

Akutberedskabet
BILAG 4

OPLÆG OM GENNEMGANG AF AKUTBEREDSKABET

På første møde i det rådgivende udvalg for specialeplanlægning den 5. april 2006 blev det besluttet, at Sundhedsstyrelsen til udvalgets møde den 19. maj 2006 skulle udforme et oplæg til, hvordan en gennemgang af akutmodtagelser konkret kan gennemføres og sammenhængen til de enkelte specialegen- nemgange.

I det følgende benyttes termen akutberedskab, som skal understrege, at gennemgangen fokuserer på den samlede akutindsats, inklusive den præhospitale indsats og sygehusenes akutmodtagelser. Termen (fælles) akutmodtagelse benyttes som betegnelse for den konkrete lokalitet på et sygehus, der modtager patienter, som har været udsat for ulykke eller pludselig opstået sygdom, og som kræver umiddelbar diagnostik og/eller behandling.

1. Baggrund og formål

Sundhedsstyrelsen finder, at der som led i den nationale specialeplanlægning er behov for at foretage en gennemgang af akutberedskabet, herunder den præhospitale indsats og akutmodtagelser på sygehusene, forud for gennemgangen af de enkelte specialer.

Baggrunden herfor er, at konkrete anbefalinger for akutberedskabet, dvs. den præhospitale indsats og sygehusenes akutmodtagelser, vil have stor betydning for, hvordan tilrettelæggelsen af hovedfunktioner og specialiserede funktioner i de enkelte specialer kan foregå i praksis. En gennemgang af akutberedskabet giver mulighed for at vurdere de samlede forudsætninger og konsekvenser, hvorimod de samlede konsekvenser af en gennemgang af de enkelte specialer først kan vurderes på et langt senere tidspunkt.

Gennemgangen skal fokusere på modtagelse af akutte patienter på sygehuse og den præhospitale indsats og opstille anbefalinger hertil, ligesom forudsætninger og konsekvenser skal belyses, herunder for alarmering/aktivering af systemet.

For så vidt angår den præhospitale indsats vil de afledte anbefalinger herom være et væsentligt element i planlægningen af akutberedskabet, ligesom et udbygget præhospitalt beredskab kan medvirke til at fremme den generelle accept af den forventede reduktion i antallet af akutmodtagelser på sygehuse.

2. maj 2006

j.nr. 0-203-01-50/1/MGR

Enhed for Planlægning

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 72 22 74 00
Fax 72 22 74 05
E-post info@sst.dk

Dir. tlf. 7222 7699
E-post efp@sst.dk

Fokus i gennemgangen bør være hovedfunktionsniveau. Derimod er det vurderingen, at det specialiserede akutberedskab bør gennemgås sammen med de relevante specialer, idet det specialiserede beredskab generelt er tæt knyttet til givne specialer (fx neurokirurgi, thoraxkirurgi, neurologi og kardiologi).

Ovenstående fokus på hovedfunktioner indebærer, at gennemgangen vil resultere i en række anbefalinger til regionernes planlægning af det fremtidige akutberedskab. Sundhedsstyrelsens adgang til at opstille egentlige krav til regionernes specialplanlægning omfatter de specialiserede funktioner (lands- og landsdelsfunktioner). Varetagelsen af hovedfunktioner er et regionalt anliggende indenfor rammerne af Sundhedsstyrelsens generelle anbefalinger herom.

Formålet med gennemgangen er derfor at opstille en række konkrete anbefalinger for tilrettelæggelsen af akutberedskabet samt de nødvendige forudsætninger, som skal være opfyldt. Samtidig skal konsekvenserne af anbefalingerne belyses.

Et bidrag hertil er Sundhedsstyrelsens *Vurdering af den akut medicinske indsats 2005*, som indeholder en række anbefalinger om tilrettelæggelsen og om nærmere analyser af udvalgte forhold.

På baggrund af vurderingen og andre allerede eksisterende redegørelser og overvejelser fra regioner, organisationer og videnskabelige selskaber kan der forventes markante ændringer i tilrettelæggelsen af akutberedskabet. Der vil derfor blive tale om planlægning og gennemførelse af anbefalingerne over en årrække.

Gennemgangen baseres på en MTV-tænkning (medicinsk teknologivurdering), således at anbefalingerne systematisk søges vurderet i forhold til aspekterne teknologi, patient, organisation og økonomi.

