

FRA AKUTMODTAGELSE TIL AKUTSYGEHUS: ERFARINGER FRA SLAGELSE

RESUMÉ

Akutafdelingen på Slagelse Sygehus var en af de første i Danmark. Den har været i drift siden 2010 – og kunne i 2013 som den første flytte ind i et nybyggeri, skræddersyet til den nye akutfunktion. Erfaringerne herfra bliver indbygget i akuthusets fase 2, som fra næste år skal rumme bl.a. føde- og børneafdelingerne, hvorefter fremtidens akutsygehus for hele Sydsjælland er på plads. Men vejen fra akutmodtagelse til akuthospital har ikke været uden bump. Læs her om Slagelses erfaringer med det skræddersyede akuthus, opbygning af kompetencer, organisering af akutfunktionen – og livtag med de gamle 'søjle-kulturer'.

BUDSKABER OG LÆRINGER

- Akutmodtagelse er meget andet og mere end traumer. Også akutte patienter skal fremover i stigende omfang behandles ambulante.
- Akutafdelingen har brug for faciliteter, der er tænkt og udviklet til det ambulante undersøgelses- og behandlingsparadigme – eksempelvis en patientlounge med hvilestole for patienter under observation.
- Der er fortsat problemer med at rekruttere seniorlæger til akutmodtagelser – og ifølge Region Sjælland løses de næppe, før akutmedicin anerkendes som lægefagligt speciale med tilhørende uddannelse.
- Akutmodtagelsen er ikke en ø – den er alle stamafdelingers fælles akutmodtagelse. Først når det kliniske personale i alle stamafdelinger anerkender den sådan, bliver akutsygehuset et akutsygehus.
- Stamafdelingernes rolle og ansvar i akutmodtagelsens funktion skal befæstes i klare aftaler afdelingsledelserne imellem.
- Konceptet fungerer! Princippet med en fælles hovedport for alle akutte patienter leverer de forventede resultater: Færre indlægges, ventelister nedbringes og indlæggelsestiden er faldet markant.



DEN STORE REORGANISERING PÅ SYGEHUSENE

Den største reorganisering i sygehusektoren i de sidste mange år, kaldes indførelsen af en fælles akutmodtagelse på de 21 danske sygehuse, der er udset til at skulle løfte ambitionen om, at alle akutte patienter skal have adgang til ensartet, høj behandlingskvalitet døgnet rundt, uanset hvor i landet, de bor.

Den nye akutmodtagelse er samtidig det helt centrale greb i realiseringen af den vision om fremtidens sygehusbehandling, som de store sygehusbyggerier skal muliggøre. Flere patienter skal 'vendes i døren' i akutmodtagelsen, så de slet ikke indlægges – eller blot indlægges kortvarigt, mens de færdigbehandles, i akuthusets sengestuer. I akuthusets frontlinje skal speciallæger i de typiske lægefaglige discipliner være med til at sikre, at man hurtigt identificerer de patienter, som har behov for specialiseret behandling og leder dem videre i et effektivt og sammenhængende behandlingsforløb.

Sådan er visionen for enden af regnbuen. Som alle forkromede planer får den sig nogle knubs i mødet med virkeligheden, men overordnet set er de nye akutsygehuse godt på vej, konkluderede sidste års statusrapport *'De danske akutmodtagelser – status 2016'* (Danske Regioner, juni 2016). Langt de fleste akutmodtagelser er nu samlet ét sted, to tredjedele af dem i deres blivende lokalitet – og akutsygehuse arbejder målrettet på at efterleve Sundhedsstyrelsens anbefalinger, fx hvad angår døgndækkende speciallægedækning.

Noget langsommere går det med omlægningen af den kliniske organisation og arbejdsgange, der skal virkeliggøre visionen om fremtidens sygehusbehandling. "Reorganiseringerne er overalt fortsat i en udviklingsfase, og selv efter ibrugtagning af de nye bygninger er der behov for at foretage justeringer", skriver

KORA i rapporten *'Reorganisering og sygehusbyggeri'* (oktober 2016), der har undersøgt de hidtidige erfaringer på en række sygehuse.

