

DASEM HOLDNINGSPAPIR 2024

AKUTMEDICIN I DANMARK

ANBEFALINGER

FORFATTERE

- Anh-Nhi Thi Huynh, ledende overlæge, Præhospitalet Region Midtjylland, speciallæge i akutmedicin, ekstern lektor Aarhus Universitet, bestyrelsesmedlem i DASEM
- Anders Brøns Møllekær, overlæge, klinisk lektor, MBA, ph.d., speciallæge i akutmedicin, Esbjerg Sygehus
- Gerhard Tiwald, cheflæge, FEBEM, Akutafdelingen, Sjællands Universitetshospital, Køge, speciallæge i akutmedicin
- Halfdan Lauridsen, ledende overlæge, Akutafdelingen, Nordsjællands Hospital, Hillerød, speciallæge i akutmedicin, bestyrelsesmedlem i DASEM
- Henrik Ømark, ledende overlæge, Esbjerg Sygehus/Odense Universitetshospital, speciallæge i akutmedicin, formand for DASEM
- Jacob Juul Jensen, ledende overlæge, MBA, speciallæge i akutmedicin, MBA, Esbjerg Sygehus
- Lasse Paludan Bentsen, hoveduddannelseslæge i akutmedicin og ph.d.-studerende i akutmedicin, Fælles Akutmodtagelse, Odense Universitetshospital, og Akutafdelingen, Kolding Sygehus
- Nadia-Kim Brinkmann Momme, hoveduddannelseslæge i akutmedicin, Akutafdelingen, Regionshospitalet Gødstrup, bestyrelsesmedlem i DASEM
- Sandra Langsted, hoveduddannelseslæge i akutmedicin, Akutafdelingen, Regionshospitalet Randers, ph.d.-studerende i akutmedicin, bestyrelsesmedlem i DASEM

Rapporten er godkendt af DASEMs bestyrelse i 2023/24.

FORORD

Dette holdningspapir har til formål at beskrive DASEMs holdning, vision og anbefalinger med hensyn til, hvad akutmedicin er – og ikke er, og hvad specialet kan bidrage med i de kommende år, hvor sundhedsvæsenet står over for en omfattende reorganisering.

På vegne af DASEM bestyrelsen 2023/24

INDHOLD

FORFATTERE	2
FORORD	3
EXECUTIVE SUMMARY	6
SAMMENFATNING AF ALLE ANBEFALINGER	7
INTRODUKTION	10
HVAD ER AKUTMEDICIN?	12
Akutmedicinske kernekompetencer	12
HVEM ER DEN AKUTTE PATIENT?	14
PATIENTER, DER BØR MODTAGES I AKUTMODTAGELSER	15
PATIENTER, DER BØR MODTAGE ET ANDET BEHANDLINGSTILBUD	15
1 AKUTMODTAGELSERNES ORGANISATION	16
1.1 INTRODUKTION	17
1.2 UDFORDRINGER	17
Crowding	17
Ulige adgang til sundhed	18
1.3 AKUTMODTAGELSENS ORGANISATIONSMODEL	18
1.4 OPERATIONEL LEDELSE AF AKUTMODTAGELSENS ORGANISATIONSMODEL	21
Input	22
Akutmodtagelsens Throughput (interne processer)	23
Output	28
1.5 DATAMONITORERING OG INNOVATION	28
Styrket kvalitet og anvendelse af data på tværs af sektorer	28
Styrket udvikling og implementering af nye teknologier	28

2	UDDANNELSE, PERSONALE OG ARBEJDSMILJØ	29
2.1	ENSARTET UDDANNELSE	30
2.2	PATIENTFLOW, PERSONALEBEMANDING OG ARBEJDSSTILRETTELÆGGELSE	31
	Patientindtag og døgnvariation	31
	Patientbehov og crowding	32
2.3	ARBEJDSMILJØ	34
3	HVORDAN SIKRES AKUTMEDICINSK FAGLIGHED?	35
3.1	FORSKNING	36
3.2	TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE	36
4	HVAD ER DER BRUG FOR PÅ NATIONALT NIVEAU?	37
4.1	INDLEDNING	38
4.2	DIMENSIONERING – AKTUELT OG FREMTIDIGT BEHOV FOR AKUTLÆGER	38
4.3	UDDANNELSESOPGAVER I AKUTAFDELINGEN	39
	Læger under klinisk basisuddannelse (KBU)	39
	Uddannelseslæger med selvstændigt virke fra andre specialer	39
	BEGREBS- OG ORDFORTEGNELSE	40
	REFERENCER	41

EXECUTIVE SUMMARY

Det danske sundhedsvæsen er i disse år under pres pga. et stigende behov for sundhedsydelse, flere og dyrere behandlingsmuligheder og knaphed på ressourcer, både i form af personale og finansiering. Presset på sundhedsvæsenet forværres af utilstrækkelig sammenhæng mellem sektorer samt geografisk ulighed i sundhed.

Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM) ser en velorganiseret akutmedicinsk indsats med fokus på høj faglighed og rationel ressourceudnyttelse som en del af løsningen til at skabe sammenhængende og kvalitetsorienterede patientforløb.

Akutmedicin er i dansk sammenhæng en nyere lægefaglighed, der internationalt har en mangeårig tradition og er defineret som et *lægefagligt speciale dedikeret til initial rådgivning, visitation samt evaluering, diagnosticering, stabilisering og behandling af akut syge og tilskadekomne patienter i alle aldersgrupper, på rette tid og sted, med et spektrum af udifferentierede fysiske og adfærdsmæssige lidelser 24/7/365 dage om året.*

Vi er kommet et langt stykke ad vejen siden oprettelsen af akutmodtagelserne i slutningen af 00'erne og etableringen af det lægefaglige speciale i akutmedicin i 2018. Til trods for dette har udviklingen ikke været ensartet i landets regioner. Akutmodtagelsen og akutlægen er patientens første kontakt med hospitalet. Her afgøres patientens videre forløb: færdigbehandling, behov for hospitalets øvrige ressourcer eller et andet sundhedstilbud. Ca. 2/3 af alle akutte hospitalskontakter afsluttes i akutmodtagelsen.

Det er DASEMs opfattelse, at der er opstået usikkerhed om retningen for den akutmedicinske indsats på hospitalet og det akutmedicinske speciales rolle heri.

HOVEDLINJERNE I DASEMS ANBEFALINGER ER:

1. Sammenhængende og kvalitetsorienterede patientforløb samt rationel ressourceudnyttelse på akuthospitalet ved at fokusere på flere akutte behandlingstilbud i primærsektoren og patientens eget hjem. Den præhospitale visitation skal styrkes. Der skal gøres en indsats for større anvendelse af subakutte behandlingstilbud som alternativ til henvisning til akutmodtagelsen.
2. Ensartethed og lighed i behandlingen af akutte patienter ved større ensartethed i opbygningen af akutmodtagelserne med entydigt lægefagligt ansvar placeret hos den akutmedicinske speciallæge.
3. Større faglighed og beslutningsdygtighed i akutmodtagelserne ved at bemane disse med læger med et højere uddannelsesniveau end i dag. Der skal være færre af de alleryngste læger (KBU), gradvist flere introduktions- og hoveduddannelseslæger i akutmedicin og flere akutmedicinske speciallæger.

SAMMENFATNING AF ALLE ANBEFALINGER

KAPITEL 1 AKUTMODTAGELSERNES ORGANISATION

DASEM ANBEFALER

- En ensartet behandling med tilstedeværelse af specialisterkompetencer i akutmedicin 24/7/365.
 - At akutmodtagelserne organiseres som selvstændige afdelinger.
 - At alle akutafdelinger overgår til at være selvstændige afdelinger, og at regionerne udarbejder tidsplaner herfor.
 - At lægevagtsfunktionen varetages af speciallæger i almen medicin.
 - At det lægefaglige og kliniske ansvar samt den operationelle ledelse af kapacitet og patientflow i akutmodtagelsen varetages af en akutlæge.
 - At alle akutte patienter har et struktureret patientforløb bestående af systematisk symptombaseret modtagelse, udredning, behandling og observation ved akutlægen.
 - At akutmodtagelserne indfører ensartet dokumentation i en akutjournal.
 - At de 5 regioner og 21 akutmodtagelser efterkommer de nationale anbefalinger fra SST 2020 angående mulighed for assistance i akutmodtagelsen.
 - At der opstilles nationale mål for adgangen til parakliniske undersøgelser uanset tidspunkt på døgnet.
 - At der på nationalt plan indføres betegnelsen AKUT KALD for patienter i ustabil, livstruende eller tidskritisk tilstand og med umiddelbart/hastende behov for assistance fra relevante lægefaglige specialer i akutmodtagelsen.
 - At akutlægen har visitationsret til hospitalet.
 - At styrke datadrevet kvalitetsudvikling og monitorering for akutte patienter med hospitalskontakter og derved sikre sammenlignelighed på tværs af Danmark.
 - At styrke kvaliteten i alle led af de akutte patientforløb.
-

KAPITEL 2

UDDANNELSE, PERSONALE OG ARBEJDSMILJØ

DASEM ANBEFALER

- At den lægefaglige udvikling målrettes det beskrevne fælles europæiske niveau, og at speciallægeuddannelsen tilrettelægges med henblik på opnåelse af samme kompetencer på tværs af afdelinger med forskellig organisation.
- At alle danske akutlæger søger certificering ved en internationalt anerkendt specialisteksamen (eksempelvis den europæiske (EBEEM) eller svenske (SWESEM) specialisteksamen i akutmedicin).
- At akutlægerne uanset ansættelsessted søger at vedligeholde viden og færdigheder svarende til hele porteføljen.
- At akutsygehuse udarbejder beredskabsplaner for håndtering af crowding.
- At fremmøde af klinisk personale dimensioneres ud fra estimerede maksimalbelastningsperioder og ikke kun ud fra gennemsnitlige patientindtag over tid.
- At arbejde uden for almindelig dagstid, f.eks. nattevagt, tæller ekstra i normtiden.
- At arbejde i en akutmodtagelse tilnærmes en 70/30-model, hvor 30 % af arbejdstiden allokeres som klinisk støttetid.

KAPITEL 3

HVORDAN SIKRES AKUTMEDICINSK FAGLIGHED?

DASEM ANBEFALER

- At den akutmedicinske forskning – som en væsentlig del af udviklingen af faglighed, uddannelse og innovation – understøttes og styrkes samt bidrager til udøvelse af evidensbaseret akutmedicin.
- At sygeplejersker, der er fastansat i akutafdelingen, tilbydes den kommende specialuddannelse i akutsygepleje, samt at kvalifikationer og kompetencer på området løbende bør udvikles.

KAPITEL 4

HVAD ER DER BEHOV FOR PÅ NATIONALT NIVEAU?

DASEM ANBEFALER

- At der planlægges en højere dimensionering af HU-stillinger for at imødekomme et aktuelt behov for 700 akutlæger på landsplan.
- At der dimensioneres en fuldt finansieret ratio for intro-/HU-stillinger på 5:1.
- At KBU-forløbene udfases eller i væsentlig grad reduceres i akutmodtagelserne.
- At KBU-forløb i akutmodtagelser kun tilbydes, såfremt der kan allokeres en tilstrækkelig ressource til supervision.
- At der for relevante lægefaglige specialer med akutfunktioner etableres en sideuddannelse i akutmedicin med ansættelse i akutmodtagelsen mhp. systematisk oplæring og vedligeholdelse af akutte generalistkompetencer og en symptombaseret tilgang.

