


UNDERSØGELSE AF AKUTTE MEDICINSKE indlæggelser under 24 timer blandt 65+ årige

Studie på akutmodtagelse/akutklinikkerne på Amager, Hvidovre og
Glostrup hospitaler med fokus på "substituerbare" indlæggelser



Udarbejdet af
Amager og Hvidovre Hospitaler
Glostrup Hospital
Hospitalspraksiskonsulenterne i planområde Syd

Udgivet af:
Amager og Hvidovre hospitaler
Enhed for Tværsektorielt Samarbejde
Kettegård Allé 30
2650 Hvidovre
Telefon: 38 62 16 75

INDHOLD

INDHOLD

| | | |
|----------|---|----|
| 1 | Baggrund | 4 |
| 2 | Sammenfatning | 5 |
| 3 | Formål | 8 |
| 4 | Metode | 8 |
| 4.1 | Generelt | 8 |
| 4.2 | Forklaring af evalueringsskema | 10 |
| 5 | Beskrivelse af afdelinger | 13 |
| 6 | Resultater for akutenhederne | 15 |
| 6.1 | Overordnede resultater | 15 |
| 6.2 | Patienter indlagt fra egen læge/vagtlæge | 24 |
| 6.3 | Patienter med bopæl på plejehjem | 26 |
| 7 | Resultater fra Neurologisk afdeling | 29 |
| 7.1 | Overordnede resultater | 29 |
| 7.2 | Patienter indlagt fra egen læge/vagtlæge | 34 |
| 8 | Diskussion | 36 |
| 9 | Anbefalinger | 41 |
| | BILAG | 42 |
| Bilag 1 | Evalueringsgruppens medlemmer | 42 |
| Bilag 2 | Evalueringsskema | 43 |
| Bilag 3 | Udvalgt litteratur | 46 |
| Bilag 4 | Indlæggelsesdiagnose for 3 akutenheder | 48 |
| Bilag 5 | AEP 1-kriterier for de 3 akutenheder | 51 |
| Bilag 6 | Forebyggelige indlæggelser | 53 |
| Bilag 7 | Indlæggelsesdiagnose for de 3 akutenheder indlagt via egen læge eller vagtlæge | 54 |
| Bilag 8 | AEP 1-kriterier for Neurologisk område | 56 |
| Bilag 9 | Indlæggelsesdiagnose for Neurologi | 58 |
| Bilag 10 | Indlæggelsesdiagnose for Neurologi, indlagt via egen læge | 59 |
| Bilag 11 | Faglige temaer opstået ved audit | 60 |

Undersøgelse af akutte medicinske indlæggelser under 24 timer blandt 65+ årige¹

- Studie på akutenhederne på Glostrup, Amager og Hvidovre hospitaler med fokus på ”substituerbare” indlæggelser²

”Hvilken forskel gør det mon, om man er den læge, der står med patienten og skal beslutte, om det er forsvarligt at undlade indlæggelse, eller om man er den ekspert, der retrospektivt langt fra kampens hede kan overveje, om patienten skulle have været indlagt?”, fra artiklen ”Det er tvivlsomt, om forebyggelige indlæggelser kan forebygges”, Ugeskrift for læger 27. maj 2013.

1. Baggrund

Denne analyse omhandler akutte medicinske indlæggelser, som varer under 24 timer for patienter over 65 år. Det undersøges, om patienten har haft et absolut behov for akut indlæggelse, eller om indlæggelsen kunne være erstattet af alternative løsninger.

Undersøgelsen er igangsat, fordi hospitalerne i perioder har oplevet en betydelig overbelægning på afdelingerne til gene for både patienter og personale. Hospitalerne arbejder derfor på at finde løsninger, som kan frigive sengepladser og dermed sikre mere kvalitet i patientforløbet.

Derudover drøftes korttidsindlæggelser ofte i andre sammenhænge, hvorfor større viden er efterspurgt.

Der findes en række hypoteser om korttidsindlæggelserne. I mange sammenhænge er korttidsindlæggelser fx blevet vurderet til generelt at være uhenigtsmæssige i den forstand, at de nemt kunne undgås³. Ligesom korttidsindlæggelserne ofte vurderes at skyldes sociale forhold, at kunne være forebygget ved tidligere kommunale indsatser, at omhandle såkaldte forebyggelige diagnoser (blærebetændelse, lungebetændelse, nedre luftvejssygdomme mv.) mv.

Ved læsning af rapporten skal man være opmærksom på, at vurderingen af, om korttidsindlæggelserne kunne være løst ved alternative løsninger til hospitalindlæggelse, er baseret på, at ”man har vurderet patienten i bagklogskabens lys”. Resultaterne i en sådan analyse er derfor ikke eksakt videnskab, men baseret på vurderinger og skøn. Livet leves forlæns og forstås baglæns.

Det er fx ikke alle oplysninger, der efterfølgende er adgang til. Fx pres fra familie/patienter eller psykosociale forhold, som ikke nødvendigvis fremgår af det materiale, der ligger til grund for analysen, men som nok tit kan forklare en indlæggelse.

Analysen skal ses i dette lys. Og alt i alt skal man være forsigtig med at fremkomme med alt for firkantede konklusioner.

¹ I almindelighed tales om 0-dages indlæggelser, hvor patienten indlægges og udskrives indenfor samme dato. Til forskel herfra omhandler denne undersøgelse indlæggelser med en maksimal samlet varighed på 24 timer.

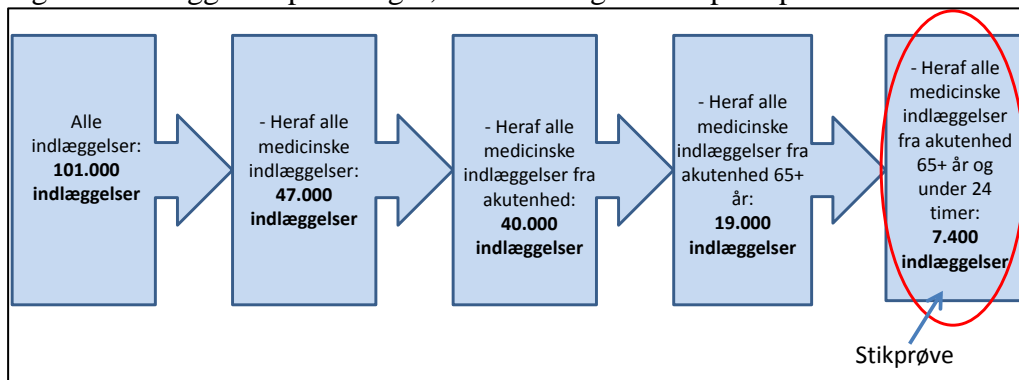
² Indlæggelsen er ”substituerbar” når det vurderes, at patienten *ikke* har haft et behov for akut indlæggelse, jf. afsnit 4.2.5.

³ Se fx ”Effektiv kommunal forebyggelse, med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser”, april 2013, af KL, Danske Regioner m.fl.

2. Sammenfatning

Hvert år behandles et stort antal patienter på Amager, Hvidovre og Glostrup hospitaler. I 2013 var der 47.000 medicinske indlæggelser, hvoraf ca. 40.000 indlæggelser er foregået via en af de tre akutenheder. 19.000 af disse indlæggelser omhandler borgere på 65+ år, og heraf har 7.400 indlæggelser en varighed under 24 timer.

Figur 1. Indlæggelser på Amager, Hvidovre og Glostrup hospitaler i hele 2013.



Kilde: eSundhed den 22. januar 2014 og Grønt System.

Note: Se under figur 3.

Det er denne gruppe af 7.400 årlige indlæggelser, som udgør 19 pct. af de medicinske indlæggelser fra de 3 akutenheder, som undersøgelsen fokuserer på. Herfra er udtaget en stikprøve på 409 indlæggelser, som undersøges nærmere ved journalgennemgang.

Analysen er delt op i to dele. Den første del omhandler alle typer af akutte medicinske indlæggelser fordelt på de tre hospitalers akutenheder og fordelt over 334 indlæggelser. Mens den anden del af analysen alene fokuserer på neurologiske patienter omhandlende 75 akutte medicinske neurologiske indlæggelser fra Glostrup akutenhed.

Det neurologiske område er medtaget med henblik på at undersøge, hvorvidt der er forskelle mellem det generelle medicinske område og det specialiserede område. Derudover er specialet neurologi valgt, fordi området er let at afgrænse, og på Glostrup Hospital er specialet yderligere afgrænset til en enkelt afdeling.

Der er foretaget journalgennemgang af samtlige 409 indlæggelser. I tilfælde hvor det vurderes, at patienten "har haft et absolut behov for akut indlæggelse" benævnes indlæggelsen "ikke-substituerbar"⁴. I tilfælde hvor patienten vurderes med fordel at kunne have anvendt/være henvist til en alternativ løsning til akut indlæggelse, benævnes indlæggelsen som "substituerbar". Vurderingen er forsøgt foretaget ud fra den viden, der var tilgængelig på henvisningstidspunktet for visiterede patienter eller ved tidspunktet for første journalskrivning for uvisiterede patienter.

⁴ Se afsnit 4.2.5 for yderligere definition

Journalgennemgangen er foretaget af 2 medicinske speciallæger ansat i akut-enhederne⁵ på hvert af de tre hospitaler samt af 2 praktiserende læger fra arbejdsgruppen. For alle de ”substituerbare” indlæggelser er der enighed imellem de to lægegrupper om, at der kunne have været anvendt alternative løsninger til akut indlæggelse.

Resultater

Analysen af alle akutte medicinske indlæggelser under 24 timer blandt 65+ årige viser, at:

- Ifølge registeroplysninger udgør akutte medicinske indlæggelser under 24 timer for 65+ årige 19 pct. af de samlede medicinske akutte indlæggelser fra de 3 akutenheder, svarende til ca. 7.400 indlæggelser i løbet af 2013. Herfra fokuserer journalgennemgangen på stikprøve.
- Ud fra en retrospektiv tilgang – langt ”fra kampens hede” kan det være vanskeligt at afgøre om en indlæggelse er ”substituerbar”.
- Ved journalgennemgangen i de 3 akutenheder blev 334 akutte medicinske korttidsindlæggelser for 65+ årige gennemgået, hvoraf 91 blev vurderet som ”substituerbare” indlæggelser. Det svarer til, at 27 pct., af de akutte medicinske korttidsindlæggelser af patienter over 65 + år vurderes ”substituerbare” og kan erstattes af alternative løsninger til indlæggelse
- Overføres journalgennemgangens resultater, indebærer det, at der er ca. 2.000 ”substituerbare” indlæggelser årligt:
 - 1.300 kommer fra praktiserende læge, svarende til at egen læge/vagtlæge i optageområde syd årligt indlægger 4 ”substituerbare” indlæggelser af patienter over 65 år. Heraf er de 3 ”substituerbare” indlæggelser fra egen læge.
 - 300 kommer fra plejehjem, svarende til at der skønsmæssigt fra hvert plejehjem i optageområde Syd årligt sker 6 ”substituerbare” indlæggelser af patienter over 65 år.
- De ”substituerbare” indlæggelser vurderes at kunne være behandlet ved alternative løsninger, herunder (bemærk summer ikke til 100 pct., pga. mulighed for flere løsninger til samme indlæggelse):
 - 84 pct. af de ”substituerbare” indlæggelser kunne være håndteret af ydelser fra praksissektoren (egen læge/vagtlæge/speciallæge).
 - 21 pct. af de ”substituerbare” indlæggelser kunne være håndteret af ydelser fra hospital (ambulant udredning, subakut geriatrisk vurdering mv.).
 - 16 pct. af de ”substituerbare” indlæggelser kunne være håndteret af ydelser fra kommune (mere hjælp i hjemmet, forudgående bedre observation, mere hjælp i hjemmet mv.).
- Der er 5 indlæggelsesveje: Indlæggelserne vurderes ”substituerbare” for:
 - 34 pct. af indlæggelserne fra egen læge
 - 26 pct. af indlæggelserne fra vagtlæge
 - 14 pct. af indlæggelserne fra anden hospitalslæge
 - 38 pct. af indlæggelserne fra uvisiterede selvhenvendere

⁵ Og af to neurologiske speciallæger i anden del af analysen om neurologi.

- 14 pct. af indlæggelserne uvisiteret med ambulance
- Der er tendens til flere ”substituerbare” indlæggelser fra egen læge og vagtlæge om aftenen end om dagen ($p=0,11$ og $p=0,13$).
- Der er ikke signifikant flere ”substituerbare” indlæggelser i weekenderne i forhold til i hverdage. Borgere fra plejehjem har signifikant flere ”substituerbare” indlæggelser, idet 45 pct. af indlæggelserne herfra er vurderet ”substituerbare” ($p=0,019$), og størstedelen vurderes at kunne være håndteret af egen læge/vagtlæge.
- Der er ikke særlige diagnoseområder med mange ”substituerbare” indlæggelser.
- Dog er der to grupper af korttidsindlæggelser, som efterlader en diskussion om, hvorvidt behandlingen kan organiseres ambulantly i stedet for ved indlæggelse: diagnoserne dyb venetrombose (DVT) og blødning udenpå den hårde hjernehinde (subduralt hæmatom). De er i denne analyse vurderet som ”ikke-substituerbare” indlæggelser, idet der i den nuværende struktur ikke er alternative løsninger.
- Der synes at være begrænset sammenfald mellem de diagnoser, som sammenfattes under betegnelsen ”forebyggelige indlæggelser” og indlæggelser under 24 timer.
- AEP-kriterierne⁶, som internationalt benyttes til at bedømme hensigtsmæssigheden af indlæggelser, kan ikke stå alene til vurdering af hensigtsmæssigheden af korttidsindlæggelser, idet AEP-kriterierne alene opfanger omkring halvdelen af ”ikke-substituerbare” indlæggelser.
- Der vurderes, at der kunne være en større tilbageholdenhed med at indlægge fra plejehjem.
- De ”substituerbare” indlæggelser er fordelt over mange sygdomsområder og mange læger. Relativt set i forhold til antal læger er antallet af ”substituerbare” indlæggelser begrænset, og vil være vanskeligt at reducere betragteligt.
- Indlæggelserne under 24 timer er ofte accelererede diagnostiske indlæggelser, hvor nogle af indlæggelserne – de ”substituerbare” - kunne være håndteret på anden vis - dog ikke nødvendigvis til gavn for patienten, idet det kan medføre længere forløb.
- Samfundet må vælge, om vi skal have disse pakker med let og lige adgang til accelereret diagnostik. Samfundet må beslutte, hvor snittet skal ligge. Og vi må finde de enkle løsninger, hvor de findes.
- Analysen på det neurologiske område viser samlet det samme som ovenfor. Dog indlægges der a) ikke flere ”substituerbare” indlæggelser fra plejehjem, b) de ”substituerbare” indlæggelser fra egen læge kan i højere grad erstattes af besøg hos praktiserende speciallæge eller ambulantly sygehusambulatorium frem for besøg hos egen læge
- Metoden med journalgennemgang og tværfaglig/sektoriel gennemgang anbefales, idet metoden vurderes at give et væsentligt indblik i årsagen til korttidsindlæggelser. Dog er metoden ressourcekrævende.

I afsnit 9 fremgår rapportens anbefalinger.

⁶ Jf. bilag 4 for yderligere information om AEP-kriterier

3. Formål

Det overordnede formål med nærværende analyse er at:

- Undersøge om akutte medicinske indlæggelser med varighed under 24 timer blandt 65+ årige kan erstattes af alternative tilbud til hospitalsindlæggelse.
- Belyse evt. skæv fordeling af ”substituerbare” indlæggelser mellem 1) weekend/hverdage/helligdage, 2) døgnets timer, 3) sygdomsområder, 4) indlæggelsesvej, 5) boformer.
- Give inspiration til udvikling af metode til tværfaglig monitorering af patientforløb.

Det er således forventningen, at denne undersøgelse vil give øget indsigt i årsagen til de korte indlæggelser, både via datagennemgang samt ved de informationer, som indsamles via en grundig journalgennemgang.

4. Metode

4.1. Generelt

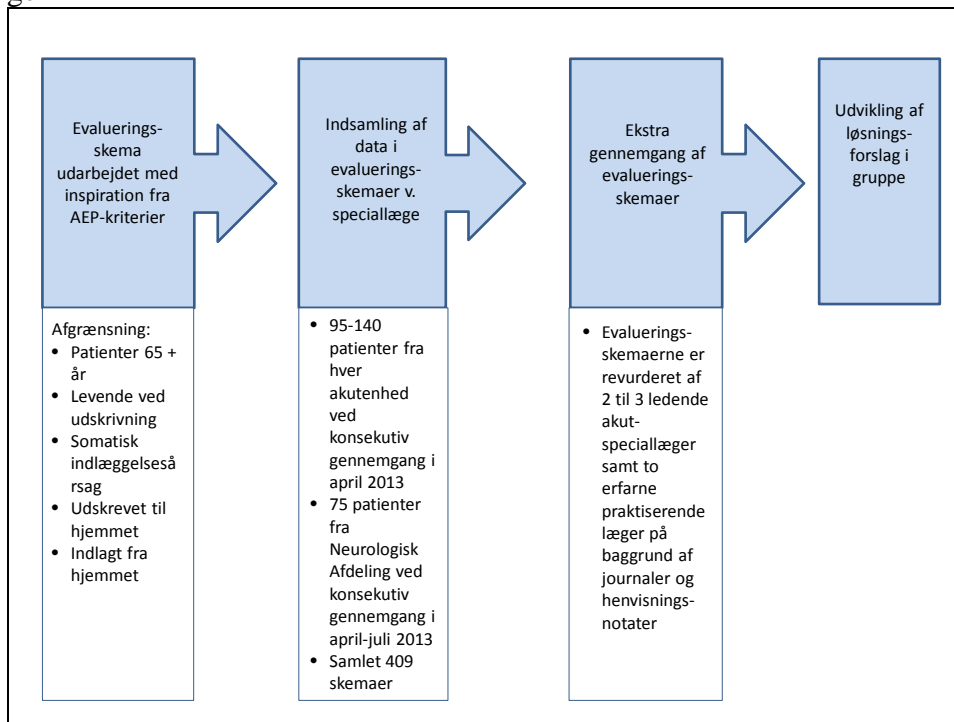
Analysen omhandler akutte medicinske indlæggelser under 24 timers varighed blandt 65+ årige på akutenhederne på Amager, Glostrup og Hvidovre hospitaler.

Analysen var planlagt baseret på 100 patienter fra hvert hospital. Undervejs blev nogle indlæggelser sorteret fra og ekstra indlæggelser inkluderet med henblik på at opnå ens afgrænsning af indlæggelserne mellem de tre hospitaler, *jf. ”indsamling af data”*.

Analysen omfatter 95-140 patienter fra hver af de tre akutenheder, samt 75 patienter behandlet på Akutenheden på Glostrup Hospital med Neurologiske problemstillinger svarende til samlet 409 patienter.

Metoden er skitseret i figur 2.

Figur 2. Metode til gennemgang af akutte medicinske indlæggelser for 65+ årige



Udarbejdelse af evaluerings-skema

I evaluerings-skemaet anvendt i nærværende rapport tages udgangspunkt i AEP 1-kriterier (appropriateness evaluation protocol), som benyttes i flere lande til at bedømme hensigtsmæssigheden af indlæggelser, *jf. bilag 5*.

Enkelte AEP-kriterier indgår ikke i evaluerings-skemaet (jf. bilag 5), ligesom en række nye kriterier og oplysninger er tilføjet. Herunder er tilføjet oplysninger om indlæggelsestidspunkt, indlæggelsesvejen ind på hospital (via egen læge/vagtlæge, selvhenvendere mv.), borgerens boform mv.

Afgrænsning

I analysen ses på somatiske indlæggelser af patienter over 65 år, hvor indlæggelsesforløbet varer under 24 timer. Er patienten overført til andre afdelinger internt på hospitalet, tæller den samlede indlæggelsestid⁷.

Analysen afgrænses yderligere til patienter, som indlægges fra hjemmet (dvs. ikke fra andre hospitaler), som er levende ved udskrivning, og som udskrives til hjemmet (dvs. ikke til andre hospitaler).

Indsamling af data

Indlæggelserne blev retrospektivt gennemgået af medicinske speciallæger ansat i hver af de tre akutenheder ved hjælp af evaluerings-skemaet, journalgennemgang, og henvisningsnotater med henblik på kategorisering som ”ikke-substituerbar” eller ”substituerbar” indlæggelse.

⁷ Opgørelsesmetoden på det neurologiske område adskiller sig fra det generelle medicinske område, idet neurologien alene inkluderer patienter i undersøgelsen som udskrives direkte fra akutklinikken, og ikke medtager patienter, som sendes ”op i huset”, og er indlagt under 24 timer.

Patienterne er gennemgået konsekutivt og omfatter patienter fra 1. april til ultimo april 2013. Dog er patienterne vedr. neurologi gennemgået frem til juli 2013 med henblik på at opnå volumen.

Ved datagennemgangen blev afgrænsningskriterierne fulgt, og et par yderligere skemaer sorteret fra.

