



Pixi

Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats



Indhold

1	Formål & baggrund	5
2	Udfordringer og muligheder i den akutte sundhedsindsats	7
	2.1 Nye behov i den akutte sundhedsindsats	7
	2.2 Temaer for fremtidig tilrettelæggelse af den akutte sundhedsindsats	10
3	Oversigt over anbefalingerne	13
	3.1 Sammenhængende og enstrengt visitation	13
	3.2 Kvalitet og sammenhæng i patientforløbet	15
	3.3 Vidensdeling	21
	3.4 Forskning og udvikling.....	21



1

Formål & baggrund

Sundhedsstyrelsen udsendte i 2007 anbefalinger for den akutte sundhedsindsats i somatikken, og i 2009 fulgte anbefalinger for psykiatrien. Anbefalingerne har det seneste årti sat rammer og retning for udviklingen af den akutte indsats, både på sygehus og præhospitalt, i en periode, hvor struktur og opgavevaretagelse i sundhedsvæsenet i Danmark er blevet grundlæggende ændret.

Sundhedsvæsenet har udviklet sig de seneste årtier, og det har befolkningens behov for, og forventninger til, indsatser i sundhedsvæsenet også. Samtidig er der kommet nye teknologiske muligheder til. Sundhedsvæsenet er et andet sted i dag, med nye sygehusbyggerier der løbende tages i brug, en revideret specialeplan, og en ny faglig kompetence i akutmedicineren som forventes at spille en central rolle i den akutte sundhedsindsats. Samtidig er der en stigende kompleksitet i opgaverne i det primære sundhedsvæsen, med et generelt øget krav til kompetencer og sammenhæng, samtidig med at kommunerne har opgraderet indsatsen med bl.a. akutfunktioner i den kommunale sygepleje. På den baggrund finder Sundhedsstyrelsen, at det er nødvendigt igen at gennemgå sundhedsindsatsen ved akut sygdom og skade i sin helhed - på tværs af hele sundhedsvæsenet.

Hensigten med de nye anbefalinger er at tegne et perspektiv for de næste ti års udvikling på området, og formålet med anbefalingerne er at opstille forudsætninger, krav og anbefalinger, der inden for de nuværende rammer i sundhedsvæsenet i det kommende årti skal bidrage til, at alle patienter med behov for en akut sundhedsindsats oplever en høj og ensartet kvalitet uanset geografi, at der opleves sammenhæng i sundhedstilbuddene på tværs af faglighed og sektorgrænser, samt at alle patienter ved behov oplever at få rette tilbud til rette tid på rette sted af rette kompetence.

Anbefalingerne er målrettet sundhedsprofessionelle, planlæggere og beslutningstagere, og erstatter de tidligere anbefalinger fra 2007 og 2009. Nærværende anbefalinger er ikke udtømmende og vil i relevant omfang blive fulgt op af blandt andet præciseringer af Sundhedsstyrelsens specialevejledninger, kompetencekrav til sundhedspersonale og øvrige specifikke anbefalinger for faglig organisering og indsats.



2

Udfordringer og muligheder i den akutte sundhedsindsats

De akutte sundhedstilbud har udviklet sig betydeligt det seneste årti inden for rammerne af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 og 2009, og samlet set har udviklingen medført en højere og mere ensartet kvalitet på tværs af landet.

Der er indført visitation af langt de fleste akutte patienter, modtagelsen af akutte patienter på sygehuset er blevet samlet og opkvalificeret, den præhospitale indsats er styrket og udbygget, og kommunerne har opkvalificeret blandt andet i forhold til at kunne indgå i samarbejdet om den akutte patient.

Aktiviteten på de enkelte akutsygehuse er høj, mens der er variation i organiseringen af visitationen og de akutte sundhedstilbud på tværs af landet. Der er fortsat enkelte anbefalinger, der ikke er opfyldt, enkelte der ikke længere er relevante, og andre der stadig er under implementering, ligesom der er kommet nye rammevilkår i sundhedsvæsenet af betydning for den fremadrettede akutte sundhedsindsats, som for eksempel tilpasning af sengekapaciteten på de nye akutsygehuse. Dertil kommer den gradvise indfasning af den nye speciallæge i akutmedicin, den styrkede indsats i den kommunale sygepleje blandt andet i regi af kommunale akutfunktioner samt styrkede kompetencer ved indførelse af nye specialuddannelser i borgernær sygepleje og i akutsygepleje, hvor der aktuelt er nedsat en arbejdsgruppe, der ser på opbygningen af specialuddannelsen i akut sygepleje.

Der er sket en udvikling i befolkningen, idet der er kommet flere ældre og flere med multisygdom, hvilket har betydning for karakteren af akut opstået sygdom i dag. Samtidig er der fortsat en række udfordringer i den akutte sundhedsindsats, som bør adresseres for at sikre en sammenhængende akut sundhedsindsats og lighed i behandling og indsatser for alle patienter i hele landet.

2.1 Nye behov i den akutte sundhedsindsats

Udviklingen med flere ældre, flere patienter med multisygdom herunder samtidig somatisk og psykisk sygdom, og mange kontakter i sundhedsvæsenet stiller nye krav til tilrettelæggelsen af den akutte sundhedsindsats. Herunder blandt andet i forhold til sikre, at de sundhedsprofessionelle har de rette kompetencer til at møde patienternes behov, og at de sundhedsprofessionelle på tværs af den akutte sundhedsindsats har gensidigt kendskab til og kan samarbejde på tværs. Modtagelse, pleje og pasning af denne gruppe patienter er tids- og ressourcekrævende selv ved korte indlæggelser, hvilket bør indgå i planlægningen af de akutte sundhedstilbud,

hvor der eksempelvis kan ses på faktorer som øget krav om tværfaglighed, fysiske rammer der muliggør skærmning og håndtering af demente og delirøse patienter. Dermed ændrer opgaven i den akutte sundhedsindsats karakter, hvilket stiller krav om tilpasning i alle led i den akutte sundhedsindsats.

