

Region Hovedstaden
Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet

Strategi for at nedbringe overbelægning

September 2013

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	3
1.1 Proces	3
1.2 Generelt pres og spidsbelastninger på medicinske afdelinger	3
1.3 Overordnet strategi og dens elementer	4
2. Strategiens elementer	5
2.1 Forbedre patientflowet	5
2.1.1 Idékatalog til at forbedre patientflow	5
2.2 Fremme akutmodtagelsernes organisatoriske funktion	5
2.2.1 Idékatalog til fremme af akutmodtagelsernes organisatoriske funktion	6
2.3 Fremme regional, tværgående koordinering	6
2.3.1 Idékatalog til fremme af en regional, tværgående koordinering	7
2.4 Fremme nødberedskab ved spidsbelastning	7
2.4.1 Idékatalog til fremme af nødberedskab ved spidsbelastning	7
2.5 Fremme koordinationen mellem praksissektor, kommune og hospital	8
2.5.1 Idékatalog til fremme af koordinationen mellem praksissektor, kommune og hospital	9
2.6 Sikre ensartet monitorering af belægning	9
2.6.1 Idékatalog til at sikre ensartet monitorering af belægning	10

1. Indledning

1.1 Proces

Regionsrådet besluttede på mødet i marts 2013 at holde en temadebat om hvilke initiativer, der kan nedbringe overbelægningen i hele Region Hovedstaden.

Der blev nedsat en referencegruppe til Region Hovedstadens MED-udvalg til at rådgive og følge arbejdet med disse initiativer. Hospitalerne har i foråret 2013 udarbejdet handleplaner mod overbelægning, og der er indhentet data og baggrundsoplysninger om belægning, udskrivninger, indlæggelsestid og sengedage. Der er holdt en workshop om overbelægning for medarbejdere og ledere, og der har været en temadebat i Regionsrådet. På dette grundlag er ”Strategi for at nedbringe overbelægning” udarbejdet.

1.2 Generelt pres og spidsbelastninger på medicinske afdelinger

Der er en række udfordringer og dilemmaer, der skal tages i betragtning i en strategi for at nedbringe overbelægning. Sygehusvæsenet er inde i en transformationsproces, hvor især akuthospitalernes kapacitet presses af flere akutte patienter og øgede effektiviseringskrav. Desuden er der forskelle i kommunernes tilbud til den ældre medicinske patient. Alle regionens hospitaler arbejder med at effektivisere arbejdsgange og øge patientflow. Det sker bl.a. gennem kompetenceudvikling og patientrettet forebyggelse og samarbejde med kommunerne. Særligt de medicinske afdelinger har haft en stigende akut aktivitet.

Dertil kommer, at overbelægning er et tosidet problem. Der hersker på den ene side et generelt pres på de medicinske afdelinger, der i 2012 har oplevet et stigende antal udskrivninger, et stigende antal sengedage og uændret liggetid. Det betyder, at afdelingerne med øgede effektiviseringskrav presses på kapaciteten. På den anden side er det uundgåeligt, at der forekommer beredskabssituationer, hvor der er overbelægning som følge af epidemier eller lignende. Det generelle pres på de medicinske afdelinger, der er øget de seneste år, giver dels flere situationer med spidsbelastning, og dels en ringere forudsætning for at håndtere spidsbelastningsperioderne. Sammen med et oplevet højt sygefravær kan dette forklare, hvorfor belægningssituationen i vinteren 2012/13 har været ekstraordinær.

1.3 Overordnet strategi og dens elementer

Region Hovedstadens overordnede mål er ”Ingen overbelægning”, idet det samtidig erkendes, at der kan opstå særlige situationer. I sådanne situationer vil målet altid være at minimere eventuel overbelægning. Strategien for at nå målet består af seks elementer, som Region Hovedstaden vil fremme for at skabe bedre forudsætninger for at reducere overbelægning 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

2. Strategiens elementer

2.1 Forbedre patientflowet

Region Hovedstaden har i rapporten om Fremtidens Kliniske Grundstruktur, februar 2011 opstillet en række anbefalinger for indretningen af den kliniske grundstruktur på regionens hospitaler. Der skal udarbejdes standardiserede patientforløbsbeskrivelser ud fra et bærende princip om, at sundhedsfaglig ubegrundet ventetid skal nedbringes mest muligt. Der er behov for at beskrive ansvarsforhold, tidsforløb og overgange mellem afdelinger i første omgang i hospitalsregi.