"Det er først i mødet mellem nye arbejdsgange og de fysiske rammer, at behovet for justeringer viser sig, eksempelvis når de fysiske rammer ikke som forventet understøtter omorganiseringer", konstaterer KORA-rapporten og peger på, hvordan man de fleste steder har anlagt en iterativ udviklingsstrategi, hvor man gradvist arbejder sig frem mod målet.

I denne erfaringscase ser godtsygehusbyggeri.dk på, hvordan den nybyggede akutmodtagelse på én af de 21 fremtidige akutsygehuse – Slagelse Sygehus – har understøttet nye arbejdsgange, og hvordan man i øvrigt tackler udfordringerne ved reorganiseringen. Og vi begynder ved bygningerne.

SLAGELSES SKRÆDDERSYEDE AKUTMODTAGELSE SKAL RETTES TIL

Det var ikke alene det første færdige 'kvalitetsfondsbyggeri', Region Sjælland i november 2013 kunne tage i brug i Slagelse. Det var også det første sygehusbyggeri designet og bygget til en akutmodtagelse.

"Et akuthus i verdensklasse", kaldte den daværende sygehusdirektør ved indvielsen det 15.000 m² store nybyggeri: "Vi har fået tre i én: En akutafdeling, en intensivafdeling og en hjerteafdeling samlet under samme tag. Et hus, der er skræddersyet til akutte patienter, og hvor alle afdelinger er fleksibelt indrettede, så de enkelte funktioner kan laves om efter fremtidige behov."

Tre år tidligere havde Region Sjælland besluttet at samle modtagelsen af akutte patienter på sygehuse i Køge, Holbæk, Nykøbing Falster og Slagelse. Sidstnævnte udbygges over to etaper til at varetage akutfunktionen for et patientgrundlag på 200.000 i det sydlige og sydvestlige Sjælland, idet de hidtidige akutfunktioner i Næstved gradvist overflyttes til Slagelse.

Siden foråret 2016 modtages alle medicinske og kirurgiske patienter i Sydsjælland i akutafdelingen i Slagelse. Og det hele fuldendes når gynækologi, obstetrik og pædiatri i 2018 flytter ind i et parallelt nybyggeri, der tillige skal huse de akutte medicinske patienter.

"Når vi kan tage det i brug, falder det hele på plads", siger sygehusdirektør Vagn Bach, der har været med til at planlægge det nye akuthus, siden det blev besluttet tilbage i 2010. Allerede dengang begyndte man i Slagelse at bygge sin akutafdeling op – i første omgang i det gamle sygehus' rammer: " Men det rykkede afgørende, da vi i 2013 kunne flytte ind i et nybyggeri skræddersyet til akutafdelingen."



Nybyggeriet har i det store og hele vist sig velfungerende til formålet, mener sygehusdirektøren: "Der vil altid være ting, man måske skulle have tænkt anderledes, og sådan er det også her. Men samlet set har vi fået et rigtig godt akuthus. Selv når vi har tryk på, virker huset roligt og behageligt."

Også det kliniske personale vender tommellen mest op, når man spørger, om det var det rigtige hus, der blev bygget: "Det korte svar er 'ja', svarer akutafdelingens ledende overlæge, Imran Parvaiz: "Der er lagt rigtig mange gode tanker ind i byggeriet, som har vist sig at være rigtige og at fungere i praksis."

Han fremhæver ambulancegården med direkte adgang til isolationsafsnit og særlige modtagelser for forbrændingspatienter og dekontaminering - samt til to traumestuer, der begge har direkte adgang til en CT-skanner, placeret imellem de to rum.

Indgangen fra ambulancegården går direkte gennem et lille rum, der var tiltænkt triage, men som i praksis er for småt og i vinterhalvåret for koldt til formålet – så triageringen må foregå længere inde i huset.

Knapt så hensigtsmæssigt er det også, at røntgen har fået plads i et andet hjørne af stueetagen, mener Parvaiz. Til gengæld er han glad for, at man i Slagelse har fastholdt skadestue som en selvstændig funktion: "Det er et godt princip at adskille de patienter, der bliver bragt til hospitalet liggende, fra de, der kan komme hertil selv og ikke behøver en seng. Det er en af de gode ting ved vores system, synes også vores amerikanske læringspartnere i Boston, der modtager alle akutpatienter ens!"

