



SUNDHEDSSTYRELSEN

# Vurdering af et speciale i akut- medicin i Danmark

2017

# Vurdering af et speciale i akutmedicin i Danmark

© Sundhedsstyrelsen, 2017.  
Publikationen kan frit refereres med  
tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Emneord:** akutmedicin, specialer i  
Danmark, dimensioneringsplan

**Sprog:** Dansk

**Version:** 1,0

**Versionsdato:** 30.05.2017

**Format:** pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,  
maj 2017.

**Elektronisk ISBN:**  
978-87-7104-902-2

# Indhold

<b>Sammenfatning</b>	<b>8</b>
<b>1 Baggrund for arbejdsgruppens nedsættelse og gruppens arbejdsmetode</b>	<b>13</b>
1.1 Akutafdelinger	13
1.2 Akutmedicin	14
1.3 Formål med arbejdsgruppen	15
1.4 Mål for rapporten	15
1.5 Arbejdsmetode	15
<b>2 Akutområdet i Danmark</b>	<b>17</b>
2.1 Organisering af akutafdelinger i Danmark	17
2.1.1 De 21 akutafdelinger modtager hovedparten af de akutte patienter på sygehuse	17
2.1.2 Teoretiske modeller til beskrivelse af organiseringen af akutafdelinger	19
2.1.3 Der er samarbejdsaftaler med akutafdelingen og stamafdelingerne	21
2.1.4 Alle akutafdelinger har en 'flowmaster' funktion	21
2.1.5 Akutafdelingens personale	21
2.2 Aktivitet på de danske akutafdelinger	22
2.2.1 Mange patienter har ikke organ-specifikke specialerelaterede symptomer	22
2.2.2 Eksempler på aktivitetstal fra akutafdelinger fra forskellige regioner	24
2.3 Akutlægens funktion og daglige opgaver på akutafdelingerne	27
2.4 Speciallægen – eller en kommende speciallæge – er med i front på akutafdelingerne	30
2.4.1 Antallet af akutlæger og deres grundspeciale	33
2.5 Akutmedicinerens rolle og samarbejde på henholdsvis små, mellemstore og store sygehuse	38
<b>3 Nuværende uddannelser i akutmedicin</b>	<b>40</b>
3.1 Fagområdeuddannelse i akutmedicin	40
3.1.1 Status på antallet af fagområdespecialister	40
3.2 Efteruddannelser i akutmedicin	40
3.2.1 Fællesregional uddannelse i akutmedicin	41
3.2.2 Øvrige efteruddannelser	41
3.2.3 Andre ansættelsesforløb	41

<b>4</b>	<b>Forhold der kan tale for og imod et speciale i akutmedicin</b>	<b>42</b>
4.1	Formelle regler og rammer for specialer i Danmark	42
4.2	Forhold der kan tale for oprettelsen af specialet akutmedicin	43
4.2.2	Organisering af akutafdelingen svarende til øvrige specialerelaterede afdelinger og mere smidige patientforløb	43
4.2.3	Kompetenceopnåelse i relation til akutte patienter og sikring af karrierevej og profil for akutmedicinere	44
4.2.4	Nyt speciale i Danmark matcher den internationale udvikling	44
4.2.5	Etablering af speciale vil styrke uddannelse, forskning og patientvaretagelse i akutafdelingerne	45
4.3	Forhold der kan tale imod oprettelsen af et speciale	45
4.3.1	Organiseringen i akutafdelingen har væsentlig betydning	46
4.3.2	Opnåelse af akutte kompetencer i andre specialer	46
4.3.3	Nyt speciale udfordrer dimensionering og indhold i andre specialer	46
4.3.4	Uddannelseskapacitet og snitflader til øvrige specialer er en udfordring	47
<b>5</b>	<b>Forhold vedr. evt. oprettelse af et speciale i akutmedicin</b>	<b>48</b>
5.1	Sundhedsstyrelsens kriterier for oprettelse af et speciale	48
5.1.1	Uddannelsen af speciallæger	48
5.1.2	Efteruddannelse og kompetenceudvikling af speciallægen	48
5.1.3	Uddannelsen efter speciallægeanerkendelse	48
5.2	Fra fagområde til speciale	49
5.2.1	Målbeskrivelse for specialet akutmedicin	49
5.3	Udformning af en speciallægeuddannelse i akutmedicin	51
5.3.1	Opbygning af speciallægeuddannelsen	52
5.3.2	Fagområde versus speciale	53
5.4	Konkrete modeller for fagområde eller et speciale i akutmedicin	55
5.4.1	Model 1. Oprustning af den toårige fagområdeuddannelse	55
5.4.2	Model 2. Speciale i akutmedicin	57
5.4.3	Model 3. Speciale i intern medicin: akutmedicin	58
5.5	Opstart af et speciale i akutmedicin	58
5.5.1	Meritvurderinger i en overgangsperiode	60
5.6	Dimensionering ved indførelse af et speciale i akutmedicin	61
5.6.1	Dimensionering af specialer i Danmark	61
5.6.2	Mulig dimensionering ved indførelse af et speciale i akutmedicin	62
5.7	Regionernes foreløbige behov for akutmedicinere i akutafdelingerne	64
5.7.1	Beregning på, hvornår akutmedicinere er uddannet	65

<b>6</b>	<b>Relevante aktører og deres syn på et speciale i akutmedicin</b>	<b>67</b>
6.1	Specialers holdning til akutmedicin som speciale	67
6.2	Regionernes holdning til akutmedicin som speciale	69
6.3	Samarbejde med akutsygeplejersker	70
6.4	Samarbejde med almen praksis	70
6.5	Samarbejde med præhospitalt personale	71
6.6	Samarbejde med de kommunale akutfunktioner	72
6.7	Eksisterende viden om patienters oplevelse på akutafdelinger	73
<b>7</b>	<b>Ordninger i andre lande og udenlandske erfaringer med akutmedicin som et speciale</b>	<b>74</b>
7.1	Akutmedicin internationalt	74
7.1.1	Uddannelsesoversigt internationalt	75
7.2	Akutmedicin i de nordiske lande	76
	<b>Bilagsfortegnelse</b>	<b>79</b>
	<b>Bilag 1: Ordliste og begrebsafklaring</b>	<b>80</b>
	<b>Bilag 2: SWOT-analyse – et lægeligt speciale i akutmedicin</b>	<b>81</b>
	<b>Bilag 3: Slides fra Design-EM's præsentation</b>	<b>83</b>
	<b>Bilag 4: Sammenfatning af møderne i parallelprocessen vedr. DASEM's målbeskrivelse</b>	<b>86</b>
	<b>Bilag 5: Arbejdsgruppes sammensætning</b>	<b>91</b>
	<b>Bilag 6: Arbejdsgruppens kommissorium</b>	<b>92</b>
	<b>Bilag 7: Litteraturliste</b>	<b>96</b>

## Tabeller

Tabel 1. Modtagelse af patienter (primo 2016).....	18
Tabel 2. Eksempel på lægebemanding af akutafdelingen, OUH.....	31
Tabel 3. Oversigt over ansatte i akutafdelingen på Holbæk Sygehus, september 2016 .....	32
Tabel 4. Fordelingen af fastansatte speciallæger i de fem regioners akutafdelinger. ....	34
Tabel 5. Ansatte speciallæger på akutafdelingerne i Region Midtjylland fordelt på specialer .	34
Tabel 6. Ansatte speciallæger på akutafdelingerne i Region Nordjylland fordelt på specialer	35
Tabel 7. Ansatte speciallæger på akutafdelingerne i Region Sjælland fordelt på specialer .....	36
Tabel 8. Ansatte speciallæger på akutafdelingerne i Region Syddanmark fordelt på specialer .....	37
Tabel 9. Specialekriterier for akutmedicin jf. Specialekommissionens anbefalinger .....	54
Tabel 10. Prognose på stigning i antallet af speciallæger inden for udvalgte speciale .....	63
Tabel 11. Simulering af stigningen i antallet af speciallæger inden for udvalgte speciale – reduktion af forløb ift. dimensioneringen.....	64
Tabel 12. Præliminært bud på behovet for speciallæger i akutmedicin.....	65
Tabel 13: Mulige scenarier for antallet af speciallæger i akutmedicin i 2030.....	66
Tabel 14. Oversigt over de specialebærende selskabers svar på LVS's henvendelse pr. 2016.....	68
Tabel 15. Udvalgte uddannelsesprogrammer fra Canada, Australien og USA .....	76
Tabel 16. Indhold af udvalgte akutmedicinske uddannelsesprogrammer fra de nordiske lande og Storbritannien.....	77

## Figurer

Figur 1. Modeller beskrevet af Design-EM .....	20
Figur 2. Opgørelse over kontakter på Odense Universitetshospitals akutafdeling relateret til specialer .....	24
Figur 3. Fordeling af akutte henvendelser på Aalborg Universitetshospitals akutafdeling .....	25
Figur 4. Fordeling af 'sygdom' på indlæggelse og ambulans behandling på Aalborg Universitetshospital .....	25
Figur 5. Fordeling af 'sygdom' på indlæggelse og ambulans behandling på Sygehus Thy-Mors .....	26
Figur 6. Akutlægens kliniske kompetencer.....	27
Figur 7. Variation over døgnet. Illustration af akutmedicinerens arbejde på akutafdelingen ...	28
Figur 8. Variation mellem dagene. Illustration af akutmedicinerens arbejde på akutafdelingen	28
Figur 9. Eksempel på fordeling mellem speciallæger og uddannelseslæger.....	32
Figur 10. Forslag til indhold i ændringsbekendtgørelse.....	59
Figur 11. Flow for speciallæger og læger ved oprettelsen af speciale.....	60
Figur 12. Specialebærende selskabers svar på spørgsmålet: Har der været nogen debat i selskaberne om speciale/ikke speciale – og hvis ja, hvad har holdningen været? .....	68

# Sammenfatning

## Baggrund for arbejdsgruppen og rapporten

Den danske sygehusstruktur gennemgår i disse år en omlægning, som betyder, at specialiseret behandling samles på færre enheder, ligesom stort set alle akut syge patienter skal kunne modtages på akutafdelingerne (fælles akutmodtagelser). Der er i dag 21 akutsygehuse med døgnåbne akutafdelinger.

I akutafdelingerne modtages akutte patienter til undersøgelse, tidlig diagnostik og behandling. Modtagelsen på akutafdelingerne skal bidrage til, at patienterne afhængig af symptomer og tilstand får hurtige, fleksible og sammenhængende patientforløb med klart defineret patientansvar. Derved flyttes dele af de behandlingsmæssige beslutninger fra specialafdelingerne til akutafdelingen.

Trods betydelig indsats og investeringer har mange akutafdelinger i Danmark organisatoriske udfordringer fx med opbygningen, indretning og bemanning af akutafdelingerne for blandt andet at sikre et højt fagligt niveau.

I rapporten 'Styrket akutberedskab' fra 2007 angav Sundhedsstyrelsen bl.a. faglige anbefalinger vedrørende, hvilke kompetencer, rammer m.v. der skal være til stede på landets akutafdelinger, herunder med angivelse af at den akutte patient bør kunne modtages af en speciallæge i front, og at følgende lægefaglige specialer bør være repræsenteret på matriklen eller i akutafdelingen: intern medicin, ortopædisk kirurgi, kirurgi (parenkym), anæstesiologi med intensiv afdeling niveau 2, diagnostisk radiologi og klinisk biokemi. Anbefalingerne om tilstedeværelse af disse specialer er indarbejdet på de enkelte matrikler jf. statusrapport fra 2016<sup>1</sup>. Der er dog fortsat flere steder, hvor der ikke er døgndækkende tilstedeværelse af en række af de specialer.

Sundhedsvæsenet udfordres blandt andet af, at befolkningstallet er stigende, en større andel af befolkningen vil være ældre, og der kommer flere patienter med komplekse problemstillinger, herunder flere og flere patienter med to eller flere vedvarende sygdomme (multisyge). Det udfordrer alle dele af sundhedsvæsenet, ikke kun sygehusenes akutafdelinger, men også de specialiserede sygehusfunktioner, praksissektoren og øvrige borgernære sundhedstilbud, ligesom sammenhæng og koordination i sundhedsvæsenet udfordres.

Landets akutafdelinger har mange akutte patientkontakter, fx var der på et halvt år 857.233 akutte hospitalforløb på danske sygehuse (1. januar til 30. juni 2015). Selvom mange patienter henvises til sygehuset med en diagnose, er der også mange patienter, der kommer til akutafdelingerne uden en henvisningsdiagnose eller med en ikke-korrekt diagnose. En stor del af patienter på akutafdelingerne er midaldrende og ældre patienter, hvoraf en stor del har ikke-organspecifikke specialerelaterede symptomer og diagnoser. En betydelig andel af patienterne har derudover kroniske sygdomme. Dette stiller krav til den initiale vurdering af patienten ved ankomst til akutafdelingen og til samarbejdet med sundhedssektoren uden for sygehuset, de præhospital organisationer, sygehusets øvrige specialeafdelinger og andre sygehuse.

I Danmark har akutmedicin været beskrevet som et fagområde af de Lægevidenskabelige Selskaber (LVS) siden 2008. Udfordringerne på landets akutafdelinger har dog udløst en diskussion af, om et nyt lægeligt speciale i akutmedicin i Danmark vil kunne højne kvaliteten og effektivitet i modtagelse, ud-

---

<sup>1</sup> De danske akutmodtagelser – status 2016, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Sundheds- og Ældreministeriet, 2016



redning og behandling af akut syge eller tilskadekomne patienter. Denne mulige løsning på de faglige og organisatoriske udfordringer på akutafdelingerne hænger også sammen med, at de øvrige nordiske lande har indført akutmedicin som et speciale eller truffet beslutning om at oprette et speciale – ligesom både USA, Storbritannien, Canada og Australien og flere EU-lande i mange år har haft et speciale i akutmedicin.

Sundhedsstyrelsen nedsatte derfor i 2016 en bred arbejdsgruppe til at afdække og beskrive faglige og organisatoriske udfordringer på landets akutafdelinger med fokus på akutmedicinske kompetencer. Samtidig skulle arbejdsgruppen beskrive fordele, ulemper og udfordringer ved indførelse af akutmedicin som lægeligt speciale, herunder hvilke udfordringer på landets akutafdelinger, der vil kunne afhjælpes med indførelse af nyt speciale, og hvilke der ikke kan.

### Akutlæger på landets akutafdelinger

Der er i dag ansat ca. 150 akutlæger på landets akutafdelinger. I alt 48 speciallæger har opnået fagområdeuddannelsesgodkendelse i akutmedicin ved LVS, og 162 speciallæger har gennemført en fælles regional efteruddannelse i akutmedicin i Videreuddannelsesregion Nord. Disse læger har forskellige grundlæggende specialer – de største specialer, hvorfra akutlægerne bliver rekrutteret er almen medicin, de intern medicinske specialer, ortopædkirurgi og anæstesiologi.

Regionerne har angivet deres foreløbige behov for akutlæger på akutafdelingerne. Antallene er vurderinger af det bedste bud på nuværende tidspunkt. Hvis de regionale bud summeres, giver det et foreløbigt behov for speciallæger i akutmedicin på omkring 300, dvs. omkring en fordobling af det antal speciallæger, der i dag er ansat på akutafdelingerne. I rapporten indgår ikke en estimering af det forventede behov for speciallæger i akutafdelingerne i fremtiden. Denne vurdering vil afhænge af de fem regioners erfaringer med brugen af speciallæger i akutmedicin, hvis der oprettes et speciale.

### Speciallægen i akutmedicin – opgaver og kompetencer

Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM) og de fem regioner forventer, at en speciallæge i akutmedicin (akutmedicineren) skal have kompetencer til at modtage, vurdere og opstarte behandling af en bred vifte af akut syge og tilskadekomne patienter i akutafdelingen – også de patienter, der ikke tilhører et speciale med vagtfunktion på akuthospitalet. Derudover skal akutmedicineren have særlige kompetencer indenfor ledelse af akutte patientforløb og samarbejde på tværs af specialer og faggrupper.

Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM) og de fem regioner beskriver videre, at speciallægen i akutmedicin skal have kompetencer til håndtering af de mest almindelige akutte tilstande, samt at akutmedicineren har særlige kompetencer indenfor fire områder: 1) Den kritisk syge eller tilskadekomne patient med livstruende sygdom, 2) Den multisyge patient med akut forværring, 3) Patienten som kan afsluttes til primærsektoren efter kort akut kontakt og 4) Varetagelse af beredskabsopgaver.

Akutmedicineren forventes ikke at have alle kompetencer til at håndtere alle forhold vedr. patienter, der modtages i akutafdelingerne, og akutmedicineren skal derfor tilkalde speciallæger fra andre relevante specialer, når vedkommendes kompetencer ikke er tilstrækkelige, ligesom akutmedicineren skal indgå i og formidle samarbejde med andre specialer om de akutte patienter, når der er behov for det. Akutmedicineren vil kunne varetage behandlingsansvar for patienter i akutafdelingen svarende til sine kompetencer og lokalt fastlagte retningslinjer for visitation m.v. og i det omfang, at patienterne ikke mere hensigtsmæssigt kræver indlæggelse på specialafdeling eller kræver anden form for specialistbehandling.

Akutmedicinerens rolle, opgaver og profil vil naturligt være forskellig alt afhængigt af, om akutmedicineren varetager opgaver på en akutafdeling på et lille sygehus, på et mellemstort sygehus eller på et stort universitetssygehus. Det skyldes både, at akutafdelingerne varierer i størrelse på baggrund af optageområdet og den regionale organisering, samt at antallet af specialer på de enkelte sygehuse, der kan understøtte akutafdelingen, er varierende, ligesom sygehuse i varierende grad varetager forskellig kompleksitet af akutte patienter, fx afhængigt af om sygehuset har et traumecenter eller varetage meget komplicerede akutte funktioner som børnekirurgi, håndkirurgi, øjenkirurgi m.v.

Som for andre specialer skal det fremgå af en målbeskrivelse for et eventuelt speciale i akutmedicin, hvilke kompetencer der som minimum skal opnås i speciallægeuddannelsen.

### Forhold der kan tale for og imod et speciale i akutmedicin

Et speciale i akutmedicin vil være med til at sikre speciallæger, der har generelle faglige kompetencer om akutte symptomer og tilstande. Speciallæger i akutmedicin vil kunne iværksætte udredning, foretage indledende vurdering og igangsætte initial behandling for de fleste akutte patienter, der modtages på en akutafdeling. Da patienter ofte er karakteriseret ved at have konkurrerende sygdomme til den akutte tilstand, vil det kunne give værdi at have en speciallæge med viden om de akutte sygdomme på tværs af de nuværende specialer. Speciallægen i akutmedicin skal ved behov inddrage speciallæger fra andre specialer. I dag er der på de fleste akutafdelinger ansat speciallæger fra andre specialer fx almen medicin, intern medicin mv. Oprettelsen af specialet akutmedicin kan sikre, at der fremadrettet vil være ansat læger, som specifikt er uddannet og kompetencevurderet ift. de opgaver, der skal varetages i akutafdelingen, i en struktureret uddannelse.

Derudover vil en af fordelene ved indførelse af et speciale i akutmedicin være, at det kan give mulighed for en stabil organisation med smidige patientforløb i akutafdelingen grundet hurtig indsættende behandling af en speciallæge i akutmedicin, sikring af robust rekruttering og karrierevej samt sikring af en profil for akutmedicinere, som matcher allerede etablerede specialer og den internationale udvikling på området, samt sikring af videreuddannelse af læger til akutafdelingen.

Specialestrukturen i Danmark er siden speciallægekommisionens betænkning fra 2000 blevet båret af grundholdningen, at antallet af specialer skal være begrænset. Denne holdning har været suppleret og styrket af, at der ikke er bundet samme regulering og styring, konventioner og central kontrol til et fagområde. Indholdet af et fagområde er ikke på samme måde omfattet af de centrale myndigheders godkendelse og er derfor alt andet lige mere fleksibelt og kan være mere udviklingsorienteret.

Ulemper ved indførelsen af et nyt speciale i akutmedicin er særligt relateret til organiseringen på akuthospitalet, afgrænsning af specialet akutmedicin og snitflader til allerede etablerede specialer samt videreuddannelse af læger. Der er således rejst en bekymring for, at akutafdelingerne organisatorisk bliver isoleret både i forhold til resten af sygehusafdelingerne og sundhedsvæsenet. Ligeledes er der en bekymring om, at akutmedicineren ikke vil være lige så kompetent til at modtage patienter med speciale-specifikke, kritiske tilstande grundet akutmedicinerens brede akutgenerelle kompetencer, og patienten vil kunne opleve flere overgange end i dag (almen praksis / akutmedicin / øvrige sygehusspecialer).

Oprettelsen af et akutmedicinsk speciale kan risikere at fratage andre specialer ejerskab til akutte faglige kompetencer, og der vil kunne opstå en udfordring i forhold til at vedligeholde andre specialers speciallægers akutte kompetencer.

Både pro- og contra argumenter bør håndteres konstruktivt og bidrage til fokusområder alt afhængigt af, om der oprettes et speciale i akutmedicin eller ej.

## Forhold af betydning, hvis der oprettes et speciale i akutmedicin

### 1) Opbygning af et speciale i akutmedicin

Der findes ikke en entydig beskrivelse af de kriterier, der skal være opfyldt for, at et lægefagligt område kan anerkendes som et speciale. I stedet er der opstillet en række kriterier, som bør indgå i overvejelserne i forbindelse med anerkendelse af et speciale. Arbejdsgruppen vurderer, at akutmedicin opfylder disse kriterier – bortset fra kriteriet om 'få berøringsflader med andre specialer vedr. funktion og uddannelse'.

Hvis der træffes beslutning om at indføre et speciale i akutmedicin, skal modellen for specialet fastlægges, ligesom opstart, herunder meritvurdering, og en overgangsperiode, indtil specialet er 'selvkørende', skal beskrives. I rapporten er indsat nogle vejledende beskrivelser, der kan danne grundlag for en videre proces.

Det er yderligere en forudsætning, at DASEM får afsluttet arbejdet med målbeskrivelsen for specialet akutmedicin med henblik på indsendelse til godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Hvis der skal oprettes et nyt speciale i akutmedicin bør andre relevante og tilgrænsende specialer inddrages i denne proces blandt andet, fordi uddannelsen kommer til at foregå i andre specialeafdelinger, og speciallæger fra andre specialer kommer til at være vejledere.

### 2) Dimensionering

Hvis der indføres et speciale i akutmedicin, skal Sundhedsstyrelsen revurdere Dimensioneringsplanen 2018-2020 for at skabe uddannelseskapacitet til uddannelse af speciallæger i akutmedicin. I rapporten er det simuleret ved at benytte en model fra Lægeprognosen, hvor antallet af uddannelsesstillinger er reduceres med 10 procent. Denne simulering viser, at 31 forløb på landsplan på denne vis vil kunne frigøres til et nyt speciale i akutmedicin.

I stedet for at benytte en lige reduktion i et udvalg af specialer ved en eventuel oprettelse af et speciale i akutmedicin kan Sundhedsstyrelsen indhente en indstilling fra de tre videreuddannelsesregioner og eventuelt andre aktører om, hvilke specialer der mest hensigtsmæssigt kan få reduceret antallet af hoveduddannelsesforløb.

Alternativt kan specialet akutmedicin, hvis det oprettes, indgå i dimensioneringsplan fra 2021, og perioden 2018-2020 kan benyttes til at foretage meritvurderinger og reducerede forløb med henblik på at oparbejde et antal speciallæger i akutmedicin, som vil kunne fungere som uddannelsesansvarlige overlæger, vejledere mv.

## Relevante aktørers holdning til et speciale i akutmedicin

Danske Regioner og de fem regioner støtter ved afslutningen af arbejdsgruppens arbejde samlet et lægefagligt speciale i akutmedicin.

Blandt de faglige selskaber er forskellige holdninger. Særligt blandt de specialer, der er med til at varetage vurdering og behandling af akutte patienter i dag, er der en bekymring om, hvorvidt de fortsat vil kunne blive uddannet i den specialerelaterede akutte patient, og hvorvidt indførelsen af et nyt speciale i akutmedicin vil forsinke en akut behandling i de nuværende specialer.

Det fremgår i rapporten, at organisationen af Lægevidenskabelige Selskabers (LVS) i 2016 har gennemført en undersøgelse blandt sine medlemmer om deres syn på et speciale i akutmedicin. Denne undersøgelse viste, at ca. 24 pct. af specialerne var negative overfor et speciale, 16 pct. var positive, 26 pct. var

enten hverken for eller imod eller kunne både se fordele og ulemper ved et speciale. Endelig var der 34 pct. af specialerne, som på daværende tidspunkt ikke svarede på LVS' forespørgsel.

Andre aktører med relation til akutafdelingen – både som anden faggruppe på akutafdelingen og som en tæt samarbejdspartner til akutafdelingen – er spurgt om deres holdning til et speciale i akutmedicin, og hvor det er forventet at influere på det tværfaglige og det tværprofessionelle samarbejde i akutafdelingerne.

Derudover er der indhentet bidrag fra det faglige selskab for akutsygepleje (Daena), Dansk Selskab for Almen Medicin og præhospitale selskaber. De nævnte aktører er positivt indstillet over for et speciale i akutmedicin.

# 1 Baggrund for arbejdsgruppens nedsættelse og gruppens arbejdsmetode

## 1.1 Akutafdelinger

Den danske sygehusstruktur gennemgår i disse år en omlægning, som betyder, at den akutte og specialiserede behandling samles på færre enheder. I denne proces etablerer regionerne fælles akutmodtagelser (i denne rapport efterfølgende betegnet akutafdelinger), som skal modtage de akut syge patienter. Den nye sygehusstruktur indebærer en reduktion fra ca. 40 sygehuse med døgndækkende modtagelse af akutte patienter i 2007 til en struktur med 21 akutsygehuse med akutafdelinger, når den nye sygehusstruktur er fuldt implementeret i 2020.<sup>2,3</sup>

Den akutte patient skal møde et sundhedsvæsen, hvor de rette specialistkompetencer og faciliteter er til stede uanset tid og sted, og hvor udredningen og den relevante behandling sættes i gang hurtigst muligt.<sup>2,3</sup> Den overordnede målsætning for akutafdelingerne er således at sikre høj kvalitet og effektivitet i udredning og behandling af akut syge eller tilskadedkomne patienter.

Mange akutafdelinger i Danmark har organisatoriske udfordringer blandt andet med at rekruttere og fastholde speciallæger, samtidig er de nye hospitalsbyggerier endnu ikke færdige, hvilke også giver udfordringer i forhold til tilrettelæggelse af de bedst mulige akutte patientforløb.

I rapporten 'Styrket akutberedskab' fra 2007 angav Sundhedsstyrelsen bl.a. faglige anbefalinger vedrørende, hvilke kompetencer, rammer m.v. der skal være til stede på landets akutafdelinger, herunder med angivelse af at den akutte patient bør kunne modtages af en speciallæge i front, og at følgende lægefaglige specialer bør være repræsenteret på matriklen eller i akutafdelingen: intern medicin, ortopædisk kirurgi, kirurgi (parenkym), anæstesiologi med intensiv afdeling niveau 2, diagnostisk radiologi og klinisk biokemi. Anbefalingerne om tilstedeværelse af disse specialer er indarbejdet på de enkelte matrikler jf. statusrapport fra 2016<sup>4</sup>. Der er dog fortsat flere steder, hvor der ikke er døgndækkende tilstedeværelse af en række af de specialer.

Generelt udfordres sundhedsvæsenet af at befolkningen bliver større, at en større andel af befolkningen vil være ældre, og at der kommer flere patienter med komplekse problemstillinger, herunder flere og flere patienter med to eller flere vedvarende sygdomme (multisyge). Det udfordrer alle dele af sundhedsvæsenet, ikke kun sygehusenes akutafdelinger, men også de specialiserede sygehusfunktioner, praksissektoren og øvrige borgernære sundhedstilbud, ligesom sammenhæng og koordination i sundhedsvæsenet udfordres.

Landets akutafdelinger har mange akutte patientkontakter, fx var der på et halvt år 857.233 akutte hospitalsforløb på danske sygehuse (1. januar til 30. juni 2015)<sup>5</sup>. En stor del af patienter på akutafdelingerne

---

<sup>2</sup> Faglig gennemgang af akutmodtagelserne, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014

<sup>3</sup> Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen, Sundhedsstyrelsen 2007

<sup>4</sup> De danske akutmodtagelser – status 2016, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Sundheds- og Ældreministeriet, 2016

<sup>5</sup> Rapport Databasen for Akutte Hospitalskontakter, 1. januar – 30. juni 2015, 2016. [https://www.sundhed.dk/content/cms/59/67559\\_rapport-2015-1-databasen-for-akutte-hospitalskontakter\\_11012016.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/59/67559_rapport-2015-1-databasen-for-akutte-hospitalskontakter_11012016.pdf)

er midaldrende og ældre patienter, hvoraf en stor del har ikke-organspecifikke specialerelaterede symptomer og diagnoser, samt en betydelig andel af patienterne har kroniske sygdomme.

Udfordringerne i akutafdelingerne har udløst en diskussion af, om et lægeligt speciale i akutmedicin i Danmark vil kunne højne kvaliteten og effektivitet i modtagelse, udredning og behandling af akut syge eller tilskadekomne patienter. Og derved bidrage til at nå målsætningen om, at de rette specialistkompetencer og faciliteter er til stede i akutafdelingerne, og modtagelse, udredning og relevant behandling sættes i gang hurtigst muligt.

KORA gennemførte i 2013 en undersøgelse af de strukturelle rammer for ledelsen af akutmodtagelserne. Undersøgelsen giver et øjebliksbillede af ledelsesforholdene omkring de akutte patientforløb på seks sygehuse<sup>6</sup> fra fire forskellige regioner. En af rapportens<sup>7</sup> hovedkonklusioner var, at akutmodtagelserne i undersøgelsen i begrænset omfang havde egne læger, og dette var en hovedproblemstilling både i forhold til at få speciallægerne involveret tidligere i patientforløbene og i forhold til at tilrettelægge hurtigere og mere effektive patientforløb. Samtidig beskrives også udfordringer for de øvrige afdelinger på sygehuset, som mister ledelsesrum i forhold til dele af plejepersonalet og afdelingernes egne læger. I rapporten anføres et speciale i akutmedicin, som en del af løsningen på de ledelsesmæssige udfordringer i akutafdelingen.

Oprettelse af et nyt speciale i akutmedicin vil ikke i sig selv sikre, at akutafdelingerne vil fungere tilfredsstillende, men der indgår et både organisatorisk og ledelsesmæssigt element, hvor særligt samarbejdsflader til resten af sygehuset og det samlede sundhedsvæsen er væsentlige. Samtidig er et speciale i akutmedicin set som en mulighed for en bedre rekruttering og for at forbedre den faglige udvikling og kvalitet på akutafdelingerne.

## 1.2 Akutmedicin

I Danmark har akutmedicin siden 2008 været beskrevet som et fagområde af de Lægevidenskabelige Selskabers organisation (LVS), som har godkendt uddannelsesprogrammet for fagområdet og nedsat et udvalg til godkendelse af individuelle uddannelsesforløb. Et fagområde afgrænser et særligt interesse- og kompetenceområde, som enten ikke er dækket af et godkendt speciale eller udgør en mindre del heraf. Læger, der har gennemgået et uddannelsesprogram inden for et fagområde, opnår ikke anerkendelse eller autorisation af sundhedsmyndighederne.

Fagområdet i akutmedicin er ét blandt en række fagområder, som er beskrevet af LVS på linje med fagområder som fx allergologi, klinisk neurofysiologi, kolorektal kirurgi, idrætsmedicin m.v.<sup>8</sup>

Speciallægekommisionen fandt i 2000 ikke, at det var muligt at foretage en entydig beskrivelse af de kriterier, der skal være opfyldt for, at et lægefagligt område kan anerkendes som et speciale. Kommissionen opstillede i stedet konkrete kriterier<sup>9</sup>, som fremgår af afsnit 5.3.2.

---

<sup>6</sup> Randers, Sygehus Syd (Slagelse), Hospitalsenhed Vest, Aalborg, Aarhus, Nordsjællands Hospital (Hillerød)

<sup>7</sup> Anne Brøcker og Louise Ladegaard Bro: Ledelse af akutte patientforløb. Et projekt under Videncenter for Velfærdsledelse, KORA rapport, 2013

<sup>8</sup> <http://www.selskaberne.dk/portal/page/portal/LVS/Forside/Medlemsselskaber/Fagomr%C3%A5der1/Anmeldte%20fagomr%C3%A5der>

<sup>9</sup> Speciallægekommisionens betænkning 1384 "Fremtidens speciallæge", maj 2000, s.91

Ved Sundhedsstyrelsens gennemgang i 2012 vurderede man, at specialet akutmedicin opfyldte de første to kriterier, og man fandt, at akutmedicin fortsat burde opretholdes som fagområde for at fastholde fleksibiliteten med mulighed for tilgang af læger fra flere specialer. I rapportens perspektiveringsafsnit blev det foreslået, at et eventuelt behov for ændringer i specialestrukturen kunne vurderes, når der forelå erfaringer med driften og den lægelige videreuddannelse i akutafdelingerne<sup>10</sup>.

De nuværende specialer har forskellig karakter, da nogle er knyttet til bestemte diagnostiske metoder (fx radiologi), andre til bestemte organer (fx oftalmologi og oto-rhino-laryngologi), nogle til bestemte behandlingsmetoder (fx kirurgi) og andre til bestemte aldersgrupper (fx pædiatri og geriatri). Der findes således ingen entydig definition af et lægeligt speciale, men et speciale beskrives bedst ved et lægevidenskabeligt område, der overholder specifikke, centrale og formelle uddannelsesregler.

Der er således også forskelle imellem hvilke specialer, der findes i de forskellige lande. Konkret har både Region Midtjylland og Region Sjælland igennem en længere periode samarbejdet med universitetshospitaler i Sverige om forløb, der leder frem til en svensk speciallægeuddannelse i "akutsjukvård". I disse uddannelsesforløb kombineres ophold på både danske og svenske afdelinger.

### 1.3 Formål med arbejdsgruppen

Sundhedsstyrelsen ønsker en beskrivelse af faglige og organisatoriske udfordringer på landets akutafdelinger med fokus på akutmedicinske kompetencer. I vurderingen skal indgå fordele, ulemper og udfordringer ved indførelse af akutmedicin som lægeligt speciale, herunder hvilke udfordringer på landets akutafdelinger, der vil kunne afhjælpes med indførelse af nyt speciale, og hvilke der ikke kan.

### 1.4 Mål for rapporten

Igennem de senere år har fagområdet akutmedicin udviklet sig på en række områder, hvilket alt andet lige får indflydelse på vurderingen af behovet for et speciale i akutmedicin. Der er opstået en forskellighed i krav til lægers efteruddannelse på landets akutafdelinger, og etablering af svenske speciallægeuddannelsesforløb i "akutsjukvård" med uddannelsesansættelser i de danske akutafdelinger viser, at behovet i nogle akutafdelinger for strukturerede forløb indenfor akutmedicin er tilstede. I rapporten er hensigten at belyse, hvorvidt der er opstået et behov for etablering af et speciale i akutmedicin i Danmark – og hvilken udfordring et nyt speciale kan og skal løse.

### 1.5 Arbejdsmetode

Arbejdsgruppen har afholdt fem ordinære og et ekstraordinært møde (seks møder i alt).

På de ordinære møder har arbejdsgruppen tematisk drøftet de forskellige dele af kommissoriet (se evt. bilag 6). Dette er gjort på baggrund af diverse skriftlige og mundtlige oplæg. De skriftlige oplæg er udarbejdet af sekretariatet på baggrund af forskellige rapporter fx 'De danske akutafdelinger – status

---

<sup>10</sup> Rapport: Speciallægeuddannelsen – status og perspektivering 2012



2016<sup>11</sup> (statusrapporten), faglig viden om fx uddannelsesområdet, input fra andre aktører på området mv.

De mundtlige oplæg er afholdt af både arbejdsgruppens medlemmer og eksternt inviterede oplægsholdere. Sundhedsstyrelsen, Region Sjælland, Dansk Selskab for Akutmedicin og Dansk Selskab for Almen Medicin har således holdt oplæg i arbejdsgruppen. Eksterne oplægsholdere har været fra Region Syddanmark, Swedish Society for Emergency Medicine med erfaring fra specialet 'akutsjukvård' i Skåne og forskningsafdelingen Design-EM fra Aarhus Universitet.

På det ekstraordinære møde blev der afrapporteret fra den igangsatte parallelle proces om revision af Dansk Selskab for Akutmedicins (DASEM) målbeskrivelse. I denne proces var tre specialeselskaber<sup>12</sup> inviteret til bilaterale møder med DASEM og Sundhedsstyrelsen til en konkret drøftelse af målbeskrivelsen og snitfladerne til specialet.

Derudover har sekretariatet været på besøg på Holbæk Akutafdeling og Bispebjerg Akutmodtagelse, hvor afdelingsledelsen har fortalt om blandt andet bemanning, organisering og deres syn på et akutmedicinsk speciale.

---

<sup>11</sup> <http://www.regioner.dk/media/3084/statusrapport-om-akutmodtagelserne.pdf>

<sup>12</sup> Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM), Dansk Selskab for Intern Medicin (DSIM) (repræsentanter for "common trunk") og Dansk Pædiatrisk Selskab (DPS)



## 2 Akutområdet i Danmark

I dette kapitel bliver den overordnede organisering af landets akutafdelinger beskrevet – afdelingerne, hvor en eventuel speciallæge i akutmedicin skal arbejde, samt de aktiviteter på afdelingerne, som vedkommende skal bidrage til at håndtere. Kapitlet beskriver også forventninger til en speciallæge i akutmedicins opgaver og kompetencer.

Kapitlet er baseret på rapporten 'De danske akutafdelinger – status 2016'<sup>13</sup>, Design EM's viden og forskning på området<sup>14</sup> samt diverse oplysninger fra regionerne.

### 2.1 Organisering af akutafdelinger i Danmark

Rapporten 'De danske akutmodtagelser – status 2016', udarbejdet af Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Sundheds- og Ældreministeriet, blev offentliggjort i juni 2016. Den konkluderede, at akutafdelingerne stadig er et område i udvikling og indeholdt en opgørelse over organiseringen af akutafdelingerne i landet, og at der fortsat arbejdes videre med kvalitetsudvikling, erfaringsudveksling på tværs af akutsygehuse og regioner.

Rapporten belyser, hvorvidt akutafdelingerne følger Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger fra 2007<sup>15</sup> vedrørende de fælles akutmodtagelser (i denne rapport kaldet akutafdelinger), herunder anbefalingen om speciallægerne i front og i tilstedeværelsesvagt. Hvis der oprettes et speciale i akutmedicin, skal det indgå i den faglige proces omkring Sundhedsstyrelsens revurdering af de faglige anbefalinger for akutområdet fra 2007.

#### 2.1.1 De 21 akutafdelinger modtager hovedparten af de akutte patienter på sygehuse

Der er i dag 21 akutsygehuse med døgnåbne akutafdelinger. Akutafdelingen er en organisatorisk selvstændig afdeling, hvor alle akutte patienter modtages af læger, sygeplejersker og andet personale. Den akutte modtagelse på sygehuset omfatter både undersøgelse, diagnostik og behandling af den akutte patient. Patienternes indgang til akutafdelingerne sker almindeligvis via en visiteret adgang, som er forskellig organiseret i de fem regioner.

Et væsentlig formål med at samle tidlig diagnostik og behandling i akutafdelingerne er at få hurtige og sammenhængende patientforløb med klart defineret ansvar. Dette muliggør, at en del af patienterne kan afsluttes uden efterfølgende indlæggelse på en specialafdeling.

I Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger om et styrket akutberedskab fra 2007 blev det anbefalet, at alle akutte patienter skal modtages via akutafdelingen, medmindre der foreligger konkrete, sundhedsfaglige grunde til at undtage specifikke patientgrupper herfra. Derudover blev det understreget, at såfremt der er særlige faglige grunde for, at en patientgruppe bør ses af en bestemt speciallæge, skal der være klare aftaler og retningslinjer for disse. . Det kan fx gælde børn, som modtages på en børneafdeling af personale med pædiatriske kompetencer. Dette kan være i tæt tilslutning til akutafdelingen, men kan og-

---

<sup>13</sup> <http://www.regioner.dk/media/3084/statusrapport-om-akutmodtagelserne.pdf>

<sup>14</sup> <http://mgmt.au.dk/research/organisation-strategy-and-accounting/icoa/research/design-em/>

<sup>15</sup> 'Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen', Sundhedsstyrelsen, 2007

så være et andet sted på matriklen. Alle akutsygehuse oplyser i statusrapporten fra 2016, at de har aftaler mellem akutafdeling og stamafdelinger bl.a. med fokus på visitation.

Nedenstående tabel fra statusrapporten viser, hvordan status blev angivet af regionerne primo 2016 for så vidt angår modtagelse af akutte patienter på de 21 akutsygehuse fordelt på: 1) om der er tale om en samlet akutafdeling, 2) om akutte patienter modtages udenom akutafdelingen og 3) om børn modtages på akutafdelingen.

**Tabel 1. Modtagelse af patienter (primo 2016)**

Region/sygehus	Samlet akutmodtagelse	Patienter udenom	Børn i akutafdelingen
<b>Hovedstaden</b>			
Bispebjerg Hospital	Nej	Ja	(Ja)
Nordsjællands Hospital, Hillerød	Ja	Ja	(Ja)
Herlev Hospital	Ja	Ja	Ja
Hvidovre Hospital	Nej	Ja	Ja
Bornholms Hospital	Ja	Ja	Ja
<b>Sjælland</b>			
Holbæk Sygehus	Ja	Ja	(Ja)
Køge Sygehus	Ja	Ja	(Ja)
Nykøbing Falster Sygehus	Ja	Ja	(Ja)
Slagelse Sygehus	Ja	Ja	(Ja)
<b>Syddanmark</b>			
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	Ja	(Ja)
Sygehus Lillebælt, Kolding	(Ja)	Ja	(Ja)
Odense Universitetshospital	Ja	Ja	(Ja)
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Ja	Ja	(Ja)
<b>Midtjylland</b>			
Aarhus Universitetshospital	(Nej)	Ja	Ja
Hospitalsenheden Vest, Herning	(Nej)	Ja	Ja
Hospitalsenheden Midt, Viborg	Ja	Ja	Ja
Hospitalsenheden Horsens	Ja	Ja	Nej
Regionshospitalet Randers	Ja	Ja	(Ja)
<b>Nordjylland</b>			
Aalborg Universitetshospital	(Ja)	Ja	(Ja)
Sygehus Thy-Mors	Ja	Ja	(Ja)
Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Ja	Ja	Ja

Kilde: De danske akutafdelinger – status 2016, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Sundheds- og Ældreministeriet, juni 2016.

Note: Modtagelse af akut medicinsk syge børn modtages de fleste steder i børneakutmodtagelser.

Tabel 1 skal læses med en del forbehold, bl.a. har flere regioner siden indrapportering arbejdet med udvikling af de faglige og organisatoriske rammer for akutafdelingerne, ligesom der pågår en række kvalitetsfondsfinansierede sygehusbyggerier, der bl.a. har sigte på en bedre samling af patientforløb i akutafdelingen. Det bemærkes desuden, at tabellen ikke medtager den højt specialiserede akutafdeling: Trau-

mecenter på Rigshospitalet. Traumecentrene i Aarhus, Aalborg og Odense er integrerede dele af akutafdelingerne.

Tabel 1 viser, at alle akutsygehuse pr. juni 2016 angav at modtage visse patientgrupper udenom akutafdelingerne af forskellige faglige og organisatoriske årsager.

På akutsygehuse er det således almindeligt at fødende kvinder samt visse akutte kardiologiske og neurologiske patienter modtages direkte på specialiserede afsnit uden om akutafdelingerne. Det er også tilfældet for børn de fleste steder. Modtagelse af visse patientgrupper udenom akutafdelingen afhænger til dels af den lokale organisering af sygehusene. Der planlægges dog alle steder med modtagelse af alle akutte patienter i akutafdelingen med undtagelse af de patientgrupper, der af faglige eller organisatoriske årsager modtages direkte til behandling på en specialiseret afdeling på baggrund af lokale aftaler.

### **2.1.2 Teoretiske modeller til beskrivelse af organiseringen af akutafdelinger**

Kompetencer og kompleksitet er centrale udfordringer for organisering af akutafdelinger. Dette har blandt andet betydet, at et interdisciplinært forskningsværk (Design-EM) på Aarhus Universitet igennem en årrække har forsket i akutafdelingens organisering og dennes betydning på patientbehandlingen.

Selvom resultaterne endnu ikke er helt entydige, har arbejdet betydet en beskrivelse af tre teoretiske organisationsmodeller inddelt i forhold til, hvordan ansættelsesforholdene for speciallæger er, dvs. hvordan specialerne organisatorisk er repræsenteret i akutafdelingen: Virtual-, Hybrid- og Independent-modellerne (se også bilag 3 med slides fra præsentationen i arbejdsgruppen).

Modellerne beskrives ud fra fire parametre: Struktur, Personale, Patient management samt Koordination og kontrol. I en akutafdeling kan der være skift mellem modeller, således vil de fleste akutafdelinger være en hybridmodel i dagtiden og følge en virtual-model om aftenen og natten. Et skift af modeller og organisering vil alt andet lige ikke være hensigtsmæssigt, da arbejdsgange, ansvar mv. ændres, og dette ikke altid er præciseret tydeligt.

Der er forskellige udfordringer ved de tre modeller. På nedenstående Figur 1 er det anført, hvilke faktorer der skal være på plads for, at modellerne fungerer. Hovedkonklusionen er dog, at Virtual-modellen ikke kan fungere optimalt.

Figur 1. Modeller beskrevet af Design-EM

MODEL	VIRTUAL	HYBRID	INDEPENDENT
Struktur	Funktionel	Matrix (høj grad af "outsourcing")	Matrix (lav grad af "outsourcing")
Personale	Sygeplejersker og admin.	Sygeplejersker og admin. + Lille stab egne læger	Sygeplejersker og admin. + Stor stab af egne læger <b>Kompetencer</b>
Patient management	Læger fra andre afdelinger + Sygeplejersker fra akutmodtagelsen	Speciallæger fra specialafdelinger + Sygeplejersker og speciallæger fra Akutmodtagelsen <b>Hvem gør hvad hvornår og hvordan?</b>	Sygeplejersker og speciallæger fra akutmodtagelsen
Koordination og kontrol	Ad hoc + Ingen koordination og kontrol med opgaveløsning	Procesorienteret + Medium koordination og kontrol	Procesorienteret + Fuld koordination og kontrol + ("Shared awareness")

Forklaring til figur. Rød: Fungerer ikke ledelsesmæssigt. Gul: Skal sikres dagligt af ledelsen. Orange: Skal sikres én gang for alle.

Virtual-modellen er den model, der primært eksisterede, før man begyndte reorganiseringen og etableringen af akutafdelingerne (de fælles akutmodtagelser). I modelbeskrivelsen anføres, at der ingen koordination og kontrol er med opgaveløsningen. "Patient management" (behandlingsansvar og ansvar for patientflow) vanskeliggøres af, at læger kommer fra andre afdelinger, og at det faste personale i afdelingen udgøres af sygeplejersker plus administration.

Hybrid- og Independent-modellen kan begge fungere i det danske sundhedsvæsen.

For Hybrid-modellen er det en forudsætning, at udfordringerne ift. "Patientmanagement" (behandlingsansvar og ansvar for patientflow) og "Koordination og kontrol" løses. Blandt andet skal det dagligt sikres, at det er afklaret, hvem der gør hvad, hvornår og hvordan. Studiet fra Design-EM har vist, at dette kan medføre stor usikkerhed blandt akutafdelingens personale, da det ('hvem der gør hvad, hvornår og hvordan') er til forhandling med læger fra andre afdelinger. Det vil sige, at der finder en daglig forhandling sted med nye læger fra andre afdelinger, der skal udføre opgaverne i akutafdelingen. Sat på spidsen kan man sige, at "man starter forfra" hver dag. For at sikre, at Hybrid-modellen fungerer, skal udfordringerne dagligt sikres af ledelsen i akutafdelingen.

For Independent-modellen er udfordringen indenfor "Personale", hvor det skal sikres, at personalet har de rette kompetencer. Studiet fra Design-EM har vist, at der har været store udfordringer med dette, da der i begrænset omfang har været læger med de nødvendige kompetencer til arbejdet i akutafdelingerne. Lægerne har typisk haft et højt kompetenceniveau inden for ét speciale, men har manglet den bredde, der skal til for at løse opgaverne i akutafdelingen. Kompetence-udfordringen i Independent-modellen kan løses én gang for alle ved at ansætte det rette personale og sikre den rette uddannelse af dem.

Der er således ingen entydig konklusion på, hvilken af de to modeller der er mest optimal, da begge modeller kræver, at de indbyggede udfordringer løses. Begge modeller forudsætter, at de rette kompetencer er til stede i akutafdelingen, og at akutmodtagelserne er i stand til at løse de ovennævnte udfor-

dringer. Det kræver den rette balance mellem faste regler og decentral beslutningskompetence, gode samarbejdsrelationer, ledelsesopbakning på tværs og nedbrydning af silotænkning.

### **2.1.3 Der er samarbejdsaftaler med akutafdelingen og stamafdelingerne**

Alle akutsygehuse har klare og entydige samarbejdsaftaler mellem akutafdeling og stamafdelinger, og regionerne oplyser, at alle hospitalsledelser er aktivt involveret i at sikre velfungerende samarbejder mellem akutafdelinger og stamafdelinger.

Samarbejdsaftaler om udredning og behandling af den akutte patient udgør et konkret og værdifuldt redskab til at understøtte samarbejdet mellem akutafdeling og det øvrige akutsygehus. Der er i vid udstrækning (17 ud af 21 akutafdelinger i 2016) udformet skriftlige aftaler om samarbejdet mellem akutafdelingen og stamafdelingerne<sup>16</sup>.

Indholdet i aftalerne varierer på tværs af regioner og sygehuse og spænder fra visitationsretningslinjer og håndtering af situationer med overbelægning til mere udbyggede aftaler, der også omfatter fremmøde, ansvarsfordeling i forhold til patientflow, udskrivelser og overflytninger fra akutafdeling til stamafdeling mv.

Alle regioner arbejder også med udarbejdelse af faste patientforløb eller akutupakker. I Region Syddanmark er der fx udarbejdet 30 symptombaserede 'akutupakker', som tildeles patienter forventet til indlæggelse. Akutupakkerne udgør en standard for patientbehandlingen i akutafdelingerne i forhold til udredning og behandling, samt hvem der indgår i patientforløbet og hvornår. Akutupakkerne har skabt en systematisk tilgang til den brede population, som kommer i akutafdelingen, og der monitoreres løbende på, i hvilket omfang der leves op til, at patienterne får en klinisk vurdering inden for 30 minutter af patientforløbet samt en behandlingsplan inden for fire timer af patientforløbet.

### **2.1.4 Alle akutafdelinger har en 'flowmaster' funktion**

Samarbejde og tværgående koordination af de akutte patientforløb er sammen med klinisk ledelse af patientforløbene helt centrale opgaver for akutafdelingerne og er med til at karakterisere speciallægenes rolle i forbindelse med de akutte patientforløb.

Alle regioner har derfor indført en funktion som "flowmaster", der har særligt ansvar for patientflowet i akutafdelingen. Formålet er at understøtte hurtigere og mere smidige patientforløb. "Flowmaster"-rollen varetages typisk af en speciallæge, der har som hovedopgave at styre patientforløbene i akutafdelingerne, visitere og sikre, at patienterne bliver tilset og vurderet af den rette læge på det rette tidspunkt<sup>17</sup>.

### **2.1.5 Akutafdelingens personale**

Alle akutafdelinger har en kerne af fastansatte speciallæger, men omfang og speciale-mæssig baggrund varierer mellem de forskellige akutafdelinger. Alle akutafdelinger har uddannelseslæger på forskellige niveauer i videreuddannelse tilknyttet, ligesom der alle steder er en fast kerne af sygeplejefagligt personale og andre faggrupper. Vedrørende bemanning og tilrettelæggelse af det lægefaglige arbejde i akutafdelingerne henvises i øvrigt til afsnit 2.4.

---

<sup>16</sup> De danske akutmodtagelser – status 2016, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Sundheds- og Ældreministeriet, 2016

<sup>17</sup> De danske akutmodtagelser – status 2016, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Sundheds- og Ældreministeriet, 2016

## 2.2 Aktivitet på de danske akutafdelinger

I statusrapporten fra 2016 blev der alene angivet typer af patientkontakter (akutte, ikke-akutte, ambulans, indlæggelse), men ikke data for fordeling af symptomer eller diagnoser blandt patienter, der blev modtaget på akutafdelingerne. Der findes ikke en samlet beskrivelse af patientpopulationen på landets akutafdelinger<sup>18</sup>. Derfor er det ikke muligt at give et samlet, nationalt billede af de akutte patienter på akutafdelingerne, som speciallæger i akutafdelingerne skal besidde kompetencer til at modtage og behandle.

I 2016 kom den første rapport baseret på data i Databasen for Akutte Hospitalskontakter i Regionernes Klinisk Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)<sup>19</sup>. Databasen er fortsat under udvikling og i den første opgørelse har en forudsætning været, at der ikke skulle ske nye registreringer i forbindelse med implementering af de bagvedliggende indikatorer. Databasen er derfor baseret på data fra Landspatientregisteret (LPR) og CPR-registeret.

Rapporten inkluderer 857.233 akutte hospitalsforløb på danske hospitaler i perioden 1. januar til 30. juni 2015. Opdelt på bopælsregion var antal akutte kontakter i de fem regioner – Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland – henholdsvis 211, 144, 134, 108, 113 per 1000 indbyggere. Der er således væsentlige forskelle mellem regionerne på antallet af akutte kontakter, og det er fremhævet i rapporten, at organisatoriske forskelle bidrager til denne forskel. Resultaterne er således ikke egnede til sammenligningen mellem regioner, sygehuse eller afdelinger blandt andet grundet forskelle i patientsammensætningen.

I arbejdsgruppens drøftelser om akutmedicin som speciale har en beskrivelse af den konkrete patientpopulation i akutafdelingerne været efterspurgt. Kendskabet til den samlede patientgruppe har betydning i forhold til afgørelsen af, hvorvidt der er behov for at indføre et nyt speciale i akutmedicin som supplement til de øvrige 'sygdoms-' eller 'organ-specifikke' specialer på sygehuset.

Derfor er relevante studier refereret og eksempler på patientpopulationer fra akutafdelinger indsat i de følgende afsnit. Dette giver et billede af de patienter, som kommer på de danske akutafdelinger.

### 2.2.1 Mange patienter har ikke organ-specifikke specialerelaterede symptomer

Der findes flere nyere danske studier, der kan give et billede af diagnosemønstre og symptombilleder hos akutte patienter på landets akutafdelinger.

Det ene studie fra 2014<sup>20</sup> indeholder alle patienter (medianalder 64) akut indlagt på medicinske afdelinger i Danmark i 2010. I dette studie fandt man, at næsten 30 % af de akutte patienter havde non-specifikke og ikke organ-specifikke diagnoser<sup>21</sup>. Næsten halvdelen (45 %) havde komorbiditet<sup>22</sup>, og der

---

<sup>18</sup> Oplysning fra Region Nordjylland

<sup>19</sup> Rapport Databasen for Akutte Hospitalskontakter, 1. januar – 30. juni 2015, 2016. [https://www.sundhed.dk/content/cms/59/67559\\_rapport-2015-1-databasen-for-akutte-hospitalskontakter\\_11012016.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/59/67559_rapport-2015-1-databasen-for-akutte-hospitalskontakter_11012016.pdf)

<sup>20</sup> Vest-Hansen B, Riis AH, Sørensen HT, et al. Acute admissions to medical departments in Denmark: Diagnoses and patient characteristics. *European Journal of Internal Medicine* 2014;25:639–45.

<sup>21</sup> 19 % havde kredsløbssygdomme, 17 % non-specifikke Z-diagnoser (faktorer af betydning for sundhedstilstand), 16 % havde infektioner fx pneumoni og 12 % havde non-specifikke R-diagnoser (læsioner og forgiftninger)

<sup>22</sup> Målt vha. Charlson Comorbidity Index

fandtes stort overlap mellem kronisk sygdom og indlæggelsesårsag. Halvdelen blev indlagt direkte via egen læge og ca. 25 % kom fra akutafdeling/skadestuen.

Et andet studie fra Region Nordjylland fra 2016<sup>23</sup> indeholder alle patienter med hospitalskontakt, som indbragt med ambulance efter 112-opkald i årene 2007-2014, i alt 148.757 personer. I dette studie udgjorde de non-specifikke diagnoser næsten en tredjedel af alle hospitalskontakter<sup>24</sup>. Også blandt disse patienter fandt man betydende komorbiditet<sup>25</sup>.

Et tredje dansk retrospektivt kohortestudie omhandler 9.863 (medianalderen var 59 år) henvendelser til akutafdelingen på Kolding Sygehus i 2010. Studiet viser, at 1.075 (~11 %) blev sendt hjem efter den initiale undersøgelse – af de resterende henvendelser havde 35 % en tentativ diagnose, mens 65 % var blevet henvist grundet et symptom<sup>26</sup>. Forfatterne fandt, at mere end 50 % af henvendelserne tilhørte kategorierne mavesmerter, dyspnø, feber, traume, ikke-traumatiske smerter eller thorax smerter. Fordelingen blandt medicinske, organkirurgiske, ortopædkirurgiske og karkirurgiske patienter var henholdsvis 49 %, 31 %, 15 % og 5 %. Studiet opgør også, hvor god overensstemmelse der er mellem indlæggelsesdiagnose for otte diagnoser og diagnosen efter otte dage. I studiet finder man, at der er en variation mellem 9 % og 59 % (positiv prædiktiv værdi, PPV) afhængig af indlæggelsesdiagnosen, dvs. sandsynligheden for at indlæggelsesdiagnosen er korrekt er fx 9 % for hjertesygdom og 59 % for pneumoni<sup>27</sup>.

En nyere undersøgelse af 211.000 akutte 112-opkald til Region Hovedstadens vagtcentral viser, at næsten 20 % af opkaldene karakteriseres som en uafklaret problemstilling. De fem hyppigste årsager udgør 40 % af alle opkald og faldt i kategorierne sår, brud og mindre skader (13 %), brystsmerte/hjertesygdom (11 %), ulykker (9 %), forgiftning, medicinoverdosering (8 %) og vejtrækningsproblemer (7 %)<sup>28</sup>. Studiet viser, at selvvisiterede og ambulanceindbragte patienter oftest er diagnostisk uafklaret og ikke knyttet til et specifikt speciale.

Et udtræk af PAS-data<sup>29</sup> i Region Nordjylland viser for såvel ambulante som indlagte patienter på regionens akutafdelinger, at de non-specifikke diagnoser er blandt de hyppigste, og antalsmæssigt udgør de en særdeles stor gruppe. Derudover er 'skadestuepatienter' dvs. tilskadekomne og forgiftninger hyppige. Denne gruppe (tilskadekomne og forgiftninger) er ligeledes stor blandt 112-patienter. Dertil kommer, at det kun er en del af alle patienter med sygdoms- eller organspecifikke lidelser, der erfaringsmæssigt indlægges på specialafdelinger.

---

<sup>23</sup> Christensen EF, Larsen TM, Jensen FB, Bendtsen MD, Hansen PA, Johnsen SP, Christiansen CF. Diagnosis and mortality in prehospital emergency patients transported to hospital: a population-based and registry-based cohort study. *BMJ Open*. 2016 Jul 4;6(7):e011558

<sup>24</sup> 30 % havde læsioner og forgiftninger, 18 % non-specifikke R-diagnoser, 14 % non-specifikke Z-diagnoser, 11 % kredsløbssygdomme og 7 % åndedrætssygdomme (her inkl. pneumoni)

<sup>25</sup> Personlig meddelelse, endnu ikke publiceret.

<sup>26</sup> Carter-Storch R, Olsen UF, Mogensen CB. Admissions to emergency department may be classified into specific complaint categories. *Danish Medical Journal*. 2014;61(3):A4802.

<sup>27</sup> Sriskandarajah S, Carter-Storch R, Frydkjær-Olsen U, Mogensen CB. High diagnostic value of general practitioners' presumptive diagnosis of pyelonephritis, meningitis and pancreatitis. *Danish medical bulletin*. 2016;Jan;63(1).

<sup>28</sup> Møller, T. P., Ersbøll, A. K., Tolstrup, J. S., Østergaard, D., Viereck, S., Overton, J., Folke, F., Lippert, F. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* (2015) 23:88

<sup>29</sup> Patient Administrativt System (PAS). PAS håndterer patientdata som henvisning, indlæggelse, udskrivning, ambulance besøg mv.



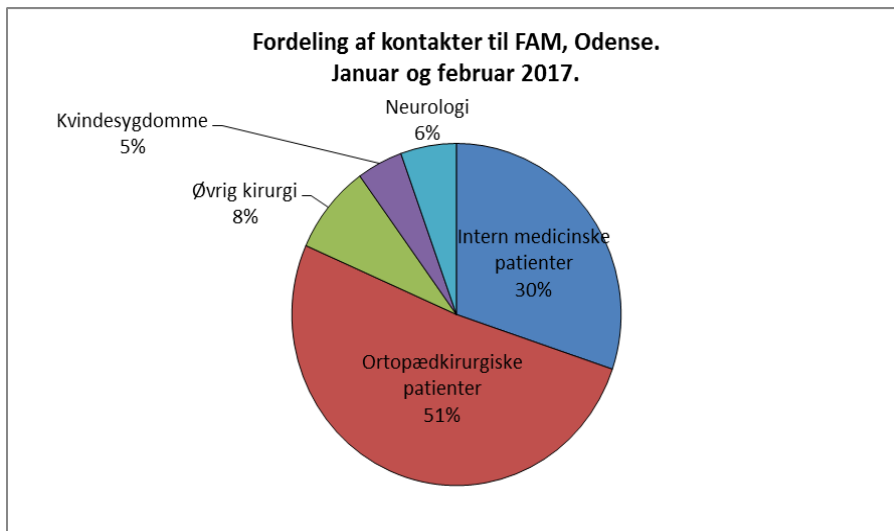
Opsummerende viser de danske studier, at den akutte patientpopulation består af midaldrende og ældre patienter, hvoraf en stor del har ikke-organspecifikke specialerelaterede symptomer og diagnoser, samt at en betydelig andel af patienterne har kroniske sygdomme og er multisyge. Der vil alt andet lige være en variation i forhold til indlæggelses årsag/diagnose og endelig diagnose grundet at det kliniske billede for nogle diagnoser er mere entydigt end for andre. Studiet fra Kolding viser, at patienter har brug for en konkret individuel vurdering eventuelt suppleret med yderligere undersøgelser og observation, inden der kan stilles en endelig diagnose.

## 2.2.2 Eksempler på aktivitetstal fra akutafdelinger fra forskellige regioner

### Region Syddanmark: Akutafdelingen, Odense Universitetshospital

Aktivitet på akutafdelinger opgøres forskelligt på tværs af regioner og afdelinger. Akutafdelingen på Odense Universitetshospital har udarbejdet opgørelser relateret til de etablerede specialer fra 2017. I denne opgørelse er de største patientgrupper de ortopædkirurgiske patienter på 51 % og de intern medicinske patienter på 30 %. Se Figur 2.

Figur 2. Opgørelse over kontakter på Odense Universitetshospitals akutafdeling relateret til specialer

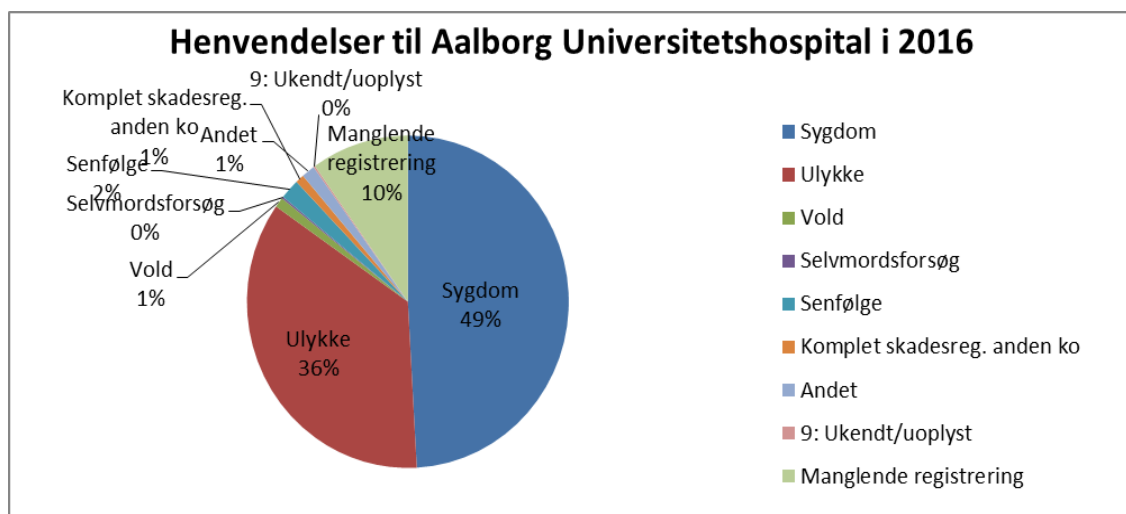


### Region Nordjylland: Aalborg Universitetshospitals akutafdeling og Sygehus Thy-Mors

På Aalborg Universitetshospitals akutafdeling i 2016 er foretaget en opgørelse i relation til overordnede patientgrupperinger (Figur 3). I denne opgørelse er de største patientgrupper patienterne med sygdom (49 %) og ulykker (36 %). Patienter kategoriseret som ortopædkirurgiske i opgørelsen fra OUH (Figur 2) vil i opgørelsen fra Aalborg Universitetshospital (Figur 3) ofte blive kategoriseret i gruppen sygdom eller ulykker. De to opgørelserne kan derfor ikke sammenlignes, men er medtaget for at vise tendenser i fordelingen af de akutte patienter.

