

**Nr. 5**

## **Ved akut sygdom**

*- Lægeforeningens forslag til en styrket  
indsats for akutte patienter*





## Indholdsfortegnelse

Forord .....	5
1. Den akutte patients møde med sundhedsvæsenet .....	7
2. Principper for organiseringen af akutbetjeningen .....	9
3. Egen læge og lægevagt som akutte patienters første kontakt .....	11
4. Alarmcentral 1-1-2 og præhospital indsats sikrer hurtig og effektiv behandling .....	13
5. Akutindsatsen skal koncentreres på færre og større akutsygehuse .....	15
6. Akutcentre i sygehusvæsenet .....	19
7. Styrkelse af uddannelse og arbejdsmiljø .....	23
8. Kvalitetsudvikling .....	25





## Forord

Lægeforeningen har udarbejdet dette forslag til en fremtidig enstrengt organisering af akutbetjeningen. Akutbetjeningen trænger til et kvalitets- og behandlingsmæssigt løft. De mange økonomiske og sundhedsfaglige ressourcer, der anvendes på akutområdet, kan anvendes mere effektivt og give en højere kvalitet og en forbedret service.

Patienterne har krav på kvalificeret akutbetjening med høj kvalitet og sammenhæng i behandlingsforløbet. De eksisterende akuttilbud er præget af for stor uensartethed. Det gælder både geografiske forskelle i organisering og tilbud og det gælder tilbuddene til de forskellige patientgrupper, hvor indsats og kvalitet er varierende.

En ændret organisering af akutområdet skal sikre alle akutte patienter<sup>1</sup> hurtig og effektiv visitation, rådgivning, diagnostik og behandling. Organiseringen skal samtidig understøtte en helhedsorienteret kultur, hvor lægens ansvar omfatter høj kvalitet i behandlingen og et sammenhængende behandlingsforløb<sup>2</sup>.

Dette indebærer et entydigt lægelig ledelsesansvar for visitation, rådgivning, diagnosticering og behandling af akutte patienter, men stiller samtidig krav til et tæt samarbejde på tværs af specialer og faggrupper.

Politikpapiret baserer sig på en række overordnede principper for fremtidens akutbetjening, der blev godkendt på Læge- og repræsentantskabsmødet 2005. Principperne er videreudviklede og kvalificerede i det forløbne år, bl.a. med inddragelse af de videnskabelige selskaber og udgør grundlaget for Lægeforeningens forslag.

Forslaget er udarbejdet på grundlag af Lægeforeningens erfaringer og indhentet viden på området. Det betyder, at forslaget ikke nødvendigvis bygger på evidens i alle sammenhænge.

Forslaget skal ses som en helhed. Nogle af de foreslåede omlægninger vil med fordel kunne indføres enkeltvis og hurtigt, mens andre omlægninger vil tage tid. Men med forslaget er der udstukket nogle klare mål og rammer for en samlet og styrket indsats for alle akutte patienter.

---

<sup>1</sup> Ved akutte patienter forstås patienter, der har et behandlingsbehov indenfor minutter eller inden for timer - "tilfælde der ikke kan vente til i morgen". Betegnelsen akut omfatter både en hastegrad og en alvorlighedsgrad.

<sup>2</sup> Der henvises til Lægeforeningens "Debatoplæg om sammenhængende patientforløb", april 2006.





## 1. Den akutte patients møde med sundhedsvæsenet

Det er Lægeforeningens mål, at alle akutte patienter får en behandling af høj kvalitet - hele døgnet - alle dage - året rundt. Akutte patienter skal, uanset hvor de er bosat, have tilbud om de fagligt nødvendige undersøgelses- og behandlingsmæssige muligheder. De skal sikres hurtig og effektiv visitation, diagnosticering, rådgivning og behandling. De nuværende ventetider og unødige flytninger på akutområdet skal nedbringes, og patienterne skal sikres sammenhængende behandlingsforløb.

