

racetamol og NSAID. Det er imidlertid i det største tilgængelige *review* i litteraturen vist [20], at effekten af paracetamol alene er sammenlignelig med kombinationen af paracetamol og NSAID efter større kirurgi. Det kan derfor diskuteres, om NSAID-præparater bør eller behøver at indgå i analgesiregimer efter kolorektal kirurgi.

KONKLUSION

COX-II-specifikke præparater anvendes ikke længere rutinemæssigt grundet den påviste øgede risiko for alvorlige kardielle komplikationer, formentlig pga. øget tendens til dannelse af tromber [8]. Enkelte såkaldte ikkeselektive NSAID-præparater (bl.a. diclofenac) har dog en kraftig COX-II-hæmmende effekt. Eksperimentelle såvel som retrospektive humane studier tyder på, at selektive COX-II-hæmmere samt diclofenac medfører en øget risiko for anastomose-lækage ved brug efter kolorektal resektion. Der er behov for randomiserede, kliniske studier for endeligt at fastslå den formodede sammenhæng samt studier til belysning af patofysiologien. Indtil disse resultater foreligger, anbefales det at udelade COX-II-inhibitorer og diclofenac fra regimer for smertebehandling efter kirurgi, hvor den lokale vævsheling er afgørende, f.eks. hvis der er anlagt en tarmanastomose. Der er imidlertid ikke evidens for at udelade andre NSAID-præparater som for eksempel ibuprofen, der har en lavere COX-II-selektivitet end de nævnte præparater og desuden i opgørelsen fra Hvidovre Hospital ikke var associeret med en øget lækagerate.

KORRESPONDANCE: Mads Klein, Korsørgade 17, 4. tv., 2100 København Ø.
E-mail: madsklein@hotmail.com

ANTAGET: 8. oktober 2009

FØRST PÅ NETTET: 1. marts 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

- Hallböök O, Sjö Dahl R. Anastomotic leakage and functional outcome after anterior resection of the rectum. *Br J Surg* 1996;83:60-2.
- Rullier E, Laurent C, Garrelon JL et al. Risk factors for anastomotic leakage after resection of rectal cancer. *Br J Surg* 1998;85:355-8.
- den Dulk M, Marijnen CA, Collette L et al. Multicentre analysis of oncological and survival outcomes following anastomotic leakage after rectal cancer surgery. *Br J Surg* 2009;96:1066-75.
- Bülöw S. Anastomose-lækage efter anterior resektion for cancer recti. *Ugeskr Læger* 2008;170:320-4.
- Cahill RA, Sheehan KM, Scanlon RW et al. Effects of a selective cyclo-oxygenase 2 inhibitor on colonic anastomotic and skin wound integrity. *Br J Surg* 2004;91:1613-8.
- de Hingh IH, de Man BM, Lomme RM et al. Colonic anastomotic strength and matrix-metalloproteinase activity in an experimental model of bacterial peritonitis. *Br J Surg* 2003;90:981-8.
- Schlachta CM, Burpee SE, Fernandez C et al. Optimizing recovery after laparoscopic colon surgery (ORAL-CS): effect of intravenous ketorolac on length of hospital stay. *Surg Endosc* 2007;21:2212-9.
- McGettigan P, Henry D. Cardiovascular risk and inhibition of cyclooxygenase: a systematic review of the observational studies of selective and nonselective inhibitors of cyclooxygenase 2. *JAMA* 2006;296:1633-44.
- Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surg* 2008;248:189-98.
- de Sousa JB, Soares EG, Aprilli F. Effects of diclofenac sodium on intestinal anastomotic healing. Experimental study on the small intestine of rabbits. *Dis Colon Rectum* 1991;34:613-7.
- Inan A, Koca C, Sen M. Effects of diclofenac sodium on bursting pressures of anastomoses and hydroxyproline contents of perianastomotic tissues in a laboratory study. *Int J Surg* 2006;4:222-7.
- Patrono C, Patrignani P, García Rodríguez LA. Cyclooxygenase-selective inhibition of prostanoid formation: transducing biochemical selectivity into clinical read-outs. *J Clin Invest* 2001;108:7-13.
- Neuss H, Raue W, Müller V et al. Effects of cyclooxygenase inhibition on anastomotic healing following large bowel resection in a rabbit model – a randomized, blinded, placebo-controlled trial. *Int J Colorectal Dis* 2009;24:551-7.
- Klein M, Andersen LP, Harvald T et al. Increased risk of anastomotic leakage with diclofenac treatment after laparoscopic colorectal surgery. *Dig Surg* 2009;26:27-30.
- Holte K, Andersen J, Jakobsen DH et al. Cyclo-oxygenase 2 inhibitors and the risk of anastomotic leakage after fast-track colonic surgery. *Br J Surg* 2009;96:650-4.
- Syk I, Agren MS, Adawi D et al. Inhibition of matrix-metalloproteinases enhances breaking strength of colonic anastomoses in an experimental model. *Br J Surg* 2001;88:228-34.
- Mastboom WJ, Hendriks T, van Elteren P et al. The influence of NSAIDs on experimental intestinal anastomoses. *Dis Colon Rectum* 1991;34:236-43.
- Ishii M, Tanaka E, Imaizumi T et al. Local VEGF administration enhances healing of colonic anastomoses in a rabbit model. *Eur Surg Res* 2009;42:249-57.
- Tarnawski AS, Jones MK. Inhibition of angiogenesis by NSAIDs: molecular mechanisms and clinical implications. *J Mol Med* 2003;81:627-36.
- Hyllested M, Jones S, Pedersen JL et al. Comparative effect of paracetamol, NSAIDs or their combination in postoperative pain management: a qualitative review. *Br J Anaesth* 2002;88:199-214.

