



Tværasektoriel audit i akutmodtagelsen

- Afrapportering fra Midtklyngen

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: Midtklyngen

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 RH Viborg den 18. marts 2022, hvor der jf. oplæg var afsat 3 timer til auditeringsprocessen.

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

Almen praksis

Hanne Væsel, praksiskoordinator for Akutafdelingen (og for Skive Kommune)

Præhospitalet

Thomas Heide Dissing, ambulancefaglig vejleder

Silkeborg Kommune

Hanne Kiral, Sundhedsfaglig leder og leder af akutteamet
Anja Hjortkær Lomholdt, Udviklingskonsulent

Viborg Kommune

Tonje Fromreide, teamleder hjemmeplejedistrikt samt kvalitetsnøgleperson
Marianne Larsen, akutsygeplejerske, tidligere hjemmesygeplejerske og Nexus-videns-person.

Skive Kommune

Ida Rump, områdeleder og leder af Akutteamet,
Dorte Pedersen, Kvalitets- og FSIII koordinator

HE Midt

Karen Raben Kudsk, kons. ledende overlæge Akutafdelingen
Inge Trelborg Møller, klinisk sygepleje specialist Akutafdelingen
Betty Bie Mikkelsen, kvalitetskonsulent
Katrine Gimm, Økonomi & plankonsulent
Cecilie Marie S. Sølvsen

Datagrundlag/afgrænsning

Målgruppen for auditten har været patienter med korte forløb i RH Viborgs akutmodtagelse, dvs. patienter som har en akut ambulans 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, som har ophold under 24 timer i Akutafdelingen og udskrives (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. 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

- Der skal være en kontakt til kommune (det kan dog godt være rengøring eller lign.). Rækkefølge på cases er tilrettelagt således man har taget en case pr. kommune ad gangen på skift startende med de forløb med kortest indlæggelsesvarighed (maksimalt 24 timer).

Kort opsamling/hovedkonklusioner

Overordnet har tværsektoriel audit i Midtklyngen på 18 udvalgte forløb vist, at de fleste forløb har givet merværdi for patienten ud fra en sundhedsfaglig vurdering.

Konkret har det givet anledning til nysgerrighed på muligheden for at optimere patientforløb med mistanke om dyb venetrombose i Viborg. Derudover er det vurderingen at:

- Der er potentiale i at få udvidet rammer/lavet faste aftaler ift. Præhospitalets mulighed for at afslutte patienter, når udrykning sker på baggrund af en lægehenvielse.
- Nogle patienter har suboptimale forløb pga. meget begrænset adgang/manglende IT understøttelse af vagtlægers adgang til sundhedsinformation om patienterne.
- Der er formentlig potentiale for mere hospitalsbehandling i eget hjem, særligt hvis patient sammen med læge allerede er taget stilling til behandlingsniveau.

Resultater

I 14 ud af 18 forløb gav indlæggelse i Akutafdeling nogen eller megen værdi ud fra en sundhedsfaglig vurdering.

1-2 forløb kunne være håndteret i almen praksis imens 2 forløb vurderes at kunne have været håndteret med subakut tid i ambulatorie, jf. pkt. 10.

Resultater skal ses i lyset af udvælgelse af cases, men tages med i det videre arbejde i Midtklyngen.

1. Baggrundsoplysninger

1.1. Kønsfordeling

Tabel 1. Oversigt over patienternes kønsfordeling

Køn	Mænd	Kvinder
Antal	9	9

1.2. Aldersfordeling

Patienternes alder var fra 21 til 91 år. Median 77 år.

1.3. Forudgående kontakt til Akutmodtagelsen

Der var 3 af de i alt 18 cases som havde en indlæggelse i Akutafdelingen inden for 7 dage forud for den aktuelle kontakt. Derudover var der også enkelte tilfælde hvor der ikke havde været kontakt til Akutmodtagelsen, men hvor der var tale om indlæggelse i anden forbindelse/afdeling eller ambulante besøg på "stamafdeling".

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	15	0	3

1.4. Bopæl forud for kontakt i Akutmodtagelsen

Tabel 3. Oversigt over ophold forud for kontakt i Akutmodtagelsen

Aktuel bopæl	Eget hjem	Plejhjem	Midlertidig plads	Kommunalt akuttilbud	Institution	Kan ikke angives
Antal	14	1	1		2	

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	16	2

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	10	5	3

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

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	11
Almen praksis/vagtlæge - telefon/e-mail	1
Almen praksis/vagtlæge - video	
Almen praksis - kroniker	
112-opkald	6
Ingen/Ukendt/Selvhenvender	
Andet	

4. Kommunernes sygeplejefaglige indsats og samarbejde med almen praksis

I 5 ud af 18 tilfælde var der en kommunal kontakt forud for indlæggelse. Måling af vitale værdier inden kontakt til egen læge/vagtlæge var ikke relevant i alle tilfælde.

I 14 ud af 18 tilfælde var patient i et eller andet omfang kendt af kommunen. Kendt betyder dog ikke nødvendigvis, at der er tale om en kommunal kontakt, som involverer hjemmepleje/sundhedsfagligt personale umiddelbart op til indlæggelse.

