

Sundhedsstyrelsen
Center for Planlægning

2. januar 2020

DSAM's høringssvar vedr. Anbefalinger for en sammenhængende sundhedsindsats ved akut opstået sygdom og skade

DSAM takker for muligheden for at kommentere på ovenstående udkast. Vi har især haft fokus på kapitlerne 6, 7 og 8, der har stor relevans for DSAM, dvs. forhold der vedrører almen praksis, lægevagten/113 og datadeling i sektorskiftet.

Generelle kommentarer:

DSAM finder det positivt, at der tages fat på at få fælles anbefalinger for en sammenhængende sundhedsindsats ved akut opstået sygdom og skade. Lægevagtstilbuddet i de forskellige dele af landet er i dag meget uensartet, og selv indenfor samme region visiteres der forskelligt.

Imidlertid finder vi, at anbefalingerne omkring lægevagt/113/akutklinik mest drejer sig om nye eller ændrede samarbejdsformer mellem aktørerne, hvorimod der ikke er taget konkret faglig stilling til, hvordan vi sikrer en stram, men sikker visitation.

DSAM ser lægevagtsarbejdet som en almenmedicinsk opgave og en fordel for det samlede sundhedsvæsen, at befolkningen har adgang til almenmedicinsk speciallægehjælp hele døgnet. Men der er behov for klare, faglige anbefalinger for, hvordan serviceniveauet skal ligge i det almenmedicinske tilbud udenfor klinikkens åbningstid.

De fleste opgaver løses bedst i dagtid, hvor læge og personale kender patienten og har adgang til praksisjournalen. En central kvalitet i den almenmedicinske faglighed er kontinuiteten, personkendskabet og overblikket over det samlede helbred. Derfor skal lægevagtsarbejdet organiseres rationelt, så der ikke trækkes for mange praktiserende læger ud af dagtidsarbejdet.

Hvordan sikrer vi det nødvendige, men tilstrækkelige tilbud?

Hvordan bruger vi lægeressourcerne bedst?

Hvilke opgaver skal løses i 113 og i akutklinikken, og hvilke skal ikke?

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

Dette er påtrængende spørgsmål, som kræver afklaring, men som desværre kun er dårligt belyst i anbefalingerne. Der mangler de faglige overvejelser, der skal ligge til grund for visitation til sygebesøg eller akutklinik, egenomsorg eller egen læge.

For eksempel:

Kan vi reducere antallet af sygebesøg i lægevagten (som næsten er afskaffet i 1813) og erstatte det med ambulancekørsel og kommunale akutteam? Evt. i nattetimerne?

113 skal ikke være et alternativ til vurdering hos egen læge af bekvemmelighedshensyn for patienterne. Der mangler en anbefaling til telefonvisitationen om, at en tilstand, der ikke forværres af at vente til egen læge åbner, kan få passende råd om egenomsorg, men ikke skal behandles i en akutklinik.

Kommentarer til de enkelte anbefalinger:

Kapitel 6 Sammenhængende og enstrengt visitation

1. *"Styrket samarbejde i den borgerrettede visitation*

At den borgerrettede telefoniske visitation ved akut opstået sygdom og skade, som i dag er organiseret i lægevagtsordninger, regionale akuttelefoner, kommunale sundhedsfaglige visitationer og AMK-vagtcentraler, styrkes ved en større grad af samarbejde og eventuelt samlokalisering. Sådanne fælles visitations- og vagtcentraler kan samle både 112-opkald vedrørende akutte livstruende tilstande, 113-opkald (aktuelt opkald til lægevagt/Akuttelefon 1813 mm.) vedrørende øvrige henvendelser på sundhedsområdet, ligesom der kan ses på om samlokalisering kan bidrage til øget samarbejde også i relation til nogle af kommunale sundhedsfaglige visitationsfunktioner, hvor de enkelte aktører og myndigheder bevarer opgaver fastlagt i love, aftaler m.v., men indgår i tæt samarbejde i fastlagte rammer."

Kommentarer

Samarbejdet fx mellem 113 og 112 kunne styrkes ved, at telefonsamtaler, der åbenlyst hører til hos den anden linje, frit kan omstilles uden at afbryde forbindelsen.

