

NOTAT

OpgangB & D
Telefon3866 6000
Direkte38666019
Mailcsu@regionh.dk

Journal nr.: 15003778
Ref.: mlau, nbre

Dato: 22. april 2015

”Handleplan for initiativer mod overbelægning, 2015”.

I denne handleplan præsenteres Region Hovedstadens forslag til principper for udmøntning af midler til nye initiativer mod overbelægning samt styrkelse af igangsatte initiativer.

Regionsrådet vedtog i september 2013 ”Strategi for at nedbringe overbelægning” og strategien blev efterfulgt af ”Handleplan 2014 for at nedbringe overlægning”. Der blev som en del af handlingsplanen iværksat initiativer i 2013 og 2014. Derudover indeholder handlingsplanen anbefalinger til Region Hovedstadens forebyggelse og beredskab ved overbelægningssituationer. De planlagte initiativer fra handlingsplanen mod overbelægning er iværksat, herunder bl.a. tilførsel af ressourcer til ansættelse af flere speciallæger.

Det overordnede mål fra ”Strategien for at nedbringe overbelægning” om ”ingen overbelægning” gælder fortsat, idet det erkendes, at der kan opstå særlige situationer. I sådanne situationer vil målet altid være at minimere overbelægning.

I finansloven for 2015 er der afsat midler til en styrket indsats mod overbelægning. Følgende fremgår af finansloven: *”Styrket indsats mod overbelægning: [...] Samtidig er aftaleparterne enige om at afsætte 50 mio. kr. i 2015, 100 mio. kr. i 2016 og 150 mio. kr. årligt fra 2017 til øget kapacitet på medicinske og geriatriske sygehusafdelinger for at understøtte mere effektive patientforløb, korte hospitalsophold og bedre omsorg for de kronisk syge og ældre medicinske patienter.”*

Midlerne vil blive udmøntet i sommeren 2015. Den regionale fordeling af midlerne vil ske efter bloktilskudsnøglen. Rammerne for udmøntningen er endnu ikke kendte.

I handleplanen præsenteres indledningsvist status på belægningsgraden opgjort efter den nationale opgørelsesmetode. Desuden beskrives forhold, der påvirker belægningssituationen og dermed kan bidrage til at nuancere tallene. Sidst i handleplanen præsenteres Region Hovedstadens principper for udmøntningen af midlerne til nye initiativer mod overbelægning samt eksempler på konkrete initiativer.

Status på belægningsgraden inkl. marts 2015

Fra 2014 har regionen anvendt en ny ensartet opgørelsesmetode til monitorering af belægning på hospitalerne. Det betyder, at tidligere belægningsopgørelser ikke er direkte sammenlignelige med den nye opgørelsesmetode. Belægningen bliver nu opgjort kl. 23 på opholdsafdelinger (fysisk placering) og er sat i forhold til de disponible senge. På mange hospitaler indgår der sammedagskirurgiske/elektive senge, som ikke er belagte på opgørelsestidspunktet, og som derfor bidrager til en lavere belægningsgrad. Belægningsprocenten er desuden opgjort som et gennemsnit på månedsbasis. Hospitalerne supplerer den regionale opgørelse med løbende aktuelle belægningsopgørelser.

I det følgende er belægningen opgjort efter den nye opgørelsesmetode på hospitalsniveau, da det kan være relevant til at afspejle, om den samlede kapacitet på hospitalerne udnyttes. Dertil kommer en oversigt over belægningen samlet i den medicinske "blok" dvs. for de medicinske specialer.

Tallene fra 2014 og de første tre måneder af 2015 viser fortsat udfordringer med overbelægning på nogle afdelinger, særligt på de medicinske afdelinger. Eftersom belægningsprocenten er et månedsgennemsnit kan den samlede belægningsgrad for måneden godt ligge under 100 procent, selvom der i perioder har været overbelægning på de enkelte matrikler, afdelinger eller afsnit. Det betyder, at der lokalt i perioder kan være overbelægning, som ikke fremgår af regionens opgørelse af belægningsgraden.

Ved opgørelser af belægningsprocenter skal man desuden være opmærksom på, at belægningsprocenten ikke siger noget om antallet af patienter på gangen, men udelukkende er en belægningsprocent i forhold til afdelingernes disponible antal senge og et gennemsnit for perioden. Der er andre forhold, der kan betinge patienter på gangen og andre former for overbelægning, fx kan der være behov for at isolere en patient på sengestue ved smitsomme sygdomme eller forestående dødsfald, og andre patienter må flyttes til gangplads. Et andet eksempel er, at såfremt en patient fejler en sygdom, som kun lader sig behandle/overvåge på eksempelvis et hjerteafsnittet, er det lægefagligt mest forsvarligt, at patienterne forbliver på dette afsnit, selv om det i perioder kan give pladsproblemer, fremfor at flytte patienten til et andet afsnit. Der kan således være forskellige forhold, som udfordrer belægningssituationen, medfører overbelægning eller giver patienter og personale en oplevelse af overbelægning. De forskellige forhold vil blive beskrevet i de følgende afsnit.

