

**Region Hovedstaden
Center for Sundhed**

Oplæg om kapacitet på det medicinske område

REGION



Indholdsfortegnelse

1 Resume	3
2 Indledning.....	7
2.1 Læsevejledning	7
2.2 Afgrænsning.....	8
3 Organiseringen af de medicinske afdelinger	10
3.1 Sammenligning af organiseringen af medicinske afdelinger	14
3.2 Styrker og svagheder ved forskellig organisering af medicinske afdelinger.....	16
3.3 Visitation til de medicinske afdelinger.....	19
3.3.1 Regionalt overblik over kapacitet	20
4 Aktivitet og kapacitet på de medicinske afdelinger	22
4.1 Hvad er kapacitet?	22
4.2 Den nuværende aktivitet.....	23
4.3 Den nuværende kapacitet	26
4.3.1 Kapacitet til indlagte patienter	27
4.3.2 Kapacitet til ambulante patienter	29
4.4 Den fremtidige aktivitet og kapacitet	32
4.4.1 Den fremtidige aktivitet	32
4.4.2 Det fremtidige kapacitetsbehov.....	34
5 Faktorer, der påvirker kapaciteten på medicinske afdelinger .37	
5.1 Hospitalets overordnede fysiske struktur og hospitalets lokaler	37
5.1.1 De nuværende fysiske rammer.....	37
5.1.2 De fremtidige fysiske rammer.....	38
5.2 Flow på de medicinske afdelinger og særlige forhold vedr. medicinske patienter.....	40
5.3 Personale: Rekruttering, fastholdelse og kompetenceudvikling	43
5.3.1 Rekruttering af læger og sygeplejersker.....	43
5.3.2 Personaleomsætning.....	46
5.3.3 Eksisterende og nye initiativer vedr. kompetencer, rekruttering og fastholdelse	47
5.4 Sammenhængen til indsatser i kommuner og almen praksis.....	50
5.4.1 Tidlig indsats - Forebyggelse af indlæggelser.....	51
5.4.2 Opfølgning på indlæggelse – forebyggelse af genindlæggelse	53
5.4.3 Kommunale akutpladser/akutfunktioner - eksempler på indsatser i kommunerne ift. medicinske patienter	57

1 Resume

Rapporten indeholder administrationens oplæg om den samlede kapacitet i de medicinske specialer og sammenhængen til indsatser i kommuner og almen praksis.

Organisering med fokus på at understøtte funktioner i patientens forløb (kapitel 3)

Udgangspunktet for alle hospitalerne er, at den sundhedsfaglige organisering skal understøtte patientens forløb og forløbsstakeholderne. For hospitalerne er der fokus på at varetage funktionerne i patientforløbet med de rette kompetencer og at sikre sammenhæng mellem funktionerne. De enkelte hospitalers rammer er forskellige og påvirker dermed mulighederne for organisering, men samme funktioner kan varetages under forskellige organiseringsmodeller.

I Region Hovedstaden er der både brede medicinske afdelinger, der varetager flere medicinske specialer samt mere specialiserede afdelinger, der kun varetager ét enkelt speciale. Endvidere er der afdelinger, der dækker en matrikel og afdelinger, der går på tværs af hospitalets matrikler. Det enkelte hospital beslutter i stort omfang, hvordan hospitalets afdelinger er organiseret, herunder afdelingsledelsens spænd over specialer. Der er en lang række faktorer, der udgør rammerne for de enkelte hospitalers mulighed for organisering af de medicinske afdelinger, herunder fx fysiske forhold og rekrutteringssituationen. De medicinske afdelinger på regionens hospitaler er givet de forskellige rammer organiseret forskelligt, og der er styrker og svagheder ved de forskellige modeller.

Samlet set har hospitalsfusionerne med større organisatoriske enheder muliggjort flere forskellige modeller for organisering af de medicinske afdelinger og understøttelse af sammenhæng i patientforløb, høj kvalitet i behandlingen og en hensigtsmæssig udnyttelse af kapaciteten.

På baggrund af denne beskrivelse er der ikke grundlag for at anbefale en organiseringsmodel frem for en anden. Et væsentligt hensyn i organiseringen er dog, at der er en tæt kobling mellem de internt medicinske specialer og modtagelsen af medicinske patienter i akutmodtagelsen/akutklinikken.

I dag er der inden for hvert planområde en Central Visitationseenhed, der formidler akutte og elektive henvisninger fra praktiserende læger samt indlæggelser via Akuttefonen 1813 til relevante kliniske afdelinger i planområdet. Der findes desuden systemer (elektroniske og organisatoriske) der giver visse muligheder for overblik over kapacitet og fordeling derefter.

Med Sundhedsplatformen vil det enkelte hospitals akutmodtagelser/akutklinikker få et stærkt forbedret redskab til tidstro at vurdere kapaciteten. En styrkelse af mulighederne for fleksibel kapacitetsudnyttelse kunne være at se på mulighederne for fleksibel kapacitetsudnyttelse på tværs af hospitaler og planområder.

Flere patienter skal igennem hospitalet på kortere tid (kapitel 4.2)

Analysen af aktiviteten i de medicinske specialer viser, at der er sket en væsentlig stigning i antallet af unikke patienter, der udskrevet fra hospital eller har haft ambulante besøg på hospital. Udviklingen går samtidig i retning af færre sengedage og flere ambulantebesøg dvs. en omlægning fra behandling under indlæggelse til ambulant behandling. Samtidig falder den gennemsnitlige liggetid. Alt i alt er der således flere patienter, som skal igennem hospitalet på kortere tid.

Der er store forskelle i det gennemsnitlige antal sengedage og det gennemsnitlige antal ambulante besøg pr. patient inden for de forskellige specialer i medicinsk blok. Der ses også forskelle mellem afdelinger inden for samme speciale. Der er bl.a. derfor igangsat et benchmark-projekt, der speciale for speciale vil se nærmere på data, herunder hvordan data kan understøtte videndeling mellem afdelinger om udbredelse af bedste praksis i forhold til såvel patientbehandling som organisering.

Udfordringer med at skabe tilstrækkelig sengekapacitet og ambulant kapacitet til medicinske patienter (kapitel 4.3)

Ved seneste opgørelse for oktober 2015, var der 1.565 disponible medicinske senge i Region Hovedstaden. I hvilken grad de disponible senge er i brug og dermed dækker sengebehovet på et givent tidspunkt opgøres ved belægningsgraden. Belægningsgraden viser, at der er udfordringer med at skaffe tilstrækkelig kapacitet til indlagte medicinske patienter. Den samlede gennemsnitlige belægningsprocent inden for de medicinske specialer er generelt under 100, men året rundt ses der overbelagte senge. Overbelagte senge er særligt udtalt i vintermånederne. Endvidere er der store variationer i afdelingerne imellem.

En indikator for, om der er kapacitetsudfordringer i ambulant regi er, hvor stor en andel af patienterne, der ikke kan tilbydes udredning og behandling inden for de frister, som gælder i forhold til udredningsretten og behandlingsgarantien. Opgørelser heraf viser, at der er udfordringer med at skaffe tilstrækkelig ambulant kapacitet på regionens hospitaler. Patienterne tilbydes i disse tilfælde i stedet viderevisitering til privat regi i henhold til gældende regler.

Behov for særskilt fokus på det fremtidige kapacitetsbehov i de medicinske specialer (kapitel 4.4)

Regionen følger løbende hospitalernes kapacitetsbehov med udgangspunkt i forventninger til den fremtidige aktivitet vedr. sengedage og ambulante besøg. Forventningerne bygger på en antagelse om, at den udvikling, der er sket de senere år, vil fortsætte. Desuden har fremskrivningerne hidtil primært været fokuseret på den samlede udvikling dvs. samlet for alle specialer.

Regionens aktivitets- og kapacitetsfremskrivning viser, at udviklingen henimod færre sengedage, flere ambulante besøg og kortere liggetid, ser ud til at være lidt mere markant for det medicinske område end for de resterende specialer. Når der ses på den faktiske udvikling frem til 2014, tyder det

endvidere på, at regionens fremskrivning ikke har været i stand til at forudsige udviklingen inden for det medicinske område helt præcist.

Fremskrivningen viser endvidere, at der samlet set er tilstrækkelig med fysiske sengepladser og ambulatorierum på regionens hospitaler, når de nye hospitalsbyggerier er afsluttet.

Der er grundlag for at se nærmere på udviklingen inden for de medicinske specialer, således at der fremadrettet er et endnu bedre grundlag for at sikre tilstrækkelig fysisk kapacitet på regionens hospitaler og en hensigtsmæssig fordeling af aktiviteten mellem hospitalerne, herunder at kapaciteten er fordelt hensigtsmæssigt mellem medicinske og kirurgiske specialer og mellem indlagte og ambulante patienter.

De nuværende fysiske rammer udfordrer den daglige drift (kapitel 5.1)

De nuværende fysiske rammer med relativt få enestuer, undersøgelsesrum og samtalerum udfordrer den daglige drift og giver ikke mange muligheder for at sikre fysisk bufferkapacitet. De få enestuer og samtalerum begrænser desuden personalets muligheder for at sikre fortrolighed med den enkelte patient.

Det er ikke muligt at ændre de overordnede fysiske rammer nu og her, men de nye hospitalsbyggerier samt ombygning og tilpasning af eksisterende bygningsmasse vil skabe bedre fysiske rammer, der bidrager til at understøtte et hospitalsvæsen af høj kvalitet og effektivitet.

Patientflowet er påvirket af udviklingstendenser for den medicinske patient samt udviklingen i aktivitet (kapitel 5.2)

Der er forskellige udviklingstendenser både generelt i befolkningen, men også særligt for medicinske patienter, som påvirker efterspørgslen efter sundhedsydelser, men også udfordrer mulighederne for at skabe et hensigtsmæssigt patientflow. Det drejer sig bl.a. om øget kompleksitet i patienternes tilstande fx med en stigning i antallet af patienter med multisygdom og en stigning i akutte medicinske tilstande, der kræver akut indlæggelse.