Ad Samlokalisering 112/113: Dette medfører ikke nødvendigvis samarbejde, da aktørerne har forskellige kontraktforhold (ansættelse/aftalebaseret). 112 er placeret et sted i hver region, dvs. 5 steder i hele landet, og det er ufleksibelt og giver al for lang køretid for almenmedicinerne, hvis 113 kun skal være placeret disse 5 steder.

Til gengæld bør 113 og akutklinik være samlokaliseret af flere grunde, da det må forventes stadigvæk at være de samme almenmedicinere, der passer begge funktioner.

- Fleksibilitet i opgaveafvikling (lægen flytter sig hen til den funktion, der er mest travl)
- Læring (man modtager nogle af de patienter, man selv har visiteret)
- Vedvarende høj kadence (det er svært at bevare et højt flow i telefonvisitation igennem en hel 8-timers vagt, hvis der ikke er variation i opgaven)

2. *"Styrket samarbejde i den sundhedsfaglige visitation*

At samarbejdet i den sundhedsfaglige visitation på tværs af udbydere og sektorer styrkes, således at borgeren får rette tilbud på tværs af de forskellige indsatser, uanset om der er tale om støtte til egenomsorg, kommunal sygepleje, konsultation i almen praksis, lægebesøg i hjemmet, fremmøde i regional akut- eller skadeklinik,

subakut ambulant tid på sygehus eller indlæggelse. Rammerne for samarbejdet kan for eksempel styrkes gennem et meget tættere og mere formaliseret samarbejde mellem den sundhedsfaglige visitation med udgangspunkt i regionernes AMK vagtcentraler, akutmodtagelsen, sygehusvisitation, og kommunal sygepleje, herunder kommunale akutfunktioner i sygehusets optageområde, med faste samarbejdsaftaler om smidig visitation på tværs af sektorer. Potentialer i samlokalisering af visitationsenheder bør afprøves."

Kommentarer

Erfaringerne med fælles sygehusvisitation (fx via AMK vagtcentralen i RN) er gode. En sundhedsfaglig visitator med stor viden og overblik, der om nødvendigt kan skaffe "konferencekald" fra en given bagvagt, sparer både indlæggende og modtagende læge for mange forgæves opkald.

3. "Styrket visitation af patienter med akut psykisk lidelse"

At visitationen af patienter med akut opstået eller forværret psykisk lidelse eller traume styrkes, så der sikres sammenhæng i tilbuddet, og at patienten henvises til det rette behandlingstilbud på tværs af sektorgrænser, specialer m.v. Nationalt bør der udarbejdes fælles principper for visitation til psykiatriske akutmodtagelser og øvrige tilbud, som samtidigt sikrer, at der for særlige patientgrupper, situationer m.v. fortsat er mulighed for uvisiteret selvhenvendelse. Der kan med fordel etableres et tæt samarbejde mellem den akutte indsats i regionerne og den psykosociale indsats i kommunerne."

Kommentarer

Dette er en vigtig anbefaling. I dag er det svært at finde rette akutte behandlingstilbud. I lægevagten har vi oftest kun mulighed for at pege på psykiatrisk skadestue, og øvrige tilbud såsom kommunale overnatningssteder eller omsorgshjem er ukendte/ utilgængelige.

Hvis patienten har behov for indlæggelse i sygehuspsykiatrien, skal lægen til enhver tid kunne indlægge. Psykiatrien kan naturligvis vælge at udskrive igen. Men telefonisk afvisning af indlæggelse må ikke længere finde sted.

Der mangler dog en overvejelse omkring dobbeltdiagnose ptt, (misbrug + psykisk lidelse), der i dag ofte afvises alle steder, når de er i akut nød.

4. "Kompetence i den borgerrettede telefoniske visitation"

At den borgerrettede telefoniske visitation i vagttid, både vedrørende somatiske og psykiske lidelser, der ikke er livstruende og tidskritiske, med fordel kan varetages i et tæt tværfagligt samarbejde, som omfatter både speciallæger i almen medicin, eller læger med tilsvarende kompetencer, samt sygeplejersker med relevant erfaring og kompetencer."

