



APRIL 2019

Arbejds miljø i Akutafdelingen

HOLDNINGSPAPIR YNGRE DANSKE
AKUTMEDICINERE 2019

Udarbejdet af YDAMs bestyrelse, baseret på medlemmers
input og international litteratur



BEHOV FOR TIDLIG INDSATS

Akutområdet er et prioriteret område i det danske sundhedsvæsen. De første læger er påbegyndt speciallægeuddannelse i 2018. I udlandet har speciallæger i akutmedicin en burn-out rate på op til 65%. Det skal ikke ske i Danmark

INDHOLD

• OPSUMMERING	SIDE 3
• YDAMS MÅLSÆTNINGER	SIDE 4
• AKTUELLE FORHOLD	SIDE 5
• Eksisterende overenskomstmæssige aftaler	Side 5
• Erfaringer fra udlandet	Side 5
• ANBEFALEDE TILTAG	SIDE 7
• Arbejdsbelastning	Side 7
• Arbejdseffektivitet	Side 8
• Work-life balance	Side 10
• Autonomi/fleksibilitet	Side 10
• Mening/formål	Side 11
• Sikkerhed	Side 12
• APPENDIX	SIDE 14
• Gratis online ressourcer	Side 14
• REFERENCER	SIDE 15

OPSUMMERING

AKUTMEDICIN ER ET NYT SPECIALE I DANMARK, MEN HAR EKSISTERET I OP TIL 50 ÅR I UDLANDET.

Både indenfor og udenfor Europa, i Australien, Canada og USA har specialet været det hastigst voksende, og her har man i de seneste par år oplevet en massiv stigning i både bemandingskrav og uddannelsesstillinger (1).

Desværre er akutmedicin mange steder også et af de hårdest belastede specialer; aktuelt ses en uacceptabel høj rate af færdiguddannede læger som brænder ud ("burn-out") (2), og en trend hen imod flere som søger i deltidsstillinger eller helt forlader specialet.

Raten af "burn-out" blandt uddannelseslæger i Akutmedicin beskrives i studier fra USA så høj som 65% (3). Dette har ikke blot uacceptable personlige konsekvenser for de berørte læger, men også betydelige socioøkonomiske følger samt direkte patientsikkerhedsmæssige effekter (4,5).

Danmark står aktuelt i en unik situation, idet det akutmedicinske speciale befinder sig i sin spæde begyndelse. Følgerne af det høje arbejdspress er endnu ikke helt blevet åbenlyst selvom det formentligt har været oplevet på akutafdelingerne rundt omkring i landet allerede før indførslen af specialet. For at undgå en lignende virkelighed i Akutmedicin i Danmark, er det nødvendigt at disse udfordringer adresseres tidligt.

Danske Regioner er for nyligt kommet med et ambitiøst udspil på akutområdet(6) der illustrerer behovet og visionen i Danmark. I Yngre Danske Akutmedicinere (YDAM) ønsker vi at deltage aktivt i debatten, og vi har derfor udarbejdet dette holdningspapir omkring absolutte minimumskrav til arbejdsmiljøet og -forholdene i en akutafdeling for at sikre og bevare fysisk og psykisk velvære med det formål at forebygge "burn-out".

De anbefalede tiltag har baggrund i ønsker fremsat ved YDAMs nationale møder af yngre læger i akutmedicinske uddannelsesstillinger i Danmark, og understøttet af tiltag foreslået i international litteratur og holdningspapirer.

Det skal understreges, at der er tale om udvalgte og selekterede krav fra en liste som kunne gøres meget længere. Nedenstående skal ses som et minimum og en opsummering af de vigtigste emner i forebyggelsen af "burn-out" iblandt danske akutmedicinere.

YDAM har udarbejdet dokumentet med sine egne medlemmer for øje, men de samme problemstillinger og principper gør sig også gældende for gruppen af speciallæger, som nu træder ind i specialet og særligt i det første årti, kommer til at bære en yderligere byrde i forbindelse med uddannelsen af de første akutmedicinske uddannelseslæger.

YDAMS MÅLSÆTNINGER

April 2019: Holdningspapir offentliggøres

Første holdningspapir på arbejdsmiljø i akutafdelingen offentliggøres baseret på input fra gruppen af uddannelseslæger i akutmedicin i Danmark.

oplæg til en åben debat med uddannelseslæger og afdelingsledelser på landets akutmodtagelser med henblik på at identificere og prioritere kritiske punkter i forbedringen af yngre lægers arbejdsforhold på akutafdelingen.

