



Tværasektoriel audit i akutmodtagelsen

- Afrapportering fra Aarhusklyngen

Indledning

På baggrund af, at der er sket en stigning i unikke patientforløb i akutmodtagelserne i Region Midtjylland besluttede regionens Koncernledelse i december 2021, at der i starten af 2022 skulle gennemføres en audit på regionens akutmodtagelser. Auditten skulle læne sig op af gode erfaringer fra Region Nordjylland. Her var auditten gennemført med succes som tværasektorelle audits, med opgaven forankret i klyngerne.

Formålet med den tværasektorielle audit har været:

1) at skabe læring og fælles forståelse af tværasektorielle arbejdsgange, 2) at involvere klinikere på tværs af sektorgrænser i at drøfte kvaliteten af målgruppens forløb, 3) at drøfte relevansen af besøget i akutmodtagelsen, 4) at identificere eventuelle forbedringsforslag.

Nedenfor følger en kort beskrivelse af audittens metode og datagrundlag. Herefter følger en opsamling på auditresultater i: Aarhusklyngen

Metode

Auditten er gennemført som en læringsorienteret kvalitativ og kvantitativ audit. Auditeringen har været intern i den forstand, at repræsentanter fra hospital, Præhospital og kommune(r) har slået op i egne journal systemer undervejs på medbragt PC.

Auditresultaterne er blevet drøftet og analyseret i fællesskab med alle deltagere i audit, hvorved audittens samlede evaluering af patientforløbene beror på en fælles tværasektoriel sundhedsfaglig vurdering.

Det skal bemærkes, at det desværre ikke har været juridisk muligt for almen praksis at se ind i patienternes journaler i forbindelse med audit. Dette er kun muligt, når det er deres egne patienter der auditeres på. Ligeledes har det heller ikke juridisk muligt at se ind i journaldata fra vagtlægesystemet.

Information vedrørende almen praksis' og vagtlægernes rolle i forløbene stammer fra henvisningsteksten. Derudover er der anvendt afregningsdata fra regionens BI system hvor der findes oplysninger om der forud for den ambulante kontakt har været kontakt til praktiserende læge eller vagtlæge.

Auditten er blevet afholdt på Aarhus Universitetshospital torsdag d. 24.03 hvor der var afsat 5.5 timer til auditeringsprocessen, hvor der blev lavet audit på 15 patientforløb.

Auditeringsprocessen har taget afsæt i et fælles auditskema, der har haft til formål at afdække hvad der sker hos de forskellige aktører omkring den akutte patient umiddelbart før, under og efter den akutte kontakt på hospitalet.

Deltagere i audit

Navn	Titel	Funktion på mødet
Astrid Helene Secher	AC – fuldmægtig, det tværsektorielle team AUH	Mødeleder/procesansvarlig
Birgitte Aagaard Bendix	Sygeplejerske, det tværsektorielle team AUH	Pennefører
Charlotte Thordal Poulsen	APN-sygeplejerske	Opslag i EOJ (Cura)
Ole Mølgaard	Ledende overlæge Akutafdelingen AUH	Opslag i EPJ
Ane Borgbjerg Vejrholt	Overlæge, Ældresygdomme AUH	Opslag i EPJ
Marianne Dam Lentz	Praksiskonsulent for Akutafdelingen	
Thomas Heide Dissing	Overlæge, bedøvelse og operation 2, Præhospitalet	Opslag i PPJ

Datagrundlag/afgrænsning

Målgruppen for auditten har været patienter med korte forløb i på Aarhus Universitetshospitals akutmodtagelse, dvs. patienter som har en akut ambulant kontakt på hospitalet, men ikke har behov for yderligere behandling på sygehuset.

De fælles besluttede inklusionskriterier er følgende:

- Patienter der modtages henholdsvis den 7, 9 og 11 oktober 2021 og som har ophold under 24 timer i Akutafdelingen og udskrives direkte fra Akutafdelingen (CPR numrene dækker således over kontakter på både hverdage og weekend samt dag og aften)
- Voksne patienter, 18 + år
- Patienter med bopæl i hospitalets optageområde (på AUH Aarhus kommune). Dette kriterie er valgt af hensyn til de kommunale repræsentanter, da de kun har oplysninger om borgere i egen kommune.

De lokalt bestemte afgrænsninger er følgende

- Patienter som er triageret blå og rød er ikke medtaget.

