

PATIENTSIKRE ARBEJDSFORHOLD I AKUTAFDELINGERNE

2020

Indholdsfortegnelse

Forkortelser.....	2
Ordforklaring.....	2
Indledning	4
Kapitel 1: Arbejdskultur / Arbejdsklima	8
<i>Rekommandationer.....</i>	<i>9</i>
Kapitel 2: Ledelse og organisation	10
<i>Rekommandationer til ledelsen.....</i>	<i>12</i>
Kapitel 3: Vold, trusler og diskrimination	13
<i>Rekommandationer.....</i>	<i>13</i>
Kapitel 4: Arbejdstilrettelæggelse	15
<i>Rekommandationer.....</i>	<i>18</i>
Kapitel 5: Fysiske rammer.....	20
<i>Rekommandationer.....</i>	<i>22</i>
Kapitel 6: Kompetencer og videreuddannelse.....	23
<i>Rekommandationer.....</i>	<i>25</i>
Kapitel 7: Seniorpolitik	26
<i>Rekommandationer.....</i>	<i>28</i>
Kapitel 8: Gratis e-ressourcer for øget velvære til dig i akutmodtagelsen.....	29
Referencer og ressourcer	33

Forkortelser

- ACEM: Australasian College of Emergency Medicine
- ACEP: American College of Emergency Physicians
- DASEM: Dansk Selskab for Akutmedicin
- EMRA: Emergency Medicine Residents Association (USA)
- EuSEM: European Society of Emergency Medicine
- IFEM: International Federation of Emergency Medicine
- RCEM: Royal College of Emergency Medicine (Storbritannien)
- SWESEM: Svensk Selskab for Akutmedicin
- YDAM: Yngre Danske Akutmedicinere

Ordforklaring

- **Blindspot bias:** Relateret til konceptet om "ukendte ubekendte" (unknown unknowns) og Dunning-Kruger effekten. Et kognitivt bias der beskriver systemers- og individers manglende kendskab (og åbenhed) overfor egne potentielle fejl og mangler. En af løsningerne på blindspot-problemet er feedback.
- **Burnout:** Spektrum af arbejdsrelateret tilstande karakteriseret ved følelsesmæssig belastning, nedsat evne til at føle empati for patienterne samt manglende selvtillid og tro på egne evner. *"Burnout is not a binary or dichotomous condition. In other words, it is not merely present or absent. Instead, burnout describes a lower emotional state on a continuum that incorporates the [...] three domains [red: emotional exhaustion, depersonalisation and loss of self-worth]"* (Brindley et al, 2019).
- **Crowding:** RCEM definerer crowding som en situation, hvor ambulancer ikke kan komme af med patienter; hvor tid til læge for potentielt moderat-høj risiko patienter er uacceptabel høj; hvor der er en høj rate af patienter, der går før de bliver set og hvor et stort antal patienter ikke har et værelse, og hvor patienter venter på senge på afdelingen i >2 timer i akutmodtagelsen (frit oversat fra RCEM, 2014: crowding in the emergency departments)
- **Defensiv medicin:** *Ordering of tests, procedures, physician consultations and other medical services solely to reduce risk of malpractice claims* (Harvard Medical School).

- **Access block (Exit block):** Begge ord anvendes om den situation i patientens vej igennem sundhedssystemet, hvor næste skridt på patientens vej er blokeret (access block) pga systemets ressourcemangel. Dette er ikke specifikt et akutmedicinsk problem, men et problem i hele sundhedssystemet, som dog giver sig til kende på akutmodtagelserne pga den resulterende crowding. I akutmedicinsk sammenhæng, er der specifikt tale om, når indlæggelseskrævende patienter ikke kan indlægges pga manglende sengepladser (frit oversat fra overstående RCEM paper 2014). EmCases Episode 129 (ED overcrowding and access block – causes and solutions) beskrives: *“Access block is the inability to get the care that is needed in a timely fashion as a result of the inability to transfer a patient out of the ED to an inpatient bed once their ED treatment has been completed”*
- **Overdiagnostik:** Diagnosticering af afvigelser, abnormiteter, risikofaktorer og/eller patologiske forandringer, som aldrig i sig selv vil give personen symptomer, vil medføre sygelighed eller vil være årsag til personens død. At gøre personer til patienter pga hverdagens lidelser, ved at give dem medicinske diagnoser (Brodersen et al)
- **Safe container:** Koncept der beskriver vigtigheden af at skabe et gunstigt og tilgivende miljø- og arbejdskultur for feedback og læring (Rudolph et al, 2014).
- **Second Victim Syndrome:** Variable definitioner eksisterer, og der forefindes stort overlap med ”burnout”. I Danmark løst beskrevet som emotionel stressreaktion efter (alvorlig) utilsigtet hændelse (Dansk Selskab for patientsikkerhed, 2014). ACEP beskriver second victims som *“health care providers who are involved in an unanticipated adverse patient event, a medical error, and/or patient-related injury and subsequently become victimized.”* Brindley et al 2019 foreslår ny terminologi lånt fra militæret for denne PTSD-lignende tilstand med navnet *“medical OSI (operational stress injury)”*. Dette for at belyse heterogeniteten og spektret af alvorlighed af tilstanden, og hvordan håndtering bør være individualiseret / skræddersyet til den enkeltes situation.
- **Vagt:** Arbejde efter kl. 18 (Lægeforeningen)

Indledning

Etablering af fælles akutmodtagelser og specialet akutmedicin er et af de største fremskridt, der er sket i det danske sundhedsvæsen de sidste mange år. Grundtanken er, at alle akutte patienter modtages samme sted uanset symptom / diagnose og efterfølgende behandles af et team, hvor speciallægen er med i front, for at skabe kvalitet i det enkelte patientforløb (Vurdering af et speciale i akutmedicin i Danmark, Sundhedsstyrelsen, 2017).

Dette har også medført, at akutmodtagelserne er blevet en "høj puls zone", hvor den enkelte medarbejder ser et stort antal patienter, ofte med tidskrisiske sygdomme. og i et sådant miljø er det essentielt at have / bevare overblik således at den rigtige patient kan behandles på det rette tidspunkt af en læge med de rette kompetencer. Denne nye måde at arbejde på skaber derfor høje krav til organisationen og personalets kompetencer, der er anderledes end det, der tidligere har været kendt i Danmark.

Hvis organisationstilpasning til den nye struktur ikke lykkes, skabes der uligevægt mellem opgaver og ressourcer, hvilket påvirker arbejdsmiljøet i negativ retning. Dette har konsekvenser for patient, læge, og samfundet som helhed.

1. Patientsikkerhed

Sammenhængen mellem kvaliteten af patientbehandling og arbejdsmiljø går hånd i hånd. Forringes arbejdsmiljøet sker der flere fejl. Dette medfører et fald i kvaliteten af patientbehandlingen og dårligere helhedsoplevelse af opholdet på hospitalet (*Boorman, Croskerry et al, Gaba et al, Kecklund et al, Mannion et al, Panagioti et al, Garcia et al, Gawande A.; ACEM, ACEP, BMA, RCEM*). Dette er velkendt både indenfor sundhedssystemet og andre brancher med høje sikkerhedskrav. Ved f.eks. at øge arbejdstiden for en pilot fra mindre end 10 timer til 10-12 timer hhv. 13 timer eller mere, øges den relative risiko for fejl med hhv. en faktor 1,7 og 5,5 (*Goode et al.*).

2. Rekruttering og fastholde af læger i specialet

Arbejdsmiljøet har samfundsmæssige konsekvenser, hvis medarbejderen vælger at forlade akutmodtagelsen og specialet. På den korte bane kommer den pågældende akutmodtagelse til at mangle personale og derved belaste i forvejen belastet personale. Rekruttering af nyt personale kan blive vanskelig, og de samfundsafholdte udgifter til uddannelse af det pågældende personale vil være

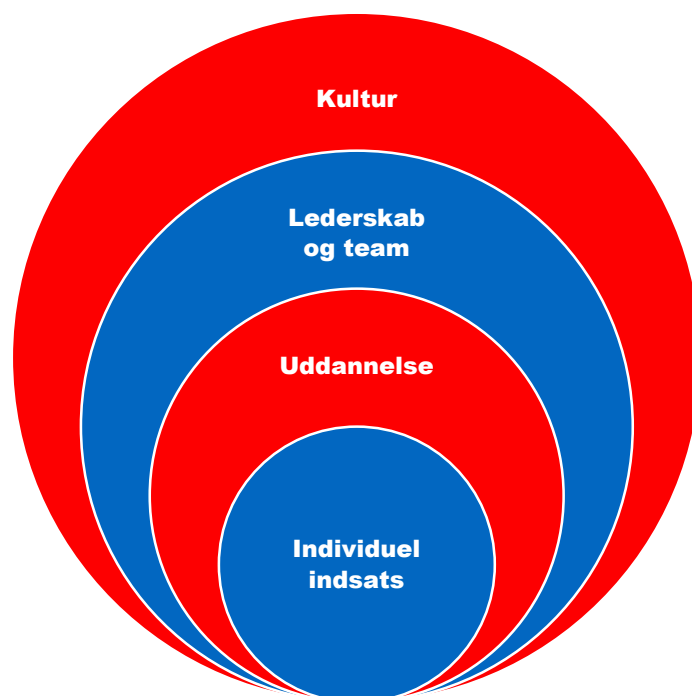
"gået tabt" (BMA, Boorman, Estryn-Behar)

3. Velvære for medarbejdere i specialet

Forringet arbejdsmiljø kan have vidtgående konsekvenser for den enkelte medarbejder. I værste fald oplever medarbejderen "burnout" defineret som en arbejdsrelateret tilstand karakteriseret ved følelsesmæssig belastning, nedsat evne til at føle empati for patienterne samt manglende selvtillid og tro på egne evner (Bragard et al, Crowe, Estryn-Bahar, Panagioti et al, Shanafelt et al, West et al)

Hvordan løser vi så udfordringen?

"Udfordringen" er kompleks, og består af løsninger på flere niveauer. De niveauer, vi har direkte indflydelse på i akutmedicin, er vist i figur 1.



Figur 1: Et godt arbejdsmiljø kræver indsats på flere områder på samme tid. At udføre de individuelle indsats, er den enkeltes eget ansvar, men arbejdspladsen er ansvarlig for at skabe et miljø, der gør det lettere for individet at udføre disse. Kultur, lederskab / team og uddannelse er centrale del-elementer.

