

Region Hovedstaden
Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet

Handleplan 2014 for at nedbringe overbelægning

September 2013

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| 1. Indledning..... | 3 |
| 2. Handleplan..... | 4 |
| 2.1 Forbedre patientflow..... | 4 |
| 2.2 Fremme akutmodtagelsernes organisatoriske funktion..... | 6 |
| 2.3 Fremme intern koordinering..... | 8 |
| 2.4 Fremme regional koordinering og nødberedskab ved spidsbelastning..... | 9 |
| 2.5 Fremme koordinationen mellem praksissektor, kommune og hospital..... | 10 |
| 2.6 Sikre ensartet monitorering af belægning..... | 12 |
| 2.7 Opfølgning..... | 12 |
| Bilag 1 Bispebjerg og Frederiksberg Hospital..... | 13 |
| Bilag 2 Bornholms Hospital..... | 18 |
| Bilag 3 Gentofte Hospital..... | 20 |
| Bilag 4 Glostrup Hospital..... | 22 |
| Bilag 5 Herlev Hospital..... | 24 |
| Bilag 6 Hvidovre og Amager Hospital..... | 29 |
| Bilag 7 Nordsjællands Hospital..... | 34 |
| Bilag 8 Rigshospitalet..... | 38 |
| Bilag 9 Status for udmøntning af de afsatte midler til yderligere styrkelse af akutmodtagelser, akutklinikker og akutte..... | 40 |

1. Indledning

Regionsrådet har i september 2013 fået forelagt ”Strategi for at nedbringe overbelægning” til godkendelse. Strategien består af seks elementer, som Region Hovedstaden vil fremme for at skabe bedre forudsætninger for at fjerne overbelægningen på hospitalerne:

6 elementer i strategien for at nedbringe overbelægning

1. Forbedre patientflowet i de medicinske afdelinger
2. Fremme akutmodtagelsernes organisatoriske funktion
3. Fremme regional, tværgående koordinering
4. Fremme nødberedskab ved spidsbelastning
5. Fremme koordinationen mellem praksissektor, kommune og hospitaler
6. Sikre ensartet monitorering af belægning

Det overordnede mål i strategien er ”Ingen overbelægning”, idet det samtidig erkendes, at der kan opstå særlige situationer. I sådanne situationer vil målet altid være at minimere eventuel overbelægning. Regionsrådet afsatte i juni 2013 en pulje til at styrke det akutte område og beredskab mod overbelægning.

Denne handleplan beskriver dels en status for, hvad hospitalerne har besluttet at iværksætte i 2013 med forventet helårsvirkning i 2014, dels en række konkrete forslag, som kan iværksættes i 2014 til yderligere at nå målet om at undgå overbelægning.

I bilag 1-8 fremgår status og konkrete tiltag for en styrkelse af det akutte område og beredskab mod overbelægning for de enkelte hospitaler.

I bilag 9 ses en status over udmøntning af de i budgettet afsatte midler på 25 mio. kr. til yderligere styrkelse af akutmodtagelser, akutklinikker og akutte tilbud.

2. Handleplan

2.1 Forbedre patientflow

Hidtidige initiativer

Hospitalerne har iværksat og gennemført en række initiativer for at forbedre patientflow og overbelægning. Hovedindsatsen har været at optimere patientflowet på det akutte område med det formål at understøtte hurtig og korrekt fagligt beslutningsgrundlag for patienternes videre diagnostik og behandling.

Hospitalerne har

- øget speciallægebemandingen, primært i akutmodtagelserne og akutklinikkerne
- udarbejdet arbejdsgangsanalyser i alle akutmodtagelser/-klinikker
- etableret såkaldte ”fast track”, der medvirker til at opretholde flowet.
- udarbejdet forløbsbeskrivelser for få udvalgte patientforløb - fx patienter med dyb venetrombose, hoftefrakturpatienter og nyrestenspatienter
- analyseret og optimeret arbejdsgange, koordination, kommunikation og tværfagligt samarbejde
- iværksat kompetenceudvikling for sygeplejegruppen i akutmodtagelsen og akutklinikken
- øget det ledelsesmæssige fokus for at sikre den nødvendige tværfaglige involvering fra de kliniske afdelinger, som indlægger patienter gennem akutmodtagelsen/-klinikken

Enkelte hospitaler har styrket bemandingen og kontinuiteten på de medicinske afdelinger for at kunne imødekomme det øgede flow af patienter og nedsætte liggetiden.

I budget for 2013 til 2016 er der afsat 25 millioner kroner årligt til oprustning af regionens akutmodtagelser, akutklinikker og akutte tilbud. En del af midlerne, der overvejende skal anvendes til at sikre tilstedeværelse af speciallæger i de akutte modtagelser, er udmøntet, og der er iværksat ansættelsesprocesser for at udmønte de resterende midler senest september 2013 (bilag 9).

Nye initiativer der igangsættes i efteråret 2013

Regionsrådet afsatte i juni 2013 en pulje på 200 mio. kr. til påtrængende udgiftsbehov på sundhedsområdet, herunder en pulje på 5 mio. kr. til at styrke det akutte område og beredskab mod overbelægning:

I budgettet for 2013 indgår 25 mio. kr. til yderligere styrkelse af regionens akutmodtagelser og akutklinikker. Der udestår efter fordelingen af puljen fortsat fuld dækning med speciallæger i vagt i det omfang, det vurderes optimalt i akutmodtagelserne. Det er vurderingen, at der med henblik på bedre dækning i spidsbelastningsperioder er behov for en yderligere styrkelse af akutmodtagelserne ved en udvidet

bemanding aften og nat med speciallæger, samt bedre personaledekning i weekend og ferieperioder. Der skal være det nødvendige antal behandlersygeplejersker til at nedbringe ventetid. Udgiftsniveauet i 2013 vil være omkring 5 mio. kr., og en eventuel varig styrkelse af akutberedskabet vil blive behandlet i forbindelse med budgetforslaget for 2014.

Akuthospitalerne forventer i løbet af efteråret at have iværksat initiativer med en helårsvirkning i 2014 på i alt 25 mio. kr. Målet for hospitalerne er at undgå overbelægning, primært gennem at styrke akutmodtagelserne. Som det fremgår af nedenstående tabel 1 foreslås en række forskellige typer initiativer fra hospitalerne for at nå dette mål, hvilket er udtryk for at hospitalerne er forskellige og derfor har forskellige muligheder og løsningsforslag.

Tabel 1 Tiltag der iværksættes 2013 med helårsvirkning 2014 i 1.000 kr.

| | |
|--|---------------|
| Bispebjerg Hospital i alt | 4.276 |
| Speciallæger til Lungemedicinsk afdeling, 1,9 årsværk – overlæger | 1.791 |
| Speciallæge til endokrinologisk afdeling, 1,0 årsværk – overlæge | 994 |
| Speciallæger til gastroenterologisk afdeling, 1,5 årsværk – overlæger | 1.491 |
| | |
| Herlev Hospital i alt | 7.975 |
| Team til blodprøvetagning i Akutmodtagelsen | 1.600 |
| Tilstedeværelse af radiograf i Akutmodtagelsen | 1.383 |
| Øget modtager- og koordinatorfkt. afd. D, O og T | 4.048 |
| Udvidelse af Sekretærfunktionen i Akutmodtagelsen | 944 |
| | |
| Hvidovre Hospital i alt | 6.137 |
| Større medicinsk sengekapacitet | 3.475 |
| Styrket plejenormering i Akutmodtagelsen | 1.673 |
| Udvidet speciallægebemanding i Akutmodtagelsen | 989 |
| | |
| Nordsjællands Hospital i alt | 6.242 |
| Speciallæger til Kardiologisk, Nefrologisk, Endokrinologisk afdeling | 2.190 |
| Speciallæger til Lungeinfektionsmedicinsk afdeling | 2.645 |
| Plejepersonale til Kardiologisk, Nefrologisk, Endokrinologisk afdeling | 1.407 |
| | |
| Iværksatte tiltag i alt med helårsvirkning i 2014 | 24.629 |

De enkelte hospitalers tiltag i 2013 er beskrevet i hospitalernes konkrete handleplaner (bilag 1 – 8)

Forslag til nye initiativer

Udover den række af initiativer, som allerede er iværksat, har hospitalerne peget på en række yderligere initiativer for ca. 15 mio. kr., som de vurderer bør gennemføres for at undgå overbelægning. Forslagene til yderligere initiativer fremgår af tabel 2 og er uddybet i hospitalernes konkrete handleplaner (bilag 1-8).

Tiltag og forslag til nye initiativer omfatter akuthospitalerne og specialhospitalet Glostrup Hospital, som har haft stor aktivitet og overbelægning i vinteren 2013.

Gentofte Hospital oplever derimod en faldende aktivitet. Ved den seneste ”overbelægningssituation” havde hospitalet generelt ikke overbelægning. Der er en generel nedgang i antallet af patienter, der visiteres til Gentofte, og hospitalet er lige nu i en proces omkring mulig nedlæggelse af medicinske senge. Det endelige antal er ikke afklaret.

Tabel 2: Forslag til nye initiativer med helårsvirkning 2014 i 1.000 kr.

| | |
|---|---------------|
| Bispebjerg Hospital i alt | 4.149 |
| Speciallæger til kirurgisk afdeling, 2,0 årsværk – afdelingslæger | |
| Speciallæge til endokrinologisk afdeling, 1,0 årsværk – overlæge | |
| Speciallæger til akutmodtagelsen 2,0 årsværk | |
| | |
| Glostrup Hospital i alt | 1.721 |
| Speciallæger i medicin og neurologi i Akutklinikken | |
| | |
| Hvidovre Hospital i alt | 3.696 |
| Fastholdelse af farmakonomer i Akutmodtagelse | |
| Hurtigere blodprøvesvar i Akutmodtagelsen | |
| Udvidet røntgenkapacitet i Akutmodtagelsen | |
| Udvidet portørbetjening i Akutmodtagelsen | |
| | |
| Herlev Hospital i alt | 1.396 |
| Speciallæger til Gastroenheden | |
| | |
| Nordsjællands Hospital i alt | 4.419 |
| Plejepersonale til Medicinsk Blok | |
| Opnormering af læger i Akutklinikken i Frederikssund | |
| Øget anæsthesistilstedevær i dag tid i Frederikssund | |
| | |
| I alt nye initiativer | 15.371 |

2.2 Fremme akutmodtagelsernes organisatoriske funktion

Akutmodtagelserne spiller en central rolle i forhold til at forbedre patientflow og overbelægning. Initiativer for bemanning og samarbejde med de kliniske afdelinger er beskrevet i hospitalernes handleplaner under afsnit om Forbedret patientflow.

Akuthospitalerne bygger nye store akutmodtagelser, som vil understøtte principperne for fremtidens kliniske grundstruktur. Dermed øges mulighederne for at færdigbehandle patienterne i akutmodtagelsen.

Sengekapacitet i akutmodtagelsen/-klinikken

Hospitalernes nuværende senge-/lejekapacitet er vist i nedenstående tabel.

| Hospital | Senge/lejer |
|------------------------------------|-------------|
| Bispebjerg | |
| - Akutmodtagelsen | 32/- |
| - Akutsenge på kliniske afdelinger | 55 |
| Frederiksberg | 30/13 |
| Bornholm | 0/8 |
| Gentofte | 21/11 |
| Glostrup | -/20 |
| Herlev | 38/26 |
| Hvidovre | 25/- |
| Amager | 9/15 |
| Nordsjælland | |
| - Hillerød | 68 |
| - Frederikssund | 10 |

Hospitalerne har forskellige, men begrænsede, muligheder for at udvide i eksisterende akutmodtagelse for derved i endnu højere grad at kunne implementere de organisatoriske og sundhedsfaglige strukturer, som akutmodtagelser i de kommende nye byggerier vil understøtte.

På *Bispebjerg Hospital* er skadeafsnittet aktuelt under renovering, hvorved behandlingsfaciliteterne udvides og optimeres. Når opgaverne fra lægevagten overtages øges behandlingskapaciteten yderligere ved etablering af pavillon.

Herlev Hospital har udarbejdet et forslag til at optimere patientlogistikken og patientflowet i Akutmodtagelsen ved at gennemføre en række ombygninger i arealet. Forslaget omhandler en ombygning af adgangs- og venteforholdene for patienterne, som bl.a. medfører, at patienter og personale adskilles fra samme gangarealer. Desuden forbedres flowet i arbejdsgange og patientmodtagelsen ved, at modtageskranken udvides og forbedres, og der udvides med 2 lejepladser.