Sommer / efterår 2019: Landsdækkende survey

Som opfølgning på holdningspapiret gennemføres YDAMs første landsdækkende survey vedrørende arbejdsmiljø og forhold blandt uddannelseslæger i akutmedicin.

Forår / sommer 2020: Revision af holdningspapir

Ud fra arbejdsmiljørapporten og input fra uddannelseslæger og afdelingsledelser vil holdningspapiret "Arbejdsmiljø i Akutafdelingen" blive revideret med inkludering af aktuelle arbejdsforhold og prioriterede kritiske indsatspunkter.

Vinter 2019: Rapport over arbejdsmiljø

Resultaterne fra den landsdækkende survey vil blive samlet i en rapport og offentliggjort som

Fremadrettet: Løbende opfølgning

Arbejdsmiljøet på akutafdelingen vil herefter fremadrettet blive løbende vurderet i årlige surveys.



AKTUELLE FORHOLD

EKSISTERENDE OVERENSKOMSTMÆSSIGE AFTALER

Der foreligger allerede en række overenskomstmæssige krav til arbejdsmiljøet for yngre læger fastsat af fagforeningen Yngre Læger (YL) (7). Dette dokument er ikke en erstatning for disse. Akutmedicin må dog anses for at være unikt i både arbejdsform og -belastning, hvorfor det følgende skal ses som YDAMs oplæg til nødvendige tillæg til de eksisterende aftaler.

ERFARINGER FRA UDLANDET

Der foreligger allerede politikker og holdningspapirer omkring arbejdsmiljø i Akutmedicin fra både internationale og nationale Akutmedicinske Organisationer. I disse fastslås også konsekvenserne ved manglende forholdsregler og håndtering overfor "burn-out" (udbrændthed) (8). Nævneværdigt er overvældende mængder spildte ressourcer (9,10), på et samfundsøkonomisk plan, og store problemer med rekruttering i et speciale, hvis ydelser i stigende grad efterspørges.

En stor del af litteraturen og tidligere tiltag for at øge robusthed og undgå burn-out iblandt akutmedicinere, drejer sig om personlige forhold; sund kost, motion, mindfulness etc. Flere centrale personer og organisationer indenfor Akutmedicin har indenfor de senere år fremsat værdifulde ideer og tanker indenfor disse områder (11) (henvisninger til flere af disse kan findes i Appendix). Endvidere viser studier, at det, at lære om disse tiltag og - på individ-niveau og organisationsniveau - at implementere dem, allerede helt fra begyndelsen af karrieren er af betydning for velvære (12).

Nyere forskning viser dog at institutionelle tiltag potentielt har en endnu større effekt på reducere af forekomsten af burn-out end individuelle livsstilsændringer (13,14). Årlige opgørelser over lægers livsomstændigheder i USA viser desuden at akutmedicinere kontinuerligt er blandt de glædeste og mest tilfredse udenfor arbejde trods at specialet hvert år præsterer nogle af de højeste burn-out rater (15).

Det er derfor afgørende, at der fra hospitals- og afdelingsledelser gøres tiltag for at optimere arbejdsforhold og -glæde, for at understøtte den enkelte læges egne tiltag. Der eksisterer en stor mængde litteratur og holdningspapirer omkring institutionelle tiltag for at fastholde speciallæger i Akutmedicin (16,17,18) og mange af disse kan direkte overføres til den yngre akutmedicinske generation.

ANBEFALEDE TILTAG

De vigtigste elementer i indsatsen for at fastholde læger i Akutmedicin og undgå burn-out i ikke-prioriteret rækkefølge (19):

1. Arbejdsbelastning
2. Arbejdseffektivitet
3. Work-life balance
4. Autonomi/fleksibilitet
5. Mening/formål
6. Sikkerhed og ligestilling

ARBEJDSBELASTNING

Akutmedicin er enestående i sin vagtbelastning, da patientindtaget trods døgnvariationer betyder, at arbejdsbelastningen i nær alle tilfælde er konstant uden naturlige pauser og ofte med flere tilfælde af spidsbelastning per vagt. Derfor anbefales:

- **Korte vagter.** Længden af vagterne bør holdes korte; både for at sikre og opretholde patientsikkerheden og for at nedsætte den kumulerede belastning af den enkelte læge per vagt. Den maksimalt anbefalede belastning på én vagt er 12 timer (20,21). Såfremt vagterne er længere skal der sikres tilsvarende længere hviletid* samt evt. ikke-klinisk arbejdstid (administrativ tid) som del af vagten.

