



Høringssvar – Anbefalinger for en sammenhængende sundhedsindsats ved akut opstået sygdom og skade

6. januar 2020
Sagsnr: 2019-7475
Akt nr: 2331986

Gode takter for samarbejde på tværs af sektorer, men behov for skarpere anbefalinger for at sikre en ensartet høj kvalitet i hele landet

Lægeforeningen finder, at Sundhedsstyrelsen har gennemført et grundigt arbejde, som giver grundlag for at træffe nye, men også nødvendige beslutninger for udviklingen for sundhedsindsatsen i det akutte sundhedsvæsen på baggrund af eksisterende viden. Det må dog bemærkes, at der generelt er behov for tilvejebringelse af bedre data på det akutte område.

Rapportens anbefalinger lever på en række områder op til ønsket om en mere sammenhængende sundhedsindsats med gode anbefalinger om bl.a. styrket samarbejde om visitation og styrkede samarbejde om de almen medicinske tilbud i vagttid, herunder bl.a. samarbejde mellem lægevagt/1813 og den kommunale sygepleje.

Men målt i forhold til at sikre alle landets borgere et mere ensartet akut sundhedstilbud af høj kvalitet, så er anbefalingerne og dermed kravene til regionerne ikke skarpe nok. Heller ikke selv om det tilvejebragte faglige grundlag står tydeligt.

Det gælder med hensyn til lægebiler, hvor der ikke sættes direkte ind overfor, at borgerne i Region Sjælland ikke har adgang til samme beredskab, som borgere i resten af landet har. Det på trods af, at styrelsen tydeligt gør rede for, hvad den seneste evidens for brug af læger i det præhospitale beredskab, viser. Her mangler et forslag til dimensionering – eller i hvert fald et forslag til sikring af en minimumsdimensionering.

Det gælder i forhold til behovet for ensretning i tilbud og muligheder i vagttid (lægevagt/1813), da der i dag er meget store forskelle selv inden for samme region. Der køres f.eks. meget færre sygebesøg pr. borger i hovedstaden end i resten af landet i vagttid, og der er tilsvarende meget store forskelle på mulighederne for at blive undersøgt/behandlet af en læge uden for sygehus i hovedstaden end i resten af landet i vagttid. Anbefalingerne er her for ukonkrete og efterlader et stort rum for fortolkning og konkret regional implementering, som rejser bekymring for, at de frie rammer kan føre til yderligere stor regional variation i stedet for ensretning i samarbejdet om den akutte patient.



Det gælder i forhold til akutmodtagelser. Vi er ikke enige i, at borgere på Lolland og Falster, borgerne i Thy/Mors og på Bornholm må nøjes med at acceptere akutmodtagelser, der ikke rummer de samme muligheder for behandling, som øvrige akutmodtagelser. Det er ikke godt nok, når Sundhedsstyrelsen nøjes med at konstatere forskellene og peger på en løsning, hvor vi nøjes med at give disse nyt navn. Det er uambitiøst. Og det er en tilgang, som vi aldrig ville acceptere f.eks. på hjerte- eller kræftområdet.

Det gælder for psykiatrien. Det bør være et prioriteret mål i alle regioner, at somatiske og psykiatriske akutmodtagelser samles på samme matrikel. Den nuværende opdeling af somatiske og psykiatriske akutmodtagelser på forskellige matrikler er en (for) stor udfordring til at sikre et tværgående samarbejde om patienter, der både er akut psykisk syge og har en kronisk somatisk sygdom, eller patienter, der har en akut opstået somatisk sygdom og som samtidig har en psykisk lidelse. Det er vores oplevelse, at der er store udfordringer med at sikre tilstedeværelsen af psykiatriske speciallæger på de somatiske akutmodtagelser, hvor der ikke er fysisk samlokation. Og tilstedeværelsen af speciallæger fra de somatiske specialer på de psykiatriske akutmodtagelser er nærmest ikke eksisterende. Den del fungerer kun, når akutmodtagelserne fysisk er placeret på samme matrikel.

