

**Fra:** Pernille Hauschildt <pernhaus@rm.dk>

**Sendt:** 8. september 2023 10:47

**Cc:** Pia Holland Gjørup <Pia.Holland.Gjoerup@goedstrup.rm.dk>

**Emne:** SV: HØRING (frist 10/9- 2023) vedr. Akutkonceptet for Region Midtjyllands hospitaler (opdateret dokument)

## **Hørings svar fra Lungemedicinsk Tværfaglige Specialeråd:**

Tak for muligheden for at give høringssvar. Vi har i nedenstående svar følgende punktnedslag:

Vedr. bemanning af Akutafdelingerne:

Vedr. punkt 2.7:

*Regionen baserer speciallægedækning af de akutte patientforløb på en kombination af speciallægekompetencer fra Akutafdelingen og speciallægekompetencer fra eget og eventuelt andre hospitalers afdelinger i det omfang, det er klinisk relevant.*

Det kan undre, at man i et akutkoncept, hvor flere sider dedikeres til beskrivelse af snitflader, samarbejdsrelationer og kompetenceniveauer på tværs af hospitaler og region, ikke kan finde plads til at beskrive løsningsforslag på akutområdets største udfordring – rekruttering og fastholdelse af kvalificeret personale. Den aktuelle lægedækning af flere af regionens akutmodtagelser har intet med klinisk relevans at gøre, men er derimod en livsnødvendighed som følge af mangel på akutlæger. Løsning af dette problem bør være af højeste prioritet.

Kompetencer tilstede

Vi skal have en hurtig afklaring og behandling med de nødvendige kompetencer døgnet rundt i tæt koordineret samarbejde. Men i 2. nederste afsnit på side 8 skrives, at for patienter der indbringes på et akutsygehus, men har behov for behandling af et speciale der ikke findes på det pågældende sygehus, ingen aftaler findes om samarbejde og overflytning.

Det virker selvmodsigende og i særdeleshed en udfordring man ofte står i i akutmodtagelserne på regionssygehusene

Vedr. demografi, aftalt behandlingsniveau

Aftalt behandlingsniveau er ikke særlig akut, men hører alligevel hjemme her, for at undgå unødvendige 112 opkald til de patienter der ikke bør forsøges genoplives.

Herudover er der patienter i terminalstadiet af deres sygdom, man bør arbejde for, undgår indlæggelse, men at der er en anden og bedre plan for de sidste timer, dage, uger af deres levetid.

Pkt. 2.3

Ift. genindlæggelse:

*Genindlægelse direkte til relevant lægeligt speciale til umiddelbar afklaring og behandling.*

Stabile patienter efter nylig udskrivelse i henhold til gældende aftaler regionalt og lokalt

Obs, hvad er patientens tarv? Hvis der er forværring af den tilstand pt var indlagt med, kan det være oplagt, at pt går tilbage til samme afdeling. Men vær opmærksom på pladssituationen i denne afdeling. Risikerer vi, at alle afdelinger skal 'holde en ledig plads' – eller skal flytte en anden patient til anden afdeling for at få plads til patienten til genindlæggelse?

Hvis det er noget nyttilkommet fx i andet organsystem. Så kan det være i pts tarv at komme som uafklaret pt i Akutafdelingen, med den bemanning og det diagnostiske set up, der er

tilstede i akutafdelingerne. Fremfor at blive genindlagt i enten første stamafdeling eller andet relevant speciale, hvor bemanning og diagnostisk set up kan være helt utilstrækkeligt. Vær opmærksom på, at (læge)-bemanningen i stamafdelingerne kan være skåret til benet og ofte være etableret i en fællesvagt.

Pkt. 2.5.

Speciallæger i vagt, umiddelbar assistance på Akuthospitalet.

Er i tvivl om den passus korrekt læses, som at der er speciallæge i tilstedeværelsesvagt i intern medicin på et Akuthospital? Eller i tilkaldevagt. Eller telefonisk som en beredskabsvagt. Tænk, der er mange intern medicinske afdelinger, der har reduceret vagten for speciallægerne til en beredskabsvagt eller slet ingen.

For AUH gælder nu, at der er intern medicinske kompetencer på speciallægeniveau tilstede i Akutafdelingen. Men vil en tilstrækkelig akutlægebemanning ændre på dette? Og hvordan er det organiseret på regionshospitalerne? Og opmærksomhed på, at en tilstedeværelsesvagt i aften/tid og weekender kræver rigtig mange timer ud af en speciallægegruppe, hvor man i en del af timerne blot er i venteposition.

Der er flere afdelinger, der har arbejdet med mulighed for subakutte tider (fx har Lungesygdomme på AUH en daglig subakut tid til en KOL patient). Den har været brugt én gang på 1½ år. Man ønsker fra PLO's side disse tider, men i daglig praksis har man i praksis faste vaner – enten klarer man det selv, ellers henviser man til ambulans vurdering eller indlægger. Det vil være hensigtsmæssigt, om man arbejder med barrierer for håndtering af patienterne på anden vis end enten ambulans vurdering eller indlæggelse. Især med den demografiske udvikling inkl. bemanningsudfordringer vi har og i stigende grad udfordres af. Samt ift. hvor de allerbedste kompetencer til netop den problemstilling befinder sig.

**Med venlig hilsen**

**Pernille Hauschildt**  
Cheflæge, Ph.D  
Lungesygdomme,  
Aarhus Universitetshospital

Palle Juul-Jensens Boulevard 99  
Tlf. +45 7846 2076

Mobil +45 2311 2076  
Email: [pernhaus@rm.dk](mailto:pernhaus@rm.dk)