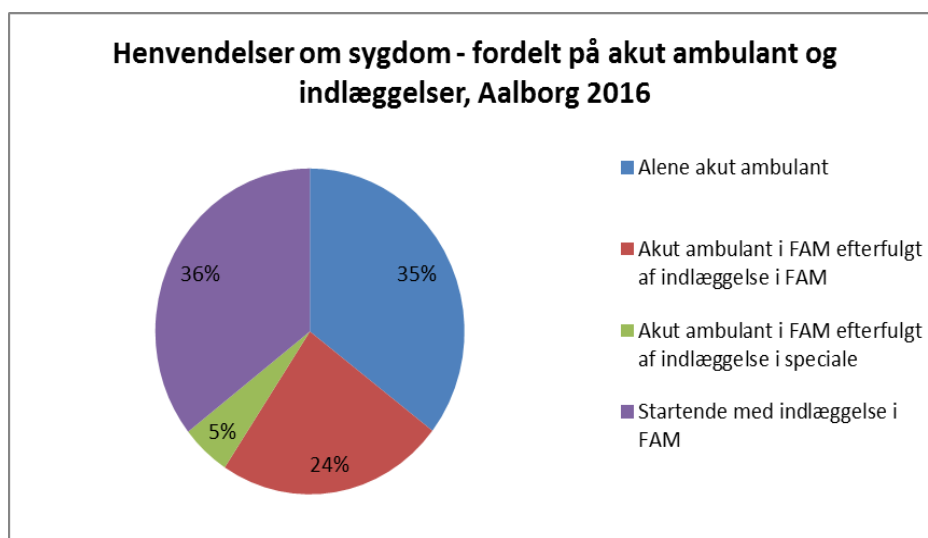


Figur 3. Fordeling af akutte henvendelser på Aalborg Universitetshospitals akutafdeling



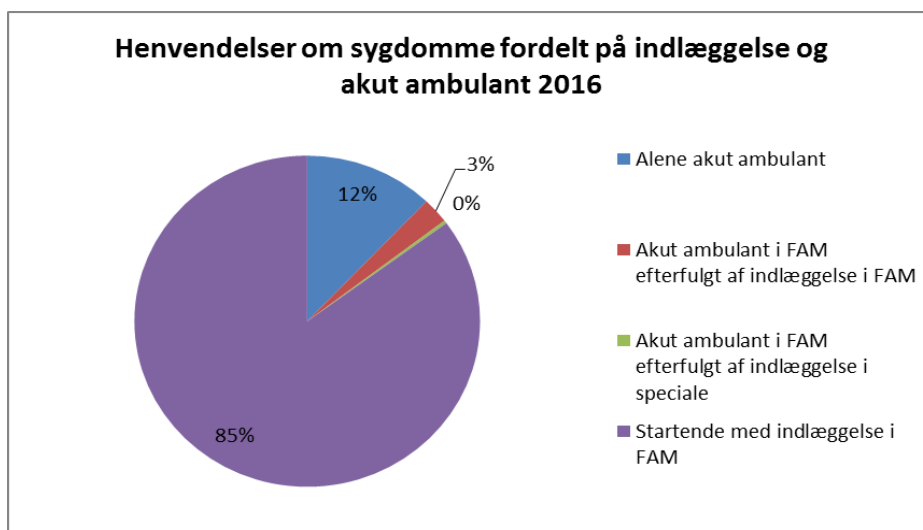
Af de 49 % af patienter, der er registreret i gruppen sygdom i akutafdelingen på Aalborg Universitetshospital, er 35 % af patienterne færdigbehandlet i akutafdelingen (håndteret akut ambulat), dvs. at 24 % af patienterne blev indlagt på akutafdelingen, 5 % blev indlagt på en specialafdeling, og 36 % blev først indlagt på akutafdeling og senere overført til anden afdeling (Figur 4).

Figur 4. Fordeling af 'sygdom' på indlæggelse og ambulat behandling på Aalborg Universitetshospital



På Sygehus Thy-Mors (Figur 5) ses overordnet den samme fordeling af akutte patienter, der er registreret med sygdom og ulykker på hhv. 48 % og 35 %. Af de syge patienter bliver langt færre patienter dog færdigbehandlet på akutafdelingen på Sygehus Thy-Mors (12 %) set i forhold til Aalborg Universitetshospital (35 %).

Figur 5. Fordeling af 'sygdom' på indlæggelse og ambulat behandling på Sygehus Thy-Mors



Behandlingen og graden af indlæggelser er mere ensartet over akutafdelingerne, når man ser på patienterne i gruppen ulykker. Disse patienter bliver oftest behandlet ambulant (færdigbehandlet i akutafdelingen) – 7-15 % af denne gruppe indlægges i Region Nordjylland.

### Region Sjælland: Sjællands Universitetshospital Køge

Sjællands Universitetshospital Køge har i 2016 opgjort de primære henvendelsesårsager til akutafdelingerne som: bryst smerter (10-20 %), mavesmerter (10-20 %), åndenød og infektioner, smerter i ben og arme samt skader.

I DASEM's rapport<sup>30</sup> fremgår en oversigt over studier med angivelse af henvendelsesårsager. Det fremgår, at mavesmerter, bryst smerter, åndenød og feber/infektion er blandt de hyppigste henvendelsesårsager, hvis skadekontakter ekskluderes, hvilket stemmer overens med opgørelsen fra Sjællands Universitetshospital Køge.

Hvis patienter kategoriseres efter overordnede specialer fremgår det ud fra de ovenstående eksempler, at det ortopædkirurgiske speciale varetager ca. halvdelen af henvendelserne og de intern medicinske specialer ca. en tredjedel af henvendelserne. Hvis opgørelserne i stedet opgøres i relation til behandlingssted, fremgår det imidlertid, at ca. en tredjedel af patienterne med sygdom bliver behandlet i akutafdelingen (ambulant) og ca. en tredjedel initialt bliver indlagt i akutafdelingen. For den resterende tredjedel af patienterne opstartes behandlingen i akutafdelingen – den største andel af patienterne indlægges i akutafdelingen (ca. 83 %) og en mindre del indlægges på en specialeafdeling (ca. 17 %).

De medtagne eksempler illustrer også, at mange patienter møder op med symptombilleder, som i den initiale fase ikke nødvendigvis kan relateres til et specifikt speciale, og mange patienter kan blive færdigbehandlet i akutafdelingen (enten ambulant eller ved indlæggelse i akutafdelingen). Det betyder, at den faglige ekspertise og faglige bredde skal være repræsenteret i akutafdelingen til at kunne modtage

<sup>30</sup> Det faglige grundlag for et lægeligt speciale i akutmedicin i Danmark, DASEM, 2016

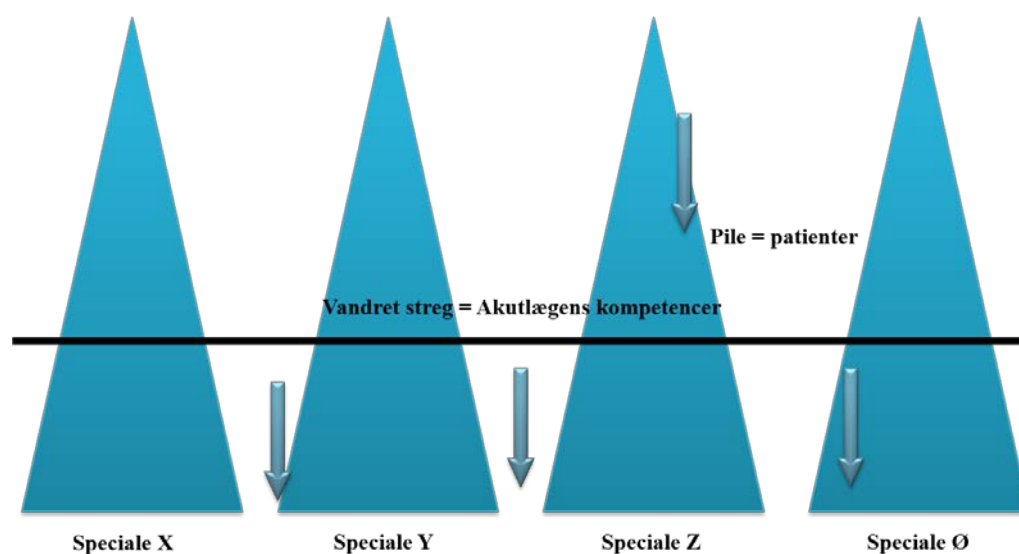
henviste patienter med symptomer og en ikke-specialespecifik diagnose. Det vil særligt være vigtigt på fremtidens sygehuse, hvor flere patienter skal udredes og færdigbehandles i akutafdelingen.

## 2.3 Akutlægens funktion og daglige opgaver på akutafdelingerne

Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM) og de fem regioner forventer, at en speciallæge i akutmedicin (akutmedicineren) skal have kompetencer til at modtage, vurdere og opstarte behandling i akutafdelingen af en bred vifte af akut syge og tilskadekomne patienter – også de patienter som ikke umiddelbart kan kategoriseres til et af de nuværende specialer. Derudover skal akutmedicineren have særlige kompetencer inden for ledelse af akutte patientforløb og samarbejde på tværs af specialer og faggrupper. Akutlægen forventes samtidig at tilkalde speciallæger fra andre relevante specialer, når vedkommendes kompetencer ikke er tilstrækkelige. Akutlægen tager yderligere ansvar for en gruppe af patienter, der ikke tilhører et specifikt speciale, og som ikke kræver indlæggelse eller anden specialistbehandling.

Nedenfor ses illustrationer af akutlægens daglige arbejde på akutafdelingerne (Figur 6, 7 og 8).

**Figur 6. Akutlægens kliniske kompetencer.** Illustration af akutmedicinerens arbejde på akutafdelingen (se forklaring til figuren i teksten). Fra præsentationen: "Akutlægens faglige kompetenceprofil" af Dan Brun Petersen fra Region Sjælland i arbejdsgruppen den 28. oktober 2016



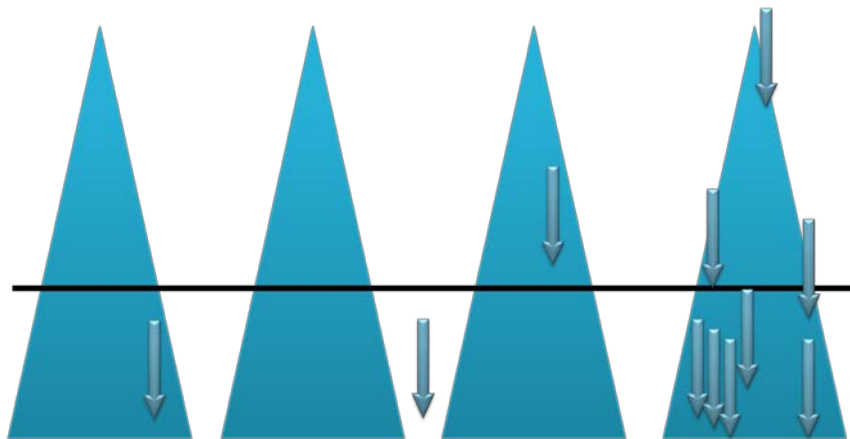
Toppene illustrerer de lægelige specialer med en bred generel base og en tiltagende grad af subspecialisering. Pilene illustrerer patienter i akutafdelingen, og hvordan de fordeler sig på og imellem specialerne (pilene imellem toppene illustrerer patienter, der falder mellem specialerne). Den sorte tværgående bjælke illustrerer akutlægens kliniske kompetencer. Pilene over den sorte bjælke illustrerer de patienter, der går direkte til behandling i et speciale/subspeciale.

### Patientkategori variationer

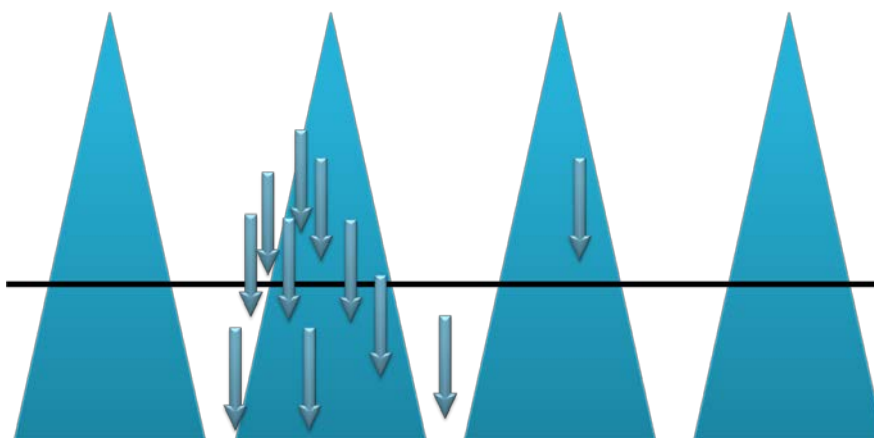
Der er en betydelig og oftest uforudsigelig variation i, hvornår hvilke patienttyper ankommer til akutafdelingen. Denne variation gælder både henover døgnet og mellem de enkelte dage. På nogle tidspunkter kommer der flest patienter med problemstillinger inden for ét speciales hovedområde (fx mavesmerter), men inden for få timer kan der komme andre typer patienter (fx brystsmertter) i stedet. Noget af variatio-

nen forekommer i kendte mønstre (fx mange knoglebrud ved glatte veje), men andet er umuligt at forudse.

**Figur 7. Variation over døgnet.** Illustration af akutmedicinerens arbejde på akutafdelingen (se forklaring til figuren i teksten). Fra præsentationen: "Akutlægens faglige kompetenceprofil" af Dan Brun Petersen fra Region Sjælland i arbejdsgruppen den 28. oktober 2016



**Figur 8. Variation mellem dagene.** Illustration af akutmedicinerens arbejde på akutafdelingen (se forklaring til figuren i teksten). Fra præsentationen: "Akutlægens faglige kompetenceprofil" af Dan Brun Petersen fra Region Sjælland i arbejdsgruppen den 28. oktober 2016



### Fleksibilitet, triagering og samarbejde mellem specialerne

Akutlægens generelle og tværgående kompetencer kan anvendes fleksibelt fx således, at de mest syge patienter behandles først, uanset hvor høj belastning der er indenfor de enkelte specialeområder. Det kræver triagering af patienterne, og at akutlægen hurtigt kan skifte arbejdsopgaver fra fx at modtage patienter med lungebetændelse til at færdigbehandle mange patienter med småskader. Samtidig kræver det god forståelse for de øvrige specialers rutiner, så man kan supplere hinanden bedst muligt og forberede nogle af patienterne til en vurdering fra et andet speciale.

Akutlægen vil kunne varetage behandlingsansvaret for en lang række patienter, der modtages i akutafdelingen, og indtil patienten enten udskrives eller indlægges på en stamafdeling på sygehuset.

DASEM har beskrevet det på følgende måde<sup>31</sup>: Speciallægen i akutmedicin forventes at kunne håndtere stort set alle slags patienter ved ankomst til akutafdelingen og skal derfor varetage den initiale (specialeafhængige) udredning og behandling af kritisk syge samt tilskadekomne patienter.

Akutmedicin er et interdisciplinært speciale og er derfor som mange andre specialer afhængigt af et godt samarbejde med kliniske og parakliniske specialer. Akutmedicin skal opfattes som et supplement til de nuværende specialer med høj grad af specialisering. Akutmedicineren arbejder hver dag i akutafdelingen og opnår stor erfaring med det akutte område og bliver derved 'Mester i modtagelse'.

DASEM uddyber dette i 'Udkast til målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i akutmedicin', 2016. I målbeskrivelsen står, at akutmedicin er karakteriseret ved en stor faglig bredde, idet specialet har berøring med de fleste øvrige lægefaglige specialer. DASEM finder ikke, at akutmedicin er i konkurrence med andre specialer, men er afhængigt af samarbejde med dem.

Region Sjælland beskriver akutlægens kliniske kernekompetencer og opgaver således<sup>32</sup>: Akutlægens kliniske opgave for den enkelte patient skal være at modtage, identificere og prioritere de kliniske problemstillinger, herunder bestille og sammenfatte initiale undersøgelser og svar og fastsætte de behandlingsstyrende diagnoser. Akutlægen skal kunne iværksætte udredning og behandling afhængig af hastegrad (triage). Akutlægen skal kunne foretage tidlig og effektiv diagnostik og differentialdiagnostik indenfor alle kategorier af akutte patienter.

Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM) og de fem regioner beskriver videre, at speciallægen i akutmedicin skal have kompetencer til håndtering af de mest almindelige akutte tilstande, samt at akutmedicineren bør have særlige kompetencer indenfor fire områder:

1. Den kritisk syge eller tilskadekomne patient med livstruende sygdom

Akutlægen skal kunne planlægge, iværksætte og varetage uopsættelig, livreddende behandling og stabilisering af de fleste kategorier af akutte patienter, herunder ABCDE-sikring og genoplivning. Akutlægen skal være ekspert i koordination og kan prioritere inddragelsen af hospitalets øvrige specialister. Akutlægen skal kunne forestå behandlingsansvar for disse patienter indtil sikker overdragelse til det mest relevante speciale.

2. Den multisyge patient med akut forværring

Akutlægen skal kunne håndtere hyppigt forekommende tilstande såvel som mere sjældne, men tidskritiske tilstande. Akutlægen skal kunne forstå samspillet mellem patientens forskellige kroniske lidelser og den akutte situation og finder løsninger for patienter, der involverer kompetencer på tværs af det specialiserede og primære sundhedsvæsen. Akutlægen skal kunne foretage en meningsfuld og effektiv prioritering af inddragelse af hospitalets øvrige specialister og skal kunne varetage behandlingsansvar indtil sikker overdragelse til det mest relevante speciale.

3. Patienten som kan afsluttes til primærsektoren efter kort akut kontakt

---

<sup>31</sup> "Akutlægens Rolle – Kernekompetencer, Primære opgaver i akutafdelingen, Samarbejdet med de øvrige specialer", Dansk Selskab for Akutmedicin. Notatet er rundsendt til arbejdsgruppen den 28. marts 2017

<sup>32</sup> "Akutlægens rolle, opgaver og fremmøde", marts 2017. Notatet er rundsendt til arbejdsgruppen den 28. marts 2017

Akutlægen skal effektivt kunne håndtere alle typer småskader og akut sygdom, der hurtigt kan færdigbehandles. Akutlægen skal selvstændigt kunne håndtere patienter, hvor man efter initial vurdering har afkræftet tilstedeværelse af indlæggelseskrævende akut sygdom. Akutlægen skal have grundig organisatorisk indsigt og kendskab til muligheder for opfølgning ved egen læge, kommunale tilbud eller specialambulatorium og i at finde alternativer til en akut indlæggelse. Akutlægen skal hos denne patientgruppe kunne varetage det samlede behandlingsansvar fra indlæggelse til udskrivelse.

#### 4. Varetagelse af beredskabsopgaver

Beredskabssituationer er principielt en opskalering af vanlig drift i en akutafdeling. Akutlægen vil derfor være en central figur i beredskabssituationer, der involverer sygehuset, og hvor der er behov for at et stort antal akutte patienter modtages og behandles efter de samme grundlæggende principper som i hverdagen.

## 2.4 Speciallægen – eller en kommende speciallæge – er med i front på akutafdelingerne

Et af hovedformålene med akutafdelingerne er, at de rette kompetencer er til stede og tilgængelige på akutafdelingen, når der er brug for dem. Det er derfor centralt, at speciallæger er med helt fremme i den akutte patientbehandling med henblik på at sikre hurtig udredning og behandling. I et effektivt patientforløb for de akutte patienter er det centralt, at der er adgang til hurtig diagnostik og udredning, herunder adgang til de relevante faciliteter og til de rette speciallægekompetencer.

I forhold til faciliteter på matriklen og i akutafdelingen viser statusrapporten fra 2016, at alle 21 akutsygehuse har røntgen, CT, ultralyd, akutte operationsfaciliteter og laboratorieydelser tilgængelige på matriklen eller i akutafdelingen, herunder er de mest almindelige faciliteter som røntgen, ultralyd og laboratorium tilgængelige i mere end halvdelen af akutafdelingerne.

Sundhedsstyrelsens faglige anbefaling vedrørende speciallægedækningen i akutafdelingerne fra 2007 er, at følgende specialer/faciliteter er repræsenteret på matriklen eller i akutafdelingen: intern medicin, ortopedisk kirurgi, kirurgi (parenkym), anæstesiologi med intensiv afdeling niveau 2, diagnostisk radiologi og klinisk biokemi<sup>3</sup>. Primo 2016 havde alle matrikler med akutfunktion adgang til disse speciallæger (bortset fra Sygehus Thy-Mors, der mangler speciallægekompetencer i klinisk biokemi). En del af speciallægerne har også en efteruddannelse i fagområdet akutmedicin.

Statusrapporten viser, at målet om speciallægens tilstedeværelse i akutafdelingen eller på akuthospitalet er indarbejdet på de enkelte matrikler. Der er dog fortsat flere steder, hvor man endnu ikke er i mål med at sikre døgndækkende tilstedeværelse i en række af de specialer, som Sundhedsstyrelsen anbefaler.

Speciallægedækningen til akutafdelingerne er i overvejende grad organiseret omkring en model bestående af en kerne af fastansatte læger, som suppleres med vagtdækning fra læger ansat på sygehusets specialafdelinger. Der er forskel på, hvor mange læger – også speciallæger – der er ansat i akutafdelingerne, og hvor mange læger der deltager i det akutte arbejde i akutafdelingen som en del af deres ansættelser på de øvrige afdelinger på sygehuset.

Nedenfor præsenteres eksempler på bemanning af akutafdelinger. Informationerne stammer fra en præsentation på møde i det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse (NRLV) i juni 2016, fra Sundheds-

styrelsens besøg på akutafdelingen på Holbæk Sygehus i forbindelse med arbejdsgruppens arbejde samt supplerende information indsendt fra Region Midtjylland. Det skal understreges, at disse kun er eksempler til illustrering af forskellige valg af organisatoriske og faglige rammer. Det er ikke udtryk for, at Sundhedsstyrelsen eller arbejdsgruppen har foretaget en samlet, systematisk gennemgang af alle 21 akutafdelinger, endsi­ge fortaget en bedømmelse eller vægtning af kvaliteten i opgavevaretagelsen.

Odense Universitetshospital (OUH) har Danmarks største akutafdeling. Afdelingen bemannes af speciallæger ansat på stamafdelingerne på sygehuset. Et eksempel på bemanningen i akutafdelingen er vist i Tabel 2. Vagtdækningen er fordelt på speciallæger og uddannelseslæger som vist i eksemplet i Figur 9.

**Tabel 2. Eksempel på lægebemanning af akutafdelingen, OUH**

	Dag*)	Aften*)	Nat*)
<b>Intern medicin</b>	3	2	2
<b>Kirurgi</b>	1	½ (1)	½
<b>Ortopædkirurgi</b>	1	1	½
<b>Anæstesiologi</b>	½	½	½
<b>Neurologi</b>	½	0 (½)	0 (½)

\*) Dag = kl. 8-16/18 – Aften = kl. 16/18-21/23 – Nat = kl. 21/23-08

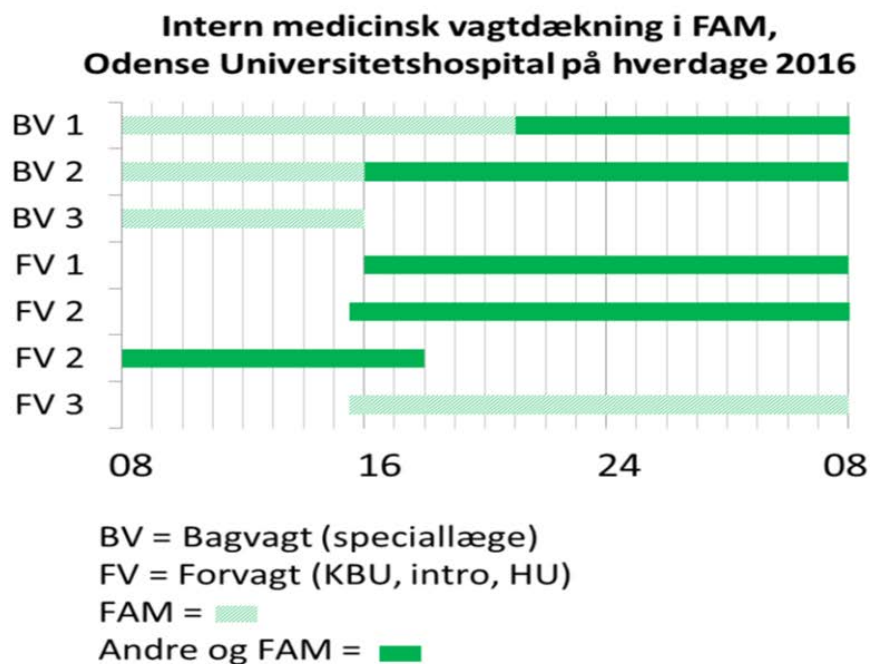
Tallene i tabellen angiver antal speciallæger i tilstedeværelse i FAM. "½" betyder, at speciallæge er tilstedeværende på sygehuset, men ikke nødvendigvis hele tiden i FAM. Tal i parentes angiver sigtemål for ønsket bemanning i fremtiden.

Kardiologi, pædiatri og obstetrik har særlige akutafdelinger med tilstedeværelse af speciallæger døgnet rundt.

**Kilde: Oplæg til NRLV 15. juni 2016.**



Figur 9. Eksempel på fordeling mellem speciallæger og uddannelseslæger



Kilde: Oplæg ved direktøren på OUH til NRLV juni 2016

Ovenstående eksempel på en vagtmodel fra OUH er baseret på, at store specialer som fx de intern medicinske specialer, kirurgi og ortopædkirurgi skal være repræsenteret i akutafdelingen til modtagelsen af akutte patienter af faglige og driftsmæssige grunde (flerhed af specialer, robusthed, forebygger ny flaskehals, sammenhængskraft). Det giver en forskellighed af specialistkompetencer i akutafdelingen, baseret på en kerne af intern medicinere. OUH finder, at denne model har øget sammenhængskraften mellem akutafdelingen og stamafdelinger, og at den muliggør en tæt supervision af yngre læger.

I arbejdsgruppen blev der givet udtryk for, at denne type vagtmodel kun er relevant for store hospitaler, og at universitetssygehuse har andre muligheder end regionssygehuse. Samtidig er der enighed om, at der kan være udfordringer i form af manglende karrierevej for både yngre og speciallæger i akutafdelingen, samt udfordringer i forhold til forskning og rekruttering.

På Holbæk Sygehus har man omvendt ønsket at have fastansatte læger i akutafdelingen. Sammensætning af bemanningen fremgår af Tabel 3.

Tabel 3. Oversigt over ansatte i akutafdelingen på Holbæk Sygehus, september 2016

Antal ansatte	Konkretisering af speciale
11 speciallæger, hvoraf 7 har fagområdet akutmedicin	1 thoraxkirurg
	3 intern medicinere
	2 ortopædkirurger
	4 almen medicinere (hvoraf 2 på akutkurset fra Videreuddannelsesregion Nord)
8 læger (1. reservelæger)	heraf 4 i almen blok, 2 i udveksling i Sverige, 1 amerikansk speciallæge i akutmedicin og 1 ortopædkirurg
18 KBU læger	

Kilde: Oplæg ved ledende overlæge på akutafdelingen på Holbæk Sygehus 1. september 2016



På Holbæk Sygehus' akutafdeling er lægerne fastansat i akutafdelingen og repræsenterer relevante specialer ift. akutte patienter. Der trækkes rutinemæssigt på personale fra andre afdelinger i forbindelse med traume, hjertestop og medicinsk pædiatri, hvis den påbegyndte behandling ikke resulterer i bedring af patientens tilstand indenfor 15 minutter.

Begrundelserne for kun at have fastansat personale er bl.a., at de tilstedeværende ressourcer (læger, sygeplejersker og sekretærer) i afdelingen til enhver tid kan flyttes til det område i afdelingen, hvor behovet er størst. Det sikres ved, at alle læger, sygeplejersker og sekretærer er uddannet til at varetage hovedparten af opgaverne i akutafdelingen. En øvrig gevinst er fastholdelse af personale, mens det er en udfordring at få akutafdelingen bemandet ens døgnet rundt, året rundt. Argumenter for denne model er herudover, at det man skal gøre godt, skal man gøre ofte ("øvelse gør mester"). Derudover ses det som en fordel, at der er samme organisering og de opgaver, der løses i dagtid og om natten.

I Region Midtjylland arbejdes med en tredje model vedrørende speciallægebemanding. Her udgøres den lægefaglige grundstamme i akutafdelingerne af akutlæger, som er speciallæger med overbygning i fagområde akutmedicin eller lignende. Region Midtjylland har oplyst, at modellen er valgt med henblik på at sikre høj faglig kompetence i den akutte del af patientforløbet. Regionen vurderer yderligere, at denne tilgang sikrer, at de læger der har det daglige ansvar for at modtage de akutte patienter gør det ofte, ligesom modellen fungerer på samme måde i dagtid og aften/nat. Endelig er det vurderet, at det tætte samarbejde med specialerne sikrer, at specialespecifikke problemstillinger kan håndteres af de relevante specialister meget tidligt i forløbet.

Akutafdelingen i Hospitalsenhed Vest i Region Midtjylland er et eksempel på dette. Akutafdelingen modtager alle typer akutte patienter, bortset fra fødende, præhosopitalt visiterede hjertepatienter og apopleksipatienter. I 2016 modtog akutafdelingen i alt 41.000 patienter. Af disse blev i alt 16.000 indlagt på Hospitalsenhed Vest. I alt 7.200 af de indlagte patienter blev afsluttet direkte fra akutafdelingen.

Akutlægerne i Akutafdelingen i Hospitalsenhed Vest deltager i modtagelse, triagering, udredning og initial behandling af alle typer akutte patienter visiteret til akutafdelingen. Akutlægerne kan selvstændigt udskrive medicinske, kirurgiske og ortopædkirurgiske patienter under hensyntagen til de gældende faglige retningslinjer og samarbejdsaftaler, der er indgået med de kliniske specialer.

I akutafdelingen er der fra 1. juli 2017 12 akutlæger, inklusive den ledende overlæge. Udover akutlægerne er der på afdelingen et antal læger i hoveduddannelsesforløb. P.t er fem læger i gang med en speciallægeuddannelse i samarbejde med et svensk akuthospital, og seks læger er i hoveduddannelsesforløb til almen praksis. Herudover har akutafdelingen altid 20-22 læger i KBU-forløb.

Der er altid mindst en akutlæge i vagt i akutafdelingen. Henover døgnet varierer antallet af akutlæger, der er på arbejde samtidig, når der er flest, er der fire tilstede i samme periode (overlappende vagter). Derudover er der døgndækkende adgang til hjælp fra speciallæger i intern medicin, kirurgi, ortopædkirurgi, anæstesi, gynækologi/obstetrik, diagnostisk radiologi og klinisk biokemi, der alle er i døgndækkende tilstedeværelse på akuthospitalet.

#### **2.4.1 Antallet af akutlæger og deres grundspeciale**

I 2016 var der ifølge DASEM 145 fastansatte speciallæger på de danske akutafdelinger. Fordelingen på de fem regioner fremgår af Tabel 4.

Tabel 4. Fordelingen af fastansatte speciallæger i de fem regioners akutafdelinger.

Region	Hovedstaden	Midtjylland	Nordjylland	Sjælland	Syddanmark
Antal speciallæger fastansat	17	39	11	47	31
Antal akutafdelinger med (uden) egne læger	5 (2)	5	3	4	5

Kilde: Oplæg NRLV juni 2016

Dette antal fastansatte akutlæger på akutafdelingerne giver 2,5 pr. 100.000 indbyggere med en variation mellem 0,9 (Region Hovedstaden) til 5,6 (Region Sjælland 5,6).

I arbejdsgruppen er der indhentet nye informationer om antallet af fastansatte akutlæger på regionernes akutafdelinger samt speciallægenes grunduddannelse til brug for denne rapport. Oversigterne ses nedenfor i hhv. tabel 5, 6, 7 og 8.

Efter hver tabel er det yderligere opgjort om en eller flere af de fastansatte speciallæger har fagområdeuddannelsen i akutmedicin, og hvilket speciale de pågældende læger har opnået speciallægeanerkendelse i.

Opgørelserne viser, at mange forskellige speciallæger er ansat i akutafdelingerne – også flere udenlandske speciallæger i akutmedicin.

## Region Midtjylland

Tabel 5. Ansatte speciallæger på akutafdelingerne i Region Midtjylland fordelt på specialer

Speciale	Aarhus Universitetshospital	Hospitalsenheden Horsens	Hospitalsenheden Midt	Hospitalsenheden Vest	Regionshospitalet Randers
Almen medicin	5	4,8	2,9		0,6
Intern medicin			1	3,5	0,8
Intern medicin: kardiologi			1		
Intern medicin: nefrologi			0,5		
Intern medicin: gastro-enterologi				1	1
Intern medicin: infektionsmedicin					1
Neurologi			0,5		
Ortopædkirurgi	6		1	3	
Neurokirurgi		1			1
Øre-næse-hals			1		
Anæstesi	3,2			0,5	
Klinisk genetik				1	
Klinisk farmakologi	1				
<b>I alt</b>	<b>15,2</b>	<b>5,8</b>	<b>7,9</b>	<b>9*</b>	<b>4,4</b>

\* Plus en speciallæge med gennemført svensk speciallægeuddannelse i "akutsjukvård".

Alle akutlæger i Region Midtjylland har gennemført eller er i gang med overbygningen i fagområde akutmedicin eller lignende.

Derudover har Region Midtjylland indgået en aftale med et svensk universitetshospital, hvorigennem fem yngre læger på nuværende tidspunkt er i gang med en svensk speciallægeuddannelse i 'akutsjukvård'. Størstedelen af uddannelsesforløbet foregår i Danmark med ansættelser på danske sygehuse – med et år i Sverige samlet set. Lægerne vil efter afsluttet uddannelse være speciallæger i akutmedicin i Sverige, men uden en speciallægeanerkendelse i Danmark. De forventes at kunne ansættes på overlægelignende vilkår i Region Midtjylland.