Stort potentiale i det primære sundhedsvæsen

Det primære sundhedsvæsen har ændret sig i de foregående år. Kommunerne løser i dag en række sygeplejeopgaver til borgere med stadig mere komplekse behov på et højt fagligt niveau, og der er opkvalificeret både hvad angår kompetencer og kapacitet på sygepleje- og terapeut-siden. Der er et stort potentiale i at udvikle den kommunale sygepleje i relation til den akutte sundhedsindsats. Kommunerne og almen praksis er tæt på borgeren og kender ofte hele borgerens livssituation. Også borgere som på grund af sociale faktorer kan have det svært ved at få samme adgang til sundhedsfaglig behandling som andre. Opgaverne bliver i dag grebet forskelligt an i kommunerne, og løses på forskellig vis, ligesom de enkelte kommuner har et forskelligt grundlag for at skabe kvalitet i opgaveløsningen, blandt andet som følge af forskellige vilkår hvad angår størrelse, geografisk beliggenhed, demografi, afstand til sygehus og adgang til praktiserende læger og speciallæger. Opgaveløsningen i den kommunale sygepleje, herunder kommunale akutfunktioner, skal ses i sammenhæng med regionale akutklinikker og sygehusenes akutmodtagelser, den generelle udvikling i sygehusvæsenet og udviklingen i demografi og kronisk sygdom. Der er behov for fokus på at understøtte udviklingen af høj og ensartet kvalitet i de kommunale tilbud, og herunder også kommunernes adgang til lægefaglig rådgivning. Samtidig kan det overvejes, om flere opgaver kan løses i primærsektoren; det kan være i tværfaglige teams i et tværsektorielt samarbejde med speciallæge i almen medicin i et samarbejde med andre sundhedsprofessionelle som for eksempel sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, fysioterapeuter og psykologer.

Ændrede sygehusstilbud

Opgaven på sygehusene har ændret sig igennem de sidste 15-20 år med en udvikling mod øget centralisering og specialisering. Fokus har været på at nedbringe ventetider, øge behandlingskvalitet inden for eksempelvis kræft- og hjerteområdet blandt andet med etablering af pakkeforløb på kræftområdet, specialeplanlægning og fokus på styrkede patientrettigheder. Med diagnostiske centre, bedre adgang til diagnostiske ydelser for almen praksis og nye faglige og teknologiske muligheder er der flere patienter, der udredes. Samtidig er patienterne indlagt i kortere tid, der ses en stigende andel ambulante forløb på sygehusene, og der er samlet set dimensioneret med væsentligt færre sengepladser i de nye sygehusbyggerier. Samlet set stiller det krav om større effektivitet og anden opgaveløsning, og det indebærer nye krav til tilrettelæggelsen af den akutte sundhedsindsats.

Variation i visitation og akutte tilbud

På trods af anbefalingen om en enstrengt visitation kan den akutte patient fortsat opleve mange forskellige indgange til det akutte sundhedstilbud og mange forskellige kompetencer i visitationen. Der er på tværs af landet en variation i brug af visitation ved akut opstået eller forværret psykisk sygdom. Der er stor variation i tilrettelæggelse og bemanning af lægevagt og Akuttefonen 1813. I den samlede indsats for patienter med akut opstået eller forværret sygdom på tværs af sektorer er der formentlig et uforløst potentiale i de samlede ressourcer og kompetencer på tværs af aktører og fagligheder, og rammer og redskaber kan udvikles til at sikre en bedre visitation til og sammenhæng i tilbuddene.

Styrkelse af den præhospitale indsats i takt med udviklingen af sygehuse

Med den igangværende udvikling i sundhedsvæsenet og den fortsatte centralisering og specialisering af akutsygehuse, er der fortsat behov for at styrke og opkvalificere den præhospitale indsats. Udviklingen ses eksempelvis i forhold til, at nogle patientgrupper, såsom patienter med akut behov for ballonudvidelse, præhospitalt skal visiteres til behandling på akutsygehuse med særlige kompetencer. Der ses et stigende behov for, at det præhospitale personale har kompetencer og udstyr til specialiseret diagnostik og behandling på skadested og i hjemmet, så patienterne sikres kvalificeret og hurtig behandling og transport ved akut opstået sygdom og skade.

Uensartet organisering på tværs af landet

På tværs af landet og på tværs af sektorer er der variation i akutte sundhedstilbud, både i forhold til organisering, kompetencer, og hvad man kalder de forskellige tilbud, hvilket kan gøre det svært for patienten at vide, hvad man kan forvente. Akutsygehuse er eksempelvis af meget forskellig størrelse med forskelligt befolkningsunderlag og varierende bemanding og specialisering jf. bilag 6 i bilagsrapporten. Den præhospitale indsats er organiseret forskelligt blandt andet i forhold til brugen af paramedicinere, akutlæger og akutbiler på tværs af landet. Der er stor variation i, hvordan de regionale ambulante akuttilbud betegnes, bemandes og tilbydes på tværs af landet, og det varierer, hvordan de kommunale akutfunktioner er implementeret og udbygget inden for rammerne af de nationale kvalitetskrav til kommunale akutfunktioner.

Modtagelsen af den akutte patient på sygehuset

Sideløbende med etablering af de fælles akutmodtagelser på landets sygehuse, er der i varierende grad fortsat udvalgte patientgrupper, som modtages akut uden om den fælles akutmodtagelse, uden at der er fælles nationale principper herfor. Det kan være ved modtagelse i separate akutmodtagelser, som det eksempelvis gælder børn, fødende, og patienter med psykisk sygdom. Eller det kan handle om klart definerede afgrænsede patient- eller sygdomsgrupper, der modtages direkte på relevant sygehusafdeling, eksempelvis skader, patienter med akutte hjerteproblemer og patienter med apopleksi.

