

**Referat fra 1. møde i spor 1 – overbelægningsproblematikken i HEV:**

**Den akutte patient – henvisning, modtagelse og alternativer i hospitalsregi til akut indlæggelse**

**Fredag den 2. marts 2013, kl. 11.30-13.00 i mødelokale staben 3, Indgang S, Regionshospitalet Holstebro**



**Deltagere:**

Bente Vig  
Lone Geertsen  
Jens Friis Bak  
Bodil Overgaard  
Annebirthe Bo Hansen  
Flemming Hansen  
Niels Toft Mikkelsen  
Niels Hald  
Ida Veng Christensen  
Anne Birgitte Langsted Pedersen  
Ditte Rasmussen (ref.)

Dato 20-03-2013

Ditte Rasmussen

Tel. 45 7843 8547

ditte.rasmussen@vest.rm.dk

Sagsnr.

Side 1/1

**Dagsorden**

**Ad 1. Godkendelse af dagsorden**

**Referat:** Dagsorden blev godkendt.

**Ad 2: Gennemgang af kommissorium – herunder gruppens arbejde og rammer**

**Referat:** Jens orienterede.

**Ad 3: Igangsættelse af arbejdet**

- løsninger på kort sigt
- løsninger på mellemlangt/langt sigt

**Referat:** Staben har lavet en undersøgelse af, hvorvidt der er sæsonvariation ift. antal indlæggelser. Det er ikke umiddelbart tilfældet, men derimod er der sæsonvariation ift. hvornår folk dør.

Medicinsk Afdeling har i december, januar og februar haft indlagt 170 flere patienter end samme tid sidste år.

Det vurderes fra Akutafdelingen, at dem der kommer ind har et indlæggelsesbehov. Det er sjældent, at der nogen indlagt, der ikke har et behov. Det kan så diskuteres, om processen skal speedes op.

Vi er også forpligtede til at se internt på, hvordan vi fordeler patienter. Fx lander mange patienter, som andre siger nej til, i medicinsk regi.

Nogle kortsigtede løsninger er allerede sat i værk, herunder akutambulatorier – i medicinsk regi og i geriatrisk regi (dog et subakut, der kun gælder borgere fra Holstebro), en akut hjerteklinik, der kan komme nogen ind i Diagnostisk Enhed.

Kunne man tænke et regulært akutambulatorium i Kirurgisk Afdeling? Der er argumenter for og imod; Det kunne slanke processen, at patienten ikke skulle omkring Akutafdelingen, men samtidig tager det pres fra Kirurgisk Afdeling, at patienten allerede er tilset i Akutafdelingen og kirurgerne så "kun" skal lægge en plan.

Niels Hald vil gerne være med til at tale om et akutambulatorium i kirurgisk regi som aflastning for akutafdelingen. Det skal være for patienter, hvor der ikke er tvivl om, hvad der er galt, og hvor de ikke behøver omkring akutafdelingen.

Ideen med et akutambulatorium er ikke, at afdelingen skal lave mere, men at der gives nogle akut tider. Men, noget skal flyttes, for man er nødt til at have et vagthold, så der vil være nogle arbejds gange, der skal ændres.

Tiltaget vil være for at aflaste belægningen på hospitalet. Problemet opstår, når patienten triageres til subakut – så kan han ligge længe i sengen, før han bliver tilset.

Akutkonceptet er rigtig fint, men der hvor det er helt clear cut hvor patienten hører til, er det lidt pseudo, at patienten skal ind over Akutafdelingen.

Er der nogen patienter, som vi kan gøre andet ved – så de ikke kommer ind på hospitalet?

- Ida Veng vurderer, at det vil være bedre med flere akutambulatorier, da der er mange patienter, der godt kunne vente en halv dag eller en hel – men de kan ikke vente tre uger! Derfor indlægges de ofte – for der er ikke noget alternativ, når de ikke kan vente i længere tid.

