

Fra det tværfaglige endokrinologiske specialeråd har vi følgende bemærkninger til det opdaterede akutkoncept:

Generelt:

Hvem er Akutfagligt råd? Det er ikke beskrevet i materialet og på Koncern Intra side er ikke opdateret ift hvem der er medlem af rådet. Når man slår op på koncern intra, er rådets medlemmer ikke opdateret. Er der repræsentation fra specialer med mange akutte patienter (fx Hjertesygdomme og Neurologi).

Det er beskrevet, at akutkonceptet gælder for alle akutte patientforløb. Dog er der særligt fokus på akutafdelingernes rolle og kompetencer, herunder speciallægen i front. Det efterlader usikkerhed om hvilke elementer, der til taltænkt hvilke akutte patientforløb.

Der efterlades også usikkerhed om det forestående arbejde med robustgørelse af akutområdet inden for rammerne af Akutkonceptet dækker alle akutte patientforløb på Region Midtjyllands hospitaler eller er det en konsolidering af Akutafdelingerne i RM?

Side 2: *Uafklarede akutte patienter modtages vi akutafdelingerne*

Kommentar: Det bør overvejes om begrebet "uafklarede akutte patienter" skal omformuleres, da mange akutte patienter som modtages i akutafdelingerne er afklarede fra modtagelsen, fx hypoglykæmi, frakturer, allergiske reaktioner, hæmatemese ved kendte esofagusvaricer, etc. Disse patienter skal absolut på akutafdelinger og *ikke* på stamafsnit.

Punkt 2.3.

I overskriften refereres igen til uafklarede patienter, hvilket også i forhold til tekst i afsnit er misvisende, da patienterne kan være afklarede, men med forværret kendt sygdom, hvorfor det vil være hensigtsmæssigt generelt at omformulere/udvide begrebet. Der er som nævnt mange afklarede patienter, der med baggrund i alvorlig sygdom skal i akutafdelinger og ikke direkte på sengeafsnit.

Side 3:

Ambitionen er altid at opnå enighed om det rette tilbud med udgangspunkt i patientens situation, faglighed, samarbejde og dialog. I de sjældne tilfælde, hvor der ikke kan opnås enighed om det rette tilbud er akut indlæggelse eller subakut tid, har akutlægen den endelige beslutningsret, det faglige ansvar for visitationen og behandlingsansvaret. Dette gælder også, hvis der i forbindelse med specialistrådgivning til den praktiserende læge har været rådgivet om akut indlæggelse.

I den nuværende formulering er det lidt modstridende at akutlægen har beslutningsret, fagligt ansvar og behandlingsansvar, også i de situationer hvor der beslutes fx at patienten trods råd fra specialist ikke bliver akut indlagt. Det må forudsættes at akutlægen i de situationer har behandlingsansvaret indtil patienten er set subakut i specialet.

Det betyder, at eventuelle UTH'er ift forsinket iværksættelse af behandling etc. og klagesager behandles i Akutafdelingen og ikke i specialet.

Side 3:

Sundhedsvisitationen skal kunne booke subakutte tider i alle relevante specialer. Behovet for dette er tidligere undersøgt på AUH ved en grundig audit. Der var kun behov for subakut booking via visitationen i 2 specialer. Resultatet af denne audit bør respekteres for ikke at generere spild, i form af ubrugte tider i specialerne.

Side 5:

Specialsygehus: mangler definition.

Side 6:

Aarhus Universitetshospitals rolle som Traumecenter for hele regionen indebærer, at speciallæger i vagt på Aarhus Universitetshospital indenfor specialer, der kun findes her, er til rådighed for telefonisk rådgivning til speciallæger fra regionens øvrige akuthospitaler.

Gælder det specialer som KUN findes på hospitalet, eller gælder det specialer, som er ER I VAGT på hospitalet, men ikke nødvendigvis i vagt på andre hospitaler? Hvis sidstnævnte er tilfældet, bør det beskrives.

s. 8:

For Akutafdelingerne gælder særlige vilkår, fordi akutafdelingerne modtager en række patienter, der efter hurtig afklaring skal videre til anden afdeling. Akuthospitalets flowfunktion har derfor en særlig rolle i forhold til at skabe overblik over kapacitet på hele akuthospitalet, og understøtte samarbejdet omkring rette fordeling af de afklarede patienter. Flowkoordinatorerne understøttes af akutafdelingens læger i denne opgave.

Da mange ressourcer er omplaceret i forhold til modtagelse af akutte og uafklarede patienter i Akutafdelinger, og dermed ikke tilstede i andre afdelinger, bør det i det videre arbejde med akutkonceptet sikres at der faktisk er relevante ressourcer, både sygeplejefaglige og lægefaglige, tilstede i modtagende afdeling mod modtagetidspunkt, her tænkes specielt på vagttid. Derudover kræver mange patienter grundig faglighed mere end hurtighed for at stille en diagnose og finde det rette forløb til patienten. Sker det ikke, er Akutafdelingen med til at give "prop" i specialafdelingerne længere inde i hospitalet og dermed flyttes kapacitetsproblemet blot.