Fra akutmodtagelse til akutsygehus

Opgaven der skal løses ændrer karakter, og der er nu også et andet behov for at se på det samlede akutsygehus, herunder organiseringen af de lægefaglige specialer, samarbejdet på akutsygehuset, sygehusenhed, sygehusafdeling og sygehusmatrikel, og somatik og psykiatri. Landets akutsygehuse varierer i forhold til bemanding, tilstedeværelse af specialer, faciliteter, specialfunktioner mm., og der er behov for at se på de overordnede principper for akutsygehuset.

Ny speciallæge i front

Bemandingen har ændret sig markant på akutmodtagelserne, men det kan samtidig konstateres, at der ikke alle steder er samme tilrettelæggelse af fremmødekravet i forhold til de forskellige speciallæger. Princippet med "speciallægen i front" er kun lykkedes delvist og er blandt andet en udfordring på flere af de psykiatriske akutmodtagelser. Samtidig kommer der i de kommende år en speciallæge i akutmedicin, og dermed en ny speciallæge i akutmodtagelsen der med en generalistbaggrund kommer til at varetage en væsentlig rolle, ligesom der gradvist vil blive uddannet flere specialsygeplejersker i borgernær sygepleje, og der arbejdes hen imod en national uddannelse i akutsygepleje. Det stiller krav om fornyet blik på kompetencerne i akutmodtagelsen og på akutsygehuset, herunder fremmødekrav til øvrige akutte specialer, organisering mm.

Indsatsen til patienter med psykisk sygdom

Indsatsen til patienter med psykisk sygdom halter fortsat efter indsatsen til patienter med somatisk sygdom. På det akutte område ses det, at bemanning, kompetencer, adgang til somatisk udredning og udstyr i den psykiatriske akutmodtagelse er væsentlig forskelligt i forhold til det faglige niveau i den fælles (somatiske) akutmodtagelse. Det samme gør sig gældende i de kommunale akutfunktioner, der ikke dækker patienter med psykisk sygdom.

Deling af viden på tværs af patientforløbet

I det enkelte patientforløb kan patienten møde en række sundhedsprofessionelle lige fra kommune, almen praksis, sygehus og den præhospitale indsats, men der er fortsat en række udfordringer i forhold til, at sundhedspersoner kan dele viden om patienten og sikre, at data fra ét led i den akutte sundhedsindsats automatisk overføres til næste led.

Forskning og udvikling

Kvaliteten i sundhedsvæsenet udvikles gennem evaluering, kvalitetsudvikling og forskning, men der savnes i den akutte sundhedsindsats systematisk fælles valide data på tværs af aktiviteten på sygehus, i det præhospitale, almen praksis og den kommunale sygepleje, hvor der kun er robust dataindsamling og kvalitetsarbejde på udvalgte områder i den regionale opgaveløsning.

2.2 Temaer for fremtidig tilrettelæggelse af den akutte sundhedsindsats

Den fremadrettede tilrettelæggelse af den akutte sundhedsindsats skal tage udgangspunkt i den forbedrede indsats, der er blevet bygget op det sidste årti, og skal bidrage til, at patienter med et akut sundhedsproblem sikres en indsats af høj kvalitet, der er effektivt tilrettelagt, bidrager til lighed i sundhed, og som opleves som sammenhængende på tværs af sundhedsvæsenet. Der tages udgangspunkt i den nuværende lovbestemte opgavevaretagelse mellem regioner, kommuner, praksissektor og andre aktører, og anbefalingerne har således ikke sigte på en grundlæggende ændret opgavevaretagelse, ligesom der heller ikke pålægges nye opgaver på nuværende tidspunkt. Med udgangspunkt i dette beskrives udfordringer og muligheder inden for følgende fire temaer:

1. Sammenhængende og enstrenget visitation
2. Kvalitet og sammenhæng i patientforløbet
3. Vidensdeling
4. Forskning og udvikling



3

Oversigt over anbefalingerne

3.1 Sammenhængende og enstrengt visitation

Den borgerrettede visitation til de akutte sundhedstilbud er ikke entydig og enstrengt, og for befolkningen er det ikke nødvendigvis tydeligt, hvem de skal kontakte ved akut opstået sygdom og skade. Tilsvarende er det ikke entydigt, hvilke kompetencer man som patient bliver mødt med i den telefoniske visitation, hvor man kan møde både sygeplejerske, speciallæge i almenmedicin og andre læger.

Hvis patienten efter den primære kontakt har behov for indsats på sygehus eller i kommunal sygepleje, er der ikke nødvendigvis opbygget et systematisk samarbejde mellem de forskellige led i den efterfølgende sundhedsprofessionelle visitation – præhospitalt, sygehus og kommune. Generelt er der i dag mange forskellige modeller for samarbejde og integration af de visiterende led til det akutte sundhedsvæsen. Eksempelvis organisatorisk og fysisk samarbejde og samlokalisering eller alene fysisk samlokalisering uden systematisk etableret samarbejde og sammenhæng mellem de forskellige visiterende led eller mellem de visiterende led og de relevante akutte sundhedstilbud.

Der er i dag i alle regioner indført visiteret adgang for patienter til de akutte somatiske sygehuse, mens der for patienter med akut opstået eller forværret psykisk sygdom er betydelig variation på tværs af landet.

