

Akutupakker i Region Syddanmark – en symptombaseret tilgang

Af Jan Dahlin, lægelig projektleder vedr. akutpakkerne og overlæge, FAM, OUH

Formålet med denne Pixi-bog er at give læseren en kort indføring:

- i formålet med akutpakkerne
- i baggrunden for udviklingen af akutpakker frem til nu
- i brugen af akutpakkerne

Målgruppen er de læger, som er akutpakkeansvarlige, og som har en opgave med at videreformidle, undervise i eller revidere akutpakkerne.

Hvorfor akutpakker?

- Fælles referenceramme
 - *Personalet i FAM får den samme viden om, hvad der skal ske, når patienten ankommer*
- Patientforløbet startes uden unødigt ophold
 - *Ingen spildtid*
- Der fokuseres på kritiske diagnoser
 - *De kritiske tilstande, som kræver umiddelbare tiltag, fremgår som differentialdiagnoser*

Teamarbejde

Modtagelse af akutte patienter er ikke længere en opgave for en enkelt eller nogle få læger, men en teamopgave for både speciallæger og yngre læger i flere specialer, der er til stede i akutmodtagelsen.

Vi er på landsplan ved at erstatte mange små sygehuse med få læger på hver matrikel med godt 20 akutmodtagelser med tilstedeværelse af flere specialer på nye, store akutsygehuse. Hele processen er igangsat af Sundhedsstyrelsen og de lægevidenskabelige selskaber, der har advokeret for nødvendigheden af strukturændringerne i sygehusvæsenet. Ingen kan længere give sufficient up-to-date behandling uden samarbejde med flere andre specialer og funktioner. Staten og regionerne lægger store milliardbeløb i de nye sygehuse.

Hurtighed

Målet er at fjerne al ventetid, der ikke er fagligt begrundet. Akutte patienter skal udredes hurtigt og derefter sættes i relevant behandling. 4 timer er generelt fastlagt som den tid, det maksimalt må tage at for nå frem til en behandlingsstyrende diagnose. Dette lægger et fagligt pres på ”systemet”.

Samlingen af de akutte patienter muliggør placeringen af diagnostiske funktioner i selve modtagelsen, ligesom det er lettere at få hurtig hjælp fra andre specialer, som også er til stede i akutmodtagelsen. En tilrettelagt systematik for udredningen – frem for vekslende ordinationer for samme problem - sikrer, at spildtid yderligere formindskes.



Koordination

De nye modtagelser (og deres bagland inde i sygehuset) kan håndtere et bredt spektrum af sygdomstilstande på et langt højere niveau og hurtigere end tidligere. Men det kræver involvering af mange mennesker over kort tid, og høj grad af koordinering er nødvendig, hvis det skal lykkes.

Der er nødt til at eksistere aftaler om, hvem der gør hvad og i hvilken rækkefølge, hvis gevinsterne af de mange forskellige læger og personalegrupper skal høstes.

Kommunikation

Ved at have gennemtænkt de forskellige typer af forløb på forhånd og have aftalt nogle hensigtsmæssige udredningsforløb kan en væsentlig del af kommunikationen lægges over på elektroniske tavler, der viser, hvor langt den enkelte patient er i patientforløbet, og hvad næste skridt er.

Mængden af telefonopkald til hinanden bliver tidskrævende, hvis alle forløb skal køres som noget helt nyt og unikt fra gang til gang i de nye, store akutmodtagelser. Det giver forsinkelser, mulighed for fejl, unødigt ventetid, stor uro og opstasning af patienter. Ved at lægge en stor del af kommunikationen i faste rammer på en tavle mindskes stresset og overblikket fremmes. Målet er at gøre patientforløbet person-uafhængigt. Patienten sikres det bedst mulige forløb, uanset hvem som er på vagt i akutmodtagelsen.

Uddannelse

Akutpakkerne kan være med til at sikre en hurtigere indlæring af en systematisk tilgang til forskellige sygdomsbilleder blandt yngre læger – og kan måske aflaste de mere erfarne læger, fordi det er beskrevet, trin for trin hvad der skal ske – koblet direkte med den lokale logistik.