Ved datagennemgang findes, at afgrænsningen af de inkluderede data ikke var helt ensartet på tværs af de tre matrikler. På Glostrup Hospital var patienterne afgrænset til alene at omhandle de patienter, som blev behandlet og hjemsendt direkte fra akutenheden. Mens på Amager og Hvidovre hospitaler er patienterne afgrænset til patienter, som har været behandlet på akutenhederne og indlagt under 24 timer – dvs. indeholder også patienter, som er sendt ”op i huset”. Med henblik på at opnå ens datagrundlag, inkluderes også patienterne, som er gået ”op i huset” på Glostrup Hospital for det generelle medicinske område, og derfor er datamaterialet større på Glostrup Hospital end på Hvidovre og Amager hospitaler. Det inkluderede materiale er gennemgået af speciallæger og praktiserende læger svarende til det øvrige materiale.

Ekstra gennemgang

Alle evalueringsskemaerne er efterfølgende revurderet af 2 ledende medicinske speciallæger ansat i akutenhederne samt to erfarne praktiserende læger på baggrund af journaloplysninger og henvisningsnotater. For at blive kategoriseret som ”substituerbar” indlæggelse skal der være *enighed* mellem speciallæger og praktiserende læger. Hvis blot enten speciallægerne eller de praktiserende læger kategoriserer indlæggelsen ”ikke-substituerbar”, kategoriseres indlæggelsen som ”ikke-substituerbar”.

Datatilsyn

Databehandlingen er omfattet og godkendt af datatilsynet (Region Hovedstadens paraplyanmeldelse) vedr. Sundhedsvidenskabelig Forskning.

4.2 Forklaring af evalueringsskema

4.2.1. Indlæggelsestidspunkt

Indlæggelsestidspunktet er opdelt i dagvagt, aftenvagt og nattevagt, som angivet i tabel 1. Tidspunkterne er indhentet fra Landspatientregistret, og angiver tidspunktet for indlæggelse, og dermed ikke tidspunktet for lægelig udredning. Registreringen i evalueringsskemaet er ikke anvendt.

Tabel 1. Afgrænsning af indlæggelsestidspunkt

| Indlæggelsestidspunkt | Tidsrum |
|-----------------------|-----------------|
| Dagvagt | Kl. 7.30-15.30 |
| Aftenvagt | Kl. 15.30-23.30 |
| Nattevagt | Kl. 23.30-7.30 |

4.2.2. Forklaring af indlæggelsesvejen

I analysen er der fem forskellige indgange til hospitalsindlæggelse, *jf. tabel 2*.

Tabel 2. Indgange til hospitalsindlæggelse

| Indlæggelsesvej | Forklaring |
|--|--|
| Egen læge (inkl. kørsel 112) | Omhandler <u>alle</u> indlæggelser hvor egen læge/vagtlæge har henvist til hospitalsbehandling. Fx hvis vagtlæge henviser patient til akutklinik, og akutklinikken vælger at indlægge, er patienten indkommet via vagtlæge Der skelnes således mellem visiteret og ikke visiteret |
| Vagtlæge | |
| S-kontakter (selvhenvendende, ekskl. akut ambulance) | Omhandler alle indlæggelser, hvor patienten selv henvender sig på akutklinikken/akutmodtagelsen uden henvisning fra læge |
| Akut ambulance (ikke indlagt af egen læge/vagtlæge) | Omhandler alle indlæggelser, hvor der er tilkaldt ambulance, fx via 112, uden henvisning fra egen læge/vagtlæge |
| Henvist fra anden hospitalslæge | Omhandler patienter, som blev indlagt via ambulatorium eller via andre afdelinger, fx i forbindelse med ambulante besøg via andre hospitalers akutklinik-/akutmodtagelse (fx pga. prøvesvar fra mikrobiologi) |

Indlæggelsesvejen er ikke hentet fra registre, idet registre på dette område er behæftet med betydelig usikkerhed. Derudover indeholder registre ikke opgørelsen på samme niveau (fx sondres ikke mellem om skadestuekontakter er ”kommet gående” eller om kørt med ambulance). Ligesom oplysninger i registre ofte kun indeholder oplysningen ”praktiserende læge”, men ikke vagtlæge mv.

4.2.3. Diagnoser

Henvisningsdiagnose: Den diagnose/symptom, som patienten er henvist med fra indlæggende læge, og som oplyses hospitalet ved ankomst. Benyttes ved patienter indlagt af egen læge/vagtlæge (inkl. 112 kørsel bestilt af egen læge/vagtlæge) samt for patienter henvist fra anden hospitalslæge.

Diagnose ved journaloptagelse: Den diagnose, som patienten får på hospitalet efter første lægelige undersøgelse. Benyttes ved uvisiteret selvhenvender og uvisiteret akut ambulance (ikke indlagt af vagtlæge/egen læge).

I analysen ses ikke på udskrivningsdiagnoser. Der fokuseres således alene på årsagen til indlæggelsen. Der ses ligeledes ikke på bidiagnoser.

4.2.5. Vurdering af absolut behov/ikke behov for indlæggelse

Indlæggelsen er ”ikke-substituerbar”, når det vurderes, at patienten har et absolut behov for akut indlæggelse. Dette er opfyldt ved:

- Begrundet mistanke om, at sygdom kræver akut udredning og/eller behandling, som kun er tilgængelig på hospital i den eksisterende organisation og på det givne tidspunkt af døgnet

Indlæggelsen er ”substituerbar” for de resterende patienter, som vurderes *ikke* at have et absolut behov for akut indlæggelse.

Ved vurderingen er der lagt vægt på, om indlæggelsen var ”substituerbar” ud fra den viden, som man havde på indlæggelsestidspunktet og ikke ud fra den retrospektive viden om patientens senere forløb.

Boks 2. Eksempler på patienter *med* akut behov for indlæggelse

Nedenfor gives eksempler på patienter, med **medicinske tilstande**, som vurderes at have et absolut behov for akut indlæggelse:

- Ex 1. Akut opståede lammelser, balanceproblemer eller talebesvær
- Ex 2. Akut indsættende svær hovedpine evt. med bevidsthedsændring
- Ex.3. Akutte trykkende brystmerter evt. med udstråling til kæbe, hals eller arm
- Ex.4. Akut åndenød, nyttilkommet eller en forværring i en kendt kronisk tilstand

Boks 3. Eksempler på patienter *uden* akut behov for indlæggelse

Nedenfor gives eksempler på patienter, som vurderes *ikke* at have et akut behov for indlæggelse:

- Ex 1. Akutte infektioner hos plejehjemsbeboer, hvor intravenøs behandling med antibiotika ikke er nødvendig, og hvor patienten er diagnostisk afklaret
- Ex 2. Akutte infektioner hvor behandling kan varetages af egen læge og evt. øget hjemmepleje
- Ex. 3 Alment svækkede patienter uden akut diagnostisk problematik, men med langsom forværring, som kan klares af egen læge, geriatrisk team mv.
- Ex. 4. Ikke akut opstået svimmelhed eller faldpatienter uden traume, som kan klares ved subakut ambulantly faldudredning

5. Beskrivelse af afdelinger

Langt størstedelen af akutte medicinske indlæggelser foregår via en akutenhed på de tre hospitaler. Således passerer i gennemsnit 87 pct. af de tre hospitalers samlede akutte medicinske indlæggelser en af de tre akutenheder - de resterende indlægges direkte på afdelingerne.

Akutenhederne har specialiseret sig i hurtig udredning af patienter med henblik på hjemsendelse eller videre behandling i sengeafdeling.

Akutenhederne behandler akut syge og tilskadekomne. Patienterne kan blive visiteret til en akutenhed enten via henvisning fra egen læge, lægevagten eller via andre afdelinger/hospitaler. Patienter har mulighed for uvisiteret selv at tage til akutmodtagelse/akutklinikken eller ringe 112, som kan føre til indlæggelse.

De tre akutenhederne er organiseret forskelligt. Akutenheden på Hvidovre Hospital har som den eneste åbent om natten for selvhenvendende, mens akutenhederne på Glostrup og Amager hospitaler har åbent fra kl. 7-22. Alle har døgnåbent for visiterede henvendelser.

På alle 3 hospitaler udredes for og behandles tilstande, som kan afklares indenfor timer (inkl. f.eks. røntgen, ultralyd, biokemiske undersøgelser, tilsyn m.m.), hvor patienten færdiggøres på akutenheden og hjemsendes. Det medicinske speciale har således udviklet sig både mht. hurtig diagnostik og adgang til speciallæger.

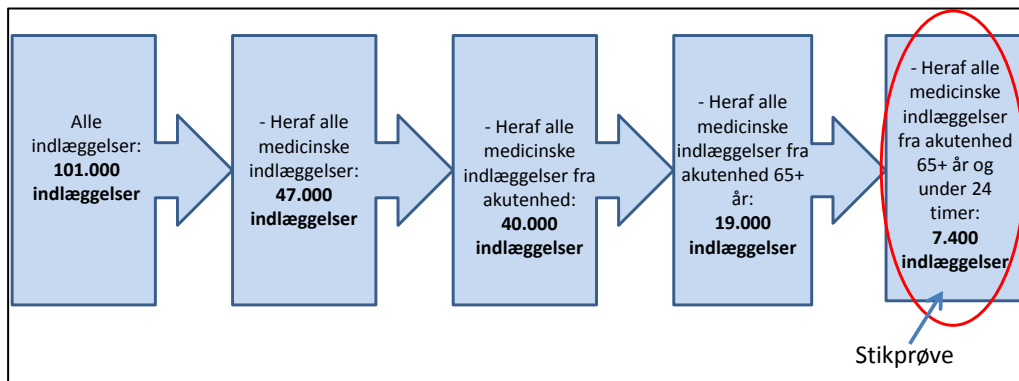
Indlæggelser på de 3 hospitaler

Hvert år passerer et stort antal patienter de tre hospitaler. I 2013 var der 100.000 indlæggelser, hvoraf ca. halvdelen var medicinske indlæggelser. Heraf går ca. 40.000 medicinske indlæggelser gennem én af de 3 akutenheder. Af disse udgøres 19.000 indlæggelser af 65+ årige, og heraf er ca. 7.400 indlagt under 24 timer, *jf. figur 3*.

Inddrages alle akutte medicinske indlæggelser – også indlæggelser direkte på sengeafdelingerne - på de 3 hospitaler, udgør akutte medicinske indlæggelser af 65+ årige under 24 timer 16 pct. af indlæggelserne.

I denne analyse fokuseres alene på indlæggelser via akutenhederne. På akutenhederne udgør medicinske indlæggelser af 65+ årige under 24 timer 19 pct. af samtlige indlæggelser herfra.

Figur 3. Indlæggelser på Amager, Hvidovre og Glostrup hospitaler i hele 2013, 2013



Note: Opgjort ved sygehusudskrivinger

Akutmodtagelserne afgrænses på geografi, og ikke på behandlingsansvar.

De medicinske indlæggelser er afgrænset ved speciale 0-22 og 99 (omfatter afdelingerne: Hjerter- og lungemedicinsk sengeafsnit, Medicinsk afdeling M, Geriatrik klinik, Infektionsmedicinsk afd., Kardiologisk klinik, Med. afd./endocrinologi, Med. gastroenterologisk afsnit, Hjerter- og lungemedicinsk sengeafsnit, Lungemedicinsk Afdeling, Reumatologisk sengeafdeling RM, Apoplexi klinik, Neurologisk afdeling N, Akutmodtageafdeling)

Akutenhed HVH: Plejeansvar 534

Akutenhed AMH: Hele medicinsk Afdeling

Akutenhed Glostrup: Plejeansvar 37MOD indtil 2. juni 2013, herefter MIMOD

Neurologisk Glostrup: Samme som Akutenhed Glostrup og med Neurologisk sengeafdeling 13.0.

Opgørelsen opgør sygehusudskrivinger, hvor de tre akutenheder har været involveret. Overflytninger ml. flere afdelinger, tæller således kun som én udskriving.

Opgørelsen er på hospitalsniveau, og korrigerer ikke for overflytning mellem to hospitaler (er derfor ikke identisk med Region Hovedstadens Ledelsesinformation om 0 dages indlæggelser).

I teksten omtales udskrivinger efter akut medicinsk indlæggelse, som "medicinske indlæggelser".

Kilde: Esundhed den 22. januar 2013. Data vedr. 2013 kan fortsat efterregistreres, men der forventes ikke betydelige ændringer.

Medicinske indlæggelser via de 3 akutenheder

I tabel 3 ses hvordan de 40.000 akutte medicinske indlæggelser fordeles på de 3 akutenheder. Det ses, at Glostrup og Hvidovre akutenheder er omtrent lige store med ca. 15.000 udskrivinger årligt, mens Amager har ca. 10.000 udskrivinger årligt.

Af de 40.000 akutte medicinske indlæggelser varer omkring 22.000 indlæggelser under 24 timer, svarende til ca. halvdelen af indlæggelser i akutenhederne.

I andre publikationer er ofte set på korttidsindlæggelser, hvor patienten indlægges og udskrives indenfor samme dato (fx Region Hovedstadens Ledelsesinformation om 0 dages indlæggelser). Af de 40.000 akutte medicinske indlæggelser indlægges og udskrives 14.000 indenfor samme døgn, svarende til 35 pct. af indlæggelserne. Afgrænsningen "indenfor samme dato" medfører således et noget lavere antal indlæggelser.

Tabel 3. Udskrivninger efter akutte medicinske indlæggelser, indlagt via akutenhederne på Hvidovre, Amager og Glostrup hospitaler, 2013, opgjort ved sygehusudskrivninger.

| Indlagt via akutenhed | Indlagt via akutmodtagelser/klinikker: | | | | Heraf fra akutklinik Glostrup, vedr. Neurologi |
|---|--|-----------------|-----------------|------------------|--|
| | Hvidovre | Amager | Glostrup | Samlet akutheder | |
| Antal udskrivninger efter akut medicinsk indlæggelse | 15.045 | 9.586 | 15.193 | 39.824 | 4.463 |
| -heraf antal udskrivninger efter akut medicinsk indlæggelse, 65+ årige | 7.033 | 5.423 | 6.660 | 19.116 | 1.830 |
| Antal udskrivninger efter akut medicinsk indlæggelse, indlagt under 24 timer | 9.033 (60 %) | 4.357 (45 %) | 8.428 (55 %) | 21.818 (55 %) | 2.063 (46 %) |
| - heraf antal udskrivninger efter akut medicinsk indlæggelse, indlagt under 24 timer, 65+ årige | 3.045 (20 %) | 1.759 (18 %) | 2.574 (17 %) | 7.378 (19 %) | 650 (15 %) |
| Antal udskrivninger efter akut medicinsk indlæggelse, ind- og udskrevet samme dato | 5.434 | 2.703 | 5.887 | 14.024 | 1.345 |
| Antal udskrivninger efter akut medicinsk indlæggelse, ind- og udskrevet samme dato, 65+ årige | 1.665 | 1.100 | 1.723 | 4.488 | 401 |

Note: Se note under figur 3.

Medicinske indlæggelser vedr. neurologi på Glostrup hospital.

Omkring 25 pct. af samtlige akutte medicinske indlæggelser på Glostrup hospital vedrører neurologiske patienter.

I 2013 var der ca. 4.500 medicinske indlæggelser fra Glostrup akutenhed med neurologiske diagnoser. Heraf varede 2.100 indlæggelser under 24 timer. Heraf vedrørte knap 700 af indlæggelser patienter over 65 år svarende til 15 % af de akutte medicinske indlæggelser vedr. neurologi på Glostrup akutenhed. Afdelingen indlægger apopleksipatienter til thrombolyse og anfaldspatienter med bl.a. hovedpine og epilepsi, hvor diagnostik, herunder skanning, behandling og observation kan foregå indenfor et døgn.

6. Resultater for akutenhederne

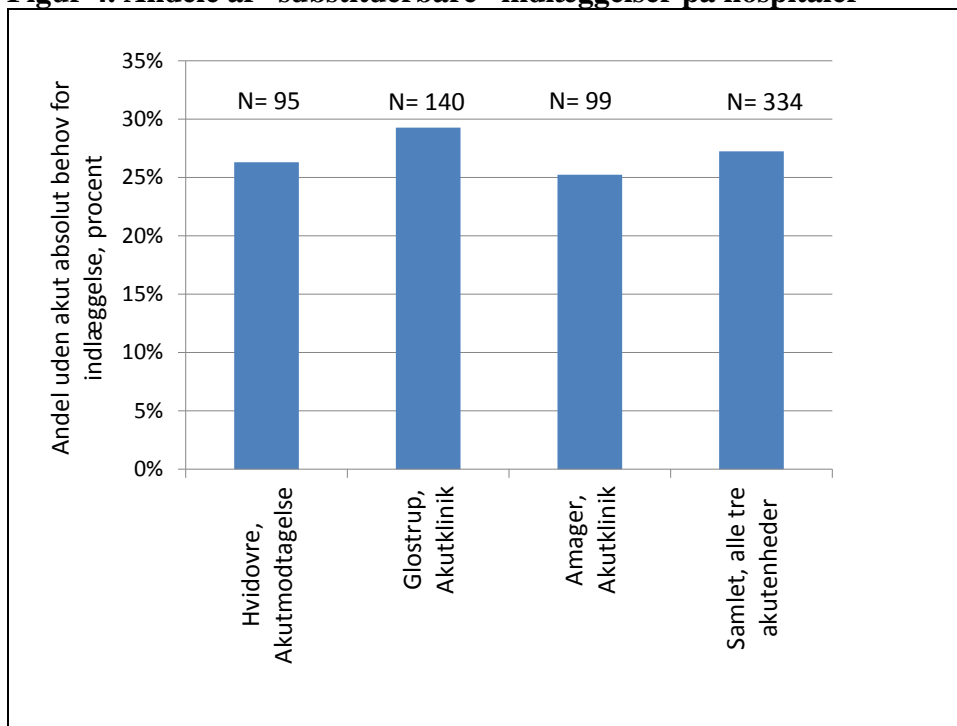
I afsnit 6 vises resultaterne for de tre akutenheder.

6.1. Overordnede resultater

I undersøgelsen for de 3 akutenheder indgår samlet 334 evaluerede indlæggelser. Fra Amager Hospital indgår 95 indlæggelser, fra Hvidovre Hospital 99 og fra Glostrup Hospital 140 indlæggelser, *jf. figur 4*.

For 91 af disse indlæggelser er vurderet at ”patienten ikke har haft absolut behov for indlæggelse”, svarende til at 27 pct. af indlæggelserne var ”substituerbare”, og der fandtes således alternative løsninger til akut indlæggelse.

Figur 4. Andele af ”substituerbare” indlæggelser på hospitaler



For Amager Hospital er 25 ud af 95 indlæggelser vurderet ”substituerbare”, svarende til 26 pct. Omtrent tilsvarende for Hvidovre Hospital er 25 ud af 98 indlæggelser vurderet ”substituerbare”, svarende til 26 pct. Og for Glostrup Hospital er 41 ud af 140 indlæggelser vurderet ”substituerbare”, svarende til 29 pct. *jf. figur 4.*

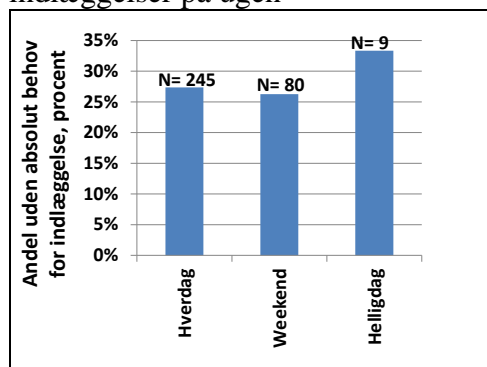
Statistisk set er der ikke forskelle mellem andel af ”substituerbare” indlæggelser for de tre hospitaler, idet forskellen ikke er signifikant på et 5 % signifikansniveau ($p=0,77$)⁸, og derfor slås de 3 akutenheder sammen nedenfor.

Indlæggelsestidspunkt

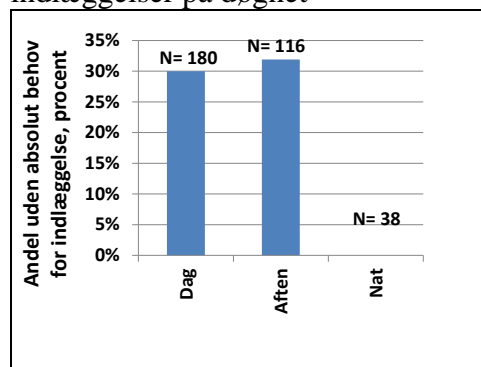
Figur 5 viser fordelingen af ”substituerbare” indlæggelse på hverdag, weekend og helligdage. For hverdage og weekender er der ikke signifikant flere ”substituerbare” indlæggelser med henholdsvis 27 og 26 pct. ”substituerbare” indlæggelser i hverdagen og i weekend ($p=0,85$). Der kan ikke konkluderes på helligdage pga. få observationer.

⁸ Signifikansniveauet er beregnet på baggrund af Chi-Square test, som tester om der er uafhængighed mellem variable. Hvis $P>0,05$, så er der ingen afhængighed, og dermed ingen signifikant forklaring.

