

Rapport fra arbejdsgruppen vedrørende akutmodtagelser

Marts 2007

Resumé og anbefalinger	3
1. Indledning	6
1.1. Baggrund for arbejdsgruppens nedsættelse	6
1.2. Arbejdsgruppens medlemmer	7
1.3. Arbejdsgruppens kommissorium	7
2. Kortlægning af den nuværende akutmodtagelsesfunktion i Region Midtjylland	9
3. Begreber i akutmodtagelses-planlægning	21
4. Modeller for organisering af akutmodtagelse	23
4.1. Klassisk sygehusmodtagelse.....	23
4.2. Distributionsmodellen	24
4.3. Diagnosticerings- og behandlingsmodellen	26
4.4. Sammenfattende betragtninger vedrørende akutmodtagelsesmodellerne	29
5. Model for fælles akutmodtagelse i Region Midtjylland	30
5.1. Anbefaling til organisering af fælles akutmodtagelser i Region Midtjylland	30
5.1.1. Overordnet organiserings model	30
5.1.2. Ledelsesforhold	31
5.1.3. Specialeforhold på matrikler med fælles akutmodtagelse.....	33
5.1.4. Diagnostiske faciliteter	33
5.1.5. Bemanding (lægefaglig).....	34
5.1.6. Faglig profil.....	36
5.2. Anbefalinger om antallet af akutmodtagelser i Region Midtjylland	37
5.2.1. Antallet af akutmodtagelser i Region Midtjylland.....	37
5.2.2. Akutmodtagelser i Region Nordjylland og i Region Syddanmark	38
5.3. Anbefaling vedr. visitation i forhold til de fælles akutmodtagelser	39
5.3.1. Selektede patientgrupper – indlæggelse udenom den fælles akutmodtagelse.....	39
5.3.2. Visitationsmodeller.....	40
5.3.3. Anbefaling fra arbejdsgruppen vedr. visitationsmodeller	42
5.3.4. Anbefaling fra arbejdsgruppen vedr. ikke akutmodtagende hospitaler	42
Bilag 1 Skema vedrørende antallet af senge på hospitalsmatriklerne	
Bilag 2 Skema vedrørende diagnostiske faciliteter på hospitalsmatriklerne	
Bilag 3 Notat vedrørende speciallægebehovet i Region Midtjylland	
Bilag 4 Oversigt over imødekomme af Sundhedsstyrelsens krav til akutmodtagelse på hovedfunktionsniveau	
Bilag 5 Beskrivelse af hospitalernes fremtidige akutmodtagelsesfunktion	

Resumé og anbefalinger

Arbejdsgruppen har taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet. Arbejdsgruppen har i sit arbejde lagt vægt på, at en omstrukturering af akutområdet først og fremmest skal ske med henblik på at højne kvaliteten i modtagelsen og behandlingen af den akutte patient.

Arbejdsgruppen anbefaler ud fra de krav, der opstilles til de fælles akutmodtagelser – og særligt under henvisning til en analyse af speciallægedækningen ift. disse krav –, at man højst bevarer/etablerer 5 akutmodtagende hospitaler i Region Midtjylland. Et antal på 5 akutmodtagelser giver et optageområde på gennemsnitligt 250.000 indbyggere pr. akutmodtagelse i regionen.

Arbejdsgruppen har gennemgået og drøftet fordele og ulemper ved forskellige modeller, hvorefter akutmodtagelsen af patienter kan organiseres. Arbejdsgruppen anbefaler overordnet, at der i Region Midtjylland etableres **fælles akutmodtagelser** på de hospitaler, der skal modtage akutte uselekterede patienter, og at de fælles akutmodtagelser (over tid) organiseres efter de principper, der kendetegner diagnosticerings- og behandlingsmodellen.

Arbejdsgruppen peger dermed på, at de akutmodtagende hospitaler i regionen skal samle deres akutmodtagelser på en matrikel og på en fælles fysisk lokalitet på hospitalet. Der skal i akutmodtagelserne være mulighed for både diagnostik af uafklarede patienter samt den indledende – og evt. færdiggørende - behandling. Der vil ikke ske modtagelse af akutte, uselekterede patienter direkte på special/senge-afdelinger.

Da de fysiske forhold på regionens hospitaler ikke hidtil har været indrettet efter denne organisering af modtagelsen af akutte patienter, vil der over en årrække skulle ske omfattende ændringer på de hospitaler, der skal have akutmodtagelser.

Der vil derfor i en overgangsperiode være tale om, at akutmodtagelsen af patienterne delvist foretages efter principperne i distribueringsmodellen. Denne organisering af akutmodtagelsen er allerede i dag udbredt på hospitalerne.

Arbejdsgruppen anbefaler, at ***lægebemandingen i de fælles akutmodtagelser i Region Midtjylland lever op til følgende minimumskrav:***

Tilstedeværelsesvagt for speciallæger indenfor følgende specialer:

- Intern medicin
- Kirurgi
- Anæstesiologi
- Gynækologi og obstetrik, hvis der er fødsler på matriklen

Kravet om tilstedeværelsesvagt for speciallæger indenfor ovenstående specialer skal suppleres med krav om rådighedsvagt indenfor øvrige relevant specialer, herunder som minimum:

- ortopædkirurgi
- diagnostisk radiologi
- pædiatri

Det er blevet drøftet i arbejdsgruppen, at der kan være problemer med at opnå speciallægedækning indenfor alle specialer i tilstedeværelsesvagt.

Det anbefales, at der i RM skabes mulighed for efteruddannelse af speciallæger med henblik på at opnå de i rapporten beskrevne kompetencer.

På længere sigt anbefales endvidere, at der beskrives et fagområde i akut medicin.

Arbejdsgruppen har drøftet hvilke patientgrupper, der kan være selekterede i forhold til at blive indlagt direkte på specialafdelinger. Arbejdsgruppen foreslår i tråd med planen vedr. akutmodtagelsen for Det Nye Universitetshospital på at **følgende grupper indlægges udenom den fælles akutmodtagelse**, eller kan passere direkte videre til relevant afdeling efter modtagelsen i akutafsnittet:

- Fødende
- Øvrige gynækologiske patienter
- Børn (dog ikke skader)
- Patienter med åbne indlæggelser
- Patienter, der overflyttes fra andre hospitaler (efter aftalte principper)
- Patienter, der indlægges fra ambulatorier (efter aftalte principper)
- Patienter, der er visiteret via præhospital telemedicin eller af ambulance-læge

Arbejdsgruppen har drøftet om der er mulighed for modtagelse af akutte patienter på hospitaler, der ikke har en fælles akutmodtagelse. Arbejdsgruppen anbefaler, at man fremover tilrettelægger den akutte modtagelse af patienter i Region Midtjylland således, at der **ikke** indlægges akutte patienter på hospitaler, der ikke har fælles akutmodtagelse for uselekterede patienter.

Grænsen for hvilke patientgrupper, der kan indlægges direkte på specialafdelinger og hvilke der ikke kan, er ikke helt håndfast. Derfor anbefaler arbejdsgruppen, at akutte indlæggelser også for selekterede patienter foregår på hospitaler, der har fælles akutmodtagelser.

En visitationsmodel, hvorefter den akutte indlæggelse kun vil kunne finde sted på et hospital med fælles akutmodtagelse, har som konsekvens, at der vil skulle flyttes store patienttal fra mindst 2 større hospitaler i regionen i dag (hvis der fremover kun skal være 5 akutmodtagende hospitaler).

Dette indebærer, at sengetallet på akutmodtagehospitalerne skal udvides tilstrækkeligt til at kunne varetage behandlingen af flere akutte patienter end i dag.

Arbejdsgruppen har drøftet, hvilke akutnære funktioner, man set fra et fagligt synspunkt kan placere på de hospitalsenheder, der ikke længere skal have akutmodtagelse.

Arbejdsgruppen peger på, at hospitaler uden fælles akutmodtagelser kan varetage:

- Elektive funktioner vedrørende hhv. indlagte indenfor ortopædkirurgi og ambulante patienter (primært dagkirurgi)
- Sub-akutte ambulante funktioner på det medicinske område

Vedr. subakutte ambulante funktioner skal dette område udredes nærmere.

Der vil på de ikke akutmodtagende hospitaler være mulighed for at oprette/opretholde tilbud til borgerne i området om for- og efterundersøgelse i ambulatorieregi.

Arbejdsgruppen anbefaler, at lægestabene på de hospitalsmatrikler, der ikke skal have akutmodtagelsesfunktion organisatorisk knyttes til et akutmodtagende hospital og at de funktioner, der placeres på hospitalsmatriklen fungerer som satellitfunktioner til større specialafdelinger.

Konkluderende kan arbejdsgruppen således fremhæve, at der vil være tale om et begrænset antal senge på de hospitaler, der ikke skal være akutmodtagende fremover. Der vil dog være mulighed for at opretholde visse nær-tilbud til borgerne i området, såsom tilbud om for- og efterundersøgelser til elektive behandlinger – samt visse ambulante undersøgelsestyper.

1. Indledning

I forbindelse med planlægningen af Region Midtjyllands fremtidige akutberedskab er der nedsat 3 arbejdsgrupper. Nærværende rapport er udarbejdet af arbejdsgruppen vedr. akutmodtagelser. Rapporten skal ses i tæt sammenhæng med rapporterne fra de 2 andre arbejdsgrupper.

1.1. Baggrund for arbejdsgruppens nedsættelse

Baggrunden for arbejdsgruppens nedsættelse er bl.a. Sundhedsstyrelsens rapport "Gennemgang af akutberedskabet", som opstiller en række anbefalinger til organiseringen af akutberedskabet i Danmark. I rapporten anbefales bl.a. at befolkningsgrundlaget for akutmodtagelser fremover er mellem 200.000 og 400.000. Dette vil medføre en reduktion i antallet af akutmodtagelser i bl.a. Region Midtjylland, hvor man i dag har 10 akutmodtagelser – og et befolkningsgrundlag på 1,23 mio. Konsekvensen af Sundhedsstyrelsens anbefaling vil således være en reduktion af antallet af akutmodtagelser i Region Midtjylland til mellem 3 og 6.

En anden væsentlig anbefaling i Sundhedsstyrelsens rapport om fremtidens akutberedskab er, at den akutte modtagelse af patienter på sygehusene skal ske gennem en **fælles akutmodtagelse**. Rapporten fra Sundhedsstyrelsen åbner dog op for, at nogle patientgrupper (selekterede/afklarede patienter) kan passere videre til relevant behandlingsafdeling (s.31)

Der er i Sundhedsstyrelsens rapport desuden opstillet nogle anbefalinger til, hvilke specialer, der skal være repræsenteret på de matrikler, hvor der er akutmodtagelser. Ligesom der er opstillet anbefalinger til vagtberedskabet inden for visse specialer samt døgndækning mht. diagnostiske faciliteter.

Anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen vedr. den fremtidige tilrettelæggelse af akutberedskabet nødvendiggør at akutområdet i Region Midtjylland på nogle væsentlige områder omorganiseres.

Arbejdsgruppen vedr. akutmodtagelser har bidraget til at udarbejde forslag til den fremtidige model for akutberedskabet i Region Midtjylland. Akutområdet indbefatter den akutte indsats hos praktiserende læger og vagtlæge, den præhospitale indsat og den indsats, der sker i sygehusenes akutmodtagelser. Arbejdsgruppen vedr. akutmodtagelser har beskæftiget sig med den indsats, der sker – og fremover skal ske - i akutmodtagelserne på hovedfunktionsniveau på hospitalerne i Regions Midtjylland. Dvs. at beskrivelsen af traumecenterfunktionen ikke er med i denne rapport (ligger i planen for Det Nye Universitetshospital i Århus).

1.2. Arbejdsgruppens medlemmer

Afdelingschef Lars Dahl Pedersen, Sundhedsplanlægning (formand)
Kontorchef Rikke Skou Jensen, Hospitalsplanlægning, Sundhedsplanlægning
Overlæge Leif Bach, udpeget af anæstesiologisk specialeråd
Overlæge Gerhardt Teichert, ortopædkirurgisk specialeråd
Overlæge Jørn Nielsen, kirurgisk specialeråd
Overlæge, dr.med Kristian Emmertsen, kardiologisk specialeråd
Overlæge Ulrich Fredberg, intern medicin
Overlæge Niels Biskjær, specialerådet for diagnostisk radiologi
Centerchef Claus Thomsen, Medicinsk Center, Århus Sygehus
Cheflæge Morten Noreng, Regionshospitalet Randers og Grenaa
Cheflæge Steen Friberg, Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder
Cheflæge Per Østergaard Jensen, Hospitalsenhed Vest
Chefsygeplejerske Vibeke Krøll, Århus Universitetshospital, Skejby
Sygehuschef Jens Anton Dalgaard, Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup
Kontorchef Morten Helleberg Christiansen, Præhospitalskontoret, Sundhedsplanlægning
Fuldmægtig Susanne Nyholm Andersen, Hospitalsplanlægning, Sundhedsplanlægning (sekretariat)

1.3. Arbejdsgruppens kommissorium

Arbejdsgruppen skal:

- Kortlægge den *nuværende* akutmodtagelses-funktion (inkl. skadestue-funktion) i Region Midtjylland – herunder
 - Antal og beliggenhed
 - Aktivitet (antal, optageområder)
 - Organisering, bemanning
 - Visitationsretningslinier
- Med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger - samt under hensyntagen til sondringen mellem selekterede og uselekterede akutte patienter, udarbejde *forslag til*
 - model(ler) for organisering af akut modtagelser i RM - herunder antal og optageområder
 - fremtidige visitationsretningslinier for henholdsvis selekterede og uselekterede akutte patienter (hvilke patienter skal visiteres hvorhen?)
 - fra almen praksis
 - fra præhospitals-området
 - fra skadestuer/skadeklinikker

- krav til akutmodtagelserne vedrørende
 - aktivitet
 - bemanding
 - diagnostiske faciliteter (scannere m.v.)
 - faglig profil
 - specialdækning i tilknytning til akutmodtagelsen
- Beskrive hvilke implikationer forslaget til den fremtidige akutmodtagelsesfunktion vil få for de forskellige lægelige specialer.
- Overveje fordele og ulemper ved en samling af akutmodtagelsesfunktionerne internt på det enkelte sygehus

Rapporten vil være bygget op således, at der først er et afsnit, hvori den nuværende akutmodtagelses-funktion (inkl. skadestuefunktionen) kortlægges. Dernæst vil der blive opstillet modeller for organisering af akutmodtagelser i Region Midtjylland – herunder opstillet forslag til fremtidige visitationsretningslinier for henholdsvis selekterede og uselekterede

2. Kortlægning af den nuværende akutmodtagelsesfunktion i Region Midtjylland

Pr. 1. januar 2007 er der følgende akutmodtagende hospitaler i Region Midtjylland.

- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus
- Århus Universitetshospital, Skejby
- Regionshospitalet Viborg
- Regionshospitalet Skive
- Regionshospitalet Randers
- Regionshospitalet Silkeborg
- Regionshospitalet Horsens
- Regionshospitalet Herning
- Regionshospitalet Holstebro
- Regionshospitalet Ringkøbing

Nedenfor følger en beskrivelse af de enkelte hospitalers akutmodtagelser.

Skema vedr. antallet af senge på hospitalsmatriklerne kan ses som **bilag 1**

Skema vedr. diagnostiske faciliteter på hospitalsmatriklerne kan ses som **bilag 2**

Hospitalsenheden Randers

Regionshospitalerne i Randers og Grenaa er en samlet hospitalsenhed med fælles ledelse for alle matrikler.

Der er i alt 384 sengepladser, fordelt med 364 ved Regionshospitalet Randers og 20 ved Regionshospitalet Grenaa.

Der er kun akutte indlæggelser på Regionshospitalet i Randers.

Den akutte modtagefunktion

På Regionshospitalet Randers, er der etableret akutte modtageafsnit i tilknytning til Medicinsk afdeling M1 fælles for afdeling M1 og M2, Organkirurgisk afdeling og Børneafdelingen. Modtageafsnittene er fysisk placeret på forskellige etager, og har derfor ikke nogen fælles udrednings- og behandlingsfaciliteter. Det medicinske modtageafsnit betjener hele det medicinske speciale, dog eksklusiv det kardiologiske område, hvor patienterne henvender sig direkte på et kardiologisk sengeafsnit.

Akutte patienter til Gynækologisk afdeling og Ortopædkirurgisk afdeling ankommer typisk via skadestuen eller henvender sig direkte på sengeafsnittene for de respektive specialer.

Ved Regionshospitalet Randers er der ca. 2.200 fødsler pr. år. De fødende indlægges direkte på Fødeafdelingen.

Modtageafsnittene på Organkirurgisk afdeling og Børneafdelingen betjener de respektive specialer fuldt ud.

Der indlægges ikke akutte patienter på Regionshospitalet Grenaa – og der er således ikke etableret særskilte akutte modtageafsnit i Grenaa. Dog kan man, hvis der ankommer en svært syg patient, tilkalde lægebilen, der opererer på Djursland 24 timer i døgnet, og som således kan tilvejebringe både speciallæger i anæstesiologi og en veluddannet Falck-redder.

Skadestuen

Ved Regionshospitalet Randers er skadestuen organiseret som en del af den ortopædkirurgiske afdeling. Skadestuen modtager patienter visiterede fra skadestuevisitationen, selvhenvendere, alle 112 kald, meget dårlige medicinske og abdominalkirurgiske patienter samt dårlige børn.

Skadestuen er døgnåben alle årets dage.

Skadestuen er døgnbemandet med specialuddannede sygeplejersker og læger med forskellig anciennitet fra den ortopædkirurgiske afdeling. Skadestuen har mulighed for at trække alle hospitalets lægelige specialer ind, hvis der er behov for dette. Specielt er anæstesiaafdelingen meget arbejdende i skadestueområdet i forbindelse med akut syge, men endvidere kan også intern medicinske, kardiologiske, gynækologiske, pædiatriske og urologiske speciallæger/læger tilkaldes 24 timer i døgnet.

Diagnostiske faciliteter indbefatter alle mulighed for diagnostik inklusive CT-scanning, en 64 slides scanner, som er placeret i selve skadestueområdet. Der er mulighed for akut indlæggelse på intensiv afdeling, overvågningsafdeling, behandling på operationsafdeling, endoskopibehandling, kliniske biokemiske undersøgelser, ultralydsundersøgelser af forskellige organsystemer inklusive ekkokardiografi.

Der er ikke et formaliseret samarbejde med lægevagten, som dog ligger væg til væg med skadestuen. Uformelt har lægevagten mulighed for både at få taget EKG og blodprøver og selvfølgelig for en dialog med personalet i skadestuen, dersom dette skulle være nødvendigt.

Skadestuen modtog i 2006 174 traumekald med 233 tilskadekomne.

Skadeklinikken på Regionshospitalet Grenaa

Klinikken er åben 24 timer i døgnet og betjenes af specialuddannede behandlersygeplejersker, som også er specialuddannet til at kunne tage røntgenoptagelse af thorax og knogler i vagttiden, dog ikke af børn under 15 år. Den lægelige back-up er fastansatte afdelingslæger, som er uddannet i almen medicin, og på konsulentbasis læger fra ortopædkirurgisk afdeling, Regionshospitalet Randers. De diagnostiske faciliteter indbefatter røntgenundersøgelser, blodprøver og hjertekardiogram.

Lægevagten på Djursland benytter lokaliteter i skadeklinikområdet, hvis der er behov for dette.

Vedrørende anden lægelig back-up kan skadefunktionen ved Regionshospitalet Grenaa trække på de lægelige specialer, der findes på Regionshospitalet Randers og som ovenfor beskrevet lægebilen.

Der er ingen traumeopkald til skadeklinikken i Grenaa.

Hospitalsenheden Horsens

Regionshospitalet i Horsens og Brædstrup er en samlet hospitalsenhed med fælles ledelse for alle matrikler. Siden 1. januar 2007 er Regionshospitalet Odder også tilknyttet Hospitalsenhed Horsens.

Der er i alt 279 sengepladser, fordelt med 206 ved Regionshospitalet Horsens, 61 ved Regionshospitalet Brædstrup og 12 ved Regionshospitalet Odder.

Der er kun akutte indlæggelser på Regionshospitalet i Horsens.

Den akutte modtagefunktion

Patienter til lægevagten og alle akutte patienter til Regionshospitalet Horsens ankommer via ambulancerampen. Modtagelse af de akutte patienter foregår herfter i følgende områder:

- Den fælles modtagefunktion (GVA) modtager almene medicinske patienter og organkirurgiske patienter.
- Skadestuen modtager ortopædkirurgiske patienter og cirkulatorisk truede patienter.
- Kardiologisk sengeafsnit modtager hjertepatienter.
- Organkirurgisk sengeafsnit modtager organkirurgiske børn og patienter med åbne indlæggelser.
- Medicinsk sengeafsnit modtager apopleksipatienter og patienter med åbne indlæggelser.
- Gynækologisk sengeafsnit modtager gynækologiske patienter.

Den fælles modtagefunktion (GVA), lægevagten og skadestuen ligger fysisk samlet og det er her den akutte patient modtages. Området ligger i umiddelbar forbindelse med den centrale operationsgang, intensiv, røntgenafdelingen og kardiologisk afdeling. Den fælles modtagefunktion (GVA) råder over 21 pladser - heraf 3 ligge-/hvilestole til patienter som ikke har gavn af at ligge i en seng.

Den fælles modtagefunktion (GVA) har fast, dedikeret speciallægedækning alle hverdage: 2 læger fra kl. 08-16 og 1 læge fra kl. 16-20. Der er 5 fasttilknyttede speciallæger som friholdes af det 3-lagede vagthold. Speciallægerne i den fælles modtagefunktion (GVA) varetager akutforløbene, hvilket består i hurtige gennemgange og udredninger med diverse parakliniske undersøgelser.

Plejepersonalet er specialuddannede i forhold til opgaverne i den akutte modtagefunktion.

Den fælles modtagefunktion (GVA) er organiseret under medicinsk afdeling og har egen afsnitsledelse med afdelingssygeplejerske, souschef og lægelig leder.

Skadestuen

Skadestuen er en "åben skadestue" – dvs. der kræves ikke visitation for at blive behandlet i skadestuen. Den modtager alle former for traumer, ortopædkirurgiske patienter og alle patienter som enten er respiratorisk- eller kredsløbsustabile, bevidstløse eller kontaminerede.

Skadestuen råder over 2 fuldt udstyrede traumestuer, 1 stue til almindelige skader, 1 gipstue og 2 indlæggelsesstuer.

Skadestuen er bemanded 24 timer i døgnet med specialuddannede behandlersygeplejersker, som også løbende uddannes i traumemodtagelse.

Af diagnostiske faciliteter forefindes røntgen (inklusive ct-skanning og mr-skanning) samt laboratorium og blodbank hele døgnet.

Skadestuesygeplejerskerne varetager visitationen af ikke-visiterede patienter til enten egen læge/vagtlæge, skadestuen eller den fælles modtagefunktion (GVA), således at patienterne visiteres direkte til det mest hensigtsmæssige behandlingssted med det samme.

Skadestuen er organiseret under ortopædkirurgisk afdeling og ledes af en afdelingssygeplejerske.

Der er ikke noget decideret samarbejde med lægevagten.

I 2006 var der 120 traumekald til skadestuen.

Hospitalsenheden Viborg

Regionshospitalet i Viborg, Skive og Kjellerup har siden 2003 været en samlet hospitalsenhed med fælles ledelse for alle matrikler.

Der er i alt 570 sengepladser, fordelt med 444 ved Regionshospitalet Viborg og 126 ved Regionshospitalet Skive.

Ved Regionshospitalet Kjellerup er der dagkirurgisk aktivitet ved 5 OP-stuer samt billeddiagnostik. I Kjellerup modtages ikke akutte patienter.

Der modtages således akutte patienter på såvel Regionshospitalet Viborg og Regionshospitalet Skive.

Regionshospitalet Viborg

Den akutte modtagefunktion.

Ved Regionshospitalet Viborg er der en døgnåben akutmodtagelse/skadestue med traumemodtagelse. Funktionen er fysisk placeret sammen med lægevagten og har et tæt samarbejde med denne og med det præhospitale niveau.

Inden for de senere år er der på følgende afdelinger oprettet særlige modtageafsnit:

- Akut modtageafsnit for intern medicinske patienter
- Akut modtageafsnit for kardiologiske patienter
- Akut modtageafsnit for ortopædkirurgiske patienter
- Akut modtageafsnit for kirurgiske patienter
- Akut modtageafsnit for medicinske børn.

Hospitalet modtager kritisk syge patienter, omfattende patienter med livstruende medicinske eller kirurgiske sygdomme, herunder traumepatienter, som er indlagt efter trafikuheld eller andre ulykker, og disse behandles oftest i intensivafdelingens terapiafsnit med 12 senge, hvor der kan ydes alle aspekter af intensiv behandlingsterapi, herunder fuld kredsløbsmonitorering, respiratorbehandling og hæmodialyse.

Kritisk syge hjertepatienter modtages direkte i hjertemedicinsk afd.

Ortopædkirurgiske og kirurgiske patienter uden klar diagnose modtages i skade/modtagelsen, hvor patienten indskrives og visiteres. Ved behov for indlæggelse, overføres patienten til det relevante akutte modtageafsnit eller afdeling, hvor den videre diagnosticering finder sted og hvor der evt. rekvireres tilsyn fra andre afdelinger og specialer.

De medicinske patienter uden klar diagnose indlægges direkte i det medicinske modtageafsnit i max. 1 - 2 døgn med henblik på hurtig diagnosticering og udarbejdelse af behandlingsplan, evt. på baggrund af tilsyn fra andre afdelinger. Herefter udskrives patienterne eller indlægges på det relevante sengeafsnit.

De medicinske børn modtages tilsvarende på et akut modtageafsnit i børneafdelingen, mens **de kirurgiske børn** modtages i skade/modtagelsen, hvor de tilses af kirurgisk læge, og efter evt. operation bliver indlagt i børneafdelingen.

Patienter med en klar diagnose indlægges direkte i den relevante sengeafdeling. Dette gælder f.eks. visse neurologiske patienter, hjertepatienter, kræftpatienter og patienter i dialyse. Disse patienter er i forvejen kendt i den pågældende afdeling.