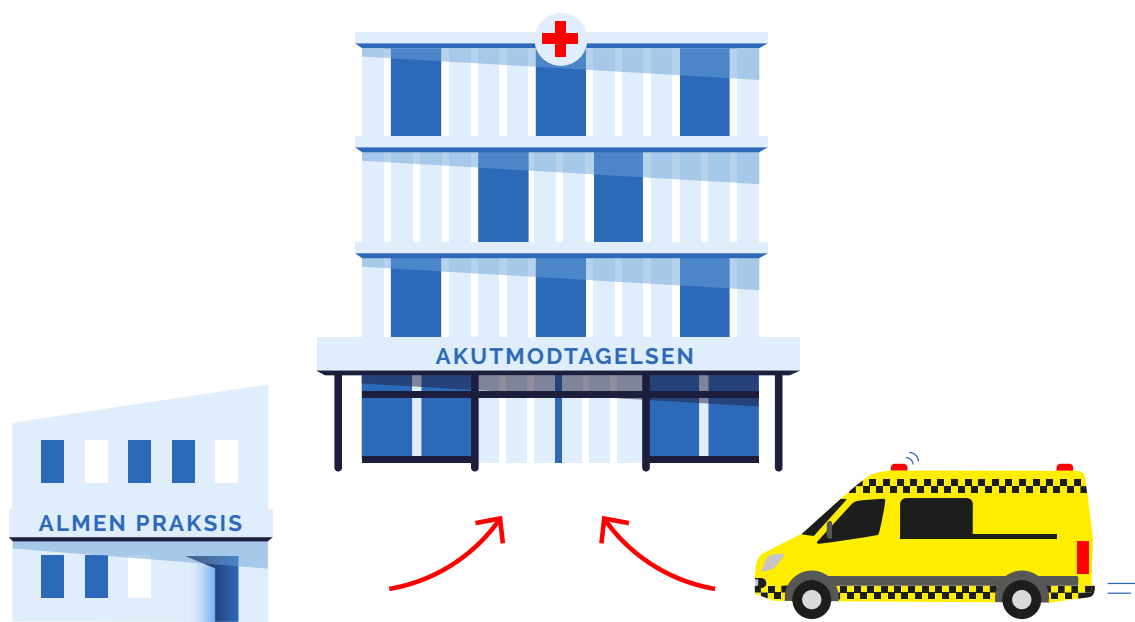
INTRODUKTION

Når borgerne i Danmark bliver akut syge eller kommer akut til skade og har brug for hospitalsbehandling, modtages de i en akutmodtagelse.¹

Siden 2007 har man i Danmark arbejdet målrettet på at centralisere de akutte hospitalsfunktioner for at løfte den faglige kvalitet. For at opnå de bedst mulige og mest sammenhængende patientforløb for akutte patienter er det nødvendigt med personale med kernekompetencer i akut modtagelse – af hensyn til både patienten og samfundet.

FIGUR 1

Patients vej ind på akut hospitalet



Akutmedicin er ressourcemæssigt gavnligt; fra akutmodtagelsen afsluttes ca. 70 % af de akutte patienter direkte (til eget hjem eller til videre opfølgingsforløb i primær eller sekundær sektor), hvilket sikrer, at akutsygehusets øvrige afdelinger kan fokusere på deres kerneydelser og et optimalt forbrug af de tilstedeværende ressourcer^{2,3}

For patienten er dette ligeledes gavnligt, da man kan forhindre unødige indlæggelse, forsinkelser og usammenhængende forløb.

En speciallæge i akutmedicin (akutlæge) er specialist i at modtage akutte patienter. Akutlægens kernekompetence er: at stabilisere/initiere akut behandling, at sikre sammenhæng i patientforløbet i det tværsektorielle felt, at koordinere de akutte forløb og at færdigbehandle de patienter, der ikke har behov for indlæggelse på hospitalet. Dette er kompetencer, som der er brug for hele døgnet, alle årets 365 dage.

Siden 2006 har Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM) været aktiv i det omfattende fagpolitiske arbejde med at etablere det lægefaglige speciale i akutmedicin. Akutmedicin blev anerkendt som lægefagligt speciale i 2018. Akutmodtagelserne fik dermed et fagligt løft til at sikre ensartet behandlingskvalitet for akutte patienter. Akutmedicin har således nu været et speciale i Danmark i fem år, men implementeringen af akutmedicin i landets akutmodtagelser har været meget forskellig og udfordres af betydelige forskelle i organisation og uddannelsesforløb, både på tværs af Danmark og inden for de fem regioner.

I 2020 udsendte Sundhedsstyrelsen en rapport med anbefalinger til organiseringen af den akutte sundhedsindsats.⁴ Ifølge rapporten spiller akutlæger en central rolle i den fremtidige akutte sundhedsindsats.



De store sygehusbyggerier er ved at stå færdige, den præhospitale indsats er udbygget, og på sygehuset er der kommet et akutmedicinsk speciale, som blandt andet sammen med den kommende specialsygeplejerske i akutsygepleje kommer til at spille en kernerolle i akutmodtagelsen.

(citat fra "Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats", SST 2020)

Også fra politisk side er der aktuelt et relevant fokus på behovet for bedre organisering og ressourceforbrug i sundhedsvæsenet. I 2023 udkom således den aktuelt siddende regerings såkaldte *Akutplan*, som har til formål at afhjælpe det pres, det danske sundhedsvæsen i øjeblikket oplever, og i forbindelse med dette oprettedes Strukturkommissionen, som skal undersøge konkrete beslutningsgrundlag. Baggrunden for udarbejdelsen af akutplanen angives bl.a. at være en utidssvarende organisation og et stigende antal behandlingskrævende patienter. Akutplanen sætter fokus på behovet for både skærpet prioritering, optimeret brug af ressourcer og et forbedret samarbejde mellem primær- og sekundærsektoren.⁵ På nuværende tidspunkt afventes en rapport fra Strukturkommissionen, hvilket DASEM ser frem til.

Som opfølgning på den seneste rapport fra 2016⁶, den seneste udvikling på akutområdet og det nyoprettede lægefaglige speciale finder DASEM det nødvendigt at beskrive vores anbefalinger til akutområdet: Hvad akutmedicin er – og ikke er, hvad specialet kan bidrage med i de kommende år, hvor sundhedsvæsenet forventeligt står over for en omfattende omstrukturering, og at vigtigheden af optimal anvendelse af ressourcer er afgørende for fremtidens sundhedsvæsen.

HVAD ER AKUTMEDICIN?

DASEMs definition af akutmedicin læner sig op ad internationale definitioner – fra lande, hvor akutmedicin er et veletableret lægefagligt speciale.



Akutmedicin er et lægefagligt speciale dedikeret til initial rådgivning, visitation samt evaluering, diagnosticering, stabilisering og behandling af akutte patienter i alle aldersgrupper, på rette tid og sted, med et spektrum af udifferentierede fysiske og adfærdsmæssige lidelser 24/7/365 dage om året.

(Kilde: EUSEM⁷/CAEP⁸)

Akutmedicin er ikke defineret af lokalitet, men praktiseres i forskellige omgivelser, herunder, men ikke begrænset til, hospitalsbaserede akutmodtagelser, akutklinikker, akutmedicinske udekørende funktioner, telemedicinsk visitation, rådgivning og behandling.

Akutmedicinske kernekompetencer

Såvel nationalt som internationalt er det forskelligt, hvordan akutmedicin praktiseres, ikke mindst grundet forskellige modeller for sundhedssystemer. Fra europæisk side tilstræber man at definere de akutmedicinske kompetencer (European Training Requirements 2022), så man på trods af forskellighederne har et fastlagt og standardiseret niveau for akutlæger.⁹

Med udgangspunkt i den opdaterede europæiske anbefaling for den akutmedicinske uddannelse fra 2022 fastlægges de akutmedicinske kernekompetencer, så de omfatter, men ikke er begrænset til, nedenstående:

FIGUR 2
Akutlægens kompetencer



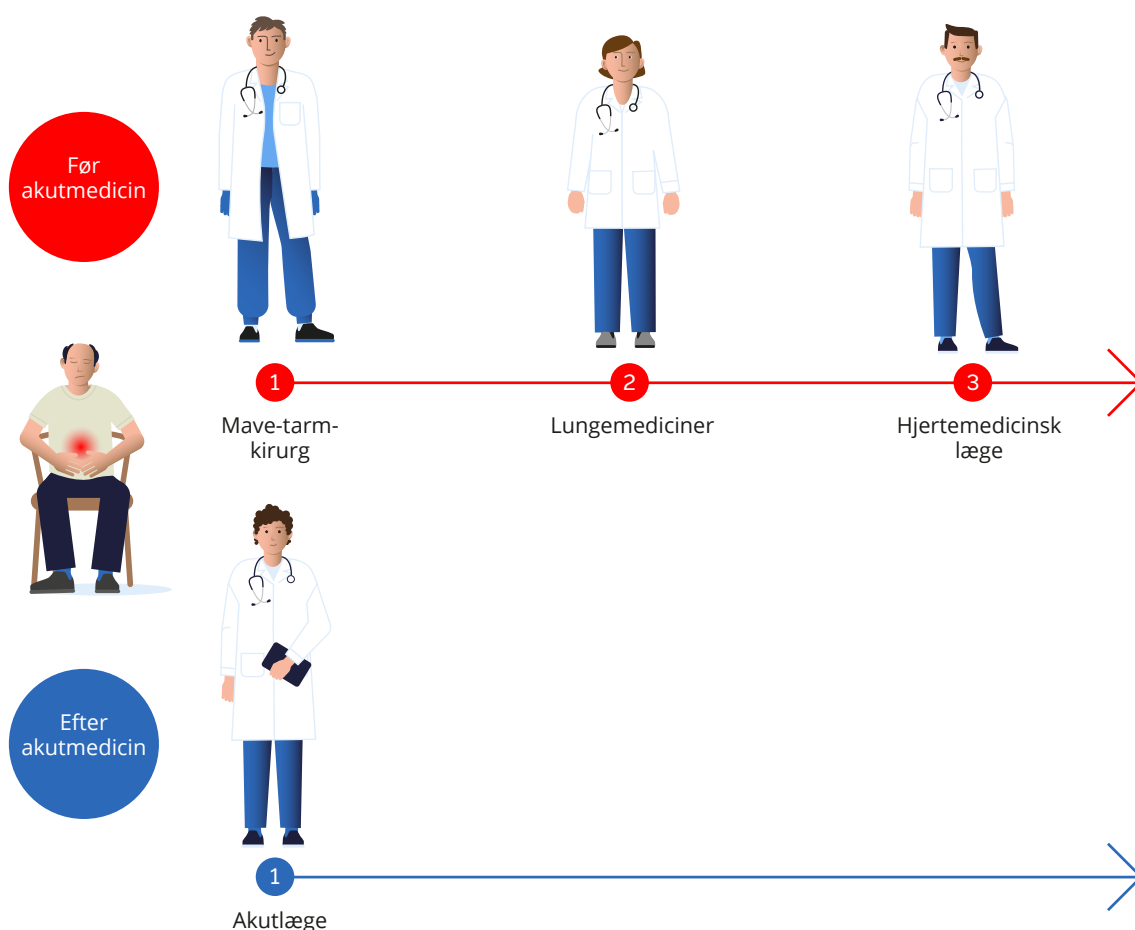
Tilstedeværelse af akutlæger med ovenstående kompetencer muliggør optimeret drift og udnyttelse af akuthospitalets ressourcer.¹⁰⁻¹⁵

HVEM ER DEN AKUTTE PATIENT?

Gruppen af akutte patienter er en heterogen gruppe med forskelligartede behov. I nogle tilfælde har akutte patienter behov for at blive vurderet, behandlet og evt. indlagt på et akuthospital. Dette foregår i dag primært via hospitalets akutmodtagelse. Adgangen til akutmodtagelsen sker efter visitation fra egen læge/vagtlæge/regional almenmedicinsk vagtordning eller gennem opkald til 112. Der er tale om sundhedsfaglig visitation for både somatisk og psykiatrisk sygdom.⁴

Før etableringen af akutmodtagelser visiterede man patienter direkte til hospitalsspecialer (f.eks. kirurgi, lungemedicin eller hjertemedicin) ud fra en formodet diagnose. Patienterne blev derfor modtaget af det specialespecifikke afsnit med primære kompetencer inden for den formodede diagnose.

