



DANSK CENTER FOR
ORGANDONATION

NATIONAL INDSATS I AKUTMODTAGELSERNE OG TRAUMECENTRET FOR FLERE ORGANDONORER I DANMARK

INDHOLD

1. FORORD	3
2. ARBEJDSGRUPPEN	4
3. INDLEDNING	5
4. OVERSIGT OVER INITIATIVER I DEN STYRKEDE INDSATS I AKUTMODTAGELSERNE OG TRAUMECENTRET	8
5. UDDYBNING AF ANBEFALINGER TIL INITATIVER I AKUTMODTAGELSERNE OG TRAUMECENTRET	10
6. INDSATSENS BAGGRUNDSUNDERSØGELSER	17
6.1 GENNEMGANG AF LITTERATUR OG ERFARINGER PÅ OMRÅDET	18
6.2 MONITORERING AF OPMÆRKSOMHEDEN PÅ ORGANDONATION	20
6.3 UNDERSØGELSE AF PATIENTFORLØB FRA AKUTMODTAGELSEN.....	21
6.4 ADFÆRDSUNDERSØGELSE	24
7. LITTERATURLISTE	31
8. BILAG	33

1. FORORD

Organdonation er kun en mulighed for de patienter, som dør af deres cerebrale skader, og som er indlagt på en intensivafdeling og i respiratorbehandling. Er disse patienter indlagt på hospitalernes neurologiske afdelinger, øvrige medicinske afdelinger eller akutmodtagelser, skal de overflyttes til en intensivafdeling og respiratorbehandles, hvis muligheden for organdonation skal opretholdes.

Folketinget vedtog i 2014 en National Handlingsplan for Organdonation indeholdende 23 initiativer¹. Formålet var at styrke organdonation og transplantation i Danmark og sikre, at alle, der kan og vil donere deres organer, når de dør på hospitalet, får mulighed for det.

På baggrund af den Nationale Handlingsplan udsendte Sundhedsstyrelsen i 2015 en anbefaling til regionerne om at iværksætte en række initiativer, der skal medvirke til at øge antallet af organdonorer i Danmark. Et af initiativerne er, at visitationen i akutmodtagelser og intrahospitalt skal prioritere, at patienter med cerebrale skader, som kan føre til hjernedød, bliver indlagt på en intensivafdeling. Derudover skal hospitalerne have fokus på at skabe kapacitet på intensivafdelingerne for at kunne behandle de mulige organdonorer. Disse anbefalinger indgår også i den nationale strategi for kvalitetsudvikling på organdonationsområdet².

Dansk Center for Organdonation har igennem flere år iværksat en række indsatser i de intensive og neurologiske afdelinger for at støtte afdelingerne i at identificere potentielle organdonorer. Indtil nu har der ikke været en særskilt indsats i landets akutmodtagelser.

I Danmark er akutmodtagelsen indgangsdøren for de fleste patienter med dødelige skader i hjernen. Det er derfor vigtigt, at man allerede her har fokus på at identificere den relevante patientgruppe og få patienterne overflyttet til intensiv, således at der gives tid til at vurdere patienten og sikre omhyggelig vurdering af muligheden for behandling.

Det vil betyde, at hvis der ikke er mulighed for behandling, så er der tid til at undersøge muligheden for organdonation, inden aktiv behandling stoppes. Derved gives flere patienter muligheden for at donere deres organer efter døden, hvis de ønsker det. Det vil også give tid til de pårørende og ved behov for samtalen om organdonation, så har personalet på intensivafdelingen særlig viden om denne samtale og om hele organdonationsforløbet.

I 2017 undersøgte Dansk Center for Organdonation i samarbejde med akutmodtagelsen på Aarhus Universitetshospital, om der blandt det relevante personale i akutmodtagelsen var et behov for undervisning og beslutningsstøtte i forhold til overflytning af patienter med cerebrale skader til intensiv. Undersøgelsen viste blandt andet, at der i akutmodtagelserne er ønske om og et behov for mere viden om og opmærksomhed på organdonation fagligt såvel som organisatorisk.

Dansk Center for Organdonation nedsatte og faciliterede på den baggrund en arbejdsgruppe bestående af fagfolk fra landets akutmodtagelser, neurokirurgiske og neurointensive afdelinger til at komme med anbefalinger til konkrete initiativer, som vil være relevante i akutmodtagelsen. Initiativerne skal hjælpe personalet i akutmodtagelserne med at være opmærksomme på at få overflyttet patienter med cerebrale skader, som kan være mulige donorer, til intensivafdelingerne.

Initiativerne og baggrunden for dem præsenteres i denne rapport.

2. ARBEJDSGRUPPEN

Arbejdsgruppen er sammensat af fagfolk fra akutmodtagelser, neurokirurgiske og neurointensive afdelinger fra hele landet. Arbejdsgruppen har medvirket til at afdække relevante initiativer ved blandt andet at kommentere og supplere afrapporteringen af projektet og komme med anbefalinger til, hvilke konkrete indsatser der kan anbefales akutmodtagelserne at iværksætte. Kommissorium for arbejdsgruppen findes i bilag 1.

Arbejdsgruppens medlemmer

Mette Kamp	Afdelingslæge, Rigshospitalet, neurointensiv
Steven Krogh-Larsen	Traumekoordinator, Aalborg Universitetshospital, akutmodtagelsen
Jacob Stouby Mortensen	Ledende overlæge, Regionshospitalet Viborg, akutmodtagelsen
Michael Hansen-Nord	Ledende overlæge, Odense Universitetshospital, akutmodtagelsen
Christian Svane	Overlæge, Rigshospitalet, Traumecentret
Hanne Boyles	Afdelingssygeplejerske, Aarhus Universitetshospital, akutmodtagelsen
Marie-Laure Jacobsson	Overlæge, Sjællands Universitetshospital, Køge, akutmodtagelsen
Stine Boie Arnhild	Sygeplejerske, Sjællands Universitetshospital, Køge, akutmodtagelsen
Søren W. Rasmussen	Ledende overlæge, Bispebjerg & Frederiksberg Hospital, akutmodtagelsen
Charlotte Daugbjerg	Intensivsygeplejerske, Aalborg Universitetshospital, neurointensivafdeling, og donationsansvarlig sygeplejerske i Dansk Center for Organdonation
Mette Juul Koefoed	Afdelingslæge, Aarhus Universitetshospital, intensivafdeling, og donationsansvarlig læge i Dansk Center for Organdonation
Christina Rosenlund	Overlæge, Odense Universitetshospital, neurokirurgisk afdeling og donationsansvarlig læge i Dansk Center for Organdonation
Tina Meltzer Rørholm	AC-fuldmægtig, Dansk Center for Organdonation, indtil april 2019
Signe Juul Thomsen	Kommunikation & Formidling, Dansk Center for Organdonation, fra januar 2019
Nanna Møller Jensen	Kommunikation & Formidling, Dansk Center for Organdonation, fra januar 2019
Helle Haubro Andersen	Centerleder, Dansk Center for Organdonation, fra april 2019

3. INDLEDNING

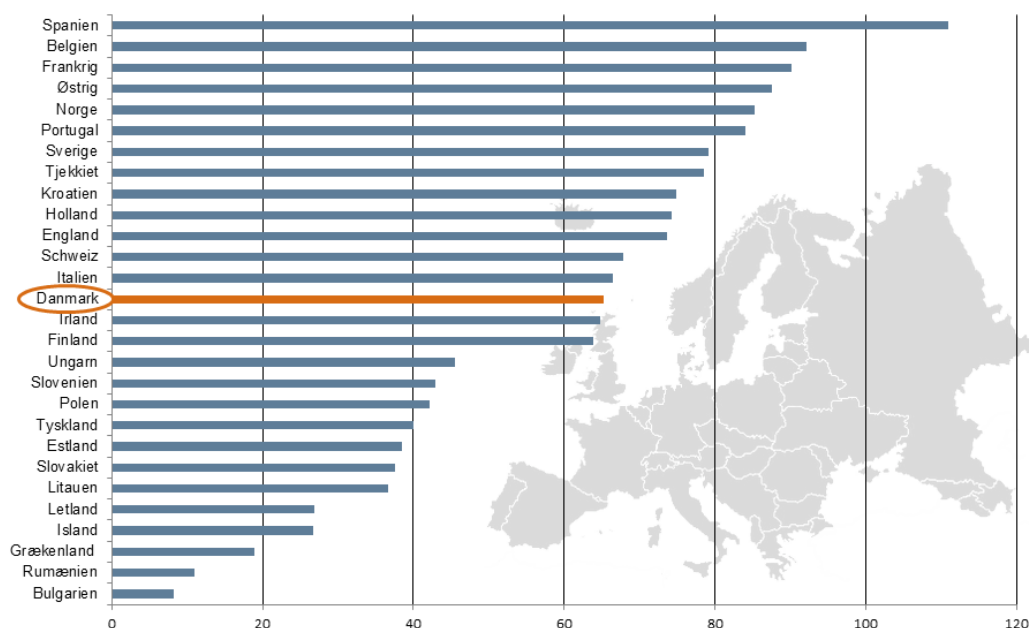
Danskerne er positive overfor organdonation

I Danmark er befolkningen generelt meget positive overfor organdonation. Undersøgelser viser, at op mod 90 % af danskerne er positive overfor organdonation, og at to ud af tre danskere har taget stilling til organdonation³.

Organdonation og transplantation i Danmark

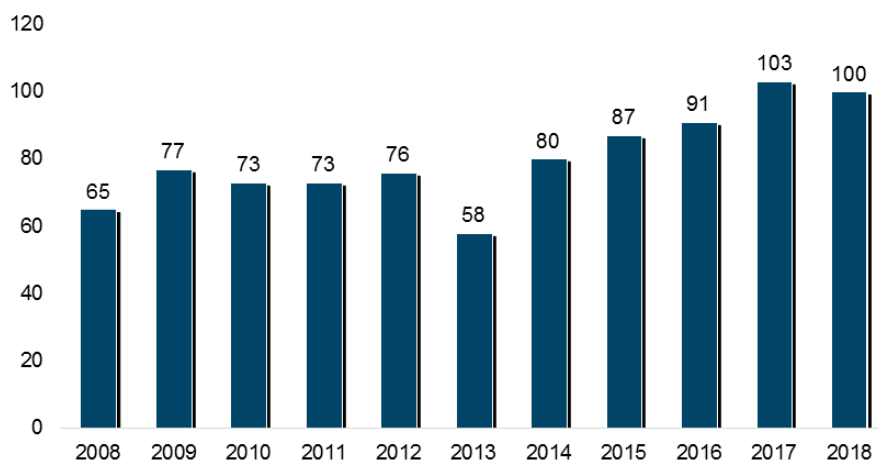
Danske patienter transplanteres med organer fra danske og udenlandske afdøde donorer samt med nyrer fra levende donorer. Antallet af transplanterede patienter har varieret mellem 278 og 329 i perioden 2008 til 2018. Denne variation skyldes primært udsving i antallet af levende nyredonorer, som siden 2016 har været aftagende mens antallet af transplantationer med organer fra afdøde donorer har været stigende. I 2017 var antallet af transplantationer per millioner indbyggere i Danmark på 65,3, mens lande som Norge og Sverige har omkring 80 transplantationer per millioner indbyggere⁴.

Antal transplanterede patienter pr. mio. indbyggere i 2017



Den nationale styrkede indsats, som Dansk Center for Organdonation gennemfører sammen med landets hospitaler, har ført til en positiv udvikling i antallet af organdonorer de sidste 10 år⁵. Antallet af afdøde organdonorer er siden 2008 steget fra 65 donorer til 100 donorer i 2018. Den nationale monitorering på området viser dog, at der fortsat er behov for opmærksomhed på organdonation på hele hospitalet.

Antal afdøde donorer 2008 - 2018



Der er a priori ingen absolutte eksklusionskriterier for organdonation. Patientens alder og eventuelt komorbiditet er fx i sig selv ikke nødvendigvis en hindring for at kunne donere et eller flere organer, hvorfor der skal være opmærksomhed på alle patienter, hvor der er risiko for, at de dør af deres svære skader i hjernen. Den lægefaglige vurdering af om en patient er en mulig donor, skal altid tages i samråd med transplantationscentret.

Definition af patientgruppen, som er i fokus for indsatsen

Langt de fleste patienter med en akut svær hjerneskade bliver allerede overflyttet til en intensivafdeling med henblik på behandling efter gældende retningslinjer. Patientgruppen, som er i fokus for den styrkede indsats, er de bevidstløse patienter med akut, svær hjerneskade, som i dag overføres til andre afdelinger end intensiv. Det kan fx være patienter med hjerneblødninger, blodpropper i hjernen, blødning i godartet hjernetumorer eller ældre patienter med traumatiske blødninger, hvor der ingen behandlingsmuligheder er.

Akutmodtagelsen har en nøglerolle

Hvis vi skal opfylde flere danskeres ønske om at donere deres organer, har det stor betydning, at alle patienter med akut svær hjerneskade bliver overflyttet fra akutmodtagelsen til en intensivafdeling med henblik på vurdering af behandlingsniveau og eventuelt organdonation. En del af de patienter, som vil have mulighed for at donere deres organer, når de dør, vil initialt være vurderet af læger i akutmodtagelsen. Akutmodtagelsernes indsats er derfor væsentlig for at opfylde den nationale målsætning på området.

Hvad er akutmodtagelsens rolle?

Opgaven i akutmodtagelserne er at sikre, at patienten bliver overført til intensivafdelingen til vurdering af behandlingsniveau og vurdering af muligheden for organdonation. Intensivafdelingerne har opbygget en solid organisation omkring organdonation og følger National Guideline for Organdonation⁶, som blandt andet er med til at sikre, at opgaver og procedurer varetages i den rigtige rækkefølge.