Region Midtjylland forventer, at alle ansatte akutlæger kan meritvurderes i forbindelse med et nyt speciale. Der skal dog ske en individuel, faglig vurdering af, hvor læger eventuelt mangler opkvalificering, når et færdigt forslag til den nye uddannelse foreligger.

## Region Nordjylland

Tabel 6. Ansatte speciallæger på akutafdelingerne i Region Nordjylland fordelt på specialer

Speciale	Aalborg Universitetshospital	Regionshospital Nordjylland, Thisted	Regionshospital Nordjylland, Hjørring
Almen medicin	1	1	
Intern medicin	1		1
Intern medicin: gastroenterologi	2		
Intern medicin: nefrologi	1		
Intern medicin: hæmatologi	1		
Ortopædkirurgi		1*	
Thoraxkirurgi		1	
Organkirurgi		1	
Anæstesi			1
Klinisk mikrobiologi	1		
<b>I alt</b>	<b>7</b>	<b>4 akutlæger (3,5 stillinger)</b>	<b>2 (ingen oplysning)</b>

\* Denne læge er ikke i gang med videreuddannelsen i akutmedicin i Videreuddannelsesregion Nord.

Alle fastansatte akutlæger i Region Nordjylland har gennemført eller er i gang med at gennemføre efteruddannelsen i akutmedicin i Videreuddannelsesregion Nord (se mere i afsnit 3.2).

## Region Sjælland

Tabel 7. Ansatte speciallæger på akutafdelingerne i Region Sjælland fordelt på specialer

Speciale	Sjællands Universitetshospital, Køge	Holbæk Sygehus	Slagelse Sygehus	Nykøbing F Sygehus
Almen medicin	1	4	3	5
Intern medicin		3		3
Intern medicin: kardiologi			1	
Intern medicin: geriatri	1			
Intern medicin: endokrinologi	1		1	
Intern medicin: hæmatologi	1			
Kirurgi				1
Ortopædkirurgi	2	3	1	
Thoraxkirurgi		1	1	1
Plastikkirurgi			1	
Anæstesi	2			
Samfundsmedicin	1			
Urologi	1			
Klinisk farmakologi			1	
Uden speciale			3	
<b>I alt</b>	<b>11</b>	<b>11 + 1 amerikansk uddannet akutlæge</b>	<b>9 + 1 svensk uddannet akutlæge</b>	<b>10</b>

På Sjællands Universitetshospital Køge (SUH) har seks af de fastansatte akutlæger fagområdeuddannelsen i akutmedicin. Derudover er det oplyst, at der opnormeres i medarbejderstaben til sommer 2017 med en fransk uddannet akutlæge, en svensk uddannet akutlæge, en intern mediciner og en kirurg.

Syv fastansatte akutlæger har fagområdeuddannelse i akutmedicin på akutafdelingen på Holbæk Sygehus samt én amerikansk uddannet akutlæge.

Akutafdelingen på Slagelse Sygehus har én fastansat akutlæger med fagområdeuddannelsen i akutmedicin. Derudover er der ansat en svensk uddannet akutlæge samt tre læger uden speciale men med større klinisk erfaring.

På akutafdelingen på Nykøbing F. Sygehus har tre fastansatte akutlæger gennemført det teoretiske kursus i fagområdeuddannelsen i akutmedicin. En fastansat akutlæge har taget en master i akutmedicin på Manchester University.

De fastansatte almen medicinere har haft seks måneders pædiatri i deres hoveduddannelse. Intern medicinerne har haft intern medicin i speciallægeuddannelsen. På SUH har tre fastansatte akutmedicinere derudover haft minimum seks måneders anæstesiologi.

## Region Syddanmark

Tabel 8. Ansatte speciallæger på akutafdelingerne i Region Syddanmark fordelt på specialer

Speciale	OUH, Odense Universi- tethospital	OUH, Svendborg Sygehus	Sygehus Lillebælt, Kolding	Sygehus Lillebælt, Vejle	Sydvest- jysk Sy- gehus	Sygehus Sønderjyl- land
Almen medicin	1		1		1	
Intern medicin				(2)		3
Intern medicin: kardiologi	1					
Intern medicin: nefrologi	2					
Intern medicin: gastro- enterologi	2					
Intern medicin: infekti- onsmedicin	1					
Intern medicin: geriatri	2					
Intern medicin: reumato- logi	1 (næsten færdigud- dannet)			(1)		
Ortopædkirurgi						2
<b>I alt</b>	<b>10 (plus én ubesat stil- ling)</b>	<b>0</b>	<b>1</b> (samt en speciallæge i intern medi- cin: nefrologi ansat i me- dicinsk afde- ling, men ar- bejdsfunkti- on i akutaf- delingen*)	<b>0</b> (Dog er tre special- læger til- knyttet AVA)	<b>1</b>	<b>5 (ikke årsværk)</b>

\* Denne speciallæge har gennemgået videreuddannelsen i akutmedicin i Videreuddannelsesregion Nord

På akutafdelingen på OUH, Odense har to af de fastansatte akutlæger fagområdeuddannelsen i akutmedicin, men arbejder kun som intern medicinere. To andre har gennemført det meste af fagområdeuddannelsen. Derudover er der en akutlæge ansat, der har fået overført en speciallægeanerkendelse fra Tyskland.

På akutafdelingen på OUH, Svendborg er der ikke ansat akutlæger.

På akutafdelingen på Sydvestjysk Sygehus, Kolding har den fastansatte akutlæge fagområdeuddannelsen i akutmedicin.

På akutafdelingen på Sygehus Sønderjylland har én akutmediciner fagområdeuddannelsen i akutmedicin og en speciallæge er under uddannelse.

De fastansatte almen medicinere har haft seks måneders pædiatri i deres hoveduddannelse. Intern medicinerne har haft intern medicin i speciallægeuddannelsen.

## 2.5 Akutmedicinerens rolle og samarbejde på henholdsvis små, mellemstore og store sygehuse

De regionale repræsentanter i arbejdsgruppen har vurderet og beskrevet akutlægens rolle på henholdsvis små, mellemstore og store sygehuse/universitetssygehuse. Dette for at få et regionalt perspektiv på, hvilken rolle og hvilke opgaver som regionerne forventer, at speciallægen i akutmedicin skal varetage på forskellige typer og størrelser af akutafdelinger. Akutmedicinerens rolle, opgaver og profil vil naturligt være forskellig alt afhængigt af, om akutmedicineren varetager opgaver på en akutafdeling på et lille sygehus, på et mellemstort sygehus eller på et stort universitetssygehus.

Det skyldes både, at akutafdelingerne varierer i størrelse på baggrund af optageområdet og den regionale organisering, samt at antallet af specialer på de enkelte sygehuse, der kan understøtte akutafdelingen, er varierende.

Akutafdelingerne varierer meget i størrelse fra den mindste på Bornholm Hospital med 14 senge og et indtag på ca. 14.800 besøg til en af landets største på Herlev Hospital med 130 senge og ca. 70.000 behandlede årligt. Størrelsen af akutafdelinger er afhængig dels af optageområdet og dels den regionale organisation af akutafdelinger og sygehuse i øvrigt.

Ligeledes er antallet af specialer på det enkelte hospital meget varierende. Fra de store sygehuse i København og øvrige universitetssygehuse, som har alle eller mange specialer med døgndækket tilstedeværelses-bagvagt til de mindste akutsygehuse, som har en bred medicinsk bagvagt, en kirurgisk bagvagt, en ortopædkirurgisk bagvagt, evt. en gynækologisk bagvagt og en anæstesiologisk bagvagt. Disse bagvagter er ikke nødvendigvis alle i døgndækket tilstedeværelse og har også andre opgaver blandt andet at operere, passe intensiv afdelingen m.v.

Akutafdelingerne har alle uanset størrelse det tilfældes, at de skal modtage akutte, uafklarede patienter. Derudover skal sygehuse i varierende grad varetage forskellig kompleksitet af akutte patienter fx afhængig af, om sygehuset har et traumecenter eller varetage meget komplicerede akutte funktioner som børnekirurgi, håndkirurgi, øjenkirurgi m.v. Endelig er en del af patienter multisyge<sup>33</sup>. Der er således behov for, at den modtagende speciallæge (akutlægen) har brede 'akut-kompetencer' og formår at vurdere, udrede og initialt behandle den uafklarede patient uden skelen til enkelte fagområder og specialer. Akutlægen vil være den behandlingsansvarlige læge, indtil patientansvaret overdrages til et af hospitalets øvrige speciallæger.

Samarbejdet mellem akutafdelingen og de øvrige specialer afhænger således af backup fra de faglige specialer, der er på de enkelte akutsygehuse. Derved bliver arbejdet som akutlæge på de enkelte hospitaler også forskelligt – særligt i forhold til samarbejde med øvrige specialer og flow master-funktionen på hospitalet.

På et lille sygehus som Bornholm, Thisted og Nykøbing Falster, hvor regions- og højtspecialiserede patientkategorier er sjældne, er man afhængig af at kunne konferere og evt. overføre patienter til andre akutsygehuse i regionen (fx neurologi, pædiatri, urologi, nefrologi, kardiologi, geriatri). På mindre sy-

---

<sup>33</sup> Vest-Hansen B, Riis AH, Sørensen HT, et al. Acute admissions to medical departments in Denmark: Diagnoses and patient characteristics. *European Journal of Internal Medicine* 2014;25:639-45

gehuse med lang afstand til et større og højere specialiseret sygehus er den præhospitale indsats afgørende, både for at sikre størst mulig grad af visitation til rette hospital og med henblik på sekundære overflytninger, hvor præhospitale læger også kan spille en central rolle. Derudover vil der ikke være vagthavende indenfor de almindelige medicinske specialer (endokrinologi, lungemedicin, kardiologi) i døgndækket tilstedeværelsesvagt på de mindre sygehuse. Speciallæger i akutmedicin får derfor en meget afgørende rolle med sine generelle kompetencer på sådanne sygehuse, hvilket modsvarer de akutte patienters faglige kompleksitet.

På de mellemstore akutsygehuse såsom Herning, Esbjerg og Køge er der flere specialer i døgndækket tilstedeværelsesvagt (kardiologi, pædiatri, neurologi). Der er således både langt flere patienter i akutafdelingen, men også større muligheder for at tilkalde flere speciallæger eller overflytte visse patientkategorier til specialeafdelinger på sygehuset. Akutlægens rolle er stadig den samme som på et lille sygehus; hurtig initial diagnostik og igangsættelse af behandling samt stillingtagen/koordination af eventuelle tilsyn eller viderevisitation, hvorfor akutlægen på mellemstore sygehuse udover de brede ”akutkompetencer” også skal varetage flowmaster-funktionen i større grad.

På de helt store akutsygehuse, hvor der stort set er døgndækket tilstedeværelse af vagthavende i de fleste specialer og et meget stort indtag af akutte patienter, vil akutlægens rolle være endnu mere optaget af akut diagnostik, stabilisering samt flowmaster-funktionen og samarbejde med de mange tilstedeværende øvrige speciallæger, således at den afklarede patient hurtigt kommer til rette speciale.

Disse størrelsesforskelle på akutafdelinger og antallet af specialer i døgndækket tilstedeværelse ses også i de forskellige organisatoriske set-up, der er observeret i forskellige akutafdelinger i afsnit 2.1.2<sup>34</sup>. Det er vigtigt at sikre en ensartet og faglig kvalitet i akutafdelingerne i Danmark, således at en akut patients initiale lægekontakt – ligegyldigt om det er på en lille eller meget stor akutafdeling. Dette ikke mindst med hensyn til diagnostik af den ofte uafklarede, multisyge patient og initial behandling. Det efterfølgende viderediagnostiske, logistiske og behandlingsmæssige forløb vil være påvirket af, hvor mange andre specialer der har døgndækket tilstedeværelsesvagtfunktion på sygehuset. Eventuelle speciallæger i akutmedicin bør således have ensartede basale akutte kompetencer, men den organisation, lægen arbejder i, vil få indflydelse på brugen af dem – ligesom det er gældende for speciallæger i de øvrige specialer.

---

<sup>34</sup> Anders Møllekær ph.d., Design-EM

## 3 Nuværende uddannelser i akutmedicin

### 3.1 Fagområdeuddannelse i akutmedicin

I 2008 blev fagområdet akutmedicin etableret med efterfølgende revision i 2012. Fagområdet blev oprettet i et samarbejde mellem forskellige videnskabelige selskaber med inspiration fra international akutmedicin blandt andet fra det europæiske curriculum. Fagområdet er en samlet og ensartet beskrivelse, hvis formål er ønsket om at bidrage til at sikre akutte patienter en målrettet, ensartet og effektiv modtagelse, herunder en koordineret initial diagnostik og behandling i de danske akutafdelinger.<sup>35</sup>

Fagområdet akutmedicin blev defineret og beskrevet i regi af Dansk Medicinsk Selskab (nu Organisationen Lægevidenskabelige Selskaber – LVS) på baggrund af en opfordring fra Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse i efteråret 2007, som opfølgning på Sundhedsstyrelsen rapporten: ”Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen” udgivet i 2007. anbefalinger i denne rapport har været med til at sikre et kvalitetsløft i behandlingen af den akutte patient.

Forudsætningen for at blive fagområdespecialist er en speciallægeuddannelse indenfor fx anæstesiologi, intern medicinske specialer, kirurgi, ortopædkirurgi eller almen medicin.

LVS har udarbejdet en godkendelsesprocedure og nedsat et godkendelsesudvalg bestående af fem medlemmer. Formålet med at etablere en formaliseret godkendelsesprocedure er ifølge LVS at medvirke til fagområdet akutmedicin bliver anset for et uddannelsesmæssigt kvalitetsstempel. Der foreligger således et officielt ansøgningskema til hhv. godkendelse af uddannelsesprogram samt gennemført uddannelse. I godkendelsesproceduren indgår blandt andet krav, som også er gældende for en formaliseret speciallægeuddannelse fx ansættelse på minimum to forskellige akutafdelinger, ansættelseslængde af minimum seks måneders varighed, kursusdeltagelse inkl. færdighedstræningskurser, liste over kliniske færdigheder mv.

#### 3.1.1 Status på antallet af fagområdespecialister

LVS har oplyst, at 48 speciallæger pr. den 1. januar 2017 har opnået fagområdegodkendelse i akutmedicin (36 mænd og 12 kvinder) fordelt på følgende grundlæggende specialer: almen medicin: 14, intern medicinske specialer (”kolonspecialer”): 7, intern medicin (uden nærmere specifikation): 7, anæstesiologi: 10, kirurgiske specialer: 6, parakliniske specialer: 3. Derudover er der en enkelt, hvor LVS ikke har kunnet finde information om grundlæggende speciale.

### 3.2 Efteruddannelser i akutmedicin

Efteruddannelse dækker over uddannelse, som gennemføres efter afsluttet speciallægeuddannelse og foregår både uformelt (selvstudier mv.) og mere formaliseret i form af deltagelse i kurser, symposier, workshops og kongresser fx indenfor emnet akutmedicin. Efteruddannelse foregår dels på baggrund af arbejdsstedets ledelses ønske og vurdering af efteruddannelsesbehov dels ud fra lægens eget ønske om professionel og faglig udvikling.

---

<sup>35</sup> Fagområdet Akutmedicin, april 2012 [http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob\\_page.show?\\_docname=11123421.PDF](http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=11123421.PDF)



### **3.2.1 Fællesregional uddannelse i akutmedicin**

Regionerne har i fællesskab etableret en fælles regional efteruddannelse af speciallæger i akutmedicin primært i Videreuddannelsesregion Nord. Uddannelsen s rammer afspejler regionernes vurdering af behovet for særlige lægelige kompetencer og efteruddannelse af læger målrettet opgaveløsningen i akutafdelingerne. Uddannelsen består af klinisk uddannelse og et kursusforløb opdelt i fire moduler. Det faglige indhold er sammensat, så det dækker indholdet af LVS's beskrivelse af fagområdet akutmedicin.

Læger fra alle fem regioner har deltaget og gennemført uddannelsen. Videreuddannelsesregion Nord har oplyst, at i alt 162 speciallæger pr. marts 2017 har gennemført efteruddannelsen i akutmedicin, hvoraf 43 er kvinder og 119 er mænd. Det er ikke opgjort, hvilke speciallægeanerkendelser de 162 speciallæger har.

### **3.2.2 Øvrige efteruddannelser**

DASEM og andre specialeselskaber har gennem årene arrangeret kurser og temadage om akutmedicinske emner. I samarbejde med Dansk Selskab for Intern Medicin deltager DASEM fast i afviklingen af de fælles hoveduddannelseskurser i akutmedicin for intern medicinske uddannelseslæger.

Derudover arrangeres både internationale og nationale efteruddannelsetilbud. Blandt de nationale udbydere er de videnskabelige selskaber, Lægeforeningen, Danske Regioner, diverse efteruddannelsesfonde, private udbydere m. fl.

### **3.2.3 Andre ansættelsesforløb**

Region Midtjylland og Region Sjælland har i en årrække haft samarbejde med universitetshospitaler i Sverige, hvor danske læger følger et uddannelsesprogram med ophold på både danske og svenske afdelinger. Ved succesfuld gennemførelse får lægerne svensk speciallægeanerkendelse i "Akutsjukvård". Derudover har flere akutafdelinger erfaringer med reservelægestillinger, der i opbygning og uddannelsesindhold svarer til introduktionsstillinger.

## 4 Forhold der kan tale for og imod et speciale i akutmedicin

Sundhedsstyrelsen formulerede tilbage i 2007 formålet med etablering af akutafdelinger som, at de skal sikre en ”høj ensartet faglig kvalitet, sammenhængende patientforløb og optimal udnyttelse af ressourcerne – uanset tid og sted”<sup>36</sup>.

Arbejdsgruppen har givet udtryk for at have forskellige synspunkter på, om et speciale i akutmedicin vil medføre fordele, ulemper eller udfordringer fx mere sammenhæng i sundhedsvæsenet, opgaveglidning og bedre kompetencer til at modtage og behandle akutte patienter.

Som en del af arbejdsgruppens drøftelser er der gennemført en SWOT-analyse (se bilag 2), der vurderer styrker, svagheder, muligheder og trusler ved at indføre et speciale i akutmedicin. SWOT-analysen giver mulighed for at vurdere spørgsmålet fra flere sider og kan således fungere som et planlægningsgrundlag for den videre vurderingsproces. Hvis der oprettes et speciale i akutmedicin, bør der således være fokus på at sikre en god proces ved planlægning og implementering af specialet. Hvis der ikke indføres et speciale i akutmedicin skal udfordringen i forhold til at sikre gode arbejdsforhold og personale i akutafdelingerne revurderes, fordi regionerne frygter, at personale vil søge væk fra afdelingerne og derved udfordre afdelingernes drift.

Under udarbejdelse af SWOT-analysen oplevede arbejdsgruppen, at punkter under overskriften ’styrker’ også kunne sættes under ’svagheder’ og vice versa. Dette giver sig også udtryk i forhold til relation og samarbejde med almen praksis, som er vigtigt for alle specialer, men akutafdelinger og akutmedicinere vil kunne få en særlig opgave. Det vil således være en styrke, at akutmedicineren kan blive gode sparingspartnere for praktiserende læger med henblik på at finde alternativer til indlæggelse og anden sygehusbehandling, men en svaghed hvis akutmedicineren bliver et ekstra forsinkende led for patienter, der allerede er blevet visiteret af en speciallæge fx vagtlægen.

Arbejdsgruppen har ikke i enighed kunne give et entydigt svar på, om indførelsen af et nyt speciale i akutmedicin i dansk sammenhæng vil sikre en højere kvalitet i udredning, pleje og behandling af patienterne i akutafdelingerne – og dermed højere kvalitet, sammenhængende patientforløb og optimal udnyttelse af ressourcerne. Der er dog fremført det synspunkt i arbejdsgruppen – særligt fra regionernes side – at en speciallæge i akutmedicin er en mulig løsning på de udfordringer, der i dag ses i landets akutafdelinger.

De synspunkter, der indgår nedenfor, er ikke alle synspunkter, hvor der har været enighed om i arbejdsgruppen, men de skal på en afbalanceret måde give et nuanceret billede af de drøftelser, der har været i arbejdsgruppen.

### 4.1 Formelle regler og rammer for specialer i Danmark

Uddannelsen af speciallæger i Danmark foregår efter 2003-uddannelsesordningen med grundlag i speciallægekommisionens betænkning ”Fremtidens speciallæge” fra maj 2000, hvor den tidligere specialestruktur med grund- og grenspecialer blev erstattet af specialer og fagområder. Der blev etableret 37 specialer<sup>37</sup>, som siden kun er suppleret med et enkelt speciale (retsmedicin i 2007)<sup>38</sup>.

---

36 Sundhedsstyrelsen. Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen, 2007.

37 Ministeriets bekendtgørelse om speciallæger nr. 608 af 24/06/2003 (historisk)

38 Ministeriets bekendtgørelse om speciallæger nr. 1248 af 24/10/2007 (gældende)

De først etablerede specialer indgår alle i EU-direktivet om anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer (Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2005/36/EF af 7. september 2005<sup>39</sup>) blandt de 28 EU-lande, visse EØS-lande<sup>40</sup> og Schweiz – dog indgår almen medicin ikke som speciale. Direktivets formål er at gøre arbejdsmarkedene mere fleksible, liberalisere tjenesteydelser, tilskynde til anerkendelse af kvalifikationer og forenkle administrative procedurer. I EU-direktivet fremgår også krav til speciallægeuddannelsens længde mv. For specialet ”accident and emergency medicin” (i den danske officielle oversættelse ’Katastrofemedicin’) er minimumperioden for speciallægeuddannelsen fem år. Overordnede nationale krav om sammensætning, længde og indhold af en speciallægeuddannelse fremgår af Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger fra 2007<sup>41</sup>. En mulig organisering af et speciale i akutmedicin i Danmark ses i afsnit 5.4.

## 4.2 Forhold der kan tale for oprettelsen af specialet akutmedicin

Den gennemgribende organisatoriske ændring af sekundærsektoren med færre og større sygehuse og den styrkede præhospitale indsats har sat fokus på akutafdelingernes funktion, organisation, arbejdsopgaver og ledelse samt personalets kompetencer, samarbejdsrelationer og uddannelse. Regionernes akut-sygehuse med akutafdelinger er en central aktør i udredning og behandling af indbragte, akut henviste og selvhenvendende patienter med akutte lidelser og skader. Det store antal patientkontakter viser akut-områdets centrale placering i sundhedsvæsenet.

Nedenfor gennemgås kort de begrundelser, der kan tale for et speciale, herunder muligheden for organisatorisk at sikre et smidigt patientforløb i akutafdelingen grundet hurtig indsættende ensartet behandling af en speciallæge i akutmedicin, sikring af robust rekruttering og karrierevej samt sikring af en profil for akutmedicinere, som matcher allerede etablerede specialer og den internationale udvikling på området, samt sikring af videreuddannelse af læger til akutafdelingen.

### 4.2.1 Faglig specialisering i modtagelse, udredning og initial behandling

Et speciale i akutmedicin kan være med til at sikre speciallæger, der har brede faglige kompetencer om akutte symptomer og tilstande, hvilket i dag sikres ved at fagområde uddanne speciallæger i andre specialer. Speciallæger i akutmedicin vil kunne iværksætte udredning og initial behandling. Da patienter ofte er karakteriseret ved at have konkurrerende sygdomme til den akutte tilstand, vil det være væsentligt at have en speciallæge med viden om de akutte sygdomme på tværs af de nuværende specialer. Speciallægen i akutmedicin vurderer og inddrager ved behov speciallæger fra andre specialer. I dag er der på de fleste akutafdelinger ansat speciallæger fra andre specialer fx. almen medicin, intern medicin mv. (se afsnit 2.4). Oprettelsen af specialet akutmedicin kan sikre, at akutmedicineren er uddannet og kompetencevurderet i de opgaver, der skal varetages i akutafdelingen, i en struktureret uddannelse.

### 4.2.2 Organisering af akutafdelingen svarende til øvrige specialerrelaterede afdelinger og mere smidige patientforløb

Qua en central dimensionering af stillinger i akutmedicin vil der blive faste uddannelseslæger i akutafdelinger og på sigt et tilstrækkeligt antal speciallæger i akutafdelingerne til modtagelse, udredning og

---

<sup>39</sup> <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DA/ALL/?uri=celex:32005L0036>

<sup>40</sup> Norge, Island samt Liechtenstein.

<sup>41</sup> Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger nr. 1257 af 25/10/2007

behandling af patienter på sygehusene. Oprettelse af et speciale i akutmedicin vil yderligere sidestille akutafdelingen organisatorisk med andre sygehusafdelinger blandt andet ved at have speciallæger uddannet til de specifikke funktioner i akutafdelingen.

Specialets speciallæger kan styrke flow og ledelse på akutafdelingerne, ligesom de vil kunne bidrage til at sikre hensigtsmæssige overgange både mellem primær og sekundær sektor ved etablering af en tydelig ansvarshavende og patientansvarlig læge samt internt på sygehuset og mellem sygehuse. Akutmedicineren vil være den patientansvarlige læge, indtil ansvaret eventuel bliver videregivet til (special)læge i anden afdeling eller forblive den patientansvarlige, hvis patienten bliver i akutafdelingen indtil udskrivelse. Dette kan betyde bedre patientforløb og bedre patientoplevelse kvalitet.

Speciallæger i akutmedicin vil kunne modtage, udrede og afslutte visse patienter i akutafdelingen, hvor de øvrige speciallæger fra stamafdelingerne ikke bliver involveret, fx hvis sværhedsgraden af patientens sygdom ikke nødvendiggør specialespecifik behandling eller udredning i henhold til lokale aftaler. Et speciale i akutmedicin kan også give en klar ansvarsplacering for akutte patienter – også for de patienter som ikke umiddelbart passer ind i ét af de nuværende specialer.

Speciallæger i akutmedicin vil sikre en øget beslutningskompetence i akutafdelingerne, da speciallægen i akutmedicin har en særlig bred viden på akutområdet, hvilket vil styrke generalistkompetencer i forhold til den akutte patient. Der vil samtidigt kunne etableres en større adskillelse mellem akutte og elektive aktiviteter til gavn for specialafdelingernes planlægning.

Akutmedicinerne vil desuden kunne løfte beredskabsledelsen på sygehusene fx ved at koordinere udvidelse af kapacitet til modtagelse af ekstraordinært mange tilskadekomne patienter ved beredskabshændelser.

#### **4.2.3 Kompetenceopnåelse i relation til akutte patienter og sikring af karrierevej og profil for akutmedicinere**

Oprettelsen af et speciale i akutmedicin vil styrke og sikre akutmedicinerens kernekompetence, som er modtagelse af patienter på sygehuset, herunder initial udredning, stabilisering, behandling og visitering af hovedparten af akutte kirurgiske og medicinske lidelser.

Oprettelsen af et speciale i akutmedicin vil øge den faglige udvikling indenfor akutområdet og give en klar faglig identitet hos akutmedicinere. Derudover vil det give en klar karrierevej, faglig prestige, bedre rekrutteringsmuligheder, mulighed for uddannelses- og forskningsmiljø og fastholdelse af læger i akutafdelingerne.

Ved oprettelsen af et speciale i akutmedicin bliver kompetencer beskrevet i en målbeskrivelse, der godkendes af Sundhedsstyrelsen, ligesom strukturen af uddannelsen følger fastlagte regler. Det vil sikre en højere grad af faglig ensartethed og uddannelse af akutmedicinere end i dag.

Videreuddannelsen af akutmedicinere vil blive struktureret over en årrække på fem-seks år (med introduktions- og hoveduddannelse) modsat i dag, hvor lægen først gennemgår en speciallægeuddannelse (fem-seks år) og efterfølgende en fagområdeuddannelse (to år). Det vil sige, at akutmedicinere i dag har et uddannelsesforløb på i alt syv-otte år.

#### **4.2.4 Nyt speciale i Danmark matcher den internationale udvikling**

Et speciale i akutmedicin i Danmark vil sikre en status for akutmedicinere og akutmedicin, som kan sidestilles med andre lande. Der foreligger ifølge DASEM's rapport international dokumentation, der

indikerer, at speciallæger i akutmedicin varetager funktioner lige så godt som øvrige speciallæger<sup>42</sup>. Specialet er allerede etableret i Sverige, Island og Finland. Derudover er det besluttet at indføre et speciale i akutmedicin i Norge. I EU-direktivet 2005/36/EF er 13 ud af de 28 landet indskrevet (per 25.4.2016) med et speciale i ”accident and emergency medicine”. I den danske oversættelse af EU-direktivet er ”accident and emergency medicine” oversat til katastrofemedicin, hvilket ikke matcher forståelsen af akutmedicin i Danmark. Speciallægeuddannelsen i Sverige er ikke optaget på listen (per 21.12.2016).

Der er flere læger, som viser interesse for specialet fx ved at tage fagområdeuddannelsen i kombination med et andet speciale, og flere danske læger følger den svenske speciallægeuddannelse med ansættelser i Danmark. Der er en forventning om, at der kan være positive straks-effekter i form af øget motivation og kontinuitet, hævet fagligt niveau, styrket rekruttering og fastholdelse af læger i akutafdelingen ved indførelse af et speciale i akutmedicin, da der sikres en central anerkendelse. Oprettelsen af et speciale vil nedsætte incitamentet til at oprette parallelle uddannelsessystemer, der ikke følger det danske videreuddannelsessystem, fx som det ses i dag, hvor ansættelser på danske akutafdelinger indgår i uddannelsen af læger i den svenske speciallægeuddannelse i ”akutsjövård”.

#### **4.2.5 Etablering af speciale vil styrke uddannelse, forskning og patientvaretagelse i akutafdelingerne**

Ved oprettelse af et speciale i akutmedicin etableres en infrastruktur (specialeråd, kliniske lektorer, inspektorordningen etc.), der sikrer rammer for videreuddannelse og faglig udvikling. Det vil betyde en ensartet uddannelse af speciallæger til/i akutafdelingerne og mulighed for at styrke og yderligere etablere forskning på det akutte område.

Det har vist sig at være vanskeligt for akutafdelingerne at sikre rekruttering og fastholdelse af speciallæger på akutområdet, selvom lægerne har mulighed for at blive fagområdeuddannet. Desuden er det konstateret, at fagområdeuddannelsen endnu ikke er systematisk implementeret i hele landet.

Ved oprettelsen af et speciale i akutmedicin vil området (specialet) blive præsenteret prægraduat, og alt andet lige vil rekrutteringen til speciallægeuddannelsen og efterfølgende akutafdelingerne som arbejdsplads blive mere synlig og derved nemmere. Fagområdespecialister i akutmedicin og andre læger, der er ansat i akutafdelingen oplever i dag, at yngre læger af forskellige årsager bliver i deres grundspeciale, selvom de tidligere har ønsket at uddanne sig til akutmedicinere. Nogle anfører også, at det tager for lang tid at blive akutmedicinere, da det er en fagområdeuddannelse ovenpå en speciallægeuddannelse.

Hvis specialet etableres, vil efteruddannelse af speciallæger kunne tilpasses speciallægernes profil, ligesom akutmedicinere vil kunne bidrage til opgradering af det øvrige personale. En afledt effekt kan være, at det bliver nemmere at rekruttere øvrigt personale i akutafdelingen.

### **4.3 Forhold der kan tale imod oprettelsen af et speciale**

Specialestrukturen i Danmark er siden speciallægekommisionens betænkning fra 2000 blevet båret af grundholdningen, at antallet af specialer skal være begrænset. Denne holdning har været suppleret og styrket af, at der ikke er bundet samme regulering og styring, konventioner og central kontrol til et fagområde. Indholdet af et fagområde kan derfor alt andet lige være mere udviklingsorienteret og fleksibelt.

---

<sup>42</sup> I kapitel 2 i rapporten fra DASEM/TRYG beskrives akutmedicinernes faglige niveau og effekt på det internationale niveau.

Begrundelser, der kan tale imod indførelse af et speciale i akutmedicin, kan opdeles i udfordringer i relation til organiseringen på akutafdelingen, afgrænsning af specialet akutmedicin og snitflader til allerede etablerede specialer samt videreuddannelse af læger.

#### **4.3.1 Organiseringen i akutafdelingen har væsentlig betydning**

Akutafdelinger er implementeret i hele landet, men er organiseret på forskellige måde, ligesom der fortsat udestår nogle bygnings- og tilknyttede strukturelle ændringer. Det kan tale imod oprettelsen af et speciale i akutmedicin, at den fremtidige hospitalsstruktur endnu ikke er tilstrækkeligt på plads og evalueret til, at indholdet i et speciale i akutmedicin kan defineres. Det gælder især relationerne til skadestuefunktion/ortopædkirurgi, børnemodtagelse og gynækologi samt til visse internmedicinske modtagefunktioner, herunder akutte hjertesygdomme.

Et speciale i akutmedicin vil kunne betyde flere overgange (egen læge ↔ akutmediciner ↔ stamafdelingens læge), som alt efter den organisatoriske håndtering og akutmedicinerens faglighed kan betyde en forsinkelse i patientbehandlingen.

Der er ligeledes rejst bekymring om, at en akutmediciner ikke vil være lige så kompetent til at modtage patienter med mere specialespecifikke, kritiske tilstande grundet akutmedicinerens brede akutgeneralist kompetencer. Dette vil kunne få den konsekvens, at patienter ikke bliver set af den rette speciallæge eller for sent bliver set af den rette speciallæge.

