



# Styrk indsatsen, når det skal gå stærkt

11 forslag til bedre behandling af akutte patienter

LÆGEFORENINGEN



# Styrk indsatsen, når det skal gå stærkt

Alle akutte patienter har krav på at få et godt og sammenhængende behandlingsforløb. Det gælder, når den akutte indsats foretages i almen praksis og lægevagt/1813. Det gælder, når patienterne kontakter 112 og der sendes en ambulance, lægebil eller lægehelikopter. Og det gælder, når patienterne modtages i akutmodtagelser på landets sygehuse. Og det gælder ikke mindst, når patienterne overgår fra et led til næste led i kæden.

Grundlaget for tilrettelæggelse af den akutte indsats er Sundhedsstyrelsens rapport om styrket akutberedskab, som udkom for 10 år siden.

Siden har 21 akutmodtagelser set dagens lys. Det er Lægeforeningens vurdering, at de generelt har givet behandlingen af akutte patienter et kvalitetsløft. Det skyldes primært, at størstedelen af de akutte patienter i dag modtages direkte af speciallæger eller yngre læger, der er superviseret af speciallæger, og at patienterne dermed modtager hurtigere og mere kvalificeret udredning og behandling. De nye speciallæger i

akutmedicin vil i løbet af de næste 10 år udgøre en ekstra ressource i det akutte beredskab, og Lægeforeningen ser frem til, at akutmedicinerne indgår i staben af læger, der er med til at give de akut syge og tilskadede patienter den bedst mulige behandling.

Der er dog stadig store forskelle på de behandlingsforløb, de akutte patienter oplever på landets akutmodtagelser, alt afhængig af om det er dag eller nat og hvilken akutmodtagelse, der tager imod dem. Det er stadig muligt at hæve barren og sikre mere ensartede rammer og bedre tilbud i det akutte beredskab på tværs af regionerne, så alle patienter kan få behandling af høj kvalitet, uanset hvor de bor.

Lægeforeningen kommer her med 11 konkrete bud på, hvordan den lægelige indsats og behandlingen af akutte patienter kan styrkes, når Sundhedsstyrelsen skal revidere 2007-anbefalingerne.

## 1. Speciallæger i almen medicin skal være indgang til akutmodtagelsen

*Speciallæger i almen medicin er de bedste til at sikre, at kun de patienter, der har behov for sygehusbehandling, kommer i akutmodtagelsen. Adgangen til akutmodtagelsen skal derfor være lægevisiteret eller gå via 112.*

Det er en almenmedicinsk spidskompetence at vurdere symptomer over telefonen og tage stilling til, om der er brug for hjælp her og nu, eller om patienten kan vente. Speciallæger i almen medicin er kort sagt den mest effektive og patientsikre gatekeeper, og derfor bør alle regioner indgå aftaler med speciallæger i almen medicin om at visitere akutte patienter.

Erfaringer med visitation efter standardmanualer viser, at akutmodtagelserne modtager mange patienter, der ikke nødvendigvis har behov for sygehusbehandling.

Det gælder f.eks. lettere syge børn, der har tilstoppet næse og øjenbetændelse eller patienter, der har haft ondt i ryggen igennem flere uger. Det er problemstillinger, som oftest kan vurderes hos egen læge dagen efter og ses an hjemme og ikke problemstillinger, som skal håndteres på en akutmodtagelse eller en børneafdeling.

### *Lægeforeningen foreslår*

Alle regioner bør indgå aftaler med speciallæger i almen medicin om lægelig visitation af akutte patienter til akutmodtagelserne.

## 2. Tilknyt en lægebil til hvert akutsygehus

*Lægebiler bør have base ved akutsygehuse i alle regioner, så de får de bedste rammer for at yde akut behandling til de patienter, der har størst brug for det.*

Akutlægebiler redder liv. Det er veldokumenteret, at læger gør en forskel for patienterne, når det handler om at redde liv i akutte situationer. Det gælder både ved at genoplive patienten efter hjertestop og ved at forhindre, at patienten får et nyt hjertestop.<sup>1</sup> I fem ud af seks livstruende situationer har patienten brug for behandling, som kun kan udføres af en læge.<sup>2</sup> Derfor bør lægebiler indgå i det præhospitale beredskab i alle regioner.