Mange patienter med akut sygdom der i dag søger behandling på sygehusene kan med fordel diagnosticeres og behandles af egen læge eller vagtlægen. Derfor skal akut henvendelse til sygehusvæsenet som hovedregel være forudgået af henvisning fra egen læge eller vagtlæge. Det betyder let og enkel tilgængelighed til lægefaglig rådgivning og visitation på specialistniveau i første henvendelse. Det betyder desuden, at der på sygehusene alene modtages lægevisiterede patienter og 1-1-2-patienter. Akutte patienter skal således henvende sig til egen læge, lægevagten eller 1-1-2.

Behandlingen af akutte patienter på sygehusene skal forbedres. Den skal koncentreres på færre, større og bedre kvalificerede akutsygehuse og varetages af sundhedsfagligt personale med kompetencer, viden og erfaring på højt fagligt niveau. Patienter skal undersøges og behandles af speciallæger og uddannelsessøgende læger under supervision inden for alle relevante specialer.

Behandlingen af livstruende tilstande uden for sygehusene skal udvikles og udbygges, så disse patienter kan få hurtig og kvalificeret hjælp på stedet og under transporten.

Sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse kan medvirke til at mindske antallet af akutte patienter, bl.a. antallet af genindlagte patienter. Derfor er det væsentligt, at der tages initiativ til at gennemføre sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter samt gennemføre analyser af eksempelvis ulykkesstatistikker af akutte patientgrupper mv. For kroniske patienter er det vigtigt at inddrage mulighederne for egenomsorg og patientuddannelse. Disse tiltag kan forbedre de kroniske patienters liv samtidig med, at disse gruppers akutte henvendelser og indlæggelser reduceres.







## 2. Principper for organiseringen af akutbetjeningen

En nyorientering af akutindsatsen baseret på nogle få, men centrale, principper skal øge kvaliteten og effektiviteten i akutindsatsen. Lægeforeningen foreslår, at følgende hovedprincipper lægges til grund for fremtidens akutbetjening:

*Lægelig visitation af akutte patienter. Alle akutte patienter henvender sig til egen læge og lægevagten. Det betyder let og enkel tilgængelighed til lægefaglig rådgivning, behandling og visitation på specialistniveau i første henvendelse. Ved akut livstruende sygdom og ulykke kontaktes 1-1-2.*

*Visiterede patienter med akut sygdom får hurtig og effektiv rådgivning og behandling i en koordineret akutmodtagelse på sygehusene – et akutcenter. Sygehusenes akutbetjening etableres på 2 niveauer – hovedakutsygehuse (basisfunktioner) og akutsygehuse med højt specialiserede funktioner.*

*Det sundhedsfaglige ansvar for alarmcentralen 1-1-2 placeres organisatorisk i sundhedsvæsenet med en lægelig ledelse. Den lægelige præhospitale indsats skal udbygges og dække hele landet.*

En lægelig visitation af akutte patienter er et afgørende redskab til at sikre en målrettet og effektiv modtagelse og behandling af akutte patienter. Egen læge og vagtlægen skal varetage opgaven med lægelig visitation af borgere med akutte problemer. De nuværende åbne skadestuer erstattes af et antal akutcentre, der alene modtager visiterede akutte patienter.

Den lægelige visitation indebærer, at patienter vil få en direkte adgang til lægelig rådgivning uden ventetid. Samtidig opnås en væsentlig service- og kvalitetsforbedring i forhold til i dag, hvor mange patienter uvisiterede møder frem på en åben skadestue og ofte venter flere timer på rådgivning og behandling. Den lægelige visitation betyder, at mange patienter færdigbehandles af egen læge eller lægevagt, og alene patienter med et sygdomsproblem der nødvendiggør sygehusbehandling henvises hertil.

Patienter, der i dagtiden på hverdage ikke umiddelbart kommer i kontakt med egen læge, skal nemt og hurtigt komme i kontakt med en anden praktiserende læge ved hjælp af moderne telefon-teknologi.

En koordineret modtagelse og behandling af de akutte patienter på sygehusene i et akutcenter medfører et kvalitetsløft ved en mere effektiv, målrettet og sammenhængende behandling. Erfarne speciallæger vil sammen med uddannelsessøgende læger tilse, vurdere og behandle patienten. Patienten udredes og behandles inden hjemsendelse eller visiteres til videre behandling på en specialafdeling. De lægelige specialer skal samarbejde på tværs af specialer med patienterne.



