

Input fra Region Midtjyllands Specialeråd til Regionsrådets høringsvar til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den akutte indsats

Dato 27.11.2019

Anne Brøcker

Tel. +45 2231 3962

anbroe@rm.dk

Specialerådene i Region Midtjylland har haft mulighed for at komme med skriftlige inputs til områder, de finder regionsrådet med fordel kan have særlig opmærksomhed på, i forbindelse med udformning af høringsvar til Sundhedsstyrelsen anbefalinger for den akutte indsats.

Side 1

Der er modtaget inputs fra Specialerådene vedrørende Akutmedicin, Geriatri, Radiologi, Infektionsmedicin, Ortopædkirurgi, Kardiologi, Psykiatri: Børn og unge, Kirurgi, Samfundsmedicin. Specialerådene for Klinisk Biokemi, Reumatologi og Pædiatri har meldt tilbage at de ingen bemærkninger har til høringsudkastet.

Specialerådenes inputs er samlet nedenfor:

Specialeråd for Akutmedicin:

Tak for muligheden for at bidrage til Regionsrådets svar til anbefalingerne. Vi kan med få undtagelser tilslutte os anbefalingerne.

Vi glæder os over den plads, som specialet Akutmedicin har fået, om end vi kunne have ønsket os en endnu mere tydelig beskrevet rolle allerede nu. Rapporten ser ind i en 10-årig periode, der vil dække store dele af specialets indkøringsfase. Vi vil derfor foreslå, at anbefalingerne i højere grad beskriver specialets kommende placering i såvel det præhospitale som i akuthospitalet, således at retningen for specialets udvikling i 10-års perioden er mere synlig i anbefalingerne. Et eksempel er i forhold til anbefaling 5, hvor det fremgår, at "AMK-vagtcentralerne skal have mulighed for lægefagligt back-up fra speciallæger med relevante kompetencer", så ser vi det helt naturligt som indbefattende akutmedicinere, og det burde helt ubesværet kunne tilføjes.

Vi undrer os over anbefalingernes definition af en præhospital akutlæge: "I en dansk kontekst varetages funktionen af speciallæger i anæstesi og intensiv medicin med særlige kompetencer i præhospital indsats". Her vil vi gerne foreslå, at det ændres til: " I en

dansk kontekst varetages funktionen aktuelt af speciallæger i anæstesi og intensiv medicin med særlige kompetencer i præhospital indsats". Der er ikke behov for på nuværende tidspunkt at monopolisere denne funktion til et enkelt speciale i al fremtid. Internationalt set varetages at funktionen som præhospital akutlæge af en bredere vifte af speciallæger med de rette kompetencer inklusiv speciallæger i akutmedicin, og vi synes ikke man bør afskrive sig en faglig og organisatorisk udvikling.

Vi har bemærket, at eksistensen af akutspecialet "stiller krav om fornyet blik på kompetencerne i akutmodtagelsen og på akutsygehuset, herunder fremmødekrav til øvrige akutte specialer, organisering mm." (s.72). Det håber vi på en løbende dialog om i anbefalingsperioden, så uddannelsen af speciallægerne kan imødekomme disse ændrede behov. Her tænker vi såvel i indhold som antal uddannede speciallæger for at bevare princippet om "speciallægen i front". Særligt undrer vi os over, hvorfor anbefalingerne ikke tydeligere beskriver forventningerne til en tilstedeværende speciallæge (i front) i akutmedicin på akuthospitalet?

Vi har især hæftet os ved anbefaling 25, hvoraf det fremgår, at assistance skal kunne fås "umiddelbart af speciallæger i anæstesiologi, i ét af de syv specialer inden for intern medicin, kirurgi, samt i pædiatri og gynækologi-obstetrik, hvis disse to specialer varetages på matriklen. Som udgangspunkt skal der også være assistance umiddelbart af speciallæger i ortopædisk kirurgi, men lokalt kan der afviges herfra efter konkret vurdering af omfang og tyngde af skader, akutmedicinsk tilstedeværelse og kompetencer m.v.". I denne anbefaling havde vi gerne set en klar beskrivelse af akutmedicinerens rolle.