Vi er helt på det rene med, at Sundhedsstyrelsen ikke har de samme redskaber og muligheder i forhold til planlægning af det akutte beredskab, som der gælder i det specialiserede sundhedsvæsen. Så meget desto mere kalder det på stærkere faglige anbefalinger, som både kan fungere som retningslinje for regioner og kommuner og ikke mindst fungere som sikkerhedsnet for både patienter og personale i et presset sundhedsvæsen.

Derfor er der behov for en opstramning.

Lægeforeningens bemærkninger til de enkelte anbefalinger

Sammenhængende og enstrengt visitation (1 – 7)

Vi støtter ideen om styrket samarbejde i den borgerrettede og i den sundhedsfaglige visitation, **jf. anbefaling 1 og 2.**

I forhold til mulighederne for samlokation skal det bemærkes, at meget få fysiske lokationer ikke vil være foreneligt med lægernes vagtforpligtelse, når lægerne skal holde åbent til kl. 16.00, og dernæst vil skulle have uforholdsmæssig lang transporttid til et visitationssted f.eks. i forbindelse med en eksisterende AMK-central.

Det er positivt, at der udarbejdes nationale fælles principper for visitation til psykiatriske akutmodtagelser og øvrige tilbud, **jf. anbefaling 3.** Det må dog understreges, at det fortsat skal være muligt for psykiatriske patienter at kunne modtage akut behandling uden forudgående visitation.



Det er en almenmedicinsk spidskompetence at vurdere symptomer over telefonen og tage stilling til, om der er brug for hjælp her og nu, eller om patienten kan vente. Speciallæger i almen medicin er de bedste til at sikre:

- At kun de patienter, der har behov for sygehusbehandling, kommer i akutmodtagelsen.
- At kun de patienter, der har behov for behandling i akutklinik eller skadeklinik, kommer i akutklinik eller skadeklinik.
- At kun de patienter, der kan afvente behandling, afventer behandling.

Derfor bør det også være speciallæger i almen medicin, der løfter opgaverne i forbindelse med den borgerrettede visitation i vagttid, **jf. anbefaling 4.**

Vi er glade for, at Sundhedsstyrelsen har fremhævet, at AMK-centralen skal have umiddelbar adgang til speciallæge med erfaring og særlige kompetencer i præhospital indsats (præhospital akutlæge) til at rådgive og visitere, **jf. anbefaling 5.** Det skal i denne forbindelse understreges, at det er en stor fordel at AMK-lægen selv aktuelt er kørende i regionen og kender reddere og paramedicinere fra arbejdet på skadestederne. Det skal også understreges, at når læger kontakter AMK for visitation af lægebil, akutbil eller ambulance til en patient, så skal det være kontaktende læge som har retten til at bestemme hastegrad af transport samt eventuelt behov for ledsagende personale, da kontaktende læge har foretaget den primære udredning og har ansvaret for patienten.

Det er en god ide, at kommunale henvendelser om borgere med akut forværring af sygdom eller funktionsniveau kvalificeres via sygeplejersker fra kommunale akutfunktioner inden kontakt til f.eks. lægevagten, **jf. anbefaling 6.** Det er dog afgørende, at der sikres en arbejdstilrettelæggelse som bidrager til, at der ikke opstår forsinkelser i nødvendig kontakt til lægen og det eventuelle videre behandlingsforløb. Indsatsen i forbindelse med akut syge psykiatriske patienter bør være koordineret af en læge.

Der i dag er stor variation i de kommunale akuttilbud. Der er fortsat behov for at følge op på implementering af SST kvalitetsstandarder for den kommunale sundhedsindsats fra 2017. Vi ser også fortsat udfordringer i forhold til det uklart definerede lægelige ansvar for patienten, der opholder sig på en kommunal akutfunktion.