I dag er der kun knyttet akutlægebiler til 16 ud af landets 21 akutsygehuse,<sup>3</sup> og organiseringen varierer fra region til region. Lægeforeningen mener, at der bør være knyttet en lægebil til alle akutsygehuse. Præhospitale læger skal ofte træffe hurtige beslutninger under vanskelige arbejdsvilkår, og det er nødvendigt, at de har rutine i arbejdet og er fagligt ajour. Forudsætningen herfor er hyppig patientkontakt, og det er

akutsygehuse, som har det tilstrækkelige patientgrundlag.<sup>4</sup> Derfor bør lægebilerne have base ved akutsygehuse.

Tilknytning til akutsygehuset understøtter desuden, at læger i det præhospitale beredskab og læger på akutsygehuset kender til hinandens arbejdsrutiner. Det er vigtigt, når lægerne skal træffe hurtige beslutninger om behandlingen på ulykkesstedet eller i ambulancen, og når de skal overlevere patienten til videre behandling på sygehuset.

### *Lægeforeningen foreslår*

Regionerne skal knytte en lægebil til samtlige akutsygehuse, så læger og reddere kan starte behandling af de mest syge og tilskadedkomne patienter allerede på skadestedet.

Figur 1. Illustration af, hvordan Danmark kan blive dækket med lægebiler, hvis alle akutsygehuse har en lægebil tilknyttet. Cirklen angiver en radius på ca. 30 km. De geografiske yderområder, som lægebilerne ikke dækker, er omfattet af akutlægehelicopterordningen, ligesom der i visse områder kan være behov for at supplere med ekstra lægebiler, som ikke har base ved akutsygehuse.



### 3. Udbred udkørende psykiatriske akuttilbud

*Akut syge psykiatriske patienter kan have behov for at få hjælp der, hvor de er og kan være svære at nå ind til. Alle regioner bør derfor have et udkørende akuttilbud bemandet med en speciallæge i psykiatri og en erfaren redder.*

Ca. 90 pct. af indlæggelserne i psykiatrien sker akut,<sup>5</sup> og akut psykisk syge har særligt behov for tilbud, der er let tilgængelige. Nogle akut psykisk syge patienter kan være svære at få kontakt til, og de kan være til fare for sig selv, deres omgivelser og pårørende. I dag varierer den præhospitalt psykiatriske indsats mellem de fem regioner, og ikke alle regioner har f.eks. tilbud målrettet akut psykisk syge børn og unge.<sup>6</sup>

Udkørende akuttilbud bør udbredes til hele landet, så akut psykisk syge i lighed med somatisk syge får den bedst mulige behandling fra start. De bør bemandes med en speciallæge i psykiatri og en erfaren redder og forankres i det præhospitalt beredskab. Det giver de bedste betingelser for at koordinere indsatsen i forhold til patienter, hvor der kan være behov for både en speciallæge i anæstesi og en speciallæge i psykiatri, f.eks. i forgiftningstilfælde.

I dag er Region Hovedstaden den eneste region, der har et psykiatrisk akutberedskab, som er bemandet af speciallæger i psykiatri og reddere. Akutberedskabet rykker ud til borgere med behov for akut psykiatrisk hjælp, løser fastlåste situationer og forebygger tvangs-

indlæggelser, bl.a. også på socialpsykiatriske botilbud og plejehjem. Akutberedskabets læger har en særlig ekspertise i at håndtere de tilspidsede situationer, som kan opstå ved akut psykisk sygdom, og håndterer en gruppe sårbare og komplekse patienter, hvor tvang kan være nødvendigt.

En del af akutberedskabets patienter er børn og unge, som er henvist til psykiatrisk behandling, men hvis tilstand forværres, mens de venter på at blive udredt. Derfor bør et udkørende akuttilbud have mulighed for at få rådgivning hos en børne- og ungepsykiater.