Herudover stiller denne lidt ændrede anbefaling krav til akutmedicinerens uddannelse i ortopædkirurgi, der, afhængig af lokale forhold, vil kunne ligge over de nuværende krav, som teknisk svarer til introstillingen i ortopædkirurgi foruden traumeteamledelse. Inden man lokalt fraviger umiddelbar ortopædkirurgisk assistance, bør man se det i en helhed ift vagtstrukturen og kompetencerne på det enkelte sygehus. I særdeleshed når et defineret akutsygehus skal kunne modtage multitraumer og have funktionen traumeteamledelse på højeste faglige niveau. Dette er i dag mange steder en ortopædkirurgisk opgave. Traumeteamlederkompetencen fremgår af målbeskrivelsen, men er ikke implementeret fuldt ud endnu på regionens sygehuse.

Følges anbefalingerne om ingen tilstedeværelse af ortopædkirurg i regionen bør det allerede fra nu af planlægges at opgradere alle akutmedicinerne i vagt til varetagelse af denne opgave og straks tilføje kompetencer indenfor ortopædkirurgi, traumatologi og traumeteamledelse på de sygehuse, der omorganiserer deres ortopædkirurgiske tilstedeværelse. Fra akutmedicinsk side kan vi i stedet pege på, at kravet om umiddelbar assistance fra speciallæge i intern medicin inden for en kort årrække bør kunne fraviges, da uddannelsen i akutmedicin og besættelsen af stillingerne indtil nu i høj grad har taget sigte på modtagelse af akutte medicinske patienter. Alle 5 akuthospitaler i Region Midt har i dag allerede tilstedeværelse af speciallæge i akutmedicin eller anden speciallæge med tilsvarende medicinske kompetencer døgnet rundt.

I forlængelse af anbefaling 25 vil vi gerne opfordre til at også somatiske børn primært modtages, hvor der pædiatrisk tilstedeværelse.

Endelig glæder vi os over den det øgede tværfaglige og tværsektorielle fokus, som vi forventer vil kunne komme den store gruppe af svage patienter til gavn.

Specialeråd for Geriatri:

Demografien (se side 40. Punkt 3.2.1) samt "nye behov i den akutte sundhedsindsats" (side 70 punkt 5.1) begrundet meget fint, at der i det akutte arbejde bliver et større antal af akutte ældre med kompleks sygdom, og at en særlig fokus herpå er nødvendigt. En tværfaglig

geriatrik indsats er etableret mange steder i DK nu, og deres funktion er bl.a. at kunne vurdere, hvilke patienter der sikkert kan sendes hjem igen ofte tværsektoriel indsats eller planlægge et effektivt og hensigtsmæssigt indlæggelsesforløb.

Der foreslås derfor følgende tilføjelser til punkt 21. og 22. Tilføjelserne er understreget:

Side 9 punkt 20.

21. Akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse

På akutsygehuset skal alle patienter med akut opstået eller forværret sygdom eller skade modtages i en fælles akutmodtagelse. For udvalgte patientgrupper, for eksempel kvinder i fødsel, præhospitalt diagnosticeret akut koronarsygdom, eller indlæggelse med tvang i henhold til psykiatriloven, kan det være relevant med modtagelse direkte på specialafsnit, og der bør foreligge klare procedurer samt relevant patientinformation for for eksempel brug af jordemodertelefon, åbne indlæggelser, brugerstyrede senge m.v. Der er behov for rammer, som tager hensyn til skrøbelige ældre patienter, ofte med demens og delir og risiko for hurtigt yderligere funktionstab selv ved kort ophold i akutmodtagelsen.