Der skal desuden flere patienter igennem hospitalet på kortere tid, men arbejdsopgaverne i et patientforløb formindskes ikke i samme omfang som fx liggetiden formindskes. Der er derfor behov for at sikre et godt patientflow på både sengeafsnittene og i ambulatorierne. Hospitalerne har igangsat forskellige tiltag. Både sengekapaciteten og den ambulante kapacitet skal udnyttes endnu bedre.

Udfordringer med rekruttering og fastholdelse på medicinske afdelinger (kapitel 5.3)

Hospitalerne er udfordrede i forhold til både rekruttering og fastholdelse på de medicinske sengeafdelinger, særligt af sygeplejersker, men i nogen grad også speciallæger varierende mellem hospitaler og mellem speciale. For sygeplejerskerne afspejler rekrutteringsudfordring sig i en lav ledighed samt få ansøgere per ledig stilling.

Imidlertid kan der forventes flere nyuddannede sygeplejersker i løbet af de kommende år, da der er sket et øget optag på uddannelsen til sygeplejerske. Samtidig er der sket i udvikling i retning af senere tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet for sygeplejersker. Endelig er de nyuddannede sygeplejersker blevet yngre. Der er også fortsat en arbejdskraftreserve i forhold til medarbejdere på deltid.

Personaleomsætningen for alle personalegrupper varierer på de medicinske afdelinger, men niveauet ligger inden for samme spænd som den samlede personaleomsætning for det enkelte hospital, med en tendens mod at være lidt højere.

Der er allerede flere steder lokalt igangsat en række særlige initiativer, der kan imødegå disse rekrutterings- og fastholdelsesudfordringer, men der er behov for en styrket indsats for at fastholde og rekruttere erfarent personale samt at styrke arbejdsmiljøet. Endelig er der behov for at undersøge muligheder inden for de nuværende overenskomster og arbejdstidsaftaler med henblik på at understøtte variationen i patientindtaget bl.a. fra sommer til vinter.

Sammenhæng til indsatser i kommuner og almen praksis (kapitel 5.4)

Aftaler om samarbejde mellem hospitaler, kommuner og praksissektoren foregår primært via 4-årige sundhedsaftaler og praksisplaner.

En tidlig og koordineret indsats kan medvirke til, at færre borgere har behov for indlæggelse på hospital og dermed bidrage til at skabe kapacitet på hospitalerne. Sammenlignet med resten af landet har Region Hovedstaden en højere andel af patienter, der indlægges med forebyggelige indlæggelser. Kommuner og almen praksis skal styrke indsatsen med tidlig opsporing.

Region Hovedstaden har en høj andel patienter, der er færdigtbehandlet på hospitalet og venter på et kommunalt tilbud. De færdigtbehandlede patienter optager dermed plads på hospitalet. Der er løbende dialog mellem region og kommuner om dette, og der ses et markant fald i over de seneste måneder sammenlignet med foregående år. Kommunerne opruster kapaciteten af kommunale tilbud, og regionen understøtter med specialiseret rådgivning fra hospitalerne. En række initiativer bidrager til at forebygge, at patienterne genindlægges. Det drejer sig bl.a. om styrket elektronisk kommunikation og forskellige former for forløbskoordination.

2 Indledning

Administrationen fremlægger hermed et oplæg om den samlede kapacitet i de medicinske specialer og sammenhængen til indsatser i kommuner og almen praksis.

I den politiske aftale om Hospitalsplan 2020 fremgår, at oplægget skal indgå i drøftelserne af den kommende revision af Hospitalsplan 2020 og skal indeholde klare målsætninger og løsninger med henblik på at sikre sammenhæng i patientforløb, høj kvalitet i behandlingen, samt pleje og omsorg, gode fysiske rammer, arbejdsvilkår og uddannelse for personalet.

Regionsrådet har i foråret 2015 godkendt en handleplan for initiativer mod overbelægning fra 2015, der indeholder fem elementer for at nedbringe overbelægning.

Elementer fra handleplan for initiativer mod overbelægning

Forbedre patientflowet i de medicinske afdelinger
Fremme akutmodtagelsernes organisatoriske funktion
Fremme regional, tværgående koordinering
Fremme nødberedskab ved spidsbelastning
Fremme koordinationen mellem praksissektor, kommune og hospitaler

Elementerne vurderes fortsat som centrale i forhold til at sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af den samlede kapacitet inden for de medicinske specialer. Forslagene til målsætninger og løsninger tager derfor udgangspunkt i disse elementer.

Der er generelt fokus på at optimere hospitalernes kapacitet i forskellige sammenhænge, blandt andet i forhold til udredningsret, pakkeforløb, nedbringe ventetid i akutmodtagelser og akutklinikker og undgå overbelægning. Denne analyse fokuserer på kapaciteten i de medicinske specialer, men der er behov for opmærksomhed på, at der er pres på hospitalernes kapacitet i flere sammenhænge, og det derfor også er relevant, at se på det samlede hospitalsvæsens kapacitet.

2.1 Læsevejledning

Rapporten indledes i kapitel 3 med en beskrivelse af organiseringen af de medicinske afdelinger på regionens hospitaler samt styrker og svagheder ved forskellige modeller for organisering.

I kapitel 4 beskrives indledningsvist hvad kapacitet er og hvilke forhold, der har betydning for kapaciteten. Dernæst beskrives den nuværende aktivitet for indlagte patienter og ambulante patienter samt den forventede fremtidige aktivitet. Kapitlet afsluttes med en beskrivelse af den nuværende kapacitet til hhv. indlagte patienter samt ambulante patienter.

I kapitel 5 beskrives faktorer, der påvirker kapaciteten på de medicinske afdelinger. Det vurderes samtidigt at være de væsentligste faktorer i forhold til bedre kapacitetsudnyttelse på det medicinske område. Det drejer sig om hhv.:

- Hospitalets overordnede fysiske struktur og hospitalets lokaler
- Flow på de medicinske afdelinger og særlige forhold vedr. medicinske patienter
- Personale: Rekruttering, fastholdelse og kompetenceudvikling
- Sammenhængen til indsatser i kommuner og almen praksis

De fire emner beskrives særskilt i underkapitler til kapitel 5.

I de forskellige kapitler fremgår forslag til målsætninger og løsninger markeret i tekstboks. I et særskilt notat fremgår et oversigtsskema med samtlige 14 forslag til målsætninger og løsninger. Ved hvert forslag i rapporten er der henvisning til nummeringen i oversigtsskemaet.

2.2 Afgrænsning

Det medicinske område er et stort og komplekst område og inden for rammerne af dette oplæg er det kun muligt at beskrive en delmængde af området.

Fokus i oplægget er de medicinske afdelinger på de offentlige hospitaler, som regionsrådet er ansvarlige for. Beskrivelsen af kapaciteten omfatter ikke en afdækning af kapaciteten i private klinikker, praksissektor og kommuner, men tilbuddene i de tilgrænsende sektorer har betydning for muligheden for at udnytte hospitalernes kapacitet optimalt. Oplægget indeholder derfor eksempler på indsatser i kommuner og almen praksis.

De medicinske specialer

I beskrivelsen af organiseringen af de medicinske afdelinger er der fokus på de internt medicinske specialer, som er et medicinsk fagområde, der omfatter ikke-kirurgisk diagnostik, behandling af sygdomme, der udspiller sig i de indre organer (indre sygdomme).

Specialerne inden for intern medicin er (også kaldet grenspecialerne inden for intern medicin):

- endokrinologi (medicinske hormonsygdomme)
- geriatri (alderdommens sygdomme, tidligere betegnet langtidsmedicin)
- gastroenterologi og hepatologi (medicinske mave-tarm- og lever-sygdomme)
- hæmatologi (blodsygdomme)
- infektionsmedicin (smitsomme sygdomme)
- kardiologi (medicinske hjerte- og kredsløbssygdomme)
- lungesygdomme
- nefrologi (medicinske nyresygdomme)
- reumatologi (gigtsygdomme)

I aktivitetsdata for indlagte og ambulante patienter, herunder også fremskrivningerne af den forventede fremtidige aktivitet, er der fokus på hele den medicinske blok. Denne afgrænsning er valgt for at sikre overensstemmelse med de oversigter for disponibel sengekapacitet og belægningsgrad, som løbende bliver drøftet i Sundhedsudvalget. Den medicinske blok omfatter onkologi, medicinsk allergologi, almen medicin samt de internt medicinske specialer nævnt ovenfor med undtagelse af reumatologi.

I afgrænsningen af data og i beskrivelsen af organiseringen af de medicinske afdelinger er 'intern medicin' nævnt som speciale. Der kan ikke længere opnås speciallægeanerkendelse inden for intern medicin, men i stedet indenfor de forskellige grenspecialer. Intern medicin er dog fortsat en specialekode, der anvendes for hospitalsafdelinger, der varetager mere end et af grenspecialerne.

En del akutte medicinske patienter vil i øvrigt blive vurderet og behandlet i akutmodtagelser eller akutklinikker – uden at blive overført til indlæggelse på en medicinsk afdeling. Aktiviteten og kapaciteten for indlagte medicinske patienter i akutklinikker og akutmodtagelser vil typisk være registreret som tilhørende de medicinske stamafdelinger. Men i opgørelser af belægningsgrad er der fokus på, hvor sengene fysisk er placeret og derfor opgøres belægningsgraden adskilt for bl.a. akutområdet og det medicinske område (medicinsk blok). I rapporten er der fokus på belægningsgraden for medicinsk blok.

3 Organiseringen af de medicinske afdelinger

Med etableringen af fælles akutmodtagelser vil der ske en forskydning af kapacitet og aktivitet fra sengeafdelingerne til akutmodtagelsen. Op mod 70 procent af patienterne forventes at blive færdigbehandlet i den fælles akutmodtagelse uden behov for indlæggelse på en sengeafdeling. Det betyder, at mange af patienterne vil blive tilset af relevant medicinsk speciallæge i akutmodtagelsen og vil ikke have behov indlæggelse på en medicinsk afdeling. Denne struktur har således også betydning for organiseringen af de medicinske afdelinger.

Region Hovedstaden er overordnet set opdelt i fire såkaldte planområder (Syd, Byen, Midt og Nord), hvor hospitalet i det pågældende planområde som udgangspunkt betjener borgerne i planområdet. Regionens 6 somatiske hospital og Region Hovedstadens Psykiatri udgør regionens samlede hospitalsvæsen. Det betyder, at de enkelte hospitaler på nogle områder behandler patienter fra hele – eller halvdelen af regionen.