Supervision og arbejdsfordeling ved modtagelse og videre behandling af akutte medicinske patienter

Læge Lars Folkestad, læge Mikkel Brabrand & læge Peter Hallas

ORIGINALARTIKEL

Sydvestjysk Sygehus
Esbjerg, Medicinsk
Afdeling, og Dansk
Selskab for Akutmedicin

RESUME

INTRODUKTION: Det debatteres, om beredskabet for modtagelse af akutte patienter er af tilstrækkelig faglig kvalitet. Det har ikke været dokumenteret, hvem der modtager og tilser akutte medicinske patienter, og hvor tit disse patienter konfereres med bagvagterne.

MATERIALE OG METODER: Tværnsnitsundersøgelse fra januar til

april 2008, hvor vagthavende medicinske forvagter udfyldte et spørgeskema online. Spørgsmålene omhandlede modtagelse og tilsyn af akutte patienter med klinisk forværring i afdelingen. **RESULTATER:** I alt 88 forvagter, der i gennemsnit havde 2,8 måneders erfaring, blev inkluderet. 60% af forvagterne angav, at det var dem, der modtog de akut indlagte patienter. Patienter med klinisk forværring i afdelingerne tilsås ofte af afdelin-

gens stuegangsgående læger i dagtiden. I vagten angiver over 80%, at forvagten tilså disse patienter. 54% af deltagerne angav, at forvagten tilså medicinske patienter i skadestuen. Forvagterne angav at konferere 6-10% af patienterne med bagvagten, der var ingen sammenhæng mellem erfaringsniveauet og hyppigheden af, at patienterne konferereredes med bagvagterne ($p = 0,07$). 64% af lægerne var ikke blevet tilbudt undervisning i akutmedicin.

KONKLUSION: Forvagter med få måneders erfaring varetog størsteparten af det akutte arbejde på de medicinske afdelinger. Der var en lav grad af supervision i håndteringen af akutte medicinske patienter.

Det har været debatteret, om beredskabet for modtagelse af akutte patienter er af en tilstrækkelig faglig kvalitet [1]. Et argument i debatten har været, at de læger, der modtager de akutte patienter, har begrænset klinisk erfaring og ikke altid er tilstrækkeligt superviserede. Samtidigt er det flere gange vist, at hurtig og korrekt behandling af akutte patienter kan ændre morbiditeten og mortaliteten [2-4]. Uddannelsesniveau og erfaring hos de modtagende læger er derfor afgørende.

Det er derfor relevant at undersøge, hvilke læger der først tilser akutte patienter på modtageafsnit og i skadestuer, hvem der tilser patienter med akut forværring i afdelingerne, og hvor ofte de søger hjælp hos mere erfarne kollegaer. I denne artikel fremlægges data, der dokumenterer dette fra medicinske afdelinger på de danske sygehuse. Vi har ikke undersøgt forholdene på gynækologiske, obstetriske, parenkymkirurgiske, ortopædkirurgiske eller psykiatriske afdelinger.

