

Fra: Lars Toft Nielsen <larsnise@rm.dk>

Sendt: 8. september 2023 10:00

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

Hørings svar fra infektionsmedicinsk specialeråd

Hermed høringssvar fra infektionsmedicinsk specialeråd. For overskuelighedens skyld kommenterer jeg punktvis.

2.2: Vi opponerer imod, at sundhedsvisitationerne får mulighed for at booke subakutte tider inden for infektionsmedicin. Dette ud fra et patientsikkerhedsspørgsmål. Det vil kræve en enorm erfaring at afgøre, om febrile tilstande er akutte eller subakutte via telefon, og febrile tilstande kan høre hjemme i mange specialer. Vi er bekymrede for, at patienter ender med det forkerte tilbud.

Brugen af subakutte tider for febrile tilstande bør være meget håndholdt, hvis ikke patienterne skal risikere at ende det forkerte sted på et for sent tidspunkt.

2.2: Vi opponerer imod, ordlyden: "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." Hvis en infektionsmedicinsk specialist via konferencekald anbefaler akut indlæggelse bør en akutlæge ikke kunne visitere til subakut vurdering i specialet dagen efter. Det vil være patientusikkert. Og man risikerer at stå med en meget dårlig patient dagen efter i et subakut spor, der ikke er gearret til at hjælpe patienten.

2.3 Vi er uenige i ordlyden "Uafklarede akutte patienter modtages via akutafdelingerne". Vi mener også, at visse afklarede akutte patienter skal modtages i akutafdelingerne. En patient med rosen vil ofte være afklaret i forbindelse med indlæggelse. Patienten kan samtidig også være kredsløbsstabil og bør stabiliseres og modtages i en akutafdeling.

2.3 Langt de fleste akutte infektioner vil kunne udvikle sig til "livstruende eller tidskritiske tilstande", hvis de ikke modtages rettidigt. Dette for at understrege det potentielt patientusikre, hvis febrile patienter modtages subakut.

2.3 Vil vil gerne have tilføjet "Specielemæssigt afklarede" til sætningen "Stabile patienter som kan afvente ambulans vurdering i relevant lægefaglig speciale førstkomme hverdag." Hvis dette skal kunne gennemføres uden at det går ud over de ikke-akutte patienter i specialerne, så skal en sådan arbejds gang følges af tilførsel af økonomi. Øget brug af subakutte tider i specialerne kan ikke gennemføres som et nulsumsspil. Udredningspatienter og kroniske patienter kommer til at betale med øget ventetid, hvis der ikke tilføres ressourcer.

2.4 Vi er enige i, at ved mistanke om meningitis og sepsis skal man ikke kunne modtages på et specialsygehus. Blot opmærksomhed på, at i infektionsmedicinsk specialeplan er sepsis, meningitis og pneumoni alle definerede som en infektionsmedicinske hovedfunktioner. Pneumonier skal altså heller ikke kunne modtages på specialsygehuse. Det bør nok tilføjes, da det oftere ville være en pneumoni man kunne finde på at håndtere på specialsygehus end en mulig meningitis.

2.5 Flg. ordlyd kan give vanskeligheder. "Såfremt der, mod forventning, ikke kan etableres konsensus har speciallægen i akutafdelingen visitationsret til alle afdelinger på hospitalet." Forsøgsvis illustreres gennem et eksempel: En afdeling har én ledig plads, og to patienter som afdelingen varetager på regionsfunktionsniveau er meldt til afdelingen fra andre hospitaler.

Akutlægen står med en patient, som enten er intern medicinsk eller på hovedfunktionsniveau. Skal akutlægen i den situation kunne gøre sin visitationsret gældende, hvis man ikke kan opnå konsensus?

(Eksemplet er fra denne uge, altså ikke en fjerne hypotese).

Muligheden for at kunne varetage specialefunktioner - som afdelingerne er forpligtede til over for Sundhedsstyrelsen - bør ikke kunne tilsidesættes ud fra en visitationsret.

2.9 Vi er enige i ambitionen "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. Patienterne skal derudover modtages og opleve at være indlagt på hospitaler uden overbelægning." Vi er imidlertid uenige i, at akuthospitalerne er tilstrækkeligt dimensionerede og finansierede til at dette er realistisk, da det vil kræve en pladsmæssig bufferkapacitet og diagnostisk ledig kapacitet, som aktuelt ikke er til stede. Det vil kræve en solid økonomisk tilførsel, hvis det skal kunne realiseres på alle regionens akuthospitaler.

2.9. Igen skrives "I akutafdelingen modtages uafklarede patienter med henblik på initial udredning og behandling." Vi er uenige i, at akutafdelingernes opgave begrænser sig til at modtage uafklarede patienter. Mange relativt afklarede infektionsmedicinske patienter bør modtages via akutafdelingerne.

2.9 Formuleringen "Alle afdelinger har selv ansvar for at håndtere flowstyring i egen afdeling." er vi enige i. Men den kolliderer med den ordlyd vi har opponeret imod under 2.5.

2.9 "En del akutte patienter indbringes og afklares på et af regionshospitalerne, og viser sig at have en sygdom der hører under et speciale, der ikke findes på det pågældende akuthospital. Der foreligger endnu ikke fælles regionale aftaler og retningslinjer for overførsel af disse patienter til afdelinger på andre hospitaler, der har de rette specialistkompetencer i forhold til færdiggørelse af patientforløbet. "

Vi mener, at det bør præciseres - se under 2.5.

Vi mener, at funktionerne i Sundhedsstyrelsens specialeplan skal veje tungere end intern flowstyring på akuthospitalerne.

Jeg uddyber rigtig gerne, hvis noget af det ovenstående ikke er til at forstå - skriv eller ring gerne. 😊

Mange Hilsner

Lars Toft

Cheflæge, Infektionssygdomme

Aarhus Universitetshospital

Tel: +45 51531393

larsnise@rm.dk