Hvert af regionens hospitaler – med undtagelse af Rigshospitalet – varetager inden for det pågældende planområde det såkaldte hovedfunktionsniveau for de internt medicinske specialer. Bornholm indtager dog en særstilling på grund af den geografiske placering og indgår ikke i de fire planområder. På hovedfunktionsniveau varetages alle sygdomme og skader, som er hyppigt forekommende, og hvor forbruget ikke giver anledning til en samling af ydelserne på specialfunktionsniveau. Ca. 80-90 procent af patienternes sygdomme og skader behandles på hovedfunktionsniveau.

Mellem de internt medicinske afdelinger kan der være forskelle i hvilke regionsfunktioner og eventuelle højt specialiserede funktioner, som de enkelte afdelinger inden for samme speciale varetager. Regionsfunktioner varetages typisk 1-3 steder i regionen, mens en højt specialiseret funktion typisk varetages 1-3 steder i landet. Et grundlæggende udgangspunkt for specialeplanlægningen er, at ”øvelse gør mester” ud fra en erkendelse af sammenhængen mellem sundhedsfaglig erfaring, kvalitet og patientvolumen. Det vil fx sige, at jo sjældnere en sygdom er, jo færre steder i landet skal den behandles. I henhold til Sundhedsloven har Sundhedsstyrelsen til opgave at fastsætte regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner og deres placering på hospitaler.

De internt medicinske afdelinger på Rigshospitalet varetager primært regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner og indgår dermed med få undtagelser ikke som en del af det generelle interne medicinske beredskab med et optageområde for hovedfunktionsniveau.

Regionens hospitalsplan beskriver en overordnet ramme for hospitalernes opgavevaretagelse, og planen fastlægger kun i begrænset omfang fordelingen af opgaver mellem de hospitalsmatrikler, der er sammenlagt under samme

hospitalsdirektion. Det er dog fortsat vigtigt, at der fastholdes en ensartethed på tværs af regionens planlægningsområder, så at der sikres et ensartet tilbud til regionens borgere, uanset hvor man bor. Der vil derfor være funktioner, hvor hospitalsplanen fastlægger, hvor (på hvilken matrikel) en funktion skal varetages, eksempelvis placeringen af akutmodtagelser og akutklinikker. Der vil ligeledes være funktioner/specialer, hvor en direktion ikke kan ændre på, hvor funktionen fysisk varetages på grund af de rammer for hospitalsdriften, som kvalitetsfundsbyggerierne fastlægger eller på grund af Sundhedsstyrelsens kriterier for at varetage en funktion (specialeplan)¹.

Herudover vil hospitalsdirektionen i samarbejde med koncerndirektionen have muligheden for at tilpasse hovedparten af aktiviteten og funktionerne på de forskellige matrikler, hvis en ændret fordeling mellem matriklerne i endnu højere grad vil kunne understøtte høj faglig kvalitet, sammenhæng og driftsoptimering². Den enkelte hospitalsdirektion beslutter således i stort omfang, hvordan de medicinske afdelinger organiseres.

Udgangspunktet for alle hospitalerne er, at den sundhedsfaglige organisering skal understøtte patientens forløb og forløbstankegangen. For hospitalerne er der fokus på at varetage funktionerne i patientforløbet med de rette kompetencer og at sikre sammenhæng mellem funktionerne. De enkelte hospitalers rammer er forskellige og påvirker dermed hospitalernes muligheder for organisering, men de samme funktioner kan varetages under forskellige organiseringsmodeller.

Tabellerne nedenfor beskriver, hvilke internt medicinske afdelinger, der er på hvert af regionens hospitaler samt hvilke specialer de pågældende afdelinger varetager.

Indledningsvist skal det bemærkes, at en afdeling typisk består af et eller flere sengeafsnit og et eller flere ambulatorier. Afdelingerne kan være organiseret på tværs af matrikler.

Tabel 1: Amager og Hvidovre Hospital (Planområde Syd)

Matrikel	Afdeling/Ledelse	Speciale
Hvidovre	Medicinsk Enhed	kardiologi
		lungemedicin
		endokrinologi
	Infektionsmedicinsk afdeling	infektionsmedicin
	Gastroenheden	gastroenterologi
	Akutmodtagelsen	geritrisk funktion (kun ambulant)
Amager	Medicinsk afdeling	kardiologi
		lungemedicin
		geriatri

¹ Denne beskrivelse fremgik af mødesag til Regionsrådet den 22. juni 2015.

² Denne beskrivelse fremgik også af mødesag til Regionsrådet den 22. juni 2015.

Glostrup	Medicinsk afdeling	intern medicin (kun ambulant)
		endokrinologi (kun ambulant)
		kardiologi
		lungemedicin
		geriatri
		intern medicin (kun ambulant)
		endokrinologi (kun ambulant)

Tabel 2: Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (Planområde Byen)

Matrikel	Afdeling/ledelse	Speciale
Bispebjerg	2 medicinske modtageafsnit	Brede internt medicinske problemstillinger, særligt nedenstående specialer.
		Lungemedicin
		endokrinologi
		gastroenterologi
		kardiologi
		geriatri
		endokrinologi
	Endokrinologisk afdeling I	endokrinologi
	Lungemedicinsk afdeling L	lungemedicin
	Abdominalcenter K	medicinsk gastroenterologi
Bispebjerg og Frederiksberg	Geriatrisk afdeling	geriatri
	Hjerteafdelingen	kardiologi
Frederiksberg	Medicinsk afdeling C, herunder akut medicinsk modtageafsnit	Intern medicin, herunder særligt nedenstående:
		endokrinologi
		gastroenterologi
		lungemedicin
		Reumatologi
	Reumatologisk afdeling De reumatologiske senge er i dag placeret i medicinsk afdeling.	

Tabel 3: Herlev og Gentofte Hospital (Planområde Midt)

Matrikel	Afdeling/ledelse	Speciale
Herlev	Gastroenheden	Medicinsk gastroenterologi og hepatologi indgår

		organisatorisk i enheden
	Nefrologisk afdeling	Nefrologi, udefunktion på Hvidovre Hospital, som kun behandler ambulante dialysepatienter
	Hæmatologisk afdeling	hæmatologi
	Medicinsk afdeling	Geriatrici, endokrinologi, lungemedicin, infektionsmedicin og Diagnostisk Enhed
Herlev og Gentofte	Hjertemedicinsk afdeling	kardiologi
Gentofte	Lungemedicinsk afdeling	lungemedicin
	Medicinsk afdeling	Geriatrici, endokrinologi, reumatologi*, medicinsk gastroenterologi

*) reumatologisk funktion samles i henhold til hospitalsplan 2020 på Rigshospitalet (Glostrup-matriklen) med ambulant udefunktion.

Tabel 4: Nordsjællands Hospital (Planområde Nord)

Matrikel	Afdeling/ledelse	Speciale
Hillerød og Frederikssund*	Kardiologisk,	kardiologi
	Nefrologisk og	nefrologi
	Endokrinologisk	endokrinologi
	Afdeling (KNEA): 2 sengeafsnit i Hillerød og 1 sengeafsnit i Frederikssund	
	Lunge- og	lungemedicin
	Infektionsmedicinsk	infektionsmedicin
	Afdeling (LIA): 2 sengeafsnit i Hillerød og 1 sengeafsnit i Frederikssund	
Frederikssund	Gastroenterologi, (ledelsesmæssigt placeret i kirurgisk afdeling)	gastroenterologi

*) visse opgaver varetages kun på Hillerød matriklen

Tabel 5: Bornholm Hospital

Matrikel	Afdeling/ledelse	Speciale
Bornholms Hospital	Medicinsk afdeling	Blandt andet kardiologi, lungemedicin, gastroenterologi, infektionsmedicin,

nefrologi, onkologi,
neurologi, reumatologi,
palliation og pædiatri

Tabel 6: Rigshospitalet

Matrikel	Afdeling/Ledelse	Speciale
Blegdamsvej	Hæmatologisk klinik, Finsencentret	hæmatologi
	Medicinsk Endokrinologisk, Abdominalcentret	endokrinologi
	Kardiologisk Klinik, Hjertecenteret	kardiologi
	Hepatologisk Klinik, Abdominalcentret	hepatologi
	Medicinsk gastroenterologisk, Abdominalcentret	gastroenterologi
	Afdeling 8642,08652, 8622, Finsenscentret	infektionsmedicin
	Nefrologisk 3131/2 og 3133/4, Abdominalcentret	nefrologi
Blegdamsvej og Glostrup	Videnscenter for Reumatologi og Ryg sygdomme, HovedOrtoCentret	reumatologi

Ledelsesstrukturen

De medicinske afdelinger ledes typisk af en afdelingsledelse bestående af én ledende oversygeplejerske og én ledende overlæge. Hvert sengeafsnit ledes typisk af en afdelingssygeplejerske. Der indgår desuden ofte en afsnitsansvarlig overlæge i afsnitsledelsen.

På Herlev og Gentofte Hospital har afdelingerne et antal funktionsområder inden for en række sygdomsområder med hver sin områdeledelse, som typisk består af en specialeansvarlig overlæge og en afdelingssygeplejerske.

3.1 Sammenligning af organiseringen af medicinske afdelinger

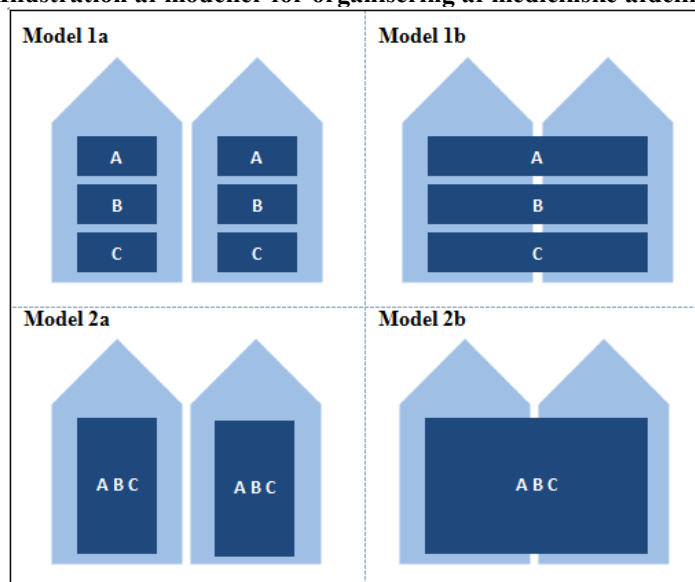
Det fremgår af beskrivelsen af medicinske afdelinger, at der er forskellige organiseringer af de medicinske afdelinger mellem hospitaler og planområder. Det vil dog i stort omfang være de samme funktioner, der varetages under forskellig organisering fx er det inden for hvert speciale de samme funktioner på hovedfunktionsniveau, som varetages af hospitalerne i de fire planområder.