Fælles akutpakker

Svaret på udfordringerne er at udarbejde udredningsforløb, der er grundigt belyst og aftalt

mellem specialerne, der arbejder i akutområdet. Pakkerne kan dels sikre enighed om hvilken udredning, der skal gennemføres for forskellige akutte tilstande, dels fungere som en slags ”kontrakt” mellem specialerne om, hvilken type af bistand man kan forvente fra hinanden og inden for hvilken tidsramme.

Akutpakker kunne udmærket være udviklet på de enkelte sygehuse. Det ville på sin vis være nemmere, men omvendt er det en stor opgave at udvikle og vedligeholde, og det ligger lige for, at sygehuse i regionen deles om opgaven. Derudover er der mange læger, som skifter rundt mellem regionens sygehuse – det fremmer unægtelig en hurtig introduktion. Letter uddannelsen – og mindsker risikoen for fejl – hvis der arbejdes med fælles koncepter på sygehuse.

Baggrund

Det formelle afsæt for arbejdet er Sundhedsstyrelsens anbefalinger til et styrket akutberedskab fra 2007 samt Akutplanen af den 20. december 2007. På baggrund heraf blev der i Region Syddanmark i 2008 iværksat en arbejdsproces med henblik på udarbejdelsen af et regionalt koncept for fælles akutmodtagelser i Region Syddanmark.

Arbejdet mandede ud i *Rapport om Fælles Akutmodtagelser (FAM) i Region Syddanmark*. I rapporten formuleres en række principper for etableringen af FAM i regionen herunder bl.a. standardiserede tidsstyrkede patientforløb (STP) – nu kaldet akutpakker.

Arbejdet med udviklingen af akutpakker er tilrettelagt som en regional proces. Akutpakkerne blev til i 2011/12 i et antal arbejdsgrupper, som sygehuse udpegede repræsentanter til. Akutpakkerne har efter udarbejdelsen været sendt til kommentering hos samtlige specialeråd i regionen.

Den enkelte akutpakke tager udgangspunkt i et symptom eller akut henvendelsesårsag. Akutpakken udgør en oversigt eller ramme for de

indekshændelser, som er de handlinger i et patientforløb, som er afgørende for næste skridt. Indekshændelserne udvælges med afsæt i evidens hvor muligt og *best practice*.

Forud for arbejdets opstart havde Styregruppen vedr. FAM, som er sammensat af lægelige direktører og



FAM-ledelser, formuleret et oplæg, hvori det blev foreslået, at der i Region Syddanmark arbejdes ud fra en overordnet ambition om, at

alle akutte patienter skal tilses (have en klinisk vurdering) af en speciallæge indenfor ½ time, og patienten skal være udredt/have en behandlingsstyrende diagnose og plan maksimalt 4 timer efter ankomsten til FAM.

Valg af symptomer til akutupakkerne

Oprindeligt stod det ikke klart, hvad der skulle udgøre udgangspunktet for udarbejdelsen af akutupakkerne. I starten blev der således eksperimenteret med akutupakker for specifikke diagnoser. Det ville imidlertid være en næsten uoverskuelig opgave at udarbejde et tilstrækkeligt antal akutupakker, som kunne dække de fleste indlæggelsesårsager i akutområdet. En anden overvejelse var, at man ønskede en operationel vejledning for udredningen af patienten i de første timer af indlæggelsesforløbet. Af indlysende årsager ville valget af en sygdomsspecifik akutupakke først kunne foretages, når man havde en tentativ eller specifik diagnose. En arbejdsgang hvor patienten ofte ville være adskillige timer inde i patientforløbet. Ofte ville man endvidere blive nødt til at skifte akutupakke ved revision af den tentative arbejdsdiagnose.

En mere moderne tilgang til den akutte patient er at forholde sig til patientens symptomer og kontaktårsag. På denne måde kan beskrivelsen af udredningsforløbet starte allerede ved kontaktens

begyndelse. Som konsekvens af dette skiftede formålet for arbejdet til at udarbejde symptom-baserede akutupakker.