#### *Lægeforeningen foreslår*

Alle regioner skal have et udkørende akuttilbud til akut psykiatrisk syge bemandet med en speciallæge i psykiatri og en erfaren redder. Tilbudet skal have mulighed for at konsultere en børne- og ungepsykiater.

Akuttilbuddet bør være til rådighed både i og uden for almindelig arbejdstid, og kan med fordel forankres i det præhospitalt beredskab og tilpasses behovet i den enkelte region.

---

## 4. Kritisk syge patienter skal ledsages af speciallæger under transport

*Kritisk syge patienter skal sikres den bedst mulige sikkerhed og kvalitet under transport. Derfor bør de ledsages af speciallæger i anæstesi.*

Der er behov for, at regionerne sikrer en bedre organisering, mere ensartet kvalitet og større patientsikkerhed, når kritisk syge patienter transporteres rundt mellem landets sygehuse.

Arbejdsbetingelserne under transport af patienter fra sygehus til sygehus er vanskelige, og kvaliteten og sikkerheden afhænger af personale og udstyr. Kritisk syge patienter ledsages for ofte af læger uden de nødvendige kompetencer til at håndtere kritiske situationer under transport.

En kvalificeret præhospital enhed, som har fokus på transport af patienter kan sikre, at patienter ledsages af rutinerede speciallæger, der er specialiseret i patienttransport. Kritisk syge patienter – ustabile patienter med aktuel eller truende svigt af luftveje, vejrtræk-

ning eller/og kredsløb – skal ledsages af en speciallæge i anæstesi. Stabile patienter og ikke kritisk syge patienter kan ledsages af veluddannede og rutinerede sygeplejersker og reddere.

En særlig udfordring er transport af kritisk syge børn, hvor der er brug for et tæt samarbejde mellem speciallæger i anæstesi og speciallæger i pædiatri. Desuden skal den fysiske indretning af ambulancerne kunne tilpasses til transport af børn.

### *Lægeforeningen foreslår*

Alle regioner skal oprette særlige enheder, som har til opgave at tilrettelægge overflytninger af patienter fra et sygehus til et andet. En speciallæge i anæstesi skal have det faglige ansvar.

---

## 5. Integrér den præhospital patientjournal med akutmodtagelsens patientjournal

*Giv akutmodtagelserne det bedst mulige grundlag for at igangsætte en hurtig behandling af akut syge og tilskadekomne patienter ved at integrere den præhospital patientjournal fuldt ud med patientjournalen på akutmodtagelsen.*

Når en akut syg patient er på vej til hospitalet, bliver udvalgte data om patienten, f.eks. puls og blodtryk, registreret i den elektroniske præhospital patientjournal og sendt til personalet på akutmodtagelsen, som står klar til at modtage patienten.

Men den præhospital journal er ikke integreret med sygehusets journal. Det betyder, at oplysninger, som ambulancepersonalet har fået af patienten eller pårørende, forbliver i den præhospital journal i et særskilt system. Det kan f.eks. være observationer af patientens skade eller oplysninger om patientens medicin, som kan være afgørende for at personalet på akutmodtagelsen kan yde den hurtigst mulige behandling på akutmodtagelsen.

Regionerne bør prioritere at integrere systemerne fuldt ud, så akutmodtagelsen automatisk modtager en kort rapport med de væsentligste observationer og vitalparametre, når patienten ankommer.

### *Lægeforeningen foreslår*

Regionerne bør prioritere at integrere den præhospital patientjournal fuldt ud med patientjournalen på akutmodtagelsen.

