



Den gode medicinske afdeling

Et debatoplæg

Arbejdsgruppe under
Dansk Selskab for Intern Medicin 1995

Ad hoc-redaktion:

Thomas Gjørup,
Jan Aldershvile,
Ib Abildgaard Jacobsen,
Hans Karle,
Bent Carsten Kirkegaard,
Solveig Henneberg Pedersen,
Jens F. Møller-Petersen,
Marianne Schroll &
Mogens Tangø

Indledning

Der har i de seneste år været en betydelig opmærksomhed om kvalitetsspørgsmål. I sundhedssektoren har en række organer beskæftiget sig med kvalitetssikring, og det har været en gennemgående opfattelse, at behandling af kvalitetsspørgsmål skal varetages af faggrupper med direkte ansvar for patientbehandlingen. Det har derfor været en selvfølge, at de videnskabelige selskaber har engageret sig i opgaven ved bl.a. at være repræsenteret i Rådet for Medicinsk Kvalitetssikring.

For at støtte udviklingen nedsatte Dansk Selskab for Intern Medicin i efteråret 1994 en arbejdsgruppe med henblik på at tegne et portræt af den gode medicinske afdeling. Arbejdsgruppen har haft følgende medlemmer:

Overlæge, dr.med. *Thomas Gjørup* (formand)

Overlæge, dr.med. *Jan Aldershvile*

Overlæge, dr.med. *Ib Abildgaard Jacobsen*

Overlæge, dr.med. *Hans Karle*

Overlæge, dr.med. *Bent Carsten Kirkegaard*

Reservelæge *Solvejg Henneberg Pedersen*

Overlæge, dr.med. *Jens F. Møller-Petersen*

Professor, overlæge, dr.med. *Marianne Schroll*

Centerdirektør overlæge *Mogens Tangø*.

Arbejdsgruppen har afholdt fem møder, og et foreløbigt oplæg blev drøftet på Dansk Selskab for Intern Medicins generalforsamling i oktober 1994, på selskabets konference om arbejdstilrettelæggelse i januar 1995, og ved et temamøde september 1995. Arbejdsgruppen har ved udformning af debatoplægget taget udgangspunkt i de nuværende forhold i det danske sundhedsvæsen. Der er dog samtidig gjort forsøg på at skue fremad. De krav, den gode medicinske afdeling forventes at skulle opfylde i de kommende år, er beskrevet.

Det har ikke været arbejdsgruppens hensigt at anvise, hvordan den enkelte afdeling skal nå frem til at opfylde disse krav. Kravene vil givetvis, blandt andet betinget af lokale forhold, kunne opfyldes på forskellig måde. Arbejdsgruppens forslag vil sikkert på de fleste afdelinger kræve en række organisatoriske og ressourcemæssige ændringer, men på trods heraf ønsker arbejdsgruppen, at debatoplægget opfattes som en realistisk vision.

Andre har i de forløbne år beskæftiget sig med parallelle problemstillinger. Der er derfor lagt vægt på først og fremmest at anskue problemerne fra en intern medicinsk synsvinkel. Patientens opfattelse af kvalitet bestemmes af en lang række forhold, herunder service og afdelingens fysiske indretning, men sådanne forhold er kun i mindre grad inddraget i dette debatoplæg, som primært vedrører lægefaglig kvalitet. Patienter og administrativt personale opfatter det ofte som en selvfølge, at den faglige kvalitet er i orden, og fokuserer derfor mere på periferiydelsen, end det faglige personale gør.

Det vil fremgå, at flere af de problemer, som oplægget beskæftiger sig med, har været drøftet før og måske forekommer selvindlysende. Erfaringen har imidlertid vist, at mange almene problemer ikke er løst, og det er arbejdsgruppens opfattelse, at udviklingen nu stiller krav om, at der handles. Ansvar herfor påhviler først og fremmest ledelsen af de enkelte afdelinger.

Oplæggets opbygning

Oplægget er opdelt i tre hovedafsnit:

- klinisk virksomhed
- arbejdstilrettelæggelse, organisation, samordning og samarbejde
- forskning, udvikling og uddannelse.

Kvaliteten af behandlingen på en afdeling er betinget af indsatsen på disse tre områder. En vis overlapning i beskrivelsen af de tre områder har ikke kunnet undgås. Der er ikke gjort forsøg på at foretage en udtømmende beskrivelse af de forhold, der bestemmer kvaliteten. Inden for hvert område er der udvalgt et begrænset antal temaer, hvoraf nogle vedrører kliniske arbejdsgange. Temaerne er valgt på grundlag af arbejdsgruppens diskussion af de problemer, som er særlig iøjefaldende og vigtige at løse i de kommende års udvikling af kvaliteten på intern medicinske afdelinger.

Arbejdsgruppen har for hvert tema anført en standard, der skal opfattes som det begrundede krav til den gode medicinske afdeling. Som et eksempel kan nævnes: »Alle patienter skal senest 24 timer efter indlæggelsen have lagt plan for undersøgelse og behandling med skøn over indlæggelsesvarighed.«

Debatoplægget afsluttes med en liste over disse standarder, ca. 60 i alt. Det er tanken, at den enkelte afdeling skal kunne sammenligne egen praksis med de opstillede standarder. Den enkelte afdelings opgaver og muligheder kan blandt andet af organisatoriske og ressourcemæssige grunde være forskellige, men arbejdsgruppen har fundet det vigtigt med angivelse af standarder at fremhæve det gode eksempel.

