

Status, udfordringer og muligheder i den akutte sundhedsindsats



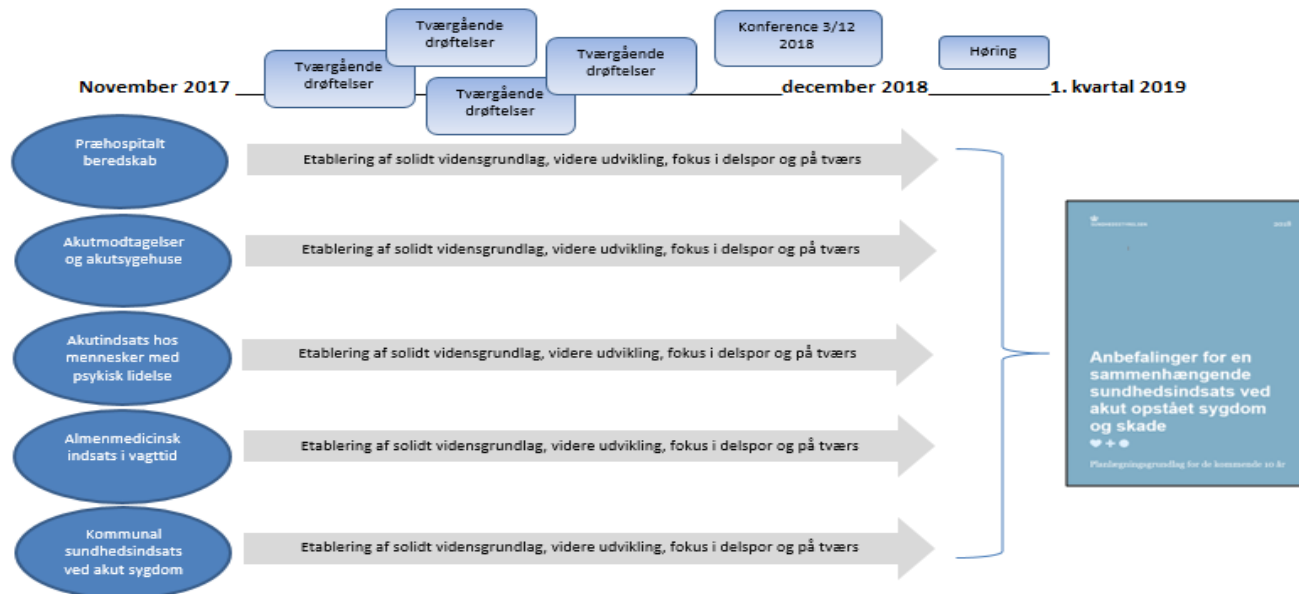
3. December 2018

Formål med anbefalingerne og proces

At opstille en ramme for de kommende 10 års udvikling af sundhedstilbud ved akut opstået sygdom og skade, herunder sikre sammenhæng, kvalitet og effektivitet på tværs gennem hele patientforløbet

Rapport med konkrete anbefalinger => 1. kvartal 2019

Den akutte sundhedsindsats i Danmark **på tværs** og i fem **udvalgte spor**



Sundhedsindsatsen ved akut opstået sygdom og skade i Danmark

– *præhospital indsats, frivillige ordninger, akutmodtagelse, akutsygehuse, akutklinikker-skadestuer-skadeklinikker, almen praksis, akut almenmedicinsk sundhedsindsats i vagttid, den akutte sundhedsindsats hos mennesker med psykisk lidelse, samarbejde med kommunerne om indsatsen – hjemmesygeplejen/kommunale akutfunktioner*

- Ca. 300 ambulancer, 23 akutlægebiler, 15-17 akutbiler, 3 akutlægehelikoptere (4 fra 1. januar 2019)
- 21 akutsygehuse med akutmodtagelse og 13 sygehuse/matrikler, der kan modtage akutte medicinske patienter uden om FAM
- 25 (små)skadeklinikker, skadestuer, akutklinikker uden for de 21 akutsygehuse
- 54 lægevagtskonsultationssteder (i fire regioner)
- 18 psykiatriske akutmodtagelser
- 98 kommunale akutfunktioner – fordelt på team og pladser
- Knap 2.000 AP-klinikker
- Mange tusinde hjerteløbere
- 5 AMK'er samt 1813 og 4 lægevagtsvisitationer



Hvor kom vi fra?