Kort opsamling/hovedkonklusioner

<i>Mangelfuld kommunikation mellem sektorer</i>	<p>- Det var en overordnet tendens, i størstedelen af de 15 patientforløb, at der var mangelfuld dokumentation imellem kommune og hospital.</p> <p>- Dette skyldes fx både:</p> <ul style="list-style-type: none">• at man fra kommunal side ikke har opdateret den automatiske indlæggelsesrapport, som automatisk sendes afsted til hospitalet når kommunen får avis om indlæggelse• at man fra AUH's side ikke sendt udskrivningsrapport til kommunen v. udskrivelse. <p>- Derudover er det svært for AUH at få kontakt til den relevante kommunale medarbejder, for at få information om borgeren.</p> <p>- Der var flere forløb med mangelfuld dokumentation i EOJ</p>
<i>Udskrivningsrapport til kommunen ifm. akut ambulante forløb</i>	<p>- Det ville være en fordel hvis udskrivningsrapport fra en akut ambulante indlæggelse også blev sendt til kommunen, hvilket ikke er teknisk muligt at gøre i dag. Der pågår dog et arbejde med at få denne løsning etableret.</p>
<i>Læge- eller sygeplejefaglig vurdering inden indlæggelse</i>	<p>- En sygeplejefaglig eller en lægefaglig vurdering (egen læge) inden indlæggelse ville i flere af forløbene have været en fordel, for at kunne have undgået indlæggelse.</p>
<i>Korrekt og hensigtsmæssig brug af fagligheder</i>	<p>- En opmærksomhed på, at bruge de rette fagligheder til de rette opgaver. Fx at man ikke benytter og dermed overbelaster akutsygeplejerskerne hvis opgaven kunne have været håndteret af den alm. hjemmesygepleje.</p> <p>- Der var til et audit et eksempel på et forløb, hvor en sosu-assistent har kontaktet egen læge>sygeplejerske>vagtlæge, i stedet for sygeplejersken, som så ender med at tilkalde lægevagten, hvilket gav et unødigt langt forløb op til indlæggelse for patienten. Forklaringen på dette kan dog være, at sygeplejersken i første omgang ikke har været tilgængelig, hvilket taler ind i en problematik omkring travlhed og rekrutteringsproblemer.</p>
<i>Komplekse borgere m. alkoholoverforbrug + psykiatriske problemstillinger</i>	<p>- Mange komplekse forløb med pt. der har et alkohol overforbrug + psykiatriske problemstillinger. Patientgruppen fylder meget i akutafdelingen, og disse ville kunne få bedre behandling i et kommunalt afslutningsforløb.</p>

<i>sub-akutte tider</i>	- Opmærksomhed på mangel af sub-akutte tider
<i>Yderligere fund til intern læring</i>	- Kunne man lave en kommunal "transfusionsenhed" på hospitalet, hvor man samler patienter, der skal have en ambulans blodtransfusion? - Opmærksomhed på mangel af sub-akutte tider - I nogle tilfælde bør det overvejes om Akutafdelingen selv skal henvise til anden afdeling i stedet for at det efterfølgende gøres via egen læge.

Resultater

1. Baggrundsoplysninger

1.1. Kønsfordeling

Tabel 1. Oversigt over patienternes kønsfordeling

Køn	Mænd	Kvinder
Antal	6	9

1.2. Aldersfordeling

Gennemgående en ældre patientgruppe – Gns. alder er 75,8 år

1.3. Forudgående kontakt til Akutmodtagelsen

Tabel 2. Oversigt over forudgående kontakt til Akutmodtagelsen

Er patienten set i Akutmodtagelsen 7 dage forud for den aktuelle kontakt	Nej	Ja (ambulant)	Ja (indlagt)
Antal	12	1	2

1.4. Bopæl forud for kontakt i Akutmodtagelsen

Tabel 3. Oversigt over ophold forud for kontakt i Akutmodtagelsen

Aktuel bopæl	Eget hjem	Plejehjem	Midlertidig plads	Kommunalt akuttilbud	Institution	Kan ikke angives
Antal	9	4	0	0	2	0

2. Tidspunkt for kontakt til akutmodtagelsen

Tabel 4. Oversigt over tidspunkt for kontakt til akutmodtagelsen (hverdag/weekend)

Tidspunkt for kontakt til akutmodtagelsen	Hverdag	Weekend
Antal	12	3

Tabel 5. Oversigt over tidspunkt for kontakt til akutmodtagelsen (dag/aften/nat)

Tidspunkt for kontakt til akutmodtagelsen	Dagtimer (kl. kl.08:00-15:59)	Eftermiddag/aften (kl.16:00-22:59)	Nat/tidlig morgen (kl.23:00-07:59)
Antal	8	5	2

3. Evt. kontakt 5 timer forud for kontakten til akutmodtagelsen

Indsæt tekst

Tabel 6. Oversigt over evt. kontakt inden for 5 timer forud for kontakt til akutmodtagelse

Hvilken kontakt har der været inden for 5t forud for akutmodtagelsen?	Antal
Almen praksis/vagtlæge - konsultation/besøg	6
Almen praksis/vagtlæge - telefon/e-mail	4
Almen praksis/vagtlæge - video	0
Almen praksis - kroniker	0
112-opkald	4
Ingen/Ukendt/Selvhenvender	2
Andet	0

4. Kommunernes sygeplejefaglige indsats og samarbejde med almen praksis

som nævnt tidligere så var der her en opmærksomhed på, at bruge de rette fagligheder til de rette opgaver. Ex var der i audit et forløb hvor en sosu-assistent har kontaktet egen læge>sygeplejerske>vagtlæge, i stedet for sygeplejersken, som så ender med at tilkalde lægevagten. Forklaringen på dette kan dog være, at sygeplejersken i første omgang ikke har været tilgængelig, hvilket taler ind i en problematik omkring travlhed.