Resultat af patientbehandling og certificering

Det er ikke tilstrækkeligt, at en afdelings praksis opfylder bestemte krav. De foranstaltninger, der gennemføres, skal føre til en stadig forbedring af resultatet af patientbehandlingen. Dette kan være vanskeligt at påvise. Det er dog vigtigt, at man i forbindelse med indførelse af nye procedurer, arbejdsformer m.m. sikrer dokumentation af effekt.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at de temaer, der er udvalgt, ikke skal danne grundlag for en formel certificering. En sådan proces gennemføres sædvanligvis ved, at en udvalgt instans ud fra en checkliste foretager en detaljeret gennemgang af en virksomhed med henblik på formel godkendelse. Det er primært hensigten med debatoplægget, at den enkelte afdeling skal kunne hente inspiration med henblik på at fungere på et højt niveau.

Klinisk virksomhed – patientens vej igennem den intern-medicinske afdeling

Visitation

Det er den gode medicinske afdelings opgave at sørge for den mest relevante og ressourcemæssigt korrekte løsning af patientens problem under hensyntagen til patientens hele situation. Patientbehandlingen skal før, under og efter indlæggelse fremstå som et samlet hele.

Når patienten henvises til hospitalsbehandling, skal den primært søges gennemført uden indlæggelse. Indlæggelse skal finde sted, når patientens tilstand og sociale vilkår gør det vanskeligt at gennemføre undersøgelse, behand-

ling, observation og pleje på anden måde. Henvisninger skal være fyldestgørende, således at hospitalets undersøgelse og behandling sker i direkte fortsættelse af henvisende læges.

Der skal foreligge oplysninger om aktuelle sygdom, funktionstab og sociale forhold af betydning for indlæggelsen. Direkte lægekontakt i forbindelse med indlæggelse fremmer koordinering, samarbejde og en hensigtsmæssig fordeling af opgaver.

Brug af ambulatorium, dagafsnit, hotelfunktion og et fleksibelt bookingsystem skaber mulighed for at afkorte indlæggelsesforløb i stationært afsnit. Kontinuiteten kan sikres ved, at dagafsnit og ambulatorium placeres i forbindelse med sengeafsnit.

For at kontakten til hospitalet kan gøres mindst belastende for patienten, skal akut indlæggelse kun foretages, når andre muligheder ikke er til stede. Der bør tilvejebringes en mulighed for subakut indlæggelse og tilsyn, således at de patienter, som er tilset af en læge i primærsektoren og ønskes indlagt, kan indlægges i dagtiden. Den gode internmedicinske afdeling har observationspladser, hvor patienten kan observeres nogle timer uden at det fører til indlæggelse.

Ved at henvise patienten til ikkeakut indlæggelse forbedres muligheden for planlægning, både for patienten og for afdelingen. Samtidig skabes der mulighed for at planlægge og gennemføre diagnostiske undersøgelser før eventuel senere indlæggelse.

Opgaverne for en internmedicinsk afdeling

Der skal altid foretages en helhedsvurdering af patienten. En relevant behandling vil kun kunne opnås, hvis det af henvisningen klart fremgår, hvilke problemer den indlæggende læge ønsker afdelingen skal tage sig af. Afdelingens indsats bør derefter først og fremmest samle sig om at løse disse problemer. Det skal undgås, at der påbegyndes undersøgelser og behandling af problemer, som ikke er relevante for patientens aktuelle sygdom, og som lige så godt kan varetages af patientens egen læge. Derimod kan det anbefales, at afdelingen påpeger uløste problemer over for egen læge med råd om videre behandling.

Sygdomsforebyggelse

Den gode medicinske afdeling er engageret i sygdomsforebyggelse. Denne opgave vil komme til at spille en større og større rolle, blandt andet som følge af et tættere tværsektorielt samarbejde. Inden for større sygdomsområder som fx iskæmisk hjertesygdom, kronisk obstruktiv lungesygdom, apoplexia cerebri og diabetes mellitus er der en række muligheder for gruppeorienteret undervisning, information og patientrådgivning.

Planlægning af et patientforløb under indlæggelse

Anamneseoptagelse og anden udspørgen af patienten i forbindelse med indlæggelse og stuegang må ikke ske i andre patienters påhør. Undersøgelse af patienten må ikke finde sted i andre patienters påsyn.

Ligeledes skal alle patienter have tildelt plads på en sygestue ved indlæggelsen.

Det er uacceptabelt på den gode medicinske afdeling at have senge på gangene.

Alle patienter skal senest 24 timer efter indlæggelsen have lagt en plan for undersøgelse og behandling med skøn over indlæggelsens samlede varighed. Planen skal så vidt muligt omfatte det samlede indlæggelsesforløb. Den skal lægges af en specialist eller under supervision af en specialist. Det skal herefter løbende sikres, at planen holdes eller, om nødvendigt, justeres.

Planen lægges så vidt muligt sammen med patienten og koordineres med plejepersonalet, og den skal foruden diagnostik og behandling også omfatte pleje, omsorg og, om nødvendigt, genoptræning og løsning af sociale problemer. Der bør for større sygdomsgrupper foreligge generelle forløbs- og behandlingsplaner.