Ved Regionshospitalet Viborg er der ca. 2.000 fødsler om året. De fødende indlægges direkte i fødeafdelingen.

Børneafdelingens neonatalfunktion modtager akut syge nyfødte fra omkringliggende hospitaler.

Skadestuen

Skadestuen er placeret sammen med modtagelsen og lægevagten og fungerer for ortopædkirurgiske organkirurgiske og medicinske patienter.

Ledelsesmæssigt er skadestuen organiseret under Ortopædkirurgisk afdeling.

Der er i skadestuen et rum (skadestue) med 3 undersøgelseslejer til rådighed (der arbejdes på at udvide til 4-5 lejer). Der er desuden et fuldt udstyret traumemodtagerum og 1 rum der kan anvendes som traumerum nr. 2. Ligeledes er det et rum til modtagelse af medicinske kritisk syge patienter. Derudover er der undersøgelsesrum til rådighed til modtagelse af de øvrige akutte patienter.

Der er i dag- og aftentiden 2 sygeplejersker til rådighed på skadestuen og om natten er der 1 til rådighed.

Der er en koordinerende sygeplejerske på tværs af skadestuen og akut modtagelsen, der kan trækkes på i tilfælde af f.eks. traumekald, stor belastning etc.

Lægevagten er placeret på gangen, hvor undersøgelsesstuerne til akut modtagelse af patienter er. Lægevagtens patienter venter i samme venteværelse som patienter til skadestuen og akut indlæggelse. Lægevagten får assistance fra lægesekretærer fra Centralsekretariatet til at registrere patienterne til lægevagten, når de ankommer til venteværelset. Derudover får lægevagten hjælp til opfyldning, og oprydning/rengøring af lægevagtens undersøgelsesrum og kontor/vagtrum. Der er ikke tilknyttet hjælp fra sygeplejerske.

Den koordinerende sygeplejerske vejleder patienter, der møder i skadestuen, til stede at blive omvisiteret til vagtlægen, når patientens tilstand findes relevant.

Ved Regionshospitalet Viborg er der ca. 280 traumekald årligt.

Regionshospitalet Skive

Den akutte modtagefunktion

Ved Regionshospitalet Skive er der akutte medicinske indlæggelser og de akutte patienter modtages i et akut medicinsk modtageafsnit.

Mindre kirurgiske skader varetages i den sygeplejerskeledede skadeklinik. Skadeklinikken er i dagtid på hverdage en del af hospitalet, mens den kl. 17-23 og i weekender/helligdage fungerer med lægedækning fra lægevagten. I skadeklinikken var der i 2006 6.278 besøg, hvoraf 1.435 var besøg i dagtid på hverdage.

Skadeklinikken

Fra 1.1.2004 er sket en gradvis ændring på Regionshospitalet Skive således, at der nu er en skadeklinik, der ledelsesmæssigt hører under medicinsk afdelingsledelse. Der modtages kun visiterede patienter på hverdage i dagtid.

Resten af tiden varetages funktionen i lægevagtsregi med assistance fra sygeplejersker. Siden 1.1.2004 har Falck haft besked om, at tilskadekomne skal køres direkte til Viborg og ikke til Skive.

Skadeklinikken er døgnåben, men klinikkens funktion er forskellig på hverdage i dagtid og resten af tiden. På hverdage i dagtid er der sygeplejebemandet skadeklinik, hvor personalet behandler småskader og tilretter gipse og skifter forbindinger. Resten af tiden dækkes af lægevagten, der har lokaler i samme område på hospitalet.

Skadeklinikken er bemandet med skadestueuddannede sygeplejersker, der samtidig varetager funktioner i hospitalets medicinske modtageafsnit. Der er kun uden for dagtid på hverdage og i weekenden læger tilknyttet i form af lægevagts læger. Der er desuden sekretærer.

Røntgenafdelingen i Skive kan benyttes døgnet rundt og der er elektronisk adgang til billederne i Viborg, hvor vurdering kan ske ved behov. Der er adgang til laboratorieundersøgelser døgnet rundt.

Sygeplejerskerne har på hverdage i dagtid adgang til telefonisk kontakt til lægerne på skadestuen i Viborg, samt undtagelsesvis til at konferere med de medicinske læger på selve hospitalet om relevante emner. Resten af tiden kan lægevagten konferere med skadestuen i Viborg, hvor der også er elektronisk adgang til røntgebilleder taget i Skive.

Hospitalsenheden Vest

Hospitalsenheden Vest består af fem matrikler, som organisatorisk og ledelsesmæssigt fungerer som ét hospital.

Der er i alt 655 normerede senge, fordelt med 270 senge på Regionshospitalet Herning, 293 senge på Regionshospitalet Holstebro, 32 senge på Regionshospitalet Lemvig, 46 senge på Regionshospitalet Ringkøbing og 14 senge på Regionshospitalet Tarm.

Der er akutmodtagelse ved tre matrikler (regionshospitalet Herning, Holstebro og Ringkøbing).

Regionshospitalet Herning

Den akutte modtagefunktion

Regionshospitalet Herning modtager akutte patienter indenfor følgende specialer:

- Kirurgi
- Ortopædkirurgi

- Intern medicin og fungerer herunder som specialafdeling for
 - Kardiologi
 - Endokrinologi
 - Gastroenterologi
 - Infektionsmedicin
- Gynækologi og obstetrik
- Pædiatri
- Onkologi

Der er ved hospitalet fælles modtagelse integreret med døgnåben lægevisiteret skadestue.

Der er medicinsk modtage- og visitationsafsnit (MVA) (20 senge) på Medicinsk Afdeling i umiddelbar forlængelse af Kardiologisk Afsnit.

Medicinske patienter til indlæggelse går direkte til MVA. Kardiologiske patienter direkte til det kardiologiske afsnit. Børn, onkologiske patienter, terminale patienter og fødende går direkte til de respektive afsnit. Øvrige patienter går gennem den fælles modtagefunktion.

Skadestuen

Skadestuefunktionen er knyttet til akutmodtagelsen. Skadestuen er lægevisiteret med døgnfunktion året rundt.

Skadestuen er bemannet med sygeplejersker med funktion både i akutmodtagelsen og i skadestuen.

Skadestuen er organiseret under Ortopædkirurgisk Afdeling. Der er anæstesiologisk speciallægebemandet service incl. intensivfunktion.

Der er radiologisk funktion i umiddelbar nærhed af modtage-/skadestueområder med døgnåben CT. Der er diagnostiske faciliteter svarende til et level 3 traume-center inkl. adgang til traume CT-skanning og MR-skanning.

Der er lægevagt i umiddelbar nærhed af skadestuen og der ydes fra akut modtagelsen sygeplejeassistance til lægevagten i fornødent omfang, dog således at funktionen i akut modtagelsen/skadestuen har første prioritet.

Der er traumemodtagelse ved hospitalet. Skønsmæssigt haves der ca. 150-180 traumekald om året.

Regionshospitalet Holstebro

Den akutte modtagefunktion

Regionshospitalet Holstebro modtager akutte patienter inden for følgende specialer:

- Kirurgi
- Urologi
- Ortopædkirurgi

- Intern medicin og fungerer herunder som specialafdeling for:
 - Lungemedicin
 - Hæmatologi
 - Nefrologi incl. dialyse
 - Reumatologi
- Ophthalmologi (øjnområdet)
- Oto-Rhino-Laryngologi (øre-næse-halsområdet)
- Neurologi
- Normale fødsler

Der er ved hospitalet fælles modtagefunktion og døgnåben lægevisiteret skadestue.

Der er medicinsk modtage- og visitationsafsnit (MVA) (20 senge).

Medicinske patienter går direkte til MVA. Patienterne til Neurologisk Afdeling, Øjenafdelingen, Øre-Næse-Halsafdelingen går direkte til de respektive afdelinger. De øvrige patienter modtages i det fælles modtageafsnit.

Der modtages kun børn til akut behandling på øjenafdelingen og øre-næse-halsafdelingen. Skal børnene være indlagte mere end 1 døgn overføres de til Børneafdelingen på Regionshospitalet Herning. Alle øvrige børnepatienter modtages på Regionshospitalet Herning.

Der visiteres alene forventede normale og ukomplicerede fødsler til Regionshospitalet Holstebro (ca. 1.200 årligt). Der er sectioberedskab i tilstedeværelsesvagt.

Skadestuen

Skadestuefunktionen er knyttet til akutmodtagelsen. Skadestuen er lægevisiteret med døgnfunktion året rundt.

Skadestuen er bemandedet med sygeplejersker med funktion både i akutmodtagelsen og i skadestuen.

Skadestuen er organiseret under Ortopædkirurgisk Afdeling. Der er anæstesiologisk speciallægebemandet service incl. intensivfunktion.

Der er radiologisk funktion i umiddelbar nærhed af modtage-/skadestueområder med døgnåben CT. Der er diagnostiske faciliteter svarende til et level 3 traumecenter inkl. adgang til traume CT-skanning og MR-skanning.

Der er lægevagt i umiddelbar nærhed af skadestuen og der ydes fra akut modtagelsen sygeplejeassistance til lægevagten i fornødent omfang, dog således at funktionen i akut modtagelsen/skadestuen har første prioritet.

Der er traumemodtagelse ved hospitalet. Skønsmæssigt haves der ca. 100-120 traumekald om året.

Regionshospitalet Ringkøbing

Den akutte modtagefunktion

Regionshospitalet Ringkøbing modtager akutte patienter inden for følgende specialer:

- Ortopædkirurgi
 - Alene udvalgte mindre traumer i dagtiden på hverdage. Alle øvrige patienter visiteres direkte til de to øvrige akutmodtagende hospitaler.
- Intern medicin
 - Bred patientklientel. Alvorligt syge patienter visiteres direkte til de øvrige akutmodtagende hospitaler. Der modtages ikke apopleksipatienter eller gastrointestinale patienter med manifest eller truende blødning.

Der modtages ikke børn til indlæggelse.

Skadestuen

Skadestuen er ad hoc bemandet med sygeplejerspersonale fra operationsgangen og lægebetjenes af turnuskandidat samt back up af ortopædkirurgisk speciallæge på stedet.

Skadestuen er organiseret under Ortopædkirurgisk Afdeling og er lægevisiteret.

Skadestuen er åben i dagtiden på hverdage.

Der er diagnostiske faciliteter fra røntgenafdelingen og laboratoriet (ingen af delene er lægebemandet og der er mulighed for tilkald af anæstesipersonale inkl. speciallæge og medicinsk speciallæge).

Der er lægevagt i umiddelbar nærhed af skadestuen.

Generelt

Kirurgi er på tværs af matriklerne organiseret i én afdeling med central visitation. Det samme gælder for ortopædkirurgi. Intern medicin er organiseret i to afdelinger. Der vil i nær fremtid ske en fusion af disse to afdelinger.

Hospitalsenheden Silkeborg

Hospitalsenheden Silkeborg består af Regionshospitalet Silkeborg, Regionshospitalet Hammel Neurocenter og Regionshospitalet Skanderborg Sundhedscenter.

Der er i alt 353 sengepladser, fordelt med 253 ved Regionshospitalet Silkeborg og 100 ved Regionshospitalet Hammel.

Der modtages kun akutte patienter på Regionshospitalet Silkeborg.

Den akutte modtagefunktion

Regionshospitalet Silkeborg har i dag en fysisk sammehængende akutmodtagenhed for skadestuepatienter og for akutte medicinske patienter, der benævnes skadestue/modtagelsen (SM).

Modtagelsen er indrettet med fire stuer, hvor der tages imod patienter til behandling af akutte medicinske-, kirurgiske- og gynækologiske tilstande. Her modtages der også patienter via alarm 112 og selvhenvendere fra medicinsk afdeling. Medicinske patienter, der er lægehenvist, modtages direkte på Akut Medicinsk Afdeling (AMA).

Skadestuen/modtagelsen er organisatorisk forankret under Ortopædkirurgisk Afdeling (KO). Skadestue-modtagelsen ledes af en afdelingssygeplejerske. Afdelingssygeplejersken har ansvaret for den daglige driftsledelse i Skadestue/modtagelsen, samt kontaktfunktionen til medicinsk, kirurgisk, gynækologisk/obstetriske, ortopædkirurgisk, radiologisk, klinisk biokemisk og psykiatrisk afdeling. Ligeledes har afdelingssygeplejersken ansvaret for vagtholdet, som omfatter serviceassistenterne i aften- nattetimerne samt i weekenden og på helligdage.

Fra januar 2006 er der indført en koordinerende sygeplejerske i SM. Opgaven for den koordinerende sygeplejerske er internt at visitere samtlige patienter efter faste retningslinier, når de ankommer til SM samt sikre påbegyndelse af rette behandling straks efter ankomst.

SM bemannes døgnets 24 timer af erfarne behandlingssygeplejersker.

I forbindelse med skadestue-modtagelsen er der tilknyttet et skadestueambulatorium, hvor der følges op på patienter, der har haft et skadestuebesøg og har behov for kontrol. Skadestueambulatoriet er bemandede af en behandlersygeplejerske og læge. Skadestueambulatoriet har åbent i dagtimerne og har cirka 15-20 besøg dagligt.