Vi kan bakke op om forslaget i **anbefaling 7** om etablering af en ”akut”-knap, hvor borgeren efter eget valg kan komme forrest i køen, jf. de opnåede erfaringer i Region Midtjylland og Region Hovedstaden.

Lægevagt/1813 (8 - 10)

Vi kan støtte **anbefaling 8** om etablering af nye lægebemandede akutklinikker – særligt da der lægges op til, at de i udgangspunktet etableres i forbindelse med Akutmodtagelserne med henblik på styrket samarbejde og deling af faciliteter. En ny ensartet organisering vil være en forbedring af vilkårene i Lægevagten og et fremskridt for patientsikkerheden. Det er særligt positivt, at der indgår en afgrænsning af en lægebemandet akutklinikers opgaver i oplægget til definition



samt, at der lægges op til, at akutklinikken supporteres af kompetente sygeplejersker.

Det er dog kritisabelt, at anbefalingerne trods alt er så ukonkrete, at der ikke tages stilling til, at etablering af nye akutklinikker må forventes at medføre ændringer i organisering og aftalegrundlag for den eksisterende Lægevagt, hvilket aftaleretligt hører til mellem De Praktiserende Lægers Organisation og RLTN.

Hvis der skal oprettes sygeplejerskedrevne skadeklinikker, bør det fremgå klart, hvem der skal stå for den lægelige delegation til skadeklinikkerne. Det vil samtidig være en forudsætning, at skadeklinikkens relation til akutmodtagelserne er afklaret.

I forhold til **anbefaling 9** skal det atter understreges, at akutklinikkerne bør bemannes af speciallæger i almen medicin, og at der undtagelsesvist og i velbegrundede tilfælde kan tilknyttes andre speciallæger med tilsvarende kompetencer. Det bør fx være muligt at tilknytte læger i fase tre af hoveduddannelsen til almen medicin at tage opgaver under supervision.

Det er kærkomment, hvis nye akutklinikker etableres i sammenhæng med sygehus, hvor det almen medicinske arbejde i vagttid kan få et tættere samarbejde med sygehusene i forhold til deling af lokaler, udstyr og sygeplejefagligt personale. Det bør således fremgå tydeligt af anbefalingerne, at akutklinikker bør etableres i forbindelse med sygehus. Kun sjældent og i særdeles velbegrundede tilfælde kan en akutklinik etableres andre steder på grund af fx særlige geografisk forhold med et meget nært samarbejde med nærmeste sygehus.

I dag er der for mange små og patientusikre konsultationssteder med lav patientaktivitet og meget sparsom bemanning. Den nuværende organisering af Lægevagtskonsultationer udnytter ikke lægernes ressourcer optimalt.

Ofte er det kun vagtlægen, der er tilstede i en lille konsultation i vagttid. Det betyder, at en meget syg patient kan ankomme til et ubemandet venteværelse og få det dårligt uden at blive tilset eller registreret. Det er utrygt og usikkert for patienterne. Det udgør også en væsentlig risiko for vagtlægen, som arbejder alene uden backup med til tider desperate og udadreagerende patienter. Sådanne patienter kan selvsagt også udgøre en risiko for andre patienter, der venter i faciliteter uden overvågning.

Særligt PLO ser ikke, at anbefalingerne belyser et behov for forsøg med såkaldt ”enstrengt ledelse”, hvis det skal betyde, at styringen og driften af Lægevagten skal overgå helt eller delvist til andre end de praktiserende læger, som i dag er ansvarlige for de fire regionale Lægevagtsordninger. Det vil heller ikke stemme overens med vagtlægernes overenskomstbestemte forpligtelse i Lægevagten. Der kan med fordel etableres et tæt og velfungerende samarbejde på tværs af sektorer uden forsøg med enstrengt ledelse. Henvisningen hertil bør således udgå af anbefaling 9.