Hvem henvender indsatsen sig til?

Målgruppen for indsatsen er det personale, som deltager i akutkald og særligt læger og sygeplejersker. Derudover henvender indsatsen sig også til de læger, som har relevant bagvagsfunktion i akutmodtagelserne. Nogle akutmodtagelser har faste akutmedicinere i afdelingen, mens andre har læger ansat på deltid fordelt mellem akutmodtagelsen, præhospitalet (akutlæger) og andre af hospitalets afdelinger. Indsatsen skal derfor kunne favne alle variationer.

10 initiativer

Dansk Center for Organdonation peger sammen med arbejdsgruppen på 10 initiativer i akutmodtagelsen, som kan understøtte personalets opmærksomhed på overflytning af patienterne til intensivafdelingen. Initiativerne er anbefalet på baggrund af viden indhentet fra undersøgelser gennemført i forbindelse med projektet samt erfaringer fra en række læger og sygeplejersker.

Initiativerne handler om at skabe en organisation i akutmodtagelsen, som sikrer ledelsesforankring, procedurer for fx samarbejdet med øvrige afdelinger om overflytning af disse patienter, vedvarede undervisning af personalet og monitorering af overflytninger.

Implementering af indsatsen

Undersøgelserne har vist, at der er stor forskel på landets akutmodtagelses organisering, hvorfor den konkrete indsats skal tilpasses det enkelte hospital. Derudover er organisatorisk forankring og ledelsesmæssig opbakning en forudsætning for at indsatsen i akutmodtagelserne kan blive implementeret.

Del af en sammenhængende national indsats

Indsatsen i akutmodtagelserne er en del af en større, sammenhængende indsats overfor personalet i både intensive og neurologiske afdelinger. Læs mere om disse indsatser på:

www.organdonation.dk

Rapportens indhold

Rapporten præsenterer indledningsvist de 10 initiativer, hvorefter der gives en uddybende beskrivelse af de enkelte initiativer i form af indhold, tidsperspektiv og hvem, der står for at gennemføre det enkelte initiativ.

Som fundament for indsatsen og de 10 initiativer har Dansk Center for Organdonation indsamlet viden, indsigter og erfaringer fra udvalgte akutmodtagelserne i landet, således indsatsen tager udgangspunkt i den virkelighed og de arbejdsgange, personalet i akutmodtagelserne oplever. Baggrundsundersøgelserne fremgår af rapportens endelige afsnit og omfatter:

- En gennemgang af litteratur og udenlandske erfaringer om overflytning af patienter fra akutmodtagelsen til intensiv,
- En gennemgang af monitorering af dødsfald uden for intensivafdelingerne i 2018 på landets fire universitetshospitaler,
- En undersøgelse af, hvordan den akutte patient med en potentiel dødelig hjerneskade visiteres fra akutmodtagelsen til andre afdelinger samt de beslutningsprocesser, der er afgørende for patientens visitering til enten stamafdeling eller intensivafdeling,
- En adfærdsanalyse, som giver indsigt i, hvilke udfordringer og muligheder der er for at implementere indsatsen samt indsigt i, hvordan informationer og viden kan deles med personalet i akutmodtagelserne.

4. OVERSIGT OVER INITIATIVER I DEN STYRKEDE INDSATS I AKUTMODTAGELSERNE OG TRAUMECENTRET

Dansk Center for Organdonation anbefaler sammen med arbejdsgruppen i alt 10 initiativer, som skal styrke indsatsen i landets akutmodtagelser i at overflytte alle relevante patienter til en intensivafdeling.

Projektets baggrundsundersøgelser har gjort det klart, at der er stor forskel på, hvordan landets akutmodtagelser er organiseret, og at det er nødvendigt at tilpasse den konkrete indsats til det enkelte hospital. Derfor anbefales det, at den enkelte akutmodtagelse selv gennemfører de initiativer, som er nødvendige at implementere i den enkelte afdeling, mens Dansk Center for Organdonation står for at gennemføre initiativerne af landsdækkende karakter.

Implementeringen af indsatsen skal ske fra efteråret 2019 og frem. Dansk Center for Organdonation vil løbende følge op på indsatsen og bistå akutmodtagelserne med implementeringen af initiativerne.

Anbefalede initiativer	Hvem skal gennemføre?	Tids-perspektiv
1. Formalisering gennem lokale retningslinjer Indsatsen formaliseres via lokale retningslinjer /instrukser på hospitals- og regionsniveau for at sikre ensartet håndtering af patientgruppen og ledelsesmæssig opbakning.	Donationsråd og - udvalg/ hospitals-ledelse	Fra 2020
2. Samarbejde om overflytning Samarbejdet om overflytning mellem de involverede afdelinger /specialer styrkes gennem lokale, fælles retningslinjer og fællesmøder på hospitalet.	Dette skal ske i et samarbejde mellem de involverede afdelinger	Fra 2020
3. Samarbejde om overflytning En eller flere repræsentanter fra akutmodtagelsen inviteres til at deltage i de eksisterende, årlige møder mellem Dansk Center for Organdonation og intensivafdelingerne for at understøtte en formaliseret ramme for samarbejdet mellem de involverede afdelinger.	Dansk Center for Organdonation	Inviteres med fra 2019 til møder i efteråret
4. Udpegning af resourcepersoner Afdelingsledelsen i den enkelte akutmodtagelse udpeger en resourceperson for området vedr. organdonation for at fastholde og forankre fokus på indsatsen.	Akutmodtagelsen	Inden udgangen af 2019

<p>5. Monitorering af overflytningerne</p> <p>Akutmodtagelserne monitorerer overflytningen af patienter til intensiv, og personalet i akutmodtagelsen modtager feedback herom for at fastholde personalets viden og opmærksomhed på indsatsen.</p>	Akutmodtagelsen	Fra 2020
<p>6. Uddannelse af akutmedicinere</p> <p>De tre regioner for lægelig videreuddannelse / Sundhedsstyrelsen kontaktes vedrørende implementering af undervisning i organdonation i uddannelsen af akutmedicinere samt forslag til indhold og undervisere.</p>	Dansk Center for Organdonation	Fra 2019
<p>7. Undervisning i akutmodtagelsen</p> <p>Gennem undervisning i akutmodtagelserne øges personalets viden om og opmærksomhed på overflytning af de relevante patienter til en intensivafdeling.</p>	Akutmodtagelsen	Fra 2019
<p>8. Inddragelse af videnskabelige og faglige selskaber</p> <p>Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM), Yngre Danske Akutmedicinere (YDAM) og Fagligt selskab for akutsygeplejersker (DAENA) inddrages med henblik på information om indsatsen og medvirken til at fastholde opmærksomheden på indsatsen blandt deres medlemmer.</p>	Dansk Center for Organdonation	Fra 2019
<p>9. Opmærksomhed til Organdonationsdagen</p> <p>På den årlige Organdonationsdag skaber de enkelte akutmodtagelser ekstra opmærksomhed på indsatsen om at overflytte de relevante patienter til intensiv blandt personalet.</p>	Akutmodtagelsen	Første gang gennem hele uge 41 i 2019 - derefter årligt
<p>10. Opmærksomhed til Organdonationsdagen</p> <p>Dansk Center for Organdonation udarbejder og udsender en række målrettede kommunikationsmaterialer til akutmodtagelserne, som de kan bruge til at sætte fokus på overflytning af relevante patienter til den årlige Organdonationsdag.</p>	Dansk Center for Organdonation	Udsendes første gang i uge 39 2019

5. UDDYBNING AF ANBEFALINGER TIL INITIATIVER I AKUTMODTAGELSERNE OG TRAUMECENTRET

De 10 anbefalede initiativer er blevet udarbejdet på baggrund af drøftelser mellem Dansk Center for Organdonation og arbejdsgruppen samt de indsigterne fra baggrundsundersøgelserne. I det følgende gennemgås de 10 initiativer og baggrunden for dem.

Initiativ 1: Formalisering gennem lokale retningslinjer på hospitals- og regionsniveau

Anbefalet initiativ	Hvem skal gennemføre?	Tidsperspektiv
Indsatsen formaliseres via lokale retningslinjer /instrukser på hospitals- og regionsniveau for at sikre ensartet håndtering af patientgruppen og ledelsesmæssig opbakning.	Donationsråd og -udvalg/hospitalsledelse	Fra 2020

Flere akutmodtagelser har erfaringer med, at det kan være nødvendigt med mere formelle vejledninger eller instrukser, hvis der skal implementeres et særligt fokus og særlige tiltag. Retningslinjer er for dem med til at vise den ledelsesmæssige opbakning og forventning til indsatsen.

Aalborg Universitetshospital og Odense Universitetshospital har udarbejdet tværgående retningslinjer gældende for hele hospitalet for at sikre en ensartet håndtering af patienter med akut, svær skade i hjernen, hvor der ikke er mulighed for at behandle med henblik på overlevelse. Ansvar for at få fastlagt retningslinjerne kan ligge i hospitalsledelsen eller i hospitalets forum for organdonation. I Nordjylland har Donationsrådet udarbejdet de lokale retningslinjer. I Syddanmark har programledelsen for organdonation varetaget denne opgave.

Disse lokale retningslinjer er senere blevet udbredt som regionale retningslinjer i Region Nordjylland og Region Syddanmark og danner således også grundlag for regionshospitalernes håndtering af denne patientgruppe.

Retningslinjerne beskriver blandt andet, at patienterne i patientgruppen skal visiteres til en intensivafdeling med henblik på afklaring af behandlingsniveau og eventuel organdonation. Samtidig fremgår også den nationale målsætning om, at ingen patienter med omfattende skade i hjernen, hvor det er afklaret, at der ikke findes behandlingsmuligheder må afsluttes, før patienten er vurderet mhp. organdonation og patientens tilkendegivelse og/eller de pårørendes indstilling til organdonation er undersøgt.

Eksempel på implementering af retningslinjer i en akutmodtagelse

I akutmodtagelsen i Køge implementerer de nye indsatser eller retningslinjer ud fra en fast model. Her er nøgleordene synlighed og gentagelse.

Først skabes der synlighed om den nye indsats ved, at retningslinjen bliver præsenteret på et ugentligt personalemøde. Efter mødet sendes der et referat ud til hele personalestaben indeholdende retningslinjen, som forventes at blive læst. Ledelsen sørger for at implementere indsatsen eller for at delegere ansvaret ud ved at tildele en overlæge en ambassadørrolle for den pågældende indsats. Ambassadøren sørger for, at indsatsen bliver nævnt hver dag i en uge til morgenkonferencer, og at der til morgenkonferencerne undervises i den aktuelle indsats evt. med udgangspunkt i en case. Ambassadøren kan sørge for yderligere undervisning ved, at en af de ugentlige 30-minutters undervisningssessioner også omhandler den nye indsats.

Efter en måned gentages det hele igen og regelmæssigt efter behov, da der er en naturlig udskiftning af personale i afdelingen. Er der behov for yderligere undervisning, kan indsatsen blive lagt ind i et rul over den samlede undervisning i afdelingen. Her bruger man ofte cases og drøfter forskellige scenarier og valg. Den uddannelsesansvarlige overlæge står for planlægningen af undervisningen sammen med ambassadøren og aftaler indbyrdes, hvem der står for undervisningen.

Initiativ 2 og 3: Samarbejde om overflytning

Anbefalet initiativ	Hvem skal gennemføre?	Tidsperspektiv
Samarbejdet om overflytning mellem de involverede afdelinger /specialer styrkes gennem lokale, fælles retningslinjer og fællesmøder på hospitalet.	Dette skal ske i et samarbejde mellem de involverede afdelinger	Fra 2020
En eller flere repræsentanter fra akutmodtagelsen inviteres til at deltage i de eksisterende, årlige møder mellem Dansk Center for Organdonation og intensivafdelingerne for at understøtte en formaliseret ramme for samarbejdet mellem de involverede afdelinger.	Dansk Center for Organdonation	Inviteres med fra 2019 til efterårets møder

Det har betydning for indsatsen, at der er et godt samarbejde med de involverede specialer omkring patienterne. Projektets baggrundsundersøgelser viste, at der i akutmodtagelserne kan være en oplevelse af, at det er svært at få overflyttet patienter til intensivafdelingerne, og at det tager ofte tid at få en plads.

En vej til at sætte fokus på samarbejdet mellem de direkte involverede afdelinger om vurdering af patienterne og overflytning til intensiv kan være igennem en formalisering i en lokal eller regional retningslinje eller instruks og ved at skabe et forum, hvor de involverede afdelinger kan mødes.

Dansk Center for Organdonation har mulighed for at facilitere et samarbejde ved at invitere akutmodtagelserne med til de årlige møder mellem Dansk Center for Organdonation og hospitalets intensivafdelinger og i nogle tilfælde også hospitalets neurologiske afdeling. På disse møder er der mulighed for at gennemgå konkrete cases og aftale klare rammer for samarbejdet.

Initiativ 4: Udpegning af ressourcepersoner i akutmodtagelsen

Anbefalet initiativ	Hvem skal gennemføre?	Tidsperspektiv
Afdelingsledelsen i den enkelte akutmodtagelse udpeger en ressourceperson for området vedr. organdonation for at fastholde og forankre fokus på indsatsen.	Akutmodtagelsen	Inden udgangen af 2019

Udpegning af en eller flere ressourcepersoner i den enkelte akutmodtagelse kan være med til at forankre og fastholde fokus i akutmodtagelserne.

Dansk Center for Organdonation og hospitalerne har erfaring med udpegning af donationsansvarlige nøglepersoner i intensivafdelingerne og udpegning af ressourcepersoner på området for organdonation i de neurologiske afdelinger og i enkelte anæstesi- og operationsafdelinger.