Ombygningsforslaget kan realiseres ved at et udeareal på ca. 420 m² i en lysgård ved behandlingsbygningen inddrages som en tilbygning til Akutmodtagelsen. Prisen er 4 mio. kr.

Hvidovre Hospital vurderer, at de ikke har mulighed for at udvide akutmodtagelsen, men ønsker at udvide antallet af senge i medicinsk afdeling, jf. ovenstående.

Derudover har *Gentofte Hospital* mulighed for at etablere yderligere kapacitet i udvendigt renoveret bygning i umiddelbar tilknytning til den nyetablerede akutklinik og sengeafsnit. Etablering af ambulatorier, 40 sengepladser og kontorfaciliteter er anslået til 90 mio. kr.

Endelig har *Nordsjællands Hospital- Frederikssund* mulighed for at udvide akutklinikken i det eksisterende byggeri med 5-10 nye sengepladser.

”Fast track” i akutmodtagelsen/-klinikken

Der er etableret ”fast track” på alle akutmodtagelser og akutklinikker bortset fra Bornholms Hospital i Region Hovedstaden. ”Fast track” behandler typisk patienter med lettere skader, som udgør en stor del af de akutte patienter.

”Fast track” består typisk af et selvstændigt team, der fungerer uafhængig af den øvrige aktivitet i akutmodtagelsen. Teamet er sammensat af erfarne læger og/ eller behandlersygeplejersker, som varetager alle typer af skader, hvor man med relevant og kompetent indsats er i stand til at afslutte behandlingsforløbet inden for en kort periode. Disse tiltag hjælper til at holde den generelle ventetid nede. Ved mange alvorlige sygdomme/skader vil disse blive prioriteret.

Forløbsflowet er på flere hospitaler også optimeret for en række konkrete patientkategorier ved ”fast track”-forløb. Fx er der på Herlev Hospital etableret følgende forløb:

- Flowmasterfunktionen etableret i Medicinsk team i samarbejde med medicinsk afdeling
- Fremskudt involvering af speciallæger ved modtagelse af medicinske patienter i form af superviserede gennemgange
- Hoftefrakturpatienter i samarbejde med Ortopædkirurgisk afdeling
- Nyrestenspatienter i samarbejde med Urologisk afdeling
- Patienter til kateterskrift i samarbejde med Urologisk afdeling
- Apopleksipatienter i samarbejde med Neurologisk afdeling

2.3 Fremme intern koordinering

Belægningsituationen overvåges på de enkelte hospitaler ved daglige belægningsopgørelser for alle afdelinger.

Hospitalerne afholder ved behov daglige belægningsmøder mellem akutmodtagelsen/-klinikken og de kliniske afdelinger. På møderne bliver hospitalets samlede belægning vurderet, og der lægges handlingsplan for det kommende døgn. Akutmodtagelsen/-klinikken har kompetencen til at visiterer patienterne. Det tilstræbes, at medicinske patienter visiteres til medicinske afdelinger og kirurgiske patienter til kirurgiske afdelinger.

De enkelte afdelingsledelser har ansvar for at sikre, at der skabes plads i afdelingerne til det følgende døgn akutte og elektive patienter. Hvis der ikke via udskrivning af patienter er skabt acceptable belægningsforhold i afdelingen, foretages en lægelig vurdering af den enkelte patient for at skabe alternative løsninger til indlæggelse f.eks. ambulante genoptræning, hurtig advisering af hjemmeplejen, ambulante forløb etc.

2.4 Fremme regional koordinering og nødberedskab ved spidsbelastning

Regional, tværgående koordinering.

Der er i regi af Sundhedsfaglig Råd for Præhospitalet og Akutmodtagelse ved at blive udarbejdet en regional vejledning for hvordan situationer med overbelastning kan løses mellem hospitalerne i regionen.

Epidemier

Retningslinjer for regionernes håndtering af epidemier er beskrevet i Sundhedsstyrelsens rapport ”Beredskab for pandemisk influenza – 2012”.

Håndtering af et epidemisk udbrud som f.eks. influenza og personalemangel indgår endvidere i beredskabsplanlægningen på det enkelte hospital, og generelt drøftes håndtering af beredskabshændelser løbende i regionens beredskabsudvalg. Herudover har regionen nedsat et influenzaudvalg, der består af repræsentanter fra regionens hospitaler samt eksperter på det epidemiologiske område. Influenzaudvalget monitorerer i influenzasæsonen presset på regionens hospitaler, lægevagt og det præhospitale område og kan ved behov udsende retningslinjer for håndtering af patienter til regionens hospitaler.

Konkrete tiltag

Regionens AMK-Vagtcentral koordinerer beredskabet på tværs af regionen – herunder fordeling af patienter mellem hospitalerne. Såfremt et hospital er overbelastet, kan hospitalet kontakte AMK-Vagtcentralen for bistand til at koordinere indtag og overførsler af patienter til andre af regionens hospitaler. AMK-Vagtcentralen monitorerer dagligt den ledige kapacitet på intensivpladser og monitorerer for influenzalignende sygdom på baggrund af opkald til akuttelefonen 1813. Generelt gælder, at regionens hospitaler er forpligtet til at samarbejde ved overbelægning – dette i samarbejde med AMK-Vagtcentralen.

AMK-Vagtcentralen kan ligeledes kontakte naboregionerne Sjælland og Skåne for overførsler af patienter hertil.

Fysisk bufferkapacitet

Hospitalerne har oplyst om deres muligheder for at etablere fysisk bufferkapacitet for at nedbringe gangbelægning, hvis der trods initiativerne opstår pres på de medicinske afdelinger.

Bispebjerg Hospital har etableret 8 buffer-senge, der skal indgå i den samlede medicinske kapacitet i perioder med stort belægningspres. De 8 senge er fysisk placeret i forlængelse af medicinsk modtageafsnit.

Bornholms Hospital kan tilvejebringe den nødvendige fysiske bufferkapacitet ved at lægge op til 6 patienter på 4-mands stuer, åbne lukkede sengestuer og udnytte kapacitet på kirurgisk afdeling ved bl.a. at aflyse elektive operationspatienter. Hospitalet har sjældent belægning på gangene.

Glostrup Hospital har mulighed for at etablere bufferkapacitet på ca. 6 senge. Omkostningerne hertil er ikke belyst.

Gentofte Hospital har mulighed for at udvide sengeantallet efter behov, såfremt der er midler til at bemande disse pladser. Det kan dels foregå i de sengeafsnit, der er ledige efter flytning til den del af Sydfløjen, der er renoveret (ca. 45 sengepladser), og dels ved at tage den resterende del af Sydfløjen i brug, hvilket dog fordrer indvendig renovering.

Hvidovre Hospital har ikke patienter på gangene. Akutmodtagelsen benytter observationspladser ved overbelægning. Derudover har Akutmodtagelsen mulighed for at udvide med to ekstra pladser på sengestuerne. I afdelingerne kan der på flere stuer ligge tre patienter på to-sengsstuer. Afdelingen anvender tillige undersøgelsesrum ved markant overbelægning. Ved overbelægning låner Akutmodtagelsen senge i særligt det ortopædkirurgiske og gynækologiske område.

Nordsjællands Hospital vurderer, at de har tilstrækkelig fysisk bufferkapacitet på Frederikssund-matriklen til at nedbringe eventuel gangbelægning på de medicinske afdelinger. Det forudsætter dog, at patientflowet fortsat kan optimeres og udbygges, herunder også matriklerne imellem, som nævnt i afsnit om forbedret patientflow. For matriklen i Hillerød vil der være begrænsede fysiske muligheder for at etablere bufferkapacitet.

2.5 Fremme koordinationen mellem praksissektor, kommune og hospital

Samarbejdet mellem kommune, hospital og praksissektor er formaliseret i sundhedsaftalerne og i overenskomsten mellem regionen og de praktiserende læger. Forudsætningen for et forpligtende samarbejde mellem sektorerne om at nedbringe overbelægning på hospitalerne er derfor, at samarbejdet kan rummes i de eksisterende aftaler.

Implementering af kommunikationsaftalen om plejehjem- og hospitalsmeddelelser (MEDCOM-standarder). Med kommunikationsaftalen sikres en hurtig og korrekt udveksling af oplysninger mellem hospital og kommuner i forbindelse med et indlæggelsesforløb. Der er desuden aftalt arbejdsgange med henblik på, at der tidligt i indlæggelsesforløbet skabes dialog med kommunen for at sikre et godt og sikkert udskrivningsforløb. I kommunikationsaftalen er det desuden aftalt, hvordan patientens behov efter udskrivning formidles til og koordineres med kommunen.

15.000 medarbejdere over hele regionen er siden efteråret 2012 blevet undervist i det nye kommunikationssystem. Det har betydning for klar og rettidig kommunikation om situationer med overbelægning på tværs af sektorer.

Der skal fortsat være fokus på at øge kendskabet til Kommunikationsaftalen i kommuner og på hospitaler og vigtigheden af at få indarbejdet de nye arbejdsgange. Den Centrale Koordinering under DAS understøtter arbejdet. Konsolideringen pågår fra medio 2013

Kommunale akut- og aflastningspladser.

Flere kommuner tilbyder allerede akut og aflastningspladser. Dermed kan patienterne hjemtages til kommunerne, når de er færdigbehandlede på hospitalet.

For at nedbringe antallet af færdigbehandlede på hospitalerne kan kapaciteten i kommunale akut- og aflastningspladser foreslås som et element i de kommende forhandlinger om sundhedsaftaler, der skal være gældende fra 2015.

Hotline for praktiserende læger, hvor patienter kan konfereres med en hospitalslæge.

På regionens fire diagnostiske enheder er der etableret en rådgivende funktion (telefonkonsultation). Derudover har alle regionens hospitaler/afdelinger direkte telefonnumre, som praktiserende læger kan anvende. I tvivlstilfælde afklares, om patienten kan behandles i hjemmet, herunder plejehjem eller på en kommunal aflastningsplads frem for at blive indlagt.

Det foreslås, at alle hospitaler etablerer en formaliseret rådgivningsfunktion til de praktiserende læger, hvor en specialist på medicinsk afdeling eller i akutmodtagelsen kan rådgive i forhold til behov for indlæggelse. Form og indhold og kapacitet i specialistrådgivning skal afklares i relation til de nye sundhedsaftaler gældende fra 2015.

Præcisere praktiserende lægers og hospitalers rådgivning i forhold til kommunale akut- og aflastningspladser.

Det foreslås, at dette initiativ indgår i regionens praksisplan samt i de kommende forhandlinger om sundhedsaftaler for 2015

Lægers overblik over lokale subakutte/akutte kommunale tilbud.

I henhold til den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient skal alle kommuner i foråret 2013 registrere deres subakutte/akutte tilbud på sundhed.dk. Dette giver de praktiserende læger og de regionale akutfunktioner adgang til oplysninger om indgangen til de enkelte kommuners akutte tilbud.

En informationsindsats omkring dette initiativ til praktiserende læger og akutfunktioner på hospitalerne kan understøtte anvendelsen af sundhed.dk til at danne overblik over kommunale tilbud.

2.6 Sikre ensartet monitorering af belægning

De centrale sundhedsmyndigheder ønsker en moderniseret og løbende indberetning af såvel kapacitet som belægning. I regi af Statens Seruminstitut og i samarbejde med regionerne undersøges mulighederne for at:

- fastlægge en moderniseret indsamling af oplysninger om sengepladser
- sikre en fælles forståelse af sengepladser – normerede og disponible
- sikre en fælles forståelse af og tidssvarende metode til at beregne belægningsgraden

Den moderniserede indberetning forventes at begynde fra årsskiftet 2013/14. Definition af metoden til beregning af belægning er endnu ikke fastlagt.

Region Hovedstaden har tilsluttet sig denne nationale monitorering frem for at etablere regionale tiltag til monitorering. Monitoreringen bør tilgå hospitalerne og AMK-vagtcentralen, som grundlag for tværgående koordinering.

2.7 Opfølgning

Der vil i efteråret 2013 og i 2014 være fokus på implementeringen af de besluttede initiativer. Det politiske fokus på ”ingen overbelægning” vil blive fastholdt og regionsrådet eller et udvalg herunder vil kvartalsvis få status for belægningen, udviklingen i kapacitet og belægning og antallet af færdigbehandlede patienter.