Fra starten af dette arbejde vidste man i kredsen af lægelige projektledere ikke, hvor mange akutupakker der ville komme ud af udviklingsarbejdet. Udgangspunktet blev en opgørelse af kontaktårsager, som var registreret på Cetrea Emergency i Kolding Sygehus i løbet af året 2010. Der indgik lidt over 10.000 patient-kontakter. Analysen pegede på 34 mulige akutupakker (ref.: Christian Backer Mogensen, Specialeansvarlig overlæge, Akutcenter, FAM, Aabenraa). Hertil kommer 5 psykiatri-akutupakker.

Fælles beslutninger

Indledningsvis i arbejdet blev der truffet en række rammebeslutninger for arbejdet vedr. henh.:

- Målgruppe for akutupakkerne
- Definition af klinisk vurdering (½-time kriteriet)
- Definition af plan (4-timers kriteriet)
- Definition vedr. speciallæger
- Beslutninger vedr. speciallægens fremmøde (indtil 2016)

Målgruppe

Der blev indledningsvist i arbejdet vurderet på hvilke akutte patientgrupper, som var relevante målgrupper ifht. udarbejdelsen af akutupakker, når målet var/er, at patienten får de ydelser, der fagligt set er behov for - til tiden.

Der blev sondret mellem nedenstående hovedgrupper af akutte patientgrupper/patientforløb:

1. Patienter til lægevagten
2. Skadestuespor
3. Patienter til kendt speciale
4. Uafklarede patienter
5. Svært syge uafklarede patienter
6. Traumespor

Af ovennævnte patientgrupper var det patienter til kendt speciale samt uafklarede patienter, som blev udvalgt som de relevante målgrupper qua behovet for formuleringen af best practice initialt i patientforløbet samt øget fokus på den optimale afvikling af patientforløbet herunder i videst mulig omfang parallel afvikling af aktiviteter i forløbene.

Klinisk vurdering (½-times kriteriet)

Klinisk vurdering dækker over ½-times kriteriet, og nedenfor ses den fælles regionale definition. Klinisk vurdering indebærer i forlængelse heraf, at patientens overordnede tilstand - alene i sit kliniske fremtoningspræg - evt. med triageresultatet som støtte bedømmes af den specialespecifikke speciallæge. Hensigten er, at speciallægen med sit mere erfarne kliniske blik forventes at kunne identificere en akut dårlig patient.

Det vil sige, at den korte kliniske vurdering ikke anses som en gennemgang og ikke nødvendigvis fordrer tilgang til parakliniske fund. Det skal dog bemærkes, at der i mange tilfælde kan foreligge LAB-svar og rtg.-svar, såfremt prøvetagning og test i FAM tilrettelægges med henblik herpå.

Når speciallægen ser patienten, evt. sammen med en yngre læge, lægges der op til, at speciallægen varetager sanktioneringen af akutpakken, herunder følgende opgaver:

- Bestilling af LAB-pakke
- Bestilling af røntgen
- Rekvirering af assist
- Dokumentation
- Information til patienten og evt. pårørende

Plan (4-tiners kriteriet)

Det forventes, at det altid vil være en speciallæge, som udfører handlingen omkring ”Plan 4 t.”

Den specialespecifikke speciallæge er ansvarlig for den samlede behandlingsplan, som efter journaloptagelse, konference og evt. gennemgang bør omfatte følgende elementer:

- Behandlingsstyrende diagnose: begrundet
- Yderligere undersøgelser bestilt: billeder, laboratorietal, mikrobiologi
- Monitoreringsniveau det næste døgn:
 - BT, Puls, RF, O2-sat., GCS, Temperatur
 - TD (evt. kateter til patienter med C+D problemer)
 - Næste blodprøver (f.eks. CRP., væsketal, arteriepunktur)
- Behandling:
 - Medicin (inkl. tromboseprofylakse)
 - Kirurgi
 - Væskeplan
 - Rekvirering af andre speciallæger
 - Konkrete behandlingsmål
- Forventet forløb: udskrivelse indenfor 48 timer eller overflytning til relevant stamafdeling

Behandlingsplanen kan som hovedregel ikke udformes, før der forelægger en behandlingsstyrende diagnose.