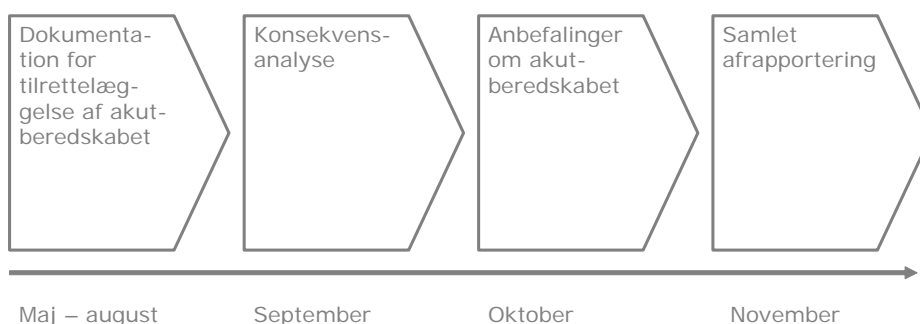
Ligeledes bør anbefalingerne i muligt omfang være evidensbaserede. Det er imidlertid Sundhedsstyrelsens vurdering, at det aktuelle evidensniveau på en række områder er så lille, at det vil være nødvendigt at træffe beslutninger uden et egentligt evidensgrundlag. I sådanne tilfælde vil anbefalingerne basere sig på sundhedsfaglige og/eller administrative skøn. Evidensgrundlaget skal så vidt muligt fremgå ved de enkelte anbefalinger.

2. Forslag til gennemgang af akutberedskabet

I det følgende fremlægger Sundhedsstyrelsen forslag til, hvordan gennemgangen af akutberedskabet konkret kan ske.

Det foreslås, at gennemgangen gennemføres i følgende faser:

Gennemgang af akutberedskabet



2.1. Dokumentation for tilrettelæggelsen af akutberedskabet

Som grundlag for arbejdet indsamles og bearbejdes et dokumentationsgrundlag for tilrettelæggelsen af akutberedskabet. I forbindelse med vurderingen af den akut medicinske indsats blev der indsamlet en række oplysninger om den faktuelle organisering af akutmodtagelserne på sygehusene, og dette vil indgå i dokumentationsgrundlaget. Fokus i denne fase vil imidlertid i højere grad være på at indsamle dokumentation for konkrete faglige og organisatoriske løsninger, hvilket ikke lå indenfor rammerne af vurderingen.

I denne fase vil der derfor specifikt ske opsamling på en række af anbefalingerne i *Vurderingen af den akut medicinske indsats 2005*. Det gælder fx:

- Udredning af hvilke patientgrupper, der har mest gavn af lægelig og sygeplejefaglig behandling præhospitalt (anbefaling 11).
- Undersøgelse af hvorvidt erfaringerne med telemedicin fra hjerteområdet kan anvendes i forbindelse med præhospital diagnostik inden for andre sygdomskategorier (anbefaling 12).
- Nærmere udredning af fordele og ulemper ved landsdækkende lægehelikopterordning (anbefaling 13).
- Analyse af betydningen af tilstedeværelsen af forskellige kategorier speciallæger i tilknytning til fælles akutmodtagelser, herunder af de mulige konsekvenser for sygehusstrukturen (anbefaling 20).

Det foreslås i forlængelse heraf, at der sker en systematisk litteratursøgning efter og sammenfatning af dokumentationen inden for følgende områder:

- Betydningen af uddannelse, organisering, faglig tilrettelæggelse og beredskabsniveau af den præhospitale indsats.
- Betydning og forudsætninger ved generel anvendelse af telemedicin i den præhospitale indsats til præhospital diagnostik og visitation
- Betydning og forudsætninger ved landsdækkende lægehelikopterordning.
- Aktivitet på sygehusenes akutmodtagelser.
- Betydningen af tilgængeligheden af forskellige kategorier speciallæger, herunder af egentlig tilstedeværelse i vagttid, i forbindelse med fælles akutmodtagelser.
- Betydningen af rådighed over diverse faciliteter i forbindelse med fælles akutmodtagelse.

2.2. Konsekvensanalyse

I denne del af gennemgangen foretages en konsekvensanalyse af to hovedscenarier for den konkrete tilrettelæggelse af akutmodtagelser på sygehuse:

1. Fælles akutmodtagelse baseret på speciallæger på rådighedsvagt i vagttid
2. Fælles akutmodtagelse baseret på speciallæger i tilstedeværelse i vagttid

Der tages udgangspunkt i de kritiske specialer, som er opstillet i vurderingen af den akut medicinske indsats, idet resultaterne af dokumentationen ovenfor inddrages i relevant omfang.

I konsekvensanalysen af de to hovedscenarier sammenholdes det tilgængelige antal speciallæger i de forskellige specialer med de krav til speciallægedækning, hovedscenarierne ovenfor medfører.

Herudover gennemføres en tilsvarende konsekvensanalyse af rådigheden af faciliteter.

På baggrund af konsekvensanalyserne kan det vurderes, hvor mange steder det er realistisk at drive en fuldt udbygget akutmodtagelse.

