

Pakker til de akutte patienter?

Der er akutte patienter nok til alle, som er interesseret i at modtage dem. Der er endda så mange, at der er behov for systemer til at hjælpe med prioritering og fordeling af ressourcerne. I de senere år har omstruktureringen af akutområdet medført bl.a. indførelsen af *triage*, selvom det også for nylig er belyst, at man ikke præcist kender effekten [1].

I Region Syddanmark har man derudover indført diagnostiske pakker. Det er et spændende initiativ, og det er særlig godt, at man studerer implementeringen, som *Nørgaard et al* gør med artiklen »Diagnostic packages can be assigned accurately in emergency departments. A multi-centre cohort study« i *Danish Medical Journal* 2016;63(6):A5240, side 1140 i dette nummer af Ugeskrift for Læger.

Det fremgår, at det er muligt at indføre pakker med en vis grad af standardiseret akut udredning målrettet det symptomkompleks, som patienten har. Siden introduktionen er pakkerne blevet revideret og forenklet, formentlig på linje med artiklens konklusioner om, at nogle pakker er mere brugbare end andre. Artiklen illustrerer dog også tre af de store udfordringer i feltet: terminologi, måling af behandlingskvalitet og patient-sikkerhed.

Udviklingen på akutområdet i Danmark følger det samme mønster som i de lande, vi normalt sammenligner os med. Vi kan (og bør) lære af deres erfaringer, og vi kan selv bidrage som frontløbere på andre områder. Men her kan det være vanskeligt at sikre en ensartet terminologi. F.eks. kan man ikke lige genfinde begrebet *diagnostic packages*, og selv på Google får man primært links, der vedrører reklame for private sundhedstjek. Spørgsmålet er, om der ikke nærmere er tale om en *clinical pathway* selvom dette begreb også kan være svært at definere [2].

Udfordringen omkring terminologi er dog ikke ny. Selve begrebet »Fælles Akutmodtagelser (FAM)« blev introduceret så sent som i 2007 og er måske meningsgivende på dansk. Men det er svært at oversætte – og tolkes helt forskelligt, endda inden for landets grænser. Det gør det ofte umuligt at lave sammenligninger.

Præmissen i *Nørgaard et al's* artikel er, at »*diagnostic package is assumed to be associated with a higher quality*«. Problemet er bare, at det ved vi egentlig ikke. Vi kan definere mål for f.eks. tid til røntgen eller andre procesindikatorer i en pakke, men hvad med kvaliteten af selve behandlingen? Det er et vanskeligt felt, men

det inspirerer kun til at følge det internationale arbejde med kvalitet på akutafdelinger [3].

Diagnostik er en kompleks, kognitiv proces, der er afhængig af den enkelte patient, de involverede læger og hele den kontekst, situationen udspiller sig i. Skemaer og tjeklister har deres plads til sikring af, at afgørende elementer ikke bliver glemte. Men hvor ofte bliver en tjekliste valideret? Og risikerer man at overse noget lige så vigtigt som det, der tjekkes? Det er jo muligt, at en pakke fremmer overdiagnostik eller fiksfiksering.

Nørgaard et al finder, at 68% af de akutte patienter får en »acceptabel pakke«. Det er måske en statistisk signifikant andel, men det er også en indikation af, at den samlede population af akutte patienter er meget uensartet. Det er jo ikke acceptabelt, hvis resten af patienterne får en direkte forkert pakke eller bare ikke får en ordentlig modtagelse.

En afgørende faktor for god akutmodtagelse er tilstedeværelse af dedikerede speciallæger med kompetence til at tage beslutninger, der kan sikre hurtig diagnostik og behandling. Dette underbygges af flere igangværende studier, f.eks. i forhold til akut højrisiko-abdominalkirurgi [4], men også i forhold til den generelle organisering af akutafdelinger/fælles akutmodtagelser [5].

Indførelsen af *triage*, tjeklister og diagnostiske pakker må derfor ikke blive en erstatning for, at den akutte patient bliver mødt så hurtigt som muligt af en læge med den rette uddannelse og en erfaring, der matcher patientens behov. Og så skal lægen naturligvis have de relevante hjælpemidler til rådighed, herunder værktøjer til klinisk beslutningsstøtte, som godt kan kaldes pakker, spor eller forløb.

LITTERATUR

1. Iversen AKS, Christensen M, Østervig R et al. Effekten af systematisk triage er usikker. *Ugeskr Læger* 2015;177:V09140470.
2. Kinsman L, Rotter T, James E et al. What is a clinical pathway? *BMC Med* 2010;8:31.
3. Lecky F, Bengler J, Mason S et al. The International Federation for Emergency Medicine framework for quality and safety in the emergency department. *Emerg Med J* 2014;31:926-9.
4. www.dagensmedicin.dk/nyheder/ny-behandlingsmetode-sanker-dodeligheden-markant/ (25. maj 2016).
5. <http://mgmt.au.dk/research/organisation-strategy-and-accounting/icoa/research/design-em/design-em-konference-12-maj-2016/> (25. maj 2016).

LEDER

Dan Brun Petersen

Ugeskr Læger
2016;176:V68355

KORRESPONDANCE:

Dan Brun Petersen,
Akutafdelingen,
Sjællands Universitets-
hospital, Køge. E-mail:
dabp@regionsjaelland.dk

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