Bilag 1 Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

1.1 FORBEDRET PATIENTFLOW

Hidtidige initiativer

Hospitalet har tidligere iværksat en række initiativer for at forbedre patientflowet. Siden 2011 er der etableret ”fast track” for småskadepatienter, fælles triage ved sygeplejerske og sekretær, behandlersygeplejersker er opkvalificeret, røntgenhenvisninger foretaget af behandlersygeplejersker er implementeret og udvidet, herunder er brug af beskrivende radiografer øget og udnyttelsen af erfarne lægers kompetencer optimeret.

Akutklinikken på Frederiksberg og Akutmodtagelsen på Bispebjerg har etableret et tæt dagligt samarbejde med konsekvens for belægningsforholdene. Den overordnede målsætning er at sikre optimale forløb med så få ikke fagligt betingede overflytninger, som muligt. Senest er der indgået en visitationsmæssig udligningsaftale mellem matriklerne. Endvidere er der i juli 2013 etableret online belægningsoversigt. Forventningen er, at hospitalet hermed får væsentligt bedre overblik og mulighed for rationel styring/ prioritering.

Den tildelte bevilling på 3,8 mio. kr. ud af akutpuljen på 25 mio.kr. er anvendt til øget speciallægebemandingen. Det primære indsatsområde har været speciallæger i Akutmodtagelsen, hvor der nu er speciallæge frem til kl. 18.00 på hverdage. Arbejdsindsatsen deles mellem skadeafsnit, hvor der især fokuseres på fremdrift i de komplicerede forløb, og sengeafsnittene, hvor visitation og forløbskoordinering er i højsædet. Hvis effekten skal slå yderligere igennem, vil det kræve yderligere speciallægetilstedeværelse. Det gælder såvel i Akutmodtagelsen som i øvrige afdelinger med stort akutindtag.

I perioden 4. kvartal 2012 – 1. kvartal 2013 har Akutmodtagelsen præsteret en markant fremgang i antal patienter behandlet inden for den første time.

Nye initiativer

Der er behov for at udbygge/omlægge vagtstrukturerne i afdelinger med betydelig akut funktion. Den nye overenskomst åbner fra årsskiftet for væsentlige arbejdsomlægninger af vagttjenesterne. På speciallægeområdet ønskes dels bredere fremmøde i tidsrummet mellem kl. 18.00 og 23.00 samt i dag tid weekend på begge matrikler. Her forventes lægerne især at bidrage til at optimere flow i og omkring Akutmodtagelsen og til at gå stuegang. I den egentlige vagtperiode sikres tilstedeværelse af speciallæge eller læge sent i hoveduddannelses forløb indenfor intern medicin, kirurgi, radiologi og anæstesiologi jf. SST anbefalinger. Fokus er primært på flow og kvalificeret primær vurdering ved akutindlæggelse.

I den endelige model vil der være en speciallæge med særligt akut kendskab tilstede i Akutmodtagelsen 8-23 alle ugens dage, døgnilstedeværende speciallæger i kirurgi, anæstesiologi, neurologi og intern medicin samt speciallæger til kl. 21.00/22.00 i de store akutte specialer: Lungemedicin, kardiologi, gastroenterologi. Det er ensbetydende med nødvendige, men omfattende omlægninger af den nuværende struktur.

Overordnede målsætninger

Det er ambitionen at sikre en gennemsnitlig belægningsprocent på 90 % på de akutte afdelinger, eliminere overbelægning (dvs. *ingen* patienter på gangene aften og nat) og fastholde/fortsætte den positive udvikling i forhold til ventetider ved akut henvendelse i Akutmodtagelsen.

Prioriteret indsats

Forslag der iværksættes 2013 med helårsvirkning 2014 i 1.000 kr.

| | |
|---|--------------|
| Speciallæger til Lungemedicinsk afdeling, 1,9 årsværk – overlæger | 1.791 |
| Speciallæge til endokrinologisk afdeling, 1,0 årsværk – overlæge | 994 |
| Speciallæger til gastroenterologisk afdeling, 1,5 årsværk – overlæger | 1.491 |
| Bispebjerg Hospital i alt | 4.276 |

Forslag til nye initiativer med helårsvirkning 2014 i 1.000 kr.

| | |
|---|--------------|
| Speciallæger til kirurgisk afdeling, 2,0 årsværk – afdelingslæger | |
| Speciallæge til endokrinologisk afdeling, 1,0 årsværk – overlæge | |
| Speciallæger til akutmodtagelsen 2,0 årsværk | |
| Bispebjerg Hospital i alt | 4.149 |

Oprustningen af speciallæger på Bispebjerg Hospital:

Medicinsk Blok:

1. Ændringen i medicinske afdelinger (lungemedicin, gastroenterologi og endokrinologi) er nødvendig for at sikre, at det kun er speciallæger eller læger i sidste år af deres hoveduddannelse, der passer bagvagten. Som det er nu varetages 30-70 pct. af vagterne af læger tidligt i deres hoveduddannelsesforløb eller i introduktionsstilling. Disse vagter skal fremover kun varetages af specialekvalificerede læger.
2. Ændre tilstedeværelsen af speciallæger hverdage fra kl. 18 til kl. 21/22 i de nævnte afdelinger.
3. Øge tilstedeværelsen af speciallæger i de nævnte afdelinger i weekends, primært frem til kl. 18.
4. Når 1-3 gennemføres vil det samtidig være muligt at "frigøre" læger i sidste år af hoveduddannelse og unge speciallæger, så at der fra de tre ovennævnte afdelinger samt fra den kardiologiske afdeling skabes et fællesvagtlag med tilstedeværelse hele natten.

Den samlede effekt vil være speciallægedækning frem til kl. 21-22 alle hverdage i alle afdelinger, øget speciallæge fremmøde i weekend, og fællesvagt på speciallægeniveau alle ugens dage, tilstedeværende aften og nat jf. SST anbefalinger.

Akutmodtagelsen

Ændringen er nødvendig for at kunne sikre speciallægetilstedeværelse i Akutmodtagelsen alle dage kl. 08-23. Speciallæger alle ugens dage (8-23) sikrer flowmasterfunktion, understøtter hurtigere og mere rationelle patientforløb og yder støtte til Yngre Læger i Akutmodtagelsen.

Kirurgisk blok

Bagvagten varetages i øjeblikket af afdelingslæger og hoveduddannelseslæger i sidste år af deres uddannelse. Bagvagten er en tilkaldevagt. Vagten ønskes konverteret til en døgndækket tilstedeværelsesvagt. Den samlede effekt vil være døgndækkende vagt på speciallægeniveau jf. SST anbefaling. Dette kræver opnormering med 2 årsværk, som forventes at kunne besættes med afdelingslæger.

Ændringen indebærer et generelt og tiltrængt kvalitetsløft, jf. anbefalingerne fra SST om øget speciallægetilstedeværelse, der daterer sig tilbage til 2007.

Konkrete mål

De konkrete forbedringer vil være forbedret, tydeligere og hurtigere initial diagnostik og behandling. Det vil kunne afklares hurtigere, hvorvidt indlæggelse i det hele taget er nødvendigt og i givet fald hvilken behandling, der skal i værksættes. Samtidig opretholdes flowet i de bagvedliggende afdelinger i en helt anden grad end nu, både i aftentid og i weekend. Det giver mere strukturerede/fokuserede stuegange, bedre forløbsplanlægning og forventeligt kortere indlæggelsesforløb.

Den samlede effekt vil således være skarpere triage/visitation ved indlæggelse, hurtigere og bedre forløbsplanlægning samt fastholdelse af forløb med korte indlæggelsestider. Speciallægen er helt central i denne proces – derfor er det dette område, der prioriteres.

Kommunesamarbejde

Hospitalet har generelt et godt og positivt samarbejde med Københavns og Frederiksberg kommuner:

- om hjemtagning af færdigbehandlede borgere
- om en Tværsektoriel UdredningsEnhed (TUE) i samarbejde med Københavns Kommune. Formålet med denne enhed er at undgå forebyggelige indlæggelser.
- om udgående sygeplejersketeam, der skal forebygge (gen)indlæggelser og sikre borgere trygge forløb.

1.2 FREMME AF AKUTMODTAGELSENS ORGANISATORISKE FUNKTION

”Senge”-kapacitet

Akutmodtagelsens sengeafsnit på Bispebjerg Hospital rummer to fysisk adskilte medicinske modtageafsnit med i alt 32 heldøgnsenge. Heraf er 10 senge placeret i et afsnit etableret i 2013, som er oprettet ved at konvertere 10

geriatrike senge til 10 modtagesenge for bedre at håndtere det store akutte indtag. Hospitalet har selv afholdt omkostningerne på ca. 5 mio. kr. hertil.

Akutmodtagelsens skadeafsnit er placeret i en anden bygning og råder udelukkende over et antal lejer, der ikke indgår i sengemassen.

Hospitalet har også 55 akutte senge fordelt med 17 senge på det kirurgiske, 9 på det ortopædkirurgiske, 18 på det neurologiske og 21 på det kardiologiske område. Disse er placeret i 3 fysisk adskilte bygninger.

De fysiske forhold definerer rammerne for akutmodtagelsen. Den er, båret af nødvendigheden, spredt på matriklen. Et forhold der i høj grad påvirker muligheden for at rationalisere driften og koncentrere ressourcerne, ikke mindst de lægefaglige, omkring de akutte forløb.

Akutklinikken på Frederiksberg har i alt 13 lejer. I tilknytning hertil har akut modtageafsnit 30 senge.

Muligheder for at udvide i eksisterende byggeri

Under de givne fysiske rammer er det umuligt at samle akutfunktionerne yderligere i en fælles akutmodtagelse. Det fulde koncept for akutmodtagelsen kan først træde i kraft, når nybyggeriet står klar. Her planlægges med en samlet akutmodtagelse med cirka 100 senge. Den mellemliggende periode på 5-6 år benyttes til at udvikle og teste nødvendige forandringer i patientforløb, patientflow og organisatorisk struktur.

Skadeafsnittet er aktuelt under renovering, hvorved behandlingsfaciliteterne udvides og optimeres. Når opgaverne fra lægevagten overtages øges behandlingskapaciteten yderligere ved etablering af pavillon.

”Fast track” i Akutmodtagelsen

Der er etableret ”fast track” forløb i akutmodtagelsen. Disse forløb angår patienter med lettere skader, som udgør ca. 50 pct. af Akutmodtagelsens samlede patientpopulation. Hidtil har ”fast track” været spredt på flere stuer, men når renoveringen af skadeafsnittet afsluttes i september 2013 vil ”fast track” benytte en dedikeret stue med 3 behandlerpladser og særskilte administrative funktioner. For yderligere at optimere ”fast track” forsøges pt. at etablere et skadekonsulenthold, der primært skal virke i ”fast track” forløbene. ”Fast track” er dog fortsat følsom for de oplevede svingninger i patientflow og tyngde. Når særligt syge patienter modtages, må ressourcerne koncentreres om disse. Det påvirker naturligvis flowet i de andre forløb. Særligt om natten, hvor hospitalet varetager akutopgaven for hele indre by, kan der være betydeligt pres.

1.3 FREMME AF INTERN OG REGIONAL TVÆRGÅENDE KOORDINERING

Der bliver ved behov afholdt daglige belægningsmøder mellem alle kliniske afdelingsledelser på Bispebjerg og Frederiksberg, ofte med deltagelse af et

direktionsmedlem. På møderne bliver hospitalets samlede belægning vurderet, og der lægges handleplan for det kommende døgn.

Belægningsituationen overvåges ved centralt udarbejdede belægningsopgørelser kl. 15, som distribueres til afdelinger, direktion og relevante nøglepersoner. Funktionen er ved at blive konverteret til et system, hvor der dannes belægningsmeldinger hver halve time. Et sådant system vurderes at være afgørende for at kunne etablere en dynamisk beslutningsmodel til støtte for klinisk beslutningstagen ved overbelægning.

1.4 Fremme af nødberedskab ved spidsbelastning

Hospitalet har hen over foråret foretaget interne rokader mellem det medicinske og kirurgiske område, der giver mulighed for en mere fleksibel sengekapacitet (akutmedicinske senge) i spidsbelastningsperioder. Der er etableret 8 buffer-senge, der skal indgå i den samlede medicinske kapacitet i perioder med stort belægningspres. De 8 senge er fysisk placeret i forlængelse af medicinsk modtageafsnit.

Bilag 2 Bornholms Hospital

2.1 FORBEDRET PATIENTFLOW

Hidtidige initiativer

Hospitalet har gennem en årrække arbejdet på at forbedre patient flowet. I Akutmodtagelsen er der på det medicinske område indført visitation ved speciallæge i dag tid (kl. 8 – 17) på hverdage. Praktiserende læger har direkte telefonisk adgang til hospitalets vagthavende speciallæge. Herudover er der adgang til akutte ambulante tider i både det kirurgiske og det medicinske ambulatorium.

