholdsvis neurologi og kardiologi. Dette begrundes med, at mange patienter visiteres til de kardiologiske og neurologiske sengeafdelinger uden at have problemstillinger, som vedrører specialet (oplevede fejlvisiteringer).

Fleksibel opgavevaretagelse

På tværs af de deltagende hospitaler og enheder arbejdes der i varierende omfang med fleksibel opgavevaretagelse bredt forstået (se tekstboks til højre). Omfanget af fleksibel opgavevaretagelse er præget af, hvilket speciale der er tale om.

På akutmodtagelser inden for både somatik og psykiatri er der tradition for, at sygeplejerskerne varetager triagering, at sygeplejersker og læger under videreuddannelse arbejder i teams, og at sygeplejerskerne fx anlægger venflon, laver a-punktur, lægger kateter mv., mens disse opgaver på andre afdelinger varetages af læger.

Det betyder, at når speciallæger på fx ortopædkirurgisk afdeling er i egen afdeling, skal de varetage disse opgaver, mens de – når de er i akutmodtagelsen/fælles akutmodtagelse – ikke skal varetage disse opgaver. Forskellen forklares med, at netop disse opgaver løses så hyppigt i akut modtageafdeling/fælles akutmodtagelse, at sygeplejerskerne der kan opnå den nødvendige rutine, hvilket ikke er tilfældet på specialeafdelingerne.

Derudover er det kendetegnende, at hvert speciale har sine særlige opgaver, som både flyttes bevidst ud fra et strategisk synspunkt og på grund af kapacitetsmæssigt pres mere glidende og uden egentlig forudgående strategisk beslutning fra lægegruppen til sygeplejerskegruppen.

Særligt inden for kardiologien synes der tidligt at have været en villighed og tendens til mere fleksibilitet i opgavevaretagelsen mellem læger og sygeplejersker – således at forstå, at opgaver både løses af læger og af sygeplejersker på baggrund af en løbende vurdering af hensigtsmæssigheden for patienten og effektiviteten i patientforløbet.

Inden for psykiatrien er det en særskilt debat blandt lægerne, hvordan "de nye psykologer" (psykologer med en særlig fireårig specialuddannelse) skal mødes, og hvordan samspillet mellem psykiatere og "den nye form for psykologer" skal tilrettelægges. Der er bred enighed om, at den nye specialuddannelse vil give psykologarbejdet i psykiatrien mere tyngde, og at patientforløbenes aktiviteter kan professionaliseres via opgraderede former for psykologindsatser. Samtidig synes der at være stor afstandtagen til forhold, hvor specialuddannede psykologer overtager psykiaternes arbejde. Interviews inden for psykiatrien er gennemført med to psykiatriske centre i Region Hovedstaden – og der kan her være en vis bias i forhold til problemstillingen omkring specialuddannede psykologer. Implement har via anden opgavevaretagelse konstateret, at der i fx Region Nordjylland (og måske generelt i såkaldte "udkantsområder") kan være en anden holdning til specialuddannede psykologer, fordi der her er mangel på psykiatere, og fordi vagt i aften- og natid ind imellem varetages af læger fra somatiske specialer.

Omfanget af fleksibel opgavevaretagelse er derudover påvirket af, i hvilken grad den enkelte afdeling er præget af mangel på speciallæger. Fx har manglen på speciallæger ført til, at regionerne har besluttet at etablere en specialuddannelse til skopisygeplejerske, som har ført til, at nogle afdelinger

Sundhedsministeriets definition på "Fleksibel Opgavevaretagelse"

Overordnet strategisk opgaveflytning

Strategisk opgaveflytning, der involverer større enheder og mange faggrupper, kan være et regional-/kommunalpolitisk eller ledelsesmæssigt værktøj til at imødekomme overordnede udfordringer i form af den demografiske udvikling, rekrutteringsvanskeligheder eller ønsker om at styrke kvaliteten i tilbuddene til patienter og ældre.

Fleksibel opgavevaretagelse i tværfaglige teams

Tværfaglige teams kan være med til at sikre en effektiv og fleksibel opgavevaretagelse, hvor opgaverne ikke løses på et højere specialiseringsniveau end nødvendigt, og hvor de involverede faggrupper komplementerer og løbende lærer af hinanden.

Teknologisk understøtning af opgaveflytning

Ny og forbedret teknologi kan bidrage til nye arbejdsdelinger, fx ved at gøre nogle arbejdsopgaver helt overflødige eller lettere og hurtigere at løse. Eller ved at muliggøre en øget inddragelse af patienter og ældre i egen behandling/pleje.

Opgaveflytning til medarbejdere på lavere specialiseringsniveau (LEON-princippet)

Opgaveflytning efter LEON-princippet, hvormed opgaverne ikke løses på et højere specialiseringsniveau end nødvendigt, kan understøtte, at specialistkompetencerne anvendes målrettet til de opgaver, der forudsætter specialiserede kompetencer, med det formål at højne kvaliteten og sikkerheden for patienter og ældre.

Flytning af administrative opgaver til administrative medarbejdere

Initiativer, der flytter administrative opgaver til administrative medarbejdere, kan dermed bidrage til at frigøre sundheds- og plejepersonalets tid til kerneopgaverne.

har besluttet, at specialuddannede sygeplejersker kan skopere. På nogle af disse afdelinger er der ikke længere mangel på speciallæger, og lægegruppen vil derfor gerne have opgaven tilbage igen.

Mangel på speciallæger er dog ikke generelt et afsæt for at flytte opgaver – hverken bevidst eller mere glidende af nødvendighed. Inden for neurologien nævnes det fx, at man ser flere muligheder for at overdrage opgaver til neurologiske specialsygeplejersker, men at opgavepresset og mangel på neurologer på afdelingerne betyder, at der ikke kan afses tid til den nødvendige oplæring og videnoverdragelse. Her er manglende speciallægerressourcer således den væsentligste barriere for både opgaveglidning og for egentlig fleksibel opgavevaretagelse.

3.4 Personaleplanlægning

Undersøgelsen af speciallægers arbejdsopgaver og arbejdstilrettelæggelse har omfattet en række temaer vedrørende personaleplanlægning, herunder spørgsmål om koordinering i forhold til patientindtag, andre faggrupper og andre specialer.

Varetagelse af fremmødeplanlægning

Planlægning af fremmødet for lægerne foregår alle steder i rul. Set på tværs af de deltagende afdelinger svinger rullet længde mellem 4 og 26 uger, hvor læger under videreuddannelse typisk har et kortere rul og speciallægerne et længere rul. Vagtplanerne kommer ud 6-8 uger, før planen træder i kraft jf. overenskomstens regler.

Selve vagtplanlægningsopgaven er organiseret forskelligt på tværs af de deltagende afdelinger. Nogle af de deltagende afdelinger har en vagtplanlægger, som ikke er læge, og som laver vagtplanen for hele lægegruppen. Andre afdelinger har en vagtplanlægger inden for hvert vagtlag, således af forvagterne, mellemvagterne og bagvagterne laver hver deres vagtplan. Andre afdelinger igen har centraliseret vagtplanlægningsopgaven hos den specialeansvarlige overlæge eller klinikchefen.

Lægernes individuelle ønsker til vagtplanen håndteres forskelligt på tværs af de deltagende afdelinger. En afdeling afholder et fælles planlægningsmøde i lægegruppen hver anden måned, hvor vagterne fordeles. Andre afdelinger har en praksis, hvor ønsker til vagtplanen indmeldes til vagtplanlæggeren på skrift.

De afdelinger, som har én central vagtplanlægger, har typisk også centraliseret beslutningskompetencen vedrørende de individuelle ønsker til vagtplanen og ændringer til vagtplanen hos lederen (den ledende overlæge, klinikchefen eller den specialeansvarlige overlæge). De afdelinger, som har decentraliseret vagtplanlægningsopgaven til vagtlagene, har typisk delegeret opgaven vedrørende løbende ændringsønsker til vagtlaget selv, således at det er op til det enkelte vagtlag at få planen til at hænge sammen, og således at lægerne har mulighed for at bytte indbyrdes ved individuelle ønsker om ændringer til vagtplanen, når først rullet er planlagt.

Undersøgelsen af **personaleplanlægning** vedrørende speciallæger har taget udgangspunkt i følgende temaer:

- Hvordan fremmødeplanlægning og vagtplanlægning for speciallægerne foregår, herunder hvordan lægernes tilstedeværelse på konference, stuegang, operationsgang, ambulatorium, skadestue mv. planlægges
- Fremmødeplanlægning i forhold til patientindtaget (dag, aften, nat)
- Fremmødeplanlægningen i forhold til kapacitetsudnyttelse af apparatur og faciliteter
- Planlægning af uddannelse og supervision
- Sammenhængen mellem uddannelsesforpligtelser på den ene side og behovet for at passe produktionen på den anden side
- Planlægning af speciallægernes fremmøde i forhold til andre personalegrupper og andre afdelingers/specialers fremmøde
- Planlægning af tiden til ikke-direkte kliniske opgaver – forskning, administration, uddannelse af andre faggrupper

Planlægning af dagens opgaver

Fordelingen af dagens opgaver foregår i relativt faste dagsprogrammer, hvor lægerne fordeles ud på fx operationsgang, ambulatorium, stuegang, tilsyn og vagtarbejde/akutoppgaver.