Samt side 11 punkt 25.

25. Krav til assistance på somatisk akutsygehus

På akutsygehuset med somatiske funktioner skal der altid være mulighed for assistance umiddelbart af speciallæger i anæstesiologi, i ét af de syv specialer inden for intern medicin, kirurgi, samt i pædiatri og gynækologi-obstetrik, hvis disse to specialer varetages på matriklen. Som udgangspunkt skal der også være assistance umiddelbart af speciallæger i ortopædisk kirurgi, men lokalt kan der afviges herfra efter konkret vurdering af omfang og tyngde af skader, akutmedicinsk tilstedeværelse og kompetencer m.v. Skrøbelige ældre udgør en væsentlig andel af patienterne og kræver en særlig indsats og forløb. Det bør derfor tilstræbes, at der er adgang til tværfaglig geriatrik ekspertise i dagtid.

Specialeråd for Radiologi:

Først fremhæves, at Radiologi og Diagnostisk Radiologi er det samme. Specialet har blot ændret navn mellem rapporterne.

Ang. den radiologiske dækning på akuthospitaler bemærker specialerådet i radiologi, at det i anbefalingerne på side 68 anføres: "Akutmodtagelserne har umiddelbar adgang til laboratorieanalyser, røntgen, CT (evt. MR) samt ultralydsdiagnostik"

På side 100 tabel 11 og i teksten anføres, at der skal kunne være assistance af radiolog i løbet af kort tid.

I bilagsrapporten side 17 punkt 19 fremføres: "Sundhedsstyrelsen anbefaler, at grundlaget for den fælles akutmodtagelse er, at nedenstående specialer/faciliteter er repræsenteret på matriklen: Diagnostisk radiologi". Der uddybes i teksten: "Diagnostisk radiologi bør som minimum have speciallæger i rådighedsvagt, idet nogle funktioner kan varetages ved en telemedicinsk løsning"

I bilagsrapporten side 18 punkt 21 skrives: "Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der på et traumecenter til behandling af svært kritisk syge patienter/tilskadekomne bør være nedenstående specialer/ faciliteter tilgængelige på højt specialiseret niveau: Diagnostisk radiolog". Der uddybes i teksten: "Diagnostisk radiologi bør som minimum have speciallæger i rådighedsvagt, idet nogle funktioner kan varetages ved en telemedicinsk løsning. På matriklen skal der være døgndækkende kompetence til varetagelse af akutte ultralydsundersøgelser og ekkokardiografi".

Det Tværfaglige Specialeråd i Radiologi er enig i disse betragtninger i anbefalingerne og anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen (SST), at der skal være radiologisk service tilstede på traumecentre og minimum tilkald på øvrige akuthospitaler.

Dette stemmer dog ikke overens med følgerne af spar15-19, hvor man lavede Den Fælles Beskriverenhed, således der ikke længere var tilkald af radiolog i Randers og Horsens efter kl. 23 (samt Silkeborg, som dog kun modtager akutte patienter til kl. 17, men disse kan jo godt få forværring i løbet af natten).

Specialerådet anerkender, at der er mangel på radiologer, men gør opmærksom på, at før spar15-19 fungerede Randers, Horsens og Silkeborg med radiologer i tilkald i vagten med stort set samme antal speciallæger som nu.

Specialerådet gør i den forbindelse opmærksom på, at anbefalingerne fra SST omkring tilstedeværelse af speciallæge i ortopædkirurgi og abdominalkirurgi blev effekturet, selv om disse specialer tidligere havde fungeret med tilkald af speciallæge på nogle akuthospitaler i regionen. Derfor undrede det, at man for radiologiens vedkommende ikke valgte at følge anbefalingerne fra SST. Dette var også specialerådets kommentar til spar15-19 og er blevet fremført efterfølgende.