Der lægges op til, at sygebesøg fremadrettet i højere grad kan varetages af den kommunale sygepleje, hvilket vi vurderer vil være en effektiv udnyttelse af de sundhedsfaglige ressourcer, såfremt det kan medføre en aflastning i Lægevagten, og



Lægevagten kan yde lægefaglig backup til den kommunale akutfunktion/hjemmesygepleje.

Det præhospitale område (11 - 14)

Vi vil gerne anerkende SST understregning af, at der for patienter med tidskritiske tilstande, herunder hjertestop, hovedtraume og andre svære traumer, sikres hurtig adgang til præhospital behandling, visitation og triage ved præhospital læge i **anbefaling 11**. Vi er også enige i, at anvendelse af præhospitale akutlæger bør foregå efter fælles nationale principper for at sikre ensartet kvalitet i tilbud til alle borgere.

Det vi mangler, jf. vores indledende overordnede bemærkninger i høringssvaret, er forslag til principper samt forslag til en egentlig dimensionering af lægebilerne. Subsidært et tilsagn om, at SST i forlængelse af anbefalingen vil tage initiativ til udarbejdelse af nationale principper samt forslag til dimensionering.

Et overordnet princip bør efter vores opfattelse være et sammen-hængende præhospital tilbud i en ubrudt kæde med ambulancer, akutbiler, lægebiler og lægehelikopter, der kan indsættes efter patientens behov. Samtidig bør der tilknyttes en lægebil til hvert akutsygehus. Som vi ser det rummer den nuværende anbefaling en kattelem for Region Sjælland til fortsat at kunne argumentere for, at en præhospital organisation uden lægebiler. Den ser vi gerne lukket.

Det er positivt, at lægehelikopterne foreslås anvendt også til subakutte transporter under hensyntagen til prioritering af akutte indsatser, **jf. anbefaling 12**.

Iforhold til kørende transporter af kritisk syge patienter mangler vi en anbefaling. Her finder vi behov for, at regionerne sikrer en bedre organisering, mere ensartet kvalitet og større patientsikkerhed, når kritisk syge patienter transporteres rundt mellem landets sygehus.

Det er vores forslag, at alle regioner skal oprette særlige enheder, som har til opgave at tilrettelægge overflytninger af patienter fra et sygehus til et andet. En speciallæge i anæstesi skal have det faglige ansvar. Region Sjælland har etableret en sådan ordning.

Vi deltager gerne i en drøftelse om mulighederne for at kunne styrke paramedicinernes rolle i det samlede akutsystem, **jf. anbefaling 13**. Vi ser i denne sammenhæng dog samtidig behov for en afklaring af akutlægens rolle, funktioner og uddannelsesmæssige krav. Det vil være nødvendigt for at kunne foretage en fornuftig snitflade, der ikke kun afgrænser, men også påviser samarbejdsflader, udviklingsmuligheder mv.

Med hensyn til spørgsmålet om oprettelse af paramedicin, som en sundhedsfaglig professionsbacheloruddannelse kan vi tilslutte os 3F og FOA's udmeldinger om fremtidens paramediciner, august 2019, som følger:

- 3F og FOA mener, at en ny paramedicineruddannelse 1) bør være placeret i det formaliserende efter- og videreuddannelsessystem som en



diplomuddannelse, 2) bør bygge videre på de praktiske erfaringer som ambulancebehandlerne har, og 3) bør styrke de sundhedsfaglige kompetencer hos paramedicinerne.

Som 3F og FOA finder vi det tætte samspil mellem praktik og teori helt afgørende. Arbejdet på skade- og ulykkesstederne kræver en psykisk robusthed, som den uddannelsessøgende relativt hurtigt bør blive udfordret og målt på – både i forhold til personens evner til at handle og reagere i de kritiske arbejdsituationer, og i forhold til afklaring af evner til at koble af fra oplevede situationer uden for arbejdstid.