Figur 5. Andele af ”substituerbare” indlæggelser på ugen



Figur 6. Andele af ”substituerbare” indlæggelser på døgnet



Note: dag: 7.30-15.30, aften: 15.30-23.30, nat:23.30-7.30

Figur 6 viser fordelingen af ”substituerbare” indlæggelser på tidspunkter af døgnet. Antalsmæssigt foregår de fleste korttidsindlæggelser om dagen med 180 indlæggelser mod 116 indlæggelser om aftenen, og 38 indlæggelser om natten.

Om aftenen er der ikke signifikant flere ”substituerbare” indlæggelser end om dagen med 32 pct. ”substituerbare” indlæggelser om aftenen mod 30 pct. ”substituerbare” indlæggelser om dagen ($p=0,73$). Nedenfor i figur 8 undersøges, om der *indenfor de enkelte indlæggelsesveje* til hospitalet er tendenser til at indlægge flere om aftenen frem for om dagen. Af figur 6 ses også, at der ikke er nogen ”substituerbare” indlæggelser om natten, hvilket tyder på, at om natten indlægges alene meget syge patienter.

Indlæggelsesvej

I figur 7 ses på patientens vej ind på hospitalet, som kan være visiteret af egen læge/vagtlæge, henvist fra anden hospitalslæge, eller uvisiteret akut ambulance/selvhenvender.

Det ses, at flest korte indlæggelser foregår via egen læge eller vagtlæge, idet 181 (=119+62) af indlæggelserne er foregået via visitation fra egen læge eller vagtlæge, svarende til at 54 pct. af korttidsindlæggelserne stammer fra praktiserende læger.

Figur 7 viser, at det samlet for alle 3 akutenheder tyder på, at relativt mange af korttidsindlæggelserne fra praktiserende læge og vagtlæge er ”substituerbare”, idet henholdsvis 34 pct. og 26 pct. vurderes ”substituerbare”. Tilsvarende er andelen af ”substituerbare” indlæggelser høj for gående selvhenvendere (s-kontakter) med 38 pct. ”substituerbare” indlæggelser. Mens andelen af ”substituerbare” indlæggelser med akut ambulance via 112 alene er på 14 pct.

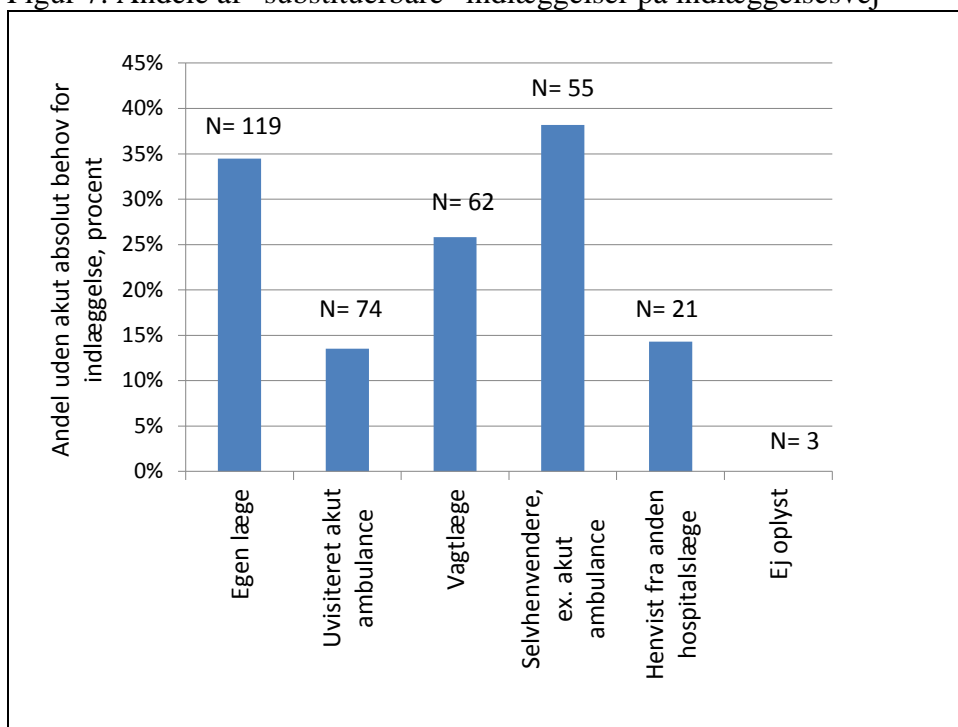
Statistisk set tyder det dog imidlertid ikke på, at der kommer flere ”substituerbare” indlæggelser fra praktiserende læge (vagtlæge + egen læge) end fra de andre kanaler.

Der er således lige netop ikke signifikant forskel mellem de fem indlæggelsesveje og andelen af ”substituerbare” indlæggelser ($p=0,057$), og det tyder derfor

på, at der kommer lige mange ”substituerbare” indlæggelser fra alle indlæggelsesveje, hvilket muligvis skyldes et lavt antal observationer.

Om patienternes indlæggelsesvej er visiteret eller ikke-visiteret, påvirker tilsyneladende ikke andelen af substituerbare indlæggelser. Ses således på andelen af ”substituerbare” indlæggelser afhængigt af, om man kommer 1) visiteret af praktiserende læge (egen læge og vagtlæge), 2) henvist fra anden hospitalslæge eller 3) uvisiteret via akut ambulance eller selvhenvender ($p=0,13$), findes ingen signifikante sammenhænge.

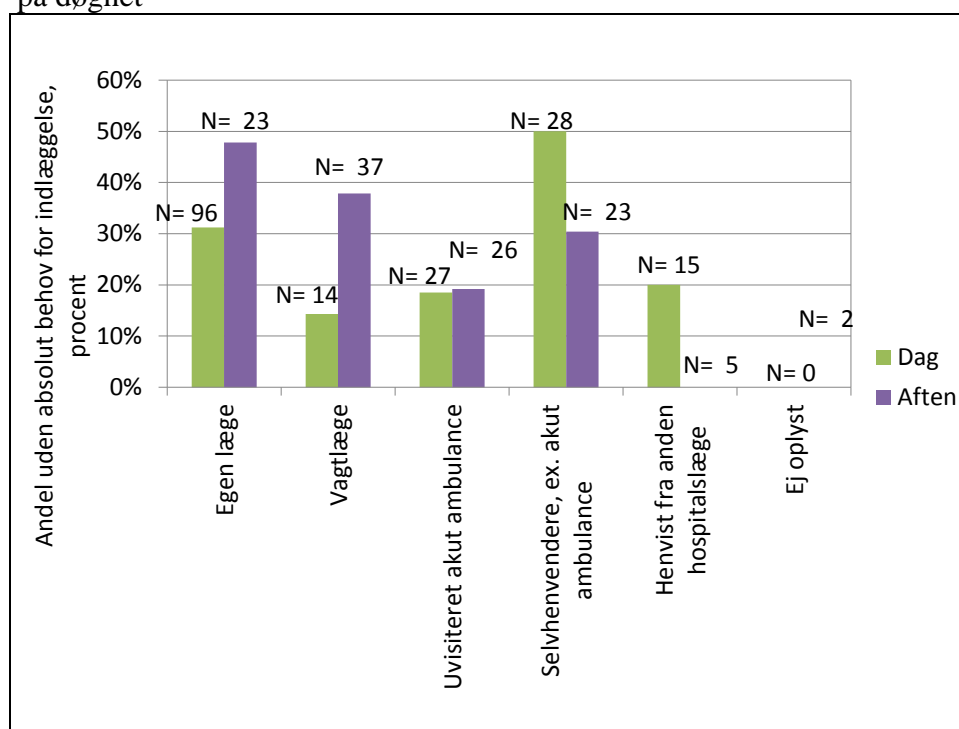
Figur 7. Andele af ”substituerbare” indlæggelser på indlæggelsesvej



I figur 8 undersøges, om der indenfor de enkelte indlæggelsesveje er en tendens til flere ”substituerbare” kortidsindlæggelser om aftenen end om dagen. Af indlæggelserne fra egen læge visiteres 48 pct. ”substituerbare” indlæggelser om aftenen og 31 pct. om dagen ($p=0,13$). Af indlæggelserne fra vagtlæge visiteres 38 pct. ”substituerbare” indlæggelser om aftenen og 14 pct. om dagen ($p=0,11$). Alle p-værdierne er forholdsvis tæt på 5 % og antallet af observationer (N) er lille, da vi ser på undergrupper, og det kunne således tyde på, at praktiserende læge om aftenen i højere grad visiterer til indlæggelse ”for en sikkerheds skyld” frem for at afvente forværring i løbet af natten. Årsagen til at egen læge indlægger efter ”normal åbningstid” skyldes formentligt, at patienten er set i praksis tæt før kl. 16 eller ved sygebesøg efter kl. 16 og derfor registreres som indlagt om aftenen.

For s-kontakter og akut ambulance er der ikke signifikant flere eller færre ”substituerbare” indlæggelser om dagen frem for om natten (s-kontakter, $p=0,16$ og akut ambulance, $p=0,95$).

Figur 8. Andele af ”substituerbare” indlæggelser på indlæggelsesvej og tid på døgnet



Boform

Af figur 9 ses, hvilken boform patienten har. Det ses, at langt de fleste patienter kommer fra egen bolig uden kommunal hjemmepleje, idet 173 patienter kommer fra eget hjem uden hjælp.

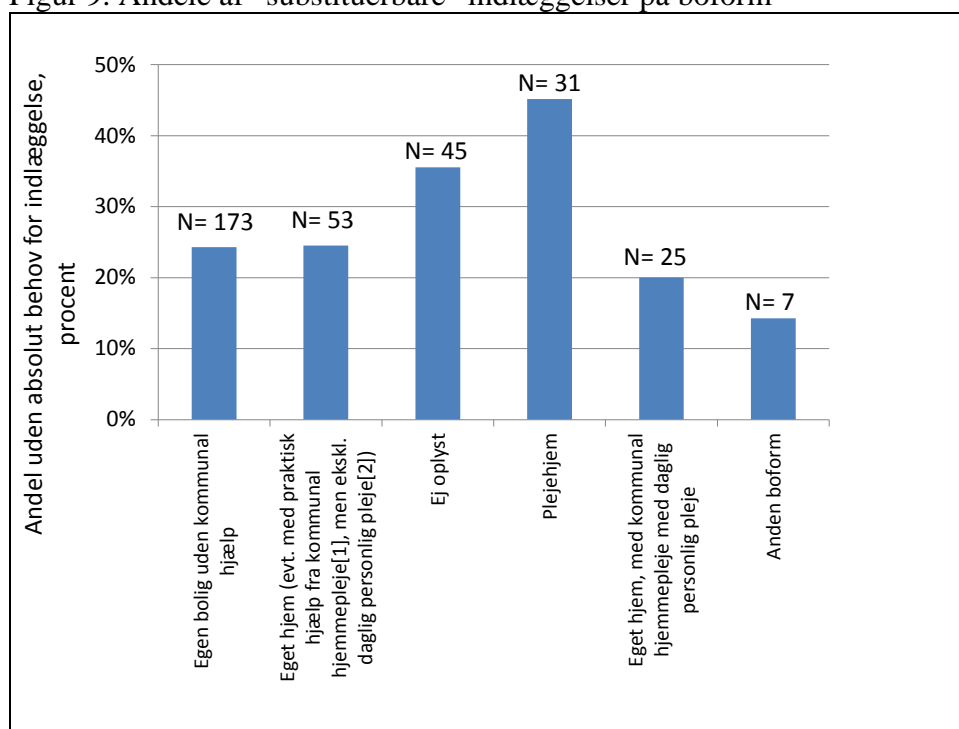
Umiddelbart viser figur 9, at der er forskelle i andelen af ”substituerbare” indlæggelser mellem de seks boformer. Forskellene er imidlertid ikke signifikante ($p=0,12$), hvilket muligvis kan skyldes et lavt antal observationer.

Der fokuseres ofte på plejecentres muligheder for at forebygge indlæggelser, så man kunne forestille sig, at der var særligt mange ”substituerbare” indlæggelser fra plejehjem⁹. Af figuren fremgår, at af indlæggelserne for plejehjemsbeboerne er 45 pct. vurderet ”substituerbare” mod 25 pct. for øvrige boformer ($p=0,019$), og der er således signifikant flere ”substituerbare” indlæggelser fra plejehjem end fra øvrige boformer. Patienter fra plejehjem behandles yderligere i afsnit 6.3.

Umiddelbart tyder det om end svagt på, at hjemmeplejen har indflydelse på omfanget af ”substituerbare indlæggelser”, idet borgere med daglig personlig pleje har færre ”substituerbare” indlæggelser end borgere bosiddende i eget hjem og kun med rengøring. Forskellene er imidlertid ikke signifikante ($p=0,66$).

⁹ Ex. fra kvalitetsportalen ”Faglige kvalitetsoplysninger om plejeboliger, Reduktion af forebyggelige indlæggelser” udarbejdet af KL, Sundhedsministeriet mfl.2012

Figur 9. Andele af ”substituerbare” indlæggelser på boform



Note: Praktisk hjælp: Rengøring, indkøb, tøjvask mv.

Personlig pleje: Bad, af- og påklædning, toiletbesøg, sygepleje, hjælp til indtagelse af mad/drikke mv.

Indlæggelsesårsag

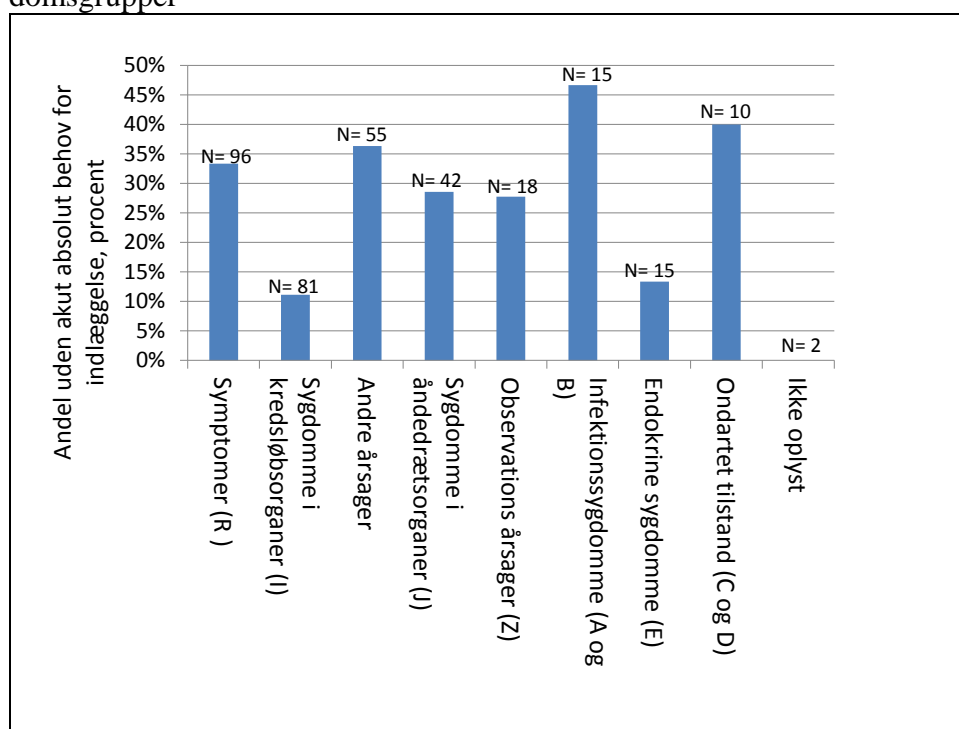
Figur 10 viser hvilke sygdomme, som forårsager indlæggelsen. Statistisk set er der forskel på andel af ”substituerbare” indlæggelser afhængigt af sygdomsområder ($p=0,008$).

Indlæggelserne omhandler især symptomer og sygdomme i kredsløbsorganer (se bilag 4 for uddybning). Symptomer dækker over en række forskellige symptomer, som ønskes diagnosticeret og om nødvendigt behandlet. F.eks. er 14 patienter indlagt med dyspnø, hvoraf 7 er vurderet ”substituerbare”, og 10 patienter er indlagt med vertigo UNS, hvoraf 4 er vurderet ”substituerbare”.

Andelen af ”substituerbare” indlæggelser for symptomer er ikke signifikant højere end de øvrige sygdomsgrupper ($p=0,11$), men ”substituerbare” indlæggelser for sygdomme i kredsløbsorganerne er signifikant lavere end de øvrige sygdomsgrupper ($p=0,0002$).

Det skyldes formentlig, at indlæggelser med diagnoser fra kredsløb og hjerte er mere velbeskrevne, akutte og potentielt livstruende, og indlæggelse vil derfor ofte være mere velbegrunderet. Symptomer i øvrigt er et miks af alle mulige symptomer, som ikke kan placeres i en sygdomsgruppe, hvortil der hører en behandling. Det er altså fordi indlæggelse med symptomer er ukonkret, at indlæggelsen relativt ofte kan substitueres. Patienten fejler ikke noget genkendeligt.

Figur 10. Andele af ”substituerbare” indlæggelser på diagnoser opdelt på sygdomsgrupper*



Note:* ”Henvisningsdiagnosen” er anvendt for patienter, som kommer via egen læge, vagtlæge eller henvist fra anden hospitalslæge. Mens ”diagnose ved journaloptagelse” er anvendt for selvhenvendende og akut ambulance (ej indlagt via egen læge/vagtlæge).

Note: Diagnoserne er ICD-10 klassificeret og opdelt på sygdomsgrupper svarende til i artiklen "Identifying admitted patients at risk of dying: a prospective observational validation of four biochemical scoring systems" af Mikkel Brabrand, Torben Knudsen og Jesper Hallas, BMJ Open

I sygdomsgruppen ”sygdomme i kredsløbsorganerne” indgår diagnosen dyb venetrombose (DVT). Det er drøftet i gruppen, om behandlingen af denne gruppe kan organiseres ambulant i stedet for ved indlæggelse. Disse indlæggelser er i denne rapport vurderet som ”ikke-substituerbare”, *jf. afsnit 8 diskussion*.

AEP-kriterierne vurderes for restriktive til at opfange ”ikke-substituerbare” indlæggelser. AEP-kriterierne opfanger alene omkring halvdelen af de ”ikke-substituerbare” indlæggelser (jf. bilag 5, tabel 11). Kriterierne kan derfor ikke anvendes til at udpege hensigtsmæssigheden af korttidsindlæggelser.

Der er 9 diagnoser, som ofte omtales som værende forebyggelige, og hvor kommunerne anses at have en særlig mulighed for at forebygge indlæggelse. Af de 292 korttidsindlæggelser, som analysen omhandler, er 58 af disse indlæggelser såkaldt forebyggelige indlæggelser, og det vurderes, at samlet set var 33 pct. af disse ”substituerbare” indlæggelser, *jf. bilag 6*. Derudover er der ikke signifikant flere ”substituerbare” indlæggelser blandt de forebyggelige indlæggelser i forhold til resten af korttidsindlæggelserne ($p=0,31$)¹⁰. Det bemærkes, at grundet afgrænsning til indlæggelser under 24 timer ses der alene på delmængde af forebyggelige indlæggelser.

¹⁰ Dette var heller ikke forventet, idet de tilstande og diagnoser, der betegnes som værende forebyggelige, er indlæggelseskrævende, når de først er opstået og er blevet kritiske.

Alternativer til indlæggelse

For de "substituerbare" indlæggelser findes et alternativ til akut indlæggelse. I tabel 4 fremgår, at 84 pct. af de "substituerbare" indlæggelser, hvor alternativ til indlæggelse er angivet, i stedet kunne være behandlet i praksissektoren. Heraf kunne 80 pct. være behandlet hos egen læge/vagtlæge.

Samlet set vurderes alene 16 pct. af de "substituerbare" indlæggelser at kunne være forebygget i kommunalt regi (med undtagelse af tidligere viste tendens på plejehjem, se også afsnit 6.3 nedenfor). Heraf vurderes 11 pct. af de "substituerbare" indlæggelser at kunne være forebygget ved mere hjælp i hjemmet.

Af tabel 4 ses også, at 21 pct. af de "substituerbare" indlæggelser alternativt kunne være behandlet i sygehusvæsenet, herunder sygehusambulatorium, geriatrisk team mv.

