

Den vellykkede udskrivning

Alment praktiserende læge Lars Rytter Poulsen & overlæge Finn Rønholdt Hansen

Sygehistorie

En 87-årig kvinde blev indlagt til mobilisering efter et fald. Røntgenundersøgelse viste fraktur af ramus sup. og inf. os pubis. Ved indlæggelsen var der leukocytose på 16,1 og C-reaktivt protein på 99. Temperaturen var på 36,9°C. Patienten blev behandlet med penicillin og gentamycin som engangsdosis på mistanke om sepsis. Hun fik mavesmerter med opkastninger, som klingede af. Efter tre døgn indlæggelse var patienten fortsat afebril, men havde tabt færdigheder og kunne kun med besvær komme ud af sengen. Efter nogle dages rehabilitering var patienten i stand til at gå korte distancer med rollator. Der blev aflagt hjemmebesøg, hvorefter dørtrin blev fjernet og greb blev opsat.

Behandlingsplan efter udskrivning

Medicin: Tabl. bendroflumethiazid blev seponeret grundet hyponatriæmi - tabl. paracetamol 1 g × 4 dagl. og - tabl. tramadol 50 mg × 4 dagl. ved smerter - tabl. calcium, cholecalciferol 1 tabl. × 2 dagl. forebyggende mod osteoporose.

Socialmedicinske tiltag: Der blev aftalt installation af et nødkald og træning på et daghjem. Patienten fik tildelt hjælp i form af en hjemmesygeplejerske til medicindosering på udskrivningsdagen og daglig hjemmehjælp.

Egen læge: Der blev aftalt opfølgende besøg hos egen læge en uge efter udskrivelsen til kontrol af lungestatus og mulig recidiv af perifer ødemtendens, kontrol af elektrolytter og justering af analgetisk behandling.

Relevant paraklinik: En gastroskopi viste normale forhold. Hæmoglobin 8,2, natrium 129, K, creatinin, thyroideastimulerende hormon: intet abnormt.

Problemstilling

Udskrivningssituationen er en kritisk del af patientforløbet. Der sker en ansvarsoverdragelse til flere potentielle modtagere, hvor modtagelse og vidensoverføringen er usikker. Der er kun sjældent et konkret »håndslag« mellem læger: »Jeg tager over«. Vi »håber«, at systemet med patientens medvirken klarer situationen. Et forhold, som ikke mindst hos ældre eller patienter med kroniske sygdomme, gør udskrivningen til en risikosituation.

»Værd at vide«

Arbejdet med udformning af epikriser er historisk lavt prioriteret på sygehusene, men de senere år er der sket markante forbedringer, hvad angår ventetid. Nu bør fokus rettes mod et

indhold, som via en fremadrettet plan understøtter helheden i forløbet. Arbejdskulturen og overenskomsten i almen praksis bygger på, at borgerne selv henvender sig. For svage eller meget syge patienter kan det medføre et utilsigtet svigt i patientforløbet. Kan vi i den aktuelle sygehistorie regne med, at egen læge tager sikkert over, hvor sygehuset slipper? Etablering af diverse hjælpeforanstaltninger i hjemmet kan være en forudsætning for, at patienten efterfølgende vil være i stand til at klare sig. En række initiativer er sat i værk for at bedre sammenhængen i indsatsen, senest via lov om genoptræningsplaner.

»Hvad gør vi?«

I mange amter har man servicemål, som kræver afsendelse af epikrise inden for få kalenderdage efter eller optimalt på selve udskrivningsdagen. Praksiskonsulentordningen kan medvirke til udformning af lokale politikker for kommunikation med fokus på en fremadrettet plan og sikker ansvarsoverdragelse - Ved udskrivning af svage patienter med særligt behov for sikker opfølgning, f.eks. ved antikoagulationsbehandling, bør forsats kontrol sikres ved personlig kontakt. Praksiskonsulentordningen bør medvirke til udformning af lokale telefonlister over »direkte numre«, som sikrer, at de praktiserende lægers klinikker let kan kontaktes. Kommunalt ansatte koordinerende sygeplejersker kan bistå med at sikre kontinuitet i indsatsen mellem sygehus og den kommunale sektor. Geriatriiske team kan styrke indsatsen over for ældre patienter med et kompliceret sygdomsbillede.

Konklusion

De stærkt forkortede indlæggelsestider på landets sygehuse såvel inden for intern medicin som inden for de kirurgiske specialer medfører, at opfølgning i stigende grad overlades til primærsektoren. Hermed øges behovet for effektive og sikre kommunikationsformer. Målet er, at den enkelte patient oplever sammenhæng i indsatsen uafhængigt af, om denne udføres på et hospital eller i primærsektoren: »det sømløse patientforløb«. Gennem tætte og klare samarbejdsaftaler med fælles målsætning bør der sikres den nødvendige helhed i patientforløbet. Der er behov for videreudvikling og dokumentation af modeller, som sikrer dette.

Korrespondance: Lars Rytter Poulsen, Kanaltorvet 8, DK-2620 Albertslund.
E-mail: lrytter@dadlnet.dk

Antaget: 15. september 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Anbefalet læsning

1. Standarder og indikatorer for Det tværsektorielle patientforløb. Den Gode Medicinske Afdeling. www.dgma.dk /nov. 2002.
2. Madsen F. Epikriser til tiden. Ugeskr Læger 2002;165:1932-6.