



Tværasektoriel audit i akutmodtagelsen

- Afrapportering fra Randersklyngen

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: Randersklyngen.

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 medbragte PC'er.

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 Regionshospitalet Randers den 25. marts 2022, hvor der 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

Lene Gravgaard, distriktsleder, Favrskov Kommune

Susanne Ammitzbøll Rasmussen, kvalitets- og udviklingssygeplejerske, Favrskov Kommune

Gunvor Dichmann Thyssen, distriktsleder, Syddjurs Kommune

Pia Bjærge, udviklingssygeplejerske i Randers kommune

Kirstine Brandt, udviklingssygeplejerske i Randers kommune

Thomas Clausen, praktiserende læge og praksiskoordinator.

Poul Kraghede, praktiserende læge, praksiskonsulent I Favrskov Kommune og medlem af PLO-Midtjylland

Lars Søndergaard, ambulancefaglig vejleder, præhospitalet

Runa Sturlason, ledende overlæge, Regionspsykiatrien Randers

Marianne Renberg, oversygeplejerske i Akutafdelingen

Tina Grodt Messerschmidt, udviklingssygeplejerske i Akutmodtagelsen

Anne Kathrine Gustavsén, AC-fuldmægtig, RH Randers

Mette Torp Johansen, kvalitetskonsulent, RH Randers

Datagrundlag/afgrænsning

Målgruppen for auditten har været patienter med korte forløb i Regionshospitalet Randers 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, 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. 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, der triagerer blå (frakturer). De er ekskluderet
- Patienter med kardiologiske diagnoser. De er ekskluderet, da de skal ses.
- Patienter, som ikke har haft kontakt til hjemmeplejen. De er ekskluderet, så vi udelukkende ser på patientforløb, hvor patienten har haft en kontakt med hjemmeplejen.

Kort opsamling/hovedkonklusioner

Størstedelen af patienterne (75 %) var henvist til akutmodtagelsen af egen læge/vagtlæge enten efter konsultation/besøg eller pr telefon/mail. De resterende patienter havde foretaget 1-1-2-opkald, uden forudgående kontakt til egen læge eller vagtlæge. En stor andel af patienterne (67 %) havde haft en kommunal kontakt forud for kontakten til akutmodtagelsen i forbindelse med den akutte problemstilling. Heraf var der foretaget en sygeplejefaglig vurdering hos 6 patienter og der var målt vitale værdier hos 6 patienter. Alle patienter, der havde en kommunal kontakt op til den akutte kontakt til akutmodtagelsen, havde været vurderet eller drøftet med enten en kommunal sygeplejerske eller akutsygeplejerske inden for 24 timer op til kontakt til 1-1-2, læge eller vagtlæge.

Hos halvdelen af patienterne med en kommunal kontakt, dvs. 4 ud af 8 patienter, havde der været igangsat en indsats i kommunalt regi målrettet den problematik, som førte til kontakten i akutmodtagelsen. Audit viser, at der hos 4 ud af 12 patienter havde været igangsat en

indsats via egen læge målrettet den problematik, der førte til kontakten til akutmodtagelsen. Hos 4 ud af 12 patienter, var der det ikke igangsat en indsats via egen læge og ved 4 ud af 12 patienter vides det ikke. I de patientforløb, hvor årsagen til kontakten var akut opstået, vurderedes det til audit, at det kunne være svært at lave en målrettet indsats, der kunne have forebygget kontakten.

Alle patienterne triagerede enten gul eller orange ved ankomst til akutmodtagelsen og var dermed i en tilstand, der krævede mindre hastende eller hastende udredning og behandling. Audit viser, at selv om de parakliniske undersøgelser ikke var afgørende for alle patienternes hjemsendelse (50 %), så vurderedes det, at prøverne i de fleste tilfælde ikke kunne være taget/rekvireret via egen læge (83 %). For flere patienter resulterede den akutte kontakt i opfølgning hos egen læge og/eller der blev taget kontakt til kommunen. To patienter havde en ny akut kontakt inden for 48 timer efter udskrivelse og i ingen af tilfældene kunne dette have været forebygget.