Imidlertid har man i planlægningen ikke i tilstrækkelig grad tænkt faciliteter som observations- og hvilerum ind til de mange patienter, der ikke kommer videre end akutmodtagelsen, påpeger afdelingens ledende

oversygeplejerske, Hanne Schøning Nielsen: "Vi savner et sted for vores gående patienter, der ikke nødvendigvis skal indlægges eller har brug for en seng, men som vi gerne vil observere over en tid. Som det er i dag, lægger vi dem på en sengestue, hvilket jo sådan set er imod konceptet. De kunne fint nøjes med en hvilestol, hvilket også vil betyde, at patienten ikke oplever sig unødigt sygeliggjort ved at blive puttet i patienttøj og op i en seng. Det er vi lige nu i gang med at finde en løsning på."

"Der er jo også patienter, vi godt tør sende hjem, men alligevel gerne vil se igen dagen efter. Også dem mangler vi en facilitet til. Akutafdelingen er jo ikke kun 112-kørsler og babu-babu. Det er i stigende omfang også patienter, der diagnosticeres og sættes i behandling, men ikke indlægges imens. Disse ambulante funktioner er ikke tænkt tilstrækkeligt ind. Hvis akutafdelingen skal håndtere dem, skal der også være lokaler til det. Vi kunne godt bruge en patient-lounge eller sådan noget", siger Hanne Schøning Nielsen.

Akutafdelingen råder over 56 sengestuer. Blandt dem er en bariatrisk stue, hvor alt er dimensioneret lidt større, og som har indbygget en lift i loftet, der kan bære +250 kg. "Det er en rigtig fin facilitet at have til rådighed. Når vi ikke har bariatriske patienter, kan vi bruge den som tosengs-stue, så vi udnytter den optimalt", fortæller Imran Parvaiz.

ÉNSENGS-STUER MED PERMANENTE ARBEJDSSTATIONER

På sengestuerne i husets øverste etager har de tre et halvt år med akuthusets første etape givet værdifulde erfaringer, som nu kommer etape 2 huset til gavn.

De to tvillingehuse har grundlæggende samme design: tre og fire etager høje kvadratiske klodser med en indre grønnegård. Designet indebærer, at de indre gangforløb knækker 90 grader i hvert af de fire hjørner, hvilket hæmmer personalets overblik ned gennem gangene. I etape 2 huset har man derfor valgt at lægge alle stuer i to modstående længer, mens de mellemliggende sidefløje rummer henholdsvis kontorer og personalerum i den ene side og opholdsrum mv. for patienterne i den anden.

Énsengs-stuernes disponering og indretning i etape 1 huset har ikke vist sig optimal – selv om man faktisk fik bygget en prototype som mock-up, der kunne anvendes i brugerprocessen, har det kliniske personale klaget over fejlplaceret inventar. Planløsningen, der placerer baderummet mod facaden, bevirker at lysindfaldet bliver begrænset og at sengen skubbes langt ind i stuen.

Tanken med indretningen var at skabe mest muligt overblik fra dør til patientens seng, men ulemperne viste sig altså større. Det retter man derfor op på i etape 2 huset – hvor man også åbner stuerne mere op mod gangen med større glaspartier (der selvfølgelig kan afblændes med forhæng), så patienterne ikke skal føle sig så isolerede, som de har vist sig at gøre i det første hus. Baderummet rykkes samtidig fra facade- til gangside, så der kommer mere lys ind i stuerne.

Til gengæld holder man fast i at disponere en del af stuen til en permanent arbejdsstation til lægens dokumentationsarbejde. I Slagelse tror man nemlig ikke på de mobile 'work-station-on-wheels', man satser på andre steder, fortæller sygehusdirektør Vagn Bach:

"Vi kan jo se, at der hurtigt udvikler sig en tendens til at tage dele af dokumentationsarbejdet med ud og gøre det færdigt på kontoret. Vi vil gerne holde fast i, at man laver hele dokumentationsarbejdet på stuen. Det er

en så fundamental del af vores fremtidige arbejdsform, at patienten kan være med i hele forløbet, mens lægen skriver det, han skal. Og det bliver jo ikke mindre vigtigt, når vi sidst på året skal i gang med at implementere Sundhedsplatformen her hos os. Derfor holder vi fast i den permanente arbejdsstation, selv om det optager meget plads i stuen. Det viser sig jo også, at de mobile arbejdsstationer i praksis ofte kommer til at være mellem behandleren og patienten, så de er med til at skabe afstand, hvor vi jo gerne vil det modsatte”, siger Vagn Bach.