Der er udarbejdet forløbsbeskrivelser for få udvalgte patientforløb (f.eks. patienter med dyb venetrombose), således at forløbet kan afvikles smidigt og uden ventetider.

Hospitalet har via et LEAN projekt beskrevet og analyseret arbejdsgangene i Akutmodtagelsen. Det har ført til en proces, hvor der arbejdes med at optimere arbejdsgange, koordinering, kommunikation og tværfagligt samarbejde. Herudover er der løbende arbejdet med de fysiske rammer i afdelingen for at forbedre det fysiske arbejdsmiljø.

Hospitalet har over de seneste fire år lukket 20 sengepladser primært på medicinsk afdeling. I samme periode er belægningsprocenten bibeholdt og den gennemsnitlige indlæggelsestid er reduceret fra 4,8 dage i 2008 til 3,9 dage i 2011 og til 3,7 dage i 2012. Årsagen til dette er ikke et enkeltstående tiltag, men en samlet indsats på alle hospitalets afdelinger i forhold til at optimere patientforløbene generelt.

Hospitalet søger for de afsatte akutmidler en speciallæge med akutmedicinske kompetencer med fremmøde i dag tid på hverdage i Akutmodtagelsen.

2.2 FREMME AF AKUTMODTAGELSENS ORGANISATORISKE FUNKTION

”Senge”-kapacitet

Akutmodtagelse har ingen senge og dermed heller ingen funktion som stamafdeling. Der er 8 lejer / stuer i Akutmodtagelsen, der benyttes til triagering, udredning og behandling. Lejerne benyttes til skadepatienter, indlæggelser og ambulante forløb.

Muligheder for at udvide i eksisterende byggeri

Akutmodtagelsen kan ikke udvides med observationsfunktion/AMA i eksisterende byggeri, men kræver en tilbygning, som er beskrevet i ”*Rapport til beskrivelse af model for en Akutmodtagelse (AMA) på Bornholms Hospital*” december 2011 med tilhørende økonomisk overslag.

”Fast track” i Akutmodtagelsen

Der er ikke etableret ”fast track” i Akutmodtagelsen på Bornholms Hospital. 70 % af sygeplejerskerne i Akutmodtagelsen er uddannede behandlersygeplejersker og kan derfor afvikle udvalgte patientforløb selvstændigt. Der er planer om at udvikle sygeplejerskernes kompetencer yderligere. Der er lægemangel på Bornholms Hospital trods intensiv rekruttering, og det er vanskeligt at etablere et ”fast track” spor i Akutmodtagelsen.

Lægerne i Akutmodtagelsen er primært læger i klinisk basis uddannelse og organisatorisk tilknyttet henholdsvis kirurgisk- og medicinsk afdeling og refererer lægefagligt til deres respektive afdelinger.

Siden 1. januar 2012 har Akutmodtagelsen varetaget lægevagtsfunktionen i tidsrummet kl. 22.00-08.00

2.3 FREMME AF INTERN OG REGIONAL, TVÆRGÅENDE KOORDINERING

Ved overbelægningssituationer sker der primært en koordinering mellem de forskellige afsnit på en afdeling. Når kapaciteten er opbrugt, tages der kontakt til de øvrige afdelinger for at få plads til overskydende patienter. Hvis belægningen nærmer sig de 100 %, åbnes lukkede stuer og der lægges flere end 4 patienter ind på 4-sengsstuerne. Dette sker for at undgå patienter på gangene. Der vil blive kaldt ekstra personale ind i disse situationer. I sjældne tilfælde indstilles den planlagte aktivitet.

På både medicinsk og kirurgisk afdeling registreres dagligt belægningen. Disse data tilgår også direktionen. Der laves en lokal månedlig opgørelse over belægning i form af en patientfrekvensstatistik.

2.4 FREMME AF NØDBEREDSKAB VED SPIDSBELASTNING

Hospitalet kan tilvejebringe den nødvendige fysiske bufferkapacitet ved at lægge op til 6 patienter på 4-mands stuer, åbne lukkede sengestuer og udnytte kapacitet på kirurgisk afdeling ved bl.a. at aflyse elektive operationspatienter. Hospitalet har kun meget sjældent belægning på gangene.

Bilag 3 Gentofte Hospital

3.1 FORBEDRET PATIENTFLOW

Hidtidige initiativer

I foråret har hospitalet haft fokus på samarbejdet mellem hospitalets specialer, så at én indgang for patienten både sikrer hurtigere behandling, hurtigere sygepleje og speciallægevurdering samt bedre service. Den nye arbejdsgang tilstræber, at svært syge patienter tilses af speciallæge i direkte forlængelse af triageringen og transporteres til specialafsnit uden yderligere ophold i modtageområdet.

Nye initiativer

Speciallæge i front er under implementering og er en del af den samlede omlægning af arbejdsgange i akutklinikken. Den nye akutklinik blev taget i brug maj 2013. Der pågår en proces, for at integrere de nye arbejdsgange med resten af afdelingen, som medfører en bedre ressourceudnyttelse såvel som hurtigere behandling af skadepatienterne. For at smidiggøre aftaleprocessen tages der også højde for den nye overenskomst, der træder i kraft pr 1.1.2014, hvor ordningen vil være fuldt implementeret.

For alle akutte patienter er svartid for biokemi og røntgenundersøgelser 2 timer efter ankomst til hospitalet.

3.2 FREMME AF AKUTMODTAGELSENS ORGANISATORISKE FUNKTION

”Senge”-kapacitet

Akutklinikken er nyindrettet og blev taget i brug maj 2013. Der er 11 behandlingslejer og et tilknyttet sengeafsnit med 21 senge. Der er på nuværende tidspunkt ikke planer om at udvide sengeantallet, da hospitalet har ledig kapacitet.

For at udnytte Region Hovedstadens samlede sengekapacitet maksimalt anbefaler hospitalet, at regionen i spidsbelastningsperioder justerer på optageområder, så patienterne i større grad visiteres direkte til hospitaler med ledig kapacitet.

Muligheder for at udvide i eksisterende byggeri

Hospitalet kan etablere yderligere kapacitet i udvendigt renoveret bygning i umiddelbar tilknytning til den nyetablerede og moderne akutklinik og sengeafsnit.

Indvendig renovering og etablering af ambulatoriefaciliteter på en etage i tilknytning til den eksisterende nyetablerede akutklinik vil koste ca. 55 mio. kr., mens yderligere 2 sengeetager (40 sengepladser) og en kontoretage vil medføre en meromkostning på ca. 35 mio. kr.

”Fast track” i Akutmodtagelsen

Hospitalet har ”fast track” til småskader og visse medicinske situationer. ”Fast track” er bemanded med behandlersygeplejersker og sekretær samt lægefaglig bistand efter behov.

3.3 FREMME AF INTERN OG REGIONAL, TVÆRGÅENDE KOORDINERING

Direktionen og de medicinske afdelinger, herunder Akutklinikken overvåger dagligt belægningsituationen på baggrund af belægningslister. Akutklinikken har kompetencen til at udvisitere relevante patienter til de øvrige medicinske afdelinger ved overbelægning i modtageafsnittet.

De enkelte afdelingsledelser har ansvar for at sikre, at der skabes plads i afdelingerne til det følgende døgn akutte og elektive patienter, herunder om der skal aflyses elektiv aktivitet for at håndtere det akutte. Hvis der ikke via udskrivning af patienter er skabt acceptable belægningsforhold i afdelingen, foretages en lægelig vurdering af den enkelte patient for at skabe alternative løsninger til indlæggelse f.eks. ambulante genoptræning, hurtig advisering af hjemmeplejen, ambulante forløb etc.

3.4 FREMME AF NØDBEREDSKAB VED SPIDSBELASTNING

Ved den seneste ’overbelægningssituation’ havde hospitalet ikke patienter på gangene. Der er en generel nedgang i antallet af patienter, der visiteres til Gentofte, og hospitalet er lige nu i en proces omkring mulig nedlæggelse af medicinske senge. Det endelige antal er ikke afklaret.

Hospitalet har mulighed for at udvide sengeantallet efter behov, såfremt der er midler til at bemane disse pladser. Det kan dels foregå i de sengeafsnit, der er ledige efter flytning til den del af Sydføljen, der er renoveret (ca.45 sengepladser), og dels ved at tage den resterende del af Sydføljen i brug, som beskrevet ovenfor.

Bilag 4 Glostrup Hospital

4.1 FORBEDRET PATIENTFLOW

Glostrup Hospital har gennem mange år arbejdet med patient flowet i akutklinikken (og i den tidligere skadestue/modtagelse). For at fastholde fokus på hurtig patientflow afrapporteres ventetider en gang om måneden til hospitalsdirektionen. Akutklinikken overholder alle servicemål for de enkelte triagefarver, og de samlede resultater viser, at 98 % af patienterne bliver behandlet inden for 60 minutter.

Selvom patienterne behandles hurtigt i akutklinikken, så er vurderingen, at der fortsat indlægges for mange patienter, som med speciallæger i front også uden for dagarbejdstiden vil kunne ”vendes i døren”, alternativt sikres den kortest muligt indlæggelse. Glostrup Hospital har netop øget speciallægefremmødet af mediciner og neurologer i akutklinikken på hverdage med medicinsk speciallægefremmøde om dagen til først på aftenen, og en neurologisk speciallæge til at overlape mellem dag- og aftenarbejdstid (tidsrum med spidsbelastning). Fremmødet er finansieret af midler fra den centrale pulje i 2013 til styrkelse af akutmodtagelser/akutlinkker kombineret med interne midler.

Der er et ønske om yderligere fremmøde af medicinsk speciallæge i akutklinikken i alle ugens dage frem til kl. 21 samt en neurologisk speciallæge i weekender og helligdage. Dette vil kræve tilførsel af ca. 2,0 speciallæger. Merudgiften skønnes til 1,721 mio. kr. Det vil tage 3-6 måneder at implementere afhængig af rekrutteringsmulighederne.

4.2 FREMME AF AKUTMODTAGELSENS ORGANISATORISKE FUNKTION

”Senge”-kapacitet

Der er i akutklinikken 20 lejer. Der er på nuværende tidspunkt ikke planer eller mulighed for at udvide denne kapacitet.

Muligheder for at udvide i eksisterende byggeri

Der har indtil videre ikke været arbejdet med at udvide akutklinikken, da de fysiske rammer har været velfungerende. Men i forbindelse med implementering af det enstrengede akutsystem kan det blive nødvendigt at kigge på de fysiske rammer, når de skal rumme ca. 25.000 ekstra årlige besøg fra vagtlægerne, som i dag har til huse i en pavillon. Hospitalet har ikke set på konsekvenserne af at patienterne nu skal i akutklinikken.

”Fast track” i Akutmodtagelsen

Der er etableret ”fast track”, der tager hånd om de rene skadepatienter. Der er på nuværende tidspunkt ikke planer om at udvide denne kapacitet.

4.3 FREMME AF INTERN OG REGIONAL, TVÆRGÅENDE KOORDINERING

Glostrup Hospital har i en årrække arbejdet med at finde løsninger til håndtering af overbelægning primært på medicinsk afdeling. Hospitalet har en vejledning om visitation i overbelægningssituationer. Vejledningen beskriver retningslinjer for visitation på 5 niveauer afhængigt af overbelægningsgraden samt hvilket organisationsniveau situationen løses på:

- Niveau 1: Overbelægning i én afd. Visiterende sygeplejerske kontakter de andre afdelingers visiterende sygeplejersker.
- Niveau 2+3: Overbelægning på tværs af afdelinger. Visiterende sygeplejersker indkalder til møde. Medicinsk afdelingsledelse informeres.
- Niveau 4: Massiv overbelægning, der kan håndteres internt. Afdelingsledelserne skal iværksætte tiltag for at nedbringe belægningen.
- Niveau 5: Massiv overbelægning, der ikke kan håndteres internt. Direktionen inddrages.

Glostrup Hospital foreslår, at der nedsættes Task force grupper i de 4 planlægningsområder med henblik på, at hjælpe hinanden ved overbelægning.

4.4 FREMME AF NØDBEREDSKAB VED SPIDSBELASTNING

Hospitalet har mulighed for at etablere bufferkapacitet på ca. 6 senge. Omkostningerne hertil er ikke belyst.

Alternativt foreslår hospitalet, at der udvides med et subakut ambulatorium i henholdsvis Medicinsk afdeling og Neurologisk afdeling, hvor akutklinikken kan booke tider til dagen efter, og dermed sende patienten hjem.

