

# Speciallægen er ikke i front på de danske akutafdelinger

Julie Mackenhauer<sup>1</sup>, Cecilie Møller<sup>1</sup>, Alexander Fjældstad<sup>1</sup>, Rebecca Østervig<sup>1</sup>, Ayhan Al Kole<sup>1</sup>, Lars Folkestad<sup>2</sup>, Peter Hallas<sup>3</sup>, Mikkel Brabrand<sup>4</sup>, Anders Møllekær<sup>1</sup> & Hans Kirkegaard<sup>1</sup>

Danske Regioner indfører en ny struktur for den akutte patientbehandling på baggrund af Sundhedsstyrelsens (SST) anbefaling til et styrket akutberedskab [1]. Strukturen medfører en reduktion i antallet af akutafdelinger og en samling af de enkelte sygehuses modtagelser til en fælles akutafdeling [2]. Målet er at øge kvaliteten i udredning og behandling af den akutte patient [3]. Forbedringen af kvaliteten består bl.a. i, at det ikke længere skal være yngste læge, der alene modtager de akutte patienter [4]. Ønsket fra SST har været at få speciallægen i front. Til dato findes der dog ingen nationale rammer for, hvilke kompetencer »speciallægen i front« skal besidde, eller hvor meget vedkommende skal være til stede på akutafdelingen.

Ud fra hypotesen om, at der på trods af omstrukturering og etablering af fællesakutafdelinger i hele landet ikke er speciallæger i front hele døgnet, ønskede vi at belyse tilgængeligheden af speciallæger på landets akutafdelinger. Ligeledes ønskede vi at belyse de ledende overlægers opfattelse af rekruttering og fastholdelse af lægefagligt personale på akutafdelingerne samt holdningen til det nuværende fagområde i akutmedicin og et eventuelt selvstændigt speciale i akutmedicin.

## MATERIALE OG METODE

Studiet blev gennemført som en spørgeskemaundersøgelse blandt de ledende overlæger på de 21 danske akutafdelinger.

### Udvikling af spørgeskemaet

Spørgeskemaet tog udgangspunkt i [1] med fokus på tilknytningen og tilgængeligheden af speciallæger på akutafdelingen. Lederens syn på rekruttering og fastholdelse af lægefagligt personale blev belyst sammen med holdningen til hhv. fagområdet og et selvstændigt speciale i akutmedicin i Danmark. Spørgsmålene blev besvaret i september 2012. Dele af spørgsmålene var udformet som multiple choice med 2-5 valgmuligheder, andre var udsagn, som skulle besvares på en fempunkts Likertskala, og de øvrige var fritestangivelser af antal og tidspunkter.

Spørgeskemaet blev udviklet af forfattergruppen med supervision fra to eksterne eksperter og blev ef-

terfølgende testet af to danske akutlæger og en ledende sygeplejerske på akutafdelinger, der lå i tre forskellige danske regioner. Testpersonerne kommenterede forståeligheden, relevansen og indholdet af spørgsmål og svarmuligheder.

### Dataindsamling

Primo september 2012 modtog de ledende overlæger på de 21 afdelinger et link til et elektronisk spørgeskema. Ved manglende besvarelse blev der fulgt op med telefonisk henvendelse og tilbud om, at lederen lod sig interviewe. Alternativt blev linket fremsendt igen. Fremstillingen af data i denne artikel er et uddrag af undersøgelsen.

### Statistiske overvejelser

Data er deskriptive og præsenteres som procent og antal svar samt gennemsnit med angivelse af median.

## RESULTATER

Der blev modtaget besvarelser fra alle 21 akutafdelinger. I 20 tilfælde var skemaet blevet udfyldt af den ledende overlæge og i ét tilfælde af oversygeplejersken.