- Det anerkendes at dette kan udfordre den aktuelle overenskomst. Det er dog Yngre Danske Akutmedicinernes holdning at akutmedicin som et særligt belastet speciale bør tage forbehold for dette.
- Der bør uanset vagtens længde være afsat lokaler isoleret fra afdelingen til hvile, indrettet med som minimum seng og lænestol.

- **Højt fokus på skemalægning.** Dette bør gives høj prioritet, og på afdelingen bør man søge at finde individuelt tilpassede muligheder for at opnå højst mulig tilfredshed. Desuden bør dagarbejde så vidt muligt undgås lige efter natarbejde.

* Hviletid bør monitoreres løbende og foretrækkes kontinuerlig, såsom ved installering af digitale "cradles" til vagttelefoner på vagtværelser, som automatisk noterer tidspunkt for ankomst og afgang på værelset.

Elementer i skemalægning kan være:

- Casino scheduling*
- Self rostering (egne ønsker plottes ind)
- Mulighed for tilgang til skema hjemme
- Prioritering i skemalægningen således essentielle poster bemannes først
- Rimelig / fair fordelingsnøgle (evt pointsystem ift helligdage o.l.)
- Skema følger den naturlige døgnrytme så vidt muligt, og lægges med forbehold for denne (22)

ARBEJDSEFFEKTIVITET

Afgørende for at undgå udvikling af "burn-out" er en tilstrækkelig "senior-til-yngre læge"-ratio samt en rationel "læge-til-patient"-ratio. De eskalerende andele af udbrændte akutmedicinere i lande som USA og England både udspringer fra, og forværres af en utilstrækkelig bemanning. Der anbefales derfor:

- **Bemanning som sikrer let tilgængelig supervision.** Der bør på alle tidspunkter af døgnnet være en bemanning i akutafdelingen som sikrer tilstrækkelig tid til patientsikker vurdering og gennemgang med den fornødne erfaring samt giver mulighed for direkte supervision af yngre lægers patientkontakt i læringsøjemed. Den anbefalede "supervisor-til-yngre læge læge"-ratio** er ifølge EUSEM 1 til 2 (23).
- **Bemanning som sikrer tid til patientkontakt.** Den anbefalede "læge-til-patient"-ratio vil variere afhængig af akutafdelingens ansvarsområder. Steder hvor der modtages kritisk syge patienter, fx hvor afdelingen varetager funktion med medicinske kald, hjertestop- eller traumekald bør denne være særligt høj. Internationalt er der ikke sat en ratio for læge:patient i en akutafdeling, men den anbefalede ratio for sygeplejerske:patient i en akutafdeling er 1:4

* Casino scheduling er en opdeling af nattevagterne, f.eks i to vagter fra hhv. 10-04 og 04-10 for at sikre at alle læger får et minimum af søvn i den vigtige "anchor period" af den circadiske rytme fra 02-06.

** En supervisor i denne kontekst er en læge med mere erfaring end den superviserede - f.eks 1 mellemvagt til 2 forvagter

- **Balance mellem produktion og faglig kvalitet.** Begreber som Patient-Per-Hour (PPH) – dvs. hvor mange patienter per time en læge skal kunne varetage hænger sammen med antallet af læger til rådighed per patient, og den kvalitet man ønsker at levere. Balancen mellem hastighed og kvalitet skal der dog nøje tages højde for, da hurtig gennemgang sænker kvaliteten og tilfredsheden hos både patienter og læger samt øger risikoen for fejl og genindlæggelser.

- Flere steder i udlandet har man foreslået såkaldt 75. percentil* planlægning, hvor arbejdet planlægges ud fra 75% af afdelingens absolut maksimale patientindtag ("nedetid" kan så anvendes som administration / undervisningstid) (24)

- **Crowding / overbelægning er et fælles ansvar.** Det skal anerkendes som et systemproblem der udfældes i akutmodtagelsen. Vi skal i fællesskab løse dette og tage ansvar for løsning af dette. Inspiration hertil kan findes i grundige udenlandske kilder (25,26) og løsninger bør bl.a. involvere aftaler på organisationsniveau såsom bypass af akutafdelingen direkte til sengeafdeling for åbenlyst indlæggelseskrævende, men stabile patienter ved kritisk travlhed.
- **Lokaler og IT-systemer.** Der bør være adgang til støjfri arbejdsstationer og personalerum afsondret fra patienter. De fysiske forhold skal opfordre til team samarbejde. Sygeplejersker og læger bør ikke sidde langt fra hinanden.