Tabel for belægningsprocenter pr. hospital 2014 og 2015

Hospital	2014										2015				
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	Jul	aug	sep	okt	nov	dec	jan	feb	mar
Rigshospitalet	75	78	74	72	70	72	73	75	73	73	72	71	72	72	74
Bispebjerg/ Frederiksberg hospital	77	82	79	83	83	81	77	74	79	82	80	79	85	85	80
Hvidovre/ Amager	92	94	90	95	91	89	93	90	89	86	87	87	92	92	90

Hospital															
Gentofte Hospital	80	79	84	83	82	80	85	83	87	82	80	81	88	93	89
Glostrup Hospital	83	83	85	80	84	82	81	82	82	86	81	78	85	82	83
Herlev Hospital	88	88	88	89	87	85	85	91	84	83	86	85	88	87	88
Nordsjællands Hospital	91	93	87	84	86	83	86	89	90	87	87	87	93	94	91
Bornholms Hospital	82	77	70	74	65	78	69	71	74	74	68	80	87	89	80

Tabellen viser, at ingen hospitaler samlet set havde en gennemsnitlig belægningsprocent over 100 procent i nogen af månederne af 2014 eller de første tre måneder af 2015 opgjort efter den nye metode.

Nedenfor fremgår belægningsprocenter for de medicinske specialer samlet set, da det er de specialer, der særligt har en høj belægning.

Tablet for belægningsprocenter i medicinsk blok for 2014 og 2015

Hospital	2014										2015				
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	Jul	aug	sep	okt	nov	dec	jan	feb	mar
Rigshospitalet	79	79	77	74	73	74	75	74	74	74	73	73	73	74	73
Bispebjerg/ Frederiksberg hospital	90	94	90	98	97	93	92	88	88	92	92	93	98	100	90
Hvidovre/ Amager Hospital	99	101	97	100	96	93	97	98	100	99	98	96	105	103	102
Gentofte Hospital	80	81	85	84	85	84	86	87	88	84	81	84	91	96	93
Glostrup Hospital	95	94	99	93	96	92	96	95	94	98	93	105	103	104	98
Herlev Hospital	97	94	95	94	95	93	102	98	91	85	94	96	97	96	98
Nordsjællands Hospital	97	98	91	92	95	94	96	96	96	97	94	93	103	99	97
Bornholms Hospital	83	81	71	78	66	81	62	69	77	78	74	85	96	92	79

Tabellen viser, at de fire akuthospitaler samt Glostrup Hospital i 2014 og/eller 2015 i enkelte måneder har haft en belægningsprocent på over 100 som månedligt gennemsnit for de medicinske specialer samlet set. Med enkelte undtagelser er belægningsprocenten højere i januar, februar og marts 2015 end i de samme måneder i 2014.

Udviklingen i belægningsprocenter pr. hospital fra 2010 til 2014

Som nævnt er der fra 2014 anvendt en ny opgørelsesmetode, hvilket betyder, at der ikke er direkte sammenlignelige tal for de foregående år. Ud fra de tilgængelige data er det her forsøgt at beskrive udviklingen i belægningsgraden fra 2010 og frem.

De tilgængelige tal fra perioden før 2014 er opgjort på kvartaler for vinteren 2010/2011, 2011/2012 og 2012/2013 og er udelukkende opgjort på hospitalsniveau. Det fremgår ikke, hvornår på dagen hospitalet har opgjort belægningsgraden.

Tablet for belægningsprocenter pr. hospital for første og fjerde kvartal 2010-2013

Hospital	4. kvartal 2010	1. kvartal 2011	4. kvartal 2011	1. kvartal 2012	4. kvartal 2012	1. kvartal 2013
Bispebjerg Hospital	110	115	105	113	105	113
Frederiksberg Hospital	89	97	88	95	95	105
Hvidovre Hospital	96	104	102	100	95	108
Amager Hospital	93	102	102	99	100	113
Gentofte Hospital	91	91	88	102	88	104
Glostrup Hospital	95	96	96	104	103	101
Herlev Hospital	97	107	99	105	102	103
Hillerød Hospital	97	103	110	97	96	107
Helsingør Hospital	83	98	92	99	100	90
Frederikssund Hospital	86	78	97	98	94	93
Bornholms Hospital	95	96	91	94	100	101

I denne opgørelse indgår Rigshospitalet ikke, da opgørelsen er lavet for planområderne.

Fra vinteren 2010/2011 til vinteren 2012/2013 er der tendens til en stigning i belægningsgraden, hvor en større andel af hospitalet samlet set har en belægningsgrad på over 100 procent.

I første kvartal 2013 havde alle hospitalet med undtagelse af Helsingør Hospital og Frederikssund Hospital en belægningsgrad over 100 procent (101-113 procent).

I 2014 og de tre første måneder af 2015 tyder det på, at belægningsituationen samlet set ser bedre ud. I 2014 og 2015 er der ifølge opgørelsen hverken hospitalet eller grupper af specialer, der samlet set havde en gennemsnitlig belægningsprocent over 100 procent opgjort efter den nye metode, hvilket det ellers tyder på var tilfældet inden handlingsplanen blev iværksat i 2013.

Forhold, der udfordrer belægningssituationen

Der er imidlertid en række forhold, der påvirker belægningssituationen og som kan medføre et øget pres på belægningen fx i forhold til placering af patienter på gange eller håndtering af patienter, der er indlagt kort tid.