Eksempel på ugeplan på en afdeling med 32 læger

Tid		Team 1				Vagtholdet									
Dato	Ugedag	Ugent.	Team 1	Team 2	Team 3	Team 4	Sweeper (8.00-15.00)/overlæge lørdag	Studentundervisning	Bagvagt, dag (8.00-15.00)	Bagvagt AN (15.00-20.00 + tilkald 20.00-08.00)	Fornagt, dag (8.00-18.00)	Fornagt (15.00-09.00)			
5 ma		36	Læge 1	Læge 2	Læge 3 & 4	Læge 5 & 6	Læge 17		Læge 9	Læge 9	Læge 21 & 22	Læge 24			
6 ti			Læge 7	Læge 8 & 9	Læge 1	Læge 10	Læge 17	Læge 5	Læge 5 & 14	Læge 5	Læge 22	Læge 21			
7 on			Læge 11	Læge 8	Læge 12	Læge 6	Læge 18	Læge 14	Læge 14	Læge 7	Læge 17	Læge 22			
8 to			Læge 7	Læge 13 & 9	Læge 5	Læge 10	Læge 16	Læge 20	Læge 20	Læge 20	Læge 23	Læge 17			
9 fr			Læge 14	Læge 2	Læge 15	Læge 16	Læge 13		Læge 9	Læge 9	Læge 8	Læge 23			
10 lø							Læge 19		Læge 14	Læge 14	Læge 22	Læge 25			
11 sø									Læge 14	Læge 14	Læge 23	Læge 22			
Tid		Formiddagsambulatorium													
Dato	Ugedag	Ugent.	Thyroideseklinik 1 (HU)	Thyroideseklinik 2 (HU)	Thyroideseklinik 3 (YL)	Metabolisk klinik 1	Metabolisk klinik 2	Metabolisk klinik 3 (EF/YL)	Calcium/osteoporoseklinik 1	Calcium/osteoporoseklinik 2	Calcium/osteoporoseklinik 3 (YL/HU)	Calcium/osteoporoseklinik 3 (YL/HU)	Parathyroides/MEN		
5 ma		36		Læge 7	Læge 8	Læge 14	Læge 10	Læge 23	Læge 27	Læge 29					
6 ti						Læge 12	Læge 26	Læge 15	Læge 28	Læge 2	Læge 16				
7 on			Læge 10	Læge 7	Læge 9	Læge 26	Læge 3	Læge 19							
8 to						Læge 12	Læge 11	Læge 6		Læge 2	Læge 1				
9 fr						Læge 3	Læge 5	Læge 22		Læge 20	Læge 6	Læge 28			
10 lø															
11 sø															
Tid		Eftermiddagsambulatorium										Skole		Psykiatrisk Hospital	
Dato	Ugedag	Ugent.	Thyroideseklinik 1	Thyroideseklinik 2 (HU)	Thyroideseklinik 3 (YL)	Metabolisk klinik 1	Metabolisk klinik 2 (YL/HU)	Metabolisk klinik 3 (YL)	Calcium/osteoporoseklinik 1	Calcium/osteoporoseklinik 2 (YL/HU)	Calcium/osteoporoseklinik 3 (YL)	Osteoporosekole	Diabeteskole		
5 ma		36	Læge 25	Læge 7	Læge 8	Læge 5	Læge 14	Læge 23							
6 ti							Læge 15	Læge 30		Læge 16	Læge 8				
7 on			Læge 19	Læge 7	Læge 9					Læge 6	Læge 8		Læge 10	Læge 16	
8 to						Læge 11									
9 fr						Læge 3	Læge 5	Læge 22	Læge 20	Læge 6	Læge 15				
10 lø															
11 sø															
Tid		Ikke til stede													
Dato	Ugedag	Ugent.	Forskning, undervisning, kontor	Gar hjem og sover	Friløst, forvagt	Friløst, bagvagt	Ferie	Fri, andet fravær							
5 ma		36		Læge 15	Læge 31			16, 19, 31, 13							
6 ti				Læge 24	Læge 31			13, 31, 6, 32, 23							
7 on				Læge 21		Læge 30		20, 13, 31, 24, 15, 23, 5							
8 to				Læge 22	Læge 31			8, 15, 31, 28, 21, 14, 24, 4							
9 fr				Læge 17	Læge 31	Læge 30		31, 7, 24, 21, 4							
10 lø				Læge 23											
11 sø				Læge 23											

Kilde: Aarhus Universitetshospital

Ovenstående eksempel på en ugeplan for en lægegruppe på 32 læger illustrerer kompleksiteten i den planlægningsopgave der er forbundet med vagtplanlægning for en samlet lægegruppe, og det puslespil der skal gå op i forbindelse med ændringer i det daglige fremmøde, fx i forbindelse med sygdom.

For enkelte af de deltagende afdelinger lægges disse dagsprogrammer for en måned ad gangen. Andre afdelinger lægger programmer for en uge ad gangen. Fx planlægger en røntgenafdeling for en uge ad gangen, hvem der varetager hvilken funktion.

En del af de deltagende afdelinger lægger dagsprogrammet fra dag til dag. Ovenfor ses et udsnit af en månedsplan for en medicinsk afdeling omfattende 32 læger i alt.

Det er en udbredt praksis, at afvikling af dagens opgaver i praksis ender med, at lægerne skal varetage flere arbejdsopgaver på samme tid. Fx kan den læge, der ender med at passe vagtopgaverne i dagtid, samtidig have fuldt program i forhold til faste dagfunktioner i fx ambulatoriet, på en undersøgelsesstue eller på operationsgangen. Dette sker ved uplanlagt fravær i lægegruppen, idet der ikke foretages nedjustering af den planlagte aktivitet ved fravær. Denne praksis påvirker arbejdstilrettelæggelsen for både læger og samarbejdspartnere. På de deltagende somatiske og psykiatriske afdelinger ender det ofte med, at det bliver stuegangsfunktionen, som nedprioriteres.

Fremmøde og bemanning

Det er i forbindelse med undersøgelsen afdækket, hvordan lægestillingerne fordeler sig på tværs af stillingskategorier. Fordelingen af lægestillinger tegner et øjebliksbillede, da specielt antallet af uddannelsesstillinger varierer over tid. Andelen af overlægestillinger varierer fra 29% til 50% blandt de deltagende afdelinger (idet der ses bort fra tallene fra Nykøbing F. Sygehus, som ikke er sammenlignelige med de øvrige data). Der er ud fra de tilgængelige data ikke nogen systematisk sammenhæng mellem andelen af overlægestillinger og hospitalernes størrelse.

Fordeling af lægestilling, regnskab 2010 omregnet til fuldtidsstillinger

Hospital	Overlæger	Afdelingslæger	1. reservelæger	Reservelæger	Læger i alt
Aalborg, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling	33%	16%	11%	40%	45
Hospitalsenheden Horsens	41%	9%	9%	41%	179
Aarhus Universitetshospital, Medicinsk Endokrinologisk Afdeling	29%	10%	31%	31%	52
Sydvestjysk Sygehus	40%	15%	11%	33%	317
Hvidovre Hospital	37%	11%	10%	42%	571
Psykiatrisk Center København	45%	15%	15%	25%	102
Psykiatrisk Center Nordsjælland	50%	6%	15%	29%	66

Kilde: FLD. Der foreligger ikke data vedr. Nykøbing F. Sygehus

De deltagende afdelinger arbejder med forskellige typer af fremmødeprofiler, dvs. vagter med forskellige start- og sluttider. Nedenfor ses et eksempel på fremmødeprofilerne på tværs af faggrupper på en fælles akutmodtagelse.

Eksempel på fremmødeprofiler. Fælles akutmodtagelse

Basislæger	Overlæger	Plejepersonale
7.45-15.30	7.30-20.00	7.00-14.34
7.45-15.45	7.45-15.00	7.00-15.00
7.45-18.00	8.00-15.24	7.30-14.54
8.00-18.00	10.45-18.00	8.00-15.25
8.00-22.00		8.00-16.00
15.30-8.30		15.00-23.00
15.00-22.00		15.30-23.30
15.00-23.00		19.00-07.00
		23.00-07.00
		23.15-07.15

Her er der tale om en afdeling, som på lægesiden planlægger med "skæve" vagter, der tager højde for, at patientindtaget er størst mellem kl. 11.00 og kl. 22.00. Samme tilpasning til patientindtaget synes ikke at være tænkt ind i forhold til plejepersonalet, hvor vagtskiftet foregår omkring kl. 15.00, hvor patientindtaget på det akutte område typisk er på et højt eller det højeste niveau.

Flere af interviewpersonerne med ledelsesansvar peger på, at muligheden for delvagt er et positivt element i forhold til at sikre bedre patientforløb⁶. En

delvagt kan på hverdage forløbe til kl. 21.00 og forudsætter tilstedeværelse. En delvagt kræver, at der ud over delvagten også er et "normalt vagtlag", og samtidig kan der ikke planlægges med elektive aktiviteter i delvagten. Ordningen med delvagt betyder, at der fx er mulighed for at have en speciallæge på vagt lørdag kl. 10.00-16.00 til gennemgang af akutindlagte medicinske eller kirurgiske patienter, så færre patienter skal vente på speciallægevurdering til mandag. Eksemplet ovenfor er netop et eksempel på brugen af delvagt.

Muligheden for delvagt berører en principiel og vanskelig vagtdiskussionen i form af, 1) hvornår speciallægen forlader hospitalet for at gå hjem i rådighedsvagt i en situation, hvor der ligger akutte ikke-tilsete patienter, og 2) når speciallægen har en rådighedsvagt en lørdag og ved, at der sædvanligvis kommer akutte patienter, der bør ses af en speciallæge, hvorfor planlægger man så ikke med altid at møde op.

Et andet eksempel på fremmødeprofil for lægerne er fra en medicinsk afdeling, som deltager i dækning af det akutmedicinske område svarende til en tredjedel af de akutte medicinske indlæggelser. Her planlægger afdelingen med et forvagtsslag kl. 8.00-18.00 og kl. 15.00-09.00 og et bagvagtsslag kl. 8.00-15.00, kl. 15.00-20.00 og endelig kl. 20.00-08.00 som tilkald.

Der er således stor variation på tværs af de deltagende afdelinger i forhold til, hvordan vagterne tilrettelægges, og hvor meget der arbejdes med "skæve" vagter.

Ingen af de deltagende hospitaler og afdelinger bruger fællesvagtbestemmelserne. En enkelt af de deltagende afdelinger har indtil for nyligt haft fællesvagt på tværs af de medicinske afdelinger. De internmedicinske specialer er nu blevet samlet i en afdeling, hvorved vagten kommer til at høre sammen på tværs af disse specialer og inden for samme ledelsesområde. Dette ændrer ikke ved, at forvagterne i praksis skal dække vagten på tværs af specialer inden for det medicinske område, men rent overenskomstmæssigt er der ikke længere tale om en fællesvagt.

Udviklingen hen mod større, samlede medicinske enheder og øget fokus på speciallægen i front medfører, at speciallægerne også dækker vagter på tværs af specialer inden for det medicinske område. Begrundelsen for at samle de medicinske specialer i større fælles enheder er at sikre en mere hensigtsmæssig driftsøkonomi bl.a. ved at reducere antallet af ledere og sikre en mere effektiv udnyttelse af vagtressourcerne for både læger og plejepersonale ved at fx sygeplejersker i aften- og nattevagt skal dække et større antal senge.

Som et konkret eksempel fra et af de deltagende hospitaler er der hver anden dag en lungemedicinsk speciallæge i vagt, og hver anden dag en endokrinologisk speciallæge i vagt, hvor vagten dækker hele det intern medicinske område, inkl. endokrinologi og lungemedicin.

Der er blandt deltagerne i undersøgelsen forskellige beskrivelser af, hvordan det at have fællesvagt i ordets praktiske betydning virker, og hvilke faglige implikationer det giver. Nogle deltagere peger på,

⁶ Delvagt på lørdage, søndage og søgnehelligdage blev aftalt ved OK 2005. Delvagt på hverdage blev aftalt ved OK 2008

at det er et kvalitetsmæssigt problem, at de akutte patienter ses af en forvagt eller speciallæge, som er fra et andet speciale, end det patienten ideelt set tilhører. Andre deltagere peger på, at det ikke er et problem, fordi de patienter, som kommer ind i vagten, typisk har mere generelle problemstillinger, som kan varetages af forvagter og speciallæger inden for et hvilket som helst medicinsk speciale.

Dataindsamlingen afdækker, at omfanget af vagter på tværs af de deltagende hospitaler og afdelinger afhænger af geografisk placering. Hospitalerne i udkantsområderne har således en højere vagthyppighed for lægerne end hospitalerne i storbyerne. Der er en tendens til, at hospitalerne i storbyerne på grund af et stort patientoptag har flere speciallæger og samtidig flere speciallæger, som ikke går i vagt. Hospitalerne i udkantsområderne har omvendt mindre optageområder (målt i forhold til antal indbyggere) og færre speciallæger og samtidig også færre speciallæger, som ikke går i vagt.