Tabel 4. Foreslåede alternativer for patienter vurderet uden behov for akut indlæggelse

| Alternativ til indlæggelse | Substituerbare indlæggelser | Andel pr. "substituerbar" indlæggelse, hvor alternativ er angivet* (N=75) |
|---|-----------------------------|---|
| Ambulant udredning/behandling hos egen læge | 60 | 80% |
| Ambulant udredning/behandling hos praktiserende speciallæge | 8 | 11% |
| Ydelser fra praksissektor, samlet | 63 | 84% |
| Ambulant udredning/behandling i sygehusambulatorium | 12 | 16% |
| Planlagt (elektiv) indlæggelse | 1 | 1% |
| Subakut geriatrisk vurdering | 2 | 3% |
| Ydelser fra hospital, samlet | 16 | 21% |
| Akut aflastningsplads på plejehjem | 3 | 4% |
| Mere hjælp i hjemmet | 8 | 11% |
| Forudgående bedre observation i kommunen | 3 | 4% |
| Bedre medicingivning i kommunen | 2 | 3% |
| Ydelser fra kommune, samlet | 12 | 16% |
| Andet, angiv hvad: | 3 | 4% |

Note: Alternativer til indlæggelse er noteret for 75 af de 91 substituerbare indlæggelser. Andel pr. "substituerbar indlæggelse" beregnet fx som 60/75

Note: Summerer ikke til det samlede antal af "substituerbare" indlæggelser (=75), idet der for nogle indlæggelser er foreslået flere alternativer

Det tyder på, at en stor del af de ”substituerbare” indlæggelser, som er vurderet alternativt at kunne behandles hos egen læge, også er visiteret fra egen læge og vagtlæge. Fx er 22 af de ”substituerbare” indlæggelser visiteret fra egen læge, og vurderes samtidig at kunne være blevet behandlet af egen læge.

Tilsvarende ses, at 18 af de gående selvhenvendere også kunne være behandlet hos egen læge.

Tabel 5. Foreslåede alternativer for patienter vurderet uden behov for akut indlæggelse samt indlæggelsesvej ind på hospital

| Alternativ til indlæggelse | Indlæggelsesvej: | | | | | |
|---|--------------------------|----------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|--------|
| | Visiterede indlæggelser: | | | Uvisiterede indlæggelser: | | Samlet |
| | Egen læge | Vagtlæge | Henvist fra anden hospitalslæge | Selvhenvendende, ex. akut ambulance | Uvisiteret akut ambulance | |
| Ambulant udredning/behandling hos egen læge | 22 | 11 | 3 | 18 | 6 | 60 |
| Ambulant udredning/behandling hos praktiserende speciallæge | 5 | 0 | 1 | 2 | 0 | 8 |
| Ambulant udredning/behandling i sygehusambulatorium | 10 | 1 | 0 | 0 | 1 | 12 |
| Planlagt (elektiv) indlæggelse | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Subakut geriatrisk vurdering | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Akut aflastningsplads på plejehjem | 6 | 2 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| Mere hjælp i hjemmet | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Forudgående bedre observation i kommunen | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Bedre medicingivning i kommunen | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 3 |
| Andet, angiv hvad: | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 3 |

6.2. Patienter indlagt fra egen læge/vagtlæge

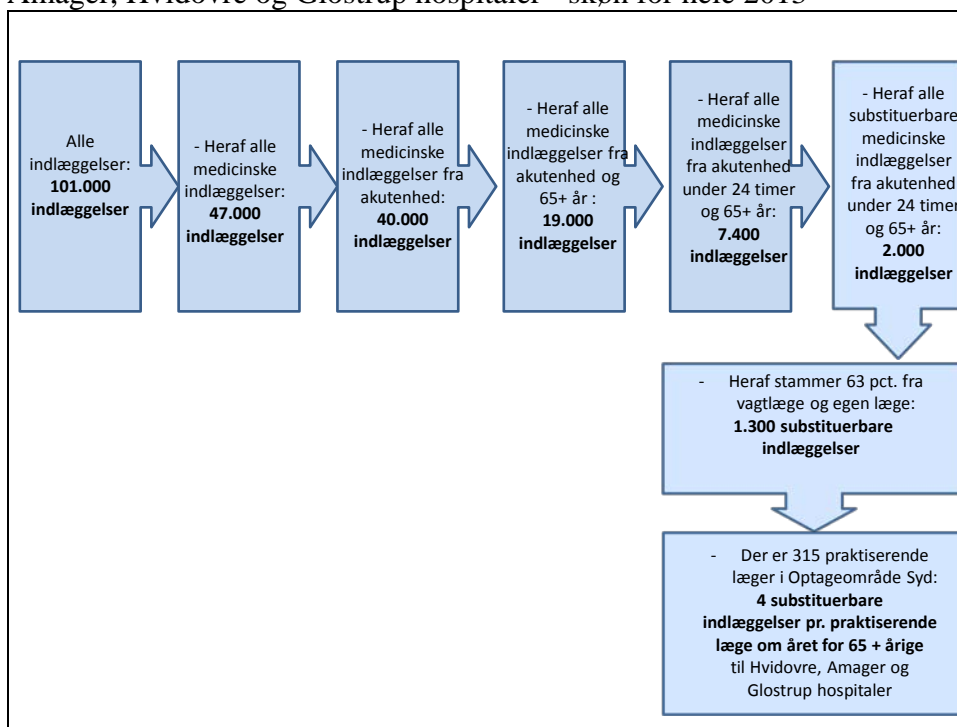
I dette afsnit fokuseres på indlæggelser fra praktiserende læger.

I undersøgelsen vedr. de 3 akutenheder er der fundet 91 ”substituerbare” indlæggelser. Heraf stammer 57 ”substituerbare” indlæggelser fra praktiserende læge, svarende til at 63 pct. af de samlede ”substituerbare” indlæggelser henvises af praktiserede læge.

I figur 11 er disse tal omsat til antal ”substituerbare” indlæggelser *pr. praktiserende læge*.

Journalgennemgangen fokuserer på en stikprøve af 7.400 akutte medicinske indlæggelser med mindre end 24 timers varighed for patienter over 65 år. Overføres resultaterne fra journalgennemgangen med 27 pct. ”substituerbare” indlæggelser, svarer det til, at der årligt er 2.000 ”substituerbare” indlæggelser af patienter over 65 år. Ifølge journalgennemgangen stammer 63 pct. af de ”substituerbare” indlæggelser fra egen læge og vagtlæge, svarende til at 1.300 af de ”substituerbare” indlæggelser kommer herfra. Med 315 praktiserende læger i optageområde Syd og under antagelse af at alle lægerne har samme visitationsmønster, svarer det til at hver praktiserende læge årligt visiterer 4 patienter over 65 år til et af de tre hospitaler, hvor korttidsindlæggelsen kunne være erstattet af en alternativ løsning (omregnes alene til egen læge, så visiterer egen læge årligt til 3 ”substituerbare” indlæggelser).

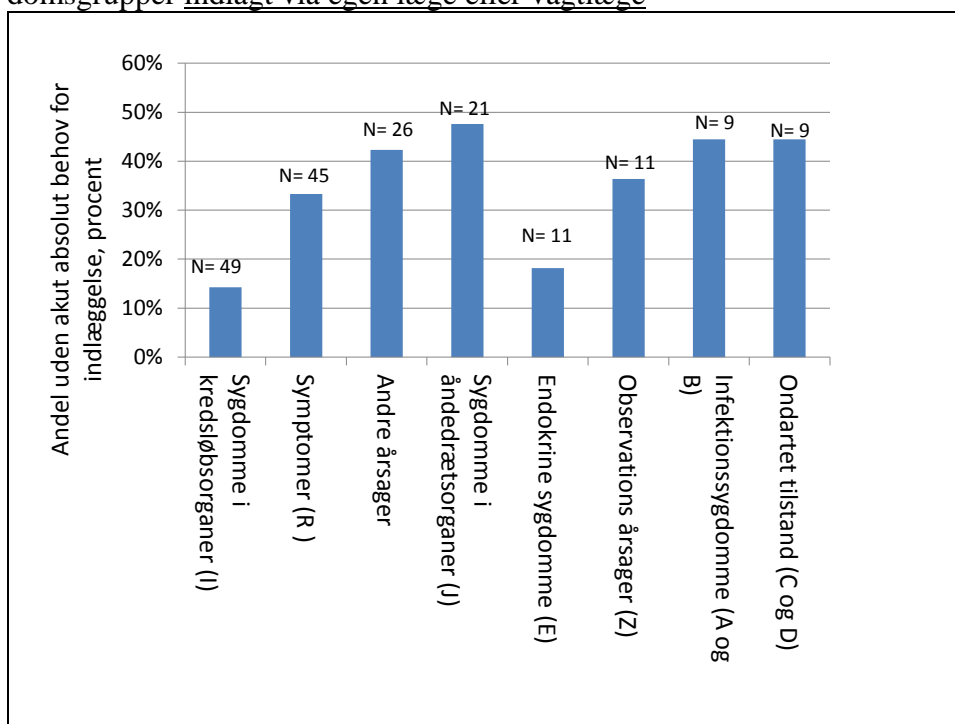
Figur 11. Omfang af substituerbare indlæggelser fra praktiserende læge for Amager, Hvidovre og Glostrup hospitaler - skøn for hele 2013



Figur 12 viser hvilke sygdomme som forårsager indlæggelsen. Statistisk set er der lige akkurat ikke forskelle mellem andel af ”substituerbare” indlæggelser for sygdomsområderne ($p=0,07$).

Der er ikke signifikant flere ”substituerbare” indlæggelser indenfor symptomer ($P=0,76$), andre årsager ($p=0,20$) eller sygdomme i åndedrætsorganer ($p=0,09$). Derimod er der signifikant færre ”substituerbare” indlæggelser indenfor sygdomme i kredsløbsorganerne ($p=0,002$), *jf. bilag 7 for uddybning på diagnose-niveau.*

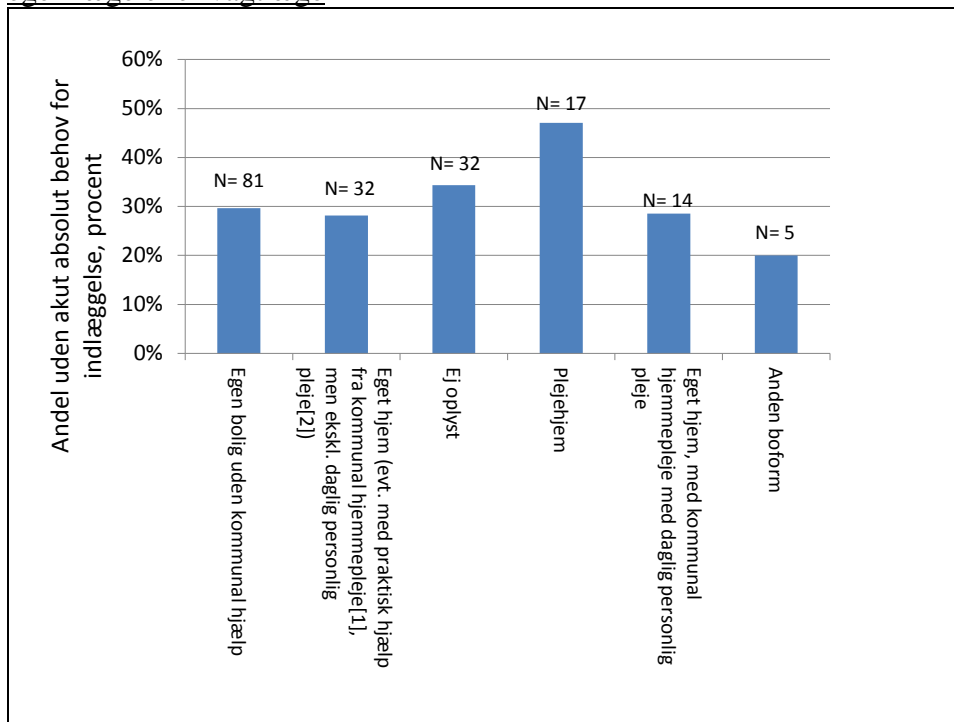
Figur 12. Andele af ”substituerbare” indlæggelser på diagnoser opdelt på sygdomsgrupper indlagt via egen læge eller vagtlæge



Af figur 13 fremgår, at praktiserende læger tilsyneladende har flere ”substituerbare” indlæggelser fra plejehjem end fra de øvrige bopælstyper. Således er 47 pct. af indlæggelserne fra plejehjem ”substituerbare” mod 30 pct. for de øvrige boformer ($p=0,17$, dvs. ikke signifikant formentlig pga. få observationer).

Det tyder på, at den praktiserende læge godt kunne være mere tilbageholdende med at indlægge, idet plejehjemsbeboere befinder sig et sted med mulighed for faglig observation. På den anden side kan det også være udtryk for at plejehjemsbeboere har en dårligere helbredsstatus end hjemmeboende, der må have et bedre funktionsniveau.

Figur 13. Andele af ”substituerbare” indlæggelser på boform og indlagt via egen læge eller vagtlæge



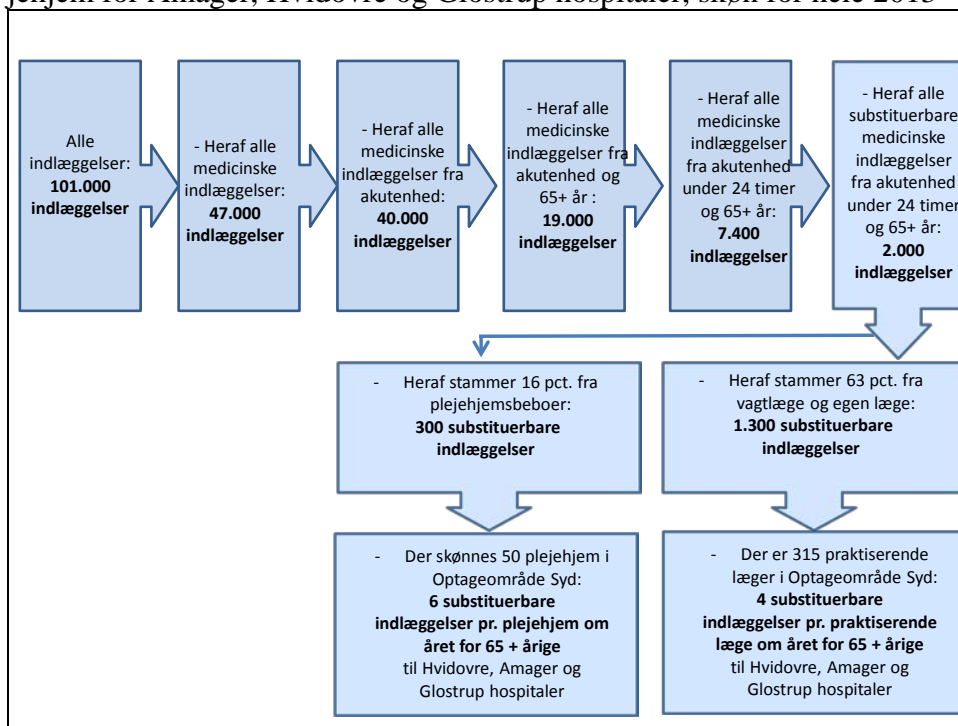
6.3. Patienter med bopæl på plejehjem

I dette afsnit fokuseres på indlæggelser af patienter fra plejehjem, idet 45 pct. af alle korttidsindlæggelserne fra plejehjem er ”substituerbare”.

Antallet af observationer for plejehjem er for lille til at kunne foretage signifikantstest.

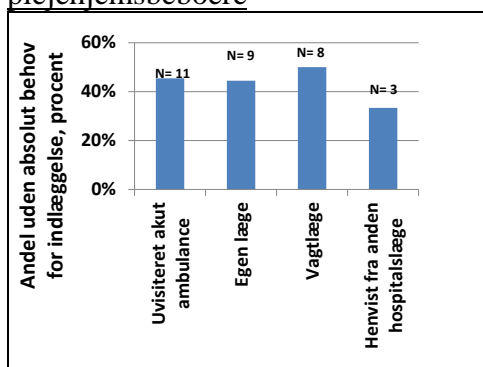
Nedenfor ses, svarende til i afsnit 6.2, på antal indlæggelser pr. plejehjem. Der skønnes at være 2.000 ”substituerbare” indlæggelser årligt fra de 3 akutenheder. Ifølge journalgennemgangen stammer 15 pct. af de ”substituerbare” indlæggelser fra plejhjemsbeboere, svarende til at 300 af de ”substituerbare” indlæggelser kommer herfra. Et usikkert skøn er, at hvis der for hver 10.000 indbyggere er et plejehjem, er der ca. 50 plejehjem i optageområde syd. Under antagelse af at alle plejehjem har samme visitationsadfærd, betyder det, at hvert plejehjem årligt har 6 ”substituerbare” indlæggelser.

Figur 14. Omfang af substituerbare indlæggelser fra praktiserende læge og plejehjem for Amager, Hvidovre og Glostrup hospitaler, skøn for hele 2013

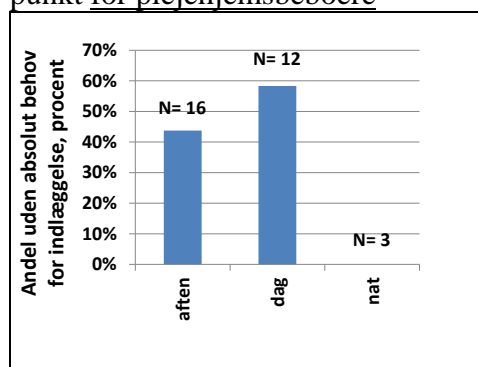


I analysen indgår 31 indlæggelser fra plejehjem. I figur 15 ses, at indlæggelserne stammer nogenlunde ligeligt fra rekvirering af akut ambulance (ikke indlagt af egen læge/vagtlæge), egen læge og vagtlæge.

Figur 15. Andele af ”substituerbare” indlæggelser på indlæggelsesvej for plejehjemsbeboere



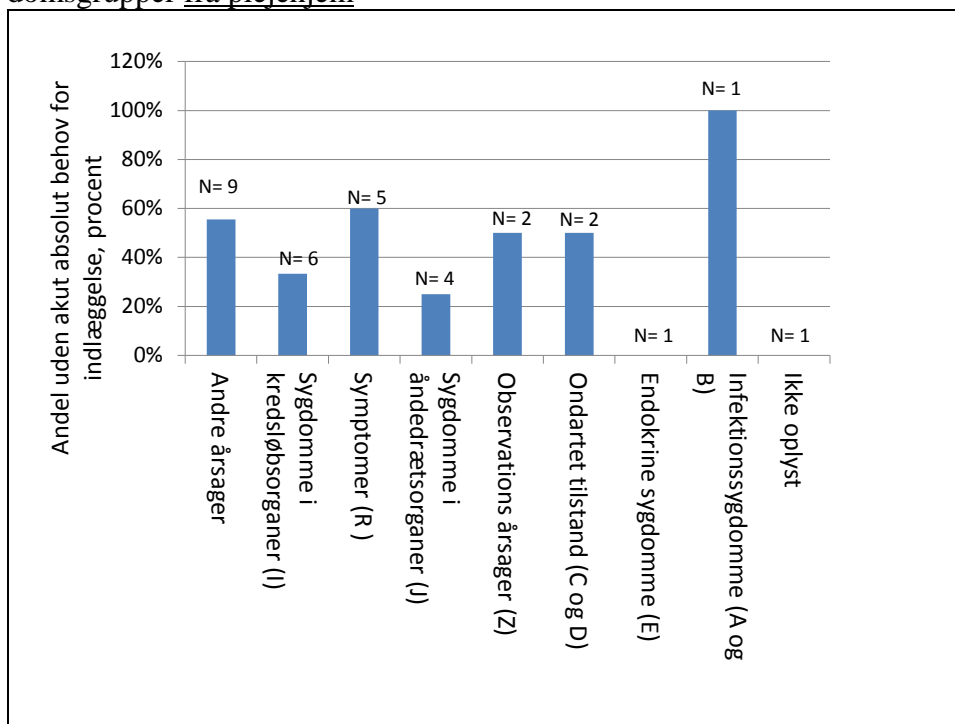
Figur 16. Andele af ”substituerbare” indlæggelser på indlæggelsestidspunkt for plejehjemsbeboere



Af figur 16 ses, at der er flest indlagte om aftenen, men at det særligt er indlæggelserne om dagen, som er ”substituerbare”.

Af figur 17 ses, at der ikke er særligt hyppigt forekommende indlæggelsesdiagnose blandt patienter med ”substituerbare” indlæggelser fra plejehjem.

Figur 17. Andele af ”substituerbare” indlæggelser på diagnoser opdelt på sygdomsgrupper fra plejehjem



Tabel 6 viser at de ”substituerbare” indlæggelser fra plejehjem i næsten alle tilfælde vurderes at kunne være klaret af praktiserende læge.

Tabel 6. Foreslåede alternativer for patienter fra plejehjem vurderet uden behov for akut indlæggelse

| | Alternativ til indlæggelse | Substituerbare indlæggelser |
|----|---|-----------------------------|
| 1 | Ambulant udredning/behandling hos egen læge | 12 |
| 2 | Ambulant udredning/behandling hos praktiserende speciallæge | 0 |
| 3 | Ambulant udredning/behandling i sygehusambulatorium | 0 |
| 4 | Planlagt (elektiv) indlæggelse | 1 |
| 5 | Akut aflastningsplads på plejehjem | 0 |
| 6 | Mere hjælp i hjemmet | 1 |
| 7 | Forudgående bedre observation i kommunen | 3 |
| 8 | Bedre medicingivning i kommunen | 1 |
| 9 | Subakut geriatrisk vurdering | 0 |
| 10 | Andet, angiv hvad: | 0 |

Note: Summerer ikke til det samlede antal af ”substituerbare” indlæggelser (=14), idet der for nogle indlæggelser er foreslået flere alternativer

7. Resultater fra Neurologisk afdeling

Dette afsnit omhandler indlæggelser på Akutmodtagelsen på Glostrup Hospital vedrørende neurologi.