Patienten vil have bedre mulighed for at indstille sig på udskrivelse, og støtteforanstaltninger i eget hjem vil i højere grad kunne etableres uden forsinkelse, hvis planen på baggrund af en professionel vurdering indeholder en tentativ udskrivningsdato.

Spildtid som følge af dårlig planlægning er både fra patientens synspunkt og af ressourcemæssige hensyn uacceptabel.

Information og adfærd

Undersøgelse og behandling skal i videst muligt omfang planlægges i samråd med patienten. Patientens ret til at afslå forslag til undersøgelse og behandling skal respekteres. Væsentlig information skal gives af en kvalificeret læge. Der skal foreligge skriftlig information for større undersøgelser og udvalgte behandlinger med beskrivelse af bivirkninger og risici. Det skal sikres, at patienten har forstået informationen.

Den gode medicinske afdeling sikrer, at de ansatte har en imødekommende og korrekt adfærd over for patienter og pårørende.

Diagnostiske procedurer

Den gode medicinske afdeling opnår, og vedligeholder, rutiner inden for basale undersøgelsesteknikker. I medicinske afdelinger skal følgende undersøgelser kunne udføres: knoglemarvsbiopsi, rektoskopi, arbejds-ekg, oftalmoskopi, otoskopi, lumbalpunktur, ortostatisk blodtryksmåling, ascitespunktur, mikroskopi af blodudstrykningspræparater, pleuracentese og leverbiopsi. Den gode medicinske afdeling registrerer med lægelig identifikation sine diagnostiske procedurer.

Det skal sikres, at en afdeling udfører tilstrækkelig mange af bestemte typer undersøgelser til, at nødvendig rutine kan opretholdes. Særlige forhold vedrørende patientsammensætning, subspecialisering og mulighed for bistand udefra kan gøre, at bestemte procedurer ikke udføres på en afdeling. Af uddannelsesmæssige hensyn bør udvalgte procedurer i perioder begrænses til få læger.

Rekvisition af tilsyn fra andre afdelinger

Den gode medicinske afdeling skal udnytte sit eget lægelige potentiale i diagnostik og behandling. Der har i de forløbne år været en tendens til, at man inden for faget tager stilling til et stadig snævrere spektrum af problemer og til, hvad der kan ligne en vægning ved at stå alene om behandling af patienter. Tilsyn fra andre afdelinger indebærer i sig selv ofte flere ordinationer og dermed en belastning af på-

tienter og ressourcer, blandt andet fordi det kan være vanskeligt at tilsidesætte et råd fra en læge, som er tilkaldt fra et andet speciale.

Den brede internmedicinske uddannelse gør det muligt at tage ansvaret for at behandle hovedparten af de problemer, der ses hos patienter, som visiteres til internmedicinske afdelinger.

Brug af tilsyn skal ikke være bestemt af udbudet af specialer på et hospital. Er der behov for hjælp, skal denne primært søges ved interkollegial konsultation såvel i som imellem afdelinger. Tilsyn skal reserveres til de patienter, der har behov for, at en læge fra en anden afdeling direkte taler med og undersøger patienten. Ikkeakutte tilsyn skal gennemføres inden for et døgn.

Journalføring

Den gode medicinske afdeling belaster ikke patienten med unødigt dubleret udspørgen, fx ved i forbindelse med samme indlæggelse at lade patienten udspørge af sygeplejerske og læge om de samme forhold på forskellige tidspunkter.

Den gode medicinske journal skal være præcis og undgå gentagelser. Journalnotater skal i nødvendigt omfang omfatte planen for den videre behandling, så vidt muligt frem til udskrivningstidspunktet. Et journalnotat, som blot planlægger behandlingen det kommende døgn, er langt fra altid tilfredsstillende. Foreligger der en plan, vil det mindske behovet for at skrive i journalen. Det er indtrykket, at der generelt skrives for meget og for bredt i medicinske journaler. Der kan med fordel ved længere indlæggelsesforløb laves kliniske resumeer.

Af hensyn til sikkerheden af patientbehandlingen og undgåelse af fejl skal ordination af undersøgelser og behandling kun noteres ét sted. Dette registreringssystem skal være fælles for læger og sygeplejersker. Det skal være en del af journalen og være signeret af lægen.

Udskrivelse

Patienten kan udskrives, når funktionsevnen har nået et niveau, der muliggør ophold i eget hjem, og når undersøgelse og behandling af det problem, der førte til indlæggelse, ikke længere kræver ophold i en hospitalsseng. En udskrivelse skal på forhånd gennemdrøftes med patienten og eventuelt også med pårørende. For at sikre, at patienten kan indstille sig på udskrivelse, og at de nødvendige hjælpeforanstaltninger i hjemmet kan etableres, er det nødvendigt, at udskrivelsestidspunktet planlægges så tidligt under indlæggelse som muligt.

I forbindelse med udskrivelse skal det sikres, at alle ordnede undersøgelser er gennemført, at indløbne undersøgelsesvar er set, og at de relevante konsekvenser er taget. Der skal foreligge en plan for opfølgning, enten i primærsektoren eller i afdelingens ambulatorium, også med henblik på opfølgning af manglende undersøgelsesvar. Denne plan skal fremgå af journalen.