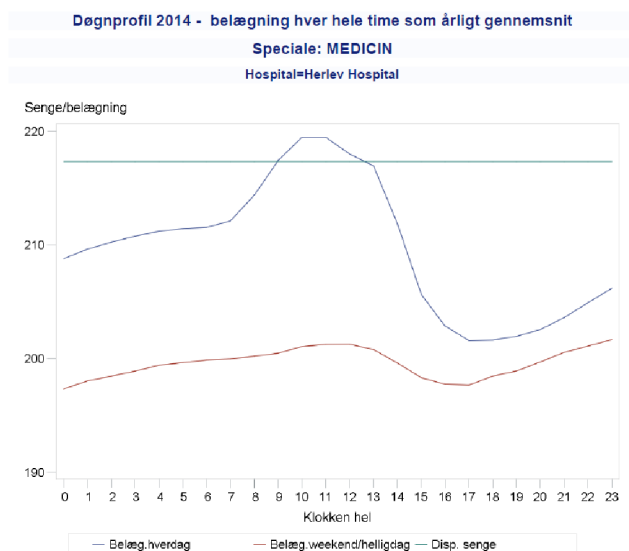
Disse forhold vedrører blandt andet:

- Døgn- dags-, og sæsonvariation i belægningssituationen
- Særlige forhold omkring patienter i isolation
- Antallet af indlæggelser, akutte indlæggelser og korte akutte indlæggelser under 25 timer
- Accelererede patientforløb og øget kompleksitet i patienternes tilstande
- Arbejdsbelastning og rekrutteringsudfordringer
- Færdigt behandlede patienter på regionens hospitaler

Døgn-, dags- og sæsonvariation i belægningssituationen

Der kan være tidspunkter af døgnet, hvor der er en særlig høj belægning. Der kan ligeledes være dage på ugen, hvor der er højere belægning end andre dage. Disse variationer vil ikke fremgå af den gennemsnitlige månedlige belægning. Endelig kan der være tidspunkter af året, hvor belægningen er høj fx i vintermånederne, hvor der fx kan være mange patienter med influenza. Sæsonvariationen fremgår af den gennemsnitlige månedlige belægningsgrad.

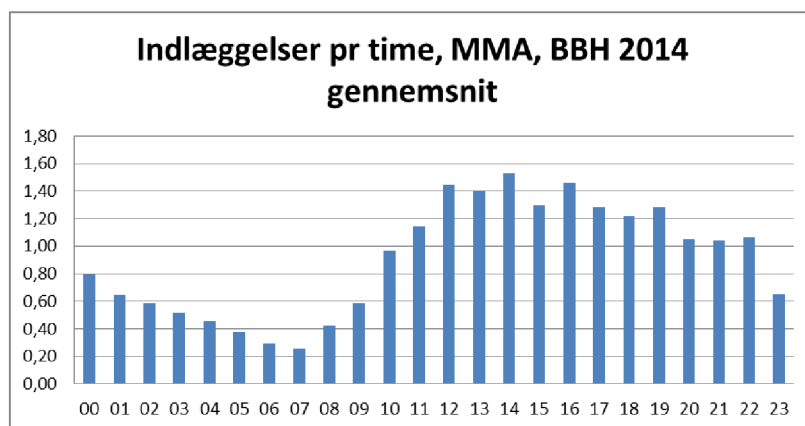
Nedenfor ses et eksempel på den gennemsnitlige døgnvariation i den medicinske specialeblok på et akuthospital:



Det fremgår af figuren, at belægningen er højest midt på dagen og særligt på hverdage. Midt på dagen vil der typisk være patienter, der venter på at blive udskrevet samtidig med, at der bliver indlagt nye patienter. Figuren viser også, at variationen i belægningen over døgnet er mindre i weekend og helligdage sammenlignet med

hverdage. Tendensen er den samme for de øvrige akuthospitaler, men der kan dog være en mindre variation i hvornår på dagen belægningen topper.

Nedenstående figur er et eksempel på, hvor mange patienter, der i gennemsnit indlægges i timen på Medicinsk Modtage Afsnit (MMA) på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Tidligere skete der et fald i antallet af indlæggelser og dermed en udfladning af kurven fra kl. 20, men nu er antallet af indlæggelser i aften timerne steget.



I den ensartede nationale metode til at opgøre belægningsgraden bliver belægningen opgjort kl 23. På dette tidspunkt er der en forventning om, at der ikke sker flere overflytninger af patienter mellem afdelingerne, da det vil være sket i dagtimerne. Overflytninger er med til at skabe usikkerhed i registreringen af belægningen.

Særlige forhold omkring patienter i isolation

På flere af regionens hospitaler er forholdene for isolation af patienter ikke optimale, grundet afdelinger med mange flersengsstuer og kun få enestuer, samt få toiletter uden tilknytning til sengestuerne.

Isolerede patienter vil derfor typisk optage mere end én plads, når der ikke er et tilstrækkeligt antal enestuer. Dette medfører naturligt, at andre ikke-isolerede medpatienter må tilbydes gangplads.

Overbelægning medfører desuden, at plejepersonalets arbejdsprocesser i forhold til isolationsforholdsregler tager mere tid (brug af værnemidler, rengøring af udstyr etc.).