Forbedring af arbejdsmiljø starter med os selv og vores evne til at tage os af os selv (opfostre egen resilience):

"Resilience – namely the ability to 'bounce back' – is one way to mitigate burnout (though we must guard against misusing the term resilience too). The burnout/resilience balance may matter more.

In other words, burnout may manifest when coping strategies wane rather than when stress spikes.”

Brindley et al, 2019

We are teaching people not to cope

Talking about burnout and doing studies about burnout without doing an intervention, is like saying to someone: "you now have asthma, and I'm not going to give you ventoline"

We need to teach people a tolerance for distress

Peter Brindley interrogates Liz Crowe Love, Swearing and Resilience (DAS SMACC 2017)

Hvordan individet får bedre copingstrategier / opfostrer resiliens adresseres ikke videre i dette dokument. I findes kapitel 8: Gratis e-ressourcer for øget velvære i akutmodtagelsen; til for uddannelse- og inspiration i emnet.

Vi tager her i stedet fat på nogle af kerneelementerne, som faciliterer og skaber de bedste forhold for, at individuelle indsatser kan blomstre i akutmedicin.

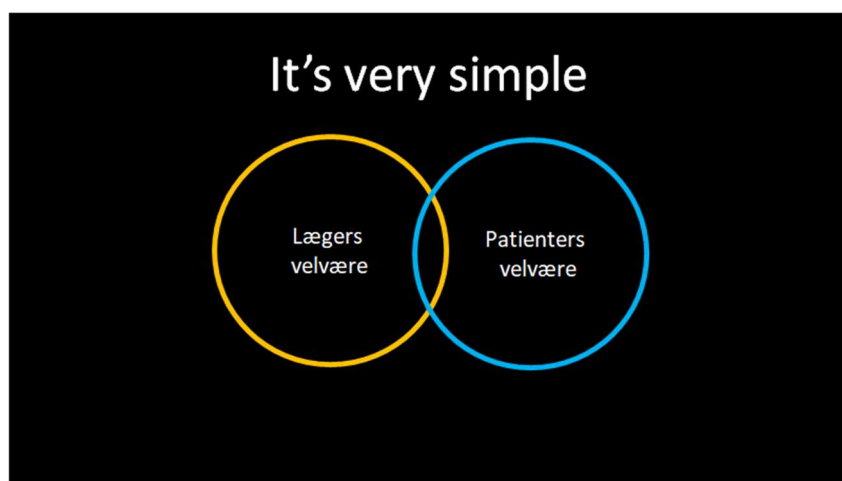
Ændringer i et komplekst system

Sundhedssystemet er at betragte som et **"komplekst system"**. Ændringer af komplekse systemer er ikke som ændring af komplicerede eller simple systemer - Braithwaite 2018 forklarer om ændringer i komplekse systemer: "change is accepted when people are involved in the decisions and activities that affect them, but they resist when change is imposed by others. Policy mandated change is never given the same weight as clinically driven change". En af konklusionerne heraf er, at uanset ændringerne anbefalet i dette dokument, må de altså diskuteres på den enkelte afdeling ift relevans. For komplet indsigt i udfordringerne og potentielle løsninger ved ændringer af komplekse systemer, anbefales Jeffrey Braithwaite 2018: Changing how we think about healthcare improvement og BMJ (British Medical Journal) podcasten af samme navn

Evidens?

Der findes stor erfaring fra lande med akutmedicin som speciale, som vi normalt sammenligner os med (Australien, New Zealand, Storbritannien, USA, Sverige, Frankrig m.fl.). De respektive akutmedicinske organisationer i mange af disse lande samt internationale organisationer (f.eks. IFEM) har udgivet retningslinjer om arbejdsmiljøoptimering. Indsamling af evidens på området er svært og noget, der først er blevet sat fokus på de senere år. Vi anvender af samme grund få kilder, da det ikke altid er et spørgsmål om evidens, men om empati, logik og erfaring fra lande i lignende situation. I en offentlig debat er evidens imidlertid et væsentligt element, derfor må DASEM i fremtiden facilitere, at der skabes evidens på området specielt for Danmark.

Formålet med dette holdningspapir er derfor at rette **fokus på arbejdsmiljøet**, således vi forsat kan opbygge og udvikle specialet Akutmedicin til gavn for patienter og dem, som arbejder i det.



Forfattere

Christian Rasmussen (forfatter og redaktør), Ledende overlæge, Akutmodtagelsen Hvidovre, Region Hovedstaden

Henrik Ømark Petersen, Overlæge, Horsens Akutafdeling, Region Midtjylland

Mikkel Petersen, KBU-læge, Akutmodtagelsen Aarhus Universitetshospital, Region Midtjylland

Halfdan Lauridsen, Overlæge, Køge Akutafdeling, Region Sjælland

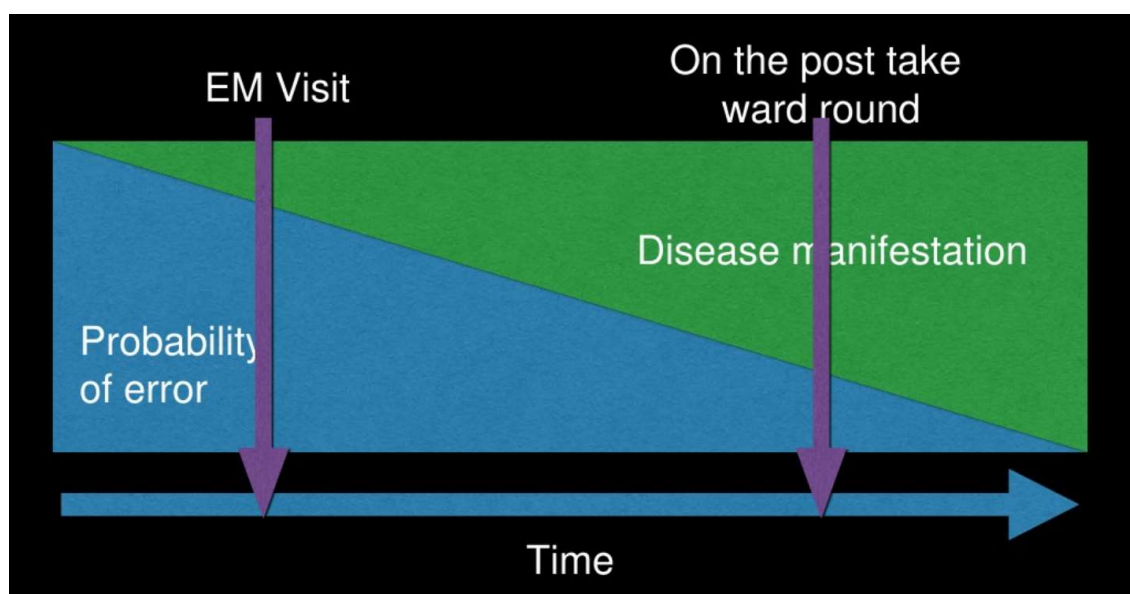
Matthias Giebner, Ledende overlæge, Fælles Akutmodtagelse, Sygehus Sønderjylland Aabenraa
Region Syddanmark

Peter Tagmose Thomsen (forfatter, designer og redaktør), H-stilling i akutmedicin, Capio S:t Göran
sjukhus, Akutafdelingen, Stockholm

Kapitel 1: Arbejdskultur / Arbejdsklima

Der er mange faktorer, som påvirker arbejdsmiljøet i en akutmodtagelse. Arbejdskultur og arbejdsklima understøtter lægens identitet og professionalisme således, at patienter modtager den bedst mulige behandling. Set fra organisationens synspunkt er målet ligeledes at skabe et arbejdsmiljø, hvor personalet i akutmodtagelserne kan se sig selv i spejlet mange år frem og dermed være med til at udvikle spejlet.

Fejlkultur og samarbejde



Figur 2: Fra Professor Simon Carley's blog "Making Good Decisions in the ED". Fejlraten i akutmedicin kan aldrig være 0. Alle forsøg på at få den til at blive 0, vil resultere i overdiagnostik / overbehandling. "Fiskebowle medicin" betyder, at vi er i risiko for at blive dømt retrospektivt (hvorfor gjorde I ikke...?), på noget, der skal bedømmes prospektivt (case-gennemgang med de data man havde i akutmodtagelsen)

Arbejdet i en akutmodtagelse er i høj grad et samarbejde med de øvrige specialer på hospitalet. Fremfor at skabe en kultur præget af en "Os og Dem" bør tilgangen til patienterne være det gode patientforløb. Dette kræver åbenhed samt dialog – både i spejlet og særligt på tværs af specialerne. Ledelsen i akutmodtagelsen skal således skabe en lærende og samarbejdende arbejdskultur fremfor en kultur med repressalier overfor den enkelte læge eller den enkelte afdeling.

Akutmedicinen arbejder i en "fiskebowle", der konstant udsætter denne for samarbejdspartnerne retrospektive vurderinger på outcome af kliniske beslutninger og handlinger (figur 2). I tilfælde af ikke-optimale patientforløb, skal dette naturligvis føre til læring og forbedring. Ledelsen bør sikre, at dette sker i en åben læringskultur, inkluderende samarbejdspartnerne mhp. konstruktiv feedback

uden at fokusere på den enkeltes skyldsspørgsmål. Fokusering på skyldsspørgsmål skaber ikke øget kvalitet i sig selv, men stresser lægerne i akutmodtagelsen i retning af **unødvendig defensiv medicin / overdiagnostik- og behandling**, uden læring af utilsigtede hændelser.

Sammenhold på- og udenfor arbejdet

Der bør etableres velfungerende tværfagligt teamsamarbejde med kollegaer. Dette kan styrkes f.eks. ved at prioritere sociale events efter arbejdet for personalet (her defineret som både klinisk arbejdende og ledelse). Der opbygges en samhørighed (holdånd) med forståelse for andre faggruppers arbejdsopgaver, hvilket giver dialog og fælles refleksioner specielt i komplekse situationer af tidskritisk art, men også vedr. strategisk organisation. Gruppens ønske om at "spille hinanden gode" skaber en fælles ansvarsfølelse, hvilket i høj grad gavner patienten. Det er dog væsentligt, at rollefordelingen i team-samarbejdet er entydig; alle i teamet bør kende deres rolle inkl. begrænsninger. Flydende grænser kan skabe den modsatte effekt.

