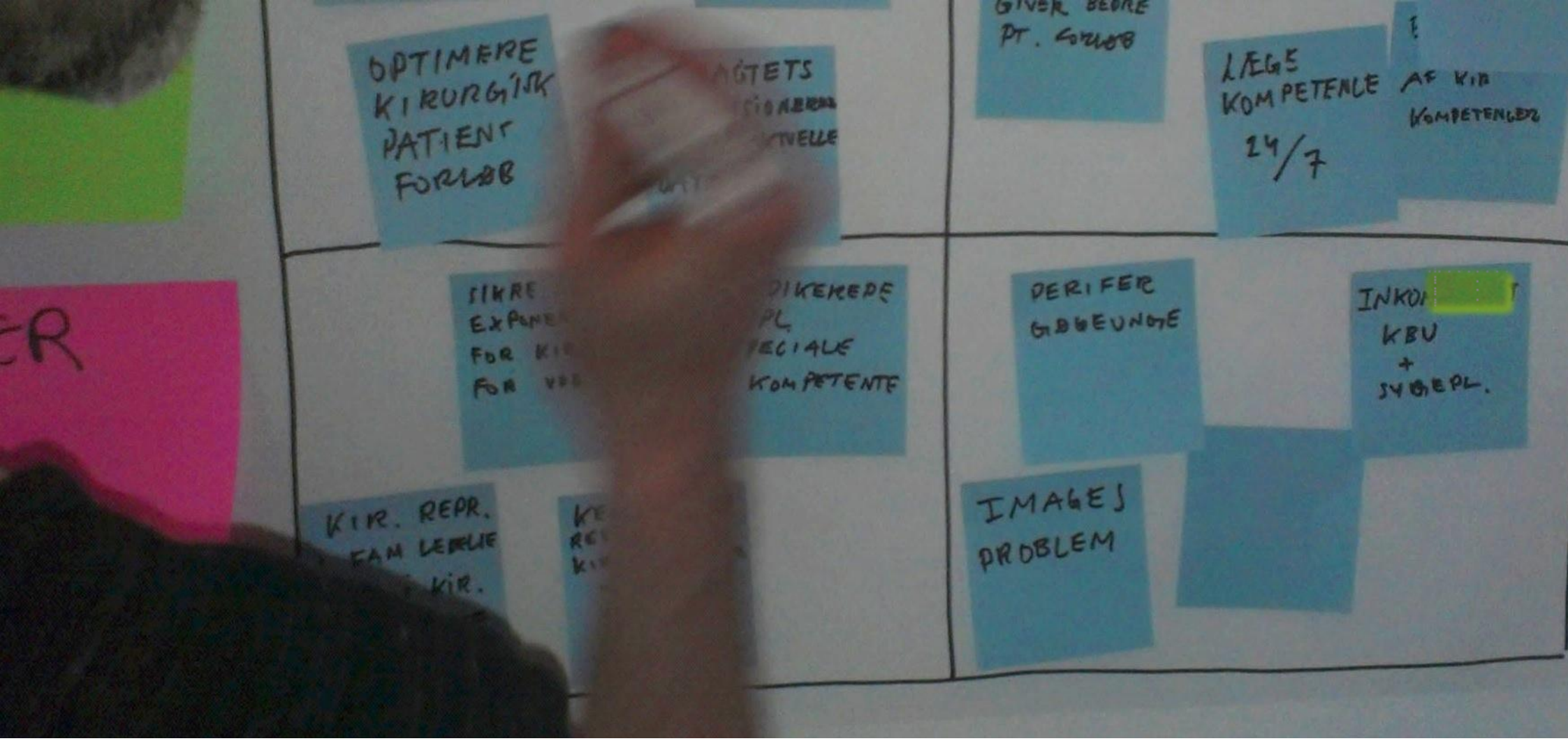


Kirurgi i FAM - to skridt frem eller et tilbage?

Anbefalinger vedrørende kirurgens arbejde i FAM

Diskussionsoplæg FAM-arbejdsgruppe Dansk Kirurgisk Selskab, september 2014

Hvad er udfordringen?

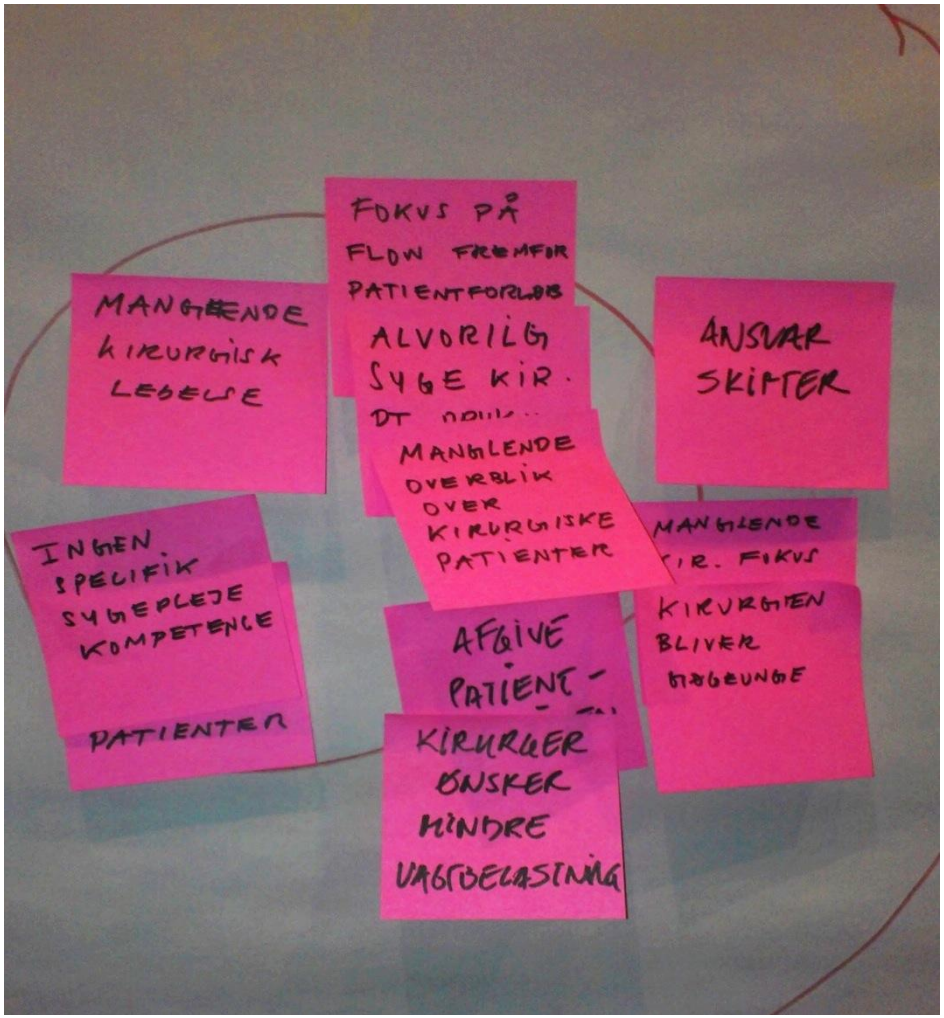
Med udgangspunkt i et ønske om at forbedre patientbehandlingen på de Danske Sygehuse er der iværksat en række tiltag af overordnet karakter, herunder en centralisering af patientbehandlingen på færre og større enheder, udvidelse af eksisterende sygehuse eller nybygning til understøttelse af denne centralisering, samt indførelse af patientforløb gennem fælles akutmodtagelser for de fleste akutte indlæggelser.