Organiseringen af visitationen kan betyde, at der ikke sikres tilstrækkelig viden og kendskab til de øvrige aktørers organisering, arbejdsgange og sundhedstilbud. Det kan være en hindring for aktørerne i forhold til at målrette og samarbejde om en sammenhængende indsats for patienten og at se samlet på hele paletten af de forskellige akutte sundhedstilbud for dermed at sikre, at patienten tilbydes den rette indsats på rette niveau til bedst gavn for patienten. Endvidere kan patienten opleve manglende tilgængelighed.

På den baggrund anbefales det:

1 **Styrket samarbejde i den borgerrettede visitation**

At den borgerrettede telefoniske visitation ved akut opstået sygdom og skade, som i dag er organiseret i lægevagtsordninger/regionale akuttelefoner, kommunale funktioner og AMK-vagtcentraler, styrkes ved en større grad af samarbejde og kendskab til hinandens tilbud samt ved eventuel samlokalisering i fælles visitations- og vagtcentraler. Disse kan samle både 112-opkald vedrørende akutte livstruende tilstande og 113-opkald vedrørende øvrige henvendelser på sundhedsområdet (aktuelt opkald til lægevagt/Akuttelefonen 1813 mm.). Hvis opgaven vedrørende 113-opkald ikke samlokaliseres med den øvrige borgerrettede visitation, vil det være hensigtsmæssigt, at de i stedet placeres sammen

med akutklinikker. Der kan også ses på, om samlokalisering og samorganisering kan bidrage til øget samarbejde også i relation til nogle kommunale funktioner, hvor de enkelte aktører og myndigheder bevarer opgaver fastlagt i love, aftaler m.v., men indgår i tæt samarbejde i fastlagte rammer.

2 Styrket samarbejde i den sundhedsfaglige visitation

At samarbejdet i den sundhedsfaglige visitation på tværs af udbydere og sektorer styrkes, således at borgeren får rette tilbud på tværs af de forskellige indsatser, uanset om der er tale om støtte til egenomsorg, kommunal sygepleje, konsultation i almen praksis, lægebesøg i hjemmet, fremmøde i regional akut- eller skadeklinik, sub-akut ambulansetid på sygehus eller indlæggelse. Rammerne for samarbejdet kan for eksempel styrkes gennem et meget tættere og mere formaliseret samarbejde mellem den sundhedsfaglige visitation med udgangspunkt i regionernes AMK-vagtcentraler, akutmodtagelsen, sygehusvisitation, og kommunal sygepleje, herunder kommunale akutfunktioner, med faste samarbejdsaftaler om smidig visitation på tværs af sektorer og etablering af fælles faglige undervisningstilbud. Potentialer i samlokalisering af visitationsenheder bør afprøves.

3 Styrket visitation af patienter med akut psykisk sygdom

At visitationen af patienter med akut opstået eller forværret psykisk sygdom styrkes, så der sikres sammenhæng i tilbuddet, og at patienten henvises til det rette behandlingstilbud på tværs af sektorgrænser, specialer m.v., herunder også patienter med samtidig psykisk sygdom og misbrug. Nationalt bør der udarbejdes fælles principper for visitation til psykiatriske akutmodtagelser og øvrige tilbud, som samtidigt sikrer, at der for særlige patientgrupper, situationer m.v. fortsat er mulighed for uvisiteret selvhenvendelse. Der kan med fordel etableres et tæt samarbejde mellem den akutte indsats i regionerne og den psykosociale indsats i kommunerne eksempelvis via sundhedsaftalerne.

4 Kompetence i den borgerrettede telefoniske visitation

At den borgerrettede telefoniske visitation i vagttid vedrørende somatisk og psykisk sygdom, der ikke er livstruende og tidskritisk, med fordel kan varetages i et tæt tværfagligt samarbejde, som både omfatter speciallæger i almen medicin, eller speciallæger med tilsvarende kompetencer, samt sygeplejersker med relevant erfaring og kompetencer.

5 Kompetence i den telefoniske visitation på AMK-vagtcentralen

At AMK-vagtcentralernes borgerrettede telefoniske visitation ved tidskritiske tilstande varetages af sundhedsfaglige visitatorer med særlige kompetencer, og med mulighed for lægefagligt backup fra speciallæger med relevante kompetencer. Derudover skal AMK-vagtcentralen i relevant omfang have umiddelbar adgang til speciallæge med erfaring og særlige kompetencer i præhospital indsats (præhospital akutlæge) der kan varetage operativ ledelse og koordinering ved større hændelser.

6 Kvalificering ved særlige sygeplejekompetencer

At kommunen ved akut forværring af sygdom eller funktionsniveau hos borgere, der modtager kommunal sygepleje, inddrager særlige sygeplejekompetencer fra eksempelvis akutfunktioner før eventuel kontakt til andre dele af den borgerrettede visitation. Herunder til vurdering af, om der er tale om problemstillinger, som kan håndteres af sygeplejen inden for allerede fastlagt behandlingsplan og til kvalificering af den sygeplejefaglige vurdering af borgerens tilstand før videre kontakt.

7 Tilgængelighed i den borgerrettede telefoniske visitation

At den borgerrettede telefoniske visitation tilrettelægges mest hensigtsmæssigt i forhold til at sikre tilgængelighed og ressourceanvendelse, herunder ved afprøvning af mulighed for at angive særligt behov ("akutknop") med henblik på prioriteret adgang.

3.2 Kvalitet og sammenhæng i patientforløbet

For at sikre høj kvalitet og effektivitet i patientforløbet for den akutte patient skal den samlede akutte sundhedsindsats ses i en helhed på tværs af sektorer, tilbud og fagpersoner. Det skal være entydigt, hvilke sundhedsindsatser man kan forvente som akut patient, og indsatserne skal være af høj faglig kvalitet og lige for alle.

