

Selekteret akut indlæggelse på en medicinsk afdeling

Overlæge Lars Larsen Stubbe Teglbjærg

OUH Svendborg Sygehus, Medicinsk afdeling M

Resume

Introduktion: Formålet med undersøgelsen var at beskrive indlæggelsesmønstret på en medicinsk afdeling med henblik på at analysere, i hvilket omfang akutte indlæggelser kan visiteres til sygehuse med begrænset adgang til akut medicinsk, kirurgisk og intensiv assistance.

Materiale og metoder: Alle akutte indlæggelser på en medicinsk afdeling i en tregersperiode blev registreret. Den lægelige visitator udfyldte et spørgeskema ved den telefoniske kontakt med den indlæggende læge med en vurdering af, om patienten kunne henvises til et sygehus med begrænset adgang til akutberedskab.

Resultater: I alt 113 patienter skønnedes at have symptomer og en tilstand, som gjorde, at de kunne henvises til et sygehus med mindre intensivt beredskab. Af disse patienter havde eller fik 60% tilstande, hvis behandling skønnedes at henhøre til et sygehus med akutberedskab.

Konklusion: Lægelig telefonvisitation findes ikke at være effektivt til at selektere patienter, der ikke har brug for adgang til akut medicinsk, kirurgisk og intensiv assistance.

I rapporten »Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen«, udgivet af Sundhedsstyrelsen i juni 2007, er der anført: »Det bør tilstræbes, at alle akutte patienter modtages i den fælles akutmodtagelse. Visiterede akutte internmedicinske patienter kan, såfremt modtagelse via den fælles akutmodtagelse ikke er mulig, modtages på sygehuse uden fælles akutmodtagelse« [1].

I flere regioner, Region Nordjylland (RN), Region Midtjylland (RM) og Region Syddanmark (RSD), er der meget konkrete planer om sygehuse af den type, som i RSD kaldes parygehuse. Man antager planlægningsmæssigt, at en stor del af de akutte medicinske patienter kan visiteres til steder uden fælles akutmodtagelse.

Det er planen, at patienter, der bor i akutsygehusets nær-område, kan indlægges direkte til behandling på et akutsygehus med adgang til speciallægevurdering og intensivbehandling, mens patienter fra områder uden sygehus med akutmodtagelse indlægges på det lokale sygehus (benævnt parygehus eller regionshospital), medmindre de efter konkret visitation skal tilbydes indlæggelse på sygehus med akutmodtagelse.

I oplægget fra RN er der nævnt, at »Der vil fortsat være mulighed for modtagelse af selekterede og visiterede akutte interne medicinske patienter på sygehuse uden fælles akut-

modtagelse.« Senere hedder det således: »Visiterede akutte medicinske patienter. Disse kan modtages direkte på de interne medicinske afdelinger. Det anslås, at ca. 60 procent (eller knap 21.500) af de akutte medicinske indlæggelser vil foregå uden om de fælles akutmodtagelser direkte på AMA eller sengeafdelinger« [2]. I oplægget fra RM står, at der »... etableres et akut tilbud, som kan varetage op til to tredjedele af de akutte interne medicinske patienter fra området (gennemsnitligt 1-12 akutte visiterede indlæggelser per døgn) vurderet ud fra DRG-udskrivningsdiagnoser.« Efterfølgende er der nævnt en række konkrete tilstande, hvor patienterne skal visiteres til fælles akutmodtagelse [3].

Sundhedsstyrelsen anfører i sin rådgivning til RM bl.a.: »Sundhedsstyrelsen finder, at der på denne liste bør tilføjes »uafklarede medicinske patienter«. Derudover efterlyser Sundhedsstyrelsen en specifik liste over de patientgrupper, som ifølge Region Midtjylland kan modtages på sygehuse uden fælles akutmodtagelse, idet det vil skabe en bedre afgrænsning af patientgruppen. I forlængelse heraf er Sundhedsstyrelsen forundret over Region Midtjyllands forventning om, at regionshospitalerne i Horsens og Silkeborg kan varetage behandlingen af op mod to tredjedele af de akutte interne medicinske patienter i optageområdet« [4].