FIGUR 3
Eksempel



Patient meldt med mavesmerter og mistanke om galdesten. Patienten visiteres til at blive modtaget af en mave-tarm-kirurg (specialespecifikt afsnit). Der findes ingen kirurgisk årsag til patientens mavesmerter, og patienten skal vurderes på ny. Patienten skal nu vurderes af et andet speciale, og man mistænker lungebetændelse, hvorfor patienten tilses af en lungemediciner. Denne finder ekg- forandringer og mistænker blodprop i hjertet, hvorefter en hjertemedicinsk læge kontaktes og stiller den endelige diagnose.

Ovenstående arbejdsgang er uhensigtsmæssig, forsinkende og kan være farlig for patienten. Der er derfor tidligt i patientforløbet behov for en specialiseret generalist med kendskab til alle akutte tilstande. Akutmodtagelsen har en afgørende rolle i at identificere de visiterede, akutte patienters behov. På den måde sikres høj værdi og sammenhæng i patientforløbet og optimering af akut-hospitalets ressourcer.

Ikke alle patienter, der ankommer til akutmodtagelsen, har et akut behandlingsbehov. Med en forventet øget efterspørgsel på akuthospitalets ydelser finder DASEM det nødvendigt at definere og afgrænse, hvilke patienter der skal ses i akutmodtagelsen. Behovet hos en række akutte patienter varetages bedst i en akutmodtagelse. Andre patienter vil have større gavn af andre sundhedstilbud. Nedenstående anbefalinger læner sig op ad nationale og internationale definitioner af akutte patienter:^{4,16}

1.1 PATIENTER, DER BØR MODTAGES I AKUTMODTAGELSER

En patient, der modtages i en akutmodtagelse, har behov for hospitalsbehandling og er kendetegnet ved følgende symptombillede:

- Akut opstået sygdom og/eller tilskadekomst
- Akut uforudset forværring i kronisk sygdom
- Akut ustabil, livstruende eller tidskritisk tilstand

1.2 PATIENTER, DER BØR MODTAGE ET ANDET BEHANDLINGSTILBUD

- Præhospitalt visiterede patienter^a
 - Patienter med sikker diagnose og behov for højtspecialiseret akutfunktion^b
 - Tvangsindlæggelseskrævende (rød og gul tvang) patienter i henhold til psykiatriloven uden somatisk behandlingsbehov
- Subakutte patienter
 - Stabile patienter med sygdom eller tilskadekomst, som kan afvente ambulant vurdering i relevant lægefagligt speciale
- Åben indlæggelse^c:
 - Stabile patienter med forventet forværring i kendt sygdom med åben indlæggelse tilknyttet lægefaglig specialespecifik stamafdeling
- Genindlæggelse
 - Stabile patienter med fortsatte kendte symptomer efter nylig udskrivelse (<72 timer efter udskrivelse)

a Definition af "præhospital": ambulance og ikke almen praksis

b Eksempel: kvinder i fødsel eller med akutte graviditetskomplikationer nær termin, patienter med akut koronarsyndrom til invasiv terapi, patienter med apopleksi (ref.: SST 2020, *Anbefalinger for den akutte sundhedsindsats – Planlægningsgrundlag for de kommende 10 år*)

c Definition: patienter med særlig aftale om indlæggelse direkte i stamafdelingen uden om sædvanlige henvisnings- og visitationsprocedurer

AKUT- MODTAGELSERNES ORGANISATION

1

1.1 INTRODUKTION

Sundhedsstyrelsen traf i 2007 beslutning om at etablere akutmodtagelser. I dag er landets 21 akutmodtagelser organiseret på mange forskellige måder, hvilket skaber en uensartet struktur, et forskelligartet behandlingstilbud til de akutte patienter og ulige adgang til sundhed på tværs af landet. Ved at have fokus på akutmodtagelsernes organisation, bl.a. ved optimal kapacitetsstyring, ressourceforbrug samt ensartet faglighed, kan dette bidrage til de bedst mulige akutte patientforløb.^{10,17-20} En optimal organisationsmodel tager bl.a. højde for struktur, speciallægebemanding, faglighed, kapacitetsstyring og behandlingsansvar.

Med dette afsnit ønsker DASEM at gøre det klart, hvordan vi mener, at akutte patienter kan sikres en ensartet og høj kvalitet ud fra de tilgængelige ressourcer.

1.2 UDFORDRINGER

Forskellig og uhensigtsmæssig organisering af akutmodtagelserne medvirker til udfordringer i form af f.eks. crowding, ulighed i sundhed og ineffektiv ressourceudnyttelse.^{19,21,22}

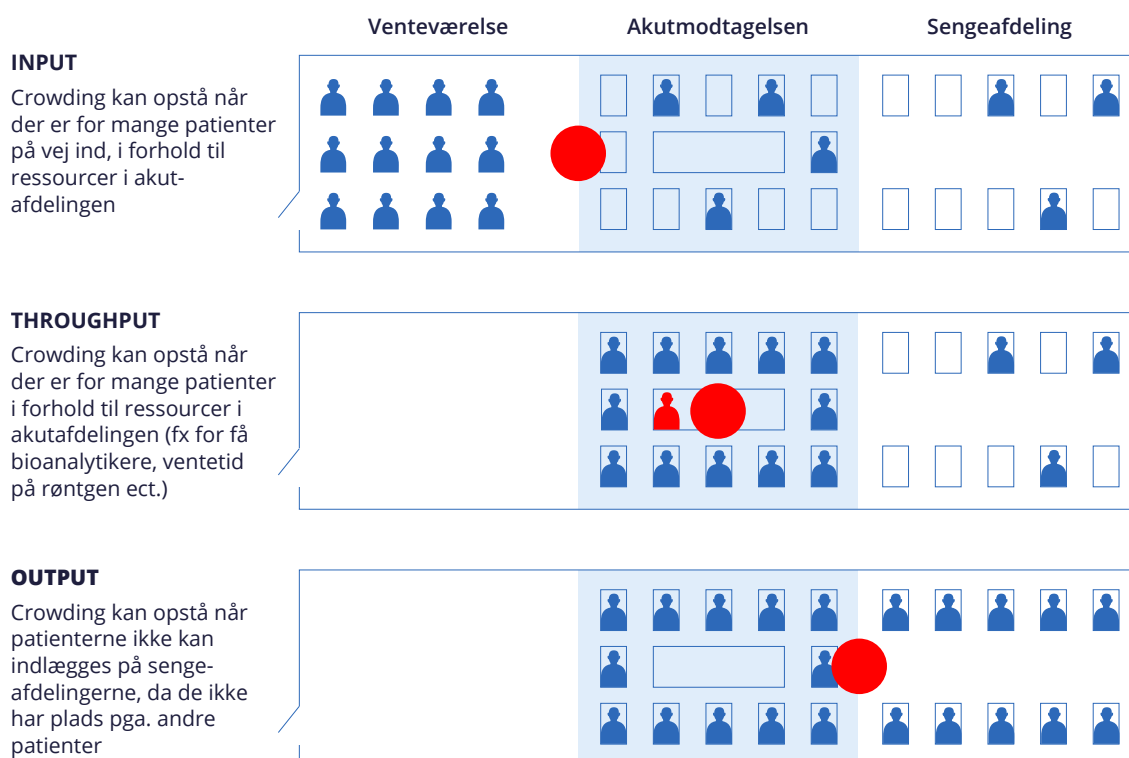
Crowding

Når behovet for akut patientbehandling i kritisk grad overstiger akutmodtagelsens kapacitet og ressourcer – benævnt "crowding", kommer patientsikkerheden under pres.²³ Crowding har andre negative effekter. Det forsinker patienternes udredning og behandling, udfordrer afdelingernes uddannelsesforpligtelse og forringer arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse af personale.^{24,25}

For at forebygge crowding anbefaler DASEM et øget fokus på følgende tre processer i patientforløbet: patientens vej ind i, igennem, og ud af akutmodtagelsen (Input-Throughput-Output).

FIGUR 4

Crowding kan opstå tre steder



Ulige adgang til sundhed

Den manglende ensartethed i organisationsmodellerne på tværs af landet betyder, at patienterne modtager varierende behandlingstilbud i akutmodtagelserne. Dette synes ikke foreneligt med det stigende politiske fokus på lighed i sundhed.⁴ Det gælder både somatiske og psykiatriske patienter.

I næste afsnit søges det belyst, hvordan akutmodtagelsernes organisation kan bidrage til at forebygge ovenstående.

1.3 AKUTMODTAGELSENS ORGANISATIONSMODEL

Der er tidligere blevet beskrevet forskellige organisationsmodeller i akutmodtagelserne (Virtuel, Hybrid og Independent).²¹ Akutmodtagelsernes organisation har vist sig at have betydning for kvalitet og lighed i patientbehandlingen.^{4,10,26} Studier har vist, at Hybrid- og Virtuel-modellen har en negativ indvirkning på behandlingskvaliteten for visse patientgrupper sammenlignet med Independent-modellen.²⁷

De tre organisationsmodeller er beskrevet i nedenstående tabel 1 og figur 5

TABEL 1

Beskrivelse af de organisatoriske karakteristika for de tre organisationsmodeller

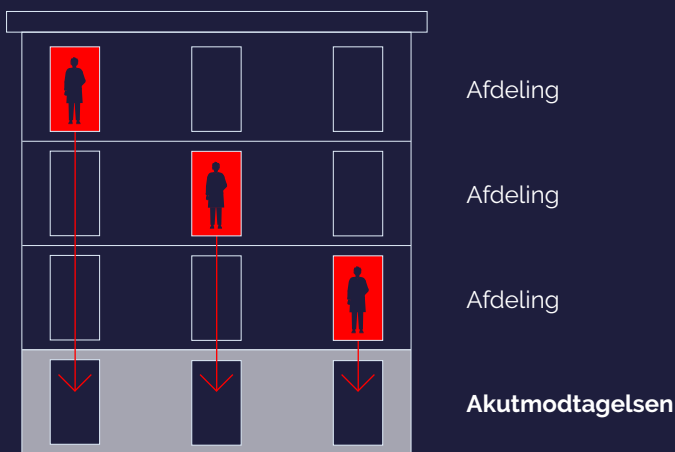
ORGANISATORISKE KARAKTERISTIKA	VIRTUEL	HYBRID	SELVSTÆNDIG (INDEPENDENT)
Ansættelsesforhold for speciallæger og sygeplejersker	Ansæt i andre afdelinger	Fastansatte i akutmodtagelsen eller andre afdelinger	Kun fastansatte i akutmodtagelsen
Speciallægebemanding og faglighed	Ingen speciallæger. Læger tilkaldes fra andre specialer.	Speciallæger i akutmedicin og speciallæger med anden specialebaggrund	Speciallæger i akutmedicin
Behandlingsansvar	Akutmodtagelsen har intet behandlingsansvar	Akutmodtagelsen + andre afdelinger har behandlingsansvaret	Akutmodtagelsen
Akutmedicinsk kompetenceniveau	Lavt	Middel	Højt
Styring af kapacitet/ patientflow i akutmodtagelsen	Begrænset	Middel	Høj

FIGUR 5

Oversigt over organisationsmodeller (virtuel, hybrid og independent,).