2.3. Anbefalinger om akutberedskabet

Ud fra dokumentation og konsekvensanalyse udformes anbefalinger om akutberedskabet, herunder den præhospitale indsats og sygehusenes akutmodtagelser.

Hvad angår den præhospitale indsats og sygehusenes akutmodtagelser, forventes på anbefalinger inden for følgende områder:

- Anbefalinger om patientunderlag/geografi for det præhospitale beredskab og sygehusenes akutmodtagelser.
- Anbefalinger om visitation, herunder sundhedsfaglig involvering i disponering og visitation i forbindelse med præhospital indsats.
- Anbefalinger om differentieret præhospitalt beredskab og indsats, herunder lægehelikopterordning.
- Anbefalinger om telemedicin i den præhospitale indsats.
- Anbefalinger om organisering af det præhospitale beredskab og sygehusenes akutmodtagelser.
- Faglige anbefalinger om sundhedsfagligt personale, herunder tilstedeværelse, og tilgængelighed af faciliteter på sygehusenes akutmodtagelser.
- Anbefalinger om kompetencekrav, uddannelse og vedligeholdelse af kompetencer i forbindelse med det præhospitale beredskab og sygehusenes akutmodtagelser.
- Anbefalinger om øget integration af ambulancepersonale og personale på sygehusenes akutmodtagelser.

Hver anbefaling forudgås af en vurdering af konsekvenserne for MTV-aspekterne teknologi, patient, organisation og økonomi, ligesom evidensgrundlaget for den enkelte anbefaling bør angives.

En række af anbefalingerne forudsætter, at andre forhold vedrørende akutberedskabet opfyldes, navnlig inden for alarmering og disponering og den øvrige akutindsats. Anbefalingerne for det præhospitale og sygehusenes akutmodtagelser må derfor følges af anbefalinger på disse felter.

Som udgangspunkt forventes anbefalinger inden for følgende områder:

Alarmering og disponering:

En forventet reduktion i antallet af akutmodtagelser vil stille yderligere krav til alarmering og til disponering af præhospitale ressourcer, idet en skærpet visitation og et differentieret præhospitalt tilbud vil øge kravene til alarmeringsfunktionen.

Øvrig akutindsats:

En forventet reduktion i antallet af akutmodtagelser og en forventet øget specialisering af de tilbageværende modtagelser vil stille krav til den øvrige akutindsats, således at det sikres, at patienter med mindre alvorlige tilstande, som ikke skal vurderes og behandles på sygehusene, kan få den nødvendige behandling. Dette kan involvere alment praktiserende læger og vagtlæger samt andre organisationsformer.

Også for ovenstående punkter følges hver anbefaling af en vurdering af konsekvenserne for MTV-aspekterne teknologi, patient, organisation og økonomi, ligesom evidensgrundlaget for den enkelte anbefaling angives.

Foruden områderne ovenfor, der kan betragtes som betingelser for at gennemføre anbefalingerne for den præhospitale indsats og akutmodtagelserne, kan der opstilles et katalog over mulige supplerende tiltag. Her tænkes på initiativer, som kan understøtte gennemførelsen af anbefalingerne, men som ikke kan betragtes som nødvendige. Eksempler herpå kan være initiativer af faglig og organisatorisk karakter som udgående funktioner, elektive enheder etc.

2.4. Samlet afrapportering

Gennemgangen afsluttes med en samlet afrapportering, som drøftes i det rådgivende udvalg for specialeplanlægning.

3. Organisering og tidsplan

Sundhedsstyrelsen foreslår, at gennemgangen af akutberedskabet foretages af styrelsen, med løbende inddragelse af en **ekspertgruppe** (se nedenfor), **den regionale baggrundsgruppe** (der tidligere er foreslået nedsat som led i den nationale specialeplanlægning) og **det rådgivende udvalg for specialeplanlægning**.

Ekspertgruppen foreslås sammensat af relevante faglige repræsentanter og har til opgave at komme med konkrete faglige bidrag og kommentarer til analysen. Som udgangspunkt vil deltagerne være de kommende regioner, relevante lægevidenskabelige selskaber (fx Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin, Dansk Selskab for Intern Medicin, Dansk Ortopædisk Selskab, Dansk Radiologisk Selskab, Dansk Kirurgisk Selskab, Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik, Dansk Cardiologisk Selskab), Dansk Sygepleje Selskab, Politiet, de præhospitale ledere og repræsentanter for ambulancetjenesterne.

Der vil blive afholdt møder i de forskellige fora på relevante tidspunkter, men i lyset af gennemgangens korte tidsperspektiv bør en betydelig del af arbejdet desuden ske pr. e-mail.