Den problemstilling, sygehusdirektøren her peger på, er et eksempel på, at man måske har undervurderet eller ikke ganske gennemtænkt alle implikationer ved det nye behandlingsparadigme, man er i gang med at indføre, mener Charlotte Bøll Larsen, der er planlægningschef i Region Sjælland:

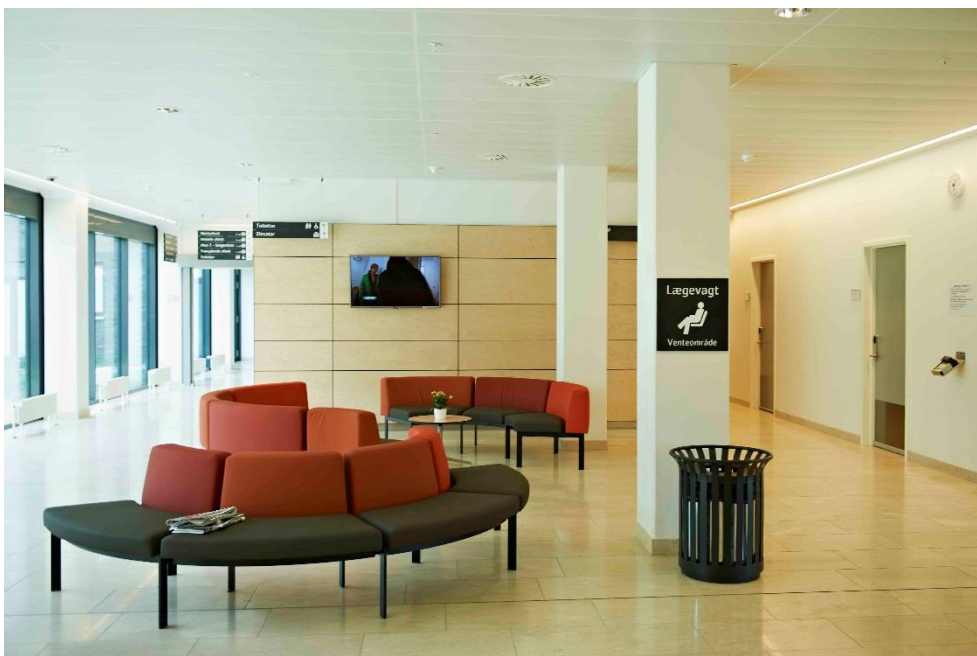
”Sådan noget som at arbejde med énsengsstuer – hvad betyder det for personalet, deres arbejdsgange og deres overblik? Hvad betyder det for lægerne, som har været vant til at gå stuegang på firesengs-stuer, men som nu skal rundt og snakke alene med patienterne på tomandshånd?”

”Ved etableringen af akutmodtagelserne har fokus jo meget ligget på at få dem på plads. Hvad det indebærer for personalet i forhold til kompetencer og arbejdsgange, kom måske nok lidt i anden række. Den erfaring bruger vi da nu, hvor fase 2 byggeriet tages i brug. Her har der forud været meget fokus på at ruste personalet til det – også i forhold til at udnytte samspillet mellem gynækologien og pædiatrien, der flytter sammen her”, forklarer Charlotte Bøll Larsen.

OPKVALIFICERING: SAMARBEJDE MED BOSTON – OG MED MALMØ

Region Sjælland var ellers tidligt ude med de nye akutmodtagelser – eller akutafdelinger, som man har insisteret på at kalde dem for at betone, at der er tale om hospitalsafdelinger på linje med alle andre. Længe inden bygningerne stod færdige, var der akutafdelinger i drift på de fire udpegede akutsygehuse i Holbæk, Slagelse, Køge og Nykøbing Falster.

”Politisk har akutområdet været højt prioriteret i Region Sjælland – hvilket blandt andet kommer til udtryk ved det samarbejde, vi etablerede med Harvard Medical School og et stort akutsygehus i Boston, der har hjulpet os med at udvikle vores akutsygehuse”, fortæller Charlotte Bøll Larsen.



