

Dato 04-02-2013

Ref. Mogens Kristiansen Walsted

Tel. 8949 2387

mogewals@rm.dk

Sagsnr. 1-30-101-32-11

Side 1

Patientinventering:

Tematiseret oversigt over udviklingspotentialer på AUH

Afledt af patientinventeringen af sengeafsnittene på de 5 kliniske centre ved Aarhus Universitetshospital i 2011-2012, følger nedenfor en *tematiseret* oversigt over udviklingspotentialer. Oversigten er udarbejdet med afsæt i de enkelte centres hovedrapporter, hvorfor de tilknyttede bullets/underpunkters umiddelbare relevans *kan* variere fra center til center. Denne tilgang er valgt med henblik på at sikre, at det efterfølgende arbejde med at vurdere, prioritere og realisere de tematiserede udviklingspotentialer (på centerniveau og/eller AUH-niveau) sker på et så oplyst og nuanceret grundlag som muligt.

Rækkefølgen af de tematiserede udviklingspotentialer nedenfor er ikke udtryk for eksplicit prioritering eller rangordning.

Udover nærværende tematiserede oversigt har patientinventeringen demonstreret en række udviklingspotentialer på center-/afdelingsniveau. Disse er omfattet af konsensusrapporterne for de enkelte afdelinger, og indgår i det enkelte centers interne opfølgning på patientinventeringen.

INTERNE ARBEJDSGANGE PÅ AUH

Inventeringen har vist, at følgende antal patienter kunne have opholdt sig hjemme, på patienthotel, eller i en anden AUH-afdeling på inventeringsdagen:

	Abd.	Hjerte	Akut	HNC	K&I	I alt
I hjemmet	29	43	31	13	22	138
Hotel, uændret setup	15	5	2	2	7	31
Hotel, "tungere" setup	12	10	4	11	8	45
Hotel, "lettere" setup	0	1	0	7	6	14
Anden AUH-afdeling	6	4	5	1	7	23
Intensiv / semiint. seng	2	8	3	2	0	15
Pårørendeværelse	0	3	0	0	0	3
I alt	64	74	45	36	50	269

Tema A: Fælles syn på Tilsyn

Der er behov for fælles retningslinier vedr. tilsyn. I flere afdelinger opleves, at det er vanskeligt at få tilsyn som er rettidige set i fht. patientforløbet, og ofte må man rykke afdelinger, der er bestilt med henblik på tilsyn. Dette er ikke tilfredsstillende. Fælles retningslinier bør bl.a.:

- beskrive et ensartet serviceniveau omkring tilsyn (forventningsafstemning afdelingerne imellem)
- beskrive forskellige hastegrader af tilsyn - dvs. vurdering af "akut-grad"
- regulere i hvilket omfang rekvirerede afdelinger har mulighed for at bestemme, hvor tilsynet skal foretages. Det bør ikke være et ufravigeligt krav, at tilsynet fysisk foretages i den afdeling, der rekvirerer tilsynet
- beskrive, at tilsyn i videst muligt omfang bør gås i dagarbejdstid, gerne efter faste procedurer, og i samarbejde med stuegangslæger
- beskrive hvordan der kan følges op på, at procedurer som iværksættes på tilsyn, i praksis også implementeres lokalt
- sikre mulighed for konferering med det samme via telefon i dagtid
- sikre patienter med sygdomme, der involverer behandling og pleje fra flere specialer, at behandlings- og pleje-planer fra ikke-stam-afdeling implementeres på stamafdelingen
- stuegang/tilsyn på speciallægeniveau mhp. på hurtigere fremdrift i patientforløb
- stuegangslægen skal være dedikeret stuegangen mens denne står på - og ikke løse andre opgaver sideløbende hermed.

Tema B: Patienter med flere sygdomme

Flere patienter har flere sygdomme, som kræver behandling og pleje fra flere specialer. Der synes at være behov for at etablere et fælles kodeks for samarbejde afdelingerne på AUH imellem, herunder retningslinjer for multidisciplinære behandlinger og pleje.