Definition vedr. speciallæger

Ved speciallæge forstås en læge med speciallægeanerkendelse eller en læge i hoveduddannelsesforløb (H5) .

Specialespecifik speciallæge: Minimumsfortolkningen er her: Medicin, kirurgi, ortopædkirurgi hhv. anæstesi.

I hver akutpakke er anført specialespecifik speciallæge jf. ovennævnte sontring.

Beslutninger vedr. speciallægens fremmøde

Klinisk vurdering

Sygehusledelserne har præciseret følgende vedr. klinisk vurdering (½-times kriteriet) på møde den 20. december 2011:

I tidsrummet 07-24:

- Klinisk vurdering ved speciallæge indenfor ½ time

I tidsrummet kl. 24-07 (indtil 2016):

- Klinisk vurdering ved speciallæge indenfor ½ time (dog nedtones hensynet til flow således, at der, hvis patientens kliniske tilstand tillader det, må gå længere tid end en ½ time til klinisk vurdering)

Det gælder for hele døgnet, at

- Hvis speciallægen er optaget af uopsætteligt arbejde, vil det være tilstedeværende læge indenfor specialet med højeste lægelige charge, der varetager de opgaver, der er tiltænkt speciallægen
- Speciallægen må komme så hurtigt, det kan lade sig gøre

Plan

Kravet om, at det er speciallægen, som hele døgnet udfører Plan (4t.) er fastholdt i sygehusledelseskredsen.

Hele døgnet:

- Plan ved speciallæge indenfor 4 timer

Opbygning af Akutpakkerne

Akutpakkerne er opdelt i fire områder i forhold til patientforløbet samt en dokumentfod:

1. Præhospitalt.

Fra patienten er meldt til ankomst.

Feltet er tænkt at indeholde aktiviteter eller overvejelser, som sker før patientens ankomst. Præhospitall triage er en mulig fremtidig aktivitet og evt. forberedelser til modtagelse af patienten.

2. Fra ankomst til ½ time

Aktiviteter eller overvejelser, som sker umiddelbart efter modtagelsen af patienten.



Særlige forhold, som indgår ud fra kontaktårsagen, nævnes her. Det kan f.eks. være beslutning om isolation, førstehjælp og umiddelbare diagnostiske procedurer. Triageprocessen ligger i dette tidsrum. Det første servicemål "Klinisk vurdering" ligger ligeledes i denne del af patientforløbet.

3. Fra ½ time til 4 timer

Aktiviteter eller overvejelser, som ligger mellem maksimalt den første ½ - de første 4 timer af patientforløbet.

Her inddrages de vigtigste symptomer og tilstande, som kan relateres til kontaktårsagen. Ved hver tilstand opstilles oplysninger om:

- Plan ved speciallæge (dvs. hvilket speciale, som har ansvaret for plan)
- Intervention (det kunne være f.eks. ventrikeltømning og indgift af aktivt kul)
- LAB-pakke (forudbestemt sortiment af blodprøver, relevant ud fra kontaktårsag)
- Evt. gentaget LAB-pakke (enten som kontrol eller supplerende)
- Radiologi (relevante undersøgelser)
- Journal (hvis specielle overvejelser, f.eks. grundig rejseanamnese)
- Assist fra andet speciale (forventede relevante specialer, som tænkes at kunne deltage med vurdering eller behandling)
- Differentialdiagnostiske undersøgelser (forslag til)

Det andet servicemål "Plan" også kaldet "4-timers kriteriet" ligger i denne del af patientforløbet.

4. Fra 4 til 48 timer

Består af to dele:

- Behandlingsfasen i tiden efter 4 timer
- Monitorering og rehabilitering

Tiden 48 timer er valgt, som grænsen for hvor lang tid en patient kan opholde sig i den fælles akutmodtagelse (FAM). Ikke sjældent vil patientforløbet i denne fase være bestemt af de relevante kliniske retningslinier, som er iværksat ved den behandlingsstyrende diagnose.

Dokumentfoden

Akutpakkerne har en dokumentfod, som er ens for alle akutpakker. Indholdet består af følgende punkter:

1. Dokumenter til InfoNet

Her vises de relevante links til vejledninger og instrukser i InfoNet.