Yderligere er det påpeget, at der allerede er speciallæger, der kan behandle og sikre et kvalificeret patientforløb for akutte patienter. Flere speciallæger/specialiserede funktioner<sup>43</sup> er jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007<sup>44</sup> allerede med i front på mange akutafdelinger. Vurderingen af behovet for et speciale i akutmedicin opleves således forskelligt blandt andet afhængigt af forskelle i organiseringen af akutafdelingerne.

Endelig kan der være en risiko for, at akutafdelingerne organisatorisk bliver isoleret både i forhold til resten af sygehusafdelingerne ("et sygehus i sygehuset") og sundhedsvæsenet i øvrigt.

#### **4.3.2 Opnåelse af akutte kompetencer i andre specialer**

Speciallæger i andre specialer kan og bør kunne håndtere akutte patienter indenfor eget speciale. Oprettelsen af et akutmedicinsk speciale kan risikere at fratage relevante specialer ejerskab til akutte faglige funktioner og isolere akutafdelingen i forhold til øvrige kliniske sygehusfunktioner. Det kan betyde, at vedligeholdelse af akutmedicinske kompetencer i andre specialer kan blive vanskelig. Det kan også føre til, at der på sigt skal foretages en revurdering af akutmedicinske kompetencer i andre specialer.

Der er generelt et stort fagligt engagement i at uddanne læger i eget speciale<sup>45</sup>, og det vil være en særlig udfordring, at uddannelseslæger i akutmedicin eventuelt skal uddannes i almen praksis og i kompetencer på sygehusafdelinger med andre specialer. Denne udfordring gælder også for andre blandt andet uddannelseslæger i specialet almen medicin.

#### **4.3.3 Nyt speciale udfordrer dimensionering og indhold i andre specialer**

Grænsefladen mellem akutmedicin og øvrige specialer udfordrer indholdet af kompetencer, som de øvrige speciallæger skal opnå og vedligeholde. Der vil således være kompetencer, som i dag varetages af

---

43 Intern medicin, ortopædisk kirurgi, kirurgi (parenkym), anæstesiologi med intensiv afdeling niveau 2, diagnostisk radiologi, klinisk biokemi.

44 Sundhedsstyrelsen. Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen, 2007.

45 Sundhedsstyrelsens erfaring i forbindelse med Inspektorordningen.

andre, som over tid vil overgå til akutmedicineren. Ligesom der vil være kompetencer, der udelukkende kan opnås og vedligeholdes ved arbejdsfunktioner i en akutafdeling. Ligeledes vil rekrutteringen til et evt. speciale i akutmedicin konkurrere om den eksisterende lægepopulation, særligt hvis den samlede dimensionering af speciallægeuddannelser skal forblive uændret.

Flere akutfunktioner har en bred berøringsflade med mange specialer, hvorfor det kan være vanskeligt for et nyt akutmedicinsk speciale i Danmark at definere en selvstændig faglig profil og læringsmål.

#### **4.3.4 Uddannelseskapacitet og snitflader til øvrige specialer er en udfordring**

I videreuddannelsesregionerne, som fastlægger uddannelsesforløb for læger, er der en generel forståelse og accept af, at uddannelseslæger (både basislæger og læger i introduktion- og hoveduddannelsesforløb) kan opnå kompetencer indenfor lægerollerne ”medicinsk ekspert”, ”leder/organisator”, ”samarbejder” og ”kommunikator” i akutafdelingen<sup>46,47,48</sup>. Det betyder, at specialerellevante kompetencer fx i de kirurgiske og medicinske specialer kan opnås i akutafdelingerne, hvilket foregår i dag. Ved oprettelsen af et speciale i akutmedicin vil uddannelseskapaciteten blive afgørende for, at akutafdelingerne fortsat kan være uddannelsessted for akutmedicinere, basislæger og uddannelseslæger fra andre specialer.

---

46 Rapport: Integration af den lægelige videreuddannelse i de fælles akutmodtagelser i Region Syddanmark, Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse Syd 2010

47 Notat om vision for lægelig uddannelse i akutafdelingerne og på akuthospitalerne i Videreuddannelsesregion Nord. Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse Nord 2010

48 Notat vedrørende optimal udnyttelse af uddannelsespotentialer i de Fælles Akutte Modtage Enheder (FAME) Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse Øst 2010.



## 5 Forhold vedr. evt. oprettelse af et speciale i akutmedicin

### 5.1 Sundhedsstyrelsens kriterier for oprettelse af et speciale

#### 5.1.1 Uddannelsen af speciallæger

Videreuddannelsen dvs. den postgraduate uddannelse af læger består i dag af en formaliseret uddannelse til speciallæge. Derefter modtager mange speciallæger en form for efteruddannelse. Hvis akutmedicin bliver et speciale, kommer akutmedicin til at følge samme model: efter den kliniske basisuddannelse gennemføres en introduktionsstilling i akutmedicin og herefter er lægen formelt kvalificeret til at søge et hoveduddannelsesforløb i akutmedicin. I speciallægeuddannelsen oparbejder lægen kompetencer og færdigheder inden for lægerollen 'medicinsk ekspert' og de øvrige syv lægeroller, som man efterfølgende bygger ovenpå i forhold til at kunne varetage specialiseret behandling.

Sundhedsstyrelsen fastsætter rammerne og har det formelle overordnede ansvar for lægelig videreuddannelse. Ved ansøgning udsteder Styrelsen for Patientsikkerhed tilladelse til selvstændigt virke som læge og meddeler speciallægeanerkendelse – begge dele efter gennemført og godkendt uddannelse.

#### 5.1.2 Efteruddannelse og kompetenceudvikling af speciallægen

Efteruddannelsen er den kontinuerlige læringsproces, der ligger udover den kompetencegivende uddannelse til speciallæge. Sundhedsstyrelsen indgår ikke som direkte kontrollerende myndighed eller udbyder af lægelig efteruddannelse med enkelte undtagelser blandt andet kurser arrangeret af Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF).

En nyuddannet speciallæge og en speciallæge med mange års erfaring indenfor et bestemt område har ikke nødvendigvis samme behov for efteruddannelse. Der vil således både være behov for systematisk og struktureret kompetenceudvikling samt løbende kompetenceudvikling, ligesom der vil være behov for regionale efteruddannelsesprogrammer, så afdelingerne kan tilbyde patienterne relevant behandling.

Den nyuddannede speciallæge i akutmedicin skal kunne varetage udredning og behandling af patienter, der ses hyppigt i en akutafdeling og et udvalg af de mindre hyppige symptomer/sygdomme, som også kan ses i akutafdelingen. Derudover skal speciallægen i akutmedicin kunne visitere til andre specialer, herunder særligt regions- og højt specialiserede funktioner.

Udover de målbeskrevne kompetencer i speciallægeuddannelsen påbegynder lægen individuel profilering principielt i begyndelsen af videreuddannelsen. Den individuelle profilering vil igennem hoveduddannelsen være mere målrettet. Fremadrettet vil speciallægen i sine ansættelser og efter aftale med ansættelsesstedet sørge for at efteruddanne sig indenfor relevante områder for at vedligeholde kompetencer og opnå individuelle ekspertkompetencer. Kompetenceudviklingen for den enkelte læge vil være præget af en tiltagende profilering såvel indenfor det valgte speciale som indenfor et eller flere fagområder i specialet. Dette gælder også inden for områder som forskning, ledelse, administration, undervisning og kommunikation samt oplæring i nye og eventuelt mere avancerede behandlingstyper/måder.

#### 5.1.3 Uddannelsen efter speciallægeanerkendelse

Efter afsluttet speciallægeuddannelse har lægerne et varierende behov for en fortsat kontinuerlig kompetenceudvikling, både til vedligeholdelse og udvikling af allerede opnåede kompetencer samt til erhvervelse af nye kompetencer<sup>49</sup>. Det betyder, at efteruddannelse kan inddeles i to elementer, om end i prak-

---

<sup>49</sup> Begreberne CME (continuing medical education) og CPD (continuing professional education) benyttes i varierende grad, men der er ikke international enighed om definitionerne af begreberne.



sis kan de to elementer næppe adskilles. Det ene element er efteruddannelse i form af opdatering og vedligeholdelse af viden og færdigheder nødvendige for at opretholde bedste standard i arbejdsfunktionen. Det andet element er kompetenceudvikling til nye arbejdsområder, hvor speciallægen bliver kvalificeret til at varetage arbejdsfunktioner på et højere kompetenceniveau (eksempelvis faglige ekspertområder, forskning, lederuddannelse mv.). Der er i dag forskellige erfaringer med systematisk kompetenceudvikling. Nogle regioner har erfaringer med at samarbejde om dimensionering af behovet for kompetenceudvikling af speciallæger og om samlet uddannelse af speciallæger på tværs af regioner, andre fordrer en mere individuel tilgang til kompetenceudviklingen. En hensigtsmæssig kompetenceudvikling af speciallæger i akutmedicin kan således foregå i et efteruddannelsesprogram, som er beskrevet af et fagligt selskab i overensstemmelse med den løbende faglige udvikling. Rammerne for den enkeltes efteruddannelsesprogram aftales med ledelsen i de enkelte sygehuse. Evalueringen af gennemført efteruddannelsesprogram og opnåede kompetencer hos den enkelte speciallæge bør forankres i de faglige miljøer fx ved fagområdeanerkendelse i regi af et lægefagligt selskab.

Hvis akutmedicin bliver et speciale, bør der være fokus på mulighed for udvikling af specialisering fx i form af nye fagområder, og der bør tænkes i at sikre ensartethed og smidighed i mulighederne for fagområdeuddannelser på tværs af landet mellem uddannelsesstederne fx i regi af DASEM og LVS.

Arbejdet med at afklare mulige modeller for fagområdeuddannelsen bør inkludere drøftelser af de afledte konsekvenser, som en øget subspecialisering vil have for sygehuses muligheder for rekruttering, vagtbesætning af bl.a. akutafdelinger, ansættelsesforhold m.v. Det bør undersøges nærmere, hvilke muligheder og begrænsninger der ligger i indførelse af nye fagområdeuddannelser efter oprettelsen af et speciale i akutmedicin, ligesom det bør drøftes nærmere, hvordan arbejdsdelingen mellem læger, sygehuse, regioner, videnskabelige selskaber, Sundhedsstyrelsen m.fl. bør være i denne sammenhæng.

## 5.2 Fra fagområde til speciale

Der er ingen erfaringer med oprettelsen af et speciale fra et fagområde siden etableringen af 2003-uddannelsesordningen for speciallæger. Etableringen af et speciale vil på sigt betyde, at speciallæger i akutmedicin har samme uddannelsesmæssige baggrund, ligesom uddannelsen kan blive anerkendt i europæisk regi. Det vil sikre specialelægerne mulighed for at blive automatisk anerkendt i andre europæiske lande.

I 2006 blev Dansk Selskab for Akutmedicin<sup>50</sup> stiftet med formålet om at forbedre kvaliteten af behandlingen af akut syge og tilskadekomne i Danmark. Ved oprettelsen af et speciale i akutmedicin vil Dansk Selskab for Akutmedicin blive det videnskabelige selskab, der udarbejder den specialespecifikke del af målbeskrivelsen med henblik på godkendelse i Sundhedsstyrelsen<sup>51</sup>.

### 5.2.1 Målbeskrivelse for specialet akutmedicin

Kompetencer beskrevet i en målbeskrivelse for specialet akutmedicin er kompetencer, som alle læger under speciallægeuddannelsen skal erhverve (minimumskompetencer). Nogle kompetencer, som erhverves under speciallægeuddannelsen, vil akutlægen ikke benytte efter afsluttet speciallægeuddannelse. De vil i stedet bidrage til speciallægens samlede viden, erfaring og kompetencer. Andre kompetencer vil

---

<sup>50</sup> DASEM, [www.akutmedicin.org](http://www.akutmedicin.org)

<sup>51</sup> Sundhedsstyrelsens vejledning om udarbejdelse og revision af målbeskrivelser i speciallægeuddannelsen nr 9005,2012.

blive brugt og eventuelt udført på højere niveau efter afsluttet speciallægeuddannelse; ligesom lægen under uddannelse vil opnå kompetencer udover de målbeskrevne (den anden dimension) alt afhængig af ansættelsessteder, interesse mv.

Den specialespecifikke del af målbeskrivelsen skal:

- Angive de konkrete kompetencer, der som minimum skal nås (minimumskompetencer)
- Angive hvilke læringsstrategier, der kan anvendes for at opnå hver enkelt kompetence
- Angive metoder til vurdering af, om hver enkel kompetence er nået.

Alle kompetencer, der angives i målbeskrivelserne, skal være erhvervet ved speciallægeuddannelsens afslutning. Målbeskrivelsen skal danne grundlag for en kompetenceudvikling hos den enkelte uddannelseslæge. Kompetencerne opnås i en løbende læreproces, hvor de enkelte kompetencer bygges ovenpå hinanden, indtil den endelige speciallægekompetence er erhvervet.

Specialisering af speciallægen i akutmedicins kompetencer ligger i den såkaldte anden dimension, som lægen selv er med til at planlægge. Disse kompetencer beskrives ikke i målbeskrivelsen.

På nuværende tidspunkt foreligger der ikke en færdig målbeskrivelse for specialet akutmedicin.

#### **5.2.1.1 Parallel proces om DASEM's udkast til målbeskrivelse**

Arbejdsgruppen gav på det tredje møde den 6. december 2016 udtryk for, at der var behov for en større grad af inddragelse af relevante lægelige specialer i vurderingen af, hvordan et muligt akutmedicinsk speciale kan udformes samt til vurdering af mulige snitfladeudfordringer relateret til kompetencer beskrevet i DASEM's udkast til målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i akutmedicin.

Derfor blev det besluttet at gennemføre en parallel proces med inddragelse af relevante specialer for at drøfte disse udfordringer og kvalificere DASEM's udkast til målbeskrivelse. Sundhedsstyrelsen besluttede at invitere de tre specialer/områder, hvor akutmedicinere jf. DASEM's udkast til målbeskrivelse skal have et længerevarende uddannelsesophold (seks måneders ansættelse på anden afdeling) som led i deres speciallægeuddannelse (hoveduddannelsen). Derfor blev Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM), Dansk Selskab for Intern Medicin (DSIM) (repræsentanter for "common trunk") og Dansk Pædiatrisk Selskab (DPS) inviteret til et bilateralt møde med Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM) og Sundhedsstyrelsen. Specialeselskaberne skulle udpege to repræsentanter til mødet, hvoraf mindst én skulle have indgående kendskab til uddannelsesområdet.

De tre møder var både konstruktive og produktive, og DASAIM, DSIM og DPS fik mulighed for at give deres syn på et evt. speciale i akutmedicin og gav konkrete bemærkninger til DASEM's målbeskrivelse. På møderne blev der skabt mere forståelse mellem specialerne omkring specialernes bekymringer, hvis akutmedicin bliver indført som et speciale både i forhold til uddannelseskapacitet, opretholdelse af akutte kompetencer i de 'oprindelige specialer' og mulighed for oplæring af akutmedicinere i konkrete intern medicinske, anæstesiologiske og pædiatriske kompetencer.

De tre specialeselskaber indikerede alle på møderne, at de var villige til at samarbejde med DASEM om en konkretisering af kompetencerne i målbeskrivelsen, hvis der bliver oprettet et speciale. Derudover påpegede DSIM behovet for at få beskrevet overgangsperioden til specialet er fuldt implementeret, hvis det besluttes indføre et speciale i akutmedicin.

Beslutninger og vigtige punkter fra møderne er sammenfattet i tabeller i bilag 4: Sammenfatning af møderne i parallelprocessen vedr. DASEM's målbeskrivelse.

### 5.2.1.2 Videre proces i udarbejdelse af målbeskrivelse ved evt. oprettelse af speciale

Ved evt. etablering af et speciale i akutmedicin er det vigtigt, at DASEM udarbejder en målbeskrivelse efter gældende rammer og regler<sup>52,53</sup>. Denne proces er allerede godt i gang, og DASEM har revideret første udkast af deres målbeskrivelsesudkast på baggrund af selskabernes (DASAIM, DSIM og DPS) bemærkninger til udkastet til målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i akutmedicin, herunder de konkrete kvalifikationskort (kompetencekort) for uddannelse på afdelinger udover stamafdelingen (akutafdelingen). Der forelægger således en version 2 af målbeskrivelsen udarbejdet i april 2017<sup>54</sup>.

Den sædvanlige procedure ved udarbejdelse og godkendelse af specialers målbeskrivelser er, at selskaberne udarbejder den endelige målbeskrivelse, som derefter godkendes af Sundhedsstyrelsen og lægges på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Da specialet akutmedicin, hvis det oprettes, vil få stor betydning for tilrettelæggelsen af modtagelsen af akutte patienter i hele landet og har brede kontaktflader til flere specialer, bør snitflader til andre specialer drøftes med relevante specialeselskaber, inden den endelige godkendelse af målbeskrivelsen i Sundhedsstyrelsen. DASEM har bekræftet overfor Sundhedsstyrelsen, at selskabet vil inddrage relevante og tilgrænsende specialer, så ”knaster” i snitflader og samarbejdsrelationer mellem specialerne kan afdækkes og afklares.

Denne drøftelse forløber optimalt mellem DASEM og de øvrige specialer, inden målbeskrivelsen indsendes til godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen vil dog kunne indgå i processen ved behov, ligesom Sundhedsstyrelsen vil kunne inddrage det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse.

De Regionale Videreuddannelsesråd vil også have en opgave, hvis der etableres et speciale, da det er rådene, der skal etablere introduktions- og hoveduddannelsesforløb og oprette uddannelsesprogrammer.

## 5.3 Udformning af en speciallægeuddannelse i akutmedicin

I Sundhedsstyrelsens rapport 'Speciallægeuddannelsen – en status og perspektivering' fra 2012<sup>55</sup> var konklusionen, at akutmedicin skulle fastholdes som et fagområde blandt andet for at fastholde fleksibiliteten med tilgang fra flere specialer til fagområdet. Det blev også påpeget, at erfaringerne fra patientbehandlingen og lægers videreuddannelse i akutafdelingerne (både læger i den kliniske basisuddannelse og i speciallægeuddannelsen) kunne danne grundlag for en vurdering af behov for ændring af specialestrukturen.

---

<sup>52</sup> Vejledning for de generelle kurser i speciallægeuddannelsen nr 9153, 2011

<sup>53</sup> Vejledning for de specialespecifikke kurser i den lægelige videreuddannelse nr 9320, 2012

<sup>54</sup> DASEM's målbeskrivelsesudkast version 2, april 2017. målbeskrivelse: [http://dasem.dk/wp-content/uploads/2017/04/DASEM\\_Maalbeskrivelse\\_akutmedicin\\_2\\_2017.pdf](http://dasem.dk/wp-content/uploads/2017/04/DASEM_Maalbeskrivelse_akutmedicin_2_2017.pdf)

<sup>55</sup> Sundhedsstyrelsens rapport: Speciallægeuddannelsen – status og perspektivering, 2012

Rapporten 'De danske akutafdelinger – status 2016', udarbejdet af Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Sundheds- og Ældreministeriet blev offentliggjort i juni 2016<sup>56</sup>. Det konkluderes i rapporten, at akutafdelingerne stadig er et område i udvikling. En af anbefalingerne er, at Sundhedsstyrelsen igangsætter en faglig proces med at revidere de faglige anbefalinger for et styrket akutberedskab fra 2007<sup>57</sup>. Der kommer således også en proces med henblik på opdatering af de tidligere anbefalinger for et styrket akutberedskab.

Følgende områder er identificeret som væsentlige elementer i en velfungerende akutafdeling<sup>56</sup>:

- Relevante kompetencer og kvalificeret personale herunder også speciallægekompetencer til at varetage opgaverne i akutafdelingerne (FAM)
- Integration af den lægelige videreuddannelse af både læger i den kliniske basisuddannelse og i relevante speciallægeuddannelser i akutafdelingerne
- Ledelsen af akutafdelingerne skal være organiseret hensigtsmæssigt og sikre et velfungerende samarbejde både internt i akutafdelingen, mellem akutafdelingen og øvrige sygehusafdelinger og med det præhospitalt system
- Vigtigheden af aftaler mellem akutafdelinger og stamafdelinger ift. arbejdsdeling mv.

I statusrapporten blev der peget på både organisatoriske og strukturelle udfordringer samt uklare aftaler om ledelse og samarbejde vedr. de akutte patientforløb. Ligeledes er der peget på rekrutteringsproblemer af fagligt kvalificeret lægelig ekspertise på akutafdelingerne. En af de årsager, som er nævnt som et rekrutteringsproblem, er mangel på anerkendelse og karriereforløb, som et speciale vil give. I afsnit 5.4 er anført tre løsningsmodeller til at sikre uddannelsen af kvalificerede læger til opgaverne i akutafdelingerne.

### 5.3.1 Opbygning af speciallægeuddannelsen

Speciallægeuddannelsen i Danmark består af en introduktionsuddannelse (almindeligvis på et år – men for almen medicin et halvt år) og en hoveduddannelse (fire-fem år). Til begge forløb er udarbejdet målbeskrivelser, hvori det fremgår, hvilke kompetencer der skal opnås, og hvilke kurser der skal gennemføres. I et speciallægeuddannelsesforløb indgår den målbeskrevne dimension (første dimension) og den individuelle profilering (den anden dimension)<sup>58</sup>.

Den målbeskrevne dimension er beskrevet blandt andet ved en oversigt over kompetencer, som skal erhverves og vurderes i løbet af speciallægeuddannelsen. Den individuelle profilering erhverves oven i de målbeskrevne kompetencer. Den individuelle profilering har betydning for den enkelte læge, men betyder også, at specifikke ikke-målbeskrevne områder kan udvikles under speciallægeuddannelsen og medvirke til den fortsatte sundhedsfaglige udvikling i samfundet. I planlægningen af den individuelle profilering (den anden dimension af speciallægeuddannelsen) kan klinisk udvikling, innovation og specifikke områder fx fagområder blive tilgodeset.

Et evt. nyt speciale i akutmedicin skal være internationalt sammenligneligt bl.a. for at sikre speciallægenes mobilitet indenfor EU. Dette udelukker ikke at specialet og uddannelsen skal tilpasses danske forhold i sundhedsvæsenet.

---

<sup>56</sup> Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Ældreministeriets rapport: De danske akutmodtagelser – status 2016

<sup>57</sup> Sundhedsstyrelsens rapport Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen 2007

### 5.3.2 Fagområde versus speciale

Det er ikke muligt at foretage en entydig beskrivelse af de kriterier, der skal være opfyldt for, at et lægefagligt område kan anerkendes som et speciale<sup>58</sup>. I stedet blev der i Speciallægekommisionens betænkning fra 2000 opstillet en række kriterier, som bør indgå i overvejelserne vedrørende anerkendelse af specialer. Speciallægekommisionen anbefalede, at følgende kriterier inddrages:

1. Det lægevidenskabelige områdes størrelse og omfang:
  - Patientunderlag (helst stort)
  - Antal driftsenheder (repræsentation i alle tre videreuddannelsesregioner)
  - Speciallægeantal (tilstrækkeligt til at sikre udvikling og uddannelse)
2. Det lægevidenskabelige områdes specificitet:
  - Få berøringsflader med andre specialer vedr. funktion og uddannelse
  - Selvstændig forskningstradition
3. Specialestrukturen i sammenlignelige lande:
  - I hvor mange EU- og EØS-lande specialet er anerkendt.

I Sundhedsstyrelsens rapport: *Speciallægeuddannelsen – status og perspektivering* fra 2012 blev de opstillede kriterier fortsat fundet relevante som grundlag i behandlingen af, hvilke fagområder der skal vurderes i forbindelse med anerkendelse af nyt speciale. Det blev præciseret, at internationale forhold hensigtsmæssigt kan inddrages mere. Dette skyldes, at det lægelige arbejdsmarked er reguleret af ”Overenskomst om fælles nordisk arbejdsmarked for visse personalegrupper inden for sundhedsvæsenet og veterinærvæsenet”, og EU direktiv 2005/36/EF om anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer der sikrer en fri bevægelighed af den lægelige arbejdskraft.

Kriterierne er gennemgået i relation til specialet akutmedicin i Tabel 9. I forhold til kriteriet ”selvstændig forskningstradition” er der en etableret forskningstradition i ”Emergency Medicine” internationalt, ligesom der i Danmark er etableret fire professorater inden for akutmedicin. DASEM har oplyst, at der bliver publiceret flere og flere internationale publikationer fra Danmark. Ved søgning i Medline på publikationer fra Danmark i specifikke akutmedicinske tidsskrifter, blev fundet en stigning fra 26 publikationer i 2010 til 68 i 2016 (2016: 68; 2015: 61; 2014: 52; 2013: 36; 2012: 27; 2011: 25; 2010: 26)<sup>59</sup>.

---

<sup>58</sup> Fremtidens speciallæge. Betænkning fra Speciallægekommisionen nr. 1384. Maj 2000.

<sup>59</sup> DASEM søgestreng: ("denmark"[MeSH Terms] OR "denmark"[All Fields]) AND ("Emerg Med J"[Journal] OR "Eur J Emerg Med"[Journal] OR "Resuscitation"[Journal] OR "Ann Emerg Med"[Journal] OR "Acad Emerg Med"[Journal] OR "CJEM"[Journal] OR "Scand J Trauma Resusc Emerg Med"[Journal] OR "Am J Emerg Med"[Journal] OR "Emerg Med Australas"[Journal] OR "J Emerg Med"[Journal] OR "Prehosp Emerg Care"[Journal] OR "Int J Emerg Med"[Journal] OR "BMC Emerg Med"[Journal]) NOT "Denmark Hill"[All Fields]

Tabel 9. Specialekriterier for akutmedicin jf. Specialekommissionens anbefalinger

Overordnet	Konkretisering	Status og perspektiveringsrapporten <sup>55</sup>	Arbejdsgruppens konklusion
<b>Områdets størrelse og omfang</b>	Patientunderlag (helst stort)	Opfyldt	Opfyldt*
	Antal driftsenheder (repræsenteret i alle 3 uddannelsesregioner)	Opfyldt	Opfyldt
	Speciallægeantal (nok til at sikre udvikling og uddannelse)	Ikke opfyldt	Opfyldt
<b>Områdets specificitet</b>	Få berøringsflader med andre specialer vedr. funktion og uddannelse	Ikke opfyldt	Akutmedicin har berøringsflader med mange andre specialer både som samarbejdspartnere og uddannelsesmæssigt.
	Selvstændig forskningstradition	Ikke opfyldt	Opfyldt
<b>Specialestruktur i sammenlignelige lande</b>		I EU- og EØS-lande er specialet anerkendt i 9*** ud af 27 lande	13 ud af 28 EU-lande er indskrevet i Direktivet 2005/36 Annex 5 <sup>60</sup> . Der kan være lande som endnu ikke er blevet notificeret i EU og derfor ikke fremgår i direktivet 2005/36/EC Annex 5 <sup>61</sup> .

\* Opfyldt under forudsætning af at de akutte patienter antages at være specialets underlag. Denne forudsætning er ikke alle specialer enig i..

\*\* Områdets specificitet er vanskeligt entydigt at definere, men vil være relateret til akutte patienter i akutafdelingen.

\*\*\* Specialet "Emergency Medicine". I Danmark er ca. 2/3 del af tilfældene på akutafdelingen vurderet og visiteret af speciallæger i almen medicin eller anæstesiologi (akutmedicinere) præhospitalt, hvilket adskiller sig fra flere andre lande.

60 EUR-Lex opdatering 24/5/2016 af Annex V i Direktivet 2005/36/EC: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32016D0790>

61 Landene Belgien, Estland, Litauen og Luxembourg har specialet akut medicin, ligesom Frankrig og Sverige har indført specialet for nyligt (ref. Williams D. The Developments of Emergency Medicine in Europe. Notfall Rettungsmed 2015 18: 113-8); men dette fremgår endnu ikke af direktivet. Derudover har Norge for nylig besluttet at indføre specialet akutmedicin. Andre lande er ikke notificeret, hvis uddannelsen ikke opfylder direktivets krav om 5 års speciallægeuddannelse fx Holland og Letland.

## 5.4 Konkrete modeller for fagområde eller et speciale i akutmedicin

En speciallægeuddannelse kan bidrage til, at akutmedicineren opnår en legitimitet til at varetage faglige og ledelsesmæssige opgaver i akutafdelingerne. Følgende modeller vil øge akutmedicinerens formelle uddannelsesniveau.

### 5.4.1 Model 1. Oprustning af den toårige fagområdeuddannelse

Uddannelseslængde: Varigheden er syv-otte år (anden speciallægeuddannelse med fem-seks års varighed suppleret med to års fagområdeuddannelse).

Profil: I fagområdebeskrivelsen fremgår, at formålet med etablering af fagområdet akutmedicin er at bidrage til at sikre, at akutte patienter får en målrettet, ensartet og effektiv modtagelse, herunder en koordineret initial diagnostik og behandling i de danske akutafdelinger<sup>62</sup>. Fagområdet indbefatter tidlig diagnose og behandling af alle akutte tilstande, som kan medføre skade på organer/legemsdele eller er livstruende for herigennem at begrænse morbiditet og mortalitet. Forudgående lægelige kompetencer er en speciallægeuddannelse indenfor fx anæstesiologi, intern medicinske specialer, kirurgi, ortopædkirurgi eller almen medicin.

I fagområdebeskrivelsen indgår kompetencer og funktioner inden for fire hovedområder<sup>62</sup>:

#### 1. Klinik:

- Uopsættelig, livreddende basisbehandling og stabilisering af alle kategorier af akutte patienter, herunder ABC-sikring
- Triage
- Visitation
- Identifikation af den kritisk syge eller skadede patient og planlægge/initiere behandling
- Genoplivningsprocedurer
- Hurtig og effektiv diagnostisk og differentialdiagnostik i forhold til et bredt spektrum af akutte tilstande
- Relevant udredning og behandling inden for internationalt anbefalede tidsrammer
- Overflytning af visse patientkategorier til specialafdeling uden forsinkelser
- Færdigbehandling og hjemsendelse af visse patientkategorier, inkl. plan vedr. evt. opfølgning, og kontakt til egen læge, kommune eller sociale myndigheder
- Varetagelse af beredskabssituationer.

#### 2. Ledelse og samarbejde:

---

<sup>62</sup> Fagområdebeskrivelsen for akutmedicin 2012, LVS  
[http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwwpob\\_page.show?\\_docname=11123421.PDF](http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwwpob_page.show?_docname=11123421.PDF)



- Lede, koordinere og prioritere de samlede ressourcer i akutafdelingen i hverdagen og i spidsbelastningssituationer
- Kunne såvel lede som indgå i teamsamarbejde
- Samarbejde og koordinere på tværs af faggrupper, afdelinger og sektorer (almen praksis og kommunale samarbejdspartnere)
- Sikre optimale patientforløb på tværs af specialegrænser.

### 3. Uddannelse:

- Uddanne og vejlede uddannelseslæger i brede akutmedicinske kompetencer
- Strukturere og organisere læringsmiljøer for uddannelseslæger, studerende og andre faggrupper i akutafdelingen.

### 4. Videnskab og kvalitet:

- Tilegne sig ny viden inden for akutområdet og omsætte det til praksis
- Iværksætte eller bidrage til kvalitetsarbejde, udvikling og forskning inden for akutområdet, lokalt og overordnet.

Opbygningen af fagområdet følger den centrale ramme for specialerne med brug af uddannelsesprogram og individuelle uddannelsesplaner. Uddannelsesplanen tilrettelægges i samarbejde med en mentor, der følger lægen igennem hele uddannelsesforløbet. Uddannelsesplan og senere den gennemgaaede uddannelse godkendes af LVS' godkendelsesudvalg. Der udstedes diplom fra LVS efter gennemført uddannelse.

Det vil således være muligt at erhverve kompetencer relateret til fagområdet akutmedicin i løbet af et hoveduddannelsesforløb i den anden dimension i andet speciale, som efterfølgende meritvurderes.

Der har været eksempler på stillingsopslag med kombination af et hoveduddannelsesforløb og en fagområdeuddannelse, men der skal foreligge en godkendelse (dispensation) inden. Det fremgår af bekendtgørelsen for lægers videreuddannelse § 11, stk. 2, at hoveduddannelsesforløb skal opslås, så de dækker den samlede hoveduddannelse i specialet (varighed fremgår af bilaget i bekendtgørelsen).

Kommentarer og eventuelle særlige udfordringer: Strukturen af den toårige fagområdeuddannelse er blevet tilrettelagt efter samme principper som en speciallægeuddannelse, men læger opnår først fagområdet efter opnåelse af anden speciallægeanerkendelse. LVS er blevet den meritvurderende og godkendende instans. Der er blevet rejst bekymringer i forhold legitimiteten af uddannelsen, da fagområdeuddannelser ikke godkendes af en central myndighed. Der er rekrutteringsproblemer til fagområdeuddannelsen, muligvis fordi speciallæger ikke ønsker at forlade eget speciale.

Den toårige fagområdeuddannelse matcher ikke tanken bag strukturen i et hoveduddannelsesforløb med en første og anden dimension. Ligesom den store faglige bredde i akutafdelingerne med berøring til de fleste øvrige lægefaglige specialer udfordrer muligheden for opnåelsen af det brede spektrum af kompetencer i den toårige fagområdeuddannelse.



Hvis der oprettes et speciale i akutmedicin, vil det ikke være hensigtsmæssigt at fortsætte en fagområdeuddannelse. Fagområdeuddannelsen skal derfor udfases. Der vil dog være mulighed for at etablere efteruddannelser i andet regi indenfor udvalgte områder ved behov.