### Speciallægen i front

På 76% af akutafdelingerne (n = 16) var der ikke en speciallæge til stede hele døgnet. De 16 steder, hvor

## UDVIKLINGS-ARTIKEL

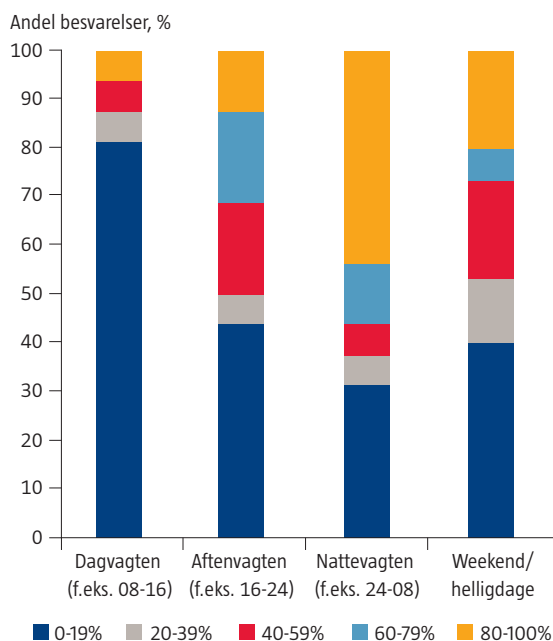
- 1) Center for Akutforskning, Aarhus Universitet
- 2) Endokrinologisk Afdeling, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg
- 3) Anæstesiologisk Afdeling, Rigshospitalet
- 4) Akutmedicinsk Modtageafsnit, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg



Akutte patienter ankommer hele døgnet. På 76% af akutafdelingerne er der ikke en speciallæge til stede hele døgnet. Sundhedsstyrelsen anbefalede i 2007 tilstedeværelse af speciallæger fra en række specialer på sygehuse med fælles akutafdelinger. Det er især i weekenderne og nattetimerne, at det fortsat er yngste læge, der er alene i front.

FIGUR 1

Lederens vurdering af, hvor stor en procentdel af tiden forvagt og mellemvagt (eller tilsvarende) er eneste læger til stede i akutafdelingen i hhv. dagvagten, aftenvagten, nattevagten og weekend/helligdagsvagten.



speciallægen gik hjem, skete dette i gennemsnit kl. 22 på hverdage. På tre afdelinger angav man, at der ikke var en speciallæge til stede i weekenderne og på helligdagene, mens man på de øvrige 13 afdelinger uden døgndækning i gennemsnit sendte speciallægen hjem kl. 22 i weekenden.

Når speciallægen gik hjem ( $n = 16$ ), stillede stamafdelingerne speciallæger til rådighed på kald fra matriklen ( $n = 8$ ) eller fra hjemmet ( $n = 7$ ), mens man på én afdeling angav, at vagten blev dækket af uddannelseslæger eller læger i uklassificerede stillinger.

#### Dobbeltfunktion blandt speciallæger med tilstedeværelsesvagt

48% ( $n = 10$ ) af akutafdelingerne angav, at stamafdelingerne – varierende over døgnet og ugen – kunne stille speciallæger til rådighed med fysisk tilstedeværelsesvagt på akutafdelingen som en del af den faste bemanning eller til at dække ind, når det faste personale gik hjem. 43% ( $n = 9$ ) angav, at speciallægen kunne have en dobbeltfunktion. Herunder blev primært tilkald til andre akutte funktioner angivet af otte afdelinger, og/eller operation blev angivet af seks afdelinger.

Dobbeltfunktionen blev af alle disse forbundet med problematisk ventetid for patienterne på akutafdelingen i større eller mindre grad.

#### Forvagt alene på akutafdelingen

33% af lederne ( $n = 7$ ) vurderede, at forvagt og evt. mellemvagt var de eneste læger, som var til stede på akutafdelingen i 80-100% af nattevagten, hvorimod 48% ( $n = 10$ ) vurderede, at forvagt og mellemvagt var alene 0-19% af nattevagten. Herimod angav kun én afdeling, at for- og mellemvagt var eneste læger på akutafdelingen i 80-100% af dagvagten (Figur 1).

#### Rekruttering og fastholdelse

52% ( $n = 11$ ) af lederne havde haft problemer med at rekruttere kvalificerede speciallæger til akutafdelingen, og 33% ( $n = 7$ ) havde haft problemer med fastholdelse. Af lederne med rekrutteringsproblemer uddybede syv desuden i fritekst, at et selvstændigt speciale i akutmedicin kunne være med til at løse både rekrutterings- og fastholdelsesproblemet; en repræsentativ kommentar lød, »at fagområdet ændres til en speciallægeuddannelse«.