Lokaler (og dikteringsrum) skal så vidt muligt være med:

- Vinduer (ift. døgnrytme og indeklima)
- Antal computere der står mål med arbejdsbyrden
- Støjreducerende tiltag mellem arbejdsstationerne (fx støjskærme etc.)
- IT-systemet er et vitalt arbejdsværktøj, og skal, som alt andet, implementeres og forbedres i samarbejde med de læger, der anvender det dagligt (27)
- Afbrydelsesfri zoner/markeringer**

* 75. percentil planlægning vil således også sikre en kontinuerlig oprustning af bemanningen ved det øgede patientindtag som aktuelt ses på landets akutafdelinger

** Afbrydelsesfri zoner, eller signaler, der markerer at lægen er igang med en krævende opgave kan imødekomme fejl og forglemmelser, ligesom det er tilfældet for medicinrum ved medicinophældning.

WORK-LIFE BALANCE

Hospitals- og afdelingsledelser bør fremme og understøtte forhold som giver en god og sund balance mellem arbejde og fritid/familieliv for enkelte læge. Særligt vagthyppighed og typen af vagten kan udfordre dette. YDAM anbefaler derfor:

- **Vagthyppighedsbegrænsning.** Vagthyppigheden bør ikke overstige mere end én vagt hvert 6. døgn, og der bør efter hver vagt tildeles 24-48 timers hvile. Det anbefales derudover, at der gives den største grad af fleksibilitet i vagtplanlægningen, således at der kan tages højde for individuelle behov mht. børnepasning, fritidsinteresser og lignende.
- **Tidlig fokus på work-life balance.** Der bør tidligt i uddannelsen i Akutmedicin være undervisning og fokus på Work-life balance for at klæde den yngre læge bedst muligt på til arbejdet og udfordringerne som akutmedicinere. Det anbefales at oprette faciliteter på afdelingen der fremmer kollektivt velvære; dette er individuelt for afdeling til afdeling, men kan fx indbefatte: adgang til balancerede måltider, faste pauser (28), adgang til toiletbesøg / bad / skab til sine ting, adgang til veludstyrede fitness rum eller medlemskabsrabatter, vagtværelser til power-napping etc.
- **Understøttelse af en social arbejdsplads.** Sociale arrangementer med kollegaer styrker samhørighed på arbejdspladsen og giver plads til uformel defusing af situationer opstået på arbejde. Der kan fra afdelingens eller hospitalets side afsættes ressourcer til faste eller sporadiske arrangementer, evt. som belønning ovenpå særligt hårdt belastede perioder.

AUTONOMI / FLEKSIBILITET

Et af de elementer der i højest grad beskytter mod "burn-out" og samtidigt øger arbejdsglæden, er oplevelsen af autonomi i arbejdet; mulighed for selvbestemmelse. For at øge dette anbefales:

- **Administrativ tid.** Det anbefales at hver medarbejder inklusiv yngre uddannelseslæger, tildeles mulighed for administrativt arbejde indenfor et interesseområde* svt. minimum 4 timer/uge i gennemsnit. Den optimale ratio for at beskytte mod "burn-out" er 20% passionsdrevet arbejde (29,30), og det anbefales derfor, at der stræbes imod at dette opfyldes. Evt. som en blanding imellem særlige interesser i klinikken kombineret med administrativt arbejde.

- Grundlaget for en positiv udviklingskultur er regelmæssig og struktureret uddannelse i afdelingen. Det anbefales derfor at der som minimum afsættes 2 faste uddannelsessessioner ugentligt af 0,5-1 times varighed samt 1 månedlig uddannelsesdag for uddannelseslæger.
- Tiltag hen imod en positiv udviklingskultur kan fx udgøres af regelmæssige og strukturerede Morbidity/Mortality møder (og/eller A&A – Awesome and Amazing), peer-review cases mhp. refleksion over eget virke samt årlige vurderingssamtaler mellem afdelingsledelse og den enkelte læge.
- Det anbefales at etablere mentorordninger samt at der udføres regelmæssig teamtræning med simulation herunder træning af både tekniske og non-tekniske færdigheder (fx team- og patient kommunikation, beslutningstagning, debriefing, defusing, lederskab, etc.)