Forskellene i organiseringen af de medicinske afdelinger består for det første i antallet af specialer den enkelte medicinske afdeling varetager. Der er både brede medicinske afdelinger, der varetager flere medicinske specialer, samt mere specialiserede medicinske afdelinger, der kun varetager ét enkelt speciale. For det andet er der forskel i, om afdelingerne dækker en matrikel eller om de går på tværs af hospitalets/planområdets matrikler.

Grundlæggende er der således følgende modeller:

1. Medicinske specialafdelinger (med kun et medicinsk speciale)
 - a. på en matrikel
 - b. på tværs af matrikler inden for hospitalet/planområdet
2. Brede medicinske afdelinger
 - a. på en matrikel
 - b. på tværs af matrikler inden for hospitalet/planområdet

Figur 1. Illustration af modeller for organisering af medicinske afdelinger



Eksempler på model 1a med en medicinsk specialafdeling på én matrikel er Rigshospitalets medicinske afdelinger. Eksempel på model 1b med en medicinsk specialafdeling på tværs af matrikler er hjerteafdelingen, der både ligger på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

De brede medicinske afdelinger er typisk underopdelt i grenspecialer, hvor der inden for hvert grenspeciale er specialeansvarlige overlæger og et antal af sengene på afdelingen hører til de forskellige grenspecialer. Et eksempel på model 2a med en bred medicinsk afdeling på en matrikel er medicinsk afdeling på Herlev Hospital eller medicinsk afdeling på Amager Hospital. Der er ikke på nuværende tidspunkt nogle medicinske afdelinger i regionen, der er organiseret som model 2b med brede medicinske afdelinger på tværs af matrikler, men modellen indgår i hospitalernes overvejelser for fremtidig organisering.

Der kan være yderligere varianter af modellerne for organisering fx kan de medicinske specialafdelinger på tværs af matrikler varetage mere end et speciale, som det fx er tilfældet for de to medicinske afdelinger på Nordsjællands Hospital, som dækker hhv. to og tre specialer. Dermed bliver organiseringen en mellemting mellem en specialafdeling på tværs af en matrikel og en bred medicinsk afdeling, der varetager adskillige specialer.

Inden for samme hospital kan der være grundlag for forskellige organiseringsmodeller for de forskellige medicinske afdelinger fx afhængigt af specialets sammenhæng til andre specialer og befolkningsunderlag.

Der er mange forhold, der skal afvejes i overvejelserne om organiseringen af de medicinske afdelinger. Som tidligere nævnt har langt de fleste patienter det man kunne kalde almene tilstande, som kan varetages på hovedfunktionsniveau. I takt med den tiltagende specialisering oplever hospitalerne behov for at opbygge specialistviden samt flere speciallæger, der finder det mindre fagligt attraktivt at mestre de alment tværgående medicinske tilstande, hvilke kan tale for oprettelse af specialiserede medicinske afdelinger. Omvendt er der behov for de brede medicinske kompetencer, og de opnås muligvis i højere grad på de bredere medicinske afdelinger.

I forlængelse heraf er der et hensyn til, at speciallæger fra medicinsk afdeling skal indgå i forskellige funktioner i akutmodtagelser og akutklinikker og dermed skal kunne favne kompleksiteten i patienternes akutte tilstande. Organiseringen af de medicinske afdelinger skal derfor understøtte en kobling til modtagelsen af medicinske patienter i akutmodtagelsen/akutklinik.

Endvidere går mange patienter på tværs af specialerne, fordi de fejler flere kroniske sygdomme. Herved opstår et øget koordineringsbehov mellem de medicinske specialer. Det kan særligt være en udfordring at koordinere på tværs af specialerne, hvis de er organiseret på forskellige afdelinger, og manglende koordinering kan risikere at føre til dårlige patientforløb. Så vidt muligt bør organiseringen også understøtte en sådan koordinering på tværs af specialer. Der er allerede iværksat tiltag for at understøtte denne koordination fx en tværdisciplinær ambulant funktion ”diagnostisk enhed” samt multidisciplinære teams.

Endelig påvirker faktorer som fysiske rammer, krav til den lægelige bemanding i forhold til kvalitet, vagtdækning og uddannelse de enkelte hospitalers mulighed for organisering af de medicinske afdelinger.

3.2 Styrker og svagheder ved forskellig organisering af medicinske afdelinger

Med udgangspunkt i de forskellige overvejelser gennemgås nedenfor styrker og svagheder ved de forskellige overordnede modeller for organisering.

Ad model 1a) Medicinske specialafdelinger på en matrikel

En væsentlig svaghed ved denne model er, at befolkningsunderlaget typisk ikke er tilstrækkeligt til at sikre økonomisk rationel drift af specialafdelinger for hvert speciale på alle matrikler. Det vil fx betyde forholdsmæssigt mange afdelingsledelser. Mindre afdelinger vil endvidere være sårbare i forhold til at sikre, at de rette personalekompetencer er til stede døgnet rundt. Som det fremgår af oversigten over organisering af de medicinske afdelinger er denne model særligt anvendt i organiseringen af afdelingerne på Rigshospitalet, da Rigshospitalet varetager behandling på højere specialiseringsniveau, hvilket forudsætter personale med specialiseret viden, og desuden medfører et større befolkningsunderlag, der gør det muligt at etablere større og mere robuste specialafdelinger.

I tilfælde af at læger fra specialafdelingerne også dækker funktioner i akutmodtagelse eller akutklinik er svagheden, at akutmodtagelsen/ akutklinikken skal samarbejde med mange forskellige specialafdelinger, og at der dermed ikke er et entydigt ledelsesansvar for varetagelse af funktionerne.

I forhold til belægning er svagheden, at specialiserede afdelinger er sårbare i spidsbelastningssituationer, og dermed er der større risiko for overbelægning. For de afdelinger, der varetager funktioner på højere specialiseringsniveau er der dog ikke tendens til, at der i samme grad opstår spidsbelastningssituationer, som på afdelinger, der varetager hovedfunktionsniveauet.

Nogle af svaghederne ved denne model kan minimeres ved, at afdelingerne dækker mere end et speciale.

Ad model 1b) Medicinske specialafdelinger på tværs af matrikler inden for hospitalet/planområdet.

Med medicinske specialafdelinger på tværs af matrikler er det muligt at skabe store og robuste afdelinger, styrke fagligheden samt understøtte et ensartet kvalitetsniveau på de forskellige matrikler. Et væsentligt hensyn er, at man ikke forøger antallet af afdelingsledelser og afdelingsadministrationer ud over, hvad der er nødvendigt. I denne model kan det derfor i nogle tilfælde også være hensigtsmæssigt, at en afdeling varetager flere specialer.

Fordelen ved denne model er en styrkelse af specialerne og af de faglige miljøer. Endvidere vil modellen være mere robust i forhold til eventuel speciallægemangel inden for det medicinske område og modellen kan således også bidrage til at håndtere speciallægemangel.

Modellen har dog også betydelige svagheder, som der skal tages højde for. Erfaringer viser, at mangel på lokal ledelse på en matrikel fører til prioriteringsdiskussioner på matriklen i forhold til kapacitet, faciliteter mv.

I forhold til belægning er svagheden, at specialiserede afdelinger indebærer begrænsede muligheder for fleksibel udnyttelse af kapaciteten på tværs af specialer og dermed risiko for overbelægning, og derfor kræves der mere koordinering på tværs af afdelinger i denne model i overbelægningssituationer. Ved afdelinger på tværs af matrikler er der dog mulighed for at udnytte

kapaciteten på tværs af matriklerne, hvilket dog kan betyde transport af patienterne.

Ad 2a) Brede medicinske afdelinger på en matrikel.

Der skal sikres en vis størrelse på afdelingerne for at kunne sikre økonomisk rationel drift, så alle de funktioner og bemandingsnormer, der normalt hører til driften af en medicinsk afdeling, kan varetages. I forhold til en organisering med mange specialafdelinger sparer man afdelingsledelser ved at varetage flere medicinske specialer på en bredere medicinsk afdeling. Til gengæld vil det fortsat være nødvendigt at have specialeansvarlige overlæger for alle de underliggende specialer.

Rekrutteringen af speciallæger kan være en udfordring i denne model, da det inden for de enkelte specialer kan være en udfordring at skabe et robust fagligt miljø i en afdeling med en bred profil. I forhold til vagtdækning vil det i nogle tilfælde med denne model være nemmere at sikre vagtdækning af speciallæger, hvis der etableres en fælles vagtdækning, da der er en større volumen af speciallæger inden for forskellige medicinske specialer. Hvis afdelingen er lidt mere specialiseret, hvilket en medicinsk afdeling på et akuthospital typisk er, så vil det dog være nødvendigt at sikre vagtdækning inden for alle grenspecialer.

I forhold til dækning af funktioner i akutmodtagelsen eller akutklinik vil denne organiseringsmodel bidrage til at sikre en robusthed i varetagelse af de lægelige funktioner, da der er et entydigt ledelsesansvar for at sikre dette. Desuden favner afdelingen et bredt spektrum af specialer, som dermed i høj grad dækker kompleksiteten i akutmodtagelsen.

I forhold til belægningen indebærer de brede medicinske afdelinger mulighed for fleksibel udnyttelse af sengene på tværs af specialer. Svagheden er dog, at hvis der stor efterspørgsel efter senge inden for flere specialer samtidigt, så kan brede medicinske afdelinger i højere grad blive udfordret af overbelægning.