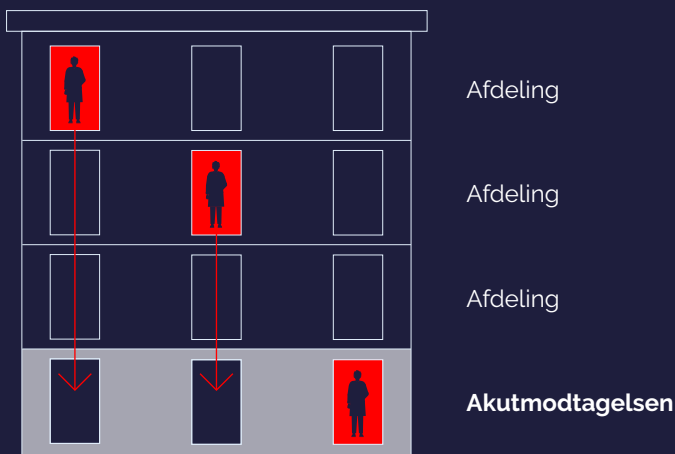
VIRTUEL:

akutafdelingen bemandedes med læger ansat fra andre afdelinger



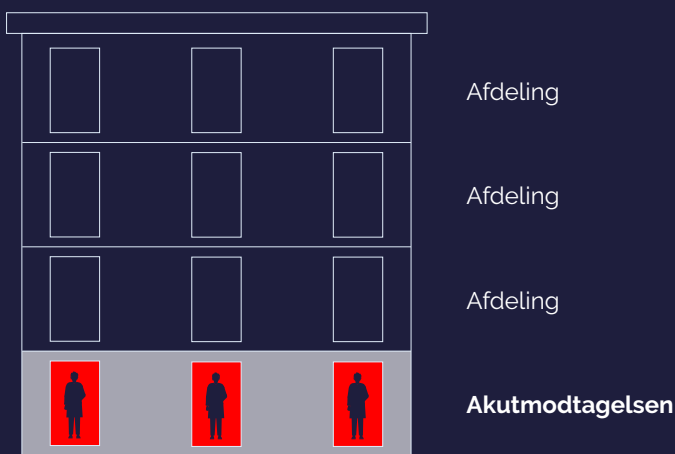
HYBRID:

akutmodtagelsen bemandedes med læger ansat fra andre afdelinger og læger ansat i akutafdelingen



INDEPENDENT:

akutmodtagelsen bemandedes med læger ansat i akutmodtagelsen



Med udgangspunkt i Independent-modellen og ovenstående tabel ønsker DASEM at tydeliggøre, at akutmodtagelserne skal have en selvstændig afdelings struktur på lige fod med hospitalets andre afdelinger²¹. F.eks. intensivafdelingen, der har selvstændigt ledelsesansvar og et tæt samarbejde med de øvrige specialer.

BESKRIVELSE AF DEN OPTIMALE ORGANISERING AF EN AKUTMODTAGELSE

Ledelsesansvar

- Akutmodtagelsen har selvstændig ledelse for læger og sygeplejersker, der arbejder i akutmodtagelsen.

Speciallægebemanding og faglighed

- Bagvægtsfunktioner skal varetages af akutlæger.
- Patienter udredes og behandles af akutmodtagelsens læger og efter behov i samarbejde med andre specialer.
- Sygeplejersker ansat i akutmodtagelsen skal være akutsygeplejersker eller tilbydes denne uddannelse.
- Akutmodtagelsen modtager og varetager den akutte behandling af de fleste patientkategorier (jf. afsnit 5).
- Akutmodtagelsen bemandes, så kapaciteten matcher behovet (se afsnit 7).

Ansættelsesforhold for speciallæger og sygeplejersker

- Speciallæger, sygeplejersker og yngre læger, der arbejder i akutmodtagelsen, er ansat i akutmodtagelsen og ikke i andre afdelinger.

Behandlingsansvar

- Læger ansat i akutmodtagelsen har behandlingsansvaret for patienter i afdelingen.

Styring af patientflow i akutmodtagelsen

- Akutlægen har det overordnede ledelses- og koordinationsansvar for alle patientforløb.

DASEM mener, at patienter altid skal mødes med høj faglig kvalitet hos akutlæger uanset geografi og tidspunkt. DASEM mener desuden, at en optimal organisation af akutmodtagelsen bidrager til, at de samarbejdende specialer kan frigøre ressourcer til at varetage egne kernekompetencer.

DASEM ANBEFALER

- En ensartet behandling med tilstedeværelse af specialistkompetencer i akutmedicin 24/7/365.
- At akutmodtagelserne organiseres som selvstændige afdelinger.
- At alle akutafdelinger overgår til at være selvstændige afdelinger, og at regionerne udarbejder tidsplaner herfor.

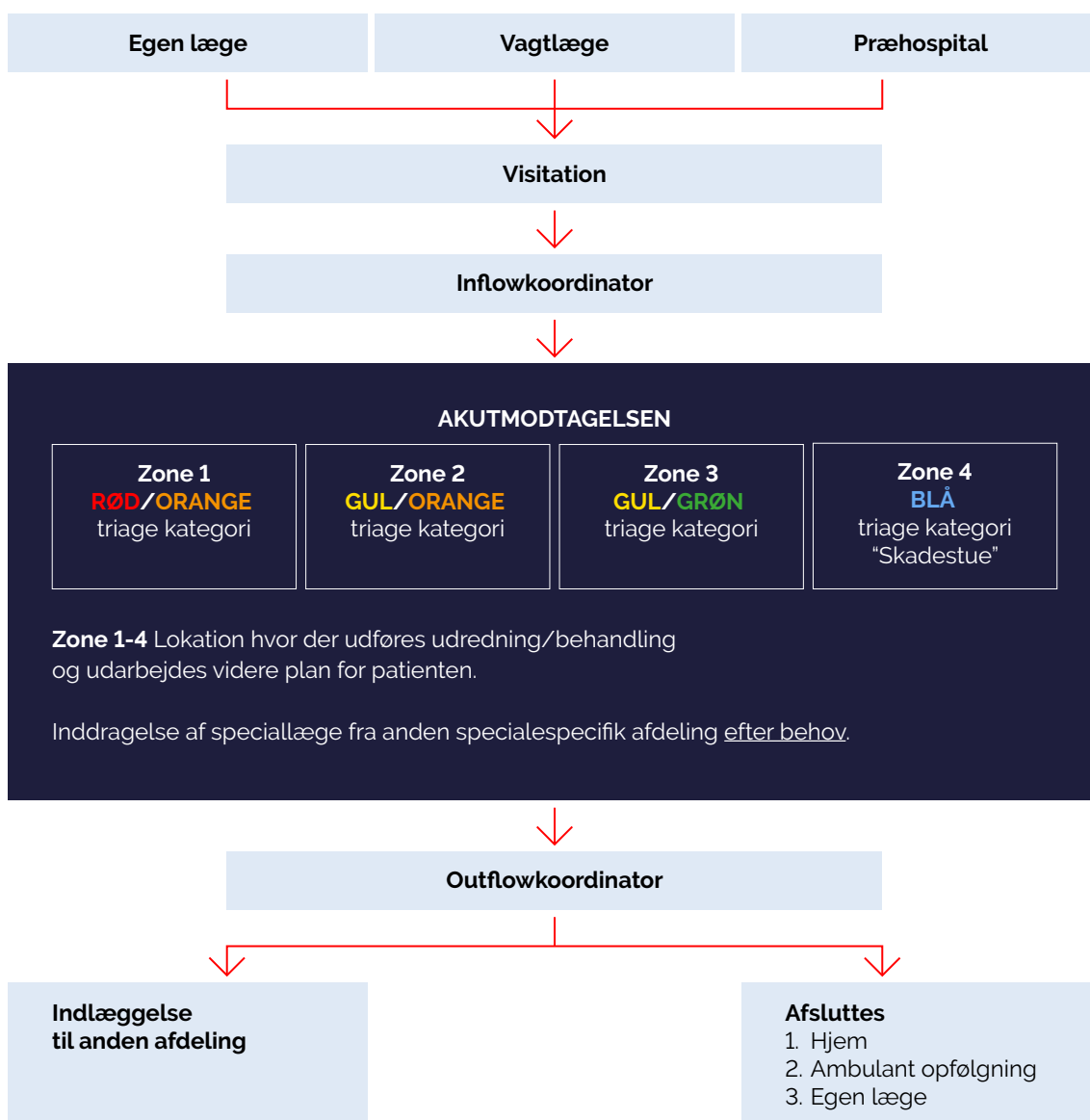
1.4 OPERATIONEL LEDELSE AF AKUTMODTAGELSENS ORGANISATIONSMODEL

Akutmodtagelsens operationelle ledelse er karakteriseret ved styring af de ressourcer og processer, der leder frem til udredning og behandling af de akutte patienter i afdelingen. Dette kan inddeles i tre delelementer

1. Input
2. Throughput
3. Output

FIGUR 6

Eksempel på hvordan patientflowet i en akutmodtagelse kan organiseres baseret på teamstruktur



Input

Den demografiske udvikling med flere ældre borgere og flere borgere med kroniske sygdomme vil medføre et stigende antal kontakter i akutmodtagelserne, hvis der ikke etableres alternative tilbud.

Sundhedsfaglig visitation

Korrekt visitation af henviste akutte patienter til og fra akutmodtagelsen er en forudsætning for at sikre rettidig behandling af tidskritiske tilstande samt forebygge unødigt ventetid og crowding, der påvirker patientsikkerheden.

Henvielse til akutmodtagelsen af patienter med behov for akut udredning og behandling på et hospital sker primært via:

- Almen praksis
- Lægevagt/1813
- 112

Det er vigtigt, at det er den rigtige patientpopulation, der henvises til akutmodtagelserne. Denne population er kendetegnet ved at opfylde definitionerne i afsnit 5 – Hvem er den akutte patient? Patienter med behov for andre sundhedstilbud, f.eks. almen praksis eller ambulatorium, skal henvises dertil.

Lægevagtsfunktionen er under omorganisering, og opgaven er i flere regioner helt eller delvist overgået til en regional organisation.

Lægevagtsfunktionen har essentiel betydning for korrekt visitation af akutte patienter. Opgaven bør derfor varetages i regi af almenmedicinske speciallæger, da det er dette speciale, der har kompetencerne til behandling og visitation af denne patientgruppe.

Visitationen til akutmodtagelser bør monitoreres for at sikre kvalitet, og at patienter får et passende udrednings- og behandlingstilbud.

DASEM ANBEFALER

- At lægevagtsfunktionen varetages af speciallæger i almen medicin.

Akutmodtagelsens Throughput (interne processer)

Throughput er de processer, der foregår i en akutmodtagelse. Her er det nødvendigt at sikre et klart og entydigt behandlingsansvar for de patienter, som opholder sig i afdelingen.

De nødvendige kompetencer til at varetage udredning og behandling på en optimal måde skal være til stede. Dette sikres gennem uddannelse af akutmodtagelsens personale. Kernen i dette arbejde er akutlægen.

For at sikre en ensartet og høj faglig kvalitet skal der være et tilstrækkeligt antal akutlæger til at drive afdelingen. På den måde vil patienter, der ikke har behov for en længere indlæggelse, blive færdigbehandlet og udskrevet, mens patienter med behov for indlæggelse vil blive visiteret til det speciale, som er bedst egnet til at tage sig af netop denne patient.

Speciallægen i front

Modtagelsen af akutte patienter bør altid ske under ansvar og med involvering af en akutlæge. Såfremt patienten har behov for videre udredning/behandling fra et andet speciale, overgår behandlingsansvaret dertil, og patienten flyttes til et stamafsnit. Det betyder, at akutlægen er aktivt involveret ved den første kliniske vurdering. Ved at have akutlægen i front kan optimal ressourceudnyttelse og kvalitet i patientbehandlingen sikres.