7.1. Overordnede resultater

Opgørelsesmetoden for neurologi adskiller sig fra det generelle medicinske område, idet neurologien i undersøgelsen alene har inkluderet patienter, som sendes direkte hjem fra akutklinikken. På det generelle medicinske område inkluderes også patienter, som sendes op på de kliniske afdelinger, og hvor indlæggelsen varer under 24 timer. Patienter, som sendes ”op i huset”, vil typisk have absolut behov for en akut indlæggelse, og derfor vurderes afgrænsningsforskellen at betyde, at andelen af ”substituerbare” indlæggelser overvurderes med ca. 11 pct.point.

I undersøgelsen vedr. neurologi indgår samlet 75 evaluerede korttidsindlæggelser, hvoraf 30 indlæggelser er vurderet ”substituerbare”. Der kan således for 40 pct. af indlæggelserne findes alternative løsninger. Korrigeres for forskelle i opgørelsesmetode, svarer det til at der for 29 pct. af indlæggelserne findes alternative løsninger.

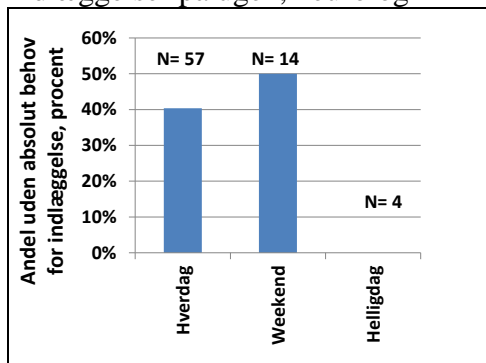
Antallet af observationer er mindre for det neurologiske område end for det generelle medicinske område ovenfor, og signifikantest er derfor ikke mulige.

Resultaterne skal derfor tolkes med varsomhed.

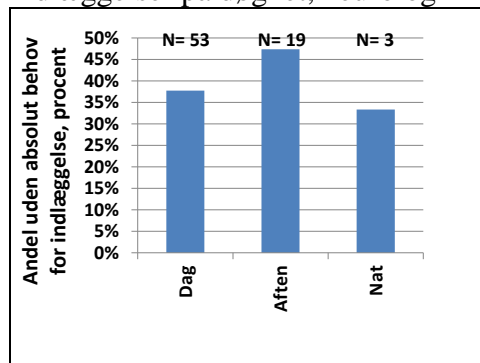
Indlæggelsestidspunkt

På det neurologiske område indlægges - til forskel fra det generelle medicinske område – tilsyneladende flere ”substituerbare” indlæggelser i weekenden end i hverdage, *jf. figur 18*.

Figur 18. Andele af ”substituerbare” indlæggelser på ugen, neurologi



Figur 19. Andele af ”substituerbare” indlæggelser på døgnet, neurologi



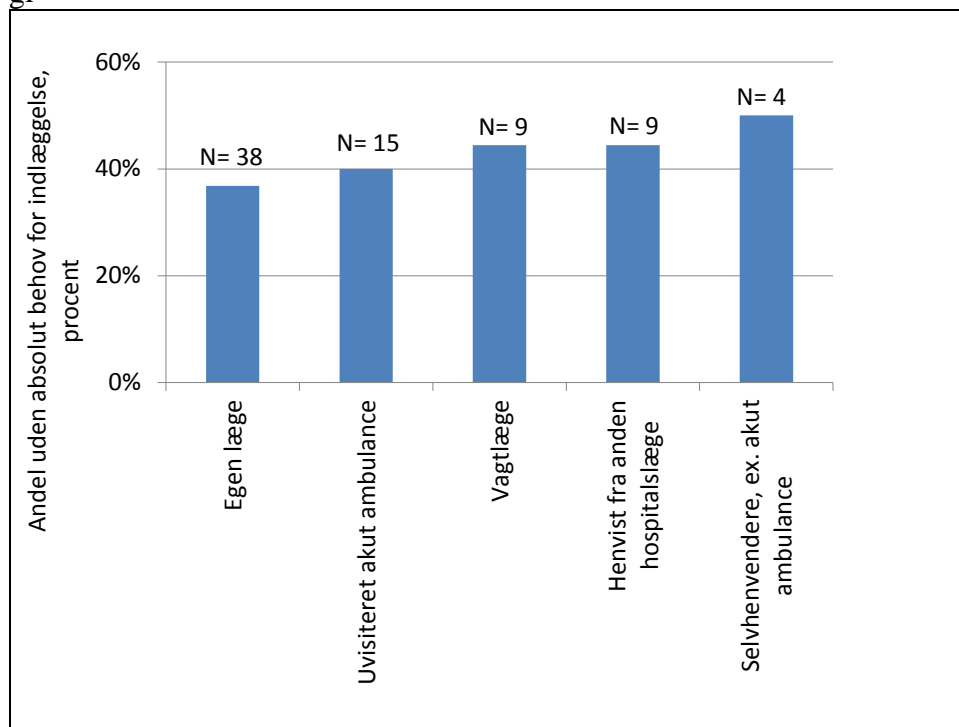
Note: dag: 7.30-15.30, aften: 15.30-23.30, nat:23.30-7.30

På det neurologiske område indlægges tilsyneladende flere ”substituerbare” indlæggelser om aftenen end om dagen, *jf. figur 19*.

Indlæggelsesvej

På det neurologiske område indlægges 60 pct. af patienterne fra praktiserende læge. Andel af substituerbare indlæggelser er omtrent den samme, uanset om patienten er lægeligt visiteret eller ej, *jf. figur 20*.

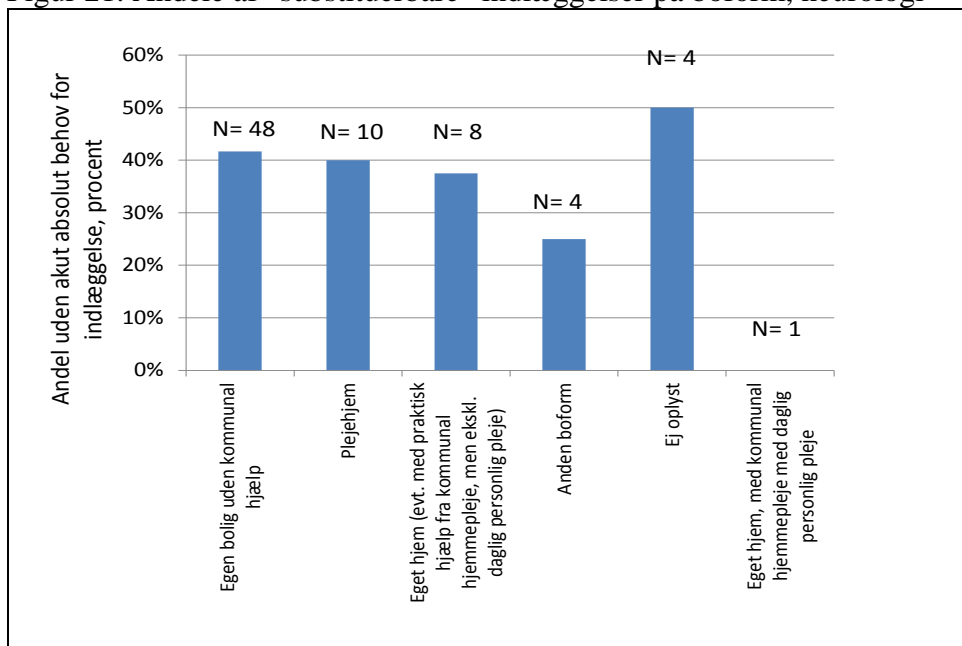
Figur 20. Andele af ”substituerbare” indlæggelser på indlæggelsesvej, neurologi



Boform

På det neurologiske område ses forskelle i boformen ikke at kunne forklare omfanget af ”substituerbare” indlæggelser. Der er således ikke på det neurologiske område en tendens til flere indlæggelser fra fx plejehjem, *jf. figur 21*.

Figur 21. Andele af ”substituerbare” indlæggelser på boform, neurologi



Note: Praktisk hjælp: Rengøring, indkøb, tøjvask mv.

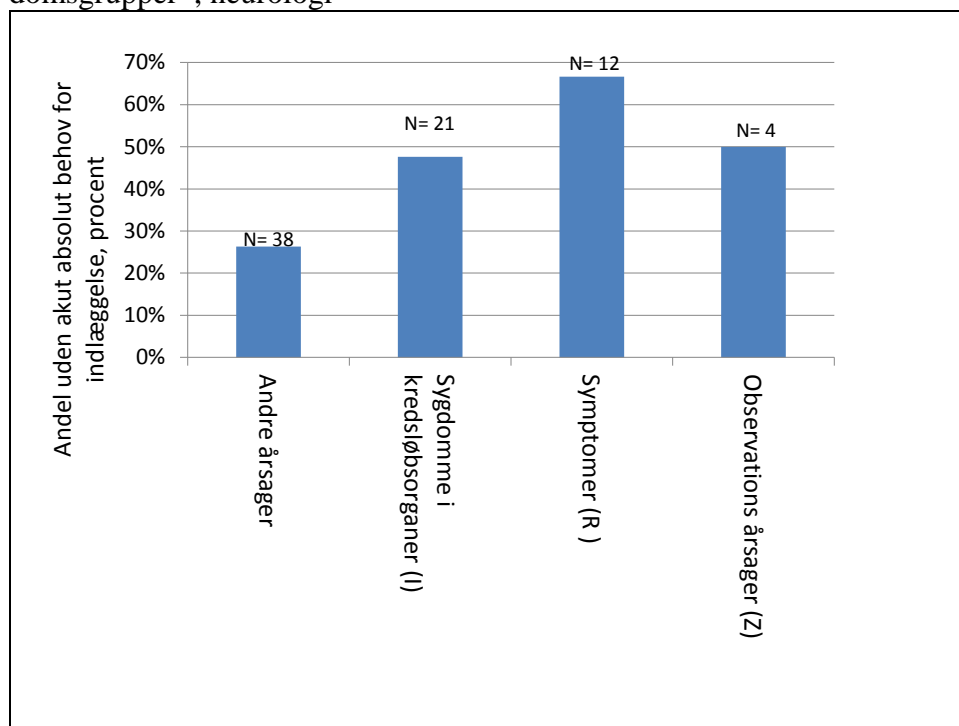
Personlig pleje: Bad, af- og påklædning, toiletbesøg, sygepleje, hjælp til indtagelse af mad/drikke mv.

Indlæggelsesårsag

På det neurologiske område fordeles de ”substituerbare” indlæggelser sig over en række forskellige sygdomme. *Jf. figur 22.*

På det neurologiske område er der ”substituerbare” indlæggelser især indenfor sygdomme i kredsløbsorganer og i symptomer, *jf. figur 22.* Indenfor kredsløbsorganer er de fleste indlagt for apoplexia cerebri UNS med 17 indlæggelser, hvoraf 8 indlæggelser var ”substituerbare”. Indenfor symptomer er 4 indlagt for Vertigo UNS, hvoraf 3 indlæggelser var ”substituerbare”.

Figur 22. Andele af ”substituerbare” indlæggelser på diagnoser opdelt på sygdomsgrupper*, neurologi



Note:* Henvisningsdiagnosen er anvendt for patienter som kommer via egen læge, vagtlæge, henvist fra anden hospitalslæge. Mens Diagnose ved journaloptagelse er anvendt for selvhenvendende og akut ambulance (ej indlagt via egen læge/vagtlæge)

Note: Diagnoserne er ICD-10 klassificeret, og opdelt på sygdomsgrupper svarende til i artiklen "Identifying admitted patients at risk of dying: a prospective observational validation of four biochemical scoring systems" af Mikkel Brabrand, Torben Knudsen og Jesper Hallas, BMJ Open

I sygdomsgruppen ”andre årsager” indgår diagnosen *mistanke om blødning udenpå den hårde hjernehinde* (subduralt hæmatom obs). Det er drøftet i gruppen, om undersøgelse/behandling af denne gruppe kan organiseres ambulantly i stedet for ved indlæggelse. Disse indlæggelser er i denne rapport vurderet som ”ikke-substituerbare”, jf. afsnit 8 diskussion.

Ligesom for det generelle medicinske område vurderes AEP-kriterierne indenfor det neurologiske område også for restriktive til at opfange ”ikke-substituerbare” indlæggelser. AEP-kriterierne opfanger alene 22 pct. af de ”ikke-substituerbare” indlæggelser (jf. bilag 8, tabel 14). AEP-kriterierne vurderes derfor uanvendelige på korttidsindlæggelser.

Alternativer til indlæggelse

På det neurologiske område vurderes 67 pct. af de ”substituerbare” indlæggelser at kunne være behandlet hos egen læge, 47 pct. hos praktiserende speciallæge, og 23 pct. hos ambulantly udredning/behandling i sygehusambulatorium. Til forskel fra analysen om det generelle medicinske område peges i høj grad også på praktiserende speciallæge og ambulantly sygehusambulatorium som alternativ til indlæggelse.

Tabel 7. Foreslåede alternativer for patienter vurderet uden behov for akut indlæggelse, neurologi

| Alternativ til indlæggelse | Substituerbare indlæggelser | Andel pr. "substituerbare" indlæggelse* (n=30) |
|---|-----------------------------|--|
| Ambulant udredning/behandling hos egen læge | 20 | 67% |
| Ambulant udredning/behandling hos praktiserende speciallæge | 14 | 47% |
| Ydelser fra praksissektor, samlet | 29 | 97% |
| Ambulant udredning/behandling i sygehusambulatorium | 7 | 23% |
| Planlagt (elektiv) indlæggelse | 0 | 0% |
| Subakut geriatrisk vurdering | 0 | 0% |
| Ydelser fra hospital, samlet | 7 | 23% |
| Akut aflastningsplads på plejehjem | 1 | 3% |
| Mere hjælp i hjemmet | 0 | 0% |
| Forudgående bedre observation i kommunen | 2 | 7% |
| Bedre medicingivning i kommunen | 0 | 0% |
| Ydelser fra kommune, samlet | 3 | 10% |
| Andet, angiv hvad: | 1 | 3% |

Note: Andel pr. "substituerbar indlæggelse" beregnet fx som 20/30

Note: Summerer ikke til det samlede antal af "substituerbare" indlæggelser (=30), idet der for nogle indlæggelser er foreslået flere alternativer

Af tabel 8 ses, at af de 14 patienter, som vurderes at kunne være behandlet hos praktiserende speciallæge, stammer de 11 fra egen læge. Og ud af de 20 indlæggelser, som vurderes at kunne være behandlet hos egen læge, stammer de 8 fra egen læge. Det kan således overvejes, om egen læge i højere grad burde sende patienterne til speciallæge eller selv behandle. Det er særligt for henvisningsdiagnosen apoplexia cerebri UNS, at behandling hos egen læge eller speciallæge anbefales. Denne vej er dog ikke farbar, hvis man virkelig mener, at patienten har en AKUT apopleksi.

Tabel 8. Foreslåede alternativer for patienter vurderet uden behov for akut indlæggelse samt indlæggelsesvej ind på hospital, neurologi

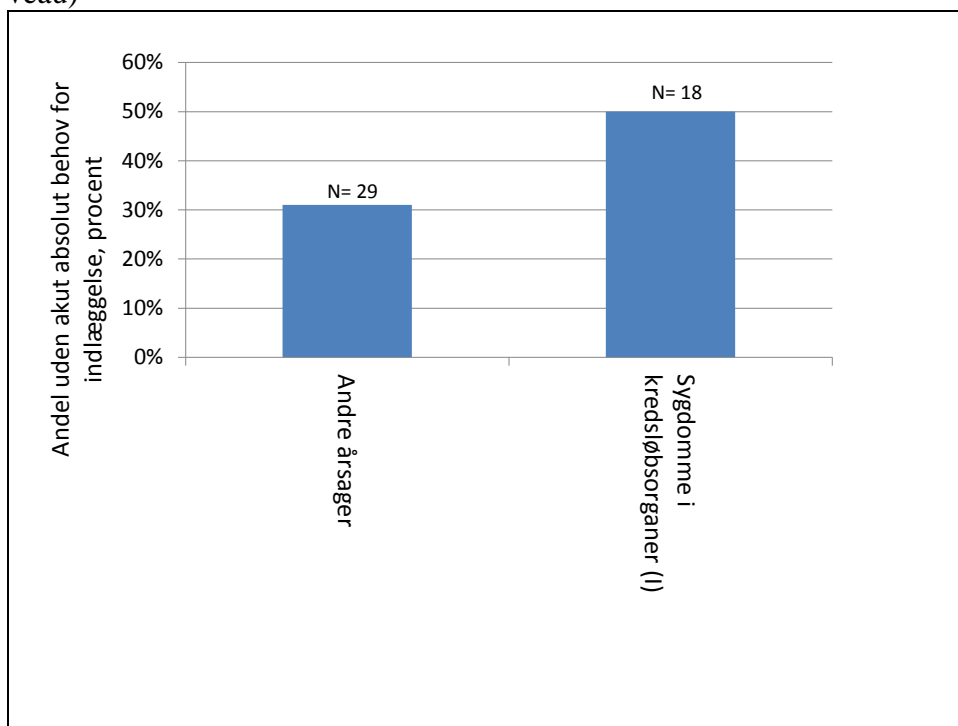
| Alternativ til indlæggelse | Visiterede indlæggelser (lægehenviste) | | | Uvisiterede indlæggelser (ikke lægehenviste) | | Samlet |
|---|--|----------|---------------------------------|--|---------------------------|--------|
| | Egen læge | Vagtlæge | Henvist fra anden hospitalslæge | Selvhenvendende, ex. akut ambulance | Uvisiteret akut ambulance | |
| Ambulant udredning/behandling hos egen læge | 8 | 3 | 3 | 1 | 5 | 20 |
| Ambulant udredning/behandling hos praktiserende speciallæge | 11 | 1 | 0 | 1 | 1 | 14 |
| Ambulant udredning/behandling i sygehusambulatorium | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 7 |
| Planlagt (elektiv) indlæggelse | 0 | 1 | 2 | 4 | 5 | 5 |
| Akut aflastningsplads på plejehjem | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Subakut geriatrisk vurdering | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mere hjælp i hjemmet | 0 | 1 | 2 | 4 | 5 | 5 |
| Forudgående bedre observation i kommunen | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Bedre medicingivning i kommunen | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Andet, angiv hvad: | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |

7.2 Patienter indlagt fra egen læge/vagtlæge

I dette afsnit ses på neurologiske patienter indlagt via egen læge eller vagtlæge.

Indenfor neurologi er det især indenfor sygdomme i kredsløbsorganer, hvor der er ”substituerbare indlæggelser”, hvilket primært skyldes ”substituerbare” indlæggelser for appoplexia cerebri UNS, *jf. bilag 10*.

Figur 23. Andele af ”substituerbare” indlæggelser på diagnoser opdelt på sygdomsgrupper indlagt via egen læge eller vagtlæge (se bilag d6 på diagnoseni-veau)



8. Diskussion

I alt er 409 skemaer blev gennemgået, heraf 334 skemaer om generelle medicinske sygdomme og 75 skemaer om neurologiske sygdomme.

Metodeovervejelser

Undersøgelsen omhandler tre akutenheder på 3 forskellige hospitaler. Ved at inddrage flere hospitaler og deres mulige interne forskelligheder vurderes resultaterne i højere grad at afspejle "den samlede virkelighed", end hvis analysen alene omfattede et enkelt hospital.

Der er kun set på indlæggelser via akutenhederne. Indlæggelser direkte til sengeafdelingen vil formentlig i højere grad være "ikke-substituerbare", idet borgeren ofte vil være inde i et forløb, som kræver diagnostisk udredning og behandling på hospital.

Når patienterne er henvist fra praktiserende læge, er både hospitalernes journalnotater og den praktiserende læges henvisningsnotat anvendt som grundlag til at vurdere "substituerbarheden" af indlæggelsen. I nogle tilfælde har der ikke været adgang til henvisningsnotatet, og vurderingen er foretaget alene ud fra hospitalernes journalnotater, hvilket kan indebære en usikkerhed.

Det kan overvejes, om man ud fra en retrospektiv tilgang kan afgøre, om en indlæggelse var "substituerbar". Ved gennemgangen er indlæggelserne forsøgt vurderet ud fra den viden, som man havde på indlæggelsestidspunktet og ikke ud fra den retrospektive viden om borgerens senere forløb. Men det vil alligevel være vanskeligt at tage højde for det pres, som lægen befinder sig i ved vurderingen af, hvorvidt en patient skal indlægges.

Kan man give anbefalinger ud fra en kvantitativ betragtning? Det vurderes, at en kvantitativ betragtning kan pege på, hvor der volumenmæssigt kan forekomme alternativer til indlæggelse. Men den kvantitative betragtning kan ikke stå alene, og der er derfor i rapporten også udvalgt cases med situationer til brug for fremtidig læring.