Diagnostik

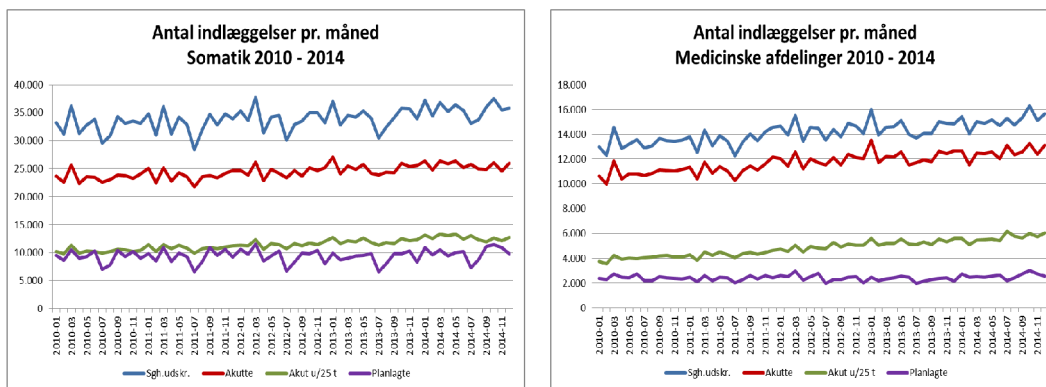
Hvis en patient har været udsat for mulig smitte med VRE (Vancomycin Resistente Enterokokker), podes og isoleres patienten indtil der foreligger svar på prøven. Typisk tager dette 3-4 døgn. En hurtigere VRE diagnostik vil kunne forkorte perioden i isolation, idet isolationen ved et negativt VRE svar kan ophæves tidligere; efter fx et døgn.

Udviklingen i indlæggelser fra 2010-2014

I de senere år er sket en stigning i antallet af indlæggelser og dermed et stigende pres på kapaciteten.

Nedenstående graf dokumenterer – måned for måned – udviklingen i antallet af indlæggelser (sygehusudskrivninger) gennem de sidste fem år, 2010 – 2014 (begge incl.). Graferne til venstre omfatter alle indlæggelser (ekskl. psykiatri) og graferne til højre omfatter de medicinske specialer alene.

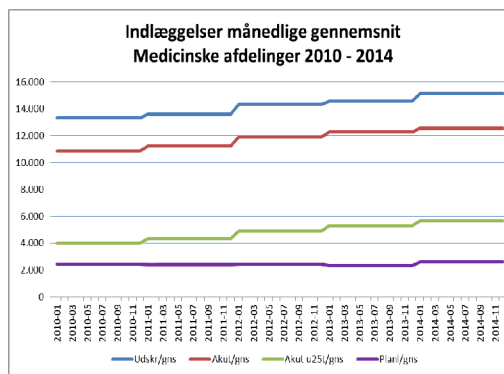
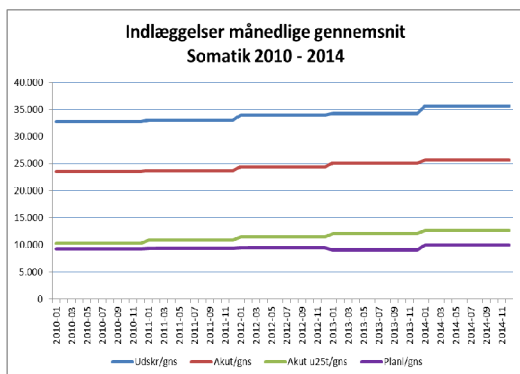
Graferne skildrer udviklingen i indlæggelser (blå), akutte indlæggelser (rød), akutte indlæggelser af op til 24 timeres varighed (grøn) og planlagte indlæggelser (lilla).



Graferne dokumenterer især, at der er større sæsonudsving i løbet af et år og at disse naturligt nok er mest markante for de planlagte indlæggelser, med markant lavere aktivitet i ferieperioderne. Akutte indlæggelser har også sæsonudsving, mest markant omkring vintermånederne.

Udviklingen i antallet af indlæggelser indenfor de medicinske specialer ligner den generelle udvikling for samtlige specialer, men med mindre udsving.

Med det formål bedre at kunne se trenden i udviklingen gennem de fem år, er der lavet nedenstående graf, der viser det månedlige gennemsnit pr. år i antallet af indlæggelser for samtlige specialer (til venstre) og det månedlige gennemsnit pr. år i antallet af indlæggelser for de medicinske specialer (til højre).



Antallet af indlæggelserne samlet for alle specialer er vokset. Den samlede stigning i det månedlige gennemsnit er på 8,7 procent fra 2010 til 2014. For de medicinske specialer er stigningen på 13,8 procent.

Akutte indlæggelser er ligeledes vokset. Fra 2010 til 2014 er det månedlige gennemsnit for samtlige indlæggelser steget 9,1 procent, mens det for de medicinske specialer alene er steget 15,4 procent.

Akutte indlæggelser af op til 24 timers varighed er steget for samtlige indlæggelser med en stigning i det månedlige gennemsnit med 23 procent fra 2010 til 2014. For de medicinske specialer alene er stigningen på 41,3 procent.

Planlagte indlæggelser er vokset, hvor det månedlige gennemsnit for samtlige indlæggelser er steget 7,9 procent fra 2010 til 2014. For de medicinske specialer alene er stigningen 6,7 procent.

Samlet set tegner der sig et billede af, at der har været en større stigning i antallet af indlæggelser og særligt akutte indlæggelser af op til 24 timers varighed inden for de medicinske specialer end for alle specialer samlet set.

Undersøgelse af færdigbehandling i akutmodtagelses ambulante afsnit.

Bispebjerg Hospital har lavet en beregning af indlæggelser fra hospitalets akutmodtagelse. Det tyder på, at der fra hospitalet indlægges en mindre andel af patienterne i akutmodtagelsens ambulante afsnit i sammenligning med de øvrige akutmodtagelser. Der er behov for at undersøge dette nærmere.

