

AKUTPLAN

REGION

SYDDANMARK

UDKAST PR. 18. MARTS 2021

Indhold

Forord	4
Resumé	5
1. Indledning	7
2. Akutområdet i Region Syddanmark	9
2.1 Borgernes indgange til akut sundhedsfaglig hjælp	9
2.2 Akutsygehuse i Region Syddanmark	10
2.3 Lægevagten	12
2.4 Kommunale akutfunktioner	12
2.5 Præhospitalt beredskab	13
2.6 Aktivitet i akutfunktioner	14
3. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den akutte sundhedsindsats	16
4. Danske Regioners udspil <i>Når du har brug for os</i>	18
5. Status for Region Syddanmark	19
6. En styrket visitation	21
6.1 Etablering af akutte visitationsenheder ved akutmodtagelser (indsats 1)	21
6.2 Visitationsretningslinjer mellem akutsygehus og specialsygehus	23
6.3 Visiteret adgang til psykiatrisk akutmodtagelse	23
6.4 Værktøjer til en forbedret visitation mellem somatik og psykiatri (indsats 2)	24
6.5 Bedre koordinering mellem somatik og psykiatri (indsats 3)	24
6.6 Forebygge indlæggelse og forbedre den præhospitale behandling i eget hjem (indsats 4)	24
6.7 Fælles viden, kompetencer og samarbejde på tværs af sektorer	25
6.8 Styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer	27
7. Udvikling af lægevagten og samarbejde med sygehusene	30
7.1 Samarbejde mellem lægevagten og AMK vagtcentralen	30
7.2 Samarbejde, sammenhæng og samdrift i akutfunktioner på sygehus og i lægevagten	31
7.3 Andet samarbejde mellem almen praksis, lægevagt, sygehuse og kommuner	32
7.4 Modernisering af lægevagtens faciliteter og diagnostiske udstyr	32
8. Akutte hjerteforløb	35
9. Implementering og økonomi	37
9.1 Implementering af akutplanen	37
9.2 Budgetmæssige konsekvenser	43
Bilag 1. Kommissorium for akutplan 2020	44
Bilag 2. Samlet oversigt over Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats	47
Bilag 3. Oversigt over anbefalinger, status i Region Syddanmark og forslag til nye indsatser i akutplanen	54

Bilag 4. Eksempler på projekter til forebyggelse af indlæggelse af ældre sårbare borgere mv.....	59
Bilag 5. Overblik over implementeringstakt.....	63
Bilag 6. Overslag over budgetmæssige konsekvenser af akutplanens indsatser.....	64

UDKAST

Forord

[Forord ved Stephanie Lose]

UDKAST

Resumé

Regionsrådet besluttede i forbindelse med budgetforlig for 2020, at der skulle udarbejdes en akutplan for Region Syddanmark. Med akutplanen omsættes Sundhedsstyrelsens nationale anbefalinger til den akutte sundhedsindsats fra 2020 til regionale tiltag. Herudover bygger akutplanen på forslag, der indgik i Danske Regioners udspil fra 2018: *Når du har brug for os – 24 nye indsatser når du bliver akut syg eller kommer til skade*.

Akutplanen for Region Syddanmark indeholder 32 indsatser, der blandt andet sigter mod på tværs af sektorer at styrke samarbejdet i den sundhedsfaglige visitation, herunder ved at tilvejebringe en række fælles værktøjer, der skal understøtte samarbejde og sammenhængende organisering på det akutte område. En styrket sundhedsfaglig visitation skal blandt andet sikre, at den akutte patient får det rette tilbud på det rette tidspunkt, hvad enten der er tale om en medicinsk patient eller en patient med en psykisk lidelse. Andre indsatser retter sig mod lægevagten og samarbejdet med sygehusenes akutfunktioner. Endelig retter nogle indsatser sig mod at sikre hurtige akutte hjerteforløb, blandt andet via et tættere sundhedsfagligt samarbejde om hurtig diagnostik.

Akutplanen flugter med Region Syddanmarks pejlemærker om udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i samarbejde med praksis og kommuner, samt at Region Syddanmark er borgernes og patienternes region, der møder patienter og pårørende ud fra sundhedsvisionens værdier og arbejder for lighed i sundhed.

I forhold til særligt de ældre medicinske patienter spiller kommunerne en vigtig rolle i akutberedskabet, blandt andet med udkørende akutteams eller akutpladser. De praktiserende læger understøtter samarbejdet med den kommunale sygepleje, og kan som følge af lokalaftaler se patienten i hjemmet, og i samarbejde med den kommunale sygepleje medvirke til, at færre patienter indlægges på sygehus.

Kapitel 2 beskriver akutte funktioner i Region Syddanmark inden for somatik og psykiatri. Det omfatter både den borgerrettede visitation, lægevagt, præhospitalt beredskab, akutfunktioner på sygehuse samt kommunale akutfunktioner.

Kapitel 3 beskriver Sundhedsstyrelsens anbefalinger til organisering af den akutte indsats. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats fra 2020 har et tværfagligt og tværsektorielt sigte, idet anbefalingerne peger på indsatser, der går på tværs af hele patientforløbet i både det primære sundhedsvæsen, de præhospitale indsatser og det regionale sygehusvæsens ambulante og stationære tilbud. Anbefalingerne omfatter både somatik og psykiatri. Fokus er på bedre sammenhæng, samarbejde og kvalitet i den akutte indsats. Det skal ske ved at sikre kompetencer, bedre tilgængelighed, bedre sammenhæng, bedre samarbejde, mere gnidningsfri udveksling af data, fælles kvalitetsudvikling og mere viden.

Hensigten med anbefalingerne er at tegne et perspektiv for de næste 10 års udvikling på området. Nogle anbefalinger vil kunne implementeres umiddelbart, mens andet vil skulle udvikles og sættes i værk i løbet af de kommende år.

Kapitel 4 beskriver Danske Regioners forslag vedr. den akutte sundhedsindsats. Det omfatter initiativer, som regionerne vil igangsætte for at udvikle den akutte indsats. Indsatserne skal desuden sikre, at ressourcerne anvendes endnu mere effektivt i den akutte indsats, så alle får den rette hjælp første gang, uanset om indsatsen er forankret på akutsygehuset, i den kommunale sygepleje eller i almen praksis.

Kapitel 5 giver en status for de akutte funktioner i Region Syddanmark i forhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 og 2020. Det konkluderes, at Region Syddanmark har tilrettelagt det somatiske akutberedskab i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007. De sidste elementer i forhold til akutstrukturen falder på plads, når Nyt OUH står færdigt i Odense. Hermed bortfalder Svendborg Sygehus' status som akutsygehus.

Kapitel 6 indeholder 15 indsatser til en styrket sundhedsfaglig visitation, og til et tættere samarbejde på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis. Det omfatter etablering af akutte visitationsenheder på akutsygehuse, bedre mulighed for at identificere den psykisk syge patient via screeningsværktøj, tættere virtuel kommunikation mellem somatisk og psykiatrisk akutmodtagelse, større indsats for at forebygge akutte indlæggelser, bedre overblik over tilbud til den akutte patient/borger på tværs af sektorer, fælles værktøj til at beskrive patientens tilstand, tættere virtuel kommunikation mellem akutafdeling og kommunale akutfunktioner, mulighed for tættere sundhedsfaglig indsats via rammedelegation til kommunalt sundhedspersonale, afdækning af erfaringer med fremskudte funktioner og lokalefællesskaber, standardiseret kommunikation om patienter, der er korttidsindlagt, udvikling af tværsektorielle undervisningsforløb, tværsektoriel adgang til relevant ledelsesinformation, afdækning og udvikling af muligheder for at dele data om den akutte patient på tværs af sektorer, samt udvikling af tværsektorielle modeller til at forudsige og forebygge akutte indlæggelser.

Kapitel 7 indeholder 13 indsatser til udvikling af lægevagten og samarbejdet med sygehuse. Det omfatter samarbejde mellem AMK-vagtcentralen og lægevagten for at støtte den borgerrettede visitation, øget brug af videoopkald ved 1-1-2 alarmopkald, inddragelse af paramedicinere i indsatsen for at forebygge akutte indlæggelser, udbygning af brobyggerordning mellem lægevagten og akutmodtagelser, forsøg med observation af patienter i lægevagten, forsøg med integration af lægevagtskonsultation og akutfunktioner på sygehuse, øget brug af specialistrådgivning fra sygehusafdeling til almen praksis, mulighed for direkte booking af sub-akutte tider i ambulatorier, tættere samarbejde mellem lægevagt og kommunal sygepleje, modernisering af lægevagtskonsultationerne, tættere samarbejde mellem lægevagt og akutsygehuse om brug af diagnostisk udstyr, samt brug af videokonsultationer i lægevagten.

Kapitel 8 indeholder 4 indsatser til udvikling af det akutte hjerteforløb. Det omfatter fælles mål og ensartet monitorering af de akutte og subakutte kardiologiske tilbud på akutsygehuse til hjertepatienter, investering i mobile EKG-apparater til lægevagtskonsultationer med henblik på direkte opkobling til hjerteafdelingerne, eventuel tidlig troponin-måling i det præhospitale forløb med henblik på hurtigere diagnostik, samt styrkede kompetencer og relationer mellem almen praksis og hjerteafdelingerne.

Kapitel 9 giver et overblik over implementering af indsatserne samt et overslag over de budgetmæssige konsekvenser herved for Region Syddanmark. Den endelige implementering skal for en række indsatser aftales med kommuner og almen praksis. Overslag over de budgetmæssige konsekvenser indgår i budgetproces 2020 for Region Syddanmark.

1. Indledning

Regionsrådet besluttede i forbindelse med budgetforlig for 2020, at der skulle udarbejdes en akutplan for Region Syddanmark. Med akutplanen omsættes Sundhedsstyrelsens nationale anbefalinger til den akutte sundhedsindsats fra 2020 til regionale tiltag. Herudover bygger akutplanen på forslag, der indgik i Danske Regioners udspil fra 2018: *Når du har brug for os – 24 nye indsatser når du bliver akut syg eller kommer til skade*.

Det fremgik af budgetforliget, at den regionale akutplan skulle undersøge potentialet for øget sammenhæng på tværs af og mellem sektorer med henblik på, at borgere med akut opstået sygdom eller skade får rette tilbud, uanset om det er hjælp til egenomsorg, hjælp fra kommunal akutfunktion, besøg hos eller af egen læge eller vagtlæge, akut ambulant besøg på sygehus eller indlæggelser. Herudover skulle erfaringer fra Region Midtjylland vedrørende indlæggelse af hjertepatienter via et "fast track" indgå.

Direktionen nedsatte i december 2019 en styregruppe for arbejdet med en ny akutplan for Region Syddanmark. Kommissorium for arbejdet blev forelagt de relevante politiske udvalg i januar 2020. Direktionen godkendte på møde 25. maj 2020 som følge af COVID19 en revideret tids- og procesplan. Tidsplanen blev efterfølgende justeret, blandt andet i forbindelse med, at de nationale anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen var forsinket. Kommissorium og sammensætning af styregruppen fremgår af bilag 1.

Arbejdet med en ny akutplan blev tilrettelagt i fire overordnede spor med hver sin arbejdsgruppe:

- Koordinering af visitationen af den akutte patient på tværs af sektorer
- Lægevagtsfunktionen og samarbejdet med sygehusene
- Det akutte patientforløb for psykisk syge og psykisk sårbare patienter
- Forløb for akutte hjertepatienter.

I grundlaget for arbejdet blev der lagt op til efterfølgende at se på, hvilke konsekvenser eventuelle ændringer ville få for det præhospitale område. Der er ikke taget stilling til et eventuelt yderligere spor rettet mod det præhospitale område.

Sundhedsstyrelsens endelige anbefalinger for den akutte sundhedsindsats blev offentliggjort 9. oktober 2020. Arbejdsgruppernes forslag er derfor overvejende baseret på anbefalinger i den version, som Sundhedsstyrelsen sendte i høring i november 2019.

Formålet med en ny akutplan

Region Syddanmark har et velfungerende akut beredskab, der kan hjælpe borgerne med somatiske såvel som psykiske lidelser. Med regionens akutplan fra 2007, *Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark*, som grundlag, blev der etableret 5 somatiske akutsygehuse med fælles akutmodtagelse samt et mere udbygget præhospitalt beredskab indeholdende lægebiler og akutbiler. Med Psykiatriplanen fra 2019 har regionen ligeledes igangsat en række indsatser på det psykiatriske område, der skal bidrage til øget lighed i sundhed, mere sammenhæng, bedre behandling, en tilstrækkelig kapacitet samt medarbejdere med de nødvendige kompetencer.

Grundlaget er derfor på plads til nu at søge at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen i Region Syddanmark. Borgere, der henvender sig med behov for akut hjælp fra sundhedsvæsenet, skal opleve en mere sammenhængende koordinering og visitation, en smidig overgang til behandling, og endelig en gnidningsfri udskrivning til eventuel videre opfølgning. Det skal ske ved et tættere samarbejde i den borgerrettede visitation, ved en mere sammenhængende sundhedsprofessionel visitation og ved flere og bedre indsatser på tværs af sektorer og tilbud.

Det overordnede sigte i Sundhedsstyrelsens anbefalinger til den akutte indsats er at få skabt rammerne for et mere integreret samarbejde mellem sundhedsprofessionelle i alle dele af den akutte indsats. Anbefalingerne fra 2020 har således særligt fokus på indsatser, der går på tværs af organisatoriske enheder og på tværs af fagligheder. Der stilles dermed højere krav til samarbejde, viden, kompetencer og tilgængelighed.

Forslagene i denne akutplan flugter med Region Syddanmarks pejlemærker, herunder at Region Syddanmark prioriterer udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i samarbejde med praksis og kommuner. Det skal ske med udgangspunkt i at skabe helhed og værdi i indsatsen over for patienterne, samt ved at lette patientens vej igennem sundhedsvæsenet. Herudover flugter akutplanen med pejlemærket om, at Region Syddanmark er borgernes og patienternes region, der møder patienter og pårørende ud fra sundhedsvisionens værdier og arbejder for lighed i sundhed.

Blandt de 8 nationale mål for sundhedsvæsenet harmonerer akutplanen særligt med målene om bedre sammenhængende patientforløb, hurtig udredning og behandling, behandling af høj kvalitet, flere sunde leveår, forbedret overlevelse og patientsikkerhed.

Læsevejledning

Akutplanen beskæftiger sig i høj grad med borgerens møde med det akutte sundhedsvæsen, og dermed forløb, der ikke nødvendigvis fører til indlæggelse. Det er valgt overvejende at bruge ordet patient frem for borger for at signalere, at der er tale om en kontakt i sundhedsvæsenet. I tilfælde, hvor kontakten til kommunen tæller mere, er ordet borger overvejende anvendt.

De fleste akutmodtagelserne i Region Syddanmark benævnes *Fælles Akutmodtagelse*, der forkortes FAM. Akutmodtagelsen på Sygehus Lillebælt i Kolding benævnes dog *Akutfdelingen*. Det er valgt at bruge ordene akutmodtagelse, akutfdeling, fælles akutmodtagelse og FAM som synonymer. Med mindre, der fremgår andet, dækker begreberne over den somatiske akutmodtagelse. Sygehus Sønderjylland har en integreret akutmodtagelse for somatik og psykiatri, der samlet betegnes som *Fælles Akutmodtagelse* og forkortes FAM. Bortset herfra anvendes for psykiatrien betegnelsen Psykiatrisk Akutmodtagelse, der forkortes PAM. For specialsygehusene anvendes betegnelsen medicinsk modtageafsnit. Modtagelse kan også finde sted i særlige modtageafsnit, blandt andet for børn eller kardiologiske patienter.

2. Akutområdet i Region Syddanmark

Region Syddanmark har tilrettelagt det somatiske akutberedskab i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007. Dette har resulteret i betydelige anlægsmæssige investeringer og store strukturelle tilpasninger. De sidste elementer i forhold til akutstrukturen falder på plads, når Nyt OUH står færdigt i Odense. I samme forbindelse bortfalder OUH Svendborg Sygehus' status som akutsygehus.

I 2019 vedtog Region Syddanmark en psykiatriplan for 2020-2024 indeholdende 39 konkrete anbefalinger, der er under implementering. Et af de vigtigste elementer i planen er at få etableret en styrket ambulant psykiatri tæt på borgerne understøttet af specialiserede døgnfunktioner.

I forhold til særligt de ældre medicinske patienter spiller kommunerne en vigtig rolle i akutberedskabet, blandt andet med udkørende akutteams eller akutpladser. De praktiserende læger understøtter samarbejdet med den kommunale sygepleje, og kan som følge af lokalaftaler se patienten i hjemmet, og i samarbejde med den kommunale sygepleje medvirke til, at færre patienter indlægges på sygehus.

2.1 Borgernes indgange til akut sundhedsfaglig hjælp

Akutområdet er kendetegnet ved, at borgerne kan få behov for hjælp på alle tider af døgnet og i hele regionens område. Henvendelse om akut hjælp kan enten ske fra borgeren selv, af pårørende, af eventuelle forbigående, eller af eksempelvis sundhedsprofessionelle i form af kommunal sygeplejerske, personale på plejehjem eller bosted eller lignende.

Borgere i Region Syddanmark kan rette henvendelse om akut sundhedsfaglig hjælp via følgende indgange:

- Alarmcentralen 112
- Egen praktiserende læge (telefonisk eller ved fremmøde i dagtid)
- Regionens skade- og lægevagt (telefonisk henvendelse på 70 11 07 07)
- Direkte henvendelse på psykiatrisk akutmodtagelse, fødegang mv.
- Tandlægevagten
- Tandskadevagten¹
- Kiropraktorvagten²
- Center for Voldtægts ofre
- Giftlinjen (landsdækkende telefonrådgivning ved forgiftning).

Den regionale akuthjælps-app giver mulighed for digital hjælp, så man hurtigt kan finde den rette indgang og få skabt kontakt. Der pågår herudover en national udvikling af app'en MinSundhed, idet Danske Regioner har besluttet, at det på sigt skal være muligt at få kontakt til blandt andet lægevagten via MinSundhed.

¹ Hvis man har behov for akut tandlægehjælp uden for egen læges åbningstid, er det muligt at kontakte tandlægevagten telefonisk og aftale nødbehandling, som ikke kan vente til egen tandlæge åbner. Ved større tandskader kontaktes tandskadevagten.

² Hvis man har behov for kiropraktorhjælp i weekender eller på helligdage, kan man ringe til kiropraktorvagten.

Langt de fleste borgere, der kommer akut ind på sygehus, er henvist via egen læge, lægevagt eller 112-alarmcentral. Nogle borgere kommer dog direkte til sygehus uden om visitationen. Det gælder eksempelvis fødende kvinder eller visse psykiatriske patienter, der selv henvender sig på psykiatrisk akutmodtagelse. Herudover kan der være henvendelser fra patienter med en åben indlæggelse, hvis man allerede er i et behandlingsforløb.

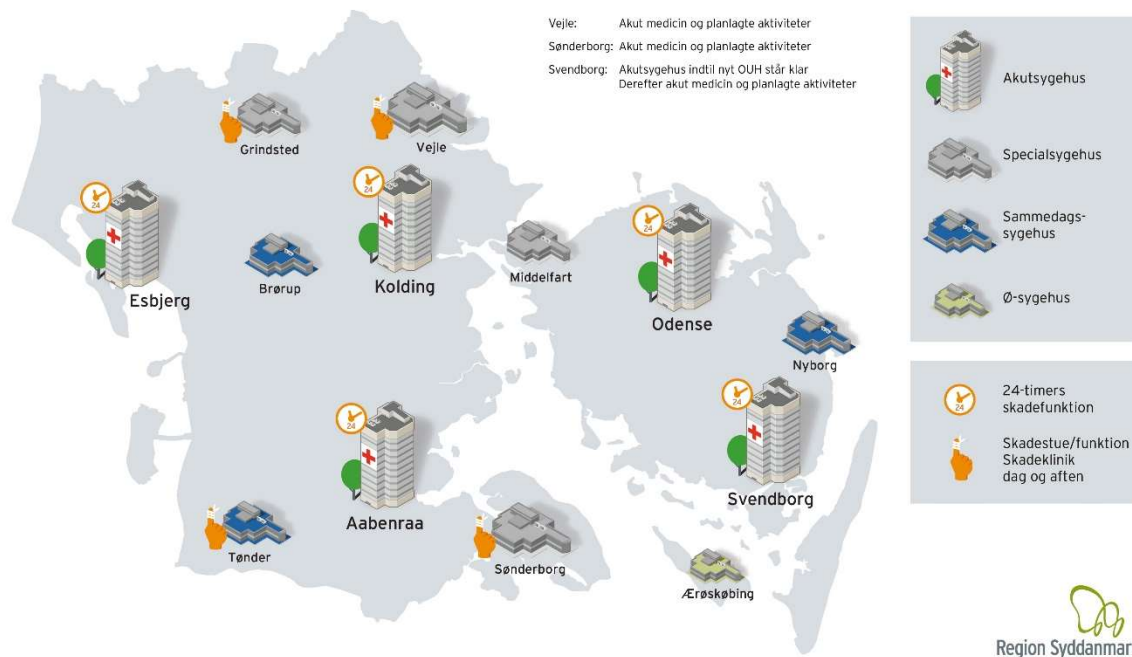
I øvrigt kan borgere eller pårørende rette henvendelse til den kommunale visitation til kommunal sygepleje i deres egen kommune, herunder akutfunktion, kommunale psykosociale akuttilbud mv.

2.2 Akutsygehuse i Region Syddanmark

Somatik

Kort 1 viser en oversigt over somatiske sygehuse i Region Syddanmark, herunder akutsygehusene.

Kort 1. Somatiske sygehuse i Region Syddanmark



Det fremgår af kortet, at:

- Der er akutmodtagelser i Odense, Svendborg, Kolding, Aabenraa og Esbjerg.
- Der er skadestuefunktioner/skadeklinikker i hhv. Vejle, Sønderborg, Grindsted og Tønder.
- Der er specialsygehuse i hhv. Vejle og Sønderborg, som modtager visiterede akutte medicinske patienter.