I RSD forventes det, at ca. 40% af de akutte medicinske indlæggelser sker på parygehuset. Planlægningen i RSD bygger på en upubliceret, retrospektiv undersøgelse af 100 indlæggelser i RSD [5]. Det er nævnt, at sådanne steder ikke skal have akutkirurgisk beredskab eller intensivafdeling.

I oplægget fra RSD er der konkret skitseret et graderet tilbud til den akutmedicinske patient:

»Niveau 1: Disse medicinske patienter har symptomer og en tilstand, som gør, at de kan modtages på et sygehus med et mindre intensivt beredskab (parygehus). Dette vil typisk være stabile kroniske patienter med en forværring af deres grundlæggende lidelse, patienter med palliative behov og en række patienter med infektioner uden påvirkning af vejrtrækning og kredsløb.

Niveau 2: Disse medicinske patienter har symptomer og en tilstand, som berettiger, at patienten køres en længere vej for at komme til et sygehus med et intensivt akutberedskab (akutsygehus). Dette vil typisk være ustabile patienter med uafklaret akut sygdom, akutte kredsløbslidelser inklusive apopleksi og infektionstilstande med påvirkning af vejrtrækning og/eller kredsløb.

Niveau 3: Er de meget få patienter, som har brug for akut højt specialiseret behandling f.eks. ballonbehandling af patienter med hjerteinfarkt.«

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 1. Fordelingen af indlæggelser på Medicinsk Afdeling M, Sygehus Fyn.

	Antal
Akutte indlæggelser	465
Elektive indlæggelser	7
Overflytning fra andre afdelinger	44
Indlæggelser total	516
Akutte indlæggelser på apopleksiafsnittet	57
Akutte indlæggelser på koronarafsnittet	110
Akutte indlæggelser på øvrige afsnit	298

Tabel 2. Fordelingen af visiterede indlæggelser i perioden fra den 21. juni 2007 til den 11. juli 2007.

	Antal
Akutte indlæggelser	465
Indlagt via visitator	289
Visiteret til niveau 1: »parsygehus«	113
Visiteret til niveau 2: »akutsygehus« i alt	175
– heraf visiteret til koronarafsnit	57
– heraf visiteret til apopleksiafsnit	34
Visiteret til niveau 3: »højt specialiseret niveau«	1 ^a

a) Ud fra visitationsskemaets oplysninger. Det synes at dreje sig om en fejlregistrering af en patient, hos hvem der var mistanke om blodprop i hjertet.

Tabel 3. Patienter, der havde akutte medicinske problemstillinger og tentativt blev visiteret til et sygehus med mindre intensivt beredskab.

	Antal
Visiteret til niveau 1: »parsygehus«	113
Indlagt til observation for akut hjerte-lunge-sygdom	13
Indlagt med sepsis	11
Overflyttet med henblik på akut behandling (akut kirurgi eller akut dialyse)	11
Indlagt med apopleksi/neurologisk sygdom	9
Indlagt med mavesmerter/til observation for mave-tarm-blødning	9
Indlagt med akut uafklaret tilstand	6
Indlagt med kompliceret infektion (meningitis, til observation for meningitis eller observation for endokarditis)	4
Indlagt med kompliceret lungesygdom med muligt behov for akut kirurgi	3
Svært påvirkede ved ankomsten med behov for akut intensiv behandling	2

Det har ikke ved søgning på internettet været muligt at finde videnskabelige undersøgelser, hvori man belyser problematikken, hvilket er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vurdering [6].

Formål

Formålet med undersøgelsen var at afklare, om præcis telefonisk selekteret visitation af akutte medicinske patienter er mulig i eksisterende klinisk praksis.

I den foreliggende undersøgelse belyses fordelingen af visiterede akutte indlæggelser på en medicinsk afdeling i relation

til den skitserede niveaudeling. Det er undersøgt, om patienterne på indlæggelsestidspunktet og under indlæggelsen fortsat tilhørte samme niveau. Desuden er det registreret, hvilket behov patienterne under indlæggelsesforløbet havde for intensiv behandling, kirurgisk assistance eller overflytning til andre afsnit på samme sygehus eller overflytning til et andet sygehus.

Materiale og metoder

I tregersperioden fra den 21. juni 2007 til den 11. juli 2007 indsamledes prospektivt data for indlæggelser på Medicinsk Afdeling M, Sygehus Fyn. Supplerende data blev indsamlet ved gennemgang af foreliggende journalmateriale.