Samme billede gør sig ikke gældende for forvagterne, som har mere ens vagthyppighed på tværs af de deltagende hospitaler. I relation til psykiatrien er der dog, også i Hovedstadsområdet, en høj grad af involvering af speciallæger i vagtdækningen. Fx er alle speciallæger i Psykiatrisk Center Nordsjælland involveret i vagtarbejdet.

Der er ligeledes forskel på vagthyppighed på tværs af specialer, når det gælder speciallæger i vagt. Kardiologien (og mange steder også neurologien) har større vagthyppighed end de øvrige medicinske specialer. Vagthyppigheden er større inden for intern medicin (endokrinologi og lungemedicin) end inden for de kirurgiske specialer (ortopædkirurgi og gastroenterologi).

Planlægningsprincipper

Undersøgelsen viser, at planlægningen af fremmødet tager udgangspunkt i de årlige aftaler, der indgås mellem den enkelte afdelingsledelse og sygehusdirektionen om lønbudgettets størrelse. Herefter dækkes først antallet af vagter ind. Vurderingen af, hvor mange vagter der er behov for, er baseret på tidligere års planlægning af fremmødet. Når vagterne er dækket ind, fordeles de resterende lægerressourcer på de faste opgaver i dagsprogrammerne, fx til faste ambulatoriedage, jf. ovenstående eksempel på en ugeplan.

Kun få af de deltagende hospitaler har en tilbagevendende og systematisk koordinering og planlægning af vagtdækning og fremmøde i forhold til patientindtag på tværs af hospitalets afdelinger og funktioner. Hovedarbejdstidspunktet for hospitalets funktioner er således fra kl. 8.00-16.00. De elektive patienter sættes til inden for hovedarbejdstidspunktet, mens det akutte patientindtag typisk kommer mellem kl. 10.00 og kl. 20.00. Se i øvrigt eksempler på patienters ankomsttidspunkter på side 19.

Flere af deltagere peger på, at der i dagtid på hverdage kan være ventetid på mange timer på at få en speciallægevurdering af en akut patient. Derudover peger flere på, at akutte patienter, som indlægges enten fredag eller i løbet af weekenden, ofte oplever ventetid på speciallægevurdering. Det er på baggrund af de data, som har været tilgængelige for undersøgelsen, ikke muligt at kvantificere omfanget af ventetid på speciallægevurdering.

Spørgsmålet om, i hvilket omfang der er behov for at koordinere fremmødet til det akutte patientindtag, afhænger bl.a. af en vurdering af, hvor mange af de opgaver, som akutte indlæggelser medfører, reelt har akut karakter. Adspurgt om dette svarer de deltagende speciallæger og topledere, at de akutte patienter ideelt set, af hensyn til både patientsikkerhed og effektiv sygehusdrift, bør ses af en speciallæge inden for 2-3 timer efter indlæggelse eller hurtigst muligt efter, at der foreligger svar på vitale prøver og undersøgelser. Ud fra dette princip synes der at være ræson i at planlægge fremmødet i forhold til patientindtaget.

Hvis der ikke er speciallægetilstedeværelse lørdag og søndag, kan det resultere i, at akutte patienter kommer til at vente 2½ døgn på en speciallægevurdering, hvis patienten kommer ind fredag eftermiddag. Flere af de deltagende afdelinger har netop derfor indført delvagter om lørdagen, hvor en speciallæge kan gennemgå de indlagte patienter fx mellem kl. 9.00 og 15.00.

På afdelingsniveau sker tilpasningen af fremmøde ad hoc som en reaktion på stigende patienttilgang eller stigende arbejdspress i vagten. Et eksempel ses på Sydvestjysk Sygehus, hvor der inden for kardiologien er indført en vagt mellem kl. 12.00 og kl. 20.00 på grund af indtag af kardiologiske patienter i Akutmodtagelsen. Psykiatrisk Center København har ligeledes indført en særlig vagtdækning mellem kl. 12.00 og kl. 20.00, og denne konstruktion er netop indført med basis i analyser af intensiteten i patientindtag over døgnet. Andre steder nævnes der eksempler på forskudte vagter og mødetider, men i overvejende grad er der tale om vagter, der primært varetages af yngre læger. I den forbindelse efterspørger flere af de deltagende ledere i interviews og workshops, at dagtiden overenskomstmæssigt udvides til kl. 20.00, hvilket vil give bedre mulighed for at tilpasse fremmødet til patientindtaget. Oplevelsen er, at der er krav om merbetaling for arbejde efter kl. 18.00, og at det er en barriere for et fremmøde, som er tilpasset det akutte patientindtag. Speciallægedækning til kl. 20.00 nedprioriteres med andre ord inden for de eksisterende økonomiske rammer. Andre steder er opfattelsen, at der ikke gælder nogen merbetaling for normalarbejde efter kl. 18.00, idet der er en gensidig anerkendelse af, at normaltjenesten kan omfatte et aftenambulatorium, der ikke skal aftales nogen særskilt honorering for.

Effektivt arbejde under rådighedsvagter

Omfanget af effektivt arbejde under rådighedsvagter er med til at påvirke, hvor meget speciallægerne er til stede i dagtid i det omfang, det effektive arbejde under rådighedsvagterne indregnes i arbejdstiden. Det er under den nuværende overenskomst muligt at aftale, at det effektive arbejde udbetales.

Andel overarbejdsudbetaling af samlet lønudbetaling

Hospital	Overarbejdsbetaling, andel af samlet lønudbetaling
Ålborg, Kirurgisk gastroenterologisk afdeling	3%
Hospitalsenheden Horsens	1%
Århus Universitetshospital, Medicinsk Endokrinologisk afdeling	0%
Sydvestjysk Sygehus	4%
Hvidovre Hospital	1%
Psykiatrisk Center København	0%
Psykiatrisk Center Nordsjælland	0%
Nykøbing F. Sygehus, Medicinsk afdeling	0%
Kilde: FLD 2010	

Det er formuleret således: "Det effektive arbejde under vagt indregnes i arbejdstiden. I stedet for indregning i arbejdstiden kan der lokalt aftales betaling for effektivt arbejde under vagt". Det vil sige, at hovedreglen er, at effektivt arbejde under rådighedsvagt indregnes i arbejdstiden. Det betyder, at udbetaling ikke kan ske, medmindre overlægerne på stedet accepterer det.

En gennemgang af de deltagende afdelingers brug af udbetaling af merarbejde viser, at der kun i begrænset omfang udbetales merarbejde til overlægerne. Det betyder, at effektivt arbejde under en rådighedsvagt reducerer den tid, overlægen har i dagtid.

Implement har udarbejdet et regneeksempel med 6 overlæger, som har rådighedssvagt

uden for tjenestestedet med 5 timers opkald på hverdage og 5 timers opkald på weekenddage. Det giver i alt 37 timers opkald pr. uge (model 1). Derudover er der lavet en alternativ beregning, hvor der er regnet på tilsvarende 6 overlæger med de samme vagtforhold, men hvor opkaldstimerne udbetales (Model 2)⁷.

⁷ Der er lagt følgende fælles forudsætninger ind i beregningerne: 5 ugers ferie, 6. ferieuge afholdes som frihed, 2 ugers uddannelsesfravær pr. læge, 1% sygefravær

Resultatet er, at model 1, hvor opkaldstimerne indregnes i arbejdstiden, koster 5,8 mio. kr. i årlig lønudgift og model 2, hvor opkaldstimerne udbetales, koster 6,8 mio. kr. i årlig lønudgift. Model 2 er altså dyrest. Model 2 har samtidig flest dagtjenester med 28,3 dagtjenester, hvor model 1 har 22,7 dagtjenester. En indregning af overlægenes effektive arbejdstid i dagtiden reducerer således antallet af dagtjenester med 5,6 pr. uge med udgangspunkt i 6 overlæger. Det vil sige, at i det omfang, overlægerne skal gå mere i vagt, vil det alt andet lige reducere den tid, der er til rådighed for dagtjeneste. Alternativet er at ansætte 1,12 overlæger mere til en årlig udgift på ca. 1,0 mio. kr.

Fremmødeplanlægning på tværs

Kun få af de deltagende hospitaler og afdelinger har en systematisk koordinering af fremmødet på tværs af faggrupper. Dette kan konstateres både ud fra gennemgangen af de modtagne fremmødeplaner og ud fra interviewundersøgelsen. Deltagerne i undersøgelsen peger på, at når der som ovenfor beskrevet foretages tilpasninger i lægefremmødet på baggrund af fx øget vagtbelastning, sker det typisk monofagligt.

Et konkret eksempel herpå er en af de deltagende billeddiagnostiske afdelinger, hvor radiologerne er blevet opnormeret på grund af øget patientindtag i vagten, uden at det har medført en opnormering af radiograferne. Radiologerne oplever, at fremmødet på tværs af faggrupper ikke matcher i vagten, og at belastningen er for stor for radiograferne, hvilket påvirker radiologernes arbejdsopgaver og arbejdstilrettelæggelse og mindsker den samlede effektivitet.

Blandt de deltagende afdelinger er der flere eksempler på, at fremmødet koordineres på tværs af faggrupper i forbindelse med ferieperioder. Samtidig gives der en række eksempler på, at det alligevel ikke lykkes i praksis, bl.a. fordi plejegruppen ikke altid orienteres om ændringer i det planlagte feriefremmøde for lægerne. Det betyder, at der er eksempler på fuld plejebemanding i et ambulatorium, uden at der samtidig er lægetilstedeværelse.

Deltagerne i undersøgelsen peger samstemmende på, at der ikke foregår en systematisk koordinering af fremmødet på tværs af specialer. Der er dog i undersøgelsen identificeret to undtagelser. På operationsgangen foregår en systematisk koordinering af fremmøde på tværs af anæstesi og de kirurgiske specialer, ligesom kapaciteten koordineres på tværs af operationsgangen og opvågningen. Anden undtagelse er koordinering af udvidet åbningstid i ambulatorierne (fx til kl. 18.00), som typisk er koordineret med udvidet åbningstid i klinisk biokemisk afdeling.

Kapacitetsudnyttelse

Som beskrevet ovenfor planlægges fremmødet ud fra, hvor mange og hvilke vagter der er behov for at få dækket, hvorefter de resterende ressourcer fordeles på opgaver i dagvagterne. På baggrund af dataindsamling, interviews og workshops er der intet, der tyder på, at der i forbindelse med fremmødeplanlægningen tages hensyn til kapacitetsudnyttelse af apparatur og faciliteter. En høj udnyttelse af apparatur og faciliteter er således ikke et element, som indgår i fremmødeplanlægningen.

De elektive og til dels de akutte patientaktiviteter planlægges til at foregå mellem kl. 8.00 og kl. 15.30 og ikke efter kapacitetsudnyttelse. Flere af de deltagende afdelinger peger på, at den fysiske kapacitet er en begrænsning for aktiviteten, fx fordi der mangler samtalerum, undersøgelsesrum eller scannere. Disse anførte mangler har omvendt ikke ført til, at der arbejdes med udvidede åbningstider eller forskudte åbningstider. Flere af de involverede speciallæger peger på forskudte åbningstider som en løsning på både kapacitetsudfordringen og på behovet for mere fleksible mødetider for den enkelte læge. Fx kunne et ambulatorium have åbent fra kl. 12.00-20.00 på nogle dage og fra kl. 8.00-15.00 på andre dage. Enkelte af de deltagende afdelinger har tidligere forsøgt sig med udvidet åbningstid, men oplevelsen har her været, at patienterne hellere vil komme mellem kl. 8.00 og kl. 16.00. Ingen af de deltagende afdelinger har gennemført systematiske undersøgelser af, hvad patienterne oplever som ideelle åbningstider.