- mulighederne for at udrede og behandle flere sygdomme parallelt i stedet for serielt (f.eks. udføre holter-monitorering samtidig med udredning/behandling af anden igangværende sygdom) kan udforskes

I flere tilfælde er patienter faldet ned imellem to eller flere stole (specialer). Der vurderes at være behov for en drøftelse vedr. principper for forankring af tovholderfunktion for patientforløbet i disse tilfælde, ligesom det hensigtsmæssigt kan drøftes, hvordan man i forbindelse med de multidisciplinære forløb sikrer sufficient informationsudveksling i samarbejdet med, samt ved patienters overgang til, andre specialer.

Tema C: Adgang til parakliniske undersøgelser/ydelser

Inventeringen har vist, at der er anledning til at udrede og løse forhold der medfører ventetid til:

- billeddiagnostik (MR, CT). Specifikt vedr. MR-scanning i generel anæstesi opleves behov for et dagligt tilbud
- neurofysiologi (behov for at etablere adgang til akut EEG alle hverdage)
- ønske om udveksling af billeder på tværs af hospitaler i Region Midtjylland mhp. at undgå dobbeltundersøgelser
- der ses et potentiale for at udvikle fælles retningslinjer for, hvordan afdelinger selv kan booke tider til ekkokardiografi direkte
- anlæggelse af PEG-sonde
- overflytning til neuro-rehabilitering (herunder er der behov for at udbrede kendskabet til Regionshospitalet Hammel Neurocenters forpligtelser i fht. modtagelse af patienter til neurorehabilitering)
- biokemiske prøver:
 - der savnes mulighed for blodprøvetagning længere end til kl. 14:30 – gerne til kl. 18:00
 - analysesvar på blodprøver: der opleves længere svartid efter nedlæggelsen af analyselaboratoriet i Skejby Nord
- hurtigttests (mikrobiologi)

Inventeringen har vist tilfælde af, at der kunne håndteres ambulante, er blevet indlagt med det formål at opnå hurtigere adgang til en paraklinisk ydelse. Det bør sikres, at ventetid til parakliniske ydelser ikke er afhængig af, om patienten er indlagt eller ambulant, men i stedet sygdomskategorien og klinisk hastegrad.

Tema D: Patienthotel

45 patienter ville kunne opholde sig på patienthotel under forudsætning af udvidelse af patienthotelkonceptet på AUH:

- mulighed for IV-behandling/-administration generelt
- mulighed for blodsukkermåling
- mulighed for administration af sondemad
- mulighed for stomioplæring og -pleje,
- mulighed for iltbehandling til patienter, som selv varetager en sådan behandling i hjemmet
- mulighed for blodtransfusion,
- mulighed for smertebehandling om natten
- mulighed for blodprøvetagning, så dårlige patienter ikke skal frem og tilbage mellem hotel og afdeling flere gange dagligt
- mulighed for drænpleje og -fjernelse mv.)
- øget overvågning af patienterne i patienthotelsengene om natten
- mulighed for let hjælp til toiletbesøg, mundpleje, medicinadministration mv.
- mere fleksible åbningstider i patienthotellet (herunder i ferieperioder)

Inventeringen har også vist, at det for 14 patienter er relevant med et *lettere* patienthotelkoncept end det aktuelle; et koncept efter hvilket patienthotellet alene tilbyder tag over hovedet og en seng at sove i. Der er også påpeget et udviklingspotentiale omkring etablering af netværk for patienter indlagt på patienthotel, ligesom et forslag om at muliggøre indlæggelse for pårørende mod betaling er bragt i forslag.

Endelig har inventeringen vist, at der i flere afdelinger er anledning til at revurdere brugen af hotelpladser, herunder i fht.:

- hvornår tilbyder man en hotelplads i stedet for at udskrive patienten til hjemmet, når patienten har en vis transportafstand til hjemmet? Patienthotellet skal ikke opfattes som et "standardtilbud", men alene tilbydes hvis der er behov for det. Heri kan der ligge et element af forventningsafstemning ikke blot ifht. patient og evt. pårørende, men også internt i den enkelte afdeling
- ved forventet korte indlæggelser, hvor patienthotellet fra tid til anden muligvis overses som mulighed

Tema E: Behandling i hjemmet

Inventeringen har vist, at der er behov for harmoniseret AUH retningslinje samt en afklaring af de juridiske ansvarsforhold i forbindelse med intravenøs behandling herunder intravenøs antibiotikabehandling i hjemmet.