2. ADAPT triage kontakårsagskort

Her refereres til kontakårsagskort i ADAPT v1.1

3. Assist

Relevante telefonnumre på læger eller resursepersoner, som er nævnt i patientforløbsområdet.

4. Relevante eksterne links

Links til internetsteder udenfor InfoNet.

5. Alternative akutpakker

Til vejledning, hvis man overvejer at ændre akutpakken til en anden.

Udvikling af Akutpakker

Som udgangspunkt skal der være en genkendelighed mellem alle akutpakkerne, ligesom brugen af disse i så vid udstrækning skal

være ens. Til dette formål blev udviklet en akutpakke-skabelon (Figur 1). Denne udgør en ramme for alle processer, udredning og behandling af patienten fra ankomst og op til 48 timer senere. Alle akutpakker blev indpasset i denne skabelon med det forbehold, at akutpakkens værdi er udtømt, når 4-timers kriteriet (behandlingsstyrende diagnose/plan) er nået. Uanset om denne måtte komme før eller efter 4 timer inde i patientforløbet. For langt de fleste tilfælde vil tiden efter den behandlingsstyrende diagnose rette sig efter den kliniske instruks for den aktuelle diagnose. Akutpakken stopper, hvor den kliniske instruks starter.

Valg af skabelon

Udgangspunktet var at lave et design som gav størst muligt overblik på kun én side og som samtidigt indeholdt overvejelser og aktiviteter i forhold til de første 48-timers indlæggelse. De servicemål, som udgøres af ½- hhv 4-timers kriteriet blev centrale i udformingen af skemaet.

I den første udgave af skabelonen kunne man i princippet skrive sig ud af skærbilledet med behov for at scrolle sidelæns i teksten. Mere brugervenligt blev det med tidsaksen gående nedad (Figur 1). Som det ses i dag, har skabelonen en fast bredde svarende til det i dag almindelige bredskærmsformat på PC'ere. Det forekommer intuitivt lettere at scrolle ned i en tekst end at bevæge sig sidelæns på skærmen. Det giver et bedre overblik omend, at en række af akutpakkerne, grundet indholdet, ikke kunne holdes indenfor et enkelt skærbillede.



Akutpakke - X									
PRÆHOSPITAL FASE									
(Hvis relevant: Præhospitale overvejelser og aktiviteter)									
HOSPITALSFASE									
Modtagelse og kliniske overvejelser									
0 timer									
ABCDE: Sikre luftveje, evt. O2-tilskud, evt. l.v.-adgang									
TRIAGE									
(speciale angives): Vurdering og sanktionering af akutpakke									
1/3 timer									
Klinisk vurdering ved speciallæge									
Tilstand	Plan ved speciallæge (angivelse af speciale)	Intervention	LAB-pakke	Evt. gentaget LAB-pakke	Radiologi	Journal	Assist fra andet speciale	Differential diagnose/take undersøgelser	
4 timer									
Behandlingsstyrende diagnose og plan									
Behandlingsfase							Monitorering og Rehabilitering		
48 timer									
Stafet									
Links-oversigt (anført i alfabetisk rækkefølge)									
Dokumenter i Infonet:			ADAPT kontaktsagskort:			Relevante links, eksterne:			
			Assist:			Alternative Akutpakker:			

Figur 1. Akutpakke skabelonen

En anden udfordring viste sig i, at de enkelte akutpakker ikke kunne udformes i ét fast designformat med et forudbestemt antal kolonner og rækker. Resultatet blev, at akutpakkerne trods samme skabelon har fået et noget varierende designmæssigt udtryk. Tanken er, at man ved den kommende revision vil ændre design og opsætning af skabelonen.

Visse ting er gennemgående for alle akutpakker i opsætningen i skabelonen. Det er dog også vigtigt, at der er mulighed for at tilgodese lokale forhold på de enkelte matrikler. For at understrege, hvor lokale oplysninger kan anføres i akutpakkerne, er felterne markeret med gul udfyldning. Det kan f.eks. dreje sig om oplysninger om telefonnumre til vagthavende læger på forskellige afdelinger ligesom, at akutpakkernes links skal tilpasses, så de peger på det aktuelle relevante instruksapparat for det pågældende sygehus.