Indlæggelser fra akutmodtagelsen på Bispebjerg Hospital.

Hosp.	Indlæggelser	Besøg i alt	Andel der indlægges
BBH	14.736	79.678	18,5

Bispebjerg Hospital vurderer, at Tværsektoriel Udrednings Enhed (TUE) sandsynligvis har haft en effekt på omfanget af indlæggelser i BBH.

Undersøgelse af akutte medicinske indlæggelser under 24 timer blandt 65+ årige

Amager og Hvidovre Hospitaler, Glostrup hospital og hospitalspraksiskonsulenterne i planområde Syd har i 2013 gennemført et studie på akutmodtagelse/akutklinikkerne på Amager, Hvidovre og Glostrup med fokus på ”Substituerbare indlæggelser”.

Analysen viser bl.a.:

- Ved journalgennemgangen i de 3 akutenheder blev 334 akutte medicinske kort-tidsindlæggelser for 65+ årige gennemgået, hvoraf 91 blev vurderet som ”substituerbare” indlæggelser. Det svarer til, at 27 pct., af de akutte medicinske korttids-indlæggelser af patienter over 65 + år vurderes ”substituerbare” og kan erstattes af alternative løsninger til indlæggelse
- De ”substituerbare” indlæggelser vurderes at kunne være behandlet ved alternative løsninger, herunder (bemærk summer ikke til 100 pct., pga. mulighed for flere løsninger til samme indlæggelse):
 - 84 pct. af de ”substituerbare” indlæggelser kunne være håndteret af ydelser fra praksissektoren (egen læge/vagtlæge/speciallæge).
 - 21 pct. af de ”substituerbare” indlæggelser kunne være håndteret af ydelser fra hospital (ambulant udredning, subakut geriatrisk vurdering mv.).
 - 16 pct. af de ”substituerbare” indlæggelser kunne være håndteret af ydelser fra kommune (mere hjælp i hjemmet, forudgående bedre observation, mere hjælp i hjemmet mv.).
- De ”substituerbare” indlæggelser er fordelt over mange sygdomsområder og mange læger. Relativt set i forhold til antal læger og antal plejehjem er antallet af ”substituerbare” indlæggelser begrænset, og vil være vanskeligt at reducere betragteligt.
- Indlæggelserne under 24 timer er ofte accelererede diagnostiske indlæggelser, hvor nogle af indlæggelserne - de ”substituerbare” – kunne være håndteret på anden vis – dog ikke nødvendigvis til gavn for patienten, idet det kan medføre et længere forløb.

Accelererede patientforløb og kompleksitet i patienternes tilstande

Det stigende antal patienter, de accelererede patientforløb med korte liggetider og den øgede kompleksitet i patienternes tilstande bl.a. med multisygdom giver et øget pres på personalet. Det gælder ikke alene læger og sygeplejersker, men også de øvrige faggrupper på hospitalerne, herunder bl.a. portører, øvrigt servicepersonale og fysioterapeuter. Selvom liggetidene er kortere, er der fortsat en række procedurer som skal udføres uafhængigt af indlæggelsens varighed fx koordination af udskrivelse.

Fald i gennemsnitlig liggetid på hospitalerne

Der er i de senere år sket et fald i den gennemsnitlige liggetid på regionens hospitaler.

Gennemsnitlige liggetid for alle specialer og specialer tilhørende medicinsk blok.

	2007	2012	2013
Alle specialer	4,3	3,4	3,3
Medicinsk blok	5,0	3,8	3,7*

*Der er taget udgangspunkt i afdelinger i stedet for selve specialerne. Det er dermed en anden opgørelsesmetode end for de foregående år.

Liggetiden er faldet igennem hele perioden. Faldet fra 2007 til 2013 er for alle specialer 23 pct., mens faldet for den medicinske blok er på 26 pct.

Udvikling i antallet af borgere med multisygdom

Fra 2007 til 2013 er antallet af borgere med 1 kronisk sygdom steget med 23.400, antallet med 2 sygdomme er steget med 14.800 personer, mens antallet med 3 eller flere kroniske sygdomme er steget med 9.700 personer. Det betyder også mere komplekse sygdomsforløb.

Stigningen skyldes, ud over befolkningstilvæksten i regionen, formentlig, at mange borgere lever længere med deres kroniske sygdomme, idet der ikke ses samme stigning i nye tilfælde af kronisk sygdom. Borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme har næsten 3 gange så stor risiko for at blive akut indlagt, som borgere med 1 kronisk sygdom (37 pct. vs 13 pct.). En stigning i antal borgere med komplekse sygdomsforløb formodes derfor at føre til en stigning i antal akutte indlæggelser.
Kilde: Sundhedsprofil 2013

Arbejdsbelastning og rekrutteringsudfordringer

Situationer med spidsbelastning fx med flere nyankomne patienter end forventet medfører en øget arbejdsbelastning for personalet. Samtidig er der flere steder udfordringer med rekruttering af personale. Endelig er en stor andel af sygeplejerskerne på de medicinske afdelinger nyuddannede. På flere medicinske afdelinger i regionen er 80-90 procent af sygeplejerskerne nyuddannede, hvilket betyder et stort ressourcetræk på de enkelte afsnits uddannelseskapacitet.