Tema F: Forventningsafstemning med patienter ifm. indlæggelse på AUH

Afledt af inventeringen findes der anledning til at adressere nedenstående emne i relation til forventningsafstemning med patienter i relation til indlæggelse på AUH:

- planlægge hele patientforløbet mhp. tidlig forventningsafstemning/info til patienter, der efter eget ønske indlægges på AUH, men som rettelig burde være i eget hjem.
- Etablere fælles holdning på AUH til hvilke transporttider, der kan forventes patienterne kan klare indenfor samme dag i forhold til sygdomsgrad
- planlægge hele patientforløbet mhp. tidlig forventningsafstemning/info til patienter, der efter eget ønske indlægges på AUH, men som rettelig burde være tilknyttet andet (Regions)hospital. Oplyse patienten om, at vedkommende kan blive udskrevet fra AUH, hvis der er kapacitetsproblemer og pladsen derfor skal bruges til anden siden, og dermed blive overført til (Regions)hospital.

AKUTTE PATIENTER

De akutte patienter i MVA var alle hovedfunktionspatienter og henvist med relevant diagnose til medicinsk afdeling. Af de 26 inventerede patienter var 21 visiteret af praktiserende læge, 1 fra skadestuen, 1 via lægeambulance, og 3 fra lungemedicinsk afdeling, der havde overbelægning. Af de 23 patienter henvist til MVA kunne 8 patienter have været behandlet ambulant – heraf en patient henvist fra skadestuen. 3 af disse "potentielt ambulante patienter" ventede 10 timer eller mere på speciallæge (henholdsvis 10, 11 og 17 timer). En "potentielt ambulant patient" henvist fra skadestuen ventede 17 timer på en MR-scanning.

Af de 13 akutte patienter i KVA var alle henvist med relevant diagnose. 8 patienter var henvist fra egen læge, 3 patienter var henvist fra skadestuen og 2 patienter var henvist fra anden AUH afdeling.

Tema G: Revurdering af nuværende fordelingsmodel for visse intern medicinske patienter

Det har på flere afdelinger været drøftet at revurdere den nuværende CPR-baserede fordelingsmodel for interne medicinske patienter i MVA. MEA advokerede under inventeringen for, at alle intern medicinske patienter håndteres lægefagligt af MEA. Der er skitseret en alternativ model i forhold til den CPR-baserede fordelingsmodel, der baserer sig på fagligt tilhørsforhold. Under inventeringen er italesat fordele og ulemper ved de to modeller:

Fordele ved CPR-nummer-fordeling:

- Patientens stamafdeling og dermed det lægelige ansvar er klar med det samme. En forudgående diskussion mellem vagthavende om ansvarsfordelingen er ikke nødvendig.
- Patienten, der genindlægges, kommer til en form for "stamafdeling", som efterhånden lærer patienten at kende.
- Der sikres en nogenlunde jævn belægning.

Ulemper ved CPR-nummer-fordeling:

- Man kan forestille sig, at nogle patienter fagligt set ville have bedre af at blive placeret i en af de andre Intern Medicinske afdelinger.

Forebyggelse af ulempe: Ved morgenkonference i MVA, hvor alle specialer deltager, omfordeler man i dag i et vist omfang "cpr-patienterne" ud fra en faglig vurdering

Fordele ved fordeling på baggrund af "fagligt tilhørsforhold":

Hvis systemet virker, vil patientens behandling optimeres.

Ulemper ved fordeling på baggrund af "fagligt tilhørsforhold":

- Ansvar for patienten er ikke klart defineret, før der har foregået en forhandling mellem specialerne.
- Der er risiko for ujævn belægning
- Kronikere med behov for genindlæggelse har ikke en særlig tilknytning til en enkelt afdeling

Tema H: Tidlig iværksættelse af ambulant diagnostik og behandling

I nogle afdelinger med et stort indtag af akutte patienter kan inventeringen give anledning til at overveje tiltag til tidlig iværksættelse af ambulant diagnostik og behandling mhp. at undgå

eller afkorte indlæggelser. Her bør det bærende princip for alle patienter ind i afdelingen være, at de ses ambulant af en speciallæge, før der tages stilling til evt. indlæggelse. Punkter til overvejelse:

- overveje at etablere et *akut diagnostisk ambulatorium* med dedikerede tider til akutte / subakutte patienter, hvor en speciallæge hurtigt efter ankomst ser patienten og kan gennemføre diagnostik og om nødvendigt iværksætte behandlingsplan i ambulant regi, ved praktiserende læge, eller under indlæggelse
- etablere hvilestole til patienter, der ses i det akut diagnostiske ambulatorium og afventer stillingtagen til det videre forløb – som alternativ til sengeindlæggelse
- etablere en koordinerende funktion, som bidrager til bedre flow, koordinering af forløb, og sikring af rettidig adgang til alle relevante sundhedsydelser gennem hele patientforløbet samt i overgangene til andre regier
- muliggøre sygeplejerske-ordination af røntgen af thorax og andre hyppige undersøgelser som led i den accelererede diagnostik
- forfølge muligheder for en mere fleksibel adgang til MR-scanning, herunder MR-scanning i generel anæstesi

Tema 1: Indsats for udvalgte akutte patientgrupper

Behandling mv. af misbrugere: Inventeringen af Akutcentret har vist, at hospitalsafdelinger, kommuner og psykiatrien med fordel kan koordinere indsatsen i fht. misbrugere, herunder i første omgang i fht. vidensdeling og formidling af kontakt til relevante tilbud mv.; men også mere konkret f.eks. ved at udforske muligheder for etablering af et fælles sengeafsnit for patienter med afrusningsproblematikker.

Med henblik på at understøtte det tværsektorielle samarbejde, foreslås det at arbejde videre efter at beskrive en tværsektoriel retningslinie for kommune, psykiatri og AUH i relation til patienter med behov for afrusning og opfølgning på misbrugsbehandling.

Inventeringen har derudover påpeget følgende muligheder i fht. indsatsen overfor misbrugere:

- det kan overvejes at etablere specialteam på AUH, hvor personalet er klædt på til at varetage behandling og vejledning af alkohol- og stofmisbrugere
- der ses et behov for et tilbud til patienter, som har behov for opfølgning efter abstinensbehandling
- muligheden for hurtigere og mere effektiv og kommunal visitation af personer med behov for alkohol- og stofmisbrugstilbud kan udforskes

KOL-patienter: For en række afdelinger har inventeringen vist udviklingsmuligheder ifht. indsatsen overfor KOL-patienter:

- bedre patientvejledning, f.eks. forankret i en "KOL-skole", vil formodentlig kunne forhindre visse (gen)indlæggelser af KOL-patienter, som udløses af patienters angst og mangel på viden om visse af sygdommens konsekvenser
- en udgående KOL-funktion ville, i samarbejde med f.eks. den kommunale hjemmepleje, kunne bidrage med vejledning og behandling af patienter i disses eget hjem, f.eks. ved et opfølgende hjemmebesøg indenfor 24 timer efter udskrivning kombineret med mulighed for telefonisk kontakt
- kommunikationen med primærsektoren om den korrekte vejledning af KOL-patienter kan styrkes

Fælles retningslinjer vedr. gravide indlagte patienter: Afledt af inventeringen findes der anledning til at adressere nedenstående emne i relation til fælles retningslinjer vedr. gravide indlagte patienter:

- optimere/formalisere samarbejde mellem Y og andre afdelinger mhp. orientering, når andre afdelinger har gravide indlagt – fx dele/udarbejde retningslinjer med andre specialer

Akutte patienter: Afledt af inventeringen findes der anledning til at adressere nedenstående emne i relation til akutte patienter:

- undersøge i hvilket omfang den nye akutafdeling under fælles tag kan få patienter tilbage fra stamafdelinger når patienterne sygdomsmæssigt mv. passer til den nye akutafdeling.