DASEM ANBEFALER

- At det lægefaglige og kliniske ansvar samt den operationelle ledelse af kapacitet og patientflow i akutmodtagelsen varetages af en akutlæge.

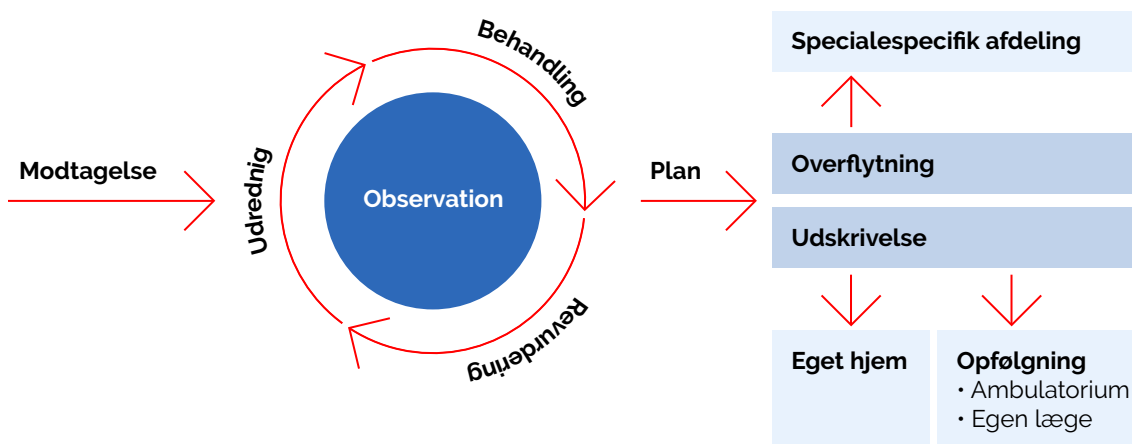
Akutte patientforløb i akutmodtagelsen

Kerneopgaven i akutmodtagelsen er systematisk symptom-baseret håndtering af alle akutte patienter. Den består af: modtagelse, udredning, behandling, kontinuerlig observation og revurdering. Denne systematik øger patientsikkerheden og faciliterer, at patienter med tidskritiske behandlingsbehov ikke overses eller venter for længe.

Datatræk fra akutmodtagelsen på Nordsjællands Hospital viser, at op mod 70 % af de akutte patientforløb afsluttes i akutmodtagelsen. For skadestueforløbene er andelen endnu større.

FIGUR 7

Patientforløbet i akutmodtagelsen



Modtagelse

Før patientens ankomst til akutmodtagelsen forbereder akutlægen og akutsygeplejersken sig ved at orientere sig i henvisningen og den præhospitale journal.

Ved ankomst måles vitalparametre. Der tages evt. blodprøver. Samtidig foretages en klinisk vurdering ved en akutsygeplejerske eller akutlæge. Dette danner basis for prioritering af en hastegrad.

Udredning og behandling

Forløbsplanen for den akutte patient bygger på en status for udførte undersøgelser, altså et beslutningsgrundlag, tilvejebragt ved indledende udrednings- og behandlingsmæssige tiltag baseret på følgende:

- Klinisk vurdering ud fra anamnese, ABCDE-gennemgang og fokuseret objektiv undersøgelse
- Stillingtagen samt godkendelse af parakliniske undersøgelser (biokemi og radiologi)
- Medicin
- Evt. faglig konference/tilsyn (øvrige lægefaglige specialer)
- Diagnostisk konklusion

Plan

På baggrund af forløbsplanen fastlægges en videre plan med henblik på enten et fortsat akut forløb eller indlæggelse på hospitalet. Dette beror på en lægefaglig vurdering for det videre forløb på baggrund af følgende muligheder:

1. Færdigbehandling i akutmodtagelsen
 - A. Afslutning til eget hjem
 - B. Opfølgning
 - i. Afslutning til eget hjem – opfølgning ved kommune og almen praksis
 - ii. Subakut henvisning til ambulatorium
2. Indlæggelse:
 - A. Indlæggelse på specialespecifik stamafdeling

Den systematiske symptombaserede tilgang og tilsvarende forløb for den akutte patient er mulig, da akutlægen har specialistkompetencer til kontinuerlig vurdering af patienten samt iværksættelse af behandlingen og revurdering af effekten.

DASEM ANBEFALER

- At alle akutte patienter har et struktureret patientforløb bestående af systematisk symptombaseret modtagelse, udredning, behandling og observation ved akutlægen.

Dokumentation (akutjournalen)

Dokumentationsbehovet i et akut patientforløb er anderledes end det, man tidligere så ved indlæggelse på et specialespecifikt afsnit. Der dokumenteres ud fra patientens symptomer og de relevante kliniske fund.

En akutjournal indeholder det relevante fra den systematiske modtagelse, udredning, behandling og observation:

1. Aktuelt/status (fokuseret anamnese og klinisk vurdering)
2. Svar på parakliniske undersøgelser
3. Behandlingsplan
4. Relevant opdatering af medicin

DASEM ANBEFALER

- At akutmodtagelserne indfører ensartet dokumentation i en akutjournal.

Assistance i akutmodtagelsen – fagligt tilsyn

Et somatisk akuthospital og et akuthospital der varetager både somatik og psykiatri, skal jf. Sundhedsstyrelsen (SST) altid have mulighed for assistance:⁴

Umiddelbart^d fra speciallæger i tilstedeværelsesvagt på matriklen inden for kompetenceområderne

- Anæstesiologi
- Intern medicin (i et af de ni specialer)
- Kirurgi
- Ortopædkirurgi
- Diagnostisk radiologi (som minimum rådighedsvagt)
- Pædiatri (hvis varetaget på matriklen)
- Gynækologi og obstetrik (hvis varetaget på matriklen)
- Psykiatri/Børne- og ungdomspsykiatri (hvis varetaget på matriklen)

Inden for kort tid^e fra speciallæger i tilstedeværelsesvagt på matriklen inden for kompetenceområde

- Intern medicin: kardiologi – ved særlig geografi etableres telemedicinsk løsning til andet akutsygehus

Dagtid alle ugens dage^f fra speciallæger inden for kompetenceområde

- Intern medicin: geriatri – tværfaglig ekspertise

DASEM ANBEFALER

- At de 5 regioner og 21 akutmodtagelser efterkommer de nationale anbefalinger fra SST 2020 angående mulighed for assistance i akutmodtagelsen.

Assistance i akutmodtagelsen – parakliniske undersøgelser

Udredning af akutte patienter stiller store krav til det diagnostiske setup for at sikre kvalitet og effektivitet i det enkelte patientforløb hele døgnet. Adgang til billeddiagnostiske undersøgelser samt analyse af biokemiske og mikrobiologiske prøver er en forudsætning for, at de akutte patientforløb kan gennemføres uden andet end fagligt begrundet ventetid. Det er i den forbindelse vigtigt, at der etableres nationale standarder for, hvilke undersøgelser der skal være tilgængelige på et akuthospital hele døgnet.

Jf. SST 2007 skal akutmodtagelsen tilbyde lige behandlingskvalitet hele døgnet. Tidskritiske parakliniske undersøgelser udgør en afgørende del af akutlægens arbejde. Derfor er døgndækkende tilgængelighed nødvendig.

d Definition af umiddelbart: Straks, Lige efter, Spontan

e Definition af kort tid: fysisk tilstedeværelse hos patienten inden for 1 time/30 min. ved behov for EKKO

f Definition af dagtid: arbejde mellem 08.00 og 18.00

Eksempel:

- Klinisk biokemi: akut/haster-blodprøver < 1 time
- Klinisk mikrobiologi: akut/haster-blodprøver < 1 time
- Diagnostisk radiologi: akut/haster-radiologi (røntgen/CT/MR-scanninger) – umiddelbart^g
- Diagnostisk radiologi: almindelig radiologi (røntgen) – umiddelbart
- Diagnostisk radiologi: almindelig radiologi (CT/MR-scanninger) < 3 timer

DASEM ANBEFALER

- At der opstilles nationale mål for adgangen til parakliniske undersøgelser uanset tidspunkt på døgnet.

Assistance i akutmodtagelsen – akut kald

Et akuthospital har i forbindelse med akut ustabile patienter med livstruende eller tidskritiske tilstande behov for at samle et team med henblik på hurtigt at skabe overblik og beslutningskraft ved aktivering af et *Akut Kald* med involvering af flere forskellige relevante lægefaglige specialer. Det gælder f.eks. ved hjertestop eller traumemodtagelse.

Se nedenstående eksempler til inspiration:

- AKUT KALD – hjertestop
- AKUT KALD – medicin
- AKUT KALD – traume
- AKUT KALD – kirurgi
- AKUT KALD – pædiatri

DASEM ANBEFALER

- At der på nationalt plan indføres betegnelsen AKUT KALD for patienter i ustabil, livstruende eller tidskritisk tilstand og med umiddelbart/hastende behov for assistance fra relevante lægefaglige specialer i akutmodtagelsen.

^g Definition af umiddelbart: Straks, Lige efter, Spontant

Output

Når en akut patient er tilstrækkeligt udredt og afklaret, og det derigennem er afgjort, at patienten har behov for fortsat indlæggelse på hospitalet, skal akutlægen have visitationsret til alle hospitalets afdelinger. Visitationsretten udøves under hensyntagen til hospitalets samlede kapacitet. Dette er nødvendigt for at forhindre, at afklarede patienter forbliver liggende i akutmodtagelsen og skaber crowding til fare for den almene patientsikkerhed.

DASEM ANBEFALER

- At akutlægen har visitationsret til hospitalet.

1.5 DATAMONITORERING OG INNOVATION

Styrket kvalitet og anvendelse af data på tværs af sektorer

Monitorering af data for de akutte patientforløbsprocesser er essentielt for at kunne understøtte kapacitetsstyring og kvalitet i patientbehandlingen.

RKKP-databasen for akutte hospitalskontakter er i dag den væsentligste kvalitetsdatabase for akutmodtagelserne. DASEM ønsker, at RKKP-databasen for akutte hospitalskontakter videreudvikles med henblik på at give klinisk relevante kvalitetsdata.²⁸

DASEM ANBEFALER

- At styrke datadrevet kvalitetsudvikling og monitorering for akutte patienter med hospitalskontakter og derved sikre sammenlignelighed på tværs af Danmark.

Styrket udvikling og implementering af nye teknologier

Den nuværende udvikling i det danske samfund og stigningen i antal akutte patienter, som tilses i akutmodtagelserne, skaber et stort og pågående behov for innovation og for at udvikle kvaliteten i patientbehandlingen. Udvikling og hurtig implementering af nye teknologier skal styrkes i alle led af værdikæden for det akutte patientforløb.

DASEM ANBEFALER

- At styrke kvaliteten i alle led af akutte patientforløb.

UDDANNELSE, PERSONALE OG ARBEJDSMILJØ

2

2.1 ENSARTET UDDANNELSE

Som beskrevet i afsnit 6 er akutmodtagelserne i Danmark organiseret på mange forskellige måder. Ikke alle akutmodtagelser arbejder med hele den akutmedicinske portefølje. Nogle akutmodtagelser har ansvar for skadestuen, nogle afdelinger håndterer patienter med akutte brystmerter, akut abdomen, traumer eller mistanke om meningitis. Andre afdelinger ser ingen af disse patienter, eller de ser måske helt andre udsnit af den akutte patientpopulation. Dette giver stor variation i vilkårene for uddannelsen af akutlæger. Løsningen er at gennemføre en mere ensartet organisationsmodel på tværs af landet, så akutte funktioner samles i akutmodtagelser, hvorved der kan gives en sammenhængende uddannelse i specialiets kliniske kernekompetencer.