Vurderingen af om en indlæggelse er "substituerbar" kan aldrig blive eksakt videnskab. AEP-kriterierne er et forsøg på eksakt videnskab, men disse har i hvert fald for indlæggelser under 24 timer ikke vist sig tilstrækkelige til at forklare beslutninger om substituerbarheden af indlæggelser.

Der er også en del, som analysen ikke afdækker. Fx fokuseres alene på akut indlagte. På denne måde findes ikke mulige "substituerbare" indlæggelser til f.eks. planlagte korte behandlinger og diagnostiske indgreb. Ligeledes fokuseres alene på indlæggelser under 24 timer. Man får således ikke viden en kommunal indsats ville kunne gøre end forskel for gruppen indlagt over 24 timer.

Journalgennemgang i fremtiden

Metoden med journalgennemgang er ressourcekrævende, idet den kræver journalgennemgang af både praktiserende læger og speciallæger, samt efterfølgende databehandling.

Arbejdsgruppen anbefaler alligevel metoden med journalgennemgang og tværfaglig/sektoriel gennemgang, idet metoden vurderes at give et væsentligt indblik i årsagen til korttidsindlæggelser. Ofte anvendes analyser alene baseret på registeroplysninger, som kan bruges til fx at opgøre forskelle, men ikke årsager og handlemuligheder.

Hvis undersøgelsen skal gentages i fremtiden, bør analysen omhandle alle akutte medicinske indlæggelser for alle aldersgrupper, en udvidelse af indlæggelsestiden (fx indlæggelser med varighed under 48 timer) ligesom analysen ikke bør afgrænses til levende ved udskrivelsen og ikke bør udelade patienter overført/til fra andre hospitaler. Derudover anbefales AEP-kriterierne ikke, da de ikke vurderes anvendelige til korttidsindlæggelser.

Alle skemaer er udfyldt ”i hånden” og derefter indtastet. Ved en eventuel gentagelse af analysen bør skemaerne udvikles, så resultaterne kan indscannes elektronisk, ligesom skemaerne bør præudfyldes med oplysninger om cpr, indlæggelsesdato, tidspunkt på døgnnet, med henblik på at undgå ”indtastningsfejl” mv.

Kan de ”substituerbare” indlæggelser, der er fundet retrospektivt, undgås prospektivt gennem ændringer i organisering, arbejdsprocesser mv.

Den indlæggende læges beslutning om, hvorvidt en patient skal indlægges, afhænger i høj grad af *organisatoriske* og *ressourcemæssige* forhold og dermed af de løsninger, som reelt er til rådighed. Fx hvor let er det at få en hurtig ambulansetid? Hvordan er de praktiserende lægers mulighed, midt i en planlagt kalender, for at se patienten i eget hjem? Har den praktiserende læge adgang til hurtig blodprøvediagnostik? Osv.

Organisatoriske forhold kan således betyde, at en patient skal indlægges for at få adgang til en given diagnostisk undersøgelse, ligesom ressourcemæssige udfordringer kan betyde, at indlæggelse skønnes mest hensigtsmæssig i situationen. Ved diagnoserne DVT obs og subduralt hæmatom obs (mistanke om blødning uden på hjernen) efter hovedtraume kan særlige tiltag være velbegrundede for at undgå indlæggelse.

Særlige diagnoser.

Dyb venetrombose.

De organisatoriske forhold skønnes særligt væsentlige for henvisningsdiagnosen ”observation for venetrombose” (DVT obs), som vedrører blodproppdannelse i tilbageførsårerne (venerne) i læg, lår og bækken.

I analysen udgør patienter indlagt til observation for dyb venetrombose 9 pct., af samtlige 0-dages indlæggelser, heraf dagtid 5 pct. I akutenheden på Hvidovre Hospital har man tidligere opgjort, at kun ca. hver femte (20%) af de patienter, som henvises til ultralyd på mistanke om DVT, viste sig at have diagnosen.

DVT (dyb venetrombose) er som oftest lokaliseret i de dybe vener på underkøben, men kan også strække sig højt op i bækkenvenerne. DVT er en

potentiel farlig sygdom. Hvis der løsrives trombemateriale fra området, som sendes med blodbanen til lungevenerne, kan patienten dø af akut blodprop i lunge (lungeemboli). Der er således på mistanke om denne diagnose indikation for forebyggende medicinsk injektionsbehandling.

Normal procedure er, at patientgruppen indlægges og får taget en blodprøve til analyse af d-dimer. Hvis d-dimer er positiv, følges rutinemæssigt op med ultralydsundersøgelse. Hvis d-dimer er negativ, afhænger videre diagnostik af det kliniske billede. Sandsynligheden for, at en patient med negativ d-dimer i blodet har DVT, er yderst beskedent. Der kan dog være behov for ultralyd for at kunne stille en anden diagnose end DVT, eksempelvis Bakers cyste, hæmatom eller andet. Så en negativ d-dimer udelukker ikke, at efterfølgende videre udredning med ultralyd er indiceret.

Arbejdsgruppen anbefaler, at egen læge bør have en øget adgang til relevant akut ambulant diagnostik på området (fx d-dimer), evt. organiseret i forbindelse med akutenhederne.

En hel del patienter med mistanke om DVT men med kombinationen af negativ d-dimer og en ikke overbevisende klinik ville kunne afsluttes af egen læge.

Hvis adgang til akut ultralydsdiagnostik blev udvidet i dagtiden, ville flere patienter i et hospitalsforløb kunne blive undersøgt færdigt samme dag.

Men for de patienter, som henvises uden for en udvidet dagtid, finder arbejdsgruppen det fortsat rimeligt, at de indlægges og sættes i forebyggende behandling med heparin, indtil ultralydsundersøgelsen er foretaget.

Mistanke om blødning uden på hjernen efter (muligt) hovedtraume

På det neurologiske område kan organiseringen også have betydning.

Patienter indlagt til CT-scanning efter hovedtraume udgør 19 pct. af 0-dages indlæggelser i analysen vedr. neurologisk afdeling.

I dag indlægges patienter med henblik på CT-scanning, hvis der er mistanke om hjernelæsion/blødning (subduralt hæmatom) efter et kendt hovedtraume.

Arbejdsgruppen anbefaler, at egen læge bør kunne henvise direkte til (sub)akut CT-scanning. Ved fund af hæmatom, læsion eller andet patologisk kunne billeddiagnostisk afdeling henvise videre til Neurologisk Afdeling. Ved normal CT-scanning afsluttes pt. til egen læge.

Alternativt, eller samtidigt, kunne egen læge konferere med bagvagt på neurologisk afdeling. Efter aftale kan patient henvises direkte til CT-scanning uden indlæggelse.

Indlæggelser pr. telefon

I gennemgangen af journaler har der været få indlæggelser fra egen læge/vagtlæge pr. telefon. Dette medtages alligevel her, da det hyppigt omtales som uhensigtsmæssigt. Hyperakutte (umiddelbare) sygebesøg midt i en planlagt kalender er meget ubejlejlige, og må i den konkrete situation prioriteres i forhold

til andre behov. Indlæggelser pr. telefon vurderes i visse situationer at være den fagligt rigtige løsning, f.eks. ved akut opstået halvsidig lammelse, svære akutte brystmerter eller andre indlysende svære akutte tilstande. I andre og mindre kritiske akutte situationer kan egen læges kendskab til patienten være afgørende for, at indlæggelse er den rigtige løsning pr. tlf. uden forudgående undersøgelse. Hvis hjemmesygeplejerske telefonisk kontakter egen læge om en patients tilstand, som hjemmesygeplejen ”ikke kan tage ansvaret for”, vurderes telefonisk indlæggelse ligeledes at kunne være den rigtige løsning.

Plejhjemspatienter

Generelt bør specielt plejhjemspatienter vurderes inden indlæggelse. Indlæggelse er meget belastende for disse skrøbelige patienter, som ydermere befinder sig et sted med mulighed for faglig observation. Dvs. alt andet lige: der kunne med faglig begrundelse være en højere tærskel for indlæggelse fra plejhjem end for hjemmeboende. Det vurderes, at usikkerhed om kvaliteten af den observation, som kan tilbydes på plejhjem – specielt i vagttid – kan være indirekte årsag til indlæggelser.

Adgang til akut tid hos egen læge

Organiseringen hos egen læge kan også have betydning. Det kunne fx overvejes, om (vanskelig) adgang til akut tid hos egen læge medfører flere ”substituerbare indlæggelser”? Manglende adgang til akut tid kan både give flere selvhenvendende og medføre, at den praktiserende læge ser sig nødsaget til at indlægge pga. det tidspres, der opstår, når der i den praktiserende læges klinik er aftaler med andre – både akutte og elektive – patienter.

Kommunale tilbud

I rapporten er fundet, at de fleste korttidsindlæggelser kunne være undgået ved en anden visitation. Overraskende lidt retter sig mod kommunernes indsats i egen organisation, bortset fra at der fra plejhjemspatienter rekrutteres flere ”substituerbare” indlæggelser. Dette er i modsætning til eksisterende litteratur, som peger på at korttidsindlæggelserne i mange tilfælde kunne være undgået ved de rette kommunale indsatser (*jf. bilag 3, rapport om Effektiv kommunal forebyggelse.*).

Det bør dog bemærkes, at undersøgelsen ikke siger noget om andelen af ”substituerbare” indlæggelser blandt indlagte over 24 timer, og dermed heller ikke om en kommunal indsats kunne gøre end forskel for denne gruppe.

Kan man undgå ”substituerbare” indlæggelser?

Den retrospektive gennemgang ”langt fra kampens hede” viste, at 27 pct. af de akutte medicinske indlæggelser under 24 timer kunne være erstattet af alternative løsninger til indlæggelse. Men indlæggelserne er tilfældigt fordelt over et meget stort antal diagnoser og fra et meget stort antal læger. Ses alene på egen læge/vagtlæge, hvorfra 63 pct. af de substituerede indlæggelser stammer, visiterer hver praktiserende læge/vagtlæge årligt til 4 ”substituerbare” indlæggelser af borgere over 65 år til de tre hospitalers akutenheder, *figur 11*. Potentialet for at reducere antallet af ”substituerbare” indlæggelser er således formentlig begrænset.

En for stram visitation vil indebære, at "ikke-substituerbare" indlæggelser *ikke* bliver indlagt. Man må således tolerere en vis frekvens af "substituerbare" indlæggelser.

Hvad ønsker samfundet? Effektivitet og hurtige pakkeindlæggelser?

Når hospitalet under den korte indlæggelse finder, at beslutningsgrundlaget er tilvejebragt i form af blodprøver, EKG og objektiv gennemgang, samt timers tværfaglig observation (mindst læge og sygeplejerske ser patient), afgøres det, om fortsat indlæggelse eller udskrivning med opfølgning eller uden opfølgning kommer på tale. Hospitalerne er efterhånden tunet til at behandle og planlægge hurtigt 7/24. Ingen ville i den aktuelle situation have studset, hvis patienterne havde haft meget ventetid og været indlagt mere end 24 timer.

Da man lukkede medicinske senge, måtte man tage patienterne ud af dem. Det har hospitalerne gjort.

De "substituerbare" indlæggelser er vel ofte i virkeligheden: Accelererede diagnostiske indlæggelser, der under visse beskrevne omstændigheder kunne være håndteret på anden vis på nogle tider af døgnet afhængigt af den enkelte patients mobilitet og samlede problemstilling. Dette ville ofte have medført et større tidsforbrug og ofte større kompleksitet for patienten. Det er i mange tilfælde mere serviceminded at blive indlagt til accelereret diagnostik og behandling i det stående beredskab.

Om disse udredningspakker med let og lige adgang til accelereret diagnostik under akut indlæggelse fortsat skal være en mulighed må være genstand for en offentlig debat inddragende relevante beslutningstagere. Denne debat må vise, hvor snittet skal ligge. Og vi i sundhedsvæsenet må finde de enkle løsninger, hvor det er muligt..

9. anbefalinger

På baggrund af ovenstående analyse af indlæggelser under 24 timer anbefaler arbejdsgruppen flg. tiltag med henblik på i højere grad at finde alternative løsninger til indlæggelse:

- Det bør overvejes at organisere adgang for almen praksis til akut ambulante diagnostik uden indlæggelse, f.eks. ved at ambulante funktioner tilknyttes akutmodtagelsen. (Forslaget er begrundet i, at subakutte udfordringer tilsyneladende i nogle tilfælde håndteres ved akutte indlæggelser, f.eks. ved mistanke om dyb venetrombose og blødning ved hovedtraumer)
- Hospitalerne indleder drøftelser med kommunerne med henblik på en sygeplejefaglig opgradering af plejehjemmene
- Foranstaltninger med henblik på at forebygge hospitalsindlæggelser bør fremover i højere grad baseres på undersøgelser af herværende type og i mindre grad på de såkaldte LIS-opgørelser (om 'forebyggelige indlæggelser', '0-dagsindlæggelser' m.fl.), som hviler på antagelser, der ikke har kunnet genfindes i denne analyse
- Hvis undersøgelsen gentages, bør metoden bag undersøgelsen videreudvikles hvad angår indlæggelsestid, målgruppe og indhold

BILAG

Bilag 1: Evalueringsgruppens medlemmer

Allan Andersen, Ledende overlæge i Neurologisk Afdeling, Glostrup Hospital

Lars Petersen, overlæge i Akutmodtagelsen, Glostrup Hospital

Torben Emil Sejr, Kvalitetschef, Glostrup Hospital

Lars Rytter, Praktiserende læge og praksiskoordinator/hospitalspraksis-konsulent på Glostrup Hospital

Yves Sales, Praktiserende læge og praksiskoordinator på Amager og Hvidovre hospitaler indtil ultimo juni 2013 (pensioneret fra okt. 2013).

Kirsten Breindal, Vicedirektør, Hvidovre Hospital

Karen Bay Kønig, Ledende overlæge på Medicinsk Afdeling, Amager Hospital

Ove Andersen, Forskningschef, Hvidovre Hospital

Gertrude Elisabeth Ellekilde, Ledende overlæge på Akutmodtagelsen, Hvidovre Hospital

John Geil Sørensen, Enhedschef for Enhed for Tværsektorielt Samarbejde, Hvidovre Hospital

Signe Hermansen, Konsulent, Hvidovre Hospital

Derudover har reservelæge, Signe Korsgaard Skriver fra Medicinsk Afdeling Amager samt Afdelingslæge (neurologi, Glostrup) Line Lunde Larsen bidraget.

Bilag 2: Evalueringsskema

Evaluering af medicinske indlæggelser under 24 timer

Målgruppe for skema: 65+ årige + patient levende ved udskrivning indenfor 24 timer + ikke psykiatrisk indlæggelsesårsag + udskrevet til hjemmet

Skema udfyldes af erfaren speciallæge

Amager

Hvidovre

Glostrup Akutmotagelse

Glostrup Neurologisk

Cpr.nr: _____ - _____

Indlæggelsestidspunkt:

Hverdag (mandag – fredag indtil kl. 16)

Weekend (fredag efter kl. 16 – søndag)

Helligdag

Indlæggelsestidspunkt:

Dagvagt

Aftenvagt

Nattevagt

Akut indlæggelse via:

Egen læge (inkl. kørsel 112)

Vagtlæge

S-kontakter (selvhenvendere, ekskl. akut ambulance)

Ambulatorium

Anden afd.

Akut ambulance (ikke indlagt af vagtlæge/egen læge)

Genindlagt indenfor 24 timer

Henvisningsdiagnose: skriv tekst og diagnosekode _____

Diagnose ved journaloptagelse: skriv tekst og diagnosekode _____

Bidiagnoser: skriv tekst og diagnosekode _____

Udskrivningsdiagnose: skriv tekst og diagnosekode _____

Udskrives til:

Vanlig bolig

Andet, angiv hvad: _____

Patientens boform:

Egen bolig uden kommunal hjælp

Eget hjem, med kommunal hjemmepleje med daglig personlig pleje²

Anden boform, angiv hvilken

Eget hjem (evt. med praktisk hjælp fra kommunal hjemmepleje¹, men ekskl. daglig personlig pleje²)

Plejehjem

Ej oplyst

¹ Praktisk hjælp: Rengøring, indkøb, tøjvask, mv.

² Personlig pleje: Bad, af- og påklædning, toiletbesøg, sygepleje, hjælp til indtagelse af mad/drikke mv.

Sæt X ud for **et / flere kriterier**, som begrundet akut indlæggelse

Kriterier for udredning og behandlingsintensitet

- 1 Triageringsfarve:
 Rød Orange Gul Grøn Blå
- 2 Ankomst blodprøve foretaget. Hvis d-dimer er undersøgt:
 d-dimer forhøjet
 d-dimer normal
- 3 EKG foretaget
- 4 Billeddiagnostik foretaget
- 5 Medicingivning udover patientens vanlige (i.v. medicin/inhalation)
- 6 Tilførsel af i.v. væske
- 7 Tilførsel af blod
- 8 Observation for medicinforgiftning
- 9 Observation for rusforgiftning (alkohol, stoffer mv.)

Kriterier for sygdommens sværhedsgrad

- 10 Infiltrat på røntgen
- 11 Feber > 38° og positive urinstik
- 12 Billeddiagnostik viser akut behandlingskrævende tilstand
- 13 Svær elektrolyt eller blodgas forstyrrelser: mindst én af følgende
Na < 123 mmol/l eller > 156 mmol/l
K < 2,5 mmol/l eller > 6 mmol/l
Arteriel pH < 7,3 eller > 7,45
SAT < 92 %
- 14 Akut tab af syn eller hørelse indenfor de sidste 48 timer
- 15 Akut lammelse indenfor de sidste 48 timer
- 16 Persisterende feber > 38° C i mere end 5 dage
- 17 Pulsfrekvens < 50 eller > 140 / min
- 18 BT- systolisk: < 90 eller > 200 mmHg
og/eller
BT – diastolisk < 60 eller > 120 mmHg
- 19 Pludseligt opstået bevidstløshed (coma eller bevidsthedsvækkelse)
- 20 EKG tegn på forandringer som kan give mistanke om nyopstået iskæmi, rytmeforstyrrelser eller atrieflimmer
- 21 Kramper
- 22 Akut svær smerte i bryst eller hoved
- 23 Akut forvirringstilstand
- 24 Bekymring for om ophold i hjemmet er forsvarlig

Denne patient har haft et absolut behov for akut indlæggelse, hvis ja skyldes:

På baggrund af kriterier for udredning og behandlingsintensitet og/eller kriterier for sygdommens sværhedsgrad vurderes indlæggelse relevant (på tidspunktet for journalskrivning og/eller gennemgang)

Andet, angiv anden begrundelse for indlæggelsen: _____

Denne patient har ikke haft et absolut behov for akut indlæggelse

For alle patienter, der indgår i undersøgelsen ønskes følgende angivet:

Det vurderes, at man for denne patient med fordel kunne have anvendt en alternativ løsning til akut indlæggelse – i så fald hvilken? (sæt ét / flere X nedenfor)

- Ambulant udredning/behandling hos egen læge
- Ambulant udredning/behandling hos praktiserende speciallæge
- Ambulant udredning/behandling i sygehusambulatorium
- Planlagt (elektiv) indlæggelse
- Akut aflastningsplads på plejehjem
- Mere hjælp i hjemmet
- Forudgående bedre observation i kommunen
- Bedre medicingivning i kommunen
- Subakut geriatrisk vurdering
- Andet, angiv hvad:

Bilag 3. Udvalgt litteratur

Det er meget opmærksomhed om problemstillingen om korttidsindlæggelser, og der er en betydelig mængde litteratur om mulighederne for at forebygge medicinske akutte indlæggelse af ældre. I boks 1 vises et udsnit.

Boks 1. Udvalgt litteratur om forebyggelse af akutte medicinske indlæggelser.

Hver syvende akutte medicinske indlæggelse kan forebygges, Ugeskrift for Læger 27. maj 2013. Her undersøges omfanget af uhensigtsmæssige indlæggelse, som kunne være håndteret anderledes og dermed forebygget. Undersøgelsen omhandler 470 patienter på AMA på Bispebjerg Hospital. Det findes at 14 pct. af indlæggelserne kunne være undgået. Det konkluderes, at:

- Ej belæg for at patienter der ikke er tilset af læge forud for indlæggelsen hyppigere er uhensigtsmæssigt indlagt
- AEP-kriterierne kan ikke stå alene i vurdering af hensigtsmæssighed
- Ældre indlagt med henblik på væsketerapi udgør ikke nogen betydende del af de uhensigtsmæssige indlæggelser
- Indlæggelser klassificeret som uhensigtsmæssige i mange tilfælde er fagligt rimelige, men at senge dagsbelastende indlæggelser kan forebygges fx ved subakut henvisning til ambulatorium eller akut diagnostisk center og samarbejde med primærsektoren om efterfølgende udskrivning i vagtdøgnet.

Der afgrænses ikke på alder, indlæggelsens længde mv.

Det er tvivlsomt, om forebyggelige indlæggelser kan forebygges, Ugeskrift for Læger 27. maj 2013.