## 6. Speciallæger skal være i front døgnet rundt

*Der skal altid være mindst én speciallæge med akutmedicinske kompetencer i akutmodtagelsen, som kan træffe kvalificerede faglige beslutninger. Akutmodtagelsens bemanning og kompetencer skal matche akutmodtagelsens faktiske patientunderlag og patientflow.*

Patienterne på de danske akutmodtagelser er overvejende midaldrende og ældre borgere, og en stor del af dem har uspecifikke symptomer, kroniske sygdomme og flere diagnoser. Der er tale om en kompleks patientgruppe, som speciallæger er de bedst uddannede til at udrede og diagnosticere. Derfor bør akutmodtagelserne organiseres, så man bruger speciallægenes kompetencer bedst muligt.

Nogle akutsygehuse har stadig svært ved at efterleve Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 om tilstedeværelsen af lægefaglige specialer.<sup>8</sup> Det betyder, at der fortsat er akutmodtagelser, hvor yngre læger tager imod en kompleks patientgruppe uden at være superviserede af en speciallæge.

Lægeforeningen mener, at alle akutmodtagelser bør have en kerne af fastansatte speciallæger ansat i akutmodtagelsen, som har en akutmedicinsk faglighed. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om lægelige specialer skal implementeres, og regionsrådene bør løbende monitorere, hvorvidt de enkelte akutsygehuse efterlever dem. Relevante speciallæger skal være umiddel-

bart tilgængelige for akutmodtagelsen døgnet rundt, og bemanningen og kompetencerne i akutmodtagelsen skal tilpasses patientunderlaget og det faktiske patientflow på det enkelte akutsygehus.

Derudover anbefaler Lægeforeningen, at de akutsygehuse, hvor specialafdelingerne har akutfunktioner, har mindst én speciallæge i tilstedeværelsesvagt døgnet rundt fra det pågældende speciale. Det gælder f. eks. speciallæger i gynækologi og obstetrik, speciallæger i intern medicin eller speciallæger i pædiatri, hvis akutmodtagelsen modtager akut syge børn.

### *Lægeforeningen foreslår*

Regionsrådene skal monitorere og følge op på, at der er speciallæger med akutmedicinske kompetencer til stede i akutmodtagelsen døgnet rundt. Relevante speciallæger skal være umiddelbart tilgængelige for akutmodtagelsen døgnet rundt og tilpasses det faktiske patientunderlag.

## 7. Styrk samarbejdet mellem de psykiatriske akutmodtagelser og de somatiske akutmodtagelser

*Det tværgående samarbejde om akut syge patienter, der både lider af somatisk og psykisk sygdom er en blind vinkel i den nuværende organisering af det akutte beredskab. Akut psykiatrisk syge patienter skal have lettere adgang til somatisk behandling og omvendt.*

Det er veldokumenteret, at mange psykisk syge patienter, der samtidig lider af en somatisk sygdom, ofte er underbehandlet og har markant kortere levetid end resten af befolkningen.<sup>9</sup> Men den nuværende organisering understøtter ikke et tværgående samarbejde om patienter, der både er akut psykisk syge og

har en kronisk somatisk sygdom eller patienter, der har en akut opstået somatisk sygdom, og som samtidig har en psykisk lidelse.

I dag er den akutte psykiatri og den somatiske akutbehandling fysisk adskilt på størstedelen af akutsygehuse. Det gør det svært at give akut syge psykiatriske patienter samme lette og lige adgang til somatisk behandling som øvrige patienter, ligesom det kan tage tid at få et akut psykiatrisk tilsyn på en somatisk akutmodtagelse. Det vil eksempelvis være en fordel for patienter, der er blevet forgiftet, at behandlingen sker i tæt samarbejde mellem den soma-

- » tiske akutmodtagelse og en psykiatrisk speciallæge.

Ideelt set bør somatiske og psykiatriske akutmodtagelser samles på ét sted. Indtil da bør regionerne investere i et langt tættere samarbejde mellem de somatiske og psykiatriske akutmodtagelser, f.eks. via konkrete aftaler mellem afdelingsledelserne om samarbejde og bedre muligheder for at få akutte tilsyn.

#### *Lægeforeningen foreslår*

Det bør være et prioriteret mål i alle regioner, at somatiske og psykiatriske akutmodtagelser på sigt samles på samme matrikel. Indtil dette er realiseret, skal der etableres et tæt samarbejde mellem de somatiske og psykiatriske akutmodtagelser via konkrete samarbejdsaftaler.