Det Tværfaglige Specialeråd i Radiologi anerkender vigtigheden af tilstedeværelse af ortopæd- og abdominalkirurger på minimum bagvagtsniveau til at vurdere de akutte patienter mhp., hvem der har behov for akut radiologi, da dette er med til at sikre, at de rigtige patienter får lavet radiologi hurtigt. Specialerådet mener, at tilstedeværelsen af disse kirurger og deres vurdering af patienterne er nødvendig for at sikre bedst mulig triage af patienterne.

Specialeråd Infektionsmedicin:

Da en stor del af akut indlagte patienter har infektioner, vil det infektionsmedicinske specialeråd understrege at vi mener at der bør være ansat speciallæger i infektionsmedicin på alle akutsygehuse.

Specialeråd Ortopædkirurgi:

Det tværfaglige specialeråd for ortopædkirurgi har følgende kommentar til udkastet til Akutanbefalingerne.

Samarbejdet med akutmedicineren forventes at reducere behovet for tilstedeværelse af ortopædkirurgiske speciallæger i FAM, men der er adskillige tilstande, der fortsat kræver umiddelbar tilstedeværelse af en ortopædkirurg, f.eks. påpladssætning og håndtering af større leddskred og brud, herunder åbne brud, multidisciplinær indsats til hoftenære frakturer, de sværeste multitraumer, compartmentsyndrom mm. Vi foreslår på den baggrund punkt 25 ændret til:

"25. Krav til assistance på somatisk akutsygehus

På akutsygehuset med somatiske funktioner skal der altid være mulighed for assistance umiddelbart af speciallæger i anæstesiologi, i ét af de syv specialer inden for intern medicin, kirurgi, ortopædkirurgi samt i pædiatri og gynækologi-obstetrik, hvis disse to specialer varetages på matriklen."

Specialråd Kardiologi:

Generelle bemærkninger

- Patienter med akutte kardiologiske lidelser bør modtages direkte på kardiologiske afdelinger.

- Kardiologiske speciallæger bør primært bemande kardiologiske afdelinger og ikke akutmodtagelser
- Den præhospitale diagnostik og visitation skal styrkes yderligere gennem vedligeholdelse og videreudvikling af telemedicinske teknologier (fx EKG, ekkokardiografi, POCT)

Specifikke bemærkninger:

På side 31 står der:

Et tilbagevendende tema har været speciallægenes tilgængelighed i vagten og prioritering af opgaver vedrørende vurdering og behandling af patienter i den fælles akutmodtagelse i forhold til opgaver på stamafdelingen.

- Hvordan sikrer man, at der er speciallæger til stede i dagtid til at varetage specialiseret udredning og behandling, herunder også til at uddanne yngre kollegaer?

På side 22 står der:

Akutsygehusets opgaver

Et akutsygehus som varetager både somatik og psykiatri skal døgnet rundt:

- kunne iværksætte umiddelbar diagnostik og behandling på speciallægeniveau

Et somatisk akutsygehus skal døgnet rundt:

- kunne iværksætte umiddelbar diagnostik og behandling på speciallægeniveau

Ønskes konceptet med speciallægen i front fortsat opretholdt? Det giver driftsmæssige store problemer i hht ovenstående.

Vedr. organiseringen af den akutte kardiologi:

Side 98-101:

- For intern medicin: kardiologi fremgår det desuden af gældende specialevejledning, at patienten ved mistanke om akut, alvorlig hjertesygdom bør visiteres til modtagelse på sygehus, hvor det er muligt at få assistance fra speciallæge i intern medicin: kardiologi inden for kort tid
- Følgende definition anvendes i høringsudkastet: "Assistance inden for kort tid" forstås, at lægen kan være fysisk til stede hos patienten inden for maksimalt ½ time fra tilkald. Det er også anført: "Formuleringen i specialevejledningen har givet anledning til forskellig tolkning, og det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der bør ske en faglig drøftelse af området, og at formuleringen bør præciseres og eventuelt justeres."
- Ovenstående opgave med at præcisere og justere formuleringen bør løses i regi af Dansk Cardiologisk Selskab

Specialeråd Psykiatri, Børn og unge:

Høringsudkastet har nu været sendt ud til gennemlæsning og kommentering i det tværfaglige specialeråd i BUA.