Gud og djævlen ligger i detaljen – og der er mange detaljer der ikke er på plads i forhold til disse nye fælles akutmodtagelser.

Visionerne for en bedre patientbehandling er ikke tænkt til ende og der forestår fremadrettet et stort arbejde med at få etableret konkrete rammer for behandlingen af patienterne, så det potentiale der ligger i ændringen af strukturen kan realiseres.

De akutte kirurgiske patienter udgør op mod 20% af de akutte indlæggelser gennem en FAM og en velfungerende kirurgisk "service" i forhold til disse patientforløb er dermed essentielt for FAM's muligheder for at løfte behandlingen af de akutte kirurgiske patienter, både på kort og langt sigt.

DKS ser indikationer på, at den kirurgiske funktion i de fælles akutmodtagelser ikke er optimalt fungerende. På den baggrund har DKS nedsat en arbejdsgruppe, der er fremkommet med en række anbefalinger i forhold til, hvorledes den akutte del af kirurgien bedst muligt kan integreres i FAM.



Udfordringer kortlægges og prioriteres til workshop

Anbefalinger fra FAM-arbejdsgruppe under DKS

Om rekruttering af kirurger til FAM

- Kirurgens rolle i FAM skal være udredning og behandling af patienter med *begrundet* mistanke om kirurgisk lidelse. Speciallæger i kirurgi ansat under fagområdet generel kirurgi varetager ikke akutmedicinske opgaver i FAM.

- Speciallæger i kirurgi under fagområdet generel kirurgi er ansat på den kirurgiske afdeling og sikres herved vedligeholdelse og fortsat udvikling af kirurgiske færdigheder, svarende til mindst 1 operationsdag pr. uge.

Om potentielle modsætningsforhold mellem kravet til flow og faglig kvalitet

- DKS tager medejerskab over udviklingen af kirurgiske indikatorer til akutdatabasen, der sammen med forløbsdata kan give en fagligt brugbar kvalitetsvurdering af de kirurgiske forløb i FAM.

Om håndtering af de mest syge kirurgiske patienter

- Standardiseret modtagelses- og diagnostiske procedurer (f.eks. triage, pakkeforløb) med henblik på minimering af tid til operation og optimering af beslutningsproces - Tidlig identifikation er essentiel.

- Effektiv tværfaglig kommunikation (kirurgi-anæstesi-Spl) og triagering til perioperativt behandlingsniveau.

- Præoperativ optimering og observation i anæstesiologisk regi på intermediært afsnit umiddelbart efter operationsindikation er stillet.

- Perioperativ optimering af kredsløb med højt monitoreringsniveau i hele den perioperative fase. På nuværende tidspunkt bør dette varetages af anæstesiologisk plejepersonale.

Om optimering af de akutte kirurgiske patientforløb

- Etablering og evaluering af standardforløb for de store grupper af akutte kirurgiske tilstande, inkl. beskrivelse af roller og ansvarsfordeling, bør udvikles i et regionalt/nationalt samarbejde

Om plejepersonalets kompetencer

- Plejemæssig specialeopdeling i FAM, med fortsat fokus på plejepersonalets patientnære kompetencer. Støtte til udvikling af et kirurgisk fagmodul i akutsygepleje uddannelsen

Om FAM som godt kirurgisk uddannelsessted

- Prioritering af kirurgiske KBU stillinger i uddannelsens 2. halvår forudgået af et halvt års ansættelse i FAM. Den kirurgiske KBU-læge indgår i det kirurgiske team, med mulighed for at se hele kirurgiske patientforløb, deltage i kirurgisk behandling og opnå nærmere kendskab til specialet. Hermed sikres fortsat rekruttering til specialet.

.

Anbefalinger fra FAM-arbejdsgruppe under DKS, fortsat

Om kirurgisk forskning i FAM

- At understøtte opbyggelsen af en national akutkirurgisk gruppe, hvis formål det er at bedre resultaterne i akutkirurgien. Parallel udarbejdelse nationale retningslinjer og kliniske instrukser, samt deltagelse i planlægningen af nationale og internationale undersøgelser. Der skal være fokus på kirurgisk identitet og håndværk og på samarbejde tværfagligt afhængig af typen af patientforløb.

- Støtte til løbende overvågning af patientforløb og behandlingsresultater gennem eksisterende eller nye databaser.

- Der er på Sjælland taget initiativ til en regional akutgruppe. At gå videre med projektet vil være naturligt, men kræver opbakning fra DKS.