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?	5	9	
Er der målt vitale værdier (ABCDE) inden kontakt til egen læge/vagtlæge?	2	12	

Er patienten vurderet eller drøftet med en sygeplejerske eller akutsygeplejerske indenfor 24 timer inden kontakt til 1-1-2/læge/vagtlæge?	5	9	
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	11	

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

Besvarelsen af andet spørgsmål om forsøg på kontakt til egen læge eller vagtlæge skal ses i lyset af at der ikke er indikationer på at nogen har forgæves har forsøgt at få fat på egen læge eller vagtlæge inden opkald til 1-1-2. I nogle tilfælde ser det ud til at det er egen læge eller vagtlæge som har rekvireret en kørsel A.

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?	2	4	
Har patienten forsøgt at kontakte egen læge eller vagtlæge før der ringes 1-1-2?		6	

6. Henvisnings-/kontaktårsag

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

	Ja	Nej	Ved ikke
Foreligger der en henvisning fra almen praksis inkl. henvisningsårsag?	11	7	

7. Kontakt til egen læge/vagtlæge

Tabel 10. Kontakt til egen læge/vagtlæge

	Ja	Nej	Ved ikke
Er patienten set og vurderet af egen læge/vagtlæge forud for kontakt?	14	4	
Har der i forløbet været igangsat en indsats via egen læge målrettet den problematik, som fører til kontakten i akutmodtagelsen?	6	7	5

8. Triagering, vurdering af forløb og resultat af forløb

Der et enkelt tilfælde, hvor patient ikke er blevet triageret.

I et andet tilfælde var resultaterne af parakliniske undersøgelser ikke relevante, da patienten dør inden udskrivelse, hvor dødsårsag ikke vurderes at have forbindelse med indlæggelsesårsag.

Ift. Tabel 13 var der 3 forløb resulterede i der både resulterede i flere kontakter/tiltag, hvorfor summen bliver 21 i stedet for 18.

Tabel 11. Triagering

Hvilken farve er patienten triageret i akutmodtagelsen?	Antal
a) Rød	
b) Orange	5
c) Gul	9

d) Grøn	3
e) Blå	

Tabel 12. Vurdering af forløb

	Ja	Nej	Ved ikke
Var resultaterne af parakliniske undersøgelser i akutmodtagelsen afgørende for patientens hjemsendelse?	12	5	
Kunne prøverne være taget/rekvireret via egen læge?		17	1

Tabel 13. Resultat af kontakt i Akutmodtagelse

Hvad resulterede kontakten i:	Antal
a) Henvisning til opfølgning på anden hospitalsafdeling?	1
b) Opstart af medicinsk behandling?	3
c) Kontakt til kommunen?	9
d) Opfølgning hos praktiserende læge?	4
e) Andet?	4

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?		18	
Har patienten en ny akut kontakt indenfor 48t efter hjemsendelse fra akutmodtagelsen?	1	17	

10. Samlet konklusion og læring

Overordnet har tværsektoriel audit i Midtklyngen på 18 udvalgte forløb vist, at de fleste forløb har givet merværdi for patienten ud fra en sundhedsfaglig vurdering. Det var endvidere kun en mindre andel, som bliver indlagt uden at være blevet set og vurderet af egen læge eller vagtlæge.

Konkret har det givet anledning til nysgerrighed på muligheden for at optimere patientforløb med mistanke om dyb venetrombose i Viborg og derudover er vurderingen også følgende:

- Der er potentiale i at få udvidet rammer/lavet faste aftaler ift. Præhospitalets mulighed for at afslutte patienter, når udrykning sker på baggrund af en lægehenvi-
sning.*
- Nogle patienter har suboptimale forløb pga. meget begrænset adgang/manglende IT understøttelse af vagtlægers adgang til sundhedsinformation om patienterne.*
- Der er formentlig potentiale for mere hospitalsbehandling i eget hjem, særligt hvis der er taget stilling til behandlingsniveau.*

Kommentarer til tabel 15-17

Der er 4 tilfælde hvor kontakten i Akutafdelingen ikke har givet værdi for patienten. En indlæggelse kunne måske have været undgået hvis vagtlægen havde haft adgang til ambulante notater. I et andet tilfælde vælger patient at lade sig udskrive efter 2 timer. Et tredje tilfælde ville have haft et bedre forløb ved at blive tilset i hjemmet.

I det sidste tilfælde dør patient inden udskrivelse. Som tidligere skrevet vurderes dødsårsag ikke være pga. indlæggelsesårsag. Pga. af beskrivelse af symptomer er det dog korrekt, at patient bliver indlagt.

Der er et enkelt forløb som vurderes at kunne være varetaget i primær sektor, idet et besøg fra vagtlæge eller kontakt fra Præhospitalet til vagtlæge formentlig ville have resulteret i opfølgning hos egen læge i stedet for indlæggelse. Indlæggelsen vurderes som følge heraf heller ikke at have skabt merværdi for patienten ud fra en sundhedsfaglig vurdering.

Der er to tilfælde hvor det vurderes at være muligt at varetage behandling med subakut tid i stedet for en akut kontakt i Akutmodtagelsen.

I det ene tilfælde drejer det sig om en patient som er henvist fra egen læge til røntgen, hvorefter patient indlægges.

Det andet tilfælde drejer sig om en patient som formentlig kunne have undgået en indlæggelse hvis det havde været muligt for vagtlæge at se ambulans notat og i stedet fået tilbudt en subakuttid i ambulatorium.

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	5
c) Nej. Kort begrundelse	4

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

	Ja	Nej	Ved ikke
Vurderes forløbet at kunne være varetaget i primærsektor?	1	16	1

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?	2	16	