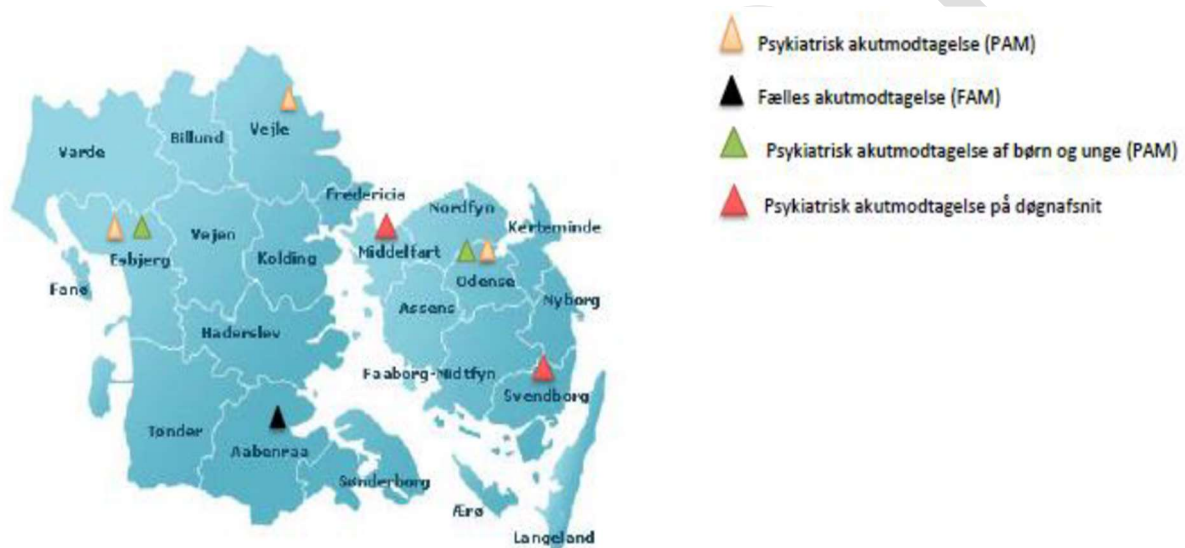
- Der er et ø-sygehus på Ærø.

Ved størstedelen af de fysiske fremmøder på sygehusene modtages patienterne i sygehusenes fælles akutmodtagelser (FAM). Afhængigt af sygehusenes konkrete organisering af samarbejdet mellem FAM og specialafdelingerne kan enkelte patientgrupper blive modtaget direkte på specialafdeling. Det drejer sig typisk om børn, hjertepatienter og fødende kvinder, men også visse kræftpatienter eller dialysepatienter, som i forvejen har et forløb på sygehuset.

Psykiatri

Kort 2 viser en oversigt over FAM og PAM (psykiatriske akutmodtagelser) i Region Syddanmark.

Kort 2. Oversigt over FAM og PAM i Region Syddanmark



Der er PAM'er i Aabenraa, Odense, Esbjerg og Vejle. I Aabenraa er den psykiatriske akutmodtagelse integreret med den somatiske akutmodtagelse og benævnes derved FAM. På OUH ligger den psykiatriske og somatiske akutmodtagelse adskilt, men dog på samme matrikel. For nyt OUH bliver PAM og FAM integreret. I Esbjerg og Vejle/Kolding er de somatiske og psykiatriske akutmodtagelser placeret på hver deres matrikel. De psykiatriske afdelinger i Svendborg og Middelfart har ikke etableret akutmodtagelser i form af selvstændige enheder, men har døgnafsnit og modtager lægeligt visiterede patienter akut. Akut modtagelse af børn og unge sker som udgangspunkt i PAM Esbjerg og PAM Odense.

I 2019 blev der etableret en døgndækket akut psykiatrisk udrykningstjeneste i Region Syddanmark til voksne over 20 år. En psykiatrisk sygeplejerske rådgiver og vejleder politi, praktiserende læger og vagtlæger telefonisk ved akutte tilspidsede situationer eller kører ud for at bistå i den akutte situation. Fokus er blandt andet på at de-eskalere i tilspidsede situationer, og at reducere antallet af tvangsindlæggelser. Tilbuddet er fortsat under justering og udvikling.

I 2019 blev der ligeledes etableret en mobil psykiatrisk skadestuefunktion til voksne over 20 år med udgangspunkt i de 4 psykiatriske akutmodtagelser i Odense, Vejle, Esbjerg og Aabenraa. Funktionen

aktiveres via akutmodtagelsen og varetager udover udgående indsats også opfølgning efter indlæggelse for udvalgte patienter. Patienten tilbydes kontakt indenfor 24 timer.

Børne- og ungdomspsykiatrien i hhv. Odense og Sydjylland³ har et mobilteam til børn og unge. Med tilbuddet har børn og unge mulighed for at få besøg på et bosted eller i eget hjem, med henblik på, at de unge følger og opsøger den behandling, de har brug for. Samtidig understøttes medarbejderne på botilbuddet i deres forebyggende og støttende arbejde.

Der er desuden igangsat uddannelse af ambulancebehandlere i forhold vedrørende psykisk sygdom og deeskalerende teknikker. Det sker på baggrund af midler afsat i budgetaftalen for 2019 for Region Syddanmark.

I den videre udvikling af psykiatriens udgående akut-ambulante tilbud arbejdes der blandt andet med, at disse tilbud, i tråd med akutplanens intentioner, kan stå til rådighed for samarbejdspartnere på de somatiske sygehuse.

2.3 Lægevagten

Uden for almindelig åbningstid hos egen læge kan man ringe til lægevagten for vurdering af sygdom eller mindre skader, der ikke er livstruende eller tidskritiske. Lægevagten er bemannet med speciallæger i almen medicin. I de tilfælde, hvor lægevagten vurderer, at fremmøde er påkrævet, er der mulighed for at blive tilset af en vagtlæge i én af regionens 21 lægevagtskonsultationer, der er geografisk fordelt i regionen. Der er blandt andet placeret lægevagtskonsultationer ved de somatiske akutmodtagelser.

Lægevagten har mulighed for at visitere patienten til akutfunktion på sygehus, ligesom der er samarbejde med de kommunale akutfunktioner.

2.4 Kommunele akutfunktioner

Kommunernes akutfunktioner er organiseret forskelligt i kommunerne. Der kan særligt peges på to varianter, akutteams og akutpladser. I akutteams foregår den sygeplejefaglige indsats i borgerens eget hjem, herunder i plejebolig, mens akutpladser medfører midlertidigt ophold på en kommunal institution.

Næsten alle syddanske kommuner har døgndækkende udkørende akutteams med særlige sygeplejekompetencer. Henvisning til kommunal visitation til kommunale akutpladser sker langt overvejende fra hjemmeplejen eller praktiserende læge. Herudover henvises fra sygehuse, lægevagt, borgere eller pårørende eller fra socialpsykiatriske botilbud. Omtrent halvdelen henvises i vagttid.

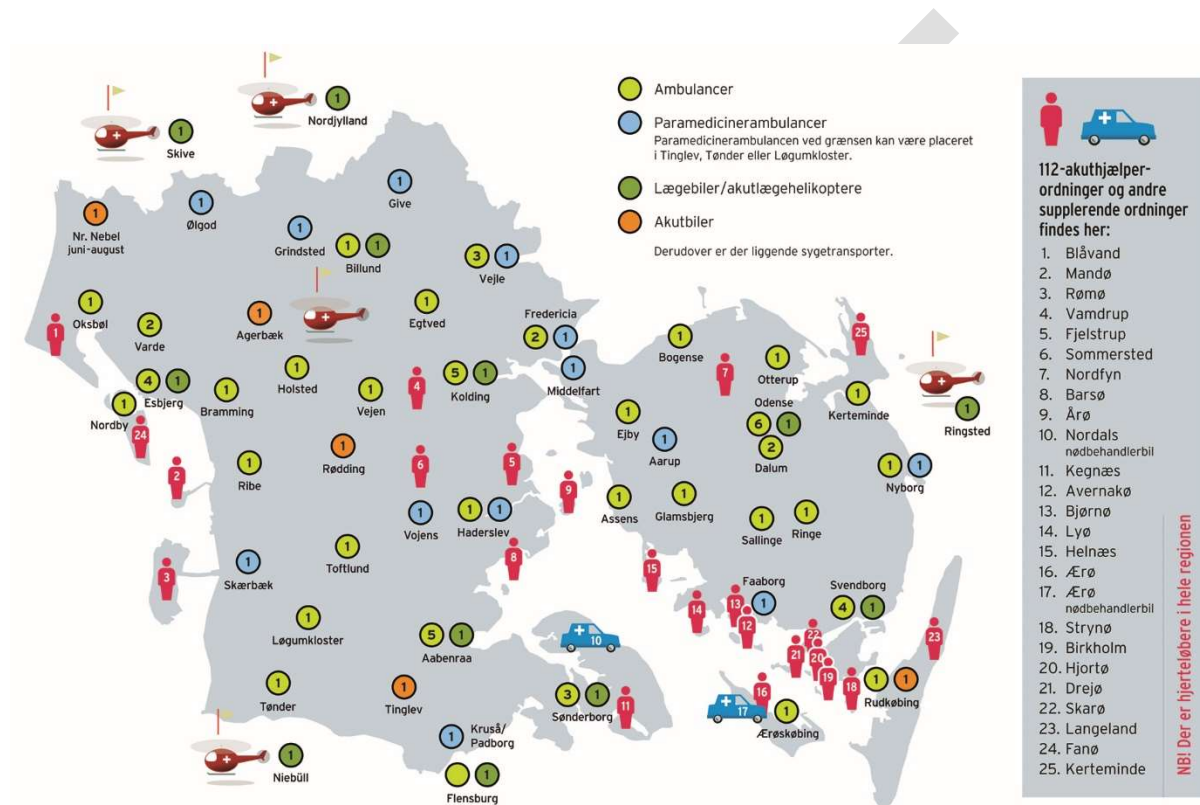
15 af de 22 syddanske kommuner har etableret akuttilbud til borgere med psykiske lidelser. Der er typisk faste åbningstider for telefonhenvendelser. De fleste akuttilbud har mulighed for overnatning. Det har ikke været muligt at opstille data for aktiviteten i de kommunale akutfunktioner.

³ Børne- og ungdomspsykiatri Sydjylland er lokaliseret i Esbjerg, Aabenraa og Vejle.

2.5 Præhospitalt beredskab

Kort 3 viser de udkørende præhospitale enheder, akutlægehelikoptere samt akuthjælperordninger i Region Syddanmark.

Kort 3. Udkørende præhospitale enheder, akutlægehelikoptere samt akuthjælperordninger



Det præhospitale beredskab dækker dels over ambulancetjeneste med henblik på indledende behandling og transport til en akutmodtagelse, og dels over et udkørende beredskab, der kan bistå på stedet og vurdere, stabilisere, lindre og eventuelt afslutte behandlingen. Hvis det vurderes relevant, kan der ydes præhospital assistance i form af:

- Ambulancetransport
- Akutlægebil
- Akutbil
- Akuthelikopter
- Akuthjælper/hjerteløbere.

Akutlægebiler er bemandede med speciallæge med erfaring i præhospital indsats samt med en ambulancebehandler (paramediciner eller lægeassistent) og medbringer medicin, behandlings- og kommunikationsudstyr mv. Akutlægebilerne muliggør en tidlig lægelig behandling på stedet og kan

forberede den behandling, der eventuelt skal finde sted i akutmodtagelsen. Der findes akutlægebiler i Sønderborg, Svendborg, Odense, Aabenraa, Esbjerg og Kolding.

Akutbiler er udrykningskøretøjer bemandet med bl.a. en paramediciner. Akutbilerne bidrager til at sikre en tidlig indsats i områder med længere afstand til en akutmodtagelse. Der findes akutbiler i Rudkøbing, Agerbæk, Rødding, Nørre Nebel og Tinglev. Akutbilen i Nr. Nebel kører kun i sommermånederne.

Akutlægehelikoptere er bemandet med en speciallæge med erfaring i præhospital indsats, samt med pilot og paramediciner. Der medbringes medicin, behandlings- og kommunikationsudstyr mv. Region Syddanmark er med i det fællesregionale helikopterberedskab med baser i Skive, Billund, Ringsted og Aalborg. Region Syddanmark kan desuden benytte en akutlægehelikopter, der er placeret i Niebüll. Herudover er der mulighed for at bestille transporter med Søværnets redningshelikoptere.

I områder hvor det tager forholdsvis lang tid for ambulancen af komme frem, er der lavet ordninger med akuthjælpere, der kan give førstehjælp. På Nordals er der en nødbehandlerbil. Af kort 3 fremgår det, hvor der er akuthjælperordninger.

I maj 2020 overgik Region Syddanmark og Region Sjælland til Hjerteløberne, så der nu er en landsdækkende ordning med udkald af frivillige til hjertestop via en app på mobiltelefonen. Hjerteløberne drives af TrykFonden i samarbejde med regionerne. Før 1. maj 2020 blev frivillige til hjertestop i Region Syddanmark kaldt ud via "Danmark Redder Liv".

2.6 Aktivitet i akutfunktioner

I løbet af et år er der cirka 125.000 ambulancekørsler i Region Syddanmark. I 2019 blev ca. 68.000 heraf bestilt via alarmcentralen 1-1-2. 17.700 blev bestilt i vagttid via lægevagt, mens ca. 20.000 kørsler blev bestilt af praktiserende læge i dagtid. Yderligere ca. 20.000 kørsler blev bestilt af sygehus, plejehjem mv.

Tabel 1 viser den præhospital aktivitet i perioden 1. marts 2019 til 29. februar 2020.

Tabel 1. Præhospital aktivitet i perioden marts 2019 – februar 2020⁴

Ambulancer	124.643
Akutlægebiler	8.149
Akutbiler	1.548
Akutlægehelikoptere ⁵	622

I perioden marts 2019 - februar 2020 rykkede akuthjælperne ud ca. 2.500 gange, mens hjerteløberne rykkede ud 1.170 gange.

De akutte funktioner på sygehusene (akutmodtagelser, skadestuefunktioner og skadeklinikker) har årligt ca. 290.000 akutte fremmøder, hvoraf det psykiatriske område udgør ca. 15.000 fremmøder. Fremmøderne fordeler sig meget jævnt med halvdelen i henholdsvis dagtid og vagttid.

⁴ Data er trukket i perioden marts 2019 - februar 2020 for at undgå påvirkning som følge af forudgående omlægning til LPR3 samt efterfølgende COVID-19-epidemi.

⁵ Antal flyvninger i Region Syddanmark med både akutlægehelikopteren i Niebüll og det fællesregionale helikopterberedskab. Antallet viser både de tilfælde, hvor patienten flyves fra skadestedet og de tilfælde, hvor helikopterne er fremme hos patienten, men ikke flyver patienten derfra. I tilfælde, hvor patienten ikke flyves derfra, køres patienterne ofte fra skadestedet i ambulance eller eventuelt erklæres døde på stedet.

Ift. lægevagten var der i 2019 ca. 700.000 opkald til lægevagten. For de 350.000 opkald, svarende til halvdelen, vurderede lægevagten, at borgeren kunne afsluttes i telefonen og dermed tage vare på sig selv. 230.000 opkald førte til en konsultation i lægevagten, mens 50.000 opkald medførte et hjemmebesøg fra lægevagten. De øvrige 70.000 opkald førte til visitation til akutmodtagelse eller skadestuefunktion.

Tabel 2 viser aktiviteten i den akutte psykiatriske udrykningstjeneste, i den mobile psykiatriske skadestue og i mobilteamet til børn og unge. Det bemærkes, at den akutte psykiatriske udrykningstjeneste er i en opstartsfase, og at aktiviteten over tid forventes at ligge på et højere niveau.

Tabel 2. Kontakter i den akutte psykiatriske udrykningstjeneste, den mobile psykiatriske skadestue til voksne og mobilteamet til børn og unge

Den akutte psykiatriske udrykningstjeneste (fra etablering i september 2019 – februar 2020)	69
Den mobile skadestue til voksne (fra marts 2019 – februar 2020)	3.803
Mobilteamet til børn og unge (fra marts 2019 – februar 2020) ⁶	341

Ud af 69 kontakter er den akutte psykiatriske udrykningstjeneste fra etableringen i september 2019 til februar 2020 rykket ud 45 gange. Det har ikke været muligt at opgøre, hvor mange gange henholdsvis den mobile skadestue til voksne og mobilteamet til børn og unge er rykket ud.

⁶ Tallet omfatter kun Odense. Det har ikke været muligt at opgøre antal fra børne- og ungdomspsykiatrien i Syddanmark.

3. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den akutte sundhedsindsats

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats fra 2020 har et tværfagligt og tværsektorielt sigte, idet anbefalingerne peger på indsatser, der går på tværs af hele patientforløbet i både det primære sundhedsvæsen, de præhospitale indsatser og det regionale sygehusvæsens ambulante og stationære tilbud. Anbefalingerne omfatter både somatik og psykiatri.

Fokus er på bedre sammenhæng, samarbejde og kvalitet i den akutte indsats. Det skal ske ved at sikre kompetencer, bedre tilgængelighed, bedre sammenhæng, bedre samarbejde, mere gnidningsfri udveksling af data, fælles kvalitetsudvikling og mere viden.

Hensigten med anbefalingerne er at tegne et perspektiv for de næste 10 års udvikling på området. Nogle anbefalinger vil kunne implementeres umiddelbart, mens andet vil skulle udvikles og sættes i værk i løbet af de kommende år.

Sundhedsstyrelsens 33 anbefalinger til den fremtidige akutte indsats er samlet i fire temaer, der omhandler sammenhængende og enstrengt visitation, kvalitet og sammenhæng på tværs, vidensdeling samt forskning og kvalitetsudvikling. De 33 anbefalinger fremgår af bilag 2.

Anbefalingerne bygger videre på anbefalinger fra 2007 og 2009 vedrørende den akutte sundhedsindsats for forløb i henholdsvis somatik og psykiatri. Disse anbefalinger har ført til grundlæggende ændringer i struktur og opgavevaretagelse for den akutte indsats i sundhedsvæsenet.

Sammenhængende og enstrengt visitation

Anbefalinger vedrørende sammenhængende og enstrengt visitation retter sig blandt andet mod, at man som borger i dag kan bede om akut hjælp flere forskellige steder i sundhedsvæsenet, og at det ikke nødvendigvis er gennemskueligt og entydigt for borgerne, hvor man skal henvende sig. Det kan bidrage til usikkerhed hos borgeren, når man i den akutte situation skal tage kontakt for at få hjælp.

Visitation af borgere med akut opstået eller forværret psykisk sygdom skal styrkes, så der sikres sammenhæng i tilbuddet, og så patienten henvises til det rette behandlingstilbud på tværs af sektorgrænser, specialer mv.

Anbefalingerne lægger vægt på at få styrket samarbejdet i den sundhedsfaglige visitation på tværs af udbydere og sektorer, således at borgeren får det rette tilbud på tværs af de forskellige indsatser, uanset om der er tale om støtte til egenomsorg, kommunal sygepleje, konsultation i almen praksis, lægebesøg i hjemmet, fremmøde i regional akut- eller skadeklinik, sub-akut ambulant tid på sygehus eller indlæggelse.

Kvalitet og sammenhæng på tværs

Anbefalinger vedrørende kvalitet og sammenhæng på tværs retter sig blandt andet mod at sikre, at den akutte sundhedsindsats ses i en helhed på tværs af sektorer, tilbud og fagpersoner. Det skal være entydigt, hvilke sundhedsindsatser man kan forvente som akut patient, og indsatserne skal være af høj kvalitet.

Med en højere grad af specialisering i sundhedsvæsenet opleves mere komplekse og opsplittede forløb, hvilket stiller krav til rammer og samarbejdsformer for at sikre sammenhæng i patientforløb. Den demografiske udvikling og flere patienter med flere samtidige sygdomme bidrager til et stigende

pres for sundhedsyndelser. Større, men færre akutsygehuse, stiller krav til tidlig præhospital indsats, samtidig med, at færre sengepladser stiller krav til alle parter i patientforløbet.

Manglende sammenhæng i indsatser udfordrer kvaliteten i indsatsen, herunder for patienter med psykisk sygdom. Sundhedsindsatser på tværs af sektorer stiller krav til gensidig viden om kompetencer, indsatser og organisering for at sikre de rette indsatser og et rettidigt samspil.

Der er i dag på tværs af regionerne en betydelig variation i tilbud, rammer, terminologi, kompetencer mv., når det kommer til akutte sundhedstilbud uden for akutsygehusene. Anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen peger på, at der bør tilstræbes en større ensartethed og robusthed, så borgere og øvrige aktører kan have klare forventninger til indsatsen. Det bør ske via en ensartet organisering og med mere ensartede kompetencer og mere ensartet bestyknings. Det anbefales at tilrettelægge indsatsen i lægevagtskonsultationer i tæt samarbejde med akutsygehuse og samlokaliseret med akutmodtagelser, hvorved det er muligt at dele udstyr, kompetencer og ressourcer, samt at sikre hurtig og let videre visitation. Herudover lægges op til at udvikle og afprøve modeller med fælles data- og kvalitetsorganisation, enstrengt ledelse mv. Lægevagtskonsultationer, der placeres i afstand til akutmodtagelser, bør have faste samarbejdsaftaler med akutsygehus, så der sikres hurtig overflytning ved behov for indlæggelse til sygehusbehandling.