Ordningen med donationsansvarlige nøglepersoner består af en læge og en sygeplejerske i hver intensivafdeling og er formaliseret gennem specialegodkendelsen for anæstesiologi. De donationsansvarlige nøglepersoner arbejder alle efter en fælles national funktionsbeskrivelse. Funktionsbeskrivelsen tydeliggør kompetence- og uddannelseskrav til den enkelte læge og sygeplejerske og de opgaver, som nøglepersonen skal varetage. Dansk Center for Organdonation varetager nøglepersonordningen og har ansvaret for den løbende undervisning og information af nøglepersonerne og medvirker dermed til at vedligeholde og udvikle deres kompetencer og at varetagelsen af funktionen sker på et ensartet højt niveau⁷.

Erfaringer med ressourcepersoner

Intensivafdelingernes gode erfaringer med forankring af fokus på en indsats hos en nøgleperson, og det har ført til, at afdelingsledelsen på nogle anæstesi- og operationsafdelinger og neurologiske afdelinger har udpeget ressourcepersoner på området. Ressourcepersonerne er typisk på Dansk Center for Organdonations mail-lister, hvor de modtager generelt nyt om organdonation, informationer om kursustilbud og lignende. På nogle hospitaler har et større fokus på organdonation på hele hospitalet medvirket til, at der også har udviklet sig et tæt samarbejde mellem de donationsansvarlige nøglepersoner i intensivafdelingen og ressourcepersonen på fx den neurologiske afdeling både om vidensdeling generelt på området og i forbindelse med læring fra de konkrete donationsforløb.

Ressourcepersoner i akutmodtagelserne

Udpegning af ressourcepersoner i andre afdelinger er afhængig af en ledelsesbeslutning i den enkelte afdeling. Afdelingsledelsen i akutmodtagelserne bør derfor tage initiativ til at udpege mindst én ressourceperson på området for organdonation, så der er en tydelig forankring af initiativerne i akutmodtagelsen og af kontakten til Dansk Center for Organdonation.

Kompetencer

Ressourcepersonen skal have interesse og mulighed for at indgå i et netværk med Dansk Center for Organdonation, de donationsansvarlige nøglepersoner på intensivafdelingen og med øvrige ressourcepersoner på området på hospitalet. Netværket er med til at sikre, at der sker en gensidig orientering om tiltag på donations- og transplantationsområdet og en god varetagelse af opgaverne på tværs.

Opgaver

Ressourcepersonen er afdelingens kontaktperson til Dansk Center for Organdonation i forbindelse med gennemførelsen af en styrket indsats i akutmodtagelsen, og herunder varetage de konkrete opgaver i forbindelse med de forskellige initiativer, som gennemføres i forbindelse med den nationale organdonationsdag / uge 41. Herudover kan ressourcepersonen formidle relevant viden og information på området for organdonation, herunder opsamling og formidling af viden om de gennemførte overflytninger, hvor muligheden for organdonation blev fastholdt.

Dansk Center for Organdonation vil tilknytte ressourcepersonerne til maillisterne, så de løbende modtager informationer om nyt på området og kan tilbyde deltagelse i relevante Dansk Center for Organdonation-undervisnings- og netværkstilbud uden udgifter for afdelingen.

Initiativ 5: Monitorering af overflytningerne og feedback til personalet i akutmodtagelsen

Anbefalet initiativ	Hvem skal gennemføre?	Tidsperspektiv
Akutmodtagelserne monitorerer overflytningen af patienter til intensiv, og personalet i akutmodtagelsen modtager feedback herom for at fastholde personalets viden og opmærksomhed på indsatsen.	Akutmodtagelsen	Fra 2020

Monitorering af overflytninger fra akutmodtagelsen vil kunne bidrage til at synliggøre kvaliteten af afdelingens styrkede indsats, herunder hvor mange af de relevante patienter, der overføres fra akutmodtagelsen til intensiv, og indsamling af oplysninger om det videre forløb.

Projektets baggrundsundersøgelser viste, at feedback på personalets indsats vil øge motivationen, da det vil synliggøre, hvilken betydning, man som enkeltperson kan have. Løbende opfølgning på monitoreringen vil kunne anvendes til at give personalet feedback på indsatsen. Feedback kunne gives til morgenmøder eller via personlige e-mail. Opgaven kunne varetages af afdelingens udpegede ressourceperson.

Dansk Center for Organdonation vil tilbyde at samarbejde med landets ressourcepersoner i akutmodtagelserne om indhold og metode for denne monitorering.

Initiativ 6: Uddannelse af akutmedicinere

Anbefalet initiativ	Hvem skal gennemføre?	Tidsperspektiv
De tre regioner for lægelig videreuddannelse / Sundhedsstyrelsen kontaktes vedrørende implementering af undervisning i organdonation i uddannelsen af akutmedicinere samt forslag til indhold og undervisere.	Dansk Center for Organdonation	Fra 2019

Akutmedicin er et nyt speciale i Danmark og uddannelsen af de første akutmedicinere er startet fra foråret 2018.

I uddannelsen indgår ud over den kliniske del en række obligatoriske kurser. Kursusrækken omfatter de generelle kurser, som er obligatoriske for alle specialer. Kurserne tilrettelægges af de tre videreuddannelsesregioner. Endvidere er der i hoveduddannelsen de obligatoriske specialespecifikke kurser svarende til en ramme på max. 30 dage (210 timer) for den enkelte læge. Kurserne tilrettelægges af uddannelsesudvalget i Dansk Selskab for Akutmedicin i samarbejde med en hovedkursusleder og udvalgte delkursusledere fra alle tre videreuddannelsesregioner⁸.

For at sikre en stabil forankring af opmærksomhed på den nationale målsætning for organdonation om overflytning af patienter med akut svær hjerneskade til intensiv afdelingen, vil Dansk Center for Organdonation indlede at samarbejde med de tre videreuddannelsesregioner om at implementere undervisning i organdonation i et af de obligatoriske kurser på hoveduddannelsen. Målet med denne undervisning er at akutmedicineren har en viden om organdonation på et alment niveau og er motiveret til at følge de nationale målsætninger på områder.

Dansk Center for Organdonation vil tilbyde den lægelige videreuddannelse at beskrive undervisningsindhold og komme med forslag til undervisere.

Initiativ 7: Undervisning i akutmodtagelsen

Anbefalet initiativ	Hvem skal gennemføre?	Tidsperspektiv
Gennem undervisning i akutmodtagelserne øges personalets viden om og opmærksomhed på overflytning af de relevante patienter til en intensivafdeling.	Akutmodtagelsen	Fra 2019

For at personalet i akutmodtagelserne er opmærksomme på at få overflyttet de relevante patienter, er det nødvendigt, at de ved, hvilke patienter det drejer sig om.

Projektets baggrundsundersøgelser viste, at misforståelser om, hvilke patienter man skal overflytte til intensiv, danner barrierer for at handle. Måden at overkomme misforståelser på, er ved at adressere dem direkte og modforklare på en letforståelig måde. I indsatsen skal personalet i akutmodtagelserne derfor undervises i, hvilke patienter der er mulige donorer, og fx at alder og komorbiditet ikke alene er en hindring for at kunne blive donor.

Den enkelte akutmodtagelse skal tilrettelægge obligatorisk undervisning af personalet. Det anbefales at indtænke denne undervisning i den eksisterende obligatoriske undervisning. Har afdelingen fx ugentligt simulationstræning kunne der med regelmæssige mellemrum være en relevant case om organdonation og overflytning i denne træning.

Dansk Center for Organdonation har undervisningsmaterialer vedr. organdonation på organdonation.dk, som løbende opdateres og videreudvikles.

Initiativ 8: Inddragelse af videnskabelige og faglige selskaber

Anbefalet initiativ	Hvem skal gennemføre?	Tidsperspektiv
Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM), Yngre Danske Akutmedicinere (YDAM) og Fagligt selskab for akutsygeplejersker (DAENA) inddrages med henblik på at information om indsatsen og medvirken til at fastholde opmærksomheden på indsatsen blandt deres medlemmer.	Dansk Center for Organdonation	Fra 2019

De videnskabelige selskaber og faglige selskaber kan medvirke til at fastholde opmærksomheden på indsatsen i akutmodtagelserne i de forskellige involverede faggrupper. Information og viden om indsatsen, implementeringen og resultaterne kan fx indtænkes i forhold til præsentationer i forbindelse med selskabernes årsmøder og andre faglige arrangementer samt gennem en kommunikationsindsats via selskabernes tidsskrifter, hjemmesider, sociale medier mv.

Dansk Center for Organdonation vil derfor kontakte selskaberne om et samarbejde og have fokus på løbende at holde selskaberne orienteret om den styrkede indsats og være i dialog om relevante nyheder i forhold til deres medlemmer.

Initiativ 9 og 10: Opmærksomhed til den årlige Organdonationsdag

Anbefalet initiativ	Hvem skal gennemføre?	Tidsperspektiv
På den årlige Organdonationsdag skaber de enkelte akutmodtagelser ekstra opmærksomhed på indsatsen om at overflytte de relevante patienter til intensiv blandt personalet.	Akutmodtagelsen	Første gang gennem hele uge 41 2019 - derefter årligt
Dansk Center for Organdonation udarbejder og udsender en række målrettede kommunikationsmaterialer til akutmodtagelserne, som de kan bruge til at sætte fokus på overflytning af relevante patienter til den årlige Organdonationsdag.	Dansk Center for Organdonation	Udsendes første gang i uge 39 2019

For at støtte implementeringen af initiativerne i akutmodtagelserne vil Dansk Center for Organdonation udarbejde og udsende en række kommunikationsmaterialer til akutmodtagelserne.

Materialerne vil blive lanceret i forbindelse med den årlige Organdonationsdag, hvor hele Danmark sætter fokus på og skaber debat om organdonation. Organdonationsdagen afholdes hvert år den anden lørdag i oktober og i ugen op til. Det vil i år 2019 være lørdag den 12. oktober og i hele uge 41. Mange hospitaler er allerede en del af Organdonationsdagen, hvor især intensivafdelingerne skaber fokus ved blandt andet at lave stande i hospitalernes forhal, hænge informationsplakater op eller afholde en quiz i afdelingen. Dansk Center for Organdonation er tovholder for Organdonationsdagen og hjælper hospitalerne med at sætte fokus med forskellige materialer, som afdelingerne kan bestille.

Akutmodtagelserne vil til Organdonationsdagen få udleveret en pakke bestående af forskellige materialer, som de kan bruge til at sætte fokus i afdelingerne. Pakken vil bestå af:

- En kort PowerPoint-præsentation, som kan bruges til fx morgenmøder for at sætte fokus på overflytning af patienter med henblik på muligheden for organdonation.
- En quiz i viden om den relevante patientgruppe og organdonation generelt.
- En flyer til fx at dele ud i personalerum som kort forklarer indsatsen og den nøglerolle, som akutmodtagelsen har.
- Forskellige Organdonationsdagsmaterialer såsom rollerclips til personalekort, badges mv.
- En side på organdonation.dk, som fortæller om indsatsen og indeholder PowerPoint-præsentationen og alle materialerne, så man selv kan printe dem ud.

6. INDSATSENS BAGGRUNDSUNDERSØGELSER

Undersøgelserne, som indsatsen og initiativerne bygger på, består af en række kvantitative og kvalitative undersøgelser, som Dansk Center for Organdonation har foretaget i løbet af foråret 2019.

Undersøgelserne består af:

- En gennemgang af litteratur og udenlandske erfaringer om overflytning af patienter fra akutmodtagelsen til intensiv,
- En gennemgang af monitorering af dødsfald uden for intensivafdelingerne i 2018 på fire universitetshospitaler,
- En undersøgelse af, hvordan den akutte patient med en potentiel dødelig hjerneskade visiteres fra akutmodtagelsen til andre afdelinger samt de beslutningsprocesser, der er afgørende for patientens visitering til enten stamafdeling eller intensivafdeling,
- En adfærdsanalyse, som giver indsigt i, hvilke udfordringer og muligheder der er for at implementere indsatsen samt indsigt i, hvordan informationer og viden kan deles med personalet i akutmodtagelserne.

6.1 GENNEMGANG AF LITTERATUR OG ERFARINGER PÅ OMRÅDET

I 2012 blev der lavet en opgørelse af organdonorpotentialen på Aalborg Universitetshospital⁹. Rapporten viste et stort frafald af potentielle organdonorer, hovedsageligt fordi patienter, som døde af store skader i hjernen, døde på en sengeafdeling uden mulighed for respiratorbehandling, og organdonation derfor ikke var en mulighed. Sundhedsstyrelsen udsendte i 2015 anbefalinger til Regionerne, herunder at der skal være fokus på at alle bevidstløse patienter med skader i hjernen overflyttes til intensivafdelingerne med henblik på vurdering af behandling, samt at mulighederne for organdonation skal være undersøgt, inden behandlingen af bevidstløse patienter med dødelige skader i hjernen afsluttes¹.

End of life care

Accord-studiet (*EU: Joint Action: Achieving Comprehensive Coordination in Organ Donation throughout the European Union*) kom i 2015 med rekommandationer til systematisk forbedring af "end of life care". I det arbejde indgår et eksempel fra et spansk hospital, hvor man kortlagde forløbet for den potentielle donor under hele hospitalsopholdet. Det viste, at der ikke var nogen, som havde ansvaret for at identificere og henvise denne patientgruppe til den lokale organdonationsenhed. Det gjorde, at ikke alle potentielle donorer blev identificeret. Det viste også, at henvisningen til organdonationsenheden kunne forgå via flere forskellige kanaler fx telefonopkald, mail osv., og det gav uhensigtsmæssige og forlængede forløb. Som resultat af kortlægningen indførte man enkle henvisningskriterier, undervisning i identifikation af patientgruppen og tydelig kommunikation af, hvem der var ansvarlig for at henvise. Det gav et større engagement hos det ansvarlige personale og derved stor grad af succesfulde forløb, som fulgte henvisningskriterierne. Sideløbende indførte man monitorering af henvisningsraten, og opnåede derved et redskab til kvalitetssikring og opfølgning¹⁰.

