



REFERAT

Emne 4. møde i Tværgående faglig arbejdsgruppe vedr. sundhedsindsats ved akut opstået sygdom og skade

Mødedato Mandag den 3. september 2018 kl. 12-16
Sted Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67 2300 København S, Mødelokale 501

Deltagere Zoheeb Iqbal, Sundheds- og Ældreministeriet (suppleant)
Malene Møller Nielsen, Region Nordjylland
Nils Falk Bjerregaard, Region Midtjylland
Anne Kaltoft, Danske Patienter
Michael Dall, Region Syddanmark
Vagn Bach, Region Sjælland
Anette Jakobsen, Dansk Sygepleje Selskab
Søren Steemann Rudolph, De Lægevidenskabelige Selskaber
Henrik Grønberg, De Lægevidenskabelige Selskaber
Jacob Thorsted Sørensen, De Lægevidenskabelige Selskaber
Lotte Usinger, De Lægevidenskabelige Selskaber
Marianne Puge Nielsen, De Lægevidenskabelige Selskaber
Dan Brun, De Lægevidenskabelige Selskaber
Jacob Meller Jacobsen, Kommunernes Landsforening
Hans Henrik Ocklemann, De Lægevidenskabelige Selskaber (suppleant)

Janet Samuel, Sundhedsstyrelsen (frem til punkt 2.3)
Louise Stage, Sundhedsstyrelsen
Jens Peter Steensen, Sundhedsstyrelsen
Nanna Grave Poulsen, Sundhedsstyrelsen
Henrik Stig Jørgensen, Sundhedsstyrelsen
Nanna Cathrine Hollesen (til punkt 2.2)
Niels Vendelbo Gadegaard (til punkt 2.4)
Natalie Krog Kaufmann, Sundhedsstyrelsen (referent)

Afbud:

Natacha Jensen, Danske Regioner
Jeannett Bauer, De Lægevidenskabelige Selskaber
Marie Louise Rostrup Nielsen, Sundheds- og Ældreministeriet
Jens Hillingsø, De Lægevidenskabelige Selskaber
Charlotte Hosbond, Region Hovedstaden
Ken Strøm Andersen, Dansk Sygepleje Selskab

30. november 2018

Sagsnr. 4-1010-333/9

Reference LOST

T 72227634

E plan@sst.dk

Tværgående faglig arbejdsgruppe vedr. sundhedsindsats ved akut opstået sygdom og skade

Punkt 1. Velkommen og siden sidst

Sundhedsstyrelsen bød velkommen til mødet og fortalte kort om processen siden sidste møde. Der har været afholdt en række arbejdsgruppemøder, bilaterale møder mm. i de fem delspor, og på baggrund af bidrag herfra er der udarbejdet fem oplæg til drøftelse i den tværgående arbejdsgruppe. Styrelsen lagde vægt på, at oplæggene ikke skal læses som styrelsens anbefalinger, men som opsamlinger på de forskellige processer.

Der blev spurgt ind til, hvad der var blevet drøftet på 4. møde i følgegruppen, og Sundhedsstyrelsen fortalte kort herom.

Punkt 2. Første udkast til anbefalinger for den akutte sundhedsindsats

Sundhedsstyrelsen præsenterede kort baggrunden for de fem notater og spurgte indledningsvist ind til, om arbejdsgruppen havde generelle kommentarer på tværs af bilagene, hvorefter de fem oplæg blev drøftet enkeltvis.

1. Bilag 2: Den præhospitale indsats

Sundhedsstyrelsen beskrev baggrunden for notatet, der er skrevet på baggrund af proces i arbejdsgruppen, og anbefalingerne heri skal ses som en opsamling på drøftelserne i arbejdsgruppen, samt input fra øvrige delprocesser. Det er ikke Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

AMK-læge i døgnvagt blev drøftet, herunder erfaring med om det øger kvaliteten af den præhospitale indsats. LVS tilkendegav, at de vurderer, at det har betydning for kvaliteten, at der døgndækket er en læge i AMK. Sundhedsstyrelsen spurgte ind til, om det kunne være en speciallæge i almen medicin eller speciallæge i akutmedicin, der sad i AMK. LVS tilkendegav, at forskellige lægefagligheder kan dække funktionen. Dog blev det nævnt, at AMK-lægen bør kende til eksempelvis den præhospitale patientjournal (PPJ) og have kontakt til modtagende hospital.

Styrelsen spurgte ind til arbejdsgruppens holdning til en døgn-dækket AMK-læge på AMK-vagtcentralerne (lægelig bagvagt). Der var bred enighed om, at det ville give mening for visitationen. Region Midtjylland påpegede dog, at diskussionen enten handler om, om det er en styrkelse af det kommunale/praksis og visitering, eller om det er håndtering af de større uventede hændelser og koordinering af et større nationalt 'system'. Region

Midtjylland mente, at de store hændelser bør håndteres af relativt få personer med et indgående kendskab til området. Region Syddanmark tilkendegav, at der ønskes mere evidens, før de kan bakke op om en døgn-dækket AMK-læge.