#### **5.4.2 Model 2. Speciale i akutmedicin**

Uddannelseslængde: Varigheden er (fem)-seks år (etårig introduktionsuddannelse og (fire)-fem års hoveduddannelse). DASEM's forslag er seks år i udkast til målbeskrivelsen fra marts 2016<sup>63</sup>. DASEM foreslår, at hoveduddannelsen kan bestå af 36-42 måneders ansættelse på akutafdelinger, eventuelt med fokuserede ophold på Øre-Næse-Hals afdeling, Øjenafdeling, Neurologisk afdeling, Ortopædkirurgisk afdeling, Brand og sårcenter, Kirurgi, Urologi og Gynækologisk Obstetriske afdeling mhp. at opnå målbeskrevne kompetencer. Derudover supplerende uddannelse på 18-24 måneder, heraf seks-12 måneders ansættelse på medicinske afdelinger, seks måneder på pædiatrisk afdeling og seks måneder på anæstesiologisk afdeling. I forbindelse med oplæring i kompetencer af læger fra andre specialer, vil oplæring eventuelt kunne planlægges i akutafdelingen.

Profil: Akutmedicin er karakteriseret ved en stor faglig bredde, idet specialet har berøring med de fleste øvrige lægefaglige specialer. Speciallægen i akutmedicin vil have sit altovervejende virke i akutafdelingerne på sygehusene. Sygehusets størrelse, organisation og ledelse vil få betydning for den faktiske opgavevaretagelse for speciallægen akutmedicin efter afsluttet speciallægeuddannelse dvs. fordelingen af opgaver mellem specialer vil blive afhængige af lokale aftaler. På baggrund af beskrivelser fra DASEM er fokusområder for speciallægen i akutmedicin følgende:

- Tidlig vurdering af alle kategorier af akutte patienter og tidlig identifikation af patienter med kritisk sygdom og akut opstået skade.
- Iværksættelse af tidskritisk behandling, herunder ABCD-sikring og genoplivning. Iværksættelse af relevant primær udredning og behandling for alle akutte tilstande og for alle typer patienter på alle tider af døgnet.
- Lægefaglig forløbsledelse for den enkelte akutte patient i akutafdelingen. Koordinere og prioritere bidragene fra de nødvendige øvrige specialeressourcer og/eller tværprofessionelle grupper.
- ”Flowmaster-rolle” i akutafdelingen.
- Behandlingsansvarlig indtil overdragelse af patienten til anden specialerelateret afdeling, og for visse patientkategorier varetage det samlede behandlingsansvar fra indlæggelse til udskrivelse.
- Ledelse af de akutte multidisciplinære team (afhængigt af lokale aftaler) til modtagelse af de mest syge eller tilskadekomne patienter fx i traumeteam, akutte medicinske team og hjertestopteam i akutafdelingen.
- Medvirke til at sikre optimalt patientflow og ressourceudnyttelse i akutafdelingen

---

<sup>63</sup> DASEM's forslag til målbeskrivelse, marts 2016

- Varetagelse af beredskabsledelse.
- Ledelse af kontakten til det præhospitale beredskab og primærsektor for patienter, der udskrives igen efter en vurdering i akutafdelingen.

Kommentarer og eventuelle særlige udfordringer: Specialet akutmedicin er karakteriseret ved en stor faglig bredde og ved at være relateret med andre specialer. Specialet vil derfor trække på uddannelseskapaciteten i andre specialer. Andre specialer og basislæger vil dog formentlig i stedet kunne nyde godt af et forbedret læringsmiljø i akutafdelingerne efter en evt. indførelse af et speciale i akutmedicin.

Et nyt speciale i akutmedicin vil over tid kunne påvirke indholdet i de øvrige specialer, ligesom arbejdsdelingen mellem specialerne og på uddannelsesområdet vil kunne ændres. Det er en ændring, der ikke nødvendigvis vil slå igennem her og nu, men vil kunne få betydning på sigt.

### 5.4.3 Model 3. Speciale i intern medicin: akutmedicin

Uddannelseslængde: Varigheden er seks år (etårig introduktionsuddannelse i intern medicin, to års fællesgrunduddannelse suppleret med tre års specialespecifik uddannelse i akutmedicin).

Profil: Se profil beskrevet under model 2.

Kommentarer og eventuelle særlige udfordringer: Introduktionsuddannelsen bliver i et intern medicinsk speciale og ikke i en akutafdeling medmindre, der laves intern medicinske introduktionsstillinger i akutafdelingen. Specialet akutmedicin er karakteriseret ved en stor faglig bredde og ved at være relateret med andre specialer end de ni intern medicinske specialer. Arbejdsgruppen har ikke fundet denne model tilstrækkelig – særligt matcher sammensætningen med fokus på intern medicinske kompetencer ikke indholdet i andre landes akutmedicinske specialer.

## 5.5 Opstart af et speciale i akutmedicin

I henhold til § 14 i bekendtgørelse nr. 1257 af 25. oktober 2007 om uddannelse af speciallæger og Sundhedsstyrelsens vejledning om meritvurdering i speciallægeuddannelsen nr 9058 af 19. februar 2013 vurderer de Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse indhold og varighed af ansættelser, som danske eller udenlandske læger ønsker, skal indgå i vurderingen af deres uddannelsesforløb. Det er et krav, at meritvurdering af danske ansættelser, udelukkende kan finde sted fra stillinger, der er godkendt til lægers videreuddannelse (klassificerede stillinger).

Ved opstart af et speciale er der således behov for en bekendtgørelsesændring i Ældre- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 1248 og i Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger nr. 1257 for at sikre, at regelsættet understøtter en opstart af specialet og muliggør en videreuddannelse i specialet. Et nyt speciale skal derfor inkluderes i bekendtgørelserne, og overgangsbestemmelser skal etableres. Disse skal bidrage til, at specialet akutmedicin kan etableres regionalt og på afdelingsniveau med vejledere, uddannelsesansvarlige overlæger, regionale uddannelsesudvalg, PKL'ere<sup>64</sup> mv. Et forslag til dette kan ses i Figur 10.

<sup>64</sup> PKL: postgraduate klinisk lektor. Speciallæger, hvis opgave er at koordinere og styrke videreuddannelsesindsatsen generelt såvel som inden for de enkelte specialer

Figur 10. Forslag til indhold i ændringsbekendtgørelse

**Følgende læger kan efter en individuel vurdering opnå ret til at betegne sig som speciallæger i akutmedicin ved specialets oprettelse:**

- 1) Læger, som ved denne bekendtgørelses ikrafttræden har erhvervet ret til at betegne sig som speciallæge i et eller flere af specialerne ..... , og som efter speciallægeanerkendelsen har haft fuldtidsbeskæftigelse i mindst tre år inden for de seneste fem år ved en akutafdeling.
- 2) Læger, der kan dokumentere at have gennemgået en uddannelse, der fuldt ud kan sidestilles med uddannelsen i specialet akutmedicin.

**Overgangsbestemmelser for meritoverførsel**

Inden den XX.XX.2018 kan speciallæger, efter faglig vurdering i de Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, få foretage en afkorting af uddannelsen (merit) på baggrund af opnåede kompetencer i anden dokumenteret relevant uddannelse og/eller ansættelse i forhold til uddannelsesbeskrivelsen og kompetencer beskrevet i målbeskrivelse for akutmedicin.

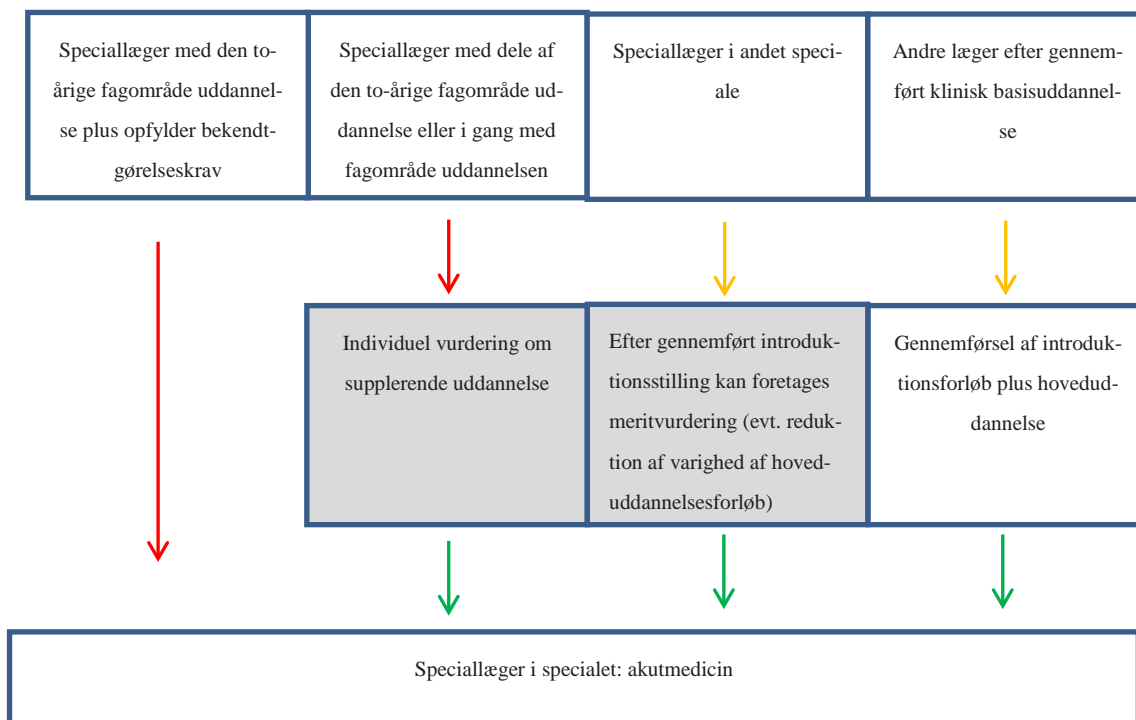
Den samlede uddannelsestid, dvs. forskellige uddannelsesdele, som meritoverføres, evt. meritvurderingsansættelse skal mindst opfylde tidskravet i den danske speciallægeuddannelse.

I meritvurderingen indgår:

- 1) Længden af klinisk praktisk uddannelse, opnåede faglige kompetencer og supervisorsforhold. Ansøgeren skal dokumentere, at områder i målbeskrivelsen er dækket gennem tidligere superviserede ansættelser.
- 2) Den teoretiske uddannelseslængde, det faglige indhold og niveauet i undervisningen. Ansøgeren skal dokumentere, at områder i målbeskrivelsen er dækket gennem tidligere teoretisk uddannelse
- 3) Videnskabelig kvalifikation og/eller dokumenteret erfaring med kvalitetsudvikling. Ansøgeren skal dokumentere, at have kvalifikationer svarende til forskningstræningsmodulet

Der er således en forventning til, at tilgangen af speciallæger i det nye speciale i en opstartsfasen vil ske på flere fronter (skitseret i Figur 11) og på denne måde etablere og forankre specialet over tid. Der vil relativt hurtigt kunne udpeges vejledere, uddannelsesansvarlige overlæger eller lignende funktioner, som skal indgå i videreuddannelsen af kommende læger i specialet akutmedicin på afdelingsniveau. Udenlandske læger eller læger med speciallægeanerkendelse i akutmedicin fra andre lande kommer til at følge samme regler, som er gældende for etablerede specialer ved erhvervelse af speciallægeanerkendelse i danske lægelige specialer (evt. inkl. autorisation og tilladelse til selvstændigt virke) ved ansøgning i Styrelsen for Patientsikkerhed. Dvs. at der i vurderingen indgår, hvilket land den pågældende er uddannet i, og om speciallægeuddannelsen er omfattet af Europa-Parlamentets og rådets direktiv 2005/36/EC af 7. september 2005 om anerkendelse af professionelle kvalifikationer (se kap. 7) m.v.

Figur 11. Flow for speciallæger og læger ved oprettelsen af speciale



Forklaring til figur:

**Pil rød:** Overgangsregler eller meritvurdering foreskriver, hvilke uddannelseselementer som skal gennemføres.

**Pil grøn:** Efter afsluttet og godkendt uddannelsesforløb svarende til en individuel konkret meritvurdering kan ansøges om speciallægeanerkendelse i Styrelsen for Patientsikkerhed.

**Pil gul:** Følger uddannelsesregler gældende for alle specialer.

Meritvurdering foretages i de Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse.

### 5.5.1 Meritvurderinger i en overgangsperiode

I en meritvurdering indgår en individuel vurdering af hvilke kompetencer - både i forhold til de kompetencer der er opnået i uddannelsesstillingen men i en overgangsperiode også kompetencer opnået ved ansættelse i en akutafdeling - lægen har opnået i forhold til de målbeskrevne kompetencer. Det er væsentligt, at det kan dokumenteres at relevante kompetencer er opnået. Ved en meritvurdering foretages således et konkret skøn over, hvilke kompetencer fra specialets målbeskrivelse, uddannelseslægen har erhvervet i sit tidligere uddannelsesforløb og i en overgangsperiode i tidligere ansættelser i en akutafdeling.

Uanset om processen foregår på eget initiativ eller som led i akutafdelingens strategiske og systematiske arbejde med kompetenceudvikling, vil der være en række faser som vil være hensigtsmæssige at overveje heriblandt:

Afklaring: Det skal afklares for den enkelte, hvilke af de fire beskrevne kategorier man tilhører blandt andet i forhold til, om der skal søges merit for introduktionsforløb, eller der skal søges merit for både introduktionsforløb og dele af hoveduddannelsesforløb.

Dokumentation: Ved ansøgning om vurdering af tidligere opnåede kompetencer skal foreligge dokumentation, som kan underbygge ansøgningen. Eventuelle dokumentationskrav bør fastlægges på nationalt niveau fx af Sundhedsstyrelsen.

Vurdering: Den individuelle kompetencevurdering (meritvurdering) foretages af de Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse. Ansøgning skal sendes til det regionale videreuddannelsessekretariat, der forestår sagsbehandlingen i samarbejde med videreuddannelsesregionens faglige rådgivere.

Ved behandlingen foretages en vurdering af, hvilke kompetencer fra specialets målbeskrivelse, lægen har erhvervet i tidligere uddannelsesforløb og i en overgangsperioden indgår ansættelser på akutafdelinger. Overførsel af kompetencer og eventuel forkortelse af uddannelsesforløb kan finde sted, såfremt allerede opnåede kompetencer dækker kravene i målbeskrivelsen for specialet akutmedicin.

Afklaring, dokumentation og vurdering af kompetencer: Dette kan foregå på akutafdelingen i en meritvurderingsansættelse. Metoder, der anvendes i denne del af processen, skal have fokus på refleksion og synliggørelse af, hvad den enkelte kan. Det er vigtigt, at den enkelte er aktiv i processen, og at der er mulighed for dialog. I en meritvurderingsansættelse skal foreligge et uddannelsesprogram jf. vejledningen om meritvurdering i speciallægeuddannelsen.

Godkendelse: Efter gennemførsel og godkendelse af et af det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse godkendt uddannelsesforløb ansøger lægen om speciallægeanerkendelse. Det skal være muligt at få kompetencer, kurser mv, godkendt i logbog.net ligesom andre specialer.

## 5.6 Dimensionering ved indførelse af et speciale i akutmedicin

### 5.6.1 Dimensionering af specialer i Danmark

En blandt flere afgørende faktorer for at sikre varetagelsen af sundhedsvæsenets funktioner er, at der findes den nødvendige lægelige arbejdskraft, herunder at der er en hensigtsmæssig fordeling af speciallæger blandt de nuværende 38 godkendte specialer<sup>65</sup>. Ud fra en overordnet ressourcemæssig betragtning er det dog samtidig afgørende, at antallet af læger, som bliver uddannet (den prægraduate uddannelse) og videreuddannet til speciallæger (den postgraduate uddannelse) svarer til det antal læger og speciallæger, som efterspørges i og uden for sundhedsvæsenet.

Dimensioneringsplanen for den lægelige videreuddannelse regulerer antallet af speciallæger gennem fordeling af uddannelsesforløb inden for de enkelte godkendte specialer og mellem de tre videreuddannelsesregioner. Dimensioneringsplanen er de centrale sundhedsmyndigheders måde at regulere og forsøge på at sikre, at der findes den nødvendige lægelige arbejdskraft i hele landet.

---

<sup>65</sup> Bekendtgørelsen om speciallæger nr. 1248 af 24/10/2007

Der er to processer i Sundhedsstyrelsen, som danner grundlag for planlægningen af den lægeli-ge videreuddannelse på centralt niveau i Danmark:

- Lægeprognosen 2015-2040<sup>66</sup>. Lægeprognosen er en vurdering af udbuddet af læger og speciallæger. Prognosen forudsiger en stigning i alle specialer (undtagen thoraxkirurgi og neurokirurgi). Forudsætningerne for lægeprognosen er blandt andet antallet af kandidater fra de fire universiteter (tilgangen af læger til videreuddannelsen – den kliniske basisuddannelse og speciallægeuddannelsen) og pensions- og dødsintensiteter. I Lægeprognosen indgår forskellige scenarier heriblandt et scenarie med en reduktion på 10 pct. af alle forløb. Lægeprognosen er tilgængelig på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.
- Dimensioneringsplanen 2018-2020. Den nugældende dimensioneringsplan er gældende til udgangen af 2017<sup>67</sup>, og en ny dimensioneringsplan er netop udarbejdet for de 38 godkendte specialer for perioden 2018-2020<sup>68</sup>. Dimensioneringsplanen regulerer antallet af speciallæger gennem fordeling af uddannelsesforløb inden for de enkelte specialer og i de tre videreuddannelsesregioner Øst, Nord og Syd. Dimensioneringsplanen bliver udarbejdet på baggrund af Lægeprognosen. Til vurdering af behovet for læger og speciallæger i fremtiden indhentes fra forskellige aktører vurderinger af dette. Høringssvar ligger på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Dimensioneringsplanen viser en langsom stigning i antallet af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsesstillinger indtil 2020. Forøgelsen er på 24,5 stilling over tre år – forøgelsen gælder særligt for uddannelse af praktiserende læger.

Lægeprognoser og dimensioneringen af intro- og hoveduddannelsesstillinger inden for de enkelte specialer udarbejdes af Sundhedsstyrelsen på baggrund af rådgivning fra Prognose- og dimensioneringsudvalget – et permanent udvalg under det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse.

### 5.6.2 Mulig dimensionering ved indførelse af et speciale i akutmedicin

Ved en eventuel indførelse af et nyt speciale i akutmedicin skal der foretages en revurdering af dimensioneringen af antallet af relevante hoveduddannelsesforløb i dimensioneringsplanen. Det vil være centralt at foretage en vurdering indenfor de specialer, som er og fremadrettet skal deltage i arbejdet med de akutte patienter i akutafdelingen dvs. de ni intern medicinske specialer, de fem kirurgiske specialer, pædiatri, anæstesiologi og ortopædisk kirurgi. Det vil i så fald optimalt kunne ske efter 2020, hvor den nye dimensioneringsplan går til.

I Tabel 10 ses forventningen til udviklingen i antallet af speciallæger i de udvalgte specialer. Tallene er taget fra Lægeprognosen 2015-2040.

---

<sup>66</sup> Sundhedsstyrelsens Lægeprognose 2015-2040. Udbuddet af læger og speciallæger, 2016.  
<https://www.sst.dk/da/uddannelse/prognose-og-dimensionering/~media/8EA52EAF8C8814DA1B4A6C56F19F14584.ashx>

<sup>67</sup> Sundhedsstyrelsens Dimensioneringsplan 2013-2017. Introduktions- og Hoveduddannelsesforløb i Speciallægeuddannelsen, 2014.  
<https://www.sst.dk/da/uddannelse/prognose-og-dimensionering/~media/B19C3BD8AD734793B5B2BF9A998F23C7.ashx>

<sup>68</sup> Sundhedsstyrelsens Dimensioneringsplan 2018-2020. Introduktions- og Hoveduddannelsesforløb i Speciallægeuddannelsen, 2017.  
<https://www.sst.dk/da/nyheder/2017/~media/2784FB7F8D874FD58477EFF0243C4932.ashx>

I Tabel 11 er medtaget scenariet fra Lægeprognosen, hvor antallet af uddannelsesstillinger er reduceret med 10 procent. Dette er gjort for at simulere, at der afgives 10 procent uddannelsespladser fra de udvalgte specialer ved oprettelse af et speciale i akutmedicin. For de valgte specialer vil det betyde en reduktion fra 304 til 273 hoveduddannelsesforløb – svarende til en samlet reduktion på 31 forløb i 2040.

Hvis denne matematiske reduktionsmodel benyttes, vil 31 forløb på landsplan kunne frigøres til et nyt speciale i akutmedicin. Trods reduktionen af antallet af hoveduddannelsesforløb i de udvalgte specialer vil der fortsat være en vækst i antallet af forløb for de udvalgte specialer.

I stedet for at benytte en lige reduktion i et udvalg af specialer ved en eventuel oprettelse af et speciale i akutmedicin, anbefaler arbejdsgruppen, at de tre videreuddannelsesregioner kommer med en indstilling til Sundhedsstyrelsen om, hvilke specialer det er mest hensigtsmæssigt at reducere antallet af hoveduddannelsesforløb i. Dette for at inddrage lokale forhold i vurderingen.

Da etableringen af et speciale vil tage tid, foreslås det, at de tre videreuddannelsesregioner og Sundhedsstyrelsen i etableringsfasen aftaler oprettelse af midlertidige forløb indenfor regionernes egen ramme – både økonomi og behov – blandt andet i forhold til de læger, der skal meritvurderes og have individuelle forløb. Specialet akutmedicin vil efterfølgende kunne indgå på lige fod med andre specialer, når arbejdet med Dimensioneringsplanen 2020-2025 iværksættes.

**Tabel 10. Prognose på stigning i antallet af speciallæger inden for udvalgte speciale**

	<b>Dimensionering Antal</b>	<b>2015 Antal</b>	<b>2020 Forventet antal</b>	<b>2040 Forventet antal</b>	<b>Vækst %</b>
Anæstesiologi	56	1.121	1.215	1.454	30
Intern medicin: endokrinologi	17	239	279	387	62
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	15	215	243	350	63
Intern medicin: geriatri	17	107	169	383	258
Intern medicin: hæmatologi	12	131	165	274	109
Intern medicin: infektionsmedicin	9	101	128	208	106
Intern medicin: kardiologi	24	429	482	578	35
Intern medicin: lungesygsomme	16	169	222	369	118
Intern medicin: nefrologi	10	138	164	237	71
Intern medicin: reumatologi	23	240	278	492	105
Kirurgi	26	571	606	666	17
Ortopædisk kirurgi	38	793	854	980	24
Pædiatri	28	461	521	709	54
Urologi	13	201	235	318	58

**Kilde:** Udarbejdet på baggrund af Tabel 21 i Lægeprognose2015-2040 og Dimensioneringsplan 2013-2017. Beregningen af antallet af forløb er baseret ud fra tidligere års tendenser af besatte forløb. Fastsættelsen af antallet af forløb er beregnet på observerede besatte forløb i perioden 2008-2014 samt en beregning af det forventede



de antal besatte forløb fra 2015 og frem. For nærmere oplysninger om datagrundlaget henvises til Lægeprognosen 2015-2040.

**Tabel 11. Simulering af stigningen i antallet af speciallæger inden for udvalgte speciale – reduktion af forløb ift. dimensioneringen**

	Dimensionering Antal	2015 Antal	2020 Forventet antal	2040 Forventet antal	Vækst %
Anæstesiologi	50	1.121	1.206	1.351	21
Intern medicin: endokrinologi	15	239	279	358	50
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	14	215	241	330	53
Intern medicin: geriatri	15	107	167	339	217
Intern medicin: hæmatologi	11	131	165	259	97
Intern medicin: infektionsmedicin	8	101	128	191	89
Intern medicin: kardiologi	22	429	480	539	26
Intern medicin: lunge sygdomme	14	169	220	328	94
Intern medicin: nefrologi	9	138	164	217	57
Intern medicin: reumatologi	21	241	279	469	95
Kirurgi	23	572	604	614	7
Ortopædisk kirurgi	34	793	845	893	13
Pædiatri	25	462	515	642	39
Urologi	12	202	234	296	47

**Kilde:** Udarbejdet på baggrund af Bilag 13 og Bilag 8 i Lægeprognose2015-2040. Beregningen af antallet af forløb er baseret ud fra at der besættes 10 % færre forløb end den aktuelle dimensionering af specialerne – dog minimum et forløb mindre end dimensioneringen. For nærmere oplysninger om datagrundlaget henvises til Lægeprognosen 2015-2040.

## 5.7 Regionernes foreløbige behov for akutmedicinere i akutafdelingerne

I regi af arbejdsgruppen har regionerne givet en foreløbig vurdering af deres behov for speciallæger i akutmedicin. Det kræver som absolut minimum seks speciallæger at døgndække en afdeling i et år, og i praksis nærmere otte-ti speciallæger. I Region Midtjylland og Region Nordjylland er målsætningen, at der skal være minimum 12 fuldtidsansatte speciallæger pr. akutafdeling til at dække et vagthold.

Regionernes behov er vurderinger, og det bedste bud på nuværende tidspunkt (Tabel 12).



Tabel 12. Præliminært bud på behovet for speciallæger i akutmedicin

Region	Efterspørgsel på akutmedicinere
Region Nordjylland	<b>Total: 36</b> Aalborg: 12 Hjørring: 12 Thisted: 12
Region Midtjylland	<b>Total: 74 (minimum 60)</b> Horsens (HEH): 12 AUH: 18 Randers (RRA): 12 Viborg (HEM): 14 Hospitalsenhed Vest (HEV): 18
Region Syddanmark	<b>Total: 32-40</b> Sydvestjysk Sygehus: 8-10 Sygehus Sønderjylland: 8-10 Sygehus Lillebælt: 8-10 OUH: 8-10
Region Sjælland	<b>Total: 57-62</b> Køge (SUH): 16-18 Nykøbing F: 16-18 Holbæk: 12 Slagelse: 13
Region Hovedstaden	<b>Total: ca. 70-90</b> (en tredjedel af det samlede behov på landsplan)

Kilde: Tilbagemeldinger fra regionerne på møde den 6. december 2016

Hvis ovenstående antal summeres, giver det et foreløbigt behov for speciallæger i akutmedicin på omkring 300, dvs. omkring en fordobling af det antal speciallæger, der i dag er ansat på akutafdelingerne.

### 5.7.1 Beregning på, hvornår akutmedicinere er uddannet

En simpel beregning af antallet af speciallæger viser, at der vil være 236 speciallæger i akutmedicin i år 2030, hvis de 31 hoveduddannelsesforløb etableres fra år 2020.

I beregningen er tillagt et kvalificeret gæt – men dog et gæt – på et antal læger, der kan blive meritvurderet. Hvis dimensioneringen på 31 hoveduddannelsesforløb fastholdes i en 20-årig periode, og der tillægges i alt 40 læger, der bliver meritvurderet til at gennemføre supplerende uddannelse til deres allerede erhvervede speciallægeuddannelse og eventuelle fagområdeuddannelse med supplerende uddannelsesforløb, vil der være en forventning om ca. 300 speciallæger i akutmedicin i år 2032 (se beregninger i Tabel 13).

Tabel 13: Mulige scenarier for antallet af speciallæger i akutmedicin i 2030

**Ved 10 nye hoveduddannelsesforløb pr. år**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Start	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Færdige						10	10	10	10	10
Nye speciallæger i alt						10	20	30	40	50

**Ved 20 nye hoveduddannelsesforløb pr. år**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Start	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Færdige						20	20	20	20	20
Nye speciallæger i alt						20	40	60	80	100

**Ved 30 nye hoveduddannelsesforløb pr. år**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Start	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Færdige						30	30	30	30	30
Nye speciallæger i alt						30	60	90	120	150

**Ved 31 nye hoveduddannelsesforløb pr. år**

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Start	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Færdige						31	31	31	31	31	31
Meritvurderede	30	20									
Nye speciallæger i alt						61	112	143	174	205	236

## 6 Relevante aktører og deres syn på et speciale i akutmedicin

I kommissoriet for arbejdsgruppen fremgår det, at den tilgængelige viden om det tværfaglige og det tværprofessionelle samarbejde på akutafdelingerne skal inddrages i vurderingen.

Til dette benyttes information fra en undersøgelse, som LVS har gennemført blandt sine medlemmer om specialernes syn på et speciale i akutmedicin. Derudover fremgår regionernes holdning til et speciale i akutmedicin. Endelig har Sundhedsstyrelsen indhentet skriftlige input fra forskellige øvrige aktører på området, hvor der er spurgt konkret til aktørernes syn på akutmedicin som et speciale og samarbejdet på akutafdelinger. Der er input fra det faglige selskab for akutsygepleje (Daena), Dansk Selskab for Almen Medicin, præhospitale selskaber og Sundhedsstyrelsens enhed Planlægning, hvor den overordnede planlægning af det borgernære sundhedsvæsen er placeret.

### 6.1 Specialers holdning til akutmedicin som speciale

De Lægevidenskabelige Selskaber (LVS) spurgte i 2016 samtlige medlemsselskaber om deres holdning til et speciale i akutmedicin. LVS fik svar fra 29 selskaber, heraf 26 specialebærende.

Undersøgelsen er ikke gennemført i forbindelse med oprettelsen af nærværende arbejdsgruppe under det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse. Men svarene er benyttet for at få et samlet indtryk af, hvilken holdning specialerne har til et eventuelt nyt speciale i akutmedicin. I undersøgelsen er der i alt stillet syv spørgsmål.

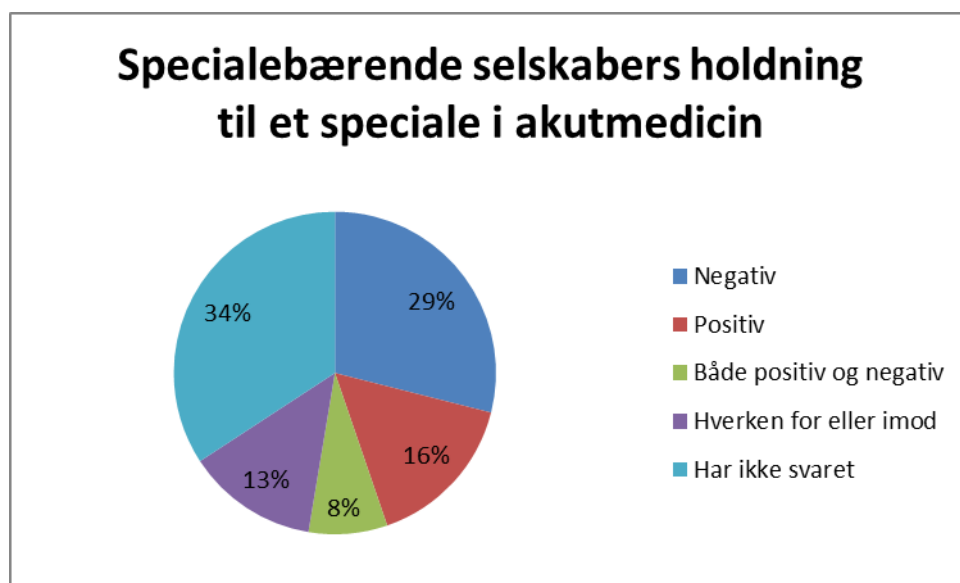
Oversigten i Tabel 14 er udarbejdet på baggrund af de specialebærende selskabers svar spørgsmålet: *Har der været nogen debat i selskaberne om speciale/ikke speciale – og hvis ja, hvad har holdningen været*<sup>69</sup>? Dette spørgsmål indikerer således selskabets holdning til et evt. nyt speciale i akutmedicin. Eventuelle forbehold, som nogle af specialer har anført i deres svar, er ikke medtaget, ligesom der i Tabel 12 ikke er foretaget en vægtning af specialernes svar i forhold til, hvilken betydning indførelsen af et speciale i akutmedicin vil kunne få for det enkelte speciale – fx vil det alt andet lige få større betydning for arbejdsopgaver i specialet ortopædkirurgi end i specialet klinisk farmakologi.

I Tabel 14 ses en oversigt over, hvilke specialer der har svaret på spørgsmålet om et speciale i akutmedicin. Der kan være specialer, som offentligt eller på anden måde har givet udtryk for en anden holdning siden forespørgslen.

---

<sup>69</sup> Et selskabs svar er blevet kategoriseret som negativt hvis: a) Selskabet ikke støtter oprettelsen af et akutmedicinsk speciale eller b) Selskabet ikke kan se fordele ved et akutmedicinsk speciale. Et selskabs svar er blevet kategoriseret som positivt hvis: a) Selskabet støtter oprettelsen af et akutmedicinsk speciale eller b) Selskabet kan se fordele ved et akutmedicinsk speciale. Et selskabs svar er blevet kategoriseret som både positivt og negativt hvis: Selskabet både kan se fordele og ulemper ved oprettelsen af akutmedicinsk speciale. Et selskabs svar er blevet indordnet som hverken for eller imod hvis: a) Selskabet endnu ikke har drøftet spørgsmålet eller b) Selskabet ikke har kommentarer. Kategorien Har ikke svaret dækker over de selskaber som ikke svarede på LVS' henvendelse.

Figur 12. Specialebærende selskabers svar på spørgsmålet: Har der været nogen debat i selskaberne om speciale/ikke speciale – og hvis ja, hvad har holdningen været?