Sundhedsvæsenet og dets rammevilkår udvikler sig løbende. Den demografiske udvikling med flere ældre, og ændringer i sygdomsmønstre med flere mennesker med multisygdom udgør et stigende pres i behovet for sundhedsydelse. En tiltagende specialisering i sundhedsvæsenet indebærer endvidere ofte mere komplekse og opsplittede forløb parallelt med en samtidig øget forventning om sammenhæng i patientforløbene fra patienters og pårørendes side.

Antallet af sygehuse, der modtager akutte patienter, er efter hensigten reduceret, og der er etableret fælles akutmodtagelser på akutsygehuse. Der er igangsat en bygningsmæssig fornyelse af sygehusvæsenet, ikke mindst muliggjort af ekstraordinære anlægsmidler fra staten. De nye akutsygehuse er samtidig dimensioneret med færre sengepladser i forventning om mere effektiv udnyttelse af sengekapaciteten.

Der er i dag mange forskellige former for akutte sundhedstilbud uden for sygehus. Der er variation i kompetencer og indhold i de forskellige tilbud, og der er behov for at etablere et fra borgerens synsvinkel gennemsigtigt system, så det er mere entydigt, hvad man kan forvente hvis man bliver akut syg.

Kommunerne har fået en større opgave og rolle i sundhedsvæsenet og har opkvalificeret kompetencemæssigt og i organisering af indsatsen. Samtidig skal kommunerne håndtere patienter med mere komplekse og svære problemstillinger end tidligere, både hvad angår psykisk og somatisk sygdom. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at man med fordel kan bygge videre på og styrke kommunernes rolle.

Manglende sammenhæng er en udfordring for kvaliteten i den akutte indsats fx for patienter med multisygdom, herunder patienter med både psykisk og somatisk sygdom, der har mange kontakter, aftaler og indsatser i forskellige dele af sundhedsvæsenet.

På den baggrund anbefales det:

8 Ensartet organisering i akutklinikker og skadestudier

At lægebemandede almen medicinske konsultationer, som i vagttid varetager akut opstået og forværret sygdom samt mindre skader m.v., som ved telefonvisitation vurderes ikke at kræve sygehusbehandling, men som heller ikke vurderes at kunne vente til en indsats næste hverdag i almen praksis eller ved sygehusambulatorium, i fremtiden bør benævnes 'akutklinik'.

Sygeplejebemandede behandlingssteder som udelukkende varetager behandling af visiterede småskader uden lægelig tilstedeværelse bør benævnes 'skadeklinik'. Betegnelsen 'skadestue' bør forlades, da den kan skabe uklarhed om tilbud og kompetenceniveau.

9 Kompetencer og lokalisering af akutklinikker

At behandlingen på akutklinikker varetages af speciallæger i almen medicin eller læger med tilsvarende kompetencer i samarbejde med sygeplejersker, gerne med uddannelse inden for det akutmedicinske område, og andre relevante faggrupper med særlig kompetence. Ved inddragelse af øvrige speciallæger til varetagelse af almen medicinske konsultationstilbud i vagttid, herunder til skader, særlige patientgrupper som børn m.v., skal dette være velbegrundet, og ske under hensyntagen til den mest hensigtsmæssige opgavevaretagelse og ressourceanvendelse i det samlede sundhedsvæsen. For at sikre tæt samarbejde med mulighed for deling af udstyr, kompetencer og ressourcer, og for hurtig og let videre visitation, kan akutklinikker med fordel placeres på akutsygehuse samlokaliseret med akutmodtagelser. Modeller med fælles data- og kvalitetsorganisation, enstrengt ledelse m.v. bør udvikles og afprøves. For akutklinikker, der placeres uden for akutsygehuse af hensyn til for eksempel geografisk bredde i tilbud, bør der sikres faste samarbejdsaftaler med akutsygehus, så der sikres hurtig overflytning dertil ved behov for indlæggelse til sygehusbehandling.

10 Styrket samarbejde omkring almen medicinske tilbud i vagttid

At samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og de almen medicinske tilbud i vagttid styrkes og udvikles, herunder muligheden for at der indgås nærmere aftaler om samarbejdet i relation til eksempelvis sygebesøg.

11 Disponering af præhospital akutlæge

At der for patienter med tidskritiske tilstande, herunder hjertestop, hovedtraume og andre svære traumer, sikres hurtig adgang til præhospital behandling, visitation og triage ved præhospital akutlæge. Den præhospital akutlæge kan disponeres til skadested med akutlægebil eller med akutlægehelikopter, der regionalt bør planlægges på baggrund af nationale faglige principper som blandt andet tager hensyn til geografi, trafikforhold, befolkningstæthed, sygdoms- og skademønstre, samt biler og helikopteres indbyrdes placering.

12 Anvendelsen af akutlægehelikopter

At akutlægehelikopterne fortsat prioriteres til tidskritiske tilstande og skader, men fremover også kan bruges i udvalgte tilfælde ved akutte og sub-akutte overflytninger mellem sygehuse til kritisk syge patienter, der har behov for behandling på højere specialiseringsniveau, og hvor tidsfaktoren er vigtig.

13 Styrke robustheden og paramedicinerens rolle i det samlede akutsystem

At uddannelserne til ambulancebehandler på sigt evalueres med fokus på opnåede kompetencer, rekruttering, fastholdelse, karriereudviklingsmuligheder m.v. Evalueringen bør perspektiveres i forhold til både den faglige og teknologiske udvikling på det præhospital område og den generelle udvikling i sundhedsvæsenet, herunder paramedicineres muligheder for videre karriereforløb i sundhedsvæsenet. Som opfølgning på evalueringen bør Sundhedsstyrelsen sammen med relevante myndigheder og aktører drøfte behov og muligheder for at styrke paramedicinerens rolle, herunder undersøge, hvordan man kan sikre udvikling og løft af kompetence. I den forbindelse bør det vurderes, om

der på sigt skal ske justeringer i uddannelsen, herunder yderligere styrkelse af efter- og videreuddannelsen til paramediciner.