Det er nødvendigt at koncentrere akutindsatsen på væsentligt færre, større og bedre kvalificerede akutsygehuse da:

- lægelig visitation betyder færre akutte patienter på sygehusene
- der er behov for øget samarbejde på tværs af specialer
- der er behov for ændret arbejdsfordeling med en styrket speciallægefunktion
- der er behov for et højt niveau i indsatsen døgnet rundt
- nye teknologiske muligheder inden for diagnostik og behandling skal anvendes bedst muligt.



### 3. Egen læge og lægevagt som akutte patienters første kontakt

*Akutte patienter har krav på let og enkel tilgængelighed og høj kvalitet fra første henvendelse.*

*Derfor skal:*

*Egen læge og lægevagt være akutte patienters primære indgang til sundhedsvæsenet.*

*Akutte patienter skal i første omgang kontakte egen læge i dagtiden.*

*I tidsrummet 16.00 til 08.00 på hverdage og hele døgnet på øvrige dage kontakter akutte patienter lægevagten.*

Det skønnes, at ca. 60 % af alle patienter, der møder op på skadestuen, kan behandles bedre i primærsektoren.<sup>3</sup> Samtidig oplever mange patienter lange ventetider på skadestue.

Den telefoniske lægelige visitation kan afslutte en stor del af patienterne. Således afslutter lægevagten ca. 50 % af alle de akutte patienter ved telefonisk konsultation<sup>4</sup>.

Undersøgelser<sup>5</sup> viser, at besøg i almen lægepraksis er en mere økonomisk effektiv model end besøg i sygeplejebemandede skadeklinikker eller uvisiterede skadestuer.

Når 6 ud af 10 skadestuepatienter således med fordel kan behandles i primærsektoren, skal de behandles ved egen læge eller vagtlæge. Egen læge har kompetence til at rådgive, diagnosticere, behandle og eventuelt visitere almenmedicinske patienter, som dermed undgår et sygehusbesøg. Egen læge har et forhåndskendskab til patienten, og patienten kender lægen, hvilket giver det bedste udgangspunkt for at vurdere patientens behov, og det videre forløb kan afgøres i fællesskab.

For alvorligt syge patienter har egen læge det faglige overblik til at visitere patienten til sygehusene med kvalificeret diagnose og henvisning. I tvivlstilfælde har lægen forudsætningerne for at tage direkte kontakt til speciallæge på sygehuset og på baggrund heraf træffe en kvalificeret beslutning. Sygehusene skal kunne rådgive de praktiserende læger, fx om der er behov for indlæggelse eller henvise til andre relevante tiltag - eksempelvis subakutte ambulatorietider. Desuden skal praktiserende læger og lægevagten kunne rådgives om, hvorvidt tiltag med fordel kan iværksættes inden ankomsten til sygehuset. Egen læge bliver herved igangsætter

<sup>3</sup> Hvolris GJ, Andersen KH, Ugeskrift for Læger 1997 Dec. 1;159 (49): 7330-40.

<sup>4</sup> Sygesikringsstatistik.

<sup>5</sup> »Den behandlende sygeplejerske - erfaringer med behandlersygeplejersker i akut- og skadestuefunktioner i England og Danmark«. DSI Institut for Sundhedsvæsen 2003.



af og i øget omfang tovholder på patientens akutte behandlingsforløb. Derfor skal akutte patienter kontakte egen læge i dagtiden.

I tidsrummet 16.00 til 08.00 på hverdage og hele døgnet på øvrige dage kontakter patienterne lægevagten, der overtager egen læges funktion. Vagtlægen har samme faglige forudsætninger som egen læge dog med undtagelse af forhåndskendskabet til patienten.

Akutte patienter skal fortsat have mulighed for direkte kontakt til praktiserende øjen- og ørelæger.