Tabel 14. Oversigt over de specialebærende selskabers svar på LVS's henvendelse pr. 2016

Negativ	Positiv	Både positiv og negativ	Hverken for eller imod	Har ikke svaret
Dansk Lungemedicinsk Selskab, Dansk Neurologisk Selskab (DNS), Dansk Ortopædisk Selskab (DOS), Dansk Pædiatrisk Selskab (DPS), Dansk Radiologisk Selskab (DRS), Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi (DSGH), Dansk Selskab for Geriatri (DSG), Dansk Selskab for Otolaryngologi Hoved- og Halskirurgi (DSOHH), Dansk Thoraxkirurgisk Selskab (DTS), Dansk Endokrinologisk Selskab, Dansk Selskab for	Dansk Cardiologisk Selskab (DCS), Dansk Dermatologisk Selskab (DDS), Dansk Neurokirurgisk Selskab (DNKS), Dansk Oftalmologisk Selskab (DOS), Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv medicin (DASAIM), Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi (DSKF)	Dansk Hæmatologisk Selskab (DHS), Dansk Karkirurgisk Selskab (DKS), Dansk Reumatologisk Selskab (DRS)	Dansk Patologiselskab (DPAS), Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin (DSKFNM), Børne- og UngdomsPsikiatrisk Selskab i Danmark (BUP-DK), Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS), Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG)	Dansk Nefrologisk Selskab (DNS), Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS), Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Dansk Selskab for Arbejds- og Miljømedicin (DASAM), Dansk Selskab for Folkesundhed (DSFF), Dansk Selskab for Klinisk Biokemi (DSKB), Dansk Selskab for Klinisk Immunologi (DSKI), Dansk Selskab for Klinisk Mikrobiologi (DSKM), Dansk Selskab for

Infektionsmedicin (DSI)				Klinisk Onkologi (DSKO), Dansk Selskab for Medicinsk Genetik (DSMG), Dansk Selskab for Plastik- og Rekonstruktionskirurgi (dspr), Dansk Selskab for Retsmedicin (DSFR), Dansk Urologisk Selskab (DUS)
----------------------------	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Note.** Der kan være specialer, som har skiftet holdning siden forespørgslen. Dette er ikke blevet undersøgt.

## 6.2 Regionernes holdning til akutmedicin som speciale

Regionerne har i forbindelse med færdiggørelsen af denne rapport præciseret en fælles holdning til et speciale i akutmedicin, som gengives her:

*Danske Regioner og regionerne kan støtte, at der indføres et lægeligt speciale i akutmedicin i Danmark*

*Specialet akutmedicin skal tillige med andre specialer indgå i en vifte af differentierede muligheder til at sikre en kompetent og udbredt speciallægedækning på det akutte område overalt i Danmark.*

*Specialet akutmedicin skal bidrage til udvikling og forskning på det akutte område.*

*Specialet akutmedicin skal sikre rekruttering og fastholdelse af læger ved at beskrive en karrierevej for læger, der ønsker at beskæftige sig med det brede akutområde.*

*Speciallægen i akutmedicin skal have brede faglige generalist og logistik kompetencer.*

*Speciallægen i akutmedicin skal være kompetent til både selvstændigt at kunne varetage modtagelse og behandling af den akutte, uselekterede, multisyge patient og også til at indgå og deltage i et fagligt fællesskab med andre specialistkompetencer, der deltager i akutbehandlingen.*

*Der vil, som for øvrige specialer, være variation mellem hospitaler og regioner i forhold til, hvordan speciallægen i akutmedicin finder anvendelse. Nogle steder som eneste frontfigur og andre steder som en blandt flere forskellige specialister i døgnfunktion.*

*Indførelse af specialet akutmedicin er dermed et af flere elementer, der skal understøtte den fortsatte udvikling af den akutte patientbehandling i Danmark.*

### 6.3 Samarbejde med akutsygeplejersker

Fagligt Selskab for Akutsygepleje (Daena) vurderer, at det er en fordel at have akutmedicinere i akutafdelingerne på landets sygehuse. Det skyldes, at de har en bred viden og ser det hele menneske/patient – særligt når det omhandler patienter med diffuse symptomer og konkurrerende sygdomme.

For at akutafdelingen og akutmedicineren kan fungere og agere hensigtsmæssigt, er det Daenas vurdering, at visitationsretten fra akutafdelingen til øvrige afdelinger på sygehuset er afgørende. Visitationsretten skal yderligere være understøttet af direktionen på sygehuset. Derudover skal akutafdelingen have mulighed for at tilkalde andre speciallæger til tilsyn i akutafdelingen ved behov.

Igennem fælles uddannelse og dagligt teamsamarbejde med fastansatte læger i akutafdelingen får akutmedicinere og akutsygeplejersker et fælles sprog, hvilket ifølge Daena er med til at øge patientsikkerheden på akutafdelingen. Patientsikkerheden øges også ved, at akutmedicineren har ansvar for patienten og sikrer den konkrete koordination ved udskrivning af patienten fx til kommunen og almen praksis samt internt på sygehuset til stamafdelingerne.

Overordnet skal akutmedicineren være mester i koordination, kommunikation, samarbejde/tværfaglighed og ledelse for, at akutafdelingen fungerer optimalt.

Danea har yderligere tilkendegivet deres synspunkt overfor Sundhedsstyrelsen og skriver blandt andet: ”Den akutte patient har behov for en klar udrednings og behandlingsplan inden for et kort tidsinterval. Derfor er der behov for at prioritere de lægelige og sygeplejefaglige ressourcer og sammen lave en vurdering af patientens kliniske og psykosociale behov. Denne prioritering skal naturligvis baseres på høj faglighed og ikke mindst det tværfaglige samarbejde. Et tværfagligt samarbejde, hvor akutmedicineren og akutsygeplejersken står sammen i front og sammen bidrager til at skabe det mest optimale patientflow og den mest effektive ressourceudnyttelse i akutafdelingen. En akutlæge er medvirkende til, at akutafdelingen fungerer optimalt – og dette kræver særlige kompetencer indenfor koordination, kommunikation, samarbejde/tværfaglighed og ledelse. Disse kompetencer kan bl.a. opnås via en specialuddannelse i akutlægen. En akutmediciner skal kunne samarbejde med tværsektorielle og tværfaglige samarbejdspartner. Dette kræver et stort overblik og viden omkring diverse samarbejdspartner”.

### 6.4 Samarbejde med almen praksis

Overordnet oplever Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) en meget varierende kvalitet på landets akutafdelinger. Det gælder både ved indlæggelser og udskrivelser af patienter. DSAM vurderer, at akutmedicinere kan være med til at løfte kvaliteten på akutafdelingerne, hvilket vil være en fordel for patienter og det samlede sundhedsvæsen. Patienter vil få bedre udredning og behandling, og samfundet vil få færre ’svingdørspatienter’.

Akutmedicineren skal forstå og have ejerskab til sin rolle som flowmaster ikke kun på sygehuset – men for hele sundhedsvæsenet. Det medfører også, at akutmedicineren tænker i, at en vellykket udskrivelse starter ved indlæggelsen, og at vedkommende skal sikre og sikres tilgængelighed for og til patientens egen læge.

Hvis sammenhængen i sundhedsvæsenet skal forberedes ved oprettelse af et speciale i akutmedicin, herunder det tværfaglige og tværprofessionelle samarbejde på akutafdelingen, kræver det ifølge DSAM, at følgende forudsætninger opfyldes.

#### Vedr. indlæggelse

Akutmedicineren skal forstå og kunne bruge henvisninger korrekt samt have en god forståelse af, at det har en betydning for forløbet, hvem der har henvist patienten (læge, vagtlæge eller 112) eller om vedkommende er mødt op i akutafdelingen uden visitering.

Akutmedicineren må ikke blive et forsinkende led. Patienter visiteret med visse sygdomme og symptomer vil kunne planlægges overflyttet til stamafdeling uden udsættelse.

Hvis patienten derimod indlægges med et uklart sygdomsbillede, sikrer akutmedicineren indledende diagnostiske procedurer i akutafdelingen, inden patienten visiteres videre i systemet. I tilfælde med uklare tilstande er det særligt vigtigt, at akutmedicineren sikrer, at den indlæggende læges (egen læges) overvejelser følger med i journalen/handleplanen.

#### Vedr. udskrivelse direkte fra akutafdelingen

Akutmedicineren skal kunne vurdere patientens tilstand og mulighed for at få en hensigtsmæssig udskrivning, herunder om patienten er stabil nok til at klare sig, indtil egen læge overtager behandlingen, om der er indgået klare aftaler med egen læge, samt at det er sikret, at der er en entydig patientansvarlig læge ved udskrivning til aflastningsplads/akutplads i kommunen.

Hvis der er tale om multisyge, skal akutmedicineren tage højde for konkurrerende lidelser i behandlingen, og ved udskrivelse af skrøbelige ældre eller andre sårbare personer til eget hjem skal akutmedicineren sikre, at der er indgået aftaler med kommunal hjemmepleje/primær sektor.

#### Vedr. uddannelse

DSAM understreger, at akutmedicinere skal have indsigt i primærsektors vilkår og praksispopulationens sygdomsmønster. DSAM anbefaler derfor seks måneders ophold i almen praksis som led i speciallægeuddannelsen i akutmedicin, hvis denne oprettes.

## 6.5 Samarbejde med præhospitalt personale

Dansk Selskab for Ambulance og Paramedicin (DSAP) og Dansk Ambulanceråd (DAR) har vurderet mulighederne for samarbejde med akutmedicinere på akutafdelingerne, herunder overgangen fra ambulancepersonalet til akutafdelingerne.

DSAP og DAR er positivt indstillet over for etablering af et lægeligt speciale i akutmedicin, da det kan bidrage til at højne den behandlingsmæssige og organisatoriske kvalitet på akutafdelingerne samt samspillet mellem ambulancepersonale og akutafdelingens personale.

#### Kvalitet i patientforløb

DAR mener, at et akutmedicinsk speciale vil bidrage til et mere sikkert og effektivt miljø i den sektorovergang, hvor præhospitalt og interhospitalt personale skal samarbejde og udveksle vitale oplysninger om patienten.

Ifølge DSAP kan akutmedicineren bidrage til højere kvalitet for patienter og reducerede ressourcer, idet patienten kun mødes af én læge i akutafdelingen, som også kan bidrage til en mere glidende overgang ved indlæggelse.

DAR vurderer, at akutmedicineren kan bidrage til en hurtig og mere kvalificeret patientbehandling, fx ved selv at starte behandling på et højere niveau af en multisyg patient. Det vil også understøtte ambulancepersonalets ønske om, at der står en læge klar til at modtage medicinsk dårlige patienter indbragt med ambulance.

#### Vedr. faglige og organisatoriske kompetencer hos akutmedicineren

Centraliseringen af akutafdelingerne skaber, efter DAR's vurdering, et større behov for en struktur, der understøtter en sikker og effektiv afvikling af et højt patientflow, således at både det præhospitalt personale og akutafdelingen ikke binder unødvendigt mange ressourcer. Ifølge DAR ses det ofte ved travlhed, at ambulancer fastholdes unødvendigt længe på akutafdelingen, som følge af ekstra ventetid ved overdragelse, triagering, ren seng m.v. Det opleves i særdeleshed på de akutafdelinger, hvor selvhenvendelser og ambulanceindbragte patienter skal triageres af samme koordinerende sygeplejerske.

Fast tilstedeværelse af speciallæge i akutmedicin forventes at kunne bidrage til at skabe bedre flow i akutafdelingen, da de vil have et indgående indblik i akutafdelingens struktur, ressourcer og det tilknyttede personale. Både DAR og DSAP ser potentiale i, at akutmedicineren fungerer som teamleder i akutafdelingen.

Derudover efterspørger DSAP, at akutmedicineren kan diagnosticere og visitere patienter til relevante specialer, og at akutmedicineren ved flere tilskadekomne kan triagere, visitere og udarbejde en foreløbig akutbehandlingsplan. Endelig er det relevant med viden og kompetencer om beredskab, herunder viden om skadesteder og krisestyring på hospitalet.

DSAP anbefaler, at akutmedicineren har indsigt i en række specialer og sygdomsområder for at vurdere de mest komplekse patienter og håndtere de hyppigst forekomne problemstillinger. Denne indsigt foreslår DSAP fx kan opnås gennem en rotationsordning fx indenfor specialerne anæstesiologi, neurologi, lungesygdomme, kardiologi, mave-tarm-sygdomme og geriatri. Derudover finder DSAP, at akutmedicineren bør have kompetencer i traumatologi, patienter med kroniske sygdomme og livsstilssygdomme.

## 6.6 Samarbejde med de kommunale akutfunktioner

Sundhedsstyrelsen beskæftiger sig blandt andet med planlægning af såvel det borgernære sundhedsvæsen som sygehusvæsenet og vurderer på baggrund heraf, at akutmedicinere på akutafdelinger vil kunne bidrage til at styrke sammenhængen i sundhedsvæsenet.

En akutmediciner forventes at have organisatorisk indsigt og kendskab til muligheder for opfølgning ved egen læge og kommunens tilbud, herunder de særlige sygeplejeopgaver, som akutfunktionen varetager. For at understøtte gode patientforløb mellem akutfunktionen og egen læge eller sygehus, er det vigtigt, at det er de rigtige patienter, der bliver henvist til akutfunktionen.

Akutmedicineren varetager det samlede behandlingsansvar for udredning og igangsættelse af den indledende behandling, hvilket giver akutmedicineren gode forudsætninger for at vurdere,



om patienten er indlæggelseskrævende eller vil have bedst gavn af en indsats i en kommunal akutfunktion i hjemmesygeplejen, tæt på hverdagsliv og familie.

Herudover vil akutmedicineren ved god overlevering og kommunikation med praktiserende læge kunne bidrage til et hensigtsmæssigt og sammenhængende forløb for patienten.

## 6.7 Eksisterende viden om patienters oplevelse på akutafdelinger

Sundhedsstyrelsen har spurgt Danske Patienter, om organisationen mente, at data fra Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser i Akutmodtagelser 2016 (LUP Akutmodtagelse) kunne bruges til at undersøge den eksisterende viden og erfaringer med patienters oplevelse af akutmodtagelser i relation til behandling af akutlæger. Danske Patienter støttede, at LUP-data kan bruges til vurderingen, men foreslog at uddybe resultaterne med fokusgruppeinterviews med patienter i akutafdelinger. Sundhedsstyrelsen har vurderet, at dette bliver en for ressourcekrævende undersøgelse.

I stedet er de regionale repræsentanter i arbejdsgruppen blevet spurgt, om regionerne har relevant information/relevante undersøgelser af patienttilfredsheden i akutafdelingerne, der kan bruges til at supplere resultaterne fra LUP. Det var ikke tilfældet.

Patienters tilfredshed og overordnede oplevelse af at være på en akutafdeling er derfor udelukkende undersøgt med data fra LUP Akutmodtagelse (indgår udelukkende småskadede patienter (triageret blå)). Til dette er patienters svar på spørgsmålet *Er du alt i alt tilfreds med dit besøg?*<sup>70</sup> benyttet. Afdelinger (akutklinikker og akutmodtagelser) med en score signifikant over landsgennemsnittet<sup>71</sup> er identificeret og ligheder imellem afdelingerne er forsøgt etableret fx region og størrelse på afdelingen for at kunne sammenholde dette med ansættelse af akutmedicinere eller ej.

Det har dog ikke været muligt at identificere et mønster i akutafdelinger med en høj score for patienttilfredsheden. Derfor kan der heller ikke på baggrund af LUP-data konkluderes noget om, hvorvidt afdelinger med akutlæger påvirker patienters tilfredshed med deres besøg på akutafdelingen.

---

<sup>70</sup> Spørgsmål 21 i Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser i Akutmodtagelser 2016, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse i Region Hovedstaden

<sup>71</sup> Dette er beregnet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse ved uparret t-test. Se evt. Faktarapport for LUP Akutmodtagelse 2016 for yderligere information.

## 7 Ordninger i andre lande og udenlandske erfaringer med akutmedicin som et speciale

DASEM har sammenfattet de internationale erfaringer med akutmedicin som et lægeligt speciale til dette kapitel. Sundhedsstyrelsen har bearbejdet indholdet og tilføjet faktuelle oplysninger ift. Europa-Parlamentets og Rådets Direktiv 2005/36/EF om anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer (anerkendelsesdirektivet) for at sikre konsistens i rapporten.

### 7.1 Akutmedicin internationalt

I dets nuværende form har akutmedicin sin begyndelse i Storbritannien i 1967. Over den efterfølgende ca. 15-årige periode blev der etableret akutmedicinske selskaber i USA (1968 og 1979), Storbritannien (1972), Canada (1978) og Australien (1981). Selskaber fra de fire lande gik i 1989 sammen om at danne en international paraplyorganisation (IFEM)<sup>72</sup> med det overordnede mål at repræsentere alle nationale akutmedicinske selskaber i verden.

I 2009 udgav IFEM en model for et akutmedicinsk curriculum. Formålet var at beskrive et sæt minimumskompetencer indenfor den akutmedicinske uddannelse samt at højne og ensarte kvaliteten af den akutte behandling på verdensplan bl.a. via et eksempel på en fireårig grundmodel for et curriculum<sup>73</sup>.

I Europa er specialet akutmedicin organiseret på lige fod med øvrige lægefaglige specialer under The European Union of Medical Specialists (UEMS) og fra 2011 med egen selvstændige sektion. UEMS består af 30 medlemslande, herunder ikke-EU lande som Norge og Island<sup>74</sup>.

Lande i EU har lovregulerede erhverv heriblandt lægeerhvervet med lægespecialer inklusiv specialet "Accident and Emergency Medicine", som er medtaget i Anerkendelsesdirektivet<sup>75</sup>. Formålet med Direktivet er at gøre det lettere for EU-borgere at udøve et lovreguleret erhverv i et andet medlemsland, når de er kvalificerede til det i hjemlandet. Reglerne er også gældende for statsborgere fra Norge, Island, Liechtenstein og andre lande, som EU har indgået aftale med. Det betyder, at speciallæger kan opnå automatiske anerkendelse, hvis specialet fremgår (er notificeret) i Direktivets annex V (her er specialer og lande listet i tabeller) og speciallægen i øvrigt opfylder reglerne præciseret i Bekendtgørelse om EU- og EØS-statsborgeres adgang til udøvelse af virksomhed som autoriseret sundhedsperson<sup>76</sup>

Pr. 1. marts 2017 har 19 af de 28 lande i EU et selvstændigt speciale i akutmedicin (se fodnote til Tabel 9 for yderligere detaljer), heraf er 13 lande notificeret i Anerkendelsesdirektivet på nuværende tidspunkt under specialet "Accident and emergency medicine" (oversat i den danske udgave af Direktivet som "Katastrofemedicin", hvilket er misvisende i forholdet til specialets navn, Emergency Medicine (akutmedicin) i mange lande).

---

<sup>72</sup> The International Federation for Emergency Medicine (IFEM)

<sup>73</sup> UGE Curriculum in Emergency Medicine International Federation of Emergency Medicine (IFEM), 2009.

<sup>74</sup> UEMS. Union Européenne des Médecins Spécialistes. (European Union og Medical Specialists).

<sup>75</sup> Europa Parlamentets og rådets direktiv 2005/36/EC af 7. september 2005 om anerkendelse af professionelle kvalifikationer.

<sup>76</sup> BEK nr 49 af 13/01/2010. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=129881>

I 2009 udgav European Society for Emergency Medicine (EUSEM) et udkast til et femårigt europæisk core curriculum<sup>77,78</sup>. Det blev udgivet på vegne af alle nationale akutmedicinske selskaber i Europa og i samarbejde med UEMS og IFEM og kan benyttes som en fælles europæisk standard med kompetencer, som herefter frit kan overføres på tværs af nationale grænser i EU.

### 7.1.1 Uddannelsesoversigt internationalt

Internationalt findes variationer af den akutmedicinske uddannelse, men dog med en række fællestræk. Træningsprogrammerne har en varighed på tre-otte år. Uddannelsen involverer didaktisk og klinisk træning, der producerer speciallæger med et sæt minimumskompetencer og viden, som er nødvendigt for at praktisere akutmedicin<sup>79,80</sup>.

I Tabel 15 gennemgås indholdet i udvalgte akutmedicinske uddannelsesprogrammer fra Canada, Australien og USA. Tilsammen udgør disse uddannelsesprogrammer en erfaringsbase på mellem 33-49 år indenfor akutmedicin.

---

<sup>77</sup> Totten V, Bellou A. Development of emergency medicine in Europe. *Acad Emerg Med.* 2013;20(5):514-21.

<sup>78</sup> 195. Taskforce for Curriculum. European Society for Emergency Medicine (EUSEM) 2009. [https://www.uems.eu/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/1449/1266.pdf](https://www.uems.eu/_data/assets/pdf_file/0018/1449/1266.pdf)

<sup>79</sup> Hobgood C, Anantharaman V, Bandiera G, Cameron P, Halpern P, Holliman CJ, et al. International Federation for Emergency Medicine Model Curriculum for Emergency Medicine Specialists. *Emerg Med Australas.* 2011;23(5):541-53.

<sup>80</sup> Hobgood C, Mulligan T, Bodiwala G, Cameron P, Holliman JJ, Kwan J, et al. International Federation for emergency medicine model curriculum for continuing professional development. *CJEM.* 2015;17(3):295-309.

**Table 15. Selected education programs from Canada, Australia and USA**

Uddannelsesoversigt internationalt			
Nationalt selskab	Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP)	Australian College for Emergency Medicine (ACEM)	American College of Emergency Physicians (ACEP)
Varighed af uddannelse	5 år	5 år	3-4 år
Målbeskrivelse	JA	JA	JA
Rotationsoversigt			
Akutfdelingen	24 måneder	Minimum 6 måneder af introstilling Minimum 30 måneder i hoveduddannelsesstilling hvoraf 12 måneder skal foregå i voksen akutmedicinsk regi	Ikke mindre end 50 % af samlet forløb
Intern medicin - Generel eller subspecialt inkl. Psykiatri	8 måneder ialt, fordelt på Intern medicin og Kirurgi. Minimum 1 måned Psykiatri	6 måneder maks. i valgfri speciale	Sufficient tid til at opfylde kompetencer for de enkelte områder
Kirurgi/Gynækologi - Generel eller subspecialt	Psykiatri	6 måneder maks. i valgfri speciale	
Anæstesi og Intensiv medicin	6 måneder	6-12 måneder	2 måneder
Pædiatri	4 måneder hvoraf 2 måneder som senior resident	6 måneder i pædiatrisk akutfdeling eller lignende defineret af ACEM	4 måneder, 50 % af patienterne skal være akutte
Præhospital - og katastrofe medicin	1 måned	Op til 6 måneder	Krav i uddannelse, men tid ikke defineret
Scholarship eller forskning	Færdiggjort forskningsprojekt under uddannelse til peer-review	Færdiggjort forskningsprojekt under uddannelse	Krav om projekt, men tid ikke defineret

## 7.2 Akutmedicin i de nordiske lande

I 1992 var Island det første land i Norden til at anerkende et speciale i akutmedicin. Herefter fulgte Finland i 2013<sup>81</sup>, Sverige i 2015<sup>82</sup> og senest Norge ved udgangen af december 2016. Både

81 Naskali J, Palomäki A, Harjola V-P, Hällberg V, Innamaa T, Rautava V-P. Emergency Medicine in Finland: First Year Experiences of Specialist Training. JAEM. 2014;13:26-9.

82 .[http://www.dagensmedicin.se/contentassets/c6ad01e36293416185b1cdc88d229e6e/sos fs-2015-xx-lakarnas-st\\_gd\\_20150217\\_final.pdf](http://www.dagensmedicin.se/contentassets/c6ad01e36293416185b1cdc88d229e6e/sos fs-2015-xx-lakarnas-st_gd_20150217_final.pdf).

Sverige og Finland har først været igennem en proces med oprettelse af akutmedicin som sub-/supra-speciale før det endelige speciale blev beskrevet og anerkendt.

De nordiske lande har flere ligheder end forskelligheder, og der er flere gange opfordret til, at Danmark følger udviklingen i de øvrige lande <sup>83,84</sup>.

Storbritanniens speciale i akutmedicin har dannet skole for de fleste akutmedicinske speciallægeuddannelser i norden. I Tabel 16 nedenfor er Storbritannien derfor inddraget i gennemgangen af indholdet i de nordiske akutmedicinske uddannelsesprogrammer.

**Tabel 16. Indhold af udvalgte akutmedicinske uddannelsesprogrammer fra de nordiske lande og Storbritannien**

Uddannelsesoversigt i de nordiske lande					
Nationalt selskab	Royal College of Emergency Medicine (RCEM)	Icelandic Society for Emergency Medicine (ISEM)	Finnish society of Emergency Medicine (FiSEM)	Swedish Society of Emergency Physicians (SWESEM)	Norwegian Society of Emergency Medicine (NORSEM)
Varighed af uddannelse	6 år	5 år	6 år	5 år	5 år
Målbeskrivelse <sup>85</sup>	JA	JA og svarer indholdsmæssigt til RCEM curriculum	JA	JA	JA
Rotationsoversigt					
Akutafdelingen	4 år med fokuserede ophold	2 år	2 år	3 år med yderligere 6 måneder valgfri fokuseret ophold	2 år og 9 måneder med fokuseret ophold på Ortopædi. 6 måneders valgfri rotation.
Almen praksis	Ikke et krav	Ikke et krav	9 måneder	Ikke et krav	Ikke et krav
Intern medicin - Generel eller subspecialt inkl. Psykiatri	Minimum 3 måneders akut intern medicin indenfor de første	3 år i udenlandsk akutlægeprogram . Nuværende USA,	6 måneder minimum, sammenlagt 12 måneder	3 måneder	6 måneder Kardiologi. 6 måneder valgfrit

83 Hallas P, Ekelund U, Bjornsen LP, Brabrand M. Hoping for a domino effect: a new specialty in Sweden is a breath of fresh air for the development of Scandinavian emergency medicine. Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine. 2013;21:26.

84 Kurland L, Graham CA. Emergency medicine development in the Nordic countries. Eur J Emerg Med. 2014;21(3):163.

<sup>85</sup> JA betyder, at målbeskrivelsen opfylder EUSUM curriculum

Kirurgi/Gynækologi - Generel eller subspeciale	2 års speciallægeuddannelse. Yderligere speciale specifik erfaring sidestilles med opnåede kompetencer og matches herefter	Storbritannien, Australasia (Australien/New Zealand) eller Sverige. Uddannelsesprogram koordineres med RCEM i Storbritannien	6 måneder minimum, sammenlagt 12 måneder	6 måneder i alt. Heraf 2 måneder Gyn/Obs, 2 måneder Ortopædi, 1,5 måned ØNH, 0,5 måned Oftalmologi	3 måneder valgfrit, herunder Oftalmologi, ØNH osv.
Anæstesi og Intensiv medicin	6 måneder sammenlagt		6 måneder minimum	6 måneder	2 måneder Anæstesi. 4 måneder Intensiv medicin
Pædiatri	6 måneder på 3 år i uddannelsen		6 måneder, hvoraf 3 måneder på pædiatrisk afdeling samt 3 måneders pædiatri på akutafdelingen	3 måneder	Ikke et krav
Præhospital - og katastrofe medicin	Ikke krav, men påskønnet		Op til 3 måneder	1 måned	Ikke et krav
Scholarship eller forskning	Opfordring til forskning samt aflevering af mindre projekt ved endelig eksamen		Ikke et krav	Krav om projekt, men tid ikke defineret	Ikke et krav

# Bilagsfortegnelse

<b>Bilag 1:</b>	Ordliste og begrebsafklaring
<b>Bilag 2:</b>	SWOT-analyse – et lægeligt speciale i akutmedicin
<b>Bilag 3:</b>	Slides fra Design-EM's præsentation
<b>Bilag 4:</b>	Sammenfatning af møderne i parallelprocessen vedr. DASEM's målbeskrivelse
<b>Bilag 5:</b>	Arbejdsgruppes sammensætning
<b>Bilag 6:</b>	Arbejdsgruppens kommissorium
<b>Bilag 7:</b>	Litteraturliste

## Bilag 1: Ordliste og begrebsafklaring

Akutfdeling	Fællesbetegnelse for alle akutte modtageafdelinger på sygehuse- ne. Betegnelsen dækker over fælles akutmodtagelse, akutmodta- gelse mv.
Akutmediciner	Speciallæge i akutmedicin
Akutilæge	Lægen, der arbejder i akutfdelingen



## Bilag 2: SWOT-analyse – et lægeligt speciale i akutmedicin

Styrker (internt)
<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Uddannelse</u><ul style="list-style-type: none"><li>• Specialet vil øge den faglige udvikling<sup>5</sup> og give en klar faglig identitet hos akutlæger<sup>1</sup></li><li>• Ensartet uddannelse af speciallæger til/i akutafdelingerne<sup>1</sup></li><li>• Ensartet uddannelse og klar faglig identitet<sup>5</sup></li><li>• Bredt curriculum</li><li>• Fagområde-uddannelse er utilstrækkelig til at fastholde læger i klinisk arbejde<sup>4</sup></li></ul></li><li>• <u>Patientbehandling</u><ul style="list-style-type: none"><li>• Mere ensartede behandlingsforløb samt højere kvalitet i patientforløb/triage<sup>5</sup></li><li>• Øget beslutningskompetence på det akutte område (styrkelse af generalistkompetencer)<sup>5</sup></li></ul></li><li>• <u>Organisering</u><ul style="list-style-type: none"><li>• Styrket flow og ledelse på akutmodtagelser<sup>5</sup></li><li>• Sikrer status for akutmedicinere og akutmedicin<sup>1</sup></li><li>• Bedre og sikre overgange – både til/fra sygehuset og internt på sygehuset<sup>5</sup></li></ul></li><li>• <u>Forskning og udvikling</u><ul style="list-style-type: none"><li>• Bedre mulighed for forskning i det akutte område<sup>5</sup></li></ul></li></ul>

Svagheder (internt)
<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Uddannelse</u><ul style="list-style-type: none"><li>• Færre kandidater til andre specialer og deraf følgende vakancer/rekrutteringsproblemer i andre specialer<sup>1</sup>. Hvilke speciallæger skal undværes?<sup>5</sup></li><li>• Andre specialer truet på både antal uddannelsesforløb/speciallæger og på indholdet af deres uddannelse<sup>5</sup></li><li>• Specialerne vil gerne selv uddanne deres uddannelseslæger i det akutte<sup>5</sup></li><li>• Uklarhed om indhold i specialet. Afklaring af akutmedicinernes rolle – triage plus hvor meget klinisk? Kan man have et speciale uden højtspecialiserede funktioner?<sup>5</sup></li></ul></li><li>• <u>Patientbehandling</u><ul style="list-style-type: none"><li>• Hvis patienter med specifikke, kritiske tilstande overses i akutafdelingen pga. akutmedicinernes generalistviden (fx meningitis, kritiske børnesygdomme mv.)<sup>5</sup></li><li>• Øvrige speciallægers fokus på akutte tilstande reduceres<sup>1</sup></li><li>• Andre speciallæger kan allerede håndtere akutte patienter indenfor eget speciale</li><li>• Lavere niveau af specialviden hos akutlæger end hos de enkelte specialers læger<sup>1</sup></li><li>• Hvis ikke højere faglighed ved akutmedicinere end ved uddannelseslæger fra andre specialer i akutmodtagelsen (akutmedicinernes faglighed er 'spredt for tyndt ud') og bliver derved et forsinkede led i patientbehandlingen</li><li>• Akutlægers ansvar for patienten kan hindre engagement fra øvrige speciallæger for patientens behandling og forløb</li></ul></li><li>• <u>Organisering</u><ul style="list-style-type: none"><li>• Flere overgange (egen læge – akutlæge – stamafdelingens læge) – også i hoveduddannelsesforløbene<sup>1</sup></li></ul></li></ul>

### Muligheder (eksternt)

- **Uddannelse**
  - Specialet præsenteres til medicinstuderende<sup>5</sup>
  - Efteruddannelse kan "geares" efter specialet<sup>5</sup>
  - Lettere rekruttering af læger – og som afledt effekt bedre rekruttering af øvrigt personale<sup>1</sup>
- **Patientforløb**
  - Forløbsansvarlig læge – præcisering af ansvaret for patienten. Kan føre til bedre patientforløb<sup>5</sup>
  - Tydelig ansvarshavende til almen praksis. Kan give bedre overlevering mellem primær og sekundær sektor<sup>5</sup>
- **Organisering**
  - Reorganisering fordrer et speciale – væsentligt med fastansatte læger<sup>5</sup>
  - Antallet af FAM'er er reduceret. Det fordrer mulighed for fælles højt fagligt niveau (øget volumen)<sup>5</sup>
  - Hospitalsstruktur (oprettelse af FAM'er mv.) er ved at være på plads for at kunne understøtte akutmedicin som speciale
  - Samarbejde mellem andre specialer (afhængigt af sygehus) 1) tragering 2) samarbejdsaftaler<sup>5</sup>
  - Bedre ressourceudnyttelse på sygehusene (patienter venter ikke så længe på behandling)
  - Mere adskillelse af akut og elektiv aktivitet (ændring i flow på stamafdelinger)<sup>1</sup>
  - Akutmedicinere kan løfte beredskabsledelse på sygehusene
- **Forskning og udvikling**
  - Mere forskning og kvalitetsudvikling i akutafdelingerne<sup>1</sup>
  - Udnyttelse af højt internationalt kvalitets- og forskningsniveau<sup>1</sup>
  - International udvikling i specialet<sup>4</sup>
  - Kultur omkring akutte kompetencer – veldefinerede kompetencer, validering og målbare<sup>5</sup>