MENING / FORMÅL

Oplevelsen af mening i sit virke har vist sig at beskytte mod "burn-out" trods høje ydelseskrav. I flere studier har det vist sig, at særligt personlig udvikling og uddannelse vægter tungt på lægers liste over ting der giver mening i hverdagen (31). Der anbefales:

- **Skemalagt uddannelse og undervisning.** Det anbefales at der fra hospitals- og afdelingsledelsernes side gøres en særlig indsats for at italesætte og sætte fokus på en positiv udviklings- og uddannelseskultur (growth mindset).

* Administrativ tid til yngre læger er traditionelt primært givet ifb. med skemalægning, TR- eller UKYL arbejde. Flere steder, bl.a. Køge Akutafdeling, har dog haft stor succes med at lade yngre læger udtænke og udvikle nye og alternative arbejdsgange i afdelingen.

Der bør sigtes mod at oprette:

- Portfolio karrierer (3-4 dages arbejde + 1-2 dages admin tid pr uge = fuld arbejdsuge)
- Mulighed for i perioder- eller fast at arbejde på nedsat tid / deltidstillinger. Fx 80% løsninger som det ses i Sverige.

- **Mulighed for personlig udvikling.** Det anbefales at der skabes muligheder for at den enkelte læge kan udvikle sig indenfor sine egne interesseområder. Dette skal ske gennem udarbejdelse af individuelle ambitiøse uddannelsesplaner samt dedikeret tid til specifikke kurser, fokuserede ophold, mulighed for subspecialisering indenfor kliniske og ikke-kliniske områder (undervisning, forskning m.m).
- **Meningsfuldt arbejde.** Arbejdet bør tilrettelægges således at den enkeltes ressourcer udnyttes bedst muligt. Arbejdsgange der tager tid væk fra lægens primære opgave, diagnostik og behandling af patienter, bør derfor i videst muligt omfang optimeres, f.eks. ved ansættelse af sekretærer eller lignende.

SIKKERHED OG LIGESTILLING

Risiko for vold, trusler m.m er høj på akutmodtagelsen. En oplevelse af et sikkert arbejdsmiljø er afgørende for den enkelte medarbejders samlede belastning på vagt.

En sikring af arbejdsmiljøet er institutionens ansvar. Det anbefales derfor at følgende tiltag er sikret:

- Klar og effektiv håndteringsplan af infektionsrisiko patienter, CBRNE-patienter (chemical, biological, radioactive, nuclear og explosion) og stikskader
- Design af afdeling mhp. håndtering af agiterede patienter (fx adskilte venteværelser, slusemulighed m.m.)
- Håndtering af trusler imod afdelingen (fx skallukning etc.)
- Sikkerhedsudstyr til rådighed (f.eks. overfaldsalarmer)

- Afdelingspolitik for hjælp med håndtering af klagesager.
- Undervisning af personale i de-eskalerende samtaler og håndtering af agiterede patienter inkl. basale tiltag (såsom praktisk anvendelse af sundhedsloven) og tilkaldelse af politi / vagter
- Struktureret og systemisk opfølgning og håndtering af patienter der forlader afdelingen uden at blive set (32)
- Guidelines om håndtering af trusler, vold, diskrimination m.m ihht. personalets sikkerhed (og ift sundhedsloven)
- Hospitaler i særligt belastede områder kan have behov for vagter

Udarbejdet af Yngre Danske Akutmedicinernes bestyrelse, april 2019



GRATIS ONLINE RESSOURCER

ACEP (American College of Emergency Physicians), 2017: Being well in Emergency Medicine: ACEP's guide to investing in yourself

EMRA (Emergency Medicine Residence Association), 2018: Wellness Guide

St. Emlyns blog, 2018: The resuscitatonists guide to health and wellbeing

RCEM (Royal College of Emergency Medicine), 2013: Creating successful, satisfying and sustainable careers in Emergency Medicine

IFEM (International Federation of Emergency Medicine), 2015: Creating sustainable working conditions for the emergency physician

SWESEM (Swedish Society of Emergency Medicine), 2017: Arbetsmiljöpolicy

MedScape 2018: Combating Physician Burnout Tactics and Strategies for Easing Burnout