Det anbefales, at samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og lægevagten styrkes og udvikles, herunder med mulighed for at indgå nærmere aftaler om samarbejde i relation til eksempelvis sygebesøg. Anbefalingerne lægger op til, at der på tværs af landet sikres fortsat udvikling af den kommunale sygepleje i forhold til at indgå i samarbejdet omkring den akutte patients forløb, og herunder en opdatering af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder fra 2017. Et element heri kan være etablering af bindende krav, således at alle kommuner skal kunne tilbyde indsatser i kommunale akutfunktioner. Udover at det sundhedsfaglige tilbud i de kommunale akutfunktioner på sigt også bør kunne omfatte andre problemstillinger end de rent somatiske, og at psykosocialt samarbejde og lægefaglig rådgivning skal styrkes, lægges der op til at se på, hvordan den samlede kommunale sygepleje kan rustes i varetagelsen af den komplekse sygepleje for dermed at give kommunerne bedre muligheder for at agere i den akutte sundhedsindsats.

Anbefalinger vedrørende vidensdeling

Sundhedsstyrelsens anbefalinger lægger vægt på, at det er en forudsætning for visitation, diagnosticering og behandling af høj kvalitet, at nødvendig og relevant viden om den enkelte patient er tilgængelig for sundhedspersonalet. Det anbefales derfor fortsat at udvikle administrative, tekniske og organisatoriske forhold, således at sundhedspersonalet i den akutte sundhedsindsats umiddelbart kan tilgå centrale og kritiske patientoplysninger på tværs af sektorer, blandt andet med inspiration fra gode erfaringer med Fælles Medicin Kort (FMK) og Et Samlet Patientoverblik.

Det anbefales herudover, at der sikres større sammenhæng mellem de dokumentationssystemer, der anvendes i den sundhedsfaglige visitation, præhospitalt, på sygehuse, i kommunalt regi og almen praksis, så væsentlige informationer udveksles, herunder også elektronisk billedokumentation.

Anbefalinger vedrørende forskning og udvikling

Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende forskning og udvikling retter sig blandt andet mod, at anvendelsen og kvaliteten af data skal styrkes på tværs af sektorer, herunder også kommuner og almen praksis.

Der lægges desuden op til at udvikle og styrke kvalitetsdatabaser for at sikre en national kvalitetsudvikling i det sammenhængende patientforløb.

4. Danske Regioners udspil *Når du har brug for os*

Danske Regioner udgav i 2018 *"Når du har brug for os – 24 nye indsatser når du bliver akut syg eller kommer til skade"*. Udspillet beskriver initiativer, som regionerne vil igangsætte for at udvikle den akutte indsats, og herunder styrke sammenhængen for borgerne. De skal desuden sikre, at ressourcerne anvendes endnu mere effektivt i den akutte indsats, så alle får den rette hjælp første gang, uanset om indsatsen er forankret på akutsygehuset, i den kommunale sygepleje eller i almen praksis.

Danske Regioners forslag til indsatser på akutområdet indeholder initiativer, som regionerne vil igangsætte for at udvikle den akutte sundhedsindsats. De 10 indsatsområder ligger i store træk på linje med de ambitioner, som Sundhedsstyrelsens anbefalinger er udtryk for.

Med indsatsområderne ønsker regionerne blandt at arbejde for én indgang til det akutte sundhedsvæsen samt at give borgere bedre tilgængelighed til akuthjælp via app'en Min Sundhed. Denne app skal også kunne muliggøre videokonsultationer.

Ved at gøre akutsygehusene mere tilgængelige for den kommunale sygepleje foreslås det, at akutte indlæggelser kan forkortes, så behandlingen fortsætter i hjemmet. Ligeledes skal muligheder for en styrket forebyggende indsats i eget hjem i samarbejde med kommunerne medvirke til, at akutte indlæggelser så vidt muligt forebygges. Det skal blandt ske ved at udbygge de rådgivende specialistfunktioner, der kan understøtte det kommunale personale i borgerens hjem.

På linje med anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen ønsker Danske Regioner at tage bedre hånd om patienter med både psykisk og fysisk sygdom. Det skal blandt andet ske ved at patienter med psykiske lidelser mødes med de rette kompetencer, også når de møder op i den somatiske akutmodtagelse.

Regionerne ønsker, at alle borgere har hurtig adgang til den rette sundhedsfaglige behandling. Det skal blandt ske ved at løfte kompetencerne i det præhospitale område og ved at forbedre kommunikation og viden om patienten på tværs af ambulance og akutsygehus. Herved kan behandlingen sættes i gang så tidligt som muligt, og videreføres mere gnidningsfrit ved ankomst til sygehuset.

For at give hurtigere hjælp til borgere med hjertestop, skal den frivillige indsats styrkes med flere førstehjælpere til hjertestop.

Endelig ønsker regionerne at sikre bedre adgang til relevante oplysninger om patienten i den akutte situation, så patientsikkerheden øges. Det skal suppleres af mere valide og sammenlignelige data i kvalitetsdatabaserne for akutte patientforløb.

5. Status for Region Syddanmark

Region Syddanmark har et godt udgangspunkt for at arbejde videre med anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og forslag fra Danske Regioner. Det vurderes, at anbefalinger, der har betydning for strukturen på akutområdet, er opfyldt eller på vej til at blive opfyldt i Region Syddanmark, og at anbefalingerne dermed ikke giver anledning til nye strukturelle ændringer i Region Syddanmark.

Det løber som en rød tråd gennem anbefalingerne, at patienten skal ledes ind ad den rette indgang og møde de rette sundhedsfaglige kompetencer. Som en forudsætning herfor skal modtagelse være visiteret, så patienten ledes til rette behandling. Region Syddanmark har visiteret adgang for patienter til de akutte somatiske sygehusydelser, mens der foreløbigt er opretholdt en mulighed for adgang til psykiatrisk akutmodtagelse uden visitation.

Det gælder, at akutte patienter som udgangspunkt skal modtages i en fælles akutmodtagelse på akutsygehuset. Region Syddanmarks akutmodtagelser er organiseret i henhold til de tidligere anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen. Hovedreglen er, at patienten umiddelbart tilses af en erfaren speciallæge eller et team, og at der er adgang til den fornødne diagnostiske kapacitet. Som udgangspunkt vil et akut patientforløb starte i den fælles akutmodtagelse, og ofte vil forløbet også kunne afsluttes her, eventuelt via en kortvarig indlæggelse i akutmodtagelsens sengeafsnit. Visiterede akutte patienter modtages tillige i de medicinske modtagelser i Vejle og Sønderborg.

Som supplement til centraliseringen af de specialiserede kompetencer på færre akutsygehuse, er lokale tilbud til behandling af mindre skader etableret i form af skadeklinikker bemandet med sygeplejersker. Ligeledes blev lægebemandet skadestuefunktion visse steder delvist opretholdt, dog med indskrænket åbningstid. Et udbygget præhospitalt beredskab med akutlægebiler og akutbiler kan hurtigt sætte ind med enten behandling eller stabilisering inden det videre forløb i sygehusregi.

Der blev i 2019 etableret en akut psykiatrisk udrykningstjeneste i Region Syddanmark, hvor politi og vagtlæge kan rekvirere rådgivningsbistand fra psykiatrisk sygeplejerske i forbindelse med tvangsindlæggelser med det formål at forebygge dette. Udrykningstjenesten er tilgængelig døgnet rundt. Der er desuden etableret mobil psykiatrisk skadestuefunktion med udgangspunkt i de 4 psykiatriske akutmodtagelser i Odense, Vejle, Esbjerg og Aabenraa. Funktionen aktiveres via akutmodtagelsen og varetager udover udgående indsats også opfølgning efter indlæggelse for udvalgte patienter.

Med ovenstående strukturelle tilpasninger har Region Syddanmark tilrettelagt det somatiske akutberedskab i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007. De sidste elementer i forhold til akutstrukturen falder på plads, når Nyt OUH står færdigt i Odense. Hermed bortfalder Svendborg Sygehus' status som akutsygehus.

Mange ældre medicinske patienter og mennesker med kroniske sygdomme er kendetegnet ved at have et forløb både i kommunen og på sygehus, hvor de modtager indsatser. Disse patienter er i særlig risiko for akutte indlæggelser og genindlæggelser. Efter udskrivning fra sygehus, vil der ofte være et behov for en sygeplejefaglig indsats, hvilket stiller krav til samarbejde og aftaler, og til god kommunikation begge veje. Da kommunerne ofte modtager patienter både fra almen praksis, lægevagt og sygehus, er der behov for klare retningslinjer og tydelig kommunikation om, hvem der har det lægelige behandlingsansvar for patienten. Aftaler om udskrivningsforløb indgår derfor som et vigtigt element i sundhedsaftalen mellem Region Syddanmark, kommunerne og de alment praktiserende læger, og er omfattet af SAM:BO-aftalen. Region Syddanmark har ligeledes indgået flere lokalaftaler med de praktiserende læger vedr. forebyggelse af akutte indlæggelser eller u hensigtsmæssige genindlæggelser, opfølgning og koordination efter indlæggelse samt indsats for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid. Disse aftaler understøtter

alternativer til akutte (gen)indlæggelser og bidrager dermed til, at patienterne i rette tid kan få det rette tilbud.

Bilag 3 gennemgår Sundhedsstyrelsens anbefalinger i forhold til status i Region Syddanmark og i forhold til forslag indeholdt i denne akutplan.

UDKAST

6. En styrket visitation

Når en borger henvender sig til egen læge, vagtlæge eller ringer 112 med akut opstået sygdom eller skade, består opgaven i at få patienten hjulpet hen til et relevant sundhedstilbud – at finde rette hjælp til rette tid. Med etableringen af fælles akutmodtagelser er muligheden for egen læge eller vagtlæge til at få patienten vurderet af speciallæger døgnet rundt, blevet forbedret. Det er således lettere at få en hurtig specialtvurdering af patienten på sygehuset.

For en række patienter kan det imidlertid være en udfordring for det sundhedsfaglige personale at vurdere patientens behov og dermed visitere til det tilbud, der bedst hjælper patienten. Det kan for eksempel være den ældre medicinske patient, der har fået det dårligt, men ikke nødvendigvis vil være hjulpet af en indlæggelse. Det kan også være patienten, der har en psykisk lidelse, og måske har brug for både somatisk og psykiatrisk bistand.

Patienter, der møder frem i lægevagten, vil blive mødt af en vagtlæge, der ikke kender patienten i forvejen, og som ikke altid har mulighed for at sætte sig ind i alle tilbud i patientens område. Det kan føre til en sygehusindlæggelse i mangel af kendskab til alternativer.

I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger ønsker Region Syddanmark at styrke samarbejdsformer i den sundhedsfaglige visitation og styrke selve visitationen af borgere med akut opstået eller forværret psykisk sygdom. Dermed skal der sikres sammenhæng i tilbuddene, sådan at patienten henvises til det rette behandlingstilbud på tværs af sektorgrænser.

6.1 Etablering af akutte visitationsenheder ved akutmodtagelser (indsats 1)

For at styrke mulighederne for at lave en samlet koordinering af borgeren/patienten og de forskellige tilbud, der findes på tværs af sektorer og specialer, etableres akutte visitationsenheder fysisk beliggende på hvert af de fire akutsygehuse i Esbjerg, Kolding, Aabenraa og Odense dækkende hver sit geografiske område.

De akutte visitationsenheder skal bistå den sundhedsprofessionelle visitation på tværs af specialer og afdelinger på sygehusene, og herunder understøtte visitation af patienter med somatiske sygdomme på tværs af specialer, afdelinger og matrikler på sygehusene. Det skal ske ved at fungere som første kontaktpunkt for indgang til somatisk sygehus, og som omdrejningspunkt for videre visitation, hvis patienten vurderes at have gavn af andet tilbud end indlæggelse i akutmodtagelsen. De akutte visitationsenheder skal netop have særligt fokus på patienter, der kan have gavn af et alternativ til indlæggelse på sygehus.

Erfarne akutsygeplejersker med omfattende klinisk erfaring og kendskab til det regionale akutområde samt kompetencer inden for det tværsektorielle samarbejde, vil bemande visitationsenhederne. Ideelt set skal akutsygeplejerskerne have erfaring både fra somatik og psykiatri, ligesom det vil være en fordel med kendskab til rammerne for almen praksis. Akutsygeplejerskerne i de akutte visitationsenheder har mulighed for lægefaglig backup.

I første omgang skal de akutte visitationsenheder være åbne i de timer på døgnet, hvor der er flest henvendelser i akutmodtagelserne om eventuel akut indlæggelse. På længere sigt er det ambitionen, at visitationsenhederne skal være tilgængelige døgnet rundt.

De akutte visitationsenheder skal sikre overblik over tilgængelige tilbud på sygehuset og i kommunerne, samt have kendskab til tilbud på psykiatrisygehuset. Det indbefatter overblik over belægningsen på de enkelte sygehusafdelinger, muligheden for subakutte tider i relevante ambulatorier samt viden om behandlingstilbud i FAM og i lægevagten. Herudover omfatter det kendskab til tilbud i kommuner omkring akutsygehuset (kommuner i det lokale samordningsforum), samt en veludbygget kontakt til kommunerne, så der sikres en nem og direkte adgang til dialog. Akutsygehuse, der samarbejder med et specialsygehus om medicinske akutte patienter, skal have en særlig opmærksomhed om opretholdelse af fælles organisatorisk viden og vedligehold af forudsætninger for relationel koordinering, herunder kendskab til alle kommuner omkring akutsygehuset. Det kan indebære rotation af personale mellem akutsygehus og akutte medicinske akutafsnit på specialsygehus.

Et tilbud vil kunne bestå af en sub-akut tid i et ambulatorium, hvor der kan blive fulgt op på patienten inden for 0-2 dage. De akutte visitationsenheder skal derfor have mulighed for direkte at booke subakutte tider. Det skal også være muligt at booke subakutte tider inden for psykiatrien, dog i dialog med den regionale psykiatri.

Et kommunalt tilbud kan eksempelvis have form af en akutplads, en midlertidig plejehjemsplads, et socialpsykiatrisk tilbud eller aktivering af den kommunale sygepleje.

Med afsæt i kendskab til somatiske og psykiatriske tilbud, og herunder alternativer til indlæggelse, skal de akutte visitationsenheder kunne rådgive den ansvarlige læge og på dennes vegne påtage sig koordination af det videre forløb for patienten. Hvis aktørerne sammen vurderer, at patienten har behov for et kommunalt sundhedstilbud som alternativ til indlæggelse, aflaster sygeplejersken i den akutte visitationsenhed den praktiserende læge/vagtlæge ved at overtage opgaven med at kontakte og koordinere med det kommunale tilbud. Derudover kan de akutte visitationsenheder være behjælpelige i forhold til øvrige praktiske forhold i relation til henvisningen på vegne af lægen.

De akutte visitationsenheder har ikke myndighedsansvar i kommunerne, men enhederne skal kunne bistå med viden, rådgivning, kontakt og koordination på tværs af sektorer. Det er altid den praktiserende læge/vagtlæge, der har henvisningsretten, og det er kommunen, der foretager den endelige visitation af patienten til det konkrete kommunale tilbud i overensstemmelse med gældende ret om myndighedsansvar for visitation til kommunale sundhedstilbud.

Der forventes en gradvis udvikling i retning af et tættere samarbejde mellem de akutte visitationsenheder, almen praksis og de kommunale visitationer, således at beslutning og overgang sker så glidende som muligt. Dette samarbejde pågår allerede inden for sundhedsaftalens ramme, og dialogen herom kan med fordel finde sted i de lokale samordningsfora omkring hvert akutsygehus.

I tråd med Sundhedsstyrelsens akutanbefaling om samlokalisering kan mulighederne for samlokalisering af visitationsenheder på tværs af sektorer desuden indgå i den videre udvikling, idet fælles fysisk placering giver en mere direkte adgang til at drøfte forløb for patienter på tværs af sektorer.

Der findes i dag visse samarbejder mellem sygehuse og kommunale akuttilbud, hvorved fælles akutmodtagelser kan rådgive patienten om mulige kommunale akuttilbud. Den fælles akutmodtagelse på Sydvestjysk Sygehus har fra foråret 2020 haft lokalefællesskab med både visitator fra Esbjerg Kommune og lægevagten, ligesom Odense Kommunes akutteam har base i FAM på OUH.

For at sikre tilgængelighed og god service i de akutte visitationsenheder vil der i det videre arbejde blive arbejdet på, at der opstilles kvalitetsstandarder for serviceniveauet, ligesom der i takt med øget åbningstid løbende vil blive evalueret på organisering og opgavevaretagelse.

For patienter, der kan have brug for både akut somatisk og psykiatrisk behandling, skal visitation understøttes af tæt samarbejde mellem den akutte visitationsenhed og den psykiatriske akutmodtagelse. Organisering af samarbejde mellem somatisk og psykiatrisk akutmodtagelse vil blandt afhænge af, om de er beliggende på samme matrikel eller på adskilte matrikler.

På matrikler med fælles akutmodtagelse for somatik og psykiatri placeres den akutte visitationsenhed sammen med den psykiatriske visitation med henblik på gnidningsfrit at kunne samarbejde om visitation til både somatik og psykiatri. For adskilte matrikler tilstræbes et lignende tæt samarbejde via brug af virtuel kommunikation understøttet af en organisering, der sikrer enkel og direkte kommunikation mellem somatik og psykiatri.

6.2 Visitationsretningslinjer mellem akutsygehus og specialsygehus

Akutte medicinske patienter modtages normalt i akutmodtagelsen på et af de fem akutsygehuse i Odense, Svendborg, Kolding, Esbjerg eller Aabenraa. Nogle medicinske patienter kan dog efter visitation modtages akut på specialsygehus i Sønderborg eller Vejle. Det kan blandt andet være patienter med åben indlæggelse, patienter med kendt medicinsk sygdom eller patienter i palliativt forløb.

Specialsygehus, der modtager akutte patienter, har adgang til relevante lægefaglige specialer med mulighed for umiddelbar assistance fra speciallæge i anæstesiologi.

Med afsæt i placering af visse medicinske specialer på specialsygehuse i Vejle, Sønderborg og på sigt Svendborg, udarbejdes visitationsretningslinjer, lige som der er faste samarbejdsaftaler med akutsygehuse i henholdsvis Kolding, Aabenraa og Odense. Visitationsretningslinjer og samarbejdsaftaler skal muliggøre et fortsat tæt samarbejde mellem akutsygehuse og specialsygehuse, samt inden for rammerne af visitationsretningslinjerne muliggøre en medicinsk akut sygehusbetjening, der tager højde for lokale geografiske forhold, og understøtter det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

6.3 Visiteret adgang til psykiatrisk akutmodtagelse

Sundhedsstyrelsens anbefalinger tilsiger, at modtagelse til både somatisk og psykiatrisk sygehusbehandling skal være visiteret. For udvalgte patientgrupper og tilstande, eksempelvis fødsel, akut forværring af kendt sygdom, selvmordsforsøg mv. kan mulighed for selvhenvendelse dog være hensigtsmæssig.

Region Syddanmark har valgt, at det fortsat er muligt at blive modtaget i de psykiatriske akutmodtagelser uden forudgående visitation. Det er for at reducere barrierer for hjælp til borgere med psykisk lidelse. Sundhedsstyrelsens anbefalinger giver fortsat mulighed for uvisiteret adgang for patienter, der er i et psykiatrisk behandlingsforløb.

For borgere, der ikke er i psykiatrisk behandling, peger anbefalingerne på, at adgang fremover bør være visiteret. Styrelsen anbefaler dog, at der nationalt udarbejdes fælles principper for visitation til psykiatriske akutmodtagelser og øvrige tilbud. De skal samtidig sikre, at der for særlige patientgrupper, situationer mv. fortsat er mulighed for uvisiteret selvhenvendelse.

Region Syddanmark afventer nationalt arbejde vedrørende fælles principper for visitation til psykiatriske akutmodtagelser og øvrige tilbud.

6.4 Værktøjer til en forbedret visitation mellem somatik og psykiatri (indsats 2)

I de fælles akutmodtagelser på Sygehus Lillebælt og Sygehus Sønderjylland anvendes allerede et screeningsværktøj i triageringen af psykisk sårbare patienter. Screeningsværktøjet, der skal afdække patientens psykiske problemstilling, bruges til vurdering af patienter, når der hos den modtagende triagerende sygeplejerske er mistanke om psykisk sårbarhed eller sygdom.

Screeningsværktøjet udbredes til alle fælles akutmodtagelser, hvor det danner grundlag for at udarbejde en behandlingsplan for patienter med psykisk sygdom eller sårbarhed, som har henvendt sig i FAM. Det er hensigten, at behandlingsplanen skal fungere som en fælles referenceramme mellem FAM og PAM. Behandlingsplanen skal også være med til at sikre større mobil fleksibilitet mellem psykiatri og somatik, hvor det er fysisk muligt. Screeningsværktøjet forventes at kunne integreres i EPJ Syd.

6.5 Bedre koordinering mellem somatik og psykiatri (indsats 3)

Sygehus Lillebælt har gode erfaringer med ugentlige ERFA-møder mellem læger i FAM i Kolding og PAM i Vejle, hvor erfaring om blandt andet akutte patienter kan udveksles.

Der etableres i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger en fast samarbejdsstruktur mellem de enkelte fælles akutmodtagelser og de samarbejdende psykiatriske akutmodtagelser uafhængigt af, om FAM og PAM ligger på samme matrikel. Det foreslås, at kommunerne ligeledes er repræsenteret.

Herudover iværksættes daglige virtuelle konferencer af kort varighed mellem relevante fagpersoner fra FAM og PAM, omhandlende indlagte patienter af fælles relevans. På møderne bør der være særligt fokus på patienter med både somatiske og psykiatriske diagnoser, som derfor ofte henvender sig i FAM og PAM. Konferencer kan også omfatte patienter med misbrug, der eksempelvis er til afrusning, eller har et akut somatisk behandlingsbehov samtidig med et særligt behov for abstinensbehandling og smertelindring. I relevant omfang kan specialsygehuse, der modtager visiterede akutte medicinske patienter, indgå i samarbejdet.

