

Hvem skal hjælpe - vi mangler et sted for de subakutte
Erfaringer fra to generalist-specialer.

Den praktiserende læge er generalisten i primærsektoren, og vi klarer stadigvæk knap 90% af alle patientens henvendelser selv. Heldigvis har vi adgang til henvisning og hotline til mange specialer, når der er brug for noget mere end det vi kan. Men vi mangler visitationsmuligheder, der kan hjælpe med subakutte udredninger. Når patienten i løbet af få dage eller uger har udviklet symptomer, der tyder på alvorlig sygdom der bør afklares hurtigt, har vi ikke så mange muligheder, hvis der da ikke lige er en kræftmistanke.

Vi kan henvise til et sygehusspeciale, hvis vi nogenlunde ved hvilket organ det drejer sig om, men der kan være ugers eller måneders ventetid.

Og hvis symptomerne kunne stamme fra forskellige organsystemer, da oplever patienten ofte en ørkenvandring frem og tilbage mellem egen læge og forskellige sygehusspecialer der tilbagehenviser med beskeden: ikke mit bord prøv et andet sted.

Derfor ender det ofte med en akut indlæggelse, fordi situationen bliver uholdbar imens. Så møder patienten sygehusvæsenets generalist: akutmedicineren.

Men akutmedicineren er specialist i diagnostik og behandling af tilstande med behov for akut hospitalsvurdering indenfor 24 timer, og ikke i diagnostik af subakutte eller mere langsomt udviklede tilstande.

Så mange patienter går forkert og skal vente i timevis, men bidrager også til overfyldte akutmodtagelser. Og det sidste er skidt for de alvorligt akut syge, da der er klar evidens for at overfyldte akutmodtagelser skaber overdødelighed¹. Det kan godt være der tages nogle billeddiagnostiske undersøgelser og blodprøver, for lige at udelukke visse akutte tilstande, og findes en oplagt årsag til patientens symptomer sætter akutlægen da naturligvis patienten i behandling. Men hvis patienten ikke er indlæggelseskrævende og symptomerne fortsat er uafklarede sendes patienten ofte hjem uden diagnose eller behandling, men med besked om at opsøge egen læge, for at blive videre udredt. Det er ofte den eneste mulighed akutlægen har i disse situationer.

F.eks. 71 tidligere rask kvinde, der kommer til egen læge med et atypisk udslæt på venstre hofte. Først tolket og behandlet som helvedesild, men udslættet vokser, og nu også ondt i maven og ryggen og afføringsændringer. Egen læge får mistanke om tyktarmskræft, henviser til kræftpakke, hun får en kikkertundersøgelse som er normal, afsluttes til egen læge. Nu tiltagende smerter i lænderyggen, og kraftnedsættelse af venstre ben, der pludselig ikke kan løftes mere end 10 cm fra lejet. Egen læge bekymret, hurtig fremadskridende lammelse kan være noget farligt, kontakter neurologisk bagvagt der siger det ikke er hendes speciale da det ikke kan være en blodprop i hovedet, men foreslår en henvisning til MR scanning. Dette gøres, der er 3 ugers ventetid. Lammelsen af benet udvikler sig, kontakter neurokirurgisk bagvagt der foreslår en akut indlæggelse, men i akutmodtagelsen finder man ikke grund til akut skanning, da der alligevel ikke kan være noget der skal opereres akut, sendes derfor hjem til egen læge mhp henvisning til ortopædkirurgisk vurdering, der dog vil afvente MRscanningen. Nu kan patienten slet ikke løfte benet længere, og hun og egen læge klør sig i hovedet: hvad kan vi dog gøre. Patienten får selv den

¹ [Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality | Emergency Medicine Journal \(bmj.com\)](https://www.bmj.com/content/357/bmj.m2472)

ide, om det kunne være resultat af et flåtbid, for hun færdes meget i naturen. Vi tager en blodprøve, som er positiv for borrelia. Så har vi en diagnose, og sygehuset åbner sig. Infektionsmedicineren tilbyder en tid i morgen, diagnosen bekræftes, hun indlægges til antibiotisk behandling i drop i en uge, det lykkes at standse infektionen, hun genvinder førligheden, og har i dag ikke andre mén end lidt træthed.

Men det var på et hængende hår. Hun kunne lige så godt være havnet i en kørestol, med varig lammelse.

Mange patienter, der udskrives efter en 112 henvendelse, dør indenfor 30 dage. I en nylig dansk undersøgelse fandt man tallet 6,8 %. Hvad var det så de havde henvendt sig med? I modsætning til hvad mange måske tror, var det ikke "Brystsmerter" eller "Symptomer på stroke", der scorede højest i dødsstatistikken. Man fandt at henvendelser i kategorien "Uklart problem" udgjorde 13% af alle dem der døde indenfor 30 dage, kun overgået af kategorierne "Bevidstløshed" og "Vejrtrækningsproblemer." (1)

En akut indlæggelse via 112 med et uklart problem, giver altså en betydelig risiko for at dø indenfor 30 dage.

