

Oplæg til justeringer i den regionale retningslinje vedr.

*Akut visitation til hospital for 1-1-2-patienter*

### **Baggrund**

Der er siden vedtagelse af Hospitalsplanen i 2007 sket en løbende udvikling af infrastrukturen i Region Midtjylland, som betyder, at flere og flere patienter får kortere køretid til et andet akuthospital end aftalerne om optageområder peger på som patientens 'hjempsygehus'.

Da akut syge 112-patienter (hastegrad A og B) som ikke er tilset af læge, som udgangspunkt skal køres til nærmeste akutmodtagelse, indebærer dette en ændring af patientstrømmene i regionen. Som konsekvens heraf sker der en stigning i antallet af patientforløb, som starter på et hospital, og afsluttes på et andet, når patienten efter stabilisering overføres til 'hjempsygehuset' for optageområdet. Konkret har det skabt udfordringer for visitationen af patienter fra Silkeborg-området ift. akutmodtagelserne i hhv. Viborg og Herning. Samme problemstilling findes også i området omkring Aarhus.

Med henblik på at understøtte mere hensigtsmæssige patientforløb og sikre en bedre udnyttelse af kapaciteten på regionens akutmodtagelser drøftede man på møde i Klinikforum 26. august 2016 muligheden for, at en gruppe af de akutte 112-patienter, med mindre hastende tilstande, kan køres til et andet akuthospital end det nærmeste (målt i tid).

Klinikforum besluttede på mødet, at det er relevant se nærmere på problemstillingen og valgte at forankre den videre proces i Akutstyregruppen. Her blev sagen drøftet på møde 27. oktober 2016, og man nedsatte en regional arbejdsgruppe med deltagelse af Præhospitalets lægefaglige direktør og de ledende overlæger på akutmodtagelserne i Hospitalsenheden Midt og Hospitalsenheden Vest.

Arbejdsgruppen mødtes 21. november 2016 og drøftede mulighederne for at imødesee udfordringerne foranlediget af udviklingen i infrastrukturen og samtidig understøtte mere hensigtsmæssige patientforløb.

Dato 24-01-2017

Sagsbehandler Tine Due Bluhme

Tine.Bluhme@ph.rm.dk

Tel. +4578414810

Sagsnr. 1-30-72-65-16

Side 1

## Hvordan visitationen af akutte patienter sker i dag

Ved alle opkald til 1-1-2 vedr. akut sygdom og tilskadekomst foretages der på AMK-vagtcentralen en sundhedsfaglig vurdering af, hvor hastende og alvorlig patientens tilstand er. Visitationen skal sikre, at de mest syge og tilskadekomne får hjælp først – og at alle får den hjælp, de har brug for.

Den sundhedsfaglige visitation på AMK-vagtcentralen foretages med udgangspunkt i beslutningsstøtteværktøjet *Dansk Indeks for Akuthjælp* og der opdeles i hastegraderne:

- A (livstruende eller muligt livstruende)
- B (hastende, men ikke livstruende)
- C (ikke hastende, men med behov for observation og behandling)
- D (liggende/hvilende sygetransport, uden behov for anden observation og behandling end ilt)
- E (anden hjælp end ambulance eller liggende/hvilende sygetransport, eksempelvis henvisning til egen læge/lægevagten, taxa eller afslutning med rådgivning).

Hastegrad A og B dækker over de akutte patientkørsler, der foretages med ambulance.

Den enkelte patients situation og helbredsmæssige tilstand kan imidlertid ændre sig i løbet af den tid, ambulancen bruger på fremkørsel til stedet. Samtidig kan der helt naturligt være andre og bedre muligheder for at vurdere patienten og dennes tilstand, når ambulancepersonalet står ved patienten og kan observere denne, end der er mulighed for, når vurderingen skal foretages på baggrund af oplysninger, der gives via telefonen af indringer i forbindelse med opkaldet til 1-1-2.

Det er derfor ambulancebehandlerens opgave *igen* at vurdere patientens tilstand ved ankomst til stedet. Ambulancebehandleren har ikke kompetence til at stille diagnoser og anvender heller ikke Dansk Indeks for Akuthjælp, men er i stand til at vurdere patienterne ud fra ABC-princippet (luftvej/vejrtrækning/kredsløb) og pba. måling af vitale parametre.