Ad 2b) Brede medicinske afdelinger på tværs af matrikler

Med brede medicinske afdelinger på tværs af matrikler er det muligt at skabe store og robuste afdelinger samt at styrke fagligheden inden for alle grenspecialerne i afdelingen. Det vil også understøtte et ensartet kvalitetsniveau på de forskellige matrikler. Modellen har mange af de samme styrker og svagheder som organiseringsmodellen med specialafdelinger på tværs af matrikler. Forskellen er dog, at der er færre afdelingsledelser i denne model med brede medicinske afdelinger på tværs af specialer. Til gengæld kan mangel på lokal ledelse på matriklen være en udfordring.

I forhold til belægning indebærer denne model de samme styrker og svagheder, som en bred medicinsk enhed på en matrikel. Det vil sige, at der er mulighed for fleksibel udnyttelse af kapaciteten, men at afdelingen kan være særligt udfordret af overbelægning når eller hvis, der er spidsbelastningssituationer inden for flere specialer samtidigt.

Endelig repræsenterer denne model en endnu større robusthed i varetagelsen af de lægelige funktioner i akutmodtagelse eller akutklinik, da der typisk vil være et endnu større volumen af speciallæger i sammenligning med en bred medicinsk afdeling på en matrikel alene.

Delkonklusion

Udgangspunktet for alle hospitalerne er, at den sundhedsfaglige organisering skal understøtte patientens forløb og forløbsstakegangen. For hospitalerne er der fokus på at varetage funktionerne i patientforløbet med de rette kompetencer og at sikre sammenhæng mellem funktionerne. De enkelte hospitalers rammer er forskellige og påvirker dermed mulighederne for organisering, men samme funktioner kan varetages under forskellige organiseringsmodeller.

Samlet set har hospitalsfusionerne med større organisatoriske enheder muliggjort flere forskellige modeller for organisering af de medicinske afdelinger og understøttelse af sammenhæng i patientforløb, høj kvalitet i behandlingen og en hensigtsmæssig udnyttelse af kapaciteten.

Det enkelte hospital beslutter i stort omfang, hvordan hospitalets afdelinger er organiseret, herunder afdelingsledelsens spænd over specialer. Der er en lang række faktorer, der udgør rammerne for de enkelte hospitalers mulighed for organisering af de medicinske afdelinger, herunder fx fysiske forhold og rekrutteringssituationen særligt for speciallæger. De medicinske afdelinger på regionens hospitaler er givet de forskellige rammer organiseret forskelligt, og der er styrker og svagheder ved de forskellige modeller. På baggrund af denne beskrivelse er der ikke grundlag for at anbefale en organiseringsmodel frem for en anden. Et væsentligt hensyn i organiseringen er dog, at der er en tæt kobling mellem de internt medicinske specialer og modtagelsen af medicinske patienter i akutmodtagelsen/akutklinikken.

Forslag til målsætning/løsning:

Der sikres en tæt kobling mellem de internmedicinske specialer og modtagelsen af medicinske patienter i akutmodtagelse/akutklinik.

(forslag 8 i skemaet)

3.3 Visitation til de medicinske afdelinger

Region Hovedstaden har fire Centrale Visitationenheder (CVI) – én i hvert af de fire planområder. CVI'erne er forankret i akutmodtagelserne på de fire akuthospitaler.

CVI's hovedopgave er at formidle akutte og elektive henvisninger fra praktiserende læger og indlæggelser via Akuttelefonen 1813 til relevante kliniske afdelinger, og derigennem optimere samt sikre logistikken omkring henvisningsforløb.

Når CVI'erne modtager en henvisning visiteres patienterne ud fra hospitalernes optageområde med hensyn til det konkrete speciale. Naturligvis med respekt for patientens frie valg.

Overordnet set arbejder de fire CVI'er efter de samme principper. Samtidig er der lokalt aftalt rammer for hvilke patienter, der indlægges på hvilke afdelinger på hvilke tidspunkter. Med CVI'er er der skabt mulighed for at patienterne kan visiteres til den afdeling, der har ledig kapacitet.

Hvis en akutmodtagelse eller akutklinik oplever en særlig spidsbelastning, så er der aftalt en procedure for, hvordan der i en periode kan lukkes for akutmodtagelse og akutklinik for ambulanceindbragte patienter og patienter henvist via Akuttelefonen 1813. Den Præhospitale Virksomhed koordinerer en sådan lukning og den er begrænset til en time. Patienter vil i så fald blive indbragt eller henvist til et andet hospitals akutmodtagelse.

Tilsvarende er der aftalt en procedure for midlertidig omvisitering af patienter til akut indlæggelse, som følge af overbelægning på afdeling, hvor patienten indlægges uden om akutmodtagelse/akutklinik. Typisk vil omvisiteringen ske til en anden afdeling i eget planområde.

3.3.1 Regionalt overblik over kapacitet

På regionalt niveau overvåger Den Præhospitale Virksomhed desuden intensivkapaciteten i hele regionen tre gange dagligt.

Samtidig har de enkelte hospitaler mulighed for at få oversigt over egen ledig sengekapacitet gennem en elektronisk belægningsoversigt. Alle afdelinger samt CVI mv har adgang til den elektroniske belægningsoversigt for alle hospitalerne, hvorved der også gives mulighed for at se på tværs af planområdenes/regionens hospitaler. Oversigten giver et øjebliksbillede og er i sin nuværende udformning retningsanvisende og ikke fuldstændig tidstro. Derfor suppleres dette med andre redskaber til den overordnede kapacitetsstyring på hospitalsniveau. Som det fremgår af afsnit 5.2. om bl.a. flow på de medicinske afdelinger kan det fx være tavlemøder på afsnitsniveau og daglige kapacitetskonferencer.

Med Sundhedsplatformen vil det enkelte hospitals akutmodtagelser/akutklinikker få et stærkt forbedret redskab til tidstro at vurdere kapaciteten og vil dermed hurtigere kunne eskalere beredskabsplaner i tilfælde af udsigt til overbelægning.

Med hospitalsfusionerne er der åbnet for potentiel bedre udnyttelse af kapaciteten, da der er ét hospital i hvert planområde, og da det enkelte hospital har flere matrikler. Som det fremgår af afsnittet om organisering af de medicinske afdelinger giver det fx hospitalerne mulighed for at organisere medicinske afdelinger på tværs af matrikler. For at de tværgående afdelinger kan udnytte potentialet for fleksibel kapacitetsudnyttelse forudsætter det, at visitationen også understøtter en hensigtsmæssig fordeling af patienterne på tværs af matrikler. Det skal samtidig ske under hensyntagen til at minimere unødigt transport for patienterne.

Delkonklusion

I dag er der inden for hvert planområde en Centrale Visitationsenhed, der formidler akutte og elektive henvisninger fra praktiserende læger samt indlæggelser via Akuttelefonen 1813 til relevante kliniske afdelinger i planområdet.

Der findes desuden systemer (elektroniske og organisatoriske) der giver visse muligheder for overblik over kapacitet og fordeling derefter. Med Sundhedsplatformen vil det enkelte hospitals akutmodtagelser/akutklinikker få et stærkt forbedret redskab til tidstro at vurdere kapaciteten.

En væsentlig styrkelse af mulighederne for fleksibel kapacitetsudnyttelse kunne være at se på mulighederne for fleksibel kapacitetsudnyttelse på tværs af hospitaler og planområder.

Forslag til målsætning/løsning:

Muligheder for mere fleksibel kapacitetsudnyttelse på tværs af hospitaler og planområder skal undersøges.

(forslag 10 i skemaet)

4 Aktivitet og kapacitet på de medicinske afdelinger

4.1 Hvad er kapacitet?

Kapacitet er et udtryk for ”produktionsmulighederne” på en afdeling eller et hospital. Hvis der ingen kapacitetsudfordringer skal være, skal hospitalet kunne producere den kapacitet, som er nødvendig for at dække ”efterspørgslen” på et givent tidspunkt.

Produktionsmulighederne er afhængige af, at de rette ressourcer er til rådighed i tilstrækkeligt omfang. Ressourcerne kan fx være personale, apparatur, fysiske rammer og teknologi. Det er de mest knappe ressourcer, der er afgørende for, hvor mange patienter, hospitalet kan undersøge eller behandle. Eksempelvis er det ikke tilstrækkeligt at have fysiske senge og sengestuer nok i forhold til at undgå overbelægning. Der skal også være tilstrækkeligt med personale til at kunne holde sengene i drift. Hvis man vil reducere overbelægningen, er det derfor heller ikke tilstrækkeligt at se på sengeafsnittene alene, da en del af det sundhedsfaglige personale også er beskæftiget i ambulatorierne. Sengekapacitet og ambulant kapacitet hænger således sammen.

Kapaciteten – eller produktionen – på et givent tidspunkt kan eksempelvis måles i ambulante besøg, operationer eller sengedage. Overbelægning på sengeafdelinger og ventelister til udredning og behandling er et udtryk for, at der ikke er tilstrækkelig kapacitet på et givent område på et givent tidspunkt. Hvis overbelægning og ventelister helt skal undgås vil det dog kræve en meget betydelig bufferkapacitet. Bufferkapacitet er dyrt, og dermed et spørgsmål om økonomisk prioritering. Herudover kræver det, at ressourcerne kan anskaffes, eksempelvis at opslåede speciallægestillinger kan besættes.

Der er dog god grund til løbende at se på, hvordan de forhåndenværende ressourcer udnyttes bedst muligt. Målet må være, at der skabes mest mulig kapacitet inden for de gældende økonomiske rammer under hensynstagen til såvel faglig som patientoplevet kvalitet. De væsentligste faktorer i forhold til bedre kapacitetsudnyttelse på det medicinske område vurderes for nuværende at være:

- Hospitalets overordnede fysiske struktur og hospitalets lokaler
- Flow på de medicinske afdelinger og særlige forhold vedr. medicinske patienter
- Personale: Rekruttering, fastholdelse og kompetenceudvikling
- Tværsektorielt samarbejde/ kapacitet i kommunerne

Det bemærkes, at nogle forhold lader sig påvirke på kort sigt, mens ændring af andre forhold kan have en lang tidshorisont, fx bygningsmæssige og tekniske forhold.