MATERIALE OG METODER

Studiet blev gennemført som tværsnitsundersøgelse i perioden fra 26. januar til 26. april 2008. Vi kontaktede telefonisk vagthavende forvagt på de medicinske afdelinger på de danske sygehuse, der modtager akutte medicinske patienter ($n = 88$) [5, 6]. Vi valgte sygehusafdelingerne ud fra, hvem der modtager uddannelsessøgende læger, og som ifølge sundhed.dk modtager akutte patienter. Hvis den yngre læge indvilgede i at deltage, blev denne tilsendt en e-mail med link til et spørgeskema, der skulle besvares på internettet. I de tilfælde, hvor vagthavende forvagt ikke ønskede at deltage eller ikke udfyldte spørgeskemaet trods tilsagn om deltagelse, blev en anden forvagt på afdelingen kontaktet, indtil en forvagt fra hver afdeling havde svaret på spørgeskemaet. For at kunne se, hvilke afdelinger vi havde modtaget besvarelser fra, skulle lægerne notere afdeling og sygehus øverst i spørgeskemaet, undersøgelsen er således ikke anonym, hvad angår afdeling. Spørgeskemaet ved-

rte supervision af de yngre læger, bemanning af modtagelse og skadestuer, vagtholdets uddannelsesniveau samt transport af kritisk syge patienter. Spørgsmål, der ikke vedrører denne artikel, er eller vil blive publiceret andetsteds. I alt 20 af 54 spørgsmål omhandler problemstillinger, der berøres i denne artikel. Spørgeskemaet blev valideret ved først at udføre undersøgelsen på tre afdelinger, hvor vi kendte svarene vedrørende vagtbemanning og arbejdsrutiner. Da svarene fra disse afdelinger var fuldt i overensstemmelse med vores viden, sluttede vi, at spørgsmålene ville give et rigtigt billede fra andre afdelinger. Der er ikke lavet interobservatørvariansanalyser. Vi har ekskluderet svar fra mellemvagter og bagvagter samt dobbeltbesvarelser fra samme afdeling. Data er beregnet ved hjælp af Sigma Stat 3.11 (SyStat software, Inc.). Data er deskriptive, dog benyttes t-test (Zars metode) til sammenligning af forvagternes erfaring og frekvensen af konference med bagvagten. Deltagerne i undersøgelsen indgik i en lodtrækning om et gavekort til en medicinsk boghandel på 500 kroner.

RESULTATER

Vi modtog 90 besvarelser, hvoraf 14 blev ekskluderet (otte besvarelser fra mellem- eller bagvagter, tre spørgeskemaer var ikke færdiggjort, og tre besvarelser var fra afdelinger, hvor vi tidligere havde modtaget et udfyldt spørgeskema). Vi har således svar fra 76 forvagter (82% af de medicinske afdelinger i Danmark). Forvagterne havde 2,8 måneders erfaring (median) med det aktuelle speciale (spredning 0-43). På de fire største universitetshospitaler (Odense Universitetshospital, universitetshospitalerne i Århus (Skejby og Århus Sygehus), Århus Universitetssygehus i Aalborg og Rigshospitalet) havde forvagterne 4,5 måneders erfaring (median) fra specialet (spredning 0,5-43). En forklaring herpå kan være, at der er forskel på, hvordan turnuslægerne fordeles i regionerne. Rigshospitalet modtager for eksempel ikke turnuslæger. På de øvrige medicinske afdelinger i Danmark havde forvagten 2,75 måneders erfaring (median) fra specialet (spredning 0-36). Forvagterne dækkede i 92% af tilfældene mere end et speciale i vagten.

For at få et indtryk af ansvarsfordelingen spurgte vi forvagterne om modtagelsen af tre forskellige patienter, der blev illustreret som cases. Resultatet ses i **Tabel 1**.

På 61% af afdelingerne er det forvagten alene, der modtager de akutte patienter i tiden 08.00-24.00. 30% af forvagterne angiver, at de akutte patienter modtages af både forvagt og mellemvagt. Kun cirka en procent af forvagterne angiver, at det er bagvagten

TABEL 1

Fordelingen af antal svar og alternativer i de tre cases, der blev forelagt forvagterne i undersøgelsen.

