

Emne: akutfunktionerne i Danmark

Åbent brev:

Er fundamentet for sundhedsdebatten solidt funderet?

Debatten i regionerne har siden Sundhedsstyrelsen kom med sine anbefalinger på akutområdet raset. Man har i Sundhedsstyrelsen angiveligt lavet et møjsommeligt arbejde med at udstikke retningslinierne for Regionsrådene, og disse retningslinier baserer sig på de lægelige specialeråds vurderinger. Det er i det væsentlige de skærende specialer, der har tilkendegivet sig. Det medfører en halvering af akutmodtagelser i Danmark.

Vi er en gruppe borgere, erhvervsfolk, læger og andet sundhedspersonale, der gerne vil sætte spørgsmålstegn ved disse anbefalinger, som regionsrådene mere eller mindre følger.

Politisk har man i debatten indtil nu haft en del dogmer: 'jo flere jo bedre', 'øvelse gør mester', 'monospecialisten i front' og 'afstand til modtagesygehus betyder intet for overlevelsen' – bare præhospitale enheder følger patienten til den Monospecialiserede enhed.

Man har et ønske om at lave akutcentre, bemandet med akutlæger (disse findes ikke endnu i det danske sundhedsvæsen) for at opnå hurtigere diagnostik, rette behandling og deraf kortere indlæggelses tid. Og dermed bedre overlevelse og færre komplikationer for patienten.

Man har argumenteret med, at det er nødvendigt pga rekrutteringsproblemer i sundhedsfagene (på trods af at kendsgerningerne er, at flere og flere læger har overskud til at bijobbe i det private eller udenlands – eks Norge og Sverige, mange sygeplejersker er deltidsansatte mv). At der bliver flere og flere ældre og kravene fra den enkelte patient bliver større (tidligere, mere specialiseret behandling).

Man har fra lægeforeningens side, ved narkoselæge og leder af traumecenteret i Århus Jens Winther Jensen, talt for denne centralisering og øgning i præhospitale enheder med flere narkoselægebemandede biler og øget afstand fra yderområderne til behandling. Op til 100-150 km. Man kan ikke klandre en fagforenings boss for at fremme nogle af sine medlemmers interesser. Men det ændrer ikke ved, at argumenterne, der fremføres fra ham, skal ses i dette lys.

Fakta er, at der er en grænse for, hvor store enheder, vi kan have. Hvis et sygehus har over 400 sengepladser knækker kurve så at sige. Det bliver mere ineffektivt, dyrere og med afsmittende virkning på patienten. Han diagnosticeres senere eller slet ikke (bliver opereret i sin mave, men der overses en dårligt reguleret diabetes – som har betydning for slutresultatet). Indlæggelsen drukner i bureaukrati. Det har bl.a sundhedsøkonom Kjeld Møller Pedersen vist ved videnskabelige undersøgelser.

Man ved fra epidemiologiske undersøgelser offentliggjort sidste år på flere cancersygdomme, at hvis patienten kun fejler denne ene sygdom – canceren- så er vi fra 1995-2005 blevet bedre til at behandle patienten (monospecialisten er blevet bedre til sit arbejde – at fjerne en kræftsvulst eks). Men hvis patienten fejler noget andet også – eksempelvis forhøjet blodtryk, sukkersyge, KOI, astma mv – så går det dårligere (kræftkirurgen kan ikke regulere sukkersyge og tænker ikke derpå i stort

nok omfang). Dvs monospecialiseringen har sin pris. For virkeligheden er, at befolkningen bliver ældre og ældre og lever længere med sin kroniske sygdom, og at mange har mere end en kronisk lidelse. Dette taler for de tværspecialister, vi ser udenfor universitetssygehusene. Til gavn for patienten.

Øvelse gør mester – det er ingen uenig i. Men er der en øvre grænse for, hvornår man bliver endnu bedre? Vi mener, der eringen undersøgelser, der viser, at hvis man har lavet 600 kejsersnit - så er man dårligere end den, der har lavet 800. Men man er oplagt bedre end den der har lavet 50.