14 Regionale tilbud til patienter med psykisk sygdom

At regionerne i vagttid etablerer rådgivende og evt. udgående funktioner med særlige sundhedsfaglige kompetencer i forhold til akut indsats til patienter med psykisk sygdom i risiko for akut indlæggelse eller tvangsindlæggelse med henblik på at styrke en tidlig og tilgængelig indsats.

15 Krav og anbefalinger til kommunal sygepleje og kommunale akutfunktioner

At der på tværs af landet sikres fortsat udvikling af den kommunale sygepleje i forhold til at indgå i samarbejdet omkring den akutte patients forløb. Erfaringer med implementering af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder fra 2017 skal vurderes med henblik på en opdatering af anbefalingerne, herunder i forhold til om der skal etableres bindende krav fx således, at alle kommuner skal kunne tilbyde indsatser i kommunale akutfunktioner ved selv eller i samarbejde med andre kommuner at etablere kommunale akutfunktioner. Derudover bør det sundhedsfaglige tilbud i de kommunale akutfunktioner på sigt også kunne omfatte andre problemstillinger end de rent somatiske, og der bør sikres samarbejde med den kommunale psykosociale indsats, ligesom der bør sikres ensartet mulighed for lægefaglig rådgivning til alle kommuner. Det vil desuden være hensigtsmæssigt at se på, hvordan den samlede kommunale sygepleje kan rustes i varetagelsen af den komplekse sygepleje for dermed at give kommunerne bedre muligheder for at agere i den akutte sundhedsindsats.

16 Samarbejde mellem regionale og kommunale akuttilbud

At samarbejdsformer mellem regionale akuttilbud og den kommunale sygepleje, herunder akutfunktioner opbygges og udvikles, eksempelvis på baggrund af læring fra erfaringerne med fremskudt kommunal visitation på akutsygehuset, tværsektoriel kompetenceudvikling, fælles retningslinjer og kommunikationsveje mellem regionale og præhospital organisationer og den kommunale sygepleje. Samt at der sikres klare retningslinjer og tydelig kommunikation om, hvem der har det lægelige behandlingsansvar for patienten.

17 Akutsygehusets opgaver

At et akutsygehus som varetager både **somatik og psykiatri** døgnet rundt skal kunne modtage patienter med alle typer af skade, herunder traumer som kan håndteres på hovedfunktionsniveau, samt akut opstået eller forværret sygdom, fraset udvalgte tilstande som præhospitalt skal visiteres direkte til andet akut- eller traumesygehus med relevante specialfunktioner.

At et **somatisk akutsygehus** døgnet rundt skal kunne modtage patienter med alle typer af somatisk skade, herunder traumer som kan håndteres på hovedfunktionsniveau, samt akut opstået eller forværret somatisk sygdom, fraset udvalgte tilstande som præhospitalt skal visiteres direkte til andet akut- eller traumesygehus med relevante specialfunktioner

At et **psykiatrisk akutsygehus** døgnet rundt skal kunne modtage alle patienter med akut opstået eller forværret psykisk sygdom samt patienter med psykisk belastning, der kræver akut intervention.

Børn og unge under 18 år med akut opstået eller forværret psykisk sygdom bør kun modtages på sygehusematrikler med børne- og ungdomspsykiatri.

At alle akutsygehuse skal:

- kunne sikre umiddelbar diagnostik og behandling på speciallægeniveau for alle akutte patienter. For psykiatriske akutsygehuse skal umiddelbar diagnostik og behandling varetages af relevante lægelige kompetencer
- have faciliteter og kompetencer til at stabilisere patienter, at sikre relevant umiddelbar udredning og diagnostik, at iværksætte og behandle intensivt og til at udføre livreddende og førlighedsbevarende behandling
- have klare procedurer for overdragelse og samarbejde:
 - fra akutmodtagelse til relevant specialafdeling, uanset om det er på samme eller anden matrikel
 - til akutmodtagelse fra andre dele af sygehuset og specialsygehuse, hvis der opstår behov herfor
 - fra akutmodtagelse til kommunalt tilbud
 - mellem henholdsvis psykiatrisk akutmodtagelse og de psykiatriske specialer og somatisk akutmodtagelse og somatiske specialer i øvrigt
- tilbyde den specielle pleje og behandling, der skal ydes til ældre og skrøbelige patienter i form af eksempelvis rolige omgivelser og kendskab til ældres ændrede klinik og behov i forbindelse med behandling.

18 **Befolkningsunderlag for akutsygehuse 200.000 - 400.000**

At akutsygehuse, både somatiske og psykiatriske, fortsat skal planlægges ud fra et befolkningsunderlag på 200.000 - 400.000 borgere for så vidt angår hovedfunktionsniveau. På baggrund af faglige, driftsmæssige og geografiske forhold kan det være hensigtsmæssigt at planlægge akutte hovedfunktioner med et større befolkningsunderlag end 400.000. For udvalgte grupper af patienter med akut opstået sygdom eller skade med en vis kompleksitet, sjældenhed og særlige krav til kompetencer og ressourcer skal funktioner på akutsygehuse planlægges ud fra et større befolkningsunderlag, som fastlægges i Sundhedsstyrelsens specialeplan.

19 **Befolkningsunderlag under 200.000**

At hvor helt særlige geografiske forhold gør det nødvendigt og fagligt hensigtsmæssigt at kunne modtage patienter med akut opstået eller forværret sygdom eller skade til sygehusbehandling, kan akutsygehuse, både somatiske og psykiatriske, undtagelsesvist planlægges med befolkningsunderlag mindre end 200.000. Disse mindre akutsygehuse med særlige geografi forventes ikke at have fuld bredde i kompetencer og vagtberedskaber, og skal derfor indgå i et fastlagt samarbejde med et eller flere større akutsygehuse med henblik på at sikre optimal præhospital visitation samt understøttelse af varetagelsen af akutfunktioner.