Planlægning af uddannelse og supervision

Alle læger under videreuddannelse skal have tilbudt samtaler med deres vejleder jf. afsnit 3.2. Analysen af fremmødeplanerne for de deltagende afdelinger viser, at der ikke systematisk sættes tid af til samtaler i vagtplanerne. Der er på tværs af de deltagende speciallæger og læger under videreuddannelse bred enighed om, at det i praksis er svært at gennemføre, fordi samtalerne ikke lægges ind i vagtplanerne eller dagsprogrammerne. Oplevelsen er, at samtalerne ofte nedprioriteres i forhold til kravene til produktion. Gennemførelse af samtalerne kræver, at to læger trækkes ud af programmet samtidig. Samtalerne foregår de fleste steder ad hoc, "når der lige er ti minutter" eller i forbindelse med supervision af en konkret patientaktivitet.

De deltagende afdelinger har forskellige former for planlagt undervisning i form af staff meetings, onsdagsmøder, fredagsmøder mv., hvor der foregår monofaglig undervisning i lægegruppen. Typisk foregår undervisningen ved, at en læge under videreuddannelse fremlægger en case.

Bredt set peger deltagerne i undersøgelsen på, at morgenkonferencen og/eller middagskonferencen er et vigtigt element i uddannelsen. Konferencerne bliver bevidst tilrettelagt på måder, der tilgodeser yngre lægers behov for uddannelse. På konferencerne præsenterer forvagterne patienter, der er kommet ind i vagterne, og de får supervision i forhold til de beslutninger, de har truffet. På røntgenkonferencerne får lægerne under videreuddannelse desuden undervisning i form af, at de enkelte patienter gennemgås med sygdomshistorie, kliniske fund og behandlingsplaner. Der bliver i disse sammenhæng også taget beslutninger, hvor hele lægestaben kan komme med input.

Deltagerne i undersøgelsen er delte i forhold til spørgsmålet om, hvorvidt uddannelseselementerne af konferencerne kan kompenseres på andre måder, såfremt en afdeling skulle beslutte at ophøre med at afholde morgen-/middagskonferencer. Nogle deltagere vurderer ikke, at det vil være muligt at tilrettelægge lige så gode uddannelsessejancer som de nuværende konferencer, mens andre deltagere oplever, at det vil være betimeligt og hensigtsmæssigt at afprøve andre former for uddannelse og møder i lægegruppen.

En gennemgang af vagtplaner og andre former for fremmødeplaner viser, at ingen af de deltagende afdelinger indarbejder tidsforbrug til supervision i fremmødeplanerne. Tilbage meldingen fra både de deltagende speciallæger og de deltagende læger under videreuddannelse er, at supervision gives løbende, når lægen under videreuddannelse beder om det. Ingen af de deltagende læger under videreuddannelse oplever det som problematisk at bede om og få supervision.

Omvendt oplever de øvrige faggrupper, at supervision af læger under videreuddannelse, fx i forbindelse med stuegang eller ambulatoriedage, medfører forsinkelser i forhold til deres arbejdsgange og arbejdsopgaver. Et konkret eksempel herpå er, at supervision under stuegang medfører, at stuegangen trækker ud, hvilket betyder, at sygeplejerskerne ikke når at blive færdige med deres opgaver, inden vagten udløber, ligesom sekretærerne ikke kan nå at skrive dagens stuegangsnotater inden dagens udløb.

Der er eksempler på, at der til specifikke opgaver er tilknyttet supervision. Fx gives der inden for radiologien systematisk supervision af læger under videreuddannelse i forbindelse med beskrivelser af billeder. Alle beskrivelser udført af læger under videreuddannelse gennemgås og signeres af en speciallæge. Tilbage meldingen er, at selvom denne supervisionsopgave foregår helt systematisk, er det ikke noget, der er sat tid af til i fremmødeplanen. Et andet eksempel er psykiatrien, hvor der er eksempler på, at samtaler med patienterne gennemføres af læge i videreuddannelse med tilstedeværelse af tilknyttet vejledende speciallæge.

En enkelt af de deltagende afdelinger har etableret et "fast track"-undervisningsforløb, som kører med 1 undervisningsdag og derefter 20 specifikke operationer inden for den næste måned. Både speciallægerne og lægerne under videreuddannelse oplever dette som meget effektiv uddannelse. En forudsætning for, at det opleves som en succes, er, at undervisningsforløbet planlægges og fastholdes i vagtplanerne og dagsprogrammerne.

Der er blandt deltagerne i undersøgelsen (både ledere og ikke-ledere) bred enighed om, at undervisning prioriteres lavere end kravet om produktion. De deltagende læger, både læger under videreuddannelse og speciallæger, efterlyser mere tid til superviseret patientbehandling. Der er typisk 1¼ dag om ugen, hvor lægerne under videreuddannelse kan få systematisk supervision koblet til fx stuegang.

Planlægning af ikke-kliniske opgaver

Analysen viser, at kun enkelte af de deltagende afdelinger planlægger med kontordage for speciallægerne, og ingen planlægger med kontordage for læger under videreuddannelse. Planlagte kontordage er typisk forbeholdt ledende overlæger og uddannelsesansvarlige overlæger. Oplevelsen er, at de planlagte kontordage ofte ikke kan overholdes. Ved fravær i forbindelse med ferier, sygdom og konferencer dækker speciallægerne ind for hinanden, så patientaktiviteterne berøres mindst muligt. På den måde inddrages de planlagte kontordage ofte.

Deltagerne i interviewrunden peger samstemmende på, at opgaver inden for kvalitetssikring, faglig udvikling, optimering af patientforløb mv. i vid udstrækning foregår i fritiden. Det gælder fx også de læger, som er ansvarlige for utilsigtede hændelser og som sidder i regionale eller virksomhedsbaserede udvalg og arbejdsgrupper.

Samarbejdspartnerne, herunder særligt sygeplejerskerne, efterspørger, at lægerne i højere grad prioriterer at deltage i fælles projekter, fx om udvikling af nye arbejdsgange og kvalitetssikringsarbejde. Flere speciallæger erkender, at sygeplejerskerne ofte har langt mere styr på de nyeste kvalitetsstandarder og kvalitetsmæssige retningslinjer end speciallægerne.

Udfordringer med it-nedbrud, langsomme it-systemer, mange log-on mv. er helt entydigt den største enkeltfaktor, alle de involverede speciallæger og samarbejdspartnere nævner, når det gælder opgaver, som opleves som spildtid og barrierer for hensigtsmæssig opgavevaretagelse.

Planlægning af udetjeneste

I takt med implementering af de nye hospitalsplaner ses der flere og flere eksempler på, at organisatoriske enheder dækker over flere fysiske adresser. Det har konsekvenser for omfanget af udetjenester i det omfang, speciallægerne skal dække opgaver og vagter på flere matrikler. I den nuværende overenskomst honoreres udetjenester med 600 kr. (2000 niveau) pr. stk., medmindre der er lavet en lokalaftale med et fast årligt tillæg for udetjeneste.

Flere deltagere i undersøgelsen peger på, at omfanget af udetjenester kan forventes at stige yderligere i fremtiden, fx i form af, at speciallæger fra hospitalerne i stigende omfang skal yde supervision og behandling i primærsektoren. Der er en forventning om, at hospitalerne fremover kommer til at sende eksperter ud af huset, fx til et stort lægehus i optageområdet, eller geriatriske læger ud på plejehjem.

Der er i den nuværende overenskomst en undtagelse for honorering af udetjeneste, idet honorar for udetjeneste ikke ydes inden for Aarhus Universitetshospital, sygehusene i Aalborg og de hospitaler i Hovedstadsområdet, som tidligere hørte under Hovedstadens Sygehusfællesskab.

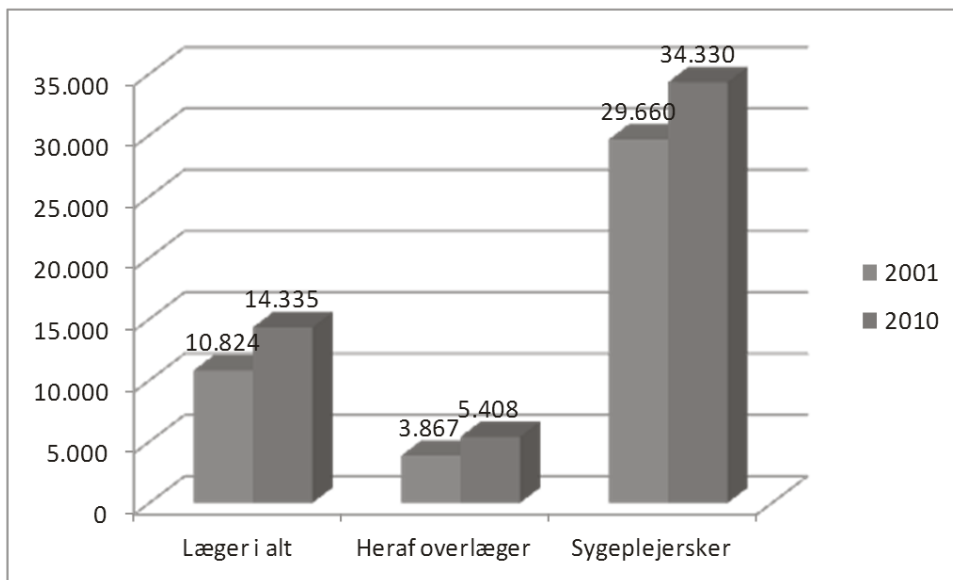
Presfaktorer

I kortlægningen af speciallægenes arbejdstilrettelæggelse og opgavevaretagelse var der, især i interviewfasen, mange indspil omkring "pres", dvs. følelsen af at være presset på arbejdet, at have for meget arbejde i forhold til den afsatte arbejdstid og at have manglende tidsmæssige rum, ind imellem, til refleksion og varetagelse af mere overordnede og strukturelle opgaver.

I interviewrunden blev presoplevelsen ikke mindst knyttet an til oplevelsen af "økonomisk pres", "et for lille økonomisk råderum" og "manglende sammenhæng mellem aktivitets- og indsatsmæssige præmisser på den ene side og budgetrammer på den anden."

I workshoprunderne er problemstillingen efterfølgende blevet forfulgt med henblik på at få konkretiseret baggrunden for oplevelsen af arbejdspress og den nærmere karakter af dette arbejdspress. Også topledere er blevet bedt om at vurdere baggrunde for oplevelser af manglende sammenhæng mellem indsatskrav og ressourcer – og i det hele taget baggrunde for oplevelsen af pres.

Antal beskæftigede på offentlige sygehuse i Danmark i perioden 2001 og 2010 (opgjort i antal fuldtidsbeskæftigede)



Kilde: Det Fælleskommunale Løndatakontor (2004-2010), Løn- og Beskæftigelsesregisteret, Sundhedsstyrelsen (2001-2003)

Workshoprunderne omkring denne problemstilling har været ledsaget af en kort gennemgang af den faktiske personaleudvikling i perioden 2001-2010, hvor antallet af læger, og herunder overlæger, samt antallet af sygeplejersker mv. er steget i væsentligt omfang jf. figuren ovenfor.