6.6 Forebygge indlæggelse og forbedre den præhospital behandling i eget hjem (indsats 4)

Især for ældre borgere er en akut indlæggelse en stor omvæltning i den daglige rytme. En indlæggelse kan indebære store fysiske og psykiske funktionstab, som det tager lang tid at genvinde. Mange ældre og sårbare patienter er kun indlagt i kort tid, og i mange tilfælde ville et forholdsvis ukompliceret indlæggelsesforløb kunne have været undgået, hvis samarbejdet i det nære sundhedsvæsen var mere udbygget. I Sundhedsaftalen 2019-2023 er der fastlagt en politisk målsætning om at nedbringe antallet af akutte forebyggelige indlæggelser af ældre patienter.

Alment praktiserende læger skal være tilgængelige for akutte patienter på hverdage fra kl. 8 – 16. Opfattelsen af tilgængelighed hos egen læge er en vigtig faktor for at forebygge kontakt til lægevagt med henblik på videre behandling på sygehus. For at forebygge akutte indlæggelser har Region Syddanmark desuden indgået lokalaftaler med de praktiserende læger, herunder om diagnostik og behandling af særligt sårbare borgere i eget hjem, og om indsats for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid (palliation). Aftalerne understøtter, at patientens egen læge i et samarbejde med den kommunale sygepleje blandt andet kan diagnosticere og behandle patienten i hjemmet, og dermed undgå, at patienten skal indlægges på sygehus.

En styrket visitation skal bidrage til at forebygge akutte indlæggelser, og herunder genindlæggelser. Det kan blandt andet ske ved i højere grad at samarbejde med kommunerne, så borgeren får hjælp i hjemmet i stedet for at blive indlagt, blandt andet ved øget brug af indsatser aftalt i ovenstående lokalaftaler.

Eksempelvis anbefaler Sundhedsstyrelsen, at den kommunale sygepleje inddrager særlige sygeplejekompetencer i kommunen til vurdering og eventuelt kvalificering før videre kontakt. Det er relevant for borgere, der allerede modtager kommunal sygepleje.

Regionens sygehuse har i samarbejde med nogle kommuner iværksat projekter, der skal forebygge indlæggelse af den ældre sårbare borger.

Projekterne indeholder eksempelvis mulighed for:

- en klinisk sygeplejefaglig vurdering ved en kommunal akutsygeplejerske forud for indlæggelse,
- tættere samarbejde mellem plejehjem, pårørende, praktiserende læge, og sygehus for plejhjemsbeboere,
- en algoritme, der øger kommunale sygeplejerskers opmærksomhed på ældre borgere med stigende plejebæhov, hvilket kan være et udtryk for indlæggelseskrævende sygdomsudvikling og behov for rettidig omhu
- udkørende lægefagligt team fra FAM til plejehjem.

Bilag 4 beskriver de enkelte projekter nærmere. Disse projekter og andre projekter følges med henblik på vurdering af muligheder for udbredelse.

Potentialet i et øget samarbejde mellem kommune, sygehus og det præhospitale område i forhold til at forebygge indlæggelse, skal endvidere afsøges, herunder ved en udvidet brug af eksisterende lokalaftaler med praktiserende læger. Hvordan kan eksempelvis de præhospitale kompetencer i et tættere samarbejde med sygehus og kommune medvirke til en øget behandling i eget hjem/plejehjem? En model herfor kan være, at paramedicinerne medbringer specialiseret udstyr til afklaring af situationen og efter behov er i virtuel kontakt med sygehus for lægefaglig afklaring.

Der arbejdes videre med udvikling af et koncept for, hvordan paramedicinere kan inddrages i samarbejdet omkring og i behandlingen af borgere i eget hjem/plejehjem. Det indbefatter afklaring af juridiske barrierer, herunder det lægelige ansvar, i forhold til at kunne behandle og afslutte på stedet.

Som en variant kan et kommunalt akutteam tage virtuel kontakt til læge på FAM for at få lagt en plan og hvis muligt finde et alternativ til sygehusindlæggelse.

6.7 Fælles viden, kompetencer og samarbejde på tværs af sektorer

Etablering af akutte visitationsenheder ved akutmodtagelser vil skabe et nyt omdrejningspunkt for visitationen på det akutte område. En forbedret visitation forudsætter dog en samtidig understøttelse af det sundhedsprofessionelle personale, der foretager udredning, vurdering og visitation. Det omfatter både kompetenceudvikling, stærkere relationer på tværs af sektorer og fagområder, samt udbredelse af hjælpemærktøjer.

Katalog over tilbud på tværs af sektorer (indsats 5)

For at understøtte et løbende opdateret overblik over akutte tilbud på tværs af sektorer, men omkring de enkelte akutsygehuse, opstilles en digital platform for regionen indeholdende et katalog over

regionale og kommunale tilbud, tilgængelighed hertil, kontaktinfo og kompetencer. Kataloget organiseres i forhold til de enkelte akutsygehuse. Heri kan blandt andet relevante tværsektorielle indsatser for den ældre patient indgå. Indsatser ved frivillige kan ligeledes indgå i kataloget.

Fælles viden om patienten (indsats 6)

I forhold til målgrupper og behov udvikles fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau, så alle parter har adgang til relevant viden og data om patienten. Det kan eksempelvis være et hjælpeværktøj som *Clinical Frailty Scale*, der på tværs af sektorer kan anvendes til vurdering af borgeres (+65-årige) skrøbelighed i det tværsektorielle samarbejde. Det kan også omfatte eventuelle aftaler med patienten, eksempelvis om behandlingstestamente eller fravalg af livsforlængende behandling.

Daglig konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam/sygepleje (indsats 7)

Med henblik på at opnå en mere sikker og tryk hjemsendelse fra akutafdeling tilbydes kommunerne, at der etableres en daglig virtuel konference mellem det kommunale akutteam/sygepleje og det enkelte sygehus' akutafdeling, herunder inden for psykiatrien og medicinske afsnit på specialsygehus.

Til konferencen vil der være en gennemgang af borgere fra den pågældende kommune, som er på akutafdelingen. Med en fast daglig virtuel tværsektoriel konference kan der planlægges et godt tværsektorielt forløb i forbindelse med hjemsendelse, og det kan drøftes, om patienten eventuelt kan hjemsendes tidligere, hvis det vurderes, at akutteamet kan varetage behandlingen af borgeren i eget hjem. Der vil også være mulighed for, at patienten tilbydes at tale med en medarbejder fra akutteamet, hvis der er spørgsmål relateret til hjemsendelse.

På de daglige virtuelle møder kan sårbare borgeres tilstand endvidere drøftes, så en indlæggelse eventuelt kan forebygges. Drøftelse af patientforhold på tværs af sektorer forudsætter samtykke fra patienten.

Rammedelegation til kommunalt sundhedspersonale (indsats 8)

For at muliggøre et tæt og smidigt samarbejde mellem den kommunale sygepleje, almen praksis og sygehus, indgås aftaler, der beskriver, hvilke tiltag den kommunale sygepleje i kommunen kan iværksætte, både tidligt og undervejs i et forløb. Det skal fremgå, hvem der har det lægefaglige ansvar, når borgeren behandles i eget hjem/plejehjem. Det kan enten være egen læge, relevant sygehuslæge eller læge ansat i kommune.

En sådan rammedelegation skal sikre, at kommunalt sundhedspersonale, særligt i den akutte sygepleje, har mandat og kompetence til at foretage klart definerede målinger og medicinhåndtering. Det vil desuden muliggøre en mere smidig medicinhåndtering til fordel for patienter og praktiserende læger, samt kunne kvalificere dialogen med vagtlæge eller AMK i akutte situationer.

I aftaler om rammedelegation skal det nærmere beskrives, hvilke kompetencer, der er forudsat i den kommunale sygepleje.

Fælles stillinger/fremskudte funktioner/lokalefællesskab (indsats 9)

Sygehusene gør sig i disse år lokale erfaringer med fælles stillinger på tværs af akutmodtagelsen og kommunernes akutteams, og herunder brug af fælles lokaler. Samarbejdet vil kunne udvides til at omfatte lokalefællesskaber med lægevagten og øvrige aktører. Der er brug for mere viden om effekterne af lokalefællesskaber/fremskudte funktioner inden der træffes beslutning om eventuel udbredelse af initiativerne.

Udbygning af standardiseret vidensdeling (indsats 10)

For patienter, der er indlagt i mere end 48 timer, er der via SAM:BO-aftalen krav om fremsendelse af en plejeforløbsplan fra sygehuset til patientens hjemkommune. Det gælder ikke for patienter, der indlægges mindre end 48 timer, eller for patienter, der slet ikke indlægges, hvorfor der her vurderes at være behov for at styrke udvekslingen af information mellem den kommunale sygepleje/akutteam og sygehusets akutafdeling.

Der arbejdes videre med afdækning af, hvilke informationer, der som standard bør videregives, og gerne fastlæggelse af en standardiseret kommunikationsform.

Fælles kompetenceudvikling og relationel koordinering (indsats 11)

I det akutte forløb er der mange faglige og menneskelige ressourcer i spil, og der skal træffes beslutning om igangsættelse af den rette behandling inden for kort tid. For at kunne igangsætte den rette behandling på det rette niveau er det afgørende, at der er en præcis, rettidig og problemløsende kommunikation parterne imellem. For at styrke samarbejdet om den akutte patient på tværs af sektorer er det derfor nødvendigt at have fokus på den relationelle koordinering på tværs af sektorer. Relationel koordinering defineres i denne sammenhæng som arbejdsrelationer gennem fælles mål, delt viden og gensidig respekt.

Region Syddanmark ønsker sammen med de øvrige parter at udvikle en samarbejdsmodel, der sikrer fælles kompetenceudvikling og relationel koordinering mellem sundhedspersonale på tværs af sektorer.

Fælles kompetenceudvikling kan blandt andet være i form af fælles skolebænk, webinar eller e-læring. Det findes allerede gode lokale erfaringer, som der kan tages udgangspunkt i.

Med fælles undervisning og vidensdeling på tværs af sygehus og kommuner kan der opnås et øget tværgående kendskab til hinandens lovgivende rammevilkår, tilbud og indsatser og en øget accept af hinandens fagligheder og kompetencer. Det kan eksempelvis være viden om kommunernes akutteams, om sygehusenes akutmodtagelser inden for både somatik og psykiatri, eller om det præhospitale område. Et vigtigt fokusområde er deling af journaloplysninger mellem sektorer.

I forhold til at styrke samarbejde og kompetencer om den socialt udsatte borger skal kommunernes erfaringer være fremtrædende.

Med fælles undervisning kan deltagerne på tværs af sektorer opnå en fælles opdatering på nyeste viden inden for udvalgte områder, ligesom der er mulighed for at bidrage med egen viden og erfaring undervejs. Undervisning kan eksempelvis omfatte behandling af specifikke diagnoser, symptomer, eller patientgrupper, herunder psykisk sårbare. Den fælles kompetenceudvikling skal herved bidrage til at forebygge udvikling af akut sygdom hos kroniske patienter og dermed forebygge indlæggelser. Men ikke mindst skal den fælles undervisning medvirke til at opnå en fælles begrebsramme.

6.8 Styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer

Tværasektoriel ledelsesinformation og kvalitetsudvikling af akutte forløb (indsats 12)

Med større kendskab til hinandens data i region og kommuner, kan der skabes bedre forløb for patienterne. Der bør derfor på tværs af sektorer gives adgang til aggregerede data til brug for ledelsesinformation og kvalitetsudvikling. Dette kan eksempelvis være med til at give information om ressourceanvendelse eller eventuelle flaskehalse, og bidrage til en fælles forståelse af, hvordan der i forskellige sektorer bidrages i det akutte forløb.

Det foreslås sammen med kommunerne at etablere en fælles platform for deling af data på aggregeret niveau til ledelsesinformation. En fælles platform skal også gøre det muligt at anvende tværsektorielle data til evaluering og kvalitetsudvikling. Det kan blandt andet være i forhold til at forebygge akutte genindlæggelsesforløb. På længere sigt bør mulighederne for at inkludere data fra almen praksis og lægevagt undersøges. Erfarings- og vidensdeling kan ske via de lokale samordningsfora.

Styrket brug af data og datadeling i det akutte forløb (indsats 13 og 14)

Det er afgørende for akutindsatsen, at sundhedspersonalet i den akutte situation har adgang til relevante oplysninger og data om patienten på en let og overskuelig måde. Det gælder både i den kommunale sygepleje, for egen læge eller lægevagt, i det præhospitale beredskab samt på sygehuset. Det skal ikke være den tilskadekomne eller akut syge patient, der selv skal være ansvarlig for at huske, hvilken medicin de tager, hvad de er allergiske over for eller hvornår de sidst var hos egen læge. Der er derfor brug for at afdække, hvordan der kan etableres bedre tekniske og juridiske muligheder for at dele data om akutte patienter, så patientsikkerheden øges i den akutte situation. Der arbejdes videre med afklaring af juridiske barrierer i forhold til datadeling for den akutte patient. Det er desuden forventningen, at Danske Regioner og KL bidrager til en national afklaring af området.

Der er fokus på implementering af Sundhedsdatastyrelsens *Program for et samlet patientoverblik*, der har udviklet løsninger til blandt andet *Fælles Stamkort* og *Aftaleoversigt*. Fælles Stamkort giver sundhedspersonale en nemmere og mere sikker adgang til patientens stamoplysninger på tværs af sektorer, og patienter og pårørende får mulighed for at sikre, at deres stamoplysninger er korrekte. *Aftaleoversigt* giver patienter og deres pårørende et samlet overblik over deres aftaler med hospitaler, kommuner og egen læge, og giver sundhedspersoner mulighed for at koordinere aftaler på tværs.

Der skal ske afklaring af, hvorvidt der er behov for videreudvikling af SAM:BO på det akutte område i forhold til at styrke kvaliteten og systematikken af data og viden i korrespondancemeddelelser, der går på tværs af sektorerne.

Herudover foreslås det over for kommunerne, at der igangsættes udvikling af en fælles platform med fælles data om akutte patienter på individniveau. De fælles data kan give sundhedspersonalet viden om tidligere behandling, samt om patientens kliniske og kognitive situation forud for det akutte forløb. Der vil kunne hentes erfaringer og inspiration fra projekt *Fast track via tværsektorielt samarbejde og datadeling mellem akutfunktionen Kolding Kommune, akutafdelingen (FAM) - Kolding Sygehus og almen praksis*.

Viden og forskning i brugen af data til at forudsige og forebygge akutte indlæggelser (indsats 15)

Der findes allerede stor viden om risici for akutte indlæggelser, og herunder genindlæggelser. Ved bedre brug af denne viden til målrettede indsatser kan akutte indlæggelser i højere grad forebygges. Det kan ske ved mere systematisk at identificere borgere, der er i særlig risiko for akut (gen)indlæggelse.

En akut indlæggelse, hvor patienten eksempelvis har fået et hjerteanfald, sker ofte i kølvandet på et forløb, hvor patienten allerede har været i kontakt med sundhedsvæsenet flere gange. Herved vil der allerede være registreret data i form af hændelser, symptomer og andre faktorer, der tilsammen kan tegne et billede af, at et akut forløb kan være under opsejling. Disse data er typisk registreret hos egen læge, i hjemmeplejen eller lignende. Ved en samlet adgang til disse data, kan data bruges mere proaktivt til at forudsige, om der er et akutforløb på vej.

Det foreslås i samarbejde med kommunerne dels at afdække igangværende forskning og erfaring med prediktionsmodeller for akutte indlæggelser, og dels at igangsætte yderligere forskning i udvikling af modeller til forudsigelse og forebyggelse af akutte indlæggelser. Som et element kan der igangsættes dataprojekter til udvikling af algoritmer, der trækker på data fra flere sektorer.

Boks 1. Oversigt over indsatser til styrket visitation

1. Etablering af akutte visitationsenheder ved akutsygehusene i Esbjerg, Kolding, Aabenraa og Odense.
2. Udbredelse af screeningsværktøj til alle fælles akutmodtagelser mhp. triagering af den psykisk sårbare patient
3. Etablering af fast samarbejdsstruktur mellem FAM og PAM og med kommunal repræsentation, herunder daglige virtuelle konferencer.
4. Afsøge potentiale i øget samarbejde vedr. forebyggelse af indlæggelser, herunder
 - udbrede gode erfaringer fra projekter
 - udbygge samarbejde mellem kommuner og paramediciner
5. Udarbejdelse af digitalt katalog over relevante tilbud på tværs af sektorer.
6. Udvikling af fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau.
7. Etablering af daglig virtuel konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam.
8. Indgå aftale, der beskriver rammedelegation og forudsætninger herfor for kommunalt sundhedspersonale.
9. Afdækning af erfaringer med effekter af lokale-fællesskaber/fremskudte funktioner på akutsygehuse, hvor kommuner og lægevagt indgår.
10. Afdækning af behov for information og standardiseret kommunikation for patienter, der er indlagt i mindre end 48 timer eller ikke er indlagt.
11. Udvikling af tværsektorielle undervisningsforløb.
12. Tværsektoriel adgang til aggregerede data til brug for ledelsesinformation og kvalitetsudvikling, herunder etablering af fælles platform.
13. Afdækning af tekniske og juridiske muligheder for at dele data om akutte patienter i den akutte situation.
14. Udvikling af fælles platform med fælles data på individniveau om akutpatienters tilstand og situation.
15. Udvikling af tværsektorielle modeller til forudsigelse og forebyggelse af akutte indlæggelser, herunder afdække eksisterende forskning og erfaring.

7. Udvikling af lægevagten og samarbejde med sygehusene

Når man bliver syg, er det vigtigt, at man møder et sundhedsvæsen, der fremstår koordineret og sammenhængende. I dag er Lægevagten og sygehusenes akutfunktioner organiseret i to særskilte systemer. Der kan imidlertid med fordel arbejdes hen imod et tættere samarbejde, så der sikres størst mulig faglighed, sammenhæng og effektivitet.

7.1 Samarbejde mellem lægevagten og AMK vagtcentralen

Bedre støtte til den sundhedsfaglige visitation, når man ringer 1-1-2 (indsats 16)

Hvis man ringer 1-1-2 for at få akut sundhedshjælp, får man kontakt til regionens AMK-vagtcentral, der er bemannet med sundhedsfaglige visitatorer. De har typisk en baggrund som enten sygeplejerske, paramediciner eller ambulancebehandler.

Hidtil har AMK-vagtcentralen kun i et begrænset omfang haft tilstedeværelse af en læge, men erfaringerne peger på, at der kan være behov for mere fast lægelig support eller rådgivning. I tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal samarbejdet mellem Lægevagten og AMK-vagtcentral nytænkes hen imod øget integration og delvis samlokation. I AMK-vagtcentralen oprettes en særlig visitationsplads, hvorfra en almenmedicinsk speciallæge/vagtlæge let, hurtigt og bekvemt kan yde rådgivning og support til AMK-vagtcentralens visitatorer eller direkte til borgere, når behovet opstår. Lægen vil herfra fortsat indgå i lægevagtens almindelige telefonvisitation, når der ikke er behov for hjælp eller rådgivning ved AMK-vagtcentral. Endvidere vil lægen kunne bidrage til varetagelse af videokonsultationer i lægevagten. Tilstedeværelse af en læge i AMK-vagtcentralen vil bidrage til at øge patientsikkerheden, fagligheden og dermed kvaliteten i den telefoniske visitation ved vagtcentralen.

Udbredelse af videoopkald som supplement ved 1-1-2 alarmopkald (indsats 17)

Videoteknologi er et værktøj, der i stigende grad benyttes til at sikre en mere præcis viden i kommunikationen mellem borger og sundhedsvæsen. Ved et alarmopkald til 1-1-2 kan videoopkald som et supplement til telefonsamtalen hjælpe den sundhedsfaglige visitator med at sikre den rette hjælp til en akut tilskadekommet borger, idet visitator bliver i stand til at se patientens skader eller sygdomstilstand. Den sundhedsfaglige visitator i AMK-vagtcentralen fremsender en SMS-besked med et link, der via borgerens mobiltelefon automatisk opretter en sikker og krypteret forbindelse mellem borgerens telefon og AMK-vagtcentralen. Herved kan visitator vurdere på baggrund af egne observationer, samt vejlede borgeren til at yde den rette førstehjælp. Videomuligheden benyttes kun i tilfælde, hvor visitator finder det relevant, og hvor der er flere personer tilstede på ulykkessteder, således at mindst én borger kan yde førstehjælp og en anden borger kan stå for videoopkaldet.

Videoopkald anvendes allerede, men der vurderes at være et potentiale for yderligere udbredelse, så video anvendes i større omfang, når borgere ringer 1-1-2. Dermed forbedres kvaliteten af den sundhedsfaglige visitation i forhold til at sikre, at patienten tildeles de relevante præhospitale ressourcer.

Paramedicinere som supplement til sygebesøg eller konsultationer i lægevagten (indsats 18)

Ambulancer bemannet med paramedicinere skal i højere grad kunne indgå i indsatsen for at forebygge (gen)indlæggelser. Det skal ske dels ved opgradering af udstyr i ambulancer, så der i borgerens eget hjem kan foretages prøver, test mv., og dels ved opkvalificering af paramedicinerne, så de opnår en større viden om sygdomme og kronisk medicinering, og i øvrigt uddannes til at måle og vurdere blodprøver mv.

Paramedicinernes arbejde med at forebygge indlæggelse vil normalt involvere egen læge, men paramedicinerne kan også i vagttiden indgå i supplerende funktioner. Det kan eksempelvis være i forbindelse med tilsyn, opfølgning eller afholdelse af et sygebesøg i lægevagten, eller i forbindelse med afholdelse af konsultationer på nogle af de perifert beliggende konsultationslokaler.

Det er en forudsætning, at paramedicinerne og øvrigt præhospitalt personale har adgang til relevant viden.

7.2 Samarbejde, sammenhæng og samdrift i akutfunktioner på sygehus og i lægevagten

Der er siden 2012 blevet etableret 'brobyggerordninger' ved en række sygehuse i Region Syddanmark. Der er på nuværende tidspunkt brobyggerordninger ved sygehuse i Odense, Esbjerg, Vejle, Kolding, Sønderborg og Aabenraa, dog i forskellige tidsrum. Brobyggerordningen er mest udbygget i Odense, hvor patientantallet tilsvarende er størst.

Brobyggeren er en sygeplejerske, der har til opgave at fremme samarbejdet mellem lægevagten og sygehusets akutfunktion, og som skal bidrage til, at patienter, der skal flyttes fra lægevagt til akutfunktion, oplever et gnidningsfrit forløb. Det kan enten være i forbindelse med indlæggelse, brug af diagnostisk udstyr i FAM eller overgang til skadestuefunktion i Vejle og Sønderborg.

Brobyggeren hjælper også patienter, der har behov for praktisk eller anden form for hjælp, eksempelvis bestilling af hjemtransport. Herudover assisterer brobyggeren vagtlægerne med relevante behandlinger, laboratorieundersøgelser og andre undersøgelser, når det er nødvendigt.

Erfaringer har vist, at en brobyggerordningen er mest velfungerende, når der er en vis aktivitet i lægevagten.

Samarbejde mellem lægevagten, brobyggerordning og sygehusenes børneakutmodtagelsesafsnit (indsats 19)

Brobyggerordningerne udbygges til at omfatte samarbejde med sygehusenes akutte modtageafsnit for børn. Herved indgår brobyggere og vagtlæger i en optimering af behandlingsforløbet for de børn, der modtages til akutbehandling.

For familier med svage forældrekompetence kan en sygeplejerske varetage en supervisionsopgave over for familien. Det kan ske ved, at børneafdelingen stiller en sygeplejerske med akutte kompetencer til rådighed i et konsultationsrum i lægevagten i risikoperioder henover døgnet. I Odense vil en realisering heraf skulle afvente Nyt OUH, hvor de fysiske rammer åbner mulighed herfor.

Observation af patienter i lægevagten (indsats 20)

Som et redskab til at undgå en indlæggelse eller ophold i akutmodtagelserne etableres en funktion til observation af patienter i lægevagten. Her vil brobyggeren kunne holde opsyn med patienter, der muligvis kan færdiggøres i lægevagtens regi, og dermed undgå indlæggelse.

Funktionen retter sig primært mod patienter, hvor en behandling påbegyndes i lægevagten, men hvor effekten heraf afventes. Det kan være patienter, hvor der igangsættes parakliniske undersøgelser, hvis resultat vil være afgørende for, om der skal ske indlæggelse eller hjemsendelse, eller det kan være udredning af allergier, hvor det vil være nødvendigt at afvente allergireaktion, inden vagtlægen kan iværksætte behandling.

De nødvendige rammer vil omfatte observationsplads (flystol), kvalificeret personale, samt adgang til relevant medicinsk udstyr.

Forsøgsprojekt med integration og samdrift mellem lægevagten og sygehusfunktionerne (indsats 21)
Der etableres en forsøgsordning, hvor sygehusets akutfunktion og lægevagtskonsultationen integreres i størst muligt omfang. Det indebærer fælles ansvar for alle patienter og rådighed over alle ressourcer på tværs af de to ordninger. Herved vil de almenmedicinske kompetencer fra lægevagten kunne benyttes i sygehusets akutfunktioner, ligesom lægevagten vil kunne drage nytte af speciallæger og sygeplejemæssige funktioner i akutmodtagelserne.

Et sådant forsøg vil formentligt kræve en særlig honorering af de praktiserende læger i vagtordningen baseret på timetal frem for ydelser.

7.3 Andet samarbejde mellem almen praksis, lægevagt, sygehuse og kommuner

Specialistrådgivning fra sygehusafdelinger til almen praksis (indsats 22)

Almen praksis har allerede i nogen grad mulighed for at søge specialistrådgivning fra sygehusafdeling via hotline. For at forebygge indlæggelser skal der større fokus på denne mulighed, ligesom adgangen gradvis skal udbygges.

Direkte booking af sub-akutte tider (indsats 23)

For at muliggøre et mere smidigt samarbejde mellem almen praksis og sygehusafdelinger igangsættes en organisatorisk og teknisk udvikling, der på sigt kan gøre det muligt for praktiserende læger direkte at booke sub-akutte tider på sygehus, så en patient i rette tid kan blive vurderet af specialist. Det vil kunne ligestille patienter, der i dagtid møder frem hos egen læge, med patienter, der i vagttid via lægevagten og de kommende akutte visitationsenheder umiddelbart får en sub-akut tid på en sygehusafdeling.

Tværasektorielt samarbejde mellem lægevagten og den kommunale sygepleje (indsats 24)

Samarbejdet mellem lægevagten og den kommunale sygepleje skal styrkes og udvikles, herunder i forhold til sygebesøg. Det kan eksempelvis ske ved, at den kommunale sygepleje hos borgere, som i forvejen er kendt af sygeplejen, foretager en vurdering af borgerens tilstand og i samråd med vagtlægen vurderer, om en videregående indsats er nødvendig. Kommunikation mellem kommunal sygeplejerske, vagtlæge og eventuelt borger vil på sigt kunne finde sted via video.

I Region Syddanmark er de kommunale akutfunktioner for regionens 22 kommuner kortlagt og indarbejdet i lægevagten IT-system. Hermed kan de enkelte vagtlæger få et overblik over de enkelte kommuners tilbud og akutfunktioner i vagttiden, og på baggrund heraf vurdere om et kommunalt tilbud vil kunne gavne borgeren og eventuelt erstatte en indlæggelse på sygehus.

7.4 Modernisering af lægevagten faciliteter og diagnostiske udstyr

Lægevagtskonsultationer (indsats 25 og 26)

Lægevagten i Region Syddanmark rummer 21 lægevagtskonsultationer, der ligger geografisk spredt i regionen. Der er betydelig forskel på konsultationsstedernes størrelse, indretning og udstyr.

De 21 konsultationssteder kan opdeles i tre forskellige hovedkategorier, der er baseret på konsultationsstedets beliggenhed, henvisningsmulighed, brobyggeradgang, samt hurtig adgang til andre akutfunktioner eller diagnostisk udstyr og undersøgelsesmuligheder.

a) Lægevagtskonsultationer på akutsygehuse

Lægevagtskonsultationerne i Odense, Kolding, Esbjerg og Aabenraa er beliggende på sygehusmatrikler med akutfunktioner. Disse konsultationssteder, har udvidet adgang til diagnostisk udstyr, ligesom der i dele af døgnet er mulighed for at benytte brobyggerordningen med en fælles sygeplejerske mellem lægevagt og akutfunktion på sygehus.

b) Lægevagtskonsultationer på sygehuse med delvis adgang til akutfunktioner

Lægevagtskonsultationer i Sønderborg, Vejle og Svendborg er beliggende på sygehusmatrikler, hvor der er delvis adgang til akutfunktioner i form af akutmodtagelse eller skadestuefunktion. I denne kategori af konsultationssteder er brobyggerordningen dog enten ikke oprettet eller fungerer i begrænset omfang. Der er således ikke brobyggerordning i Svendborg, mens ordningen i Vejle og Sønderborg kun er delvist tilgængelig på hverdage, men ikke i weekender.

c) Øvrige lægevagtskonsultationer

De øvrige 14 lægevagtskonsultationer er beliggende uden adgang til akutfunktioner, og dermed uden brobyggerordning. Der er ligeledes ikke adgang til et større udvalg af diagnostisk udstyr. Denne kategori af konsultationssteder har ofte en isoleret beliggenhed uden mulighed for opsyn med patient eller venteværelse. Kategorien omfatter konsultationsstederne i Varde, Grindsted, Fanø, Brørup, Fredericia, Ribe, Haderslev, Tønder, Middelfart, Assens, Ringe, Nyborg, Faaborg og Rudkøbing.

Der er på disse konsultationssteder mulighed for at foretage mindre undersøgelser, såsom halspodning og måling af infektionstal, ligesom der er kirurgiske instrumenter til småskader. Herudover er der øjenbakker og gynækologiske undersøgelsesredskaber.

Der igangsættes en modernisering af lægevagtskonsultationerne, således at der opnås en fælles minimumsstandard i forhold til udstyr, inventar, redskaber og undersøgelsesmuligheder, der skal være tilgængelige i en moderniseret lægevagtskonsultation.

Uanset modernisering vil de diagnostiske rammer og muligheder afhænge af om en lægevagtskonsultation ligger på samme matrikel som et sygehus med akutfunktioner. De nuværende lægevagtskonsultationer opretholdes, men der kan ved visitation til lægevagtskonsultation tages højde for forskelle i diagnostisk udstyr, således at patienter efter individuel visitation henvises til et konsultationssted med relevant udstyr og mulighed for eventuelt yderligere undersøgelse eller behandling.

Samarbejdsaftaler mellem lægevagt og sygehuse (indsats 27)

Der indgås samarbejdsaftaler mellem lægevagten og akutsygehusene med særlig vægt på samarbejde om diagnostik og brug af diagnostisk udstyr. Som et element heri skal mulighederne for yderligere integration af telemedicinsk samarbejde og vidensdeling beskrives.

Videokonsultationer i lægevagten (indsats 28)

Videokonsultationer blev taget i brug i lægevagten i forbindelse med COVID19. Videokonsultationer videreføres som en kontaktmulighed ved eksempelvis mindre udslæt, øjensymptomer, visse børnesygdomme samt ved sproglige udfordringer, der kræver tolkning. Udgangspunktet er, at videokonsultationen skal være visiteret.

Når patienten visiteres til en videokonsultation, modtager patienten en mail eller SMS-besked med et link, hvorefter patienten kan komme direkte i kontakt med lægen. Patienten skal være i besiddelse af enten en smartphone, tablet eller computer for at kunne benytte tilbuddet om videokonsultationer. Lægen tilgår fra sin visitationsarbejdsplads det virtuelle venteværelse, hvor patienten venter. Der er

tale om en envejsvideokonsultation, hvor patienten ikke kan se lægen. Der skal arbejdes for at opnå 2-vejs videokonsultation.

Videokonsultationer betyder en bedre service for patienten, da patienten kan undgå transport til konsultationsstedet. For lægevagten understøtter video muligheden for at kunne visitere til sygehustilbud uden et fremmøde i lægevagten. Videokonsultationer medvirker i øvrig til at udfase fotoordninger i vagttiden.

Boks 2. Overblik over indsatser til styrkelse af lægevagtsfunktionen og samarbejdet med sygehusene

16. Oprettelse af visitationsplads til almenmedicinsk speciallæge/vagtlæge i AMK-vagtcentralen.
17. Udbredelse af videoopkald som supplement ved 1-1-2-opkald.
18. Undersøge, hvorvidt specialuddannede paramedicinere kan supplere lægevagten, og herunder afdække adgang til relevante journaloplysninger.
19. Udbygning af brobyggerordning til at omfatte samarbejde med sygehusenes akutte modtageafsnit for børn.
20. Etablering af funktion til observation af patienter i lægevagten.
21. Forsøgsordning med integration af sygehusets akutfunktion og lægevagtskonsultationen.
22. Øget adgang til specialistrådgivning fra sygehusafdelinger til almen praksis.
23. Mulighed for fra almen praksis at booke sub-akutte tider på sygehusafdeling.
24. Styrket samarbejde mellem lægevagten og kommunale akutfunktioner.
25. Modernisering af lægevagtskonsultationerne, således at der opnås en fælles minimumsstandard i forhold til udstyr, inventar, redskaber og undersøgelsesmuligheder.
26. Mulighed for differentieret visitation til lægevagtskonsultation ud fra diagnostisk udstyr.
27. Indgåelse af samarbejdsaftaler mellem lægevagten og sygehusene.
28. Videokonsultation i lægevagten

8. Akutte hjerteforløb

Det indgik i budgetforlig 2020 for Region Syddanmark, at der i arbejdet med ny akutplan skulle inddrages erfaringer med et kvalificeret 'fast track' for hjertepatienter, som det kendes i Region Midtjylland. Hensigten med et fast track er at opnå færre og kortere indlæggelser, her især for patienter, som indlægges på mistanke om akut koronart syndrom (AKS), men som fejler andet end dette.

Eksisterende tilbud i Region Syddanmark er derfor blevet sammenholdt med tilbud på hjerteklinikken under Regionshospitalet Randers i Region Midtjylland. Klinikken åbnede i september 2018 og fungerer som dagklinik fra kl 8.00 til 16.00 på hverdage. Visitationen til hjerteklinikken for patienter med akutte hjerteproblemer sker via egen læge eller præhospitalt. Klinikken er bemannet med speciallæge.

Dedikerede hjerteforløb (indsats 29)

Sygehusene i Region Syddanmark har i dag dedikerede hjerteforløb ind i sygehusene. Der er døgnåbent året rundt med visitation via fælles akutmodtagelser (FAM), via egen læge eller lægevagt, via hjerteafdelinger eller telemedicinsk i samarbejde med præhospitalet. For alle sygehusene er der en kardiologisk speciallæge tilstede umiddelbart eller inden for kort tid. Som følge af forskellig organisering af FAM, er organiseringen i forhold til akutte hjerteforløb tilsvarende forskellig. Diagnostisk og behandlingsmæssigt er det dog samlet set det samme tilbud, de akutte ambulante hjertepatienter får på tværs af sygehusene i regionen.

De eksisterende akutte og subakutte ambulante kardiologiske tilbud i Region Syddanmark er på højde med tilbud i hjerteklinikken i Randers i dagtiden. Tilbud i Region Syddanmark er døgnåbne. På den baggrund fortsætter regionens faglige tilbud til akutte hjertepatienter uændret i forhold til patientforløb, tilgængelighed og kompetencer. Dog fastlægges på tværs af sygehusene fælles mål samt en ensartet monitorering.

Forbedrende indsats i det akutte hjerteforløb (indsats 30, 31 og 32)

For at fremme en mere præcis og hurtigere visitation i de akutte hjerteforløb investeres i en forbedret diagnostik ude ved patienten. Gevinsten vil være en hurtigere adgang til den rette behandling, og desuden kortere patientforløb. Hurtigere behandling er vigtig i forhold til at reducere skade på hjertet.

Konkret investeres i mobile EKG-apparater, der er i stand til at sende EKG-optagelser real-time til hjerteafdelingen. Herved vil den praktiserende læge/vagtlæge eller det præhospitale personale kunne få direkte tolkning og vejledning af kardiolog på baggrund af EKG.

Tiltaget vil desuden reducere antallet af indlæggelser eller ambulante besøg på sygehus, idet den praktiserende læge i højere grad vil kunne afslutte den akutte behandling på stedet, og eventuelt henvise til subakutte tilbud.

I første omgang anskaffes mobile EKG-apparater til lægevagtskonsultationerne i regionen. Den direkte udgift hertil udgør 1,2 mio.kr. Det er desuden en forudsætning, at apparatur teknisk forbindes til database på hjerteafdelinger svarende til opkobling fra ambulancer. Der må forventes driftsudgifter til licenser mv. På sigt er det forhåbningen, at almen praksis vil anskaffe lignende udstyr i egne konsultationer.

Under forudsætning af gode erfaringer fra igangværende projekt i Region Midtjylland indføres der troponin-måling tidligt i det præhospitale forløb for den akutte hjertepatient. Målingen er en indikator for potentiel hjertemuskelskade. Herved øges muligheden for hurtigere diagnostik af akut koronart

syndrom og dermed hurtigere relevant behandling. Det kan være i form af ballon-udvidende behandling.

Teknologiske investeringer i apparatur og opkobling skal følges af kompetenceudvikling i forhold til diagnostik og behandling af akutte hjertepatienter. Herudover bør samarbejde og relationer mellem almen praksis og sygehusenes hjerteafdelinger udbygges. I lyset af den store geografiske og organisatoriske samarbejdsflade for lægevagtsfunktionen bør der være særligt fokus på samarbejde med lægevagtsfunktioner for at sikre robusthed, organisatorisk bredde, og rette kompetencer tilstede til alle tider, også om aftenen og natten.

Boks 3. Oversigt over indsatser til styrkelse af de akutte hjerteforløb

29. Uændrede akutte tilbud til akutte hjertepatienter i forhold til patientforløb, tilgængelighed og kompetencer, men fastlæggelse af fælles mål på tværs af sygehuse for det akutte hjerteforløb og ensartet monitorering af akutte hjerteforløb.
30. Anskaffelse af mobile EKG-apparater, der kan koble direkte til hjerteafdelinger. I første omgang foreslås anskaffelse i lægevagtskonsultationer.
31. Eventuelt inddragelse af troponin-måling i det præhospitale forløb mhp. bedre diagnostik og hurtigere behandling.
32. Styrke kompetencer og relationer mellem almen praksis/lægevagt og hjerteafdelinger.

9. Implementering og økonomi

9.1 Implementering af akutplanen

Denne akutplan bygger overvejende på Sundhedsstyrelsens nyeste anbefalinger på området. Heri lægges op til, at anbefalingerne skal være opfyldt inden for en 10-årig periode. Region Syddanmarks akutplan skal dog ikke blot bidrage til, at regionen lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, men først og fremmest løfte indsatsen på det akutte område til gavn for patienter og borgere. Det er derfor ambitionen, at akutplanens indsatser skal føres ud i livet inden for de næste 3-4 år.

Akutplanen har til hensigt at sikre patienterne den rette behandling på det rette sted til rette tid. Det skal blandt andet ske ved skabe de bedste rammer for samarbejde, koordinering og fælles viden på tværs af sektorer. Et betydeligt antal indsatser i akutplanen forudsætter derfor en fælles indsats på tværs af sektorer.

Den overordnede ambition kræver løbende opmærksomhed om, hvad ændringer i egen organisation betyder for samarbejdet med andre organisationer. For at sikre denne opmærksomhed og for at kunne lykkes er det en vedvarende opgave at pleje relationer på tværs af sektorer, og at tilpasse såvel egen organisering som rammerne for samarbejdet efter nye behov og nye vilkår. Indfrielse af den overordnede ambition er således i høj grad en vedvarende opgave, der skal løses ved optimering af rammer, værktøjer, viden og relationer. Det søger akutplanen at hjælpe med.

Enkelte indsatser afventer afklaring i centrale instanser.

Akutplanens indsatser kan overordnet grupperes efter typer af tiltag:

- a. Organisering og procedure (indsats: 1, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28)
- b. Udbredelse af værktøjer (indsats: 2, 5, 6)
- c. Styrket samarbejde (indsats: 3, 4, 7, 8, 9, 27)
- d. Information, kommunikation og videndeling (indsats: 10, 11, 12, 13, 14, 15)
- e. Investering og udvikling (indsats: 25, 29, 30, 31, 32)

Det er centralt i akutplanen, at den sundhedsprofessionelle visitation og koordinering skal styrkes ved etablering af akutte visitationsenheder ved hvert somatisk akutsygehus. Etablering af funktioner dedikeret til at understøtte akutte patientforløb bygger delvis videre på eksisterende indsatser på flere sygehuse. Med ensartet organisering af visitationsenhederne samt fælles værktøjer og systemer til at underbygge arbejdet, styrkes mulighederne for blandt andet at finde alternativer til indlæggelse markant. Opbygning af visitationsenheder forudsætter en række organisationsmæssige omlægninger, samt en styrket bemanning i forhold til de nye funktioner. Åbningstider og bemanning vil i en opstartsfase finde sted i de mest aktive timer på døgnet. Det vil være fra tidlig eftermiddag til ud på aftenen på hverdage. Gradvist frem mod 2024 kan bemanning og åbningstid udbygges til døgn dækning, efterhånden som der indsamles erfaring og allokeres ressourcer. Opbygning af visitationsenheder kan med fordel ske i dialog med kommuner og praktiserende læger, så der er mulighed for at udvikle modellen efter lokale forhold.

Indsatser, der går på tværs af sektorer, skal finde sin endelige form i et samarbejde mellem Region Syddanmark og regionens kommuner, samt i mange tilfælde de praktiserende læger. Drøftelse heraf finder sted i Sundhedskoordinationsudvalget og Det Administrative Kontaktforum. Den konkrete implementering af de tværsektorielle indsatser er i henhold til sundhedsaftalen mellem Region

Syddanmark og regionens kommuner henlagt til Det Administrative Kontaktforum og den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje.

Aftaler om tværsektorielle indsatser og disses implementering kan forudsætte tilpasning af eksisterende indsatser. Nye indsatser, der forudsætter tilførsel af ressourcer i kommunerne, drøftes med kommunerne.

Udvikling af lægevagten skal ske i samarbejde med PLO Syddanmark, der driver lægevagten i Region Syddanmark.

Andre indsatser indebærer ligeledes, at der igangsættes udviklingsprojekter, der nærmere kan afdække og beskrive konkrete løsninger, der kan fungere juridisk og teknisk. Det gælder eksempelvis indsatser, der skal muliggøre deling af data.

I tabel 3 gennemgås akutplanens indsatser. Initiativ til implementering ligger som udgangspunkt hos den først nævnte aktør i kolonnen vedr. sikring af implementering.

Bilag 5 indeholder overblik over implementeringstakt og -perioder i form af Gantt-diagram.

Tabel 3. Implementering af indsatser

Indsats	Indhold	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
1	Etablering af akutte visitationsenheder ved akutsygehusene i Esbjerg, Kolding, Aabenraa og Odense.	2022: Etablering af struktur og organisering 2023-2024: Udbygning til døgndækning vurderes og implementeres. 2024 – frem: Gradvis læring og konsolidering af samarbejde og funktion	Sygehusene
2	Udbredelse af screeningsværktøj til alle fælles akutmodtagelser mhp. triagering af den psykisk sårbare patient	2022	FAM-følgegruppen + kommende specialeråd for akutmedicin
3	Etablering af fast samarbejdsstruktur mellem FAM og PAM og med kommunal repræsentation, herunder daglige virtuelle konferencer.	2022: Samarbejdsstruktur aftales. 2023: Udrulning med kommuner.	FAM-følgegruppen med inddragelse af den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje.