Det skal sikres, at patienten er informeret om indlæggelsesforløbet og den videre plan efter udskrivelse og har forstået, hvad der er sket og skal ske. Udskrivelsen skal foretages eller superviseres af en kompetent læge, så vidt muligt den speciallæge som har været involveret i patientens forløb.

Epikriser

Den læge, der udskriver patienten, dikterer epikrisen i forbindelse med stuegang. Her kan den videre plan koordineres med patienten og sygeplejersken, således at planlægningsfejl og misforståelser undgås. Det skal fremgå, hvordan ansvaret for den videre patientbehandling fordeles. Af hensyn til sikkerhed af patientbehandling skal epikrisen sendes til egen læge den dag, patienten udskrives. Efter weekend og helligdage sendes epikrisen senest den første hverdag. Ved den hurtige afsendelse af epikrisen kan det blive nødvendigt at eftersende eventuelle senere indløbne undersøgelsesvar.

Ambulatorium

Den gode medicinske afdeling har i samarbejde med primærsektoren udformet retningslinier for, hvilke patienter der skal til kortvarig kontrol i afdelingens ambulatorium efter udskrivelse, og hvilke patienter der fortsat skal følges ambulant. Den gode medicinske afdeling vil ved en formuleret politik for brug af ambulatorium og ved fortløbende at bedømme, om politikken følges, kunne styre patienttilgangen til ambulant behandling. Afdelingen skal have en kontrolmekanisme, der sikrer, at patienter ikke »gror fast« i afdelingens ambulatorium. Et overfyldt ambulatorium kan være resultat af manglende styring.

Hos de patienter, der fortsat behandles i afdelingens ambulatorium, sikrer den gode medicinske afdeling, at patientens egen læge orienteres skriftligt efter hvert ambulant besøg eller i henhold til nærmere aftale. Dette kan eksempelvis gøres ved fotokopi af journalnotat eller ved brug af vandrejournal.

Permanent behandling i specialambulatorium skal kun foretages for patienter, der ikke kan behandles af egen læge, medmindre særlige videnskabelige hensyn taler for det modsatte. Argumentet for ambulant behandling bortfalder, hvis behandlingen ikke foretages eller superviseres af læger på specialistniveau. Af uddannelsesmæssige hensyn kan ambulant behandling foretages af ikke-specialister, hvis det sker under supervision.

Patienten skal, efter eget valg, som hovedregel ses af samme læge i ambulatoriet, hvilket stort set altid kan opnås ved ordentlig planlægning.

Der skal ved booking af ambulante patienter tages individuelle hensyn til patienter og til ambulatorielægens kvalifikationsniveau, således at ventetid undgås. En ventetid på over 15 minutter er uacceptabel og kan som hovedregel undgås gennem bookingproceduren.

Senest syv dage efter henvisning til ambulant undersøgelse skal patienten have modtaget indkaldelse og senest 14 dage herefter modtages til undersøgelse. Alle nyhenviste patienter skal på visitationstidspunktet på baggrund af henvisningssedlen have lagt en plan, således at der er mulighed for at foretage undersøgelser før første ambulante møde. Såfremt henvisningssedlen ikke muliggør dette, skal alle patienter på førstedagen i ambulatoriet have lagt en plan for undersøgelse og behandling af speciallæge.

Arbejdstilrettelæggelse, organisation, samordning og samarbejde

Opgaver og mål

Den gode medicinske afdeling har beskrevet sine opgaver

og mål. Disse skal foreligge i afdelingens administrative instruks. Det skal før ansættelse sikres, at lægerne er orienteret om opgaver og mål, og disse skal drøftes i forbindelse med ansættelsessamtale, som skal gennemføres for alle læger.

Tilrettelæggelse af arbejdet omkring patienten – kliniske team

Kliniske team vil her blive beskrevet fra et behandlingsmæssigt og senere fra et uddannelsesmæssigt synspunkt. Der skal sikres afsnitstilknytning for den enkelte læge, således at der opbygges kliniske team. Hensigten hermed er at sikre størst mulig kontinuitet, således at patienten ikke undersøges og behandles af flere læger end nødvendigt. I hvert team skal der dagligt være en overlæge, afdelingslæge eller 1. reservelæge til stede. De kliniske team skal være tværfaglige og foruden læger bestå af sygeplejersker og afhængigt af patientgruppe, fysioterapeut og repræsentanter fra andre relevante personalegrupper.

Hvis nye læger dagligt skal sætte sig ind i sygehistorien, opstår der spildtid. Kontinuitet reducerer endvidere risikoen for kommunikations- og informationsfejl, og der opnås en mere glidende afvikling af arbejdet på afdelingen. Visse af de procedurer, som foretages på en undersøgelsesstue, fx pleuracentese og ascitespunktur, skal tilstræbes udført på sengeafsnittet, hvor ambulante kontrol efter udskrivelse eventuelt også kan finde sted.

Den enkelte læge skal i videst muligt omfang selv færdiggøre arbejdet med patienten, eksempelvis i forbindelse med stuegang. Den stuegangsgående læge skal udføre alt lægeligt relevant arbejde i forbindelse med patienten, såsom at skrive epikrise, recepter og henvisninger.