Det er overordentligt positivt, at SST anbefaler rådgivende og evt. udgående funktioner til mennesker med psykiske lidelser, særligt hvis SST i denne sammenhæng indregner et udkørende akuttilbud bemandet med en speciallæge i psykiatri og en erfaren redder. Tilbuddet skal have mulighed for at konsultere en børne- og ungepsykiater. SST-anbefaling dækker vagttid, men vi ser gerne, at tilbuddet er til rådighed både i og uden for almindelig arbejdstid, bl.a. som støtte til 112 udrykninger. Tilbuddet kan passende forankres i det præhospitale beredskab.

Vi har positive erfaringer med den etablerede udrykningstjeneste i Region Hovedstaden. Og vi finder det afgørende at det er bemandet med en speciallæge, der har de bedste forudsætninger for at overtale patienter med behov for sygehusbehandling til indlæggelse uden tvang.

Samarbejde med kommunerne (15 – 16)

Både **anbefaling 15 og 16** indeholder gode hensigtserklæringer om etablering af samarbejder mellem de regionale og de kommunale sundhedstilbud for den akutte patient – og andre patientgrupper for den sag skyld.

Vi ser gerne skarpere krav både til regioner og kommuner i forhold til at få etableret bedre samarbejder. Forudsætningen er – som tidligere nævnt – et mere ensartet højt kvalitetsniveau i de kommunale sundhedstilbud, afklaring af det lægefaglige ansvar på tværs af sektorer – og herunder også afklaring af muligheder for delegation.

Akutmodtagelser (17 – 28)

Med hensyn til **anbefaling 17 og 18** vedrørende befolkningsunderlag for akutsygehuse, herunder akutsygehuse med særlig geografi skal henvises til de tidligere anførte overordnede bemærkninger.

I forlængelse heraf har vi set med undren på bl.a. Region Hovedstadens beslutninger om fastholdelse af modtagelse af akutte patienter på bl.a. Gentofte Hospital og Amager Hospital – i stedet for tidligere planlagte udfasninger af disse tilbud, jf. SST-anbefalinger fra 2007.

Vi ser gerne, at SST fortsat har en anbefaling herom. Det er mere vigtigt at styrke de etablerede akutsygehuse frem for fortsat at fastholde et ”nært” tilbud, der ikke har mulighed for at matche tilbuddet på de fælles akutmodtagelser.



Vi er enige i, at det akutte tilbud også skal indeholde traumesygehuse til behandling af meget alvorligt syge patienter og svært tilskadekomne patienter. Vi har ikke bemærkninger i forhold til de opstillede krav til traumesygehuse, **jf. anbefaling 19**.

Vi er enige med SST i, at den store variation på tværs af landets akutsygehuse bl.a. i forhold til hvor mange indgange den akutte patient har til sygehuset bør ændres. Vi kan på den baggrund bakke op om styrelsens **anbefalinger 20 og 21**. Vi skal dog henvise til, at PLO særligt bemærker til anbefaling 20, at nye krav om forvisitation og afvisning af visse selvhenvendende ikke bør medføre unødvendige barrierer for fx en vagtlæge, der skal hjælpe en patient videre til rette sted. Anbefalingen bør således tage højde for, hvad visiteret modtagelse får af betydning for samarbejdet med andre aktører. Vi skal også pege på muligheder for at etablere særlige børneindgange med tilhørende fysiske rammer i akutmodtagelserne.

Akutsygehusets opgaver og krav til assistance, **jf. anbefaling 22 - 26**. Vi har hæftet os særligt ved – og er enige i – kravet om at akutsygehusene skal kunne iværksætte umiddelbar diagnostik og behandling på speciallæge-niveau døgnet rundt. Vi undrer os indledningsvist over, at kravet ikke er medtaget ved de psykiatriske akutsygehuse, men anser dette som en teknisk fejl.

Opgaven kræver umiddelbart

- Adgang til hurtige svar på prøver og undersøgelser både dag og nat.
- Speciallæger i front døgnet rundt.