Om fysiske rammer

- Organisatorisk og fysisk nærhed til specialer (anæstesi, gas. med, gynækologi og pædiatri) og til støttefunktioner (billeddiagnostik, paraklinik, semiintensiv/intensiv og operationsgang).

- Mulighed for fokuseret arbejdsrum til det kirurgiske team.

Om ledelsesmæssigt fokus i FAM

- De kirurgiske afdelingsledelser skal bistå med at sikre repræsentation af kirurgiske synspunkter i ledelsen af FAM. I dag opstår mange problemer grundet manglende ledelsesmæssig tilknytning mellem specialafdelingerne og dermed de udførende læger og den reelle arbejdsplads.

- Hospitalsledelserne skal bistå med at inddrage specialafdelingerne i ledelsesopgaven af FAM. Hospitalsledelserne skal desuden medvirke til at sikre tilstrækkelig kapacitet til at afvikle de akutte patientforløb, det være sig tilstrækkelig operationskapacitet 24/7 og kapacitet til akutte ambulante forløb.

- DKS skal bistå med at drive udviklingen mod bedre evidens for de akutte kirurgiske forløb, sikre repræsentation og udvikling i de allerede nedsatte arbejdsgrupper på området, samt sikre vedvarende fagligt fokus på akutområdet (årsmøder, debatindlæg osv).

Introduktion til arbejdsgruppen, kommissoriet og arbejdet

Arbejdsgruppen er nedsat af DKS med henblik på at belyse og kvalificere den fremadrettede diskussion om kirurgernes og kirurgiens rolle i de Fælles Akut Modtagelser (FAM).

Arbejdsgruppen har bestået af:

- Nis Hallundbæk Schlesinger, Afdelingslæge, Hvidovre Hospital
- Morten Bay-Nielsen, Overlæge, Hvidovre Hospital
- Cathrine Lauridsen, Overlæge, Århus Kommunehospital
- Thomas Boel, Overlæge, Herlev Hospital
- Morten Halfdan Lauridsen, Overlæge, Hillerød Hospital
- Erik Zimmerman-Nielsen, Overlæge, Odense Universitetshospital
- Lone Schmidt Sørensen, Overlæge, Aalborg Hospital
- Line Toft Tengberg, Reservelæge, Hvidovre Hospital

Med udgangspunkt i det forud opstillede kommisorium (bilag 1) har arbejdsgruppen vedr. FAM og Kirurgi afholdt 3 møder.

Kommisoriet og arbejdsgruppen har fokuseret på 3 områder:

- Kvaliteten og organisation af behandlingen af akutte kirurgiske patienter
- Uddannelse
- Forskning

Det har ikke været muligt for arbejdsgruppen at pege på en eksisterende FAM, som er optimalt fungerende og velorganiseret, set fra et kirurgisk synspunkt. Dette skal ses i forlængelse af de mange diskussioner der har været om, hvorledes arbejdet i FAM generelt skal organiseres og ledes og om der skal oprettes et egentligt speciale i akutmedicin.

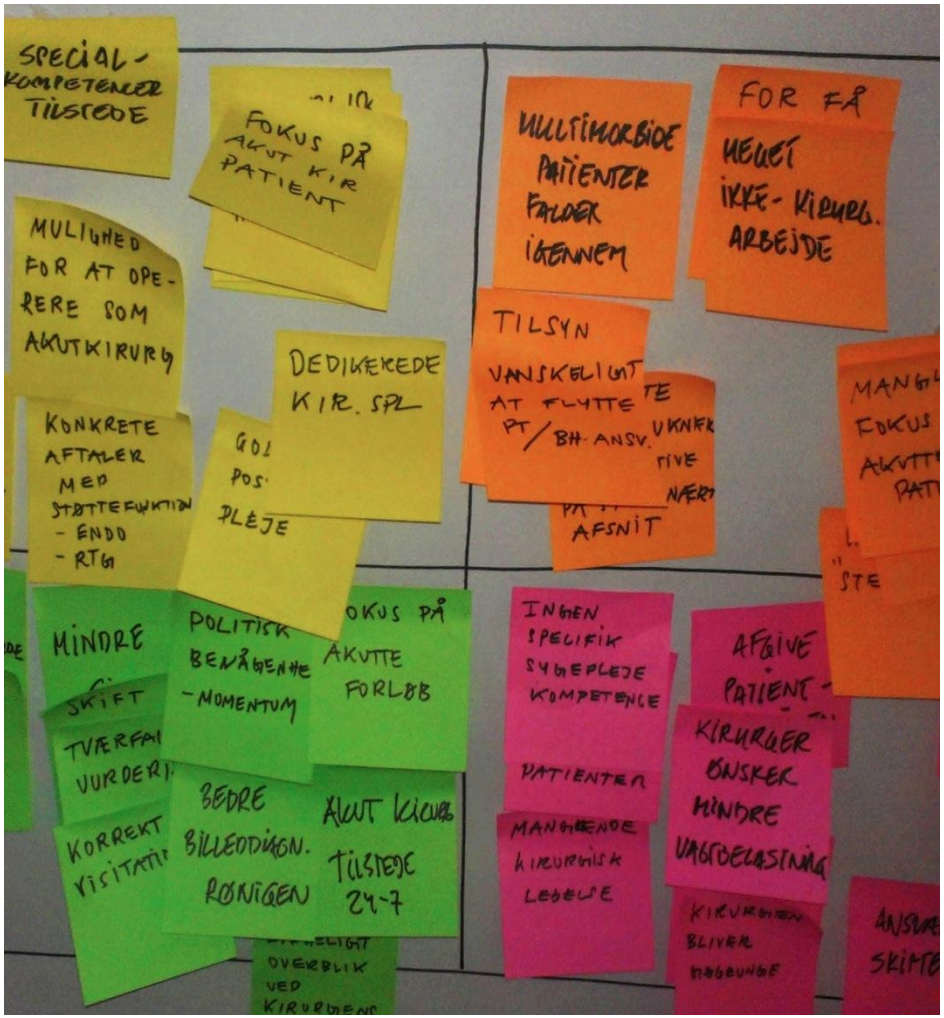
Der er således en lang række faktorer, som ikke er afklarede i forhold til hvorledes ideen om FAM i praksis udmøntes på landets hospitaler. Ikke mindst vil oprettelse af et egentligt speciale i akut medicin give anledning til overvejelser vedrørende arbejds- og ansvarsfordeling mellem akutlægerne/ FAM og kirurgerne/de kirurgiske afdelinger.