Det overordnede faglige indhold i akutpakkerne gælder i hele Region Syddanmark og er i akutpakkerne præsenteret i de hvide felter. Det vil sige, at ændringer i disse dele af akutpakkerne er en regional opgave.

Akutpakkerne er tilgængelige i Infonet, hvor der lokalt er truffet beslutninger om, hvor akutpakkerne er placeret i den lokale opbygning af systemet.

Det faglige indhold er i øvrigt forankret i specialerådene, som nævnt alle har været høringspartnere under udviklingen af pakkerne.

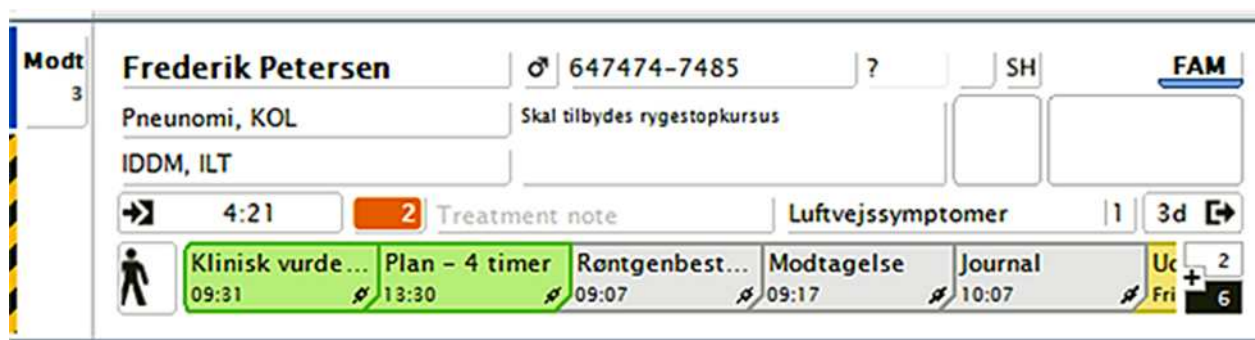
Akutpakker og brugen af Cetrea

Til understøttelse af de accelerede patientforløb og akutpakker blev der udviklet en model af Cetrea

Emergency, som viser de enkelte processer i det initiale patientforløb. Således kan fremdriften i forløbet følges og



dokumenteres realtidstro(Figur 2).



Figur 2. Proceslinie på Cetrea tavlen

Der er flere fordele ved brugen af elektroniske oversigtstavler. Blandt de vigtigste skal nævnes:

- Aktuel status for patienten vises
- Tidsforløbet fremgår tydeligt
- Pågående og afsluttede processer vises
- Kommunikationsredskab (non-verbal)

Patientvisningen følger patienten i FAM. Dvs. at hvis patienten flyttes til anden stue, til røntgenundersøgelse eller til 48-timers afsnittet, følger alle aktuelle oplysninger med. Det gælder f.eks. logistiske oplysninger om isolation, specielle behov (døv, bariatrisk patient m.m.) såvel oplysninger og diagnose og afdelingstilknytning.

Ved brugen af initialer på procesknapperne kan f.eks. oplysninger om hvilken læge, som har lagt plan eller gået stuegang hurtigt fremsøges ved behov.

Det er vigtigt at fastholde Cetrea systemet som en logistikstøtte. Og som redskab til effektiv styring af et initialt patientforløb. Dokumentation for undersøgelser, diagnoser og behandling hører hjemme i patientens journal.

Forudsat en konsekvent og gennemført registreringspraksis på Cetreatavlerne får man en enestående mulighed for vidensopsamling om det akutte patientforløb. I akutupakkesammenhæng er det f.eks. muligt at dokumentere i hvilken grad, at ½-times kriteriet opfyldes både for den enkelte

patient og i et samlet overblik. Specielt for akutupakkerne gælder, at man i Region Syddanmark har valgt at monitorere udvalgte delprocesser på alle regionens fælles akutmodtagelser. Det drejer sig om:

- Valg af akutupakke
- ½-times kriteriet
- 4-timers kriteriet
- Lægens rolle

For ½-times kriteriet måles tiden fra patienten er registreret ankommet indtil, at klinisk vurdering påbegyndes.