LVS efterspurgte en samling af visitation og disponering af akutlægehelikopterne på færre AMK-vagtcentraler for at ensarte visitationen. Region Nordjylland tilkendegav, at regionen ikke bakker op om dette. Arbejdsgruppen drøftede akutindsatsen i kommunerne, herunder ambulancepersonale som en ressource, kommunen/ hjemmesygeplejersker kan trække på. Styrelsen pegede på, at samarbejdet kan gå begge veje; Fx kan ambulancen kontakte kommunen for at høre om muligheden for, at patienten/borgeren indlægges derhjemme.

Dansk Sygepleje Selskab pegede på, at sygeplejersken skal inddrages yderligere, ligesom den alment praktiserende læge er central.

Region Sjælland pegede på, at der aktuelt er mangel på personale bredt set.

Region Sjælland efterlyste nogle bredt formulerede kvalitetsmål på tværs af den akutte sundhedsindsats, som skal være fælles for den måde, vi gør det på.

Endeligt takkede styrelsen for gode input, som styrelsen nu vil gå videre med.

2. Bilag 4: Visitation og almenmedicin

Sundhedsstyrelsen introducerede bilaget, der er skrevet på baggrund af bilaterale drøftelser og undersøgelser og viden, der allerede ligger på området. Ligesom de øvrige bilag er det ikke Sundhedsstyrelsens egne endelige anbefalinger.

I gennemgangen af dette bilag blev kompetence, rådgivning, data, integration, mulighed for subakutte tider og et landsdækkende telefonnummer diskuteret.

LVS hæftede sig ved visitation som tiltænkes de praktiserende læger, hvilket var positivt. LVS pegede på, at det giver mening at have sygeplejersker i visitationen i 1813 og på den måde bruge nogle andre kompetencer, når først en læge har snakket med borgeren.

Muligheden for transport af patienter ind til lægevagtskontroller burde også tænkes ind, da det nogle gange er patienten selv der skal finde ud af transport.

Der kan være behov for rådgivning og sparring; blandt andet omkring mennesker med psykisk lidelse.

KL udtrykte også tilfredshed med papiret. De mener, at der allerede er et godt samarbejde mellem kommunen og almen praksis i dagtid, så udkastets idé med at udbygge det i vagttid er velset.

Herefter fulgte en diskussion af begreber særligt i forhold til akutklinikker mm. Sundhedsstyrelsen overvejer at anvende betegnelsen "akutklinikker". Region Sjælland så både fordele og ulemper i begrebet 'akutklinik', og at de skal ligge tæt på sygehuse. Det blev foreslået, at akutklinikkerne blev integreret med sygehusene. Region Midtjylland fortalte, at de er meget optagede af sammenkobling mellem akutklinik og sygehus, og at de burde blive samlet, så borgeren ikke skal igennem nærmest det samme to gange. De opfordrede til at sammenhængen styrkes, både visitationsmæssigt og patienthåndteringsmæssigt.

Danske Patienter pegede på, at patienter synes det er svært at finde ud af, hvad en akutklinik er, og bød derfor en ensartning velkommen. Arbejdsgruppen var endvidere enige om, at det ikke skal være patientens ansvar at finde ud af, hvor de skal hen, men at de skal kunne gå ét sted hen.

Arbejdsgruppen var overordnet positivt stemt for at integrere akutklinikker med akutafdelinger, herunder først og fremmest at styrke samarbejdet. LVS påpegede, at det vigtigste for, at borgerne henvender sig de rigtige steder, er, at de har et godt forhold til deres alment praktiserende læge. Der blev foreslået muligheden for "kombinationsvagter" med konsultation og visitationsdel.

Derefter fulgte en diskussion om et landsdækkende akutnummer. Gruppen vendte fordele og ulemper, men var overordnet set enige i, at det har nogle fordele.

Gruppen havde også en diskussion om integration. Region Sjælland mente, det er optimalt, når borgeren kan henvende sig ét sted, altså fuld integration, og at der er for lidt samarbejde mellem vagtlægerne og hospitalerne, som er en ulempe for patienten, og som skaber længere vente- og behandlingstider. LVS var bekymret for konsekvenserne ved integrationen, og styrelsen pegede på, at almen praksis fortsat skal varetage samme opgaver, men at forskellen er at patienterne kan komme ind til almen praksis fra enten det præhospitale eller akutafdelingen, samt at de kan henvise den modsatte vej.

Dokumentation og registrering blev drøftet, herunder omfanget heraf.