Sætter spørgsmålstegn ved hvordan man kan afgøre om en indlæggelse kunne være forebygget ”Hvilken forskel gør det mon, om man er den læge, der står med patienten og skal beslutte, om det er forsvarligt at undlade indlæggelse, eller om man er den ekspert, der retrospektivt langt fra kampens hede kan overveje, om patienten skulle have været indlagt?

Styrket indsats for den ældre medicinske patient, 2011, Sundhedsstyrelsen. Med henblik på at sikre den ældre medicinske patient får den rette behandling på det rette sted anbefales (p.9):

- Der bør indgås samarbejdsaftaler, som sikrer praktiserende læger/lægevan nem tilgængelig faglig rådgivning hele døgnet fra speciallæger på sygehus
- I regi af Sundhedsstyrelsen skal der foretages en afklaring af hvilke subakutte/akutte opgaver, der bør løses i kommunalt regi – herunder hvilke kompetencer, personalet bør have
- Kommunerne skal sikre let tilgængelige og overskuelige elektroniske oversigter (fx på sundhed.dk) over de lokale subakutte kommunale tilbud
- Regionerne bør sikre, at subakutte/akutte ambulante tilbud med bred tværfaglighed er en mulighed for ældre medicinske patienter med subakut/akut behov indenfor 1-2 døgn, samt er der er klar ansvar – og rollefordeling mellem alle involverede parter

Effektiv kommunal forebyggelse, med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser, april 2013, af KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi og Erhvervsministeriet og Ministeriet for Forebyggelse og Sundhed

- Rapporten ser bl.a. på akutte, medicinske korttidsindlæggelser, hvor patienten udskrives samme dag eller dagen efter indlæggelse.
- Af rapporten fremgår ”En høj forekomst – og her særligt overhyppighed – af disse korttidsindlæggelser kan indikere et højt niveau af uhensigtsmæssige indlæggelser, der kunne være undgået ved de rette kommunale indsatser og samarbejde på tværs”.
- Der findes i 2010 omkring 160.000 korttidsindlæggelser, hvoraf halvdelen forekom blandt ældre på 65 år eller derover.
- En betydelig del af det samlede antal korttidsindlæggelser forekommer hos borgere, der indlægges kortvarigt til observation (19 pct.) eller uden en klar diagnose kan fast-

slås (13 pct.).

- På tværs af kommuner er der en betydelig variation i forekomsten af korttidsindlæggelser, og indenfor den samme region varierer andelen af korttidsindlæggelser typisk med mere end 100 pct. Variationer i den størrelsesorden indikerer et betydeligt potentiale for at kommunale indsatser kan reducere omfanget af uhensigtsmæssige akutte indlæggelser på de medicinske afdelinger.

Region Hovedstadens Ledelsesinformation om 0 dages indlæggelser. Regionen offentliggør løbende statistik om omfanget af 0 dages indlæggelser med henblik på kommunikation i bl.a. samordningsudvalg om nedbringelse.

Region Hovedstadens Ledelsesinformation om forebyggelige (gen) indlæggelser: Regionen offentliggør løbende statistik om omfanget af 9 såkaldte forebyggelige diagnoser, hvor det er vurderet at kommunerne har særlig mulighed for at forebygge indlæggelse. Disse diagnoser omtales i en lang række publikationer.

Bilag 4. Indlæggelsesdiagnose for 3 akutenheder

Tabel 9. Fordeling af ”ikke-substituerbare” vs. ”substituerbare” indlæggelser på diagnoser opdelt på sygdomsgrupper på diagnoseniveau for akutenhederne på Amager, Hvidovre og Glostrup hospitaler

| | Diagnose- kode | Diagnose | Ikke sub- stituerba- re ind- læggelser | Substitu- erbare indlæg- gelser | Samlet antal ind- læggelser |
|---------------------------------------|-------------------|--|---|--|-----------------------------------|
| Infektionssyg- domme (A og B) | A047 | Enterokolitis forårsaget af Clostridium difficile | 1 | | 1 |
| | A09 | Anden gastroenteritis og colitis af infektiøs eller ikke spe | | 1 | 1 |
| | A099 | Gastroenteritis eller colitis af ikke specificeret årsag | 2 | | 2 |
| | A419B | Urosepsis | 1 | 1 | 2 |
| | A469 | Rosen UNS | 2 | 2 | 4 |
| | A498 | Anden bakteriel infektion uden angivelse af lokalisation | | 1 | 1 |
| | B09 | Virussygdomme uden nærmere specificering karakteriseret ved | | 1 | 1 |
| | B820 | Intestinal ormesygdom UNS | | 1 | 1 |
| | BIAZ0 | Anlæggelse af gastro-intestinal sonde | 1 | | 1 |
| | BWTT18M | Tilsyn, medicinsk UNS | 1 | | 1 |
| Endokrine syg- domme (E) | E106 | Type 1-diabetes med anden komplikation | 1 | | 1 |
| | E148 | Diabetes UNS med komplikation UNS | 1 | | 1 |
| | E162 | Hypoglykæmi UNS | 2 | | 2 |
| | E725A | Nonketotisk hyperglycinæmi | 1 | | 1 |
| | E869a | Dehydrering | 5 | 2 | 7 |
| | E875 | Hyperkaliæmi | 3 | | 3 |
| Sygdomme i kredsløbsorganer (I) | I109 | Essentiel hypertension | 7 | | 7 |
| | I200 | Ustabil angina pectoris | 4 | | 4 |
| | I209 | Angina pectoris UNS | 6 | | 6 |
| | I249 | Akut iskæmisk hjertesygdom UNS | 6 | | 6 |
| | I259 | Kronisk iskæmisk hjertesygdom UNS | 1 | | 1 |
| | I269A | Lungeemboli UNS | 1 | | 1 |
| | I309 | Akut perikarditis UNS | | 1 | 1 |
| | I319 | Sygdom i perikardiet UNS | 1 | | 1 |
| | I38 | Endokarditis uden angivelse klapaffektion | 1 | | 1 |
| | I489 | Atrieflagren eller atrieflimren UNS | 16 | 1 | 17 |
| | I500 | Kronisk hjerteinsufficiens | | 1 | 1 |
| | I509 | Hjertesvigt UNS | 1 | 2 | 3 |
| | I694 | Senfølge efter tidligere apoplexia cerebri | | 1 | 1 |
| | I800 | Superficiel flebitis eller tromboflebitis i underekstremitet | 1 | | 1 |
| | I802B | Dyb tromboflebitis i anden vene i underekstremitet | 2 | | 2 |
| | I803 | Flebitis eller tromboflebitis i underekstremitet UNS | 15 | 3 | 18 |
| | I803E | Dyb tromboflebitis i underekstremitet UNS | 9 | | 9 |
| I959 | Hypotension UNS | 1 | | 1 | |
| Sygdomme i ån- dedrætsorganer | J129 | Viruspneumoni UNS | | 1 | 1 |
| | J159 | Bakteriel pneumoni UNS | 1 | 1 | 2 |

| | | | | | |
|----------------|--|--|----|---|----|
| (J) | J18 | Lungebetændelse forårsaget af ikke nærmere specificeret mikr | | 1 | 1 |
| | J181 | Lobær pneumoni UNS | | 1 | 1 |
| | J189 | Pneumoni UNS | 8 | 3 | 11 |
| | J440 | Kronisk obstruktiv lungesygdom med akut nedre luftvejs infek | 1 | | 1 |
| | J441 | Kronisk obstruktiv lungesygdom med akut eksacerbation UNS | 13 | 3 | 16 |
| | J449 | Kronisk obstruktiv lungesygdom UNS | 3 | | 3 |
| | J459 | Astma UNS | 2 | 1 | 3 |
| | J960 | Akut respirationsinsufficiens | 1 | 1 | 2 |
| | J969 | Respirationsinsufficiens UNS | 1 | | 1 |
| Symptomer (R) | R000 | Takykardi UNS | 1 | | 1 |
| | R002 | Hjertebanken | 1 | 1 | 2 |
| | R008A | Hjerterytmie UNS | 1 | | 1 |
| | R042 | Hæmoptyse | | 1 | 1 |
| | R059 | Hoste UNS | 1 | | 1 |
| | R060 | Dyspnø | 7 | 7 | 14 |
| | R073 | Andre brystmerter | 1 | | 1 |
| | R074 | Brystmerter UNS | 21 | 3 | 24 |
| | R104 | Andre eller ikke specificerede mavesmerter | | 1 | 1 |
| | R219 | Hududslæt UNS | | 1 | 1 |
| | R296 | Faldtendens IKA | 2 | | 2 |
| | R319 | Hæmaturi UNS | | 1 | 1 |
| | R402 | Koma UNS | 1 | | 1 |
| | R410 | Konfusion UNS | 1 | 1 | 2 |
| | R429 | Vertigo UNS | 6 | 4 | 10 |
| | R432 | Forandret smagsoplevelse | | 1 | 1 |
| | R509 | Feber UNS | 1 | | 1 |
| | R519 | Hovedpine UNS | 1 | 1 | 2 |
| | R520 | Akutte smerter | 1 | | 1 |
| | R521B | Komplekse maligne smerter | 1 | | 1 |
| | R53 | Utilpashed og træthed | | 1 | 1 |
| | R539 | Utilpashed eller udmattelse UNS | 3 | 2 | 5 |
| | R539F | Utilpashed | | 1 | 1 |
| | R559 | Besvimelse eller kollaps | 6 | | 6 |
| | R559b | Lipotymi UNS | 3 | | 3 |
| | R600 | Lokaliseret ødem | | 1 | 1 |
| | R609 | Ødem UNS | | 2 | 2 |
| | R673 | Fuldstændig afhængig | | 1 | 1 |
| | R73 | Forhøjet blodsukker | | 1 | 1 |
| | R739 | Hyperglykæmi UNS | | 1 | 1 |
| | R798 | Anden abnorm blodprøve | 1 | | 1 |
| | R040 | Næseblod | 1 | | 1 |
| | R064 | Hyperventilation | 1 | | 1 |
| R40 | Bevidsthedspåvirkning | 1 | | 1 | |
| R102 | Mavesmerter lokaliseret til bækken og bækkenbund | 1 | | 1 | |

| | | | | | |
|--|--|--|-----|----|-----|
| Observations årsager (Z) | Z034 | Observation pga. mistanke om myokardieinfarkt | 8 | 1 | 9 |
| | Z038 | Observation pga. mistanke om anden sygdom eller tilstand | 4 | 2 | 6 |
| | Z038A | Obs. på grund af mistanke om urinvejsinfektion | | 1 | 1 |
| | Z038B | Obs. på grund af mistanke om urinvejs sygdom UNS | | 1 | 1 |
| | Z749 | Problem i forbindelse med afhængighed af pleje UNS | 1 | | 1 |
| Andre årsager | F009 | Demens ved Alzheimers sygdom UNS | | 2 | 2 |
| | F011 | Multi-infarkt demens | 1 | | 1 |
| | F059 | Delir UNS | 2 | | 2 |
| | F100 | Akut alkoholintoksikation | 4 | 2 | 6 |
| | F1000 | Akut ukompliceret alkoholintoksikation | 1 | | 1 |
| | F102 | Alkoholafhængighedssyndrom | 1 | | 1 |
| | F412 | Lettere angst-depressionstilstand | 1 | | 1 |
| | G209 | Parkinsons sygdom | | 1 | 1 |
| | G252 | Anden form for tremor | 1 | | 1 |
| | G409 | Epilepsi UNS | 1 | | 1 |
| | G419 | Status epilepticus UNS | 1 | | 1 |
| | G430 | Migræne uden aura | 1 | | 1 |
| | H811 | Vertigo paroxystica benigna | 1 | | 1 |
| | H813 | Anden form for perifer vertigo | 1 | | 1 |
| | K293 | Kronisk superficiel gastritis | 1 | | 1 |
| | K309 | Funktionel dyspepsi UNS | | 2 | 2 |
| | K522 | Gastroenteritis eller colitis forårsaget af allergi eller fø | 1 | | 1 |
| | K529A | Ikke-infektøs colitis UNS | 1 | | 1 |
| | K590 | Forstoppelse | 2 | 1 | 3 |
| | K802 | Galdesten uden kolecystitis | 1 | | 1 |
| | L899 | Decubitus UNS | | 1 | 1 |
| | M545 | Lændesmerter UNS | 1 | 1 | 2 |
| | M549 | Rygsmertter UNS | | 1 | 1 |
| | M796 | Ekstremitetssmerter | 1 | 3 | 4 |
| | N109 | Akut tubulointerstitiel nefritis UNS | 1 | 1 | 2 |
| | N300 | Akut blærebetændelse | 1 | 2 | 3 |
| | N309 | Cystitis UNS | | 1 | 1 |
| | S000 | Overfladisk læsion af skalpen | 1 | | 1 |
| | S060 | Hjernerytelse | 2 | | 2 |
| | T42 | Forgiftninger med epilepsi-, sove- og antiparkinsonmidler | 1 | | 1 |
| | T429 | Forgiftning med epilepsi-, sove- eller antiparkinsonmiddel U | 1 | | 1 |
| | T459 | Forgiftning med lægemiddel UNS med systemisk eller hæg. | | 1 | 1 |
| | T784 | Allergi UNS | 1 | 1 | 2 |
| | T887 | Lægemiddelbivirkning UNS | 1 | | 1 |
| T399 | Forgiftning med svagt smertestillende middel UNS | 1 | | 1 | |
| T783 | Quinkes ødem | 1 | | 1 | |
| Ondartet tilstand (C og D) | D648 | Anden anæmi | 1 | | 1 |
| | D649 | Anæmi UNS | 5 | 4 | 9 |
| Ikke oplyst | - | Ikke oplyst | 2 | | 2 |
| Samlet antal indlæggelser under 24 timer | | | 243 | 91 | 334 |

Bilag 5. AEP 1-kriterier for de 3 akutenheder

Tabel 10. Fordeling af ”substituerbare” og ”ikke-substituerbare” indlæggelser – opdelt på kriterier for udredning og behandlingsintensitet^{AEP1}

| -kriterier | Kriterier for udredning og behandlingsintensitet og sygdom | Ikke substitu- erbare ind- læggelser | Substituerbare indlæggelser |
|---|--|--|--------------------------------|
| | EKG foretaget (3) | 169 | 44 |
| | Billeddiagnostik foretaget (4) | 78 | 31 |
| AEP (krite- rium er til- føjet inha- lation) | Medicering udover patientens vanlige (i.v. medicin/inhalation) (5) | 81 | 16 |
| AEP | Tilførsel af i.v. væske (6) | 35 | 10 |
| | Tilførsel af blod (7) | 5 | 0 |
| AEP | Observation for medicinforgiftning (8) | 5 | 1 |
| | Observation for rusforgiftning (9) | 3 | 2 |
| AEP | Infiltrat på røntgen (10) | 2 | 2 |
| AEP | Feber > 38° og positive urinstik (11) | 1 | 1 |
| AEP | Billeddiagnostik viser akut behandlingskrævende tilstand (12) | 1 | 1 |
| AEP | Svær elektrolyt eller blodgas forstyrrelser: mindst én af følgende Na < 123 mmol/l eller > 156 mmol/l K < 2,5 mmol/l eller > 6 mmol/l Arteriel pH < 7,3 eller > 7,45 SAT < 92 % (13) | 5 | 0 |
| AEP | Akut tab af syn eller hørelse indenfor de sidste 48 timer (14) | 0 | 0 |
| AEP | Akut lammelse indenfor de sidste 48 timer (15) | 1 | 0 |
| AEP | Persisterende feber > 38° C i mere end 5 dage (16) | 0 | 0 |
| AEP | Pulsfrekvens < 50 eller > 140 / min (17) | 5 | 0 |
| AEP | BT- systolisk: < 90 eller > 200 mmHg og/eller BT – diastolisk < 60 eller > 120 mmHg (18) | 6 | 1 |
| AEP | Pludseligt opstået bevidstløshed (coma eller bevidsthedsvækkelse)(19) | 3 | 0 |
| AEP | EKG tegn på forandringer som kan give mistanke om nyopstået iskæmi, rytmeforstyrrelser eller atrieflimmer (20) | 17 | 0 |
| | Kramper (21) | 2 | 0 |
| | Akut svær smerte i bryst eller hoved | 51 | 1 |
| | Akut forvirringstilstand (23) | 3 | 4 |
| | Bekymring ophold i hjem (24) | 9 | 6 |

Tabel 12 viser fordelingen af indlæggelser i relation til opfyldte/ikke opfyldte AEP-kriterier sammenholdt med ”substituerbarheden” af indlæggelsen. Det ses, at AEP-kriterierne alene opfangende omkring halvdelen af de ”ikke-substituerbare” indlæggelser. Kriterierne er således ubrugelige til at udpege hvilke korttidsindlagte der skal indlægges. Særligt opfyldes kriterierne om medicering og tilførsel af i.v. væske.

Tabel 11. Oversigt over antal indlæggelser (292), der ved akut indlæggelse opfyldte/ikke opfyldte et eller flere AEP-kriterier (fem AEP-kriterier er udeladt jf. nedenfor)

| | Ikke substituerbare indlæggelser | Substituerbare indlæggelser* | Samlet |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-------------|
| Ingen opfyldte AEP-kriterier | 114 (47 %) | 66 (73 %) | 180 (54 %) |
| Et/flere opfyldte AEP-kriterier | 129 (53 %) | 25 (27 %) | 154 (46 %) |
| Samlet | 243 (100 %) | 91 (100 %) | 334 (100 %) |

Note: Under medicingivning med iv-væske er *tilføjet* "inhalation". Dette bevirker, at antallet af patienter, som opfylder AEP-kriterierne overvurderes. Ligesom det ikke er muligt at vurdere hvor mange "substituerbare" indlæggelser, som opfylder AEP-kriterierne.

Udeladte AEP-kriterier:

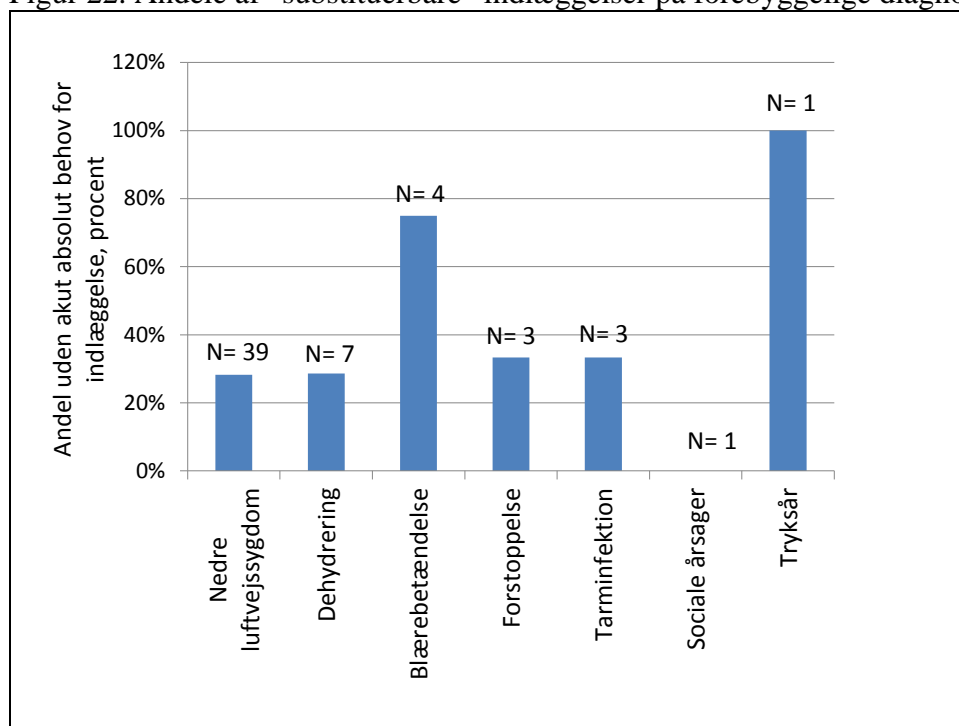
Det er valgt ikke at medtage fem AEP-kriterier, idet det vurderes, at hvis kriterierne opfyldes, så er indlæggelsen "ikke-substituerbar", samt vil være mere end 24 timer. De udeladte AEP-kriterier er:

1. Kirurgisk eller anden behandling indenfor 24 timer, der kræver generel/regional anæstesi og/eller udstyr eller faciliteter, der kun er til rådighed under indlæggelse
2. Monitorering af vitale parametre mindst hver anden time
5. Kontinuerlig eller intermitterende (mindst hver 8 time) respiratorisk assistance
10. Pågående blødning
11. Gabende sår eller udfald af indre organer

Derudover er under medicingivning med iv-væske *tilføjet* "inhalation". Dette bevirker at antallet af patienter, som opfylder AEP-kriterierne overvurderes.