Det sikrer ikke nødvendigvis kvaliteten af behandlingen, at patienten kun ses af én læge, men patienterne synes ofte, at de ser for mange læger. Samtidig er der en udvikling i gang, som indebærer, at mere erfarne læger må overtage en del af det arbejde, yngre kolleger tidligere har udført.

Yngre lægers overenskomst hindrer ikke en arbejdstilrettelæggelse med en høj grad af teamtilknytning.

Det vil være naturligt, at ressourcekrævende undersøgelser og tilsyn kun ordineres efter konference med en erfaren læge, som umiddelbart er til rådighed for afsnittet. Større kontinuitet af patientbehandlingen vil givetvis indebære færre journalnotater.

Den faste afsnitstilknytning for en reservelæge betyder, at denne højst to gange om måneden i dagtiden sættes til at arbejde på et andet afsnit end sit sædvanlige.

Teamarbejdet forventes både at give større patienttilfredshed og større tilfredshed og engagement blandt læger og sygeplejersker.

Bemanding af et afsnit

En 1. reservelæge, en afdelingslæge eller en overlæge skal være til stede dagligt på de enkelte afsnit og lede det kliniske team. Stillinger skal besættes med de relevante personer, det vil sige uddannelsesstillinger med læger der har behov for det pågældende uddannelseselement, ligesom lægerne skal være formelt kompetente til de stillinger, de besidder. Samtidig skal de opgaver, lægerne pålægges, betinges af det speciale, de sigter imod.

Forbrug og ressourcer

Undersøgelser og behandling skal foretages under hensyntagen til forhåndenværende ressourcer. Det bør løbende sikres, at de tildelte ressourcer anvendes optimalt.

Den gode medicinske afdeling har et realistisk budget og er forpligtet til at holde dette, for så vidt der ikke pålægges den nye eller øgede opgaver. Selvstændige afdelingsbudgetter, blandt andet inden for personale og drift, skal i videst muligt omfang gennemføres.

Den gode medicinske afdeling har fastlagte aktivitets- og kvalitetsmål, som følges jævnlige i form af registrering af gennemsnitlig liggetid, antal ambulante kontakter, indlæggelser etc.

Arbejdstilrettelæggelsen skal tage udgangspunkt i patientforløbet, således at dette ikke forsinkes. Der må ikke opstå inaktive sengedage og spildtid. Ordinationer skal udføres under hensyntagen til indlæggelsesforløbets effektivitet; det vil sige at sengeafdelingens og serviceafdelingens arbejdstilrettelæggelse skal tilstræbes fastlagt i overensstemmelse hermed. Den gode medicinske afdeling foretager ikkeakutte tilsyn inden for 24 timer, og sikrer, at afdelingens egne patienter opnår samme service. Det må anses for uacceptabelt, at patienter skal vente i flere dage på at få gennemført en undersøgelse eller få udført et tilsyn.

Den behandlende læge skal i større omfang orienteres og orientere sig om et undersøgelsesresultat, samme dag som undersøgelsen er gennemført. Justering af det videre behandlingsforløb skal således ikke udskydes, fordi den behandlende læge først næste dag får forevist resultatet af fx en røntgenundersøgelse.

Kliniske vejledninger

Den gode medicinske afdeling skal have ajourførte kliniske vejledninger for en række almindeligt forekommende tilstande og akutte og komplicerede sygdomme samt for områder, hvor afdelingen besidder særlig ekspertise. Alle afdelingens læger skal deltage i udformningen af vejledninger. De kliniske vejledninger bør indeholde referencer til originalarbejder.

»Instruksbogen« skal ud over de kliniske vejledninger indeholde en administrativ del angående visitationsregler, arbejdstilrettelæggelse, tilsynsfunktion, epikriseskrivning osv.

Vagtarbejde

Vagtarbejdet skal, både af hensyn til patienten og til vagtholdet, begrænses til det relevante. I det omfang det er fagligt forsvarligt, skal det tilstræbes at flytte arbejde fra vagtperioden til dagtid. Dette må ske i samarbejde med primærsektoren. Indlæggelse af en patient uden for dagtid bør kun foretages, hvis ikke andre muligheder er til stede. Der skal skabes mulighed for, at patienter, der er vurderet i primærsektoren i vagtperioden, kan indlægges eller modtages til vurdering i dagarbejdstiden.

Der er behov for at vurdere relevansen af det arbejde, der foretages på aftenstuegangen. Gennemgang af blodprøver m.m. kan i vidt omfang og med fordel foretages ved afslutningen af den almindelige dagtid af de læger, der er tilknyttet afsnittet, i stedet for af vagthavende læge.

Der skal sikres nødvendig supervision under vagten og feedback efter vagten. Det skal understreges, at vagtarbejdet har en selvstændig uddannelsesværdi.

Samarbejde med primærsektoren

På den gode medicinske afdeling er samarbejdet med primærsektoren så tæt, at behandlingen før, under og efter indlæggelse kommer til at fremstå som et samlet hele. Koordination og kommunikation skal sikre, at fejl og misforståelser undgås. Henvisninger og epikriser skal som før omtalt være fyldestgørende.

Der skal imellem sektorerne være enighed om opgavefordelingen.

Der skal to gange årligt afholdes fælles møder, hvor samarbejdsformer fastlægges og faglige forhold drøftes.