Hyppigst modtagende læge	Patient med dyspnø ^a	Patient med feber ^b	Patient med hypotension ^c
Forvagt	61 (80%)	72 (95%)	70 (92%)
Mellemvagt	8 (11%)	4 (5%)	2 (2%)
Bagvagt	0	0	0
Ved ikke/ikke relevant	7 (9%)	0	4 (6%)

a) Ældre kvinde, der var kendt med kronisk obstruktiv lungelidelse. Indlægges akut via lægevagt. Saturationen var 65%. Huden var kold, og hun var ukontaktbar. b) Ung kvinde, der blev indlagt med kvalme og opkastninger gennem to døgn. Alle vitale parametre normale, fraset temperatur på 39,0 °C. c) En ældre, lettere bevidsthedspåvirket mand, der havde smerter i epigastriet, ingen opkastninger eller sort afføring. Puls 110, sinusrytme, blodtryk 85/60 mmHg.

alene, der typisk tilser de akutte patienter først. Om natten (kl. 24.00-8.00) angiver 67% af forvagterne, at det er dem alene, der modtager de akutte patienter, 25% siger, det er både forvagt og mellemvagt, 3% angiver, at akutte patienter typisk modtages af bagvagten alene.

Adspurgt til hvem der tilser patienter med akut klinisk forværring i afdelingerne, svarede 54% af deltagere i undersøgelsen, at det er den medicinske forvagt, der varetager dette arbejde i dagtiden (kl. 08.00-16.00). 33% angiver, at det er afdelingens

egne stuegangsgående læger, der tilser disse patienter i dagtiden. I aftentimerne (kl. 16.00-24.00) og om natten (kl. 24.00-08.00) er det i langt de fleste tilfælde altid den medicinske forvagt, der tilser patienterne i afdelingen (henholdsvis 79% og 88%).

I alt 70% af afdelingerne ligger på sygehuse med åben skadestue. Over halvdelen (54%) af forvagterne angiver, at det er medicinske forvagt, der døgnet rundt tilser medicinske patienter i skadestuen. Lige over 10% angiver, at det i tiden 08.00-24.00 er en medicinske skadestue, der passer skadestuen. Resultaterne om modtagelse af medicinske patienter i modtagerafsnit og i skadestuer samt tilsyn til patienter med akut forværring er summeret i **Figur 1**.

De adspurgte forvagter konfererede patienter med vagthavende bagvagt i 6-10% af tilfældene (mediant interval). I alt 27% konfererede mere end 20% af patienterne med bagvagten. Der var ingen signifikant sammenhæng mellem vagthavendes anciennitet, nuværende speciale, og hvor ofte patienterne blev konfereret med bagvagten (se **Figur 2**).

Adspurgt til om lægerne i afdelingen modtog formaliseret undervisning i akutmedicin angav under halvdelen af lægerne (46%), at de havde modtaget undervisning i akutmedicin i afdelingen.

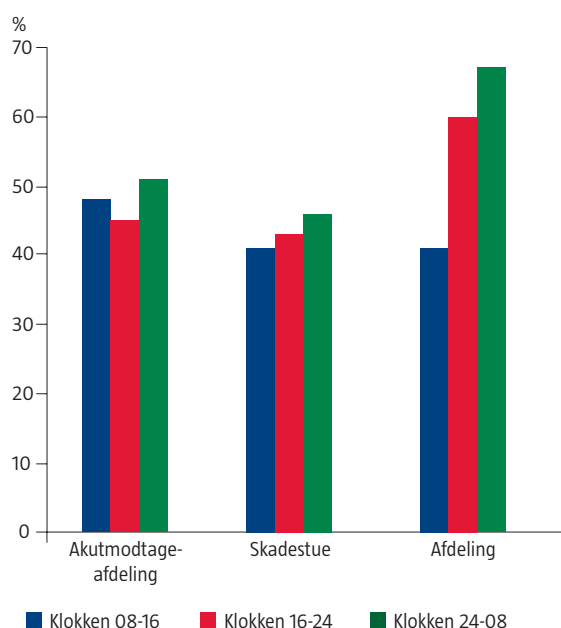
DISKUSSION

Så vidt vi ved, er der ikke andre undersøgelser, der har fokuseret på, hvem der modtager akutte medicinske patienter på de medicinske modtageafsnit i Danmark. Dog er der i forbindelse med den aktuelle akutplan fundet indikation for, at der skal bruges læger med mere erfaring tættere på modtagelsen af de akutte medicinske patienter. Vores undersøgelse viser, at dette ikke er tilfældet nu.