Hvad er akut kirurgi?

Som udgangspunkt for diskussionerne har arbejdsgruppen blandt andet anvendt datamateriale fra et universitetshospital i Hovedstadsområdet (512.000 indbyggere, svarende til ca. 9% af befolkningen i Danmark). I dette datamateriale er den mediane liggetid for de ca. 8.000 akutte kirurgiske patienter 48 timer, ca. 20% af de akut indlagte patienter opereres inden for 24 timer og ca. 75% bliver ikke opereret under den akutte indlæggelse. Hovedparten af de udførte indgreb (>90%) er mindre operationer (incision af abcesser, appendektomier, kolecystektomier etc.). Symptommønster for patienter i denne specifikke kirurgiske modtagelse er: specifikke smerter (hø.fossa, ve. fossa, under hø. curvatur)=25%; uspecifikke smerter=25%; abcesser (perianale og på trunkus)=8%; komplikationer til nylig kirurgi=5%; Øvre og nedre gastrointestinal blødning=5% og "andre symptomer"=30%. De akutte kirurgiske patienter (defineret ved et henvendelses/henvisningsmønster som ovenfor) udgør ca. 20 % af de samlede akutte indlæggelser i optageområdet (når børn og fødsler fraregnes) og repræsenterer dermed det største enkelte akutte speciale.

Generelt udgør de akutte indlæggelser ca. 75 % af det samlede antal indlæggelser i kirurgisk regi og de akutte kirurgiske patienter forbruger ca. 80% af de samlede kirurgiske sengedage.

Det er som anført ovenfor kun en mindre del af de akut indlagte kirurgiske patienter, der opereres i det akutte forløb, men da det akutte kirurgiske indlæggelsesvolumen er så stort, udgør de akutte indgreb (inkl. reoperationer efter elektiv og akut kirurgi) ca. 54 % af det samlede antal kirurgiske indgreb .



Workshop med SWOT-analyse og idégenerering

Kirurgens arbejde i FAM

Helt centralt i den fremtidige kirurgiske rolle i FAM er en afklaring af, hvilke ansvarsopgaver, der skal hører under kirurgisk visitation. DKS' holdning til dette spørgsmål har vidtrækkende konsekvenser for blandt andet dimensionering og rekruttering til specialet. FAM udvalget ser to mulige fremtidsscenarier:

SCENARIE #1: DKS støtter udviklingen af et akut medicinsk speciale. Akut medicinerne bemander FAM og varetager den initielle vurdering af samtlige patienter. Akut kirurgen involveres i de tilfælde, hvor det vurderes, at der bliver behov for kirurgisk intervention. Der udvikles algoritmer for de mest gængse kirurgiske tilstande (appendicit, cholecystit, interventionskrævende blødninger), hvor patienten hurtigt overgår til kirurgisk regi. Derimod involveres kirurgen først i udredning og behandling af abdominalia, hvis patientens kliniske tilstand, radiologi eller parakliniske undersøgelser sandsynliggør behov for kirurgisk intervention. Eksempler på tilstande, der vil kunne håndteres uden kirurgisk bistand er abdominalia uden behov for kirurgisk intervention, herunder akut pancreatit, ukompliceret divertikulit, subileus, cholecystelithiasis uden cholecystit og tilstande som nedre blødning og øvre blødning uden kredsløbs påvirkning. I mange tilfælde vil akut medicineren kunne afklare patientens behandlingsbehov og afslutte eller henvise patienten til ambulant kirurgisk/endoskopisk opfølgning. I andre tilfælde vil akut medicineren være særlig kvalificeret til at varetage den initielle stabilisering med resuscitering, antibiotika samt relevant akut behandling af patientens co-morbiditet indtil kirurgen tager over.

Grænsefladerne mellem specialerne skal udformes i et samarbejde mellem fagområdet generel kirurgi og specialet akut medicin og beskrives i nationale kliniske retningslinjer.

Med dette scenarie sikres speciallægen i fagområdet generelkirurgi tilknytning til den kirurgiske afdeling og vedligeholdelse og fortsat udvikling af kirurgiske færdigheder. Det sikres, at den udvikling der sker på det forskningsmæssige og behandlingsmæssige område indenfor de elektive kirurgiske fagområder overføres til den akutte kirurgi. Patienter med akut kirurgisk sygdom behandles af kirurger, der er trænede i akut kirurgisk udredning, behandling og opfølgning. De behandles af kirurger med tæt kontakt til de øvrige kirurgiske fagområder og som har et tilfredsstillende operativt volumen, der gør, at de kan oppebære høj kvalitet i patientbehandlingen. Rekruttering af speciallæger til fagområdet sikres idet det sikres, at speciallæger i kirurgi arbejder indenfor et klart defineret arbejdsområde med kirurgisk (også operativt) indhold. Dimensioneringen af det kirurgiske speciale vil ikke længere være tæt knyttet til vagtbemandingen, men kan i stedet tilrettelægges i henhold til for eksempel operativt volumen per kirurg.

SCENARIE #2: Kirurgisk og medicinsk akutafsnit flyttes fysisk sammen, men man holder stadig enhederne adskilt og bibeholder samme visitation. Afsnittene drives og fungerer som tidligere, men man drager fordel af stordrift eks: radiologi, klinisk biokemisk, den tætte relation til øvrige speciale og en vis grad af overlappende personale. Herved gøres

Kirurgens arbejde i FAM, fortsat

udredningen hurtigere og tilsyn og overflytning af forkert visiterede patienter gøres nemmere. En vis form for bufferzone gør at overbelægning undgås, men specialerne er stadig adskilte.