## 8. Giv akutmodtagelserne adgang til hurtige svar på prøver og undersøgelser både dag og nat

*Det er ikke nok, at faciliteterne til at foretage prøver og undersøgelser til at udrede og diagnosticere patienterne er til stede på sygehuset, hvis personalet er gået hjem. Akutmodtagelsen skal kunne få svar på relevante prøver og undersøgelser døgnet rundt.*

For at kunne udrede akut syge patienter hurtigst muligt og skabe fremdrift i patientforløbet, skal lægen i akutmodtagelsen kunne få foretaget de relevante prøver og undersøgelser, der kan bekræfte eller udelukke de diagnoser, som lægen overvejer. Hvis lægen f.eks. har mistanke om en blodprop i benet, er det vigtigt hurtigt at få gennemført en ultralydsundersøgelse, der kan vise, om behandlingen skal igangsættes med det samme.

Alle akutmodtagelser havde i 2016 adgang til de faciliteter, som Sundhedsstyrelsen anbefaler. Men det er ikke nok, at faciliteterne er tilgængelige på sygehusematriklen. Der skal også være personale til stede, som kan udføre, analysere og vurdere prøverne – også om natten. Det gælder særligt for de parakliniske undersøgelser, f.eks. ultralydsundersøgelser, blodprøver og

CT-scanninger, hvor akutmodtagelsen er helt afhængig af samarbejdet med de øvrige afdelinger. I 2016 var det f.eks. ikke alle akutsygehuse, der havde døgn-dækkende adgang til at foretage ultralyd.<sup>10</sup>

Ventetid på prøvesvar blokerer for, at personalet i akutmodtagelsen kan skabe fremdrift i patientens forløb og unødigt ventetid forøger risikoen for, at der sker fejl ved vagtskifte. I sidste ende kan det udgøre en risiko for patientens sikkerhed. Regionerne og lederne på akutsygehuse bør prioritere, at akutmodtagelsen har hurtig adgang til svar på prøver og undersøgelser døgnet rundt.

#### *Lægeforeningen foreslår*

Sygehusledelserne på de 21 akutsygehuse skal sikre, at akutmodtagelserne kan få hurtige svar på prøver og undersøgelser døgnet rundt.

## 9. Akutte patientforløb bør styres af en speciallæge

*Det bør være en speciallæge med særlige kompetencer, der koordinerer og sikrer fremdrift i patientforløbene i akutmodtagelserne.*

Den koordinerende læge (nogle steder kaldet flowmaster) har en vigtig opgave med løbende at prioritere ressourcerne i akutmodtagelsen og sørge for, at der sker fremdrift i de enkelte patientforløb. Alle regioner har udarbejdet lokale funktionsbeskrivelser for den koordinerende funktion i akutmodtagelsen.<sup>11</sup> Akutmodtagelserne er dog forskelligt organiseret, og nogle steder varetages opgaven af en sygeplejerske.

Det er imidlertid en lægefaglig opgave at vurdere, hvornår patienter behandles bedst i akutmodtagelsen, og hvornår patienterne skal videre til behandling på stamafdeling. Det er ligeledes en lægefaglig opgave at sikre, at patienterne får de relevante undersøgelser og at vurdere, hvornår patienter kan udskrives til behandling ved egen læge næste dag eller til pleje i kommunen. Derfor bør det være en speciallæge, der varetager opgaven både dag og nat.

For at sikre en mere ensartet kvalitet i rollen som koordinerende læge bør Danske Regioner udarbejde en overordnet landsdækkende kompetencebeskrivelse og

entydig funktionsbeskrivelse for, hvordan patientforløb i akutmodtagelserne koordineres og styres.

Den koordinerende læge skal have klare beføjelser til at visitere patienter og tilkalde kolleger fra andre afdelinger og have det ledelsesmæssige ansvar for de enkelte patientforløb i akutmodtagelsen. Funktionen skal udgøre en central del i en ansættelse, så lægen hurtigt opnår og vedligeholder den nødvendige erfaring med at løfte opgaven.