Medicinsk ambulant spor:

Der ønskes tilført ressourcer til 0,48 speciallæge, 0,48 sygeplejerske, 0,24 sekretær samt øvrig drift mv. i alt 0,990 mio. kr.

Neurologisk ambulant spor:

Der ønskes tilført ressourcer til 0,79 speciallæge, 0,79 sygeplejerske og 0,40 sekretær samt øvrig drift mv. i alt 1,203 mio. kr.

Bilag 5 Herlev Hospital

5.1 FORBEDRET PATIENTFLOW

Hidtidige initiativer

Herlev Hospital evaluerer og nuancerer løbende en bred vifte af områder for at optimere patientflowet på det akutte område. Det samlede formål er at understøtte hurtig og korrekt fagligt beslutningsgrundlag for patienternes videre diagnostik og behandling.

I Medicinsk afdeling O er tjenestetidsplanlægningen for såvel speciallæger som plejepersonale tilrettet, så der sikres langt bedre kontinuitet i stuegangen i den enkelte uge i det enkelte sengeafsnit (samme speciallæge og sygeplejerske 4-5 dage/uge). Kontinuiteten giver større overblik, bedre planlægning og mere effektive patientforløb, hvilket kan aflæses i faldende liggetid. Tiltaget har bidraget konkret i arbejdet med at undgå overbelægningssituationer for de medicinske patienter generelt. Weekendstuegangen i sengeafsnittene er styrket med en speciallæge, hvilket medvirker til øget antal udskrivelser.

Der er indført modtagesygeplejerskefunktion på det medicinske område, hvilket har medført langt grundigere dataindsamling og dermed bedre grundlag for tidlig planlægning af såvel pleje- genoptrænings- og udskrivelsesforløb. I weekenderne er der indført koordinatorfunktion, der medvirker til mere jævnt og hensigtsmæssigt flow til de enkelte afsnit i Medicinsk afdeling.

Akutmodtagelsen foretager på baggrund af patientregistreringsdata løbende justeringer i personalets fremmøde for at optimere den samlede fremmødeprofil i forhold til patientindtaget. Dette har bl.a. foranlediget følgende styrkelse af fremmødet for:

- Læger og sygeplejersker tilknyttet kirurgisk team og skadeteam i tidsrummet kl. 12-20 på hverdage, hvor patientkoncentrationen i gennemsnit er højest.
- Læger og sygeplejersker tilknyttet kirurgisk team og skadeteam i weekender.
- Udvidet tilstedeværelse i akutmodtagelsen af medicinske speciallæger og yngre læger i vagt (Medicinsk afdeling O).
- Fast tilstedeværelse i akutmodtagelsen af geriatrisk team incl. speciallæge i dagtid på hverdage (Medicinsk afdeling O).
- Ekstra tilstedeværelse i akutmodtagelsen af medicinsk speciallæge i dagtid helligdage og week-end (Medicinsk afdeling O).
- Ansættelse af ortopædkirurgisk overlæge med særligt ansvar for tværfaglig organisatorisk koordinering af patientforløb.

Der er etableret fælles ”tavlemøder” i Akutmodtagelsens Skadeteam for at sikre fælles koordinering samt ressourceprioritering og – udnyttelse.

Der er iværksat kompetenceudviklings- og uddannelses tiltag for sygeplejerskegruppen for at styrke de faglige kompetencer i vurderingen og håndteringen af den akutte patient.

Forløbsflowet er optimeret for en række konkrete patientkategorier i Akutmodtagelsen. Dette relateres til følgende ”fast track”-forløb:

- Forankring af Flowmasterfunktionen og yderligere identificering og optimering af flaskehalse i Medicinsk team i samarbejde med medicinsk afdeling
- Fremskudt involvering af speciallæger ved modtagelse af medicinske patienter i form af superviserede gennemgange
- Hoftefrakturpatienter i samarbejde med Ortopædkirurgisk afdeling
- Nyrestenspatienter i samarbejde med Urologisk afdeling
- Patienter til kateterskrift i samarbejde med Urologisk afdeling
- Apopleksipatienter i samarbejde med Neurologisk afdeling

Patientflowet er forbedret i forhold til røntgenfunktionen tilknyttet Akutmodtagelsens funktion via:

- Delegeret ordinationsret til bestilling af billeddiagnostik for at minimere ventetiden
- Opgradering af røntgenapparatet i Akutmodtagelsens areal.

Der er etableret en Akutgruppe på hospitalet med repræsentation af direktionen, afdelingsledelsen på Akutmodtagelsen og samarbejdende afdelinger, som mødes fast med det formål at sikre den nødvendige tværfaglige involvering fra de kliniske afdelinger, som indlægger patienter gennem Akutmodtagelsen og dennes personale.

Implementeringen af hospitalets hidtidige initiativer har nedbragt den gennemsnitlige liggetid for akutte patienter i Akutmodtagelsen fra ca. 12,0 timer til ca. 8,4 timer i gennemsnit.

Nye initiativer

Forslag der iværksættes 2013 med helårsvirkning 2014 i 1.000 kr.

| | |
|---|--------------|
| Team til blodprøvetagning i Akutmodtagelsen | 1.600 |
| Tilstedeværelse af radiograf i Akutmodtagelsen | 1.383 |
| Øget modtager- og koordinatorfkt. afd. D, O og T | 4.048 |
| Udvidelse af Sekretærfunktionen i Akutmodtagelsen | 944 |
| Herlev Hospital i alt | 7.975 |

Forslag til nye initiativer med helårsvirkning 2014 i 1.000 kr.

| | |
|--------------------------------|--------------|
| Speciallæger til Gastroenheden | |
| Herlev Hospital i alt | 1.396 |

Team til blodprøvetagning i Akutmodtagelsen

Der er forsøg med et assistent-team for at sikre hurtig blodprøve- og EKG-tagning ved patienternes ankomst. Dette skaber grundlaget for hurtig og korrekt beslutningsgrundlag for den videre diagnosticering. Indsatsen udføres i tidsrummet kl. 8-23 på hverdage og kl. 12-20 i weekender. Det har

erfaringsmæssigt vist sig, at når alle relevante prøver foreligger hurtigt og korrekt om den akutte patient i Akutmodtagelsen, kan der for en række patientforløb ske en reduktion på 1 indlæggelsesdag.

Tilstedeværelse af radiograf i Akutmodtagelsen

En mere kontinuerlig radiografdækning i Akutmodtagelsen vil have betydning for flowet i afdelingen. Der ønskes derfor en radiograf i Akutmodtagelsen om aftenen fra kl. 15-23.30 samt i dagtiden i weekenderne.

Radiologisk afdeling har et vagthold, der betjener hele huset med radiologiske ydelser. Udfordringen ift. flowet i Akutmodtagelsen er, at radiograferne i vagten i stigende grad foretager scanninger, idet der fra 2010 til 2013 har været en stigning på området på 96 %. Ventetiden på røntgen af ekstremiteter og thorax, som der ofte er brug for i Akutmodtagelsen, stiger derfor. I dag er der en fast radiograf i Akutmodtagelsen i dagtiden på hverdage.

Da patientindtaget i Akutmodtagelsen topper mellem 12 og 20 vil øget tilstedeværelse og samarbejde med radiografer kunne bidrage til hurtigere og mere kvalificeret diagnostik og dermed patientflow.

Øget modtager- og koordinatorfunktion i sengeafdelinger

I 2013 har Gastroenheden samt Medicinsk og Ortopædkirurgisk afdeling hver en sygeplejerske i sengeafdelingen, der sørger for et permanent flow i afdelingens patienter for løbende at matche flowet i Akutmodtagelsen. Disse sygeplejersker har desuden fokus på at sikre, at genindlæggelsesfrekvensen ikke øges for de patienter, der løbende udskrives fra sengeafdelingen. Tiltaget ønskes permanent.

Udvidelse af sekretærfunktionen i Akutmodtagelsen

I 2013 har Akutmodtagelsen fået bevilget tre sekretærer á 30 timer for at sikre flow i patientforløbene. Gennem daglig monitorering af kvalitetsmål for skrivning af journalnotater kan det i dag konstateres, at Akutmodtagelsen generelt efterlever opstillede servicekrav til tidstro dokumentation i journalføringen mv. Antallet af patienter og dermed journalnotater er stigende, og Akutmodtagelsen har anvendt hidtidige ressourcer til at optimere af arbejdsgange i Sekretariatet, som varetager journalopgaven for de akutte patienter. Bevillingen søges permanent.

Speciallæge, Gastroenheden

Speciallægedækningen ønskes øget i eftermiddags-/aftentimerne for at sikre et øget flow i patientforløbene i dette tidsrum indenfor det kirurgiske område, hvor der er et relativt stort patientindtag.

Den nedbragte gennemsnitlige indlæggelsestid i Akutmodtagelsen fra > 12 timer til nu 8,4 i gennemsnit kan bl.a. tilskrives flere igangsatte tiltag i flowmasterfunktion ved bagvagt i Medicinsk team. En del-forklaring er flere og hurtigere udskrivelse direkte fra Akutmodtagelsen, som er steget fra ca. 50 til nu 63 %. Der forventes en lignende effekt for de kirurgiske patientforløb med implementeringen af forslaget.

5.2 FREMME AF AKUTMODTAGELSENS ORGANISATORISKE FUNKTION

”Senge”-kapacitet

Akutmodtagelsen har på nuværende tidspunkt følgende ”senge”-kapacitet:

- 1 traumeplads med mulighed for at udvide til 3 pladser ved spidsbelastning
- 24-26 lejepladser fordelt med 6 kirurgi-lejer, 3 medicin-lejer og 16-18 lejer i skadestemet.
- 37 sengepladser fordelt med 13 kirurgiske, 20 medicinske og 3 senge i skadeteam. Ved spidsbelastning kan udvides til i alt 38 pladser.

Den seneste udvidelse med 4 sengepladser blev gennemført medio 2012 via ombygningstiltag i arealet.

Muligheder for at udvide i eksisterende byggeri

Hospitalet har udarbejdet et forslag til at optimere patientlogistikken og patientflowet i Akutmodtagelsen ved at gennemføre en række ombygninger i arealet for 4 mio. kr.

Forslaget omhandler en ombygning af adgangs- og venteforholdene for patienterne, som bl.a. medfører, at patienter og personale adskilles fra samme gangarealer. Desuden forbedres flowet i arbejdsgange og patientmodtagelsen ved, at modtageskranken udvides og forbedres, og der udvides med 2 lejepladser.

Ombygningsforslaget kan realiseres ved, at et udeareal på ca. 420 m² i en lysgård ved behandlingsbygningen inddrages som en tilbygning til Akutmodtagelsen.

”Fast track” i Akutmodtagelsen

Nuværende ”fast track” er beskrevet i afsnit 5.1 Forbedret patientflow.

Hospitalet planlægger aktuelt et ”fast track” i Akutmodtagelsens kirurgiske team for hurtig behandling af patienter med bylder (abcesser).

Opgaven med at eksperimentere og etablere nye ”fast track” forløb og kapacitetsstyring i regi af Akutmodtagelsen er forankret i en særlig funktion (læge med ortopædkirurgisk baggrund), som er ansat via tidligere bevilgede regionale midler til styrkelse af det akutte område.

5.3 FREMME AF INTERN OG REGIONAL, TVÆRGÅENDE KOORDINERING

Der foreligger en instruks for håndtering af patientflow og overbelægning i Akutmodtagelsen, som præciserer retningslinjerne for at sikre, at alle patienter i Akutmodtagelsen modtager hurtig kvalificeret vurdering, relevant

plan for viderebehandling, og at der opnås effektivt patientflow og udvisitering til andre afdelinger.

Ved overbelægningsituationer etableres daglige koordinationsmøder i Akutmodtagelsen med relevante afdelingsledelser, hvor der planlægges så optimale patientflow som muligt i den givne situation.

Det tilstræbes, at medicinske patienter udvisiteres til medicinske afdelinger og kirurgiske afdelinger udvisiteres til kirurgiske afdelinger.

5.4 FREMME AF NØDBEREDSKAB VED SPIDSBELASTNING

Ved en længerevarende storskala overbelægningsituation foranlediger direktionen, at der er daglig ledelsesvurdering og - driftsprioritering i Akutmodtagelsen om håndteringen af patientflow og overbelægning i forhold til patientindtaget. Alle afdelinger inddrages.