Scenarie #2 er en fastholdelse af kirurgien som et stort speciale med en stor organisation. Det hastige flow af akutte patienter indebærer behov for mange yngre læger og et levende uddannelsesmiljø. Patientvolumen og de mange yngre læger giver rig mulighed for forskning i akutte kirurgiske tilstande og udvikling af specialet. Rollen for speciallægen under fagområdet akut/generel kirurgi bliver at optimere de akutte kirurgiske patientforløb og at sikre læring i organisationen.
Det er med udgangspunkt i scenarie #2 at anbefalingerne i de følgende afsnit er tænkt.

Scenarie #2 er umiddelbar implementerbar i de nyåbnede FAM. Derimod kræver scenarie #1 politisk og faglig velvilje. Ikke blot skal specialet akut medicin indføres. Selv herefter kan vi ikke forvente et større volumen af uddannede akut medicinere i den nærmeste årrække.
De følgende anbefalinger er derfor relevante, uafhængig af hvilken kurs DKS vælger at følge og hvilke veje de politiske vinde blæser.

.

Kortlægning af faglig organisation og roller

Kan vi sikre rekruttering af kirurger til det akutte arbejde?

EKSISTERENDE ANBEFALINGER

Danske Regioner: Relevante speciallæger skal være umiddelbart tilgængelige for akutmodtagelserne døgnet rundt. Speciallæger har ansvaret for – selv eller gennem supervision – at der foretages undersøgelser og behandling af de akutte patienter.
Yngre Læger: Bemandingen af FAM skal tilrettelægges, så den skaber mulighed for høj faglig kvalitet. Dette er også nødvendigt for at skabe et attraktivt arbejdsmiljø.
Overlægeforeningen: Speciallægerne kan ikke samtidig operere og være bagvagt for yngre læger i akutmodtagelsen.

FAM-ARBEJDSGRUPPENS ANBEFALINGER

Kirurgens rolle i FAM er udredning og behandling at patienter med begrundet mistanke om kirurgiske lidelser. Speciallæger i kirurgi ansat under fagområdet generel kirurgi varetager ikke akutmedicinske opgaver i FAM.

Speciallæger i kirurgi under fagområdet generel kirurgi sikres tilknytning til den kirurgiske afdeling og sikres vedligeholdelse og fortsat udvikling af kirurgiske færdigheder, svarende til mindst 1 operationsdag pr. uge.

Det kirurgiske speciale er inddelt i fagområder og aktuelt dækkes den akutte del af kirurgien af fagområdet Generel Kirurgi, som omfatter ca. 30-40 % af de danske kirurger. Kirurgers naturlige faglige fokus er udredning og operativ behandling af kirurgiske patienter. Kun en lille del af de patienter, der indlægges i FAM med kirurgiske diagnoser skal opereres. Dette medfører at det i et kirurgisk perspektiv generelt ikke opfattes som attraktivt at arbejde i en FAM og kirurger fravælger arbejdet i FAM, i det omfang det er muligt.

Den faglige konsolidering, med oprettelse af meget store kliniske enheder har først og fremmest været drevet af et ønske om større grad af specialisering (”øvelse gør mester”). Også kirurger inden for fagområdet generel kirurgi er derfor i mange tilfælde subspecialiserede, hvor deres faglige fokus primært er rettet mod denne subspecialisering. Det er derfor nødvendigt at anerkende, at der ligger en vis modsætning mellem de generelle kompetencer, der efterspøges i en FAM, og de specialistkompetencer, der efterspørges i en subspecialiseret funktion – i øvrigt fuldstændigt analogt med problemstillingen for de intern medicinske specialer. Rekruttering af kirurger til arbejdet i FAM er derfor (bl.a.) et spørgsmål om at sikre, at akutkirurgens (dvs.: speciallæge uddannet indenfor fagområdet generel kirurgi) arbejdsområde primært er udredning og behandling at patienter med begrundet mistanke om kirurgiske lidelser, som defineret i målbeskrivelsen for generel kirurgi. Det er ultimativt vigtigt, at kirurger der har funktion i FAM, kan opretholde og udvikle deres kirurgiske færdigheder med opretholdelse af et operativt volumen, svarende til mindst 1 operationsdag/uge.

Er der modsætningsforhold mellem kravet til flow og faglig kvalitet?

EKSISTERENDE ANBEFALINGER

Danske Regioner: Der anbefales servicemål som tid til behandling, tid til speciallæge, tid til triage, andel af pt. afsluttet i FAM, andel udskrevet indenfor 24 timer osv.

Yngre Læger: Bemandingen af FAM og kvaliteten af lægelig videreuddannelse skal monitoreres. Der bør udvikles præcise standarder for tiden igennem et patientforløb.

DSR: Funktionen som flowmaster bliver udført i et samarbejde mellem læger og sygeplejersker for at sikre sammenhæng i patientforløbet (og til fordel for den tværgående planlægning).

FAM-ARBEJDSGRUPPENS ANBEFALINGER

DKS støtter udviklingen af kirurgiske indikatorer til akutdatabasen, der sammen med forløbsdata kan give en fagligt brugbar kvalitetsvurdering af de kirurgiske forløb i FAM

Opstilling af servicemål og fokus på patientflow er en naturlig udvikling, da alle FAM erunder pres på sengepladser og bemanding. Begrebet flow-master dækker over en fagperson (læge eller sygeplejerske) hvis funktion er at bevare overblikket over patientforløbene i FAM og sikre, at patienterne bevæger sig fra modtagelse, over udredning og evt. behandling til overflytning eller udskrivelse. Flowmasterrollen er ofte den fastansatte FAM-læges vigtigste funktion.