Særligt for ældre patienter er genindlæggelser en hyppig oplevelse, og en dansk undersøgelse fra 2021 viste, at en femtedel af akut indlagte medicinske patienter i alderen ≥ 65 år blev genindlagt inden for 30 dage efter tidlig udskrivning. (2)

Så hvad har vi brug for?

Både almen praksis og akutmedicinerne efterspørger subakutte specialespecifikke ambulatorier, det kunne være relevant for hjerte, lunge, neurologi, infektionsmedicin, mave/tarm, geriatri. Så kan vi henvise til fx en subakut hjerteundersøgelse såsom Holter eller ekko, hvis det er det vi mangler i vores udredning. Inden patienten vælter helt.

- 1) Vi har brug for et ensartet tilbud over hele landet med subakutte specialespecifikke ambulatorier, det kunne være relevant for hjerte, lunge, neurologi, infektionsmedicin, mave/tarm, geriatri. Så kan vi henvise til fx en subakut hjerteundersøgelse såsom Holter eller ekko, hvis det er det vi mangler i vores udredning. Inden patienten vælter helt.
- 2) Og vi har brug for subakutte tværfaglige ambulatorier, hvis patientens symptomer kunne stamme fra forskellige organsystemer. Det kan være en patient med tiltagende forpustethed (er det hjerte eller lunger?), med smertetilstande af uklar årsag som ikke passer i en kræftpakke, med nyopstået faldtendens (er det hjerte eller hjerne eller geriatri?), med progredierende lammelse over dage (er det neurologi eller infektionsmedicin eller ortopædkirurgi?)

Der er faktisk eksempler på at det er lykkedes at etablere sådan nogen ting lokalt, til brug for patienten der har symptomer på muligvis alvorlig sygdom, men ikke behøver en hospitalsseng øjeblikkeligt.

Fx i Silkeborg, som har arbejdet med sammedagsudredning, sammedags-ambulatorium (fælles-

ambulatorier), indført en klinik for multisygdom og polyfarmaci, lavet "liggestole" med subakut vurdering (man undgår en egentlig sengeplads) samt fleksible indlæggelser, hvor hospitalet har populationsansvaret.

Fx i Hobro, som har etableret et subakut ambulatorium hvor man undersøger og behandler patienter med forskellige medicinske lidelser, som på den ene side ikke behøver en akut indlæggelse, men som på den anden side ikke kan vente i flere uger med at blive undersøgt. Rundt omkring i landet har vi også de diagnostiske centre, som fungerer meget forskelligt. Mange steder afviser man henvisninger, hvis henvisende læge ikke har mistanke om kræft. Men man kan fejle mange andre alvorlige, tidskritiske ting end kræft, og der er eksempler på diagnostiske centre, der også tager imod muligvis alvorlige sygdom uden kræftmistanke. Måske skulle man genopfinde de diagnostiske centre, så det blev en mulighed alle steder i landet.

Selv om løsninger ikke er ens, så går det alligevel igen, at der er placeret et ansvar, og at patienten ikke bliver sluppet. Og, det betyder færre indlæggelser og genindlæggelser, og det giver også et mindre pres både på almen praksis og på akutmodtagelsen.

De to generalistspecialer på hver vores side af sektorgrænsen finder sammen om denne anbefaling: Lad os få adgang til subakutte specialespecifikke ambulatorier, og subakutte tværfaglige ambulatorier, begge med henvisningsret for både almen praksis og akutmedicin.

Almen praksis ville kunne udfolde sin særlige faglighed, i form af god visitation med baggrund i vores patientkendskab, hvis vi fik den slags muligheder overalt i landet.

Og akutmodtagelserne kunne blive reserveret til de mennesker som akutmedicinerne er trænet i at vurdere: den alvorligt syge patient med behov for øjeblikkelig indsats.

- (1) https://vbn.aau.dk/ws/portalfiles/portal/410280644/Ibsen_et_al_2021_Which_symptoms_pose_the_highest_risk_in_patients_calling_for_an_ambulance.pdf

Which symptoms pose the highest risk in patients calling for an ambulance? A population-based cohort study from Denmark Ibsen, Stine; Lindskou, Tim Alex; Nickel, Christian H; Kløjgård, Torben; Christensen, Erika Frischknecht; Søvsø, Morten Breinholt Published in: Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine

- (2) <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02355-y>

- 1 BMC Geriatrics 2. juli 2021: Mortality of older acutely admitted medical patients after early discharge from emergency departments: a nationwide cohort study [Martin Aasbrenn](#),
- [Christian Fynbo Christiansen](#),
- [Buket Öztürk Esen](#),
- [Charlotte Suetta](#) &
- [Finn Erland Nielsen](#)

[BMC Geriatrics](#) **volume 21**, Article number: 410 (2021)