Lederne uddybede, »at dette forbedrer mulighederne for forskning og uddannelse i akutafdelingen«, og at »rekrutteringen kunne starte allerede blandt de yngre læger, og ikke først efter endt speciallægeuddannelse«. I øvrigt efterspurgte lederne: 1) at akutlægens rolle bliver tydeligere, 2) accept fra de andre lægefaglige specialer og 3) bedre branding af akutafdelingerne.

#### Fagområdets indflydelse på udviklingen på akutområdet

71% af lederne var meget enige ( $n = 5$ ) eller enige ( $n = 10$ ) i, at beskrivelsen af fagområdet i akutmedicin havde bidraget positivt til udviklingen på akutområdet. 19% ( $n = 4$ ) angav hverken/eller, 9% ( $n = 2$ ) var uenige, og ingen var helt uenige. Størstedelen angav hverken/eller i forhold til positiv effekt på: 1) forskningsproduktionen på akutafdelingen, 2) samarbejde mellem akutafdelingerne og stamafdelingen og 3) rekruttering.

#### Et selvstændigt speciale i akutmedicin i Danmark?

71% af lederne var helt enige ( $n = 11$ ) eller enige ( $n = 4$ ) i, at man burde indføre et selvstændigt speciale i akutmedicin i Danmark, 9% ( $n = 2$ ) var helt uenige, 9% var uenige ( $n = 2$ ), og 9% ( $n = 2$ ) svarede hverken/eller (Figur 2). 71% af lederne var helt enige ( $n = 10$ ) eller enige ( $n = 5$ ) i, at et selvstændigt speciale ville øge kvaliteten af patientbehandlingen.

#### DISKUSSION

I 2007 besluttede SST, at speciallægerne skulle i front på de danske modtagelser [1]. Vores undersøgelse viser, at 24% af akutafdelingerne havde en speciallæge til stede hele døgnet i september 2012. Dækningen af speciallæger lever op til SST's retningslinjer i hverda-

genes dagvagter, mens dækningen varierer betydeligt i aftenvagten og helt kan mangle i både nattevagten og weekend/helligdagsvagten. Akutte patienter ankommer på alle tidspunkter af døgnet [5]. Tidligere undersøgelser viser, at indlæggelse i nat- og weekendvagter kan være forbundet med højere risiko for dårligt *outcome* [6].

En døgnvariation i bemandingen af speciallæger må formodes at medvirke til dette. Det har været diskuteret, om døgnbemanding med speciallæger medfører en overkapacitet.

Denne problemstilling kan formentlig løses ved at lade en mere bredt uddannet specialist løfte opgaven i modtagelsen, og kun benytte sig af de eksisterende højt specialiserede læger i det omfang, det er nødvendigt for at sikre en høj kvalitet i patientbehandlingen hele døgnet.

Vores data tyder på, at der for nuværende ikke er national enighed om, hvorvidt der skal fastansættes speciallæger på akutafdelingerne for at leve op til SST's beslutning om at have en specialist i front. I stedet har man valgt forskellige løsninger for at få speciallægerne fra stamafdelingerne til at dække vagterne, hhv. tilstedeværelse eller tilkald fra matriklen/hjemmet.

Undersøgelsen viser, at lægerne fra stamafdelingerne dækkede flere funktioner samtidigt. Regionerne beskrev i 2009, at der skal opstilles servicemål for det akutte forløb, bl.a. hvor lang tid borgerne

maksimalt bør vente, inden de bliver vurderet af en sundhedsfaglig person [3]. Dobbeltfunktionen blandt stamafdelingernes speciallæger giver ifølge vores undersøgelse anledning til problematisk ventetid på akutafdelingen.

Halvdelen af lederne på de danske akutafdelinger har haft problemer med at rekruttere kvalificeret lægefagligt personale. Flere ledere forbinder de lægelige rekrutterings- og fastholdelsesproblemer med manglende fælles national uddannelse. I Danske Regioners notat fra maj 2012 angående arbejdet med de fælles akutmodtagelser skiller særligt ansættelsesforholdene og kompetencebeskrivelserne for det lægefaglige personale sig ud [7].