Sundhedsstyrelsen takkede gruppen for input.

3. Bilag 3: Fra akutmodtagelse til akuthospital

Sundhedsstyrelsen fortalte, at notatet er skrevet ud fra en proces i arbejdsgruppe sammensat af regionale og lægevidenskabelige

repræsentanter, og anbefalingerne heri skal ses som en opsamling på de drøftelser, der har været her, samt input fra øvrige delprocesser. Det er ikke Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Arbejdsgruppen vedrørende akutmodtagelser har været optaget af at forbedre flow og mindske unødvendig ventetid, samt befolkningsunderlag for akutmodtagelserne. Specialernes tilstedeværelse har været drøftet, herunder tilstedeværelsen af ortopædkirurger. Derudover har der i arbejdsgruppen været udtryk for, at der kan komme mangel på kirurger.

Det blev diskuteret, om der fremover er grundlag for det nuværende antal akutsygehuse. Region Syddanmark mindede om betydningen af nærhed, mens Danske Patienter pegede på, at patienter er villige til lang transporttid, hvis det betyder højere kvalitet.

Performance measures og anbefalingen om en 4 timers regel blev drøftet, og LVS var skeptiske i forhold til dette, ligesom arbejdsgruppen pegede på vigtigheden af, at det giver klinisk mening og ikke er unødigt ressourcetungt.

Det blev drøftet, hvordan der sikres tilstedeværelse fra specialer som gynækologi, kardiologi, neurologi, og arbejdsgruppen var enig i, at hvis man ikke har dem selv, skal der være præcise aftaler med et større sygehus.

LVS refererede til, at Dansk Cardiologisk Selskab i samarbejde med hjerteforeningen og Dansk selskab for Akut Medicin har foretaget en enquete angående tilstedeværelse af kardiologisk ekspertise på afdelinger/sygehuse, som modtager akutte kardiologiske patienter, og at resultater herfra bør tænkes ind i arbejdet.

Region Sjælland pegede på, at der mangler samarbejdet mellem specialerne, som er en del af den fremadrettede udvikling.

LVS var glade for, at geriatrien er kommet med i bilaget. Dog mindede selskabet om en stor gruppe, navnlig mennesker med alkohol og stofmisbrug, som der burde skabes et sted til, samt muligheden for at kunne inddrage psykiatriske kompetencer, da det kan være svært for personalet på sygehusene at tage sig af fx selvmordstruede.

Herefter fulgte en diskussion om samspillet mellem PAM og FAM. LVS mente godt, at de i princippet godt kan integreres, men pegede også på erfaring fra de fælles modtagelser, hvor det skaber angst og stigmatisering, hvis det er samlet. Det er meningsfuldt, at de ligger i nærheden af hinanden, da psykiske patienter ofte har en somatisk lidelse (komorbiditet). Der er ikke i visitationskrav til PAM i alle regioner, hvilket LVS mente skulle bibeholdes. Endeligt gjorde LVS opmærksom på, at akutbegrebet har en anden betydning i psykiatrien end i somatikken.

Danske Patienter ønskede en tydeligere beskrivelse af de grupper, der ikke skal igennem akutmodtagelsen, ud over de fødende, fx neurologi, kardiologi.

LVS mente, at man godt kan stille krav om et tæt samarbejde mellem PAM og FAM, herunder faglig sparring. Derudover bør der være mulighed for, at patienterne modtages i passende rammer. LVS påpegede, at der er juridiske aspekter med psykiatriske patienter, som skal tænkes med ind i den organisation, der laves. Vær også opmærksom på tvangsindlæggelser.

Dansk Sygepleje Selskab ønskede, at oplægget var mere ambitiøst ift. sygeplejerskerne, da selskabet oplever fastholdelses- og rekrutteringsproblemer.

4. Bilag 5: Kommunerne

Sundhedsstyrelsen introducerede notatet, som er skrevet på baggrund af bilaterale drøftelser. Bilaget er ligesom de øvrige oplæg ikke et udtryk for Sundhedsstyrelsens endelige anbefalinger.

Region Nordjylland og KL savnede, at forholdet omkring psykiatri og nærhed samt almen praksis' rolle blev beskrevet.

LVS så positivt på dokumentet, da det i højere grad forpligter kommunerne i forhold til tilgængelighed. De savnede ligesom KL også almen praksis, såvel som et sted til mennesker med alkohol- eller stofmisbrug og dem, der ikke kender hjemmeplejen i forvejen – kunne man få et sted man kan henvende sig som borger? LVS spurgte ind til, hvad der menes med "samarbejde mellem kommunal akutfunktion og akutmodtagelsen".

Gladsaxe Kommune mente, at der bør være en beskrivelse af primærsektorens arbejde i relation til akutte opgaver.