De tre cases illustrerer godt, at det er de yngste læger, der ofte står med de akutte patienter alene – specielt i vagterne. Casene er valgt, netop fordi disse patienter er diagnostisk uafklarede. Patienterne er komplekse og er enten meget eller lidt syge, de kræver enten akut intervention, eller de kan vente. Den ældre kvinde med kronisk obstruktiv lungelidelse fremtræder akut syg, hun er ukontaktbar og kræver hurtig intervention og korrektion for sin potentielle CO₂-narkose. Den unge kvinde fremtræder stabil, og der synes ikke at være nogen risiko for hurtig forværring, mens den ældre mand har klassiske tegn på at være præchockeret, patienten kan udvikle kredsløbskollaps meget hurtigt, såfremt der ikke iværksættes relevant behandling. Det er derfor interessant, at op mod 80% af forvagterne svarer, at de typisk står alene med disse patienter. Forvagterne dækker meget af det akutte arbejde både ved modtagelse af patienter i modtageafsnittene, i skadestuen samt tilsyn med

FIGUR 1

Fordeling af forvagternes deltagelse i behandling af akutte patienter i løbet af døgnet. Figuren viser, hvem der modtager patienter i medicinske modtageafsnit, tilser patienter i skadestuen eller tilser patienter i afdelingerne med klinisk forværring fordelt på hele døgnet. Figuren viser kun fordelingen af forvagter, og der er ikke taget hensyn til besvarelser, hvor arbejdsopgaverne varetages af flere lægegrupper.



patienter med forværring på afdelingerne. Dette er tilfældet på trods af, at undersøgelsen viser en lav grad af supervision og undervisning i håndtering af akutte medicinske patienter. Det akutte arbejde er en naturlig del af uddannelsen som læge. De fleste af lægerne, der deltog i undersøgelsen, er turnuslæger eller reservelæger med under tre måneders erfaring inden for det aktuelle speciale. Kun en fjerdedel af forvagterne konfererer mere end 20% af de akutte patienter med bagvagten, og der er ingen sammenhæng mellem erfaringsniveau og hyppigheden af at spørge bagvagten til råds. Man kan derfor frygte, at den akutte behandling kan være uhensigtsmæssigt i nogle tilfælde, ligesom mulighederne for oplæring ikke udnyttes fuldt ud.

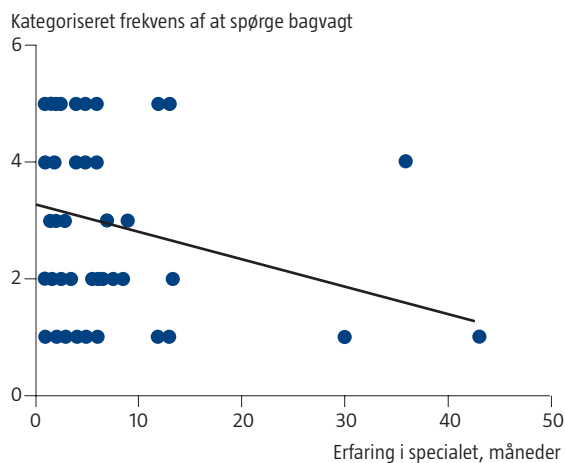
Spørgeskemaundersøgelser kan være forbundet med bias. Dels kan der være muligheder for forskellig tolkning af spørgsmålene, og spørgsmålene kan være udformet på sådan en måde, at de har mere end et rigtigt svar for den givne afdeling. Der er forsøgt at give så mange svaralternativer som muligt for at minimere risikoen for dette, endvidere er der spurgt til emnerne på flere forskellige måder med både cases og direkte spørgsmål. Man kan diskutere, om man burde have tilføjet en svarmulighed under casene, der gjorde det muligt at svare, at patienterne ville være konfereret med vagthavende fra intensivterapi-afsnittet, da patienterne i casene var kritisk syge. Vi mener dog ikke, at denne svarmulighed ville ændre væsentligt på budskabet i denne artikel. Designet som en spørgeskemaundersøgelse gjorde det muligt at spørge mange læger på relativt kort tid, uden at dette var forstyrrende for det daglige arbejde i lægernes afdeling.