Det er Lægeforeningens vurdering at:

- Almen praksis kan løfte opgaven. Et kvalificeret skøn viser, at stigningen i antallet af akutte patienthenvendelser til egen læge vil udgøre ca. 1 %<sup>6</sup> af samtlige henvendelser til almen praksis i dagtiden – svarende til 32 "lægeårsværk". Der vil være behov for etablering af moderne telefonteknologi, så patienter, hvis egen læge er fraværende i praksis, automatisk kan komme i kontakt med anden praktiserende læge i lokalområdet.
- Vagtlægesystemet kan løfte opgaven - men der vil være behov for ressourcetilførsel især i visitationen. Det vil være hensigtsmæssigt, at akutte patienter via egen læges telefon let kan omstilles til lægevagten, når egen læge ikke længere kan kontaktes efter kl. 16.00. Det betyder, at patienten ved kontakt til egen læge og lægevagt altid kan benytte telefonnummeret på sygesikringskortet. Der er behov for øget og ensartet service i lægevagten. Nogle steder vil der med fordel kunne benyttes klinikpersonale til at servicere patienterne og i et vist omfang aflaste lægen. Samtidig er en forbedring af lægevagts fysiske rammer i mange lægevagtskonsultationer ønskelig, herunder bl.a. patientvenlige venterum. Der skal etableres mulighed for tilbud om transport til og fra lægevagt.

---

<sup>6</sup> Rapport om akutbetjening i almen praksis, PLO, november 2004



#### 4. Alarmcentral 1-1-2 og præhospital indsats sikrer hurtig og effektiv behandling

*Alvorlig syge og patienter med livstruende tilstande har krav på hurtig og effektiv behandling af høj kvalitet.*

*Derfor skal:*

*Det sundhedsfaglige ansvar for alarmcentral 1-1-2 placeres organisatorisk i sundhedsvæsenet og den lægelige præhospital indsats udbygges.*

*Patienter/borgere skal i tilfælde af akut alvorlig sygdom eller ulykke kontakte alarmcentral 1-1-2.*

Ca. 80 % af de relevante opkald til alarmcentral 1-1-2 er sundhedsmæssige alarmeringer<sup>7</sup>. De sundhedsfaglige opkald i alarmcentralen er ofte komplekse. Færre sygehuse betyder længere afstande til de akutte modtagelser. Forhold der understreger, at der er behov for, at alarmcentral 1-1-2 og den præhospital indsats organiseres og udbygges i overensstemmelse med denne udvikling. Alarmcentralen skal effektivt kunne afdække og iværksætte den nødvendige sundhedsfaglige indsats.

Den præhospital indsats skal sikre mulighed for at udsende kvalificerede og rutinerede speciallæger til ulykkesstedet – fx i forbindelse med trafikuheld og ved akut livstruende sygdom. På skadestedet skal lægen kunne foretage diagnostik og nødvendig stabilisering og behandling. Patienten skal herefter ledsages til det sygehus, som mest hensigtsmæssigt kan varetage den videre behandling. De præhospital aktører skal arbejde tæt sammen med akutte sygehuse for at sikre kvalificeret transport og modtagelse af patienter på det rette sted.

Det er Lægeforeningens vurdering at:

- Alarmcentral 1-1-2 kan løfte opgaven. Alarmcentralens meget tætte sammenhæng med sundhedsvæsenets øvrige aktører begrundes, at ansvaret for den sundhedsfaglige del af alarmcentral 1-1-2 organisatorisk placeres i sundhedsvæsenet med en lægefaglig ledelse. Ansvaret for alarmcentral 1-1-2's øvrige opgaver (politi og brand) placeres uændret.
- Alarmoperatørerne skal hele døgnet have umiddelbar adgang til lægelig ekspertise, der i særlige situationer kan vejlede og ved større ulykker vurdere hvilket beredskab, der skal iværksættes. Funktionen skal varetages af speciallæger med uddannelse i og praktisk erfaring indenfor akutområdet. Herved vil visitation og indsats kvalificeres yderligere.
- Et differentieret 1-1-2-respons i form af forskellige hastegrader og indsats alt efter den anmeldte sygdom eller tilskadekomst kan medvirke til at sik-

<sup>7</sup> Sundhedsstyrelsen: "Vurdering af den akutmedicinske indsats i Danmark" december 2005.



re, at patienter i alle dele af Danmark tilbydes korrekt præhospital behandling.