Patienttilfredshedsundersøgelse

Brugerundersøgelser bør udføres jævnlige på alle medicinske afdelinger. Undersøgelserne kan eventuelt tænkes gennemført på en udvalgt patientgruppe. Hensigten med brugerundersøgelser er primært, at afdelingen får vurderet kvaliteten af arbejdstilrettelæggelse, information og service. Det skal på den måde sikres, at patienterne modtager den behandling, pleje og omsorg, de forventer.

Forskning, udvikling og uddannelse*Videnskabelighed*

Den gode medicinske afdeling fungerer på et videnskabeligt grundlag. Tre væsentlige krav skal være opfyldt:

- procedurer anvendt i diagnostik og behandling inden for specialet skal være eller søges videnskabeligt dokumenteret,
- afdelingen skal have kendskab til den foreliggende dokumentation, og
- afdelingens læger skal handle i overensstemmelse med denne.

For at sikre at dette sker, skal afdelingen være involveret i videnskabelig aktivitet i videste forstand fra fx kritisk gennemgang af videnskabelige artikler til egentligt projektarbejde. Det bør tilstræbes, at enhver medicinsk afdeling, enten på egen hånd eller i samarbejde med andre afdelinger, gennemfører videnskabelige projekter.

Det bør sikres, at alle reservelæger i uddannelsesstillinger, enten på afdelingen eller ved deltagelse i kurser skoles videnskabeligt. Afdelingens reservelæger bør være orienteret om og kende problemstillingen i de videnskabelige projekter, afdelingen er involveret i.

Alle medicinske afdelinger bør på hospitalets eller eget bibliotek have adgang til de vigtigste engelsksprogede almene internmedicinske tidsskrifter og de vigtigste tidsskrifter inden for afdelingens interesseområde. Der skal på afdelingen forefindes en terminal med adgang til elektronisk literatursøgning.

En afdeling skal have en normering, der sikrer tid til videnskabelig aktivitet. Alle yngre læger i introduktions- og undervisningsstilling skal tilbydes deltagelse i et videnskabeligt projekt. De skal tilskyndes til at deltage i og rapportere fra møder i relevante videnskabelige selskaber.

En afdeling kan ikke på egen hånd påtage sig at udvikle og vurdere det videnskabelige fundament for alle de procedurer, den anvender. Afdelingen skal lægge særlig vægt på at sikre, at det videnskabelige fundament er ajourført for de procedurer, som anvendes ved behandlingen af store pa-

tientgrupper eller af patientgrupper, afdelingen er særligt engageret i.

Produktionskontrol

Den gode medicinske afdeling foretager produktionskontrol for at sikre, at afdelingens læger handler, og opnår behandlingsresultater, i overensstemmelse med fagets videnskabelige dokumentation.

Der skal for mindst tre af afdelingens væsentligste sygdomsgrupper foretages en løbende vurdering af behandlingsresultater, herunder hvor det er relevant genvinding af funktionsniveau. Dette kan blandt andet ske ved tilslutning til nationale databaser. Etablering af sådanne skal fremmes. Det er en forudsætning, at produktionskontrol, herunder drift af databaser, sker på et lægevidenskabeligt grundlag.

Introduktion og uddannelse af reservelæger

Den gode medicinske afdeling sikrer ved sin uddannelse af reservelæger, at de i deres virke præges af de i dette oplæg fremsatte synspunkter, således at afdelingen fungerer i overensstemmelse med disse.

Reservelæger skal ved ansættelsens begyndelse have tilsendt eller udleveret målsætning for specialets uddannelse og afdelingens uddannelsesprogram, instruksbog og andet relevant materiale. Læger i uddannelsesstilling skal før ankomsten til afdelingen have tildelt en vejleder og have angivet, på hvilken dato introduktionssamtalen skal finde sted. Ved introduktionssamtalen aftales tidspunkt for efterfølgende samtale og så videre.

Den ansatte skal i forbindelse med tiltrædelsen gennemgå et introduktionsprogram af mindst to dages varighed. Tidligst 14 dage efter ansættelsen må den nyansatte reservelæge gå i selvstændig nattevagt. Forinden skal han/hun have været i følgevagt i dagtiden.

Den gode medicinske afdeling sikrer et trygt og frugtbart uddannelsesmiljø præget af dialog og supervision. Der skal være dublerede dagfunktioner i forbindelse med stuegang, ambulatorium og undersøgelsesstue, og dette skal fremgå af arbejdschemaet.

Uddannelsen i afdelingen skal lægge vægt på en videnskabelig skoling, oplæring i planlægning af patientforløb af høj faglig kvalitet og bevidsthed om ressourceforbrug. Evne til tværsektoriel koordinering og udvikling af selvstændig ansvarfølelse i varetagelsen af diagnostik og behandling over for den enkelte patient skal fremmes. Endvidere skal uddannelsen udvikle evnen til samarbejde, information og kommunikation.

Den enkelte reservelæge skal lære, at han/hun har et væsentligt medansvar for egen uddannelse og en forpligtigelse til at bidrage aktivt til uddannelsen af kolleger og udvikling af afdelingens faglige niveau.

Der skal være mulighed for fravær med løn til kurser, kongresser og anden form for faglig udvikling.

Uddannelsen skal gennemføres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens uddannelsesregler.