En del af de speciallæger, der arbejder i akutmodtagelserne, er ikke akutlæger, men har en anden specialefaglig baggrund. Vi ønsker at harmonisere kompetenceniveauet hos disse speciallæger, da de har et medansvar for supervision af næste generation af akutlæger. Der er derfor behov for, at alle speciallæger kan leve op til yngre lægers uddannelsesbehov.

Den hurtige faglige og organisatoriske udvikling af akutmedicin medfører et behov for, at kompetencerne hos akutlæger på alle niveauer sikres og udvikles.

En mulighed for harmonisering er, at danske akutlæger bliver certificeret på grundlag af en internationalt anerkendt specialisteksamen, f.eks. den europæiske (EBEEM) eller svenske (SWESEM) specialisteksamen i akutmedicin. På den måde vil man også drage nytte af de erfaringer, man har gjort i lande, hvor akutmedicin har været etableret i længere tid. Det vil være et nybrud inden for lægevidenskaben i Danmark, hvor vi ikke har tradition for at eksaminere kompetencer efter endt universitetsstudium.

DASEM ANBEFALER

- At den lægefaglige udvikling målrettes det beskrevne fælles europæiske niveau, og at speciallægeuddannelsen tilrettelægges med henblik på opnåelse af samme kompetencer på tværs af afdelinger med forskellig organisering.
- At alle danske akutlæger søger certificering ved en internationalt anerkendt specialisteksamen (eksempelvis den europæiske (EBEEM) eller svenske (SWESEM) specialist-eksamen i akutmedicin).
- At akutlægerne uanset ansættelsessted søger at vedligeholde viden og færdigheder svarende til hele porteføljen.

2.2 PATIENTFLOW, PERSONALEBEMANDING OG ARBEJDSTILRETTELÆGGELSE

Akutmodtagelsens belægning og flowstyring udgøres af fire elementer

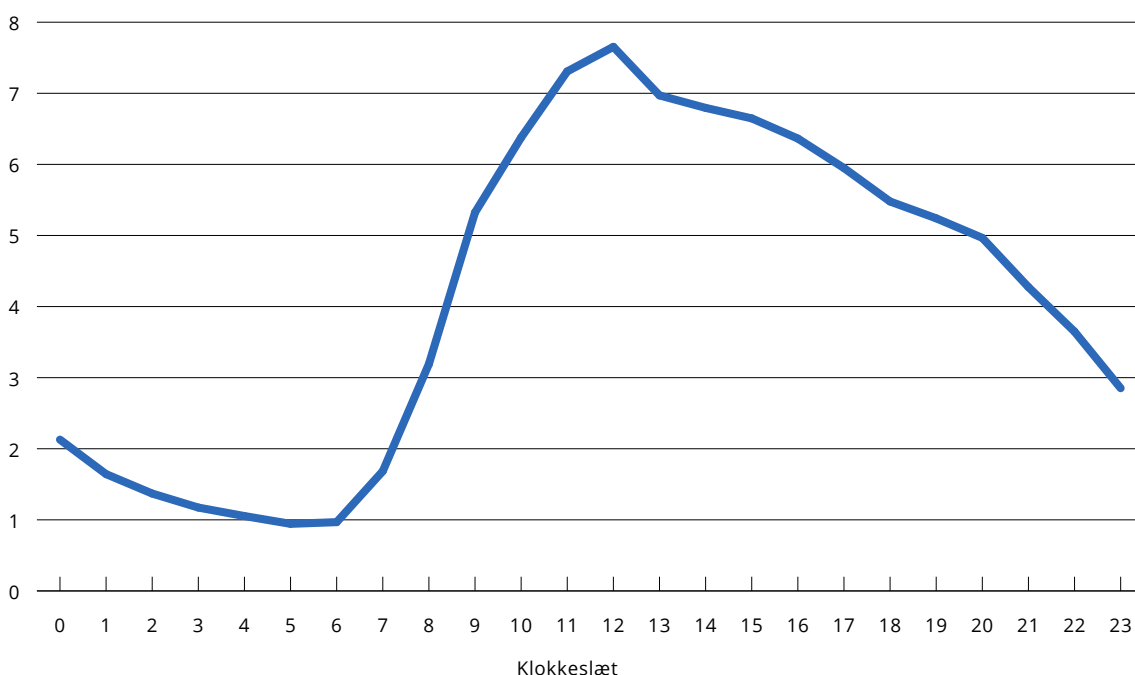
- Patientindtag – Hvor mange patienter ankommer?
- Døgnvariation – Hvornår kommer patienterne?
- Patientbehov – Hvad fejler patienterne?
- Kompetencer – Hvilke forudsætninger har personalet for at løse opgaven?

Patientindtag og døgnvariation

Akutmodtagelsens patientindtag har en typisk døgnvariation med størst indtag om eftermiddagen/aftenen og det mindste indtag om natten. Samles data over en længere periode, kan man tegne en gennemsnitsgraf (se nedenstående figur 8).

FIGUR 8

Oversigt af procentvis patientindtag pr time i 2022 i Region Sjælland og Region Hovedstaden

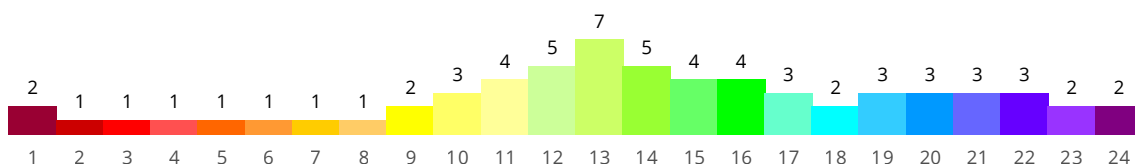


Oversigt over døgnvariation af patientindtaget i Region Sjælland og Region Hovedstaden (1. jan. – 31. dec. 2022). Formen på kurven er kendt som "hvalen". Data trukket fra Sundhedsplatformen i april 2023.

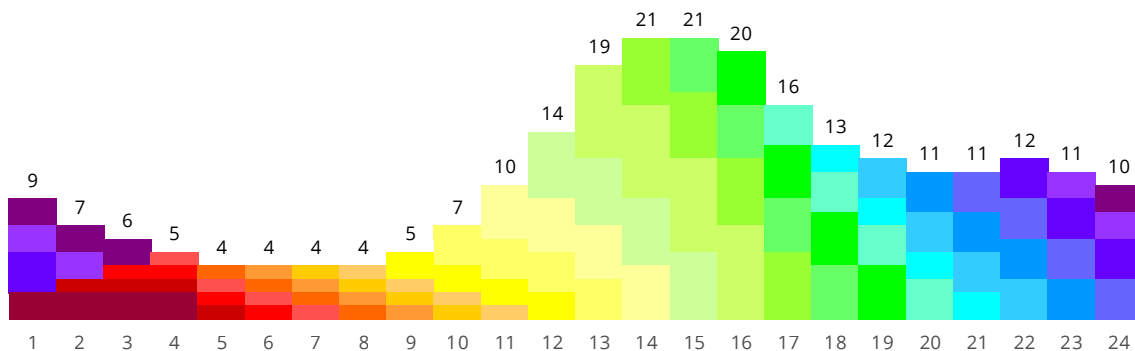
Det gennemsnitlige patientindtag dækker imidlertid over en enorm variation. Dette gør sig ikke bare gældende fra dag til dag, men også fra time til time. Mandag er statistisk set ofte en ekstra travl dag, men en hvilken som helst ugedag kan vise sig at have flest patienter. Derfor er det vigtigt, at man ikke kun planlægger bemanning ud fra gennemsnitstal, men inddrager den observerede variation af patientindtaget. Ellers vil man hyppigt opleve crowding, altså at der er for få ressourcer til at tage sig af patienterne (se fig. 9).

FIGUR 9

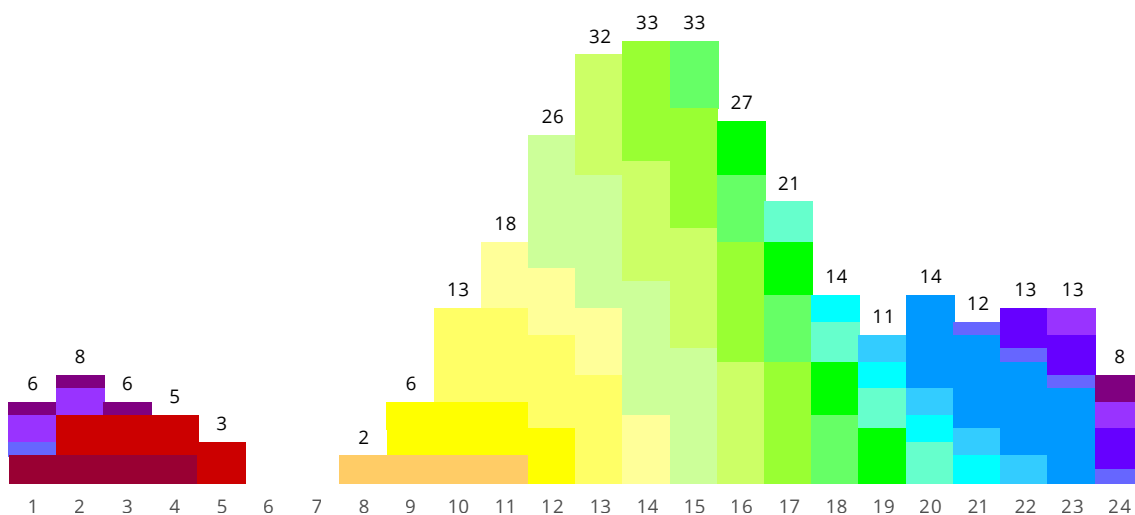
Model for pasienindtag i juli 2021 på akutafdelingen på Sjællands Universitetshospital, Køge



1) Gennemsnitlig ankomst af patienter/time fordelt på døgnets timer.



2) Antal patienter i afdelingen fordelt på døgnets timer. Hver ankommet patient opholder sig 4 timer i afdelingen.



3) Antal patienter i afdelingen på en dag med crowding. Hver ankommet patient opholder sig 4 timer i afdelingen.

Figuren viser et eksempel fra juli 2021 på Akutafdelingen på Sjællands Universitetshospital, Køge. Udgangspunktet er 23 sengepladser. Dataudtræk er baseret på data fra Sundhedsplatformen. Trukket august 2021. Modellen viser, hvordan antallet af patienter, der opholder sig i akutmodtagelsen, varierer i løbet af døgnet på hhv. en gennemsnitsdag og en dag med crowding. Bemærk, at der er flest patienter eftermiddag og aften. Afdelingen har årligt 20-25 dage med crowding.

Patientbehov og crowding

Belægningsprocenten afhænger både af, hvor mange patienter, der kommer, og hvor længe de opholder sig i afdelingen. Opholdstiden er en funktion af patienternes kompleksitet, personalets kompetencer og afdelingens belægning. Et veluddannet personale kan håndtere mange patienter uden crowding, mens et rutineret personale bruger længere tid på hver patient. Få komplekse patienter kan lægge beslag på mange af afdelingens ressourcer.

I tilfælde af crowding tager det længere tid at afklare og behandle patienterne, fordi der opstår flaskehalse med ventetid på f.eks. blodprøver, skanning, en ledig seng eller læge. Crowding forværrer crowding og giver ikke mindst risiko for både øget morbiditet og mortalitet, hvilket er veldokumenteret i litteraturen.^{25,29}

Alle patienter har samme behov for ensartet og højt kvalificeret akutmedicinsk behandling uanset tidspunktet på døgnet. Derfor bør personalefremmødet på akutmodtagelserne planlægges markant anderledes end fremmødet på sygehusenes andre afdelinger, hvor der er mest personale til stede i almindelig dagtid.