I kvalificeringen af den omhandlede "presproblematik" via workshops folder et mere sammensat og varieret billede af baggrunde for oplevelsen af pres sig ud. Blandt de forhold, der især og på tværs af de gennemførte workshops trækkes frem, kan nævnes følgende:

- Oplevelsen af det, der (varierende grad) omtales som "meningsløse former for registreringer og dokumentation" samt oplevelsen af, at krav til registrering og dokumentation kommer fra mange forskellige (overordnede) kanaler, og ofte (sådan opleves det tilsyneladende) uden at der er sammenhæng i eller koordination mellem de forskellige former for krav
- Oplevelsen af, at det fungerer dårligt, selvom der her er væsentlige forskelle mellem regionerne og de involverede hospitaler – idet ikke mindst speciallægerne i Region Hovedstaden synes at pege på det som et helt grundlæggende problem, hvor hjælperedskaber, der er tænkt som aflastende for speciallægerne, opleves som "tidsrøvere" på grund af problemer med funktions-niveauer, "nedetider" osv.
- Oplevelsen af, at der er stigende krav til produktionen, ikke alene som følge af udviklingen i volumener (øget antal udskrivinger, øget antal ambulante besøg og øgede antal operationer mv.), men også som følge af flere detaljerede krav til kvalitet og eksakte produktionsmåder, hvoraf en del opleves som unødvendige eller unødvendigt detaljerede og/eller komplicerende

- Oplevelsen af, at de mange omlægninger (som følge af regionernes strukturplaner eller hospitalsplaner mv.) indebærer kontinuerlige flytninger, hvor fysik og infrastruktur ofte først (sådan opleves det tilsyneladende) kommer på plads en del tid efter, afdelingsfusioner eller -indflytninger er gennemført

Hertil kommer forskellige andre forhold, der også er repræsenteret, bl.a. oplevelsen af at have manglende indflydelse på egne arbejdsmæssige rammer og omfanget af egne arbejdsmæssige forpligtelser – mange telefonopkald i løbet af dagen, mange afbrydelser i løbet af dagen, hvor man pludselig må prioritere en anden opgave højere, end den man lige er i gang med.

Involverede topledere er også blevet konfronteret med problematikken omkring pres. Flere anfører, at væksten i personaleressourcer gør det uforståeligt, at oplevelsen af pres er så markant til stede – også selvom der kan konstateres væsentligt øgede produktionsmængder i perioden fra 2001 til 2010.

En del topledere udtrykker forståelse for, at it indimellem kan opleves som en "modstander" snarere end en hjælp – men generelt vurderes it, og den videre udvikling og konsolidering af it, som en væsentlig del af den forbedrede infrastruktur, der skal være med til at reducere oplevelsen af pres. Hospitalsenheden Horsens er et eksempel på, at det kan lade sig gøre at give speciallægerne (og de øvrige personalegrupper) it-infrastrukturer, der letter arbejdsgange og varetagelse af arbejdsopgaver, og hvor speciallægerne generelt anerkender it som en klar hjælp.

Endvidere anfører flere topledere, at der sagtens kan være presoplevelser i dele af et hospitalsmiljø, selvom oplevelsen af pres ikke er generel. Dette kan være tilfældet i sammenhænge, hvor det ikke er muligt (eller ikke hurtigt nok) at rekruttere speciallæger svarende til forudsatte normeringsniveauer.

Det anføres også – ikke alene fra toplederniveau, men også fra involverede speciallæger – at personaleplanlægningen måske kan gøres bedre og måske også mere langsigtet, og at der er forskellige niveauer af disciplin, når det gælder overholdelse af forudsatte fremmøder. Og at fravigelser fra ellers forudsatte fremmøder kan give, ikke alene speciallæger, men også de samarbejdende personalegrupper, en klar oplevelse af pres.

Endelig peges der, her især fra speciallæger, men i nogen grad også fra topledere, på, at der kan være ganske store forskelle på rammebetingelserne for forskellige sygehuse og sygehusafdelinger, og at forskelle i kapacitet til at udføre ensartede indsatser på forskellige sygehuse kan være ganske store.

Det kan i sammenhængen også nævnes, at der i forskellige projektsammenhænge konstateres ganske store forskelle i produktivetsniveauer på tværs af afdelinger inden for samme speciale. Der er her tale om et ganske ømtåleligt felt, men det forekommer ikke desto mindre væsentligt, at hospitalsafdelinger kan fungere med ganske store forskelle i henseende til produktivitet og effektivitet, og at afdelinger med høje performanceniveauer erfaringsmæssigt ikke synes at have dårligere arbejdsmiljø eller større grad af presoplevelser. Indimellem kan vurderingen næsten være modsat, dvs. at afdelinger, der fungerer knap så godt, måske også i højere grad repræsenterer de dele af det samlede driftsmiljø, hvor presoplevelserne er størst.

3.5 Arbejdsmiljø

Undersøgelsen af speciallægers arbejdsopgaver og arbejdstilrettelæggelse har omfattet en række temaer vedrørende arbejdsmiljø, herunder en undersøgelse af, hvilke faktorer som påvirker arbejdsmiljøet henholdsvis positivt og negativt⁸.

I undersøgelsen af speciallægenes arbejdsmiljø indgår resultatet af en trivselsundersøgelse foretaget på Hvidovre Hospital i forbindelse med Region Hovedstadens undersøgelse af arbejdsmiljøet i regionen samlet set. Undersøgelsen på Hvidovre Hospital omfatter 326 læger og tandlæger og 56 læger under videreuddannelse⁹.

De spørgsmål, hvor læger og tandlæger giver den laveste score, dvs. mellem ringe grad og nogen grad, handler om oplevelsen af generende afbrydelser i løbet af arbejdsdagen, om hvorvidt det er muligt at nå at holde pauser i løbet af dagen og oplevelsen af, om der er tid nok til at gennemføre egne arbejdsopgaver. Her scores mellem 33 og 44 point ud af 100 mulige, hvilket svarer til et sted mellem "i ringe grad" og "i nogen grad". Det stemmer overens med de input, som er kommet fra de deltagende speciallæger i interviewrunden og workshoprunden. Højeste score er på spørgsmålet om den generelle tilfredshed med job, alt taget i betragtning, hvor scoren er 75 svarende til "i høj grad".

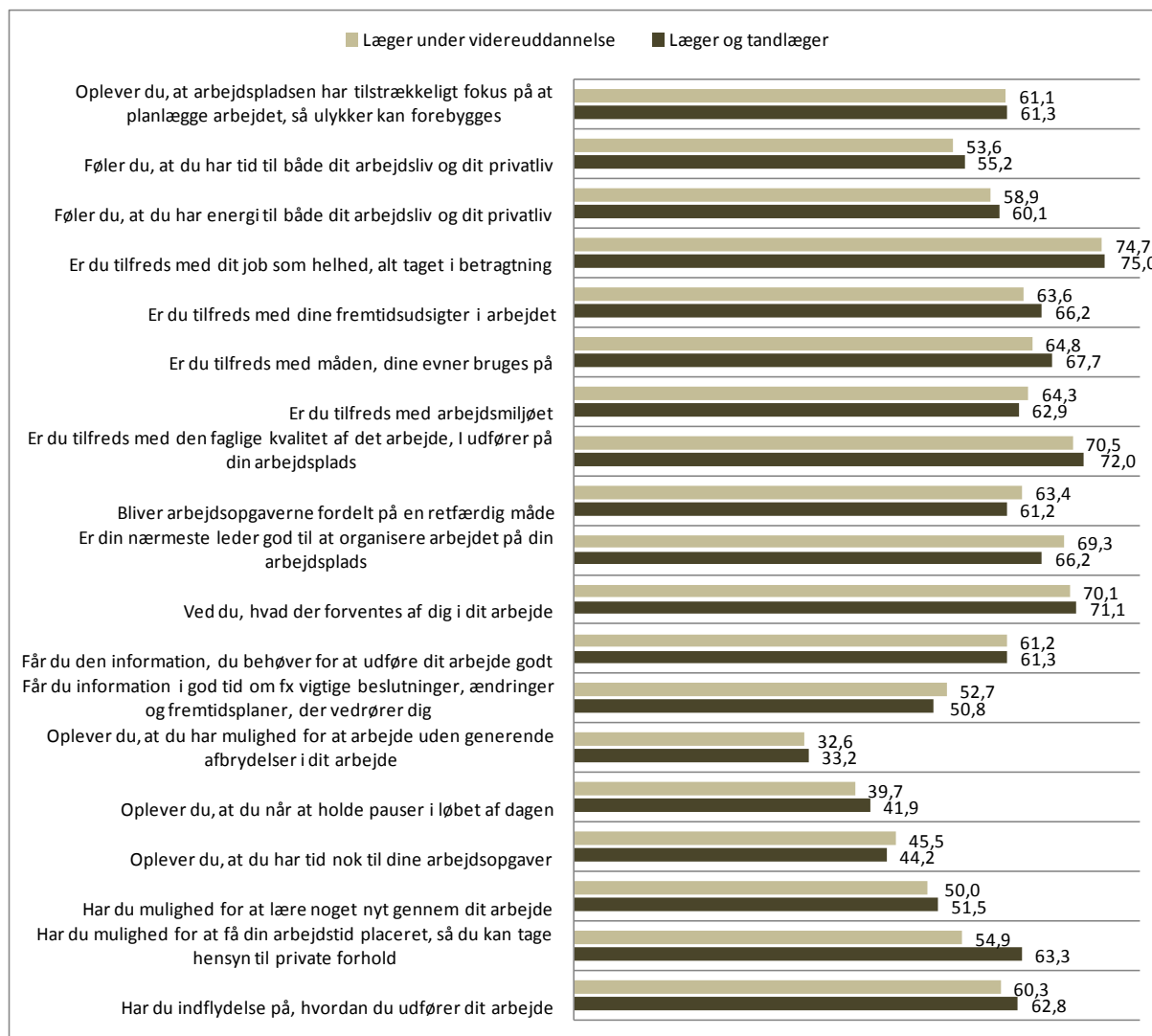
Undersøgelsen af speciallægenes **arbejdsmiljø** har taget udgangspunkt i følgende:

- Hvilke faktorer som påvirker arbejdsmiljøet, fx faglige udviklingsmuligheder, arbejdsintensitet, arbejdsmiljølovgivning, krav til faglighed og patientsikkerhed
- Afvejning af behovet for langsigtet planlægning af hospitalets aktivitet i forhold til behovet for fleksibilitet for den enkelte læge
- Afvejning af krav til faglighed og patientsikkerhed arbejdstider og arbejdsmiljø for den enkelte læge

⁸ Der er ikke leveret data om utilsigtede hændelser i relation til arbejdstider og tidspunkter på døgnet fra de deltagende hospitaler i indværende projekt. Det betyder at det i denne undersøgelse ikke er muligt at sige noget om sammenhængen mellem arbejdstid og patientsikkerhed.