Audit viser, at for langt størstedelen af patienterne havde kontakten til akutmodtagelsen haft stor eller nogen værdi (92 %). For størstedelen af patienterne vurderedes det, at forløbet ikke kunne have været varetaget i primærsektor eller via en sub-akut tid på hospitalet (66%). Der var et eksempel på en patient, hvor den akutte kontakt måske kunne have været forebygget, ved at afklare patientens ønske om indlæggelse forud for kontakten. I et andet tilfælde vurderedes det, at patienten kunne have god gavn af en styrket indsats ved egen læge og hjemmeplejen/hjemmesygeplejen.

Resultater

Der blev gennemgået 12 forløb af patienter, der boede i hhv. Randers kommune, Syddjurs Kommune og Favrskov Kommune. Norddjurs Kommune havde ikke mulighed for at deltage i auditten og vi kunne derfor ikke belyse den kommunale del for patienter fra denne kommune. Vi valgte derfor ikke at gennemgå forløb på patienter fra Norddjurs Kommune. Det fremkom af audit, at en patient først blev tilknyttet kommunal hjælp efter den aktuelle kontakt til akutmodtagelsen. I to tilfælde havde kommunen ikke mulighed for at tilgå den fulde kommunale journal, da borgerne var mors.

1. Baggrundsplysninger

1.1. Kønsfordeling

Der var en ligelig fordeling mellem antallet af mænd og kvinder blandt de gennemgæede patienter.

Tabel 1. Oversigt over patienternes kønsfordeling

Køn	Mænd	Kvinder
Antal	6	6

1.2. Aldersfordeling

Aldersmæssigt fordelte patienterne sig fra 50 år til 86 år med en gennemsnitsalder på 76 år.

1.3. Forudgående kontakt til Akutmodtagelsen

Audit viser, at 11 ud af 12 patienter ikke havde haft en forudgående kontakt til Akutmodtagelsen i 7 dage op til den aktuelle kontakt. En patient havde været indlagt inden for 7 dage forud for den aktuelle kontakt.

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	11		1

1.4. Bopæl forud for kontakt i Akutmodtagelsen

Hovedparten af patienterne boede i eget hjem, svarende til 10 ud af 12 patienter, mens 2 patienter boede på plejehjem.

Tabel 3. Oversigt over ophold forud for kontakt i Akutmodtagelsen

Aktuel bopæl	Eget hjem	Plejehjem	Midlertidig plads	Kommunalt akuttilbud	Institution	Kan ikke angives
Antal	10	2				

2. Tidspunkt for kontakt til akutmodtagelsen

Audit viser, at 8 ud af 12 patienter havde kontakt til akutmodtagelsen i dagtimer på hverdage.

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

Tidspunkt for kontakt til akutmodtagelsen	Hverdag	Weekend
Antal	9	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	1	3

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

Størstedelen af patienterne var henvist til akutmodtagelsen af enten egen læge eller vagtlæge, svarende til 9 ud af 12 patienter. Heraf havde 5 patienter været set ved konsultation/besøg og 4 patienter var henvist pr telefon/mail. Tre patienter havde foretaget 1-1-2-opkald forud for kontakten med akutmodtagelsen.

Auditgruppen bemærker, at i de tilfælde, hvor præhospitalet har været ude ved en patient eller varetaget transporten til hospitalet, så har der været foretaget relevant vurdering af patientens tilstand og bestilt relevant transport. Ved en patient var der ordineret "ingen genoplivning" og dette var relevant kommunikeret til AMK

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	5
Almen praksis/vagtlæge - telefon/e-mail	4
Almen praksis/vagtlæge - video	

Almen praksis – kroniker	
112-opkald	3
Ingen/Ukendt/Selvhenvender	
Andet	

4. Kommunernes sygeplejefaglige indsats og samarbejde med almen praksis

Audit viser, at 8 ud af 12 patienter havde haft en kommunal kontakt forud for kontakten til akutmodtagelsen i forbindelse med den akutte problemstilling. Heraf var der foretaget en sygeplejefaglig vurdering hos 6 patienter, og der var målt vitale værdier hos 6 patienter.