### *Lægeforeningen foreslår*

Den koordinerende læge i akutmodtagelserne bør være en speciallæge. Regionerne skal i regi af Danske Regioner udarbejde en landsdækkende kompetencebeskrivelse og entydig funktionsbeskrivelse for lægelig koordinering og styring af patientforløb i akutmodtagelserne.

## 10. Datakvaliteten på det akutte område skal forbedres

*Data af ordentlig kvalitet er en forudsætning for kvalitetsudvikling, men er en mangelvare på det akutte område. Indsatsen bør styrkes og kan starte med en aftale om ensartet registreringspraksis og systematisk registrering af henvendelsesårsag.*

Valide data, der er registreret på samme måde og som er sammenlignelige på tværs af sygehuse og regioner. Det er en forudsætning for at give den bedste mulige patientbehandling og for at forske og udvikle kvaliteten på akutmodtagelserne.

Men i dag er det vidt forskelligt, hvilke oplysninger akutmodtagelserne registrerer, hvordan data lagres, og om de er tilgængelige til brug for kvalitetsarbejde og forskning efterfølgende. Der mangler også me-

ningsfyldte mål for faglig kvalitet og outcome-data, der viser, om patienterne rent faktisk får det bedre. Eksempelvis er der kun valide resultater for tre ud af ti indikatorer i den første rapport fra Databasen for Akutte Hospitalskontakter.<sup>12</sup> Da der er forskelle i både registreringspraksis og organiseringsform, er det uklart, om patienter får behandling af samme kvalitet ved landets akutmodtagelser og hvilke indsats, de enkelte akutmodtagelser kan gennemføre for at forbedre kvaliteten.

Sundheds- og Ældreministeriet bør stille klare krav til regionerne om at hæve datakvaliteten markant på det akutte område. Der bør aftales én ensartet registreringspraksis, som skal implementeres på alle akutmodtagelser, og der bør udvikles relevante mål for





- » den faglige kvalitet. Det skal samtidig prioriteres, at der sker en systematisk registrering af henvendelsesårsag både på det præhospitalt område og ved triagen på akutmodtagelserne, og at der afsættes tid og ressourcer til at kvalitetssikre data.

Lægeforeningen foreslår desuden, at Danske Regioner etablerer et nationalt kvalitets- og læringsteam på det akutte område. Teamet skal fastsætte klinisk relevante mål med tilhørende indikatorer og valide data, som akutmodtagelserne kan måles på i lighed med andre fagområder.

#### *Lægeforeningen foreslår*

Sundheds- og Ældreministeriet skal stille krav til regionerne om bedre data på det akutte område, herunder relevante mål for faglig kvalitet og en systematisk og ensartet registreringspraksis.

Danske Regioner bør prioritere det akutte område i forbindelse med det regionale kvalitetsarbejde, herunder eventuelt nedsætte et nationalt kvalitets- og læringsteam, som kan fastsætte klinisk relevante mål, som akutmodtagelserne samlet kan måles på.

## 11. Få styr på kvalitet og ansvar i kommunernes akutte tilbud

*Når patienterne udskrives fra akutmodtagelsen, skal kommunerne stå klar med akuttibud af høj kvalitet, hvis der er behov for det. Regioner og kommuner bør afklare i sundhedsaftalerne, hvordan sygehus, almen praksis og hjemkommune samarbejder om både somatiske og psykiatriske patienter, og hvem der har der lægelige ansvar for patienten.*

En del af akutmodtagelsernes patienter kan med fordel færdigbehandles på akutmodtagelsen og udskrives direkte til et kommunalt akuttibud i stedet for at blive indlagt. Men det forudsætter, at både patienten og personalet på sygehuset har vished for, at patientens hjemkommune står klar med den fornødne pleje, genoptræning, socialpsykiatri mm. og at der er klare linjer i samarbejdet mellem sygehuset, kommunen og patientens egen læge.