I de følgende afsnit beskrives den nuværende og forventede fremtidige aktivitet og kapacitet. De ovennævnte fire faktorer af betydning for kapacitetsudnyttelsen behandles i kapitel 5.

4.2 Den nuværende aktivitet

Den samlede aktivitet på de medicinske afdelinger kan overordnet set opgøres som sengedage for indlagte patienter og ambulante besøg for patienter i ambulante forløb. I 2014 var der i alt godt 572.000 sengedage fordelt på godt 154.000 udskrivninger (3,7 sengedage pr. udskrivning) og knap 1.082.000 ambulante besøg, jf. Tabel 7.

I 2014 var der godt 89.000 patienter, der var indlagt én eller flere gange på en medicinsk afdeling i Region Hovedstaden og godt 208.000 patienter, der havde ét eller flere ambulante besøg. Siden 2012 er sket en væsentlig stigning i antallet af ”unikke” ambulante og indlagte patienter. Samtidig er liggetiden for indlagte patienter faldet, jf. nedenfor. Det betyder samlet set, at der er flere og flere patienter, som skal igennem hospitalsvæsenet på kortere tid. De udfordringer, der er forbundet hermed, er nærmere beskrevet i afsnit 5.2 om flow på de medicinske afdelinger og særlige forhold vedr. medicinske patienter.

Til sammenligning boede der i 2014 1.753.976 i regionen. Aktiviteten på hospitalerne dækker dog ikke alene over borgere bosat i Region Hovedstaden. Som følge af reglerne om frit valg, er der patienter fra andre regioner, som vælger at blive behandlet i Region Hovedstaden, ligesom der er specialiseret behandling, der som følge af Sundhedsstyrelsens specialeplan varetages for borgere for andre regioner. Hertil kommer behandling af borgere fra Grønland og Færøerne.

Tabel 7. Udskrivninger, sengedage og ambulante besøg i medicinsk blok, 2012-2014. Kilde: eSundhed.

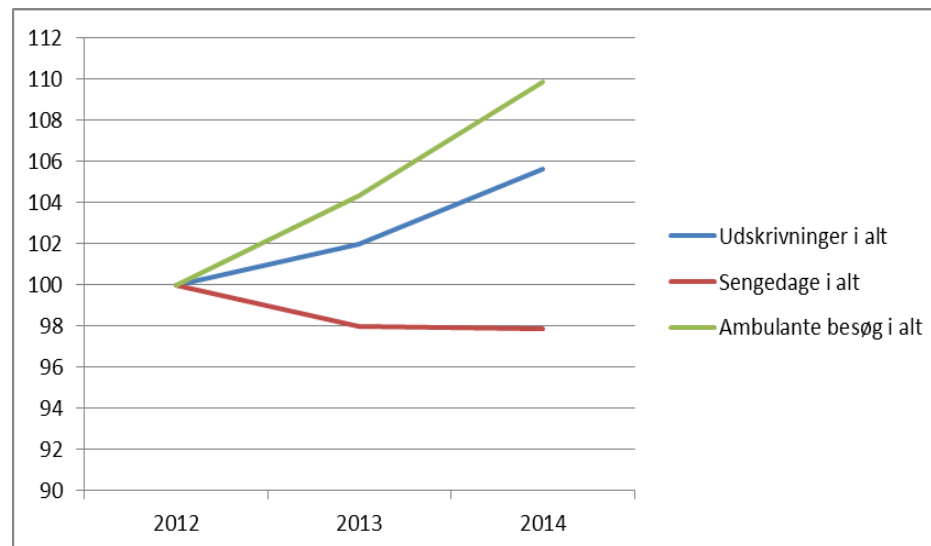
	2012	2013	2014
Udskrivninger i alt	146.136	149.009	154.372
Udskrevne patienter (unikke CPR-nr.)	84.736	86.509	89.092
Udskrivninger pr. patient (unikke CPR-nr.)	1,7	1,7	1,7
Sengedage i alt	584.912	572.955	572.239
Sengedage pr. patient (unikke CPR-nr.)	6,9	6,6	6,4
Sengedage pr. udskrivning (gennemsnitlig liggetid)	4,0	3,8	3,7
Ambulante besøg i alt*	984.714	1.027.321	1.081.510
Ambulante patienter (unikke CPR-nr.)	186.825	198.399	208.287
Ambulante besøg pr. patient (unikke CPR-nr.)	5,3	5,2	5,2

* Ekskl. skadestuebesøg/akut ambulante besøg

Den generelle udvikling går mod færre sengedage og flere ambulante besøg, dvs. en omlægning fra behandling under indlæggelse (stationær behandling) til ambulante behandling. Som det fremgår af Figur 2 er der siden 2012 sket en stigning i det samlede antal ambulante besøg på ca. 10 pct. og et fald i det

samlede antal sengedage på ca. 2 pct. Til sammenligning var befolkningstilvæksten 2 pct. fra 2012 til 2014. Hertil kommer, at den ældre

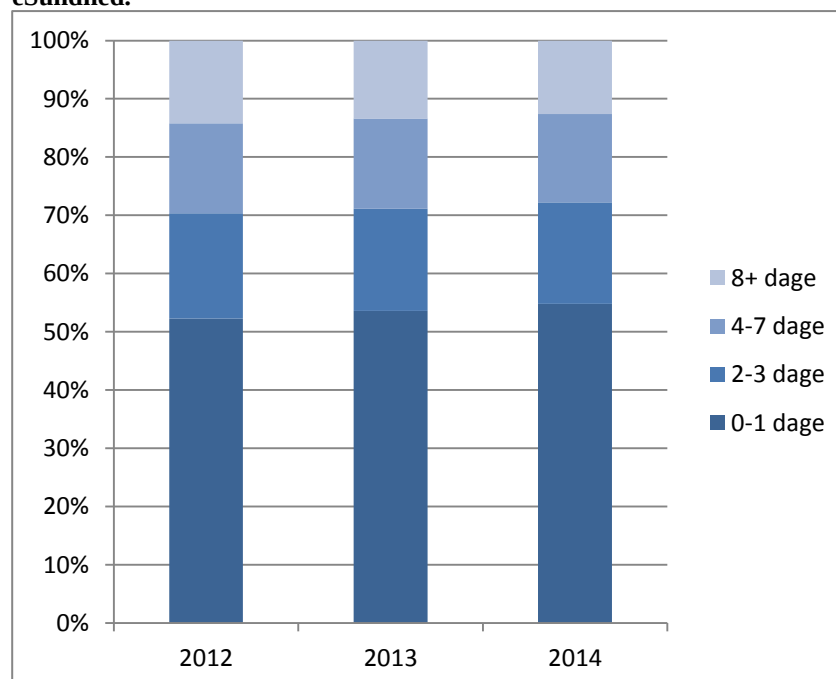
Figur 2. Indekseret udvikling i udskrivninger, sengedage og ambulante besøg i medicinsk blok. 2012-2014 (2012 = indeks 100). Kilde: eSundhed.



del af befolkningen bliver større og større, jf. det efterfølgende afsnit om den forventede fremtidige aktivitet.

Samtidig med at det samlede antal sengedage er faldet, er antallet af udskrivninger steget med knap 6 pct. Det afspejler, at den gennemsnitlige liggetid (sengedage pr. udskrivning) er faldet fra 4,0 til 3,7 dage fra 2012 til 2014. Andelen af lange indlæggelser er blevet mindre og andelen af korte indlæggelser større, jf. Figur 3. Konkret er andelen af indlæggelser med en varighed på 8 dage eller mere faldet fra 14,2 pct. i 2012 til 12,6 pct. i 2014.

Figur 3. Antal sengedage pr. indlæggelse for medicinsk blok, 2012-2014. Kilde: eSundhed.



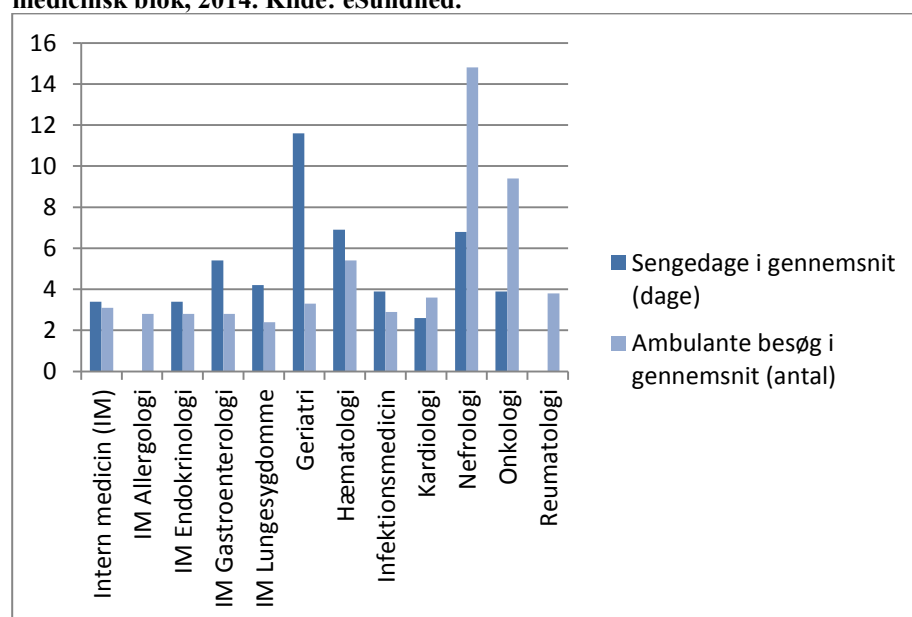
Der er store forskelle i det gennemsnitlige antal sengedage og det gennemsnitlige antal ambulante besøg pr. patient pr. år inden for de forskellige specialer i medicinsk blok, jf. Figur 4. Eksempelvis ses mange ambulante besøg pr. patient inden for nefrologi og onkologi, hvilket afspejler, at patienterne er i længerevarende dialyse- og kemobehandlingsforløb.

Der ses også forskelle mellem afdelinger inden for samme speciale (ikke illustreret). Fx har den kardiologiske afdeling, der har flest ambulante besøg pr. patient, næsten dobbelt så mange ambulante besøg, som den kardiologiske afdeling, der har færrest. Der ses også store forskelle inden for gennemsnitligt antal sengedage.

De specialeopdelte data skal dog tolkes med varsomhed, da der er forskelle i hvordan de medicinske afdelinger, som varetager flere specialer, er kategoriseret. De forhåndenværende data er derfor ikke fuldstændig sammenlignelige, og der er behov for at arbejde videre med data, inden der kan drages konklusioner. Nogle forskelle kan skyldes, at data ikke er sammenligneligt, mens andre forskelle kan give anledning til at se på, hvilke forskelle i organisering mv., der gør det muligt for nogle afdelinger, at tilrettelægge mere effektive patientforløb end andre.

I forlængelse af regionens budget for 2016 er det besluttet, at der speciale for speciale skal ske benchmark (sammenlignende analyser) for specialer, hvor der er afdelinger på flere hospitaler i regionen. Benchmark-projektet er igangsat i slutningen af 2015 med en analyse af nefrologiske afdelinger. Benchmark-projektet er ikke afgrænset til medicinsk blok, men det er planen, at alle medicinske specialer gennemgås.

Figur 4. Sengedage og ambulante besøg i gennemsnit pr. patient pr. speciale i medicinsk blok, 2014. Kilde: eSundhed.



Delkonklusion

Udviklingen går mod færre sengedage og flere ambulante besøg, dvs. en omlægning fra behandling under indlæggelse til ambulant behandling. Samtidig falder den gennemsnitlige liggetid, dvs. antallet af sengedage pr. udskrivning bliver lavere. Alt i alt er der flere patienter, som skal gennem hospitalsvæsenet på kortere tid.

Der er store forskelle i det gennemsnitlige antal sengedage og det gennemsnitlige antal ambulante besøg pr. patient inden for de forskellige specialer i medicinsk blok. Der ses også forskelle mellem afdelinger inden for samme speciale. Der er bl.a. derfor igangsat et benchmark-projekt, der speciale for speciale vil se nærmere på data, herunder hvordan data kan understøtte videndeling mellem afdelinger om udbredelse af bedste praksis i forhold til såvel patientbehandling som organisering. I benchmark-projektet vil de medicinske specialer endokrinologi, lungemedicin, geriatri, infektionsmedicin og kardiologi, der på de fleste hospitaler ikke er organiseret i selvstændige afdelinger, blive gennemgået samlet.

Forslag til målsætning/ løsning:

I regi af det igangværende benchmark-projekt fokuseres der speciale for speciale på sammenlignende analyser mellem hospitaler, herunder fx i forhold til liggetider og ambulatoriebesøg med henblik på at skabe kapacitet til flere patienter.

(forslag 4 i skemaet)

4.3 Den nuværende kapacitet

Der er ikke en enkel og præcis metode til at vurdere om kapaciteten er tilstrækkelig. Kapacitet til indlagte patienter kan opgøres som disponible senge. Ved opgørelse af disponible senge fratrækkes senge, som midlertidigt ikke er i brug grundet ombygning, ferie, mangel på personale mv. Disponible senge er således de senge, som reelt er til rådighed på et givent tidspunkt. Belægningsgraden, dvs. i hvilken grad de disponible senge er i brug, er et udtryk for om de disponible senge dækker behovet, og overbelægning er dermed et udtryk for, at der ikke er kapacitet nok til indlagte patienter på et givent tidspunkt.

Som beskrevet indledningsvist i kapitel 4 er der sammenhæng mellem sengekapacitet og ambulant kapacitet, bl.a. fordi der er overlap i det sundhedsfaglige personale, der tager sig af indlagte og ambulante patienter. På det ambulante område findes der ikke på tværs af hospitalerne oversigter over den tilgængelige kapacitet på samme måde, som der gør for sengeafdelingerne. Endvidere udgøres patienterne i ambulatorierne primært af elektive patienter, som ikke skal tilses akut. På det ambulante område er der ved kapacitetsudfordringer således bedre mulighed for at prioritere patienterne, således at de patienter, som ud fra en lægeligfaglig vurdering har størst behov for hurtig udredning, behandling eller kontrol, kommer til først. Ventetiden til ambulant udredning og behandling, herunder om det kan ske

inden for gældende lovbestemte frister, er dermed et udtryk for om der er kapacitetsudfordringer på det ambulante område.

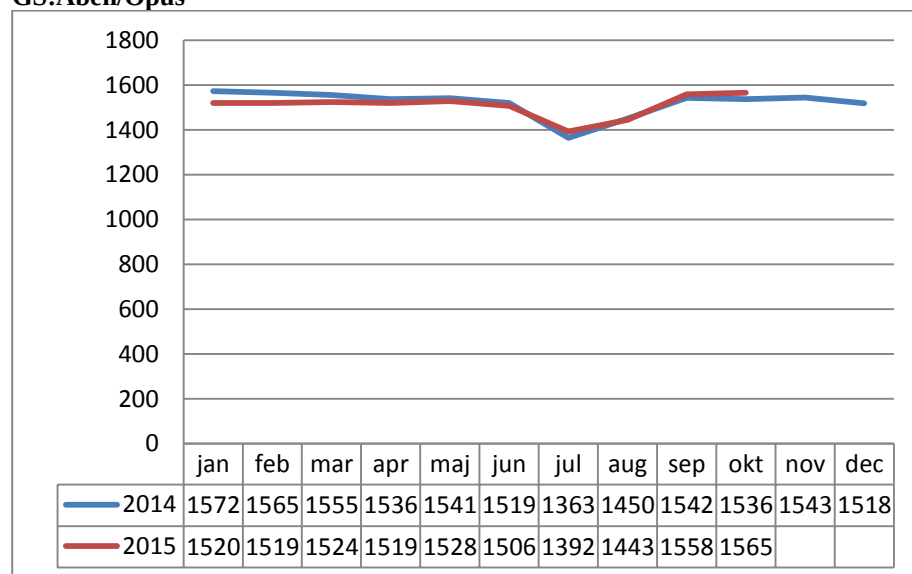
4.3.1 Kapacitet til indlagte patienter

Siden 1. januar 2014 er antallet af disponible senge opgjort efter en ensartet national metode. Senge i akutmodtagelser, som anvendes til medicinske patienter opgøres særskilt, indgår ikke i opgørelserne af de medicinske senge.

Ved seneste opgørelse for oktober 2015, var der 1.565 disponible medicinske senge i Region Hovedstaden. Henover året er der variationer i antallet af disponible senge. Hospitalerne tilpasser antallet af disponible senge til behovet samt tilgængelige ressourcer fx i form af en nedjustering i sommermånederne, hvor personalet skal have mulighed for at afvikle ferie. Det betyder også, at antallet af disponible senge opjusteres i vintermånederne januar og februar, hvor der typisk opleves flere indlæggelser end de øvrige måneder. Ligeledes kan omorganisering af afdelingsstrukturen eller vakancer blandt plejepersonalet give anledning til, at antallet af disponible senge justeres.

Ved en sammenligning af årene 2014 og 2015 fremgår det, at der er mindre forskelle i antallet af disponible senge i sammenlignelige måneder. Der ses fx ca. 50 færre disponible senge i januar og februar 2015 i sammenligning med året før, mens der i oktober ses ca. 30 flere disponible senge i 2015.

Figur 5. Disponible senge på medicinske afdelinger 2014-2015. Kilde: GS!Åben/Opus



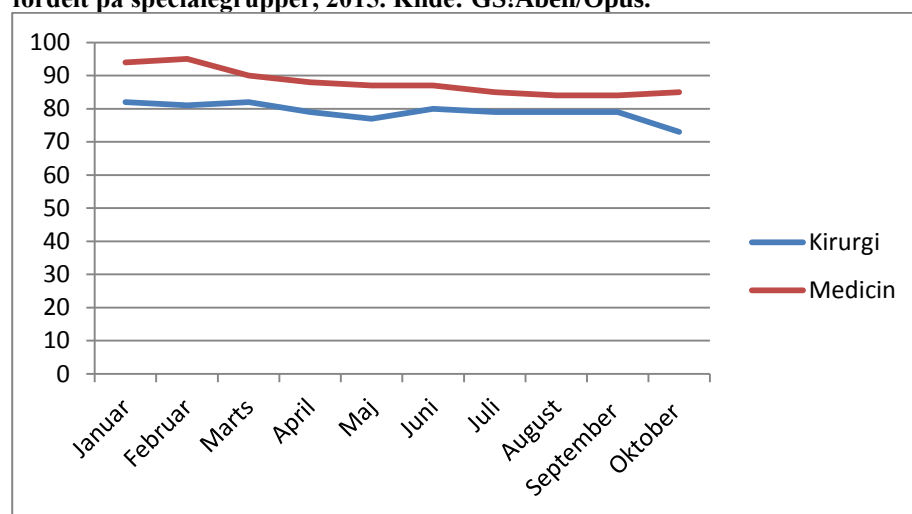
I hvilken grad de disponible senge er i brug og dermed dækker sengebehovet på et givent tidspunkt opgøres ved belægningsgraden. Målingerne sker ud fra en ensartet national metode, hvor det opgøres, hvor mange af afdelingens disponible senge, der kl. 23.00 var optaget af patienter. Opgørelse kl. 23 er valgt som *indikator* for om belægningen kan betragtes som massiv eller ej. Længere perioder med belægning på over 100 pct. på det tidspunkt af dagen,

hvor patientudskiftningen i sengene bør være lavest og hvor der bør være ro for natten, indikerer, at belægningssituationen er anstrengt og vil kunne medføre senge på gangene, inddragelse af opholdsstuer, ekstrabelægning på sengestuer mv.

Ofte præsenteres belægningsgraden som et gennemsnit henover måneden. Der kan være perioder over måneden, over ugen eller over døgnet, hvor belægningen afviger fra det månedlige gennemsnit. Ligeledes kan der være afdelinger eller sengeafsnit på den enkelte afdeling, hvor belægningen afviger fra belægningen på de øvrige afdelinger/den øvrige del af afdelingen.

Af Figur 6 fremgår udviklingen i den samlede gennemsnitlige belægningsgrad pr. måned for henholdsvis medicinske og kirurgiske specialer. Belægningen er beregnet ud fra det samlede antal disponible og belagte senge inden for hvert område og giver således ikke et billede af belægningen på de enkelte afdelinger. Figuren illustrerer derimod, at det medicinske område samlet set har større udfordringer med overbelægning end kirurgi, og at belægningen er højst i vintermånederne.