Personaleressourcens størrelse og sammensætning må tages i betragtning, når kapacitet over for patientgrundlag organiseres. Det gælder både for læger, sygeplejersker og personale fra samarbejdende serviceafdelinger (portører, bioanalytikere, radiografer m.fl.) som bør være tilpasset akutmodtagelsens døgnrytme. Den skal være tilstrækkeligt dimensioneret, således at patientforløb og behandling varetages patientsikkert og i et godt arbejdsmiljø.

Akutsygehusets afdelinger bør i fællesskab udarbejde retningslinjer for, hvornår der er tale om crowding, og etablere et trinvist beredskab for håndtering af dette.

DASEM ANBEFALER

- At akutsygehuse udarbejder beredskabsplaner for håndtering af crowding.
- At fremmøde af klinisk personale dimensioneres ud fra estimerede maksimalbelastningsperioder og ikke kun ud fra gennemsnitlige patientindtag over tid.

2.3 ARBEJDSMILJØ

Et godt arbejdsmiljø i akutmodtagelserne er med til at sikre rekruttering og fastholdelse af personalet til gavn for patientsikkerheden.³⁰

Det kliniske arbejde i en akutmodtagelse er karakteriseret ved stor variation, uforudsigelighed, vedvarende højt tempo, og risiko for belastning og stress. Det er vilkår, som er en naturlig del af arbejdet med akutte patienter. Det er for belastende kun at have arbejdsfunktion i denne høj-intensive zone. Akutmedicin er et vagttungt speciale med hyppig forekomst af skæve arbejdstider. Skæve arbejdstider kan vanskeliggøre work-life-balancen og belaster medarbejdernes sundhed.

Træthed kan medføre alvorlige hændelser og være skadelig for patientsikkerheden.³¹ Inden for andre faggrupper som eksempelvis lastbilchauffører og piloter findes der restriktioner på arbejdstiden for at sikre, at træthed og udmattelse ikke har negativ betydning for hverken personale eller andre.^{32,33} Lignende restriktioner findes ikke for sundhedspersonale, fraset den aktuelt gældende lovgivning for arbejdsmiljø.³⁴ Trods denne lovgivning planlægges der ofte med vagter, som overstiger 13 timer, hvor udgangspunktet er, at personalet sjældent får tid til hvile efter gældende overenskomst.

I lande, hvor specialet er veletableret, har man imødegået ovenstående udfordringer på flere måder. I Sverige er der etableret en overenskomstmodel for læger, hvor f.eks. nattevagt tæller ekstra i normtidsregnskabet. På den måde reduceres mængden af vagtarbejde, og der etableres tid, hvor lægen kan restituere³⁵.

I Australien og New Zealand arbejder man efter en 70/30-model, hvor 70 % af arbejdstiden foregår med patientkontakt, mens 30 % er *klinisk støttetid (clinical support time)*. Det arbejde, der udføres som klinisk støttetid, er kendetegnet ved at være uden direkte patientkontakt, f.eks. patientsikkerheds- og kvalitetsarbejde, innovation, forskning og egen eller andres uddannelse.³⁶ Dvs. funktioner, som også skaber udvikling og værdi for arbejdspladsen.

DASEM ANBEFALER

- At arbejde uden for almindelig dagtid, f.eks. nattevagt, tæller ekstra i normtiden.
- At arbejde i en akutmodtagelse tilnærmes en 70/30-model, hvor 30 % af arbejdstiden allokeres som klinisk støttetid.

HVORDAN SIKRES AKUTMEDICINSK FAGLIGHED?

3

3.1 FORSKNING

DASEM udgav i 2019 holdningspapiret "Akutmedicinsk forskning".³⁷ Det blev skrevet i et udgangspunkt, hvor specialet fortsat var helt nyoprettet i Danmark. Oprindeligt blev der oprettet tre professorater på hhv. Syddansk Universitet, Aarhus Universitet og Københavns Universitet ved årsskiftet 2011/2012. Der er otte akutmedicinske professorater med flere meget produktive forskningsenheder, som både omfatter in- og præhospital akutmedicin. Dette på trods af, at akutmedicin fortsat er et af de specialer, som får tilført begrænsede fondsmidler sammenlignet med ældre og mere veletablerede lægefaglige specialer.

Den akutmedicinske forskning adskiller sig fra andre lægefaglige specialer ved, at forskningen er tværfaglig og har mange snitflader til andre specialer. Tidligere har fokus ofte været på især tidskritiske tilstande, men den øgede aktivitet og udbredelse betyder nu, at forskningen også har fokus på organisation, tværfagligt samarbejde med eksempelvis det præhospitale miljø, identificering og risikostratificering af en lang række patientgrupper, kvalitetsudvikling og meget andet. Forskningsområdet har især fokus på symptomatologi frem for udelukkende at koncentrere sig om enkelte diagnoser.

Akutsygeplejeforskning er øget markant med flere ph.d.-studerende og sygeplejeakademi.

DASEM ANBEFALER

- At den akutmedicinske forskning – som en væsentlig del af udviklingen af faglighed, uddannelse og innovation – understøttes og styrkes samt bidrager til udøvelse af evidensbaseret akutmedicin.

3.2 TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

For at skabe optimale patientforløb er det væsentligt at understrege, at akutlægerne er afhængige af et tværfagligt samarbejde om den akutte patient. Akutmodtagelsens sygeplejersker og øvrige personale arbejder med akutlægen i et tæt arbejdsfællesskab.

Et afgørende skridt for en styrket akutmodtagelse er derfor den kommende implementering af specialet i akutsygepleje, der klæder sygeplejerskerne bedre på til at løfte den krævende opgave at være klar til håndtering af alle akutte tilstande i samarbejde med akutlægen. En udvikling, der forventes at kunne fastholde personalekompetencer i retning af en fag- og udviklingskultur, der løfter området op på et niveau, vi ikke har set før i Danmark.

DASEM ANBEFALER

- At sygeplejersker, der er fastansat i akutafdelingen, tilbydes den kommende specialuddannelse i akutsygepleje, samt at kvalifikationer og kompetencer på området løbende bør udvikles.

HVAD ER DER BRUG FOR PÅ NATIONALT NIVEAU?

4

4.1 INDLEDNING

For at efterleve de politiske intentioner om en samlet indsats for akutområdet spiller akutlægen en afgørende rolle i det akutte patientforløb.⁴ Tre forhold er afgørende for, at potentialet kan forløses:

- En kritisk masse af akutlæger til at bemande akutmodtagelserne.
- Tilstrækkelig dimensionering af uddannelsesstillinger i akutmedicin for at opbygge den kritiske masse af akutlæger.
- Mulighed for at opnå akutmedicinske kompetencer på egen akutmodtagelse, jf. ensartet organisationsstruktur efter Independent-modellen (se afsnit 6).

4.2 DIMENSIONERING – AKTUELT OG FREMTIDIGT BEHOV FOR AKUTLÆGER

Region Sjælland har i 2022 beregnet, at der er behov for 100 akutlæger til at bemande regionens fire akutmodtagelser. Ved ekstrapolering af befolkningstallet giver det et nationalt behov på ca. 700 speciallæger i akutmedicin.

I august 2023 var der 146 speciallæger i akutmedicin i Danmark. En del af disse arbejder ikke klinisk i specialet, og halvdelen er over 50 år, jf. autorisationsregisteret. Der er således et markant underskud af akutlæger i Danmark.

Der udbydes i øjeblikket 35 hoveduddannelsesstillinger (HU-stillinger) i akutmedicin pr år, hvilket ifølge Sundhedsstyrelsens Dimensioneringsplan for 2024-2028 forventes fastholdt. Med den nuværende uddannelseskadence vil en kritisk masse af akutlæger således først nås om 20 år.

Introduktionsstillinger i akutmedicin er populære, men ikke alle intro-læger søger efterfølgende videre i en speciallægeuddannelse i akutmedicin. I Region Syddanmark er ratioen for introduktionsstillinger og påbegyndte HU-stillinger 4:1. Videreuddannelsesregion Nord har opgjort en tilsvarende ratio på 4,6:1. Det må derfor anses som et minimum, at der udbydes 4-5 introduktionsstillinger for hver HU-stilling for at sikre den nødvendige søgning til HU-stillingerne i akutmedicin.

DASEM ANBEFALER

- At der planlægges en højere dimensionering af HU-stillinger for at imødekomme et aktuelt behov for 700 akutlæger på landsplan.
- At der dimensioneres en fuldt finansieret ratio af intro-/HU-stillinger på 5:1.

4.3 UDDANNELSESOPGAVER I AKUTAFDELINGEN

Læger under klinisk basisuddannelse (KBU)

I de seneste 15 år er en stor andel KBU-læger påbegyndt deres første ansættelse efter medicinstudiet i akutmodtagelserne. KBU-lægerne har således udgjort en væsentlig del af den lægelige driftsnormering.³⁸

Størstedelen af de akutte patienter modtages og færdigbehandles efter få timers ophold i en akutmodtagelse. Dette er kun patientsikkert muligt, når der er relevant specialistkompetence til stede, som selv fysisk vurderer patienterne. Dette kan naturligvis ikke selvstændigt varetages af en KBU-læge. Af samme årsag er der en del specialer, som slet ikke har KBU-læger. Det gælder f.eks. pædiatri, gynækologi/obstetrik og anæstesi.

Erfaringerne indtil nu har vist at:³⁹

- KBU-lægerne oplever et presset arbejdsmiljø pga. et stort patientindtag, imens de lærer at tage ansvar i deres nye lægeroller.
- Det akutte patientindtag består af patienter med bred diversitet og kompleksitet samt tidskritiske tilstande, hvilket kan skabe utrygge rammer for KBU-lægenes uddannelse.
- KBU-lægerne udgør fortsat størstedelen af bemanningen i mange akutmodtagelser, hvilket udfordrer patientflowet og -sikkerheden pga. stor variation i de enkelte lægers kompetencer.
- KBU-lægenes kortvarige ophold i akutmodtagelserne (6 mdr.) udfordrer akutmodtagelsernes organisation mht. at levere stabil drift, ensartet kvalitet og lighed i sundhed.
- Ratioen for speciallæger og uddannelseslæger er lavere i akutmodtagelserne sammenlignet med andre specialer (dvs. færre speciallæger pr. uddannelseslæge). Speciallægerne må således bruge en væsentlig større del af deres tid på uddannelse af KBU-læger i stedet for effektiv patientbehandling.

DASEM ANBEFALER

- At KBU-forløbene udfases eller i væsentlig grad reduceres i akutmodtagelserne.
- At KBU-forløb i akutmodtagelser kun tilbydes, såfremt der kan allokeres en tilstrækkelig ressource til supervision.

Uddannelseslæger med selvstændigt virke fra andre specialer

I fremtiden vil mange af de akutte tilstande, som før blev set af andre lægefaglige specialer, blive håndteret af akutlæger i akutmodtagelserne. Uddannelseslæger fra disse specialer vil derfor have behov for sideuddannelse i akutmedicin for at få erfaring med de akutte tilstande, som de kan møde på de almindelige sengeafsnit.

DASEM ANBEFALER

- At der for relevante lægefaglige specialer med akutfunktioner etableres en sideuddannelse i akutmedicin med ansættelse i akutmodtagelsen mhp. systematisk oplæring og vedligeholdelse af akutte generalistkompetencer og en symptombaseret tilgang.

BEGREBS- OG ORDFORTEGNELSE

ABCDE *Synonym: ABCDE-gennemgang*

ABCDE er en systematisk tilgang, som kan anvendes til alle kritisk syge og tilskadekomne: A = Airway (luftveje), B = Breathing (vejrtrækning), C = Circulation (kredsløb), D = Disability (neurologisk status eller »hjernen«), E = Exposure (eksponering).

ABCDE-tilgangen er en enkel og systematisk metode, der bidrager til ro og overblik.