På den gode medicinske afdeling udnyttes lægers faglige kvalifikationer af ressourcemæssige og uddannelsesmæssige grunde fuldt ud, hvorfor læger ikke misbruges til blodprøvetagning, journalfremfindelse, sengetransport osv.

Arbejdstilrettelæggelsen skal gennemføres under hensyntagen til den yngre læges kompetence. Dette betyder

blandt andet, at der skal tages hensyn til den mindre erfarne læges arbejdstempo ved arbejdstilrettelæggelsen.

Stort sygefravær og bestemte mønstre heri bør give anledning til overvejelse af, om arbejdsmiljøet er tilfredsstillende. Ad hoc-ændringer i arbejdsplaner bør undgås. Nødvendig flytning af læger fra planlagte opgaver bør ikke kun omfatte de yngste reservelæger.

Kliniske team

Kliniske team er en forudsætning for egentlig supervision. Den herved opnåede bedre patientkontinuitet vil indebære bedre uddannelsesmuligheder, blandt andet ved bedre mulighed for at følge behandlingsforløb.

Vejlederfunktionen skal bringes til at fungere i dagligt klinisk arbejde. Dette indebærer, at der dagligt afsættes reservelæger til superviseret arbejde. Der skal sikres reel supervision ved indlæring af procedurer, stuegang m.m.

For at sikre teamfunktionen skal afdelingslægers, 1. reservelægers og reservelægers arbejdsplan koordineres.

Konferencer

Der skal dagligt – også af uddannelsesmæssige hensyn – holdes morgen- og middagskonference på afdelingen. Alle læger skal deltage i afdelingens konferencer med øvrige afdelinger på sygehuset.

Afdelingen skal mindst én gang ugentlig gennemføre uddannelseskonference bestående af gennemgang af fx sygehistorier, udvalgte problemer eller artikler. Postgraduate klinikker kan være en del af en medicinsk afdelings undervisningsprogram. Undervisning skal indgå i arbejdstiden. Det er af største betydning, at afdelingens overlæger på enhver måde præger uddannelsesmiljøet, blandt andet ved tilstedeværelse ved formaliseret undervisning. Undervisningen skal foretages af læger på alle niveauer. Det er vigtigt, at også yngre læger underviser ældre.

Kontinuerlig lægelig efteruddannelse

Den gode medicinske afdeling sikrer den kontinuerlige lægelige efteruddannelse af afdelingens fastansatte speciallæger. Der er i øjeblikket, blandt andet af de videnskabelige selskaber, ved at blive udviklet programmer for indhold og finansiering af den kontinuerlige efteruddannelse. Det er de enkelte medicinske afdelingers opgave at følge denne udvikling med henblik på at sikre den optimale kvalitet af efteruddannelsen.

Udvalgte standarder

På baggrund af teksten er der udvalgt ca. 60 standarder. Standarderne er opdelt i overensstemmelse med kapitlernes opdeling.

Klinisk virksomhed – patientens vej igennem den intern-medicinske afdeling

Den gode medicinske afdeling:

Visitation

- sikrer, at behandling før, under og efter indlæggelse kommer til at fremstå som et samlet hele
- har beskrevet sine visitationsprocedurer for akutte og ikkeakutte indlæggelser med henblik på at etablere al-

ternativer til akut indlæggelse og til indlæggelse i stationært afsnit

- har i samarbejde med primærsektoren fastlagt retningslinier for fyldestgørende henvisninger
- sikrer, at indlæggelse i stationært afsnit kun foretages, når patientens tilstand og sociale situation udelukker, at undersøgelse, behandling, observation og pleje kan foretages på anden måde.

Opgaverne for en intern-medicinsk afdeling

- koncentrerer først og fremmest sin indsats om at løse de problemer, der har ført til ambulans henvisning eller indlæggelse.

Sygdomsforebyggelse

- medvirker i forebyggende arbejde i samarbejde med sit optagelsesområde.

Planlægning af patientforløb under indlæggelse

- sikrer, at alle patienter får tildelt plads på en sygestue ved indlæggelsen
- sikrer, at udspørgen og undersøgelse af patienten ikke sker i overværelse af andre patienter
- udarbejder for alle patienter senest 24 timer efter indlæggelsen en plan for undersøgelse og behandling med skøn over indlæggelsesvarigheden
- planlægger indlæggelsesforløb, også under hensyntagen til pleje, omsorg, genoptræning og løsning af sociale problemer
- justerer løbende handlingsplanen, blandt andet med skøn over udskrivningstidspunktet.

Information og adfærd

- udarbejder retningslinier for information af patienter om undersøgelses- og behandlingsprocedurer, eventuelt i skriftligt materiale til patienterne
- sikrer, at patienten forstår den givne information og accepterer planerne
- sikrer, at de ansatte har en imødekommende og korrekt adfærd over for patienter og pårørende.

Diagnostiske procedurer

- er i stand til at udføre basale diagnostiske procedurer.

Rekvirition af tilsyn fra andre afdelinger

- udarbejder retningslinier for, i hvilke situationer der skal rekvireres tilsyn
- tilstræber, at hjælp udefra primært søges i form af interkollegial konsultation.