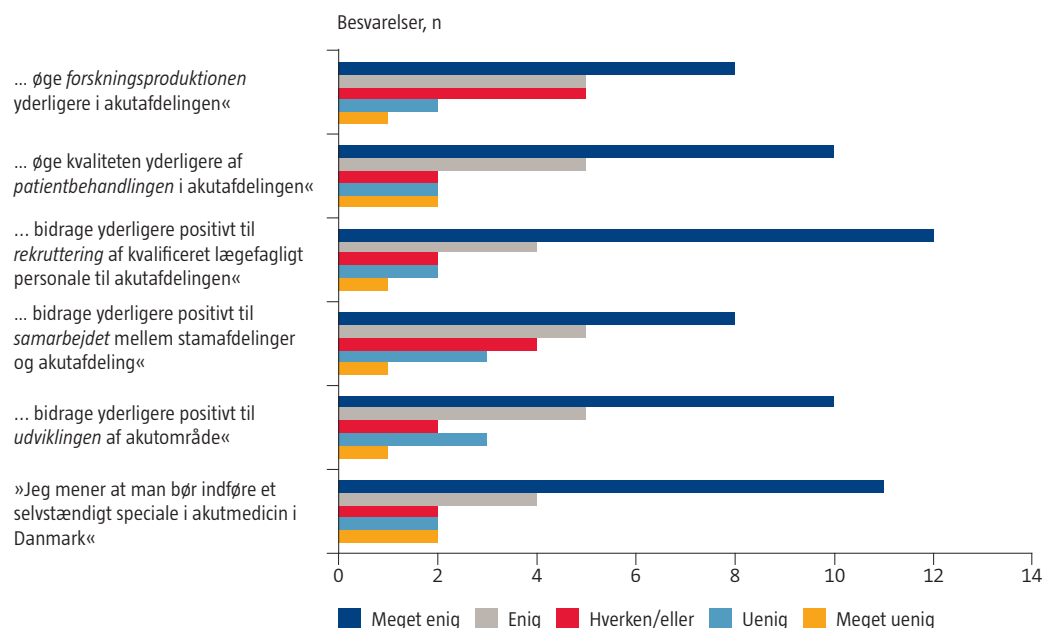
I modsætning til for plejepersonale og sekretærer er der forskellige modeller for lægerne, som, afhængigt af region og sygehus, enten er ansat på akutafdelingen eller på en anden afdeling på sygehuset. Notatet beskriver ligeledes den fælles nationale sygeplejefaglige efteruddannelse, hvorimod den lægefaglige efteruddannelse stadig overlades til heterogene regionale initiativer.

De regionale forskelle i efteruddannelse og arbejdstilrettelæggelse afspejles tydeligt i forskellen mellem Region Midtjyllands og Region Nordjyllands fælles beskrevne toårige efteruddannelsesprogram, som bygger på Organisationen af Lægevidenskabelige Selskabers fagområdebeskrivelse i modsætning til Region Syddanmarks femdageskursus. Et nationalt



FIGUR 2

»Jeg mener, at et selvstændigt speciale i akutmedicin frem for et fagområde kunne ...



Angivelse af hvor uenige/enige lederne på de 21 danske akutafdelinger var i en række udtalelser om et selvstændigt speciale i akutmedicin.



## FAKTABOKS

I 2007 udgav Sundhedsstyrelsen rapporten »Styrket Akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen«. Det blev efterfølgende besluttet, at akutte patienter i fremtiden skulle modtages på 21 fælles akutafdelinger fordelt på de fem regioner som følger:

Region Hovedstaden: Herlev Hospital, Hvidovre Hospital, Hillerød Hospital, Bispebjerg Hospital og Bornholms Hospital.

Region Sjælland: Køge Sygehus, Holbæk Sygehus, Slagelse Sygehus og Nykøbing F. Sygehus.

Region Syddanmark: Odense Universitetshospital, Kolding Sygehus, Sygehus Sønderjylland, Aabenraa, og Sydvestjysk Sygehus Esbjerg.

Region Midtjylland: Aarhus Universitetshospital, Hospitalsenheden Vest, Hospitalsenheden Horsens, Regionshospitalet Randers, Regionshospitalet Viborg.