Medicinsk Afdeling har afsnit i både Svendborg, Nyborg og Faaborg. Alle indlæggelser foregår på matriklen i Svendborg. I 2006 var der 9.452 indlæggelser, og der gennemførtes 51.252 ambulante patientkontakter. Medicinsk Afdeling er normeret til 123 sengepladser og har fem sengeafsnit: kardiologisk, lungemedicinsk, gastroenterologisk, reumatologisk/infektionsmedicinsk og apopleksiafsnit/endokrinologisk.

Den geriatriske funktion varetages af en selvstændig afdeling med egne ambulatorier og sengeafsnit med selvstændig akut modtagefunktion. Der er normeret 32 senge på de geriatriske sengeafsnit.

Visitationen på Medicinsk Afdeling foretages i dagtiden på hverdage og søndage af speciallæger eller af læger i sidste del af hoveduddannelsen. Denne funktion er på hverdage fuldtids, dvs. ikke koblet til andre arbejdsfunktioner. I dagtiden på lørdage samt i aften-nat-perioden foretages visitationen af medicinsk mellemvagt bestående af læger i introduktionsstilling og i hoveduddannelse. Den telekardiologiske visitation foretages døgnet rundt af mellemvagten på afdelingens vaskulære sektion. Størstedelen af indlæggelserne via skadestuen (112 og selvhenvendere) visiteres af skadevagten på forvagsniveau, idet den lokale visitationsinstruks dækker de fleste indlæggelser af denne type.

Afdelingens visitator blev i den angivne periode bedt om at udfylde et skema med dato, patientdata, henvisningsdiagnose og visitatordata. Herudover skulle der ved afkrydsning markeres, om patienten tilhørte niveau 1, niveau 2 eller niveau 3 som ovenfor nævnt. På skemaet var anført de nævnte sproglige formuleringer, men der var ikke angivet yderligere forklaringer. Ved projektets start blev visitatorerne orienteret om, at formuleringerne var hentet direkte fra det udsendte oplæg fra RSD om fremtidens sygehuse.

Resultater

De indsamlede skemaer dækker en periode, hvor belægningsprocenten på medicinsk afdeling var 98,2, og den gennemsnitlige liggetid var 4,6 dage. Indlæggelsesmønsteret er vist i **Tabel 1**. Det skønnes at være repræsentativt for indlæggelserne på afdelingen på den givne årstid. Fordelingen af visitationen i henhold til de beskrevne niveauer er vist i **Tabel 2**.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

60% (68 ud af 113) havde eller fik under indlæggelsen tilstande, der synes at henhøre til akutsygehusets målgruppe, vurderet ud fra det foreliggende journalmateriale (Tabel 3).

Der er ikke taget stilling til validiteten af indikationen, men alene registreret diagnoser og de iværksatte tiltag som for eksempel standardbehandling ved akut koronart syndrom, standardbehandling ved akut apopleksi, sepsisbehandling, kirurgiske indgreb mv.

2% (to ud af 113) viste sig at have subakutte kirurgiske lidelser, som ikke var erkendt ved henvisningen. For 4% (fire ud af 113) vurderedes akut indlæggelse på en ikkespecialiseret afdeling at være muligt uhensigtsmæssig (leukæmi, nykonstateret sukkersyge og mistanke om bivirkning af højt specialiseret behandling). Af de resterende var der 7% (otte ud af 113), hvor akut indlæggelse skyldtes manglende ambulantområde. Alle på nær en blev udskrevet inden for et døgn.

En akutindlæggelse skete af sociale årsager på grund af manglende aflastningsplads i kommunen. Tilbage var 23% (26 ud af 113), der både ved visitation, indlæggelse og udskrivelse fandtes muligt egnede til behandling på et sygehus med et mindre intensivt beredskab.

I det aktuelle materiale udgør gruppen med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)-eksacerbation som både indlæggelses- og udskrivningsdiagnose to patienter. Af de øvrige tre patienter, der var blevet henvist med forværring i KOL, havde en pneumothorax, en havde hjertesvigt og den tredje fik brystmerter og hjertestop.

