

# Nyt speciale i akutmedicin vil give kvalitetsløft for de samme penge

Det nye speciale i akutmedicin vil gøre det muligt at give patienten et kvalitetsløft, men forudsætningen er en grundig planlægning af arbejdstilrettelæggelsen i alle specialerne.

Af Jacob Rosenberg

Sundhedsstyrelsen har for nylig offentliggjort målbeskrivelsen for et nyt lægeligt speciale i akutmedicin. Herefter skal regionerne i gang med at lægge uddannelsesplaner og opslå de nye stillinger til besættelse efter sommerferien.

Der er imidlertid vidtrækkende konsekvenser af etablering af dette nye speciale, idet uddannelsen og ikke mindst bemanningen i en lang række andre specialer også skal ændres. Det nye speciale i akutmedicin vil derfor medføre ændringer i arbejdstilrettelæggelse og budgettering på tværs af hele sygehuset.

Vi står med en unik mulighed for

at øge kvaliteten af patientbehandlingen ikke kun i de akutte modtageafdelinger, men også i de nuværende medicinske og kirurgiske afdelinger.

## **Den nuværende organisering**

I øjeblikket har de fleste akutte modtageafdelinger ikke deres egne ansatte læger, men bemannes typisk med yngre læger fra de medicinske og kirurgiske stamafdelinger på sygehuset. Der er dog god grund til at overveje denne struktur, og mange andre lande har et regelret akut medicinsk speciale med en speciallægeuddannelse og efterfølgende fast ansættelse i en akut modtagelse.

I dag ses for eksempel en patient med ondt i maven i den akutte modtageafdeling først af en forvagt (yngste læge) tilknyttet en kirurgisk afdeling. Herefter optages journal, og fokus er naturligvis rettet mod det kirurgiske sygdomsbillede. Efterfølgende bestilles forskellige undersøgelser, en ældre kirurgisk kollega kan tilkaldes og være med til vurderingen, og først senere i forløbet tages beslutning om operation.

Hvis patienten i stedet ses initialt af den akutmedicinske specialist, vil det specielt hos patienten med flere samtidige sygdomme være et kvalitetsløft. Et lægefagligt speciale i akutmedicin er nyt i Danmark, men findes i en række andre lande. For



eksempel er det i USA særdeles attraktivt at være speciallæge i akutmedicin og med stor søgning blandt de unge læger.

### **Den fremtidige organisering**

Arbejdsopgaven for en akutmedicinsk specialist vil klassisk være at modtage den akutte patient, uanset om patienten har en medicinsk eller kirurgisk lidelse eller en kombination af disse. Denne første læge danner sig hurtigt et indtryk af situationens alvor og kan med sin brede erfaring lægge en behandlingsplan baseret på mere end et enkelt klinisk speciale.

Det er oplagt, at denne initiale patientkontakt vil indebære anamnese og objektiv undersøgelse for at kunne lægge en behandlingsplan, og dette dokumenteres som en regelret journaloptagelse. Denne konkrete arbejdsopgave overgår derfor fra de yngste læger ansat i de medicinske og kirurgiske afdelinger til læger ansat i den akutte modtageafdeling og får derved naturligvis en konsekvens for bemanning og derved budget for alle disse afdelinger.

Speciallæger i akutmedicin vil

kunne modtage, udrede og hos en del også afslutte patienterne i akutafdelingen, hvor de øvrige speciallæger fra stamafdelingerne ikke bliver involveret, hvis sværhedsgraden af patientens sygdom ikke nødvendiggør specialespecifik behandling eller udredning.

I mit eget speciale, kirurgi, vil patienten med en formodet kirurgisk lidelse således blive modtaget af en akutmedicinsk læge, som optager journal og lægger den initiale behandlingsplan. Hvis patienten skal opereres akut, eller hvis sygdomsbilledet fordrer videre specialespecifik udredning, tilkaldes en læge fra kirurgisk afdeling, som vurderer og igangsætter den videre plan. Den tilkaldte læge fra kirurgisk afdeling skal derfor nødvendigvis have erfaring og viden inden for sit speciale, hvorfor det formentlig bliver på mellemvags- eller bagvagsniveau.

### **Konsekvenser for lægegruppen på andre afdelinger**

Ved oprettelse af et akutmedicinsk speciale med faste læger i den akutte modtageafdeling vil der selvfølgelig ikke være behov for så

mange yngre læger ansat i for eksempel en kirurgisk stamafdeling, og reelt skal disse læger ansættes i den akutte modtageafdeling.