Overordnet synes anbefalingerne at være meget relevante i forhold til at optimere og sikre indsatsen for den akut syge patient.

Der er dog to punkter, som vi ønsker at kommentere (samlet en kommentar):

"24. Krav til assistance i psykiatrisk akutmodtagelse

Hvor det ikke er geografisk muligt at samlokalisere skal der på den psykiatriske akutmodtagelse sikres assistance umiddelbart af relevante lægelige kompetencer til at sikre vurdering, stabilisering og opstart af initial udredning og behandling af patienter med psykisk skade samt akut opstået eller forværret psykisk sygdom. Det skal derudover være mulighed

for at få assistance inden for kort tid af speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri. Der skal derudover etableres faste aftaler for samarbejdet med den somatiske akutmodtagelse.

26. Krav til assistance på akutsygehus med både somatik og psykiatri
På akutsygehuset med både somatiske og psykiatriske funktioner og med fælles akutmodtagelse skal der udover ovennævnte etableres faste aftaler for samarbejdet mellem akutmedicin og psykiatriske specialer, og det skal være muligt at få assistance inden for kort tid fra speciallæge i psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri."

Når overskriften er assistance i psykiatrisk akutmodtagelse eller akutsygehus med psykiatri, er det usikkert, hvad der menes med, "at der skal være mulighed for at få assistance indenfor kort tid af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri". Børne- og ungdomspsykiatri findes kun på få matrikler i regionen. Menes det således, at BUA speciallæger skal kunne assistere ved andre psykiatriske akutsygehuse/modtagelser end der hvor BUA forefindes? I så fald er der bekymring i fht de mange speciallægetimer, der risikeres brugt på transport, vurdering m.m.. Det er vurderingen, at disse speciallægetimer vil komme til at mangle i fht at afvikle de nødvendige ambulante/sengeafsnitsfunktioner herunder sikre tilstrækkelig og optimal tid til patientvurdering og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien.

Specialeråd Kirurgi:

Vi har modtaget din mail, og denne er videresendt til specialerådets medlemmer.

Responset fra samtlige medlemmer er det samme:

Vi finder det uantageligt at der fremsendes et omfattende materiale til høring, hvor varslet er så kort. Specialerådets medlemmer har ingen mulighed for at gennemgå materialet, holde møde om indholdet, og svare på de stillede spørgsmål indenfor så snæver en tidsramme. Man må stærkt formode, at Regionens slet ikke er interesserede i at få et kvalificeret svar fra os, men blot ønsker at skrive, at sagen har været i høring.

Vi insisterer på, at der i det svar, som udgår fra Regionens fremgår, at sagen ikke har været i høring i det kirurgiske specialeråd.

Vi skal fremover bede om at få anstændige frister for at afgive svar.

Med venlig hilsen Anders Tøttrup Formand

Specialeråd Samfundsmedicin:

Generelle kommentarer.

- Det er positivt at omtale mennesker, der er ramt af mange forskellige helbredsproblemer for "patienter med multisygdom", frem for den ofte anvendte betegnelse "multisyge". Fra et socialmedicinsk perspektiv kan det anbefales at ændre til, mennesker med mange forskellige helbredsproblemer og funktionsevnepåvirkninger.

Der bør fremgå af anbefalingerne, hvordan begreberne "borger" og "patient" defineres. Hvis der alligevel er tale om det samme CPR-nr. kan man overveje at bruge "menneske".

Generelt ønskes større fokus på styrket overlevering.

- Øget fokus på muligheden for akutte kommunale pladser, som også kan rumme socialt udsatte/borgere med misbrugsproblematikker. Eksempelvis når en borger påbegynder afrusning på sygehuset, men fortsat er for dårlig til udskrivelse til eget hjem. Her kan man

forebygge tilbagefald, ved at styrke samarbejdet om døgnbemandede korttidspladser som overgang til eget hjem.

- Indtænke en fælles sygeplejerske med speciale i socialt udsatte i visitationen af patienter. Særligt ifm. Udnyttelsen af potentialerne for samlokalisering af visitationsenheder regionalt/kommunalt (s. 5).
- Det anbefales, at der ses på erfaringerne fra Psykiatriens hus, Silkeborg (og nu også Århus), hvor der på tværs af region og kommune er et stærkt samarbejde og fælles ansvar for borgeren. Erfaringerne viser, at tættere samarbejde og følelsen af fælles ansvar forebygger psykiatriske genindlæggelser. Samtidig er der mulighed for at iværksætte et tilbud om en kortere aflastning, hvor også behandling/anden indsats kan opstartes med støtte fra social- og sundhedsfaglige medarbejdere.
- Der er behov for at øge opmærksomheden på behovet for socialsygeplejersker i akutmodtagelserne, til at styrke det regionale/kommunale samarbejde om de udsatte.
- Behov for øget fokus på lægelig efteruddannelse i misbrugsproblematikker og behandling. Der opleves fortsat udfordringer i samarbejde mellem akutmodtagelsen/sygehus og den kommunale misbrugsbrugshandling på grund af forskellige journaliseringssystemer og begrænsede elektroniske kommunikationsveje.

Specifikke kommentarer

Til trods for at man gennem årene har anvendt begreber som FAM, AMA, modtagelse, akut klinik, akut hospital, præhospital og mange andre afdelings- og enhedsbetegnelser før man bruger betegnelser som er forståelige for civilbefolkningen. Det er positivt, at man i denne anbefaling forsøger at ensrette nomenklaturen på indgangsportene til sundhedsfaglig hjælp, men vi vil ikke anbefale, at man opfinder nye begreber som akutklinik og skadeklinik, borgerrettede telefoniske visitation, fremfor at sikre tydelighed om formål og tilbud i de allerede eksisterende begreber. Såfremt man ønsker at omdøbe indgangene til sundhedsvæsenet (kommunale og regionale), er der behov for en meget grundig og sikker implementeringsplan for at undgå ressourcospil, tidsforsinkelser og social ulighed.

Forslag til ændret ordlyd side 9 anført nedenfor med rødt: 20. Visiteret modtagelse til akut sygehusbehandling:

"Modtagelse til sygehusbehandling af patienter med skader, eller med akut opstået eller forværret sygdom, både psykisk og somatisk, skal være visiteret. For udvalgte patientgrupper og tilstande, for eksempel fødsel, akut forværring af kendt sygdom, selvmordsforsøg, seksuelle overgreb m.v. kan selvvisitation være hensigtsmæssigt, og der bør foreligge klare retningslinjer og patientinformation for for eksempel brug af jordemodertelefon, åbne indlæggelser, brugerstyrede senge m.v. **Potentialer i øget brugerstyring ved patienterne af akutfunktioner bør afprøves, da det indenfor de allerede eksisterende ordninger, har vist sig ikke at give øget antal henvendelser.** Undtagelsesvist, og kun for visiterede patientgrupper til fagligt velbegrundede funktioner som for eksempel oplussen af kendt kronisk sygdom kan patienter modtages akut på specialsygehuse."

Det nævnes flere gange, at for at sikre høj kvalitet og effektivitet i patientforløbet for den akutte patient skal den samlede akutte sundhedsindsats ses i en helhed på tværs af sektorer, tilbud og fagpersoner. Det skal være entydigt, hvilke sundhedsindsatser man kan forvente som akut patient, og indsatserne skal være af høj faglig kvalitet. Og der står meget om overlevering af patienten mellem sektorer.