Vi har kun benyttet os af én besvarelse fra hver afdeling. Herved risikerer man, at netop den forvagt, der deltager i undersøgelsen, ikke ved præcist hvorledes beredskabet og modtageforhold er bygget op på deres afdeling. Deltagerne i undersøgelsen havde – for de flestes vedkommende – kun været på afdelingerne i ganske kort tid. Det er muligt, at svarfordelingen ville være anderledes, hvis vi havde spurgt flere forvagter fra samme afdeling. Vi har valgt kun at medtage svar fra forvagter. Dette har vi gjort, da vi er interesserede i, hvordan dagligdagen er for de yngre læger, og ikke i hvordan ledelsen antager, at dagligdagen er. *Holm-Petersens* evaluering af vagtprojektet viste, at der er store forskelle mellem ledelsens syn på arbejdssituationen og de yngre lægers meninger [7]. Vagtprojektet er udført for at undersøge, hvor stor arbejdsbyrden i vagttimerne (20-08) antages at være i de forskellige organisationslag fra yngre læger til ledelse.

Der er store strukturelle ændringer i gang på mange sygehuse, hvor flere erfarne læger kommer til

FIGUR 2

Sammenhæng mellem lægernes erfaring i specialet, og hvor tit de spørger bagvagten til råds. Figuren viser sammenhængen mellem forvagternes erfaring og frekvensen af, hvor tit de konfererer akutte patienter og problemstillinger med bagvagten ($p = 0,0705$). Kategoriseret frekvens: 0 = aldrig, 1 = 0-5%, 2 = 6-10%, 3 = 11-15%, 4 = 16-20%, 5 = >20%.



at arbejde i modtagelse og behandling af de akutte patienter. Det vil være relevant og interessant at lave en tilsvarende undersøgelse om nogle år for at undersøge, om den nye struktur har ændret på, hvem der tilser patienterne i den akutte fase. Det vil endvidere være interessant at undersøge, om denne omstrukturering har nogen konsekvens for indlæggelsestiden og overlevelsen hos de akutte patienter.

KONKLUSION

Vores teori var, at det er de yngste læger med mindst erfaring, der modtager og tilser akutte patienter på de danske medicinske afdelinger. Dette synes nu bevist. I stor set alle de scenarier, vi har opstillet i denne undersøgelse, svarer deltagerne, at det er den medicinske forvagt, der varetager disse opgaver. Undersøgelsen viser endvidere, at forvagterne har få måneders erfaring inden for det givne speciale, som de arbejder i aktuelt. Undersøgelsen viser en lav grad af supervision og undervisning i håndtering af akutte medicinske patienter på langt de fleste medicinske afdelinger i Danmark. Man kan derfor frygte, at den akutte behandling kan være uhensigtsmæssigt og have negativ indflydelse på patientsikkerheden. Der kan derfor være behov for, at den enkelte medicinske afdeling umiddelbart vurderer, om forvagterne har tilstrækkeligt kendskab til de akutte medicinske tilstande, som mødes på den pågældende afdeling, eller om der er behov for formaliseret undervisning som led i introduktionen.

KORRESPONDANCE: Lars Folkestad, Ewalds Allé 8B, 1. th., 6700 Esbjerg.
E-mail: larsfolkestad@surfmail.dk

ANTAGET: 8. februar 2009

FØRST PÅ NETTET: 7. september 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
2. Rivers E, Nguyen B, Havsted S, et al. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *New England J Med* 2001;345:1368-77.
3. Moore S, Gemmell I, Almond S et al. Impact of specialist care on clinical outcomes for medical emergencies. *Clin Med* 2006;6:286-93.
4. Shetty KD, Bhattacharya J. Changes in hospital mortality associated with residency work-hour regulations. *Ann Int Med* 2007;147:73-80.
5. Regioner og sygehuse. 2008, http://www.sundhed.dk/wps/portal/_s.155/1885 (10. januar 2009).
6. Sundhedsstyrelsen. Turnus – vedrørende ændring af turnusordningen. København: Sundhedsstyrelsen, 2007. www.sst.dk (10. januar 2009).
7. Holm-Petersen C. Evaluering af »Vagtprojektet« – Udfordringer relateret til yngre lægers vagtarbejde på hospitalerne i tidsrummet 20.00-08.00. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2007.