Dernæst er det nødvendigt at sikre, at de rette kompetencer og bemanning er til stede på de medicinske afdelinger. Afdelingerne har over de senere år fået flere patienter ind på hospitalet, mens den enkelte patient i gennemsnit har fået kortere opholdstid. Arbejdsopgaverne i et patientforløb formindskes ikke i samme omfang som liggetiden formindskes, hvilket betyder øget pres på personalet. Der er krav om hurtige og kvalificerede udskrivinger, kortere tid til at vurdere pleje- og omsorgsbehov, flere og hurtigere parakliniske undersøgelser og understøttende funktioner på grund af hurtigere omsætning.

Der er behov for at evaluere og styrke de interne arbejdsgange sammenholdt med udskrivinger og lokalt fokus på introduktion og kompetenceudvikling.

2.1.1 Idékatalog til at forbedre patientflow

- Beskrivelser af standard patientforløb
- Forbedret speciallæge- og sygeplejebemanning
- Kompetenceudvikling af det sundhedsfaglige personale
- Klar kommunikation om belægningssituationen
- Ledelsesmæssigt fokus og tilstedeværelse på de medicinske afdelinger

2.2 Fremme akutmodtagelsernes organisatoriske funktion

Akutmodtagelserne spiller en central rolle i forhold til overbelægning. De står på nogle hospitaler for daglige belægningsmøder og visiterer patienter til afdelingerne. I Region Hovedstaden er det planlagt, at der skal etableres akutmodtagelser med op til 100 akutte modtagesenge eller flere. Det er planen, at flere patienter skal behandles og udskrives fra akutmodtagelserne, men den fulde effekt af de nye akutmodtagelser kan først forventes, når byggeriet af de nye akutmodtagelser er afsluttet om fem til ti år.

Regionen har fastlagt principper for akutmodtagelsernes organisering og funktion. Det gælder de fysiske rammer, opholdstider, diagnostiske muligheder, ledelse og bemanning. Det vil betyde, at hospitalets kliniske omdrejningspunkt forstået som den diagnostiske og behandlingsmæssige ”tyngde” flytter væk fra de klassiske specialespecifikke sengeafsnit til

akutmodtagelsen. Dette vil understøtte et patientforløb med en tidlig planlægning af behandlingsforløbet. I takt med etableringen af akutmodtagelserne, er der behov for at

- redimensionere de specialespecifikke sengeafsnit/ambulantfunktioner
- håndtere nye mere accelererede patientforløb og dermed også
- implementere nye regler og rutiner for sundhedsfagligt samarbejde på tværs af organisatoriske enheder og specialer.

Antallet af specialespecifikke senge vil blive reduceret, mens kravet til afdelingernes specialiseringsgrad og ”ikke-sengeudløst” aktivitet må antages at øges.

I forhold til den kliniske grundstruktur bør elementer angående indgang og primær vurdering, allokering af patienter samt viderebehandling i specialeregi og udskrivning, fremmes. Dette gælder ikke blot akuthospitalerne, men også specialhospitalerne, som skal implementere anbefalingerne om klinisk grundstruktur, hvor det giver fagligt mening, og specialhospitalerne har en betydelig andel i løsningen af opgaver omkring den akutte medicinske patient.

Speciallægekompetencer i akutmodtagelsen skal øges og allokeres rationelt i forhold til patientmix og flow på hvert områdehospital. Speciallægerne skal både supervisere yngre kolleger og varetage/kvalitetssikre de indledende kliniske nøglebeslutninger om diagnostik, observation og behandling. I tråd med ovenstående skal diagnostiske undersøgelser kunne udføres og kliniske beslutninger kunne træffes på speciallægeniveau på alle tider af døgnet. Dette forventes at skabe basis for, at flere patientforløb kan afsluttes i akutmodtagelsen.