Med hensyn til det første skal vi understrege, at det ikke er nok at faciliteterne til at foretage prøver og undersøgelser til at udrede og diagnosticere patienterne er til stede. Faciliteterne skal også være bemandede så akutmodtagelsen kan få de relevante svar på prøver og undersøgelser døgnet rundt. Dette bør være et krav.

Med hensyn til kravet om speciallæger i front så er det generelt oplevelsen blandt lægerne i akutmodtagelsen, at dette krav langt fra bliver opfyldt i hverdagen. Og det undrer os, når tidligere opgørelser har fastslået, at akutsygehusene nu næsten lever op til tilstedeværelseskravene. Speciallægen i front er en afgørende kernefunktion for akutsygehuset.

Vi har tidligere foreslået, at regionerne skal monitorere og følge op på, at der er speciallæger med akutmedicinske kompetencer til stede i akutmodtagelsen døgnet rundt. Det synes vi fortsat, men SST kan i forlængelse af anbefalingerne passende tage initiativ til gennemførelse af en mere tilbundsående undersøgelse af spørgsmålet om speciallægen nu også er i front.

I forbindelse med **anbefaling 24** så skal vi henvise til de indledende overordnede bemærkninger vedrørende udfordringer med mangel på assistance fra speciallæger inden for de somatiske specialer.



I forbindelse med **anbefaling 25** undrer vi os over forslaget om mulighed for lokal afvigelse af kravet om tilstedeværelse af speciallæger i ortopædisk kirurgi. Vi kan umiddelbart ikke se behov herfor.

Vi har ikke bemærkninger til **anbefaling 27**.

Med hensyn til sikring af flow på akutsygehuset, **jf. anbefaling 28**, så bør det præciseres og fremgå af anbefalingen, at den koordinerende læge i akutmodtagelserne bør være en speciallæge – døgnet rundt.

Afslutningsvist har vi bemærket, at SST ikke har direkte anbefalinger om ledelse af akutmodtagelserne. Vi skal i denne forbindelse understrege behovet for entydig ledelse af akutmodtagelsen. Det er en nødvendighed i forhold til etablering af ligeværdige samarbejder med det øvrige akutsygehus.

Vidensdeling (29-30)

Vi er enige i behovet for adgangen til centrale patientoplysninger, der kan sikre hurtig adgang til relevante informationer der følger den akutte patient på tværs af sektorer, **jf. anbefaling 29**. Den etablerede adgang via sundhedsjournalen indeholder meget information om patienten, men det fungerer ikke i praksis. Der er eksempelvis ikke mulighed for relevant overblik, filtrering af data eller søgning på tidskritiske informationer som komorbiditet, cave med mere.

PLO bemærker særligt, at det er vigtigt, at en funktion som Lægevagten får adgang til relevante oplysninger, som har betydning for en vurdering af en akut henvendelse fra en patient i vagttid, og ikke fx pålægges/får ansvar for at skulle sætte sig ind i hele patientens sundhedshistorik – særligt hvis oplysninger skal hentes forskellige steder. Sådanne krav vil gøre Lægevagtens arbejdsgange mindre effektive, og nedbryde en allerede skrøbelig vagtbelastning. Relevante oplysninger kan fx være data om kroniske diagnoser, allergier, fravalg af genoplivning ved hjertestop og aktuelle forløb.

Vi er også enige i behovet for integration mellem dokumentationssystemer på tværs og kan særligt pege på behovet for integration af den præhospital patientjournal med akutmodtagelsens patientjournal.

Forskning og udvikling (31 - 32)

Vi kan bakke op om SST anbefalinger 31 og 32 og vi skal samtidig henvise til høringssvar fra De Lægevidenskabelige Selskaber (LVS).

Med venlig hilsen

Andreas Rudkjøbing



Domus Medica
Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8500
E-post: dadl@dadl.dk
www.laeger.dk