Alle patienter, der havde en kommunal kontakt op til den akutte kontakt til akutmodtagelsen, havde været vurderet eller drøftet med enten en kommunal sygeplejerske eller akutsygeplejerske inden for 24 timer op til kontakt til 1-1-2, læge eller vagtlæge.

Hos halvdelen af patienterne med en kommunal kontakt, dvs. 4 ud af 8 patienter, havde der været igangsat en indsats i kommunalt regi målrettet den problematik, som førte til kontakten i akutmodtagelsen.

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?	6	2	
Er der målt vitale værdier (ABCDE) inden kontakt til egen læge/vagtlæge?	6	2	
Er patienten vurderet eller drøftet med en sygeplejerske eller akutsygeplejerske indenfor 24 timer inden kontakt til 1-1-2/læge/vagtlæge?	8		
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?	4	3	1

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

Audit viser, at ingen af de patienter, der er kommet ind via 1-1-2 havde haft kontakt med egen læge/vagtlæge forinden. Heraf havde to af patienterne heller ikke forsøgt at tage kontakt til egen læge/vagtlæge og det vides ikke, hvorvidt den tredje patient havde forsøgt.

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?		3	
Har patienten forsøgt at kontakte egen læge eller vagtlæge før der ringes 1-1-2?		2	1

6. Henvisnings-/kontaktårsag

Audit viser, at der hos alle 9 patienter, der blev henvist af egen læge eller lægevagten, foreligger der en henvisning inkl. henvisningsårsag.

Henvisningsårsagerne omfatter:

- Forværring af rosen.
- Urinretention (akut vandladningsstop).
- Mistanke om dyb venetrombose (blodprop i benet) og lungeemboli (blodprop i lungerne)
- Blødning ved nyanlagt ventrikelsonde samt forhøjet CRP (infektionstal)
- Mistanke om diverticulitis (udposning på tyktarmen)
- Mistanke om inkarcereret hernie (afklemt lyskebrok)
- Nærsynkope (besvimelse)
- Uvarslet synkope
- Cancerpatient med behov for pleuracentese (drænage af væske på lungerne)

Kontaktårsager for 1-1-2 opkald omfatter:

- Krampeanfald og svækket bevidsthed
- Angstproblematik
- Mistanke om apopleksi (stroke)

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

	Ja	Nej	Ved ikke
Foreligger der en henvisning fra almen praksis inkl. henvisningsårsag?	9		

7. Kontakt til egen læge/vagtlæge

Af de 9 patienter, der blev henvist fra egen læge eller vagtlæge, var 5 set og vurderet af lægen/vagtlægen inden kontakten til akutmodtagelsen. 4 patienter var ikke set og vurderet af egen læge eller vagtlæge forinden. En af disse patienter havde dog haft et forløb hos egen læge op til kontakten til indlæggelsen, men var ikke set af egen læge på dagen for kontakten til akutmodtagelsen.

Audit viser, at der hos 4 ud af 12 patienter har været igangsæt en indsats via egen læge målrettet den problematik, der fører til kontakten til akutmodtagelsen. Hos 4 ud af 12 patienter, var der det ikke igangsæt en indsats via egen læge og ved 4 ud af 12 patienter vides det ikke. I de patientforløb, hvor årsagen til kontakten akut opstået, vurderedes det til audit, at det kunne være svært at lave en målrettet indsats, der kunne have forebygget kontakten.

