



PLOM's vurdering af stigningen i antallet akutte indlæggelser, og mulige løsningsforslag.

Figur 4 viser en svært alvorlig stigning i akutte genindlæggelser efter 30 dage, fra jan til sept. 2021, der er tale om en fordobling fra 1250 til 2500 genindlæggelser. For HE Midt er denne stigning x 3 fra lidt over 200 til lidt under 600 indlæggelser.

Det er nødvendigt at se ind i disse stigninger i genindlæggelser, for at forstå udviklingen i den generelle travlhed på akutafdelingerne. Bagved en genindlæggelse er almen praksis og kommunerne ofte involveret med talrige kontakter, det er svært ressourcekrævende også for disse 2.

Alle akutafdelingerne på hospitalerne i Region Midt er presset, og der er udsigt til yderligere pres hen over vinteren. De praktiserende læger vil gerne deltage aktivt i at nedbringe presset på akutafdelingerne, dog er der brug for mere viden om hvilke typer af patienter som løfter det øgede pres og især er det vigtigt at gå nærmere ind på årsagen til stigningen i antallet af akutte genindlæggelser.

De praktiserende læger oplever parallelt med den øgede belastning på akutafdelingerne, også en svært øget belastning. Om dette er sammenfaldende, eller tilfældigt, er der også behov for at se nærmere på.

Almen praksis har ikke et overskud af ressourcer, og er ikke i stand til at deltage aktivt i at nedbringe presset på akutafdelingerne, medmindre de på andre områder aflastes betydeligt.

En udvikling som burde ses nærmere på, og skabes sikker viden omkring, kunne være:

- Almen praksis oplever at der er en stigning i antallet af udskrivelser, som efterlader patienterne, kommunalt plejepersonale og almen praksis med usikkerhed omkring ansvarsfordelingen efter udskrivelsen.
- Der mangler i stigende grad epikriser med en god beskrivelse af indlæggelsesforløbet, eks. begrundelse for ændringer i medicinen. Plejepersonalet fortæller om at de indberetter stigende antal UTH grundet diskrepans mellem indholdet i FMK og udskrivningsbreve til dem, kunne man søge viden ved at se nærmere på UTH fra kommunerne?
- Almen praksis oplever at et faldende antal patienter får tildelt en opfølgende kontrol i et hospitalsambulatorium efter indlæggelsen, de opfølgende opgaver påføres almen praksis, med behov for tider indenfor få dage.
- Almen praksis oplever stigning i direkte patientkontakt, både i dag og vagttid, noget vi mangler grundlæggende viden omkring årsager til.

Nedenstående forslag kunne bidrage til en bedre sammenhæng mellem primær og sekundærsektoren. Der skal være fokus på samtidig aflastning af almen praksis, kommunerne og hospitalerne i disse forslag, da ingen af de 3 sektorer har overskud af ressourcer de kan hente frem.



Det skal dog understreges at det er helt afgørende for patientsikkerheden og også for arbejdsmiljøet i almen praksis, at de praktiserende læger fortsat kan indlægge patienterne, hvis de lægeligt vurderer, at det er den bedste løsning, også uden at skulle afkræves stigende antal ressourcekrævende ekstraundersøgelser. En indlæggelse må ikke betinges af div. prøver mm. som er foretaget, inden pt kan modtages på sygehuset.

Følgende tiltag kunne der søges løsninger for. Flere af forslagene kræver dog indgåelse af særlige aftaler og projekter mellem parterne.

1. Øget fokus på færdigbehandling og grundig beskrivelse i tidstro epikriser efter både indlæggelse og ambulante besøg. Der bør foreligge en klar plan ved overlevering af det lægefaglige ansvar til almen praksis, både på kort og lidt længere sigte.
2. Udvidelse af subakutte ambulante tider på sygehuset, som alternativ til indlæggelse, især indenfor det medicinske/geriatiske område. Eks. hvor det fungerer godt er akut hjerteklinik i Randers
3. Mobillab. ordningen tilbyder i dag blodprøver x 1 ugentligt, på hver enkelt adresse i Region Midt. Dette gælder også på de kommunale akutpladser og for øvrige patienter som passes af den kommunale akutfunktion. Der burde kunne ses på muligheden for akut/oftere at kunne bestille blodprøver i eget hjem og på kommunale pladser.
4. Se nærmere på mulighederne for tættere samarbejde mellem præhospitalet, kommunerne og almen praksis. Der kan eks. hentes erfaring fra projektet omkring "hospitalsbehandling i eget hjem" gennemført omkring Hosp. Enhed midt. På det parakliniske område er der måske også potentiale. Dette vil kræve aftale med PLOM og en klar defineret af det lægefaglige ansvar.
5. Revitalisering af aftalen "opfølgende hjemmebesøg" især med fokus på gennemførelse i kons., evt. genindføre dette via video. Patienterne risiko stratificeres, inden udskrivelsen, efter risiko for genindlæggelse – De medsendes aftalekort ved udskrivelsen, så de (og pårørende) ved hvem de skal kontakte i kommunen m.m. Evt. kunne man se nærmere på den nye 72 timers aftale som er indgået mellem Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis.
6. Øget fokus på video over "kontakt læge" – burde med nuværende aftaler kunne laves akut med hjemmepleje, akutteam og plejehjem, men implementeringen især i hjemmeplejen går langsomt. Måske kunne der laves aftale om brug af denne app. til videokonf. med andre aktører også.
7. Incitament for øget brug af telefon- og videokonference mellem almen praksis og sygehusene, samt de praktiserende speciallæger, også mulighed for dette uden patienten på et givent tidspunkt er til stede.
8. Hosp.visitationen kunne overtage bestilling af transport til sygehuset, når patienten via hosp. vis. indlægges.
9. Øgede muligheder for akut hjemmepodning for Covid19, også på plejehjem.
10. Opsøgende hjemmebesøg (0121) for nyilmeldte patienter, uanfægtet at tidligere læge har lavet dette i indeværende år.
11. Modernisering af lægevagten.