Kommentarer

Det er udmærket, at det her slås fast, at lægevagten/1813 er en almenmedicinsk opgave. Men i de kommende mange år vil almenmedicinsk arbejdskraft være en begrænset ressource. Det er derfor godt, at det slås fast, at lægevagten vil få brug for hjælpepersonale i form af almenmedicinsk trænede sygeplejersker. Hvorledes hjælpepersonalet bruges bedst, om det er ved at sidde ved telefon eller ved at understøtte lægerne på anden vis, kan diskuteres. Dansk forskning (Morten Bondo et al) har vist, at sygeplejersker visiterer mere forsigtigt end almenmedicinere, dvs.

indvisiterer flere patienter. Det må forventes at øge trækket på akutmodtagelserne, hvis sygeplejersker i højere grad skal tage telefonvisitationen.

6. "Kvalificering ved særlige sygeplejekompetencer

At kommunen ved akut forværring af sygdom eller funktionsniveau hos borgere, der modtager kommunal sygepleje, inddrager særlige sygeplejekompetencer fra for eksempel akutfunktioner før eventuel kontakt til andre dele af den borgerrettede visitation. Herunder til vurdering af, om der er tale om problemstillinger, som kan håndteres af sygeplejen inden for allerede fastlagt behandlingsplan og til kvalificering af den sygeplejefaglig vurdering af patientens tilstand før videre kontakt."

Kommentarer

God anbefaling, se også pkt. 10 vedr. samarbejde om lægevagten.

7. "Tilgængelighed i den borgerrettede telefoniske visitation

At den borgerrettede telefoniske visitation tilrettelægges mest hensigtsmæssigt i forhold til at sikre tilgængelighed og ressourceanvendelse, herunder ved afprøvning af muligheden for at angive særligt behov ("akutknap") med henblik på prioriteret adgang."

Kommentarer

Akutknappen er en god anbefaling.

I brødteksten over anbefaling 7 står "Ressourceanvendelsen i almen praksis i dagtid kan optimeres ved blandt andet styrket samarbejde på tværs af lægepraksis/lægehuse eksempelvis omkring udvidede åbningstider."

Kommentarer

Det er uklart, hvorfor det skulle være ressourcebesparende, at lægerne holder aften-åbent i mindre vagtringe fremfor at samle indsatsen i en lægevagtsordning.

Kapitel 7 Kvalitet og sammenhæng på tværs

8. "Ensartet organisering i akutklinikker og skadeklinikker

At lægebemandede almen medicinske konsultationer som i vagttid varetager akut opstået og forværret sygdom samt mindre skader m.v. som ved telefonvisitation alene ikke vurderes at kræve sygehusbehandling, men som heller ikke vurderes at kunne vente til tilbud næste hverdag i almen praksis eller ved sygehusambulatorium, bør i fremtiden benævnes 'akutklinik'. Sygeplejebemandede behandlingssteder som kun varetager behandling af visiterede småskader uden lægelig tilstedeværelse bør benævnes 'skadeklinik'. Betegnelsen 'skadestue' bør forlades, da den kan skabe uklarhed om tilbud og kompetenceniveau."

Kommentarer

Det er uklart, hvad der menes med sygeplejebemandede behandlingssteder. Tænkes det, at disse skal arbejde under almenmedicinsk ansvar (hvor den almenmedicinske læge sidder et andet sted) eller under sygehusansvar (hvor den ortopædkirurgiske læge og evt. rtg lægen sidder et andet sted)? Den første mulighed vil ikke kunne fungere forsvarligt.

9. **"Kompetencer og lokalisering af akutklinikker**

At behandlingen på akutklinikker varetages af speciallæger i almen medicin eller læger med tilsvarende kompetencer i samarbejde med sygeplejersker og andre relevante faggrupper med særlig kompetence. Ved inddragelse af øvrige speciallæger til varetagelse af almen medicinske konsultationstilbud i vagttid, herunder til skader, særlige patientgrupper som børn m.v., skal dette være velbegrundet, og ske under hensyntagen til den mest hensigtsmæssige opgavevaretagelse og ressourceanvendelse i det samlede sundhedsvæsen. For at sikre tæt samarbejde med mulighed for deling af udstyr, kompetencer og ressourcer, og for hurtig og let videre visitation, kan akutklinikker med fordel placeres på akutsygehuse samlokaliseret med akutmodtagelser. Modeller med fælles data- og kvalitetsorganisation, enstrengt ledelse m.v. bør udvikles og afprøves. For akutklinikker, der placeres uden for akutsygehuse af hensyn til for eksempel geografisk bredde i tilbud, bør der sikres faste samarbejdsaftaler med akutsygehus, så der sikres hurtig overflytning dertil ved behov for indlæggelse til sygehusbehandling."