Dominguez Gil B. et al. publicerede i 2017 et multicenter-studie foretaget i Spanien. De kiggede på intensivafdelingen som facilitator for organdonation¹¹, og sammenlignede samtykke-raten ved samtaler med familier til patienter med dødelig hjerneskade fordelt i 3 grupper:

1. Patienten var ikke intuberet,
2. Patienten var intuberet, men ikke indlagt på intensiv og
3. Patienten var intuberet og indlagt på intensiv, men yderligere behandling var udsigtsløs og hjernedøden endnu ikke indtrådt.

Ved at afvente, om hjernedød muligvis indtræder, på intensiv med forsat respiratorbehandling fandt de en klar stigning på 24 % i antallet af donorer, som udgjorde i alt 491. Heraf kom 12 % fra gruppe 1 og 2, hvor de mulige donorer blev identificeret uden for intensivafdeling.

I Storbritannien har man beskrevet en national indsats for organdonation i akutmodtagelsen. *The Royal College of Emergency Medicine* udgav i 2015 *Guideline for End of Life Care for Adults in the Emergency Department*¹². Anbefalingen nævner specifikt, at muligheden for organdonation skal indgå som en fast del af "end of life care" i akutmodtagelsen. I 2016 udgav *NHS Blood and Transplant* en strategi for implementering af best practice for "Organdonation in the Emergency Department"¹³. Det overordnede princip er, at best practice for organdonation skal følges, uanset hvor på hospitalet patienten er indlagt. Organdonation er således også en opgave i akutmodtagelsen.

Best practice for organdonation i Storbritannien

Før organdonation kan være en mulighed, er det grundlæggende, at der ikke er tvivl om, at yderligere behandling er udsigtsløs. Det anbefales, at den beslutning tages af to speciallæger baseret på gentagne vurderinger af den kliniske tilstand. Det er en tidskrævende proces, og hos patienter i respirator bliver det nødvendigt med indlæggelse på en intensivafdeling. Denne tilgang

støttes af *consensus statements* fra både *The Neurocritical Care Society* og *The Faculty of Intensive Care Medicine*^{14,15}. Det anbefales også, at udsigtsløs behandling ikke stoppes, før muligheden for organdonation er undersøgt. Endelig anbefales det, at samtalerne om organdonationer kun tages med deltagelse af en specialsygeplejerske, som har særlig indsigt i organdonation.

I Danmark er denne tilgang også beskrevet som best practice for organdonation og ligger til grund for initiativerne i den Nationale Handlingsplan for Organdonation.

Akutmodtagelsen er i Danmark indgangsdøren for de fleste patienter med dødelige skader i hjernen. Det er derfor vigtigt, at man allerede her har fokus på at identificere denne patientgruppe og få patienterne overflyttet til intensiv, således at der gives tid til at vurdere patienten og sikre omhyggelig vurdering af muligheden for behandling. Det vil også betyde, at hvis der ikke er mulighed for behandling, så er der tid til at undersøge muligheden for organdonation, inden aktiv behandling stoppes. Derved gives flere patienter muligheden for at donere deres organer efter døden, hvis de ønsker det. Det vil også give tid til de pårørende og ved behov for samtalen om organdonation, så har personalet på intensiv særlig viden om denne samtale og om hele organdonationsforløbet.

6.2 MONITORERING AF OPMÆRKSOMHEDEN PÅ ORGANDONATION

Dansk Center for Organdonation har i 2018 i samarbejde med Rigshospitalet og Universitetshospitalerne i Aalborg, Odense og Aarhus undersøgt, om der er patienter indlagt på hospitalet, som dør af store skader i hjernen, hvor organdonation ikke har været overvejet. Man undersøgte også, hvilke afdelinger patienterne var indlagt på, da de døde. Monitoreringen baserer sig på journalmateriale og skanningsbilleder. Monitoreringen finder således kun mulige donorer og kan ikke sige noget om, om patienterne ville kunne være blevet egentlige donorer.

Monitoreringen er foretaget på Aalborg Universitetshospital, Odense Universitetshospital, og Rigshospitalet i hele 2018⁵.

- I Aalborg fandt man 27 patienter med dødelig skade i hjernen, hvor overvejelser om organdonation ikke var beskrevet i journalen. 9 patienter døde på intensiv og 17 på en sengeafdeling. Derudover døde én patient i akutmodtagelsen.
- I Odense var der 14 patienter i denne patientgruppe. 4 døde på Intensiv og 10 på en sengeafdeling. Ud af de 10 lå 3 patienter i akutmodtagelsen.
- På Rigshospitalet døde 37 patienter af skader i hjernen uden, at undersøgelse af muligheden for organdonation fremgik af journalen. 21 patienter døde på Intensiv og 16 på en sengeafdeling.

Monitoreringen på Aarhus Universitetshospital dækker kun 1. halvår af 2018. Her var der 9 patienter som døde af skader i hjernen, hvor overvejelser om organdonation ikke var beskrevet i journalen. 1 patient døde på intensiv og 8 på en sengeafdeling. Heraf var der 1 patient hvor behandlingen blev indstillet i akutmodtagelsen.

Monitoreringen viser, at langt de fleste patienter med dødelige skader i hjernen bliver overflyttet fra akutmodtagelserne til både intensiv og sengeafdelinger. Den viser også, at der er patienter som dør af store skader i hjernen uden, at organdonation er blevet overvejet. Derfor er det relevant med en indsats i akutmodtagelserne, som kan understøtte anbefalingen fra Sundhedsstyrelsen om at prioritere patienter med cerebrale skader, som kan føre til hjernedød, bliver indlagt på en intensivafdeling – uanset behandlingsmuligheder.

6.3 UNDERSØGELSE AF PATIENTFORLØB FRA AKUTMODTAGELSEN

For at kunne målrette og vurdere omfanget af indsatsen, har Dansk Center for Organdonation indsamlet viden om beslutningsprocesserne og forløbet, når en patient med en akut svær hjerneskade indlægges via akutmodtagelsen. Denne viden er uddraget af, hvordan en gruppe udvalgte læger, der arbejder i akutmodtagelserne, har beskrevet forløbet. Erfaringer fra arbejdsgruppen har vist, at selvom der kan være enighed om behandlingstiltagene og forløbet for en patient med en akut svær hjerneskade, så kan beslutningsprocesserne, og det der påvirker beslutningerne være afhængige af hvilke fagpersoner, der er til stede samt organiseringen af arbejdsgangene på det pågældende hospital.

Formål og metode

Formålet med forløbsbeskrivelserne er derfor at beskrive, hvordan den akutte patient med en potentiel dødelig hjerneskade kommer ind på hospitalet via akutmodtagelsen samt belyse de beslutningsprocesser, der er afgørende for patientens visitering til enten en stamafdeling eller intensivafdelingen, samt beskrive de barrierer, der eventuelt kan være for at patienten bliver overflyttet til en intensivafdeling. Projektbeskrivelse og interviewguiden findes i bilag 2 og 3.

De følgende afsnit er baseret på interview og analyse af lægernes forløbsbeskrivelser. Lægerne omtales som akutmedicinere, også selvom de ikke nødvendigvis har speciallægeuddannelsen i akutmedicin, da det er lægens funktion og ikke speciale, der har interesse for patientens forløb.

Vi har interviewet seks læger, der alle modtager patienter i akutmodtagelsen med en akut svær hjerneskade fx. en stor spontan intracerebral blødning (ICH). Lægerne arbejder i akutmodtagelser på henholdsvis universitetshospitaler, hvor der er tilknyttet neurologisk og neurokirurgisk afdeling, og på regionshospitaler med eller uden en neurologisk afdeling på hospitalet. Én af de interviewede læger er anæstesi-læge og tilknyttet intensivafdelingen. Denne læge er interviewet, da den vagthavende intensivlæge på det pågældende regionshospital altid er involveret og følger en bevidsthedspåvirket og intuberet patient i scanneren, og derfor også får en afgørende rolle i beslutningen om patientens videre forløb.

Fokus har været på modtagelsen af patienter ved et akut medicinsk kald, nogle steder nævnt som "rødt kald" og ikke på modtagelsen af traumepatienter. Traumepatienters forløb er fravalgt, da hospitalerne har klare retningslinjer og forløbsbeskrivelser via den systematiske ABCDE-tilgang for håndteringen af bevidstheds påvirkede traumepatienter med svære hjerneskader. En intuberet traumepatient vil ifølge retningslinjerne blive overflyttet til intensivafdelingen til videre udredning og behandling. Kun på ét universitetshospital (Odense Universitetshospital) har på nuværende tidspunkt en lignende retningslinje for patienter med en akut svær hjerneskade.

Beslutningsprocesser og de involverede parter

- Akutmedicinernes rolle

Alle de interviewede læger angiver, at de har en central rolle i modtagelsen af patienten på akutmodtagelsen. Efter dialog med præhospitalet sammensætter akutmedicineren det team, der skal modtage patienten, og leder derefter teamet. Det er således situationsbestemt, hvem der er en del af teamet. Akutmedicineren har ikke nødvendigvis "hands on" på patienten, men har en samlende/koordinerende rolle, som sørger for at alle de specialer, der skal være med i vurderingen og behandlingen af patienten, er til stede. En af lægerne udtaler:

"Det er op til mig som teamleder, at bestemme hvem vi i øvrigt gerne vil have med".

- Ansvar for patienten og dennes behandling

Ifølge de interviewede har akutmedicineren det initiale behandlingsansvar i det akutte forløb i akutmodtagelsen. Akutmedicinerne stiller den umiddelbare diagnose og har derfor ansvaret for at visitere patienten til det rette speciale.

Beslutningen om, hvilken behandling patienten skal have, træffes ifølge de interviewede læger som en teambeslutning, hvor anæstesilægen ved den intuberede patient har en central rolle.

”Anæstesilægen er patientansvarlig, når patienten er intuberet”.

Anæstesilægen følger den intuberede patient fra akutmodtagelsen i scanneren og oftest videre til intensivafdelingen. Lægen, som også kontaktes ved den akutte patient med mistanke til en svær hjerneskade, er specialuddannet neurokirurg og/eller neurolog. Både når speciallægen er på hospitalet, men også når specialet ikke er tilknyttet hospitalet, kan den første konsultation om patienten foregå per telefon ud fra patientens CT-scanning og kliniske tilstand. På universitetshospitalerne og på de regionale hospitaler med et neurologisk speciale tilknyttet kan det være neurokirurgen eller neurologen, som overtager patienten, og dermed træffer beslutning om patientens videre behandling og visitation. Hvis ikke speciallægen er til stede - enten fordi specialet ikke findes på hospitalet eller hvis speciallægen efter at have set CT-scanningen vurderer, at der ikke er nogen behandlingsmuligheder – så bliver det akutmedicinerens eller anæstesilægens ansvar at træffe beslutning om patientens videre vej ind på hospitalet.

Oftest er patienterne med akut svær hjerneskade i akutmodtagelsen meget kortvarigt: De interviewede læger angiver skønsmæssigt imellem 15 minutter og 2 timer. Hyppigst er patienterne i akutmodtagelsen under én time. Akutmedicinerens kontakt med patienten er derfor meget koncentreret og fokuseret på den videre behandling og visitation.

På spørgsmålet om patientens alder og komorbiditet spiller ind på vurderingen og håndteringen af patientens forløb svarede de interviewede akutmedicinere helt overordnet, at patientens alder ikke spiller en rolle i forhold til vurderingen og håndteringen af patientens forløb. Ved en døende og intuberet patient med svær komorbiditet, som fx cancer, kan behandlingsteamet eller akutmedicineren afstå fra yderligere tiltag og dermed undlade at intubere patienten. Som oftest vil patienten herefter blive flyttet til et stamafsnit, eller undtagelsesvis forblive i akutmodtagelsen til døden indtræder.

Ved intuberede og døende patienter med svær komorbiditet vil behandlingen yderst sjældent blive indstillet i akutmodtagelsen. Intuberede patienter bliver derfor sjældent ekstuberet i akutmodtagelsen, men overflyttes til en intensivafdeling.

Vurdering af om der mistes et donorpotentiale

Der er kun én af de adspurgte akutmedicinere, der i akutmodtagelsen har en specifik procedure for patienter, hvor der er mistanke om eller påvist en akut svær hjerneskade, som giver anvisninger i forhold til håndtering af patienten i forhold til organdonation samt anvisninger til patientens videre vej ind på intensivafdelingen. Proceduren skal sikre, at der i akutmodtagelsen ikke overses nogen patienter, som organdonation kunne være en mulighed for.

På de øvrige akutmodtagelser er der ikke nedskrevne procedurer for håndtering af disse patienter i forhold til organdonation og håndtering bliver derfor, ifølge de interviewede, mere tilfældig og personbestemt, også selv om der er fokus på organdonation i akutmodtagelsen. Derfor er det de interviewede lægers vurdering, at der i akutmodtagelsen overses patienter, som organdonation kunne være en mulighed for.

Akutmedicinernes egen opmærksomhed på patienter, hvor organdonation kunne være en mulighed

Alle de interviewede læger angiver, at de selv er opmærksomme på organdonation og patienter, som organdonation kunne være en mulighed for. De påpeger, at de kun kan udtale sig på egne vegne, og ikke på deres kollegaers vegne. De siger samtidig, at de tror, at donorer kan blive mistet på vejen ud af akutmodtagelsen.

"Der kunne godt være nogen; der blev mistet" og "Der er fokus på det i akutmodtagelsen, men kun hos nogle få (red. læger)".

En af lægerne fra et af universitetshospitalerne siger dog:

"Det er ikke en del af vores set-up at tænke på organdonation" og en anden: "Det er ikke en del af min kerneopgave".