20 **Krav til traumesygehuse**

At traumesygehuse skal kunne modtage alle typer af akut opstået somatisk sygdom og skade, også tilstande hvor kompleksitet, sjældenhed, kompetencer, ressourcer m.v. tilsi-ger behandling på højt specialiseret niveau, fraset enkelte funktioner der i henhold til den gældende specialeplan er samlet ét eller få steder i landet som eksempelvis replantation af afrevne fingre, børnehjertekirurgi, trykkammerbehandling m.v. Da terminologien

omkring traumefunktioner er uklar, og der kan være behov for præcisering af krav til kompetencer og robusthed, skal relevante specialevejledninger revideres.

21 Visiteret modtagelse til akut sygehusbehandling

At modtagelse til sygehusbehandling af patienter med skader, eller med akut opstået eller forværret sygdom, både psykisk og somatisk, skal være visiteret. For udvalgte patientgrupper og tilstande, for eksempel fødsel, akut forværring af kendt sygdom, selvmordsforsøg, seksuelle overgreb m.v. kan selvvisitation være hensigtsmæssigt, og der bør foreligge klare retningslinjer og patientinformation eksempelvis for brug af jordemoder-telefon, åbne indlæggelser, brugerstyrede senge m.v.

22 Akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse på akut sygehus

At alle patienter med akut opstået eller forværret sygdom eller skade skal modtages i en fælles akutmodtagelse på akutsygehuset. Dog kan det for udvalgte patientgrupper, for eksempel kvinder i fødsel, præhospitalt diagnosticeret akut koronarsygdom, eller indlæggelse med tvang i henhold til psykiatriloven, være relevant med modtagelse direkte på specialafsnit, og der bør foreligge klare procedurer samt relevant patientinformation fx for brug af jordemoder-telefon, åbne indlæggelser, brugerstyrede senge m.v. I akutmodtagelsen bør der sikres omgivelser, som tager hensyn til forskellige typer patienters behov, herunder eksempelvis børn og ældre medicinske patienter. Specialsygehuse kan dog i begrænset omfang varetage behandling af akut opstået sygdom og skade. Se også anbefaling 23.

23 Modtagelse af udvalgte patienter på specialsygehuse

At patienter med medicinske sygdomme i et vist omfang kan modtages akut på specialsygehuse, dog kun for visiterede patientgrupper til fagligt velbegrundede funktioner fx patienter med åben indlæggelse, patienter med kendt medicinsk sygdom eller patienter i palliativt forløb. Der kan herudover i mindre omfang modtages visiterede akutte medicinske patienter med nyopstået sygdom, dog aldrig såfremt det drejer sig om børn eller ved mistanke om sygdom, der er defineret som en specialfunktion fx mistanke om meningitis, sepsis mv. Såfremt der modtages akutte patienter på specialsygehus, skal der være adgang til relevante lægefaglige specialer med mulighed for assistance fra speciallæge i anæstesiologi umiddelbart. Derudover skal der foreligge klare visitationsretningslinjer og en fast samarbejdsaftale med et akutsygehus.

24 Krav til assistance i akutmodtagelsen

At der i den **fælles akutmodtagelse** på et somatisk akutsygehus eller et akutsygehus, der varetager både somatik og psykiatri, altid skal være mulighed for assistance umiddelbart af speciallæge med særlige kompetencer og erfaringer i vurdering, stabilisering og opstart af initial udredning og behandling af patienter med skade samt akut opstået eller forværret sygdom. Disse kompetencer opfyldes af det nye speciale i akutmedicin, og af andre speciallæger med relevant erfaring og kompetencer. I den fælles akutmodtagelse skal der desuden sikres nødvendige kompetencer hos øvrigt sundhedspersonale, herunder terapeuter mfl., samt sygeplejersker med særlige kompetencer og erfaring i initial vurdering, pleje og behandling af akutte patienter, der på sigt opfyldes af ny specialuddannelse i akutsygepleje. Såfremt der er tale om en somatisk akutmodtagelse, skal der derudover etableres faste aftaler for samarbejdet med den psykiatriske akutmodtagelse.

Krav til assistance på akutsygehuset er beskrevet i anbefaling 26, 27 og 28.

25 Krav til assistance i psykiatrisk akutmodtagelse

At der hvor det ikke er geografisk muligt at samlokalisere somatik og psykiatri, på den **psykiatriske akutmodtagelse** skal sikres assistance umiddelbart af relevante lægeli-ge kompetencer til at sikre vurdering, stabilisering og opstart af initial udredning og behandling af patienter med psykisk sygdom, som kræver akut intervention, samt akut opstået eller forværret psykisk sygdom. Det skal derudover være mulighed for at få assistance inden for kort tid af speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri. I den psykiatriske akutmodtagelse skal der desuden sikres nødvendige kompetencer hos øvrigt sundhedspersonale, herunder terapeuter mfl., samt sygeplejersker med særlige kompetencer og erfaring i initial vurdering, pleje og behandling af akutte psykiatriske patienter. Der skal derudover etableres faste aftaler for samarbejdet med den somatiske akutmodtagelse.