Principperne for akutmodtagelsernes funktion skal implementeres i takt med de fysiske muligheder på akuthospitalerne. Muligheder for brug af simuleringsmodel for processtyrede patientforløb til dimensionering, bemanning og faktisk styring af patientflow i akutmodtagelsen undersøges.

2.2.1 Idékatalog til fremme af akutmodtagelsernes organisatoriske funktion

- Principper for akutmodtagelser implementeres i det omfang det er muligt og i takt med byggeriet af de nye akutmodtagelser
- Fortsat brug og udvikling af simulationsmodel for processtyrede patientforløb
- Forbedret pleje- og speciallægebemanning i akutmodtagelserne aften og nat
- Ledelsesmæssigt fokus og tilstedeværelse aften og weekend i akutmodtagelserne

2.3 Fremme regional, tværgående koordinering

Når det enkelte hospital er fuldt belagt skal ”kollega-afdelinger” og samarbejdende hospitaler kontaktes.

Der bør være en ensartet definition på tværs af samtlige hospitaler af, hvornår belægningen er så høj, at det ikke kan håndteres internt på hospitalet, men bør håndteres ved samarbejde med andre hospitaler. Dette er afgørende for, hvornår patienter skal visiteres til andre hospitaler – ”overflow”.

Kriteriet bør være, at der skal tages kontakt til et andet/andre medicinske afdelinger samme dag som afdelingsledelsen erfarer, at der ikke internt på hospitalet er senge nok til de patienter, der bliver indlagt. Det kan være akutmodtagelsen, akutklinikken eller den medicinske afdeling, der har ansvaret for denne kontakt. Et grundlag herfor kan være fælles belægningsoversigter, der belyser belægningen på det enkelte hospital, i hvert planområde og samlet set i regionen. Processen skal beskrives detaljeret.

Der bør herske et princip om, at patienter ved ekstraordinær overbelægning hellere visiteres til en anden medicinsk afdeling i regionen, frem for at blive flyttet til en kirurgisk afdeling internt på hospitalet. Dette fordi kompetencerne hos plejepersonalet er meget forskellige, og patienterne formentlig alligevel vil kræve pleje fra det medicinske personale.

2.3.1 Idékatalog til fremme af en regional, tværgående koordinering

- Ensartet definition af belægningssituationer, der fordrer koordinering med andre hospitaler, planområder og AMK-vagtcentralen.
- Bilaterale aftaler mellem hospitalerne med detaljeret beskrivelse af proces for omvisitering af patienter på tværs af hospitaler. AMK-vagtcentralen inddrages heri.
- Niveaudelt koordinationen ved overbelægnings, som fx kan være skaleret i planområde internt, mellem planområder og totalt set, der varetages af AMK-vagtcentralen.
- Øget ledelsesfokus på tværs af hospitaler

2.4 Fremme nødberedskab ved spidsbelastning

Når der er tale om spidsbelastningssituationer, er der typisk også tale om ekstraordinær overbelægning, øget træk på intensive afdelinger og isolationssenge, der kræver koordination på tværs af hospitaler. Hospitalerne har sundhedsberedskabsplaner og lokale vejledninger som skal tages i brug ved overbelægning, som blandt andet involverer daglige belægningsmøder, belægningsoversigt og action cards for samarbejdet med kommunerne.

Der vil ofte være tale om situationer, hvor mulighederne for regional tværgående koordinering er udtømt.

2.4.1 Idékatalog til fremme af nødberedskab ved spidsbelastning

Udover beredskabsplaner og lokale vejledninger/procedurer bør følgende fremmes:

- Kommuner kontaktes for hjemtagning og muligheder for der at etablere bufferkapacitet/aflastningspladser
- Sikre ressourcer til understøttende funktioner (fx paraklinik og portører)
- Øget kontrol over in-flow af patienter via AMK-vagtcentralen og CVI kombineret med konvertering til ambulante forløb.
- Fysisk bufferkapacitet med henblik på at hindre gangbelægning.
- Tilpasning af bemanning, der kan dække årstidsvariation og spidsbelastning og bemandede fysisk buffer.
- Ledelsestilstedeværelse efter kl. 16 med henblik på at omvisitere og udskrive patienter.
- Etablering og brug af interne vikarkorps

Endelig skal der ved ekstraordinær overbelægning jf. afs. 2.3 gøres brug af tværgående/regional omvisitering af patienter.