På et af regionalhospitalet kan organdonation tages op med de pårørende i akutmodtagelsen, for at få afklaret om, der er et ønske om organdonation, og om det giver mening i forhold til ressourcerne, at flytte patienten på intensivafdelingen.

"Man blokerer en intensivseng til en patient som egentlig bare skal dø. Det er en fejlresource," udtalte en læge.

Akutmedicinernes anbefalinger til tiltag der kan skabe opmærksomhed på potentielle donorer

Fem ud af de seks interviewede læger efterlyser mere viden om, hvilke patienter der kunne være potentielle donorer samt klare kriterier for, hvilke patienter man skal gå videre med i forhold til organdonation. Desuden påpeger lægerne værdien af, at opnå en fælles kultur blandt akutmedicinere, anæstesilæger, neurologer og neurokirurger, samt sygeplejerskerne i akutmodtagelsen, der som teamindsats ville kunne fremme fokus på organdonation.

"Man er nødt til at have en kultur, der siger, at nogen patient typer tager man sig af, selvom man nødvendigvis ikke kan redde patientens liv," udtalte en læge.

Alle de involverede parter i patientens forløb bør, ifølge akutmedicinerne, have opmærksomhed på og tage ansvar for, at patienter i patientgruppen bliver overflyttet til en intensivafdeling for at organdonation kan blive en mulighed.

"Det er meget vigtigt med en indsats i akutmodtagelsen, fordi det går så hurtigt, og ikke alle er up to date med muligheder for organdonation, fx kan alder være en hindring, hvis det er en 85 årig mener man "lad hende gå i fred". Det er ikke et fokus i akutmodtagelsen," udtalte en læge.

På baggrund af de seks interviews vil en indsats i akutmodtagelserne kunne have fokus på:

- at give personalet en grundlæggende viden om organdonation, specielt donordetektion og donoregnethed og forudsætningerne for organdonation.
- tiltag der understøtter samarbejdet mellem de involverede afdelinger /specialer og formaliserer ansvaret for, at de relevante patienter bliver overflyttet til intensivafdelingen.

6.4 ADFÆRDSUNDERSØGELSE

Som et led i indsatsen er der foretaget en adfærdsundersøgelse for at få indsigt i, hvilke udfordringer og muligheder der er for at implementere indsatsen samt indsigt i, hvordan informationer og viden kan meddeles med personalet i akutmodtagelserne. I bilag 4 ses en uddybende projekt- og metodebeskrivelse for undersøgelsen.

Metode for undersøgelsen

På baggrund af personlige interviews og feltstudier har vi analyseret tre udvalgte akutmodtagelser. De tre akutmodtagelser fordeler sig over tre hospitalstyper:

- Et regionshospital med både en akutmodtagelse og en neurologisk afdeling
- Et regionshospital med en akutmodtagelse uden en neurologisk afdeling
- Et universitetshospital med både en akutmodtagelse og en neurologisk afdeling

Derudover er en læge fra et regionshospital, som har en akutmodtagelse, men ingen neurologisk afdeling, blevet interviewet telefonisk.

Interviewene fra undersøgelsen om patientforløb indgår også i denne undersøgelse og blev anvendt som udgangspunkt for at finde frem til fokuspunkter for adfærdsundersøgelsen og til at udarbejde en interviewguide. Nogle af citaterne fra undersøgelsen af patientforløbene indgår derfor også i denne undersøgelse. Interviewene, som blev foretaget i forbindelse med adfærdsundersøgelsen, var semistrukturerede ud fra en interviewguide, som findes i bilag 5.

Nøgleudfordringer

Gennem analysen har vi identificeret en række nøgleudfordringer i forhold til at få skabt opmærksomhed blandt personalet på akutmodtagelserne på overflytningen af de relevante patienter til intensiv. Nogle af udfordringerne er mere udtalte på nogle hospitaler end andre, men de er alle til stede i større eller mindre grad. Nøgleudfordringerne er:

- **Personafhængig indsats:** Opmærksomhed på at få overflyttet de relevante patienter til en intensivafdeling i dag er personafhængigt. Det gør i høj grad indsatsen sårbar.
- **Travlhed:** Nogle afdelinger oplever konstant travlhed, mens andre primært oplever travlhed ved kald. Det kan gøre det svært at udbrede ny viden i et miljø, hvor der er meget travlt.
- **Mange informationer:** Som personale er der mange informationer at skulle forholde sig til og huske. Mange føler sig nærmest bombarderet med informationer. Det betyder, at der er skarp konkurrence om medarbejdernes opmærksomhed.
- **Flow fremfor alt:** Patienterne er ofte ikke indlagt særligt længe i akutmodtagelserne, og der er stort fokus på flow og overflytning af patienter. Der er i høj grad en oplevelse af, at der er mangel på pladser på intensiv, hvilket er en udfordring for denne indsats.
- **Organdonation er en sjældenhed:** Det sker ikke så ofte, at der indlægges patienter i akutmodtagelserne med akut svær hjerneskade, som kunne være mulige organdonorer. Det betyder, at det kan være svært for den enkelte medarbejder at huske, hvad ens rolle præcist er og hvilke patienter, det drejer sig om.

Nøgleudfordringerne har alle betydning for den indsats, vi ønsker at gennemføre. I det følgende vil en række anbefalinger til, hvordan indsatsen bør sammensættes, blive fremlagt.

Ni opmærksomhedspunkter

På baggrund af adfærdsundersøgelsen er vi nået frem til ni opmærksomhedspunkter, som indsatsen skal bygge på:

1. Indsatsen skal tilpasses de enkelte akutmodtagelser
2. Akutmodtagelsen har en nøglerolle ift., at organdonation kan finde sted
3. Indsatsen skal forankres organisatorisk
4. Fokus på overflytningen om hvem, der er mulige donorer
5. Samarbejde med andre afdelinger er essentielt
6. Personalet skal vide, hvilke patienter der kan donere
7. Retorikken påvirker handlingen
8. Det skal være nemt og enkelt
9. En multi-kommunikationsindsats er nødvendig

Opmærksomhedspunkterne og baggrunden for dem beskrives i de følgende afsnit.

1. Indsatsen skal tilpasses de enkelte akutmodtagelser

Måden, som den enkelte akutmodtagelse er organiseret på, har betydning for, hvordan denne indsats skal iværksættes. Imellem akutmodtagelserne er der eksempelvis forskel på:

- Om neurokirurgerne befinder sig på samme hospital og kan kaldes ned i akutmodtagelsen, eller om de befinder sig på et andet hospital og kontakten foregår telefonisk,
- Hvem de faste medarbejdere i afdelingen er: Nogle akutmodtagelser har sygeplejersker, som de eneste faste medarbejdere, mens lægerne er deltid i afdelingen eller tilkaldes ved kald, mens andre akutmodtagelser har faste læger i afdelingen.

Da der er forskel på, hvordan de forskellige hospitaler og afdelinger er organiseret, er det nødvendigt, at indsatsen bliver tilpasset til den enkelte afdeling. Det er vigtigt, at den enkelte akutmodtagelse bidrager til at skræddersy indsatsen, da det ikke er muligt at lave en ensartet indsats, som kan favne alle.

2. Akutmodtagelsen har en nøglerolle

Undersøgelsen af patientforløb i akutmodtagelserne viste, at mange patienter initialt bliver vurderet af læger i akutmodtagelsen. Akutmodtagelsen har således en nøglerolle i forhold til at få overflyttet de relevante patienter videre til en intensivafdeling, så organdonation overhovedet kan finde sted.

Det, at overveje muligheden for organdonation, opfattes dog ofte ikke som en opgave for personalet i akutmodtagelsen:

"Organdonation er ikke min kerneopgave" udtalte en læge.

"Det er ikke en del af vores set-up at tænke organdonation", udtalte en anden.

Ansvar for at overveje muligheden for organdonation lægges derimod over på neurokirurger og neurologer i stedet. Der er blandt personalet i akutmodtagelserne forvirring om, hvad ens rolle helt præcist er. Derfor er det vigtigt, at denne indsats klart og præcist får formidlet personalet i akutmodtagelsen, hvilken rolle de har.

Monitoreringen af opmærksomheden på patienter, som dør af svære skader i hjernen, viste, at langt de fleste patienter bliver overflyttet til en intensivafdeling. Denne indsats skal derfor også fortælle personalet i akutmodtagelserne, at det allerede går godt med at få overflyttet patienterne. Inden for adfærdsdesign kaldes dette at give "et socialt bevis". Fordi vi mennesker er sociale væsner, har vi en tendens til at følge flokken, og får vi af vide, at normen er at overflytte patienterne, får det flere af os til at følge trop¹⁶.

Det er derfor vigtigt præcist at beskrive, hvilken rolle personalet i akutmodtagelsen har og hvilken forskel man kan gøre i forhold til, at organdonation overhovedet kan finde sted.

3. Indsatsen skal forankres organisatorisk

Undersøgelsen viste, at personalet kan have forskellige opfattelser af, om der kan forekomme patienter fra den relevante patientgruppe i netop deres akutmodtagelse. To læger fra *samme* akutmodtagelse udtalte:

"Vi har aldrig patienter med svære hovedskader."

"Vi har da af og til patienter med akutte hovedskader, som kan være mulige donorer."

Den forskellige opfattelse i samme akutmodtagelse kan hænge sammen med, om man selv har oplevet at stå med en sådan type patient. Har man ikke selv oplevet at stå med en sådan patient, vil man ofte opfatte sandsynligheden for, at patienterne kan forekomme i afdelingen, som værende mindre end hvis man før har oplevet at stå med denne type patient¹⁷.

Afhænger opmærksomheden på mulige organdonorer af enkeltpersoner, vil det gøre indsatsen meget sårbar og forskellig fra situation til situation alt efter, hvem der er til stede ved den pågældende patient.

Bliver indsatsen derimod forankret organisatorisk, vil opmærksomheden ikke længere være personafhængig, men et fælles ansvar i akutmodtagelsen. Den organisatoriske forankring kan bestå af flere tiltag og kan formaliseres ved blandt andet at have "noget på skrift" lokalt på det enkelte hospital i form af fx en procedure eller retningslinje. Det har stor betydning, at afdelingsledelserne sætter fokus på indsatsen i de enkelte afdelinger og på den måde viser opbakning.

4. Fokus på overflytning af patienten fremfor på organdonation

Flow og overflytning af patienter er et helt centralt fokus i en akutmodtagelse. Der skal hele tiden være plads til nye patienter, hvorfor det er nødvendigt, at patienterne bliver flyttet hurtigt videre til den rette afdeling. Som en af de interviewede nævnte:

"Vi tænker enormt meget i flow – det er vores primære fokus."

Når flow har så central en betydning, bliver det forstyrrende også at skulle tænke på muligheden for organdonation. Organdonation bliver på en måde en ekstra opgave oveni de mange andre. Derfor skal formidlingen til personalet i forbindelse med denne indsats ikke omhandle "organdonation i akutmodtagelserne", men i stedet om "overflytning af patienter til intensiv – muligvis med henblik på organdonation". På den måde bliver indsatsen også mere en del af det arbejde, som personalet i akutmodtagelserne foretager i forvejen.

Når ordet "organdonation" nævnes, sætter det gang i referencerammen omkring det ord: Samtalen med de pårørende, donorpleje mv. Dette er netop intensivafdelingernes opgaver og ikke akutmodtagelsernes. Ordet "organdonation" får således opgaven om at være opmærksom på mulige donorer til at synes større og skaber samtidig forvirring omkring, hvad ens rolle som personale i akutmodtagelsen helt præcist er. Da vi besøgte hospitalerne og præsenterede os, blev vi netop mødt med:

"Organdonation? Det står intensiv da for?"

Fokuserer vi formidlingen til personalet på "overflytning af patienten" signalerer indsatsen ikke ekstra opgave, man skal huske, da overflytning af patienter allerede er en højt prioriteret og velkendt opgave. Samtidig fokuserer vi også på netop den situation, man som personale står i her og nu – fremfor om hvad der sker i en ukendt fremtid på intensivafdelingerne, som man ikke selv er en del af. Når vi mennesker tænker i fremtid, bliver det ofte meget abstrakt for os at forholde os til, og det kan være svært for os at se relevansen for lige netop vores rolle deri¹⁷.

På samme måde bør formidlingen til personalet heller ikke omhandle livet for de patienter, som bliver transplanteret. De transplanterede patienter har akutmodtagelserne ikke noget at gøre med, og derfor bliver de transplanterede på samme måde abstrakte at forholde sig til. Det er derfor vigtigt at formidlingen til personalet tager udgangspunkt i den situation, personalet i akutmodtagelsen står i, da det vil kunne skabe størst effekt.

Hvad angår personalets egen information til de pårørende, når en patient overflyttes fra akutmodtagelsen til en intensivafdeling, er det nok blot at informere om overflytningen uden at nævne muligheden for organdonation. På Aarhus Universitetshospital fortæller personalet i akutmodtagelserne ofte de pårørende følgende:

"Situationen er meget alvorlig. Patienten bliver flyttet til intensiv, for at kunne gøre alt det man kan for patienten - eller for at give patienten de bedste chancer."

Oftentimes er patienten kun kort tid i akutmodtagelsen, og nogle gange er de pårørende endnu ikke nået frem til hospitalet, når patienten overflyttes. Det er desuden kun ganske få patienter, som med sikkerhed ville kunne diagnosticeres med en med sikkerhed dødelig hjerneskade på dette stadie i forløbet. Det hele går meget stærkt, især for de pårørende som blot forsøger at skabe overblik. De pårørende har ikke behov for andet end at vide, hvor patienten er flyttet hen.

