

8. laboratorium om visitation af akut syge patienter

under

Sundhedsstrategisk ledelse

Indhold

1. Baggrund.....	3
2. Fra enstrenget system til tværsektoriel og tværfagligt samarbejde - ny model for visitation af den akut syge (≥65 år) medicinske patient.....	3
2.1 Den nuværende model.....	3
2.2 Vision og succeskriterier.....	4
2.3 Ny model	5
2.4 Identificerede mulige "knaster"	7
2.4.1 De praktiserende læger/vagtlægerne	7
2.4.2 Kommunerne.....	7
2.4.3 Regionshospitalet Randers	8
2.4.4 Patienterne	8
3. Anbefalinger til kommunerne	8
4. Tilbud	9
5. Prøvesprængning – plan for afprøvning.....	9
6. Begrebsliste	10
Bilag 1. Indlæggelsesdata	11

1. Baggrund

Antallet af ældre er fortsat stigende de kommende år. Danmarks statistik oplyser, at der i 2013 var 232.683 ældre mellem 80 og 100 år og vurderer, at tallet i 2050 er 600.000. De ældre patienter vil have et mere kompleks sygdomsmønster, som følge af øgede behandlingsmuligheder og alder. Endvidere vil der om 10 år være ca. 30 % flere patienter med kræftsygdomme. Da samtidigt antallet af senge på sygehusene fortsat forventes at falde, vil der være et stigende krav om maksimal udnyttelse af sengekapaciteten og behov for nye tilbud til patienterne i såvel hospitals- som kommunalt regi. For at patienterne får det rette tilbud, er det afgørende, at visitationen er optimal.

Det 8. laboratorium under Sundhedsstrategisk ledelse omhandler visitation akut syge patienter. Formålet med laboratoriet er, at Randersklyngen kan tilbyde det bedste tilbud ved første henvendelse, så gode patientforløb sikres. Med en ny visitationsmodel ønskes flere hensigtsmæssige akutte indlæggelser, flere hensigtsmæssige akutte behandlinger i patienternes eget hjem samt flere hensigtsmæssige indlæggelser på akutpladser i kommunerne. Målgruppen er akut syge medicinske patienter ≥ 65 år.

2. Fra enstrenget system til tværsektoriel og tværfagligt samarbejde - ny model for visitation af den akut syge (≥ 65 år) medicinske patient

Laboratoriegruppen lægger med dette forslag op til en ny model for visitation af den akut syge medicinske patient ≥ 65 år, og et tættere samarbejde mellem de praktiserende læger/vagtlæger, den kommunale hjemmesygepleje og hospitalsvisitationen/akutlæge.

Afgrænsning til den medicinske patient (eller formodet medicinske patient) er foretaget fordi, hjemmesygeplejerskernes/akutsygeplejerskernes erfaringsområde er størst inden for det medicinske felt, mens deres erfaring med at bedømme patienter med akutte kirurgiske sygdomme vurderes at være mindre.

Formålet med modellen er at sikre den akut syge medicinske patient det bedste tilbud ud fra både en faglig og økonomisk vurdering, hvad enten dette måtte være indlæggelse på Akutafdelingen, ambulans undersøgelse, behandling i hjemmet eller andet kommunalt tilbud.

2.1 Den nuværende model

Den nuværende model kan karakteriseres som et overvejende enstrenget system, hvor det hovedsageligt er den praktiserende læges/vagtlæges vurdering, der afgør, hvilket tilbud den akut syge patient skal have.

En af forudsætningerne for at kunne tilbyde patienterne det bedste tilbud i tilfælde af akut opstået eller forværret sygdom er et aktuelt kendskab til patientens tilstand. Laboratoriegruppen antager, at måling af vitalparametre, TOBS, og fælles retningslinjer for reaktion på disse er et godt supplement til en klinisk vurdering i primærsektoren.