Kommentarer

Dette afsnit bør deles op, da det omhandler flere forskellige forhold vedr. ressourceudnyttelse.

- Det er godt, at det italesættes, at man fx ikke rutinemæssigt skal lade pædiatere se på almenmedicinske problemstillinger hos småsyge børn.
- Anbefalingerne bør være skarpere omkring lokalisering af akutklinikker. Der sker et stort tab af almene lægeressourcer, når der holdes åbent på mange små akutklinikker uden for akutsygehusene. Der er ikke tilstrækkelig aktivitet, og der er ikke hjælpepersonale. "Faste samarbejdsaftaler omkring hurtig overflytning" tilgodeser ikke det forhold. Der er brug for en klar udmelding om, at antallet af lægebemandede akutklinikker i en region skal være begrænset til xx (måske 3-4?) pr. 1.000.000 borgere.

10. **"Styrket samarbejde omkring almen medicinske tilbud i vagttid**

At samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og de almen medicinske tilbud i vagttid styrkes og udvikles, herunder muligheden for at der indgås nærmere aftaler om samarbejdet i relation til eksempelvis sygebesøg."

Kommentarer

God anbefaling, som der er gode erfaringer med i Aalborg, hvor der er en lokal aftale omkring koordinering med akutsygeplejersken både i dag- og vagttid. Det har hjulpet med at nedbringe antallet af genindlæggelser. Desværre har det været svært at få lignende aftaler i stand i andre dele af landet, så det skal der arbejdes aktivt for fra alle sider.

Kapitel 8 Vidensdeling

29. **"Adgang til centrale patientoplysninger på tværs**

At administrative, tekniske og organisatoriske forhold fortsat udvikles således, at sundhedspersonalet i den akutte sundhedsindsats umiddelbart kan tilgå centrale og kritiske patientoplysninger på tværs af sektorer, med inspiration fra gode erfaringer med FMK."

Kommentarer

Dette er en vigtig anbefaling. Det er korrekt, at arbejdet omkring fælles stamkort ikke tilgodeser behovet for helbredsmæssig datadeling, men handler om familie, kontaktpersoner og sprog mm.

DSAM foreslår, at der udarbejdes et "fælles diagnosekort" (FDK), der deles på tværs af alle aktører, ligesom FMK, og gerne som et faneblad under FMK. FDK skal holdes opdateret, så relevante kroniske og akutte diagnoser er indeholdt, og at det fremgår, hvilken behandler der har opfølgningen/næste status.

DSAM foreslår, at FDK udover FMK skal indeholde:

- CAVE (dvs. medicinallergier)
- Aktuelle kroniske diagnoser (dette vedligeholdes naturligt af den læge, der har behandlingsansvaret for pågældende kroniske lidelse, og ligger i forlængelse af receptfornyelser)
- Oplysninger om åbne ambulante forløb (evt. i form af den "fælles aftalekalender", som der arbejdes med i øjeblikket i SST)
- Beslutning om fravalg af hjerte-lunge redning

I den forbindelse skal der påpeges en tekstfejl: I teksten over anbefaling 29 står der *"de fire lægevagtsordninger og Region Hovedstadens akutte telefon 1813 har desuden adgang til vaccinationsregistret (CAVE)."*

Kommentarer

De har ikke adgang til CAVE. Vaccinationsregistret hedder DDV og ikke CAVE. CAVE bruges sædvanligvis om medicinallergier (som i CAVE penicillin), og det indgår beklageligvis ikke i FMK-online.

30. *"Integration mellem dokumentationssystemer på tværs*

At der sikres integration mellem de dokumentationssystemer, der anvendes i den sundhedsfaglige visitation, præhospitalt, på sygehuse, i kommunalt regi og almen praksis, herunder også elektronisk billedokumentation."

Kommentarer

Som altid skal man overveje, hvad der er relevant at dele. For meget information er ikke en fordel, når de relevante oplysninger drukner i mængden.

Men specielt vedrørende den præhospitale journal: Som det er nu, får egen læge ikke oplysninger om indlæggelser via 112. Vi får først oplysningerne, når patienten udskrives, og epikrisen indløber ofte flere uger senere. Det er u hensigtsmæssigt for opfølgning af patientbehandlingen i almen praksis.

Med venlig hilsen



Anders Beich
Formand, DSAM