5. Personalet skal have viden om de mulige donorer

For at personalet i akutmodtagelserne er opmærksomme på at få overflyttet de relevante patienter, er det nødvendigt, at de ved, hvilke patienter det drejer sig om.

"Alder spiller klart ind. Ved yngre mennesker vil man ikke være i tvivl, men ved ældre vil de fleste ikke overveje dem som donorer," var der blandt andet en, som udtalte.

En anden sagde: *"Jeg er meget overrasket over, at der er så få eksklusions-kriterier for organdonorer,"* da han fik af vide, hvem der kunne være mulige donorer.

Misforståelser om, hvilke patienter man skal overflytte til intensiv, danner barrierer for at handle. Måden at overkomme misforståelser på, er ved at adressere dem direkte og modforklare på en letforståelig måde¹⁷. I indsatsen skal personalet i akutmodtagelserne derfor informeres om, hvilke patienter, som de skal være opmærksomme på.

6. Samarbejde med andre afdelinger er essentielt

Det har betydning for indsatsen, at der er et godt samarbejde med de involverede specialer omkring patienterne, da patienterne skal overflyttes fra en afdeling til en anden. Dog er der i akutmodtagelserne generelt en oplevelse af, at det er svært at få overflyttet patienter til intensivafdelingen, og at det ofte tager tid at få en plads:

"Der er aldrig pladser på intensiv!" udtalte en læge blandt andet.

Når der ikke er neurokirurgiske behandlingsmuligheder for patienten, kan det være svært at holde på at overflytte patienten til en intensivsengeplads og nogle føler, at de således "spærrer" en plads for en patient, som stadig har overlevelsesmuligheder.

Samarbejdet med de andre involverede specialer opleves nogle steder som en udfordring:

"Neurokirurgerne kommer aldrig," var der en, som udtalte.

Opleves samarbejdet med de andre involverede specialer og afdelinger som en udfordring, og taler man om samarbejde på en negativ måde, vil det også forstærke følelsen af, at samarbejdet er svært. Det kan betyde, at man næsten har en forventning om, at det er svært at overflytte patienterne eller at neurokirurgerne aldrig kommer ned i afdelingen, inden man overhovedet har forsøgt. Måden vi taler om tingene på, påvirker vores måde at se dem på og dermed også, hvordan vi handler¹⁸.

Derfor er det vigtigt med gode samarbejdsrelationer med de andre involverede specialer, så der ikke opstår en negativ spiral for samarbejdet. Derfor bør indsatsen have fokus på at fordre og facilitere et samarbejde mellem akutmodtagelserne og intensiv.

7. Retorikken påvirker handlingen

Personalet har forskellige måder at tale om organdonation på. Blandt andet var der en, som udtalte følgende om en døende patient, som organdonation måske kunne blive en mulighed for:

"Lad hende gå bort i fred."

Her bliver organdonation omtalt som noget, der forstyrrer døden. Da måden, vi taler om tingene på, påvirker vores handlinger, er det vigtigt, at vi taler om organdonation, som noget man giver eller som et ønske, man opfylder – og ikke som noget der forstyrrer eller noget man tager¹⁷. Danskerne er generelt meget positivt indstillede overfor organdonation, og giver man dem, som ønsker at donere, muligheden for det, vil man dermed være med til at opfylde det ønske. For de pårørende til patienterne opleves organdonation ydermere noget, som kan give mening i alt det meningsløse.

Omtales organdonation som noget, der kan give mening for de efterladte og som opfylder et ønske fra patienten, taler det ind i den professionsetiske tankegang og vil således kunne medføre et professionelt engagement, som giver den enkelte sundhedsprofessionelle grundlaget for at anse det som en moralsk pligt at huske, når de står med patienter, som potentielt kan dø af deres svære skade i hjernen.

8. Det skal være nemt og enkelt

Personalet i akutmodtagelserne modtager i løbet af en helt almindelig dag mange informationer via mails, til møder og mundtlig kommunikation fra kolleger og patienter. Derudover er der ofte travlt, og mange patienter at tilse. Når en ny opgave så kommer til, kan det opleves besværligt, da man har meget at se til i forvejen.

Fra naturens hånd er vi indrettede til at spare på vores kognitive ressourcer. Langt størstedelen af vores daglige gøremål kører derfor på rutinen, så vi kan koncentrere vores overskud omkring de få opgaver, som kræver mere af os¹⁸. Det betyder, at vi har en tendens til at gøre det, som er lettest, og som kræver færrest ressourcer af os – på trods af at vi måske har de bedste intentioner om at gøre noget andet.

Når vi skal udforme en indsats tilpasset personalet i akutmodtagelserne, er det derfor vigtigt, at det er nemt at udføre. Dette fremhævede flere af interviewpersonerne også:

*"Det skal være simpelt og gerne i punktform," udtalte en, mens en anden sagde:
"Det handler om: Automatik, nemhed og relevans."*

Eller som en tredje formulerede det rammende:

"At tænke organdonation skal være lige så naturligt, som at huske at tage smykker og ure af inden arbejde."

Når man har travlt og mange ting at skulle holde styr på, er det endnu vigtigere, at informationen er enkel og lettilgængelig, for at man kan huske den. Derfor skal denne indsats kun præsentere den vigtigste information og gøres på en overskuelig måde. Det kan fx være i form af grafik fremfor lange, teksttunge informationer. Eller ved at præsentere informationen, der hvor man har tiden til at læse dem, fx når man er i personalerum eller i omklædningsrum.

9. En multi-kommunikationsindsats er nødvendig

Under vores interviews med personalet i akutmodtagelserne blev det hurtigt klart, at der ikke findes én bestemt måde at informere på, som virker lige godt for alle. En sagde blandt andet:

"Mails er vejen frem: Jeg læser dem, når jeg har tiden til at sætte mig ind i indholdet."

En anden udtalte: *"Jeg læser aldrig mails. Jeg når aldrig igennem bunken."*

Der er stor forskel på, hvad vi hver især foretrækker, når vi skal modtage information. Derfor er det vigtigt, at kommunikationsindsatsen overfor personalet ikke kun består af ét element som fx en mail. Personalet skal i stedet informeres på flere forskellige måder. Det forøger chancerne for, at alle modtager og forstår den information, de modtager.

Vi undersøgte forskellige måder at informere på og fik følgende respons:

- **Afdelingsledelsen:** Flere af de interviewede fremhævede afdelingsledelserne som en vigtig kilde til at sætte fokus på et emne i afdelingen og sætte gang i nye arbejdsgange. Når ledelsen bakker op om noget eller har en særlig forventning, bliver der hurtigere implementeret blandt personalet, og man er mere opmærksom. Derfor fremhævede flere betydningen af afdelingsledelsen som afsender af informationer og indsatser, som skal udbredes i akutmodtagelserne.
- **Mails:** Det er meget forskelligt fra person til person, om mails fungerer som en god måde at modtage information på. Ofte er det dog dén måde, som vigtig information netop sendes ud på. Mange føler dog, at de drukner i mails og er meget selektive i forhold til, hvad de læser. Andre føler en form for kontrol, når det gælder mails, fordi man selv kan bestemme, hvornår man vil læse dem. Uanset hvad kan en mail ikke stå alene, når man skal informere om et nyt tiltag, da en mail hurtigt kan blive overset i mængden. Flere fremhæver dog, at de ofte ikke er gode til at få svaret på mails, og mails tit er noget, som bliver udsat.
- **Møder:** Møder er ligesom mails ofte en af de primære måder, som information deles på i akutmodtagelserne. Møder kan være gode til at skabe synlighed omkring et emne, vise ledelsesmæssig opbakning og til at diskutere emner med kollegerne. At oplyse om en ny indsats eller en ny vejledning på et møde alene, vil dog ikke have den store effekt, da det er sjældent, at hele afdelingen er samlet til et møde.

- **E-læring:** På samme måde som mails er det meget individuelt, om man bryder sig om at modtage information via e-læringskurser. Nogle synes, at det er en god måde at lære nyt på, men ofte oplever personalet, at der er mange e-læringskurser, man skal tage inden for kort tid – og når man det ikke inden fristen, kan man risikere at miste sin kompetence indenfor det pågældende emne. Det stresser personalet og er med til at give e-læring et negativt ry – og dermed også det indhold, de enkelte e-læringskurser omhandler. Dog kunne alle interviewpersoner nævne op til flere e-læringskurser og noget af viden, de har lært derigennem.
- **Action Cards:** Alle akutmodtagelserne anvender Action Cards, som kan være en måde at forankre en procedure på. Action Cards anvendes primært til at beskrive helt basale procedurer, og derfor bliver de mest anvendt af nyansatte. Har man været længere tid i afdelingen, er det yderst sjældent, at man finder et Action Card frem. Nogle bærer samlingen af Action Card fysisk på sig, men gør det kun, fordi de er blevet en del af uniformen, og ikke fordi man rent faktisk bruger dem. Mange oplever desuden, at der efterhånden findes så mange Action Cards, at det er blevet uoverskueligt at finde rundt blandt dem og dermed at få dem anvendt.
- **Elektroniske skærme:** Flere af de interviewede i akutmodtagelserne fortæller, at de læser de informationer, som vises på de elektroniske skærme. Mange synes også, at skærmene er gode til at skabe synlighed omkring et emne. Skærmenes informationer er nemme at overskue, da de kun indeholder korte og letforståelige informationer. Dog er skærmene synlige for alle på hospitalet inklusiv patienter og pårørende. Derfor kan skærmene ikke anvendes til en udvalgt personalegruppe, men skal være tilpasset, så budskabet kan tåle at blive set af alle.
- **Plakater:** At hænge en plakat op, mente de flere ville være en god måde at skabe synlighed på. Men plakaten skal være sat grafisk flot op samt være nem at aflæse og forstå. Oftest vil plakater blive hængt op i personalerum, men her er der som regel allerede meget anden information hængende på opslagstavler mv. Det er desuden forskelligt, hvor rene og behagelige pauserummene er indrettede, og derfor er det også forskelligt, hvor meget personalet opholder sig der og læser de informationer, som er tilgængelige der. Udfordringen med plakater er således, hvor de kan hænges op, så de bliver set.
- **Det fysiske rum:** I rum såsom personalerum, omklædningsrum og elevatorer er man særligt modtagelig overfor information, der indeholder korte og klare budskaber. Her er man ikke beskæftiget af andre ting, og man vil derfor have tid til at tage information ind¹⁶. Ophæng af informationer på fx plakater vil hurtigt fange vores opmærksomhed disse steder. Arbejdsgruppen mente, at sådanne steder ville være en god måde at fange personalets opmærksomhed på. Dog har mange hospitaler regler for, hvor der må hænges noget op, fx er det mange steder ikke tilladt at hænge noget op i elevatorer.

Selvom der ikke er én kommunikationsmåde, som alene kan anvendes til at informere alt personalet i en akutmodtagelse, viser denne analyse, at der klart er nogle kanaler, som synes at fungere bedre end andre. Det er dog vigtigt, at kommunikationen om denne indsats ikke kun bliver leveret ét sted som fx i en mail eller på et møde, men ad flere veje, da flere det vil øge sandsynligheden for at nå bredt ud til hele personalegruppen.

Alt i alt anbefales det således, at indsatsen tager udgangspunkt i de ni opmærksomhedspunkter, så opmærksomheden på at få overflyttet de relevante patienter til en intensivafdeling øges blandt personalet i akutmodtagelserne.

7. LITTERATURLISTE

1. Nationale Handlingsplan for Organdonation, 2014
http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/National-handlingsplan-for-organdonation/Handlingsplan-organdonation-08072014-.ashx
2. Nationale målsætninger på organdonationsområdet i Danmark
<http://www.organdonation.dk/om-os/malsatninger-og-strategi/>
3. Sundhedsstyrelsen (2015): Organdonation 1995-2015 - Danskernes viden, holdning og adfærd
<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/Organdonation/Organdonation-1995-2015,-d,-,-Danskernes-viden-holdning-og-adf%C3%A6rd.ashx?la=da&hash=60A69E31D34150A8D79EC78D1584DA5684D0ECFC>
4. Newsletter Transplant, volume 23, 2018
5. Årsrapport 2018, Organdonationsdatabasen
<https://ipaper.ipapercms.dk/RM/DanskCenterforOrgandonation/aarsrapporter/aarsrapport-2018/#/>
6. National Guideline for Organdonation, <http://www.organdonation.dk/guideline/>
7. Ordningen for donationsansvarlige nøglepersoner <http://www.organdonation.dk/for-noglepersoner/noglepersonsordningen/>
8. Sundhedsstyrelsen 2018: <https://www.sst.dk/da/Viden/Uddannelse/Uddannelse-af-speciallaeger/Maalbeskrivelser>
9. Organdonorpotentialet - Præhospitalt og på et Dansk Universitetshospital.
<http://www.organdonation.dk/siteassets/viden/litteratur/rapport-vedrorende-organdonorpotentialet-prahospitalt-og-pa-et-dansk-universitetshospital2.pdf>
10. Achieving Comprehensive Coordination in Organ Donation (Accord). Final Report – Part two. Deliverable 8. www.accord-ja.eu
11. Expanding the Donorpool Through Intensive Care to Facilitate Organ Donation: Results of a Spanish Multicenter Study. Dominguez Gil B et al. Transplantation 2017 Aug;101(8):e265-e272.
12. Royal College of Emergency Medicine Best Practice Guideline for End of Life Care (March 2015) www.rcem.ac.uk
13. Organ Donation and the Emergency Department.
<http://www.nhstdbe.blob.core.windows.net>
14. Recommendations for the Critical Care Management of Devastating Brain Injury: Pronostication, Psychosocial, and Ethical Management.: A Position Statement for Healthcare Professionals From the Neurocritical Care Society”. Souter, MJ et al. Neurocritical Care. 2015 Aug;23(1):4-13. Review.