### Trusler (eksternt)

- **Uddannelse**
  - Problemer med dimensionering af speciallægeproduktion<sup>1</sup> og indplacering ift. de øvrige specialer
  - Uensartet uddannelse af nye akutmedicinske læger pga. forskelle i nuværende akutlægers (uddannelsesgivendes) baggrund<sup>1</sup>
  - Hvis specialet bliver "for meget" flow og "for lidt" behandling
  - Uddannelseskapacitet i andre relevante specialer fx almen medicin. Fagligt: kan vi uddanne? Økonomisk: hvem skal betale?
  - Hvis akutmedicineren bliver for meget en specialist (skal være generalist), så mister akutlægen mulighed for fleksibilitet
  - Hvis der ikke er back-up fra de andre specialer, da andre specialer skal bidrage til uddannelse af akutmedicinere
- **Patientbehandling**
  - Hvis arbejdsopgaven kun er at stabilisere nødtørftigt eller afvise henvisninger, bliver det til et "nej-speciale" og et forsinkende led
  - At man aldrig når til den rette speciallæge – uden at blive udskrevet igen (til praksis) / at man som patient ikke er akut nok.
- **Organisering**
  - Isolation af akutafdelingen og dens læger i forhold til resten af sundhedsvæsenet
  - Hvis FAM'er skal måles på, om de er gode til at "beskytte" specialistafdelingerne fra patienter pga. økonomi og kasse-tænkning (patienter bliver vendt i døren)
  - Hvis der ikke er back-up fra de andre specialer – både på sygehuset og i sundhedsvæsenet
  - Manglende forståelse for almen praksis (overlevering – udskrivelse)
  - Manglende kontinuitet og feedback til specialet (hvis man ikke ser patienten som en del af et forløb)
  - Uensartet fagligt niveau, afhængig af om en patient bliver behandlet af en speciallæge i akutmedicin eller uddanneelses- eller speciallæge andet speciale<sup>1</sup>

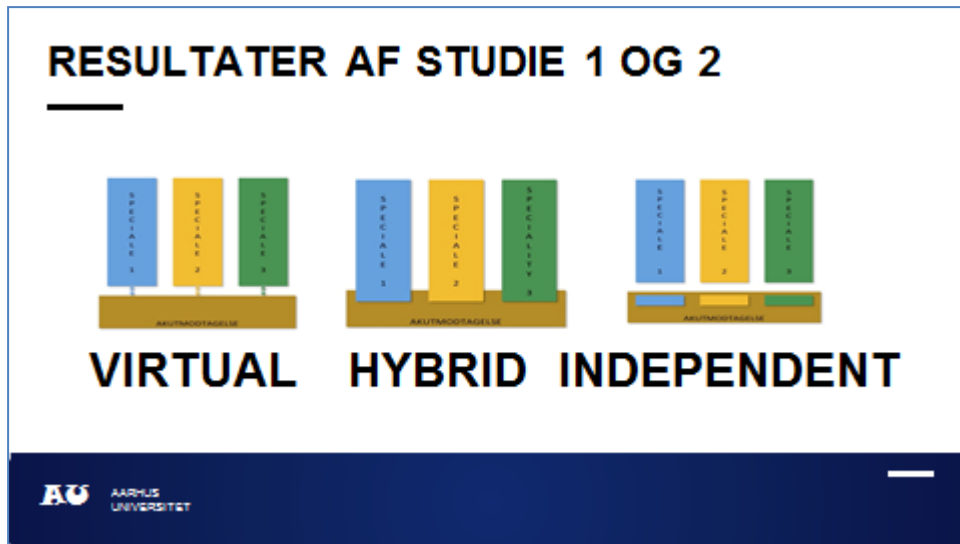
### Referencer

- 1) Behov for mere ensartede fælles akutmodtagelser – speciallægen i front, Politikpapir – Lægemøde, Lægeforeningen, 2014
- 2) Besøg på Holbæk Akutafdeling den 1. september 2016
- 3) De danske akutmodtagelser – status 2016, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Sundheds- og Ældreministeriet, juni 2016
- 4) Det faglige grundlag for et lægeligt speciale i akutmedicin i Danmark, DASEM, 2016
- 5) Første møde i arbejdsgruppen til vurdering af et speciale i akutmedicin, 2016

## Bilag 3: Slides fra Design-EM's præsentation

Kilde: Oplæg af Anders Møllekær, Design-EM i arbejdsgruppen den 27. februar 2017

### 1. Identifikation af tre generiske organisationsmodeller




### 2. Oversigt over fire temaer i modellerne: Struktur, personale, patientmanagement samt koordination og kontrol

MODEL	VIRTUAL	HYBRID	INDEPENDENT
Struktur	Funktionel	Matrix (Høj grad af "outsourcing")	Matrix (Lav grad af "outsourcing")
Personale	Sygeplejersker og admin.	Sygeplejersker og admin. + Lille stab egne læger	Sygeplejersker og admin. + Stor stab af egne læger
Patient management	Læger fra andre afdelinger + Sygeplejersker fra skumodtagelsen	Speciallæger fra specialafdelinger + Sygeplejersker og speciallæger fra skumodtagelsen	Sygeplejersker og speciallæger fra skumodtagelsen
Koordination og kontrol	Ad hoc + Ingen koordination og kontrol med oppevaring	Processorienteret + Medium koordination og kontrol	Processorienteret + Fuld koordination og kontrol + "Shared awareness"

**AU AARHUS UNIVERSITET**

### 3. Virtual-modellen

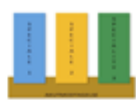
## VIRTUEL

	Karakteristika	Hvad betyder det?	
Personale	Sygeplejersker adm. personale	Primær styring af behandlingsprocesserne og klinisk observation	 <p>"...vedkommende, det kan være lige fra stud.med. til speciallæge." (ledende overlæge)</p> <p>"Vi har jo ingen formel ledelsesræt over de der mennesker, der kommer (...) hvis de ikke opfylder målene eller de arbejdsgange, som vi har hende (...) vi skal over til vores afdellingsledelse som så skal tale med en anden afdellingsledelse, som så skal prøve at sige til en læge, ikke også..." (ledende overlæge)</p>
Opgaveløsning	Læger fra andre afdelinger "konsulenter"	Vanskeligt at styre behandlingsprocessen Ingen formel ledelsesræt	
Behandlingsansvar	Akutmodtagelsen + Specialafdelinger	Høj usikkerhed (Hvem skal reagere? Hvem har ansvaret?)	
Patientfokus	Sygdom indenfor et speciale	Vanskeligt at håndtere sygdom indenfor flere specialer	

**AU AARHUS UNIVERSITET**

### 4. Hybrid-modellen


## HYBRID

	Karakteristika	Hvad betyder det?	
Personale	Sygeplejersker adm. Personale + Lille stab af egne læger	Læger + sygeplejersker styrer behandlingsprocessen	 <p>"...tager man nu en læge der har gode akutte kompetencer og et godt overblik over hvad der foregår i butikken og så en række af speciallægers læger og kobler det så med det jo være det bedste vi kan tilbyde?" (ledende overlæger)</p> <p>"...så kan man sige, hvordan delen går det at være afhængig af, hvordan den her teamleder er. Og der kan være ret meget variation, så alle de her ting, kan man sige, det er, hvordan den teamleder præsterer, det er faktisk ret afgørende for, hvordan dagen forløber?" (Oversygeplejerske)</p>
Opgaveløsning	Læger fra specialafdelinger + akutmodtagelsen	Medarbejder fast tilknyttet + Skalierende ressourcer udnyttes + Ofte teams	
Behandlingsansvar	Specialafdelingen	Mindre usikkerhed i behandlingsprocessen	
Patientfokus	Procesorienteret flere specialer	Vanskeligt at håndtere sygdom indenfor flere specialer	

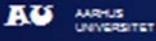
**AU AARHUS UNIVERSITET**

## 5. Independent-modellen

# INDEPENDENT



	Karakteristika	Hvad betyder det?	
Personale	Stor stab af læger og sygeplejersker og admin. personale	Opgaver kan uddelgeres	<p><i>"Det giver det bare en fælles forståelse for hvordan man skal arbejde i akutafdelingen"</i> (sygeplejerske)</p> <p><i>Foral det er noget af det, der stresser folk, det man ikke er godt til, at man så lige pludselig står i en situation, hvor man ikke føler, at man er kompetent, så presser det på"</i> (sygeplejerske)</p> <p><i>Vi kan jo få en reumatologisk bagvagt ned som ikke har nogen anelse om altså hvis der skal ekkoes [ultraljods undersøgelse af hjertet] eller sådan noget det kan vores læger jo gøre.</i> (sygeplejerske)</p>
Opgaveløsning	Læger fra akutmodtagelsen	Mindre risiko og usikkerhed i patientbehandlingen (hvis de har rette kompetencer)	
Behandlingsansvar	Akutmodtagelsen	Lav usikkerhed + klar ansvarsfordeling	
Patientfokus	Procesorienteret Flere specialer	Helheds- og procesfokus	



## Bilag 4: Sammenfatning af møderne i parallelprocessen vedr. DASEM's målbeskrivelse

Fra mødet med Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intern Medicin, Dansk Selskab for Akutmedicin og Sundhedsstyrelsen

	<b>DASAIM</b>	<b>DASEM</b>	<b>Andet</b>
<b>Kompetencer i målbeskrivelsen</b>	<p>DASAIM mener kun, at akutmedicinere skal uddannes i basal luftvejshåndtering, herunder maskeventilering. DASAIM mener, at avanceret luftvejshåndtering som intubering og brug af larynxmaske er en kerneopgave og -kompetence for anæstesiologer.</p> <p>Anæstesiologer kan lære akutmedicinerne at genkende en ikke-fri eller truet luftvej.</p> <p>DASAIM anser den lægelige funktion i det præhospitale beredskab (akutlægebil/helikopter, AMK-funktion og interhospital transport) som en kerneopgave og -kompetence for anæstesiologer.</p>	<p>DASEM finder, at manuelle procedurer, der indgår i den aktuelle fagområdebeskrivelse, fastholdes i en kommende målbeskrivelse i akutmedicin. Herunder anlæggelse af larynxmaske.</p> <p>DASEM mener, at der kan være et udviklingsområde indenfor AMK-funktionen og rådgivning af ambulanceberedskabet for akutmedicinere.</p>	<p>DASAIM tilbød at hjælpe med at videreudvikle DASEM's målbeskrivelse ikke kun vedr. de anæstesiologiske kompetencer, men også den formelle udformning af en målbeskrivelse.</p>
<i>Vurdering af omfanget af kompetencer</i>	<p>DASAIM vurderer, at akutmedicinernes kompetencer i målbeskrivelsen ikke er tilstrækkeligt veldefinerede i målbeskrivelsen. Derfor kan selskabet ikke give en endelig vurdering af, om kompetencerne er relevante.</p>		
<i>Varighed af den supplerende uddannelse i andet speciale</i>	<p>DASAIM kan ikke vurdere omfang eller organisering af evt. ophold i anæstesiologisk afdeling, før der foreligger en detaljeret målbeskrivelse samt kompetencekort for et evt. ophold. Denne målbeskrivelse skal være formuleret i samarbejde mellem DASAIM og DASEM og godkendt af DASAIM.</p>		<p>Jf. uddannelsesreglerne er seks måneder det korteste ophold på en afdeling, som ikke er stamafdelingen.</p>
<b>Uddannelseskapa-</b>	DASAIM vil gerne modtage akut-		Af hensyn til drift

<p><b>citet i afdelingerne</b></p>	<p>medicinere i de anæstesiologiske afdelinger. Dagtid vil formentlig være mest hensigtsmæssigt ift. de kompetencer, der skal læres.</p> <p>DASAIM mener ikke, at akutmedicinere kan have regelret ansættelse på anæstesiologisk afdelinger med funktion tilsvarende som forvagt i hverken dagtid eller vagt. Dette begrundet med, at der i en regelret ansættelse vil være kompetencer og procedurer, som en akutmedicinere ikke skal oplæres i og ikke skal kunne udføre.</p>		<p>og evt. vagtvaretagelse kan det være nødvendigt at oplære den akutmedicinske hoveduddannelseslæge i kompetencer, der ikke er omfattet af målbeskrivelsen for akutmedicin.</p>
<p><b>Brug og godkendelse af kompetencekort (kvalifikationskort)</b></p>	<p>DASAIM vil godkende/underskrive, hvorvidt akutmedicinere har erhvervet de ønskede anæstesiologiske kompetencer på et tilstrækkeligt niveau under et evt. ophold på anæstesiologisk afdeling.</p>	<p>DASEM har udarbejdet kvalifikationskort med inspiration fra almen medicin, der har flere halvårslige ophold på andre afdelinger.</p> <p>DASEM støtter fuldt ud, at anæstesiologerne underskriver vedr. erhvervelse af anæstesiologiske kompetencer.</p>	<p>Sundhedsstyrelsens støtter denne uddannelse og godkendelsesform af kompetencekortene. Kompetencer dokumenteres i afdelingen, hvor den supplerende uddannelse foregår, hvorefter den uddannelsesansvarlige i akutafdelingen sikrer den samlede godkendelse af kompetencer i logbog.net.</p>

Fra mødet med Dansk Selskab for Intern Medicin, Dansk Selskab for Akutmedicin og Sundhedsstyrelsen

	<b>DSIM</b>	<b>DASEM</b>	<b>Andet</b>
<p><b>Kompetencer i målbeskrivelsen</b></p>	<p>DSIM vurderer ikke, at akutmedicinere kan eller bør uddannes i manuelle funktioner indenfor især kardiologi og lungemedicin. Dette gælder ekkokardiografi og anlæggelse af pacemaker, der anses som kerneopgaver for kardiologer. Ligeledes anser lungemedicinerne NIV-behandling og drænanlæggelse som kernekompetencer.</p>	<p>DASEM finder, at manuelle procedurer, der indgår i den aktuelle fagområdebeskrivelse, fastholdes i en kommende målbeskrivelse i akutmedicin.</p>	



	DSIM vurderer derudover, at DASEM bør mødes med hvert af de ni specialeselskaber indenfor intern medicin for at drøfte kompetencer i målbeskrivelsen.		
<i>Vurdering af omfanget af kompetencer</i>	DSIM vurderer, at akutmedicinernes kompetencer i målbeskrivelsen ikke er tilstrækkeligt veldefinerede i målbeskrivelsen. Derfor kan selskabet ikke give en endelig vurdering af, om kompetencerne er relevante.		
<i>Varighed af den supplerende uddannelse i andet speciale</i>	DSIM vurderer, at akutmedicinere bør have et ophold på de interne medicinske afdelinger på minimum 12 måneder.		
<b>Uddannelseskapacitet i afdelingerne</b>	DSIM vil som udgangspunkt gerne bidrage til at uddanne akutmedicinere. Stuegangsfunktionen med tilgrænsende funktioner vil umiddelbart være mest hensigtsmæssigt for akutmedicinere at deltage i (ikke ambulatoriefunktionerne).		
<b>Brug og godkendelse af kompetencekort (kvalifikationskort)</b>	DSIM vil godkende/underskrive, hvorvidt akutmedicinere har erhvervet de ønskede interne medicinske kompetencer på et tilstrækkeligt niveau.	DASEM har udarbejdet kvalifikationskort med inspiration fra almen medicin, der har flere halvårslige ophold på andre afdelinger.  DASIM støtter fuldt ud, at intern medicinerne underskriver vedr. erhvervelse af interne medicinske kompetencer.	Sundhedsstyrelsens støtter denne uddannelse og godkendelsesform af kompetencekortene. Kompetencer dokumenteres i afdelingen, hvor den supplerende uddannelse foregår, hvorefter den uddannelsesansvarlige i akutafdelingen sikrer den samlede godkendelse af kompetencer i logbog.net. kontekst.

Fra mødet med Dansk Pædiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Akutmedicin og Sundhedsstyrelsen



	DPS	DASEM	Andet
<b>Kompetencer i målbeskrivelsen</b>	<p>DPS mener, at vurdering og behandling af akutte børn skal varetages af pædiatere, hvorfor snitfladen til pædiatri skal være skarpere formuleret end tilfældet er nu i målbeskrivelsen.</p> <p>DPS mener, at kompetencerne i målbeskrivelse (særligt i B29) ikke er tilstrækkeligt foldet ud.</p> <p>DPS bekræftede samtidig, at visse kategorier af børn kan håndteres i akutmodtagelsen – nogle uden involvering af pædiatere ("skadestuebørn").</p>	DASEM var indstillet på at klargøre kompetencerne i B29.	
<i>Vurdering af omfanget af kompetencer</i>	DPS vurderede, at kompetencerne i målbeskrivelsen og kvalifikationskortet er relevante med de suppleringer, der kom frem på mødet, herunder bl.a. præcisering af strategier for håndtering af luftveje, blodtrykstagning, smertebehandling og socialpædiatri.		
<i>Varighed af den supplerende uddannelse i andet speciale</i>	<p>DPS vurderede, at et seks måneders ophold på en pædiatrisk afdeling var rimeligt i forhold til at opnå kompetencerne i målbeskrivelse og kvalifikationskort.</p> <p>DPS bemærkede også, at to retur-dage pr. måned samt indlagte kursusdage var omfattende i forhold til, hvad andre uddannelseslæger har mulighed for.</p>	DASEM bemærkede, at fordeling og antallet af retur-dage og kursusdage i målbeskrivelsen ikke er endeligt fastlagt.	Den endelige struktur for et uddannelsesforløb vil blive planlagt i de tre videreuddannelsesregioner.
<b>Uddannelseskapa-citet i afdelingerne</b>	DPS gjorde opmærksom på en udfordring i forhold til, at eventuelle uddannelsesstillinger i pædiatri til akutmedicinere vil blive taget fra andre uddannelsesstillinger blandt andet i almen medicin.		
<b>Brug og godkendelse af kompetencekort (kvalifikationskort)</b>		DASEM har udarbejdet kvalifikationskort med inspiration fra almen	Sundhedsstyrelsens støtter denne udformning og godkendelsesform af

	<p>DPS vil godkende/underskrive, hvorvidt akutmedicinere har erhvervet særlige pædiatriske kompetencer. Men DPS forstår systemet med, at de overordnede kompetencer fx vedr. dyspnø godkendes i stamafdelingen, da akutmedicinere kompetencer ikke kun omhandler børn.</p>	<p>medicin, der har flere halvårslige ophold på andre afdelinger.</p> <p>DASEM støtter, at pædiaterne underskriver vedr. erhvervelse af pædiatriske kompetencer.</p>	<p>kompetencekortene. Kompetencer dokumenteres i afdelingen, hvor den supplerende uddannelse foregår, hvorefter den uddannelsesansvarlige i akutafdelingen sikrer den samlede godkendelse af kompetencer i logbog.net. kontekst.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Bilag 5: Arbejdsgruppens sammensætning

Udpeget af	Titel og navn
Sundhedsstyrelsen (formand)	Enhedschef Lisbeth Høeg-Jensen (1.-4. møde) Direktør Søren Brostrøm (6. møde den 4. maj 2017)
Sundhedsstyrelsen	Overlæge Susanne Vinther Nielsen (formand på 5. møde den 20. marts 2017)
Sundhedsstyrelsen	Fuldmægtig Kathrine Hedemand
Sundhedsstyrelsen (sekretariat)	Fuldmægtig/specialkonsulent Nanna Grave Poulsen
Dansk Selskab for Intern Medicin	Rikke Krogh Madsen
Dansk Selskab for Akutmedicin	Christian Skjærbæk
Dansk Selskab for Almen Medicin	Bolette Friderichsen
LVS' bestyrelse	Bestyrelsesmedlem Ole Nørregaard (anæstesiolog)
LVS' bestyrelse	Bestyrelsesmedlem Niels Dieter Röck (ortopædkirurg)
LVS' bestyrelse	Næstformand Niels Qvist (kirurg)
Danske Regioner	Konsulent Natacha Jensen
Region Hovedstaden, Den Præhospitale Virksomhed – Akutberedskabet	Direktør Freddy Lippert
Region Sjælland, Akutafdelingen, Sjællands Universitetshospital Køge	Ledende overlæge Dan Brun Petersen
Region Syddanmark, Sydvestjysk Sygehus og Videreuddannelsesregion Syd	Konstitueret lægelig direktør Michael Dall
Region Midtjylland, Akutcenteret, Aarhus Universitetshospital	Centerchef Michael Braüner Schmidt
Region Nordjylland, Regionshospital Nordjylland	Lægefaglig vicedirektør Claus Brøckner Nielsen
Lægeforeningen	Læge Ph.d. Mads Skipper

## Bilag 6: Arbejdsgruppens kommissorium

### Kommissorium for arbejdsgruppe vedrørende vurdering af et speciale i akutmedicin

Akutmedicin som speciale blev kort drøftet i det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse på møde d. 16. marts 2016. I forlængelse heraf besluttede Sundhedsstyrelsen at nedsætte en arbejdsgruppe, der skal belyse behovet og vurdere spørgsmålet, om det er hensigtsmæssigt at oprette et nyt speciale i akutmedicin.

#### Baggrund

##### Akutmodtagelser

Den danske sygehusstruktur gennemgår i disse år en omlægning, som betyder, at den akutte og specialiserede behandling samles på færre enheder. I denne proces etablerer regionerne nye akutmodtagelser, som skal modtage de akut syge patienter. Den nye sygehusstruktur indebærer en reduktion fra ca. 40 sygehuse med døgndækkende modtagelse af akutte patienter i 2007 til en struktur med 21 akutsygehuse med akutmodtagelser, når den nye sygehusstruktur er fuldt implementeret i 2020.<sup>86,87</sup>

Den overordnede målsætning for akutmodtagelserne er at sikre høj kvalitet og effektivitet i udredning og behandling af akut syge eller tilskadekomne patienter. Den akutte patient skal altid møde et sundhedsvæsen, hvor de rette specialistkompetencer og faciliteter er til stede uanset tid og sted, og hvor udredningen og den relevante behandling sættes i gang hurtigst muligt.<sup>2,3</sup>

Udfordringen ift. varetagelsen af opgaverne i akutafdelingerne har udløst en diskussion af, om et lægeligt speciale i akutmedicin i Danmark vil kunne højne kvaliteten og sikre høj kvalitet og effektivitet i udredning og behandling af akut syge eller tilskadekomne patienter. Målsætningen er, at de rette specialistkompetencer og faciliteter er til stede i akutmodtagelserne, og udredning og relevant behandling sættes i gang hurtigst muligt.

Der er en generel forståelse af, at oprettelse af et nyt speciale ikke i sig selv sikrer, at de akutte modtagelsesafdelinger vil fungere tilfredsstillende, men at der indgår et mere organisatorisk element, hvor særligt samarbejdsflader til resten af sygehuset er væsentligt.

##### Akutmedicin

Akutmedicin har i Danmark siden 2008 været beskrevet som et fagområde af de Lægevidenskabelige Selskaber (LVS), som har godkendt uddannelsesprogram for fagområdet, og som har nedsat et udvalg til godkendelse af individuelle uddannelsesforløb. Et fagområde afgrænser et særligt interesse- og kompetenceområde, som enten ikke er dækket af et godkendt speciale eller

---

<sup>86</sup> Faglig gennemgang af akutmodtagelserne, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014

<sup>87</sup> Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen, Sundhedsstyrelsen 2007

udgør en mindre del heraf. Læger, der har gennemgået et uddannelsesprogram indenfor et fagområde, opnår ikke anerkendelse eller autorisation af sundhedsmyndighederne.

Fagområdeuddannelsen i akutmedicin er et blandt en række fagområder, som er beskrevet af LVS på linje med fagområder som allergologi, klinisk neurofysiologi, flyve-og dykkermedicin, idrætsmedicin m.v.

Speciallægekommissionen fandt i 2000 ikke, at det var muligt at foretage en entydig beskrivelse af de kriterier, der skulle være opfyldt for, at et lægefagligt område skulle anerkendes som et speciale. Kommissionen opstillede i stedet konkrete kriterier, som bør indgå i overvejelserne ved oprettelse af nyt speciale<sup>88</sup>. Disse er yderligere præciseret i Sundhedsstyrelsens rapport fra 2012<sup>89</sup>:

- Det lægevidenskabelige områdes størrelse og omfang:
  - Patientunderlag
  - Antal driftsenheder
  - Speciallæge antal
- Det lægevidenskabelige områdes specificitet:
  - Få berøringsflader med andre specialer vedr. funktion og uddannelse
  - Selvstændig forskningstradition
- Specialestrukturen i sammenlignelige lande:
  - I hvor mange EU- og EØS-lande specialet er anerkendt.

Ved Sundhedsstyrelsens gennemgang i 2012 vurderede man på daværende tidspunkt, at kun de første to kriterier var opfyldt fsv. angår specialet akutmedicin, og man fandt, at akutmedicin fortsat burde opretholdes som fagområde for at fastholde fleksibiliteten med mulighed for tilgang af læger fra flere specialer. Igennem de senere år har fagområdet akutmedicin dog udviklet sig på en række områder, hvilket kan have indflydelse på vurderingen af behovet for et speciale i akutmedicin.

### **Formål med arbejdsgruppen**

Sundhedsstyrelsen ønsker en beskrivelse af faglige og organisatoriske udfordringer på landets akutmodtagelser med fokus på akutmedicinske kompetencer. I forlængelse heraf ønskes en stillingtagen til indførelse af specialet akutmedicin i Danmark. I vurderingen skal indgå fordele, ulemper og udfordringer ved indførelse af akutmedicin som lægeligt speciale, herunder hvilke udfordringer på landets akutmodtagelser, der vil kunne afhjælpes med indførelse af nyt speciale, og hvilke der ikke kan.

---

<sup>88</sup> Speciallægekommissionens betænkning 1384 "Fremtidens speciallæge", maj 2000, s.91

<sup>89</sup> Rapport: Speciallægeuddannelsen – status og perspektivering 2012

## Arbejdsgruppens opgaver

Arbejdsgruppen skal udarbejde en rapport til det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse, der indeholder vurderinger af forskellige forhold ved oprettelsen af et speciale i akutmedicin.

I arbejdet skal gruppen:

- Analysere hvilke udfordringer indførelsen af et speciale løser og ikke løser, herunder beskrive faglige og organisatoriske udfordringer på landets akutmodtagelser med fokus på akutmedicinske kompetencer
- Inddrage tilgængelig viden om det tværfaglige og det tværprofessionelle samarbejde på akutmodtagelserne
- Inddrage eksisterende viden og erfaringer med patienters oplevelse af akutmodtagelser
- Beskrive fordele ved indførelse af et speciale i akutmedicin i Danmark
- Beskrive ulemper ved indførelse af et speciale i akutmedicin i Danmark
- Beskrive udfordringer ved indførelse af et speciale i akutmedicin i Danmark
- Inkludere erfaringer fra Sverige og evt. Island eller Finland
- Beskrive hvordan specialet skal indplaceres ift. øvrige specialer
- Beskrive uddannelsesforløbet, herunder uddannelseslængden
- Angive hvad indholdet i specialet skal være (målbeskrivelseskompetencer)
- Angive hvordan specialet skal startes op, herunder eventuelle meritregler
- Overveje og vurdere evt. antal af speciallæger i akutmedicin, der skal uddannes
- Overveje og vurdere dimensioneringen inden for de nuværende forudsætninger, herunder at evt. finansiering sker inden for den samlede ramme.

Følgende materiale skal blandt andet indgå i arbejdet:

- Sundhedsstyrelsens, Danske Regioners og Sundheds- og Ældreministeriets status for akutmodtagelserne fra 2016
- Sundhedsstyrelsens rapport om rammerne for styrket akutberedskab fra 2007
- LVS's rapport om fagområdet akutmedicin fra 2012
- Danske Regioners, Sundhedsstyrelsens og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses faglige gennemgang af akutmodtagelserne fra 2014
- Danske Regioners rapport 'Uddannelsesordning. Fælles regional efteruddannelse af speciallæger i akutmedicin', 2015
- Den svenske målbeskrivelse for det etablerede svenske grundspeciale akutsjukvård 2015

- DASEM/TRYG fondens rapport om det faglige grundlag for et lægeligt speciale i akutmedicin i Danmark 2016
- DASEMs udkast til målbeskrivelse for akutmedicin 2016

Arbejdsgruppen er i øvrigt opmærksom på igangværende arbejder, fx i udvalget om lægedækning og udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, som evt. kan have relevans for arbejdsgruppens overvejelser.

### **Arbejdsgruppens sammensætning**

Arbejdsgruppen sammensættes af repræsentanter udpeget af det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse.

- Formand: Lisbeth Høeg-Jensen, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen: 2 medlemmer.
- Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber: 6 medlemmer, heraf 1 repræsentant fra de internt medicinske specialeselskaber, 1 repræsentant fra Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM), 1 repræsentant fra Dansk Selskab for Almen Medicin og 3 valgfrie repræsentanter.
- Danske Regioner: 1 medlem.
- Regionerne: 5 medlemmer udpeget af Danske Regioner, herunder mindst én repræsentant fra videreuddannelsesregionerne. Alle fem regioner skal være repræsenteret.
- Lægeforeningen: 1 medlem.
- Sekretariatsfunktionen varetages af Sundhedsstyrelsen.

Arbejdsgruppen vil kunne indhente eventuelle ressourcepersoner eller anden faglig ekspertise ved behov

### **Organisering af arbejdet**

Sundhedsstyrelsen varetager formandskab for og sekretariatsbetjening af arbejdsgruppen. Styrelsen udarbejder beslutningsreferat fra arbejdsgruppemøderne. Referetat sendes til kommentering senest to uger efter mødets afholdelse med henblik på gruppens bemærkninger og skriftlige godkendelse inden for en fastsat tidsfrist.

### **Tidsplan**

Arbejdsgruppen nedsættes i sommeren 2016, og den endelige afrapportering forventes at ske på møde i det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse medio 2017.

Der afholdes som udgangspunkt fem møder i arbejdsgruppen.

## Bilag 7: Litteraturliste

### Love og bekendtgørelser

Sundheds- og Ældreministeriets Bekendtgørelse om speciallæger nr. 1248 af 24/10/2007

Sundhedsstyrelsens Bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger nr. 1257 af 25/10/2007

Sundhedsstyrelsens Vejledning for de generelle kurser i speciallægeuddannelsen 9153 af 01/04/2011

Sundhedsstyrelsens Vejledning for de specialespecifikke kurser i den lægelige videreuddannelse nr. nr. 9320 af 17/07/2012

### Rapporter

Det faglige grundlag for et lægeligt speciale i akutmedicin i Danmark, DASEM, 2016

Faglig gennemgang af akutmodtagelserne, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014

Integration af den lægelige videreuddannelse i de fælles akutmodtagelser i Region Syddanmark, Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse Syd, 2010

Ledelse af akutte patientforløb. Anne Brøcker og Louise Ladegaard Bro, Et projekt under Videncenter for Velfærdsledelse, KORA rapport, 2013

Speciallægekommissionens betænkning nr. 1384 "Fremtidens speciallæge", 2000

Speciallægeuddannelsen – status og perspektivering, Sundhedsstyrelsen, 2012

Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen, Sundhedsstyrelsen, 2007

Sundhedsstyrelsens Lægeprognose 2015-2040. Udbuddet af læger og speciallæger, 2016

Sundhedsstyrelsens Dimensioneringsplan 2013-2017. Introduktions- og Hoveduddannelsesforløb i Speciallægeuddannelsen, 2014

Sundhedsstyrelsens Dimensioneringsplan 2018-2020. Introduktions- og Hoveduddannelsesforløb i Speciallægeuddannelsen, 2017

Udarbejdelse og revision af målbeskrivelser i speciallægeuddannelsen, Sundhedsstyrelsen, 2011

### Artikler

Christensen EF, Larsen TM, Jensen FB, Bendtsen MD, Hansen PA, Johnsen SP, Christiansen CF. Diagnosis and mortality in prehospital emergency patients transported to hospital: a population-based and registry-based cohort study. *BMJ Open*. 2016 Jul 4;6(7):e011558



Carter-Storch R, Olsen UF, Mogensen CB. Admissions to emergency department may be classified into specific complaint categories. *Danish Medical Journal*. 2014;61(3):A4802.

Hallas P, Ekelund U, Bjornsen LP, Brabrand M. Hoping for a domino effect: a new specialty in Sweden is a breath of fresh air for the development of Scandinavian emergency medicine. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*. 2013;21:26.

Hobgood C, Anantharaman V, Bandiera G, Cameron P, Halpern P, Holliman CJ, et al. International Federation for Emergency Medicine Model Curriculum for Emergency Medicine Specialists. *Emerg Med Australas*. 2011;23(5):541-53.

Hobgood C, Mulligan T, Bodiwala G, Cameron P, Holliman JJ, Kwan J, et al. International Federation for emergency medicine model curriculum for continuing professional development. *CJEM*. 2015;17(3):295-309.

Kurland L, Graham CA. Emergency medicine development in the Nordic countries. *Eur J Emerg Med*. 2014;21(3):163.

Møller, T. P., Ersbøll, A. K., Tolstrup, J. S., Østergaard, D., Viereck, S., Overton, J., Folke, F., Lippert, F. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* (2015) 23:88

Naskali J, Palomäki A, Harjola V-P, Hällberg V, Innamaa T, Rautava V-P. Emergency Medicine in Finland: First Year Experiences of Specialist Training. *JAEM*. 2014;13:26-9.

Sriskandarajah S, Carter-Storch R, Frydkjær-Olsen U, Mogensen CB. High diagnostic value of general practitioners' presumptive diagnosis of pyelonephritis, meningitis and pancreatitis. *Danish medical bulletin*. 2016;Jan;63(1).

Vest-Hansen B, Riis AH, Sørensen HT, et al. Acute admissions to medical departments in Denmark: Diagnoses and patient characteristics. *European Journal of Internal Medicine* 2014;25:639-45.