Gruppen snakkede om processen i forhold til, at der ikke har været en arbejdsgruppe. Sundhedsstyrelsen forklarede, at baggrunden for valget var, at der sidste år udkom anbefalinger for den kommunale indsats, ligesom området løbende har været drøftet i de andre arbejdsgrupper.

LVS mente, at hvis man skal være ambitiøs, mangler der et forventningselement. Der er eksempelvis flere borgere som kommer til sygehuset, fordi der ikke er et kommunalt tilbud, selvom de godt kunne klares i kommunalt regi.

Sundhedsstyrelsen takkede for kommentarer og påpegede slutteligt, at arbejdsgruppen er velkommen til at sende en mail med forslag til bilaget.

5. Bilag 6: Psykiatri.

Sundhedsstyrelsen introducerede notatet, som er skrevet på baggrund af proces i arbejdsgruppe, og anbefalingerne heri skal ses som en opsamling på de drøftelser, der har været her, samt input fra øvrige delprocesser. Der er som for de øvrige oplæg ikke tale om Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

LVS mente, at det er rigtig fint at tænke psykiatrien så langt ind i sundhedsvæsenet. Det er vigtigt at sikre kompetencerne hos personalet i visitationen. LVS mindede Sundhedsstyrelsen om, at der er juridiske forhold, som man skal være opmærksomme på. Da kommunerne er en vigtig del af psykiatrien, efterlyste LVS at det er mere ensartet, hvad kommunerne kan tilbyde.

Muligheden for psykosociale akutfunktioner blev drøftet og arbejdsgruppen pegede på, at det burde uddybes.

LVS havde en kommentar til, at akutafdelingen ikke hjemskriver, før der er lavet en aftale med kommunen. LVS pegede på, at man kunne ønske sig en måde at konferere med personale som har psykiatriske kvalifikationer.

Endeligt var der en diskussion om data og afvejningen mellem behovet for at dele viden og hensynet til personfølsomme oplysninger. Sundhedsstyrelsen nævnte, at diskussionen vedrørende deling af data gælder på tværs af de fem delspor. Der var enighed om, at det bør tænkes igennem, hvilke oplysninger, der er relevante, samt hvilke der skal kunne deles. Sundhedsstyrelsen opfordrede afslutningsvist arbejdsgruppen til at eftersende indholdsmæssige kommentarer.

Punkt 3. Overordnede anbefalinger for den akutte sundhedsindsats

Arbejdet har hidtil taget udgangspunkt i de fem delområder i den akutte sundhedsindsats, og styrelsen pegede på, at styrelsen i den samlede rapport vil se på tværs af indsatsen. Vedlagt til arbejdsgruppens drøftelse var en disposition med overskrifter på de samlede anbefalinger, som Sundhedsstyrelsen ønskede at drøfte med arbejdsgruppen.

Sundhedsstyrelsen fortalte kort om det samlede dokument. Region Nordjylland opfordrede til, at de nuværende akutprofessorater på området nævnes under forskningsområdet.

LVS pegede på, at den almenmedicinske indsats er beskrevet i vagttid, hvorimod eksempelvis kommunens opgaver beskrives i både vagttid og dagtid. Det blev drøftet, at snitfladen mellem almen praksis og kommunen, sygehus mfl. i dagtid bør adresseres.

Ellers ingen kommentarer til bilag 7.

Punkt 4. Videre proces

Materiale til næste møde i arbejdsgruppen vil blive styrelsens udkast til de samlede anbefalinger. Opsamlinger fra de underliggende processer vil dermed blive rundet af bilateralt. Materiale vil komme en uges tid før mødet.

Arbejdsgruppen vil på det sidste møde blive præsenteret for et samlet udkast til rapport og anbefalinger, hvor dagens drøftelser er taget med. På baggrund af disse drøftelser samt tilsvarende drøftelse i den tværgående faglige arbejdsgruppe, vil styrelsen udarbejde et høringssudkast og endelig revidering og færdiggørelse sker herefter, og anbefalingerne vil blive lanceret på en konference i København den 3. december 2018.

Endeligt opfordrede Sundhedsstyrelsen gruppen til at sende skriftlige kommentarer til Sundhedsstyrelsen, såfremt de har sådanne.

[Sundhedsstyrelsen bemærker, at tidsplanen siden afholdelse af 4. arbejdsgruppemøde er blevet ændret, således at de endelige anbefalinger først præsenteres i 2019. Det betyder, at næste møde i arbejdsgruppen er udskudt.]

Punkt 5. Eventuelt

Sundhedsstyrelsen orienterede gruppen om, at der er to VIVE rapporter undervejs, som tilsendes arbejdsgruppen, når de er klar.

Derudover holder SST en akutkonference den 3. december i DGI-byen i København, hvor anbefalingerne præsenteres.