Planlægningen understøttes af daglige udsendte belægningslister for de sengebærende afdelinger, hvilket nuancerer grundlaget for visiteringen af patienter ved overbelægningsituationer.

I håndteringen af storskala overbelægning indgår endvidere følgende tiltag, hvor opgavevaretagelsen koordineres af afdelingsledelsen i Akutmodtagelsen med øvrige afdelinger:

- Kontakt til kommuner for hjemtagning af patienter.
- Kontakt til praktiserende læger med orientering om den aktuelle situation.
- Klinisk Biokemisk afdeling foranlediger øget ressourcer til blodprøvetagning samt anlæggelse af perifert venekateter med udstationering i Akutmodtagelsen.
- Klinisk Mikrobiologisk afdeling foranlediger udvidet service for MRSA-screening.
- Afdeling for Intern Service og Logistik foranlediger øget ressourceallokering af portør/rengøring til Akutmodtagelsen.

Der gennemføres ad hoc justeringer i afdelingernes vagtplanlægning, som efter behov afstemmes med direktionen. Dette involverer både kliniske og tværgående afdelinger samt støttefunktioner som portør/rengøring.

Ved længerevarende storskala overbelægning eller ved akut opstået kapacitetsmangel på hospitalet beslutter hospitalsdirektionen den videre håndtering af situationen i forhold til omverdenen. Dette involverer:

- Direkte kontakt på direktionsniveau til andre hospitalsdirektioner i Region Hovedstaden og koncerndirektionen.
- Mulighed for direktionsbemyndigelse til afdelingsledelsen i Akutmodtagelsen til at foranledige løbende kontakt til andre akutmodtagelser i regionen om patienthåndteringen, herunder konkrete aftaler om patientudveksling under hensyntagen til fagligt fornuftige patientforløb.

Bilag 6 Hvidovre og Amager Hospital

6.1 FORBEDRET PATIENTFLOW

Hidtidige initiativer

Hvidovre Hospital

Akutmodtagelsen har fra 2009 til 2013 øget indtaget af indlagte patienter med 50 pct. Samtidig er udskrivningsfrekvensen til eget hjem/plejehjem øget fra 45-50 pct. i 2009 til 65 pct. i 2013. Liggetiden i Akutmodtagelsen er i perioden uforandret og ligger på ca. et døgn i gennemsnit.

Triagering af ambulanceindbragte medicinske patienter har forbedret patientflowet. Fra ambulancen bliver patienterne visiteret til direkte indlæggelse (I-kontakt) i sengeområdet i stedet for først at blive registreret og modtaget som en skade-kontakt (S-kontakt). I-kontakterne bliver indlagt på særlige 'akutstuer', hvor behandlingen er mere intens.

I 2013 har Akutmodtagelsen indført et akutark, som anvendes til den mest akutte kommunikation mellem sygeplejerske og læger til dokumentation af triagefarve, vitale værdier, objektive fund, planer, så at alt kan iværksættes akut, mens der ventes på den dikterede og senere trykte journal.

Speciallæger fra Medicinsk Enhed, Geriatrik Team og neurologer møder i Akutmodtagelsen mellem kl. 8.00-9.30. Alle patienter tilses af en speciallæge og behandlingsplanen aftales.

Der er etableret visitationsmøder hver dag kl. 12.30 med de visiterende sygeplejersker fra de medicinske afdelinger. Indsatsen styrker patientflowet gennem accelereret udvisitering fra Akutmodtagelsen til de kliniske sengeafsnit. Afdelingsledelsen og direktionen mødes jævnligt og drøfter status på patientflow fra Akutmodtagelsen til sengeafdelingerne.

Der er etableret et geriatrik team i Akutmodtagelsen bestående af geriatere, geriatrike sygeplejersker og fysioterapeuter, som screener samtlige patienter over 65 år. Ud af disse modtager ca. 25-30 pct. en målrettet og hurtig intervention fra en eller flere faggrupper fra teamet. Patienterne har typisk flere komplicerende sygdomme og en uholdbar hjemmesituation. Indsatsen er fokuseret mod fysisk funktion, genoptræningsplaner, medicinændringer, komplicerede hjemlige forhold og behov for speciallægeopfølgning efter udskrivelse.

I 2009 etablerede Akutmodtagelsen et medicinsk konsulenthold af erfarne medicinske læger fra hospitalet, som aflastede aftenvagten fra kl. 14-23 (ekskl. søndage). I 2011 blev et ortopædkirurgisk skadestuelægehold etableret, som afvikler skadestuekontakter som 'fast track' fra kl. 15-23 alle dage. I 2013 er antallet af kirurgiske skadelæger øget fra en til to i nattevagt. Det har medført at ventetiden for S-kontakter er faldet om natten.

Akutmodtagelsen har gennemført en balanceret justering af sengekapa-
citeten, hvor tre-sengsstuer er konverteret til to-sengsstuer, og hvor det samlede antal
stuer er udvidet, så sengeantallet er fastholdt. Ændringen har forbedret
patienternes ophold i Akutmodtagelsen og forbedret personalets
arbejdsvilkår.

Etablering af lægekonsulenthold, Geriatrisk Team og omlægning fra tre-
sengs til to-sengsstuer har medført et større og bedre patientflow i
Akutmodtagelsen og har været en forudsætning for, at aktiviteten er udvidet
med 50 pct. siden 2009.

Hvidovre Hospital har ultimo 2012 gennemført en større analyse på
Akutmodtagelsen om bl.a. organisering, ledelse, vagtplanlægning og
arbejdsgange. Med afsæt i disse resultater er der gennemført en række
udviklingsprojekter, bl.a. en ny organisering, ny lederstruktur, ændrede
arbejdsgange. Ændringerne har skabt mere effektiv ressourcudnyttelse og
bedre arbejdsmiljø.

Amager Hospital

Medicinsk Afdeling har gennem længere tid anvendt lean på patientforløb til
at nedbringe liggetiden. En Lean gruppe er etableret i foråret 2013, som
optimerer patientflowet i Akutklinikken.

Nye initiativer

Forslag der iværksættes 2013 med helårsvirkning 2014 i 1.000 kr.

| | |
|--|--------------|
| Større medicinsk sengekapa- citet | 3.475 |
| Styrket plejenormering i Akutmodtagelsen | 1.673 |
| Udvidet speciallægebemanding i Akutmodtagelsen | 989 |
| Hvidovre Hospital i alt | 6.137 |

Forslag til nye initiativer med helårsvirkning 2014 i 1.000 kr.

| | |
|--|--------------|
| Fastholdelse af farmakonome- r i Akutmodtagelse | |
| Hurtigere blodprøvesvar i Akutmodtagelsen | |
| Udvidet røntgenkapacitet i Akutmodtagelsen | |
| Udvidet portørbetjening i Akutmodtagelsen | |
| Hvidovre Hospital i alt | 3.696 |

Større medicinsk sengekapa- citet

Hvidovre Hospital vurderer, at overbelægningen i vinteren 2012/13 også skal
ses i sammenhæng med, at hospitalet ikke har tilstrækkelig kapacitet til at
håndtere det stigende demografiske pres, som særligt gør sig gældende i
planområde Syd. Konsekvensen har været, at Akutmodtagelsen ikke kunne
komme af med patienterne til de kliniske afdelinger, og at AMA og
observationsengene ”sandede til” med patienter, der burde ligge oppe i
huset. Resultatet var relativt kaotiske forhold i Akutmodtagelsen på grund af
de snævre pladsforhold. Hvidovre Hospital søger derfor om at udvide den
medicinske sengekapa-
citet og dermed forbedre patientflowet fra
Akutmodtagelsen. Det er muligt at udvide med femsenge i Medicinsk Enhed,
Endokrinologisk sengeafsnit 222.

Styrket plejenormering i Akutmodtagelsen

Akutmodtagelserne er i dag- og aftenvagte normeret med 18 henholdsvis 16 sygeplejersker i fast fremmøde. Hvidovre Hospital ønsker at øge antallet af behandlersygeplejersker med et vagtlag i dagtimerne og to vagtlag i aften timerne. Udvidelsen sker af hensyn til at nedbringe ventetiden.

Udvidet speciallægebemanding i Akutmodtagelsen

Akutmodtagelse vil ansætte en speciallæge til at supervisere og koordinere indsatsen i afdelingen. Opgaven bliver i dag varetaget af den ledende overlæge på Akutmodtagelsen. Opnormering af afdelingens speciallægekompetencer vil styrke speciallægedækningen.

Fastholdelse af farmakonomer i Akutmodtagelsen

Akutmodtagelse har i en forsøgsperiode benyttet farmakonomer i dagvagt til at rådgive og udlevere medicin i Akutmodtagelsen. Projektet er ophørt, men viser, at indsatsen styrker patientens sikkerhed i forhold om medicingivning. Samtidig har ordningen øget flowet, fordi den specialiserede medicingivning har forkortet patientens ventetid i Akutmodtagelse. En varig fastholdelse af farmakonomer i Akutmodtagelsen koster to farmakonomer i dagtimerne (fra kl. 8.00 til 15.30).

Hurtigere blodprøvesvar i Akutmodtagelsen

Klinisk Biokemisk Afdeling betjener Akutmodtagelse med to blodprøveopsamlinger i dagtimerne (henholdsvis kl. 8.00 og 12.30). Fra kl. 15.30 til kl. 22.30 opsamlers afdelingen prøver hver time. Akutmodtagelsen vil gerne udvide ordningen i dagtimerne, så blodprøver opsamles hver time fra kl. 8.00 til 22.30. Initiativet vil styrke patientflowet i Akutmodtagelse og reducere svartiderne. En udvidelse af prøveopsamling vil kræve 1,4 bioanalytikere, som dækker alle ugens dage fra kl. 8.00 til 15.30.

Endvidere etablerer Hvidovre Hospital i 2014 rørpostanlæg fra Akutmodtagelse til Klinisk Biokemisk Afdeling, som vil medføre, at prøver kan analyseres med betydeligt kortere svartider. Erfaringer fra andre hospitaler viser svartider på omkring 20 minutter.

Udvidet røntgenkapacitet i Akutmodtagelsen

Akutmodtagelsen har patienter i akutte/subakutte senge, som venter på billeddiagnostiske undersøgelser (særligt ultralyd, røntgen af thorax og knoglerøntgen). Ventetiden kan reduceres ved at etablere 'bufferzoner' af to timers varighed tidligt om morgenen (kl. 6.00-8.00) og sen eftermiddag (kl. 15.00-17.00), hvor undersøgelserne bliver gennemført og beskrevet. I buffertiderne er der ubrugt maskinkapacitet, men der skal tilføres 1 radiograf, ½ radiolog og ½ sekretær samt utensilier.

Udvidet portørbetjening i Akutmodtagelsen

Noget af den inerti, der opstår i behandlingen af akutte og subakutte patienter skyldes begrænset portørkapacitet. Hvidovre Hospital foreslår at udvide portørbetjeningen i Akutmodtagelsen med et vagtlag i dag- og aften timerne, dvs. fra kl. 8.00 til 20.30. Udvidelsen koster knap 4 årsværk.

6.2 FREMME AF AKUTMODTAGELSENS ORGANISATORISKE FUNKTION

”Senge”-kapacitet

Akutmodtagelsen på Hvidovre Hospital har 29 normerede senge og 6 observationssenge til korttidspatienter.

Akutklinikken på Amager Hospital har 9 observationssenge og 15 behandlingsrum med senge/lejer. Etablering af observationsafsnit i 2011 med 9 senge har haft effekt på belægning ved at 60 % af indlagte i dette afsnit udskrives indenfor 24 timer.

Muligheder for at udvide i eksisterende byggeri

Akutmodtagelsen på Hvidovre Hospital kan ikke udvide kapaciteten i de eksisterende bygninger. Tværtimod vil det i forbindelse med overtagelse af lægevagten være nødvendigt med en mindre ombygning, der vil reducere antallet af observationssenge med 1 seng.

På Amager Hospital er der ikke umiddelbart mulighed for at udvide kapaciteten i de eksisterende bygninger.

”Fast track” i Akutmodtagelsen

Hvidovre Hospital

”Fast track” er implementeret for S-kontakter, når speciallægekompetencerne er til rådighed mellem kl. 15-23. Øvrig tid på døgnet afhænger af de kompetencer, som ortopædkirurgisk afdeling stiller til rådighed for skadestueområdet.

Der er implementeret ”fast track” for patienter i accelererede hofteforløb, særligt ved mistanke om fraktur og luksation.

Bioanalytiker assistance og ventetid på røntgen og særligt akutte ultralydsundersøgelser udgør de største barrierer for at udvide ”fast track” resten af døgnet.