For 4-timers kriteriet måles tiden fra patientens ankomst indtil, at der foreligger en plan. Dvs. at lægen kort sagt skal have vurderet patienten, lagt planen og dokumenteret den i patientens journal. I sidstnævnte tilfælde, når diktatet er indtalt. Her medregnes ikke tiden til, at det bliver skrevet af sekretæren.

For både ½- og 4-timers-kriteriet monitoreres det, om disse servicemål er udført af speciallæger. Dette opnås ved, at registreringen af initialer på procesknapperne holdes op mod oplysninger om hvilken charge lægen har. For at opfylde det overordnede servicemål i akutområdet hhv ½- og 4-timers kriteriet skal lægen med andre ord initialt tilse patienten inden 30 minutter samt være en speciallæge. Tilsvarende for planen ved 4-timer.

Det vil ikke i alle tilfælde være en speciallæge, som udfører de to servicemål. I denne sammenhæng skelner man i Region Syddanmark mellem to lægegrupper:

- Speciallæger inkl. H5-læger
- Øvrige læger

Der arbejdes på at skille sidstnævnte gruppe op i to grupper:

- Læger i hoveduddannelse op t.o.m. H4-niveau
- Alle andre læger

Den første gruppe af læger regnes samlet set som speciallæger i denne sammenhæng.

Registreringspraksis på Cetrea

En naturlig forudsætning for at kunne foretage en meningsfuld analyse af tallene fra Cetrea databasen er, at registreringerne foretages tidstro og konsekvent for alle patientforløb.

Ved en fast indarbejdet registreringspraksis åbnes der op for detaljeret organisatorisk viden i akutområdet. Nøglehuller og tidskritiske patientforløb kan identificeres og give mulighed for rationel resursestyring. Samtidigt kan det bidrage både til patientsikkerhed, kvalitetssikring, udvikling og forskning.

På FAM OUH, Odense er tildelingen af akutpakker lagt i hænderne på triagesygeplejersken. Det forekommer naturligt som led i selve triagen, hvor netop kontaktårsagen til patienten indgår som et led i triagen. F.eks. vil en patient, som ankommer til FAM med akut abdomen, blive triaget i ADAPT-triagen på



kontaktårsagskortet *Abdominale symptomer* og få

tildelt akutpakken ”Smerter i abdomen”. Tilsvarende for KOL patienten vil denne få tildelt akutpakken ”Luftvejssymptomer”.

Denne arbejdsgang blev indført på FAM i Odense den 1. december 2012 og den kliniske erfaring frem til april 2013 viser, at valget meget sjældent bliver ændret af flowmaster eller speciallægen.

I den internmedicinske sektor i FAM, Odense er det i dag fast registreringspraksis at både starte og lukke processer med angivelse af sine initialer, hvor man har deltaget i patientforløbet. Igen har den kliniske erfaring vist, at denne arbejdsgang er næsten uundværlig i det daglige arbejde. Både som instrument for resursestyring og som sikring af fremdrift i patientforløbene.

Det har vist sig sværere at dokumentere 4-timers kriteriet end ½-times kriteriet. Måske fordi kriterierne for at opfylde 4-timers kriteriet synes at udviskes noget, når speciallægen allerede ved den kliniske vurdering har en klar opfattelse af den aktuelle lidelse og det umiddelbare forløb. Det er derfor centralt, at der er ekstra fokus på, at der etableres faste arbejdsgange omkring ”Plan”, og hvad der definerer denne.

Brugen af akutpakker

Der eksisterer en stor oplæringsopgave i brugen af akutpakker, og det er vigtigt, at der afsættes ressourcer af til dette.

Her kan løsningen eksempelvis være at udpege akutpakke-ansvarlige overlæger, som kan undervise i ”egen” organisation. Det anbefales endvidere at oprette et ”sandkasse-miljø” for træning i brugen af Cetrea samt at arrangere undervisningstilbud for lægerne i de samarbejdende specialafdelinger.