Journalføring

- fører kortfattede og præcise journaler uden gentagelser
- fører journaler, som redegør for diagnostik og behandling, så vidt muligt frem til udskrivnings- eller afslutningstidspunktet
- har kun ét registreringssystem for ordination af undersøgelse og behandling, fælles for læger og sygeplejersker.

Udskrivelse

- har fastlagt retningslinier for fremgangsmåden ved udskrivelsen

- har sikret, at udskrivelse foretages eller superviseres af en tilstrækkelig erfaren læge.

Epikriser

- afsender epikriser den dag, patienten udskrives
- har fastlagt retningslinier for indholdet af epikrisen.

Ambulatorium

- har i samarbejde med primærsektoren udformet retningslinier for, hvilke patienter der behandles i afdelingens ambulatorium
- har sikret, at ambulante patienter altid ses af den samme læge, og at denne er specialist eller superviseres af en specialist
- tager ved booking af patienten hensyn til patientens behov og lægens erfaring
- har ikke ventetider på over 15 minutter
- har indkaldt patienten til forundersøgelse senest syv dage efter henvisningen, og modtaget patienten til undersøgelse senest 14 dage herefter
- lægger hos nyhenviste patienter på førstedagen en plan for undersøgelse og behandling af en speciallæge eller under supervision af en speciallæge
- orienterer egen læge skriftligt efter besøg af de patienter, der følges ambulante.

Arbejdstilrettelæggelse, organisation, samordning og samarbejde

Den gode medicinske afdeling:

Opgaver og mål

- har beskrevet sine opgaver og mål og har sikret sig, at afdelingens medarbejdere er orienteret om disse.

Tilrettelæggelse af arbejdet omkring patienten – kliniske team

- sikrer afsnitstilknytning for læger ved etablering af kliniske team
- sikrer, at den enkelte læge i videst muligt omfang selv færdiggør arbejdet med patienten
- sikrer ved den faste afsnitstilknytning for en reservelæge, at denne højst to gange om måneden i dagtiden sættes til at arbejde på et andet afsnit end sit sædvanlige.

Bemanding af afsnit

- sikrer, at dagfunktioner udføres af læger på relevant kompetenceniveau.

Forbrug af ressourcer

- behandler patienter på det niveau, som under hensyntagen til faglige krav er mindst ressourcekrævende
- undgår inaktive sengedage og spildtid
- har fastlagte aktivitets- og kvalitetsmål, som følges jævnlige, i form af gennemsnitlig liggetid, ambulante kontakter, indlæggelser etc.
- sikrer, at afdelingens læger fortløbende orienteres om udviklingen af aktivitets- og kvalitetsmål.

Kliniske vejledninger

- har tilgængelige kliniske vejledninger for en række tilstande
- har en administrativ instruks.

Vagtarbejde

- tilstræber under hensyntagen til det fagligt forsvarlige at flytte arbejde fra vagtperioden til dagtid.

Samarbejde med primærsektoren

- har en kontaktlæge til almenpraksis
- har et formaliseret direkte samarbejde med optagelsesområdet læger og mødes med disse mindst to gange årligt.

Patienttilfredshedsundersøgelse

- foretager jævnligt patienttilfredshedsundersøgelser på udvalgte områder.

Forskning, udvikling og uddannelse

Den gode medicinske afdeling:

Videnskabelighed

- fungerer på et videnskabeligt grundlag
- tilstræber, at anvendte procedurer er videnskabeligt dokumenterede, at afdelingen har kendskab til dokumentationen og handler i overensstemmelse med denne
- tilbyder alle læger ansat i introduktions- og undervisningsstilling deltagelse i et videnskabeligt projekt
- har bibliotek med fagbøger og adgang til de vigtigste engelsksprogede almene internmedicinske tidsskrifter
- har adgang til elektronisk litteratursøgning.

Produktionskontrol

- foretager produktionskontrol af afdelingens væsentligste sygdomsgrupper
- er tilsluttet databaser for afdelingens væsentligste sygdomsgrupper.

Introduktion og uddannelse af reservelæger

- har fastlagt et program for modtagelse og introduktion af nyansatte reservelæger
- sikrer ved sin uddannelsesplanlægning, at læger i deres virke præges af de i oplægget fremsatte synspunkter, således at afdelingen fungerer i overensstemmelse med disse
- sikrer et trygt og frugtbart uddannelsesmiljø, præget af dialog og fortløbende supervision
- har dublerede stuegange, som er angivet på arbejdsskemaet
- vurderer fortløbende relationen imellem sygefravær og trivsel for afdelingens reservelæger.

Kliniske team

- understøtter uddannelsen gennem etablering af kliniske team
- har integreret uddannelse i alle kliniske arbejds gange såsom konference, stuegang, ambulante virksomhed, procedureudførelse og vagtarbejde
- tilbyder superviseret dagfunktion mindst én gang månedlig for hver af afdelingens reservelæger
- tilrettelægger arbejdet under hensyntagen til reservelægers kompetence.

Konferencer

- afholder dagligt – også af uddannelsesmæssige hensyn –

morgen- og middagskonference og sikrer, at alle læger deltager i afdelingens konferencer med øvrige afdelinger på sygehuset

- har mindst én gang ugentlig formaliseret undervisning af mindst en times varighed.

Kontinuerlig lægelig efteruddannelse

- har fastlagte retningslinier for den kontinuerlige uddannelse af sine fastansatte speciallæger.