FAM-udvalget ser ikke nogen modsætning mellem fokus på flow og høj behandlingskvalitet. Men det er vigtigt at der udvikles kliniske indikatorer, der også afspejler kvaliteten af udredningen og behandlingen. Det er derfor vigtigt at der til den kommende akut database udvikles relevante kirurgiske indikatorer, som kan måle den faglige kvalitet i udredning og behandling, således at f.eks watchful waiting ved lille klinisk mistanke om appendicit kan være udtryk for god kvalitet i patientbehandlingen, hvor et isoleret fokus på flow ville tilgodese aktiv udredning med CT-scanning og risiko for en glidebane mod højere grad af defensiv medicin.

Kan FAM håndtere de mest akutte kirurgiske patienter?

EKSISTERENDE ANBEFALINGER

Sundhedsstyrelsen: Al modtagelse af akutte patienter på sygehusene sker gennem FAM eller traumemodtagelser

FAM-ARBEJDSGRUPPENS ANBEFALINGER

Standardiseret modtagelses- og diagnostiske procedurer (f.eks. triage, pakkeforløb), med henblik på minimering af tid til operation og optimering af beslutningsproces. -Tidlig identifikation er essentiel.

Hurtig tværfaglig kommunikation (kirurgi-anæstesi) og triagering til perioperativt behandlingsniveau.

Præoperativ optimering og observation i anæstesiologisk regi på intermediært afsnit umiddelbart efter operationsindikation er stillet.

Perioperativ optimering af kredsløb med højt monitoreringsniveau i hele den perioperative fase. På nuværende tidspunkt bør dette varetages af anæstesiologisk plejepersonale.

Patienter der gennemgår akut højrisiko abdominalkirurgi, traditionelt defineret som patienter med perforeret hulorgan, ileus eller massiv blødning, har en høj mortalitet og morbiditet, der afhængig af kohortesammensætning og procedurefordeling, rapporteres til at være 15-45 %. Patienterne er ofte ældre med komorbiditet og svær akut fysiologisk derangering, hvilket stiller ekstra krav til den perioperative behandling. Patienternes forløb er præget af flere overgange i den akutte fase, med stor risiko for suboptimale forløb, forsinkelser og komplikationer. Et typisk forløb vil være indlæggelse FAM, initial vurdering ved KBU-læge, vurdering ved FAM-læge, kirurgisk tilsyn, overflytning til CT-scanning, tilbageflytning til afventning af CT-beskrivelse, anæstesiologisk tilsyn, opstart af perioperativ behandling (væske, antibiotika operationsklargøring), overflytning til operationsgang, overflytning til opvågning og tilbageflyning til stamafsnit eller intensiv afdeling.

I modsætning til de elektive kirurgiske patienter foreligger der ikke standardiserede optimerede forløb for disse højrisiko patienter. Det er vist f.eks. at avanceret væskebehandling til disse patienter kan øge overlevelsen og mindste risiko for komplikationer. Indsatsen overfor denne patientgruppe svarende til den eksisterende evidens bør prioriteres.

Hvordan optimerer vi de akutte kirurgiske patientforløb?

EKSISTERENDE ANBEFALINGER

Lægeforeningen: Behandling af akutte patienter skal forbedres. Den skal koncentreres på færre, større bedre kvalificerede akutsygehuse og varetages af sundhedsfagligt personale med kompetencer, viden og erfaring på højt fagligt niveau.

Yngre Læger: Ser en ensartet udvikling af FAM, som helt central for at sikre det nødvendige kvalitetsløft af behandlingen af akutte patienter. Der skal til enhver tid være et entydigt ansvarsplacering, så det overordnede patientansvar er placeret enten i FAM eller specialafdelingen.

FAM-ARBEJDSGRUPPENS ANBEFALINGER

Etablering og evaluering af standardforløb for de store grupper af akutte kirurgiske tilstande, inkl. beskrivelse af roller og ansvarsfordeling bør udvikles i et regionalt/nationalt samarbejde

En mulighed for at sikre bedre kirurgiske patientforløb er udvikling af pakkeforløb for de store grupper af kirurgiske patienter. Dette kan medføre en ressourcemæssig optimering af de akutte forløb, og rumme en klar definition af roller for både kirurg, akutmediciner og plejepersonale, potentielt medførende kortere udrednings- og behandlingsforløb. Mange patientforløb, der tidligere blev visiteret til indlæggelse på kirurgisk afdeling, vil kunne håndteres i FAM helt eller delvist uden involvering af kirurg, såfremt der udvikles sådanne evidensbaserede pakkeforløb, kombineret med klare visitationsregler.

Der er ingen grund til at alle skal opfinde den dybe tallerken – udviklingen af evidensbaserede akutte kirurgiske pakkeforløb bør foregå i et regionalt- eller landsdækkende samarbejde.

Hvilke kompetencer skal plejepersonalet have?

EKSISTERENDE ANBEFALINGER

Dansk Sygeplejeråd: Alle sygeplejersker får tilbudt første modul af specialuddannelsen til akutsygeplejerske for at sikre varetagelse af den brede og komplekse opgaveportefølje, som arbejdet i FAM kræver. Suppleret med tværsektorielt modul med fokus på kommunikation og forløbskoordinering. Der er brug for kompetencer, der både er tværgående og går i dybden på ekspertområder.

Sundhedsstyrelsen: Regionerne formulerer specifikke kompetencekrav for personale i FAM og tilbyder relevant uddannelse

FAM-ARBEJDSGRUPPENS ANBEFALINGER

Plejemæssig specialeopdeling i FAM, med fortsat fokus på plejepersonalets patientnære kompetencer. Støtte til udvikling af et kirurgisk fagmodul i akutsygepleje uddannelsen.

Mens meget fokus bliver rettet mod lægekompetencer under parolen speciallægen i front, er det tankevækkende at hverken YL, danske regioner eller KORA udtaler sig om plejepersonalets kompetencer i FAM. DSR's anbefalinger vedrørende opkvalificering er primært rettet mod organisatoriske kompetencer som patientflow, udskrivelse og kommunikation med primær sektor.