Der bør også stå noget om fælles målsætningsplan udviklet sammen med de patienter, der er hyppige brugere af akutfunktionerne. For patienter, der ofte har akutte kontakter til Sundhedsvæsenet mangler der at blive beskrevet, at der skal etableres systematisk opfølgning og samarbejde mellem aktører/sektorer, der også involverer den enkelte patient i målsætningsplan og behandlingsstrategi.

Ved. Pkt. 6 side 6. "ved akut forværring af sygdom eller funktionsniveau hos borgere". Anvendelse af begrebet funktionsniveau kræver en definition. Mange professionelle sundhedsarbejdere bruger begrebet som betegnelse for funktionsevne, men hvis man ønsker at tage udgangspunkt i WHO's "International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand" (WHO 2001) refererer funktionsniveau til organ og krop eksempelvis hjertets pumpefunktion eller knæets strækkeevne.

Vedr. 5. Udfordringer og muligheder i den akutte sundhedsindsats

Meget grundig analyse som vi er enige i, dog mangler vi en diskussion af begrebet "Speciallæger i front", og de udfordringer, der ligger i at bruge speciallæger i akutberedskabet, bl.a. at de så må undværes i dagtiden på stuegang og ambulatorier, hvor de både har opgaver i fht. patientbehandling og præ-og postgraduat uddannelse.

"Deling af viden på tværs af patientforløbet". Det er korrekt, at dette fortsat er en stor udfordring og i særdeleshed for de mennesker, der ikke er i stand til selv eller ved pårørendes hjælp at bære viden videre mellem afdelinger eller sektorer. Vi vil opfordre til at man arbejder med at fortsat udvikle screeningsredskaber i fht. den enkeltes sundhedskompetencer (<https://www.sst.dk/~media/18DDC88AE81F46C7815E28218443B311.ashx>) og opprioriterer at epikriser skrives og sendes med det samme.

Vedr. 6. Sammenhængende og enstrengt visitation

Grundig analyse, som vi kan tilslutte os. Derudover kan det tilføjes, at de ikke-akutte kommunale sundhedstilbud ej heller har en tydelige og ensartet visitation, og man kan overveje at udarbejde en fælles indgang til det kommunale sundheds-og socialvæsen uanset akut-ikke akut og uafhængigt af tidspunktet på døgnet. Alle kommuner har en social døgnvagt og alle kommuner har en borgerservice, der har åbent i dagtid. Det til trods er det vores erfaring, fra det rådgivningsarbejde i Region Midtjyllands kommuner, at fraset demens og hjerneskadeområdet er det vanskeligt for borgere og pårørende at finde frem til de rigtige fagpersoner.

S. 80 "Udvalgte patientgrupper kan give særlige udfordringer i den telefoniske visitation i forhold til både lægevagt, Akuttelefonen 1813 samt 112, herunder eksempelvis ældre, multisygge og mennesker med psykisk lidelse".

Frem for at anvende særlig patienter, anbefaler vi, at man beskriver det, som udgør problemet, og som ofte er generelt for en større gruppe af mennesker, da det jo ikke i sig selv er det at være ældre, psykisk syg eller menneske med multisygdom, der udgør problemet. I højere grad er der tale om mennesker med akut eller midlertidig kognitiv svækkelse, uden pårørende, ufrivilligt enlige, mennesker med begrænset økonomisk råderum til at kunne betale medicin og transport til og fra behandlingssteder, med betydelige funktionsevnenedsættelser, manglende elektroniske kommunikationskompetencer og utilstrækkelige sundhedskompetencer.

Afsnit 10 I implementeringsdelen mangler der beskrivelse af, hvordan anbefalingerne skal implementeres hos brugerne.

Afsnit 11 Ordlisten mangler definition af borger, patient, multisygdom, funktionsniveau, funktionsevne.