- De eksisterende præhospitale ordninger bør fastholdes og udbygges til at omfatte alle dele af landet. Én speciallæge skal have det overordnede ansvar for den præhospitale indsats i regionen. Anvendelsen af præhospitale lægelige ressourcer skal alene ske til patienter, der har fagligt gavn af indsatsen.
- Den teknologiske udvikling på alarmcentralerne, udbredelsen af mobiltelefoner og telemedicinske forsøg med radio- og videoudstyr i ambulancer samt kontakt med sygehuset før ankomst med patienten skal udbygges, så teknikken anvendes bedst muligt.



## 5. Akutindsatsen skal koncentreres på færre og større akutsygehuse

*Patienterne skal have akuttillbud af høj faglig kvalitet i hele Danmark.*

*Derfor skal:*

*Akutindsatsen koncentreres på færre og større akutsygehuse. Akutsygehusene skal organiseres i hoved akutsygehuse<sup>8</sup> og akutsygehuse med højtspecialiserede funktioner.*

Kvalitet og høj faglighed i behandlingen skal vægtes højere end nærhed. Moderne diagnostik og behandlingsmetoder med øget anvendelse af avanceret teknologi og inddragelse af speciallægekompetencer indebærer, at patienterne får længere afstand til et specialiseret akutsygehus.

Sundhedsstyrelsen<sup>9</sup> har peget på, at de øgede muligheder for diagnostik og behandling medfører et behov for samling af opgaverne med henblik på at sikre et tilstrækkeligt stort patientunderlag for den enkelte funktion, således at opbygning og vedligeholdelse af rutine, erfaring hos personalet og tilstedeværelse af de nødvendige faciliteter, og dermed tilstrækkelig kvalitet i tilbudene kan sikres.

Lægeforeningens vurdering er:

- Der skal lægges mere vægt på "den rette behandling" ydet af et kompetent sundhedspersonale med adgang til relevant apparatur og mindre vægt på afstand til behandlingen.
- Akutmodtagelsernes optageområder skal i fremtiden være større end i dag. Den konkrete størrelse skal fastlægges på baggrund af et kvalificeret skøn over de regionale/lokale forhold og ressourcer set i forhold til kompetencer og faciliteter på de enkelte akutsygehuse.
- Akutsygehuse skal indeholde både medicin og kirurgi jf. argumentation for akutcenter i afsnit 6. Dansk Kirurgisk Selskab har vurderet, at der fremover skal være 20–25 akutte sygehuse i Danmark svarende til et optageområde på ca. 250.000 indbyggere<sup>10</sup>. I tallet 20-25 sygehuse indgår, at 1-2 sygehuse i hver region varetager højt specialiserede funktioner.
- Ved færre og større akutsygehuse, herunder et betydeligt større antal visiterede patienter vil der kunne opretholdes et selvstændigt akutberedskab. Det kan medvirke til at sikre, at modtagelsen af akutte patienter ikke får

<sup>8</sup> Hovedfunktionen har tidligere været benævnt basisfunktionen

<sup>9</sup> Sundhedsstyrelsen: "Kvalitet i sygehusvæsenet, 1998 samt "Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet" 2001.

<sup>10</sup> Amdrårdsforeningen og Dansk Kirurgisk Selskab: "Fremtidig organisering af kirurgien – faglighed og sammenhæng", 2005



betydning for planlagte behandlinger og operationer af elektive patienter. Og omvendt at behandling af elektive patienter ikke får betydning for modtagelsen af akutte patienter.

- Det er nødvendigt at få tilført en række yderligere kompetencer på akutområdet i forhold til de kompetencer, som tilbydes på nogle sygehuse i dag.
- Langt de fleste akutte patienter har sygdomme, der ikke forudsætter højt specialiserede undersøgelser og behandlinger. En betydelig del af de akutte patienter har kroniske sygdomme, hvorom der allerede findes viden om sygdommens art, medicinordinationer, tidligere behandling m.v.