DET OPERATIVE

Tema J: Ambulante præoperative forløb

Inventeringen har i flere afdelinger vist et potentiale for systematisk at omlægge præoperative forløb til ambulante, således at patienten kan møde ind fastende på behandlingsdagen. Således kunne 35 patienter have opholdt sig hjemme og være mødt ind om morgenen på dagen for operation, i fald der var gennemført ambulante præoperative udredning. En sådan omlægning vil dels forudsætte en strammere koordinering af patientforløbet end den nuværende praksis, men også bl.a. hvile på en større grad af speciallægeinvolvering i det præoperative forløb, såvel klinisk som i forhold til journalskrivning. Der er afdelinger, hvor hele den præoperative udredning foregår ved det ambulante besøg, hvor operation besluttet. Den læge, der ser patienten i ambulatoriet og indstiller til operation, optager journalen. Denne læge bør være den samme læge, som opererer patienten. Hele det præoperative forløb, herunder bestilling af prøver, patientinformation og evt. anæsthesitilsyn, færdiggøres under ambulatoriebesøget. Fordele herved er at patienten er fuldt udredt, indikation er på plads, komorbiditet og evt. udredning heraf er afklaret, og alle involverede parter ved hvad der skal ske. Det øgede lægetidsforbrug vil være minimalt, når arbejdsgangen er blevet en rutine; og det øgede lægetidsforbrug modsvarer i praksis ved sparet tidsforbrug blandt andre personalegrupper som følge af at behandlingsplanen er klar og kendt af alle. Anæsthesien kan medvirke til de ambulante præoperative forløb ved etablering af anæstesi-ambulatorium ved at praktisere fleksibel lang åbningstid, og for nogle patienttyper kan det overvejes at lade anæsthesisygeplejersker screene patienter pre-operativt. For de patienter, der kommer til risikosamtale, kan de præoperative aktiviteter gennemføres på samme dag som risikosamtalen.

For at understøtte en mere udstrakt brug af ambulante præoperative forløb kan indkaldelsesbreve og registreringspraksis justeres, således at de understøtter, at patienter der indkaldes til at møde fastende om morgenen, i praksis også gør det, således at aflysning af planlagte operationer undgås. Der bør derudover kontinuerligt arbejdes med at afstemme forventninger hos både personale og patienter til, hvornår patienter opereres under indlæggelse hhv. i ambulant regi. Endelig kan operationsprogrammet hensigtsmæssigt tilrettelægges, så patienter med lang transportafstand ikke skal møde tidligt om morgenen. Fælles AUH retningslinje for blodprøvetagning til forlig er under udarbejdelse.

Tema K: Etablering af "dagfunktion"

I sammenhæng med omlægning af præoperative forløb kan der overvejes etableret en fysisk enhed med "dagfunktion", der er adskilt fra sengeafsnittet, og hvor der varetages opgaver som ikke kræver patientens indlæggelse / tilstedeværelse i sengeafsnittet. Eksempler:

- klargøring til operation. Patienten møder fastende i dagfunktionen, og klargøres her inden operationen. Først postoperativt kommer patienten i sengeafsnittet eller på patienthotellet
- behandlingsopgaver såsom modtagelse af patienter til blodtransfusion eller anden kortere behandling
- observation efter angiografi (Røntgenundersøgelse af pulsåren)
- ophold ifm. ventetid på mikroskopisvar efter frysesnit
- patientinformation: i dagfunktionen kan patienter indlagt på hotellet eller med ophold i hjemmet modtage fagspecifik information og opfølgning, som ikke forudsætter indlæggelse i sengeafsnittet.
- mulighed for gruppekonsultationer til udvalgte patientgrupper

En "dagfunktion" vil kunne medvirke til at skærme operationspatienter fra det øvrige kliniske arbejde i afdelingen.

Tema L: Operationsarbejdet

Inventeringen har demonstreret, at visse traditioner omkring operationsarbejdet kan udfordres. Målet bør være, at patienten opereres i det regi hans/hendes operationsbehov tilsiger, uafhængigt af om patienten er indlagt eller ambulat. Tilsvarende skal patientens status af indlagt eller ambulat heller ikke være bestemt af, hvilket regi patienten skal opereres i. Inventeringen har vist 35 tilfælde, hvor patienter kunne have været behandlet dagkirurgisk i stedet for på "stor" operationsgang. I en række af tilfældene forudsatte dette dog et andet "setup" i fht. udstyr og / eller fysiske rammer, og mere adgang til f.eks. portørhjælp end den nuværende dagkirurgi rummer.

Som udgangspunkt bør patienter i videst mulige omfang betragtes som ambulante. Det dagkirurgiske koncept bør i sammenhæng hermed udvides. således at der er mulighed for postoperativ observation af dagkirurgiske patienter også ved sent afsluttede operationer, ligesom konceptet bør inkorporere muligheden for postoperativ indlæggelse af dagkirurgiske patienter hvor det er nødvendigt (f.eks. ved mindre selvhjulpne patienter).