REFERENCER

- (1) Securing the workforce for emergency departments in England, RCEM, NHS, Oct. 2017
- (2) Physician Burnout, Berger, Eric, Annals of Emergency Medicine, Volume 61, Issue 3, A17-A19
- (3) KimoTakayesu, J., Ramoska, E., Clark, T., Hansoti, B., Dougherty, J., Freeman, W., Weaver, K., Chang, Y. and Gross, E. (2014). Factors Associated With Burnout During Emergency Medicine Residency. Academic Emergency Medicine, 21(9), pp.1031-1035.
- (4) Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2018;178(10):1317-1330. doi:10.1001/jamainternmed.2018.3713
- (5) Under Pressure, Safely Managing Increased Demand in Emergency Departments, Care Quality Commission, May 2018
- (6) Når du har brug for os, 24 nye indsatser når du bliver akut syg eller kommer til skade, Danske Regioner, Okt. 2018
- (7) Overenskomst 2015-2018, kapitel 3 og 4, Yngre Læger, 2015
- (8) Creating Sustainable Working Conditions for the Emergency Physician, IFEM position statement, April 2015
- (9) Shanafelt T, Goh J, Sinsky C. The Business Case for Investing in Physician Well-being. JAMA Intern Med. 2017;177(12):1826-1832. doi:10.1001/jamainternmed.2017.4340
- (10) Han S., Shanafelt T., et al., "An Economic Evaluation of the Cost of Physician Burnout in the U.S.
- (11) The Resuscitators Guide to Health and Wellbeing, St. Emlyn's Blog, April 2018
- (12) Schmitz GR, Clark M, Heron S, et al. Strategies for coping with stress in emergency medicine: Early education is vital. J Emerg Trauma Shock. 2012;5(1):64-9.
- (13) Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2017;177(2):195-205. doi:10.1001/jamainternmed.2016.7674

- (14) West, C., Dyrbye, L., Erwin, P. and Shanafelt, T. (2019). Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis.
- (15) Medscape Emergency Medicine Physician Lifestyle Report 2018: Personal Happiness vs Work Burnout <https://www.medscape.com/slideshow/2018-lifestyle-emergency-medicine-6009223#1>
- (16) Guidelines on constructing and retaining a senior emergency medicine workforce, ACEM guideline, Nov. 2015
- (17) Arbejdsmiljøpolicy SWESEM, version 0.1.2, SWESEM 2017
- (18) Creating successful, satisfying and sustainable careers in Emergency Medicine, RCEM 2013
- (19) Wellness in the Workplace an Information Paper, ACEP Well-Being Committee 2016
- (20) Emergency Physician Shift Work, Policy Statement, ACEP June 2017
- (21) Circadian Rhythms and Shift Work, Policy Resource and Education Paper, ACEP 2017
- (22) Søvn og døgnrytmer, Line Pickering et al, Ugeskrift for Læger 2018:180
- (23) European Core Curriculum for Emergency Medicine, Version 1.2, Educational Committee of EUSEM, April 2017
- (24) WTBS 5 Emergency Physician Speed Part 2 – Solutions to Physician Productivity, Emergency Medicine Cases, Nov 2015
- (25) Tackling Emergency Department Crowding, Service Design and Delivery, RCEM Dec 2015
- (26) STEPS, RCEM's steps to rebuilding emergency medicine, RCEM 2015
- (27) Braithwaite Jeffrey. Changing how we think about healthcare improvement, BMJ 2018; 361:k2014
- (28) HALT, take a break, Guy's and St. Thomas' NHS Foundation Trust, Mar 2017
- (29) Pink, D. (2009). Drive. New York, NY: Riverhead Books.
- (30) Ep. 103 Preventing Burnout and Promoting Wellness in Emergency Medicine, Emergency Medicine Cases, Nov. 2017
- (31) Health Ressource Document for Emergency Physicians, an information paper, ACEP Well-Being Committee, Sep 2010
- (32) The Patient who Absconds, RCEM Jun 2018



YNGRE DANSKE AKUTMEDICINERE

Holdningspapir "Arbejdsmiljø i Akutafdelingen" udgivet april 2019.
Udarbejdet af YDAMs bestyrelse

Formand:
Marie Jessen

Kasserer:
Julie Mackenhauer

Menigt medlem:
Birgit Falk Riecke

Næstformand:
Emil Iversen

Menigt medlem:
Peter Tagmose
Thomsen

Menigt medlem:
Danny Yu



Akutmedicineren.dk
YNGRE DANSKE AKUTMEDICINERES OFFICIELLE HJEMMESIDE