På denne baggrund foreslår Lægeforeningen, at sygehusenes akutbetjening etableres på 2 niveauer:

- Hovedakutsygehus (basisfunktioner)
- Akutsygehuse med højt specialiserede funktioner)

Ved et hovedakutsygehus forstås et sygehus, der har de nødvendige kompetencer og faciliteter til at udrede, diagnosticere og behandle hovedparten af de akutte sygdomme. Hovedakutsygehuse kan dermed modtage langt de fleste akutte patienter. På akutsygehuse med højt specialiserede funktioner behandles særligt komplicerede patienter.

Udvidede akutsygehuse skal kunne modtage visiterede patienter fra basis akutsygehuse. Der kan være tilfælde, hvor det vil være hensigtsmæssigt, at udvidede akutfunktioner varetages direkte af højt specialiserede sygehusafdelinger.





## Kompetencer og faciliteter på hovedakutsygehuse

Følgende minimumskompetencer og minimumsfaciliteter forudsættes:

**Læger på speciallægeniveau og uddannelsessøgende læger til disposition hele døgnet indenfor følgende specialer:**

- Anæstesiologi
- Intern medicin, inklusive et selvstændigt kardiologisk vagtberedskab
- Ortopædisk kirurgi
- Kirurgi
- Radiologi
- Psykiatri
- Gynækologi

De anførte specialer skal forefindes på samme geografiske lokalitet.

### Adgang til umiddelbar diagnostik i form af

- Relevante billed-diagnostiske undersøgelser omfattende konventionelle røntgen og ultralydsundersøgelser samt CT og MR-scanninger
- Laboratoricundersøgelser (eksempelvis klinisk biokemi og mikrobiologi)

### Adgang til relevant monitorering og observation

- Passende udstyr, specielt kvalificeret personale og en tilstrækkelig personalenormering der sikrer, at patienterne kan observeres sufficient, herunder monitoreres

### Adgang til intensivafdelinger og operationskapacitet

#### Lokalemæssige forhold:

Akutmodtagelsen skal bl.a. indeholde:

- En fysisk indretning der muliggør vurdering, udredning og behandling bl.a. rum til modtagelse af livstruende syge og tilskadekomne
- Rum til overvågning og monitorering
- Sengestuer til patienter der kræver rolige forhold
- Behandlings- og undersøgelsesstuer til simple kirurgiske indgreb, gipsning, gennemlysning, GU etc.

Udenlandske erfaringer viser, at der er en betydelig variation i antallet af sengepladser tilknyttet akutmodtagelserne. Antallet af sengepladser varierer efter lokale forhold.

#### Kommunikation:

Mulighed for direkte kommunikation mellem læger i akutindsatsen styrket af teknologiske løsninger.

På akutmodtagelserne skal der forefindes faglige retningslinier og visitationsretningslinier.

## Sygehuse med højt specialiserede akutfunktioner

Ud over hovedakutsygehuse skal der være sygehuse, der varetager højt specialiserede akutfunktioner for eksempel varetage traumemodtagelse og akutte hjerteoperationer.

Planlægning og dimensionering af de højt specialiserede akutfunktioner skal foregå koordineret under hensyn til det faglige behov for samarbejde mellem specialer.





## 6. Akutcentre i sygehusvæsenet

*De akut syge patienter skal modtage kvalificeret udredning, diagnostik, afklaring og eventuel behandling svarende til patientens behov i den aktuelle situation. Patienterne skal behandles kvalificeret uanset ugedag eller tidspunkt på døgnet*

*Derfor skal:*

*Akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse - et akutcenter - hvor organiseringen af behandling og de fysiske rammer understøtter mulighederne for et tværspecialiseret samarbejde med patienten med entydig ledelse af samarbejdet ved en for patienten synlig patientansvarlig læge.*

*Akutcentrene ses som en samarbejdende enhed, hvor den første del af alle akutte patienters forløb på sygehuset varetages - som hovedregel alle akutte patienter.*

*Der flyttes så mange arbejdsopgaver som fagligt muligt fra aften/nat til dagtid for at øge patientsikkerhed og forbedre ressourceudnyttelsen. Flytning af arbejdsopgaver skal udelukkende bygge på et lægefagligt grundlag - fx i forbindelse med eventuel stillingtagen til operationstidspunkt.*

Strukturene i sygehusvæsenet er i høj grad baseret på en specialefaglig tilgang. Den akutte ikke-diagnosticerede patient kan være vanskelig at placere i dette specialeopdelte system og skal tit flyttes mellem forskellige behandlingsenheder. Organiseringen af akutberedskabet varierer fra speciale til speciale. Uvisiterede akutte patienter modtages ofte på specialiserede sengeafsnit, hvor personalets erfaring med akutte sygdomme varierer.