Der kan skitseres følgende proces, jf. faseopdelingen ovenfor:

Side 5

2. maj 2006

Sundhedsstyrelsen

Fase	Inddragelse	Tid
Dokumentation	Bidrag – ekspertgruppe Kommentering af sammenfatning – ekspertgruppe og regional baggrundsgruppe	Maj - august
Konsekvensanalyse	Kommentering – ekspertgruppe og regional baggrundsgruppe Drøftelse – det rådgivende udvalg	September
Anbefalinger akutmodtagelser	Bidrag – ekspertgruppe og regional baggrundsgruppe Kommentering – ekspertgruppe og regional baggrundsgruppe	Oktober
Forudsætninger for anbefalinger	Bidrag – ekspertgruppe og regional baggrundsgruppe Kommentering – ekspertgruppe og regional baggrundsgruppe	Oktober
Samlet afrapportering	Drøftelse – det rådgivende udvalg	November

Side 6
2. maj 2006
Sundhedsstyrelsen

Således sker der inddragelse af ekspertgruppe og regional baggrundsgruppe i alle faser bortset fra den samlede afrapportering, der er en sammenfatning af de foregående fasers resultater.

Det rådgivende udvalg inddrages ved afslutningen af konsekvensanalysen, både for at drøfte denne og dokumentationsdelen samt for at pege på mulige anbefalinger. Endelig drøfter det rådgivende udvalg den endelige, samlede afrapportering.

Da der kan være tale om anbefalinger med vidtrækkende konsekvenser, kan det være hensigtsmæssigt at gennemføre en bred, efterfølgende høring.

Jf. ovenstående baserer tidsplanen sig på, at gennemgangen gennemføres i efteråret 2006, idet december bør betragtes som en tidsmæssig buffer. En eventuel høring kan dermed iværksættes i januar 2007.

4. Konsekvenser for specialeplanlægningen i øvrigt

Gennemgangen af akutberedskabet vil være en omfattende proces, og det vurderes, at der ikke vil være muligt at gennemføre de planlagte speciale-gennemgange parallelt hermed.

Gennemgangen af gynækologi og obstetrik er i denne forbindelse speciel, fordi den skal indgå i revisionen af Sundhedsstyrelsens svangreretningslinjer. Det foreslås derfor, at specialearbejdsgruppen for gynækologi og obstetrik nedsættes for at give bidrag til de specialeplanlægningsmæssige aspekter ved revisionen af svangreretningslinjerne. Selve gennemgangen af gynækologi og obstetrik igangsættes imidlertid først efter gennemgangen af akutberedskabet.

Side 7

2. maj 2006

Sundhedsstyrelsen

Det skubber dermed den samlede tidsplan, men har omvendt den fordel, at en række af de diskussioner om akutbetjening, som ellers skulle tages i gennemgangen af det enkelte speciale, vil være afsluttede på forhånd.

Den justerede tidsplan vil dermed være som følger:

Specialgennemgang	Tidsplan
<i>Gennemgang af akutmodtagelser</i>	<i>Maj – december 2006</i>
1. gennemgang (gynækologi og obstetrik, klinisk onkologi, pædiatri, klinisk genetik)	Januar – juni 2007
2. gennemgang (kirurgi, intern medicin: gastroenterologi og hepatologi)	Februar – august 2007
3. gennemgang (intern medicin: kardiologi, thoraxkirurgi, intern medicin: lungesygdomme, anæstesiologi)	April – oktober 2007
4. gennemgang (urologi, intern medicin: nefrologi, karkirurgi)	Maj – november 2007
5. gennemgang (oto-rhinolaryngologi, plastikkirurgi, intern medicin: endokrinologi, hospitalsodontologi)	August 2007 – januar 2008
6. gennemgang (neurologi, neurokirurgi, intern medicin: geriatri, oftalmologi)	September 2007 – februar 2008
7. gennemgang (intern medicin: hæmatologi, intern medicin: infektionsmedicin, klinisk mikrobiologi, klinisk immunologi)	November 2007 – april 2008
8. gennemgang (ortopædisk kirurgi, intern medicin: reumatologi, dermato-venerologi, klinisk farmakologi,)	December 2007 – maj 2008
9. gennemgang (børne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, arbejdsmedicin)	Februar – august 2008
10. gennemgang (diagnostisk radiologi, klinisk biokemi, klinisk fysiologi og nuklearmedicin, patologisk anatomi og cytologi)	Marts – september 2008

Hvis der indlægges en tidsmæssig buffer på tre måneder til uforudsete forsinkelser, er det dermed planen, at den grundlæggende gennemgang af specialerne er gennemført inden udgangen af 2008. I forhold til den tidligere fremlagte plan medfører gennemgangen af akutmodtagelser dermed en forsinkelse af den samlede gennemgang af specialerne på godt 6 måneder (fra-regnet juli måned).