Fokus på patientrelevante kvalitetsmål

Mange af de "kvalitetsmål" vi anvender indenfor akutområdet, er produktionsorienteret og kvantitative, f.eks. forholdet mellem antal indlæggelser og antal udskrivelser mhp. hele tiden at kunne modtage den næste patient. Dette kan føre til, at den enkelte læge bliver målt og vejret på antal patienter set per time eller opholdstid i akutmodtagelsen. Denne tankegang står i skarp kontrast til lægens identitet og deres selvopfattelse "Giver jeg mine patienter den bedste behandling?". Hvis lægen ser sig nødsaget til at gå på kompromis, med hvad denne anser for optimal behandling, vil det have negativ effekt på patientbehandlingen samt samarbejdsrelationer i akutmodtagelsen.

Rekommandationer

- ✓ Tværfagligt team samarbejde, og samarbejde om standardiserede behandlingsforløb.
- ✓ Sociale arrangementer udenfor arbejdstid på tværs af faggrupper (og evt. specialer).
- ✓ Minimer unødigt bureaukrati.
- ✓ Skab åbenhed og gensidig tillid på tværs af organisationen vedr. analyse af enkelte patientforløb (forebyggelse af "Os og Dem kultur").
- ✓ Større fokus på kvalitative kvalitetsmål som giver mening for personalet og patienten.

Kapitel 2: Ledelse og organisation

Tydelig ledelse er en nøgelfaktor i bestræbelsen på et godt arbejdsmiljø i en akutafdeling. Lægens lyst og vilje til at forblive på sin arbejdsplads hænger entydigt sammen med den støtte og feedback, lægen får fra sine ledere. Ledelsen bærer derfor et stort ansvar i forhold til at være tydelig i at udstikke kursen og de organisatoriske rammer. Det er væsentligt at fokusere på støtte af den enkelte medarbejders trivsel i forbindelse med produktionskrav.

Fremtidens gode akutmodtagelse planlægges nu!

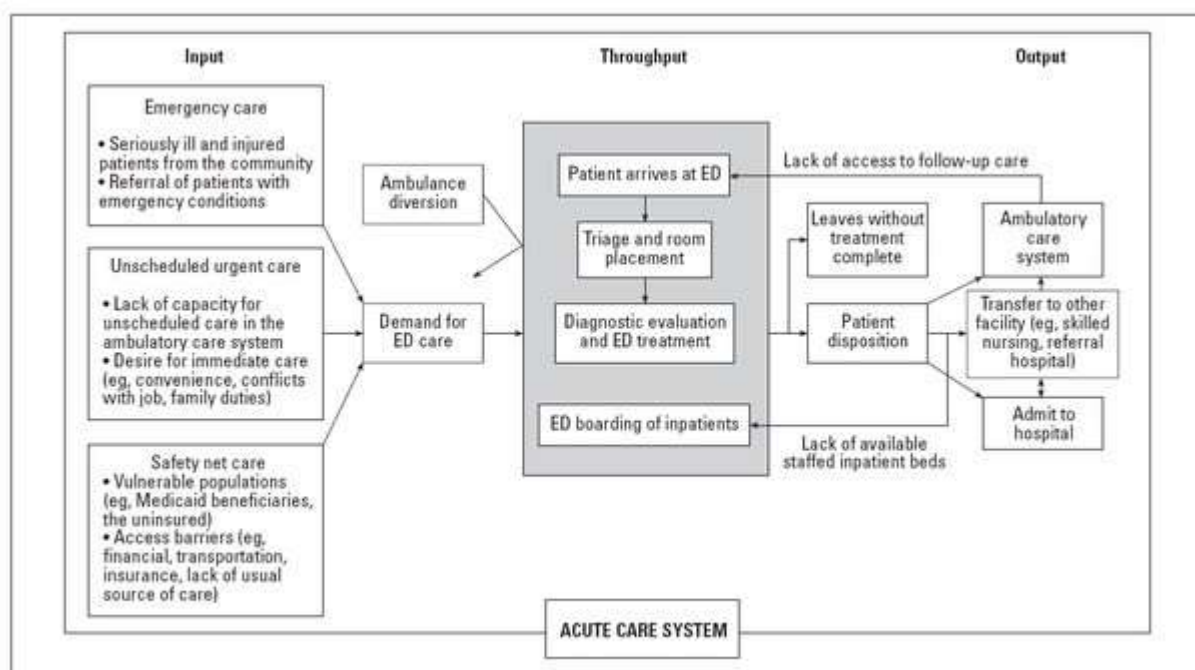
Indtil det akutmedicinske speciale og den tilhørende organisatoriske forandring af akutmodtagelserne er etableret arves der ofte en organisation, der ikke har forandret sig i mange år. Arbejdsbyrden i akutmodtagelsen er de senere år successivt blevet øget. Dette skyldes bl.a. færre akutmodtagelser, et voksende antal patientkontakter, øget sygdomskompleksitet, skifteholdsarbejdet på ubekvemme tider, lange vagter, samt en stor uddannelsesopgave for afdelingens speciallæger i forbindelse med at supervisere yngre læger døgnet rundt. Diverse effektiviseringskrav og besparelser på sundhedsområdet har gjort, at ressourcebehovet ikke i tilstrækkelig grad er blevet dækket af den nødvendige ressourcefordeling. Det uholdbare i dette allerede sårbare system bliver mere tydeligt, når der indsættes læger, der skal arbejde i dette miljø hele deres arbejdsliv. Derfor er det vigtigt under implementeringen af akutmedicin, at formulere og formidle konkrete mål for organisationen i akutmodtagelserne, både på kort og lang sigt. Dette skaber en transparens overfor både lægerne i akutmodtagelsen og overfor de øvrige afdelinger. Inden disse mål opfyldes - som f.eks. speciallæger med i front 24/7/365 - skal ledelsen beskrive **klare samarbejdsaftaler** med de øvrige specialer vedrørende fx visitationsret og det deraf følgende entydige behandlingsansvar. Uklarhed i beslutningsvejene vil for yngre læger under uddannelse blive et arbejdsmiljøproblem, hvis de ikke ved hvem de skal vende sig mod for at få beslutningsstøtte.

Fokus på uddannelse

Akutmodtagelsen vil altid være en uddannelsesplatform for akutmedicinere, sygeplejersker, studerende og læger fra andre specialer. En politik for uddannelse i afdelingen skal være tydelig og supervisionsreglerne klare.

Vejen til succes for at skabe et godt arbejdsmiljø i akutafdelingen er etableringen af et substantielt tværfagligt samarbejde hvor læger, sygeplejersker og sekretærer arbejder tæt sammen i den kliniske hverdag.

Crowding og exit-block



Figur 3: Fra Asplin et al. Crowding problemet er et systems- og hospitals problem, som rammer i akutmodtagelsen

Crowding og manglende sengekapacitet bidrager til en markant forværring af arbejdsmiljøet for personalet, og skal betragtes som *et hospitals og -systems problem* (figur 3), som fører til øget mortalitet og morbiditet for vores patienter. Nationalt bør Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) derfor have fokus på og stille krav til bl.a. sygehusejerne om at sikre tilstrækkelige rammer for håndtering af dette daglige problem. Ud fra international erfaring og evidens, skal der særligt fokuseres på **"Exit Block / Access Block / Boarding"-problemet** (for overblik og løsninger se: RCEM's crowding hjemmeside og RCEM youtube kanal).

Lokalt skal afdelings- og hospitalsledelserne udarbejde klare strategier for håndtering af eskalerede situationer med høj belastning og etablering af arbejdsgange for accelereret flow på akutsygehuset, der modvirker overbelægning i akutafdelingen (*Asplin et al, Berg et al, Boyle et al, Higginson et al, Sun et al, samt holdningspapirer fra RCEM og ACEM*)

Seniorpolitik som en del af planen

Særligt i overgangsfasen indtil det nye akutmedicinske speciale får fodfæste, er det vigtigt at fastholde de nuværende speciallæger i akutafdelingerne, for at sikre vidensdeling og uddannelse til de kommende generationer af akutmedicinere. En stor del af disse speciallæger befinder sig i sidste halvdel af deres faglige arbejdsliv og er særligt følsomme overfor den store arbejdsbelastning. Det er derfor bydende nødvendigt at afdelingsledelsen udarbejder en seniorpolitik, der skærmer den aldrende medarbejder. Det vil sende et entydigt signal til, den yngre læge der overvejer at træde ind i et speciale med høj belastning. På denne måde kan der sikres kontinuerlig rekruttering til det akutmedicinske speciale som garanter for fagligt velfungerende akutafdelinger i fremtiden.

Rekommandationer til ledelsen

- ✓ Lav klare aftaler for samarbejde og beslutningsveje med de øvrige afdelinger.
- ✓ Skab organisatoriske rammer for et effektivt tværfagligt teamsamarbejde.
- ✓ Faciliter og prioriter uddannelse på afdelingen
- ✓ Lokalt og nationalt skabes planer for at mindske crowding i hele systemet

Kapitel 3: Vold, trusler og diskrimination

I en medlemsundersøgelse fra 2016 fra yngre læger, svarer næsten 50%, at de har været udsat for vold- og/eller trusler i forbindelse med deres arbejde. I skrivende stund kendes ikke til danske undersøgelser om sundhedspersonales udsættelse for diskrimination (her menes alvorlig krænkelse / forskelsbehandling på baggrund af fx seksuel orientering, køn, etnicitet, handicap, religion og alder). Vold, trusler og diskrimination sker på alle tider af døgnet, og akutmodtagelsen er blandt de steder, det forekommer oftest (Medlemsundersøgelse hos yngre læger om vold og trusler, 2016). Vold, trusler og diskrimination fører til utryghed på en arbejdsplads, der skal kunne rumme alle slags patienter mhp. vurdering af om de lider af en tidskritisk sygdom.

En balancegang

Personalets sikkerhed skal i enhver situation være højeste prioritet, men en nul-tolerance for agitation, vold og trusler er ikke i overensstemmelse med ønsket om at kunne rumme- og behandle alle patientgrupper. Sårbare grupper kan reagere på flere stressorer i akutmodtagelsen med agitation, vold og trusler. En del af løsningen er at uddanne personalet og designe akutmodtagelserne til at forebygge disse situationer. Et fåtal af patienter vil være så agiterede, at de kompromitterer personalets- og medpatienters sikkerhed trods forsøg på forebyggelse- og håndtering. Politiets indgriben i sådanne situationer er essentiel, og der skal foreligge samarbejdsaftaler med politiet om dette.

Et fortsat forbedringsarbejde

Forekomsten af vold, trusler og diskrimination kan reduceres, men risikoen for at det optræder, kan aldrig fjernes helt. Det er derfor vigtigt, at der er en fast handleplan når disse episoder indtræder.

Rekommandationer

Overordnet

- ✓ Personalets sikkerhed har første prioritet.
- ✓ Det søges altid at behandle agiterede / voldelige patienter iht. "mindste middel princippet".
- ✓ Diskrimination, herunder racisme-, køns- og seksuel chikanering, accepteres ikke.

- ✓ Våben accepteres ikke.

Personale

- ✓ Tydelig politik angående håndtering af vold, trusler og diskrimination.
- ✓ Alt personale i akutmodtagelsen skal benytte overfaldsalarm og uddannes i mødet med sårbare grupper samt forebyggelse og håndtering af agiterede patienter.
- ✓ Det skal være muligt for personale, der har været involveret i en trussels-, diskriminations- eller voldsepisode at få både juridisk- og psykologisk hjælp.
- ✓ Vold, trusler, diskrimination og arbejdsrelaterede skader skal indberettes.

Praktisk håndtering

- ✓ Udformning af praktiske- og synlige instrukser mhp. at reducere usikkerhed om håndtering af situationer, hvor der er risiko for vold- eller trusler.
- ✓ Sundheds- og psykiatriloven skal operationaliseres til arbejdet i akutmodtagelsen og synliggøres i ovenfor nævnte instrukser, for at minimere tvivlstilfælde og øge sandsynligheden for at håndtering sker iht. patientens- og personalets rettigheder.
- ✓ Håndtering af voldelige patienter, der ikke kan rummes med afdelingens tilgængelige ressourcer, må håndteres af personale specielt ansat til dette og/eller af politiet. I tiden indtil politiet ankommer, skal der foreligge klar instruks for håndtering og rollefordeling.

Design

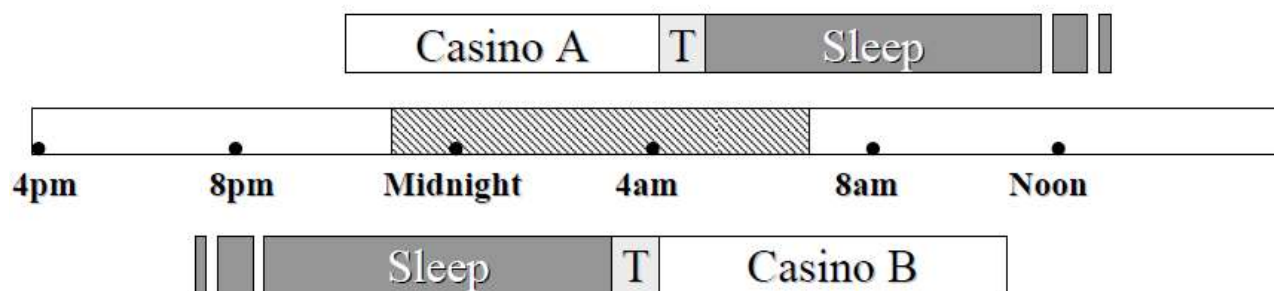
- ✓ Fremtidige akutmodtagelser designes til at kunne afskærme højrisiko patienter.
- ✓ Modtagelse af patienter der tidligere har udøvet vold / trusler imod personale, bør så vidt muligt forberedes. Tidligere forløb kan med fordel analyseres, og årsag til eskalering af situationen skal søges at reduceres hvis muligt.

Kapitel 4: Arbejdstilrettelæggelse

I dag stilles der store krav til kompetencerne i hospitalernes frontlinje. Medicinske fremskridt giver mulighed for bedre og tidligere diagnostik og behandling. Reduktion i antallet af hospitalssenge øger behovet for beslutningskompetencen i akutafdelingen, så kun de patienter som har behov for specialiseret- eller flere døgn's behandling indlægges. De øvrige patienter færdigbehandles i akutmodtagelsen. Reduktionen i antallet af akutmodtagelser betyder at de resterende akutmodtagelser modtager stadig flere patienter (Sundhedsstyrelsen 2020: Planlægningsgrundlag og bilagsrapport.) Ofte kommer der så mange patienter, at der har ligget 4 forskellige patienter i hver af akutmodtagelsens senge i løbet af et døgn. Der skal derfor hele tiden og på alle tider af døgnet tages komplekse kliniske og menneskelige beslutninger. For at sikre patientsikkerhed og patienttilfredshed skal der derfor altid være specialistkompetencer tilstede. Personalet er akutmodtagelsens mest værdifulde ressource. I april 2019 var der "kun" 71 akutmedicinske speciallæger til at medvirke i dække vagtberedskabet på 21 akutmodtagelser.

Nattearbejde, døgnrytmer og pauser

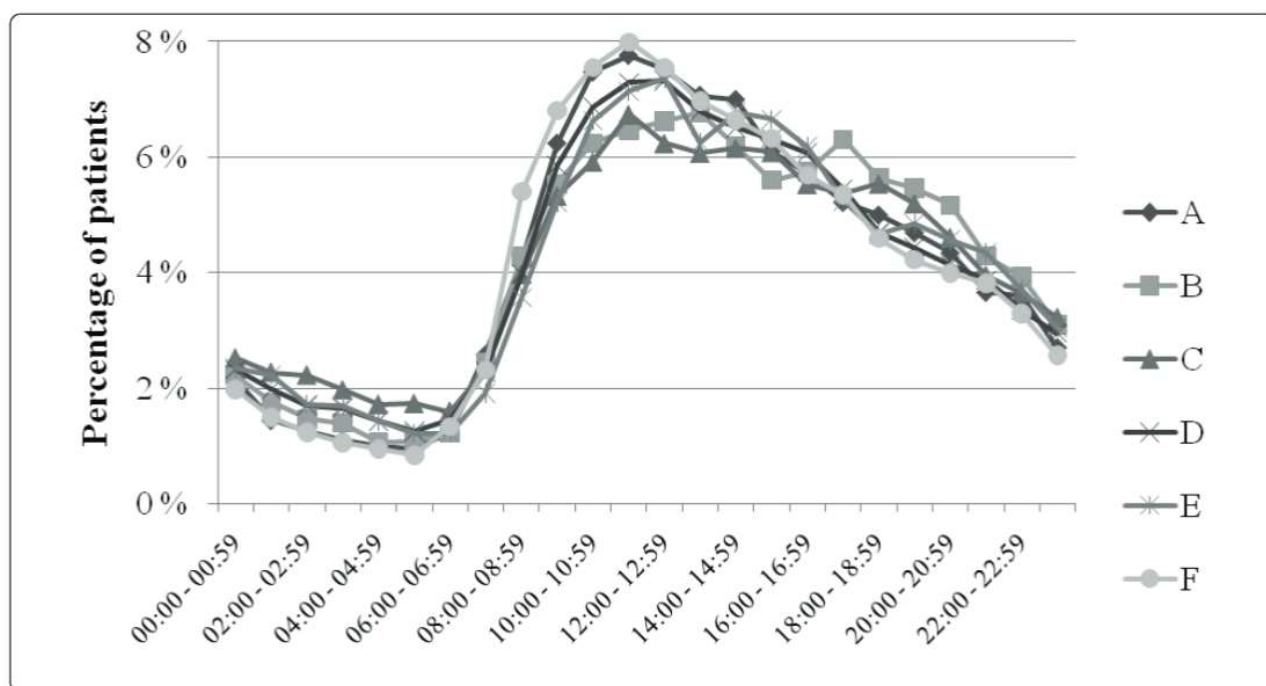
Med de nuværende bemandinger er der ofte ikke mulighed for at planlægge pauser i arbejdet, og i mange tilfælde bliver der overhovedet ikke holdt pauser. Skiftende arbejdstider med hyppige skift imellem dag, aften og nat kræver konstant justering af døgnrytme og fører til både øget søvngæld og forstyrrelse i den cirkadiske rytme (Bragard et al, Kecklund et al, O'Keeffe et al, Pickering et al, West et al). Dette disponerer til øget risiko for brystkræft, hjertekarsygdomme, abort, søvnproblemer, depression og ulcus (Williams et al, Begstrup et al). De hyppige skift i arbejdstid gør det vanskeligt for lægen at opretholde et socialt liv når dette skal kombineres med at restituere sig før næste vagt.



Figur 4: Casino scheduling. Casino A er afgangsvagt, Casino B er tiltrædende vagt. T er transport hjem. Fra Croskerry et al, 2009: Patient safety in emergency medicine

Man kan reducere belastningen af en nattevagt på flere måder. Ét eksempel, som anvendes nogle steder internationalt, er ved at dele den i to – såkaldt *Casino scheduling* (at "dele" vagten, figur 4). På den måde får de læger, som har nattevagt, noget søvn i den vigtige periode mellem 00 og 06. Det er indlysende nødvendigt at begge de læger, som dækker en sådan nattevagt (både den sene og den tidlige) kompenseres, og at der ikke lempes på vagthyppighedsreglerne (Croskerry et al)

Belastning og arbejdsplanlægning



Figur 5: Fordelingen af patientkontakter på en dag på seks forskellige svenske akutmodtagelser (A-F). Studier fra USA og England viser samme mønster. Fra Ekelund et al

Der stilles store krav til arbejdstilrettelæggelsen for at sikre en velfungerende akutafdeling 24/7/365. Set over en lang periode viser patientindtaget et mønster, med den største gennemsnitlige belastning fra sen formiddag til tidlig aften (figur 5, Ekelund et al). På den enkelte dag er patientindtaget dog helt uforudsigeligt, og belastningen afhænger af flere variable end blot patientindtaget. Derfor skal der planlægges med overkapacitet, for at kunne imødegå perioder med crowding. Crowding og deraf følgende overbelægning udgør en risiko for patientsikkerheden og virker opslidende på personalet (Boyle et al, Higginson et al, Sun et al).

Dimensionering af den enkelte akutmodtagelse skal være tilstrækkelig til at minimere perioder med crowding. Dette skal forankres i valide data, realistisk belægningsprocent for sengemassen, fremskrivning af demografiske data samt validerede statistiske beregningsmodeller. Det bør fremgå

af beregningerne, hvor ofte den enkelte akutmodtagelse vil være overbelagt. Endvidere skal der foreligge planer for, hvordan episoder med crowding håndteres og forhindres, da disse episoder er en tilbagevendende udfordring både for patientsikkerhed og personalets arbejdsmiljø (se referencer om crowding i kapitel 2, samt rapporten fra CQC: under pressure, 2018)

Fleksibilitet, gennemskuelse og retfærdighed i vagtplanlægningen

Vagtplanlægningen skal være gennemskelig og retfærdig. Dvs. følge gældende lovgivning (fx mht. arbejdstid) og følge gældende overenskomst. Belastningen skal fordeles jævnt mellem alle medarbejdere. Ubekvem arbejdstid er den tid, som påvirker familieliv, muligheden for at deltage i sociale aktiviteter og restitution. For at sikre en skemalægning, som afspejler den reelle arbejdsbyrde, bør den arbejdstid, som ligger udenfor normal arbejdstid have en højere værdi når normtiden gøres op. Graden af belastning i vagten bør også indgå i vægtningen af normtid (høj belastning = høj værdi i normtid).

Der skal være mulighed for at tage hensyn til den enkeltes livssituation, stigende alder eller andre præferencer. Fremmødeskemaet skal planlægges således, at der er tilstrækkelig tid til restitution imellem vagterne. Det siger sig selv, at det derfor er nødvendigt at bemane akutafdelingerne med et tilstrækkeligt antal læger.

Vagthyppighed

Det skal tilstræbes, at speciallægen ansat i en akutmodtagelse maksimalt har en vagtbyrde på 2 aften-/nattevagter med tilstedeværelse per måned og weekendarbejde (lørdag og søndag) i dagtid 1 gang per måned. Dette frisætter lægeressourcer på de tidspunkter af dagen, hvor der erfaringsmæssigt kommer flest patienter. Sekundært vil dette reducere vagtarbejdet på andre tider af døgnet, da disse patienter har fået lagt behandlingsplaner.

Potentielle gevinster ved dette er følgende:

- Patienterne blive behandlet bedre.
- Indlæggelsestiden blive forkortet.
- Vagtarbejdet bliver mindre belastende.
- Personalet få mulighed for at restituere sig.
- Der vil være ressourcer tilgængelige på de tidspunkter hvor crowding ellers opstår.

- Man undgår at vagtholdet skal lave det om natten, som burde have været lavet om dagen.

Administrationstid / forbedringstid som fast del af skemaet

Muligheden for at benytte en del af sin arbejdstid udenfor "høj puls zonen" forhindrer "burnout" (Shanafelt et al), og øger motivationen samt muligheden for vitalt udviklings- og uddannelsesarbejde. I flere af de lande vi normalt sammenligner os med allokeres 30% af lægens tid til "clinical support time". Det er arbejde karakteriseret ved ikke at have direkte patientkontakt, men arbejde som understøtter afdelingen og hospitalet. Det kan fx dreje sig om forskning, kvalitetsarbejde eller egen og andres uddannelse.

Lange vagter korrelerer med nedsat opmærksomhed og aftagende kvalitet af kliniske beslutninger. Derfor bør længden af en vagt begrænses, specielt i perioder med højt patientflow (Goode).

Høj prioritet af skemalæggerens rolle

Skemalægning i akutmodtagelsen med store krav til både fleksibilitet, individuelle præferencer, gennemskuelighed og retfærdighed betyder, at skemalæggerens arbejde bliver endnu vigtigere, end det tidligere har været. Derfor skal der afsættes sufficente ressourcer til skemalægningen. I fremtiden kan koncepter som "self-rostering" eller point-systemer ift. vagtbelastning være lovende supplementer til nuværende metode.

Rekommendationer

- ✓ Dimensioner akutafdelingerne med tilstrækkelig antal speciallæger til at mindske risikoen for perioder med crowding.
- ✓ Planlæg arbejdstiden 70/30. Dvs. 70% klinisk arbejde og 30% støttefunktioner.
- ✓ DASEM bør arbejde for at ændre gældende overenskomst således at vagthyppigheden for aften/nattevagter og fremmøde i weekenderne reduceres (Australasian Collage of Emergency Medicine).
- ✓ Ændring i vagtlængde således at lange (13-16 timers) a/n vagter afskaffes.
- ✓ Graden af belastning i vagten bør også indgå i vægtningen af normtid (høj belastning = høj værdi i normtid).

- ✓ Arbejdstid som ligger udenfor normal arbejdstid bør have en højere værdi når normtiden gøres op.
- ✓ Sufficiente ressourcer afsættes til skemalægning, så den kan optimeres ud fra overstående anbefalinger.

Kapitel 5: Fysiske rammer

De fysiske rammer i en akutmodtagelse er en væsentlig faktor for effektive arbejdsgange- og medarbejdernes fysiske velbefindende. Dermed er de ligeledes faktorer, der påvirker patientsikkerhed samt effektiviteten i akutmodtagelsen. (Breslin et al; Hendrich et al.)

Nyt er ikke nødvendigvis bedre

Mange akutmodtagelser er placeret i nybyggede lokaler, andre steder prøver man at bedrive "state of the art" pleje og behandling i forældede fysiske rammer. Nybyggede lokaler er dog ikke automatisk lige med gode fysiske forhold. Ofte skal arbejdsgange tilpasses de fysiske rammer, frem for at bygge efter de planlagte arbejdsgange. (Breslin et al.) Dette kræver at klinisk sundhedspersonale er med i udviklingsprocessen af nye bygninger.

Evidensbaseret design

I de sidste år har en del studier undersøgt de fysiske faktorer og rammer, som påvirker arbejdet for akutmodtagelsernes personale. Nogle af undersøgelserne munder ud i begrebet "evidence based design" for sygehusbyggerier (Cesario.; Zimring et al.)

Faktorer som har indflydelse på det fysiske arbejdsmiljø, er bl.a.:

- Støj og det akustiske miljø.
- Lysforhold.
- Indeklima, især ved skiftende temperaturer.
- Udluftning og ventilation.
- De ergonomiske forhold angående borde, stole, senge m.m..
- Den arkitektoniske planlægning og rumopdeling.
- Afstande imellem de enkelte arbejdsenheder.
- Workflow design i de enkelte arbejdsrum og lokalerne imellem.
- Let tilgang til IT-apparatur og andre arbejdsredskaber som ultralyd apparater og POCT udstyr.
- Kvalitet af IT-hardware og -software som anvendes til undersøgelse, behandling og dokumentation.

- Mulighed for at kunne trække sig tilbage til opgaver der kræver mere end den sædvanlige koncentration.
- Lokaler til rekreation i rolige omgivelser ("relax spaces").
- Lokaler til uforstyrret samtale med patienter / pårørende / kolleger på andre sygehuse angående rådgivning og overflytninger. Afdelinger, som arbejder tæt sammen med akutafdelingen, så som intensiv afdeling eller operationsstuerne kan med fordel være beliggende sådan, at personale og patienter let kan nå dertil.

De anførte punkter gælder ikke kun lægernes og sygeplejerskernes arbejdslokaler. Patientværelserne er ligeledes en del af arbejdsområdet, og krav til det fysiske arbejdsmiljø gælder også her (Shakman). Design, der retter sig imod specifikke patientgrupper (f.eks. ældrevenlige akutmodtagelser som set i Leicester), er ligeledes indirekte forbundet med bedre arbejdsmiljø og direkte forbundet med bedre patientsikkerhed, og bør derfor i fremtidens design medtages (The Silver book, RCEM).

Rum til refleksion

Nogle af de nyere sygehusbygninger bygger på det dogme, at læger og personale skal opholde sig det meste af tiden i patientens værelse, hvor alt dokumentation, skrivebordsarbejde og samtaler skal finde sted. Kontorer og skrivebordsarbejdspladser er i stort omfang afskaffet.

Dette er et potentielt problem for trivsel på arbejdspladsen, da en faktor med stor effekt på arbejdsmiljøet er muligheden for at kunne arbejde uforstyrret af driftens støjniveau samt at kunne føre uforstyrrede samtaler med patienter og kollegaer. Det behov kan imødekommes ved at skabe mindre lydisolerede arbejdskabiner med behagelige møbler til enkeltpersoner og små grupper.

Det hurtige tempo og det høje flow af problemstillinger kræver, at muligheden for at den enkelte kortvarigt kan trække sig ud af akutmodtagelsen skal være til stede. Denne manglende mulighed for at fordybe sig og arbejde koncentreret vil kunne føre til stress hos den enkelte medarbejder, dårligt arbejdsmiljø og true patientsikkerheden.

Måltider

På nogle hospitaler skal selv indtagelsen af måltider foregå i sygehusrestauranter eller i spisezoner sammen med patienterne. Den tankegang går imod evidensen på området; at faser med høj

præstation kræver faser med hvile. Medarbejderne bør have mulighed for at købe mad af god kvalitet på arbejdspladsen døgnet rundt. Indtagelse af måltiderne bør være muligt i omgivelser, som giver lejlighed til at slappe af uden kontakt med patienter eller pårørende. Dette vil også skabe en naturlig samhørighed med sundhedspersonale fra hele hospitalet

Vagtværelser og pauser

Vagtværelser og rekreative områder for personalet bør ligge tæt på afdelingen. Korte pauser forbedrer medarbejdernes koncentration, forebygger fatigue og forbedrer arbejdsresultater.

(Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) Vagtværelser må være skærmet for støj fra driftsområder.

Klinisk sundhedspersonale med større indflydelse på vigtige beslutninger - og med fra start

Pga. den tiltagende kompleksitet i hospitalssektoren og manglende evne for ikke-kliniske ledere at have føling med, hvad der er vigtigt på klinisk niveau, er det essentielt, at læger og sygeplejersker - ikke kun afdelingsledelser - i høj grad må inddrages i planlægning og udformning af kommende afdelings- og sygehusbyggerier samt valg- og design af IT-system. Dette såvel i startfasen som under den videre planlægning til den færdige kliniske enhed. Denne såkaldte "bottom-up" tilgang har store fordele. Modsat kan "top-down" beslutninger, der trækkes ned over medarbejderne uden deres involvering have store- og negative konsekvenser på alle involverede (RCEM, Braithwaite: Physician Led Design of a Safe and Efficient Emergency Department, 2018)

For patienter og medarbejdernes skyld er det nødvendigt, at prioritere byggeopgaver, som forbedrer de fysiske rammer højt og at afsætte en del af sygehusets og regionens budget til dette formål.

Rekommendationer

- ✓ Den fysiske udformning af akutmodtagelser skal tage hensyn til basale behov for sundhedspersonale (mad, søvn, lys, lyd m.m.).
- ✓ Designet af akutmodtagelser skal integreres med øvrige specialer for at øge patientsikkerheden.
- ✓ Klinisk virkende læger- og sygeplejersker skal inddrages i design- og opbygning af fremtidige akutafdelinger, samt IT-systemer.

Kapitel 6: Kompetencer og videreuddannelse

Med den hastigt udviklende moderne medicin er livslang læring ikke blot i tråd med en af de syv lægeroller, men også en nødvendighed. At stræbe efter at give den bedst mulige behandling inden for specialet er en drivkraft, som man bør honorere i klinikken, hvorfor uddannelse af læger på alle niveauer er afgørende for den videre udvikling af specialet. Derfor bør uddannelse være højt prioriteret.

	Kendt	Ubekendt
Kendt	Kendt Kendte <i>Ting, du ved, at du ved</i>	Kendt Ubekendte <i>Ting du ved, at du ikke ved</i> <i>(hvad du ved, at du skal lære)</i>
Ubekendt	Ubekendt Kendte <i>Ting du ikke vidste, at du vidste</i>	Ubekendt Ubekendte* <i>Ting du ikke ved, at du ikke ved (Blindspots)</i>

Tabel 1: Johari vindue, populariseret af den tidligere amerikanske forsvarsminister, Donald Rumsfeld

*Blindspots (ubekendt ubekendte) kan vi aldrig selv se, og kræver supervision og feedback

Supervision: at blive opmærksomme på vores "blindspots"

Akutmedicin er et generalistspeciale, og det er vigtigt, at man besidder de færdigheder og kompetencer, som er nødvendige for at kunne varetage de forventede opgaver. Tidligt i karrieren vil situationer, der overstiger ens kompetence- og erfaringsniveau, udfordre patientsikkerheden samt give lægen en følelse af usikkerhed. Arbejdet i en akutmodtagelse er en specialistopgave og derfor bør læger, der er ikke-speciallæger, altid have adgang til supervision af en kvalificeret speciallæge. Det skal dog også huskes at qua udviklingen i den moderne medicin, så er en specialist ikke en konstant størrelse og derfor bør der også skabes et forum, hvor specialister kan supervisere hinanden for at højne kompetenceniveauet i afdelingen (Carley: peer-review, Croskerry et al, Rogers et al, Stone og Heen).

Alle læger bør have en navngivet vejleder, og man bør også skabe mulighed for, at alle læger kan deltage i en kollegial supervisionsgruppe, hvis sammensætning ideelt bør afspejle, hvor de givne læger er i deres arbejdsliv.

Ledende overlæge har en udsat stilling, og der bør være et sted, hvor der kan aflaste enten i en kollegial supervisionsgruppe eller på individ niveau eks. i form af en "work-spouse" eller et forum blandt ligesindede fx Balint grupper eller lignende. Den konkrete konstellation er ikke selskabets hensigt at diktere, men vi vil understrege dennes berettigelse (Crowe, Elton, Howard).



Figur 4: "Safe container" princippet kommer fra simulationstræning (Rudolph et al, 2014), men er en god analogi for den gode kultur man skal have på afdelinger. For at effektiv feedback kan ske, må man skabe en tilgivende læringskultur (både på system-, afdelings- og individniveau), hvor alle læger ikke er bange for at komme frem, og diskutere alle slags cases. På den måde kan både lægen og afdelingen (og systemet) lære af det, og mere effektivt dække blindspots.

Uddannelse - fast del af skemaet

Der skal afsættes de nødvendige ressourcer til videreuddannelse af alle læger med funktion i akutmodtagelsen. En mulighed er at skrive det konkret ind i vagtplanlægningen for skarpere at italesætte, hvornår den enkelte læge indgår i afdelingens regulære produktion, og hvornår de er disponerede til udvikling af deres egen eller kollegaers kompetencer.

Da akutmedicin er et nyt speciale, kan det være uklart, hvad ens unikke kompetence og identitet som læge er. Dette bør præciseres både gennem forskning og regelmæssig uddannelse. For alle fastansatte læger i akutmedicin (særligt H-stilling og speciallæger), bør der afsættes tid til videreuddannelse samt kompetenceudvikling ved siden af det kliniske patientarbejde. Det anbefales at det kliniske arbejde ikke fylder mere end 70 % af den totale arbejdstid således der skabes tid i arbejdslivet til at udfylde samt kompetenceudvikle svarende til de syv lægeroller.

Rekommandationer

- ✓ Det bør afklares hvilke kompetencer, der gælder for hvilken stilling i akutmodtagelsen og hvad der forventes af lægerne i den pågældende stilling.
- ✓ Organiser regelmæssige hele uddannelsesdage for alle læger i afdelingen.
- ✓ Uddannelse bør være et element i vagtskemaet vægtet lige så højt som produktion – selv for speciallæger og der skal både disponeres en supervisand samt en kvalificeret supervisor.
- ✓ Afhold tværfaglig uddannelse for at øge færdighederne i alle professionelle kategorier og til at forbedre samarbejdet.
- ✓ Uddannelseslæger bør have en navngivet vejleder, og aktivt deltage i en kollegial supervisionsgruppe.
- ✓ Støt individuelle interesser i akutmedicin, f.eks. adgang til relevante lægefaglige ressourcer (tidsskrifter etc.).
- ✓ Simulationstræning bør indgå som fast og hyppig del af uddannelsen.

Kapitel 7: Seniorpolitik

Det er tvingende nødvendigt at forholde sig til en seniorpolitik, når der oprettes et nyt speciale som akutmedicin. I et nyt speciale vil alderssammensætning på lægerne være "skæv". Gruppen vil hovedsageligt bestå af yngre læger på vej ind i specialet eller speciallæger fra andre specialer, som har den korteste tid tilbage specialet. Hvis det ikke lykkes at gøre det attraktivt for den ældre speciallæge af forblive i specialet, kommer vi til at stå med en udfordring, som på sigt kan udfordre specialets eksistens. Fokus på dette problem er ikke unikt i Danmark og er velbeskrevet i flere internationale holdningspapirer (fx RCEM, 2013: creating successful, satisfying and sustainable careers in emergency medicine)

En skæv fordeling kræver fokus på seniorer læger

Den skæve alderssammensætning gør, at den seniore læge indgår i den daglige produktion på lige fod med den yngre kollega i et arbejdsmiljø, hvor arbejdsbelastningen er meget høj. Der er endnu ikke defineret nogle "retræte funktioner" i akutmodtagelsen således, at den seniorer læge kan se dette som et alternativ til pension af hensyn til familie, fritidsinteresser og helbred.

Det er imidlertid vigtigt både for arbejdsgiver og arbejdstager at fastholde den seniorer læge i afdelingen. De besidder en enestående faglig ekspertise inden for de centrale lægefaglige opgaver som diagnostik, behandling, forskning, udvikling og uddannelse, som de kan formidle videre til næste generation af læger i afdelingen.

Beskæftigelsesministeriet har nedsat en "Tænketaank for Det gode senior arbejdsliv". Formålet er at give seniorer et bedre arbejdsliv og få flere til at udskyde pensionen. Arbejdet skal være afsluttet i sommeren 2019.

Men hvad er det gode seniorer arbejdsliv for en speciallæge? Dette vil være meget individuelt, men der vil nok være nogle gennemgående træk:

- Mulighed for at udnytte sig høje faglighed.
- Fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen.
- Fleksibilitet i arbejdstid specielt mhp. hyppighed aften/nat tjeneste og weekendarbejde
- Sammensætningen af arbejdsopgaver.

- Værdig tilbagetrækning og afslutning på en lang aktiv beslutningstung karriere.

Et nyt syn på seniorordninger

Det er på nuværende tidspunkt muligt at benytte sig af en seniorordning jævnfør gældende overenskomster. De regionale arbejdsgivere og Forhandlingsfælleskabet for alle fagforeninger har sammen indgået en central aftale om mulighed for at få nedsat arbejdstid fra det fyldte 52. år. Denne aftaler gælder også for speciallæger.

Ved en senior ordning forstås en tidsbegrænset ansættelsesform for en speciallæge, hvor lægen fortsætter sin ansættelse ved samme administrative enhed (afdeling, klinik) med nedsat arbejdstid, med fortsat pensionstilskrivning og en potentiel lønnedgang, der procentvis er mindre end nedgangen i arbejdstid. Den nedsatte arbejdstid kan enten indlægges i arbejdsugen eller udgøre længere samlede fraværsperioder.

Der er imidlertid behov for et nyt syn på seniorordninger, som gør disse ordninger mere attraktive f.eks. i form af nedsat arbejdstid uden tilsvarende nedsat løn. Seniorordninger bør være så attraktive med hensyn til arbejds- og lønforhold, at de kan matche den nuværende tendens, hvor speciallægen lader sig pensionere tidligt for i de efterfølgende år at vikariere som speciallæger på samme eller andre hospitaler.

Kollegial opbakning

Kollegialt bør der være forståelse for ældre kollegers arbejdsmæssige forhold med accept af seniorordninger. Vi opfordrer til en debat i regi af lægeforeningens søjler, hvor man bl.a. kunne drøfte det kollegiale aspekt i forhold til de yngre kolleger, når seniorordninger etableres med reduceret arbejdstid uden vagt. Der bør være mulighed for differentieret udtrædelse af vagtfunktion iht. vagtbelastning og vagttype. Speciallæger med høj vagtbelastning og tilstedeværelsesvagt bør have mulighed for at udtræde på et tidligere tidspunkt end kollegaer med vagt og efterfølgende rådighed fra hjemmet.

Afdelingsledelsen bør melde klart ud om de generelle vilkår og forventninger, der er knyttet til en seniorordning i afdelingen. Drøftelse af eventuel seniorordning skal indgå i medarbejderudviklingssamtaler efter det 52. år. Dette skal forebygge, at de øvrige kolleger ikke synes, at de bliver pålagt belastende eller mindre interessante områder af afdelingens arbejde, hvorimod kollegaen med en

seniorordning bliver fritaget herfor. Det er derfor meget afgørende, at ordningen bliver betragtet som en fordel, såvel for seniore speciallæge som for afdelingen.

Rekommandationer

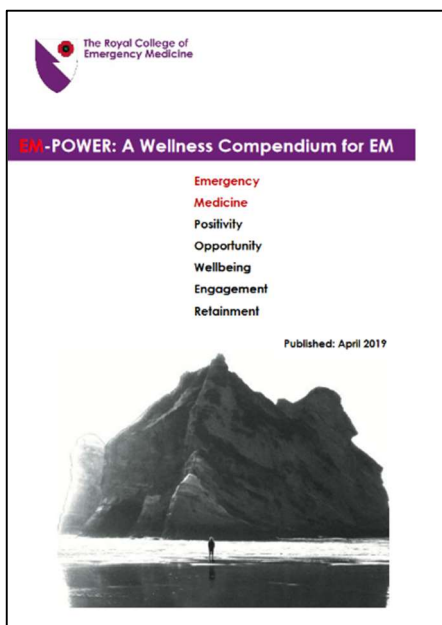
For at en seniorordning skal blive attraktiv bør følgende punkter overvejes:

- ✓ Arbejdsopgaver, herunder særlige ekspertfunktioner.
- ✓ Ansættelsesperiode med et antal ugentlige eller månedlige timer/arbejdsdage.
- ✓ Arbejdssted, herunder om der bliver tale om flere arbejdssteder.
- ✓ Arbejdstid med arbejdstimers placering i løbet af dagen.
- ✓ Specielle arbejdsopgaver som erklæringer og korrespondancer m.m..
- ✓ Vagtforhold, herunder beredskabsvagt.
- ✓ Lønforhold med passende udligningstillæg.
- ✓ Efteruddannelse, ferie, sygdom og forsikring som for øvrige overlæger.
- ✓ Pensionsforhold med tillæg af ekstraordinær pensionsalder.
- ✓ Eventuel delpension svarende til nedsættelse af arbejdstiden.
- ✓ Opsigelse og mulighed for tilbagegang til fuldtids overlægestilling.
- ✓ Nedsat arbejdstid uden tilsvarende nedsat løn.

Man bør også overveje nye ansættelsesformer for speciallæger baseret på særlige kontraktvilkår:

- ✓ En speciallæge ansat på kontrakt som konsulent kan indgå aftale om nedsat arbejdstid i forhold til en normal arbejdsuge.
- ✓ En kontraktansat konsulent kan få mulighed for at varetage helt konkret aftalte funktioner inden for nøje definerede tidsrum, herunder undervisning, ledelse og administration samt forskning og udvikling.

Kapitel 8: Gratis e-ressourcer for øget velvære til dig i akutmodtagelsen



EM-POWER: A Wellness Compendium for EM, 2019

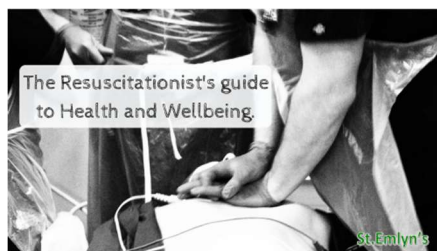
Vores datterselskab i Storbritannien, RCEM (Royal College of Emergency Medicine), udkom nyligt med deres forslag til hvordan man forbedrer arbejdsforholdene i akutmodtagelserne bl.a. med nye emner på området som "rudeness", "staying safe", senior politik m.m.

Link til gratis version:

[https://www.rcem.ac.uk/docs/Sustainable%20Working/0.%20Wellness%20Compendium%20\(Apr%202019\).pdf](https://www.rcem.ac.uk/docs/Sustainable%20Working/0.%20Wellness%20Compendium%20(Apr%202019).pdf)

Link til wellness hjemmesiden fra RCEM:

https://www.rcem.ac.uk/RCEM/Professionals/Professional_Development/Sustainable_Working/RCEM/ForProfessionals/Professional_Development/Sustainable_Working.aspx?hkey=2a6c65f5-6d43-4aae-9677-2c5a51506216



The Resuscitator's guide to Health and Wellbeing, 2018

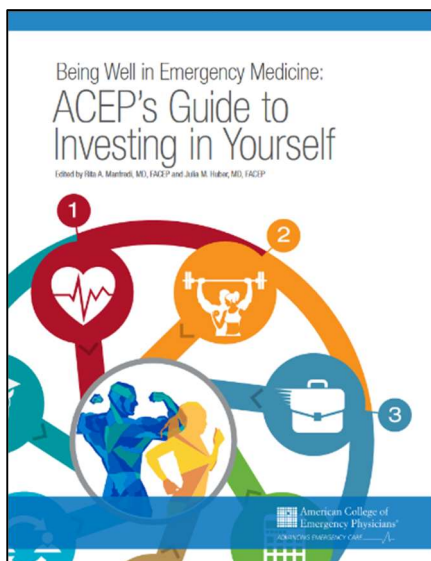
FOAMed (Free Open Access Medical education) er særligt fremtrædende indenfor akutmedicin. Den Manchester-baserede blog, St. Emlyn's, udkom i 2018 med deres e-bog om wellbeing, med flere afsnit udført af Liz Crowe, som er internationalt anerkendt ekspert indenfor wellbeing i akut- og intensivmedicin.

Link til gratis version:

<http://www.stemlynsblog.org/the-resuscitators-guide-to-health-and-wellbeing-a-st-emlyns-e-book/>

Link til blogs om wellbeing:

<http://www.stemlynsblog.org/?s=wellbeing>



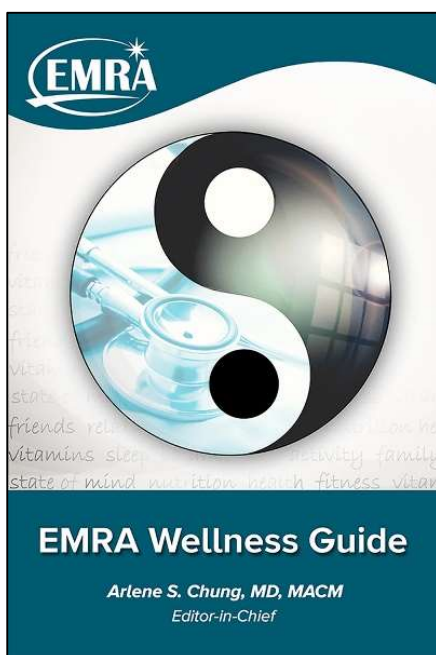
Being Well in Emergency Medicine

ACEP's Guide to Investing in Yourself, 2018

Selvom mange arbejdsforhold er forskellige i USA, så kan man lære meget almen kunsts-kab fra vores amerikanske datterselskab ACEP (American College of Emergency Medicine). De har i 2018 haft fokus på burnout og i den forbindelse, udgivet en gratis guide til deres medlemmer, med de 7 dele der udgør deres wellness hjul. Fuld af gode råd med berøring af emner som "second victim syndrome", burnout, det hele menneske i akutmedicin og fejlkultur

Link til gratis version:

<https://www.acep.org/globalassets/sites/acep/media/wellness/acepwellnessguide.pdf>



EMRA wellness guide, 2018

EMRA (Emergency Medicine Residents Association), er ACEP's yngre lægers organisation. De udkom tidligt i 2018 med et af de første samlede kompendier på området om wellbeing fra en officiel akutmedicinsk forening. ACEP's og EMRA's guide's er komplimenterende, og er gode ressourcer til at få overblik over vigtige emner og inspiration til ændringer både på organisationsniveau- og individniveau

Link til gratis version:

<https://www.emra.org/about-emra/publications/bookstore/>



Arbejds miljø i Akutafdelingen, 2019

Til DEMC8 i 2018 holdt YDAM (Yngre Danske Akutmedicinere) en session, hvor de spurgte deres medlemmer om, hvad der var vigtigst for dem i akutmodtagelsen. Svaret var fokus på arbejds miljø. Som respons udformede YDAM i 2019 et vigtigt holdningspapir om de mest presserende problemer i akutmodtagelsen for yngre læger, og forslag til løsninger

Link til gratis version: https://akutmedicineren.dk/wp-content/uploads/2019/03/Arbejds milj%C3%B8-i-akutafdelingen_final.pdf



Akutmedicineren.dk blogs

Et af YDAMs måder at sætte fokus på vigtige emner i dansk akutmedicin, er gennem deres blogs på deres officielle hjemmeside akutmedicineren.dk. Flere af bloggene giver evidensbaserede systematiske gennemgange af litteraturen og læsevejledninger på vigtige emner som bl.a. kommunikation, beslutningstagning, burnout m.m.

Link: <https://akutmedicineren.dk/blog/>



DK AKUT blogs

Selvom fokusområdet indtil videre ikke har været wellbeing på den Herning-baserede DK AKUT FOAMed hjemmeside, så anbefales det stærkt at tjekke deres journal club og øvrige features ud – og hvem ved, måske er posts om wellbeing rundt om hjørnet

Link: <http://dkakut.com/>



Yngre lægers "Vær på vagt"

Yngre læger har i 2019 lavet en overskuelig oversigt med tjeklister og praktiske oplysninger om vagtarbejde



The wellness compendium, 2019 (RCEM)

RCEM (Royal College of Emergency Medicine)

Link: <https://www.stemlynsblog.org/wp-content/uploads/2019/11/Wellness-Compendium-1.pdf>

Referencer og ressourcer

Artikler

- Asplin et al, 2003: A conceptual model of emergency department crowding
- Begstrup et al, 2018: Night work and miscarriage: a Danish nationwide register-based cohort study
- Berg, 2018: Patient Safety at Emergency Departments (Ph.D. thesis: https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/46515/Thesis_Lena_Berg.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Bernstein et al, *Academic Emergency Medicine*, 2009: The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes
- Body et al, 2012: Optimising well-being: is it the pain or the hurt that matters?
- Boorman, S, *NHS Health and Well-Being Review*, 2009: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130103004910/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_108799
- Boyle, A et al, 2012: Emergency Department Crowding: Time for Interventions and Policy Evaluations
- Bragard et al, *Eur J Emerg Med*. 2015: Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: a qualitative review.
- Braithwaite, J, 2018: Changing how we think about healthcare improvement
- Breslin, P., Gale, S. O., & Weitzner, W. (2003). Operational design strategies for a reduced workforce. *Healthcare Financial Management*, 57(3), 62-65.
- Brindley, P, 2019: Psychological 'burnout' in healthcare professionals: Updating our understanding, and not making it worse
- Brodersen, 2017: how to conduct research on overdiagnosis
- Brodersen et al, 2018: Overdiagnosis: what it is, and what it isn't
- Cesario, S. K. 2009: Designing health care environments: Part 1.
- Coster et al, 2017: Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis
- Croskerry, P et al, 2012: Cognitive Debiasing part 1+2