Skadestuen

Skadestuen er indrettet med tre stuer til behandling af akutte skader opstået inden for de sidste 24 timer. Yderligere forekommer også patienter med skader, som er mere end 24 timer gamle, disse er henvist fra egen praktiserende læge, typisk i forbindelse med ønsket om en billeddiagnostisk undersøgelse.

Skadestue-modtagelsen er en sygeplejevisiteret skadestue, der modtager en bred vifte af uselekterede akutte patienter til medicinsk, kirurgisk, gynækologisk, ortopædkirurgisk og psykiatrisk afdeling.

Skadestue-modtagelsen har et tæt samarbejde med Regionshospitalet Silkeborgs billeddiagnostiske afdeling. Geografisk er den billeddiagnostiske afdeling placeret i nærliggende lokaler.

Samlet set er der følgende diagnostiske muligheder i tilknytning til SM på Regionshospitalet Silkeborg:

- Skaderøntgen
- CT-traumescanning hele døgnet
- Tilkaldelse af kardiologisk speciallæge
- Udførelse akut Ekkokardiografi (EKKO)
- Tilkaldelse af anæstesiologisk speciallæge
- Monitorering af patienter (puls, blodtryk og saturation)
- Ultralydsscanning
- Udførelse af almindelig anvendte blodprøver

Skadestue-modtagelsen har et tæt samarbejde med lægevagten. Geografisk har lægevagten lokaler i nærheden af skadestue-modtagelsen, hvilket muliggør et gunstigt samarbejde især, hvis der er lange ventetider for patienterne.

Der estimeres årligt at være ca. 100 traumekald på SM på Regionshospitalet Silkeborg.

3. Begreber i akutmodtagelses-planlægning

Da der anvendes mange begreber i forbindelse med beskrivelsen modtagelse af akutte patienter på hospitalerne vil dette afsnit kort opridsse meningen med de begreber, der vil blive anvendt.

Henvisning

Ifølge Sundhedsstyrelsen defineres en henvisning som en "anmodning fra en henvisningsinstans til en sygehusafdeling om at modtage en patient". (Sundhedsstyrelsen, Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter, 2005)

Visitation

Med visitation menes en "sundhedsfaglig vurdering af en patients behov for sundhedsaktiviteter og prioritering heraf på baggrund af en henvisning eller en patientkontakt". (Sundhedsstyrelsen, Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter, 2005)

Akut patient

Begrebet "akut patient" anvendes forskelligt i forskellige sammenhænge. I registreringsøjemed bruges begrebet akut indlæggelse om en "indlæggelse, der har fundet sted uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner" (Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter, 2005)

Tages der i stedet for udgangspunkt i patientens tilstand (og ikke i hospitalets planlægning af aktiviteten) kan en akut patient defineres som "*en person udsat for ulykke eller pludselig opstået sygdom, og som kræver umiddelbar diagnostik og/eller behandling*". Denne begrebsdefinition svarer til Sundhedsstyrelsens definition af akutte patientforløb i f.eks. rapporten "Vurdering af den akut medicinske indsats i Danmark fra 2005". (Definitionen burde evt. også indholde noget med "*akut forværring i eksisterende sygdomstilstand*")

Skadestue

Ifølge Sundhedsstyrelsen defineres en skadestue, som "*et akut behandlingsafsnit beliggende på amtets sygehus bemandet med læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonel. Personalet er trænet i behandling af akutte medicinske og kirurgiske patienter og kan ved behov gøre brug af andre specialister fra sygehuset eller overføre patienten til videre behandling på højt specialiseret sygehusafsnit*" (Vurdering af den akutte medicinske indsats, 2005).

Organisatorisk har skadestuerne traditionelt været placeret i ortopædkirurgisk regi.

I Sundhedsstyrelsens rapport "Gennemgang af akutberedskabet" forudsættes skadestuerne at være en del af den fælles lokalitet, som udgør den fælles akutmodtagelse.

Der vil således ikke ifølge Sundhedsstyrelsen (fremover) kunne være skadestuer på hospitaler, der ikke har en akutmodtagelse. Der er derimod åbnet op for, at

der som følge af "færre akutmodtagelser og forskellig afstand til de akutte modtagelser kan overvejes, om der enkelte steder som et element i tilknytning til vagtlægeordningen eller sygehusvæsenet kan være behov for skadepoliklinikker..."

Fælles akutmodtagelse

Ved fælles akutmodtagelser forstås ifølge Sundhedsstyrelsen (Gennemgang af akutberedskabet, 2006) en "*fælles fysisk lokalitet på et sygehus beliggende på én matrikel, hvortil akut syge eller tilskadekomne patienter kan visiteres eller indbringes, og hvor der er mulighed for diagnostik og behandling med akut lægelig bistand fra flere specialer, uanset om behandlingen kan ske i en skadestue eller kræver indlæggelse. Akutmodtagelsen er bemanded med læger, sygeplejersker og andet personale*".

Definitionen i Sundhedsstyrelsens rapport "Gennemgang af akutberedskabet" er snævre end definitionen i rapporten fra 2005 (Vurdering af den akut medicinske indsats i Danmark 2005), hvor en fælles akutmodtagelse blev defineret som "*en selvstændig fysisk lokalitet på sygehuset, hvortil akut syge eller tilskadekomne patienter kan visiteres, indbringes og/eller henvende sig på eget initiativ, og hvor der er mulighed for akut lægelig bistand fra flere specialer*".

Dette indikerer bl.a. de ændrede krav til fælles akutmodtagelser, som hospitalerne står overfor efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger til akutberedskabet ved udgangen af 2006. Sundhedsstyrelsen har udover kravet om visitation til akutmodtagelsen samt mulighed for diagnostik og behandling tilføjet en række anbefalinger til, hvilke specialer, der skal være til stede på matrikler der har akutmodtagelser, samt hvilke specialer, der skal have speciallæger i tilstedeværelsesvagt.

Akut Modtage Afsnit (AMA)

Et akut modtageafsnit defineres af Sundhedsstyrelsen som "... et sengeafsnit til brug for akut indlagte patienter. *Patienter ligger almindeligvis under et døgn på et akut modtageafsnit og flyttes derfra et til et andet afsnit eller udskrives*". (Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2006, Sundhedsstyrelsen 2005).

Der bruges andre begreber synonymt med AMA, f.eks. MVA (medicinsk visitationsafsnit).

AMA'er blev oprindeligt oprettet indenfor det medicinske område, men er nu udbredt indenfor flere specialer.

Selekterede/uselekterede patienter

Uselekterede patienter, hvor patientens diagnose og/eller behandling ikke er afklaret. Patientens specialetilknytning på sygehuset er uafklaret.

Selekterede patienter, hvor patientens diagnose og/eller behandling er afklaret. Patientens specialetilknytning på sygehuset er afklaret ved henvisning.

4. Modeller for organisering af akutmodtagelse

Elementerne i akutmodtagelser kan forbindes på forskellige måder – og dette giver grundlag for forskellige modeller for organisering af akutmodtagelser.

Her vil 3 mulige modeller for akutmodtagelser blive opridset.

- 1) Klassisk sygehusmodtagelse
- 2) Distributionsmodellen
- 3) Diagnosticerings- og behandlingsmodellen

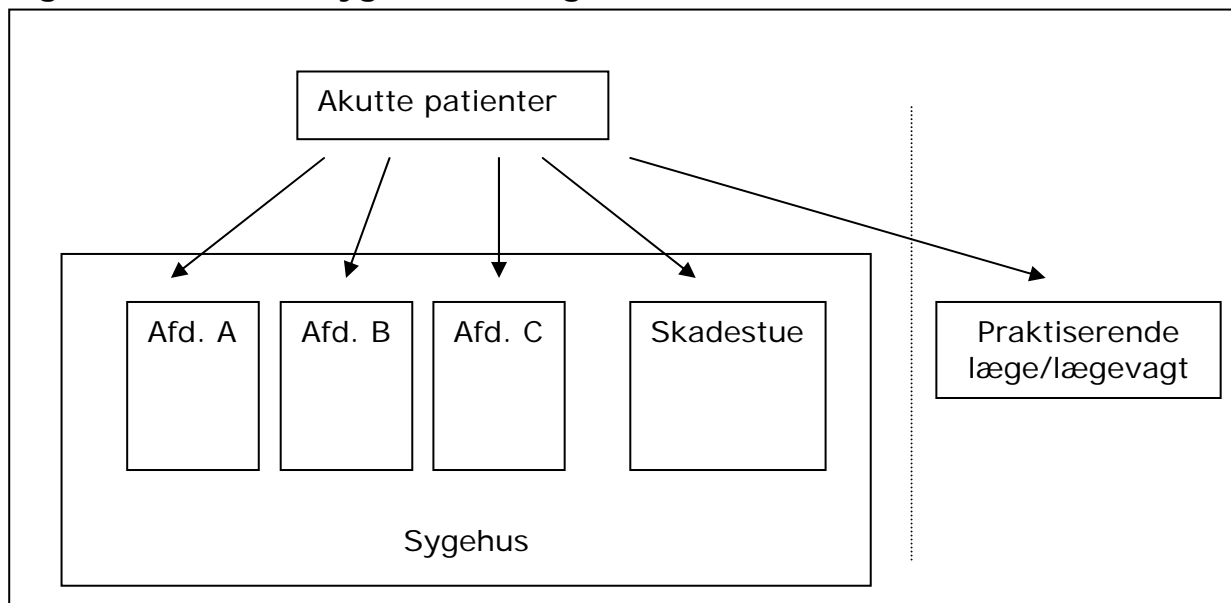
4.1. Klassisk sygehusmodtagelse

I en klassisk sygehusmodtagelse bliver de akut indlagte patienter modtaget i en ortopædkirurgisk skadestue eller direkte på de sengeafdelinger, som de ud fra det primære symptom før/under indlæggelsen er blevet vurderet til at hører til rent speciale-mæssigt.

Modellen kan geografisk illustreres som følger af figur 1.

Modellen viser overordnet, at akutte uselekterede patienter kan blive behandlet enten på sygehus eller af praktiserende læge/lægevagt.

Figur 1: Klassisk sygehusmodtagelse



Det vil være den visiterende læges/præhospitalle enheds diagnose, der er afgørende for, hvilken afdeling man indlægges på. Hvorvidt patienten indlægges på den rette sengeafdeling afhænger således i høj grad af den praktiserende læ-

ges/egen læges/den præhospitale enheds evne/mulighed for at stille diagnosen præhospitalt. Det beskrives i rapporten " Organisering af akutmodtagelse i det fremtidige universitetshospital i Århus, Århus Amt, 2006" at den praktiserende læges henvisningsdiagnose ofte og i tiltagende grad et godt visitationsgrundlag. I mange tilfælde er henvisningsgrundlaget ved akutmodtagelsen ikke udarbejdet af patientens egen læge, hvilket gør at det individuelle kendskab til patienten ikke er til stede som grundlag for rigtig diagnosticering.

I de tilfælde, hvor diagnosen ved indlæggelsen er rigtig og patienten dermed bliver indlagt direkte på den sengeafdeling, hvorfra man kan behandle sygdommen er denne model hensigtsmæssig.

I de tilfælde, hvor diagnosen fra den indlæggende læge ikke har været rigtig, eller hvor det primære symptom, som er hovedårsag til indlæggelsen dækker over andre sygdomme end først antaget, vil patienten (i hvert fald på større og specialiserede sygehuse) skulle flyttes fra en afdeling til en anden. Dette forlænger indlæggelses- og behandlingstiden, hvilket dels er til gene for patienten (måske også direkte medvirkende til forsinkelse/fravær af helbredelse) og desuden er det ikke en effektiv ressourceudnyttelse.

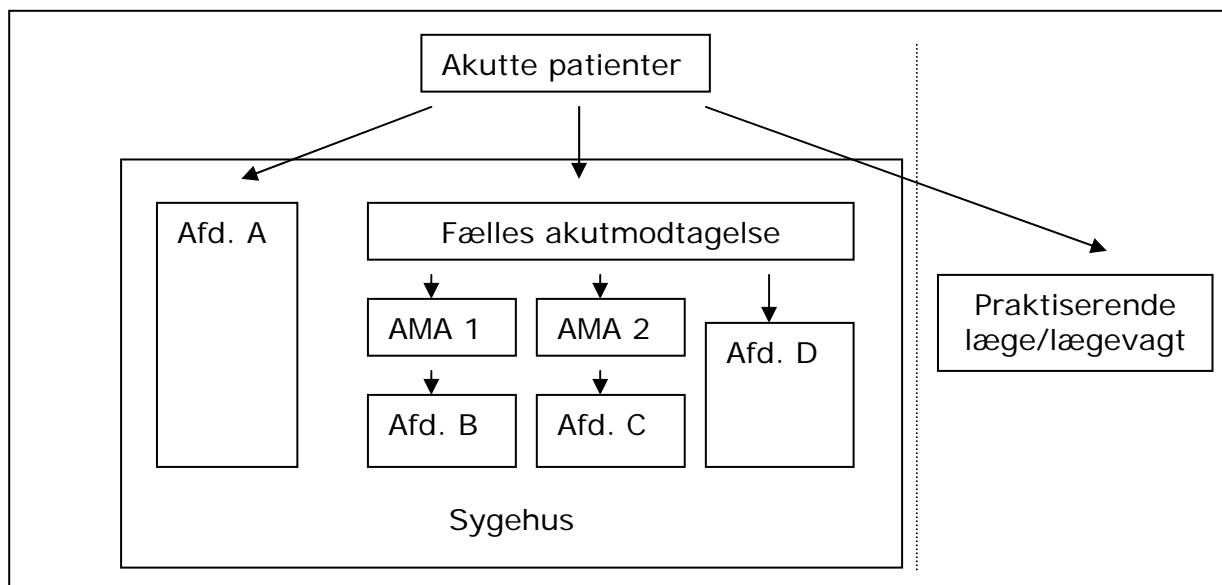
Modellen lever ikke op til Sundhedsstyrelsens definition af en fælles akutmodtagelse, bl.a. fordi akutmodtagelsen ikke er en fælles fysisk lokalitet på et sygehus beliggende på en matrikel.

4.2. Distributionsmodellen

I distributionsmodellen bliver de akut indlagte patienter modtaget i en fælles akutmodtagelse, hvor patienterne efter indledende vurdering, prioritering og stabilisering så hurtigt som muligt viderevisiteres til medicinske eller kirurgiske modtageafsnit og sengeafdelinger. Der kan evt. være tale om en fysisk spredning af funktionerne. Nogle patienter vil fortsat indlægges direkte på de sengeafdelinger, som de ud fra det primære symptom før/under indlæggelsen er blevet vurderet til at hører til rent speciale-mæssigt.

Modellen kan geografisk illustreres som følger af figur 2.

Figur 2: Distributionsmodellen



I en sådan model er der ikke en selvstændig skadestue, men derimod indgår skadestuen som en del af den fælles akutmodtagelse.

Den fælles akutmodtagelses primære opgave i "distributionsmodellen" vil være at varetage skadestuebehandling, samt foretage vurdering og prioritering af akutte patienter til indlæggelse. Patienterne modtages med givne symptomer og afhængig af skadens omfang igangsættes den nødvendige udredning og stabilisering. Tilkald fra de specialafdelinger, der har kompetencer i den relevante situation, vil ske. Personalet i modtagelsen afventer, at tilkaldte specialister sætter indsatsen i gang. Når patienten er stabiliseret tilstrækkeligt, overflyttes patienten til specialafsnit med henblik på videre behandling.

Der vil evt. skulle etableres en række målrettede akutmodtagelser i specialafdelingerne, som tilfældet er i dag på mange sygehuse – f.eks. akut hjertemedicinsk afsnit, kirurgisk visitationsafsnit og medicinske visitationsafsnit.

Bygningsmæssigt stiller modellen krav om, at ambulancer mm. hurtigt kan gå de enkelte akutindgange i specialafdelingerne.

Kravet til de diagnostiske faciliteter i den fælles akutmodtagelse vil være:

- Konventionelle røntgenfaciliteter
- CT-scanner
- Laboratoriefaciliteter til biokemisk filial

Fordele og ulemper ved modellen

Modellen kan ses som en fordel for patienten, idet der efter kortvarig indledende indgriben, for at stabilisere sygdommen, sker en direkte overflytning til en specialafdeling.

Der er dog forhold ved modellen som er uhensigtsmæssige

Det kortvarige ophold i akutmodtagelsen er i visse tilfælde ikke tilstrækkelig til at foretage en endelig udredning og afklaring af patienten. Der er derved risiko for, at patienten videresendes til en forkert specialafdeling og derefter skal overflyttes til en anden specialafdeling.

Der kan blive faglig fokus på de sjældne multitraumetilfælde i den fælles akutmodtagelse, fordi indsatsen i akutmodtagelsen er vigtig for disse patienter, mens de mere almindelige patientforløb ikke får samme opmærksomhed.

Kvaliteten i den akutte indsats på specialafdelingerne kan evt. dale, da erfaringer og kompetencer ikke haves. Hvis specialafdelingerne som patienterne overflyttes til ligger fysisk langt fra akutmodtagelsen kan dette få uheldige konsekvenser for patienter, hvis tilstand akut forværres eller får følgesygdomme eller tilstødende sygdomssymptomer med behov for akut behandling under indlæggelsen.

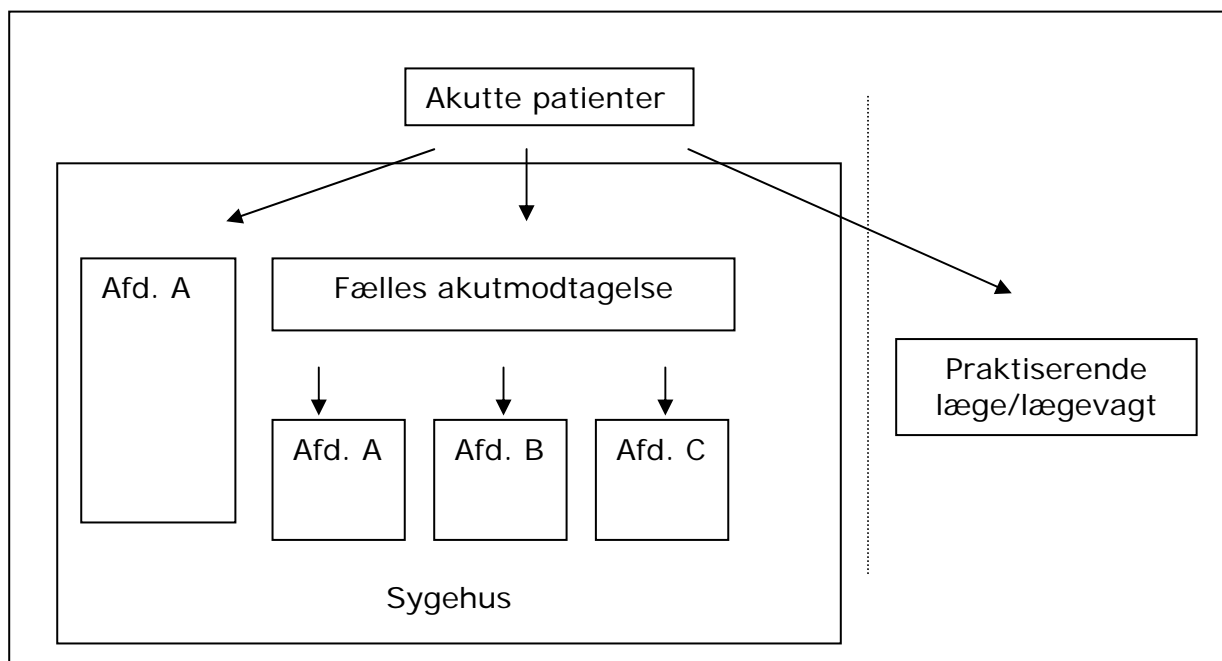
Endelig vil det forhold, at patienten vil være i en akut fase – også efter overflytningen til specialafdelingen – medføre, at der skal være speciallæger tilstede både i den fælles akutmodtagelse og i de specialiserede akutmodtagelser. Dette medfører et uhensigtsmæssigt behov for speciallæger, der i forvejen er for få af.

4.3. Diagnosticerings- og behandlingsmodellen

En tredje model for modtagelse af akutte patienter er diagnosticerings- og behandlingsmodellen. I denne model modtages de akutte patienter, der skal indlægges på sygehuset - i en fælles akutmodtagelse – eller for nogle afgrænsede patientgruppes vedkommende direkte på en specialafdeling. I den fælles akutmodtagelse, der også indeholder skadestuefunktion, vurderes, prioriteres, stabiliseres og diagnosticeres patienten – og indledende behandling, evt. færdigbehandling etableres i en række almindeligt forekommende akutte symptomer og sygdomstilstande.

I forhold til distributionsmodellen er diagnosticerings- og behandlingsmodellen for akutmodtagelsen mere omfattende, idet der skal påbegyndes behandling i akutmodtagelsen, hvilket i nogle tilfælde indebærer f.eks. operation.

Figur 3: Diagnosticerings- og behandlingsmodellen



De akutte modtageafsnit på specialafdelingerne er taget ud af disse. Den akutte fase i patientens indlæggelse forventes at være afsluttet, når patienten overflyttes til specialafdelingen.

Ligesom i distributionsmodellen vil der være patienter, der indlægges direkte på en specialafdeling. Det kan f.eks. være fødende, børn, patienter med åbne indlæggelser, patienter der overflyttes fra et andet sygehus eller indlægges fra et ambulatorium samt patienter der præhospitalt er visiteret via telemedicin eller ambulancelæge¹.

Den fælles akutmodtagelse vil kunne underopdeles i mindre specialiserede akutafsnit, f.eks. et medicinsk visitationsafsnit og et kirurgisk visitationsafsnit. De specialiserede akutafsnit vil dog ligge i nær forbindelse med hinanden, således at det faglige arbejdsfællesskab understøttes. Der skal i den fælles akutmodtagelse være det nødvendige udstyr til at modtage alle patientgrupper, herunder også hjertepatienter, som ikke indlægges direkte på specialafdelingen.

En del patienter vil kunne færdigbehandles i akutmodtagelsen, mens resten af patienterne går videre til indlæggelse i en specialafdeling efter den indledende afklarende vurdering og stabilisering af den akutte tilstand. I planen for akutmodtagelsen i Det Nye Universitetshospital beskrives i denne model, at færdigbehandlingen forventes at kunne ske indenfor 24 timer. Der vil dog være mulighed for – efter nærmere aftale – at udvalgte medicinske og kirurgiske patientgrupper kan være i Akutcentret i korttidssenge op til 2-3 døgn (Organisering af akutmodtagelse i det fremtidige universitetshospital i Århus, Århus Amt, 2006).

¹ I planen for akutmodtagelsen i Det Nye Universitetshospital er estimeret, at ca. 50% af de akutindlagte patienter vil blive indlagt i akutmodtagelsen, mens de øvrige 50% vil blive indlagt direkte i specialafdelingerne.

Bemandingen i den fælles akutmodtagelse i denne model består af såvel læger som sygeplejersker og skal have kompetencer til at forestå såvel diagnostik og behandling, så patienten ikke skal transporteres rundt til andre dele af sygehuset i den indledende fase af patientforløbet.

Der skal i modellen være diagnostiske faciliteter der understøtter den diagnostik og behandling der skal foregå, hvilket vil sige, at der skal være:

- Konventionelle røntgenfaciliteter
- Ultralyd
- CT-scanner
- Laboratoriefaciliteter vedr. biokemi og mikrobiologi

Der skal være **operationsfaciliteter** til de mere almindelige interventioner samt stuer til traumeoperationer samt faciliteter til gennemførelse af endoskopi i akutmodtagelsen.

Der vil være behov for et **intensivt afsnit** i akutmodtagelsen.

Fordele og ulemper ved modellen

Modellen lever op til Sundhedsstyrelsens nye definition af fælles akutmodtagelse ("*....fysisk lokalitet på et sygehus beliggende på én matrikel, hvortil akut syge eller tilskadekomne kan visiteres eller indbringes, og hvor der er mulighed for diagnostik og behandling med akut lægelig bistand fra flere specialer...*").

Modellen fremmer de faglige fællesskaber og sikrer en helhedsvurdering af patienten på tværs af specialerne i den akutte fase.

Der bliver skabt mere ro på specialafdelingerne, idet patienter her først modtages, når de er ovre den akutte fase og er stabiliserede. Dette giver højere kvalitet i observationen og plejen samt bedre overblik og mere tid til opgaverne på specialafdelingerne.

Modellen kræver en betydelig fysisk omstrukturering af de nuværende sygehuse.

Der kan i distributionsmodellen være ressourcemæssige gevinster, idet der måske ikke er samme behov for tilstedeværelsesvagt for speciallæger på de enkelte specialafdelinger i sygehuset. Den akutte fase, hvor behovet for speciallægetilstedeværelse forventes at være overstået, når patienten overflyttes til specialafdelingerne.

Der skal sikres en balance i tilstedeværelsen af specialister på specialafdelingerne og i den fælles akutmodtagelse, således at en koncentration af specialistkræfter i akutmodtagelsen ikke forringer den indsats der ydes i specialafdelingerne.

4.4. Sammenfattende betragtninger vedrørende akutmodtagelsesmodellerne

Modellerne for akutmodtagelser kan nuanceres mere end ovenstående gennemgang har vist. Modellerne kan kombineres på flere forskellige måder, afhængig af de fysiske, faglige og organisatoriske rammer. Der kan således være forskel på, hvilke patienter der modtages efter den ene model og hvilke patienter der modtages efter den anden – indenfor et enkelt sygehus.

Arbejdsgruppen vil komme med anbefalinger til den model for akutmodtagelse, der skal gælde for sygehusene i Region Midtjylland ud fra ovenstående modelramme. Der vil i det konkrete modelvalg for regionen være tale om en kombination af ovenstående modeller – ligesom der på det enkelte sygehus vil være variationer indenfor akutmodtagelsesmodellen i Region Midtjylland.

5. Model for fælles akutmodtagelse i Region Midtjylland

Arbejdsgruppen anbefaler overordnet, at der i Region Midtjylland etableres fælles akutmodtagelser på de hospitaler, der skal modtage akutte uselekterede patienter, og at de fælles akutmodtagelser (over tid) organiseres efter de principper, der kendetegner diagnosticerings- og behandlingsmodellen.

Da de fysiske forhold på regionens hospitaler ikke hidtil har været indrettet efter denne organisering af modtagelsen af akutte patienter, vil der over en årrække skulle ske omfattende ændringer på de hospitaler, der skal have akutmodtagelser.

Der vil derfor i en overgangsperiode være tale om at akutmodtagelsen af patienterne delvist foretages efter principperne i distribueringsmodellen. Denne organisering af akutmodtagelsen er allerede i dag udbredt på hospitalerne.

5.1. Anbefaling til organisering af fælles akutmodtagelser i Region Midtjylland

5.1.1. Overordnet organiserings model

Sundhedsstyrelsen opstiller følgende *definitoriske krav* til en fælles akutmodtagelse:

- en fælles fysisk lokalitet på et sygehus
- beliggende på én matrikel
- akut syge eller tilskadekomne patienter kan visiteres eller indbringes
- mulighed for diagnostik og behandling med akut lægelig bistand fra flere specialer
- omfatter både behandling, der kan ske i en skadestue eller kræve indlæggelse.
- er bemanded med læger, sygeplejersker og andet personale.

Arbejdsgruppen tilslutter sig denne overordnede definition af en fælles akutmodtagelse.

Arbejdsgruppen peger dermed på, at de akutmodtagende hospitaler i regionen skal samle deres akutmodtagelser på en matrikel og på en fælles fysisk lokalitet på hospitalet. Der skal i akutmodtagelserne være mulighed for både diagnostik af uafklarede patienter samt den indledende – og evt. færdiggørende - behandling.

I den fælles akutmodtagelse vil der evt. være baggrund for oprettelse af specialiserede akutafsnit.

Der vil ikke ske modtagelse af akutte, uselekterede patienter direkte på special/senge-afdelinger.

Som udgangspunkt vil der således være tale om en akutmodtagelsesmodel svarende til "diagnostiserings- og behandlingsmodellen".

Der er enstemmigt peget på i arbejdsgruppen, at diagnosticerings- og behandlingsmodellen vil sikre det bedst mulige samarbejde om den akutte patient på tværs af specialer. Modellen sikrer den bedst mulige kvalitet i undersøgelsen/diagnostikken samt den akutte behandling af den akutte patient. Desuden sikres, at patienten hurtigt bliver tilbudt den rette behandling og hurtigt kommer til den rette specialafdeling. U hensigtsmæssige overflytninger af patienten fra en specialafdeling til en anden, vil blive minimeret. Disse overflytninger sker relativt oftere, når patienten indlægges direkte på en specialafdeling udelukkende på baggrund af den præhospitale visitation/visitation fra egen læge/lægevagt. En fælles akutmodtagelse, der er organiseret efter diagnosticerings- og behandlingsmodellen vil dermed forventeligt have positiv effekt på effektiviteten i patientbehandlingen (gennemsnitlig kortere liggetid) samt fremme det sammenhængende patientforløb.

Arbejdsgruppen har drøftet om alle akutindlagte patienter skal indlægges i den fælles akutmodtagelse, eller om der for nogle patientgrupper skal kunne ske indlæggelse direkte på en specialafdeling. Arbejdsgruppen er enige om, at der vil være patientgrupper der IKKE skal indlægges først i den fælles akutmodtagelse. Denne patientgruppe vil være selekteret. En beskrivelse af denne patientgruppe fremgår af afsnit 5.3.

5.1.2. Ledelsesforhold

Helt overordnet afhænger ledelsesforholdet for den fælles akutmodtagelse af, hvilken model for organisering af den akutte modtagelse af patienter, der vælges.

Traditionelt har akutmodtagelsen på hospitalerne – i det omfang den har været centraliseret - været organiseret sammen med skadestuen og organisatorisk hørt under ortopædkirurgisk afdeling. Hvis man organiserer akutmodtagelsen efter diagnosticerings- og behandlingsmodellen vil der være tale om en bredere specialrepræsentation i den fælles akutmodtagelse – og det giver anledning til en drøftelse af, hvordan ledelsesforholdet i akutmodtagelsen skal være.

Det har været drøftet i arbejdsgruppen om de nye akutmodtagelser skal organiseres med selvstændig ledelse og om (alt) personalet, der indgår i den fælles akutmodtagelse skal referere til denne afdelingsledelse for akutmodtagelsen.

Da arbejdsgruppen forudsætter, at der i de fælles akutmodtagelser vil være et personale (eksempelvis sygeplejersker), som er ansat fast i den fælles akutmodtagelse, anbefaler arbejdsgruppen, at der oprettes **en selvstændig ledelse for akutmodtagelsen og med ledelsesansvar for dette personale.**

Arbejdsgruppen har drøftet, hvorvidt lægebemandingen i den fælles akutmodtagelse skal bestå af læger, der er ansat i akutmodtagelsen eller læger der er ansat på de specialafdelinger, som de rent speciale-mæssigt tilhører.

Angående dette spørgsmål, er der forskellige erfaringer fra hospitaler i andre lande, der har etableret centrale fælles akutmodtagelser.

På Universitetshospitalet i Lund, hvor der er etableret en selvstændig ledelse for den fælles akutmodtagelse er speciallægerne organisatorisk tilknyttet akutmodtagelsen og ikke specialafdelingerne på hospitalet. Fra BIDMC i Boston har man erfaring med en selvstændig ledelsesmæssig organisering af akutmodtagelsen og hvor der er akutmedicinere ansat, men hvor øvrige speciallæger, ved behov for speciallægetilsyn i den fælles akutmodtagelse, tilkaldes fra den pågældende specialafdeling.

Der er behov for sikring af kontinuiteten i patientforløbet, hvis der etableres selvstændige afdelinger for den fælles akutmodtagelse og hvor lægerne i den fælles akutmodtagelse refererer til denne afdelingsledelse. Når den akutte patient overflyttes til specialafdeling vil det være i regi af en anden ledelse og andre speciallæger. Det har været drøftet, at en løsning herpå kunne være, at lægerne ansat i akutmodtagelsen indgår i samme team, som de læger der bemander specialafdelingerne.

Arbejdsgruppen anbefaler, at man i første omgang organiserer akutmodtagelserne således, at de speciallæger, der er tilknyttet akutmodtagelsen er ansat på de specialafdelinger, som de rent speciale-mæssigt tilhører på hospitalet. Speciallægerne skal dog være fysisk tilstede i akutmodtagelsen, når de har tilstedeværelsesvagt i forhold til denne. Der kan desuden tilkaldes speciallæger fra specialafdelingerne, såfremt der er behov for speciallægetilsyn fra speciallæger, der ikke er til stede i akutmodtagelsen.

Arbejdsgruppen anbefaler, at i ledelsen for den fælles akutmodtagelse er en person med en sundhedsfaglig baggrund.

Hvis der på sigt udvikles et selvstændigt speciale/fagområde for f.eks. akutmedicin i Danmark, kan man overveje organisere akutmodtagelserne således, at lægerne også ansættes i akutmodtagelsen og refererer til afdelingsledelsen herfor.

5.1.3. Specialeforhold på matrikler med fælles akutmodtagelse

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at følgende specialer og faciliteter er repræsenteret på matriklen:

- Intern medicin
- Ortopædkirurgisk kirurgi
- Kirurgi (parenkym)
- Anæstesiologi med intensiv afdeling niveau 2
- Diagnostisk radiologi
- Klinisk biokemi

Ved fødsler skal der desuden være:

- Gynækologi og obstetrik
- Pædiatri

Ved modtagelse af børn, bortset fra børn med mindre skader bør der desuden også være pædiatri repræsenteret på matriklen.

Der må gerne være specialer ud over disse på akutmodtagelserne.

Arbejdsgruppen tilslutter sig denne specialetilknytning til matrikler, hvor der skal være akutmodtagelser.

5.1.4. Diagnostiske faciliteter

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at *følgende funktioner* findes på matriklen:

- Konventionelle røntgenundersøgelser
- CT-scanning
- Ultralydsundersøgelser, herunder ekkokardiografi
- Akutte operationsfaciliteter
- Laboratorienalyser – klinisk biokemi

Arbejdsgruppen tilslutter sig denne funktionstilknytning på matrikler med fælles akutmodtagelser.

Arbejdsgruppen har drøftet om faciliteterne skal være fysisk placeret i den fælles akutmodtagelse eller evt. et andet sted på matriklen. For at leve op til princippet i diagnosticerings- og behandlingsmodellen om, at patientens transport rundt på hospitalet i den akutte fase minimeres, anbefaler arbejdsgruppen, at de diagnostiske faciliteter er til stede fysisk i den fælles akutmodtagelse.

Dette afføder et behov for store bygningsmæssige ændringer på alle hospitaler. Det skal konkret vurderes i forhold til det enkelte akutmodtagende hospital om en flytning af/udvidelse af alle faciliteter på hospitalet er hensigtsmæssig og nødvendig. Eksempelvis skal det afklares, om der skal etableres operationsstuer i akutmodtagelsen, eller om operationsstuerne ligger i afstand ift. akutmodtagelsen, så dette ikke vil være nødvendigt (i første omgang).

5.1.5. Bemanding (lægefaglig)

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der skal være tilstedeværelsesvagt af speciallæger indenfor følgende specialer på matrikler med fælles akutmodtagelse:

- Intern medicin
- Ortopædisk kirurgi
- Kirurgi
- Anæstesiologi
- Gynækologi og obstetrik (*hvis specialet er tilstede på matriklen*)
- Pædiatri (*hvis specialet er til stede på matriklen*)

Der **skal** være speciallæger i tilstedeværelsesvagt med kompetence til at foretage akutte hjerteundersøgelser, herunder ekkokardiografi.

Diagnostisk radiologi bør ifølge Sundhedsstyrelsen som minimum have speciallæger i rådighedsvagt, idet nogle funktioner kan varetages ved en telemedicinsk løsning.

Sundhedsstyrelsen opstiller desuden, at der ved en akutmodtagelse bør være adgang til rådgivning fra følgende specialer:

- Klinisk biokemi
- Intern medicin: Infektionsmedicin
- Klinisk mikrobiologi

Arbejdsgruppen kan overordnet tilslutte sig Sundhedsstyrelsens anbefalinger til specialerepræsentation på matrikler med fælles akutmodtagelse.

Dog vil arbejdsgruppen fremhæve, at kravet om tilstedeværelse af særligt ortopædkirurgiske speciallæger i vagttid bør opblødes, idet behovet herfor ikke anses for at være til stede – og langt fra opvejer de ulemper det har for produktionen i dagtid.

Med hensyn til tilstedeværelsesvagt for speciallæger i pædiatri finder arbejdsgruppen ligeledes ikke, at dette er en relevant prioritering af speciallægenes arbejdskraft. Pædiatrisk bemanding på fødestederne i regionen (på nær den højt specialiserede enhed i regionen) bør varetages af yngre læger med speciallæge i rådighedsvagt.

Arbejdsgruppen anbefaler dermed, at ***lægebemandingen i de fælles akutmodtagelser i Region Midtjylland lever op til følgende minimumskrav:***

Tilstedeværelsesvagt for speciallæger indenfor følgende specialer:

- Intern medicin
- Kirurgi
- Anæstesiologi
- Gynækologi og obstetrik, hvis der er fødsler på matriklen

Kravet om tilstedeværelsesvagt for speciallæger indenfor ovenstående specialer skal suppleres med krav om rådighedsvagt indenfor øvrige relevant specialer, herunder som minimum:

- ortopædkirurgi
- diagnostisk radiologi
- pædiatri

Det er blevet drøftet i arbejdsgruppen, at der kan være problemer med at opnå speciallægedækning indenfor alle specialer i tilstedeværelsesvagt.

Arbejdsgruppen har fået oplysninger om den nuværende speciallægedækning på hospitalerne i regionen, herunder hvorledes de aktuelle vagtforhold for disse speciallæger er. Der henvises til **bilag 3** (Notat vedr. speciallægebehovet i Region Midtjylland) samt **bilag 4** (oversigt over imødekommelse af Sundhedsstyrelsens krav til akutmodtagelse på hovedfunktionsniveau). Det fremgår af disse oplysninger, at Region Midtjylland ikke har tilstrækkelig mange speciallæger til at bemane akutmodtagelser på hovedfunktionsniveau på mere end højst 5 matrikler.

Der vurderes at være kardiologiske speciallæger nok til at dække op til 5 akutmodtagelser i Region Midtjylland. Disse kan dække kravet fra Sundhedsstyrelsens rapport om, at der skal være speciallæger tilstede i akutmodtagelserne, som har kompetence til at foretage akutte ultralydsundersøgelser, herunder ekkokardiografi.

Med hensyn til tilstedeværelseskravet for speciallæger i intern medicin er det blevet drøftet i arbejdsgruppen, hvilket sub-speciale disse speciallæger skal have. Arbejdsgruppen anbefaler, at det er speciallæger i intern medicin, der dækker det intern medicinske speciale bredt ("common trunk").

De speciallæger, der har tilstedeværelsesvagt skal i øvrigt have bestemte kompetencer – jf. afsnit 5.1.6 (faglig profil).

Arbejdsgruppen bemærker, at der indenfor en række specialer skal finde en opgradering af vagtniveauet sted fra rådighedsvagt til tilstedeværelsesvagt.

Hvis det viser sig, at der ikke kan skaffes speciallæger nok i alle de nævnte specialer til de akutmodtagelser, der vil være i regionen foreslår arbejdsgruppen, at man løser dette ved, at de ældste yngre læger/afdelingslæger skal kunne have tilstedeværelsesvagt med en speciallæge i tilkaldevagt som mulighed i stedet for tilstedeværelsesvagt af en speciallæge i vagtperioden.

Arbejdsgruppen har drøftet, at en uhensigtsmæssighed ved denne model/disse krav til tilstedeværelsesvagter er at kravet om tilstedeværelsen af speciallæger i vagttid får en negativ indflydelse på produktiviteten i dagtid. Den overlæge, der har gået i vagt om natten kan ikke dagen efter eksempelvis operere hofter eller afvikle ambulatorium.

Af den grund har arbejdsgruppen overvejet om antallet af akutmodtagelser i vagttid (aften/nat) indskrænkes yderligere. En sådan model legitimeres endvidere af, at antallet af akutte indlæggelser om natten er forholdsvis lavt. Arbejdsgruppen er dog kommet frem til, at det ikke vil være hensigtsmæssigt at reducere antallet af akutmodtagelsesfunktioner i regionen yderligere om natten, idet der fortsat om natten vil være akutte patienter fra dagtid i akutmodtagelserne om natten. Disse patienter kræver den samme tilstedeværelse af speciallæger i akutmodtagelsen også i timerne efter ankomsten til hospitalet/indtil de kan udskrive eller overflyttes til andre afdelinger.

5.1.6. Faglig profil

Arbejdsgruppen har i øvrigt drøftet kravene til den faglige profil hos personale i de fælles akutmodtagelser i Region Midtjylland.

Generelt er det blevet anført at speciallægerne i dag er yngre end tidligere. Dette stiller krav til en revision af det nuværende uddannelsessystem. Der er behov for efteruddannelse af de speciallæger, der skal være i tilstedeværelsesvagt på de (få) store akutmodtagelser.

Det er arbejdsgruppens holdning, at de akutte modtagelser skal være bemanded med personale, der tilsammen kan håndtere akutte patienter af enhver sværhedsgrad. Sundhedsstyrelsen har givet anbefalinger vedrørende de specialer, der skal være til stede på matriklen. Det er imidlertid vurderingen, at viden og kompetencer indenfor *common trunk* skal styrkes for at sikre et tilstrækkeligt fagligt niveau.

I Skandinavien findes en uddannelse i intensiv medicin, der bygger på europæiske rekommandationer (*Intensive Care Medicine* (1994) 20: 80-81). Uddannelsen var oprindeligt forbeholdt anæstesiologer, men er nu åbent for andre specialer (*Ugeskrift for Læger* (2007) 169/8: 720-721). Denne uddannelse sigter dog ikke mod uddannelse af akut medicinere, som man kender det fra de angelsaksiske lande.

Således er akut medicin et etableret og selvstændigt speciale i England med ca. 5 års uddannelsestid efter grunduddannelsen. På hjemmesiden for College of Emergency Medicine <http://www.emergencymed.org.uk/asp/curriculum.asp?id=1> beskrives opgaverne for den akutte mediciner, herunder:

- Kan håndtere sygdomme af alle sværhedsgrader indenfor adskillige specialer
- Er ekspert i at stille diagnoser og differentialdiagnoser, især i livstruende situationer
- Kan identificere den kritisk syge og skadede, sikre tilstrækkelig akut behandling, samt stille diagnose og påbegynde eller planlægge den videre behandling
- Er ekspert i genoplivning og behersker de nødvendige procedurer²

² akutmedicineren kan selv stabilisere den truede luftvej ved intubation og respiratorbehandling, er fortrolig med procedurer som CVK-anlæggelse, FAST^S – ultralydsskanning og ekkokardiografi

- Visiterer patienten til videre behandling/forløb på den rette afdeling
- Er del af og kan lede et multidisciplinært team omkring den akutte patient

Det anbefales, at kompetencer, som beskrevet ovenfor, tilsammen dækkes af de læger, der skal arbejde i og lede de fremtidige akutmodtagelser i RM.

Det anbefales, at der i RM skabes mulighed for efteruddannelse af speciallæger med henblik på at opnå de beskrevne kompetencer.

På længere sigt anbefales endvidere, at der beskrives et fagområde i akut medicin.

5.2. Anbefalinger om antallet af akutmodtagelser i Region Midtjylland

5.2.1. Antallet af akutmodtagelser i Region Midtjylland

Sundhedsstyrelsen anbefaler i rapporten "Gennemgang af akutberedskabet", 2006, at befolkningsunderlaget for akutmodtagelser er 200-400.000 indbyggere.

I Region Midtjylland er der 1,2 mio. indbyggere, hvilket rent matematisk giver et antal af akutmodtagelser på mellem 3 og 6.

Arbejdsgruppen har drøftet denne anbefaling om befolkningsunderlaget for en akutmodtagelse og erklærer sig i store træk enig i anbefalingen. Antagelsen om at "øvelse gør mester", det vil sige at der skal et tilstrækkeligt volumen til med henblik på at opnå erfaring hos den enkelte speciallæge samt hos det øvrige personale og dermed fremadrettet sikre kvaliteten, finder arbejdsgruppen at være rigtig.

Det kan diskuteres, hvad befolkningsgrundlaget skal være for at sikre denne erfaringsopbygning og dermed kvalitet.

I Region Midtjylland er der i dag 10 akutmodtagelser. Med beslutningen om at bygge Det Nye Universitetshospital i Århus – og dermed samle Århus Universitetshospital, Skejby og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus til et hospital, er antallet af fremtidige mulige akutmodtagelser i Region Midtjylland reduceret til 9. Der er desuden akutmodtagelser, der i dag er så små, at deres akutmodtagelsefunktion må forventes at blive flyttet til de nærmestliggende akutmodtagende hospitaler (f.eks. Regionshospitalet Skive og Regionshospitalet Ringkjøbing).

Tilbage er 7 større akutmodtagende matrikler (Århus, Randers, Viborg, Herning, Holstebro, Silkeborg og Horsens) i regionen, som skal reduceres til mellem 3 og 6, hvis Sundhedsstyrelsens anbefaling om befolkningsunderlaget for en akutmodtagelse skal følges.

Arbejdsgruppen vil ud fra de ovenfor gennemgåede krav til de fælles akutmodtagelser – og særligt under henvisning til analysen af speciallægedækningen i for-

hold til disse krav – anbefale, at man højst bevarer/etablerer 5 akutmodtagende hospitaler i Region Midtjylland. Et antal på 5 akutmodtagelser giver et optageområde på gennemsnitligt 250.000 indbyggere pr. akutmodtagelse.

Arbejdsgruppen har indhentet oplysninger fra regionens hospitaler om muligheden for at organisere akutmodtagelserne på hospitalerne således, at den foregår fysisk samlet ét sted på hospitalsenheden.

Beskrivelsen indeholder oplysninger om, hvor mange akutte senge, der vil skulle være i akutmodtagelsen, hvordan de bygningsmæssige rammer herfor er, samt hvordan bemandsingssituationen i akutmodtagelsen bedømmes at kunne leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i rapporten "Gennemgang af akutberedskabet" (jf. anbefaling nr. 19).

En sammenskrivning af beskrivelserne fra de enkelte hospitalsenheder (Silkeborg, Randers, Viborg, Enhed Vest og Horsens) vedr. den fremtidige akutmodtagelse er vedlagt som **bilag 5**.

5.2.2. Akutmodtagelser i Region Nordjylland og i Region Syddanmark

Det er udenfor arbejdsgruppens kommissorium at skulle anbefale, hvor de fremtidige akutmodtagende hospitaler skal placeres. Arbejdsgruppen vil dog henlede opmærksomheden på, at der ved fastlæggelsen af geografien for de fremtidige akutmodtagelser i Region Midtjylland bør medtages en koordinering med de regioner, der støder op til Region Midtjylland.

Den politiske vedtagelse af sygehusstrukturen i Region Nordjylland og i Region Syddanmark foregår sideløbende med den politiske proces herfor i Region Midtjylland. Sygehusstrukturen – herunder hvilke sygehuse i Region Nordjylland og i Region Syddanmark, der skal have akut modtagefunktion, kendes derfor ikke endnu.

Arbejdsgruppen er dog bekendt med administrationens oplæg til akutstrukturen for Region Nordjylland (jf. f.eks. rapporter vedr. dette under sygehuse og sundhed på www.rn.dk). I Region Nordjylland er udarbejdet et forslag til politisk vedtagelse om placering af akutmodtagelser på sygehusene i Thisted, Hjørring og i Ålborg. Forslaget forventes endelig politisk behandlet medio maj 2007.

I Region Syddanmark pågår ligeledes en politisk proces, hvor der tegner sig et billede, at der i denne region fremover vil være akutmodtagelser på sygehusene i Odense, Esbjerg, Åbenrå og Kolding eller Vejle.

Arbejdsgruppen finder, at det er vigtigt, at den konkrete fysiske placering af akutmodtagelserne i regionerne koordineres. Det skal således sikres, at alle geografiske områder på tværs af regionsgrænser er dækket tilstrækkeligt og forsvarligt ind med hensyn til akutmodtagelsesfunktioner samtidigt med at der sikres en ressourcemæssig fornuftig anvendelse af midlerne indenfor området på tværs af regionerne.

5.3. Anbefaling vedr. visitation i forhold til de fælles akutmodtagelser

Dette afsnit skal belyse, hvilke akutte patienter, der skal indlægges i de fælles akutmodtagelser og hvilke akutte patienter, der evt. skal indlægges direkte på specialafdelinger - evt. beliggende på andre matrikler end der hvor der er fælles akutmodtagelse.

I henhold til Sundhedsstyrelsens anbefaling 18 i rapporten "Gennemgang af akutberedskabet" skal "al modtagelse af akutte uselekterede patienter på sygehus ske enten via 112 eller via praktiserende læge/vagtlægeordningen. Den akutte modtagelse af patienter på sygehusene skal ske gennem en fælles akutmodtagelse på hovedfunktionsniveau..." Af Sundhedsstyrelsens rapport fremgår imidlertid videre, at "for nogle patienter vil patientforløb og behandling være så veldefineret, at de direkte kan passere videre til relevant afdeling.

Dette stiller regionerne/hospitalerne overfor en opgave om at få defineret, hvilke patientgrupper, der bedst modtages/indlægges i den fælles akutmodtagelse og hvilke patienter, der med stor hensigtsmæssighed, kan "passere direkte videre til relevant afdeling".

I forhold til modellerne over organisering af akutmodtagelsen (figur 1, 2 og 3 i afsnit 4) – svarer det til at afgrænse, hvilke patientgrupper, der skal indlægges direkte på specialafdelingerne – det vil sige følge den pil der går hen til afdeling A i figurerne.

Begreberne selekteret og uselekteret kan anvendes på denne sondring, idet patienter, der indlægges i den fælles akutmodtagelse således er uselekterede, mens patienter, der indlægges direkte på specialafdelinger er "selekterede".

5.3.1. Selekerede patientgrupper – indlæggelse udenom den fælles akutmodtagelse

Arbejdsgruppen har drøftet hvilke patientgrupper, der kan være selekterede i forhold til at blive indlagt direkte på specialafdelinger.

Arbejdsgruppen foreslår i tråd med planen vedr. akutmodtagelsen for Det Nye Universitetshospital på at **følgende grupper indlægges udenom den fælles akutmodtagelse**, eller kan passere direkte videre til relevant afdeling efter modtagelsen i akutaftsnittet:

- Fødende
- Øvrige gynækologiske patienter
- Børn (dog ikke skader)
- Patienter med åbne indlæggelser
- Patienter, der overflyttes fra andre hospitaler (efter aftalte principper)
- Patienter, der indlægges fra ambulatorier (efter aftalte principper)

- Patienter, der er visiteret via præhospital telemedicin eller af ambulance-læge

Det vil desuden være patientgrupper, der efter færdigbehandling på f.eks. ortopedkirurgisk afdeling med fordel kan indlægges til revisionsbehandling direkte udenom den fælles akutmodtagelse.

Arbejdsgruppens anbefaling om at disse patientgrupper ikke nødvendigvis skal indlægges gennem den fælles akutmodtagelse beror på et fagligt skøn om, at kvaliteten i den behandling disse patienter skal modtage bedst varetages på specialafdelingerne – og ikke den fælles akutmodtagelse.

5.3.2. Visitationsmodeller

Der tilbagestår et spørgsmål, om der er patientgrupper kan indlægges på hospitaler, der ikke har en fælles akutmodtagelser.

Arbejdsgruppen har drøftet om der er mulighed for modtagelse af akutte patienter på hospitaler, der ikke har en fælles akutmodtagelse. På baggrund heraf, kan opstilles to visitationsmodeller, som figurativt er illustreret på næste side.