⁹ Læger og tandlæger omfatter afdelingslæger, fondslønnede læger, overlæger m/vagt, og overlæger u/vagt. Læger under videreuddannelse omfatter 1. reservelæger, reservelæger intro og reservelæger i klinisk basisuddannelse

Undersøgelse af lægers trivsel på Hvidovre Hospital, 2011



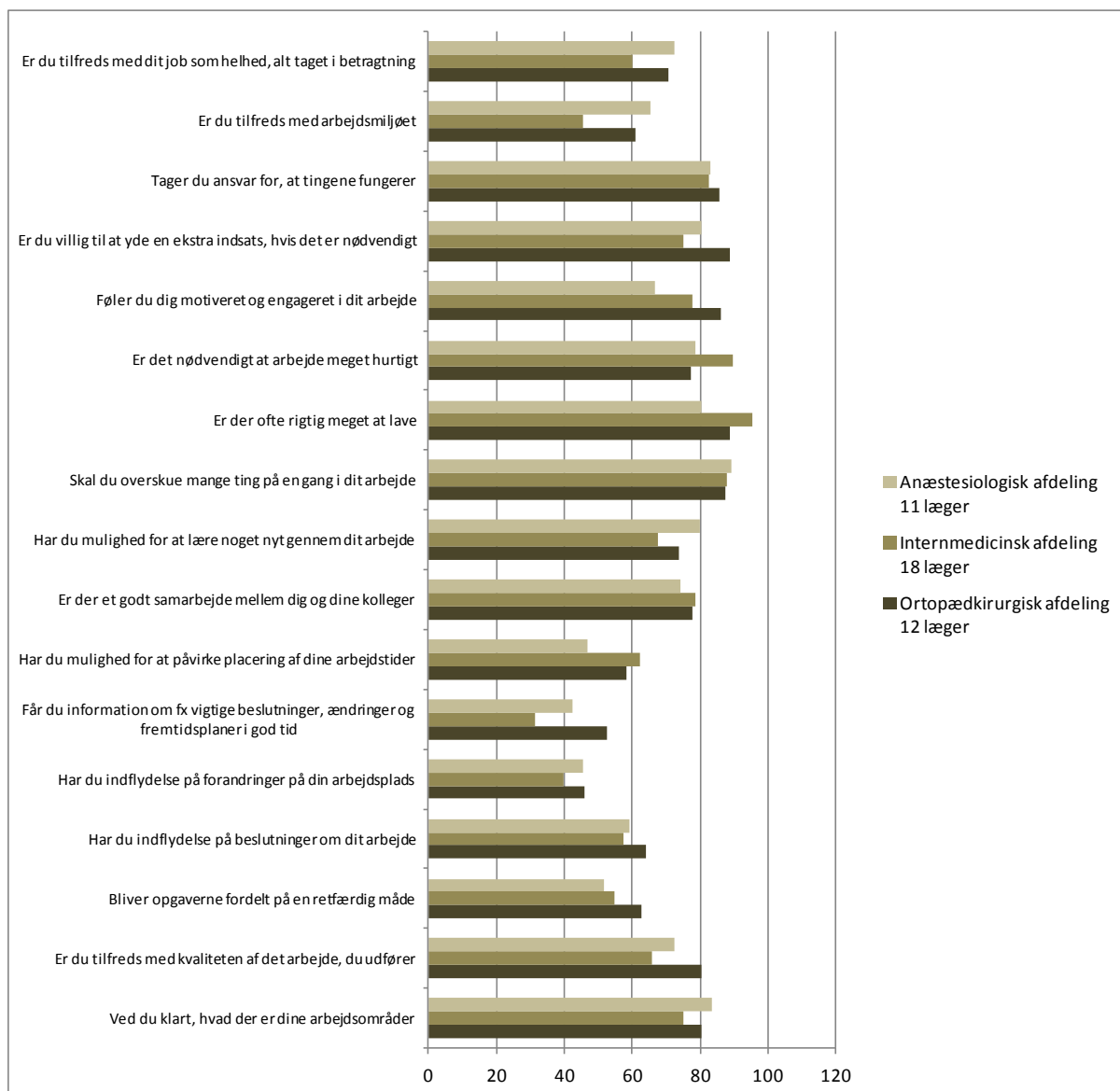
Kilde: Udvalgte spørgsmål fra TrivselOP 2011, Hvidovre Hospital, udvidet rapport

Note: Besvarelsene er givet på en skala fra 0 til 100, hvor 0 er "slet ikke", 25 er "i ringe grad", 50 "i nogen grad", 75 "i høj grad" og 100 er "i meget høj grad"

I undersøgelsen af speciallægenes arbejdsmiljø indgår desuden resultatet af en trivselsundersøgelse foretaget på Nykøbing F. Sygehus i forbindelse med Region Sjællands undersøgelse af arbejdsmiljøet i regionen samlet set i 2011. Opgørelsen omfatter alle læger, dvs. både ledende overlæger, overlæger, reservelæger, timelønnede mv. Scoren er opgjort ud fra en skala fra 0-100, hvor svaret "i meget høj grad" svarer til 100 og "slet ikke" svarer til 0.

De spørgsmål, hvor lægerne giver den laveste score, handler om, hvorvidt lægen modtager information om fx vigtige beslutninger, og om lægen har indflydelse på forandringer på egen arbejdsplads. Det stemmer overens med de input, som er kommet fra de deltagende speciallæger i interviewrunden og workshoprunden. Højeste score er på spørgsmålet, om der ofte er rigtig meget at lave, og om lægen skal overskue mange ting på én gang i sit arbejde. Det er ikke muligt ud fra tilfredshedsundersøgelsen at se, om oplevelsen er, at der er **for** meget at lave, eller om man skal overskue **for** mange ting. Interviewundersøgelsen afdækker, at de deltagende læger oplever et arbejdspress på grund af, at der er for meget at lave, og at man skal overskue for mange ting.

Undersøgelse af lægers trivsel på Nykøbing F. Sygehus, 2011



Kilde: Udvalgte spørgsmål fra Trivselsmåling 2011, Nykøbing F. Sygehus. Note: Besvarelsene er givet på en skala fra 0-100, hvor 0 er "slet ikke" og 100 er "i meget høj grad"

Faget og arbejdsopgaver

Tilfredshedsundersøgelsen på Hvidovre Hospital peger på, at lægerne i høj grad er tilfredse med den faglige kvalitet af det arbejde, som foregår på arbejdspladsen. Tilsvarende peger tilfredshedsundersøgelsen fra Nykøbing F. Sygehus på, at lægerne er tilfredse med kvaliteten af det arbejde, de udfører.

Deltagerne i interviewundersøgelsen peger samstemmende på, at selve det fag, de arbejder inden for, fagets mangfoldighed og de afvekslende arbejdsopgaver, er et væsentligt positivt element i forhold til det oplevede arbejdsmiljø. I forhold til selve faget fremhæver deltagerne faglig udvikling og muligheden for specialisering som positive faktorer. Det, at der er meget at lave, at arbejdet er uforudsigeligt, og at der er faglig udvikling, opleves ligeledes som positive elementer i det eksisterende arbejdsmiljø. Desuden peger deltagerne på samarbejdet på tværs af specialer og mulighederne for at optimere patientbehandling og patientforløb som væsentlige positive elementer i arbejdsmiljøet. Flere nævner også det at kunne give en god undervisning til studenter og læger under

videreuddannelse som et positivt element i arbejdsmiljøet i dag. Ovennævnte oplevelser går igen på tværs af specialer og store og små sygehuse og underbygges af de medarbejdertilfredsundersøgelser og APV-undersøgelser, som har været tilgængelige for undersøgelsen.

Relationer og samarbejde

Næst efter faget og arbejdsopgaverne peger deltagerne på det kollegiale og det tværfaglige samarbejde som væsentlige positive elementer i det oplevede arbejdsmiljø. Adspurgt om, hvem det kollegiale samarbejde omfatter, afdækkes det, at oplevelsen omfatter det samarbejde, som er inden for den samlede lægegruppe, dvs. også samarbejde mellem speciallæger og læger under videreuddannelse. Deltagerne peger endvidere på, at der er et godt sammenhold i lægegruppen, og der er en oplevelse af, at lægegruppen er dedikeret til at "få tingene til at lykkes". Der er en bred oplevelse af at arbejde sammen med dygtige samarbejdspartnere, både inden for og uden for egen afdeling. Deltagerne peger samstemmende på god tone, hjælpsomhed, åbenhed og tillid som positive elementer i arbejdsmiljøet på deres afdeling. Disse oplevelser går igen på tværs af specialer og store og små sygehuse.

Tilfredshedsundersøgelsen på Nykøbing F. Sygehus og Hospitalsenheden Horsens underbygger, at lægerne oplever, at de har et godt samarbejde med kollegerne.

Arbejdstilrettelæggelse

Arbejdstilrettelæggelse er et tema, som fylder meget i forhold til spørgsmålet om, hvilke faktorer som har en negativ påvirkning af arbejdsmiljøet. På tværs af specialer og store og små hospitaler peger deltagerne på, at dobbeltfunktioner har en stor negativ indvirkning på arbejdsmiljøet. En dobbeltfunktion kan fx være, at en læge på samme vagt skal passe stuegangen og har "vagten", dvs. de akutte funktioner i afdelingen. Lægerne kan nemt komme i den situation, at der er akut brug for dem flere steder samtidig (operationsgang, sengeafsnit, ambulatorium, lægesekretær, der har brug for en underskrift eller guidning osv.). Det går igen på tværs af de deltagende afdelinger, at det som regel er stuegangen, som nedprioriteres, hvilket i høj grad påvirker samarbejdet mellem lægerne og plejepersonalet og i det hele taget plejepersonalets arbejdstilrettelæggelse og afviklingen af aktiviteterne på sengeafsnittene.

Dobbeltfunktionerne influerer også på omfanget af afbrydelser, som deltagerne ligeledes peger på som en negativ faktor for arbejdsmiljøet. Afbrydelsers negative påvirkning af arbejdsmiljøet underbygges af de medarbejdertilfredsundersøgelser og APV-undersøgelser, som har været tilgængelige for undersøgelsen. Tilfredshedsundersøgelsen på Hvidovre Hospital viser, at respondenterne kun i ringe grad oplever, at de har mulighed for at arbejde uden generende afbrydelser. Omfanget af afbrydelser er påvirkeligt af både kulturen og den gældende planlægning af dagens opgaver og dermed ikke uden betydning ud fra et driftsmæssigt synspunkt.

På tværs af afdelinger og hospitaler peger deltagerne på et stigende arbejdspress, og at det ofte ikke er muligt at holde pauser. Oplevelsen af et stigende arbejdspress og manglende pauser og den negative påvirkning af arbejdsmiljøet det har, underbygges af de medarbejdertilfredsundersøgelser og APV-undersøgelser, som har været tilgængelige for undersøgelsen. Flere nævner i den sammenhæng afbrydelser – særligt fra telefonopkald – som værende en betydelig kilde til stress.