15. Management of perceived devastating brain injury after Hospital Admission: A consensus Statement from stakeholder professional organizations. Harvey D et al. *Br J Anaesth*. 2018 Jan;120(1):138-145. Review.
16. Cialdini, R. B. & Goldstein, Noah J. (2004): *Social Influence: Compliance and Conformity*. *Annual Review of Psychology*, 55, s. 591-622.
17. Kahneman, Daniel & Tversky, Amos (2000): *Choices, Values, and Frames*, 1. Udgave. Cambridge: Cambridge University Press.
18. Evans, Vyvyan & Green, Melanie (2006): *Cognitive Linguistics – an Introduction*. Edinburgh: Edinburgh University Press Ltd.
19. Kahneman, Daniel (2011): *Thinking, Fast and Slow*, 1. udgave. London: Allen Lane

8. BILAG

Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppen

Bilag 2: Projektbeskrivelse - Undersøgelse af patientens vej fra akutmodtagelsen

Bilag 3: Interviewguide – Undersøgelse af patientens vej fra akutmodtagelsen

Bilag 4: Projektbeskrivelse – Adfærdsanalyse

Bilag 5: Interviewguide – Adfærdsanalyse

Bilag 1

Kommissorium for national arbejdsgruppe vedr. initiativer i akutmodtagelserne i den nationale indsats for organdonation

Baggrund

Sundhedsstyrelsen har i 2015 anbefalet regionerne at iværksætte initiativer for at øge antallet af organdonorer. Et af initiativerne skal medvirke til, at **visitationen i akutmodtagelser** og intrahospitalt prioriterer indlæggelse af patienter med cerebrale skader, som kan føre til hjernedød på en **intensivafdeling**. Herunder skal hospitalerne have fokus på at skabe kapacitet på intensivafdelingerne til behandling af potentielle organdonorer.

Disse anbefalinger indgår i den nationale strategi for kvalitetsudvikling på organdonationsområdet.

Dansk Center for Organdonation har i samarbejde med akutmodtagelsen på Aarhus Universitetshospital i 2017 undersøgt undervisningsbehovet for de relevante aktører i akutmodtagelsen og behovet for beslutningsstøtte i forhold til overflytning af patienter med cerebrale skader til intensiv. Resultatet af denne undersøgelse viste bl.a., at der i akutmodtagelsen er ønske og behov for mere viden og opmærksomhed omkring organdonation såvel fagligt som organisatorisk. I forlængelse heraf har Dansk Center for Organdonation igangsat et projekt, som skal afdække hvilke initiativer, der vil være relevante i akutmodtagelsen.

I projektet indgår bl.a.:

- Hvordan den akutte patient med en potentiel dødelig hjerneskade visiteres fra akutmodtagelsen til andre afdelinger, de beslutningsprocesser, der er afgørende for patientens visitering til enten stamafdeling eller intensivafdeling, samt de barrierer, der eventuelt kan være for at patienten bliver overflyttet til en intensivafdeling
- Monitoreringen af dødsfald uden for intensivafdelingerne i 2018 på fire universitetshospitaler
- En adfærdsanalyse, som giver indsigt i, hvilke udfordringer og muligheder der er for at implementere indsatsen samt indsigt i, hvordan informationer og viden kan meddeles med personalet i akutmodtagelserne.
- En litteraturgennemgang af hvorfor der skal være en opmærksomhed på organdonation i akutmodtagelserne

Formålet med projektet er at give anbefalinger til initiativer i akutmodtagelserne, som skal hjælpe personalet med at være opmærksomme på at få overflyttet patienter med cerebrale skader til intensivafdelingerne og dermed styrke den nationale målsætning om i videst muligt omfang at efterkomme ønsket om organdonation for de patienter, som ikke kommer til at overleve deres skader i hjernen.

Målgruppen for initiativerne i Akutmodtagelsen er hele personalet og herunder eventuelt særligt sygeplejersker og læger, der deltager i akutkald og læger i øvrigt, der har relevant bagvagsfunktion.

Arbejdsgruppens opgaver

Arbejdsgruppen skal medvirke til at afdække relevante initiativer ved bl.a. at kommentere og supplere afrapporteringen af ovennævnte projekt.

Arbejdsgruppen skal komme med anbefalinger til Dansk Center for Organdonation om, hvilke konkrete indsatser vi kan anbefale akutmodtagelserne at iværksætte og udarbejdelse af konkrete materialer, som Dansk Center for Organdonation kan støtte indsatsen i akutmodtagelsen med.

Arbejdsgruppens medlemmer

- Afdelingslæge Mette Kamp (Rigshospitalet, neurointensiv)
- Traumekoordinator Steven Krogh-Larsen (Aalborg Universitetshospital, AM)
- Ledende overlæge Jacob Stouby Mortensen (Regionshospitalet Viborg, AM)
- Ledende overlæge Michael Hansen-Nord (Odense Universitetshospital, AM)
- Overlæge Christian Svane (Rigshospitalet, Traumecentret)
- Afdelingssygeplejerske Hanne Boyles (Aarhus Universitetshospital, AM)
- Overlæge Marie-Laure B. Jacobsson (Sjællands Universitetshospital, Køge, AM)
- Sygeplejerske Stine Boie Arnhild (Sjællands Universitetshospital, Køge, AM)
- Ledende overlæge Søren W. Rasmussen (Bispebjerg & Frederiksberg Hospitaler, AM)
- Overlæge Matthias Giebner, (Sygehus Sønderjylland, Aabenraa, AM)
- Intensivsygeplejerske Charlotte Daugbjerg (Aalborg Universitetshospital, neurointensivafd. og donationsansvarlig sygeplejerske i Dansk Center for Organdonation)
- Afdelingslæge Mette Juul Koefoed (Aarhus Universitetshospital, neurointensivafd. og donationsansvarlig læge i Dansk Center for Organdonation)
- Overlæge Christina Rosenlund (Odense Universitetshospital, neurokirurgisk afd. og donationsansvarlig læge i Dansk Center for Organdonation)
- Tina Meltzer Rørholm, AC-fuldmægtig (Dansk Center for Organdonation)
- Signe Juul Thomsen, Kommunikation & Formidling (Dansk Center for Organdonation)
- Nanna Møller Jensen, Kommunikation & Formidling (Dansk Center for Organdonation)
- Helle Haubro Andersen, centerleder (Dansk Center for Organdonation)

Gruppens arbejdsform

Gruppen mødes få gange. Møderne afholdes i regi af Dansk Center for Organdonation, som varetager sekretariatsfunktionen.

Ud over de fysiske møder kan der blive tale om løbende sparring og afklaring pr. mail.

Bilag 2

Projektbeskrivelse – Undersøgelse af patientens vej fra akutmodtagelsen

Forløbsbeskrivelserne skal sammen med de øvrige delprojekter danne grundlaget for den indsats som Dansk Center for Organdonation i samarbejde med den nationale AM-arbejdsgruppe skal udvikle til personalet i AM. Dette for at understøtte hospitalernes og regionernes arbejde med at sikre, at alle bevidstløse patienter med en akut svær skade i hjernen, visiteres til en intensivafdeling med henblik på vurdering af behandlingsniveau samt sikre patientens autonomi i forhold til organdonation, hvis behandlingen er udsigtsløs, og patienten er døende.

Formål – hvad skal forløbsbeskrivelserne belyse?

Formålet med projektet er, at beskrive hvordan den akutte patient med en potentiel dødelig hjerneskade kommer ind på hospitalet via akutmodtagelsen (AM), belyse de beslutningsprocesser, der er afgørende for patientens visitering til enten en stamafdeling eller intensivafdelingen, samt beskrive de barrierer, der eventuelt kan være for at patienten bliver overflyttet til en intensivafdeling.

Metode

For at få beskrevet den akutte patients vej ind på hospitalet, vil vi telefon interviewe 6 læger fra seks forskellige akutmodtagelser i Danmark. Interviewmetoden er valgt for at få et nuanceret og realistisk billede af forløbene. Metoden giver desuden mulighed for med det samme, at få uddybet svar og ved uklarheder i besvarelsene forsøge at undgå misforståelser. En anden grund til at vælge metoden er, at det ved første møde i arbejdsgruppen blev klart, at der er forskellige beslutningsprocesser og personer involveret i patientens vej ind på hospitalet, alt efter om patienten bliver indlagt på et universitetshospital eller et regionalhospital. Selv om der kan være enighed om behandlingstiltagene og forløbet for en patient med en akut svær hjerneskade, så kan beslutningsprocesserne og det der påvirker beslutningerne være afhængige af, hvilke fagpersoner, der er til stede på hospitalet.

De udvalgte læger til interviewet skal have ansvaret for det akutte medicinsk kald, det vil sige, være den læge, der intrahospitalt har det første ansvar for den bevidsthedspåvirkede patient, hvor der er mistanke til intracerebral sygdom. Vi fravælger, at beskrive traumepatienters forløb, da hospitalerne har klare retningslinjer og forløbsbeskrivelser via den systematiske ABCDE-tilgang for håndteringen af bevidstheds påvirkede traumepatienter med svære hjerneskader. En intuberet traumepatient vil ifølge retningslinjerne blive overflyttet til intensivafdelingen til videre udredning og behandling.

Lægerne, der bliver interviewet, arbejder i akut modtagelsen. Lægerne er udvalgt således, at både universitetshospitaler og regionshospitalerne er repræsenteret i forløbsbeskrivelserne, med det formål, at forsøge at gøre beskrivelserne af beslutningsprocesserne genkendelige for andre læger i en akutmodtagelse end de interviewede. Tre af de interviewede læger arbejder på et universitetshospital, hvor der både er neurologisk og neurokirurgisk specialer tilknyttet, 2 læger er på et regional hospital, hvor der en neurologisk afdeling, det ene sted dog ikke på samme matrikel, mens én af lægerne er i akutmodtagelsen på et regions hospital uden en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling på hospitalet. Lægerne omtales i projektbeskrivelsen og rapporten som akutmedicinere, også selv om de ikke nødvendigvis har special læge uddannelsen i akut medicin, da det er lægens funktion og ikke speciale der har interesse for patientens forløb.

Lægerne bliver interviewet af donationsansvarlig og intensivsygeplejerske Charlotte Daugbjerg, Aalborg Universitetshospital, som med sin sundhedsfaglig baggrund i forvejen har en indsigt i beslutningsprocesserne på et universitetshospital. Dette kan være en fordel, men også en ulempe i forhold til belysningen af de enkelte spørgsmål, da nogle af svarene vil være genkendelige for interviewerens, og derfor måske ikke vil give anledning til en forespørgsel om uddybning af besvarelsen. De interviewede informeres skriftligt og mundtligt om formålet med interviewet. Da anmodningen om interview kommer fra Dansk Center for Organdonation vil de interviewede formentlig bevidst eller ubevidst være påvirket af denne forudsætning. De interviewede sikres anonymitet samt informeres om at interviewet bliver optaget på mobiltelefon og slettes efter udarbejdelse af rapporten.

Interviewguide og spørgsmål

Før den endelige udarbejdelse af interviewguiden samt for at kvalificere spørgsmålene således at de belyser beslutningsprocesserne i modtagelsen af den akutte medicinske patient med mistanke til en svær hjerneskade, er der foretaget et pilotinterview med den ansvarlige overlæge for akutmodtagelsen på et universitetshospital.

Interviewene gennemføres som semistrukturerede enkelt interviews ud fra en styrende interviewguide. Spørgsmålene, som akutmedicinerne bliver stillet indledningsvis, er om deres egen rolle i forbindelse med modtagelsen af en patient med en akut svær hjerneskade. Dernæst tager spørgsmålene udgangspunkt i ansvaret for og beslutningsprocesserne i patientens forløb. Der spørges desuden ind til, hvor længe en patient typisk opholder sig i akutmodtagelsen og om alder og komorbiditet spiller ind på beslutningsprocessen.

Der afsluttes med spørgsmål til deling og formidling af ny information i akutmodtagelsen. Disse spørgsmål er målrettet adfærdsundersøgelsen i akutmodtagelsen og er ikke en del af afrapporteringen på forløbsbeskrivelserne. Se næste side for interviewguide.

Projektets resultater

Efter interviewene er gennemført, aflyttes de flere gange af 2 personer og svarene på interviewguidens spørgsmål føres ind i et skema. Herefter sammenlignes svarene af interviewene og ligheder og forskelle beskrives. Analysen af forløbsbeskrivelserne og konklusionerne som resultat af interviewene afrapporteres i en rapport udarbejdet af Dansk Center for Organdonation.

Målgruppe for rapporten er hospitalspersonale på de afdelinger på hospitalet, der kan være involveret direkte eller indirekte i organdonationsforløb, samt ledelser på såvel afdelingsledelses- som hospitalsledelsesniveau. Afdelingerne kan f.eks. være akutmodtagelser, neurologiske, neurokirurgiske og intensivafdelinger.

Bilag 3

Interviewguide – Undersøgelse af patientens vej fra akutmodtagelsen

Indledning:

Jeg ringer fra Dansk Center for Organdonation i Aarhus. Jeg hedder Charlotte Daugbjerg. Tak fordi du vil deltage.

Du har fået en mail fra Tina Rørholm om, hvad dette interview drejer sig om? Og du er indforstået med, at jeg optager vores samtale og det vi snakker om bliver anvendt til en beskrivelse af patientens vej ind på hospitalet generel i DK.

Du vil ikke blive citeret for noget af det du siger.

Spørgsmål:

Jeg går ud fra, at du modtager patienter hvor der er mistanke om, eller hvor der bliver påvist en akut svær hjerneskade i jeres akut modtagelse?