Almen praksis oplever, at arbejdsmængden bliver større, og det kan være en udfordring at afse tid til at aflægge besøg til patienter med akut opståede eller forværrede symptomer. Som følge heraf indlægges nogle patienter efter en telefonisk vurdering. Dette kan være nødvendigt i særligt hastende tilfælde, hvor lægen vurderer, at patienten er oplagt truet og har behov for hurtig indlæggelse. I andre tilfælde kan en telefonisk visitation betyde, at patienten ikke tilbydes den bedste løsning. Den bedste løsning for patienten er måske ikke en akut indlæggelse; måske vil en ambulansundersøgelse være et mere hensigtsmæssigt tilbud eller måske skal patienten slet ikke indlægges, men have et tilbud i kommunalt regi.

Laboratoriegruppen har i perioden 16. maj -22. maj foretaget en miniundersøgelse af, hvor mange af de indlagte medicinske patienter, der forud for akut indlæggelse havde haft besøg af enten læge eller hjemmesygeplejerske/akutsygeplejerske og fået målt vitale parametre. Resultaterne fremgår af nedenstående oversigt.

Miniundersøgelse af anvendelsen af besøg og måling af vitale parametre

Periode:	16. maj – 22. maj
Antal indlæggelser:	86
Afgrænsning:	Akutte indlæggelser af medicinske patienter i akutmodtagelsen undtaget indlæggelser via 1-1-2 og lægebilen

Besøg

- 55 patienter (svarende til 64 %) er set af læge før indlæggelse
- Af de 33 patienter, som ikke har haft lægebesøg, har 12 haft besøg af hjemmesygeplejerske
- I alt har 67 ud af 86 patienter (svarende til 78 %) haft besøg af enten læge eller hjemmesygeplejerske i relation til indlæggelsen
- Hjemmesygeplejerskerne har aflagt besøg hos 15 patienter. 12 besøg uden lægen har været på besøg, og tre tilfælde, hvor lægen også har været på besøg

Måling af vitalparametre

- 50 patienter (svarende til 58 %) har fået målt en eller flere vitalparametre (ofte kun én)
- Respirationsfrekvens er målt hos 23 patienter (svarende til 27 %)

2.2 Vision og succeskriterier

Laboratoriegruppens vision er, at målgruppens patienter som hovedregel klinisk vurderes/undersøges og får målt vitalværdier i tilslutning til visitation til hospitalsindlæggelse eller andet tilbud.

Succeskriterier

Målet med dette tværsektorielle og tværfaglige samarbejde er:

- At den enkelte patient sikres den bedste behandling, vurderet ud fra både faglige og økonomiske aspekter set i forhold til såvel hospitals- og kommunalt regi som almen praksis- og vagtlægeregi

- At kun patienter, som lægen vurderer, er oplagt truede indlægges uden forudgående besøg af læge eller sygeplejerske
- Alle andre patienter er klinisk vurderet/undersøgt af læge eller sygeplejerske og har fået målt vitalparametre (TOBS) før akut indlæggelse
- At patienter med TOBS score på ≤ 2 som udgangspunkt behandles hjemme eller søges tilbudt ambulant undersøgelse/behandling i stedet for indlæggelse, med mindre der er klar indikation for hurtig behandling og/eller nødvendig hospitalsindlæggelse.

2.3 Ny model

Det er naturligt at undersøge, om andre faggrupper end praktiserende læger kan bidrage til at klinisk vurderer akut syge patienter. Dette mener laboratoriegruppen er tilfældet. Kommunernes hjemmesygeplejersker - og frem for alt akutsygeplejersker - er fagligt kvalificerede til at bidrage med en klinisk vurdering af patienten og måling af vitalværdier.

Vi foreslår derfor, at kommunernes hjemmesygeplejersker/akutsygeplejersker i større omfang inddrages. Dette betyder, at de praktiserende læger og vagtlæger ved anmodning om sygebesøg i ikke hastende tilfælde i tidsrummet kl. 8 til 23 kan bede kommunens hjemmesygeplejersker/akutsygeplejersker om at aflægge patienterne besøg m.h.p. klinisk vurdering og måling af vitalparametre. Dette gælder for patienter ≥ 65 år med mistænkt medicinsk sygdom.

Efter vores opfattelse er det fortsat primært lægens opgave at vurdere akutte patienter, så ordningen bør derfor primært bruges i de tilfælde, hvor det ikke er muligt for lægen at aflægge besøg. Behandlingsansvaret for patienter i hjemmesygeplejens akutfunktion ligger som udgangspunkt hos de praktiserende læger.

