

Truet patientsikkerhed

Som udgangspunkt har kirurgisk afdeling ikke I-, H- eller speciallæge ressourcer til at øge arbejdsbyrden i forbindelse med at modtage akutte patienter. Opnormering af lægestaben med 2 KBU-læger har som udgangspunkt ingen udsigt til at nedbringe arbejdsbyrden for I-, H- eller speciallæger. Anvendes der i den nuværende struktur I- og H læge ressourcer til at modtage akutte patienter, vil det med stor sikkerhed fører til færre uddannelses relevante konfrontationer. Færre uddannelses relevante konfrontationer vil fører til en akut mangel på ansøgere til I og H stillinger.

Alt i alt vil en opnormering af lægestaben med 2 KBU-læger som udgangspunkt ikke føre til forbedret patientsikkerhed.

Hvis man ikke gør andet end at flytte KBU læger fra akut modtagelsen til afdelinger oppe i huset, så flytter man blot manglende ressourcer. Ved at flytte de manglende ressourcer fra akut modtagelsen, så opnår man kun en ting – at flytte ansvaret for den lidende patientsikkerhed til andre afdelinger.

Der er en relation mellem kompetence og ressource. Mange kompetencer – mange ressourcer.

Der er en relation mellem uddannelse og kompetencer. God uddannelse mange kompetencer. I praksis betyder dette, at man kan klare sig med færre hænder, hvis disse er godt uddannet.

Det samme gælder uddannelse. Hvis man er dygtig til at uddanne, så kan man bruge mindre tid på at gøre folk dygtige.

Hvorfor

Først og fremmest skyldes det manglende speciallæger i akut medicin. Ikke kun om natten, men også i dag tiden. Akut afdelingen har i en periode haft et tilstrækkeligt antal kompetente speciallæger i dag tiden. Det findes ikke længere.

For det andet et andet henvisningsmønster. Bag ved dette ligger nogle politiske beslutninger, inkompatibel uddannelse af AP-læger og en anden sammensætning af patientklientellet.

For det tredje er en selvstændig akut afdeling en konstruktion. En konstruktion der tager udgangspunkt i at der er færdig uddannede speciallæger i akut medicin, at patienterne er monomorbide og at den enkelte patients diagnose står skrevet i panden på dem.

Men neden under dette findes desværre en manglende forståelse af hvordan et ungt menneske går fra at være studerende til at være KBU læge til at være speciallæge.

Konklusion

Der er ingen grund til at antage af overførelse af to KBU-læger fra akutafdelingen til kirurgisk afdeling vil forbedre patientsikkerheden for akutte patienter.

Men hvad kan vi så gøre for at forbedre patientsikkerheden

Bedre uddannelse

Bedre struktur med anerkendelse og operationalisering af fastlagte patient forløb for udvalgte patientkategorier; f.eks. koronar infarkt, brækket hofte, perforeret hulorgan.

Anerkendelse af den multimorbide patient som standardpatienten i stedet for den monomorbide patient. Det nuværende dogme om at akutafdelingen sikre at patienten visiteres til det rigtige speciale – bygger på konceptet om den monomorbide standardpatient. Akut modtagelse bør omfavne den multimorbide patient og igennem dette anerkende, at flere speciale fra start af, skal indgår i et multidisciplinært samarbejde omkring den multimorbide patient.

I forhold til kirurgiske patienter

Perioperativ enhed

Multidisciplinære akutte konferencer

Akutte uddannelsesenheder; akut kirurgisk og akut medicinsk

Akutte uddannelsesenheder

KBU-lægen skal i løbet af de første 3 måneder uddannes til at kunne håndtere x antal henholdsvis medicinske og kirurgiske tilstand selvstændigt

Målgruppe

Alle KBU-læger på sygehuset, dvs- medicinske, kirurgiske, ortopæd kirurgiske og akut medicinske

Selvstændigt

Uden eller med indirekte supervision. Inden da altid under direkte supervision

Metoder

Selvstudie, små gruppe undervisning, simulationstræning med scenarietræning for hver enkelt tilstand

Supervisionskurser

Alle der fung. som supervisorer skal gennem supervisionskursus – Cames tilbyder relevante kurser

Undervisere

De medicinske- og kirurgisk læger som i forvejen står for uddannelse og undervisning på deres afdelinger

MATERIALS AND METHODS. An 11-month retrospective review was performed of all patients presenting to the ED with an acute abdomen who required abdominal CT. Nine key time points associated with ED LOS and CT workflow were collected: triage, physician assessment, CT request, porter schedule, CT start, CT complete, provision of first CT report, ED disposition decision, and physical discharge. The median and 90th percentile times for each interval were reported.

Read More: <https://www.ajronline.org/doi/10.2214/AJR.14.14057>

Struktur for patient med akut abdomen

Ankomst til AM. triage, læge undersøgelse, Bestilling af blodprøver, Bestilling af CT

Conclusion: Pathways incorporating routine imaging will improve early diagnosis, but has not been proven to reduce complication rates or hospital length of stay.