Eksempel - vakancer på det medicinske område

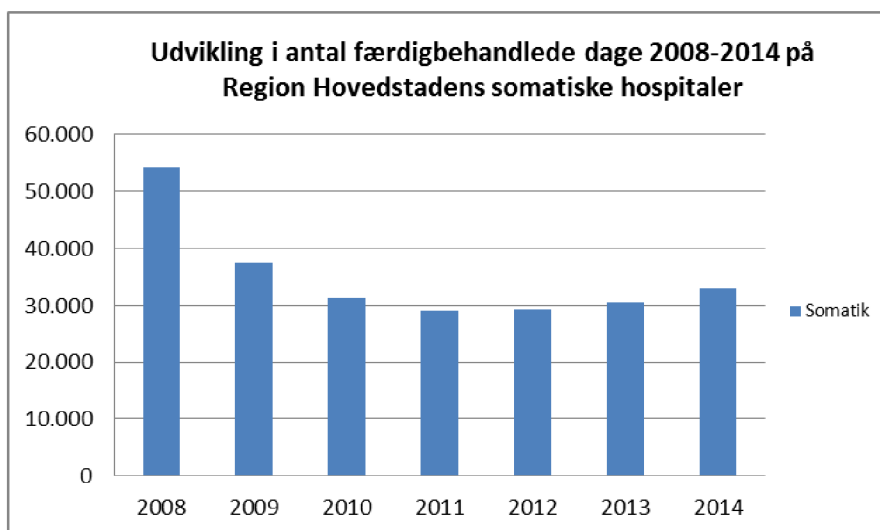
Nordsjællands Hospital har som eksempel pt. mere end 40 ubesatte sygeplejerskestillinger på de medicinske sengeafsnit (kardio, nefro, lunge, infektion, neuro, og gasmed), og ca. 10 ubesatte overlægestillinger.

Det skal bemærkes, at vakancer ikke nødvendigvis betyder, at der er mangel på personale i vagten. Vakancerne betyder, at der er mangel på fast personale. Ved vakancer kan der fx indhentes vikarer fra vikarordninger. I yderste konsekvens kan hospitalet være nødsaget til at lukke senge fx ved at lukke et afsnit, hvis der fx ikke er tilstrækkeligt plejepersonale til at passe patienterne. Det betyder dermed, at patienterne må flyttes til andre afsnit.

Færdigt behandlede patienter på regionens hospitaler

Det øgede antal af akutte indlæggelser og særligt indlæggelser af op til 24 timers varighed udfordrer også kommunerne i forhold til at hjemtage færdigbehandlede patienter. De færdigt behandlede patienter optager senge på hospitalerne og udgør en barriere i patientflowet.

Udviklingen i antal færdigbehandlede patienter og dage på regionens hospitaler monitoreres løbende og data deles med kommunerne. Opgørelserne omfatter kun borgere med bopæl i Region Hovedstaden. Figuren nedenfor viser udviklingen i færdigbehandlede dage fra 2008 til 2014 på Region Hovedstadens somatiske hospitaler.



Figuren viser, at der over hele perioden fra 2008 til 2014 er sket et fald i antallet af dage, hvor en færdigt behandlet patient opholder sig i en hospitalsseng. Der har dog

været en mindre stigning hvert år fra 2011 og frem til 2014. I 2014 var der ca. 33.000 dage, hvor en færdigt behandlet patient lå i en hospitalsseng.

Tabellen nedenfor viser den månedlige variation i antallet af dage og indlæggelser for færdigt behandlede patienter i 2014. Af tabellen fremgår også variation mellem hospitalerne.

Oversigt over antal færdigbehandlede dage og patienter i 2014 – fordelt på hospitaler

	Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	December	Året total
Antal dage	2.946	3.006	2.821	2.600	3.165	2.437	2.608	2.152	2.690	2.941	2.632	3.029	33.027
Bispebjerg - Frederiksberg Hospital	574	434	416	780	670	549	588	319	462	548	538	388	6.266
Bornholms Hospital					4				4		1		9
Gentofte Hospital	106	158	386	216	264	212	302	272	309	441	329	325	3.320
Glostrup Hospital	209	227	226	103	203	135	165	159	117	159	203	126	2.032
Herlev Hospital	843	936	754	492	840	546	585	441	612	687	632	755	8.123
Hvidovre - Amager Hospital	813	887	611	698	763	648	655	736	940	747	593	921	9.012
Nordsjællands Hospital	329	298	382	223	263	241	219	172	184	176	294	262	3.043
Rigshospitalet	72	66	46	88	158	106	94	53	62	183	42	252	1.222
Indlæggelser	580	569	556	582	625	543	593	476	569	551	521	584	6.749
Bispebjerg - Frederiksberg Hospital	147	104	104	172	162	131	163	92	132	157	121	112	1.597
Bornholms Hospital					2				2		1		5
Gentofte Hospital	53	55	83	56	81	65	90	65	81	76	62	62	829
Glostrup Hospital	19	24	20	14	23	17	19	22	19	20	23	20	240
Herlev Hospital	131	137	145	133	151	117	133	112	126	104	136	159	1.584
Hvidovre - Amager Hospital	110	113	97	85	95	86	94	103	106	96	88	111	1.184
Nordsjællands Hospital	109	118	98	102	89	110	75	70	87	77	80	107	1.122
Rigshospitalet	11	18	9	20	22	17	19	12	16	21	10	13	188

Region Hovedstadens forslag til udmøntning af midler til nye initiativer mod overbelægning.

Regionsrådet godkendte i september 2013 ”Strategi for at nedbringe overbelægning”. Strategien består af elementer, som Region Hovedstaden vil fremme for at skabe bedre forudsætninger for at minimere overbelægningen på hospitalerne.

Der er iværksat en lang række tiltag på hospitalerne og koordinering for at undgå og minimere overbelægning inden for strategiens elementer. Der henvises blandt andet til initiativerne nævnt i ”Handleplan 2014 for at nedbringe overbelægning”.

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 koordineringen mellem

praksissektor, kommune og hospitaler

Strategien havde også et 6. element, som var at sikre ensartet monitorering af belægning. Fra den 1. januar 2014 er der etableret en ensartet national monitorering, og derfor er dette element ikke længere aktuelt.

De ovenstående fem elementer vurderes fortsat som afgørende elementer i indsatsen mod overbelægning. I udmøntningen af midlerne til en styrket indsats mod overbelægning anbefales det derfor, at disse elementer udgør principper for iværksættelse af nye initiativer mod overbelægning samt styrkelse af eksisterende initiativer mod overbelægning.

Det vil fortsat være forskelligt, hvilke initiativer der er nødvendige på de enkelte hospitaler, da det bl.a. afhænger af organisering, igangværende tiltag og generel belægningssituation mm.

Nedenfor præsenteres eksempler på nye initiativer samt eksempler på styrkelse af igangsatte initiativer indenfor hvert af de fem elementer.

Forbedre patientflowet i de medicinske afdelinger

Hospitalerne har iværksat og gennemført en række initiativer for at forbedre patientflow og minimere overbelægning. For at styrke indsatsen mod overbelægning anses patientflowet i de medicinske afdelinger som et afgørende element.

Tavlemøder og kapacitetskonferencer

Der er behov for, at hospitalerne arbejder på at blive endnu bedre til at forudsige udskrivelser og indlæggelser samt tilpasse ressourcer, så der ikke opstår barrierer for patienternes videre færd gennem hospitalet.

I projekt Sikkert Patientflow sker det blandt andet ved hjælp af korte, daglige tavlemøder på afsnitsniveau og kapacitetskonferencer på hospitalsniveau. Her skaber de sundhedsprofessionelle et overblik over indlagte patienter, tilpasser ressourcer og finder flaskehalse.

To af regionens hospitaler deltager i projektet og yderligere information om initiativerne kan findes på projektets hjemmeside: www.sikkertpatientflow.dk

Understøttelse af hurtig diagnostik og alternativer til indlæggelse

Diagnostik kan udgøre en kronisk barriere i patientflowet. Det anbefales derfor, at der arbejdes med accelererede diagnostiske forløb evt. som alternativ til indlæggelse. Det kan fx være subakutte ambulatorie tider, accelereret flow i forhold til diagnostiske ydelser (røntgen og blodprøver), subakut geriatrisk team og tværsektoriel udredning.

Eksempel: Tværsektoriel Udredningsenhed (TUE) på Bispebjerg Hospital

Formålet er at vurdere/behandle borgere fra Københavns Kommune, som er potentielt indlæggelseskrævende, i et accelereret sammedags forløb.

I TUE udredes/behandles patienterne hurtigt ambulantly ved at sikre at den kliniske og parakliniske ekspertise er til rådighed – dvs. alle tilbud fra hospitalet (blodprøver, røntgen, tilsyn fra specialafdelinger samt umiddelbar udredning og gennemgang af speciallæge) sker stort set hurtigere end hvis de var indlagte. Patienterne er nøje udvalgte til denne funktion. Det er patienter, der har brug for udredning og behandling, der er længerevarende end en ambulantly kontrol, men kortere end en traditionel medicinsk indlæggelse, som får dette tilbud.

TUE kan behandle ca. 76 procent af de henviste patienter uden indlæggelse.

I 2014 var der 1.025 akut ambulantly medicinske kontakter i TUE.

Kompetenceudvikling af personalet på medicinske afdelinger

Der er behov for fokus på uddannelsesbehovet på de medicinske afdelinger, herunder introduktion og oplæring af nyuddannet og nyansat personale. Hurtig og grundig oplæring af nyuddannet og nyansat personale kan bidrage til, at lægeordnede og sygeplejefaglige behandlinger iværksættes hurtigere og dermed at patienterne hurtigere bliver færdigbehandlede og dermed kan udskrives. Samtidigt kan sygeplejerskerne hurtigere få kontakt til kommunerne, så udskrivelserne iværksættes hurtigt, så patienter, der er færdigt behandlede ikke optager en hospitalsseng.

Supplere plejepersonalet med andre faggrupper

I spidsbelastningssituationer kan det være relevant at supplere plejepersonalet med andre faggrupper for at styrke patientflowet. Det kan fx være portører, farmakonomer, kostkonsulenter eller geriatrisk team.

Fremme akutmodtagelsernes organisatoriske funktion

En regional arbejdsgruppe har udarbejdet anbefalinger til mere ensartet organisering af regionens akutmodtagelser og akutklinikker. Formålet er at sikre kvaliteten i patientbehandlingen og at sikre ensartede arbejdsforhold for personalet på tværs af regionens hospitaler. Hospitalet og de sundhedsfaglige råd er i gang med at implementere anbefalingerne.