Stort arbejdspress i vagten nævnes som et andet væsentligt negativt element for arbejdsmiljøet på afdelingerne i udkantsområderne. Der er ikke fundet samme oplevelse af arbejdspress i vagten på de store hospitaler. Forskellen underbygges af analysen af stillingsprofiler på de deltagende afdelinger, hvor der er en tendens til, at der er få vagtfri stillinger på hospitalerne i udkantsområderne. Omvendt har hospitalerne i hovedstadsområdet flere speciallæger uden vagt. Ikke overraskende er der derfor også forskel på kravet til overenskomstmæssige rammer i forhold til vagtforpligtelse. På hospitalerne i udkantsområder peger speciallægerne på, at der er behov for at sikre, at læger over 60 år kan gå i vagtfri stillinger. Flere peger på, at der i den forbindelse er behov for mere fleksible vagtordninger, fx

en mulighed for at kunne tilkaldes på specifikke dage, men uden at skulle indgå i et vagtlag med fast tilkaldevagt.

Speciallæger i vagt og ledende overlæger oplever, at der over de seneste år er kommet et mindre råderum for selv at tilrettelægge arbejdet, hvilket påvirker arbejdsmiljøet negativt. Speciallæger uden vagt og speciallæger i forskerstillinger har generelt en mere positiv oplevelse af arbejdstilrettelæggelse og oplever i højere grad, at der er mulighed for selv at tilrettelægge arbejdet, hvilket de oplever som et positivt element i forhold til arbejdsmiljøet. Dette fremgår både af interviewundersøgelsen og af tilfredshedsundersøgelsen på Hvidovre Hospital.

Spørgsmålet om, hvordan arbejdstilrettelæggelsen afvejes i forhold til privatlivet og familielivet for den enkelte læge, besvares forskelligt på tværs af lægegruppen og er delvist uafhængigt af, om der er tale om speciallæger eller læger under videreuddannelse. Der er en tendens til, at læger, som ikke har mindre børn, oplever det som naturligt og i orden, at afdelingens behov kommer før den enkelte læges behov for fridage mv., mens læger med mindre børn oplever, at det kan være vanskeligt at få arbejdsliv og familieliv til at hænge sammen. Det samme gælder spørgsmålet om deltagelse i "skæve" vagter (fx kl. 10.00-20.00). Her er tilbagemeldingen fra læger med mindre børn, at sådanne vagter er svært forenelige med et liv med familie og børn. Disse oplevelser underbygges af de medarbejdertilfredsundersøgelser og APV-undersøgelser, som har været tilgængelige for undersøgelsen, hvor deltagerne er blevet spurgt om muligheden for at placere arbejdstiden under hensyntagen til privatlivet. Trivselsundersøgelsen på Nykøbing F. Sygehus viser, at spørgsmålet om, hvorvidt det er muligt at påvirke placeringen af egne arbejdstider, ligger som et af de spørgsmål, som har lavest tilfredshed. Tilfredshedsundersøgelsen på Hospitalsenheden Horsens viser, at spørgsmålet "Jeg er tilfreds med min daglige arbejdsmængde" kommer ud som et af de spørgsmål, som har lavest tilfredshed (evalueringscore 53, vigtighedsscore 88).

Organisatoriske forhold

Deltagerne fra de enheder og hospitaler, som er i gang med implementering af nye hospitalsplaner, oplever disse ændringer som en negativ faktor i forhold til arbejdsmiljøet. Dette er ikke ensbetydende med, at ændringerne fagligt set opfattes som u hensigtsmæssige. Det er mere processen samt hastigheden af og præmisserne for forandringer, der præger arbejdsmiljøet negativt. Den negative konsekvens for arbejdsmiljøet handler således dels om en oplevelse af ikke at blive involveret i ændringerne og taget med på råd, dels om en oplevelse af, at ændringer er styret af økonomi og behovet for besparelser mere end af en sundhedsfaglig logik eller ønsket om sammenhængende patientforløb af høj kvalitet. Denne oplevelse går igen i tilfredshedsundersøgelsen på Nykøbing F. Sygehus, hvor den laveste tilfredshed findes på netop spørgsmålene "Får du information om fx vigtige beslutninger, ændringer og fremtidsplaner i god tid" og "Har du indflydelse på beslutninger om dit arbejde".

I forbindelse med analysen af deltagerne oplevelse af organisationsændringer er der skelnet mellem deltagerne oplevelse af, om organisationsændringerne er fagligt hensigtsmæssige og set i forhold til, om deltagerne har været på en afdeling, som skulle afgive eller modtage funktioner. Her er der en tendens til, at organisationsændringer opleves som negative for arbejdsmiljøet, når ens afdeling eller arbejdsområde er blevet overtaget af en anden afdeling. Omvendt er der en tendens til, at organisationsændringer opleves som positive for arbejdsmiljøet på de afdelinger, som modtager nye funktioner fra andre hospitaler/afdelinger, fordi det opleves som en styrkelse af egen afdeling. Her er der ikke forskel på, om der er tale om store eller små hospitaler eller om forskellige specialer.

Ledelse og styring

Deltagerne i undersøgelsen peger samstemmende på, at de ressourcer, der er til den direkte kliniske konfrontationstid, er under pres, hvilket påvirker arbejdsmiljøet negativt. Oplevelsen er, at der altid er midler til at styrke "dem, der skal kontrollere", og at der er flere og flere, der styrer og kontrollerer, og samtidig færre og færre, der udfører det kliniske arbejde.

Økonomi og begrænsede ressourcer er den mest nævnte faktor, som påvirker arbejdsmiljøet negativt. Der er en bred forståelse af, at opgaven skal løses inden for de ressourcer, der er, men at det bliver stadig sværere at leve op til patienternes forventninger inden for de ressourcer, der er til rådighed. Der er en udbredt opfattelse af, at der skal laves mere og mere med færre og færre ressourcer, hvilket blandt andet betyder, at lægerne skal varetage flere funktioner på samme tid, og at vagterne bliver mere belastede. Deltagerne savner generelt, at styringslogikken nuanceres, således at det ikke kun er budgetoverholdelse på afdelingsniveau, som er styrende, men at også patientforløbstækning og faglig kvalitet tænkes ind i styringsmodellerne.

Ledelse fremhæves som en positiv faktor for arbejdsmiljøet. Et eksempel herpå er en bevidst ledelsesindsats i forhold til at ophæve hierarkiet i lægegruppen, hvor speciallæger og læger under videreuddannelse ses som og arbejder som én gruppe. Ligeledes påskønnes det flere steder, at de ledende overlæger i øget ustrækning er gode til at friholde speciallæger fra administrative byrder – og at mulighederne for at arbejde med sit fag og sine faglige specialiteter netop er noget af det, der gør, at arbejdsmiljøet alt andet lige opleves som bedre.

Omvendt opleves topstyring og manglende indflydelse på vigtige strategiske beslutninger inden for eget fagområde som en faktor, der påvirker arbejdsmiljøet negativt.

It og uhensigtsmæssig it-understøttelse er et rammevilkår, som deltagerne peger samstemmende på, når der spørges ind til faktorer, som påvirker arbejdsmiljøet. Oplevelsen er, at det øger arbejdspresset, at der er ventetid på PC-adgang, mange forskellige log-on, krav om dobbeltregistrering, nedetider mv.

4. Udviklingstendenser

Workshoprunde II og især workshoprunde III har haft fokus på udviklingstendenser i sundhedsvæsenet, som må forventes at kunne påvirke speciallægenes arbejdstilrettelæggelse og arbejdsforhold i et fremadrettet perspektiv.

Deltagerne blev som inspiration præsenteret for udfordringsbilleder fra blandt andet Norge, Sverige og Skotland samt de løsninger, som man i disse lande har valgt at satse på for at imødegå disse udfordringer. I bilag 5.3 er givet et resumé heraf.

Det samlede udfordringsbillede i Danmark, som også ses i de øvrige OECD-lande, kan kort opridses som følger:

- Den demografiske udvikling, hvor der i de kommende år (årtier) vil være en stadig voksende andel af ældre (fra 65 år og opefter) og en væsentlig stigning i antallet af ældre i aldersgruppen 80 år+, medfører i sig selv et øget pres. Ældrebefolkningen står for væsentlige andele af forbruget af sygehus- og øvrige sundhedsydelser – op mod 40% af de samlede sundhedsudgifter. Samtidig betyder den demografiske udvikling, at andelen (og antallet) af befolkningen, som er i den erhvervsdygtige alder, i en periode vil være faldende. Det gælder således også inden for sundhedsfagene.

Effekterne af den demografiske udvikling for sundhedssystemets udgiftsbehov og for rekruttering til opgaverne vurderes derfor generelt at blive markante.

- Den demografisk betingede udfordring for sundhedssystemet ledsages af de effekter, der fortsat kan forventes i tilknytning til den kontinuerlige udrednings- og behandlingsteknologiske udvikling, hvor nye former for bl.a. apparatur og medicin giver øgede muligheder for at hjælpe befolkningen – men hvor nye metoder ofte også er mere omkostningskrævende. Mange af de dyreste nye udrednings- og behandlingsformer ligger inden for de specialiserede eller højt specialiserede sygehusfelter og medvirker derfor til at øge andelen af udgifter for en relativt begrænset del af det samlede patientvolumen. Denne udvikling giver dermed også et særligt pres på de samlede sundhedsudgifter og påvirker mulighederne for at håndtere de mere almindelige sygdomme, som mange borgere rammes af i løbet af et liv.

Effekterne af ny udrednings- og behandlingsteknologi for sundhedssystemet og for systemets udgiftsbehov vurderes generelt (og fortsat) at blive mærkbare. Også selvom nye former for teknologi i en række henseender medvirker til at mindske udgiftspreset – eksempelvis via mindre invasive kirurgiske metoder samt fortsat øgede muligheder for dagbehandling og hjemmemonitorering mv.

- Der ligger, samtidig med en forventning om en stigende efterspørgsel på sygehuseydelser, formentlig en betydelig udfordring i, at den kommende sygehusstruktur er planlagt med færre og større sygehusenheder (supersygehuse) og har en samlet set markant mindre sengekapacitet. Introduktionen og opbygningen af fælles akutmodtagelser må forventes at bidrage til at kompensere

I perioden 2006-2009 steg de gennemsnitlige udgifter pr. patientforløb med 3% pr. år – målt i fast pris- og lønniveau.

Fra 2002-2005 udgjorde væksten i gennemsnitlige udgifter pr. patientforløb 1½% pr. år.

Generelt gik de øgede udgifter i 2002-2005 til behandling af stadig flere patienter, mens de i 2006-2009 gik til stadig dyrere patientforløb.

Dyrere behandlingsmetoder spillede i stigende grad ind fra 2006. Gennemførte analyser indikerer, at andelen af de samlede udgifter til de 5% dyreste patientforløb vokser.

Fra "Analyse af aktiviteten i sygehusvæsenet – juni 2010", Indenrigs- og Sundhedsministeriet

for det fremtidige sengebehov ved at sikre færre og kortere akutte indlæggelser, ligesom den fortsatte omlægning til ambulante og dagkirurgiske forløb også vil bidrage. Som minimum må det dog forventes, at omstillingen i sygehusvæsenet næppe vil kunne kompensere tilstrækkeligt for nedgangen i sengeantallet, når der samtidig forventes en stigning i efterspørgslen efter sygehusydelse.

Effekterne af den faldende sengekapacitet i sygehusvæsenet samtidig med en stigning i antallet af behandlingskrævende patienter må således forventes at kræve introduktion af andre og nye løsninger.