- Ekelund et al, 2012: Patient throughput times and inflow patterns in Swedish emergency departments. A basis for ANSWER, A National Swedish Emergency Registry
- Estryn-Bahar et al, 2012: Emergency Physicians accumulate more stress factors than other physicians. Results from the French SESMAT study.
- Gaba et al, 2002: Fatigue among Clinicians and the safety for patients
- Garcia, C et al, 2019: Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis
- Goode, J Safety Res. 2003;34(3):309-13: Are pilots at risk of accidents due to fatigue?
- Graham, B et al, 2019: They do not care how much you know until they know how much you care: a qualitative metasynthesis of patient experience in the emergency department
- Hendrich, A., Chow, M., Skierczynski, B. A., & Zhenqiang, L. (2008). A 36-hospital time and motion study: How do medical-surgical nurses spend their time?
- Higginson, 2012: Emergency department crowding
- Higginson et al, 2018: What should we do about crowding in the emergency department
- Johnston et al, 2015: Staff perception of the department working environment (integrative review of the literature)
- Kecklund et al, 2016: Health Consequences of Shift Work and Insufficient Sleep (review)
- Mannion et al, 2012: Unintended consequences of performance measurement in healthcare
- Montgomery et al, 2013: Connecting organisational culture and quality of care in the hospital: is job burnout the missing link?
- O'Keeffe, et al, 2012: Best Practice Rostering, Shift Work and Hours of Work for Resident Doctors: A Review
- Panagioti et al, 2017: Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians (systematic review and meta-analysis)
- Panagioti et al, 2018: Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis
- Pickering et al, 2018, ugeskriftet for læger: Søvn og Døgnrytmer
- Redelmeier et al, 1995: A randomised trial of compassionate care for the homeless in an emergency department
- Rudolph, J et al, 2014: Establishing a Safe Container for Learning in Simulation

- Simpkins et al, 2016: Tolerating Uncertainty — The Next Medical Revolution?
- Shanafelt et al, *Arch Intern Med*. 2009: Career fit and burnout among academic faculty.
- Spurr et al, 2016: Top 10 (+1) tips to get started with in situ simulation in emergency and critical care departments
- Sun et al.: *Annals of Emergency Medicine*: Effect of Emergency Department Crowding on Outcomes of Admitted Patients
- Williams, 2017: Circadian Rhythms and Shift Work
- Williams, D et al, 1999: Human responses to change
- West C et al, 2019: Interventions to prevent and reduce physician burnout (systematic review and meta-analysis)
- Wray et al, 2015: The Diagnosis, Prognosis, and Treatment of Medical Uncertainty
- Zimring, C., Augenbroe, G., Malone, E. B., & Sadler, B. (2008). Implementing healthcare excellence: the vital role of the ceo in evidence-based design. *Health Environments Reserach & Design Journal*, 1(3), 7-21. (Zimring, Augenbroe, Malone & Sadler, 2008).

FOAMed (Free Open Access Meducation) og podcasts

- Akutmedicineren.dk
 - o Tagmose Thomsen, P: Brick By Brick del 1-2 (2019)
 - o Tagmose Thomsen, P: Kommunikation del 1-3 + appendix 1-3 (2018)
 - o Tagmose Thomsen, P: Læring på akutmodtagelsen del 1-6 (2019)
 - o Tagmose Thomsen, P: Patientcentreret ikke patientstyret – tolerating uncertainty, del 1-2 (2019)
 - o Tagmose Thomsen, P: Den Neurologiske Metode – Probabilistisk Fortalt (2019)
 - o Tagmose Thomsen, P: Overdiagnostik og bio-psyko-social modellen – et paradigmeskifte?
- EmCRIT (Scott Weingart): Risk In Emergency Medicine
- EmergencyMedicineCases.com (blog and podcasts)
 - o Effective Learning Strategies in Emergency Medicine (Ep 111)
 - o Effective Patient Communication (Ep 49 + Ep 51 + Ep 115)
 - o Failing up after medical error (ep 63)

- Overcrowding and Access Block – Causes and Solutions (Ep 129)
- Preventing burnout and promoting wellness in emergency medicine (ep 103)
- Teaching on shift (Ep 98)
- WTBS 5+6: Emergency Physician Speed (del 1, 2015 og del 2, 2018)
- Zero tolerance policies (del 1 og 2) (2019)
- Life in the Fast Lane (LITFL): Smile² -> burnout, change leadership, learning from failure
- SMACC
 - Carley, S: Medical Error (podcast) (2016)
- St Emllys blog
 - Howard: The ED spa
 - Carley, S: Making Good Decisions in the ED (2015)
 - Carley, S: The power of peer-review (2019)
 - Crowe, L: New Year Resoulution and Wellbeing (2019)
 - Crowe, L: Wellbeing for the broken, part 1-2 (2019)
 - Crowe, L: Where's the love in critical care? (2017)

Videoer

- Brindley, P, 2019: EMU 365: Physician Burnout
- Brindley, P og Crowe, L, SMACC 2017: Peter Brindley interrogates Liz Crowe Love, Swearing and Resilience
- Carley, S, SMACC 2016: Medical Error (podcast)
- Crowe, Liz, 2015, Australian and New Zealand Intensive Care Society: Do we need to ventilate ourselves? Staff Wellbeing in PICU
- Crowe, Liz, 2016, SMACC: What's Love Got To Do With it
- DrMikeEvans: How to get through a crap week
- DrMikeEvans: 90:10 rule
- Goldman, Brian, 2012 (TED-talk): Doctors make mistakes. Can we talk about that?
- RCEM, youtube-kanal:
 - *Exit block series - what is it and what needs to be done about it* (<https://www.youtube.com/watch?v=AvC5lCwGqng>), 2015
 - Improving Safety in the Emergency Department this Winter, 2018

- Physician Led Design of a Safe and Efficient Emergency Department, 2018
- The Future of UK EM, 2015
- Weingart, S: The Path To Insanity (2014)

Bøger / e-bøger

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2008). Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses (08-0043). Rockville, MD: AHRQ Publication.
- Croskerry et al, 2009: Patient Safety in Emergency Medicine (kapitel 37: Shiftwork)
- Elton, Caroline, 2018: Also Human
- Gawande, Atul, 2012: the Checklist Manifesto
- Rogers et al, 2013: Practical Teaching in Emergency Medicine
- The Silver Book (RCEM m.fl) og [https://www.rcem.ac.uk/RCEM/Quality-Policy/Clinical Standards Guidance/RCEM Guidance.aspx?WebsiteKey=b3d6bb2a-abba-44ed-b758-467776a958cd&hkey=862bd964-0363-4f7f-bdab-89e4a68c9de4&RCEM_Guidance=5](https://www.rcem.ac.uk/RCEM/Quality-Policy/Clinical%20Standards%20Guidance/RCEM%20Guidance.aspx?WebsiteKey=b3d6bb2a-abba-44ed-b758-467776a958cd&hkey=862bd964-0363-4f7f-bdab-89e4a68c9de4&RCEM_Guidance=5)
- Shakman, Karen, 2011: An Exploratory Study: Examining Emergency department Design, Layout and Nursing Staff Physical Fatigue, Thesis, Arizon State University
- St Emlyns blog: The Resuscitationist's Guide to Health and Wellbeing, 2018 (gratis version)
- Stone og Heen, 2014: Thanks for the feedback – the science and art of receiving feedback well

Officielle udgivelser fra udvalgte selskaber

- ACEPs Guide to Investing In Yourself, 2018
- ACEM:
 - Guidelines on Constructing an Emergency Medicine Medical Workforce: Australasian College for Emergency Medicine 2008
 - Guidelines on constructing and retaining a senior emergency medicine workforce (2015)
 - ED overcrowding (position statement), 2019
- British Medical Association (BMA), 2018: Supporting health and wellbeing at work
- Care Quality Commission (CQC)

- Meeting the quality challenge: Sharing examples of best practice from clinical leaders in emergency department, 2017
- Under pressure – Safely managing increased demand in emergency departments, 2018
- Danske regioner, 2018: Når du har brug for os – *24 nye indsatser når du bliver akut syg eller kommer til skade*
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2014: Arbejdsgruppen vedrørende omsorg for “second victim”
- EMRA: Wellness Guide, 2018
- EuSEM: European Core Curriculum for Emergency Medicine, 2017
- Guy’s and St Thomas’ NHS Foundation Trust, 2017: HALT (hungry, angry, late, tired) campaign
- IFEM, 2015: Creating sustainable working conditions for emergency physicians
- Lægeforeningen - og Yngre Læger
 - Læger.dk -> Yngre læger:
 - Vagt og arbejdstid
 - Vold og trusler
 - Medlemsundersøgelse hos yngre læger om vold og trusler, 2016
- National Health Service (NHS), 2019: Meeting the challenge of reducing stress and building resilience in the NHS workforce (<https://www.hee.nhs.uk/news-blogs-events/news/meeting-challenge-reducing-stress-building-resilience-nhs-workforce>)
- RCEM: Sustainable working homepage (https://www.rcem.ac.uk/RCEM/Professionals/Professional_Development/Sustainable_Working/RCEM/ForProfessionals/Professional_Development/Sustainable_Working.aspx?hkey=2a6c65f5-6d43-4aae-9677-2c5a51506216) og Crowding (https://www.rcem.ac.uk/RCEM/Quality_Policy/Professional_Affairs/Service_Design_Delivery/ED_Crowding/RCEM/Quality-Policy/Professional_Affairs/Service_Design_Delivery/ED_Crowding.aspx?hkey=cf5c370e-f312-465a-8770-c67588b7dd35)
- Creating successful, satisfying and sustainable careers in Emergency medicine (report), 2015

- Crowding in emergency departments, 2015
- EM-POWER, 2019: A Wellness Compendium for EM
- EM-POWER, 2018: A guide to engage and retain your established EM staff
- Staying healthy and maintaining wellbeing (RCEM youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=3bieXvH4qIY&feature=youtu.be>)
- Tackling emergency medicine crowding, service design and delivery, 2015
- The patient who abscond, Royal College of Emergency Medicine, 2018
- Workforce recommendations 2018
([https://www.rcem.ac.uk/docs/Workforce/RCEM_Consultant_Workforce_Document_\(revised_Feb_2019\).pdf](https://www.rcem.ac.uk/docs/Workforce/RCEM_Consultant_Workforce_Document_(revised_Feb_2019).pdf))
- Sundhedsstyrelsen 2017: Vurdering af et speciale i akutmedicin i Danmark.
- Sundhedsstyrelsen 2020: Anbefalinger for en sammenhængende sundhedsindsats ved akut opstået sygdom og skade. Planlægningsgrundlag for de kommende 10 år.
- Sundhedsstyrelsen 2020: Anbefalinger for en sammenhængende sundhedsindsats ved akut opstået sygdom og skade. Bilagsrapport.
- Swedish Society for Emergency Medicine (SWESEM):
 - Arbetsmiljöpolicy, version 0.1.2, 2017
 - Checkliste, 2019: <http://swesem.org/assets/userfiles/files/Checklista-arbetsmiljo.pdf>
- Yngre Danske akutmedicinere (YDAM): Arbejdsmiljø i akutafdelingen, 2019