Indsats	Indhold	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
4	Udbrede gode erfaringer og afsøge potentiale i øget samarbejde vedr. forebyggelse af indlæggelser, herunder udbygge samarbejde mellem kommuner og paramediciner	2022 – 2024.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med det præhospitale område
5	Udarbejdelse af digitalt katalog over relevante tilbud på tværs af sektorer.	2022 Overblik over tilbud 2023 – 2024 Udvikling og ibrugtagning af digital løsning 2025: Eventuelt udvikling af funktionalitet.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Tværsektorielt Samarbejde.
6	Udvikling af fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau.	2022 - 2023	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje
7	Etablering af daglig virtuel konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam.	2022: Samarbejdsstruktur aftales. 2023 - 2024: Udrulning.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med FAM-følgegruppen
8	Indgå aftale, der beskriver rammedelegation og forudsætninger herfor for kommunalt sundhedspersonale.	2022 - frem	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med det præhospitale område, lægevagten og Praksisafdelingen.
9	Afdækning af erfaringer med effekter af lokalefællesskaber/ fremskudte funktioner på akutsygehuse, hvor kommuner og lægevagt indgår.	2022 – 2023: Afdækning. 2024: Initiativ til planlægning af afledte indsatser	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje
10	Afdækning af behov for information og standardiseret kommunikation for patienter, der er indlagt i mindre end 48 timer eller ikke er indlagt.	2022 - 2023.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje

Indsats	Indhold	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
11	Udvikling af tværsektorielle undervisningsforløb.	2022 – 2023: Erfaringsopsamling og pilotafprøvning 2024: Udrulning	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje
12	Tværsektoriel adgang til aggregerede data til brug for ledelsesinformation og kvalitetsudvikling, herunder etablering af fælles platform.	Udviklingsprojekt 2022 – 2025. Beskrivelse af relevante data. Etablering af fælles platform. Aftaler om arbejdsgange til vedligehold af data.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Data og Ledelsesinformation.
13	Afdækning af tekniske og juridiske muligheder for at dele data om akutte patienter i den akutte situation.	Udviklingsprojekt 2022 - 2023	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Data og Ledelsesinformation.
14	Udvikling af fælles platform med fælles data på individniveau om akutpatienters tilstand og situation.	Udviklingsprojekt 2022 – 2025. Beskrivelse af relevante data. Etablering af fælles platform. Aftaler om arbejdsgange til vedligehold af data.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Data og Ledelsesinformation
15	Udvikling af tværsektorielle modeller til forudsigelse og forebyggelse af akutte indlæggelser.	Udviklingsprojekt	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Data og Ledelsesinformation
16	Oprettelse af visitationsplads til almenmedicinsk speciallæge/vagtlæge i AMK-vagtcentralen.	2022: Etablering	Det præhospitale område i samarbejde med Lægevagten og Praksisafdelingen
17	Udbredelse af videoopkald som supplement ved 1-1-2-opkald.	Pågår. Udbredes	AMK Vagtcentral

Indsats	Indhold	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
18	Undersøge, hvorvidt specialuddannede paramedicinere kan supplere lægevagten, og herunder afdække adgang til relevante journaloplysninger.	Pilotprojekt i 2022 – 2023. Evaluering og udbredelse i 2024-2025	Præhospital
19	Udbygning af brobyggerordning til akutte modtageafsnit for børn.	2022-2023	Sygehuse i samarbejde med Lægevagten
20	Etablering af funktion til observation af patienter i lægevagten.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning i 2023 – 2025. Evaluering og eventuelt udbredelse i 2026	Lægevagten og Praksisafdelingen i samarbejde med sygehusene.
21	Forsøgsordning med integration af sygehusets akutfunktion og lægevagtskonsultationen.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning i 2023 – 2024. Evaluering i 2025 og eventuel udbredelse i 2026.	Lægevagten og Praksisafdelingen i samarbejde med sygehusene.
22	Øget adgang til specialistrådgivning fra sygehusafdelinger til almen praksis.	Pågår. Udbredes	Sygehuse og Praksisafdelingen
23	Mulighed for fra almen praksis at booke sub-akutte tider på sygehusafdeling.	Udviklingsprojekt 2022 - 2023	Sygehuse og Praksisafdelingen
24	Styrket samarbejdet mellem lægevagten og kommunale akutfunktioner.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning i 2022 – 2024. Evaluering i 2025 og eventuel udbredelse i 2026.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Lægevagten og Praksisafdelingen.
25	Modernisering af lægevagts-konsultationerne, således at der opnås en fælles minimumsstandard i forhold til udstyr, inventar, redskaber og undersøgelsesmuligheder	Udviklingsprojekt 2022 - 2023: Afdækning af behov. Aftale om moderniseringsplan. Anskaffelse mv.	Lægevagten og Praksisafdelingen

Indsats	Indhold	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
26	Mulighed for differentieret visitation til lægevagtskonsultation ud fra diagnostisk udstyr.	Udviklingsprojekt i sammenhæng med modernisering af lægevagtskonsultationer	Lægevagten og Praksisafdelingen
27	Indgåelse af samarbejdsaftaler mellem lægevagten og sygehusene.	2022 - 2023	Lægevagten og Praksisafdelingen samt sygehusene.
28	Videokonsultation i lægevagten	Pågår. Udbredes	Lægevagten og Praksisafdelingen
29	Uændrede tilbud til akutte hjertepatienter i forhold til patientforløb, tilgængelighed og kompetencer, MEN fastlæggelse af fælles mål på tværs af sygehuse for det akutte hjerteforløb og ensartet monitorering af akutte hjerteforløb.	2022	Sundhedsplanlægning i samarbejde med følgegruppe, der oprettes til formålet.
30	Anskaffelse af mobile EKG-apparater, der kan koble direkte til hjerteafdelinger. I første omgang foreslås anskaffelse i lægevagtskonsultationer.	2022 – 2023 Afklaring af tekniske forudsætninger for opkobling real-time. Valg af model. Anskaffelse. Undervisning og udbredelse.	Sundhedsplanlægning i samarbejde med følgegruppe, der oprettes til formålet. Inddragelse af Lægevagten og Praksisafdelingen.
31	Eventuelt inddragelse af troponin-måling i det præhospitale forløb mhp. bedre diagnostik og hurtigere behandling. Forudsætter gode erfaringer fra Region Midtjylland.	2022 – 2023. Afventer erfaringer fra Region Midtjylland.	Sundhedsplanlægning i samarbejde med følgegruppe, der oprettes til formålet.
32	Styrke kompetencer og relationer mellem almen praksis/lægevagt og hjerteafdelinger.	2022 – 2023. Følger anskaffelse af EKG-apparater, men retter sig bredere.	Sundhedsplanlægning i samarbejde med følgegruppe, der oprettes til formålet. Inddragelse af Lægevagten og Praksisafdelingen.

9.2 Budgetmæssige konsekvenser

Budgetmæssige konsekvenser af akutplanen indgår i grundlag for regional budgetproces 2022. De budgetmæssige forudsætninger vil dog i nogen grad afhænge af de konkrete implementeringsplaner, der blandt andet skal aftales med kommuner og almen praksis efter endelig politisk behandling af akutplanen.

Det gælder generelt, at implementering af akutplanens indsatser vil forudsætte dedikerede organisatoriske og ledelsesmæssige ressourcer både regionalt, kommunalt og i almen praksis.

Det er forventningen, at en række indsatser vil kunne implementeres uden budgetmæssige konsekvenser. Flere indsatser vil dog forudsætte finansiering af implementeringsudgifter, blandt andet til etablering og drift af it-systemer, der går på tværs af sektorer. Den regionale udgift til udvikling og efterfølgende drift af it-systemer til tværsektoriel understøttelse er foreløbigt skønnet til årligt at være i størrelsesordenen 0,1 mio. kr. pr. indsats, der forventes at forudsætte it-understøttelse.

Under hensyn til den store usikkerhed, der knytter sig til finansieringsbehovet af den samlede akutplan, er der desuden indarbejdet en regional udviklingspulje, der skal kunne medfinansiere udvikling og efterfølgende driftsunderstøttelse af indsatser i akutplanen. Budgetforslag indeholder en gradvis forøgelse af udviklingspuljen i takt med udrulning af flere implementeringstiltag og udbygning af indsatser til fuld skala.

Regionens sygehuse har i forbindelse med finansloven fået tilført ekstra sygeplejersker, der blandt andet skal bidrage til at koordinere forløb på tværs af sektorer. Det lægges til grund, at der hermed fra 2022 er tilført ressourcer til etablering af akutte visitationsenheder på akutsygehuse i de mest aktive timer på hverdage. Akutplanens forslag til økonomi indeholder økonomi til gradvis udbygning af bemanning af de akutte visitationsenheder. Udbygning omfatter henholdsvis weekendbemanning i de mest aktive timer, bemanning i dagtimer og aften timer hele ugen, samt endelig døgnbemanning alle ugens dage. Finansiering af udvidet bemanning i de akutte visitationsenheder vil blive drøftet med sygehuse i sammenhæng med udmøntning af sygeplejerskenormeringer fra finansloven.

En række indsatser i akutplanen er allerede i gang. Udbygning og udvikling af disse kan afstedkomme kommunale udgifter.

Med de foreliggende forudsætninger indebærer udrulning af akutplanen, jf. tabel 4, at der i 2022 vil være regionale driftsudgifter i størrelsesordenen 6,6 mio. kr. stigende til 18,6 mio. kr. i 2025. Samtidig forventes regionale anlægsudgifter i størrelsesordenen 3,2 mio. kr. i 2022 og 1 mio. kr. i hvert af årene 2023 og 2024. Der er tale om overslag med stor usikkerhed, blandt andet som følge af, at implementering vil ske i samarbejde med kommuner og almen praksis.

Bilag 6 indeholder overslag over de budgetmæssige konsekvenser af akutplanen fordelt på indsatser.

Tabel 4. Overslag over driftsudgifter og anlægsudgifter i alt

	2022	2023	2024	2025
Driftsudgifter i alt (overslag)	6,6	10,8	15,2	18,6
Anlægsudgifter i alt (overslag)	3,2	1,0	1,0	-

Finansieringsbehov og forudsætninger herfor indgår i regional budgetproces 2022.

Bilag 1. Kommissorium for akutplan 2020

Baggrund

I budgetforliget for Region Syddanmark fremgår det, at der skal arbejdes med en ny akutplan:

"Sundhedsstyrelsen ventes i 2019 at afslutte arbejdet med gennemgang af og formulering af anbefalinger for styrket akut behandling, herunder anbefalinger vedr. det præhospitale område, akutmodtagelserne (somatik og psykiatri), almen praksis, og den akutte indsats i kommunerne. Danske Regioner har formuleret udspillet "Når du har brug for os", som bl.a. indeholder forslag om ét fælles landsdækkende akutnummer og ideer til let og tilgængelig adgang til skadesbehandling.

Der udarbejdes forslag til en akutplan for Region Syddanmark, som bl.a. skal omsætte de nationale udspil og anbefalinger til konkrete regionale tiltag. I forslaget til akutplan skal potentialet for øget sammenhæng på tværs af og mellem sektorer undersøges med henblik på, at borgere med akut opstået sygdom eller skade får rette tilbud, uanset om det er hjælp til egenomsorg, hjælp fra kommunal akutfunktion, besøg hos eller af egen læge eller vagtlæge, akut ambulant besøg på sygehus eller indlæggelse. I arbejdet skal også indgå erfaringer fra fx Region Midtjylland, som viser, at kvalificeret "fast track" for hjertepatienter – via FAM eller udenom FAM – kan give færre og kortere indlæggelser for hjertepatienter.

Sundhedsudvalget, Psykiatri- og Socialudvalget, Udvalget for det nære sundhedsvæsen samt Præhospitalsudvalget bidrager med konkrete tiltag til forslag til akutplan."

Region Syddanmarks akutplan fra 2007 formede den samlede sygehusstruktur i Region Syddanmark. Akutplanen for 2020 vil bygge videre på dette grundlag.

Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger forventes ikke at medføre store strukturelle ændringer i akutstrukturen, men til gengæld fokuseres der på sammenhæng i de akutte patient forløb.

Arbejdet med udarbejdelse af en akutplan for Region Syddanmark vil derfor også have sammenhæng til samarbejdet mellem kommuner og sygehuse, som er beskrevet i sundhedsaftalen for 2019 – 2021, til overenskomsten med praktiserende læger – herunder lægevagtsberedskabet – og til psykiatriplanens implementering.

Formål

Formålet med akutplan 2020 er, at fastlægge hvordan Region Syddanmark skal implementere Sundhedsstyrelsens anbefalinger for det akutte arbejde og Danske Regioners akutudspil "når du har brug for os."

Sundhedsstyrelsen har et 10-årigt perspektiv for sine anbefalinger. Derfor vil man i implementeringen af akutplanen for Region Syddanmark løbende skulle tage højde for ny viden og nye tiltag herfra. Endelig skal Region Syddanmark tage stilling til en fødeplan, en hjerteplan og en beredskabsplan. Alle disse områder har snitflader til den akutte indsats, hvorfor en koordinering af planarbejdet vil være nødvendig.

Det overordnede spor for arbejdet med akutplanen vil være at reducere usikkerheden om visitation og behandling af patienter, der kan benytte flere dele af sundhedsvæsenets akutte tilbud. Akutplanen skal således adressere arbejdet med den komplekse patient og de patienter, hvor der er usikkerhed om, hvor og hvordan de kan tilbydes den bedste behandling i den akutte situation.

Der kan identificeres følgende spor for arbejdet:

1. Forløb for akutte hjertepatienter
2. Koordinering af visitationen af den akutte patient på tværs af sektorer
3. Det akutte patientforløb for psykisk syge og psykisk sårbare patienter
4. Lægevagtsfunktionen og samarbejdet med sygehusene
5. Overvejelser om efterfølgende styrkelse af det præhospitale område

Leverancer

Leverancerne i arbejdet med akutplanen vil være:

- Status for implementeringen af akutplan 2007 og kortlægning af hvor Region Syddanmark er i forhold til Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger og udspil fra Danske Regioner.
- Beskrivelser af konkrete indsatser:
 - o Styrke koordineringen og visitationen af det akutte arbejde mellem den AMK-vagtcentralen, praksis, lægevagten, de fælles akutmodtagelser og kommunerne med henblik på at reducere usikkerheden for de patienter, hvor der er behov for styrket samarbejde mellem parterne.
 - o Styrke det akutte patientforløb for psykiatriske og psykisk sårbare patienter gennem bedre koordinering og samarbejde mellem de fælles akutmodtagelser og de psykiatriske akutte modtagelser. Dette med henblik på at reducere uligheden i de akutte tilbud til akutte patienter på tværs af somatik og psykiatri
 - o Udvikling af fast-track for akutte hjertepatienter enten gennem eller udenom FAM.
 - o Styrke lægevagten, herunder patientsikkerheden i lægevagtskonsultationerne
 - o På baggrund af ovenstående arbejde med konkrete indsatser skal det efterfølgende vurderes, om indsatserne nødvendiggør en styrkelse af det præhospitale område.

I udgangspunktet forventes tiltagene at skulle finansieres inden for de eksisterende rammer på sygehusene, praksis og det samlede præhospitale område.

Organisation

Det foreslås, at der nedsættes en styregruppe for arbejdet bestående af:

Kurt Espersen	Koncerndirektør, Region Syddanmark (formand)
Peter Barkholt	Speciallæge i almen medicin – formand for PLO Syddanmark
Charlotte Scheppan	Sundhedschef, Odense Kommune
Irene Ravn Rossavik	Social- og sundhedsdirektør, Middelfart Kommune
Anna-Marie Bloch Münster	Lægelig direktør, Sydvestjysk Sygehus
Ole Rytto	Sygeplejefaglig direktør, Psykiatrisygehuset
Eva Nielsen	Sygeplejefaglig direktør, Sygehus Sønderjylland
Michael Dall	Lægelig direktør, Odense Universitetshospital
Helle Adolfsen	Sygeplejefaglig direktør, Sygehus Lillebælt
Gitte Jørgensen	Præhospital chef, Region Syddanmark
Kurt Æbelø	Afdelingschef, Tværsektorielt samarbejde
Helene Vestergaard	Afdelingschef, Sundhedsplanlægning
Frank Ingemann Jensen	Afdelingschef, Praksisafdelingen

Styregruppen refererer til Koncernledelsesforum

Styregruppen sekretariatsbetjenes af medarbejdere fra Sundhedsplanlægning, Praksisafdelingen og evt. sygehusenes stabsfunktioner.

Styregruppen nedsætter et antal specifikke arbejdsgrupper og koordinerer deres arbejde med henblik på at samle alle bidrag til en samlet akutplan. Det forventes, at der bliver tale om et antal arbejdsgrupper svarende til de første fire konkrete indsatser. Sygehusdirektører forventes at tage formandskabet i disse grupper.

FAM-følgegruppen, præhospitale fora og følgegruppen for behandling og pleje under Det Administrativ Koordinationsudvalg involveres løbende mhp. input til arbejdsgruppernes og styregruppen arbejde.

UDKAST

Bilag 2. Samlet oversigt over Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats

1. Styrket samarbejde i den borgerrettede visitation

At den borgerrettede telefoniske visitation ved akut opstået sygdom og skade, som i dag er organiseret i lægevagtsordninger/regionale akuttelefoner, kommunale funktioner og AMK-vagtcentraler, styrkes ved en større grad af samarbejde og kendskab til hinandens tilbud samt ved eventuel samlokalisering i fælles visitations- og vagtcentraler. Disse kan samle både 112-opkald vedrørende akutte livstruende tilstande og 113-opkald vedrørende øvrige henvendelser på sundhedsområdet (aktuelt opkald til lægevagt/Akuttelefonen 1813 mm.). Hvis opgaven vedrørende 113-opkald ikke samlokaliseres med den øvrige borgerrettede visitation, vil det være hensigtsmæssigt, at de i stedet placeres sammen med akutklinikker. Der kan også ses på, om samlokalisering og samorganisering kan bidrage til øget samarbejde også i relation til nogle kommunale funktioner, hvor de enkelte aktører og myndigheder bevarer opgaver fastlagt i love, aftaler m.v., men indgår i tæt samarbejde i fastlagte rammer.

2. Styrket samarbejde i den sundhedsfaglige visitation

At samarbejdet i den sundhedsfaglige visitation på tværs af udbydere og sektorer styrkes, således at borgeren får rette tilbud på tværs af de forskellige indsatser, uanset om der er tale om støtte til egenomsorg, kommunal sygepleje, konsultation i almen praksis, lægebesøg i hjemmet, fremmøde i regional akut- eller skadeklinik, sub-akut ambulant tid på sygehus eller indlæggelse. Rammerne for samarbejdet kan for eksempel styrkes gennem et meget tættere og mere formaliseret samarbejde mellem den sundhedsfaglige visitation med udgangspunkt i regionernes AMK-vagtcentraler, akutmodtagelsen, sygehusvisitation, og kommunal sygepleje, herunder kommunale akutfunktioner, med faste samarbejdsaftaler om smidig visitation på tværs af sektorer og etablering af fælles faglige undervisningstilbud. Potentialer i samlokalisering af visitationsenheder bør afprøves.

3. Styrket visitation af patienter med akut psykisk sygdom

At visitationen af patienter med akut opstået eller forværret psykisk sygdom styrkes, så der sikres sammenhæng i tilbuddet, og at patienten henvises til det rette behandlingstilbud på tværs af sektorgrenser, specialer m.v., herunder også patienter med samtidig psykisk sygdom og misbrug. Nationalt bør der udarbejdes fælles principper for visitation til psykiatriske akutmodtagelser og øvrige tilbud, som samtidigt sikrer, at der for særlige patientgrupper, situationer m.v. fortsat er mulighed for uvisiteret selvhenvendelse. Der kan med fordel etableres et tæt samarbejde mellem den akutte indsats i regionerne og den psykosociale indsats i kommunerne eksempelvis via sundhedsaftalerne.

4. Kompetence i den borgerrettede telefoniske visitation

At den borgerrettede telefoniske visitation i vagttid vedrørende somatisk og psykisk sygdom, der ikke er livstruende og tidskritisk, med fordel kan varetages i et tæt tværfagligt samarbejde, som både omfatter speciallæger i almen medicin, eller speciallæger med tilsvarende kompetencer, samt sygeplejersker med relevant erfaring og kompetencer.

5 Kompetence i den telefoniske visitation på AMK-vagtcentralen

At AMK-vagtcentralernes borgerrettede telefoniske visitation ved tidskriske tilstande varetages af sundhedsfaglige visitatorer med særlige kompetencer, og med mulighed for lægefagligt backup fra speciallæger med relevante kompetencer. Derudover skal AMK-vagtcentralen i relevant omfang have umiddelbar adgang til speciallæge med erfaring og særlige kompetencer i præhospital indsats (præhospital akutlæge) der kan varetage operativ ledelse og koordinering ved større hændelser.

6 Kvalificering ved særlige sygeplejekompetencer

At kommunen ved akut forværring af sygdom eller funktionsniveau hos borgere, der modtager kommunal sygepleje, inddrager særlige sygeplejekompetencer fra eksempelvis akutfunktioner før eventuel kontakt til andre dele af den borgerrettede visitation. Herunder til vurdering af, om der er tale om problemstillinger, som kan håndteres af sygeplejen inden for allerede fastlagt behandlingsplan og til kvalificering af den sygeplejefaglige vurdering af borgerens tilstand før videre kontakt.

7 Tilgængelighed i den borgerrettede telefoniske visitation

At den borgerrettede telefoniske visitation tilrettelægges mest hensigtsmæssigt i forhold til at sikre tilgængelighed og ressourceanvendelse, herunder ved afprøvning af mulighed for at angive særligt behov ("akutknop") med henblik på prioriteret adgang.

8 Ensartet organisering i akutklinikker og skadeklinikker

At lægebemandede almen medicinske konsultationer, som i vagttid varetager akut opstået og forværret sygdom samt mindre skader m.v., som ved telefonvisitation vurderes ikke at kræve sygehusbehandling, men som heller ikke vurderes at kunne vente til en indsats næste hverdag i almen praksis eller ved sygehusambulatorium, i fremtiden bør benævnes 'akutklinik'. Sygeplejebemandede behandlingssteder som udelukkende varetager behandling af visiterede småskader uden lægelig tilstedeværelse bør benævnes 'skadeklinik'. Betegnelsen 'skadestue' bør forlades, da den kan skabe uklarhed om tilbud og kompetenceniveau.