Af diabetespatienterne blev fire vurderet som hørende til niveau 1. En fik hjertestop og kom på intensivt afsnit, havde uræmi og dialysebehov, en havde nyresten og blev flyttet til kirurgisk afdeling, en havde klebsiellasepsis og blev flyttet til kirurgisk afdeling på mistanke om urologisk obstruktion, og den sidste havde dysreguleret diabetes og ikke behov for intensiv eller kirurgisk assistance.

Infektionspatienter, der ikke havde påvirkning af vejrtrækning og kredsløb, udgjorde en mindre gruppe, hvor to havde erysipelas, to havde pneumoni samt en havde pyelonefritis. En patient blev indlagt til palliation.

I gruppen, der ikke var blevet indlagt via visitator, havde patienterne en række oplagt akutte tilstande såsom sepsis, ileus, pneumothorax, observation for nyresten, observation for lungeemboli og observation for akut koronart syndrom med flere. En anden gruppe var klart mindre akutte såsom rask ledsager, beruset pårørende og patienter, der ikke havde mulighed for hjemtransport fra skadestue og ambulatorium grundet transportstrejke.

Diskussion

I RSD's oplæg nævnes konkret, at man forestiller sig, at bestemte grupper som f. eks. stabile kroniske patienter (f.eks. en KOL-patient), som har fået en forværring i sygdommen, og patienter med infektioner uden påvirkning af vejrtrækning og kredsløb, kan indlægges uden om akutmodtagelse.

Ca. 20% af alle KOL-patienter, som indlægges med eksacerbation, har en respiratorisk acidose ved ankomsten til hospitalet. Et realistisk skøn er, at 10-15% af de indlagte KOL-patienter vil have behov for noninvasiv ventilation [7]. Vurderingen støttes af en ny udenlandsk undersøgelse, der viste et behov for assisteret ventilation på 13% i denne patientgruppe [8]. I det foreliggende er der intet, der tyder på, at disse patienter kan selekteres via telefonisk visitation.

En anden gruppe kronikere er diabetespatienterne, som også i dette materiale kun undtagelsesvist blev indlagt på et medicinsk sengeafsnit, medmindre der var tale om betydende akut sygdom.

Blandt infektionspatienter, der ikke har påvirkning af vejrtrækning og kredsløb, er der større grupper, der hensigtsmæssigt kan behandles og bliver behandlet uden indlæggelse. Det virker ikke realistisk, at en sådan ambulantomlægning vil blive fremmet med sygeplejebetjente skadestue med lægelig backup på det beskrevne niveau for parysygehuse. Derimod kunne det være en oplagt opgave i en speciallægebetjent akutmodtagelse, hvor man har mulighed for at give akut billeddiagnostisk og laboratoriemæssig service.

Erfaringen fra det tidligere Fyns Amts parysygehuse med selekteret akutmodtagelse (Svendborg-Rudkøbing/Faaborg/Nyborg) viser, at man oftest indlægger det sted, hvor den højeste ekspertise findes, idet diagnosen for medicinske patienter, sådan som det også fremgår af data her, ofte er uafklarede ved indlæggelsen. Den akutte modtagelse af visiterede patienter ophørte da også efter kort tid.

I materialet her udgør gruppen af kronikere uden betydende eller uafklarede akutte tilstande ganske få, og det synes for en umiddelbar betragtning at være en patientgruppe, der sjældent er tjent med akut sygehusindlæggelse. Det er muligt, at den gennemførte ambulantomlægning på Sygehus Fyn er en væsentlig årsag til den relativt beskedne andel af patienter, der ikke skønnes at have behov for modtagelse på akutsygehus i dette materiale.

Resultaterne af denne undersøgelse viser som forventet, at der er behov for langt mere præcise visitationsretningslinjer end de her anvendte. Det synes dog at være klart, at dette ville medføre, at en langt større del af patienterne blev henvist til akutsygehuse, og dermed ville eksistensberettigelsen for visiteret modtagelse uden om akutmodtagelserne sandsynligvis bortfalde. Det skønnes ikke i de beskrevne modeller at være muligt at etablere et patientgrundlag, der giver basis for sengeafsnit uden akutberedskab med noget ekspertområde inden for hverken kronikerområdet eller palliation, medmindre man vil samle patienter fra et meget stort geografisk område.