”For at ruste vores akutlæger til opgaven har vi siden 2014 løbende sendt læger til Boston på lærings- og inspirationsophold, der har underbygget deres forståelse for, hvordan de klinisk-fagligt skulle gribe det an. I forlængelse af det har vi nu også indgået aftale med vores søsterregion i Skåne, som giver nogle af vores akutlæger mulighed for at tage den uddannelse i akutmedicin derovre, som vi endnu ikke har fået op at stå herhjemme”, siger Charlotte – som ikke lægger skjul på, at Region Sjælland stærkt støtter tanken om en dansk speciallægeuddannelse i akutmedicin: ”Det kan kun gå for langsomt!”

”På sygeplejerskesiden har vi tilsvarende gang i et stort udviklingsprojekt med Boston om at vedligeholde et fælles kompetenceniveau. Mange af sygeplejerskerne kom jo fra skadestuerne eller en intern medicinsk afdeling. Med hjælp fra Boston har vi introduceret et koncept, der hedder ’Skills station’ – en systematik, der sikrer at alle sygeplejersker i et undervisningsforløb kommer igennem forskellige patientsituationer og forløb. Det har været en så stor succes allerede, at vi nu går i gang med at udbrede konceptet på de øvrige kliniske afdelinger. Så det er samtidig et eksempel på at akutafdelingen kan være first mover på et område, som andre afdelinger kan bruge”, fortæller Charlotte Bøll Larsen.



Imran Parvaiz, den ledende overlæge i Slagelses akutafdeling, er blandt dem, der har været i Boston for at se og lære af akutmedicinerne på Beth Israel Deaconess Medical Center: ”Det har været meget udbytterigt. Det er jo dem, der har udviklet konceptet og udviklet akutmedicin som lægefaglig disciplin, så selvfølgelig kan vi lære meget derfra. Men det amerikanske hospitalssystem er samtidig også så anderledes, at der er grænser for, hvad vi kan overføre”, siger Imran Parvaiz.

Akkurat den akutmedicinske lægefaglighed vil han dog gerne have institutionaliseret i Danmark: ”I Boston oplever man en helt anderledes respekt fra de lægefaglige specialer i forhold til den opgave, akutmedicinerne

løfter. Det har vi også brug for herhjemme, hvis vi skal tiltrække dygtige læger til området og løse udfordringen med at bemane akutafdelingerne bedst muligt, også uden for de store universitetshospitaler”, siger Imran.

”Sygeplejerskerne gjorde det virkelig flotte, at de satte sig ned sammen – på regionalt niveau – og satte sig for at definere: Hvilke kompetencer skal man besidde for at kunne arbejde her? Og så skræddersyede de et uddannelsesforløb, som alle, der skal arbejde her, kommer igennem. På den måde bliver de over tid uddannet til at varetage funktionen som akutsygeplejersker – og det giver dem jo samtidig en faglig identitet, vi også har brug for på lægesiden”, siger Imran Parvaiz, som af samme grund også varmt støtter etableringen af akutmedicin som lægefagligt speciale på linje med alle andre.

”Jeg synes personligt det er spændende at arbejde i det akutmedicinske – det passer godt til mit temperament. Og derfor forstår jeg også godt den speciallæge i intern medicin, der mod sin vilje bliver hevet ned her. Herregud - der er jo en årsag til, at vedkommende er blevet intern mediciner – og ønsker at være på en intern medicinsk afdeling. Vedkommende gider ikke nødvendigvis det akutte”, siger Imran Parvaiz og åbner samtidig for et af de dilemmaer, man bokser med i de fleste akutafdelinger – således også i Slagelse.

DEN FORKROMEDE VISION VERSUS VIRKELIGHEDEN

Den fælles akutmodtagelse er alle specialafdelingernes fælles akutte modtagelse. At speciallæger fra de typiske lægefaglige discipliner indgår i akutmodtagelsernes bemanning, er en central del af konceptet. Sundhedsstyrelsen foreskriver, at i hvert fald intern medicin, ortopædkirurgi, kirurgi og anæstesi skal være til stede 24/7.