DKS vil gerne rette sigtet tilbage mod den patientnære kernekompetence hos plejepersonalet. Også for sygeplejersker gælder det, at øvelse gør mester. God sygepleje og observation af den akut syge patient afhænger af erfaring, som bedst opnås gennem fast kontakt med de særlige problemstillinger, der ses hos en specifik patientgruppe. Endvidere udvikles med erfaringen en "næse" for hvilke akutte kirurgiske patienter, der falder udenfor de normale observationsalgoritmer, men alligevel kræver akut intervention. Dette er også i et patientsikkerhedsmæssigt perspektiv overordentligt vigtigt.

På denne baggrund anbefaler DKS, at FAM organiseres med fortsat plejemæssig specialeopdeling og mulighed for kompetenceudvikling rettet mod det kirurgiske team, for eksempel med oprettelse af et kirurgisk fagmodul i akutsygepleje-uddannelsen, således at der til hver en tid er tilstrækkelig kompetence til at varetage de ovennævnte specialopgaver.

Kan FAM erstatte den kirurgiske modtagelse som godt uddannelsessted?

EKSISTERENDE ANBEFALINGER

Danske Regioner: De regionale råd for lægelig videreuddannelse skal overveje at lægge dele af uddannelsesforløbene i FAM

Overlægeforeningen: Supervision og oplæring skal udføres af fastansatte speciallæger og hvor det er relevant af stamafdelingens speciallæger.

Yngre Læger: KBU bør ansættes de første 6 mdr. i FAM med henblik på at styrke den brede uddannelse. Men det må ikke afskære KBU-lægen fra den nødvendige kontakt og supervision fra læger fra specialafdelinger og det skal sikres at KBU for indsigt i det hele patient forløb. Intro- og HU-læger ansættes i specialafdelingen.

FAM-ARBEJDSGRUPPENS ANBEFALINGER

Fastholdelse af kirurgiske KBU stillinger i uddannelsens 2. halvår forudgået af et halvt år ansættelse i FAM. Den kirurgiske KBU-læge indgår i det kirurgiske team, med mulighed for at se hele kirurgiske patientforløb, deltage i højtspecialiseret behandling og opnå nærmere kendskab til specialet.
Hermed sikres fortsat rekruttering til specialet.

FAM udvalget anser behovet for oplæring i basale medicinske kompetencer i løbet af KBU som helt centralt for alle læger. Samtidig anerkender vi det store uddannelsespotentiale i FAM, med et jævnt flow af en bred vifte af akutte patienter. Derfor støtter vi tanken om et obligatorisk halvt år i FAM. Derimod taler meget også for, at fastholde kirurgiske KBU-stillinger. Både hvad angår kvaliteten af udredning og behandling, muligheden for at se hele patientforløb, muligheden for at opleve højtspecialiseret behandling og i rekrutteringsøjemed er det forkert at afgive de kirurgiske KBU stillinger.

KBU-lægen, der ikke er ansat på kirurgisk afdeling har ingen relation til de kirurgiske læger – og omvendt. Det giver ringere mulighed for supervision og KBU-lægen vil ofte søge råd ved FAM-lægerne med risiko for dårligere patientbehandling til følge. Dermed risikerer man at miste kvaliteten i de kirurgiske team og forringe lægeuddannelsens vigtigste virkemiddel; mesterlæren.

KBU-lægen ansat i FAM vil sjældent eller aldrig have mulighed for at se den højtspecialiserede behandling, der foregår ude af FAM enten på operationsgangen, i endoskopien eller det postoperative forløb ved stuegang. Det medfører dårligere forståelse for det hele patientforløb og ikke mindst forringet mulighed for at rekruttere nye kirurger. Vi ved fra vores erfaringer med rekrutteringshvidbogen, at faglig kvalitet og gode mentorer er afgørende for specialevalg. OUH har efter afgivelsen af KBU-lægerne netop haft store vanskeligheder ved at besætte introforløb.

Hvad er FAM's betydning for det kirurgiske forskningsmiljø?

EKSISTERENDE ANBEFALINGER

Yngre Læger: Arbejdet med kliniske retningslinjer bør også fokusere på behandlingen af de akutte patienter, hvorfor det er nødvendigt at der sker en ensartet indsamling af data, som kan bidrage til at dokumentere effekt af organisatoriske og faglige initiativer.

Kora: Danske Regioner skal understøtte og vidensdele resultater fra de igangsatte forskningsprojekter, herunder både forskning på organisatorisk niveau og inden for de enkelte faggrupper i akutmodtagelsen og prioritere arbejdet med etablering af den kliniske kvalitetsdatabase på akutområdet.
Der udvikles et nationalt indikatorsæt, som indeholder centrale indikatorer for kvalitet, effektivitet og service medafsæt i den kliniske kvalitetsdatabase for akutområdet, som ibrugtages i 2015. Data og resultater skal være transparente og løbende gøres tilgængelige for relevante parter.

FAM-ARBEJDSGRUPPENS ANBEFALINGER

At understøtte opbyggelsen af en national akutkirurgisk gruppes, hvis formål det er at bedre resultaterne i akutkirurgien. Dette ved parallelt at udarbejde nationale retningslinjer og kliniske instrukser, samt deltage i planlægningen af nationale og internationale undersøgelser.
Støtte til løbende overvågning af patientforløb og behandlingsresultater gennem eksisterende eller nye databaser.

Der er på Sjælland taget initiativ til en regional akutgruppe. At gå videre med projektet vil være naturligt, men kræver opbakning fra DKS.

Den største del af den kirurgiske forskning er foregået og foregår i relation til den elektive del af kirurgien. Forskning i relation til akutte patientforløb er af mange grunde kompliceret. Der er derfor mange områder inden for den akutte kirurgi, hvor der er sparsom evidens for aktuelle praksis.
Da FAM bliver indgangsporten for størstedelen af de akutte kirurgiske patienter vil det være afgørende vigtigt, at FAM som institution inddrages i den akutte kirurgiske forskning/udvikling.

Relationerne mellem FAM og kirurger vil blive styrket ved fælles videnskabelige projekter og ved udarbejdelse af evidensbaserede retningslinjer i et tværgående regionalt og/eller landsdækkende samarbejde.

Hvilke fysiske rammer rummer bedst modtagelsen af kirurgiske patienter?