Overordnet deles derfor Sundhedsstyrelsens forundring over forventningen om, at man på parysygehuse kan varetage behandlingen af en stor del af de akutte medicinske patienter. Der kan derfor være en bekymring for, at dimensioneringen i de fremtidige sygehuse ikke sker af faglige årsager, men at visitationen blot efterfølgende skal tilpasses den vedtagne for-

deling. Det bør overvejes, om så betydelige ændringer i den medicinske sygehusstruktur skal baseres på fakta i stedet for skøn.

Konklusion

Telefonisk visitation af akutte medicinske patienter er behæftet med betydelig usikkerhed. Kun en lille del af de akutte medicinske patienter vil hensigtsmæssigt kunne visiteres til sygehuse uden kirurgisk og intensiv beredskab, idet det ikke på forhånd kan afgøres, hvilke patienter der får behov for akut assistance.

Korrespondance: *Lars Stubbe Teglbjærg*, Medicinsk Afdeling M, OUH Svendborg Sygehus, DK-5700 Svendborg. E-mail: stubbe@dadlnet.dk

Antaget: 22. november 2007
Interessekonflikter: Ingen

Taksigelser: Tak til afdelingens visitatorer for udfyldelse af spørgeskemaer. En tak til sekretær *Merete Birkholm Hansen* for assistance med dataudtræk til brug for undersøgelsen. En særlig tak til reservelæge *Dorte Nordholm* for stor hjælp ved faglig gennemgang af spørgeskemaerne og indsamling af supplerende data.

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. København: Sundhedsstyrelsen, Version: 2.0, Versionsdato: 26. juni 2007.
2. Region Nordjylland. Regionsrådet, Beslutningsskitse vedrørende den fremtidige sygehusstruktur, vedtaget 15. maj 2007. www.rm.dk/NR/rdonlyres/AB6510C1-D0DE-49C8-84DC-5CD30A3D4FC2/0/Beslutningsskitzen.pdf /august 2007.
3. www.rm.dk/files/Metteb/Akutdebatten/Adm.forslag.akutplan/adm.forslag.akutplan.pdf /august 2007.
4. Sundhedsstyrelsens notat af 18. juni: Administrationens forslag til Akutplan Region Midtjylland. www.rm.dk/files/Metteb/Diverse%20rapporter%20og%20dokumenter/Sundhedsstyrelsens%20rådgivning%20til%20region%20midt.pdf /august 2007.
5. Region Syddanmark. Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark. Planlægningsgrundlag for akutberedskabet. <http://regionsyddanmark.dk/wm219098> /august 2007.
6. Sundhedsstyrelsen. Bilag til rapport om styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. København: Sundhedsstyrelsen, Version: 2.0, Versionsdato: 27. juni 2007.
7. Juel K, Døssing M. KOL i Danmark – Sygdommen der hver dag koster 10 danskere livet. København: Statens Institut for Folkesundhed 2003.
8. Chang CL, Sullivan GD, Karalus NC et al. Audit of acute admissions of chronic obstructive pulmonary disease: inpatient management and outcome. *Intern Med J* 2007; 37:236-41.

Lægemiddelstyrelsen

Tilskud til lægemidler

Lægemiddelstyrelsen meddeler, at der pr. 21. april 2008 ydes generelt tilskud efter sundhedslovens § 144 til følgende lægemidler:

(R-03-AK-03) Bronchodual inhalationspulver*,
Orifarm A/S
(J-01-FA-09) Clarithromycin »Ranbaxy« tabletter*,
Ranbaxy Limited
(A-10-BD-08) Eucreas tabletter, Novartis Healthcare A/S
(A-10-BH-02) Galvus tabletter, Novartis Healthcare A/S
(N-06-AX-11) Mirtin smeltetabletter*, KRKA Sverige AB
(R-06-AX-26) Telfast tabletter*, EuroPharmaDK ApS
(C-08-CA-13) Zanedip tabletter*, Orifarm A/S
(N-05-AH-13) Zyprexa Velotab smeltetabletter*,
Orifarm A/S

gruppe uden klausulering over for bestemte sygdomme.

Denne bestemmelse trådte i kraft den 21. april 2008.

*) Omfattet af tilskudsprissystemet.