Hvordan man organisatorisk griber bemanningen an, er der imidlertid ingen patentløsning på. Muligheden spænder i princippet mellem de to ekstremer – at alle i akutmodtagelsen er ansat og ledelsesmæssigt hører hjemme der, eller at akutmodtagelsen helt eller overvejende bemannes med læger fra de respektive stamafdelinger. De fleste akutsygehuse forsøger dog at finde en gylden middelev mellem de to ekstremer, således også Slagelse, hvor de i akutafdelingen ansatte læger suppleres med speciallæger, der stilles til rådighed af stamafdelingerne.

”Allerede da vi i 2010 omlagde vores organisering og etablerede en akutafdeling, lagde vi strukturer og ledelse på plads – og den organisering har vi sådan set holdt fast i lige siden”, fortæller sygehusdirektør Vagn Bach: ”Med den vil vi sikre, at vi både har de akutte kompetencer og kompetencerne fra specialerne til stede. For lægerne betyder det, at man skal kunne samarbejde om at løse opgaverne uanset hvor man organisatorisk hører hjemme. Man skal billedlig talt lidt glemme, om man er ansat i en medicinsk afdeling eller i akutafdelingen”, siger sygehusdirektøren.

Hvor besnærende det end lyder, har netop *det* imidlertid vist sig lettere sagt end gjort. At akutafdelingen i Slagelse gennem sin korte levetid har skiftet ledelse to gange, siger måske noget om udfordringen – og den nuværende overlæge, Imran Parvaiz, lægger ikke skjul på, at der er udfordringer – især når det brænder på, og speciallægerne samtidig har hænderne fulde i deres respektive stamafdelinger. Den hybride matrix-organisering har nogle indbyggede udfordringer, pointerer han:

”Der er fordele og ulemper ved alle systemer. Det kan være en gevinst for enhver organisation at få nogen ind udefra med en anden faglighed og kultur. Problemet er, hvis de insisterer på at holde fast i den kultur og

arbejds måde, de har med sig, og ikke anerkender den måde, vi griber tingene an på her. Ikke ser sig selv som en del af akutteamet.”



”Det kan fungere udmærket ved et traumekald, hvor alle har klare, foruddefinerede roller, de uden videre kan træde ind og ud af. Men i forhold til de typiske akutpatienter er der brug for at udvikle et andet samarbejde, hvor man ikke altid kan gøre, som man plejer. Og her har vi endnu ikke har formået at definere og beskrive rollerne godt nok”, påpeger overlægen.

”En anden udfordring er, at jeg ikke har ledelsesretten over de læger, der kommer udefra. Det er ikke noget problem, så længe disse læger agerer i forhold til de aftaler, vi har indgået. Men lige så snart, de ikke gør som aftalt, og jeg så påtaler det – så har vi en potentiel konfliktsituation, vi savner klare spillerregler for”, siger Imran Parvaiz.

Hanne Schønning Nielsen, den ledende oversygeplejerske, supplerer: ”Det er jo en supergod ting, at vi får specialernes læger hened. Vi er jo generalister her. Udfordringen er at sikre, at vi udnytter dem rigtigt, altså får givet den rigtige resurse til den rigtige patient på den rette tid. Det er ikke altid så nemt i en travl dagligdag. Og man har nok heller ikke været skarpe nok til, efterhånden som akutafdelingen er vokset til og har fundet sin form, at revurdere organiseringen i forhold til de samarbejdende afdelinger. Hvis den virkelig blev sat sammen, så alle oplevede det som et samarbejde om en fælles opgave, er jeg sikker på, at det vil komme til at fungere fint. Men det kræver, at vi på afdelingsledelsesniveau forpligter hinanden som én samlet ledelse på, at det er det, vi vil!”

FRA AKUTMODTAGELSE TIL AKUTSYGEHUS

Sygehusdirektør Vagn Bach er i princippet enig i de problemstillinger, akutklinikerne beskriver – men han fastholder den valgte matrix-model:

”Den nye akutfunktion går jo på tværs af eksisterende strukturer. Det er en ny måde at arbejde på, som afspejler den virkelighed, vi møder på sygehusene, hvor vi ser flere og flere patienter med et mere sammensat sygdomsbillede, som involverer flere specialer. Så jeg er overbevist om, at vores nye tilgang er rigtig. Men at ændre på bestående strukturer og indgroede arbejdsgange kan jo være ganske udfordrende og komplekst. Det kræver kulturændringer – og sådan noget sker jo ikke fra den ene dag til den anden.”