- Der ligger samtidig et pres i form af mindre ungdomsårgange og dermed færre unge at rekruttere fra uddannelserne på sundhedsområdet. Så selvom der skulle opstå en situation, hvor der faktisk var råd til at ansætte flere i sundhedsvæsenet, ville det ikke være muligt at skaffe "flere hænder".

Generelt indebærer udfordringsbilledet, at flere patienter skal håndteres uden at ressourcerne følger med i samme takt, og herunder specifikt, at speciallægeressourcerne skal anvendes endnu mere optimalt end i dag.

Med udgangspunkt i disse udfordringer og en diskussion om, hvilken forventet udvikling som vil være nødvendig i en dansk kontekst for at kompensere herfor, nåede deltagerne på workshoprunde III frem til en række konkrete bud på de væsentligste konsekvenser for speciallægenes arbejdsopgaver, arbejdstilrettelæggelse og arbejdsforhold i det hele taget – struktureret efter følgende fire spørgsmål:

Hvordan ændres speciallægenes opgavevaretagelse som følge af koncentration af sygehuskapacitet og bygning af supersygehuse og nye akutmodtagelser?

a. Speciallægetilstedeværelse (bl.a. til supervision) hele døgnet på sygehusene.

Det er forventningen, at der af hensyn til kvaliteten og effektivitet i de enkelte patientforløb vil være behov for, at speciallægerne i højere grad end i dag er til stede på sygehusene hele døgnet.

b. Dagen (dagtid) bliver længere.

Det er forventningen, at det øgede antal patienter vil betyde, at sygehusene må udvide produktionen ved at forlænge den normale dagtid.

Hvordan ændres speciallægenes opgavevaretagelse som følge af øgede udfordringer på grund af stigende efterspørgsel og økonomisk pres?

a. Flytte patientkontakt til andre grupper – speciallægen superviserer læger under videreuddannelse, sygeplejersker og primærsektor.

Det er forventningen, at det vil være nødvendigt at optimere udnyttelsen af speciallægenes tid, bl.a. ved at andre faggrupper på sygehusene varetager opgaverne under supervision, men også ved at flytte opgaver ud af sygehusene til sundhedsfaglige personer i primærsektoren – fortsat med mulighed for umiddelbar supervision.

b. Personlig assistent til speciallægerne, fx yngre læge.

Presset på speciallægeressourcerne vil forventeligt stige så meget, at det er nødvendigt at uddelegere mange af de opgaver, som speciallægerne varetager i dag, men som ikke forudsætter speciallægekompetence. Det gælder fx administration, registrering mv., hvor det er deltagerens vurdering, at en omkostningseffektiv løsning kan være, at speciallægen har en personlig assistent. Den personlige assistent kan fx være en læge under videreuddannelse, som samtidig sikres intensiv supervision og mulighed for sparring i uddannelsesforløbet.

Hvordan ændres speciallægenes opgavevaretagelse som følge af fortsat specialisering og samtidigt behov for specialetværgående indsatser?

a. Fleksibel arbejdstidstilrettelæggelse.

Det er deltagernes forventning, at det vil være nødvendigt at benytte andre former for arbejdstidstilrettelæggelse, fx med forskudte mødetider.

b. Sikring af bredde og højde i kompetencerne. Specialisterne skal bevare bredden.

Både af hensyn til det akutte arbejde, men også i forhold til en mere tværfaglig tilgang til den enkelte patient, er det forventningen, at der vil være behov for en ledelsesmæssig og planlægningsmæssig indsats, som gør, at den enkelte speciallæge – samtidig med den helt nødvendige fordybning i eget speciale – også fastholder sine generelle lægelige kompetencer.

Hvordan ændres speciallægenes opgavevaretagelse som følge af udvikling og opbygning af det sammenhængende sundhedsvæsen?

a. Mere opbakning fra sygehuset til primærsektoren – specialeafhængigt, hvordan det skal se ud.

Alt efter speciale er det forventningen, at speciallægerne på sygehusene i højere grad end i dag vil skulle supervisere indsatser i almen praksis og i kommunerne, således at den primære sundhedssektor bliver i stand til at varetage en større del af de opgaver, som i dag varetages af speciallægerne på sygehusene.

b. Praktiserende læger som en del af det sammenhængende sundhedsvæsen.

Deltagernes forventning er, at sektorovergangene fremadrettet kommer til at fylde mere, og at det derfor bliver nødvendigt at integrere de praktiserende læger yderligere med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet for at sikre sammenhæng i forløbene for patienterne – og dermed en samlet set bedre ressourceudnyttelse.

5. Bilag

5.1 Arbejdsopgaver og roller

Indsamlede stillings- og funktionsbeskrivelser opgjort på funktion og hospital.

Enhed	Uddannelses- ansvar	Overlæge/ afdelingslæge	Patientsikker- hed & kvalitetssikring	Ledelse	I alt
Nykøbing F. Sygehus	7	3	2		12
Horsens Sygehus		1		1	2
Hvidovre Hospital	1	2			3
Psykiatrisk Center København		2		3	5
Ålborg Universitetssygehus	1	1			2
Århus Universitetssygehus				1	1
Psykiatrisk Center Nordsjælland					0
Sydvestjysk Sygehus					0

5.2 Arbejdsmiljø

Trivselsundersøgelse, 8 læger, Akutafdelingen Hospitalsenheden Horsens, 2011



Fem udsagn der er vigtige og som er evalueret særligt positivt

Læger akutafdelingen

Lederen/Ledelsen anerkender min arbejdsindsats (Evalueringscore: 79) (Vigtighedsscore: 96)

Lederen/Ledelsen medvirker til, at arbejdspladsen ser de udfordringer, som fremtiden bringer (Evalueringscore: 88) (Vigtighedsscore: 86)

Jeg har et spændende job (Evalueringscore: 88) (Vigtighedsscore: 84)

Vi har et godt samarbejde (Evalueringscore: 78) (Vigtighedsscore: 94)

Vi støtter hinanden i vanskelige situationer på arbejdet (Evalueringscore: 78) (Vigtighedsscore: 94)

27 · www.regionmidtjylland.dk



Fem udsagn der er vigtige og som er evalueret mindre positivt

Læger akutafdelingen

Lederen/Ledelsen bidrager til, at der er en løbende dialog om min udvikling (Evalueringscore: 41) (Vigtighedsscore: 89)

Vi er gode til at give hinanden feedback (Evalueringscore: 41) (Vigtighedsscore: 88)

Det er de rigtige ting, vi bruger mest tid og energi på i det daglige arbejde (Evalueringscore: 44) (Vigtighedsscore: 88)

Jeg kan forene kravene på mit arbejde med mit privatliv (Evalueringscore: 53) (Vigtighedsscore: 91)

Jeg er tilfreds med min daglige arbejds mængde (Evalueringscore: 53) (Vigtighedsscore: 88)

28 · www.regionmidtjylland.dk

5.3 Udviklingstendenser i sammenlignelige lande

Som inspiration til workshop III har Implement indhentet erfaringer med akutmodtagelser fra Norge og Sverige, beskrivelser af arbejdsdelingen mellem primær og sekundær sektor i Norge, Sverige og Finland samt af konkrete eksempler på ændret arbejdsdeling mellem sygehus og kommune i Norge, Sverige og Finland. Nedenstående beskrivelse er alene Implements beskrivelse.

I lande som Norge, Sverige og Finland arbejdes generelt med strategiske satsninger,

- hvor primærsektoren i stigende grad varetager sundhedsindsatser, herunder via øget varetagelse af indsatser i forhold til borgere med kronisk sygdom eller langvarige tilstande med sundhedsproblemer
- hvor der i øget omfang arbejdes med udbredelse af telemedicinske løsninger, hjemmemonitorering og udgående former for indsatser
- hvor initiativer i retning af stratificering (med henblik på at målrette indsatser til de borgersegmenter, der har størst behov) og struktureret egenomsorg opprioriteres
- hvor driftsmæssig koordination og forpligtende samarbejde mellem de forskellige aktører i det samlede sundhedssystem – sygehuse, kommuner, praktiserende læger og speciallæger mv. – forbedres væsentligt
- hvor balancen mellem offentlig finansiering og privat finansiering af sundhedsydelser genovervejes

Udfordringsbilledet vurderes i disse lande at give behov for i væsentligt omfang at koncentrere kliniske ressourcer, herunder specialiserede lægelige ressourcer, for at sikre sammenhængende og kvalitetsmæssigt optimale faglige miljøer inden for især de specialiserede og højt specialiserede arbejdsfelter, herunder arbejdsfelterne med relativt små volumener, hvor samling af kapacitet og ekspertise anses for at være vigtigt for at udvikle og fastholde gode kliniske resultater.

I de nævnte lande vurderes det samtidig, at det er nødvendigt at ændre balancen mellem kapaciteten i de specialiserede lægetjenester (sygehuse og praktiserende speciallæger) og lægekapaleten til de lokale sundhedstjenester (kommuner og almen praksis). Der ses således her en udvikling, som betyder, at flere og flere speciallægeopgaver og andre traditionelle sygehusopgaver fremadrettet udføres i primærsektoren, herunder fx:

- Flere kliniske ekspertsygeplejersker, der varetager opgaver inden for specielle faglige felter såsom sammensatte rehabiliteringsopgaver, plejeopgaver og mindre komplekse behandlingsopgaver
- Flere primærsektorielle sygepleje- og lægebetjente intermedieære enheder, der tager sig af ældre medicinske patienter, der udskrives stadig hurtigere, eller som netop på grund af de intermedieære enheder kan undgå indlæggelse/genindlæggelse. Der ses her forskellige løsninger på lægebemandingen – fra sygehuse (som udetjeneste) – fra almen praksis og læger ansat direkte i kommuner. I Norge er der fx eksempler på konstruktioner, hvor geriatriske læger så at sige er flyttet over i kommunalt/primærsektorielt regi, og hvor den kommunale ældreomsorg er integreret med lægebaserede udgående teams, ambulante subakutte tjenester og intermedieære enheder
- Flere primærsektorielle ”modtagelser” eller enheder målrettet borgere med kronisk sygdom
- Flere primærsektorielle modtagelser for borgere med psykiske problemer og/eller misbrugsproblemer

Samtidig ses en udvikling, hvor potentialerne i telemedicinske løsninger og hjemmemonitoreringsløsninger i stigende grad søges udnyttet. Det gælder forskellige former for patientmæssig ”fjernbetjening” eller support/supervision.

”Det bliver en forskyvning af tyngdepunktet fra specialhelsetjenesten til mer fokus på kommunehelsetjenesten. Specialhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal bli mer likeverdige beslutningstakere.”

Fra Helse- og omsorgsdepartementet i tilknytning til den norske Samhandlingsreform

I de omtalte lande har man alle steder fundet, at der er et akut behov for at indføre et finansieringssystem for sundhedsvæsenet, som skaber incitamentter til øget samarbejde og koordination på tværs af sektorer og sundhedsaktører. Man har her erkendt, at finansieringssystemer (som det nuværende i Danmark) nok har sin berettigelse, når man ønsker at øge produktiviteten i sygehusvæsenet, men omvendt skaber barrierer for samarbejde og koordination.

I de omtalte lande – Skotland, Norge, Sverige og Finland – ses samtidig et betydeligt fokus på at skabe rammebetingelser og finansieringssystemer, som understøtter en bedre integration af praksissektoren i et sammenhængende sundhedsvæsen.