Metoden hjælper behandleren med at prioritere undersøgelser og behandlingstiltag og giver hurtigt et indtryk af, hvor alvorlig situationen er. ABCDE-tilgangen er ikke kun en undersøgelse, men omfatter også simple, men ofte livreddende behandlingstiltag. Principperne for ABCDE-tilgangen er basale og kan anvendes af alle sundhedsprofessionelle.⁴⁰

Akutlæge *synonym for akutmedicin*

Akutmedicin *Lægefagligt speciale i akutmedicin*

Speciallæge i akutmedicin (gennemført hoveduddannelsesforløb i udlandet/Skandinavien eller meritforløb). Der er aktuelt ingen gennemførte danske hoveduddannelsesforløb i akutmedicin, da specialet først blev anerkendt i 2018.

Kan være læger med specialisering via meritordning (f.eks. en speciallæge i almen medicin, der har taget meritordning for at blive speciallæge i akutmedicin).

Akutmodtagelse *Synonym for akutafdeling*

Hovedopgaven for en akutafdeling er at medvirke til at sikre, at alle patientgrupper hurtigst muligt vurderes og behandles eller passerer videre til relevant specialafdeling eller sendes hjem eventuelt med behandlingsplan uden for sygehuset. Akutafdelingen medvirker til, at den akutte syge patient har én indgang til sygehusbehandling. Ved akutafdelinger (inkluderer betegnelserne fælles akutmodtagelser og traumecentre, FAM, akutmodtagelse) forstås en afdeling på et sygehus, hvor patienter modtages efter visitation i almen praksis eller via vagtcentral eller vagtlæge, dvs. en akutmedicin i en akutafdeling modtager, identificerer og triagerer akutte uselekterede patienter.⁴¹

Crowding *Internationalt anerkendt begreb – synonym for ED-overcrowding*

En situation, hvor der er ubalance i patientindtaget og akutmodtagelsens kapacitet til at arbejde effektivt og/eller en belastning af kapaciteten af sengepladser på sygehuset for patienter med behov for indlæggelse.⁴²

I-læge *Læge i introduktionsstilling*

En læge, der indgår i en 1-årig stilling inden for et lægefagligt speciale.

HU-læge *Læge i hoveduddannelsesstilling*

En læge, der indgår i en 4-5-årig stilling for at blive uddannet speciallæge i et lægefagligt speciale. Har som udgangspunkt afsluttet en introduktionsstilling forud for ansættelse i en hoveduddannelsesstilling i det respektive lægefaglige speciale.

Klinisk personale *Tværfagligt personale, ansat i en akutmodtagelse med klinisk kontakt til patienter*

(f.eks. læge, sygeplejerske)

Klinisk støttetid *Oversættelse af det engelske begreb "clinical support time"*

Arbejde uden direkte patientkontakt f.eks. patientsikkerheds- og kvalitetsarbejde, innovation, forskning og egen eller andres uddannelse.

REFERENCER

1. Sundhedsministeret I-o. Kommunalreformen – kort fortalt. December 2005. <https://im.dk/media/6776/kommunalreformen-kort-fortalt.pdf>
2. Dawood MA, Ertner G, Hansen-Schwartz J. Reinforcement of emergency department reduces acute admissions to medical department. *Dan Med J.* Dec 2016;63(12)
3. Al-Mashat H, Lindskou TA, Møller JM, Ludwig M, Christensen EF, Søvsø MB. Assessed and discharged – diagnosis, mortality and revisits in short-term emergency department contacts. *BMC Health Serv Res.* Jun 23 2022;22(1):816. doi:10.1186/s12913-022-08203-y
4. Sundhedsministeret I-o. Anbefalinger for den akutte sundhedsindsats – Planlægningsgrundlag for de kommende 10 år 2020. 09.10.2020. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Akut-anbefalinger/Akut-anbefalinger/Rapport_Anbefalinger_Akut_Sundhedsindsats.ashx
5. Sundhedsministeriet I-o. Aftale om en akutplan for sygehusvæsenet. 2023. 23. februar
6. Ældreministeret S-o. De danske akutmodtagelser – status 2016. Juni 2016
7. Medicine ESfE. What is EM? Updated n.d, besøgt 23 nov 2023. <https://eusem.org/about-us/emergency-medicine/what-is-em>
8. McEwen J, Borreman S, Caudle J, et al. Position Statement on Emergency Medicine Definitions from the Canadian Association of Emergency Physicians. *Cjem.* Jul 2018;20(4):501-506. doi:10.1017/cem.2018.376
9. Specialists EUoM. European Training Requirements for the Specialty of Emergency Medicine, European Standards of Postgraduate Medical Specialist Training. Updated published 2022, n.d, viewed 23 September 2023. <https://www.uems-em.eu/training-and-education/european-training-requirements-for-emergency-medicine>
10. E. H. Ofstad BDS, J. Dale, L. P. B.-W. Bjørnsen & B. Sørslett. Effekter av økt legefaglig kompetanse i akuttmottak. *Dansk Tidsskrift for Akutmedicin* 2021;Vol. 4(1):3-9. doi:10.7146/akut.v4i1.121305
11. Li CJ, Syue YJ, Tsai TC, Wu KH, Lee CH, Lin YR. The Impact of Emergency Physician Seniority on Clinical Efficiency, Emergency Department Resource Use, Patient Outcomes, and Disposition Accuracy. *Medicine (Baltimore).* Feb 2016;95(6):e2706. doi:10.1097/md.0000000000002706
12. Moon S, Kim T, Park H, et al. Effect of emergency physician-operated emergency short-stay ward on emergency department stay length and clinical outcomes: a case-control study. *BMC Emerg Med.* May 12 2023;23(1):47. doi:10.1186/s12873-023-00813-x
13. Burström L, Nordberg M, Ornung G, et al. Physician-led team triage based on lean principles may be superior for efficiency and quality? A comparison of three emergency departments with different triage models. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* Aug 20 2012;20:57. doi:10.1186/1757-7241-20-57
14. Burström L, Engström ML, Castrén M, Wiklund T, Enlund M. Improved quality and efficiency after the introduction of physician-led team triage in an emergency department. *Ups J Med Sci.* 2016;121(1):38-44. doi:10.3109/03009734.2015.1100223
15. Holliman CJ, Mulligan TM, Suter RE, et al. The efficacy and value of emergency medicine: a supportive literature review. *Int J Emerg Med.* Jul 22 2011;4:44. doi:10.1186/1865-1380-4-44
16. American College of Emergency Physicians A. Definition of Emergency of Emergency Medicine – Policy statement. Januar 2021
17. Mattsson MS, Jørsboe HB. Patients experience satisfaction and less initial waiting time after implementation of an Emergency Department with an observation unit. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine.* 2013;21(S2):A38-A38. doi:10.1186/1757-7241-21-S2-A38
18. Mermiri M, Mavrovounis G, Chatzis D, et al. Critical emergency medicine and the resuscitative care unit. *Acute Crit Care.* Feb 2021;36(1):22-28. doi:10.4266/acc.2020.00521
19. Lauque D, Khalemsky A, Boudi Z, et al. Length-of-Stay in the Emergency Department and In-Hospital Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med.* Dec 21 2022;12(1)doi:10.3390/jcm12010032

20. Duvald I, Konzag H, Obel B. Organisationsdesigns betydning for kvaliteten af patientbehandling. Økonomi & Politik. 2021
21. Moellekaer A, Duvald I, Obel B, Madsen B, Eskildsen J, Kirkegaard H. The organization of Danish emergency departments. *European journal of emergency medicine*. 2019;26(4):295-300. doi:10.1097/MEJ.0000000000000554
22. Adrian Boyle IH, Kelly Sarsfield, Pooja Kumari, RCEM RCEM Acute Insight series: Crowding and its Consequences. November 2021
23. International Federation for Emergency Medicine I. Position Statement on Overcrowded Emergency Departments. December 2022
24. Phend C. Emergency Department Volume Numbers Don't Tell the Whole Story: The Rising Toll of Boarding and High-Acuity Care. *Annals of emergency medicine*. 2023;82(2):A15-A18. doi:10.1016/j.annemergmed.2023.06.017
25. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS One*. 2018;13(8):e0203316. doi:10.1371/journal.pone.0203316
26. Bjørnsen LP, Næss-Pleym, L. E., Skaar, T. ., & Laugsand, L. E. Trender i pasientlogistikk i akuttmottakene ved et norsk universitetssykehus etter innføring av akuttleger. *Dansk Tidsskrift for Akutmedicin*. 13. februar 2023;6(1):3-8. doi:https://doi.org/10.7146/akut.v6i1.130791
27. Moellekaer A, Kirkegaard H, Vest-Hansen B, et al. Risk of death within 7 days of discharge from emergency departments with different organizational models. *European journal of emergency medicine*. 2020;27(1):27-32. doi:10.1097/MEJ.0000000000000596
28. European Society for Emergency Medicine E. Eusem working group on quality and safety in emergency medicine, EWQSEM. Maj 2022
29. Ackroyd-Stolarz S, Read Guernsey J, Mackinnon NJ, Kovacs G. The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf*. Jul 2011;20(7):564-9. doi:10.1136/bmjqs.2009.034926
30. Dansk Selskab for Akutmedicin D. Patientsikre arbejdsforhold i akutafdelingen. n.d 2020
31. Gaba DM, Howard SK. Patient safety: fatigue among clinicians and the safety of patients. *N Engl J Med*. 17. oktober 2002;347(16):1249-55. doi:10.1056/NEJMsa020846
32. Transportministeriet. BEK nr. 328, Bekendtgørelse om køre- og hviletidsbestemmelserne i vejtransport. Accessed 24. september 2023, <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2007/328>
33. Transportministeriet. BL 5-18 Bestemmelser om flyve- og hviletid for besætningsmedlemmer under erhvervs-mæssig lufttransport. Vol. 3. 2017. TS30302-00108. 15. november 2017
34. Beskæftigelsesministeret. LBK nr. 2062 – Bekendtgørelse af lov om arbejdsmiljø 2021. 20215000937. 16.11.2021
35. Sveriges läkarförbund. Läkaravtal kommuner och regioner s. 124. 1. november 2020 – 31. marts 2023
36. Medicine ACfE. Constructing and retaining a senior emergency medicine workforce guideline G23. 2021. november. <https://docplayer.net/234051272-Constructing-and-retaining-a-senior-emergency-medicine-workforce.html>
37. Dansk Selskab for Akutmedicin D. Akutmedicinsk forskning, holdningspapir. 2019 n.d, viewed 24 september 2023
38. Sundhedsstyrelsen. Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen, 2007, n.d, viewed 24. september 2023
39. Sundhedsstyrelsen. Bilagsrapport: Fremtidens speciallæge – ændring af den lægelige videreuddannelse. 2023:Bilag 6 s. 7/47
40. Thim T, Krarup NH, Grove EL, Løfgren B. [ABCDE--a systematic approach to critically ill patients]. *Ugeskr Laeger*. Nov. 22 2010;172(47):3264-6. ABCDE--systematisk tilgang til patienter med kritisk sygdom.
41. Sundhedsstyrelsen DSfA. Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i Akutmedicin [Program Description for specialist training in Emergency Medicine]. 2018. 01.02.2022.
42. IFEM IFFEM. Position statement on over-crowded Emergency Departments 2022. December

DASEM HOLDNINGSPAPIR 2024
AKUTMEDICIN I DANMARK
ANBEFALINGER

Februar 2024

©Dansk Selskab for Akutmedicin

Udgivelsen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse

Udgiver:
Dansk Selskab for Akutmedicin
c/o Fælles AkutModtagelse
att.: Sekr. Anne-Sofie Pii
Kløvervænget 25 C
Indgang 63-65
5000 Odense C

kontakt@dasem.dk
www.dasem.dk

Design: BGRAPHIC