Anbefalingerne er bl.a.:

- Speciallæge med i front: Patienten skal kunne tilses af og/eller konfereres ”bed-side” med relevante speciallæger uagtet tidspunkt på døgnet.
- Den kliniske ledelse på akutafdelingen, herunder flowmasterfunktionen skal have klare beføjelser til at sikre gode patientforløb, fx ved at tilkalde speciallæger fra andre afdelinger, henvise til sub-akut ambulansetid den efterfølgende dag, indskrivning på patienthotel til overnatning og foretage relevant visitation på hospitalet
- Der skal være entydig ledelse og flowmasterfunktion
- Hospitalsledelsen skal være aktivt involveret i at sikre et velfungerende samarbejde mellem akutmodtagelse/akutklinik og stamafdelingerne. Det sikres ved at etablere et Ledelsesråd med repræsentanter fra afdelingsledelserne for de funktioner, der er involveret i de akutte patientforløb og med direktionen som formand
- Der skal sikres fagligt forsvarlig normering i akutmodtagelser og akutklinikker
- Den tværregionale uddannelse i akutsygepleje og i fagområdet akutmedicin skal tilbydes personalet
- Der skal være entydige og klare retningslinjer for udvisitering (visitering til anden afdeling).

”Fast track” i akutmodtagelsen/akutklinikken

Anvendelsen af ”fast track” bør styrkes yderligere.

Der er etableret ”fast track” på alle akutmodtagelser og akutklinikker i Region Hovedstaden bortset fra Bornholms Hospital. ”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.

Fremme regional, tværgående koordinering og fremme nødberedskab ved spidsbelastning

Hospitalerne har et velfungerende samarbejde både på hospitalsniveau og på afdelingsniveau omkring fordeling af patienterne ved overbelægningssituationer. Samarbejdet vurderes at bidrage til at undgå eller minimere overbelægning. I tilfælde af at alle hospitaler og/eller alle relevante afdelinger har overbelægningen samtidigt er effekten af koordinering dog meget begrænset.

Sundhedsfaglig Råd for Præhospital og Akutmodtagelse har udarbejdet en regional vejledning for, hvordan situationer med overbelastning kan løses mellem hospitalerne i regionen.

Akutberedskabets koordineringsfunktion

Der bør fortsat være fokus på den regionale koordineringsfunktion. Akutberedskabet koordinerer beredskabet på tværs af regionen – herunder fordeling af patienter mellem hospitalerne. Såfremt et hospital er overbelastet, kan hospitalet kontakte akutberedskabet for bistand til at koordinere indtag og overførsler af patienter til andre af regionens hospitaler. Akutberedskabet 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 Akutberedskabet. Det kan desuden overvejes, om der også bør være en monitorering af kapaciteten inden for særligt det medicinske speciale, så overblikket over kapacitet kan indgå i visitationen med henblik på en hensigtsmæssig fordeling af patienter.

Akutberedskabet kan ligeledes kontakte naboregionerne Sjælland og Skåne for overførsler af patienter hertil.

Hospitalernes planer for nødberedskab

Hospitalerne har udarbejdet planer for nødberedskab ved spidsbelastning, herunder fx oprettelse af fysisk bufferkapacitet. Der bør være fokus på, at planer for nødberedskab løbende evalueres og udvikles. Et væsentligt element i nødberedskabet bør være rammer for at indkalde ekstra personale, herunder eventuelt mulighederne for at bruge vikarordninger indenfor aftalte rammer.

Fremme koordinationen mellem praksissektor, kommune og hospitaler
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 er derfor, at samarbejdet kan rummes i de eksisterende aftaler.

Hospitalet har generelt et godt og positivt samarbejde med kommunerne og de praktiserende læger omkring koordination af indlæggelser. Der er fx indsatser og aftaler om forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser i praksisplan m.v., som generelt set har til formål at forebygge, at spidsbelastningssituationer opstår. Herunder er fx indsatser som udgående funktioner, kommunale akutfunktioner mm.

Styrke information til praksissektor og kommuner ved spidsbelastningssituationer

Det bør undersøges, hvordan man kan systematisere kommunikationen fra akutberedskabet, der har overblik over belægningssituationen, og til praksissektor og kommuner i spidsbelastningssituationer.

I spidsbelastningssituationer med massiv overbelægning kan både praksissektor, kommuner og hospitaler være opmærksomme på at bidrage til at minimere belægningen. Praksissektoren kan fx have skærpet fokus på at vurdere om indlæggelser kan erstattes af alternative løsninger til indlæggelser. Kommunerne kan fx have skærpet fokus på hurtigt at hjemtage patienter.

Overblik over lokale subakutte/akutte kommunale tilbud

Mange kommuner har subakutte/akutte tilbud. Dermed kan patienterne hjemtages til kommunernes subakutte/akutte tilbud, når de er færdigt behandlet på hospitalet. Der bør være fokus på at udbrede viden om disse tilbud.

Et af initiativerne i den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient er, at alle kommuner skal 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. Herudover har Sundhedsstyrelsen udarbejdet faglige anbefalinger for kvaliteten i kommunale akutfunktioner på sygeplejeområdet, herunder defineret nødvendige sundhedsfaglige kompetencer samt beskrevet samarbejdet mellem kommunale medarbejdere og behandlingsansvarlige læger i almen praksis og på sygehuse.

Tilgængelighed til kommunale akutfunktioner

Mange kommuner har allerede oprettet en akut funktion, hvis formål bl.a. er at hjælpe akut dårlige borgere i eget hjem og på akutpladser. Det er afgørende, at der er let adgang til en sådan kommunal akutfunktion døgnet rundt hele året. Det vil bidrage til at styrke patientflowet bl.a. ved at undgå, at færdigt behandlede patienter bliver på hospitalet.