Ordningen gælder for såvel patienter tilknyttet hjemmesygeplejen, som andre, hvis patienten er indforstået hermed. Lægen skal i de tilfælde, hvor patienten ikke er kendt af hjemmesygeplejen, konkret aftale, at en hjemmesygeplejerske/akutsygeplejerske aflægger besøg i stedet for lægen selv, og selvfølgelig opnå patientens accept hertil.

Ordningen skal indtil videre gælde i tidsrummet 8-23, idet laboratoriegruppen vurderer, at kommunerne ikke har kapacitet til at påtage sig denne opgave om natten. Derudover er det således at, 86,5 % (bilag 1) af akutte indlæggelser sker i tidsrummet kl. 8-23.

Ny visitationsmodel – afgrænsninger

Tidsrum:

kl. 8 – 23

Målgruppe:

Akut syge medicinske patienter ≥ 65 år
Målgruppepatienter, som ifølge gældende retningslinjer tilhører andre afdelinger end akutmodtagelsen på Regionshospitalet Randers, er ikke omfattet. Målgruppepatienter, der indlægges via AMK-vagtcentralen (1-1-2) er heller ikke omfattet af nærværende leverance

Kommunal tilknytning:

Kendte og ikke-kendte patienter af kommunen

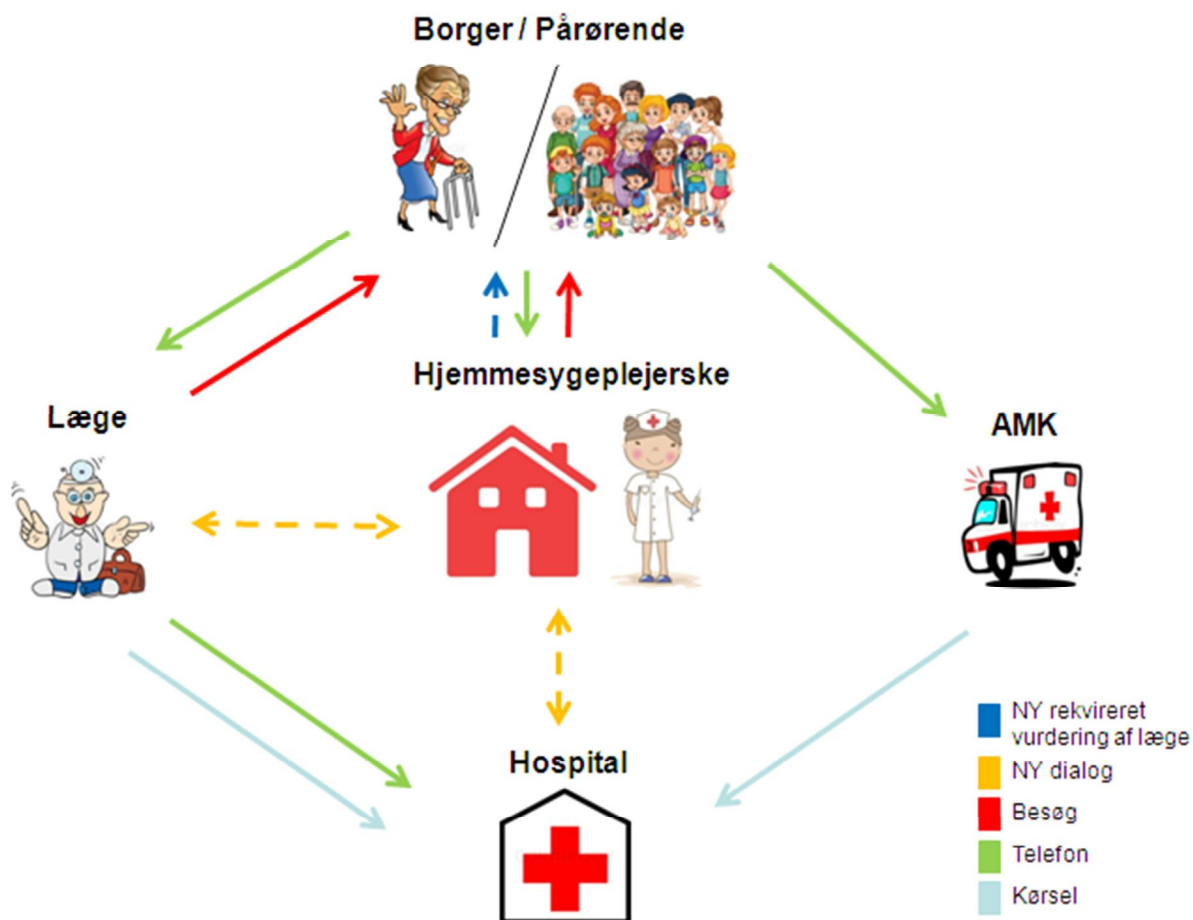
Forslaget kræver et tættere samarbejde mellem alment praktiserende læger og den kommunale hjemmesygepleje - og specielt at lægerne får kendskab til den ekspertise kommunerne kan tilbyde på dette område. Endvidere at der er let og overskuelig adgang til kommunernes hjemmesygepleje, såvel i dag- som vagttid.