Ambulancebehandleren vurderer, om patientens tilstand på dette tidspunkt er potentielt livstruende eller ikke-livstruende (uanset foregående hastegradsvurdering af den sundhedsfaglige visitator på AMK-vagtcentralen). Dette har betydning for, hvortil patienten køres, og for valget af kørselstype til hospitalet, dvs. om der køres udrykningskørsel eller ej.

Som udgangspunkt køres patienten til nærmeste akuthospital.

Hvis tilstanden vurderes som potentielt livstruende, køres patienten til nærmeste hospital med akutmodtagelse uanset regionsgrænse, og der køres udrykningskørsel med brug af horn og lygter (betegnes kørselstype A).

Hvis tilstanden vurderes som ikke-livstruende, køres patienten til nærmeste hospital med akutmodtagelse inden for regionen under almindelig fremkørsel uden brug af horn og lygter (betegnes kørselstype B).

Disse retningslinjer fremgår af retningslinjen *Akut visitation til hospital for 1-1-2-patienter* (retningslinje i e-dok). Heraf fremgår også, hvilke patientgrupper der er undtaget fra ovenstående hovedregel, fordi patienten kan visiteres direkte til specialafdeling pba. konkrete indikationer.

Det er denne hovedregel omkring kørsel til 'nærmeste hospital med akutmodtagelse', der sammen med udviklingen af infrastrukturen i regionen giver udfordringer ift. akuthospitalernes kapacitet for modtagelse af patienter på akutmodtagelserne. Arbejdsgruppen er derfor blevet bedt om at finde en mere hensigtsmæssig løsning på udfordringerne, der samtidig understøtter sammenhængende patientforløb.

### **Arbejdsgruppens anbefaling af model**

Arbejdsgruppen foreslår på baggrund af ovenstående følgende model for akut visitation af patienter til hospital:

Ved opkald til 1-1-2 vedr. akut sygdom og tilskadekomst foretages en initialt sundhedsfaglig vurdering af, hvor hastende og alvorlig patientens tilstand er. Visitationen foretages med udgangspunkt i Dansk Indeks for Akuthjælp og munder ud i en tildeling af hastegrad. Akutte kørsler (hastegrad A og B) foretages med ambulance. Dette er uændret ift. den nuværende model for visitation.

Ved ambulancens ankomst til patienten foretager ambulancebehandleren på ny en sundhedsfaglig vurdering af patientens tilstand ud fra ABC-princippet. Er tilstanden på dette tidspunkt potentielt livstruende eller ikke-livstruende? Dette er afgørende for, hvor hurtigt patienten har brug for at blive indbragt til hospitalet.

Arbejdsgruppen foreslår, at patienter, hvis tilstand er potentielt livstruende fortsat køres til *nærmeste hospital* med akutmodtagelse (målt i tid) under udrykningskørsel (kørselstype A).

Samtidig foreslår arbejdsgruppen, at patienter, hvis tilstand er ikke-livstruende kan køres til *et andet akuthospital* end nærmeste hospital med akutmodtagelse (målt i tid), under almindelig fremkørsel uden brug af horn og lygter (kørselstype B).

Arbejdsgruppen foreslår, at dette andet akuthospital i første omgang er det akuthospital, som aftalerne for optageområder peger på som 'hjemsygehuset', for den adresse patienten befinder sig på, uagtet hvor patienten har postadresse.

Hensigtsmæssige patientforløb vedrører ikke alene det akutte forløb fra opkald til 1-1-2 og indlæggelse på akuthospital med ambulance til afsluttet behandling på hospitalet. Det vedrører også eventuelle kontroller på hospitalet efter udskrivelse.

Derfor foreslår arbejdsgruppen, at alle efterfølgende kontroller så vidt muligt foretages på patientens hjemsygehus, uagtet hvilket akuthospital patienten oprindeligt blev indlagt på. Dette vil både være mest hensigtsmæssigt for patienten, men også sikre en bedre udnyttelse af ressourcerne, idet det vil betyde kortere transportafstande med ambulance og siddende befordring for patienter, der skal til og fra kontrol på hospitalet.

Retningslinjen *Akut visitation til hospital for 1-1-2-patienter* er besluttet af regionsrådet og eventuelle ændringer i den skal forelægges regionsrådet mhp. godkendelse, førend de kan implementeres.