Visitation og triage af akut indlagte medicinske patienter

Læge Mikkel Brabrand, læge Lars Folkestad & læge Peter Hallas

ORIGINALARTIKEL

Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg, Medicinsk Afdeling, og Dansk Selskab for Akutmedicin, c/o Akut medicinsk modtageafsnit 273, Sydvestjysk Sygehus

RESUME

INTRODUKTION: I skadestuer anvendes hyppigt validerede triage-systemer til prioritering af patienter. Hvorvidt dette er en etableret praksis i danske akutte medicinske modtagelser er udokumenteret. Vi har derfor forsøgt at klarlægge dette.

MATERIALE OG METODER: Tværnsnitsundersøgelse foretaget ved hjælp af spørgeskemaer, der blev indsamlet fra medicinsk forvagt på alle danske sygehuse, der er opgjort på sundhed.dk.

RESULTATER: Vi opnåede 87 besvarelser, som dækkede 60 modtagelser med i alt 83 forskellige vagtlag. Modtagelserne havde median otte senge og 14 indlæggelser i døgnet. På 95% af modtagelserne var forvagten tilstede døgnet rundt. På 87% af modtagelserne tog en læge imod melding fra den indlæggende læge, og på 13% blev dette gjort af en sygeplejerske. Ingen modtagelser brugte et valideret triagesystem, og 95% oplyste, at de anvendte et klinisk skøn. 22% svarede dog, at udvalgte grupper primært blev modtaget af en senior læge.

KONKLUSION: Ingen modtagelser i Danmark anvender et valideret triage-værktøj til prioritering af akut indlagte medicinske patienter.

Akut indlagte patienter udgør ca. 70% af alle medicinske indlæggelser i Danmark [1]. Visitationen til indlæggelse og kvaliteten af den akutte behandling er kommet i fokus med Sundhedsstyrelsens rapport i 2006 om akutområdet i Danmark [2]. Triage-systemer (TS) er udbredte i udenlandske skadestuer og akutmodtagelser og kan blandt andet sikre, at de sygeste behandles først [3].

Triage betyder egentlig sortering og kommer fra fransk, men det bruges oftest i betydningen prioritering. Når sundhedspersonale præsenteres over for flere patienter på en gang, foretages en eller anden

form for triage. Triage kan gøres efter et klinisk skøn eller efter en valideret metode. Et eksempel på en valideret metode er kriterierne for tilkald af akut team, hvor værdier som puls og blodtryk mv. er afgørende.

Selv om visitationen og triage af akutte indlagte medicinske patienter er et vigtigt led i sikring af kvaliteten af den akutte behandling, er processen ikke tidligere dokumenteret i Danmark. Vi har derfor undersøgt, hvad der sker, når en praktiserende læge henviser til en patient til indlæggelse (visitation), samt hvilke metoder der bruges til at prioritere patienter, som kommer til den akutte modtagelse (trriage).

MATERIALE OG METODER

Tværnsnitsundersøgelse fra 26. januar til 26. april 2008. Vi kontaktede telefonisk de medicinske forvagter på alle de danske offentlige sygehuse, der modtager akutte medicinske patienter [4]. Forvagten blev tilbudt at modtage et spørgeskema pr. e-mail. Såfremt forvagten ikke ønskede at deltage eller ikke udfyldte spørgeskemaet, kontaktede vi en ny forvagt på afdelingen.

Spørgeskemaet drejede sig om supervision, uddannelse, bemanning og opgavefordeling ved modtagelse af akutte patienter og interhospital transport (kun data vedrørende visitering og triage præsenteres her).

Undersøgelsen havde til formål at kontakte alle forvagter, ikke alle modtagelser, og den præcise andel af disse, som vi opnåede kontakt til, kan derfor ikke anføres. Omvendt vil en kontakt til alle forvagter implicit dække alle modtagelser, da man må formode, at disse dækkes af en forvagt.

Data præsenteres deskriptivt.