26 Krav til assistance på somatisk akutsygehus

At der på **akutsygehuset med somatiske funktioner** altid skal være mulighed for assistance umiddelbart af speciallæger i anæstesiologi, i ét af de ni specialer inden for intern medicin, kirurgi, samt i pædiatri og gynækologi-obstetrik, hvis disse to specialer varetages på matriklen. Ved modtagelse af børn bør der være mulighed for assistance fra plejepersonale uddannet til at varetage børns behov. Der skal være mulighed for assistance inden for kort tid fra intern medicin: kardiologi; såfremt akutsygehuse med særlig geografi, ikke har mulighed for dette, skal der etableres formaliseret samarbejde med andet akutsygehus omkring telemedicinsk løsning, hvormed der sikres mulighed for direkte kontakt til speciallæge i intern medicin: kardiologi inden for kort tid. Som udgangspunkt skal der også være assistance umiddelbart af speciallæger i ortopædisk kirurgi, men lokalt kan der afviges herfra efter konkret vurdering af omfang og tyngde af skader, akutmedicinsk tilstedeværelse og kompetencer m.v., således at der er mulighed for assistance inden for kort tid. Skrøbelige ældre udgør en væsentlig andel af patienterne og kræver en særlig indsats og forløb. Det bør derfor tilstræbes, at der er adgang til tværfaglig geriatrisk ekspertise i dagtid alle ugens dage.

27 Krav til assistance på akutsygehus med både somatik og psykiatri

At der på **akutsygehuset med både somatiske og psykiatriske funktioner og med fælles akutmodtagelse** udover ovennævnte skal etableres faste aftaler for samarbejdet mellem akutmedicin og psykiatriske specialer, og det skal være muligt at få assistance inden for kort tid fra speciallæge i psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri på matrikler, hvor der modtages børn og unge med akutte psykiatriske problemstillinger.

28 Krav til assistance på psykiatrisk akutsygehus

At der på **akutsygehuset med psykiatriske funktioner** skal være mulighed for at få assistance inden for kort tid fra speciallæge i psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri på matrikler, hvor der modtages børn og unge med akutte psykiatriske problemstillinger.

29 Flow på akutsygehuset

At arbejdet på akutsygehuset døgnet rundt skal være tilrettelagt således, at der er tilstrækkelige kompetencer til faglig ledelse af patientflowet i akutmodtagelsen og på hele akutsygehuset, således at der sikres systematik i visitation og den bedst mulige udnyttelse af kapaciteten både i og uden for sygehus. Lokalt skal der ledelsesmæssigt sikres relevante aftaler om vagtberedskab og adgang til tilkald, disponering af sengekapa-citet, udskrivning m.v.

3.3 Vidensdeling

For at sikre visitation, diagnosticering og behandling af høj faglig kvalitet, er det en forudsætning, at nødvendig og relevant viden om den enkelte patient er tilgængelig for de sundhedsprofessionelle.

Dertil kommer, at begrænset tilgængelighed til tidstro data, udveksling af oplysninger og feedback på tværs af den akutte sundhedsindsats begrænser muligheden for at arbejde med kvalitetsudvikling og læring; både for den enkelte medarbejder og for organisationen. Der er stor variation i måden, hvorpå der arbejdes med kvalitetsudvikling og læring inden for og på tværs af den akutte sundhedsindsats, og begrænset mulighed hos en sundhedsprofessionel for at følge op på patientens videre forløb, når denne overgår til et andet led eller en anden sundhedsprofessionel, vanskeliggør muligheden for at lære af forløbet.

På den baggrund anbefales det:

30 Adgang til centrale patientoplysninger på tværs

At administrative, tekniske og organisatoriske forhold fortsat udvikles således, at sundhedspersonalet i den akutte sundhedsindsats umiddelbart kan tilgå centrale og kritiske patientoplysninger på tværs af sektorer, med inspiration fra gode erfaringer med FMK og Et Samlet Patientoverblik.

31 Sammenhæng mellem dokumentationssystemer

At der sikres større sammenhæng mellem de dokumentationssystemer, der anvendes i den sundhedsfaglige visitation, præhospitalt, på sygehuse, i kommunalt regi og almen praksis, så væsentlige informationer udveksles, herunder også elektronisk billeddokumentation.

3.4 Forskning og udvikling

Det er væsentligt for kvaliteten af den akutte sundhedsindsats, at der er et vedvarende fokus på generering og indsamling af data af høj kvalitet, som kan bidrage til at skabe viden om den akutte sundhedsindsats – ikke mindst kvaliteten – og understøtte forskning på området. Herudover er det væsentligt, at den akutte sundhedsindsats så vidt muligt tilrettelægges ud fra forskningsbaseret viden, så forskning er et vigtigt element i den fremadrettede kvalitetsudvikling.

Udviklingen på området har de sidste årtier også været understøttet af en betydelig udvikling og anvendelse af nye teknologiske løsninger, herunder brug af elektroniske patient- og omsorgsjournaler både præhospitalt, på sygehus, i praksissektor og i kommunerne. Telemedicinske løsninger anvendes til at understøtte hurtig og specialiseret vurdering og diagnostik i alle led fra skadested til operationsstue.

På den baggrund anbefales det:

32 Styrket anvendelse og kvalitet af data på tværs af sektorer

At anvendelsen og kvaliteten af data styrkes på tværs af sektorer, herunder også kommuner og almen praksis, samt at relevante kvalitetsdatabaser udvikles og styrkes med henblik på at sikre national kvalitetsudvikling i det sammenhængende patientforløb.

33 Styrket udvikling og implementering af nye teknologier

At udvikling og implementering af nye teknologier styrkes i alle led i den akutte indsats. Herunder styrkelse af videnscentre, forsknings- og innovationsmiljøer, ved etablering af netværk på tværs af land og sektorer, samt ved hurtig vurdering og implementering af teknologiske løsninger, der kan øge kvaliteten.

Pixi

Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats

© Sundhedsstyrelsen, 2020.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-218-2

Sprog: Dansk

Version: 1

Versionsdato: 9. oktober 2020

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Oktober 2020

Foto:

Sundhedsstyrelsen (forside, side 4 og 6)

Line Bloch Klostergaard, Region Nordjylland (side 12)

Layout: 4PLUS4.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle   