

Sundhedsplanlægning

Att. AC-fuldmægtig Moana Hjarnø Nielsen
Region Midtjylland



Høringssvar: Akutkoncept for Region Midtjyllands Hospitaler

På vegne af Specialerådet for Anæstesiologi indgives hermed høringssvar til det opdaterede 'Akutkoncept for Region Midtjyllands Hospitaler', som er sendt i høring d. 25/8-2023.

Dato 10.09.2023

Niels Dalsgaard Nielsen

Tlf. 2422 7757

Mobil 2283 8334

Mail nidnil@rm.dk

Specialerådet for Anæstesiologi vil indledningsvis bemærke, at vi finder det stærkt uhensigtsmæssigt, at et væsentligt dokument som akutkonceptet sendes i høring med en frist på lidt over 2 uger. Vi anerkender ikke, at begrundelsen givet i mail á 23/6-23 retfærdiggør, at arbejdet med regionens akutkoncept forhastes på denne måde.

Specialerådet for Anæstesiologi har følgende indsigelser imod det fremsendte udkast. Vi mener, at der på baggrund af vores indsigelser er behov for en væsentlig revision af udkastet til 'Akutkoncept for Region Midtjyllands Hospitaler'.

1. indsigelse

Specialerådet for Anæstesiologi anerkender som anført i afsnit 2.1 (s. 2) at *"Personalet i ambulancer, akutlægebiler og lægehelikopter har høj og specialiseret faglighed i forhold til akutte patientforløb."* Vi undrer os imidlertid over, at Præhospitalets vigtige funktion i relation til den akutte patientbehandling, kun er beskrevet så summarisk. Vi savner bl.a. svar på følgende:

- Hvilke ambitioner har regionen for anvendelse af præhospitale lægelige enheder mht. opgaver, antal og placering?
- Hvilken rolle forestiller regionen sig, at paramedicinere skal spille i fremtidens præhospitale patientforløb?
- Hvilken rolle skal lægen på AMK-vagtcentralen spille i fremtiden, og skal denne funktion være døgndækkende?

Desuden finder vi det utilstrækkeligt, at den nye natordning, som erstatter vagtlægeordningen pr. 1. marts 2024, kun er nævnt i en enkelt fodnote (fodnote 1, s. 2). Vi er bekendt med, at der er detaljerede planer om indførelse af kørende enheder bemandede med paramedicinere og sygeplejerske. Dette underbygges af, at stillinger til bemanning af disse enheder allerede er slået op til besættelse pr. 1. november 2023 ([link](#)).

Specialerådet for Anæstesiologi mener, at afsnittet bør revideres og udbygges, således at ambitionerne på det præhospitale område - herunder den kommende natordning - inddrages i akutkonceptet.

2. indsigelse

Specialerådet for Anæstesiologi bemærker sig formuleringen *”Da mulighederne for præhospital diagnostik og behandling er i konstant udvikling, skal samarbejdet med hospitaler, almen praksis og kommuner om mulighed for præhospital afslutning af patienter i eget hjem videreudvikles. Fokus på det behandlingsmæssige ansvar er essentielt i denne sammenhæng.”* (afsnit 2.1, s. 2).

Præhospitalet er i sin nuværende form primært målrettet diagnostik, behandling og transport af patienter med akut opstået sygdom. I takt med, at regionen ønsker at videreudvikle mulighederne for at afslutte patienter i eget hjem, er det essentielt, at visitationen af disse patienter tilsvarende udbygges og samordnes, således at de rigtige ressourcer (vagtlege, hjemmesygeplejerske, ambulance, akutlægebil mv.) disponeres til de rigtige patienter. Desuden er det essentielt, at det ambulancefaglige personale samt de præhospitale akutlæger tilbydes relevant efteruddannelse svarende til de nye opgaver, de eventuelt skal udføre.

Specialerådet for Anæstesiologi mener, at vigtigheden af en udbygget og samordnet visitation samt en relevant efteruddannelse bør beskrives i afsnittet.

3. indsigelse

Specialerådet for Anæstesiologi glæder sig over den planlagte styrkelse af Hospitalsvisitationen, som præsenteres i afsnit 2.2 (s. 3). Det er imidlertid ikke korrekt, når det anføres at *”[...] alle indringende instanser skal benytte samme telefonnummer i forbindelse med akut henvendelse, uanset hvad patienten fejler.”* Der er i regionen flere eksempler på, at specifikke patienter meldes til specifikke lægelige funktionstelefoner - f.eks. telemedicinsk vagthavende, AUH (iflg. retningslinjen [Akut Koronar Syndrom og anvendelse af Tele-EKG](#)) eller trombolyselagten, RHG (iflg. retningslinjen [STROKE, behandling og visitation](#)).

Specialerådet for Anæstesiologi mener, at formuleringen bør ændres, så den beskriver de faktiske forhold på området.

For fuldstændighedens skyld bør det endvidere nævnes i afsnittet, at akut kritisk syge patienter, der skal modtages som akutkald, meldes direkte fra det præhospitale personale til modtagende akutafdeling via sikkerhedsnettet (SINE).

Endelig mener vi, at følgende bør præciseres:

- Sundhedsvisitationen er åben døgnet rundt
- Sundhedsvisitationen skal bemandes, så der bliver en acceptabel maksimal ventetid - f.eks. 5 min. Hvis dette ikke kan indfries frygter vi, at funktionen ikke bliver anvendelig i praksis.