Region Nordjylland: Aalborg Universitetshospital, Sygehus Vendsyssel, Hjørring, og Sygehus Thy-Mors, Thisted.

fodslag inden for den lægelige kompetencebeskrivelse bliver af flere ledere angivet som et tiltag, der kunne få positive konsekvenser for forskningen, og størstedelen af lederne angiver, at et speciale i højere grad end et fagområde ville kunne bidrage positivt til udviklingen på akutområdet.

Udmeldingen fra SST er, at man for nuværende ønsker at begrænse sig til de eksisterende 38 lægelige specialer. I lande som Sverige, Island og Finland har man netop gennemgået en lignende udvikling, og her har man anbefalet helt at undgå overgangsperioden med akutmedicin som fagområde, før det accepteres som speciale [8]. Både dansk og udenlandsk litteratur understøtter, at specialister i akutmedicin effektivt kan højne behandlingskvalitet og patientsikkerhed [6, 9, 10].

## KONKLUSION

Vi fandt en betydelig døgnvariation i tilgængeligheden af speciallæger på de danske akutafdelinger, og kun få afdelinger lever i dag op til SST's krav til fælles akutafdelinger.

Størstedelen (71%) af lederne på de danske akutafdelinger erklærede sig enige i, at man bør indføre akutmedicin som selvstændigt speciale, og flere pegede på, at et selvstændigt speciale i højere grad end et fagområde ville have en positiv effekt på både rekruttering af kvalificeret lægefagligt personale til akutafdelingen og udviklingen på akutområdet.

**KORRESPONDANCE:** Julie Mackenhauer, Center for Akutforskning, Trøjborgvej 72-74, 8200 Aarhus N. E-mail: julmac@rm.dk

**ANTAGET:** 14. januar 2013

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

**TAKSIGELSE:** Ledende overlæger på de danske akutafdelinger takkes for deltagelse i undersøgelsen. Peter Vedsted, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, og Marianne Lisby, Center for Akutforskning, takkes begge for hjælp til udvikling af spørgeskema. Tre testpersoner fra hhv. Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Midtjylland takkes for test af spørgeskema. Nina Bjerre Andersen, Center for Medicinsk Uddannelse, Aarhus Universitet, takkes for hjælp til udvikling af spørgeskema og kritisk gennemgang af manuskriptet.

## LITTERATUR

1. Styrket Akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
2. Regionernes investerings- og sygehusplaner – screening og vurdering. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008.
3. Danske Regioner: Notat - et sammenhængende akutsystem, 2009. www.regioner.dk/Sundhed/Akut+og+pr%C3%A6hospital/~media/Filer/Sundhed/Et%20sammenh%C3%A6ngende%20akutsystem\_notat\_final\_2009.ashx (28. okt 2012).
4. Folkestad L, Brabrand M, Hallas P. Supervision og arbejdsfordeling ved modtagelse og videre behandling af akutte medicinske patienter. Ugeskr Læger 2010;172:1662-6.
5. Ekelund U, Kurland L, Eklund F et al. Patient throughput times and inflow patterns in Swedish emergency departments. Scand J Trauma, Resusc Emerg Med 2011;19:37.
6. Rooney T, Moloney ED, Bennett K et al. Impact of an acute medical admission unit on hospital mortality: a 5-year prospective study. QJM 2008;101:457-65.
7. Overblik over regionernes arbejde med fælles akutmodtagelser. Notat. Danske Regioner, 2012. www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/2012/Maj/~media/Mediebibliotek\_2011/SUNDHED/Akut%20og%20pr%C3%A6hospital/Overblik%20over%20regionernes%20arbejde%20med%20f%C3%A6lles%20akutmodtagelser.ashx (28. okt 2012).
8. Lövrtrup M. Aktuellt - akutsjukvård föreslås bli basspecialitet. Läkartidningen 2012;109:866.
9. Vork JC, Brabrand L, Folkestad L et al. A medical admission unit reduces duration of hospital stay and number of readmissions. Dan Med Bul 2011;58(8):A4298.
10. Holliman CJ, Mulligan TM, Suter RE et al. The efficacy and value of emergency medicine: a supportive literature review. Int J Emerg Med 2011;4:44.