Kommunernes hjemmesygeplejersker/akutsygeplejersker referer som udgangspunkt til de praktiserende læger/vagtlæger. I tilfælde af, at den praktiserende læge/vagtlæge er svært tilgængelig (lang ventetid på telefonisk kontakt) kan sygeplejerskerne mellem kl. 8-23 via hospitalsvisitatoren konferere med ansvarshavende akutlæge på Akutafdelingen, hvis sygeplejersken skønner, at en indlæggelse vil være den bedste løsning for patienten. Dette kunne f. eks. være et tilfælde, hvor hun finder en patient med en TOBS score ≥ 5 og stærk mistanke om infektion/sepsis. Det er vigtigt, at sådanne patienter tilbydes en hurtig behandling, da specielt ældre har en høj dødelighed ved sepsis.

Vi foreslår endvidere at "ISBAR", sikker kommunikation, anvendes konsekvent i dialogen mellem læger og sygeplejersker. ISBAR er kendt og anvendt i kommunerne, men skal måske implementeres i større omfang.

Specielt vagtlægerne har mindre kendskab til patientens anamnese og mulige kommunale tilbud. Det vil i disse tilfælde nogle gange være hensigtsmæssigt at drøfte patienten med visitator på Regionshospitalet eller Akutlæge, før det endelig beslattes, hvad det bedste tilbud er for patienten. Visitator vil bl.a. kunne oplyse vagtlægen om patientens tidligere indlæggelser og vil også have mulighed for at koordinere indsatsen med patientens kommune m.h.p. om et andet tilbud end indlæggelse, er det optimale.

Figur 1. Visitationsmodel med nye tiltag - tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om den akut syge medicinske patient ≥ 65 år (KI. 8 – 23)



2.4 Identificerede mulige "knaster"

Der findes ingen modeller uden knaster – det gør sig også gældende for denne foreslåede model for visitation. I det nedenstående oplystes laboratorigruppens identificerede knaster.

2.4.1 De praktiserende læger/vagtlægerne

- Manglende kendskab og implementering af TOBS og ISBAR
- Behovet for præcisering og eksplicitering af det juridiske ansvar i patientforløbet
- Tilgængelighed og responstid
- Ressourceforbrug
- De pårørendes pres for indlæggelse

2.4.2 Kommunerne

- Én indgang til hjemmesygeplejen/akutsygeplejen

- Lange geografiske afstande i nogle kommuner - responstid
- Ressourceforbrug
- Øget pres på akutpladserne i kommunerne

2.4.3 Regionshospitalet Randers

- Manglende kompetence til at bede almen praksis/vagtlægen om, at lægen selv eller sygeplejerske klinisk vurderer patienten før indlæggelse