Begrundelsen for akutcenter skal endvidere ses i lyset af, at en betydelig del af patienterne både har medicinsk og kirurgisk relaterede sygdomme, og at det ved første kontakt med patienten kan være vanskeligt at stille diagnosen. Samtidig kan akutcentre medvirke til at minimere antallet af patienter, der flyttes mellem sygehuse. Akutsygehuse skal derfor modtage både medicinske og kirurgiske patienter visiteret fra egen læge, vagtlæge, lægeambulance eller indbragt via 1-1-2.

Lægeforeningens vurdering er:

- At en struktureret modtagelse, diagnostik og behandling af de akutte patienter i et akutcenter vil forøge faglighed, kvalitet, og service i behandlingen.
- En tværspecialiseret modtagelse, diagnostik og behandling af akutte patienter kan sikre det gode behandlingsforløb på sygehuset.

På den baggrund foreslås det, at der etableres akutcentre på akutsygehuse.



I et akutcenter modtages den akutte patient af relevante læger og sygeplejersker m.fl. med den nødvendige faglige kompetence og erfaring inden for akutområdet. Det er vigtigt, at ansvaret for patienten og patientens udredning er entydigt placeret på forhånd, så der aldrig er tvivl om, hvilken læge der har ansvaret for den enkelte patient gennem hele forløbet.

Indenfor visse sygdomskategorier – eksempelvis graviditetskomplikationer, blodprop i hjertet og visse psykiatriske tilstande – kan patienten med fordel indlægges direkte på den relevante specialiserede afdeling uden forudgående vurdering i akutcenteret.

Hovedparten af de akutte syge børn skal modtages direkte på en pædiatrisk afdeling med speciallæger i pædiatri til disposition. I tilknytning til den akutte modtagelse af børn skal der findes kompetencer indenfor anæstesi og kirurgi til børn. Hvis sygehuset varetager fødsler, skal der altid være pædiatriske afdelinger på samme sygehus. Der vil findes enkelte børn, fx multitraumatiserede børn, der med fordel kan modtages i akutcentrene på de udvidede akutsygehuse.

Ved planlægning af det akutte arbejde skal det inddrages, at patientsikkerheden ved gennemførelse af operationer i dagtid er højere end for operationer gennemført uden for dagtid. Det er endvidere værd at bemærke, at dødeligheden blandt patienter indbragt til sygehuse med traumecenter er signifikant lavere end dødeligheden blandt patienter indbragt til sygehuse uden modtagelse i et traumecenter.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> "A national Evaluation of the Effect of Trauma-center Care on Mortality" – Ellen J. MacKenzie m.fl., *The New England Journal of Medicine*; 2006;354:366-78



Arbejdet i og ledelsen af akutcentre kan organiseres på forskellig vis, men der skal altid være en entydig lægelig ledelses- og ansvarsplacering.

Endelig skal der peges på, at akutcentre skal indgå i et tæt samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen - de praktiserende læger, vagtlæger, alarmcentral og det præhospitale område. Den Akut Medicinsk Koordination (AMK) i den pågældende region skal ligeledes kunne indgå i akutcenteret.