EKSISTERENDE ANBEFALINGER

Danske Regioner: Regioner og sygehuse opsamler og deler viden om de fysiske rammer og kapaciteten i akutmodtagelsen og betydningen heraf for patientflowet i akutmodtagelsen og resten af akutsygehuset. De klinisk relevante undersøgelser inden for radiologi og klinisk biokemi skal være let tilgængelige og have hurtige svartider med henblik på at understøtte effektive patientforløb i akutmodtagelsen.

Yngre Læger: De fysiske rammer skal understøtte læringsmiljø og er et oplagt centrum for simulations- og scenarietræning. Arbejdsmiljøet skal være attraktivt. Paraklinik og støttefunktioner skal styrkes.

FAM-ARBEJDSGRUPPENS ANBEFALINGER

Organisatorisk og fysisk nærhed til specialer (anæstesi, gas. med, gynækologi og pædiatri) og til støttefunktioner (billeddiagnostik, paraklinik, semiintensiv/intensiv og operationsgang).

Mulighed for fokuseret arbejdsrum til det kirurgiske team.

Særligt vigtigt i modtagelsen af kirurgiske patienter er en effektiv og nærtliggende røntgenbetjening herunder adgang til CT-scanning med kontrast døgnet rundt, adgang til bedside undersøgelser (kirurgisk UL/ABL) og en effektiv klinisk biokemisk service. For behandling af svært syge patienter i det perioperative forløb er adgang til semiintensiv/intensiv behandling og observation i eller udenfor FAM, herunder støtte fra anæstesiologisk afdeling, essentiel. Derudover er gnidningsfri adgang til tilsyn og skift i behandlingsansvar mellem kirurgi, gynækologi, pædiatri, gastromedicin og intern medicin centrale i det kirurgiske arbejde.

Hvad der ikke nævnes i nogen anbefalinger, og hvad FAM-udvalget anser for centralt, er fysiske rammer der tillader en team-opbygget modtagelsesstruktur. Modtagelsen af kirurgiske patienter er afhængig af et team, der har specialekendskab fra sygeplejersker over reservelæge til speciallægen. De fysiske rammer skal understøtte team-arbejdet.

Informationsstrømmen mellem sygeplejersken, forvagt og bagvagt og supervisionen af de yngre læger kræver et uforstyrret arbejdsrum.
Den præcise opbygning vil naturligvis være meget afhængig af optageområdets størrelse. Hvor store FAM (>400.000) med 20-50 kirurgiske patienter dagligt, vil have behov for adskilte kirurgiske personalerum, egne elektroniske tavler og sammenhængende kirurgiske patientstuer med adgang til bufferpladser, kan mindre FAM, hvor flowet af patienter er mindre og overblikket større, muligvis nøjes med dedikerede arbejdspladser i det fælles personalerum.

Hvordan sikrer vi at den akutte del af kirurgien får et ledelsesmæssigt fokus?

EKSISTERENDE ANBEFALINGER

Kora: At der etableres en fælles vision for de akutte patientforløb (for specialafdelingerne og FAM)

FAM-ARBEJDSGRUPPENS ANBEFALINGER

Afdelingsledelserne kan og skal bistå med at løfte denne opgave ved at sikre repræsentation af kirurgiske synspunkter i ledelsen af fælles modtagelserne.

Hospitalsledelserne kan og skal bistå til at løfte denne opgave ved at inddrage specialafdelingerne i ledelsesopgaven af fælles modtagelserne. Hospitalsledelserne skal desuden medvirke til at sikre tilstrækkelig kapacitet til at afvikle de akutte patientforløb, det være sig tilstrækkelig operationskapacitet i dag og aftentid, eller kapacitet til akutte ambulante forløb.

DKS kan og skal bistå til at løfte denne opgave ved at drive udviklingen mod bedre evidens for de akutte kirurgiske forløb, sikre repræsentation og udvikling i de allerede nedsatte arbejdsgrupper på området, samt sikre vedvarende fagligt fokus på akutområdet (årsmøder, debatindlæg osv).

Kirurger med funktion i FAM bliver underlagt 2 afdelingsledelser: dels ledelsen i FAM, dels ledelsen i kirurgisk afdeling. Udvikling af arbejdet med den akutte del af kirurgien kræver et ledelsesmæssigt fokus, herunder inddragelse af den kirurgiske afdelingsledelse i forhold til kirurgernes arbejde i FAM. Dette kan synes indlysende, men de uklare ledelsesforhold og grænseflader mellem specialafdelingerne og FAM er et stort problem i praksis, som det bl.a. er påpeget i rapporten "Ledelse af akutte patientforløb".

Den manglende kirurgiske ledelse i FAM spreder sig ned i organisationen og kirurgen fungerer i praksis som konsulent i FAM uden ansvarsfølelse for afdelingens udvikling og daglige arbejdsafvikling. Det er naturligvis uacceptabelt.

Det er i kirurgiens interesse at tage ansvar for udviklingen af FAM og del i lederskabet af FAM. Det vil sikre den fortsatte tilknytning af akut kirurgien til det øvrige kirurgiske speciale, som er nødvendig for fagligheden. Alternativt vil den akutte kirurgi helt naturligt på sigt blive ledelsesmæssigt underlagt FAM.

Den videre proces for 2014

September
FAM-rapporten forelægges DKS bestyrelse og indhold kommenteres, tilpasses og godkendes.

Oktober
FAM-rapporten udsendes til DKS'medlemmer, som appetizer til fremlæggelse på årsmødet.

November
Rapporten præsenteres på årsmødet. DKS' vision om udviklingen af den akutte kirurgi debatteres med deltagelse af relevante stakeholders (ex. region, SST, akut medicin, hospital direktion, DKS).

Fra december og frem
DKS øver indflydelse gennem udvalg og nævn og gennem debatindlæg. FAM-rapporten distribueres til FAM-ledelser og ledelser af kirurgisk afdelinger nationalt.

.

Anbefalingerne udbredes, debatteres og forankres i organisationen