Bilag 6. Forebyggelige indlæggelser

Figur 22. Andele af "substituerbare" indlæggelser på forebyggelige diagnoser*



Note: Diagnoseopdelingen på forebyggelige indlæggelser er fra "Region Hovedstadens Ledelsesinformation om forebyggelige (gen)indlæggelser"

Bilag 7. Indlæggelsesdiagnose for de 3 akutenheder indlagt via egen læge eller vagtlæge

Tabel 12. Fordeling af ”ikke-substituerbare” vs. ”substituerbare” indlæggelser på diagnoser opdelt på sygdomsgrupper indlagt via egen læge eller vagtlæge på diagnosniveau

| | Diagnosekode | Diagnose | Ikke substituerbare indlæggelser | Substituerbare indlæggelser | Samlet antal indlæggelser |
|---------------------------------|--|---|----------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Andre årsager | F059 | Delir UNS | 1 | | 1 |
| | F100 | Akut alkoholintoksikation | 1 | 1 | 2 |
| | F102 | Alkoholafhængighedssyndrom | 1 | | 1 |
| | G252 | Anden form for tremor | 1 | | 1 |
| | G430 | Migræne uden aura | 1 | | 1 |
| | K309 | Funktionel dyspepsi UNS | | 1 | 1 |
| | K529A | Ikke-infektøs colitis UNS | 1 | | 1 |
| | K590 | Forstoppelse | 2 | | 2 |
| | L899 | Decubitus UNS | | 1 | 1 |
| | M545 | Lændesmerter UNS | 1 | 1 | 2 |
| | M549 | Rygsmertter UNS | | 1 | 1 |
| | M796 | Ekstremitetssmerter | 1 | 1 | 2 |
| | N109 | Akut tubulointersticiel nefritis UNS | 1 | 1 | 2 |
| | N300 | Akut blærebetændelse | 1 | 1 | 2 |
| | N309 | Cystitis UNS | | 1 | 1 |
| | T42 | Forgiftninger med epilepsi-, sove- og antiparkinsonmidler | 1 | | 1 |
| | T459 | Forgiftning med lægemiddel UNS med systemisk eller hæmato | | 1 | 1 |
| | T784 | Allergi UNS | | 1 | 1 |
| | T887 | Lægemiddelbivirkning UNS | 1 | | 1 |
| T399 | Forgiftning med svagt smertestillende middel UNS | 1 | | 1 | |
| Endokrine sygdomme (E) | E148 | Diabetes UNS med komplikation UNS | 1 | | 1 |
| | E725A | Nonketotisk hyperglycinæmi | 1 | | 1 |
| | E869a | Dehydrering | 5 | 2 | 7 |
| | E875 | Hyperkaliami | 2 | | 2 |
| Infektionssygdomme (A og B) | A047 | Enterokolitis forårsaget af Clostridium difficile | 1 | | 1 |
| | A099 | Gastroenteritis eller colitis af ikke specificeret årsag | 1 | | 1 |
| | A419B | Urosepsis | | 1 | 1 |
| | A469 | Rosen UNS | 2 | 2 | 4 |
| | B820 | Intestinal ormesygdom UNS | | 1 | 1 |
| | BIAZ0 | Anlæggelse af gastro-intestinal sonde | 1 | | 1 |
| Observations årsager (Z) | Z034 | Observation pga. mistanke om myokardieinfarkt | 6 | 1 | 7 |
| | Z038 | Observation pga. mistanke om anden sygdom eller tilstand | 1 | 1 | 2 |
| | Z038A | Obs. på grund af mistanke om urinvejsinfektion | | 1 | 1 |
| | Z038B | Obs. på grund af mistanke om urinvejssygdom UNS | | 1 | 1 |
| Sygdomme i kredsløbsorganer (I) | I109 | Essentiel hypertension | 4 | | 4 |
| | I200 | Ustabil angina pectoris | 2 | | 2 |

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|-----|----|-----|
| | I209 | Angina pectoris UNS | 4 | | 4 |
| | I249 | Akut iskæmisk hjertesygdom UNS | 3 | | 3 |
| | I309 | Akut perikarditis UNS | | 1 | 1 |
| | I38 | Endokarditis uden angivelse klapaffektion | 1 | | 1 |
| | I489 | Atrieflagren eller atrieflimren UNS | 4 | 1 | 5 |
| | I500 | Kronisk hjerteinsufficiens | | 1 | 1 |
| | I509 | Hjertesvigt UNS | 1 | 1 | 2 |
| | I802B | Dyb tromboflebitis i anden vene i underekstremitet | 1 | | 1 |
| | I803 | Flebitis eller tromboflebitis i underekstremitet UNS | 14 | 3 | 17 |
| | I803E | Dyb tromboflebitis i underekstremitet UNS | 7 | | 7 |
| | I959 | Hypotension UNS | 1 | | 1 |
| Sygdomme i ånde- drætsorganer (J) | J129 | Viruspneumoni UNS | | 1 | 1 |
| | J159 | Bakteriel pneumoni UNS | 1 | 1 | 2 |
| | J18 | Lungebetændelse forårsaget af ikke nærmere specificeret mikr | | 1 | 1 |
| | J189 | Pneumoni UNS | 6 | 3 | 9 |
| | J441 | Kronisk obstruktiv lungesygdom med akut eksacerbation UNS | 2 | 2 | 4 |
| | J449 | Kronisk obstruktiv lungesygdom UNS | 1 | | 1 |
| | J459 | Astma UNS | | 1 | 1 |
| | J960 | Akut respirationsinsufficiens | | 1 | 1 |
| | J969 | Respirationsinsufficiens UNS | 1 | | 1 |
| Symptomer (R) | R000 | Takykardi UNS | 1 | | 1 |
| | R042 | Hæmoptyse | | 1 | 1 |
| | R059 | Hoste UNS | 1 | | 1 |
| | R060 | Dyspnø | 6 | 4 | 10 |
| | R074 | Brystsmerter UNS | 12 | | 12 |
| | R104 | Andre eller ikke specificerede mavesmerter | | 1 | 1 |
| | R219 | Hududslæt UNS | | 1 | 1 |
| | R402 | Koma UNS | 1 | | 1 |
| | R410 | Konfusion UNS | | 1 | 1 |
| | R429 | Vertigo UNS | 2 | 1 | 3 |
| | R519 | Hovedpine UNS | 1 | 1 | 2 |
| | R521B | Komplekse maligne smerter | 1 | | 1 |
| | R539 | Utilpashed eller udmattelse UNS | 1 | | 1 |
| | R559 | Besvimelse eller kollaps | 2 | | 2 |
| | R600 | Lokaliseret ødem | | 1 | 1 |
| | R609 | Ødem UNS | | 1 | 1 |
| | R673 | Fuldstændig afhængig | | 1 | 1 |
| | R73 | Forhøjet blodsukker | | 1 | 1 |
| | R739 | Hyperglykæmi UNS | | 1 | 1 |
| | R798 | Anden abnorm blodprøve | 1 | | 1 |
| R102 | Mavesmerter lokaliseret til bækken og bækkenbund | 1 | | 1 | |
| Ondartet tilstand (C og D) | D648 | Anden anæmi | 1 | | 1 |
| | D649 | Anæmi UNS | 4 | 4 | 8 |
| Samlet | | | 124 | 57 | 181 |

Bilag 8. AEP 1-kriterier for Neurologisk område

Tabel 13. Fordeling af ”substituerbare” og ”ikke-substituerbare” indlæggelser – opdelt på kriterier for udredning og behandlingsintensitet, (fem AEP-kriterier er udeladt jf. bilag 3), Neurologisk område

| AEP1-kriterier | Kriterier for udredning og behandlingsintensitet og sygdom | absolut behov for indlæggelse | Substituerbare indlæggelser |
|--|--|-------------------------------|-----------------------------|
| | EKG foretaget (3) | 21 | 10 |
| | Billeddiagnostik foretaget (4) | 28 | 6 |
| AEP (kriterium er tilføjet inhalation) | Medicering uover patientens vanlige (i.v. medicin/inhalation) (5) | 1 | 0 |
| AEP | Tilførsel af i.v. væske (6) | 1 | 0 |
| | Tilførsel af blod (7) | 0 | 0 |
| AEP | Observation for medicinforgiftning (8) | 0 | 0 |
| | Observation for rusforgiftning (9) | 0 | 0 |
| AEP | Infiltrat på røntgen (10) | 0 | 0 |
| AEP | Feber > 38° og positive urinstik (11) | 0 | 0 |
| | | | |
| AEP | Billeddiagnostik viser akut behandlingskrævende tilstand (12) | 1 | 0 |
| AEP | Svær elektrolyt eller blodgas forstyrrelser: mindst én af følgende Na < 123 mmol/l eller > 156 mmol/l K < 2,5 mmol/l eller > 6 mmol/l Arteriel pH < 7,3 eller > 7,45 SAT < 92 % (13) | 0 | 0 |
| AEP | Akut tab af syn eller hørelse indenfor de sidste 48 timer (14) | 0 | 1 |
| AEP | Akut lammelse indenfor de sidste 48 timer (15) | 6 | 1 |
| AEP | Persisterende feber > 38° C i mere end 5 dage (16) | 0 | 0 |
| AEP | Pulsfrekvens < 50 eller > 140 / min (17) | 0 | 0 |
| AEP | BT- systolisk: < 90 eller > 200 mmHg og/eller BT – diastolisk < 60 eller > 120 mmHg (18) | 0 | 0 |
| AEP | Pludseligt opstået bevidstløshed (coma eller bevidsthedsvækkelse)(19) | 1 | 0 |
| AEP | EKG tegn på forandringer som kan give mistanke om nyopstået iskæmi, rytmeforstyrrelser eller atrieflimmer (20) | 0 | 0 |
| | Kramper (21) | 4 | 0 |
| | Akut svær smerte i bryst eller hoved | 6 | 1 |
| | Akut forvirringstilstand (23) | 3 | 2 |
| | Bekymring ophold i hjem (24) | 5 | 4 |

Tabel 15 viser fordelingen af indlæggelser i relation til opfyldte/ikke opfyldte AEP-kriterier sammenholdt med ”substituerbarheden” af indlæggelsen. Det ses at AEP-kriterierne alene opfanger 22 pct. af ”ikke-substituerbare” indlæggelser. Kriterierne er således ubrugelige til at udpege hvilke korttidsindlagte der skal indlægges.

Tabel 14. Oversigt over antal indlæggelser (291), der ved akut indlæggelse opfyldte/ikke opfyldte et eller flere AEP-kriterier (fem AEP-kriterier er udeladt jf. bilag xx), Neurologisk område

| | Ikke-substituerbare indlæggelser | Substituerbare indlæggelser | Samlet |
|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------|
| Ingen opfyldte AEP-kriterier | 35 (78%) | 28 (93%) | 63 (84%) |
| Et/flere opfyldte AEP-kriterier | 10 (22%) | 2 (7%) | 12 (16%) |
| Samlet | 45 (100%) | 30 (100%) | 75 (100%) |

Bilag 9. Indlæggelsesdiagnose for Neurologi

Tabel 15. Fordeling af ”ikke-substituerbare” vs. ”substituerbare” indlæggelser på diagnoser opdelt på sygdomsgrupper på diagnoseniveau, neurologi

| | | | Ikke-substituerbare indlæggelser | Substituerbare indlæggelser | Samlet |
|--|--------|---|----------------------------------|-----------------------------|--------|
| Infektionssygdomme (A og B) | A692D | Borrelia polyradikulitis | | 1 | 1 |
| Ondartet tilstand (Malignancy, C og D) | C719 | Kræft i hjernen UNS | 2 | | 2 |
| Endokrine sygdomme (E) | E869 | Volumennedsættelse af plasma eller ekstracellulær væske | 1 | | 1 |
| Sygdomme i kredsløbsorganer (I) | I609 | Subaraknoidalblødning UNS | 2 | 1 | 3 |
| | I639 | Hjerneinfarkt UNS | | 1 | 1 |
| | I649 | Apoplexia cerebri UNS | 9 | 8 | 17 |
| Symptomer (R) | R251 | Tremor UNS | | 1 | 1 |
| | R298A | Symptom i nervesystemet UNS | | 1 | 1 |
| | R429 | Vertigo UNS | 1 | 3 | 4 |
| | R519 | Hovedpine UNS | | 2 | 2 |
| | R55 | Besvimelse og kollaps | 1 | | 1 |
| | R559 | Besvimelse eller kollaps | | 1 | 1 |
| | R568 | Andre eller ikke specificerede kramper | 2 | | 2 |
| Observations årsager (Z) | Z033 | Observation pga. mistanke om sygdom i nervesystem | 2 | 2 | 4 |
| Andre årsager | F039 | Demens UNS | 1 | | 1 |
| | G406 | Generaliseret tonisk-klonisk anfald UNS | 1 | | 1 |
| | G409 | Epilepsi UNS | 1 | | 1 |
| | G439 | Migræne UNS | | 1 | 1 |
| | G442 | Spændingshovedpine | | 1 | 1 |
| | G459 | Transitorisk anfald af cerebral iskæmi UNS | 2 | 3 | 5 |
| | G518 | Anden sygdom i ansigtets bevægelsesnerve | | 1 | 1 |
| | G519 | Sygdom i ansigtets bevægelsesnerve UNS | 1 | | 1 |
| | G563 | Neuropati i nervus radialis | 1 | | 1 |
| | G649 | Anden sygdom i perifere nervesystem | 1 | 1 | 2 |
| | K529 | Anden ikke-infektøs gastroenterit eller colit UNS | | 1 | 1 |
| | S064 | Traumatisk epidural blødning | 1 | | 1 |
| | S065 | Traumatisk subdural blødning | 16 | 1 | 17 |
| | Samlet | | | 45 | 30 |

Bilag 10. Indlæggelsesdiagnose for Neurologi, indlagt via egen læge

Tabel 16. Fordeling af ”ikke-substituerbare” vs. ”substituerbare” indlæggelser på diagnoser opdelt på sygdomsgrupper indlagt via egen læge eller vagtlæge på diagnoseniveau, Neurologi

| Diagnoseopdel | Diagnoseanvendt | Diagnoseanvendt, kode | Ikke-substituerbare indlæggelser | Substituerbare indlæggelser | Samlet |
|--|-----------------|---|----------------------------------|-----------------------------|--------|
| Andre årsager | G409 | Epilepsi UNS | 1 | | 1 |
| | G439 | Migræne UNS | | 1 | 1 |
| | G459 | Transitorisk anfald af cerebral iskæmi UNS | 2 | 1 | 3 |
| | G518 | Anden sygdom i ansigtets bevægenerve | | 1 | 1 |
| | G519 | Sygdom i ansigtets bevægenerve UNS | 1 | | 1 |
| | G649 | Anden sygdom i perifere nervesystem | 1 | | 1 |
| | S065 | Traumatisk subdural blødning | 12 | 1 | 13 |
| Infektionssygdomme (A og B) | A692D | Borrelia polyradikulitis | | 1 | 1 |
| Observations årsager (Z) | Z033 | Observation pga. mistanke om sygdom i nervesystem | | 1 | 1 |
| Ondartet tilstand (Malignancy, C og D) | C719 | Kræft i hjernen UNS | 2 | | 2 |
| Sygdomme i kredsløbsorganer (I) | I609 | Subaraknoidalblødning UNS | 2 | | 2 |
| | I639 | Hjerneinfarkt UNS | | 1 | 1 |
| | I649 | Apoplexia cerebri UNS | 7 | 8 | 15 |
| Symptomer (R) | R429 | Vertigo UNS | 1 | 2 | 3 |
| | R559 | Besvimelse eller kollaps | | 1 | 1 |
| Samlet | | | 29 | 18 | 47 |

Bilag 11. Faglige temaer opstået ved audit

Ovenfor er givet et kvantitativt indblik i behovet for indlæggelse, som er opnået ved gennemgang af en lang række journaler. Med henblik på også at kunne omsætte disse resultater til ændret adfærd i praksis, medtages også cases til faglig dialog fra gennemgangen.

Behov for indlæggelser for udvalgte diagnoser

I arbejdsgruppen er behovet for indlæggelse via egen læge/vagtlæge drøftet for udvalgte diagnoser og situationer mellem de praktiserende læger og speciallæger i arbejdsgruppen. Resultatet fremgår af tabel 17.

Som tidligere nævnt er en vurdering af behovet for indlæggelse ikke en eksakt videnskab, og tabel 9 skal derfor ikke opfattes som en "facitliste" til, hvornår en patient skal indlægges, men alene som et udspil til en faglig dialog.

Tabel 17. Drøftelse af behov for indlæggelser via egen læge eller vagtlæge for udvalgte diagnoser og situationer.

| Case | Diagnose | Beskrivelse | Vurdering |
|------|--|--|--|
| 1 | Erysipelas | 72 årig kvinde indlægges via egen læge. Afebril men klinisk erysipelas (rosen). Sættes i penicillin og dicil-lin (i v). | Behandling kunne være sket per os ved egen læge. |
| 2 | Smerter i armhule | 72 årig med smerter i ve. armhule gennem en måned. Henvises til akut klinikken mhp EKG. | Burde være henvist til KPLL. Ikke akut. |
| 3 | Indlæggelser med forhøjet BT (blodtryk) | <ul style="list-style-type: none">• 76 årig kvinde med svingende BT. Behandles aktuelt med Centyl med KCl. Tidligere også i ACE hæmmerbehandling. Hun har målt svingende BT 96/65 - 200/120, hvor hun har haft trykkende hovedpine. Derimellem upåvirket. Ingen bryst smerter eller åndenød. Ved indlæggelsen er BT 174/98 p 78. Helt upåvirket. | Hvornår giver simpel BT forhøjelse anledning til akut indlæggelse? Når der ikke er markante akutte symptomer, bør patienten vel primært blot øges i antihypertensiv behandling med efterfølgende aftalte kontroller. Udredning i almen praksis med hjemme-BT + EKG i eget regi bør ligeledes sættes i værk før henvisning - det vil tit være helt tilstrækkeligt. Senere kan evt. henvisning til mere specialiserede undersøgelser som fx Holtermonitorering, døgn-BT og ekkokardiografi komme på tale - frem for akut indlæggelse, som ikke kan iværksætte disse tiltag akut. |
| 4 | Hvornår giver terminal problematik anledning til akut indlæggelse? | 84 årig med kendt lungecancer henvist af egen læge med 18 kg's vægttab og svækket AT. Ej dyspnøisk. Sættes i behandling med prednisolon. | Steroidbehandling kunne være iværksat af egen læge og evt. samtidig kontakt til Palliativt Team. |
| 5 | Ryg smerter | <ul style="list-style-type: none">• Case 1: 83 årig kvinde med rygsmerter, som forværes ved respiration, indlægges af egen læge. Tidligere kendt med osteoporose og sammenfald. Er smertebehandlet med tramadol og paracetamol (før indlæggelsen). Rtg viser sammenfald, som er kendt fra 2000. Pt. beskrives som upåvirket og udskrives med uændret behandling.• Case 2: 83 årig mand opereret for 3 mdr. siden for spinalstenose indlægges mhp mobilisering og smertebehandling - da der stadig er svære smerter. Er ikke i fast behandling med smertestillende medicin. Kan ikke gå fra stue til 1. sal i bolig. Er bange for at | Case 1.: ved klinisk mistanke om sammenfald bør laves akut rtg - uden indlæggelse, evt. med samtidig øgning i smertebehandling. Case 2: bedre og fast smertebehandling før indlæggelse. Kontakt til kommunen mhp øget hjælp og nødkald. Evt. geriatrisk team til samlet plan. |

| | | | |
|----------|--|---|--|
| | | falde. Har ikke nødkald. Hustru er indlagt med apopleksi. Normalt hjemmehjælp x 1. | |
| 6 | Indlæggelse KOL i eksacerbation | 82 årig mand med kendt KOL indlægges af egen læge. Sidste måned forværring af åndenød og tiltagende gulligt til hvidligt ekspektorat. Er ophørt med Ventoline og Symbicort – da de er tomme (!). Ikke hviledyspnoe. SAT 97%. | De fleste KOL patienter bør ved forværring iht DSAMs vejledning sættes i behandling med prednisolon og Bioclavid uden indlæggelse. |
| 7 | Nydiagnosticeret atrieflimmer | Når opståelsestidspunktet er usikkert, iværksættes IKKE akutstød mhp konvertering. Disse patienter kan blot sættes i relevant antitrombotisk og evt. antiarytmisk behandling og henvises mhp konvertering efter 4 ugers gennemført antitrombotisk behandling. | Den primære behandling kan foregå hos egen læge. |
| 8 | For høj INR | Marevan behandling er uhyre udbredt. Flere cases med forhøjet INR under 6,0 - uden pågående blødning. | I flg. PKO Nyt skal disse håndteres med pause med Marevan og tæt kontrol. Bør som hovedregel ikke udløse akut indlæggelse. |
| 9 | Indlæggelse pr. telefon | <ul style="list-style-type: none"> • 93 årig plejehjemspt. med en kendt KOL indlægges af egen læge pr. tlf. CRP 41 og upåfaldende almen tilstand. Burde være vurderet og sat i relevant antibakteriel og antiinflammatorisk behandling på plejehjemmet. • 91-årig plejehjemsbeboer indlægges pr tlf. af egen læge. Der er tale om årelang hævelse uden akut forværring. Ingen mulig behandling. | Se kommentar om telefonkonsultation i diskussion |



Amager og Hvidovre hospitaler
Enhed for Tværsektorielt Samarbejde
Kettegård Allé 30
2650 Hvidovre

Telefon: 38 62 16 75