Strukturreformen i 2007 – nye regioner, færre kommuner, ny opgave- og ansvarsfordeling

Anbefalinger for et styrket akutberedskab, SST 2007

Anbefalinger for den akutte indsats i psykiatrien, SST 2009

Kvalitetsfonden og ekspertpanelet

Regionernes planer for sygehusstruktur



Det nye paradigme fra 2007

- Al henvendelse til sygehusvæsenet bør være visiteret (AP, 112)
- Al modtagelse af akutte patienter på sygehuse sker gennem fælles akutmodtagelse
- Krav til repræsentation af specialer og faciliteter
- Krav til tilstedeværelse af speciallæger
- Befolkningsunderlag på 200.000-400.000 indbyggere for en fælles akutmodtagelse

OG

- Styrket præhospital indsats og samarbejde om disponering og visitation
- Ensartet, landsdækkende, sundhedsfaglig opkvalificering af personalet
- Etablering af lægehelikopterordning
- Etablering af PPJ

OG

- Oprettelse af nære tilbud til patienter med mindre/ukomplicerede skader



Psykiatrien kom også med - men i næste ombæring og lidt mindre præcist

Overordnet afsæt: Tilrettelæggelse af den akutte psykiatri skal (hvor relevant) være parallel til den akutte indsats i somatikken.

- Sikring af formaliserede og døgnåbne akutte psykiatriske tilbud – ingen krav om visitation
- Psykiatrisk akutmodtagelse (PAM) placeres i fysisk tilknytning til psykiatriske afdelinger
- Samling af psykiatriske skadestuer/akutte modtagelser, og ideelt set bør PAM placeres i nærheden af FAM. Befolkningsunderlag – *skønnet* 200.000-400.000 (voksne), 500.000-1.000.000 (børn/unge)
- Særlige hensyn til modtagelse af børn og unge
- Al modtagelse af akutte patienter (niv. 1 og 2) bør være gennem PAM – med beskrevne undtagelser.
- Krav om minimum speciallæge i bagvagt, akut assistance fra somatik og adgang til relevante faciliteter
- Døgnåben telefonisk rådgivning rettet mod patienter, pårørende og samarbejdsparter

OG

- Udbygning og styrkelse af de nære tilbud
- Styrket samarbejde med almen praksis, lægevagt, kommunale tilbud, somatik, politi, ambulancetjeneste



Hvor er vi i dag? Forudsætninger for det kommende ti-år

Strukturelle og institutionelle udvikling:

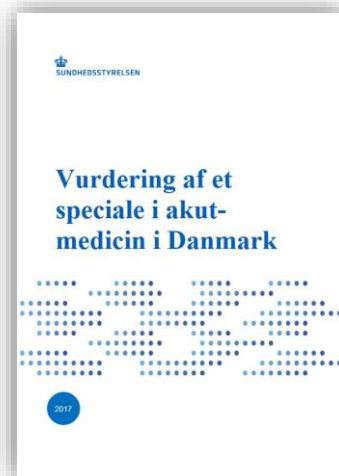
- Sygehusstrukturen er gennemgribende forandret – specialisering og centralisering - færre sygehuse, etablering af fælles akutmodtagelser
- Nye/moderniserede fysiske rammer mange steder – og færre senge
- Visiteret adgang i somatikken
- Den præhospitale indsats er opkvalificeret og udbygget
- Faglig og indholdsmæssig udvikling i kommunernes opgavevaretagelse på sundhedsområdet – og nye krav og anbefalinger. Og ambitioner.
- Nyt speciale i akutmedicin
- Specialeplaner

Sundhedsvæsenets udvikling:

- Mere komplekse patientforløb – mange aktører– stigende sårbarhed.
- Rekrutterings-/bemandingsudfordringer – visse specialer, visse geografier, og til det akutte 24/7

Samfundsmæssig udvikling:

- Øget pres fra demografi og sygdomsmønstre
- Befolkningens forventninger og ønsker



Akutsygehuset

Status for 2016:

- Fysiske rammer – akutmodtagelser ved at være på plads og samlet, sengeantal forventes at stige
- PPJ er implementeret
- Stadig patienter der går uden om FAM
- Ikke fuld tilstedeværelse af alle relevante specialer døgnet rundt alle steder
- Omstilling fra FAM til akutsygehus (flow)
- Forskelle i registrering og brug af data



VIVE rapport 2018 – om vigtige forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser:

- *Kompetencer.* Kliniske kompetencer hos speciallæger, men også kompetencer i ledelse af patientflow. Kompetencer i akut sygepleje samt specialiserede medicinske kompetencer i forhold til at passe akutmodtagelsens sengeafsnit.
- *Let adgang* til diagnostik både i dagtid og vagttid
- *Mulighed for viderehenvielse* og løbende frigivelse af plads i akutmodtagelserne for at skabe flow
- *Tillid og ligeværdigt samarbejde og relationer* mellem aktørerne i det samlede akutte forløb, baseret på klare aftaler om arbejdsgange, behandlingsansvar og visitationsret, kendskab til samarbejdspartnere

Lægevagten/1813

VIVES kortlægning, 2018:

Der er fem forskellige ordninger i Danmark!

- Hvem møder borgerne?
- Hvordan anvendes ikke-lægeligt personale?
- Hvilke læger deltager i vagten?
- Aktivitet/ydelser?
- Placering af konsultationssteder?



Spørgsmål og udfordringer

- Akutsygehusenes rolle – hvem er det, vi ser på akutmodtagelserne?
- Akutmedicinerens rolle fremadrettet?
- Generalisten i front vs. speciallægen i front, – og hvordan ift. de øvrige specialer? Metodefrihed?
- Variation i organiseringen af akuttilbud i alle dele af landet og på tværs af de forskellige dele – herunder:
 - Variation i indsatsen til mennesker med psykisk lidelse og udfordringer med sammenhæng mellem somatik og psykiatri
 - Variation i den almenmedicinske indsats i vagttid på tværs af landet; også på tværs af de fire lægevagtsordninger
 - 21 forskellige akutsygehuse – 3 typer?
 - Akutklinikker – skadeklinikker – skadestuer – kært barn har mange navne
 - Kommunale tilbud
- Udfordringer med overblik og samspil
- Udfordringer med datadeling, kommunikation, viden om patienten på tværs
- Udfordringer med data, opsamling/registrering og forskning



Opmærksomhedspunkter

Sammenhæng på tværs af sektorgrænser og fagligheder – bedste tilbud til patienten, effektivitet, kvalitet

- **Visitation** – øget kendskab og viden på tværs
 - Samarbejde fysisk/organisatorisk?, kompetencer i visitationen, udnyttelse af alle de akutte tilbud
- Organisering og kompetencer i **den præhospitale indsats**
- **Akutsygehuset** og akutmodtagelserne; forskellige i dag, hvordan på sigt
 - Differentiering? – struktur, samarbejde/fælles forpligtelse
 - Fokus på flow - kun fagligt begrundet ventetid (undgå køer og stop ved overgange, nedbrud af organisation, fejlbehandling)
 - Hensyn til særlige patientgrupper
 - Somatik & psykiatri
 - Den nye akutmedicin - gradvist udfolde mulighederne (visitation, koordination internt og eksternt)



Opmærksomhedspunkter

- **"Akutklinikker"** – tilbud uden for sygehuset – opgaver og kompetencer
- **Kommunale akutfunktioner** som mere væsentlig spiller
 - tæt på borgeren, styrket indsats i hjemmesygeplejen, kobling til almenmedicinsk indsats i vagttid (og dagtid), modtagelse-forløb-udskrivelse på sygehuset, samarbejde med det præhospital, fokus på psykiatri også?
- **Kommunikation**, deling af viden og læring – PPJ/EPJ, "stamkort"
- **Forskning** og opfølgning på **kvalitet** – på tværs af hele indsatsen, RKKP-akutdatabasen, præhospital database



Tak for opmærksomheden