Som erfaren kirurg vil jeg blot sige »ja tak«! Vi har mange yngre læger ansat i de kliniske afdelinger baseret udelukkende på, at der skal være nok til 24-timers bemanning, og vi kan ikke tilbyde alle de unge læger på for eksempel en kirurgisk afdeling en sufficient oplæring i operationsteknik. Der er simpelt hen for mange læger til for få operationer.

Ved den nye struktur vil vi kunne tilbyde den enkelte læge ansat i kirurgisk afdeling mere operationstid og derfor en bedre kirurgisk teknisk oplæring, hvis de ikke samtidig skal tilbringe mange timer til den primære patientkontakt og initiale vurdering med journaloptagelse m.v. Derfor vil det fra kirurgisk side være en velkommen model, og det er givetvis tilsvarende i andre specialer.

### **Husk konsekvenserne i de andre specialer**

Det nye speciale i akutmedicin er lige på trapperne, men det ser ud

til, at man i Sundhedsstyresen og de faglige selskaber har fokuseret på at få produceret målbeskrivelsen for det nye speciale og ikke endnu har fokuseret så indgående på konsekvenserne for bemanning og uddannelse for lægegruppen i de andre specialer. Det er oplagt, at så snart vi har faste læger ansat i den akutte modtagelse på sygehuset, vil behovet for de yngre læger ansat i de gængse kliniske afdelinger aftage.

Det vil betyde, at vi flytter lønbudget fra de kirurgiske og medicinske afdelinger til de nye akutafdelinger, og derved skal staben sammensættes anderledes i de nuværende kliniske afdelinger. Man kan derved forestille sig, at der for eksempel i en kirurgisk afdeling ikke længere er behov for forvagter i traditionel forstand, da det meste af forvagternes arbejde i vagten overgår til læger ansat i den akutte modtageafdeling tilhørende det nye speciale i akutmedicin.

Forvagterne har udover vagtarbejdet løftet en række arbejdsopgaver i dagtiden såsom ambulatoriefunktion, såkaldt stuelæge-arbejde og journaloptagelse på patienter,

## Om forfatteren



### **Jacob Rosenberg**

Professor, overlæge, dr.med., Gastroenheden, Herlev Hospital. Jacob Rosenberg er endvidere medlem af regionsrådet i Region Hovedstaden. Læge fra 1991 og speciallæge i kirurgisk gastroenterologi fra 2000. Var i perioden 2012-2014 ledende overlæge på sin nuværende afdeling, som har 348 ansatte, hvoraf 95 er læger.  
jacob.rosenberg@regionh.dk

som møder til planlagt indlæggelse. Noget af dette traditionelle forvagararbejde kan måske overgå til mellemvagter eller bagvagter, eller måske skal vi stadig have et mindre antal forvagter ansat i afdelingerne.

Alt dette er lige nu uafklaret, men man må opfordre til, at der ses samlet på alle specialerne, når de nye uddannelsesplaner og stillinger designes til det nye speciale i akutmedicin. Det kan ikke undgå at få vidtrækkende konsekvenser langt ind i mange andre specialer på sygehusene.

### **Konsekvenser for kvaliteten i andre specialer**

Den overordnede plan med at flytte bemanning fra de gængse kliniske afdelinger til de nye akutmedicinske afdelinger vil betyde, at vi kan tilbyde en bedre og mere fokuseret uddannelse til de unge læger, som vil ind for eksempel i det kirurgiske speciale.

Man vil som uddannelsessøgende i kirurgi ikke skulle bruge en stor del af sin tid på den initiale modtagelse af de kirurgiske patienter, hvorved tiden kan anvendes mere fokuseret på de kirurgiske

specialfunktioner. Dette vil give et kvalitetsløft for dansk kirurgi, da man må formode, at det operative volumen for den enkelte uddannelsessøgende kirurg vil kunne øges.

I en stor kirurgisk afdeling har vi mange læger, som ikke deltager eller deltager for lidt i den operative aktivitet. Dette skyldes en massiv tilstedeværelse i den akutte modtagelse, og det er derfor grundlæggende en god model, hvis den initiale patienthåndtering overgår til læger med speciel interesse i denne arbejdsopgave, hvorved de unge uddannelsessøgende læger i kirurgien kan tilbringe mere tid med de andre arbejdsopgaver omkring den kirurgiske patient.