Der var et eksempel på et patientforløb, hvor patienten blev indlagt via 1-1-2 pga. kramper og bevidsthedssvækkelse. Patienten var kendt med epilepsi med epileptiske anfald og var i behandling for dette. AMK oplyste til audit, at den type patienter fremadrettet vil kunne afsluttes på stedet. Det fremkom af drøftelsen, at kommunen også kan adviseres om kontakten til AMK, ligesom egen læge adviseres. Der blev orienteret om, at der er udviklet en regional app, "De nære behandlingstilbud", hvor man kan finde kommunale kontaktoplysninger. Hvis denne type patienter afsluttes af præhospitalet, skal man være opmærksom på at anbefale en opfølgning ved egen læge ift. kørselsforbud.

Tabel 10. Kontakt til egen læge/vagtlæge

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

8. Triagering, vurdering af forløb og resultat af forløb

Alle patienter var triageret ved ankomst til akutmodtagelsen. Halvdelen af patienterne var triageret orange og var dermed vurderet til at have en tilstand, der krævede hastende udredning og behandling. Den anden halvdel var triageret gul og var dermed i en tilstand, der krævede mindre hastende udredning og behandling.

For halvdelen af patienterne vurderedes det, at de parakliniske undersøgelser i akutmodtagelsen ikke var afgørende for patientens hjemsendelse. For 5 patienter havde de parakliniske undersøgelser været afgørende for hjemsendelsen, mens det ikke vides for 1 patient.

For 10 ud af 12 patienter vurderes det, at prøverne ikke kunne have været rekvireret eller taget via egen læge. For en af disse patienter bemærkes det af auditgruppen, at prøverne i princippet godt kunne være taget ved egen læge, men det ville formentlig ikke være afgørende for patientens kontakt til akutmodtagelsen. Audit viser, at selv om de parakliniske undersøgelser ikke var afgørende for alle patienternes hjemsendelse, så vurderedes det, at prøverne i langt de fleste tilfælde ikke kunne være taget/rekvireret via egen læge.

For 7 ud af 12 patienter resulterede kontakten i akutmodtagelsen i opfølgning hos egen læge, bl.a. i form af medicinjustering eller –sanering, blodtrykskontrol og/eller blodprøvekontrol. En patient henvises til sub-akut operation på anden hospitalsafdeling. En patient startes op i medicinsk behandling. I fire tilfælde blev der taget kontakt til kommunen ved udskrivelse (ud over de automatisk udsendte adviser ved udskrivelser).

Auditgruppen bemærkede, at det er vigtigt at der ved udskrivelsen er fokus på at videregive relevant information til kommunen, herunder relevante instrukser, der skal følges efter udskrivelsen. I audit var der eksempelvis en patient, der blev behandlet for urinretention. Ved udskrivelsen blev der ikke givet information til eller beskrevet relevant instruktion for observation af patienter med denne type problematik (postobstruktiv polyuri).

Tabel 11. Triagering

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

Tabel 12. Vurdering af forløb

	Ja	Nej	Ved ikke
Var resultaterne af parakliniske undersøgelser i akutmodtagelsen afgørende for patientens hjemsendelse?	5	6	1
Kunne prøverne være taget/rekvireret via egen læge?	2	10	

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?	1
c) Kontakt til kommunen?	4

d) Opfølgning hos praktiserende læge?	7
e) Andet?	

9. Ny kontakt efter hjemsendelse

Audit viser, at 1 ud af 11 patienter havde en ny akut kontakt inden for 24 timer efter udskrivelse. Dette skyldtes, at patienten havde autoseponeret sit nyanlagte urinvejskatheter og en ny kontakt kunne ikke være forebygget.

1 ud af 11 patienter havde ny kontakt inden for 48 timer efter hjemsendelse. Akutmodtagelsen ringede patienten op med svar på blodtrykninger og denne kontakt kunne ikke have været forebygget.