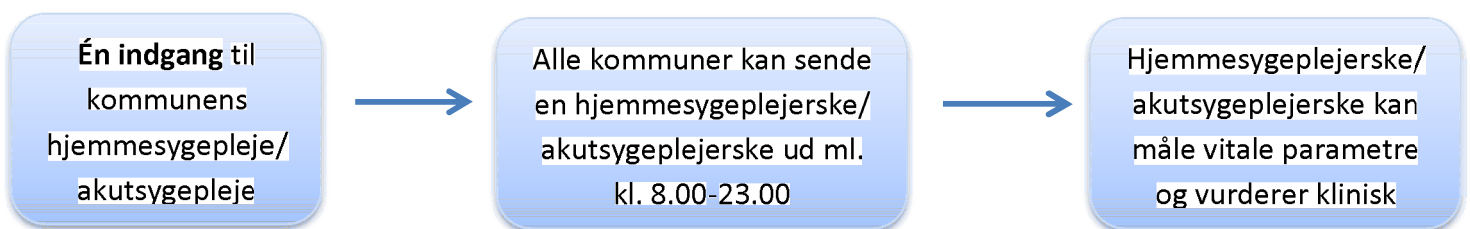
2.4.4 Patienterne

- Utryghed ved andre tilbud end hospitalsindlæggelse
- Kommunikation af paradigmeskifte: Hospitalsindlæggelser udskiftes med andre tilbud til patienterne
- Ventetid – flere aktører involveret

3. Anbefalinger til kommunerne

De fire kommuner i Randersklyngen har valgt forskellige måder at organisere hjemmesygeplejen. Norddjurs Kommune og Randers Kommune har en organisering, der ligner hinanden, idet begge har et akut afsnit/tryghedshotel, hvor patienterne kan visteres til af hjemmesygeplejersker/praktiserende læge. Ligeledes har de hjemmesygeplejersker, der kører rundt i kommunen. Der er i dag to-tre telefonnumre, som indgang. Syddjurs Kommune og Favrskov Kommune har ligeledes en organisering, der ligner hinanden med akutpladser, hvor patienterne kan visiteres til af akutteam/praktiserende læger. De har hjemmesygeplejersker, der kører rundt i kommunen. Der er i dag ét nummer til den ene kommune, mens der er fire numre i den anden som indgang. Begge kommuner har akutteam med ét telefonnummer, som arbejder 7.30 -23 alle hverdage og 9-18/12-20 i weekender og helligdage.

For at sikre en tværfaglig og tværsektoriel visitationsmodel anbefaler laboratoriegruppen, at kommunerne i Randersklyngen lever op til følgende tre anbefalinger:



Der har tidligere været nedsat en arbejdsgruppe (laboratorium 2) med henblik på at udarbejde en telefonisk oversigt over kommunernes telefonnumre til hjemmesygeplejen. Målet var, at hver kommune kun skulle have ganske få, helst et telefonnummer, der var gældende både i dag- og vagttid. Med en større inddragelse af hjemmesygeplejerske/akutsygeplejerske i visitationen af den akut syge medicinske patient, opfordres kommunerne til at gå videre med

dette arbejde, idet det optimale fortsat er, at der kun er et telefonnummer døgnet rundt i hver kommune.

Laboratoriegruppen foreslår følgende indgang i de fire kommuner:

Randers Kommune = tryghedshotellet

Favrskov Kommune = vagtcentralen

Syddjurs Kommune = vagtcentralen

Norddjurs Kommune = hjemmeplejen

Det vil endvidere være hensigtsmæssigt, hvis kommunerne i samarbejde med praksiskonsulenterne etablerer fælles og ensartede delegationer til hjemmesygeplejerskerne/akutsygeplejerskerne i "Randersklyngen".

4. Tilbud

Da det rette tilbud for den akut syge patient ikke nødvendigvis er en indlæggelse på Regionshospitalet Randers arbejdes der med at etablere en vifte af alternative tilbud i hospitalsregi. Det drejer sig om:

- Etablering af et udgående geriatrisk team til at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser for patienter over 70 år
- Udgående KOL-team til forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser
- Subakutte tider i Medicinske Ambulatorier, Kirurgisk Ambulatorie, Ortopædkirurgisk Ambulatorie og Gynækologisk Ambulatorie

5. Prøvesprængning – plan for afprøvning

Laboratoriegruppen anbefaler følgende plan for afprøvning:

Emne	Anbefaling	Laboratoriegruppens bemærkninger
Geografisk område	Hele Randersklyngen	Hjemmesygeplejerske/akutsygeplejerske er organiseret forskelligt i de fire kommuner, og resultater fra én kommune vil derfor ikke kunne overføres til de øvrige kommuner i klyngen. Samtidig vil en afprøvning af kun en eller to kommuner gøre det svært håndterbart for særligt vagtlægesystemet
Varighed	12-24 måneder med opstart efterår/vinter 2015	Afprøvning af visitationsmodellen er en kompleks opgave, da modellen omfatter flere sektorer og på tværs af fagligheder samt forudsætter omfattende information
Organisering	Etablering af visitationsudvalg	Det skal besluttet hvem der skal indgå i visitationsudvalget, som skal planlægge og

		gennemføre prøvesprængning
Ressourceforbrug	Undersøgelse af evt. ændret ressourceforbrug til hjemmesygeplejersker/akutsygeplejersker og praktiserende læger	
Økonomi – øvrige omkostninger	Rejsehold til information af praktiserende læger, kommunerne og patienterne Ressourceforbrug for øvrig foreslået information	
Effekt mål	<ul style="list-style-type: none"> - Antallet af patienter, som har fået målt vitale parametre inden indlæggelse – før/under og eftermålinger - Patienttilfredshed 	
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> - De praktiserende læger - Vagtlægerne i Region Midtjylland - Relevante medarbejdere i kommunerne i Randers klyngen - Medarbejdere i hospitalsvisitationen på Regionshospitalet Randers - Patienterne i Randersklyngen 	<p>For at komme ud til så mange som muligt foreslås etableret et rejsehold, som tager ud og informerer i lokalområderne (tæt på de praktiserende læger), hos kommunerne og patienterne. Det er afgørende med en god information inden opstart.</p> <p>Anvendelse af lokale medier, herunder lokalaviser, sociale medier, lokal radio m.fl. til information af patienterne</p>
Evaluering og feedback til arbejdsgruppen bag pilotprojektet samt styregruppen	Evaluering efter 1. måned og derefter hver tredje måned samt slutevaluering. Triple aim anvendes til evalueringen	Det foreslås af laboratorieguppen, at Region Midtjylland inddrages i evalueringen

6. Begrebsliste

I nærværende begrebsliste defineres centrale begreber, som anvendes i leverancen.

ISBAR

ISBAR er en standardiseret måde at kommunikere på særligt ved sektorovergange.

ISBAR er en forkortelse, der står for:

I - **Identificer** dig selv og patienten

S - Beskriv **situationen**

B - Beskriv **baggrunden** kort

A - giv din **analyse** af situationen

R - giv eller få et **råd** om problemet

TOBS

TOBS (tidlig opsporing af begyndende sygdom) er et systematisk observationsværktøj, hvor ændringer i en borgers tilstand erkendes tidligt af kommunen, så behandling om nødvendigt kan iværksættes rettidigt.

Bilag 1. Indlæggelsesdata

Antal borgere fra Randers optageområde, udskrevet fra RRA i 2014, fordelt på indlæggelsestidspunkt og bokommune. Kun akut indlagte patienter ≥ 65 år indgår.

Indlæggelsestidspunkt	Favrskov	Norrdjurs	Randers	Syddjurs	Hovedtotal
0	28	59	114	50	251
1	27	33	87	33	180
2	17	29	58	21	125
3	19	25	48	20	112
4	14	17	32	12	75
5	5	14	26	16	61
6	13	10	25	10	58
7	27	20	86	25	158
8	39	45	86	38	208
9	48	50	146	48	292
10	85	86	254	71	496
11	81	111	327	121	640
12	78	112	288	119	597
13	109	151	323	137	720
14	117	169	441	192	919
15	88	115	311	135	649
16	103	94	301	114	612
17	61	89	205	80	435
18	68	88	222	112	490
19	64	98	277	119	558
20	85	105	278	91	559
21	67	80	269	98	514
22	84	101	231	112	528
23	44	61	119	40	264
Hovedtotal	1.371	1.762	4.554	1.814	9.501

Kilde: eSundhed, månedlige data, 2014T14, pr. 10/3-2015