- Hvad er din rolle i den forbindelse?
- Hvem har ansvaret for patienten og hvem træffer beslutningerne om behandlingen?
- Hvordan håndteres patienten? -Tubet og ikke tubet- anæstesi-lægens rolle/intensivist?
- Hvor flyttes patienten eventuelt hen?
- Hvor længe er en patient typisk i AM?
- Spiller alder, komorbiditet ind på vurderingen og håndteringen af patientens forløb?
- Hvem beslutter hvis behandlingen afsluttes i AM?
- Har du fornemmelse af at der mistes potentielle donorer i AM?
- Hvis Ja, hvad kan årsagen være til dette?

Har I en klinisk retningslinje eller procedurer for denne type patienter?
Kunne du maile Dansk Center for Organdonation de link?

Deling af information i akutmodtagelsen:

- Hvordan vil du helst modtage ny information om fx procedurer eller lignende?
- Hvordan udbredes ny information blandt personalet i akutmodtagelsen? Fx på morgenmøder, via mails, mundtligt mv.
- Hvem udbreder primært ny information i afdelingen i akutmodtagelsen? Ledelse, sekretærer, andre

Afslutning:

Tak for din tid.

Der bliver udarbejdet en rapport på baggrund af de 6 interview der foretages. Kan mailles til dig, men den kommer også til at ligge på Dansk Center for Organdonations hjemmeside.

Bilag 4

Projektbeskrivelse – Adfærdsundersøgelse

1. Hvad afdækker undersøgelsen?

Adfærdsdesign som metode

Denne adfærdsanalyse beror sig på viden om den menneskelige kognition og viden om, hvordan man bør formidle for at kunne påvirke adfærd i en bestemt retning, en metode kaldet adfærdsdesign^{1,2}. Der er særligt tre faktorer, som har betydning for den menneskelige adfærd og på de valg, vi tager. De er: Konteksten, sociale forhold og individuelle forforståelser.

Konteksten

Konteksten kan påvirke vores valg i en given retning, fx den fysiske indretning af et rum, informationsarkitekturen i organisationen eller de organisatoriske rammer i form af guidelines og retningslinjer. I den forbindelse kan man afdække:

- De fysiske omgivelser
- Informationsarkitekturen
- De organisatoriske rammer

Sociale forhold

Sociale forhold og sammenspil i grupper gør sig i høj grad gældende i forhold til adfærd, da mennesket er et flokdyr. Vi retter i høj grad vores adfærd ud fra, hvad andre gør og har fx en tendens til at følge flertallet eller gøre det samme som en anerkendt rollemodel. I den forbindelse kan man afdække:

- Sociale normer
- Identifikation og gruppetilhørsforhold
- Sociale bias

Individuelle adfærdsfaktorer

Vi bærer alle rundt på en række forforståelser, som præger vores måde at handle på – ofte uden vi er helt bevidste om det³. Det gælder både de personlige erfaringer, som vi hver især har gjort os igennem livet, men i høj grad også en række faste tankemønstre, som hjernen er indrettet efter. Vi mennesker skal hver eneste dag håndtere store mængder af information og træffe en række valg. Hvis vi skulle tage stilling til det hele, ville vi hurtigt blive udmattede. Derfor er hjernen indrettet til at tage en række genveje kaldet "kognitive bias", så vi hurtigt og per automatik kan agere på inputs uden at bruge de store ressourcer på det. Bias er dermed tendenser i vores tanke-systemer, som præger vores måde at handle på uanset ens kulturelle ophav og overbevisninger. Man kan i den forbindelse afdække:

- Identitet og værdier
- Egeninteresse og viden
- Kognitive bias

2. Metode for analysen

Der er 21 akutmodtagelser og ét traumecenter i Danmark, og det var ikke muligt at besøge dem alle og gennemføre alle ovenstående analysemetoder, da rapporten skulle være færdig i sommeren 2019.

For at få et validt indblik i målgruppen undersøgte vi forskellige personalefunktioner, som har en nøglerolle i forhold at overflytte patienter til intensiv, og i forhold til, hvordan information deles i akutmodtagelserne.

Vi fokuserede på de hospitaler, der har patienter, som organdonation kunne blive en mulighed for. Vi har valgt at analysere tre udvalgte akutmodtagelser fordelt over tre hospitalstyper:

- Et regionshospital med både en akutmodtagelse og en neurologisk afdeling
- Et regionshospital med en akutmodtagelse uden en neurologisk afdeling
- Et universitetshospital med både en akutmodtagelse og en neurologisk afdeling

Derudover blev en læge fra et regionshospital, som har en akutmodtagelse, men ingen neurologisk afdeling, interviewet telefonisk.

Vi valgte at foretage en analyse gennem primært personlige interviews og observationer indsamlet via feltstudier. Inden da foretog vi så meget baggrundsresearch som muligt som fundament for interviewene og observationsstudierne.

Baggrundsresearch og observationer

Vi anvendte telefoninterviewsne fra undersøgelsen af patientens vej fra akutmodtagelsen til at spore os ind på analysens fokuspunkter og udarbejde en interviewguide ud fra. Da vi besøgte de forskellige afdelinger, indsamlede vi viden om den fysiske indretning i forhold til bl.a. ruminddeling, indretning, organisering samt hvordan bliver information fysisk bliver delt fx via opslagstavler, adgang til computer og personalerum.

Det personlige interview som metode

Det personlige interview, hvor én person interviewes ad gangen, er anvendt fordi, metoden kan afdække vaner, diskurser, følelser og barrierer hos en målgruppe såvel som individuelle og sociale faktorer, der påvirker ens adfærd⁴.

Undersøgelsen af patientforløb fra akutmodtagelsen viste, at beslutningstagerne ved overflytning af patienter til intensiv oftest er den læge, der står for akutkald. Derfor var disse læger de primære interviewpersoner i denne undersøgelse. Derudover interviewede vi også sygeplejersker, som er med ved kald omkring de patienter, som organdonation kan blive en mulighed for. I alt interviewede vi således en læge og en sygeplejerske på hvert af de tre hospitaler, vi besøgte. Derudover interviewede vi også en sekretær på det første hospital, vi besøgte, for at få et indblik i afdelingens organisering og deling af information. Vi fravalgte at interviewe flere sekretærer, da det efter første interview blev klart, at sekretærer i kraft af deres funktion ikke kunne give os den relevante viden.

Igennem interviewene indsamlede viden om, hvilket "mindset" personalet arbejder ud fra og derigennem kunne afdække, hvad der skal til for at ramme personalet med en indsats, så de relevante patienter bliver overflyttet til en intensivafdeling.

Vi overvejede, om vi skulle interviewe en beslutningstager fra intensiv (den vagthavende læge), da de også er en del af arbejdsgangen med at få overflyttet patienter fra akutmodtagelsen. Men da projektets fokus er akutmodtagelsen og tidsrammen var begrænset, blev interview med personale på intensiv fravalgt.

Feltstudie som metode

Desuden er feltstudiet anvendt som metode, hvor vi har observeret situationer og fysiske kontekster på de tre hospitaler. Denne metode kan afdække, hvordan indretningen af og kulturen i en akutmodtagelse har betydning for, hvordan vi bør kommunikere med personalet³. Denne metode er anvendt i det omfang, det var muligt uden at gå i vejen for det arbejde, personalet udfører: Vi har deltaget i personalemøder på ét hospital, hvor vi passivt observerede mødekulturen, samt på afstand observerede, hvordan indlæggelsen af en patient på akutmodtagelsen foregår på et andet hospital. Dertil har vi observeret indretningen af akutmodtagelserne i form af kontorer, personalerum, akutstuer mv.

Validitet af interviews

Da der er forskel på arbejdsgangene på et universitetshospital og et regionshospital, undersøgte vi begge dele. Vi antog desuden, at der også kunne være regionale forskelle, hvorfor vi undersøgte hospitaler i forskellige regioner. Der var cirka to måneder afsat til at foretage interviews, hvilket sat en begrænsning på antallet af interview og besøg. Vi fravalgte også at transkribere interviewene grundet den stramme tidsramme. Det er på dette grundlag, at vi foretager en række antagelser.

Da der kan være forskellige på hospitaler og afdelinger, er interviewene semistrukturerede efter en interviewguide, som vi stillede opfølgende spørgsmål ud fra alt efter afdeling.

Fravalg

Vi har at anvende andre undersøgelsesmetoder såsom fokusgrupper og spørgeskema. Det er sværere at skulle samle en hel gruppe til et fokusgruppeinterview end det er at få et interview med en person ad gangen. Derudover vil personlige interviews og fokusgruppeinterviews kunne give mange af de samme indsigter, hvorfor vi har valgt at gå med personlige interviews alene.

Spørgeskemaet kan man bruge til at undersøge, hvor udbredte indsigterne fra interviewene er. Vi har dog fravalgt at bruge spørgeskema, da det er svært at spørge ind til vaner og motivationer i et spørgeskema.

5. Analysens resultat – hvad vil vi kunne nå frem til med undersøgelsen?

Undersøgelsens resultater vil vi samle til analyse af, hvilke udfordringer personalet står overfor i forhold til at overflytte de relevante patienter samt hvordan vi skal sammensætte en indsats, så vi rammer personalet i forhold til de udfordringer og det mindset, de arbejder ud fra.

Adfærdsanalyse giver indsigt i, hvilke udfordringer og muligheder der er for at implementere indsatsen samt indsigt i, hvordan informationer og viden kan meddeles med personalet i akutmodtagelserne.

6. Litteraturliste

1. Bergsøe, Merete Norsker; Jespersen, Andres Maaløe; Larsen, Rikke; Schiermacher, Inger & Skov, Katrine Lund (2014): *Nudge, nudge, nudge*. 1. udgave, 1. oplag. København: Nyt Teknisk Forlag.
2. Thaler, Richard H. & Sunstein, Cass R. (2009): *Nudge – Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness, Revised and Expanded Edition*. New Haven: Yale University Press. New York: Penguin Group
3. Thaler, Richard H. & Sunstein, Cass R. (2009): *Nudge – Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness, Revised and Expanded Edition*. New Haven: Yale University Press. New York: Penguin Group
4. Andersen, Ib (2008): *Den skinbarlige virkelighed – Vidensproduktion inden for samfundsvidenskaberne*, 4. udgave, 3. oplag. København: Forlaget Samfundslitteratur

Bilag 5

Interviewguide – Adfærdsanalyse

Ift. informationsdeling i AM

- Hvordan vil du helst modtage viden om fx en ny procedure eller retningslinje? Hvorfor?
- Hvordan bliver ny viden som fx en ny retningslinje delt i afdelingen? Oppefra og ned eller nedefra og op
- Hvordan deler I viden på afdelingen– hvilke kanaler bruger I (fx telefon, computer, møde, udprint mv.)?
- Hvem deler viden med hvem (afsender og modtager)?
 - Deler du selv ny viden med sygeplejersker, andre specialer, kolleger?
 - Hvem deler viden med dig?
- Hvilke former for informationsdeling rammer ikke dig? Fx en mail
- Hvordan modtages viden og hvad er den typiske effekt, når viden deles?
- Hvor ofte holder I møder/samler personalet? og hvem samles?
- Hvordan er mødekulturen? En der taler ad gangen eller mere tilfældigt
- Hvordan følger I op på viden/information delt på møder?
- Hvem har tidligere implementeret viden/information på AM – en succeshistorie? Hvordan skete det, hvilke kanaler fx møder?
- Hvornår / på hvilke tidspunkter vil du gerne modtage ny viden? Fx mandag er bedre end onsdag eller inden frokost
- Hvor lang tid har du reelt til at sætte dig ind i ny viden (måske svaret er indlysende)? Hvor lang tid bruger du på kontor, foran en computer, på at læse mails
- Hvor søger du viden i arbejdsregi? På computer, spørger en leder, en kollega – eller det gør jeg aldrig
- Hvor søger du faglig viden i din fritid? fx faglige tidsskrifter som Ugeskrift for Læger el Sygeplejersken
- Hvorfor ofte læser du tidsskrifter? Husker du artiklerne? Hvilke typer af indhold husker du bedst?

Ift. afdelingens organisationsstruktur

- Hvordan kommunikerer (du som) læge med sygeplejersker – og omvendt? (sygeplejersken tager sig af pt, mens teamlederen tager beslutningen om pt's videre vej)
- Hvordan kommunikerer læger på tværs af afdelingen og med andre afdelinger?
- Hvordan oplever kommunikationen, når du skal involvere andre specialer som fx neurologer, neurokirurger, anæstesiologer, sygeplejersker i patientforløb?

Ift. organdonation

- Hvad tænker du, når jeg siger organdonation?
- Er det et emne du har talt med dine kolleger om?
- Hvordan oplever du andre kolleger tale om organdonation, fx neurokirurger?
- Hvilke patienter hos jer tænker du kunne være mulige organdonorer?
- Hvad tænker kan være en hindring for, at en patient fra jer kan blive organdonor?
 - Fx kommunikation med andre specialer,
 - mangel på viden,
 - begrænset antal sengepladser
- Har du overflyttet patienter mhp. organdonation? (Til intensiv? Eller hvorhen?)
- Hvordan vurderer du vidensniveauet ift. organdonation i Traumecentret blandt dine kolleger? (skal komme til sidst)

- Hvordan ser du din rolle ift. at tænke muligheden for organdonation ved patienter i AM?
- Taler I med de pårørende om muligheden for organdonation? Beder I dem om at tage en beslutning (mens de er i AM)?
- Hvilke etiske dilemmaer ser du ift. organdonation?
 - Trækker man døden ud?
 - Optager sengepladser for patienter med mulighed for overlevelse
 - For at skåne de pårørende
 - Fordi det er besværligt

- Hvad kunne få dig til at fokusere mere på potentielle organdonorer?
 - Hvad kunne ledelsen gøre?
 - Hvad kunne de andre specialer gøre?
- Hvis du har spørgsmål om organdonation, hvad gør du så? Fejer det væk, spørger en leder, søger på nettet.