Tabel 14. Ny kontakt efter hjemsendelse

	Ja	Nej	Ved ikke
Har patienten en ny akut kontakt indenfor 24t efter hjemsendelse fra akutmodtagelsen?	1	11	
Har patienten en ny akut kontakt indenfor 48t efter hjemsendelse fra akutmodtagelsen?	1	11	

10. Samlet konklusion og læring

For 7 ud af 12 patienter vurderedes kontakten til akutmodtagelsen af have bidraget med stor værdi for patienten. For 4 ud af 12 patienter vurderedes kontakten at have bidraget med nogen værdi, mens det ikke vurderedes at have haft nogen værdi for en enkelt patient. Dette begrundes med, at patienten havde en kendt angstproblematik, der førte til kontakten. Patienten modtog ikke nogen form for behandling og kontakten afhjalp ikke angstsymptomerne, der blev heller ikke iværksat nogle initiativer ift. denne problematik.

Der ses et overlap af patienter i "ja"-kategorien i tabel 16 og 17. Der var 3 patienter, hvor forløbet vurderedes at kunne have været varetaget i primærsektorer. For to af disse patienter, vurderedes det, at forløbet også kunne være foretaget via en sub-akut tid på hospitalet. Disse to patienter fremgår derfor i "ja"-kategorien i begge tabeller. Det vil sige, at der i alt var 4 unikke patientforløb, der vurderedes til, enten at kunne være varetaget i primærsektor eller via en sub-akut tid. Samlet var der dermed 8 ud af 12 patientforløb, hvor det vurderedes, at det var relevant med den akutte kontakt.

De 4 patientforløb, hvor det vurderedes, at den akutte kontakt kunne være forebygget, havde meget forskellige kontaktårsager. En patient blev henvist med nærsynkope. Det viste sig, at patienten var dehydreret og havde lavt blodtryk, men samtidig var i behandling med blodtryks-sænkende medicin. Der havde været et forløb hos egen læge op til den akutte kontakt. Ved udskrivelsen henvises patienten til blodtrykskontrol og medicinsanering ved egen læge. Patienten kunne have været kandidat til det nye tilbud i geriatrisk klinik.

Der blev gennemgået et patientforløb, hvor patienten havde en kendt cancer sygdom og af den grund havde behov for at få drænet væske på lungerne. Der blev forsøgt at give en sub-akut tid i Medicinsk Korttidsafsnit (MKA) eller lungeklinikken, men der var ikke ledige tider, hvorfor patienten blev akut indlagt. Ved udskrivelsen orienteredes egen læge om, at patienten skulle henvises til lungeklinikken, hvis der opstod behov for drænage fremadrettet.

Der var et eksempel på en patient, der ikke ønskede indlæggelse og udskrev sig mod givet råd. Patienten blev indlagt med mulig forværring af rosen og var i forvejen amputationstruet. Dagen forinden var patienten startet i antibiotisk behandling i tabletform via egen læge. Det

kan være svært at vurdere, om patienten burde have været indlagt, han nåede kun at få en dosis IV antibiotika. Der kunne eventuelt have været taget direkte kontakt til sårklinikken i stedet, eller patienten kunne måske være fortsat på tabletbehandling med en kontrolmåling af infektionstallene ved egen læge efter et par dage.

En patient blev indlagt med angstproblematik. Vedkommende havde gentagende kontakter med samme problematik. Det vurderedes af auditgruppen, at patienten kunne have god gavn af større kontakt til hjemmehjælpen og/eller hjemmesygeplejen i samarbejde med egen læge. Patienten havde også muskelsvind og var eventuelt tilknyttet en stamafdeling, der kunne hjælpe med at inddrage kommunal hjælp.

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	7
b) Ja i nogen grad	4
c) Nej. Kort begrundelse	1

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

	Ja	Nej	Ved ikke
Vurderes forløbet at kunne være varetaget i primærsektor?	3	9	

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?	3	9	