#### **Eksempler på behandlingsforløb i akutcentre**

- Hurtig udredning, diagnostik og behandling af uklare, men potentielt livstruende tilstande. Læger og sygeplejersker med stor kompetence og erfaring indenfor akutmedicin varetager opgaven.
- Patienten videresendes - efter passende udredning evt. observation og diagnostik og inddragelse af flere specialer - til en anden afdeling/sengeafdeling, evt. på et andet sygehus.
- Indenfor visse sygdomskategorier – eksempelvis graviditetskomplikationer, blodprop i hjertet og visse psykiatriske tilstande - kan patienten indlægges direkte på en specialeafdeling.
- Færdigudredning og behandling af visse patientkategorier i løbet af 1-2 dage. Patienterne forbliver i akutcentret under hele forløbet.
- Patienten kan observeres i en periode og hjemsendes herefter, fx ved hjernerystelse eller alkoholforgiftning.
- Patienten kan umiddelbart færdigbehandles i akutcentret og hjemsendes, fx ukomplicerede brud.
- Patienten vurderes og henvises til egen læge eller lægevagten, fx simple sår. Her er der tale om patienter, der selv har kontaktet 1-1-2 uden behov for sygehusbehandling.
- Observation og beskrivelse af psykiatriske patienters initiale akutte tilstande – eventuel efterfølgende behandling.





## 7. Styrkelse af uddannelse og arbejdsmiljø

*Patienterne skal møde et kompetent og veluddannet personale med en engageret og positiv indstilling.*

*Derfor skal:*

*Akutområdet udvikles til en attraktiv arbejdsplads, hvor både speciallæger og uddannelsessøgende læger på linje med andet personale ser det faglige, sociale og uddannelsesmæssige perspektiv i at arbejde der.*

Det er Lægeforeningens vurdering at:

- Der er et stort uddannelsespotentiale i betjeningen af akutte patienter, og det er væsentligt, at uddannelsesaspektet tænkes ind i organiseringen af akutindsatsen.
- Akutcentre vil kunne være udgangspunkt for faglig udvikling af akutområdet til et område med høj faglig prestige. Der kan skabes et stimulerende uddannelsesmiljø, hvor uddannelsessøgende læger har gode muligheder for læring via et stort patientflow samt adgang til supervision og vejledning på højt fagligt niveau. Det er vigtigt at udnytte hele uddannelsespotentialet i akutmodtagelsen. Herved vil mange forskellige kompetencer kunne tilegnes.
- Det afgørende for et godt uddannelsesmiljø er den direkte adgang til den nødvendige faglige rådgivning, supervision, sparring og vejledning. Det er ikke speciallæger, der undersøger og behandler alle patienterne, idet en betydelig del af udredningen og behandlingen under disse forhold kan varetages af superviserede uddannelsessøgende læger, der anvender gældende retningslinier.
- Det større antal patienter i lægevagten betyder ligeledes, at der vil være et stort uddannelsespotentiale for uddannelsessøgende læger i lægevagten.
- Læger, der primært ønsker at arbejde med akutte patienter og deres behandlingsforløb, kan vælge at koncentrere sig om dette område som et fagområde. Læger kan arbejde i akutcentre periodevis, i forskellige rotationsordninger eller delvist med arbejdsfunktioner andre steder. Akutcenteret skal tænkes ind i de uddannelsessøgende lægers uddannelsesprogrammer.
- Muligheden for at samle den akutte behandling i stærke faglige miljøer, hvor arbejdsbelastningen for den enkelte læge er acceptabel, vil skabe attraktive uddannelses- og arbejdsvilkår for det sundhedsfaglige personale i akutcentre.







## 8. Kvalitetsudvikling

*Patienterne skal sikres akutte ydelser af høj faglig kvalitet*

*Derfor skal:*

*Alle led i akutbetjeningen – egen læge, vagtlæge, den præhospitale indsats og sygehus – kvalitetssikres og akkrediteres i overensstemmelse med standarder og procedurer, som anvises af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS).*

Det er Lægeforeningens vurdering at:

- De akutte ydelser skal vurderes og kvalitetsudvikles på linje med sundhedsvæsenets øvrige ydelser.
- Der skal udarbejdes standarder og faglige retningslinier for akutte behandlingsforløb, hvor der fastlægges formaliserede procedurer og prioriteringer for udredning og behandling af akutte patienter. Det gælder alle led i akutbetjeningen.
- Der skal gennemføres klinisk forskning og sundhedstjenesteforskning med fokus på den samlede akutbetjening.