4. indsigelse

Af afsnit 2.5 (s. 5) fremgår det at *”Der er behov for at sikre et klart og entydigt overordnet behandlingsansvar i udredningsforløbet. [...] Den bærende lægefaglige kompetence her er speciallægen i akutmedicin.”* Specialerådet for Anæstesiologi anerkender, at dette er en god ambition. Vi mener imidlertid, at formuleringen i afsnittet ignorerer den aktuelle mangel på speciallæger i akutmedicin samt specialets væsentlige problemer med at rekruttere til uddannelsesstillinger. Vi oplever således i den kliniske hverdag, at en del akutmedicinske speciallægevagter dækkes af læger i akutmedicinsk hoveduddannelse eller af speciallæger fra andre specialer.

Vi bakker naturligvis op om at have høje ambitioner på sundhedsområdet, men vi mener ikke at ambitionen om at have speciallæger i akutmedicin i vagt på alle regionens akuthospitaler vil kunne indfries indenfor en overskuelig årrække. Dermed bliver det aktuelle afsnit et luftkastel, som beskriver idealscenarier fremfor realistiske løsninger på udfordringerne i regionens akutmodtagelser, hvilket vi finder særdeles uhensigtsmæssigt.

Specialerådet for Anæstesiologi mener, at afsnittet bør revideres, så det i højere grad beskriver de faktiske forhold.

5. indsigelse

Af afsnit 2.5 (s. 6) fremgår det at *”Såfremt der, mod forventning, ikke kan etableres konsensus har speciallægen i akutafdelingen visitationsret til alle afdelinger på hospitalet.”* Dette er ikke korrekt. Det altid er vagthavende speciallæge på intensiv afdeling, der har den endelige visitationsret til indlæggelse af patienter på intensiv. Dette fremgår utvetydigt af den regionale retningslinje [Intensiv Afdeling, adgang til ydelser, regional retningslinje](#).

Specialerådet for Anæstesiologi mener at ovenstående formulering bør ændres, så det fremgår, at akutlægens visitationsret ikke omfatter visitation til intensivterapi.

6. indsigelse

I fodnote 14, afsnit 2.6, redefineres begrebet 'speciallæge' til at omfatte alle uddannelseslæger i sidste år af deres hoveduddannelse. Specialerådet for Anæstesiolog er betænkelig overfor denne udvidelse af begrebet 'speciallæge', der i nogen grad udvander konceptet 'Speciallægen i Front'.

Ifølge Sundhedsstyrelsens rapport 'Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats' (2020) kan en speciallægekompetence *”som udgangspunkt også [...] opfyldes ved varetagelse af læger, der er i den allersidste del af dansk hoveduddannelse til*

speciallæge, og som ud fra en konkret ledelsesmæssig vurdering skønnes at have kompetencer på niveau med en nyuddannet speciallæge.” (s. 136)

Der skal altså ifølge Sundhedsstyrelsen foreligge en konkret ledelsesmæssig vurdering af den enkelte uddannelseslæge, for at vedkommende kan fungere på speciallægeniveau i det akutte sundhedsberedskab. Dette er ikke opfyldt i formuleringen i det aktuelle udkast. Desuden bør det defineres, om den udvidede definition af en speciallæge kun er gældende i afsnit 2.6, eller om den omfatter hele akutkonceptet.

Specialrådet for Anæstesiologi foreslår, at fodnote nr. 14 (s. 6) fjernes og erstattes af følgende sidst i afsnit 2.6: *“Med speciallæge forstås en læge med relevant speciallægeanerkendelse. Læger i allersidste del af deres hoveduddannelse kan efter en konkret ledelsesmæssig vurdering fungere som læge på speciallægeniveau.”*

7. indsigelse

Specialrådet for Anæstesiologi anerkender, at formuleringen der indleder afsnit 2.9, er et flot ideal: *“Region Midtjyllands vision for akutte patientforløb indebærer ambitionen om rette hjælp på rette tidspunkt. Dette indebærer, at patienterne kun oplever faglig begrundet ventetid, både i forbindelse med den indledende diagnostik, og i forbindelse med eventuel overflytning til relevant afdeling.” (s. 8)*

Fra vores omfattende erfaringer med den kliniske hverdag i regionen ved vi imidlertid, at dette ideal kun sjældent kan indfries med mindre *“fagligt begrundet ventetid”* omfatter, at patienter, som ikke er kritisk syge, kan vente indtil der er ledig kapacitet. Selv denne liberale læsning af visionen kan endog ikke altid indfries i den aktuelle kliniske hverdag, idet vi jævnligt oplever, at kritisk syge patienter må vente på diagnostik og overflytning på grund af kapacitetsmæssige udfordringer. Visionen fremstår dermed uden hold i virkeligheden, hvorfor den i sin nuværende form ikke bør anvendes.

Specialrådet for Anæstesiologi mener, at ovenstående vision bør omformuleres, så den er forenelig med den kliniske virkelighed i regionen. Desuden bør det defineres, hvad der menes med *“fagligt begrundet ventetid”*, ligesom det bør uddybes, hvilke patientkategorier der acceptabelt kan vente på grund af travlhed eller underbemanding.

Med venlige hilsner

Niels Dalsgaard Nielsen
Formand, Specialrådet for Anæstesiologi