- Akutafdelingen kunne godt tænke sig, at patienten i stedet kunne ses subakut i et ambulatorium – og så være forberedt til de kommer der, fx hvis en gammel fraktur er mistanken, så skal der være bestilt et røntgen.
- Vagtlægen kunne godt bruge en fast aftale med patienten, fx "du bliver ringet op i morgen" – "du kan komme i ambulatoriet om 2 dage". Det giver tryghed – og det er tit godt nok, at patienten kan tilses indenfor et par dage.
- Vurderingen er, at der mangler kommunale aflastnings/opholdspladser. Særligt de skrøbelige ældre ender med en indlæggelse, når der ikke er en kommunal plads til dem.
- Kunne man forestille sig, at det ville gøre en forskel, hvis det KBA havde længere åbningstid? Og havde mulighed for at tage ud og tage blodprøver? Ida Veng vurderer, at det ofte er godt, at der laves en samlet vurdering i hospitalsregi, så det ville nok være ved ganske få patienter, hvor det ville være relevant.

**Konklusion:** Vi skal finde en måde, hvor der kan laves et tilbud ift. ovenstående. Måske er det hospitalsvisitationen, der skal klædes på til det. Der skal tænkes pakker – beskrivelse af et standardforløb - hvad vil det enkelte speciale gerne have gjort/hvordan skal patienten forberedes inden de kommer i et akut-/subakut ambulatorium? Det vil give et godt sammenhængende forløb.

Patienter, som vi ikke ved, hvad fejler skal helst ikke på en kommunal plads før vi ved, hvad de fejler.

Alle patienter bør have en kontakt/stamafdeling. Fx rygpatienter, der har smerter, men ikke er behandlingskrævede, ender tit med at ligge i akutafdelingen længe – der er ikke nogen, der vil modtage de patienter. Regionshospitalet Silkeborg vil ikke – og så ender patienten i akutafdelingen.

Akutafdelingen bruges meget tid på at komme af med patienterne. Kan der laves nogen retningslinjer på, hvordan man får sendt patienten videre? Det belaster systemet meget at finde ud af, hvor patienterne skal hen.

Det samme gælder, når en cancerpatient, der behandles i Aarhus, bliver indlagt med en infektion. Mange cancerpatienter

tages på stamafdelingerne, men det er også et dagligt problem i akutafdelingen.

Vagtlægerne kan også bruge lang tid på de patienter.

Der burde være helt klare aftaler om de her patienter – både internt og eksternt.

#### **Ad 4. Overgivet fra spor 2 til drøftelse i spor 1:**

- Hospitalsvisitation. Kigge nærmere på retningslinjen – fungerer den efter hensigten og efterleves den som beskrevet?

**Referat:** Retningslinjen sendes ud med referatet. Så skal der kommenteres på den, hvis der er noget. Medtages som punkt på næste møde i arbejdsgruppen.

Ida Veng vurderer umiddelbart, at retningslinjen fungerer.

Er de åbne indlæggelsessedler kendte af vagtlægen? Det mener Ida Veng er tilfældet. Akutafdelingen vurderer også, at det er sjældent, at der kommer patienter ind i Akutafdelingen, der har en åben indlæggelse. Når det går galt, så er det ofte fordi patienterne er forvirrede.

Fx psykiatriske patienter skal ikke ind i akutafdelingen. Det kommer de for mistanke om noget organisk – men de kan også få taget blodprøve i et psykiatrisk afsnit. Det er bedre for patienterne at blive modtaget i psykiatrisk regi, end i en akutafdeling.

- Afstemning af forventningerne fra borgerne – især pårørende. Der presses nogle gange på for at blive længere end højest nødvendig.

**Referat:** Ofte presses der også på for en indlæggelse, selvom det i mange tilfælde kan klares med ophold på en aflastningsplads, fordi det er pleje der skal til. Her skal kommunen ind over.

Vagtlægerne oplever at komme ud til patienter – særligt på plejehjem – om hvorvidt en patient skal indlægges – og oplever et pres fra pårørende ift. hvorvidt patienten skal have lindrende behandling eller skal indlægges.

- Der er stadig nogle små håndtag, som der kan justeres på. Bl.a. i forhold til ambulatorier. Hvilken vej skal patienterne ind i systemet?

**Referat:** Det opleves af de praktiserende læger, at de kan komme i kontakt til speciallæge, når der er behov for det.

Der er patientkategorier, der ikke nødvendigvis skal ind på hospitalet, men derimod skal helt udenom hospitalsvisitationen. Det er fx patienter, der skal afruses – MM modtager berusede patienter, fordi der ikke er plads på Skovvang – hvis kommunen havde flere pladser, så behøvede de ikke at komme omkring hospitalet.

**Ad 4: Næste møde er planlagt til den 22. marts 2013**