

## Dagsordenspunkt til regionsrådet:

### Den lægefaglige specialisering

Tidligere har undertegnede forelagt regionsrådet to artikler om ældre medicinske patienter, der ikke behandles optimalt af sygehusvæsenet – skrevet af overlæger på henholdsvis Næstved sygehus og Viborg sygehus.

I tidsskriftet Dagens Medicin, nr. 31, fredag den 5. november 2010, er der et indlæg under overskriften "Intern medicin bør genoplives som speciale" – skrevet af overlæge, forskningsleder, postgraduat klinisk lektor, Knud Rasmussen, Roskilde.

I indlægget anføres det:

"Nu er man ved at organisere hele sygehusvæsenet til effektiv behandling af de relativt få patienter, der kræver specialiseret behandling af en enkelt sygdom. Men hvad med de andre?"

Det anføres videre:

Gennem de seneste fem år har vi været vidne til en omlægning af speciallægedannelsen i de medicinske specialer samt en planlægning og begyndende implementering af en ny organisering af den medicinske del af sygehusvæsenet. Begge dele medfører efter min mening, at en meget stor del af de akut indlagte medicinske patienter fremover risikerer at få en væsentlig dårligere behandling end nu, og at behandlingstiden forlænges.

Det er en kendsgerning, at mindst 70 % af alle akut indlagte patienter er medicinske, samt at størstedelen af disse patienter fejler noget i flere organsystemer."

Endelig skal omtales fra indlægget:

Efter min mening bør vi tage hele planlægningen af såvel den medicinske organisering af sygehusvæsenet som uddannelsen i de medicinske specialer op til fornyet behandling.

Der må fortsat opretholdes brede medicinske afdelinger på sygehusene, og den generelle intern medicinske speciallægeuddannelse bør genoplives, således at de mange ældre patienter sufficient behandles af en afdelings læger uden mange tilsyn fra andre afdelinger”.

Undertegnede foreslår, at regionsrådet drøfter den fremtidige speciallægeuddannelse og i sammenhæng hermed den interne organisering af sygehusene, herunder hvilke tiltag regionsrådet kan forestille sig på baggrund af de efterhånden mange tilkendegivelser – også fra lægelig side – om, at den lægefaglige specialisering er ved at gå for vidt.

# Dagens Medicin nr. 31: 05-11-2010

## Intern medicin bør genoplives som speciale

*Ældre medicinske patienter: Nu er man ved at organisere hele sygehusvæsenet til effektiv behandling af de relativt få patienter, der kræver specialiseret behandling af en enkelt sygdom. Men hvad med de andre?*

**Af Knud Rasmussen, Overlæge, forskningsleder, postgraduat klinisk lektor, Guldborgvej 19, Roskilde**

Gennem de seneste fem år har vi været vidne til en omlægning af speciallægeuddannelsen i de medicinske specialer samt en planlægning og begyndende implementering af en ny organisering af den medicinske del af sygehusvæsenet. Begge disse tiltag medfører efter min mening, at en meget stor del af de akut indlagte medicinske patienter fremover risikerer at få en væsentlig dårligere behandling end nu, og at behandlingstiden forlænges.

Det er en kendsgerning, at mindst 70 pct. af alle akut indlagte patienter er medicinske, samt at størstedelen af disse patienter fejler noget i flere organsystemer. Indlæggelsesårsagen er oftest dårlig regulation af en eller flere kroniske sygdomme som sukkersyge, hjertesvigt, blodtryksforhøjelse, nedsat nyre- eller leverfunktion evt. kombineret med en infektion som influenza, lungebetændelse eller urinvejsinfektion.

I vor nye organisation modtages disse patienter i en akutafdeling, der er bemannet med ganske unge læger med bagvagter fra mange ikke medicinske specialer. I akutafdelingen foretages den første undersøgelse og iværksættes den initiale behandling, hvorefter patienterne visiteres til en af de specialiserede organspecifikke afdelinger, der skyder op overalt som følge af den aktuelle sygehusplanlægning. Det kan allerede i dag være meget vanskeligt for lægerne i akutafdelingerne at få udvisiteret de ældre patienter med flere medicinske sygdomme. Lægerne fra specialafdelingerne synes ofte, at patienten hører mere til i et andet speciale end deres.

Med den igangværende nedlæggelse af de store medicinske afdelinger og oprettelse af organspecifikke afdelinger kan man med rette spørge: Hvem skal egentlig fremover tage sig af de mange (størsteparten) medicinske patienter med flere kroniske sygdomme, som indlægges akut og ikke hører hjemme på de planlagte specialiserede afdelinger bemannet med organspecialister?

Nedlæggelse af det fælles intern medicinske speciale og oprettelsen af de ni medicinske specialer har nemlig medført, at alle kommende speciallæger uddannes til højt niveau (for højt?) i deres eget speciale, men kun meget sparsomt i de øvrige medicinske specialer. En ny specialiseret mediciner har typisk en etårig basisuddannelse (der ikke behøver at indeholde medicin), en etårig introduktionsstilling i et af de vidt forskellige ni medicinske specialer og herefter en femårig hoveduddannelse i eget speciale.

I et forsøg på at give nogen uddannelse i de øvrige medicinske specialer i hoveduddannelsen blev der opstillet 18 sygdomsgrupper baseret på hyppige medicinske tilstande (et fællesindhold, som alle ni specialers uddannelsessøgende forventes at gennemgå). Den uddannelsessøgende skal lære disse sygdomme ved at undersøge og behandle mindst fem patienter og skal derefter på basis af de indhentede erfaringer og egen læsning eksamineres af en speciallæge. Hvis de aktuelle patienttyper ik-

ke findes i egen afdeling (hvilket fremover vil blive reglen), skal uddannelsen suppleres med klinisk ophold af ugers varighed (fokuserede ophold) i de øvrige specialer. Alt i alt planlægges den øvrige bredere medicinske uddannelse at kunne opnås i løbet af 1. og 2. år af hoveduddannelsen.

Den virkelighed, vi lever i, medfører imidlertid, at de fokuserede ophold i vid udstrækning fravælges eller afkortes betydeligt. De uddannelsessøgende unge læger skal nemlig bruges som arbejdskraft i deres egen specialafdeling, og uddannelsen i de øvrige medicinske specialer attesteres, selv om den er af betydelig mindre omfang end forudsat i de i forvejen stærkt reducerede uddannelsesplaner.

Resultatet bliver, at en specialafdelings egne læger vil ikke længere være uddannede til – på et kvalificeret niveau – at tage sig af ret meget andet end sygdomme i afdelingens speciale. Fremtidens smalt uddannede speciallæger bliver nødt til at tilkalde specialister fra andre medicinske organspecialer for at færdigbehandle de mange patienter med flere medicinske sygdomme. Det er ressourcekrævende og indlæggelsesforlængende og hverken til gavn for patienten eller systemet.

Efter min mening bør vi tage hele planlægningen af såvel den medicinske organisering af sygehusvæsenet som uddannelsen i de medicinske specialer op til fornyet behandling.

Det er vigtigt at se på, hvilke behov den store del af patienterne har, sørge for, at uddannelsen af speciallæger modsvarer disse behov, og organisere sygehusvæsenet, så disse patienter gives en hurtig og tidssvarende behandling af alle deres medicinske sygdomme.

Der må fortsat opretholdes brede medicinske afdelinger på sygehusene, og den generelle intern medicinske speciallægeuddannelse bør genoplives, således at de mange ældre patienter kan sufficient behandles af en afdelings læger uden mange tilsyn fra andre afdelinger.

Nu er man ved at organisere hele sygehusvæsenet til effektiv behandling af de relativt få patienter, der kræver specialiseret behandling af en enkelt sygdom. At der også skal være specialiserede afdelinger på regions- og højt specialiseret niveau er en selvfølge. Også mindretallet af de medicinske patienter med specielle behov skal fortsat behandles efter bedste faglige standard.