En del patienter som aktuelt behandles på "stor" operationsgang ville med omlægninger af organisatorisk og fysisk art samt anskaffelse af relevant udstyr, kunne håndteres dagkirurgisk. Derudover kan det overvejes at redefinere målgruppen så også tungere patienter (højere ASA-score) kan håndteres dagkirurgisk eksempelvis ved etablering af "risikostue" i dagkirurgisk regi med speciel operationsekspertise.

Afledt af inventeringen findes der anledning til at adressere nedenstående emner i relation til operationsgange og dagkirurgi:

- undersøge muligheden for udvidet åbningstid i DKA samt observationskapacitet til kl. 22 i afd. Y, eller udvikle dagkirurgisk setup i eget regi
- omlægge VAC-behandling og -terapi til at foregå i dagkirurgi
- omlægge mediastinoskopi-forløb til dagkirurgi (ca. 10 patienter årligt)
- undersøge muligheden for en mere fleksibel booking i dagkirurgien (f.eks. med mulighed for halve dage, frem for som nu kun hele dage)
- udbrede praksis som kendt i dagkirurgi (patienter går selv ind på operationsstuen frem for at blive afhentet) til de store operationsgange.
- operation:
 1. der ønskes et mere fleksibelt samarbejde med anæstesen mhp. at kunne dække det elektive program også i situationer med høj akut aktivitet
 2. afdelinger med operationspatienter bør til hver en tid have en plan for udnyttelse af ledigbleven leje- og personalekapacitet som følge af patienters aflysninger, lav akut aktivitet mv.

SAMARBEJDE MED EKSTERNE PARTER

Inventeringen har vist, at følgende antal patienter kunne have opholdt sig i et kommunalt tilbud eller på et andet hospital på inventeringsdagen:

	Abd.	Hjerte	Akut	HNC	K&I	I alt
Kommunalt tilbud	0	1	5	0	1	7
Andet hospital, Region Midt	6	21	1	5	3	36
Hospital udenfor Region Midt	0	0	0	1	0	1
Hospice	2	1	0	0	0	3
I alt	8	23	6	6	4	47

Tema M: Samarbejdet med kommunerne

Der er i inventeringen kun 7 tilfælde, hvor en patient er inventeret til at skulle være i et kommunalt tilbud i stedet for på hospitalsafdeling. Til gengæld gælder for en lang række af de patienter som er inventeret til at kunne opholde sig i eget hjem, at der var behov for mere kommunal indsats for at dette kunne lade sig gøre.

Inventeringen har vist, at der er mulighed for at optimere samarbejdet med kommunerne. herunder i fht.:

- *Kapacitet:* der opleves behov for flere korttidspladser og hospicepladser, samt mere kommunal kapacitet til rehabilitering
- Organisation:
 - tilgængeligheden til det kommunale regi (åbningstider)
 - der savnes mulighed for at visitere patienter til kommunale tilbud op til og i weekends
 - varslingsfristen i fht. kommunen kan diskuteres, idet der fra flere afdelingers side ønskes samme frist som gælder for akutafsnit på AUH. Det kan overvejes at underkaste sundhedsaftale et "serviceeftersyn" ifht. hvilke afdelinger der har status af akutafdelinger, hvor patienter skal visiteres til kommunale tilbud efter akutkriterier
 - tilgængeligheden til borgerkonsulenten ønskes øget, og ventetiden på tilbagemeldinger fra samme ønskes nedbragt
 - der savnes mulighed for at kunne visitere patienter direkte til kommunal genoptræning
 - i forbindelse med udlevering af hjælpemidler opleves et behov for, at kommunen udmelder mere præcise tidspunkter for udleveringen
- Kvalitet:
 - der ses behov for en dialog omkring den kommunale indsats ifht. ernæring, forebyggelse af dehydrering, og IV-medicinadministration, så der kan forventes et ensartet tilbud i hele Kommunen.
 - udforske mulighederne for, at kommunen kan forebygge indlæggelser hvor hovedårsagen til indlæggelsen er patientens manglende ressourcer til at klare sig selv i hjemmet
 - det kan i konkrete tilfælde være hensigtsmæssigt at søge en mere eksplicit forventningsafstemning i fht. behandlingsniveau overfor patienter indlagt fra plejehjem for det tilfælde, at der f.eks. opstår hjertestop under indlæggelsen
 - mulighed for gruppekonsultationer, evt. i samarbejde med hjemmesygeplejen, til udvalgte patientgrupper

Tema N: Samarbejdet med andre hospitaler

Inventeringen har indikeret, at der på flere områder er anledning til at revidere – eller udarbejde - samarbejdsaftaler med andre hospitaler i Region Midtjylland omkring dels visitationskriterier, dels i fht. ansvarsfordelingen i forbindelse med delte patientforløb.