9 Kompetencer og lokalisering af akutklinikker

At behandlingen på akutklinikker varetages af speciallæger i almen medicin eller læger med tilsvarende kompetencer i samarbejde med sygeplejersker, gerne med uddannelse inden for det akutmedicinske område, og andre relevante faggrupper med særlig kompetence. Ved inddragelse af øvrige speciallæger til varetagelse af almen medicinske konsultationstilbud i vagttid, herunder til skader, særlige patientgrupper som børn m.v., skal dette være velbegrundet, og ske under hensyntagen til den mest hensigtsmæssige opgavevaretagelse og ressourceanvendelse i det samlede sundhedsvæsen. For at sikre tæt samarbejde med mulighed for deling af udstyr, kompetencer og ressourcer, og for hurtig og let videre visitation, kan akutklinikker med fordel placeres på akutsygehuse samlokalisering med akutmodtagelser. Modeller med fælles data- og kvalitetsorganisation, enstrenget ledelse m.v. bør udvikles og afprøves. For akutklinikker, der placeres uden for akutsygehuse af hensyn til for eksempel geografisk bredde i tilbud, bør der sikres faste samarbejdsaftaler med akutsygehus, så der sikres hurtig overflytning dertil ved behov for indlæggelse til sygehusbehandling.

10 Styrket samarbejde omkring almen medicinske tilbud i vagttid

At samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og de almen medicinske tilbud i vagttid styrkes og udvikles, herunder muligheden for at der indgås nærmere aftaler om samarbejdet i relation til eksempelvis sygebesøg.

11 Disponering af præhospital akutlæge

At der for patienter med tidskritiske tilstande, herunder hjertestop, hovedtraume og andre svære traumer, sikres hurtig adgang til præhospital behandling, visitation og triage ved præhospital akutlæge. Den præhospital akutlæge kan disponeres til skadested med akutlægebil eller med akutlægehelikopter, der regionalt bør planlægges på baggrund af nationale faglige principper som blandt andet tager hensyn til geografi, trafikforhold, befolkningstæthed, sygdoms- og skademønstre, samt biler og helikopteres indbyrdes placering.

12 Anvendelsen af akutlægehelikopter

At akutlægehelikoptererne fortsat prioriteres til tidskritiske tilstande og skader, men fremover også kan bruges i udvalgte tilfælde ved akutte og sub-akutte overflytninger mellem sygehuse til kritisk syge patienter, der har behov for behandling på højere specialiseringsniveau, og hvor tidsfaktoren er vigtig.

13 Styrke robustheden og paramedicinerens rolle i det samlede akutsystem

At uddannelserne til ambulancebehandler på sigt evalueres med fokus på opnåede kompetencer, rekruttering, fastholdelse, karriereudviklingsmuligheder m.v. Evalueringen bør perspektiveres i forhold til både den faglige og teknologiske udvikling på det præhospitalt område og den generelle udvikling i sundhedsvæsenet, herunder paramedicineres muligheder for videre karriereforløb i sundhedsvæsenet. Som opfølgning på evalueringen bør Sundhedsstyrelsen sammen med relevante myndigheder og aktører drøfte behov og muligheder for at styrke paramedicinerens rolle, herunder undersøge, hvordan man kan sikre udvikling og løft af kompetence. I den forbindelse bør det vurderes, om der på sigt skal ske justeringer i uddannelsen, herunder yderligere styrkelse af efter- og videreuddannelsen til paramediciner.

14 Regionale tilbud til patienter med psykisk sygdom

At regionerne i vagttid etablerer rådgivende og evt. udgående funktioner med særlige sundhedsfaglige kompetencer i forhold til akut indsats til patienter med psykisk sygdom i risiko for akut indlæggelse eller tvangsindlæggelse med henblik på at styrke en tidlig og tilgængelig indsats.

15 Krav og anbefalinger til kommunal sygepleje og kommunale akutfunktioner

At der på tværs af landet sikres fortsat udvikling af den kommunale sygepleje i forhold til at indgå i samarbejdet omkring den akutte patients forløb. Erfaringer med implementering af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder fra 2017 skal vurderes med henblik på en opdatering af anbefalingerne, herunder i forhold til om der skal etableres bindende krav fx således, at alle kommuner skal kunne tilbyde indsatser i kommunale akutfunktioner ved selv eller i samarbejde med andre kommuner at etablere kommunale akutfunktioner. Derudover bør det sundhedsfaglige tilbud i de kommunale akutfunktioner på sigt også kunne omfatte andre problemstillinger end de rent somatiske, og der bør sikres samarbejde med den kommunale psykosociale indsats, ligesom der bør sikres ensartet mulighed for lægefaglig rådgivning til alle kommuner. Det vil desuden være hensigtsmæssigt at se på, hvordan den samlede kommunale sygepleje kan rustes i varetagelsen af den komplekse sygepleje for dermed at give kommunerne bedre muligheder for at agere i den akutte sundhedsindsats.

16 Samarbejde mellem regionale og kommunale akuttilbud

At samarbejdsformer mellem regionale akuttilbud og den kommunale sygepleje, herunder akutfunktioner opbygges og udvikles, eksempelvis på baggrund af læring fra erfaringerne med fremskudt kommunal visitation på akutsygehuset, tværsektoriel kompetenceudvikling, fælles retningslinjer og kommunikationsveje mellem regionale og præhospitalt organisationer og den kommunale sygepleje. Samt at der sikres klare retningslinjer og tydelig kommunikation om, hvem der har det lægelige behandlingsansvar for patienten.

17 Akutsygehusets opgaver

At et akutsygehus som varetager både somatik og psykiatri døgnet rundt skal kunne modtage patienter med alle typer af skade, herunder traumer som kan håndteres på hovedfunktionsniveau, samt akut opstået eller forværret sygdom, fraset udvalgte tilstande som præhospitalt skal visiteres direkte til andet akut- eller traumesygehus med relevante specialfunktioner.

At et somatisk akutsygehus døgnet rundt skal kunne modtage patienter med alle typer af somatisk skade, herunder traumer som kan håndteres på hovedfunktionsniveau, samt akut opstået eller forværret somatisk sygdom, fraset udvalgte tilstande som præhospitalt skal visiteres direkte til andet akut- eller traumesygehus med relevante specialfunktioner. At et psykiatrisk akutsygehus døgnet rundt

skal kunne modtage alle patienter med akut opstået eller forværret psykisk sygdom samt patienter med psykisk belastning, der kræver akut intervention.

Børn og unge under 18 år med akut opstået eller forværret psykisk sygdom bør kun modtages på sygehusmatrikler med børne- og ungdomspsykiatri.

At alle akutsygehuse skal:

- kunne sikre umiddelbar diagnostik og behandling på speciallægeniveau for alle akutte patienter. For psykiatriske akutsygehuse skal umiddelbar diagnostik og behandling varetages af relevante lægelige kompetencer
- have faciliteter og kompetencer til at stabilisere patienter, at sikre relevant umiddelbar udredning og diagnostik, at iværksætte og behandle intensivt og til at udføre livreddende og førlighedsbevarende behandling
- have klare procedurer for overdragelse og samarbejde:
 - fra akutmodtagelse til relevant specialafdeling, uanset om det er på samme eller anden matrikel
 - til akutmodtagelse fra andre dele af sygehuset og specialsygehuse, hvis der opstår behov herfor
 - fra akutmodtagelse til kommunalt tilbud
 - mellem henholdsvis psykiatrisk akutmodtagelse og de psykiatriske specialer og somatisk akutmodtagelse og somatiske specialer i øvrigt
- tilbyde den specielle pleje og behandling, der skal ydes til ældre og skrøbelige patienter i form af eksempelvis rolige omgivelser og kendskab til ældres ændrede klinik og behov i forbindelse med behandling.

18 Befolkningsunderlag for akutsygehuse 200.000 - 400.000

At akutsygehuse, både somatiske og psykiatriske, fortsat skal planlægges ud fra et befolkningsunderlag på 200.000 - 400.000 borgere for så vidt angår hovedfunktionsniveau. På baggrund af faglige, driftsmæssige og geografiske forhold kan det være hensigtsmæssigt at planlægge akutte hovedfunktioner med et større befolkningsunderlag end 400.000. For udvalgte grupper af patienter med akut opstået sygdom eller skade med en vis kompleksitet, sjældenhed og særlige krav til kompetencer og ressourcer skal funktioner på akutsygehuse planlægges ud fra et større befolkningsunderlag, som fastlægges i Sundhedsstyrelsens specialeplan.

19 Befolkningsunderlag under 200.000

At hvor helt særlige geografiske forhold gør det nødvendigt og fagligt hensigtsmæssigt at kunne modtage patienter med akut opstået eller forværret sygdom eller skade til sygehusbehandling, kan akutsygehuse, både somatiske og psykiatriske, undtagelsesvist planlægges med befolkningsunderlag mindre end 200.000. Disse mindre akutsygehuse med særlige geograf forventes ikke at have fuld bredde i kompetencer og vagtberedskaber, og skal derfor indgå i et fastlagt samarbejde med et eller flere større akutsygehuse med henblik på at sikre optimal præhospital visitation samt understøttelse af varetagelsen af akutfunktioner.

20 Krav til traumesygehuse

At traumesygehuse skal kunne modtage alle typer af akut opstået somatisk sygdom og skade, også tilstande hvor kompleksitet, sjældenhed, kompetencer, ressourcer m.v. tilsiger behandling på højt specialiseret niveau, fraset enkelte funktioner der i henhold til den gældende specialeplan er samlet ét eller få steder i landet som eksempelvis replantation af afrevne fingre, børnehjertekirurgi, trykkammerbehandling m.v. Da terminologien omkring traumefunktioner er uklar, og der kan være behov for præcisering af krav til kompetencer og robusthed, skal relevante specialevejledninger revideres.

21 Visiteret modtagelse til akut sygehusbehandling

At modtagelse til sygehusbehandling af patienter med skader, eller med akut opstået eller forværret sygdom, både psykisk og somatisk, skal være visiteret. For udvalgte patientgrupper og tilstande, for eksempel fødsel, akut forværring af kendt sygdom, selvmordsforsøg, seksuelle overgreb m.v. kan selvvisitation være hensigtsmæssigt, og der bør foreligge klare retningslinjer og patientinformation eksempelvis for brug af jordemodertelefon, åbne indlæggelser, brugerstyrede senge m.v.

22 Akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse på akutsygehus

At alle patienter med akut opstået eller forværret sygdom eller skade skal modtages i en fælles akutmodtagelse på akutsygehuset. Dog kan det for udvalgte patientgrupper, for eksempel kvinder i fødsel, præhospitalt diagnosticeret akut koronarsygdom, eller indlæggelse med tvang i henhold til psykiatriloven, være relevant med modtagelse direkte på specialafsnit, og der bør foreligge klare procedurer samt relevant patientinformation fx for brug af jordemodertelefon, åbne indlæggelser, brugerstyrede senge m.v. I akutmodtagelsen bør der sikres omgivelser, som tager hensyn til forskellige typer patienters behov, herunder eksempelvis børn og ældre medicinske patienter. Specialsygehuse kan dog i begrænset omfang varetage behandling af akut opstået sygdom og skade.

Se også anbefaling 23.

23 Modtagelse af udvalgte patienter på specialsygehuse

At patienter med medicinske sygdomme i et vist omfang kan modtages akut på specialsygehuse, dog kun for visiterede patientgrupper til fagligt velbegrundede funktioner fx patienter med åben indlæggelse, patienter med kendt medicinsk sygdom eller patienter i palliativt forløb. Der kan herudover i mindre omfang modtages visiterede akutte medicinske patienter med nyopstået sygdom, dog aldrig såfremt det drejer sig om børn eller ved mistanke om sygdom, der er defineret som en specialfunktion fx mistanke om meningitis, sepsis mv. Såfremt der modtages akutte patienter på specialsygehus, skal der være adgang til relevante lægefaglige specialer med mulighed for assistance fra speciallæge i anæstesiologi umiddelbart. Derudover skal der foreligge klare visitationsretningslinjer og en fast samarbejdsaftale med et akutsygehus.

24 Krav til assistance i akutmodtagelsen

At der i den fælles akutmodtagelse på et somatisk akutsygehus eller et akutsygehus, der varetager både somatik og psykiatri, altid skal være mulighed for assistance umiddelbart af speciallæge med særlige kompetencer og erfaringer i vurdering, stabilisering og opstart af initial udredning og behandling af patienter med skade samt akut opstået eller forværret sygdom. Disse kompetencer opfyldes af det nye speciale i akutmedicin, og af andre speciallæger med relevant erfaring og kompetencer. I den fælles akutmodtagelse skal der desuden sikres nødvendige kompetencer hos øvrigt sundhedspersonale, herunder terapeuter mf., samt sygeplejersker med særlige kompetencer og erfaring i initial vurdering, pleje og behandling af akutte patienter, der på sigt opfyldes af ny specialuddannelse i akutsygepleje. Såfremt der er tale om en somatisk akutmodtagelse, skal der derudover etableres faste aftaler for samarbejdet med den psykiatriske akutmodtagelse.

Krav til assistance på akutsygehuset er beskrevet i anbefaling 26, 27 og 28.

25 Krav til assistance i psykiatrisk akutmodtagelse

At der hvor det ikke er geografisk muligt at samlokalisere somatik og psykiatri, på den psykiatriske akutmodtagelse skal sikres assistance umiddelbart af relevante lægelige kompetencer til at sikre vurdering, stabilisering og opstart af initial udredning og behandling af patienter med psykisk sygdom, som kræver akut intervention, samt akut opstået eller forværret psykisk sygdom. Det skal derudover være mulighed for at få assistance inden for kort tid af speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri. I den psykiatriske akutmodtagelse skal der desuden sikres nødvendige kompetencer hos øvrigt sundhedspersonale, herunder terapeuter mf., samt sygeplejersker med

særlige kompetencer og erfaring i initial vurdering, pleje og behandling af akutte psykiatriske patienter. Der skal derudover etableres faste aftaler for samarbejdet med den somatiske akutmodtagelse.

26 Krav til assistance på somatisk akutsygehus

At der på akutsygehuset med somatiske funktioner altid skal være mulighed for assistance umiddelbart af speciallæger i anæstesiologi, i ét af de ni specialer inden for intern medicin, kirurgi, samt i pædiatri og gynækologi-obstetrik, hvis disse to specialer varetages på matriklen. Ved modtagelse af børn bør der være mulighed for assistance fra plejepersonale uddannet til at varetage børns behov. Der skal være mulighed for assistance inden for kort tid fra intern medicin: kardiologi; såfremt akutsygehuse med særlig geograf, ikke har mulighed for dette, skal der etableres formaliseret samarbejde med andet akutsygehus omkring telemedicinsk løsning, hvormed der sikres mulighed for direkte kontakt til speciallæge i intern medicin: kardiologi inden for kort tid. Som udgangspunkt skal der også være assistance umiddelbart af speciallæger i ortopædisk kirurgi, men lokalt kan der afviges herfra efter konkret vurdering af omfang og tyngde af skader, akutmedicinsk tilstedeværelse og kompetencer m.v., således at der er mulighed for assistance inden for kort tid. Skrøbelige ældre udgør en væsentlig andel af patienterne og kræver en særlig indsats og forløb. Det bør derfor tilstræbes, at der er adgang til tværfaglig geriatrisk ekspertise i dagtid alle ugens dage.

27 Krav til assistance på akutsygehus med både somatik og psykiatri

At der på akutsygehuset med både somatiske og psykiatriske funktioner og med fælles akutmodtagelse udover ovennævnte skal etableres faste aftaler for samarbejdet mellem akutmedicin og psykiatriske specialer, og det skal være muligt at få assistance inden for kort tid fra speciallæge i psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri på matrikler, hvor der modtages børn og unge med akutte psykiatriske problemstillinger.

28 Krav til assistance på psykiatrisk akutsygehus

At der på akutsygehuset med psykiatriske funktioner skal være mulighed for at få assistance inden for kort tid fra speciallæge i psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri på matrikler, hvor der modtages børn og unge med akutte psykiatriske problemstillinger.

29 Flow på akutsygehuset

At arbejdet på akutsygehuset døgnet rundt skal være tilrettelagt således, at der er tilstrækkelige kompetencer til faglig ledelse af patientflowet i akutmodtagelsen og på hele akutsygehuset, således at der sikres systematik i visitation og den bedst mulige udnyttelse af kapaciteten både i og uden for sygehus. Lokalt skal der ledelsesmæssigt sikres relevante aftaler om vagtberedskab og adgang til tilkald, disponering af sengekapacitet, udskrivning m.v.

30 Adgang til centrale patientoplysninger på tværs

At administrative, tekniske og organisatoriske forhold fortsat udvikles således, at sundhedspersonalet i den akutte sundhedsindsats umiddelbart kan tilgå centrale og kritiske patientoplysninger på tværs af sektorer, med inspiration fra gode erfaringer med FMK og Et Samlet Patientoverblik.

31 Sammenhæng mellem dokumentationssystemer

At der sikres større sammenhæng mellem de dokumentationssystemer, der anvendes i den sundhedsfaglige visitation, præhospitalt, på sygehuse, i kommunalt regi og almen praksis, så væsentlige informationer udveksles, herunder også elektronisk billedokumentation.

32 Styrket anvendelse og kvalitet af data på tværs af sektorer

At anvendelsen og kvaliteten af data styrkes på tværs af sektorer, herunder også kommuner og almen praksis, samt at relevante kvalitetsdatabaser udvikles og styrkes med henblik på at sikre national kvalitetsudvikling i det sammenhængende patientforløb.




33 Styrket udvikling og implementering af nye teknologier






At udvikling og implementering af nye teknologier styrkes i alle led i den akutte indsats. Herunder styrkelse af videnscentre, forsknings- og innovationsmiljøer, ved etablering af netværk på tværs af land og sektorer, samt ved hurtig vurdering og implementering af teknologiske løsninger, der kan øge kvaliteten.

UDKAST

Bilag 3. Oversigt over anbefalinger, status i Region Syddanmark og forslag til nye indsatser i akutplanen

Forklaring til farvemarkering

Status planlægning	Forklaring
	Lever ikke op til anbefalinger og er ikke planlagt.
	Afventer andet arbejde
	Vurderes tilstrækkeligt opfyldt, eller forslag indgår i akutplan.

Anbefaling	Status	Forslag i akutplanen	Status
1. Styrket samarbejde i den borgerrettede visitation	AMK-vagtcentral er delvis bemandet med læge i dagtid (½ stilling). Arbejdet med 1-1-3 er sat i bero. Teknologisk udvikling afventes.	Visitationsplads i AMK-vagtcentralen bemannes af en vagtlæge i vagttid (7.1)	
2. Styrket samarbejde i den sundhedsfaglige visitation	Odense Kommunes akutteam er placeret på FAM OUH.	Gradvist styrket samarbejde med kommunerne via de nye akutte visitationsenheder (6.1)	
3. Styrket visitation af patienter med akut psykisk sygdom	Region Syddanmark har opretholdt mulighed for at borgere uvisiteret kan henvende sig.	Afventer udmelding om nationale principper	
4. Kompetence i den borgerrettede telefoniske visitation	I Region Syddanmark er lægevagten henlagt til PLO. Visitationen sker ved almen medicinsk speciallæge.		
5. Kompetence i den telefoniske visitation på AMK-vagtcentralen	Den sundhedsfaglige visitator i AMK-vagtcentralen er i Region Syddanmark en	Etablering af visitationsplads i AMK-vagtcentralen, der	

Anbefaling	Status	Forslag i akutplanen	Status
	<p>sygeplejerske med særlig erfaring og kompetencer.</p> <p>I Region Syddanmark er der normeret en ½ tilstedeværende læge i vagtcentralen i dagtid. AMK har mulighed for at kontakte akutlæger.</p> <p>Delestilling mellem AMK-vagtcentral og det kommunale akutteam i Odense Kommune i form af en sygeplejerske.</p>	bemandes af en vagtlæge (7.1)	
6. Kvalificering ved særlige sygeplejekompetencer	Retter sig mod kommunerne.		
7. Tilgængelighed i den borgerrettede telefoniske visitation	Status vedr. akutknap undersøges.		●
8. Ensartet organisering i akutklinikker og skadeklinikker	<p>Lægevagtskonsultationer skal betegnes akutklinikker,</p> <p>Skadestuefunktion i Vejle og Sønderborg skal have ny betegnelse, evt. skadeklinik med lægelig back-up.</p> <p>Skadeklinikker i Grindsted og Tønder kan beholde deres betegnelse.</p>		●
9. Kompetencer og lokalisering af akutklinikker	<p>Lægevagtskonsultationer bemandes af speciallæger i almen medicin.</p> <p>Der er brobyggerordninger ved akutsygehusene samt i Vejle og Sønderborg, hvor sygeplejersker binder lægevagt og sygehusets akutfunktioner sammen.</p>	<p>Modernisering af lægevagtskonsultationer. (7.4)</p> <p>Forsøgsprojekt med integration og samdrift mellem lægevagt og sygehusfunktioner (7.2)</p> <p>Samarbejde, sammenhæng og samdrift i akutfunktioner på sygehus og i lægevagten (7.2)</p>	●