Lommekort Akutpakker og Cetrea

Fra regionalt hold har man anerkendt, at registreringen udgør en ekstra opgave for de læger, som har patientkontakter i FAM. Derfor er kravet til dokumentation begrænset til det mindst mulige. I et forsøg på at støtte lægerne i deres

registreringsopgaver er der udarbejdet i lommekort (se bilag 1). Kortet viser i enkelt form, hvordan registreringen foretages på Cetrea Emergency.

Der er en række andre mere avancerede funktionaliteter som f.eks at korrigere tidspunktet for registreringen af processen. I disse tilfælde må man bede om hjælp fra personalet eller FAM læger.

Overordnet må man tilføje, at man meget hurtigt lærer at bruge Cetrea. Det gælder sygeplejersker såvel læger. Systemet er intuitivt og de trykfølsomme skærme kan bruges både med fingrene eller med en mus. I den kliniske hverdag med brug af mange IT-systemer er Cetrea én af de mindre udfordringer.

Revision af akutpakker

Ultimo 2013 revideres akutpakkerne atter.

21. maj 2013

Bilag 1. Lommekort (forside/bagside)

Akutpakker og Cetrea

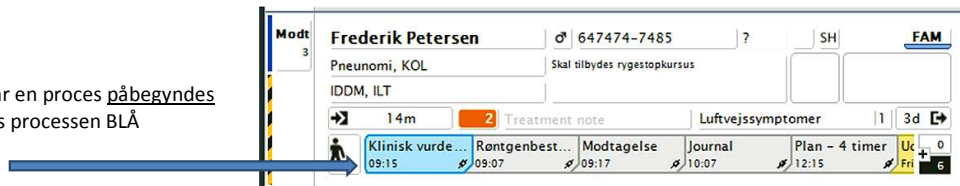
Vejledning: der er tre ting, som skal dokumenteres på Cetrea-tavlen

1. Start og slut tidspunktet for Klinisk vurdering = ½ times kriteriet
2. Start og slut tidspunktet for Plan lagt = 4 timers kriteriet
3. Lægens initialer på processen = dokumentation af charge

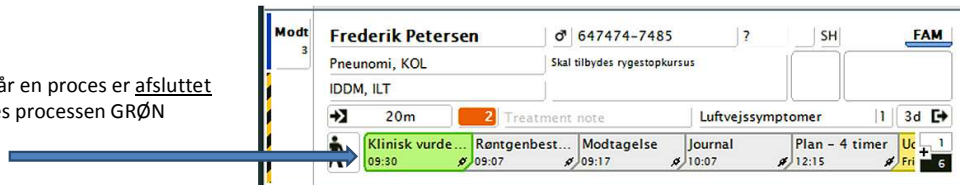
Man skal tilstræbe at dokumentere sine aktiviteter så tidstro som muligt

Status for en proces ændres ved at trykke på procesknappen (med finger eller mus) og vælge en ny farve .
Som default er den GRÅ (= ikke valgt); BLÅ (= påbegyndt); GRØN (=afsluttet); RØD (= aflyst/ikke indiceret)

1. Når en proces påbegyndes
gøres processen BLÅ



2. Når en proces er afsluttet
gøres processen GRØN



3. Initialer: ved tryk på
procesknappen åbnes en
dialogboks

The screenshot shows a dialog box for selecting initials. The search field contains 'jan'. A list of names is displayed, including 'Jan Carstens', 'Jan Dahlin', 'Jan D Kampmann', 'Jan E Henriksen', 'Jan Helldén', 'Jan Herzog', and 'Jan Hvillum'. The 'Close' button is highlighted with a red box. A blue arrow points to the 'Close' button, and a red arrow points to the search field.

- Tryk i navnefeltet
- Skriv navn i Search feltet
- Tryk på eget navn
- Tryk Close

(Her ændres farve n p a processen)

Der er mulighed for at ændre tids punkt, hvis nødvendigt. Gøres i samme dialogboks: tryk på klokkeslettet