Med henblik på at understøtte en arbejdsdeling efter hvilken den enkelte patient håndteres af det korrekte hospital ifht. visitationsretningslinierne, kan der være anledning til at udforske om patientregistreringen kan optimeres, således at det enkelte hospital har adgang til sufficient information til varetagelse af hospitalets andel af delte patientforløb. I denne forbindelse kan tilføjes, at der er konstateret et behov for afklaring af, i hvilket omfang journalmateriale legalt kan udveksles på tværs af hospitalerne i Region Midtjylland. Endelig vurderes det, at også bedre muligheder for elektronisk udveksling af billeddiagnostiske materialer vil kunne understøtte arbejdsdelingen.

Der er konstateret til at styrke samarbejdet med, og informationsindsatsen overfor, praksissektoren omkring sikring af korrekt visitation af patienter; dette både set i fht. hvilket specialiseringsniveau patienter henvises til, og i forhold til at sikre at patienter visiteres korrekt set i fht. optageområdet for den konkrete type af lidelse.

ADMINISTRATIVE PROCEDURER

Tema O: Patientregistrering

Inventeringen har vist, at 38 af de 982 inventerede patienter, svarende til knap 4% af de inventerede og dermed som indlagte registrerede patienter, reelt opholdt sig hjemme på inventeringsdagen - til trods for at de altså var registrerede som indlagte. Der ses et behov for at vurdere patientregistreringspraksis på tværs af alle afdelinger mhp. at sikre et retvisende billede af belægningsforholdene i sengeafdelingerne. Det foreslås, at der iværksættes et arbejde med sigte herpå på tværs af hospitalet (administrationen).

Såkaldt "åbne indlæggelser" frembyder i denne sammenhæng en særlig problematik. Der er således behov for fælles retningslinjer vedr. registreringen af patienter, som møder ind til behandling fra eget hjem med faste intervaller, men er registreret som indlagte med orlov.

Tema P: Overflytning af udenlandske patienter

Der er konstateret et behov for fælles retningslinier / en fælles procedure på AUH vedr. håndtering af patienter indlagt fra andre lande, med henblik på rettidig overflytning efter færdigbehandling.

Der er endvidere behov for at afklare, om Regionshospitalet Hammel Neurocenter bør være forpligtet til at modtage neurokirurgisk færdigbehandlede, udenlandske patienter, til genoptræning på lige vilkår med indenlandske patienter, hvis der i øvrigt foreligger betalingstilsagn for behandlingen.

Tema Q: Åbne indlæggelser

Patienter i åben indlæggelse kunne principielt opholde sig andre steder end på højt specialiseret niveau. Anvendelse af åbne indlæggelser indebærer, at man bevidst fravælger et mindste middels princip i visse tilfælde. Som alternativ til åbne indlæggelser kan f.eks. en øget ambulant palliativ indsats (palliativt team evt. med rådgivning af speciallæge) overvejes.

Tema R: Mellemregionale afregningsregler

Inventeringen har vist, at de nuværende mellemregionale afregningsregler i nogle tilfælde indeholder et incitament til at holde patienter indlagt (f.eks. i patienthotel) til trods for, at patienterne reelt kan – og i forhold til det optimale patientforløb, burde – transporteres hjem mellem behandlinger.

Tema S: EPJ

Afledt af inventeringen findes der anledning til at adressere nedenstående emner i relation til EPJ:

- der ses et behov på tværs af hospitalet for at overveje muligheder for at effektivisere indhentningen af journaloplysninger og anden patientinformation fra andre afdelinger via EPJ, herunder overveje om den nuværende organisering af informationsindhentningen er hensigtsmæssig
- etablere mulighed i EPJ for at booke en kirurg uden samtidig at skulle booke en patient