Men disse dogmer flourer i debatten.

Betyder afstanden til nærmeste akutmodtage afsnit noget? Ja, indtil videre er traumefolkenes svar nej, for det er vigtigere at komme til rette sted, end til nærmeste sted. Vi så det i en dansk undersøgelse på patienter med blodpropper i hjertet, at det var bedre at køre fra det yderste Vestjylland til eks Skejby for at få en ballonudvidelse, end komme til nærmeste sygehus for at få blodfortyndende behandling. Vi har data på hovedtraumer ved ulykker – de skal til højt specialiserede traumecentre.

Men ellers er der faktisk ikke videnskabelig dokumentation for yderligere sygdomsgrupper. Resten baserer sig på tro. Dette vedkender fagfolk da også. Men alligevel bruges disse undersøgelser i argumentationen for at nedlægge akutmodtagelser i Danmark.

Vi har i den seneste tid i England og Danmark talt en del om en undersøgelse foretaget i England, der viste at uanset hvad patienten fejlede, kostede det 1 % i dødelighed for hver 10 km man kørte ekstra med den akut svært syge patient, værst var det for patienter med vejrtræningsproblemer. Det har man fra traumefolkene forsøgt at nedskyde med argumenterne om, at vi ikke kan sammenligne os med Englands transport af patienter. Det fremgår ikke fra Jens Winther og co, hvori vi adskiller os fra England – som vi i alle andre forhold i øvrigt sammenligner os med. Fakta er, at alle fra deres dagligdag som læge og patient ved, at det ikke er ligegyldigt hvor politikerne placerer akutmodtagestederne geografisk. Danmark skævvrides, og det kommer til at koste menneskeliv. Uanset at den vestjyske patient med blodprop i hjertet køres til Skejby med bedre resultat i dag end for få år siden – så har han ikke den samme prognose som hvis uheldet er ude i Ikea udenfor Skejby.

I traumecentrene mener man at kunne klare alle afstande i fremtiden, uden at det kommer til at koste menneskeliv. Også de afstande, der bliver virkeligheden for yderområderne. Men det beror på tro. For vi har ikke på det nuværende et udbygget system i den præhospitale fase, som kan erstatte centralsygehusene. Vi mangler mere organisering i fasen, inden patienten kommer på sygehuset. Vi mangler yderligere telemedicinske fremskridt og implementering af denne med henblik på diagnostik og behandling. Og vi mangler koordineringen med eksempelvis lægevagten. Men hvis alt dette er på plads, mangler vi stadig at kunne dokumentere, at det kan erstatte akutmodtagelserne, som fjernes aktuelt.

Virkeligheden er, at man i regionerne fjerner lægebemandede modtageafsnit for at erstatte dem med store monospecialiserede enheder, længere transport – i bedste fald med en narkosesygeplejerske, der ikke er uddannet til diagnostik og visitation og med den afledte virkning at yderområderne skævvrides i sundhed og udvikling i øvrigt.

Vi foreslår, at man kritisk ser på konsekvenserne af akutplanerne i Regionerne – for patienterne der skal transporteres længere tid, og flere gange under samme indlæggelse, rekrutteringen til almen praksis i fremtiden, erhvervslivets muligheder for rekruttering af akademikere i yderområderne, de miljømæssige konsekvenser af øget transport, den faglige evidens og tyngden heraf for specialerådenes anbefalinger, monospecialisten contra tværspecialisten – er det den vej vi vil? Eller

kunne man tænke sig at udbygge telemedicinske muligheder for at få patienten vurderet af monospecialisten, al mens patienten er indlagt på et mere geografisk lokalt sygehus.

På vegne af akutgruppen i region Nord, Midt og Syddanmark Lotte Jakobsen, praktiserende læge.