Tabel 7. Oversigt over indsats i kommunal regi

	Ja	Nej	Ved ikke
Er der lavet en sygeplejefaglig vurdering af patientens tilstand inden kontakt til egen læge/vagtlæge?	3	9	3
Er der målt vitale værdier (ABCDE) inden kontakt til egen læge/vagtlæge?	3	9	3
Er patienten vurderet eller drøftet med en sygeplejerske eller akutsygeplejerske indenfor 24 timer inden kontakt til 1-1-2/læge/vagtlæge?	2	10	3

Har der i forløbet op til kontakten i Akutmodtagelsen været igangsat en indsats i kommunalt regi målrettet den problematik, som fører til kontakten i Akutmodtagelsen?	3	8	4
--	---	---	---

5. Kontakt til egen læge/vagtlæge patienterne er kommet ind via 1-1-2

AUH's præhospitale repræsentant var syg og deltog derfor ikke på dagen, men har efterfølgende besvaret auditspørgsmål. Dette betyder dog, at der ikke var mulighed for den samme dialog af forløbene, og dette skal selv. taget i mente i den samlede vurdering.

OBS en enkelt pt. kunne formentlig have været afsluttet v. præhospitalet.

Tabel 8. Oversigt over kontakt til egen læge/vagtlæge når pt. er kommet ind via 1-1-2

	Ja	Nej	Ved ikke
Har patienten haft kontakt til egen læge eller vagtlæge, før der ringes 1-1-2?	1	14	0
Har patienten forsøgt at kontakte egen læge eller vagtlæge før der ringes 1-1-2?	1	14	0

6. Henvisnings-/kontaktårsag

Meget blandede henvisningsårsager, men se listede:

Hovedpine, opkast, svimmelhed, Adfærdsændring, AMI, Brystsmerter, OBS lungeemboli, DVT, manglende henvisningsdiagnose, OBS ileus, Ufrivillige bevægelser og rysten, OBS DVT, OBS hoftefraktur, Mavesmerter

Tabel 9. Oversigt over om der foreligger henvisning fra almen praksis.

	Ja	Nej	Ved ikke
Foreligger der en henvisning fra almen praksis inkl. henvisningsårsag?	12	3	0

7. Kontakt til egen læge/vagtlæge

I nogle af pt. forløbene kunne man det have gavnligt, at egen læge eller egen læges sygeplejerske havde været ude og se patienten før indlæggelse, og på den måde evt. undgået en indlæggelse.

Tabel 10. Kontakt til egen læge/vagtlæge

	Ja	Nej	Ved ikke
Er patienten set og vurderet af egen læge/vagtlæge forud for kontakt?	7	7	1
Har der i forløbet været igangsat en indsats via egen læge målrettet den problematik, som fører til kontakten i akutmodtagelsen?	2	5	8

8. Triagering, vurdering af forløb og resultat af forløb

OBS Rød er ikke medtaget i Aarhusklyngens audit.

Tabel 11. Triagering

Hvilken farve er patienten triageret i akutmodtagelsen?	Antal
a) Rød	0
b) Orange	6
c) Gul	8
d) Grøn	1
e) Blå	0

Tabel 12. Vurdering af forløb

	Ja	Nej	Ved ikke
Var resultaterne af parakliniske undersøgelser i akutmodtagelsen afgørende for patientens hjemsendelse?	10	5	0
Kunne prøverne være taget/rekvireret via egen læge?	3	12	0

Tabel 13. Resultat af kontakt i Akutmodtagelse

Hvad resulterede kontakten i:	Antal
a) Henvisning til opfølgning på anden hospitalsafdeling?	4
b) Opstart af medicinsk behandling?	1
c) Kontakt til kommunen?	1
d) Opfølgning hos praktiserende læge?	5
e) Andet?	1

9. Ny kontakt efter hjemsendelse

Indsæt tekst.

Tabel 14. Ny kontakt efter hjemsendelse

	Ja	Nej	Ved ikke
Har patienten en ny akut kontakt indenfor 24t efter hjemsendelse fra akutmodtagelsen?	2	13	0
Har patienten en ny akut kontakt indenfor 48t efter hjemsendelse fra akutmodtagelsen?	1	14	0

10. Samlet konklusion og læring

En overvægt af forløbene har bidraget til værdi for patienten, men der har under forløbene vist sig flere forbedringspotentialer – jf. "kort opsamling/hovedkonklusioner"

Tabel 15. Vurdering af værdi for pt. forløb

Har kontakten til akutmodtagelsen bidraget med værdi for patienten i det samlede patientforløb, ud fra en samlet sundhedsfaglig vurdering?	Antal
a) Ja, i høj grad	9
b) Ja i nogen grad	4
c) Nej. Kort begrundelse	2

Tabel 16. Vurdering af om forløb kunne være varetaget i primærsektor

	Ja	Nej	Ved ikke
Vurderes forløbet at kunne være varetaget i primærsektor?	3	12	0

Tabel 17. Vurdering af om forløb kunne være varetaget via sub-akut tid

	Ja	Nej	Ved ikke
Vurderes kontakten at kunne være varetaget via sub-akut tid på hospitalet?	0	15	0