”Vi har så valgt en hybridorganisering. Det gør ikke udfordringen mindre, i hvert fald til en start. Men jeg er ikke et sekund i tvivl om, at det også er den, der vil ende med at give den bedste patientbehandling.”

”Og vi arbejder på det. Vi har udarbejdet et nyt ledelsesgrundlag, der bygger på, at vi er én organisation og er sammen om at levere. Vi har etableret et lederforum for akutsygehuset, hvor afdelingsledelserne for de bagvedliggende afdelinger også er med. Sideløbende er afdelingerne i fællesskab i gang med at udarbejde en række strukturerede patientforløb, der beskriver, hvordan vi skal modtage patienter i typiske sygdomsforløb. Det er helt klart en lang og sej proces. Men jeg vil sige, at vi har flyttet os rigtig meget.”

I Region Sjælland peger planlægningschef Charlotte Bøll Larsen på, at der er brug for at anlægge et mere holistisk fokus på de nye akutsygehuse:

”Hver gang der opstår en situation, hvor man bliver presset på kapaciteten i en stamafdeling, så opstår jo et dilemma, når man også samtidig skal være til stede i akutafdelingen. Det er jo en grundpræmis, der er indbygget i systemet. Og det er vi nødt til at håndtere.”

”Man gjorde nok den fejl i begyndelsen at fokusere for ensidigt på at få akutafdelingerne op at stå. I stedet bør vi fokusere på, hvordan man opnår et velfungerende akutsygehus. Det handler jo netop om hele sygehuset, og løsningen må nødvendig findes i et samarbejde mellem alle involverede. Man skulle nok have været bedre til at få de samarbejdende specialer på banen fra en start”, siger Charlotte Bøll Larsen, der ser det som en generel erfaring ved byggeprojekterne, at man skal huske at starte organisationsudviklingen parallelt med, at man starter indretningsprocessen.

”Når det er sagt, er jeg såmænd ikke sikker på, at man kunne have tacklet dilemmaet, før akutafdelingen var etableret og problematikken manifesterede sig. Jeg tror så, at det er en hurdle, der kan overvindes. Men det kræver sin tid!”



Et andet aspekt ved konceptet om det hele akutsygehus er at sikre et sømløst patientflow fra akutafdelingen videre ind i de respektive stamafdelinger. Også det er en velkendt problematik, som mange sygehuse slås med – således også Slagelse, når der som i disse sene vintermåneder er pres på indlæggelserne, og man samtidig har været tvunget til at lukke senge som følge af rekrutteringsproblemer.

”Der vil jo altid kunne opstå kapacitetsproblemer, når der er ekstraordinært pres på – heller ikke i Boston har de været i stand til at løse det, selv om de har arbejdet på det i fyrré år. Men det er da ærgerligt, når vi i øvrigt formår at optimere vores processer og nedbringe ventetider. Når man nu, billedligt talt, bygger en stor ny motorvej ind i sygehuset, så er det jo vigtigt, at vejene videre fra akutafdelingen er lige så gode. Det behøver ikke at være motorveje, men i hvert fald en god, to-sporet landevej. Lige nu er desværre alt for ofte en lille puklet sti”, siger Imran Parvaiz.

BUNDLINJEN: SLAGELSE RYKKER!

Akutafdelingens overlæge kan dog glæde sig over, at hans afdeling igen i 2016 scorer pæne karakterer – højere end landsgennemsnittet – i den årlige LUP-undersøgelse af patienttilfredshed. Og Imran Parvaiz skal da også blot have stikordet: Er man alligevel på vej til at indfri ambitionerne med det nye akutsygehus?

”Absolut, da. Det kan måske forsvinde lidt i alle problemerne, men hvis man ser på, hvordan patienter bliver udredt og behandlet i dag i Slagelse i forhold til for seks år siden, så er der en kæmpe forskel! Patienten her bliver modtaget af en sygeplejerske og tilset af en KBU-læge inden for en time. Blodprøver bliver sendt afsted til analyse med det samme, hvor de tidligere skulle afvente næste blodprøverunde. Ventetiden på CT-scanning

er nedbragt fra fire timer til én, efter at vi har fået vores radiologiske afdeling med. Er der indikation for, at operation er nødvendig, bliver patienten tilset af en kirurg med det samme!”