2.5 Fremme koordinationen mellem praksissektor, kommune og hospital

Samarbejdet mellem kommune, hospital og praksissektor er formaliseret i henholdsvis sundhedsaftalerne og 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 disse eksisterende aftaler.

Indlæggelser og genindlæggelser af borgere, der allerede får ydelser fra kommunerne, kan i højere grad forebygges via en proaktiv indsats i et samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis. Det er primært kommunen, der skal handle på tidlige sygdomstegn og inddrage den praktiserende læge. Praktiserende læger og hospitaler skal understøtte den kommunale indsats fx ved at tilbyde ambulante udredning og behandling i stedet for akut indlæggelse. Samarbejde om forebyggelige indlæggelser er et fokusområde i Sundhedsaftalerne for 2011-2014.

Det vigtigt at sikre, at færdigbehandlede patienter hjemtages umiddelbart af kommunerne. Kommunernes mulighed for at oprette akut- og aflastningspladser er et potentielt element i den næste sundhedsaftale gældende fra 2015, hvor nye tværsektorielle samarbejdsformer, som understøtter sundhedsydelser tæt på borgerens hjem, er i fokus.

Udskrivninger skal følges op for at forebygge genindlæggelser. For en mindre gruppe skrøbelige ældre medicinske patienter kan overgangen til hjemmet styrkes gennem forløbskoordination som fx følge hjem-ordning, opfølgende hjemmebesøg eller ringe hjem-ordning. Sundhedsfagligt personale fra de forskellige sektorer gennemgår sammen med patienten medicin, funktionsevne, hjælpemidler m.v. for at forebygge komplikationer, som kan føre til genindlæggelse.

Der er med baggrund i sundhedsaftalerne oprettet en Tværsektoriel Forsknings Enhed (TFE) der bl.a. skal evaluere allerede iværksatte indsatser med at forebygge indlæggelser og at nedbringe genindlæggelser samt udvikle nye initiativer.

Det skal præciseres, at en reduktion i antallet af indlæggelser vil medføre et indtægtstab for hospitalerne, som alt andet lige vil tvinge hospitalerne til en tilsvarende reduktion i den medicinske sengekapacitet. En indsats for at reducere antallet af indlæggelser vil derfor kun hjælpe på overbelægningen, hvis der sikres hospitalerne mulighed for at udligne indtægtstabet og fastholde ressourcerne til den medicinske sengekapacitet.

2.5.1 Idékatalog til fremme af koordinationen mellem praksissektor, kommune og hospital

- Klar og rettidig kommunikation om situationer med overbelægning på tværs af sektorer. Implementering af kommunikationsaftalen om MEDCOM-standarder vil bidrage hertil.
- Kommunale akut- og aflastningspladser som et element i næste sundhedsaftale fra 2015.
- Hotline for praktiserende læge, hvor patienter kan konfereres med en hospitalslæge for at afklare, om patienten kan behandles hjemme, i plejehjem eller på en kommunal aflastningsplads frem for at blive indlagt. Form og indhold i specialistrådgivning skal afklares.
- Klarlægge praktiserende lægers og regionens akutfunktioners opgaver i forhold til kommunale akut- og aflastningspladser.
- Give de praktiserende læger og de regionale akutfunktioners adgang til oplysninger om indgangen til de enkelte kommuners akutte tilbud.
- Bruge Tværgående Forskningsenhed til at evaluere effekten af igangværende initiativer samt udvikle nye tiltag.

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:

- bidrage til at fastlægge en moderniseret indsamling af oplysninger om sengepladser, herunder vurdere starttidspunkt for en moderniseret indsamling
- sikre en fælles forståelse af sengepladser – normerede og disponible
- sikre en fælles forståelse af og tidssvarende metode til at beregne belægningsgraden

Det forventes at den moderniserede og løbende indberetning kan 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.

2.6.1 Idékatalog til at sikre ensartet monitorering af belægning

- måling af kapacitet og belægning efter nationale retningslinjer