Anbefaling	Status	Forslag i akutplanen	Status
10. Styrket samarbejde omkring almen medicinske tilbud i vagttid	Lokalaftaler for almen praksis om besøg i hjemmet.	Udvikling af samarbejde mellem lægevagt og kommunal sygepleje (7.3)	●
11. Disponering af præhospital akutlæge	Opfyldt		●
12. Anvendelsen af akutlægehelikopter	Opfyldt		●
13. Styrke robustheden og paramedicinerens rolle i det samlede akutsystem	Afventer nationalt arbejde		●
14. Regionale tilbud til patienter med psykisk sygdom	Der er etableret en døgndækket akut psykiatrisk udrykningstjeneste i Region Syddanmark. Der er etableret en mobil psykiatrisk skadestuefunktion.		●
15. Krav og anbefalinger til kommunal sygepleje og kommunale akutfunktioner	Retter sig mod kommunerne.		
16. Samarbejde mellem regionale og kommunale akuttilbud	Der eksisterer en række samarbejde, eksempelvis er Odense Kommunes akutteam placeret på FAM OUH.	Forebygge indlæggelse og forbedre den præhospital behandling i eget hjem (6.6) Fælles viden, kompetencer og samarbejde på tværs af sektorer (6.7)	●
17. Akutsygehusets opgaver	Opfyldt. Samarbejdsaftaler og visitationsretningslinjer under gennemgang.		●
18. Befolkningsunderlag for akutsygehuse 200.000 - 400.000	Opfyldt, når Nyt OUH står færdigt og OUH Svendborg Sygehus skifter status.		●

Anbefaling	Status	Forslag i akutplanen	Status
19. Befolkningsunderlag under 200.000	Opfyldt.		●
20. Krav til traumesygehuse	Opfyldt OUH		●
21. Visiteret modtagelse til akut sygehusbehandling	Somatik altid visiteret. Afventer udmelding om nationale principper vedr. visitation af patienter med akut psykisk sygdom	Afventer udmelding om nationale principper vedr. visitation af patienter med akut psykisk sygdom.	● ●
22. Akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse på akutsygehus	Opfyldt		●
23. Modtagelse af udvalgte patienter på specialsygehuse	Visitationsretningslinjer gennemgås.	Visitationsretningslinjer mellem akutsygehus og specialsygehus (6.2)	●
24. Krav til assistance i akutmodtagelsen	Opfyldt. Gradvis anvendelse af nyt speciale i akutmedicin og specialuddannelse i akutsygepleje.		●
25. Krav til assistance i psykiatrisk akutmodtagelse	Opfyldt Der er akut psykiatrisk modtagelse af voksne i Vejle, Aabenraa, Odense og Esbjerg Der er akut psykiatrisk modtagelse af børn i Odense og Esbjerg.	Værtøjer til forbedret visitation mellem somatik og psykiatri (6.4) Bedre koordinering mellem somatik og psykiatri (6.5)	●
26. Krav til assistance på somatisk akutsygehus	Opfyldt.		●

Anbefaling	Status	Forslag i akutplanen	Status
27. Krav til assistance på akutsygehus med både somatik og psykiatri	Opfyldt.	Etablering af akutte visitationsenheder ved akutmodtagelser (6.1) Værtøjer til forbedret visitation mellem somatik og psykiatri (6.4) Bedre koordinering mellem somatik og psykiatri (6.5)	●
28. Krav til assistance på psykiatrisk akutsygehus	Opfyldt.	Bedre koordinering mellem somatik og psykiatri (6.5)	●
29. Flow på akutsygehuset	Alle akutsygehuse har organiseret det daglige arbejde med at sikre flow omkring flow-masters og centrale koordineringsfunktioner.		●
30. Adgang til centrale patientoplysninger på tværs		Styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer (6.8)	●
31. Sammenhæng mellem dokumentationssystemer		Styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer (6.8) Forebygge indlæggelse og forbedre den præhospital behandling i eget hjem (6.6)	●
32. Styrket anvendelse og kvalitet af data på tværs af sektorer		-Styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer (6.8)	●
33. Styrket udvikling og implementering af nye teknologier	Syddansk Sundhedsinnovation fungerer som videnscenter i Region Syddanmark. Innovation & MTV, Odense Universitetshospital gennemfører medicinske teknologivurderinger.		●

Bilag 4. Eksempler på projekter til forebyggelse af indlæggelse af ældre sårbare borgere mv.

Nedenfor skitseres nogle af de projekter, der er gode erfaringer med eller som er igangsat med det formål blandt andet at forebygge indlæggelse af ældre, sårbare borgere.

Projektet "Tværsektorielt samarbejde omkring forebyggelse af indlæggelser i FAM, Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg"

I projektet identificerer en tværkoordinerende sygeplejerske i FAM patienter der gennem dialog med praktiserende læge kan visiteres til en klinisk sygeplejefaglig vurdering ved det kommunale akutteam i Varde, Vejen og Billund kommuner.

Målsætningerne er at:

- Undgå unødvendige indlæggelser
- Styrke det tværsektorielle samarbejde mellem de kommunale akutteams og FAM
- Sikre patienten et sammenhængende patientforløb
- Udbrede kendskabet til indsatser i de kommunale akutteams
- Anvende virtuelle værktøjer til at understøtte de tværsektorielle overgange for patienter.

Målgruppen er patienter i alderen 65 til 80+, som visiteres til FAM af praktiserende læge i dagtimerne fra mandag til fredag, og som er bosat i Varde, Vejen eller Billund kommuner. Den tværkoordinerende sygeplejerske har kommunal erfaring og stor viden om de kommunale akutteams, herunder deres ydelser og organiseringsform.

Når praktiserende læge visiterer en patient til FAM vurderer den tværkoordinerende sygeplejerske, om patienten er i målgruppen for akutteamets sygeplejefaglige udredning. Såfremt den praktiserende læge ønsker en sygeplejefaglig vurdering ved akutteamet, koordineres kontakten til det relevante akutteam af den tværkoordinerende sygeplejerske. Hvis akutteamet i samarbejde med de praktiserende læger fortsat finder indlæggelses nødvendig, koordineres dette af den tværkoordinerende sygeplejerske.

Den tværkoordinerende sygeplejerske vil på daglig basis have kontakt med den daglige "tovholder" i akutteamet for vurdering af dagens kapacitet. Hver 14. dag vil der være virtuelle møder af ½ times varighed mellem den tværkoordinerende sygeplejerske og lederne af kommunernes akutteams. Projektet blev igangsat i november 2020, og der laves en evaluering af projektet i maj 2021. På baggrund af evalueringen vurderes det, hvorvidt projektet stopper eller går i drift.

[Obs på opdatering af tekst, da det er et igangværende projekt]

Projektet "Kom trygt hjem"

Projektet "Kom trygt hjem" var et samarbejde mellem akutsygeplejerskerne og plejecentrene i Kolding og Fredericia Kommune og Ortopædkirurgisk sengeafsnit O1 på Sygehus Lillebælt i Kolding. Projektet omhandlede patienter med hoftenært lårbensbrud, som blev udskrevet til et plejecenter.

Projektet bestod af 3 dele:

- Et "Dag-til-dag-program" som var grundlag for plejecenterets pleje de første 6 dage efter udskrivelsen samt dag 14. Programmet indeholdt anvisninger ift. målinger, observationer og handlinger. Hensigten med programmet var at sikre en systematisk forebyggelse og tidlig opsporing af sygdom og komplikationer
- En besøgsprotokol for kommunale akutsygeplejersker som indebar, at der blev gennemført planlagte besøg hos patienten på dag 3, 6 og 14 efter udskrivelsen samt ved behov. Hensigten var at øge kompetenceniveauet på plejecentret ved besøg af kommunale akutsygeplejersker.
- Et styrket samarbejde mellem kommunale akutsygeplejersker og læger/sygeplejersker fra Ortopædkirurgisk sengeafsnit O1. Sygehuset var behandlingsansvarlig 14 dage efter udskrivelsen og varetog behandlingen i samarbejde med den kommunale akutsygeplejerske.

Af rapporten om projektet fremgår det at: "Projektet viste en klinisk signifikant stigning i overlevelsen indenfor 30 dage fra 87 % til 94 %, en signifikant reduktion i antallet af akutte genindlæggelser indenfor 30 dage fra 30 % til 14 %, samt en signifikant højere livskvalitet, målt med EQ5D".

Tidsperioden for projektet var fra den 1. januar 2018 til den 31. juli 2020. Der var tale om et ikke-randomiseret interventionsstudie. 252 patienter deltog i projektet, fordelt med 100 patienter i interventionsgruppen (Kolding og Fredericia Kommune) og 152 patienter i kontrolgruppen (Vejle, Vejen og Middelfart Kommune.) De to grupper var ens i forhold til demografi og indlæggelsestid.

Ph.d.-projektet "Forløbet ved akut sygdom hos plejehjemsbeboeren – Viden, udvikling og intervention"

Formålet med ph.d.-studiet er at forbedre forløbet for den akut syge plejehjemsbeboer. Ved at opdage tegnene på begyndende sygdom tidligt og ved øget samarbejde mellem plejehjem, pårørende, praktiserende læge og sygehusene er forventningen, at mange indlæggelser kan forebygges.

I den første del af studiet beskrives det hvor mange, hvornår, hvordan og hvorfor borgere fra plejebolig indlægges akut. Alle plejehjemsbeboere i en given periode inkluderes. Herudover laves der en grundig gennemgang af forløbet for 100 akutte indlæggelser, hvor det belyses hvilke faktorer der fører til akut indlæggelse af plejehjemsbeboere.

I den anden del af studiet præsenteres viden fra første del af studiet for praktiserende læger, specialister i ældre medicin, plejehjems personale, plejehjemsbeboere og pårørende. På baggrund heraf udvikles interventioner og nye modeller, som i fremtiden kan forbedre forløbet for plejehjemsbeboeren under et akut sygdomsforløb.

I tredje del af studiet afprøves nogle af interventionerne på enkelte plejehjem under løbende evaluering og tilpasning for at vurdere effekten.

Projektet forventes afsluttet med udgangen af 2023.

[Obs på opdatering af tekst, da det er et igangværende projekt]

Ph.d.-projektet "Prevention of AcuTe admISSION Algorithm (PATINA) – Effekten af en notifikationsalgoritme og et digitalt beslutningsstøtteværktøj"

Formålet med ph.d.-projektet er at undersøge om en algoritme, baseret på stigninger i visiteret hjemmepleje over tid, får hjemmesygeplejen til proaktivt at opspore og forebygge begyndende akut sygdom på et tidligere tidspunkt, hvorved akut indlæggelse kan undgås. Algoritmen anvender data fra det kommunale sundheds- og omsorgsydelses system, og dens effekt undersøges vha. et multicenter stepped wedge cluster-randomiseret kontrolleret studie (SW-CRT) i Odense, Kerteminde og Svendborg kommuner. Studiet er igangværende og afsluttes til maj 2021, hvor det forventes at inkludere 6500 borgere. Der kobles til registerdata for at måle det primære outcome mål: akut indlæggelse.

Resultaterne forventes at foreligge i løbet af 2022.

Projektet "FAM Odense akutlægebil – Udrykning til plejehjem i Odense Kommune"

FAM på Odense Universitetshospital har etableret en akutlægebil bemannet med en speciallæge fra FAM til at tilse akut syge plejehjemsbeboere i Odense Kommune. Alle plejehjemsbeboere i Odense Kommune, hvortil der rekvireres ambulance til akut indlæggelse inkluderes i projektet. Når AMK kontaktes alarmeres FAM-bilen og Odense Kommunes akutteam. Begge parter kører til plejehjemmet. I hvert enkelt tilfælde vurderes det, om der skal sendes en ambulance med.

På plejehjemmet foretager FAM-lægen klinisk vurdering, stabilisering og diagnostik. Der fastlægges en behandlingsplan og tages stilling til, om patienten kan behandles på plejehjemmet, eller om en indlæggelse er nødvendig. FAM har behandlingsansvaret for plejehjemsbeboeren indtil patienten overgår til egen læge igen. Behandlingen varetages i et samarbejde mellem Odense Kommunes akutteam og akutlægen. FAM standard blodprøver mv. transporteres i akutlægebilen til OUH mhp. analyse eller der foretages analyser på stedet.

Ud over akutteamet i Odense Kommune og AMK-vagtcentralen arbejdes der tæt sammen med almen praksis, lægevagten og Ambulance Syd.

I projektet er der fokus på:

1. Andelen af patienter, der kan færdigbehandles på plejehjemmet og derved ikke kræver indlæggelse og ikke genindlægges inden for 7 dage efter kontakt.
2. Patient- og pårørendetilfredshed og tilfredshed blandt samarbejdspartnere ved at blive behandlet på plejehjemmet fremfor (fornyet) indlæggelse på FAM OUH.
3. Ressourceforbrug (økonomisk og humant) ved behandling på plejehjemmet.
4. Effekten på antal transporter med Ambulance Syd
5. Om der i forhold til patienter, der bliver indlagt efter kontakt med akutteam/akutlæge er en hurtigere diagnostik, om behandlingen er begyndt hurtigere, om indlæggelsen er kortere og om dødeligheden er mindre.
6. Om en indlæggelse giver anledning til livsforlængende behandling således at patienter ikke flyttes i terminalfasen for at dø på OUH.

Forventningen er, at der i en projektperiode på 6 måneder vil inkluderes ca. 4-500 patienter i projektet. Projektet startede op i november 2020, men siden droslet ned til dagtid på hverdage. Foreløbige data på de første 50 patienter viser, at 76 % af alle patienter afsluttes uden indlæggelse. For 28 % af de 50 patienter gælder at de er kommet til skade, mens 72 % af patienterne har en medicinsk problemstilling. 47 % af de patienter der havde skader blev ikke indlagt, mens 91 % af de medicinske patienter undgik indlæggelse. Interventionen vil efter endt projektperiode blive analyseret kvalitativt og kvantitativt jf. ovenstående. Der gøres status på projektet ultimo april 2021.

[Obs på opdatering af tekst, da det er et igangværende projekt]

Bilag 5. Overblik over implementeringstakt

INDSATS	INDHOLD	HANDLING	2022	2023	2024	2025	2026
1	Etablering af akutte visitationsenheder	Etablering af struktur og organisering Udbygning til døgndækning vurderes og implementeres. Læring og konsolidering af samarbejde og funktion					
2	Screeningsværktøj til alle fælles akutmodtagelser mhp. triagering af den psykisk sårbare patient	Udbredelse					
3	Fast samarbejdsstruktur mellem FAM og PAM og kommuner med daglige virtuelle konferencer.	Samarbejdsstruktur aftales. Udrulning med kommuner					
4	Erfaringer og potentiale i øget samarbejde vedr. forebyggelse af indlæggelser	Udbredelse					
5	Digitalt katalog over relevante tilbud på tværs af sektorer.	Overblik over tilbud Udvikling og ibrugtagning af digital løsning Eventuelt udvikling af funktionalitet.					
6	Udvikling af fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau.	Udvikling					
7	Etablering af daglig virtuel konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam.	Samarbejdsstruktur aftales. Udrulning					
8	Beskrive rammedelegation og forudsætninger herfor for kommunalt sundhedspersonale.	Indgå aftale					
9	Erfaringer med effekter af lokale fællesskaber/fremskudte funktioner på akutsygehuse	Afdækning. Initiativ til planlægning af afledte indsatser					
10	Information og kommunikation for patienter, indlagt < 48 timer	Afdækning					
11	Udvikling af tværsektorielle undervisningsforløb.	Erfaringsopsamling og pilotafprøvning Udrulning					
12	Tværsektoriel adgang til aggregerede data til brug for ledelsesinformation og kvalitetsudvikling	Beskrivelse, etablering af platform, aftaler om vedligehold af data.					
13	Tekniske og juridiske muligheder for at dele data om akutte patienter i den akutte situation.	Afdækning af muligheder					
14	Fælles data på individniveau om akutpatienters tilstand og situation.	Beskrivelse, etablering af platform, aftaler om vedligehold af data.					
15	Udvikling af tværsektorielle modeller til forudsigelse og forebyggelse af akutte indlæggelser.	Udviklingsprojekt					
16	Oprettelse af visitationsplads i AMK-vagtcentralen.	Etablering					
17	Udbredelse af videoopkald som supplement ved 1-1-2-opkald.	Pågår. Udbredes					
18	Undersøge samarbejds muligheder med specialuddannede paramedicinere	Pilotprojekt Evaluer og udbredelse					
19	Udbygning af brobyggerordning til akutte modtageafsnit for børn.	Udbygning					
20	Etablering af funktion til observation af patienter i lægevagten.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning Evaluer og eventuelt udbredelse					
21	Forsøgsordning med integration af sygehusets akutfunktion og lægevagtskonsultationen.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning Evaluer og eventuel udbredelse					
22	Øget adgang til specialistrådgivning fra sygehusafdelinger til almen praksis.	Pågår. Udbredes					
23	Mulighed for fra almen praksis at booke sub-akutte tider på sygehusafdeling.	Udviklingsprojekt					
24	Styrket samarbejdet mellem lægevagten og kommunale akutfunktioner.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning Evaluer og eventuel udbredelse					
25	Modernisering af lægevagtskonsultationerne	Afdækning af behov. Aftale om moderniseringsplan. Anskaffelse mv.					
26	Mulighed for differentieret visitation til lægevagtskonsultation ud fra diagnostisk udstyr.	Udviklingsprojekt					
27	Samarbejdsaftaler mellem lægevagten og sygehuse.	Indgåelse af aftaler					
28	Videokonsultation i lægevagten	Pågår. Udbredes					
29	Tilbud til akutte hjertepatienter	Fastlæggelse af mål og monitorering af akutte hjerteforløb.					
30	Mobile EKG-apparater i lægevagtskonsultationer.	Teknik, valg af model + anskaffelse. Undervisning og udbredelse					
31	Evt. inddragelse af troponin-måling i det præhospitale forløb	Udrulle, men afvente erfaringer fra Region Midtjylland					
32	Styrke kompetencer og relationer mellem almen praksis/lægevagt og hjerteafdelinger.	Relation og kompetencer - afvente EKG-apparater					

Forklaring til farver:

	Pilotprojekt eller udvikling
	Udrulning og drift

Bilag 6. Overslag over budgetmæssige konsekvenser af akutplanens indsatser

Driftsudgifter (overslag)

INDSATS	INDHOLD	2022	2023	2024	2025
1	Etablering af akutte visitationsenheder	-	1,4	5,9	9,4
2	Screeningsværktøj til alle fælles akutmodtagelser mhp. triagering af den psykisk sårbare patient	-	-	-	-
3	Fast samarbejdsstruktur mellem FAM og PAM og kommuner med daglige virtuelle konferencer.	-	-	-	-
4	Erfaringer og potentiale i øget samarbejde vedr. forebyggelse af indlæggelser	-	-	-	-
5	Digitalt katalog over relevante tilbud på tværs af sektorer.	-	0,1	0,1	0,1
6	Udvikling af fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau.	0,1	0,1	0,1	0,1
7	Etablering af daglig virtuel konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam.	-	-	-	-
8	Beskrive rammedelegation og forudsætninger herfor for kommunalt sundhedspersonale.	-	-	-	-
9	Erfaringer med effekter af lokalefællesskaber/fremskudte funktioner på akutsygehuse	-	-	-	-
10	Information og kommunikation for patienter, indlagt < 48 timer	-	-	-	-
11	Udvikling af tværsektorielle undervisningsforløb.	-	0,3	0,3	0,3
12	Tværsæktoriel adgang til aggregerede data til brug for ledelsesinformation og kvalitetsudvikling	0,3	0,3	0,1	0,1
13	Tekniske og juridiske muligheder for at dele data om akutte patienter i den akutte situation.	-	-	-	-
14	Fælles data på individniveau om akutpatienters tilstand og situation.	0,3	0,3	0,1	0,1
15	Udvikling af tværsektorielle modeller til forudsigelse og forebyggelse af akutte indlæggelser.	0,2	0,2	0,2	0,1
16	Oprettelse af visitationsplads i AMK-vagtcentralen.	0,7	0,7	0,7	0,7
17	Udbredelse af videoopkald som supplement ved 1-1-2-opkald.	-	-	-	-
18	Undersøge samarbejdsmuligheder med specialuddannede paramedicinere	0,5	0,5	1,0	1,0
19	Udbygning af brobyggerordning til akutte modtageafsnit for børn.	-	0,5	0,5	0,5
20	Etablering af funktion til observation af patienter i lægevagten.	-	-	-	-
21	Forsøgsordning med integration af sygehusets akutfunktion og lægevagtskonsultationen.	-	-	-	-
22	Øget adgang til specialistrådgivning fra sygehusafdelinger til almen praksis.	-	-	-	-
23	Mulighed for fra almen praksis at booke sub-akutte tider på sygehusafdeling.	0,3	0,3	0,1	0,1
24	Styrket samarbejde mellem lægevagten og kommunale akutfunktioner.	-	-	-	-
25	Modernisering af lægevagtskonsultationerne	-	-	-	-
26	Mulighed for differentieret visitation til lægevagtskonsultation ud fra diagnostisk udstyr.	-	-	-	-
27	Samarbejdsaftaler mellem lægevagten og sygehusene.	-	-	-	-
28	Videokonsultation i lægevagten	-	-	-	-
29	Tilbud til akutte hjertepatienter	-	-	-	-
30	Mobile EKG-apparater i lægevagtskonsultationer.	0,2	0,1	0,1	0,1
31	Evt. inddragelse af troponin-måling i det præhospitale forløb	-	-	-	-
32	Styrke kompetencer og relationer mellem almen praksis/lægevagt og hjerteafdelinger.	-	0,1	0,1	-
	Tværgående udviklingspulje til akutplan	4,0	6,0	6,0	6,0
	I alt driftsudgifter (overslag)	6,6	10,8	15,2	18,6

Anlægsudgifter (overslag)

INDSATS	INDHOLD	2022	2023	2024	2025
5	Eventuelt system til digitalt katalog over relevante tilbud på tværs af sektorer.	0,3			
6	Eventuelt it-system til understøttelse af fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau.	0,3			
20	Flystole til etablering af funktion til observation af patienter i lægevagten.	0,5			
25	Anskaffelser til modernisering af lægevagtskonsultationerne (overslag)	1,0	1,0	1,0	
30	Mobile EKG-apparater i lægevagtskonsultationer.	1,1			
	I alt anlægsudgifter	3,2	1,0	1,0	-