”Hvis vi så også får afklaret de udfordringer, vi har på det organisatoriske, gennem nogle klare aftaler som afdelingsledelserne på tværs af sygehuset forpligter sig på, er vi kommet langt. Vi må jo se det som en proces. Jeg har selv været en del af den de sidste 3½ år – og når jeg sammenligner med den gang, har akutafdelingen udviklet sig kolosal”, siger Parvaiz og peger på, at der skete et afgørende ryk, da man i efteråret 2016 kunne indføre døgn-dækning med speciallæger:

”Før da var der kun speciallægedækning frem til kl. 18 – efter det var det ”cowboyland” frem til næste morgen. Nu er der kommet langt mere ro på og ensartede arbejds gange døgnet rundt. Vi er kommet tættere på hinanden afdelingerne imellem, og det har også været med til at styrke den gensidige tillid og respekt. Jeg spurgte en af mine overlæger i dag om, hvordan det stod til med samarbejdet med medicinsk afdeling. ’Fremragende’, lød det prompte svar!”

Vagn Bach er på linje. Beder man sygehusdirektøren om en værdi for hvor langt – på en skala fra 1 til 10 – man i Slagelse er nået mod at realisere visionen om fremtidens akutsygehus, svarer han: 7!

”Vi er meget langt hen ad vejen lykkedes med at gøre tingene bedre end tidligere. Halvdelen eller flere af de akutte patienter udskrives igen fra akutafdelingen. Og de, der indlægges, kommer hurtigere igennem systemet. Ventetiderne i akutafdelingen falder. Indlæggelsestiden er faldet markant. Det synes vi er godt. For man bliver jo ikke i sig selv rask af at være indlagt på sygehuset, med mindre det er nødvendigt for at modtage en specialiseret behandling”, siger Vagn Bach.

”Når vi endnu ikke er i mål endnu, skyldes det dels, at alle skal vænne sig til at se på og gøre tingene på en anden måde end tidligere, og dels at vi lige skal have de fysiske rammer helt på plads. Det gør vi næste år, hvor vi kan tage fase 2 af akuthuset i brug og får de akutte medicinske patienter, pædiatri og gynækologi tættere på. Først dér bliver akuthuset jo færdigt, som det var tænkt – og så tror jeg faktisk, vi kommer meget tæt på 10-tallet!”

FAKTA OM SLAGELSE SYGEHUS

Slagelse Sygehus er akutsygehus for 200.000 sjællændere i Syd- og Midtsjælland.

Sygehuset råder over 328 senge på bl.a. fem medicinske afdelinger.

Akutafdelingen modtager henviste og indbragte patienter på skadestue og akutmodtagelse. Afdelingen er gearret til at håndtere traumer, medicinske sygdomme, kirurgi, ortopædkirurgi, neurologi og karkirurgi.

Akutafdelingen har til huse i landets første nybyggede akutmodtagelse. Afdelingen råder over 56 sengepladser. Byggeriet rummer endvidere hjerteafsnit med 20 sengepladser og intensivafsnit med 15 sengepladser.

I 2018 ibrugtages en søsterbygning, der bl.a. vil rumme fødeafdeling, børneafdeling samt medicinske sengepladser.

LINKS

- Akutafdelingens hjemmeside >>
<http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/slagelsesygehus/Afdelinger/Akutafdelingen/Sider/default.aspx>
- Danske Regioner: De danske akutmodtagelser – Status 2016 >>
<http://www.regioner.dk/media/3084/statusrapport-om-akutmodtagelserne.pdf>

KONTAKT

- Planlægningschef Charlotte Bøll Larsen, Region Sjælland: chbl@regionsjaelland.dk
- Sygehusdirektør Vagn Bach, Slagelse Sygehus: vbac@regionsjaelland.dk
- Ledende overlæge Imran Parvaiz, akutafdelingen, Slagelse Sygehus: jpar@regionsjaelland.dk
- Ledende oversygeplejerske Hanne Schøning Nielsen, akutafdelingen, Slagelse Sygehus: hsni@regionsjaelland.dk