

Sag til klyngestyregruppemødet den 22/11

Ønsker fra kommunale akutfunktioner/hjemmesygepleje til almen praksis/hospital

Den nye struktur i den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet tilsiger en øget opmærksomhed på to særlige grupper af borgere: Børn (0-2 år) og ældre (+65 år, især +75 år). Gennem årene har kommunerne derfor opbygget akutte beredskaber til at tage sig af disse grupper. Den nye takststruktur har øget de økonomiske incitamentter til dette.

Det er anledningen til fornyet opmærksomhed på procedurerne ved sektorovergange ved indlæggelser og udskrivninger.

I det følgende tages udgangspunkt:

1. Indlæggelser – særlige opmærksomheder inden en indlæggelse
 - a. Almen praksis
 - b. Vagtlæge
2. Akut ambulans indlæggelse – hvad betyder den nye "indlæggelsesform"?
3. Udskrivninger
 - a. Tidspunkter
 - b. Hjælpemidler
 - c. Medicin

Indlæggelser

Det er en lægelig vurdering, om en borger skal indlægges på hospital eller ej. Ser man bort fra store traumer, hvor præhospitalet typisk er involveret, er det ofte en almen mediciner (praktiserende læge), der tager kontakt til hospitalet og aftaler nærmere. På den måde afgøres også det lægelige ansvar for det videre forløb. Forbliver borgeren i hjemmet er det lægelige ansvar hos den læge, der har tilset borgeren. Omvendt overgår det lægelige ansvar til hospitalet ved indlæggelse.

Det er en ganske kompleks situation lægen står i, hvor afvejning mellem patientsikkerhed og patientønsker indgår.

Almen praksis

Hvis egen læge aflægger et sygebesøg, kan afgørelse om at indlægges ske med baggrund i lægens forkendskab til patienten og observationer. De sidste kan komme fra en kommunal sygeplejerske, der evt har TOBS'et borgeren forud for besøget. I disse tilfælde er der som regel et ganske solidt grundlag at træffe beslutningen på. Indlæggelserne vil ofte ske i "dagtid", dvs inden for almen praksis' åbningstid.

Vagtlæge

Mellem kl. 16 og kl. 08 overgår arbejdet til vagtlægerne. Det samme sygebesøg kan herfor en anden karakter. Vagtlægen har – som regel – ikke noget forkendskab til borgeren og en evt TOBS rapport er normalt ikke tilgængelig. Det gælder uanset om den er foretaget kort tid forinden. Undtagelsen er naturligvis, hvis det er den kommunale akutfunktion, der kontakter vagtlægen. Under alle omstændigheder er beslutningsgrundlaget for at træffe valg om indlæggelse eller ej ikke så gunstige som i dagtiden. Risikoen for indlæggelse er alt andet lige større og, i fx Holstebro kommune, kan vi se en ganske omfattende indlæggelsesrate i vagttiden. Det usikre beslutningsgrundlag kan have betydning for, at det lægelige ansvar ender på hospitalet.

Akut ambulat indlæggelse

Med etablering af akutafdelinger på hospitalerne er der dukket et nyt begreb op: akut ambulat indlæggelse. Det er et "selvmodsigende" ord – det er der nok en grund til – for ambulatoriet er jo netop *ikke* en indlæggelse. "Akut" modsvarer af "elektiv" og udtrykker blot, at indlæggelsen sker her og nu.

En patient kan indlægges i forbindelse med et ambulat besøg – og det sker (gad vide hvor ofte?) – men det er ikke årsagen til betegnelsen. I stedet skal det nok søges i, at hospitalet forsøger at udrede, planlægge og igangsætte en behandling som så – ofte – foretages uden for hospitalet; alternativt på en af hospitalets stamafdelinger.

En direkte konsekvens af en akut ambulat indlæggelse er, at MedCom systemet sættes ud af kraft. Hospitalet modtager ikke en indlæggelsesrapport og afsender ikke en plejeforløbsplan.

En anden konsekvens er, at disse forløb ofte er korte i hospitalsregi. En akut ambulat indlæggelse kan vare op til 72 timer herefter skal borgeren hjem eller på en stamafdeling i den videre behandling.

De akutte ambulante indlæggelser er en væsentlig årsag til, at indlæggelsestiden er reduceret. Den kortere indlæggelsestid skyldes jo ikke, at patienter bliver hurtigere "raske" end tidligere – men derimod, at hospitalssystemet har ændret organisering. Det betyder imidlertid også, at en større del af behandlingsopgaven lægges på primær sektor. Dette er en kendt bevægelse og den har stået på i mange år, men med en gennemsnitlige indlæggelsestid på ca 2,6 dage er potentialet ikke længere så stort som tidligere. Skulle man tro. Hvis man overgår til at tælle indlæggelser i *timer* i stedet for i *dage* er der stadig risiko for en ikke-aftalt opgaveglidning mod primær sektor.

Udskrivninger

Mange udskrivninger fordrer ikke kommunal involvering. Men måske *burde* nogle af disse involvere kommunen. Der indlægges mange kronisk syge patienter uden at kommunen har kendskab til de involverede borgere – og det gør selvsagt forebyggelsen vanskelig.

Hvordan deles vi viden mellem kommune og hospitalet når kroniske syge (KOL-) borgere indlægges?

Tidspunkter

Tidspunktet for udskrivning kan være afgørende for det videre forløb. Hvis man kommer hen på eftermiddagen overgår kommunen også til et vagtberedskab, og dermed er risikoen for genindlæggelser, jf tidligere afsnit, større.

Lad os – kommune og hospital – derfor udskrive og hjemsende patienter, mens vi alle er på arbejde.

En konsekvens af dette princip er, at hospitalspatienten *ikke lige skal have middagsmaden med*. Det er en god tanke, men det risikerer at medføre et dårligere forløb. Hvis det er nødvendigt med maden midt på dagen, bør hospitalet overveje, om det så ikke *også* er nødvendigt for patienten at blive til næste morgen.

Et andet – og meget væsentligt problem – er, hvis tidspunktet for patientens/borgerens hjemkomst ændres. Kommunen kan ikke komme ind i hjemmet med støtte, hjælpemidler mv, hvis ikke borgeren er til stede. Hver gang et tidspunkt ændres giver det "produktionstab" i den kommunale værdikæde: Vi kører forgæves.

Det er ganske omfattende ressourcer, der spildes ved at kommunale medarbejdere er til stede på adressen, men borgeren er forsinket – enten på grund af procedurer på hospitalet (prøvesvar mv) eller forsinkelser i transporten.

Begge dele burde kunne løses ved bedre kommunikation og bedre planlægning. Det nytter ikke, at det passer hospitalet godt at bestille en hjemtransport, varsko kommune om tidspunkt, for så – 1 time senere – at lave det hele om, fordi prøvesvar eller andet ikke er til stede. Og det er slet ikke godt, når det for den samme borger kan ske 2, 3 eller 4 gange i forbindelse med samme udskrivning.

Hjælpemidler

Især på kropsbårne hjælpemidler er hospital og kommuner ulige stillet. Industrien øjner forretningsmuligheder ved at "tilvænne" patienter til bestemte produkter. I den måned hvor tilvæning og oplæring af fx stomibehandling foregår er udgiften for hospitalet til stomiposer begrænset. Det er den bestemt ikke efterfølgende for kommunerne.

Medicin

Medicinering – nødvendig og vanskelig. Brugt rigtigt med gode resultater, brugt forkert resulterende i (gen-)indlæggelser. Både hospital og almen praksis udskriver medicin til patienter – og kommunerne administrerer medicin på vegne af borgere.

Det væsentligt og vigtigt at forstå, at FMK er kommunernes medicinadministrations system. Det er muligt, at almen praksis og hospital også opfatter FMK som noget andet, men for kommunerne er det først og fremmest for at sikre, at den rigtige tablet havner i den rigtige mund. For kommunerne findes det ikke et alternativ til FMK og den fortsatte medicinske behandling efter fx indlæggelse er udelukkende baseret på FMK.

Det er derfor altafgørende af FMK er ajourført – både fra ambulatorier og fra akut- og stamafdelinger, og naturligvis fra almen praksis. Set fra et lægeligt perspektiv må et ajourført FMK være dét, der er med til sikre en korrekt behandling.

Det er et generelt kommunalt ønske, at så meget medicin som muligt gives via dosisdispensering. Der er klart et hensyn at tage, når patienter er ustabile, men det bør hele tiden overvejes af udskrivende læge, almen praksis eller på hospitalet, om medicinen kan gives vha dosisdispensering. Selv med den forsinkelse, apoteket nødvendigvis forårsager, er det med til at øge compliance og dermed bidrage til mere korrekt medicinering.

Se vedlagte [bilag](#) om FMK-ajourføringsgrader.

Indstillinger

- At der blandt de kommunale ønsker prioriteres to
- At de disse to ønsker er:
 - Tidspunkt for udskrivelse (formiddag)
 - Ajourføring af FMK