Amager Hospital

Der er etableret ”fast track” for de patienter, der er visiteret blå, hvor behandlersygeplejersker er uddannet til at varetage opgaven.

6.3 FREMME AF INTERN OG REGIONAL, TVÆRGÅENDE KOORDINERING

Amager-Hvidovre Hospitaler har et meget tæt samarbejde, hvor de ved overbelægning altid hjælper hinanden. Hospitalerne følger en visitationshåndbog, hvor tiltag ved overbelægning nøje er beskrevet.

Der udkommer tre gange dagligt en elektronisk belægningsmelding for alle afdelinger på Amager og Hvidovre Hospitaler, hvoraf både den aktuelle belægning, den normerede sengekapalet og den fysiske kapalet er anført.

Hvis stamafdelingen har overbelægning og har udnyttet sin fysiske kapalet (inkl. undersøgelsesrum o.l.) til overbelægning, kan patienten enten forblive i Akutmodtagelsen eller omvisiteres til anden afdeling. For omvisitering til anden afdeling på grund af pladsproblemer gælder følgende principper for den omvisiterede patient:

- Det laveste observationsbehov
- Udvisitering sker primært til sengeafsnit med ledig kapalet
- Sekundært udvisiteres/omvisiteres patienter til andre afdelinger i følgende tempi:
 1. Medicinske patienter omvisiteres til andre medicinske afdelinger
 2. Kirurgiske patienter omvisiteres til andre kirurgiske afdelinger
 3. Som en sidste mulighed omvisiteres medicinske patienter til kirurgiske afdelinger eller kirurgiske patienter til medicinske afdelinger.

Når Akutmodtagelsen har overbelægning, kan AMA-bagvagten beslutte sig for at udvisitere til alle afdelinger. Overordnet ansvar for visitation ligger hos Visitationschefen, der er den ledende overlæge i Akutmodtagelsen eller dennes stedfortræder, som er AMA-bagvagten.

Amager Hospital har netop afsluttet en analyse af praksis for færdigbehandlede patienter på hospitalet med henblik på hurtigere udskrivning til kommunerne. Hospitalet er i løbende dialog med kommunerne om behovet for, at kommunerne hjemtager patienterne – også til midlertidige ophold – inden patienterne udskrives til eventuel plejebolig.

6.4 FREMME AF NØDBEREDSKAB VED SPIDSBELASTNING

Hvidovre Hospital har ikke patienter på gangene. Akutmodtagelsen benytter observationspladser ved overbelægning. Derudover har afdelingen mulighed for at udvide med to ekstra pladser på sengestuerne. I afdelingerne kan der på flere stuer ligge tre patienter på to-sengsstuer. Afdelingen anvender tillige undersøgelsesrum ved markant overbelægning. Ved overbelægning låner Akutmodtagelsen senge i særligt det ortopædkirurgiske og gynækologiske område.

Amager Hospital har igangsat en fysisk gennemgang af lokaler med Projektchef for Beredskabskomitéen for at identificere mulige overbelægningspladser og for at imødekomme krav til patientsikkerhed og brandsikkerhed.

Bilag 7 Nordsjællands Hospital

7.1 FORBEDRET PATIENTFLOW

Forslag der iværksættes 2013 med helårsvirkning 2014 i 1.000 kr.

| | |
|--|--------------|
| Speciallæger til Kardiologisk, Nefrologisk, Endokrinologisk afdeling | 2.190 |
| Speciallæger til Lungeinfektionsmedicinsk afdeling | 2.645 |
| Plejepersonale til Kardiologisk, Nefrologisk, Endokrinologisk afdeling | 1.407 |
| Nordsjællands Hospital i alt | 6.242 |

Forslag til nye initiativer med helårsvirkning 2014 i 1.000 kr.

| | |
|--|--------------|
| Plejepersonale til Medicinsk Blok | |
| Opnormering af læger i Akutklinikken i Frederikssund | |
| Øget anæstesitilstedevær i dag tid i Frederikssund | |
| Nordsjællands Hospital i alt | 4.419 |

Opnormering af frontpersonale ved en øget speciallægedækning af Akutafdelingen.

Formålet er at sikre bedre lægedækning af Akutafdelingen, hvorved der opnås en øget acceleration af patientforløbene, som understøtter mere kvalificeret og hurtigt patientflow for de akutte patienter, og ligeledes bidrager til at reducere overbelægning.

Konkret udvides lægebemandingen for henholdsvis Kardiologisk, Nefrologisk og Endokrinologisk afdeling (KNEA) og Lungeinfektionsmedicinsk afdeling (LIA) med én speciallæge for hver af de to afdelinger i tidsrummet kl. 15.24- kl. 22.48 fra mandag til fredag hele året rundt. I dag er der dækning med én speciallæge fra hver af de to afdelinger fra kl. 08.00-15.24.

For at kunne dække vagten kræves 1,22 læge i hvert vagtlag. Samlet medfører forslaget behov for ansættelse af 2 speciallæger i begge afdelinger til en samlet udgift på 4,835 mio. kr. inkl. delevagtstillæg, svarende til en opnormering med 4,5 speciallæger.

Den ekstra normering som frigøres vil blive anvendt til følgende formål:

- styrkelse af patientgennemgangen i Akutafdelingen i tidsrummet kl. 0845-kl. 0945 med henblik på at øge patientflowet til de medicinske sengeafsnit
- dækning af manglende normering til at sikre tilstedeværelse af 1 speciallæge for LIA og KNEA i tidsrummet kl. 08.00- kl.15.24 alle ugens dage hele året rundt, som bidrager til at sikre hurtigere udskrivning af raske patienter og derved undgå overbelægning.
- udvidelse af specialelægedækning i tidsrummet kl.15.24- kl. 22.48 med en speciallæge ekstra for hvert af de to specialer LIA og KNEA, som ligeledes bidrager til at sikre hurtig afklaring og behandling.

Forventningen er, at øget speciallægedækning vil accelerere strømmen af patienter fra akutafdelingen - primært videre ud på sengeafdelinger og sekundært til udskrivning, gennem hurtig afklaring og behandling i de medicinske afdelinger.

Status: Implementeret i sensommeren 2013

Opnormering af frontpersonale ved en styrkelse af plejebemandingen

Formålet er at sikre en høj professionel standard og patientsikkerhed i hospitalsbehandlingen døgnet og året rundt på de medicinske afdelinger, der tidligere har været præget af konstant overbelægning samt mange ældre og meget plejetunge patienter.

Konkret er der sket en opnormering på hvert af de medicinske afsnit (KNEA, LIA og Neurologisk Afdeling) med:

- 1 sygepl. ekstra i dagvagts alle ugens 7 dage
- 1 sygepl. ekstra i aftenvagts alle ugens 7 dage.

I alt svarende til en opnormering på ca. 22 fuldtidsstillinger på plejesiden. Forslagene omfatter 3 stillinger i Medicinsk Blok.

Forventningen er, at en opnormering på plejesiden vil skabe bedre patientsikkerhed og mere optimale forhold for modtagelse og pleje af de medicinske patienter.

Status: Implementeret i sensommeren 2013

Opnormering af akutlægerne i Akutklinikken og ansættelse af anæstesilæger i Frederikssund

Formålet er at sikre optimeret patientflow og kapacitetsudnyttelse på akutklinikken i Frederikssund, som har fælles drift med akutmodtagelsen i Hillerød. For nuværende opleves et stort pres på vagtbemandingen i eftermiddagstimerne, hvilket betyder, at speciallægen kan have vanskeligt ved at nå at tilse alle patienterne inden dagstjenesten slutter kl. 1800.

Hertil kommer ønske om at øge anæstesi tilstedeværelsen i dagtid på Frederikssund. Formålet er at håndtere tilstrømningen af akutte patienter bedre såvel som bedre kapacitetsudnyttelse af Frederikssund matriklen, og herved muliggøre bedre fordeling af patienter mellem de to matrikler i Nord og reducere overbelægningssituationer til et minimum

Konkret ønskes vagtbemandingen ændret til, at de to speciallæger, som i dag har dagstjeneste til kl. 18.00, ændres til, at to speciallæger har tjeneste til kl. 15.24, hvorefter de fortsætter i delvagts frem til kl. 21.00. Herved er der to speciallæger tilstede på matriklen til kl. 21.00. Hertil kommer tilførsel af 1,5 anæstesilæge til tilstedeværelse i dagtid på Frederikssund.

Forventningen er, at initiativet understøtter mulighederne for bedre kapacitetsudnyttelse og fordeling af akutte patienter, som sikrer, at hospitalet undgår overbelægning og optimerer patientflow samt understøtter høj professionel standard og patientsikkerhed i hospitalsbehandlingen døgnet og året rundt.

Status: Ikke igangsat

7.2 FREMME AF AKUTMODTAGELSENS ORGANISATORISKE FUNKTION

”Senge”-kapacitet

Akutmodtagelserne på Nordsjællands Hospital benytter benævnelsen ”pladser”, der dækker over både senge, lejer og hvilestole, hvorfor det ikke kan opgøres i lejer/senge. Den samlede kapacitet i Planområde Nord er 78 pladser fordelt på

- Akutmodtagelsen Nordsjællands Hospital – Hillerød: 68 pladser,
- Akutklinikken Nordsjællands Hospital – Frederikssund: 10 pladser

Muligheder for at udvide i eksisterende byggeri

På Nordsjællands Hospital- Frederikssund er der mulighed for at udvide akutklinikken i det eksisterende byggeri. Der er i foråret 2013 igangsat et projekt for at forbedre de nuværende fysiske rammer i Akutklinikken, som omfatter både behandlerområdet og sengeområdet. Dette forventes afsluttet i løbet af efteråret. Derudover kan Akutklinikken areal udvides ved at inddrage det tidligere opvågningsrum, hvor der kan indrettes 5-10 nye sengepladser.

Akutmodtagelsen på Nordsjællands Hospital - Hillerød har de seneste år gennemgået en større ud- og ombygning for at udnytte de eksisterende rammer bedre. Der er ikke muligheder for udvidelser med mindre, der er tale om en større udbygning og rokade med dertil knyttet finansieringsbehov.

En eventuel yderligere ny ombygning af Akutmodtagelsen i Hillerød eller akutklinikken i Frederikssund bør ses i lyset af den forventede flytning og samling i Nyt Hospital Nordsjælland i 2020.

”Fast track” i Akutmodtagelsen

I Akutmodtagelsen er etableret ”fast track” for ortopædkirurgiske patienter samt et ”fast track” til ikke-ortopædkirurgiske forløb med mulighed for hurtig hjemsendelse.

- ”Fast track” til ortopædkirurgiske skader er til småskader, der kan afklares klinisk eller ved et enkelt røntgenbillede og er åbent kl. 13-21. Sporet er bemannet med behandlersygeplejersker og ortopædkirurg på mellemvagtsniveau.
- Ikke- ortopædkirurgiske forløb med mulighed for hurtig hjemsendelse er ikke et dedikeret ”fast track”, da volumen ikke er stor nok. Dog forholder det sig sådan, at triagelægen behandler og afslutter ukomplicerede patienter i triagen, hvilket svarer til en ”fasttrack” funktion. Dette gælder for alle specialer. Denne funktion er blot én af triagelægens funktioner, da triagelægen er speciallæge i akutafdelingen. Funktionen bemannes kl. 08-22 i hverdage og kl. 08-16 i weekenden frem til oktober, hvor der åbent alle dage kl.08-22.

7.3 FREMME AF INTERN OG REGIONAL, TVÆRGÅENDE KOORDINERING

I januar 2013 blev der udarbejdet interne retningslinjer for ”Håndtering af akutte overbelægningssituationer på Nordsjællands Hospital” for at håndtere overbelægningen akut. De interne retningslinjer gælder pt. for de medicinske afdelinger inkl. onkologi / palliation og neurologi / neurorehabilitering.

Overbelægning på det medicinske område opgøres dagligt kl. 10 i forhold til normerede belagte senge på stamafdelinger. Overbelægning beregnes som gennemsnit for den medicinske blok. Ved overbelægning på kun én afdeling udlignes med øvrige medicinske afdelinger.

Overbelægning indenfor det kirurgiske område forudsættes udlignet indenfor Ortopædkirurgi, Kirurgi, Gynækologi og Øre-Næse-Hals.

Systematisk håndtering af isolationspatienter

Der er tale om et gradueret beredskab ved henholdsvis 10, 15 eller 30 tilfælde af influenza, ”Roskilde syge” eller tilsvarende. Beredskabet er en generel foranstaltning og uafhængig af en eventuel overbelægningssituation.

