

# Akutsygehuset

Gode akutte patientforløb er et anliggende for hele sundhedssystemet – fra første kontakt til primærsektoren over akutmodtagelsen til udskrivelsen. Håndtering, evaluering og forbedring af disse forløb stiller store krav til både organisering, os, som genererer data, og alle, som træffer beslutninger på basis af disse data.

I 2013 var der ca. 1,9 mio. akutte hospitaletakter i Danmark, hvilket er 30% af samtlige patient-kontakter i det år. Da nogle akutkontakter dækker over overflytninger mellem afdelinger, drejer det sig reelt om ca. 1,4 mio. patientforløb, hvilket stadig er et meget stort antal af patienter med varierende problemstillinger og forløb.

Den store patientpopulation – og deraf følgende udfordring for sundhedssystemet – dannede basis for Sundhedsstyrelsens anbefalinger i 2007 om styrket akutstruktur [1]. På denne baggrund blev der etableret 21 akutmodtagelser i Danmark. Disse har vidt forskellige fysiske, personalemæssige og organisatoriske forhold, men har alle til formål at sikre høj kvalitet og effektivitet i udredning og behandling af akut syge og tilskadekomne patienter, uanset tidspunkt på døgnet, dag i ugen eller placering i landet. I Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses faglige gennemgang af akutmodtagelserne fra juni 2014 konkluderede man bl.a. at: »de fysiske rammer og kapaciteten i akutmodtagelserne har – sammen med arbejdsdelingen og samarbejdet mellem akutmodtagelsen og det øvrige akutsygehus – stor indflydelse på muligheden for at skabe sammenhængende og effektive patientforløb på hele akutsygehuset« [2]. Denne konklusion *point'er* et faktum, som er meget tydeligt, når man arbejder i en akutmodtagelse: Det er ikke nok, at man er hurtig – og dygtig – når man vurderer og behandler patienter med tidskritiske lidelser, hvis der efterfølgende er lang ventetid på den nødvendige behandling eller specialtvurdering et andet sted på sygehuset.

Hos patienter med et perforeret hulorgan er tiden fra ankomst til sygehuset til operation indført som landsdækkende kvalitetsindikator [3]. Det er et godt evidensbaseret kvalitetsmål med direkte klinisk betydning og direkte konkret angivelse af den tid, der går, fra en patient i en tidskritisk tilstand ankommer, til den korrekte behandling er startet. Kvalitetsmålet dækker over adskillige organisatoriske trin fra patientmodtagelse over operationsbeslutning til ventetid på operationsleje og fremmøde af operations- og anæstesihold. Dette tidsmål beskriver akutsygehusets

samlede funktion for denne patientkategori, det kan ikke som enkeltmål bruges til at udpege en isoleret brik som årsagsgivende.

I *Qadar et al's* artikel i dette nummer af Ugeskrift for Læger side 2057<sup>#</sup> beskrives den tid, som går fra ankomst til sygehuset til operation hos voksne patienter med appendicitis på et hospital i Vestdanmark før og efter indførelse af en fælles akutmodtagelse [4]. Studiet viser, at mediantiden steg fra 457 min før til 593 min efter indførelsen af akutmodtagelsen. Det aggregerede tidsmål skal også i dette tilfælde ses som det, det er: et indikatorsæt, som beskriver hele forløbspakken omkring det specifikke patientforløb på det specifikke sted og tidspunkt [5].

Akutte patientforløb er komplekse og baseret på et velfungerende samarbejde såvel præhospitalet, i akutafdelingen som på specialafdelingen, og i en evaluering bør man tage højde for denne kompleksitet [5]. Komplexiteten gør ikke en evalueringsproces lettere, og den store variation i organisation og case-miks i både den præhospitale visitering og akutmodtagelserne i Danmark bidrager yderligere til udfordringen. I anvendelsen af data, som dem *Qadar et al* præsenterer, er det som i alle andre sammenhænge vigtigt at holde oplysninger om, hvad målingerne dækker over, for øje for at undgå, at fortolkningen spændes for bredt, hvilket, jeg personligt mener, sker i *Qadars et al's* artikel: Konklusionen burde ændres til akuthospitalsniveau, og analysen af årsagen burde underbygges af opsplittede tidsmål.

## LITTERATUR

1. Sundhedsstyrelsen. Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen 2007. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
2. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Faglig gennemgang af akutmodtagelserne. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014.
3. www.kcks-vest.dk/kliniske+kvalitetsdatabaser/akut+kirurgidatabasen (1. okt 2014).
4. Qadar SA, Maeda Y, Akram J et al. Dedicated emergency departments delay surgical treatment of acute appendicitis. *Dan Med J* 2014;61(3):A4791.
5. Lilford R, Mohammed AM, Spiegelhalter D et al. Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma. *Lancet* 2004;363:1147-54.

## LEDER

Annamarie  
Touborg Lassen

Ugeskr Læger  
2014;176:V66028

## KORRESPONDANCE:

Annamarie Touborg Lassen,  
Fælles Akutmodtagelse,  
Odense Universitetshospital,  
Kløvervænget 25,  
5000 Odense. E-mail:  
annmarie.lassen@rsyd.dk

## INTERESSEKONFLIKT:

Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk