

Det gode patientforløb - Akut abdomen kirurgi

Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark

www.fremtidenssygehuse.dk



Region Syddanmark

Rapport

Det gode patientforløb: Det akutte abdomen

INDHOLD

1. Indledning - det akutte abdomen.....	2
2. Behandling – hvor og hvordan.....	3
3. Beskrivelse af nuværende patientforløb.....	3
3.1 Generelle kendetegn for nuværende patientforløb.....	3
3.2 Forløb – OUH, Odense Universitetshospital	4
3.3 Forløb - OUH, Svendborg Sygehus	4
3.3 Forløb – Sydvestjysk Sygehus	5
3.4 Forløb – Sygehus Sønderjylland	5
3.5 Forløb – Sygehus Lillebælt (Fredericia og Kolding).....	6
4. Beskrivelse af et ”best practice” patientforløb.....	7
4.1 Udviklingen i patientforløbet og betydning for sengedagsforbruget.....	9
5. Beskrivelse af fremtidens gode patientforløb – ”drømmeforløbet”	10
6. Konklusion.....	12
Bilag 1: Dataudtræk på aktionsdiagnoserne K20-K93	14
Bilag 2: Det nuværende patientforløb på OUH, Odense Universitets Hospital	15
Bilag 3: Det nuværende patientforløb på OUH, Svendborg Sygehus	16
Bilag 4: Det nuværende patientforløb på Sydvestjysk Sygehus	17
Bilag 5: Det nuværende patientforløb på Sygehus Sønderjylland	18
Bilag 6: Det nuværende patientforløb på Fredericia og Kolding Sygehuse	19
Bilag 7: Udvikling i patientgruppen og betydning for sengedage	20
Bilag 8 – projektgruppens medlemmer.....	21

1. Indledning - det akutte abdomen

Betegnelsen akut abdomen beskriver en tilstand med pludselige nyopståede smerter i abdomen, og er således ikke en organspecifik diagnose, men omfatter en række forskellige sygdomme/tilstande, som typisk kan involvere specialerne kirurgi, gynækologi, karkirurgi, urologi og intern medicin.

Patienterne henvises typisk fra primærsektoren under diagnosen abdominalia acuta til de kirurgiske afdelinger, mens andre patienter indbringes via 112 eller som selvhenvendere til skade/modtage-afdelinger, hvor det ligeledes er vagthavende kirurg, der vurderer disse patienter. Endelig kan pt. henvises fra andre afdelinger/sygehuse.

Efter den primære kirurgiske undersøgelse, inkl. evt. billeddiagnostik og klinisk biokemi, opnås en tentativ diagnose, der danner grundlaget for den videre udredning/behandling og evt. visitation til andet speciale, der varetager behandlingen af den pågældende lidelse.

Nedenfor oversigt over de hyppigste årsager til det akutte abdomen nævnt i vilkårlig rækkefølge:

- Uspecifik abdominalia
- Gastroenteritis acuta
- Appendicitis acuta
- Ileus/tyndtarm/kolon
- Perforeret ulcus
- Pancreatitis acuta
- Akut galdevejslidelse
- Peridiverticulitis coli
- Adnexinflammation
- Ekstrauterin graviditet
- Torkveret ovariecyste/fibrom
- UVI
- Nyre- uretersten
- Urinretention
- Rumperet aortaaneurisme
- Pneumoni
- AMI

2. Behandling – hvor og hvordan

Principielt kan alle patienter med akut abdomen modtages og behandles på sygehuse med akut kirurgiske beredskab, men som det fremgår, vil der jævnligt være behov for bistand fra andre specialer eller omvisitering til relevant afdeling.

Det er en velkendt problematik, at det akutte abdomen rummer diagnostiske vanskeligheder, som igen bevirker, at disse patienter ikke fra starten visiteres til den relevante afdeling – også efter at patienten er modtaget på sygehuset – hvorved den optimale behandling kan blive forsinket.

Det er bl.a. arbejdsgruppens opgave at beskrive en ”diagnostisk pakke”, som kan sikre en hurtigere og mere korrekt diagnostik og dermed visitation, som i sidste ende vil bevirke det gode patientforløb for denne inhomogene patientgruppe.

Flere sygehuse i regionen har oprettet akutte visitationscentre, hvor den optimale model sikrer, at pt. primært vurderes af speciallæge, som afklarer patientens behov for akut udredning/behandling og evt. muligheden for at konvertere patienten til et ambulante forløb.

I andre tilfælde kan det være hensigtsmæssigt, efter en faglig dialog med henv. læge, at der aftales en subakut (flg. hverdag) ambulante vurdering af patienten og i sådanne tilfælde, skal der planlægges med forud reserverede ambulante tider til en sådan aktivitet.

3. Beskrivelse af nuværende patientforløb

3.1 Generelle kendetegn for nuværende patientforløb

Før ankomst til sygehus

Patienter kan blive akut indlagt:

- 1) Med lægevisitation
 - a. Fra primærsektor
 - i. Henvisning fra praktiserende læge (dagtid)
 - ii. Henvisning fra praktiserende speciallæge (dagtid)
 - iii. Henvisning fra lægevagtordningen (vagttid)
 - b. Henvisning fra andre afdelinger / sygehuse
- 2) Uden lægevisitation
 - a. Indbragt via ”112”
 - b. Selvhenvendelse i skadestue

Lægevisitationen i primærsektoren foregår initialt ved en telefonsamtale med patienten eller dennes pårørende/naboer/plejepersonale m.m. Her kan der visiteres til

- Akut indlæggelse ved umiddelbart og indlysende svært syge patienter der er cirkulatorisk, respiratorisk eller cerebralt påvirket, evt. via 112.
- Undersøgelse i lægepraksis (dagtid) eller lægevagtskonsultation (vagttid)
- Undersøgelse i hjemmet ved et sygebesøg

Lægevisiterede patienter skal om muligt inden kontakt til sygehuset undersøges enten i den praktiserende læges klinik/lægehuse eller på en af vagtlægeordningens konsultationer, således at patienten har gennemgået helt basale undersøgelser, som foruden den kliniske undersøgelse med blodtryk, puls og temperaturmåling kan omfatte urinstiks, graviditetstest, blodsukker, blodprocent og infektionstal (CRP) samt evt. GU og EKG.

Lægepraksis har stort set alt relevant udstyr til at foretage disse undersøgelser i dagtiden, men i vagttiden kan stort set ingen af disse undersøgelser foretages.

Efter ankomst til sygehus

Efter ankomsten til sygehuset er der lokale forskelle mellem sygehusene med hensyn til hvorledes patienter med mavesmerter ”føres igennem” systemet. Sydvestjysk Sygehus og Sygehus Sønderjylland benytter akutte modtageafsnit, hvor patienterne observeres, diagnosticeres og behandling planlægges.

Odense Universitets Hospital, Svendborg (tidl. Sygehus Fyn) og Fredericia og Kolding Sygehuse har ikke en akut modtageafdeling (se nedenstående beskrivelser). I Svendborg indlægges alle patienter via en fælles modtagelse indtil en forvagt tilser, skriver journal og bestiller evt. prøver. Herefter undersøger bagvagten patienten og planlægger den videre udredning og behandling, herunder evt. røngtenundersøgelse, CT eller UL-scanning, som foretages på billeddiagnostisk afdeling. På Fredericia og Kolding Sygehuse modtages patienten af en sygeplejerske som foretager vurdering med henblik på, hvor hurtigt patienten skal tilses af en læge. Herefter er rutinen den samme som på Svendborg Sygehus.

Såfremt operation er nødvendig foretages denne hurtigst muligt, efterfulgt af opvågning eller evt. intensiv afdeling, afhængig af tilstand og observationsbehov. Alle sygehuse søger en hurtig mobilisering og ernæring af patienterne med henblik på hurtig udskrivelse.

Efter udskrivning

Patienter med behov ses i ambulatoriet, men de fleste udskrives til opfølgning hos egen læge. Dog henvises patienter med komplicerede sygdomme til videre kontrol.

3.2 Forløb – OUH, Odense Universitetshospital

Kirurgisk Afdeling A på OUH har ikke akut modtageafsnit, hvorfor patienterne indlægges via modtagelse eller skadestue. Her bliver patienterne vurderet og der bliver ordineret blodprøver og undersøgelser. Da patienterne højst må være 1 time i modtagelse/skadestue inden viderevisitation, er det almindeligvis ikke muligt at vende en evt. indlæggelse til et ambulært forløb. Det er forvagten, der modtager opkald fra indlæggende læge og primært tilser patienten. Alle patienter med akut abdomen tilses af mellemvagt evt. bagvagt. Der planlægges et udrednings-/behandlingsforløb. Overflytning fra andet sygehus aftales direkte med bagvagten. De akutte operationer foretages på akutlejet, hvor der løbende sker en prioritering, så den mest akutte operation tages først.

Flowdiagram, der illustrerer det nuværende patientforløb på OUH, findes i bilag 2

3.3 Forløb - OUH, Svendborg Sygehus

De fleste akutte henvendelser er visiterede af lægevagten eller anden sygehusafdeling. Herudover kommer der dagligt mellem 2 og 5 uvisiterede organkirurgiske patienter til skadestuen, hvoraf ca. 1-2 indlægges og resten sendes hjem. Afdelingen modtager dagligt i alt ca. 10 akutte patienter til indlæggelse.

Hverken afdeling eller sygehus har en akut modtageafdeling - alle akutte patienter indlægges via fælles modtagelse. Her opholder patienterne sig typisk op til en time. Det er forvagten der ser patienten først og skriver journal. Der tages de relevante blodprøver og, hvis det er nødvendigt, opsættes der drop. Herefter tilkaldes bag-eller mellemvagt, som efter undersøgelse af patienten (inklusive GU, hvis det er indiceret) tager stilling til, hvad der skal ske. Hvis der er behov for akutte røntgenundersøgelser (konventionel røntgenundersøgelse, CT eller UL- skanning) arrangeres dette ofte således, at patienten kører fra modtagelsen direkte til billeddiagnostisk afdeling. I de tilfælde, hvor der er behov for intensiv overvågning kontaktes vagthavende på Intensiv, og patienten kører direkte fra modtagelse til Intensiv.

De fleste akutte patienter køres fra fællesmodtagelse til afdelingens sengeafsnit til videre observation og stillingtagen til eventuel operation. Afdelingen har, ud over urologiske senge, i alt 37 kirurgiske senge fordelt på 2 sengeafsnit (K1 og K2). På K1 er der afsat 23 senge til nedre gastrokirurgi og 14 senge på K2 til øvre gastrokirurgi. De akutte patienter visiteres fra modtagelsen så vidt muligt efter subspecialer.

Er der behov for akut operation udføres denne snarest eller, hvis der er behov for det, eventuelt efter optimering i samarbejde med anæstesiolog. Sygehuset har 1 akutteje til deling mellem de forskellige kirurgiske specialer (organkirurgi, ortopædkirurgi, gynækologi og otologi), heraf benytter kirurgisk afdeling ca. 50% (12 timer dagligt). Denne kapacitet er i underkanten og der kan derfor opstå problemer med ventetid - der arbejdes på at oprette i alt 2 akut lejer

Efter operationen køres patienterne til opvågningsafsnit til intensiv efter behov. De fleste patienter ender efter opvågning på afdelingens sengeafsnit, hvor man gør alt for at give den optimale efterbehandling (antibiotika, thrombosebehandling, ernæring etc) observation, mobilisation etc.

De fleste patienter med benigne lidelser udskrives typisk til suturfjernelse hos egen læge og afsluttes fra afdelingen. Patienter med mere komplicerede sygdomme eller cancer henvises til Kirurgisk Dagafsnit i Svendborg til videre kontrol. Kirurgisk Dagafsnit har også et stomiambulatorium.

Flowdiagram, der illustrerer det nuværende patientforløb på OUH, Svendborg Sygehus, findes i bilag 3.

3.3 Forløb – Sydvestjysk Sygehus

Før ankomsten til sygehuset har patienten med mavesmerter været ved egen læge, set af vagtlæge, eller henvendt sig direkte på skadestuen. Enkelte ringer 112 inden de indlægges på Akut Modtage Center (AMC).

I AMC tilses patienten af læge og sygeplejerske, der giver evt. smertestillende behandling, forestår en grundig dataindsamling og tager relevante blodprøver Efter journalskrivning tilses patienten af 2. læge (mellemvagten) og enten bestilles yderligere relevante undersøgelser (f.eks. ultralyd eller CT scanning) eller behandling opstartes og udredningsprogram startes op. Der tages stilling til udredningsprogram med evt. ambulans skopi eller subakut skopi under aktuelle indlæggelse.

Ved uafklarede gener som skal yderligere observeres eller udredes, må patienten flyttes på stationær afdelingen. Her kan yderligere gøres løbende observationer og kliniske vurderinger ved stuegange - der ofte er ved speciallæger. Ved indikation for akutoperation klargøres patienten til akut operation, der gives tromboseprofylakse, infektionsprofylakse og smertestillende efter ordination.

Efter operationen mobiliseres patienterne hurtigt. Efter mindre operationer (f.eks. blindstarmsbetændelse) udskrives patienterne samme dag fra AMC. Ved større indgreb, eller perforeret blindtarm. er patienten ikke klar til udskrivelse og flytter så via opvågningen til sengeafdelingen til videre pleje og behandling.

Patienten får fjernet suturer ved praktiserende læge, eller ved kontrol i ambulatorium, hvis der er indikation for dette.

Flowdiagram, der illustrerer det nuværende patientforløb på Sydvestjysk Sygehus, findes i bilag 4

3.4 Forløb – Sygehus Sønderjylland

Patienter med mavesmerter kontakter egen læge eller vagtlæge og indlægges akut. Patienten kan også ringe direkte til 112 på grund af stærke mavesmerter og afhentes af Falck, ofte ledsaget af akutbil. I akutbilen er der enten en læge eller sygeplejerske, som tilser patienten og der gives eventuelt analgetica under transport. Andre patienter henvender sig på skadestuen med mavesmerter, tilses af forvagt og omvisiteres til indlæggelse i KIVA. Endeligt er der patienter, der overflyttes fra andre afdelinger i Sygehus Sønderjylland med mavesmerter, som skal behandles kirurgisk.

Når denne patientkategori ankommer til Sygehus Sønderjylland, Aabenraa, indlægges de på Kirurgisk Visitationsafsnit (KIVA), hvor de tilses af en kirurgisk forvagt, som bestiller parakliniske undersøgelser. Herefter tilses patienten af en kirurgisk speciallæge, som tager stilling til de umiddelbare undersøgelser, der foretages inden for 1-2 timer. Alle undersøgelser, herunder endoskopi samt radiologi foretages umiddelbart, og senest inden for 24 timer efter indlæggelse, dette gælder også i weekender og på helligdage. Herefter tages der stilling til eventuel operation/ observation. Normalforløbet er, at patienten straks opereres, eller medicinsk behandles. Max 10 %) af patienterne opereres akut. Efter evt. operation overflyttes patienten til et stationær sengeafsnit med henblik på rehabilitering, herunder mobilisering, smertebehandling, enteral ernæring og eventuel antibiotisk behandling. Efter operation/konservativ behandling ses max. 5% af patienterne i ambulatoriet.

Sygehus Sønderjylland har indrettet sig med et kirurgisk akutsygehus, hvor alle akutte kirurgiske patienter fra det tidligere Sønderjyllands Amt indlægges. Baggrunden for dette var et ønske om at øge kvaliteten af og accelerere patientforløbene samt økonomiske forhold. Organ kirurgisk afdeling er delt på 2 matrikler med akut og øvre gastrointestinal kirurgi i Aabenraa og elektiv nedre gastrointestinal kirurgi i Sønderborg. Det er ikke på nuværende tidspunkt muligt at sammenligne liggetiden på KIVA med liggetiden for akutte patienter på de tidligere 4 afdelinger, der modtog akutte indlæggelser før oprettelsen af KIVA. Det er vores indtryk at patienterne sammenlignet med tidligere afvikles hurtigere.

Det aktuelle patientforløb (normalforløb) omfatter:

3-4 sengedage

Få ambulante besøg(kontroller) incl. røntgen

Evt. 1 besøg hos praktiserende læge

Flowdiagram, der illustrerer det nuværende patientforløb på Sygehus Sønderjylland, findes i bilag 5

3.5 Forløb – Sygehus Lillebælt (Fredericia og Kolding)

Patientgruppen er kendetegnet ved en bred vifte af symptomer og kliniske præsentationer. Det drejer sig om betændelsestilstande, blødninger, tarmobstruktion/ perforation, galdestenssmerter, smertetilstande af anden årsag og traumer. Afhængig af sygdommens art vurderer henvisende læge om der er behov for initial behandling i form af smertestillende injektion, intravenøs adgang/væskebehandling eller patientledsagelse. Langt de fleste patienter kan dog ankomme uden at der er initieret behandling.

På sygehuset modtages patienten af en sygeplejerske, som vurderer patientens almentilstand og kredsløbsmæssige status, med henblik på at afklare, hvor hurtigt patienten skal tilses af en læge. Primært anmeldte svært dårlige patienter skal ses af en læge straks ved ankomsten.

Der etableres ved behov iv adgang og opsættes væske samt bestilles relevante blodprøver, røntgenundersøgelse og scanninger. Svært dårlige patienter meldes og køres på intensiv afdeling. Øvrige patienter køres til modtagende afdeling, når der er optaget journal. Bagvagt planlægger videre udredning og behandling. Ved tegn på abdominal perforation skal patienten opereres snarest og indenfor 3 timer. Det samme gælder for skopi af kredsløbspåvirkede patienter med tegn på øvre blødning. Patienter med mindre truende symptomer holdes smertefrie og udredes/behandles efter prioritet i forhold til andre patienter.

Efter operation køres patienten på opvågningen eller evt. på intensiv afdeling afhængig af tilstand og observationsbehov. Når tilstanden tillader observation og behandling på sengeafsnit, overflyttes patienten dertil. Der tilstræbes hurtig mobilisering og ernæring, og patienten udskrives når denne kan klare sig i hjemmet på forsvarlig vis. Patienter med behov for efterkontrol ses i ambulatoriet efter passende tid, men så mange som mulig overlades til egen læge.

Flowdiagram, der illustrerer det nuværende patientforløb på Fredericia og Kolding Sygehuse, findes i bilag 6.

4. Beskrivelse af et "best practice" patientforløb

Før ankomst til sygehuset

Patienter kan blive akut indlagt via:

- Henvisning fra praktiserende læge
- Henvisning fra lægevagtordningen
- Henvisning fra andre afdelinger / sygehuse
- Indbringende via "112"
- Selvhenvendelse i skadestue

Der forventes en fyldestgørende henvisning fra den praktiserende læge / lægevagten, hvor der er foretaget en objektiv undersøgelse med klinisk vurdering, som min. indbefatter blodtryk, puls og temperatur. Endvidere en tentativ diagnose og om muligt en opdateret medicinliste. Ved svært dårlige patienter (cirkulatorisk / respiratorisk påvirkning), forventes der lægelig ledsagelse, enten indlæggende læge eller ambulancelæge ved indlæggelser via 112. Ved patienter, der er tilknyttet hjemmesygeplejerske-ordning, forventes der en opdateret sygeplejerapport samt medicinliste med patienten. Patienter fra andre afdelinger / sygehuse, forventes der ligeså en fyldestgørende henvisning på specialelæge-niveau. Endvidere forventes der en medfølgende sygeplejerapport. Selvhenvendere skal tilses af tilhørende specialer i skadestuen.

På sygehuset

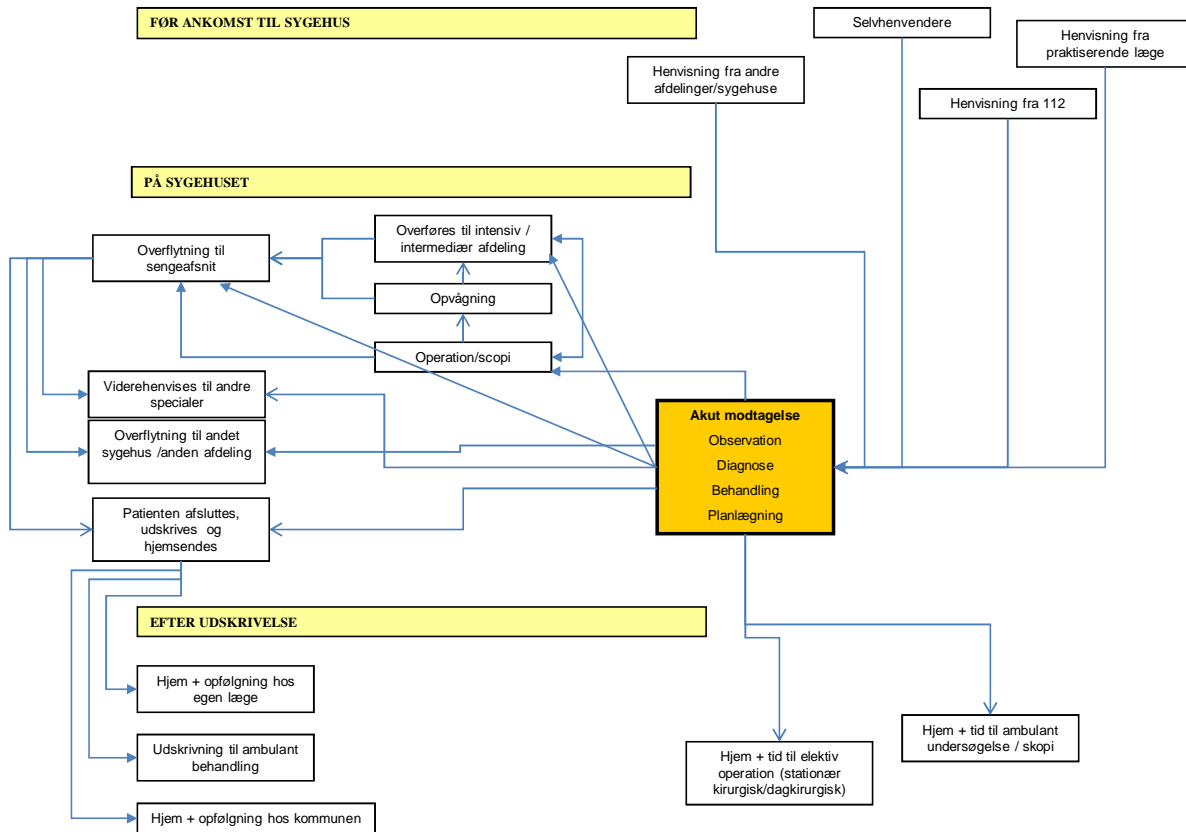
Patienterne meldes til bagvagten og allerede her vurderes det om patienten kan komme evt. "subakut" for eksempel i ambulanseregion. Patienterne indlægges på en akut modtageafdeling, hvor de modtages af såvel plejepersonale som læger. Ved ankomst til sygehuset vil speciallæger vurdere og indlægge patienterne. Der bestilles relevante prøver og undersøgelser og patienten vurderes påny af speciallægen, der planlægger udredning og behandlingsplan. Alle patienter har en udredning og behandlingsplan inden for 24 timer. I akut modtageafdelingen forefindes udstyr til skopier og bedside ultralyd og patienterne ligger max. 48 timer her. Kritisk dårlige patienter, der kræver tættere observation, men ikke er respiratorisk truet, skal ligge på et intermediært afsnit. Det er en forudsætning, at der er tilstrækkelig kapacitet på operationsafdelingen, opvågning, intensiv / intermediær afsnit. Efter endt operation og ophold på opvågning / intensiv / intermediær afsnit flyttes patienten til stationær kirurgisk afdeling til rehabilitering. Her mobiliseres, smertebehandles og ernæres patienten efter standard.

Efter udskrivning

Patienten udskrives, evt. med smertebehandling og evt. til ambulans opfølgning og/eller ved egen læge. Varslingstiden følger den regionale samarbejdsaftale.

Best practice patientforløbet er illustreret nedenfor.

Best practise forløb - det akutte abdomen
Arbejdsgruppen den 5 juni 2008



4.1 Udviklingen i patientforløbet og betydning for sengedagsforbruget

Ifølge data fra 2007 forbruger patientgruppen med diagnosen *abdominalia acuta* ca. 65.000 sengedage fordelt på 13.576 indlæggelser. Den gennemsnitlige liggetid er 4,82 dage.

Det er arbejdsgruppens skøn at såfremt best practise forløbet implementeres, med bl.a. et akut modtageafsnit med speciallæger i front på alle sygehusenheder i Region Syddanmark, vil følgende gøre sig gældende for patienter med diagnosen *abdominalia acuta*:

- 1/3 af patienterne vil kunne behandles ambulantly.
 - 4.525 sengedage konverteres til ambulantly behandling
 - 0 sengedage
- 1/3 af patienterne vil kunne behandles indenfor 48 timer
 - 4.525 to-dags indlæggelser
 - 9.051 sengedage
- 1/3 af patienterne vil kræve mere end 48 timers indlæggelse
 - 4525 med en gennemsnitlig liggetid på 2 x 4,82 dage
 - 43.624 sengedage.

Denne omlægning vil i alt medføre et fald i sengedage fra ca. 65.000 til omkring 52.700 svarende til *et fald på ca. 19% i forbruget af sengedage*. I forbindelse med kapacitetsberegninger, som bruges i forbindelse med dimensioneringen af fremtidens sygehuse, bør dette tal dog sættes op imod den demografiske udvikling samt den generelle sygdomsudvikling i samfundet som helhed.

5. Beskrivelse af fremtidens gode patientforløb – ”drømmeforløbet”

Før ankomst til sygehuset

Lægeligt visiterede patienter

Drømmescenariet kunne være, at vagtlægekonsultationer på de store akutsygehuse blev placeret fysisk sammen med og en integreret del af akutsygehuset, hvor patienterne kunne transportere sig til klinikkerne evt. ved en transport rekvireret af telefonvisiterende læge.

Kvaliteten ved en sådan undersøgelse med hertil hørende diagnostiske faciliteter vil klart overgå det, der kan tilbydes ved et sygebesøg i hjemmet, hvor man kan være henvist til at indlægge pt. alene på baggrund af en klinisk undersøgelse

Når den praktiserende læge / lægevagt telefonisk melder en patient til sygehuset er der ét og kun et telefonnummer. Efterfølgende vil man blive stillet om til en speciallæge inden for det pågældende speciale.

Der forventes en fyldestgørende henvisning fra den praktiserende læge / lægevagten med alle relevante oplysninger, inkl. foretagne undersøgelser samt en tentativ diagnose og en opdateret medicinliste. Ved svært dårlige patienter (cirkulatorisk / respiratorisk påvirkning), forventes der lægelig ledsagelse enten indlæggende læge eller ambulancelæge ved indlæggelser via 112.

Ved patienter, der er tilknyttet hjemmesygeplejerske-ordning, forventes der en opdateret sygeplejerapport samt medicinliste med patienten. Ligeledes forventes det at man kan konferere med en vagthavende indenfor hjemmeplejen med henblik på koordinering af patientforløb

Medicinlisternes betydning bliver mindre i takt med at alle dansker får et elektronisk medicinkort, hvor alle sundhedspersoner hurtigt og let kan hente disse oplysninger.

Uden lægevisitation

Henvendelser om sygdom til 112 bliver besvaret af sundhedsfagligt personale, der kan foretage relevant disponering og håndtering af opkaldene. Der skal kunne ske omstilling mellem lægevagt og 112 ligesom lægevagt skal kunne rekvirere præhospital indsats på lægeniveau.

Patienter der bliver transporteret med helikopter, flyves direkte til et universitetshospital.

Selvhenvendere skal henvises til lægevagt-ordningen, som er en integreret del af akutsygehusene efter kl. 16.00.

På sygehuset

Patienterne meldes til bagvagten og allerede her vurderes det om patienten kan komme evt. ”subakut”, for eksempel i ambulanseregion. Patienten indlægges på et akut modtageafdeling, hvor de modtages af såvel plejepersonale som læger. Når patienterne ankommer til sygehuset vil en speciallæge vurdere patientens behandlingsbehov – hvorvidt behandling kræver stationært eller ambulanseregion. Hvis pt. indlægges bestilles diagnostisk pakkeforløb (parakliniske blodprøver, endoskopi og radiologi). Pakkeforløbet er gennemført inden for 12 timer. Dette forudsætter, at der er faciliteter og udstyr til endoskopi og radiologi i akutmodtageafdelingen samt laboratoriet som en integreret del af afdelingen.

Patienterne ligger max. 48 timer i den akutte modtageafdeling. Kritisk dårlige patienter, der kræver tættere observation, men ikke er respiratorisk truet, skal ligge på et intermediær afsnit i anæstesiologisk region. Tilstrækkelig kapacitet på operationsafdeling, opvågning, intensiv/intermediær er en forudsætning.

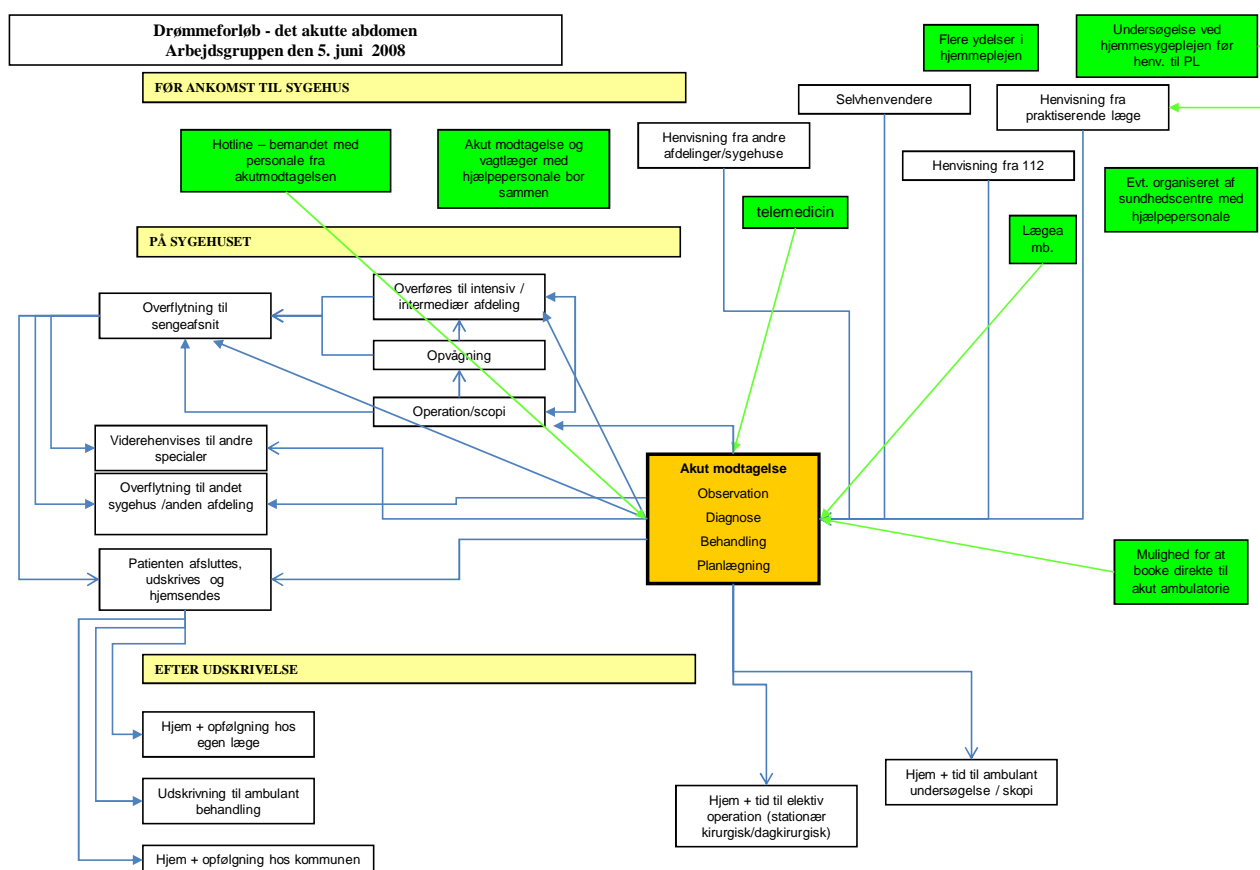
Såfremt det forventes at patienten kan udskrives indenfor 48 timer skal de returneres til akutmodtagelsen efter behandling og udskrives derfra.

Efter endt operation og ophold på opvågning / intensiv / intermediær flyttes patienten til stationær kirurgisk afdeling til rehabilitering via et optimeret step-down-forløb i intensivt regi. Patienten mobiliseres, smertebehandles og ernæres tværfagligt.

Efter udskrivning

Patienten udskrives, evt. med smertebehandling og evt. til ambulant opfølgning og/eller ved egen læge. Mulighed for at foretage simple behandlinger i primærsektoren, såsom iv- antibiotisk behandling og væsketerapi på f.eks. plejecentre og akut-aflasningspladser samt genoptræning. Dette indebærer, at epikrisen foreligger samtidig med at patienten udskrives. Alle henvisende læger får epikrise, også vagtlæger, som aldrig får epikrise i øjeblikket. Epikrisen skal søges gjort elektronisk tilgængelig på plejehjem og plejeboliger til brug for lægevagten i akutte situationer. Varslingstiden for udskrivelse til primærsektoren skal være max. 1 døgn. Dialogen omkring udskrivelsen følger den til enhver tid gældende regionale samarbejdsaftale. Ved kompliceret patientforløb inddrages kommunernes kontaktperson tidligt i forløbet med henblik på en hurtig og korrekt udskrivelse. Udvikle pakkeforløb for opfølgning af udskrevne patienter (f.eks. endoskopiske og radiologiske kontrolundersøgelser, parakliniske prøver/patologi).

Fremtidens gode patientforløb, ”drømmeforløbet”, er illustreret i nedenstående flowdiagram



6. Konklusion

I kommissoriet for arbejdet vedrørende *gode patientforløb* står at formålet for de 10 arbejdsgrupper er at definere et "best practise" forløb, som det kendes i Region Syddanmark i dag, samt at se 5-10 år ud i fremtiden og beskrive et "drømmeforløb". Dette med henblik på at indsamle ideer og viden, der skal indgå i arbejdet med planlægningen og dermed dimensioneringen af den nye sygehusstruktur i Region Syddanmark, herunder ikke mindst de store sygehusbyggerier.

Denne arbejdsgruppe har beskæftiget sig med sygdomskomplekset "det akutte abdomen" (ondt i maven) med særlig fokus på de **organisatoriske faktorer**, der har betydning for dette områdes gode patientforløb, med henblik på at skabe:

- Veltilrettelagte patientforløb
- Effektiv ressourceudnyttelse – penge, personale og kapacitet
- Reduktion i liggetid/omlægning til ambulantly behandling
- Hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem kommune, praksis og sygehus og hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem faggrupper
- Ændringer og forbedringer som er realistiske på kort - og/eller mellemlang sigt

Arbejdsgruppens arbejde har med andre ord haft fokus på "bedste organisatoriske praksis" – hvilket samtidig betyder, at der *ikke* har været fokus på eksempelvis på "bedste kliniske praksis", patientperspektivet isoleret set eller specialeplanlægning overordnet set.

I dag forbruger patienter i Region Syddanmark med diagnosen *abdominalia acuta* ca. 65.000 sengedage fordelt på 13.576 indlæggelser. Den gennemsnitlige liggetid er 4,82 dage.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at såfremt der etableres en akut modtageafdeling med speciallæger i front på alle sygehusenheder i regionen, som beskrevet i afsnittet omhandlende best practise, vil det have en positiv effekt ift. patientoplevelsen samt medføre følgende omlægningspotentiale:

- 1/3 af patienterne vil kunne behandles ambulantly.
- 1/3 af patienterne vil kunne behandles indenfor 48 timer
- 1/3 af patienterne vil kræve mere end 48 timers indlæggelse

Denne omlægning vil i alt medføre et fald i sengedage fra ca. 65.000 til omkring 52.700 svarende til *et fald på ca. 19% i forbruget af sengedage*.

Ud over tilstedeværelsen af en den akutte modtageafdeling, ligger følgende forudsætninger til grund for arbejdsgruppens vurdering:

- Tilstrækkelig kapacitet i de behandlende afdelinger
- Den rette normering
- Multidisciplinære sygeplejersker til akut modtageafsnit
- Løbende kompetenceudvikling af al sundhedspersonale
- Logistik ift. primærsektoren skal være optimal
- De fysiske rammer / logistikken på sygehuset skal være på plads. Den akutte modtageafdeling skal være tæt på undersøgelses- og behandlingsfaciliteter.
- Løbende forskning på patientforløbet, dvs. organisatorisk forskning. Forskningsmiljøet placeres på sygehusene, tæt på de kliniske afdelinger.
- Opdaterede IT faciliteter
- Balance mellem aktivitet og økonomi (en væsentlig motivationsfaktor).

Hvis drømmescenariet for vagtlægefunktionen skal indtænkes i de nye akutsygehuse, kræver det bygningsmæssige faciliteter og en gennemtænkt placering af lægevagten fysisk i forhold til sygehusets akutfunktioner samt plads til hjælpepersonale.

Dette scenarium for vagtlægefunktionen er generelt og dækker også andre akutte patienter end patienter med akut abdomen.

På vegne af arbejdsgruppen

Morten Hestbech

Fuldmægtig

Planlægning og Udvikling, Sundhedsstaben

Region Syddanmark

Dato:

Underskrift:

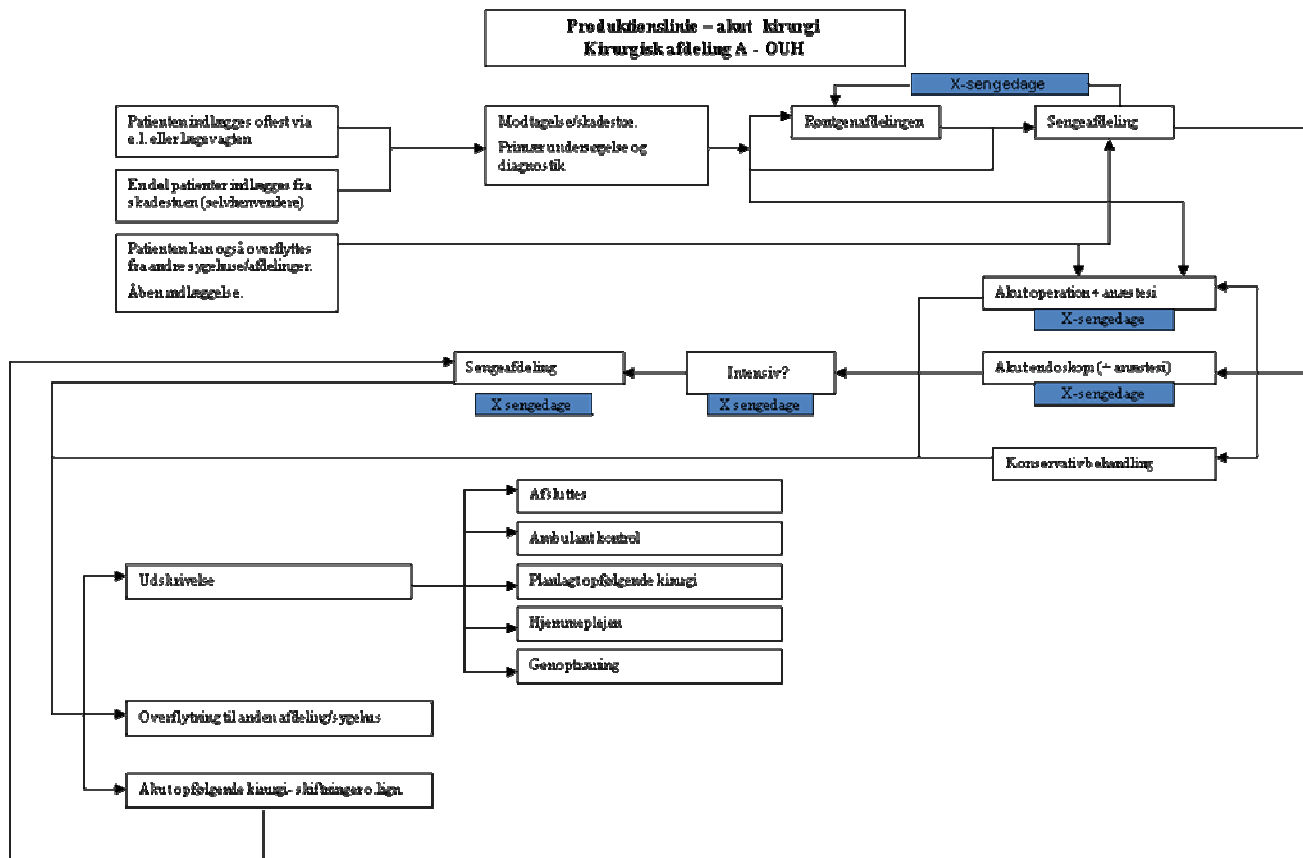
Bilag 1: Dataudtræk på aktionsdiagnoserne K20-K93

Sygehospitallægning, aktivitet på unikke personer samt liggetid: 2007 måneder: 1 til 12

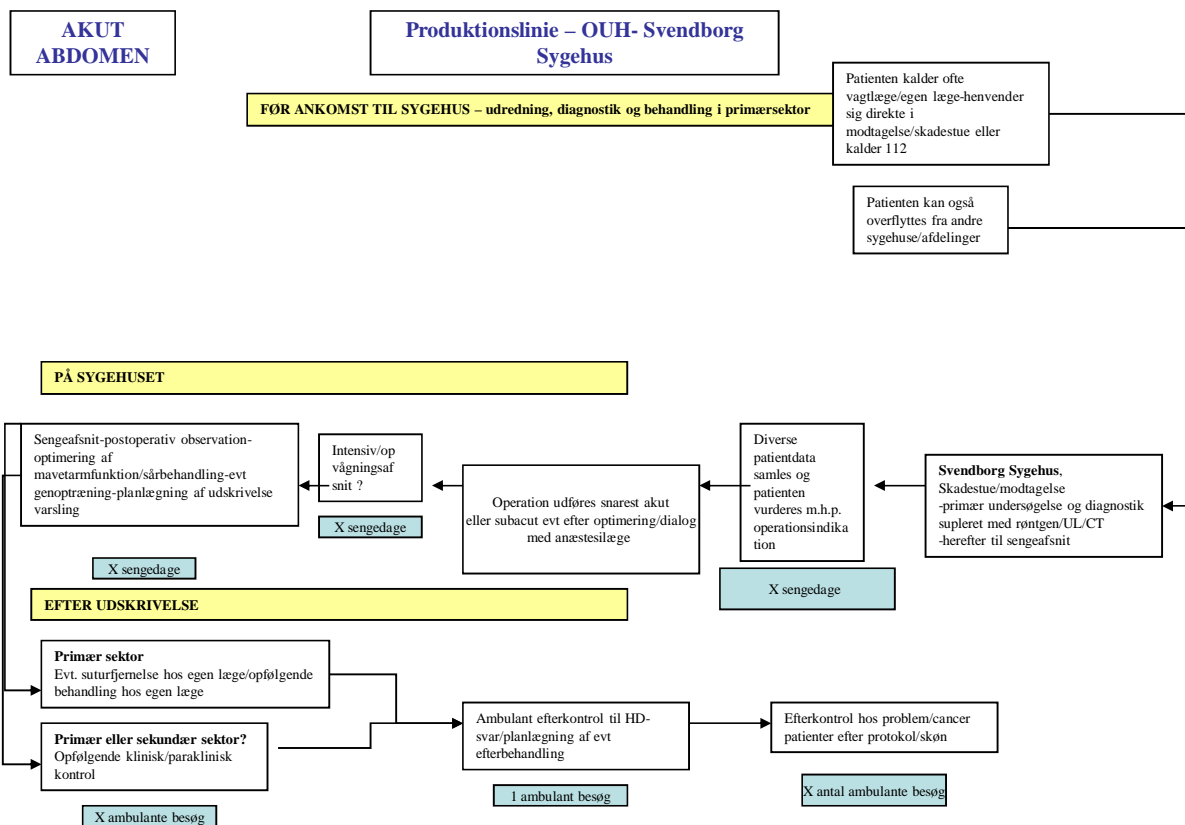
Sygdomme i lever [DK70-DK77], Andre tarmsygdomme [DK55-DK63], Sygdomme i spiserør, mavesæk og tolvfingertarm [DK20-DK31], Sygdomme i galdeblære, galdeveje og bugspytkirtel [DK80-DK87], Ikke infektiøs tyndtarms- og tyktarmskatar [DK50-DK52], Sygdomme i blindtarm [DK35-DK38], Andre sygdomme i fordøjelsessystem [DK90-DK93], Sygdomme i bughinde [DK65-DK67], Brok [DK40-DK46] - AKUT INDLÆGGELSE

Sygehus	Overafdeling	Indlæggelser	Indl. personer	Indl. per person	Antal senestaser	Gen. liggetid	
Kolding-Fredriks	Frø.Medicinsk afd.	200	170	1,18	1097	5,40	
	Frø.Urologisk afd.	9	6	1,13	72	8	
	Kol.Gyn./Obst.afd.	11	11	1	43	3,91	
	Kol.Kirurgisk af	4	4	1	4	1	
	Kol.Gynæk/Obst.afd	1249	1103	1,13	3173	4,77	
	Kol.Medicinsk afd.	170	148	1,15	1122	7,70	
	Kol.Pædiatrik afd.	190	170	1,12	473	2,40	
Sum FKS		1813	1614	1,12	8284	4,56	
OUH	OUH Børneafdelingen H	298	211	1,39	1020	3,50	
	OUH Endokrinologisk afd M	30	27	1,11	240	8,2	
	OUH Geriatrik afd G	109	99	1,1	1100	10,00	
	OUH Gynæk/obstetrik afd D	34	34	1,00	123	3,41	
	OUH Hjerte-lunge-karlr afd Y	20	20	1	161	8,05	
	OUH Hjertemedicinsk afd B	8	8	1	31	3,88	
	OUH Hæmatologisk afd X	1	1	1	2	2	
	OUH Kirurgisk afd A	1409	1210	1,16	6700	4,77	
	OUH Med. mave-tarm afd S	854	648	1,32	5962	7,02	
	OUH Medicinsk afd C	115	112	1,03	754	6,70	
	OUH Nefr. kirurgisk afd	350	310	1,1	2010	4,90	
	OUH Neurologisk afd N	3	3	1	18	6	
	OUH Nyremedicinsk afd V	34	28	1,21	185	4,91	
	OUH Ortopædkirurgisk afd O	1	1	1	10	10	
	OUH Plastikkirurgisk afd Z	2	2	1	28	14,0	
	OUH Urfremgår afd L	8	9	1,14	21	2,63	
	OUH Øre-næse-halskr afd F	10	8	1,25	35	3,5	
	Sum OUH		3494	2943	1,19	19233	5,40
	Syvhusdyk sygehus	SVS Endokrinologi	12	12	1	71	5,92
SVS Gastroenterologi		160	150	1,07	992	6,2	
SVS Gynækologi/Obst		12	11	1,09	24	2	
SVS Hæmatologi		13	13	1	93	6,2	
SVS Kardiologi		180	171	1,05	533	2,96	
SVS Kirurgi		1890	1651	1,14	8235	4,34	
SVS Lægemedicin		15	15	1	100	6,67	
SVS Nefrologi		24	22	1,10	282	12,82	
SVS Neurologi		1	1	1	8	8	
SVS Onkologi		4	3	1,2	39	9	
SVS Ortopædkirurgi		3	3	1	12	4	
SVS Pædiatri		62	57	1,09	111	1,78	
SVS Reumatologi		1	1	1	15	15	
SVS Urologi		19	18	1,06	76	4	
SVS Øre-næse og Hals	6	6	1	19	3,17		

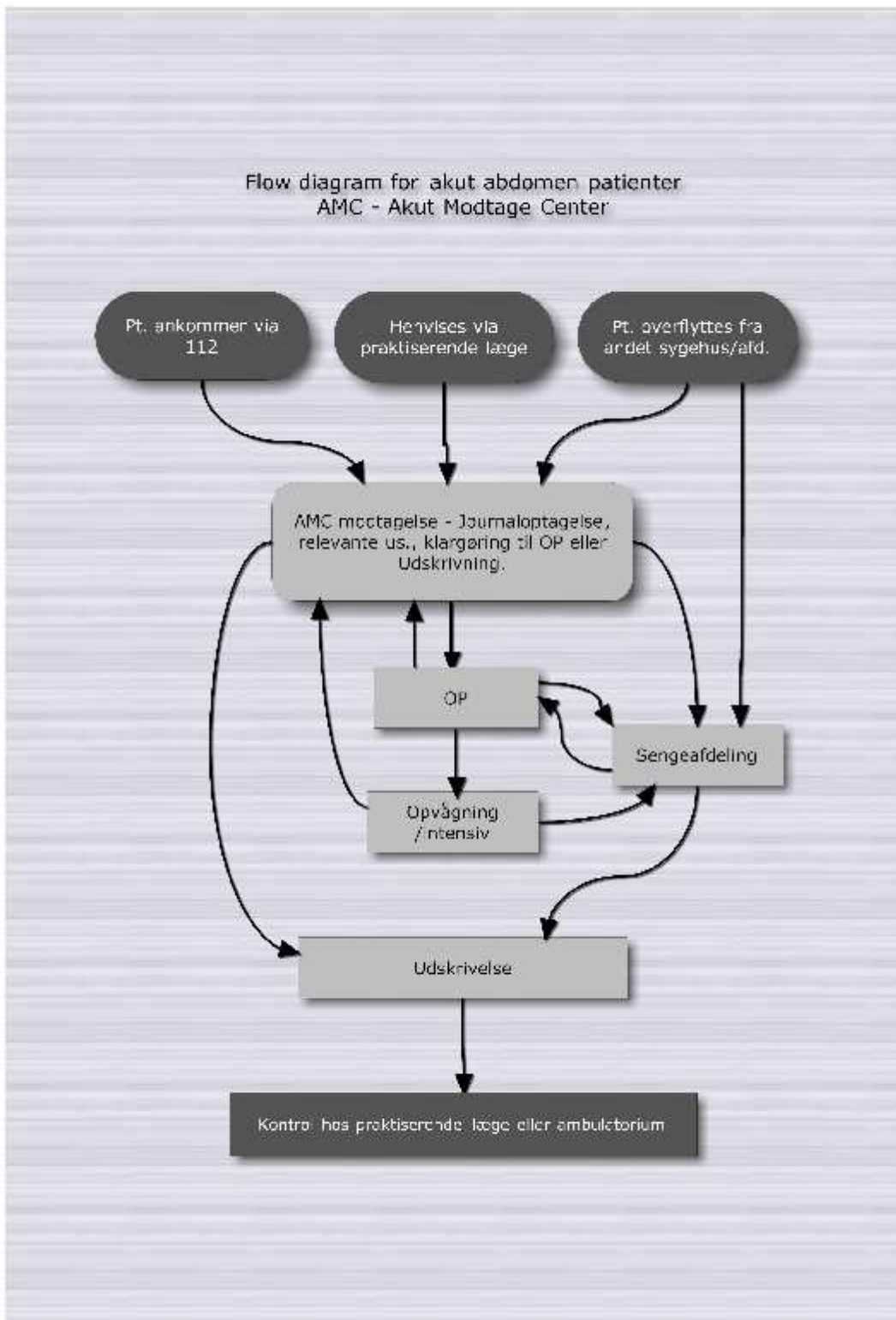
Bilag 2: Det nuværende patientforløb på OUH, Odense Universitets Hospital



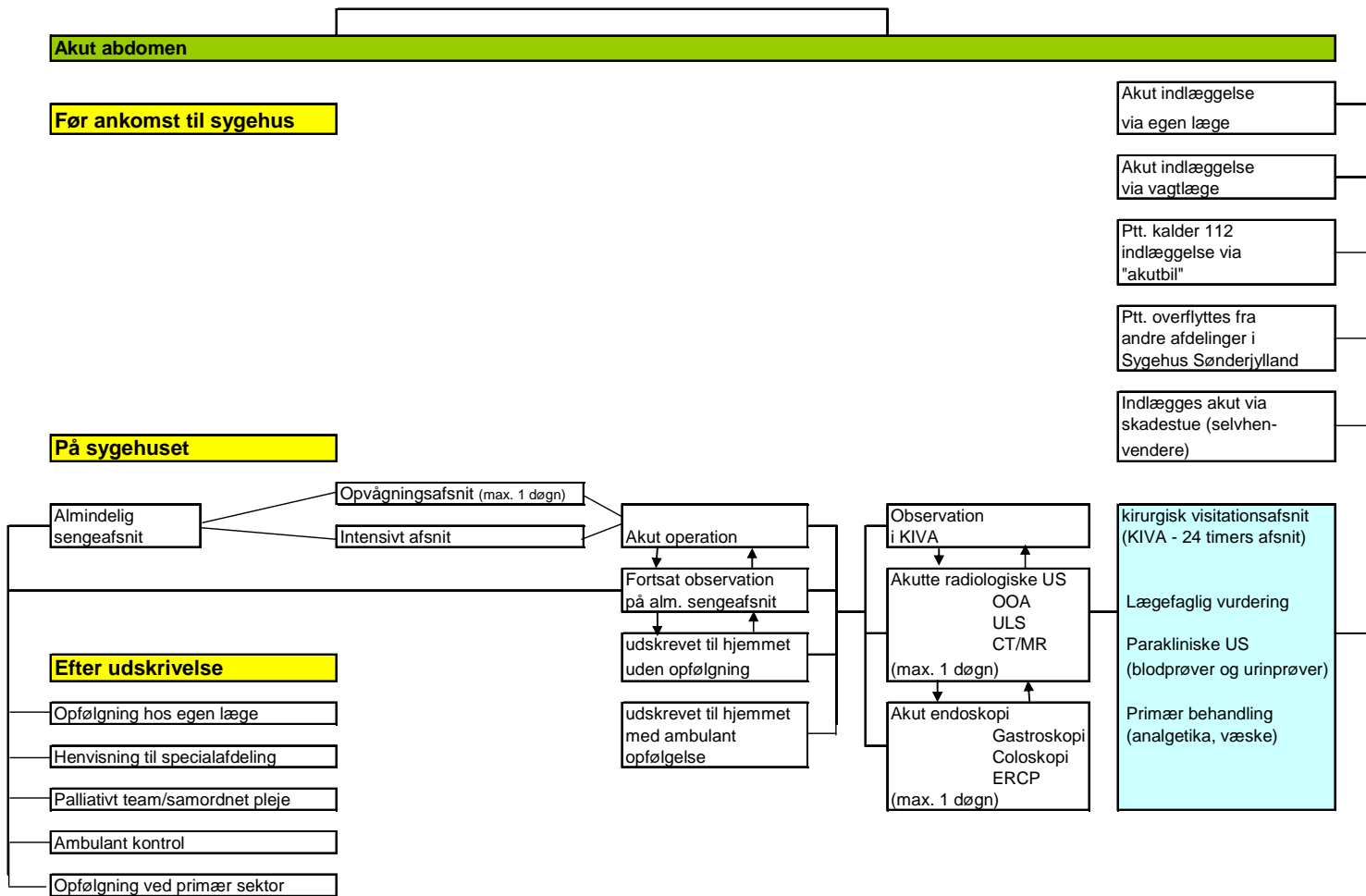
Bilag 3: Det nuværende patientforløb på OUH, Svendborg Sygehus



Bilag 4: Det nuværende patientforløb på Sydvestjysk Sygehus



Bilag 5: Det nuværende patientforløb på Sygehus Sønderjylland



Note til blå kasse – kirurgisk visitationsafsnit (KIVA):

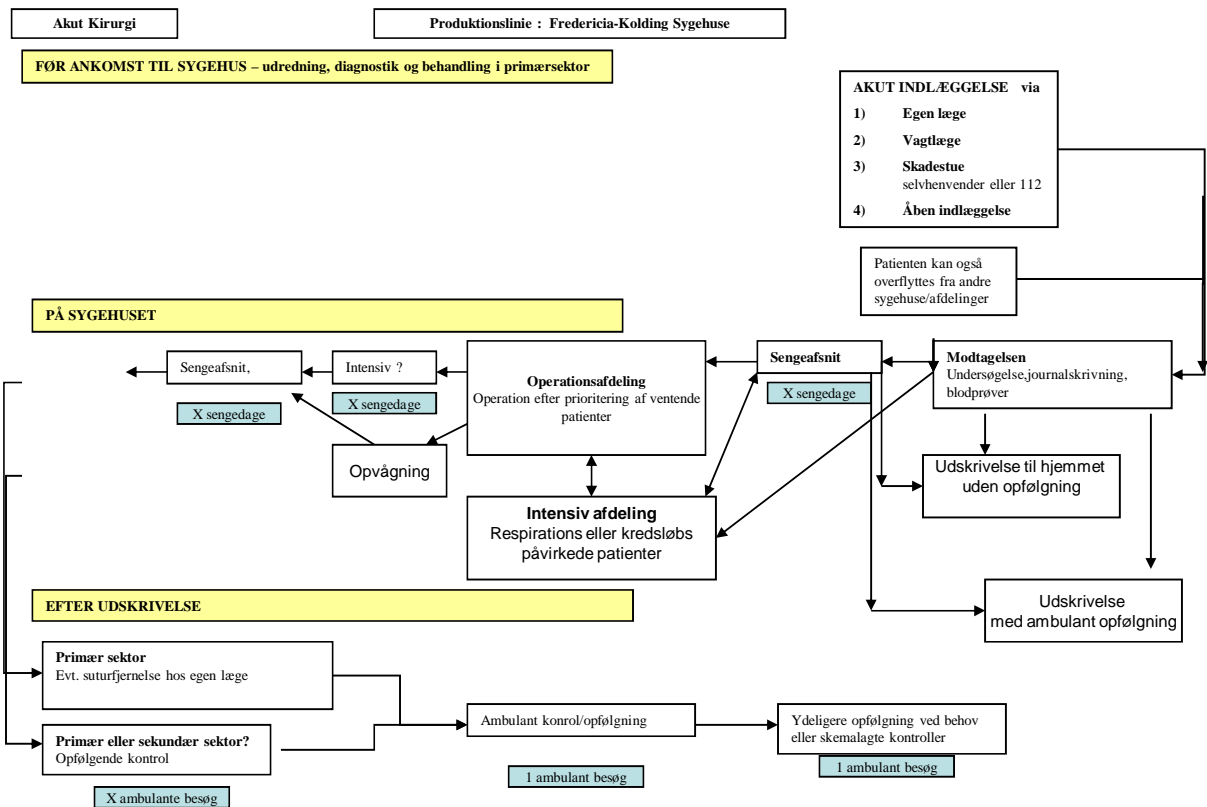
Omdrejningspunktet i behandling af det akutte abdomen er det kirurgiske visitationsafsnit (KIVA). Afdelingen har 15 senge og modtager gennemsnitlig 15 akutte patienter/døgn. Det daglige turn-over er 20-30 patienter/døgn. Der arbejdes med "rent bord" konceptet hvor alle patienter udredes og behandles i løbet af 1-2 døgn. Er forløbet længere flyttes patienten til stationær alm. sengeafsnit.

Alle ugens dage er KIVA bemandet med 1 reservelæge (forvagt) 24 timer i døgnnet og 1 reservelæge 16 timer i døgnnet (operationsassistent mv.). Der er 1 speciallæge i tilstedeværelsesvagt 24 timer i døgnnet (bagvagt) samt 1 speciallæge i tilkaldevagt ca. 12 timer i døgnnet (bag-bag vagt) Disse varetager udredningsplanlægning, endoskopiske undersøgelser, operationer og stuegang.

De akutte operationer samt radiologiske og endoskopiske undersøgelser foretages straks, også i week-enden, så nødvendig ventetid undgås.

Herefter er det kun nødvendigt at lave ambulant opfølgning på ca. 5% af patienterne. På denne måde er det muligt at reducere den gennemsnitlige liggetid med ca. 25% i forhold til konventionelle patientforløb.

Bilag 6: Det nuværende patientforløb på Fredericia og Kolding Sygehuse



Bilag 7: Udvikling i patientgruppen og betydning for sengedage

Patientforløb - det akutte abdomen

Udviklingen i patientforløbet

I dag

65.000 sengedage
4,82 gns. liggetid
13576 indlæggelser

Fremover (implementering af best practise)

1/3 vil kunne behandles ambulant

4525 indlæggelser konverteres til ambulant behandling
0 sengedage

1/3 vil kunne behandles inden for 48 timer

4525 2 dages indlæggelser
9051 sengedage

1/3 vil kræve mere end 48 timers indlæggelse

4525 med gns. liggetid på 2 X 4,82 dage
43624 sengedage

Sengedage i alt ved fremtidens sygehuse	52675
Sengedage i alt i dag	65000
Omlægningspotentiale	12325
Omlægningspotentiale i % af nuværende antal sengedage	<u>19%</u>

Bilag 8 – projektgruppens medlemmer

Formand	Birthe Mette Pedersen	Sydvestjysk Sygehus	Sygeplejefaglig direktør
Sekretær	Morten Hestbech	Sundhedsstaben	Fuldmægtig
Medlemmer	Henning Kold Antonsen	Fredericia og Kolding sygehuse	Ledende overlæge
	Christian Jørgensen	Fredericia og Kolding sygehuse	Oversygeplejerske
	Svend Dueholm	Sygehus Sønderjylland	Overlæge
	Dorthe Thorgaard	Sygehus Sønderjylland	Konst. oversygeplejerske
	Vagn Juhl Jensen	Sydvestjysk Sygehus	Overlæge
	Heidi De Groot	Sydvestjysk Sygehus	Specialeansvarlig sygeplejerske
	Th. Bremholm Rasmussen	Odense Universitets Hospital, Odense og Middelfart	Ledende overlæge
	Hanne Rytter	Odense Universitets Hospital, Odense og Middelfart	Oversygeplejerske
	Per Borup Christensen	Odense Universitets Hospital, Svendborg	Ledende overlæge
	Johnny Myren	Odense Universitets Hospital, Svendborg	Overlæge
	John Banke	Praksis	Kvalitetsudviklingskonsulent

Region Syddanmark
Damhaven 12 . 7100 Vejle
Tlf. 7663 1000

regionsyddanmark.dk



Region Syddanmark