I dag er kommunernes akuttibud meget forskelligt skruet sammen og de uensartede tilbud gør det svært for læger og sygeplejersker at få et overblik og udskrive patienter til de akutte tilbud. Ni ud af 10 sygehuslæger er eksempelvis bekymrede for, om patienter får den nødvendige pleje og rehabilitering på kommunale akutpladser.<sup>13</sup> Det er en utryk situation for patienterne, som skal kunne være sikre på, at kvaliteten

er i orden, når de visiteres til et kommunalt akuttibud.

Sundhedsstyrelsens nye kvalitetsstandarder skal føre til mere ens sundhedstilbud med en højere kvalitet, men bør også følges op i de sundhedsaftaler, kommuner og regioner skal indgå i 2019.<sup>14</sup> Her skal det gøres klart, hvilke sygdomme og typer af patienter, som kan behandles i akuttibuddene. Det skal også gøres tydeligt, hvordan samarbejdet mellem kommune, hospital og almen praksis skal foregå. Det bør afklares, hvornår lægen på sygehuset kan bistå med behandling eller rådgivning, og hvornår den praktiserende læge skal overtage ansvaret. Og det skal stå klart, hvor hurtigt kommunerne kan aftage patienterne.

#### *Lægeforeningen foreslår*

Regioner og kommuner skal via sundhedsaftalerne skabe en tydelig opgave- og ansvarsfordeling, når patienter udskrives fra akutmodtagelserne til de kommunale akuttibud.

---

**Noter:**

- 1 Halton, A. et al: Association between prehospital physician involvement and survival after out-of-hospital cardiac arrest: A Danish nationwide observational study. Resuscitation, November 2016, volume 108, pp. 95-101
- 2 Mikkelsen S, Krüger AJ, Zwisler ST, et al: Outcome following physician supervised prehospital resuscitation: a retrospective study. BMJ Open 2015;5
- 3 Kilde: Regionerne. Note: To akutlægebiler, der dækker Københavnsområdet, er ikke placeret ved Rigshospitalet, men ved Hovedbrandstationen i København. Herudover er der i Region Midtjylland også lægebiler i Grenaa og Lemvig og ved sygehusene i Silkeborg og Holstebro, ligesom der i Region Syddanmark også er knyttet lægebiler til sygehusene i Sønderborg og Svendborg. Region Sjælland har blot én modificeret lægebil med base i Slagelse.
- 4 LVS: Faqområdebeskrivelse: Præhospital indsats - et anæstesiologisk faqområde
- 5 Andel akutte indlæggelser, mentale sygdomme, Statistikbanken, tabel INDo2. Data baseret på Lands-patientregistret.
- 6 [http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/-/media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2013/Rapport-psykiatriudvalg-okt-2013/18-11-2013/rapport\\_psykiatri\\_regeringen\\_bilag2\\_pdfa.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/-/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2013/Rapport-psykiatriudvalg-okt-2013/18-11-2013/rapport_psykiatri_regeringen_bilag2_pdfa.ashx) side 118
- 7 Vurdering af et speciale i akutmedicin. Afrapportering fra arbejdsgruppe nedsat af det nationale råd for lægers videreuddannelse. Sundhedsstyrelsen, 2017.
- 8 I 2016 manglede 8 akutmodtagelser døgndækkende tilstedeværelse i natte- eller weekendtimerne eller manglede relevante kompetencer til at foretage akutte ultralydsundersøgelser. Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner: De danske akutmodtagelser - status 2016
- 9 Ligeværd - nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. En langsigtet plan. Regeringen, maj 2014.
- 10 Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner: De danske akutmodtagelser - status 2016
- 11 Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner: De danske akutmodtagelser - status 2016
- 12 Databasen for Akutte Hospitalskontakter, rapport 11. januar 2016. RKKP. Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner: De danske akutmodtagelser - status 2016
- 13 Gallup-undersøgelse for Lægeforeningen, 2016
- 14 Sundhedsstyrelsen: Kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner, april 2017