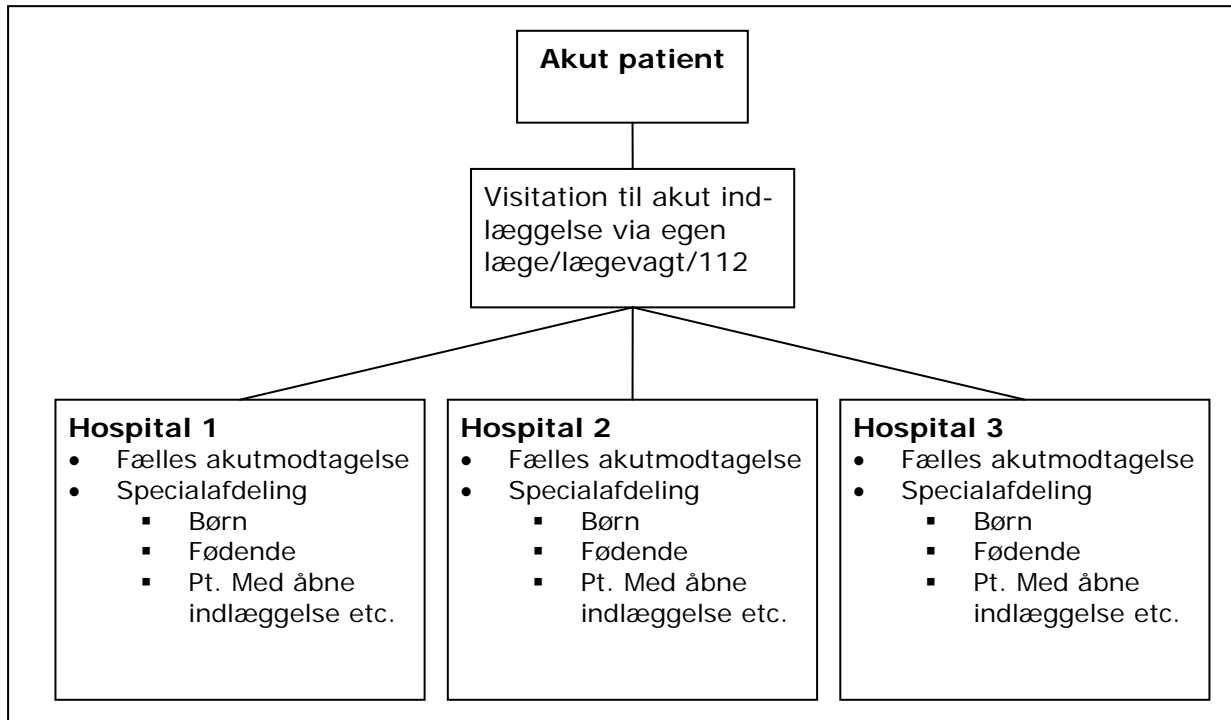
I **visitationsmodel 1** indlægges alle akutte patienter på hospitaler, der har fælles akutmodtagelse svarende til den udformning, som arbejdsgruppen har skitseret ovenfor. Der vil ikke kunne indlægges akutte patienter – ej heller patienter med afklaret sygdomsforløb – på hospitaler uden en fælles akutmodtagelse. Det fremgår af modellen at nogle patientgrupper vil kunne indlægges direkte på specialafdeling på akutmodtagehospitalet – eksempelvis børn, fødende og patienter med åbne indlæggelser.

I **visitationsmodel 2** kan akutte patienter enten indlægges på et hospital med en fælles akutmodtagelse, der svarer til den organisering og de krav, som er opstillet ovenfor, mens andre akutte patienter indlægges på et hospital, der ikke har en fælles akutmodtagelse, men som har en specialafdeling, der kan varetage behandlingen af den akutte patient. Det kunne eksempelvis dreje sig om patienter, hvis sygdomsforløb/diagnose og behandling på forhånd er kendt.

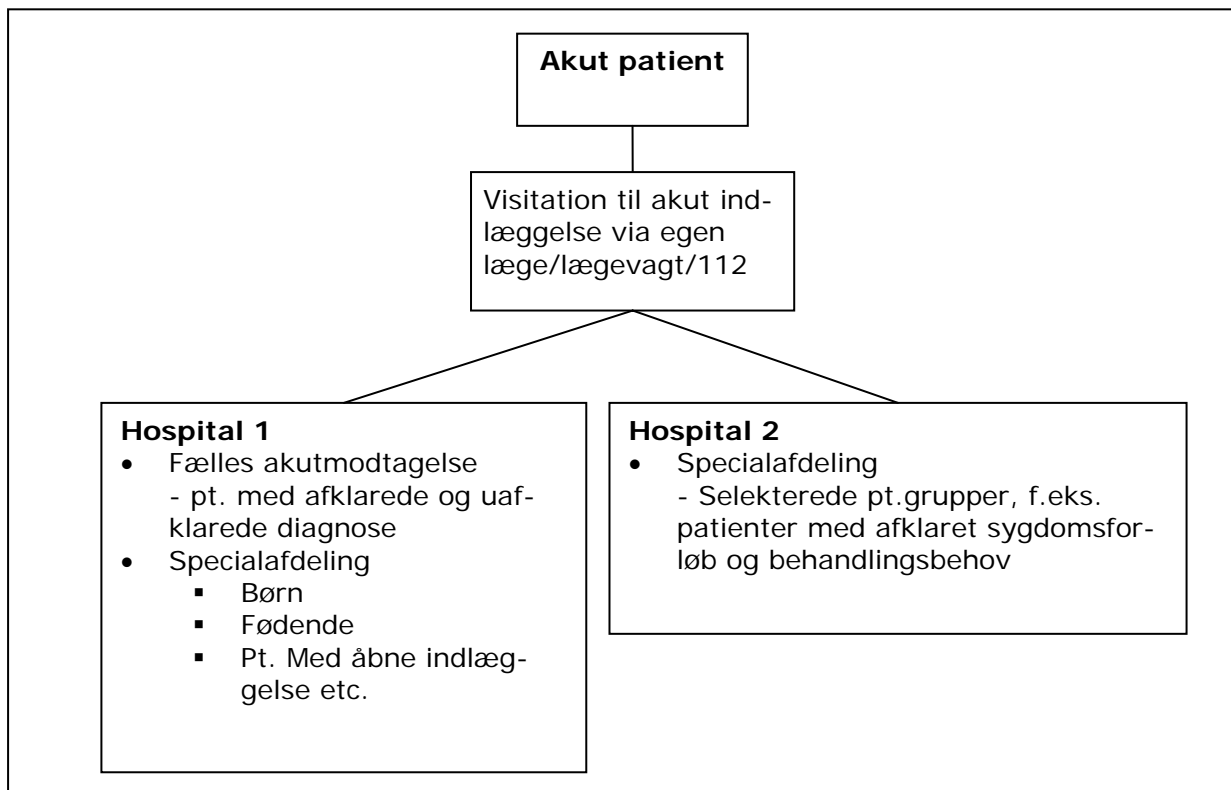
Modellerne stiller forskellige krav til den visiterende læge/præhospitale enheds "diagnosticeringsevner". Model 2, hvor den akutte patient kan indlægges på en anden matrikel end der, hvor der er fælles akutmodtagelse, kræver således, at den præhospitale diagnostik er meget præcis, såfremt patienten skal stå overfor det rette behandlingstilbud ved indlæggelsen.

Endelig skal det bemærkes, at der givet vis vil være forskellige ressourcemæssige konsekvenser i forhold til om man vælger den ene eller den anden model.

Visitationsmodel 1



Visitationsmodel 2



5.3.3. Anbefaling fra arbejdsgruppen vedr. visitationsmodeller

Arbejdsgruppen anbefaler, at man fremover tilrettelægger den akutte modtagelse af patienter i Region Midtjylland efter model 1. Arbejdsgruppen anbefaler således **ikke**, at der indlægges akutte patienter på hospitaler, der ikke har fælles akutmodtagelse for uselekterede patienter.

Der vil imidlertid – som beskrevet i afsnit 5.3. være akutte patienter, som kan indlægges direkte på specialafdelinger uden om de fælles akutmodtagelser. Da grænsen for hvilke patientgrupper, der kan indlægges direkte på specialafdelinger og hvilke der ikke kan, ikke er helt håndfast anbefaler arbejdsgruppen, at akutte indlæggelser også for selekterede patienter foregår på hospitaler, der har fælles akutmodtagelser.

Arbejdsgruppen anbefaler, at det enkelte hospital foretager selektionen i forhold til, hvilke patienter, der kan indlægges udenom den fælles akutmodtagelse direkte på specialafdeling. Som udgangspunkt drejer det sig om den gruppe patienter, der er nævnt i afsnit 5.3. Det understreges dog, at der kun vil kunne være akutte indlæggelser på hospitalsmatrikler, der har en fælles akutmodtagelse.

Vedrørende selve visitationsvejen anbefaler arbejdsgruppen, at visiterende læge (praktiserende læge/lægevagt) kontakter den fælles akutmodtagelse med henblik på at aftale, hvortil patienten skal transporteres. Det vil være efter aftale med specialafdeling/akutmodtagelsen, der kan henvises til indlæggelse direkte på specialafdeling på akuthospitalet.

5.3.4. Anbefaling fra arbejdsgruppen vedr. ikke akutmodtagende hospitaler

Ovenstående anbefaling vedr. visitationsmodel, hvorefter den akutte indlæggelse kun vil kunne finde sted på et hospital med fælles akutmodtagelse, har som konsekvens, at der vil skulle flyttes store patienttal fra mindst 2 større hospitaler i regionen i dag (hvis der fremover kun skal være 5 akutmodtagende hospitaler). Langt hovedparten af alle indlæggelser på hospitalerne er således akutte. Dette indebærer at sengetallet på akutmodtagehospitalerne skal udvides tilstrækkeligt til at kunne varetage behandlingen af flere akutte patienter end i dag.

Omvendt vil der på de hospitaler, hvor der ikke længere skal være akutmodtagelse, blive en bygningsmasse, der skal findes udnyttelse af til andre formål end akutmodtagelsesfunktionen.

Arbejdsgruppen har drøftet, hvilke akutnære funktioner, man set fra et fagligt synspunkt kan placere på de hospitalsenheder, der ikke længere skal have akutmodtagelse.

Arbejdsgruppen peger på, at hospitaler uden fælles akutmodtagelser kan varetage:

- Elektive funktioner vedrørende hhv. indlagte indenfor ortopædkirurgi og ambulante patienter (primært dagkirurgi)
- Sub-akutte ambulante funktioner på det medicinske område

Vedr. subakutte ambulante funktioner skal dette område udredes nærmere. Der skal være tale om speciallægedækket ambulatoriefunktioner. Hittidige erfaringer viser, at der med fordel kan oprettes subakut-ambulatoriefunktioner i endokrinologi, lungemedicin, medicinsk gastro-enterologi samt reumatologi. Der er ikke gode erfaringer med kardiologisk subakut-ambulatoriefunktion – patienterne henvises ikke til det.

Der vil på de ikke akutmodtagende hospitaler være mulighed for at oprette/opretholde tilbud til borgerne i området om for- og efterundersøgelse i ambulatorieregi.

Vedr. muligheden for at opretholde sengeafsnit på hospitaler uden akutmodtagelse til patienter, der overflyttes fra akutmodtagelsen efter at diagnosen er stillet og den første akutte behandling er iværksat, peger arbejdsgruppen på, at det vil være et fåtal af patienter, der vil kunne tåle at blive flyttet rundt efter 1-2 dages indlæggelse, ligesom den faglige kvalitet ved et sådant tilbud ikke er tilfredsstillende.

Arbejdsgruppen har drøftet, at erfaringerne fra de hittidige strukturændringer indenfor sygehussektoren har vist, at det er svært at sikre rekruttering på hospitaler, der ikke har fuld akutmodtagelsesfunktion. Det er svært at rekruttere (kvalificeret) personale til disse hospitalsmatrikler.

Af den grund anbefaler arbejdsgruppen, at lægestabene på de hospitalsmatrikler, der ikke skal have akutmodtagelsesfunktion organisatorisk knyttes til et akutmodtagende hospital og at de funktioner, der placeres på hospitalsmatriklen fungerer som satellitfunktioner til større specialafdelinger.

Dette kan sikre den nødvendige opretholdelse af ekspertise og bemanning på det ikke akutmodtagende hospital. Der vil være tale om speciallægerne skal have et vist antal arbejdsdage med udetjeneste på satellitenhederne.

Vedrørende specialetilknytningen på disse hospitaler, vil der hovedsageligt være mulighed for at have ortopædkirurgiske elektive sengeafdelinger.

Strukturreformen og den ændrede opgavefordeling mellem kommuner og regioner, hvor kommunerne skal varetage en større del af rehabiliteringen for patienter, der har været indlagt på hospitalerne, medfører at behovet for rehabiliteringssenge på hospitalerne formentligt bliver mindre. Der vil derfor formentligt ikke kunne opretholdes selvstændige hospitalsfunktioner udelukkende til rehabiliteringsformål, bortset fra neurorehabilitering og paraplegi.

Konkluderende kan arbejdsgruppen således fremhæve, at der vil være tale om et begrænset antal senge på de hospitaler, der ikke skal være akutmodtagende fremover. Der vil dog være mulighed for at opretholde visse nær-tilbud til borgere i området, såsom tilbud om for- og efterundersøgelser til elektive behandlinger – samt visse ambulante undersøgelsestyper.

Arbejdsgruppen påpeger i øvrigt, at en ændring af akutmodtagelsesstrukturen vil få væsentlig indflydelse på uddannelsen af læger. Antallet af uddannelsessteder ift. den akutte patient vil blive reduceret og dette vil øge presset på de hospitaler, der har akutmodtagefunktion i forhold til uddannelsesfunktionen af lægerne.