Når antallet af tilfælde **overstiger 10** lukkes for yderligere indtag af patienter i et infektionsmedicinsk afsnit, og patienter med indlæggelsesdiagnosen influenza eller ”Roskilde-syge” indlægges direkte i infektionsmedicinsk afsnit. Dette vil kræve udstationering af reservelæge fra Akutafdelingen, som dermed vil mangle i akutafdelingen.

Når antallet af influenza eller ”Roskilde-syge” tilfælde **overstiger 15** inddrages yderligere et infektionsmedicinsk afsnit, som herefter lukker for yderligere indtag.

Når det samlede antal tilfælde af smitsomme sygdomme og andre relevant isolerede patienter i Lunge- og infektionsmedicinsk afdelings to afsnit **overstiger 30**, vil der være behov for at åbne yderligere et sengeafsnit i afdelingens regi.

Endvidere arbejdes der fortsat med en systematisk og logistisk mere optimal håndtering af isolationspatienter (primært influenza eller ”Roskilde-syge”), så at smitekilden hurtigere stoppes og antallet af sengedage reduceres.

7.4 FREMME AF NØDBEREDSKAB VED SPIDSBELASTNING

Hospitalet vurderer, at de har tilstrækkelig fysisk bufferkapacitet på Frederikssund-matriklen til at nedbringe eventuel gangbelægning på de medicinske afdelinger. Det forudsætter dog, at patientflowet fortsat kan optimeres og udbygges, herunder også matriklerne imellem. For matriklen i Hillerød er der begrænsede fysiske muligheder for at etablere bufferkapacitet.

Bilag 8 Rigshospitalet

FREMME AF INTERN OG REGIONAL, TVÆRGÅENDE KOORDINERING

Rigshospitalet har en hospitalsprofil der gør, at de for mange specialer har en bagstopperfunktion. Derfor skal der altid gøres plads til de allerdårligste patienter. I tilfælde af overbelægning, der ikke kan håndteres på Rigshospitalet, udskriver hospitalet de mindst syge patienter til et hospital i patientens lokale planområde. Disse hospitaler kan dermed blive belastet yderligere. Rigshospitalet er meget opmærksomme på denne mekanisme og gør hvad de kan for, at dette kun sker i yderste nødstilfælde.

BørneUngeKlinikkens afsnit for børn med onkologiske og hæmatologiske sygdomme har i 1. halvår af 2013 måttet viderevisitere 9 børn til behandling på andre hospitaler som følge af kapacitetsproblemer. Det er kendt, at antallet af nydiagnosticerede børn fluktuerer, og et behandlingsforløb kan vare mellem et halvt og to et halvt år afhængig af diagnosen. Det er ikke muligt at opnormere afsnittet med kort varsel, da området kræver erfarne og specialuddannede sygeplejersker. Det er dermed nødvendigt at have et højere beredskab for at kunne undgå en situation med viderevisitering af børn. Rigshospitalet er ved at løse problemet med den fysiske kapacitet ved en rokade og en budgetansøgning om ressourcer til at etablere yderligere to senge.

Rigshospitalet har specialer på hovedfunktionsniveau med eget optageområde. Her opstår overbelægning i perioder som på andre hospitaler. Dette håndteres internt, hvis det overhovedet kan lade sig gøre, og ellers i dialog med regionens øvrige hospitaler.

Hospitalet har særlige udfordringer på intensivområdet, hvor Rigshospitalets tre intensivafdelinger kører med maksimal belægning og indimellem også overbelægning. Hvis situationen er helt tilspidset aflyses operationer – fx på hjerteområdet. Også på intensivområdet gælder det, at hospitalet indimellem bliver nødsaget til at skabe plads til endnu mere alvorligt syge - alvorlige traumer mv. og derfor må overflytte intensivpatienter til andre hospitaler i regionen eller i andre dele af landet. På intensivområdet koordineres tæt med de øvrige intensivafdelinger i regionen.

Kapacitetsproblemerne på intensivområdet i neurokirurgien forventes løst i forbindelse med den bevilling, som aktuelt er under udmøntning

Hospitalet har på det højt specialiserede et fint samarbejde med afdelinger i regionen, i resten af Danmark og Skåne. Hvis hospitalet må afvise at tage patienter ind, vil patienten typisk blive henvist til Århus, OUH, Herlev Hospital eller Skåne.

Klinikledelser og centerledelser er løbende opmærksomme på overbelægning i egen klinik og eget center. Hvis overbelægningen når et omfang, så det får

konsekvenser for fx planlagte operationer, drøftes dette på det ugentlige møde mellem centerdirektører og hospitalsdirektion. Dette så der eventuelt kan indgås aftaler på tværs af centre.

AKC (Akut Koordinations Center) på Rigshospitalet har et samlet overblik over Rigshospitalets modtagekapacitet. Klinikkerne melder til AKC, hvis de får en ekstraordinær belastning med patientindtag, sygdom blandt personalet eller andet, der påvirker klinikkens modtagekapacitet. AKC er behjælpelig med kontakten til AMK om bl.a. visitationen til klinikken, hvis der er behov for det.

Bilag 9 Status for udmøntning af de afsatte midler til yderligere styrkelse af akutmodtagelser, akutklinikker og akutte

Der er ved vedtagelse af Budget 2013 – 2016 afsat en pulje på 25. mio. kr. årligt til en yderligere styrkelse af akutmodtagelser, akutklinikker og akutte tilbud.

Regionsrådet besluttede på møde den 12. marts 2013 at udmønte de afsatte midler som foreslået i mødesagen, og at Kvalitetsudvalget anmodes om at følge udviklingen. Der er på den baggrund indhentet status fra hospitalerne for udmøntning af de tildelte midler, der overvejende skal anvendes til at sikre speciallægetilstedeværelse i de akutte modtagelser. En del af midlerne er udmøntet, og der er iværksat ansættelsesprocesser mv. med henblik på udmøntning af de resterende midler i løbet af efteråret 2013.

Status for udmøntning af de afsatte midler

| HOSPITAL | FORSLAG | ØKONOMI/STATUS |
|-----------------------------------|--|--|
| Hvidovre-Amager Hospital | <ul style="list-style-type: none"> • Udvidelse af tilstedeværelsesvagt i børneakutmodtagelsen og i akutmodtagelsen. • Øget plejenormering i akutmodtagelsen. • Udvidelse af sengekapaciteten i Medicinsk Enhed med fem senge. | <p>I alt 6.128 i 2013 stigende til 7.721 i 2014.</p> <p>Hvidovre Hospital vil fra 2014 selv medfinansiere tiltaget med 1,6 mio. kr. årligt.</p> <p><i>Midlerne til øget plejenormering og udvidet sengekapacitet er udmøntet pr. 1. april 2013. Den udvidede tilstedeværelsesvagt i børneakutmodtagelsen og akutmodtagelsen er udmøntet pr. 1. august 2013</i></p> |
| Glostrup Hospital | <ul style="list-style-type: none"> • Udvidet medicinsk speciallægefremmøde i akutklinikken om dagen til først på aftenen. • En neurologisk speciallæge til at overlape mellem dag- og aftenarbejdstid (tidsrum med spidsbelastning). | <p>Udgift i alt pr år 1.825.042 kr.</p> <p>Midlerne dækker 230 hverdag om året og ikke 260 dage. Glostrup Hospital finansierer selv de 220.000 kr., som det koster at udvide ordningen til alle hverdage året rundt.</p> <p><i>Tiltagene er iværksat.</i></p> |
| Bispebjerg-Frederiksberg Hospital | <ul style="list-style-type: none"> • Trinvis udvidelse af speciallæger tilknyttet AMK, Bispebjerg Hospital. <p>Der er på nuværende</p> | <p>Udgift i alt pr år. 3 – 3,5 mio. kr. årligt.</p> <p><i>Processen er igangsat i henhold til planen, og der er aktuelt besat yderligere</i></p> |

| | | |
|------------------------|--|---|
| | <p>tidspunkt 3 speciallæger tilknyttet AKM, Bispebjerg Hospital. Dette vagtlag foreslås udbygget med 3 – 3,5 speciallæge. Det giver mulighed for udvidet dækning i dagtid frem til kl. 18.00 på hverdage og dækning i belastede perioder weekend aftener/dagtid via lokalaftaler.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resterende midler allokeres til arbejdsomlægninger i afdelinger med betydelig akut aktivitet omkring AKM (ortopædkirurgi, kirurgi, intern medicin og neurologi) med sigte på øget speciallægetilstedeværelse i vagtperioden. | <p><i>1 speciallægestilling i Akutmodtagelsen. Rekruttering af yderligere speciallæger er i gang.</i></p> <p><i>Der er nedsat en arbejdsgruppe, der drøfter den faglige struktur og øget speciallægedækning i vagtperioden. De resterende midler udmøntes, når der er udarbejdet en samlet fordelingsnøgle for ressourcer, som følge af dette arbejde. Dette forventes at foreligge september 2013, men med yderligere tid inden der kan rekrutteres og ansættes.</i></p> |
| Gentofte Hospital | <ul style="list-style-type: none"> • Udvidet tilstedeværelse af speciallæge i akutklinikken alle dage i tidsrummet 15.00-22.00. | <p>Udgifter i alt pr. år 1.509.730 kr.</p> <p><i>Speciallæge i front er under implementering.</i></p> |
| Herlev Hospital | <ul style="list-style-type: none"> • Gennemgående flowansvarlig speciallæge fra kl. 8-21 alle ugens dage – 3,1 stilling = 3.699.100 kr. årligt. • ”Lukke- /slukkefunktion på Medicinsk Afd. O hverdage kl. 15.24-18.00 X 2 – 0,88 stilling = 793.800 kr. årligt. • Ekstra weekend dagvagt kl. 8.00-15.00 i sengeafsnittet – 0,48 stilling = 670.200 kr. årligt. • 1 ortopædkirurgisk reservelæge til 550.000 kr. årligt. | <p>Udgifter i alt pr. år 5.713.100 kr., hvoraf Herlev Hospital finansierer differencen mellem dette beløb og den tildelte bevilling på 5.468.662 kr.</p> <p><i>Midlerne er udmøntet i april 2013.</i></p> |
| Nordsjællands Hospital | <ul style="list-style-type: none"> • Ansættelse af 1 ekstra akutlæge (speciallæge) i Akutafdelingen til forlænget tilstedeværelse i weekend samt vagthonorar hertil. Årlig udgift 1,1 mio. kr., • Etablering af et såkaldt bioanalytisk TechTeam, der er et specialiseret monofagligt bioanalytikerteam, som indgår i et multidisciplinært samarbejde med det øvrige personale i akutområdet. Tech-teamets ansvar er at | <p>Udgifter i alt pr. år 5,53 mio. kr.</p> <p><i>Ansættelse af akutlæge forventes gennemført pr. september 2013.</i></p> <p><i>Det bioanalytisk Tech Team er etableret.</i></p> |

| | | |
|--------------------|--|--|
| | <p>prioritere og koordinere opgavevaretagelsen i relation til patientens behov (f.eks. triagekategorier) i stedet for ”runder” som nu. Årlig udgift 1,1 mio. kr.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekstra serviceassistent i Akutafdelingen. Årlig udgift 0,33 mio. kr. • Styrkelse af Akutklinikken i Frederikssund. Der skal afsættes ressourcer til koordinatorfunktioner, triagefunktion, behandlere mv. i det tidsrum, hvor akutklinikken er åben. Derudover skal antallet af akutsygeplejersker opnormeres, og der skal være de fornødne sekretærressourcer til modtagelse, registrering og journalskrivning. Det vurderes, at der skal opgraderes med minimum 6 stillinger fordelt på ovennævnte personalegrupper. Årlig udgift 3,0 mio. kr. | <p><i>Der er ansat en ekstra serviceassistent, og den planlagte styrkelse af akutklinikken i Frederikssund forventes implementeret i september 2013.</i></p> |
| Bornholms Hospital | <ul style="list-style-type: none"> • Nynormering af en speciallæge i Akutmodtagelsen i dagtid på hverdage. Speciallægen skal være interesseret i og uddannet indenfor det akutmedicinske område. | <p>Udgifter i alt pr. år ca. 1,0 mio. kr.</p> <p><i>Stillingen er slået op til besættelse pr. 1. november 2013 eller snarest derefter.</i></p> <p><i>Foruden at indgå i det tværfaglige team i Akutmodtagelsen, vil speciallægen få til opgave at bemane den kommende Akutlægebil, som skal have base på hospitalet.</i></p> |