Jeg har fokuseret på kirurgien, da jeg har mest forstand på dette, men betragtningerne om en koncentration af uddannelsesfunktionen i de nuværende kliniske specialer, som traditionelt har bemandet akutafdelingerne, kan givetvis appliceres på samtlige disse specialer.

### **Husk at se på plejetyngden**

I fremtiden vil man huse kirurgiske patienter i akutafdelingen de første

måske 48 eller 72 timer, og for dem, der opereres, vil man hos patienter med mindre indgreb som for eksempel appendektomi eller operation for abscesser eller lignende kunne varetage hele indlæggelsesperioden, uden at patienten overflyttes til den stationære kirurgiske afdeling. Ligeledes vil patienter indlagt akut til kortvarig udredning undgå at blive indlagt på den stationære afdeling.

Imidlertid vil disse patientkategorier typisk have en lav såkaldt plejetyngde sammenlignet med patienter, som får foretaget større kirurgiske indgreb eller er i terminalfasen af deres sygdom. Med andre ord vil patienterne på den kirurgiske stamafdeling i fremtiden have en højere gennemsnitlig plejetyngde end i dag, hvor de »lette« patienter udtynder den gennemsnitlige plejetyngde.

Det er derfor vigtigt, at man ved flytning af ressourcer fra de stationære afdelinger til de nye akutafdelinger ikke blot udregner det som en gennemsnitlig værdi per seng. Der er mange faktorer, som indgår i regnestykket, og det vil være nød-

vendigt at skele til mere end blot antallet af patienter, når budgetterne skal lægges.

### **Organisationen vil ændre sig markant**

Med det nye speciale i akutmedicin vil organisationen på vores akutsygehuse ændre sig markant. Det handler om bemanningen både på de store akutte modtageafdelinger, men også på de kliniske såkaldte stamafdelinger i kirurgi og medicin. I de akutte modtageafdelinger bliver scenariet, at patienten modtages af en uddannelseslæge eller speciallæge i akutmedicin, og ikke som nu af en læge tilknyttet specialer i medicin eller kirurgi.

Nutidens patienter er ofte præget af multisygdom, og dette forventes at stige i takt med, at befolkningen bliver ældre. Den nye akutlæge vil have en bred uddannelse, der dækker en lang række medicinske og kirurgiske specialer. Akutmedicineren vil derfor kunne håndtere flere aspekter af patientens samlede sygdomsbillede, end det er tilfældet i dag, hvor den modtagende læge er fokuseret på et enkelt klinisk spe-



cialer. Man forventer derfor med rette et kvalitetsløft i den initiale patienthåndtering i den akutte modtageafdeling.

Der vil ske en omlægning af lægeressourcer fra de medicinske og kirurgiske afdelinger til de akutte modtageafdelinger. Herved kan man fokusere uddannelsesindsatsen på for eksempel den kirurgiske afdeling til, at den unge kirurg under uddannelse kan tilbringe mere tid med at lære at operere, og der er givetvis tilsvarende betragtninger for de medicinske specialer. Den samlede omlægning vil derfor på sigt også løfte kvaliteten i patientbehandlingen på de kirurgiske og medicinske afdelinger.

Inden for få år vil bemanningen på de forskellige afdelinger på sygehusene skulle ændres, og derfor er det afgørende at tage de kirurgiske og medicinske specialer med i planlægningen af strukturen for det nye

speciale i akutmedicin. Det nye speciale i akutmedicin muliggør et kvalitetsløft for patienten både i den initiale håndtering i den akutte modtageafdeling, men også i de kliniske stamafdelinger i medicin og kirurgi.

Forudsætningen er dog en grundig planlægning af arbejdstilrette-

læggelsen i alle specialerne, og det er derfor vigtigt, at processen igangsættes hurtigt. Vi står med en unik mulighed for at give patienterne et markant kvalitetsløft indenfor den nuværende budgetramme, men det kræver en stor administrativ indsats, før vi når i mål. Der er store ændringer på vej.

## Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Nyt lægespeciale i akutmedicin.  
<https://www.sst.dk/da/nyheder/2017/nyt-laegespeciale-i-akutmedicin>, 16.02.2018.
2. Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i akutmedicin.  
<https://www.sst.dk/da/uddannelse/speciellaeger/maalbeskrivelser/~media/22E2194DF62B4B39ACA35B23C951F040.ashx>, 16.02.2018.
3. Akutlægens rolle.  
[https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=226&v=FVM6lPgVABM](https://www.youtube.com/watch?time_continue=226&v=FVM6lPgVABM), 16.02.2018.