Figur 6: Udvikling i den samlede gennemsnitlige belægningsgrad pr. måned fordelt på specialegrupper, 2015. Kilde: GS!Åben/Opus.



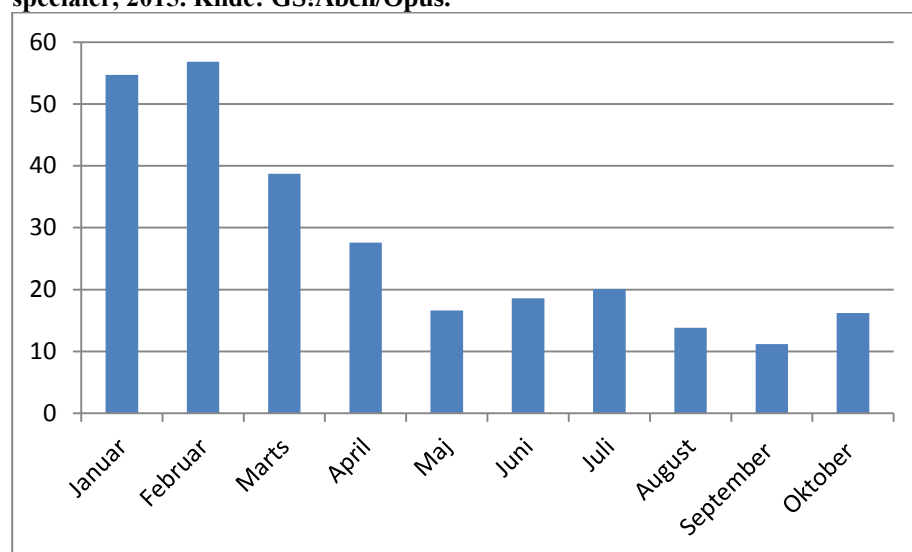
Til trods for at den samlede gennemsnitlige belægningsgrad er under 100 inden for de medicinske specialer, har der i hele perioden været dage med overbelagte senge, hvor der på nogle afdelinger har været flere indlagte patienter end der har været disponible sengepladser til.

I den samlede gennemsnitlige belægningsgrad pr. måned kan overbelægning således blive udlignet over måneden eller på tværs af forskellige afdelinger, mens en eventuel overbelægning i dele af organisationen eller i kortere perioder tydeligere vil fremgå i en opgørelse af antal overbelagte senge i gennemsnit pr. dag. Man kan som et forsimplet eksempel på variation mellem afdelinger forestille sig et hospital med to afdelinger (afdeling A og afdeling B). Afdeling A har 10 disponible senge og 7 af sengene er belagt kl. 23. Afdeling B har også 10 disponible senge, men 12 senge belagt kl. 23.

Den gennemsnitlige belægningsgrad vil i så fald være 95 pct., mens opgørelsen af antallet af overbelagte senge denne dag vil være 2 senge.

Figur 7 fremgår det gennemsnitlige antal overbelagte senge pr. dag inden for de medicinske specialer. Tallet viser, at der i vintermånederne er ca. 55-57 overbelagte sengepladser i gennemsnit pr. dag i hele regionen, faldende til ca. 14-20 sengepladser i sommermånederne. Til sammenligning var der ca. 1.400-1.500 disponible senge i perioden, jf. Figur 5.

Figur 7: Antal overbelagte senge i gennemsnit inden for de medicinske specialer, 2015. Kilde: GS!Åben/Opus.



Data for det medicinske område dækker over store variationer afdelingerne imellem (ikke illustreret). Der er medicinske afdelinger, der ofte har en høj belægning og andre afdelinger, hvor der ud fra data ikke er de samme udfordringer. Der er som nævnt forskel i organiseringen af de medicinske afdelinger, hvilket vanskeliggør en egentlig sammenligning af specialerne.

Det skal bemærkes, at kompetencerne i den pågældende afdeling er afgørende for, hvor patienten indlægges også selvom det i perioder kan give pladsproblemer. Et eksempel er en patient, der fejler en sygdom, der kun lader sig behandle eller overvåge på hjerteafsnittet. I så fald er det lægefagligt mest forsvarligt, at patienten forbliver på dette afsnit, selvom det i perioder kan give pladsproblemer fremfor at flytte patienten til et andet afsnit eller afdeling.

4.3.2 Kapacitet til ambulante patienter

Nyhenviste elektive patienter er omfattet af ”udredningsretten” og ”behandlingsgarantien”, jf. Boks 1. Langt størstedelen af disse patienter er i ambulante forløb. En indikator for, om der er kapacitetsudfordringer i ambulant regi på regionens egne hospitaler, er således, hvor stor en andel af patienterne, som tilbydes hhv. udredning og behandling i privat regi for at give patienterne et rettidigt tilbud.

Boks 1. Udredningsret og behandlingsgaranti

Udredningsretten indebærer, at patienter, der er henvist til udredning, skal have et tilbud om at blive udredt inden for 1 måned fra henvisningstidspunktet, hvis det er fagligt muligt. Hvis hospitalet grundet kapacitetsmangel ikke kan tilbyde patienten udredning inden for 1 måned, skal det forsøge at få udredt patienten inden for 1 måned på andre offentlige eller private sygehuse og klinikker, som regionen har indgået aftale med.

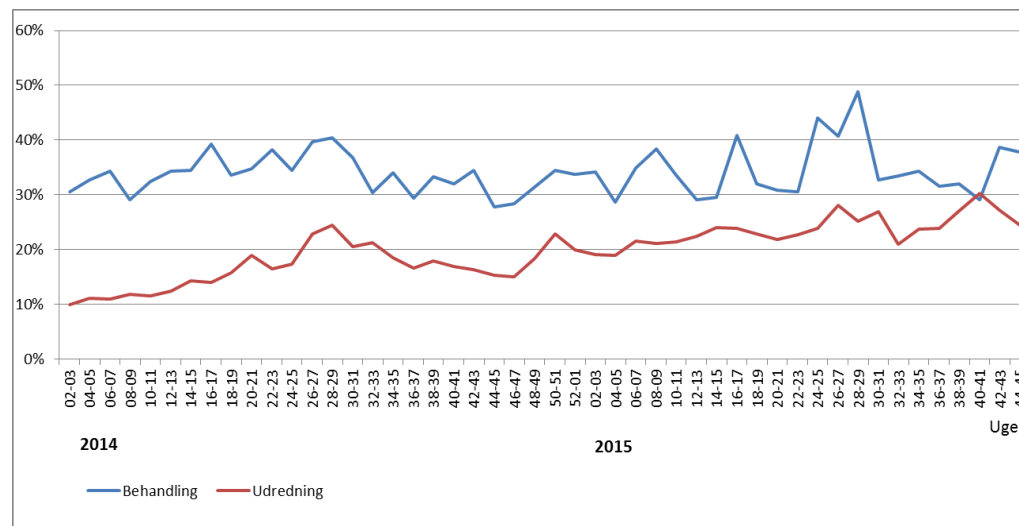
Det udvidede frie sygehusvalg ("behandlingsgarantien") indebærer, at patienter henvist til behandling har ret til viderehenvisning til private aftalesygehus, såfremt regionen ikke kan tilbyde patienten behandling inden for hhv. 30 eller 60 dage. Ret til viderehenvisning forudsætter, at der er indgået aftale med et privat aftalesygehus om den visiterede behandling. Om patienten har ret til behandling inden for 30 eller 60 dage afgøres ud fra en række fastsatte hensyn.

Det bemærkes, at patienter henvist med livstruende sygdom udredes og behandles hurtigt, fx i regi af pakkeforløb for kræft- og hjertesygdom.

Som det fremgår af Figur 8, er det i runde tal 10-30 pct. af patienterne, som ikke kan tilbydes udredning på regionenes egne hospitaler inden for gældende frister, og tilsvarende gælder for 30-40 pct. af patienterne henvist til behandling. For patienter henvist til udredning ses en stigning henover perioden. Data viser således, at der ikke er tilstrækkelig kapacitet til at kunne tilbyde patienterne udredning og behandling inden for gældende frister i eget regi i Region Hovedstaden. Kapacitetsudfordringer ses til trods for, at den samlede ambulante aktivitet er stigende, jf. figur 2. Det bemærkes, at data omfatter alle somatiske afdelinger, herunder også kirurgiske.

Det er vigtigt at understrege, at lovgivningen som udgangspunkt fortsat er overholdt, selvom udredning eller behandling ikke kan tilbydes inden for gældende frister på et af regionens hospitaler. Det afgørende er, at patienten i stedet tilbydes viderevisitering til privat regi i henhold til gældende regler.

Figur 8. Patienter der ikke kan tilbydes udredning og behandling på regionens egne hospitaler inden for hhv. udredningsrettens og behandlingsgarantiens tidsfrister, 2014-2015. Kilde: Region Hovedstadens monitorering af indkaldelsesbreve.



Fra arbejdet med implementering af udredningsretten er det identificeret, at der særligt er udfordringer inden for følgende specialer/områder, hvoraf gastroenterologi, kardiologi og dermatologi er medicinske:

- Gastroenterologi og kirurgi
- Kardiologi
- Neurologi, herunder demens
- Dermatologi, herunder allergologi
- Pædiatri
- Urologi (afhjælpes af lokal samarbejdsaftale med private leverandører)
- Oftalmologi (afhjælpes af lokal samarbejdsaftale med private leverandører)

På de fleste områder beskrives speciallægemangel, som den ressource, der begrænser kapaciteten. De enkelte hospitaler arbejder målrettet med området. Der ses både på muligheder for kapacitetsudvidelse og muligheder for at udnytte ressourcer endnu bedre, herunder varetagelse af kontroller samt håndtering af udeblivelser og aflysninger.

Delkonklusion

Der er udfordringer med at skaffe tilstrækkelig kapacitet til indlagte medicinske patienter. Den samlede gennemsnitlige belægningsgrad inden for de medicinske specialer er generelt under 100, men året rundt ses der overbelagte senge. Overbelagte senge er særlig udtalt i vintermånederne. Endvidere er der store variationer afdelingerne imellem.

Der er endvidere udfordringer med at skaffe tilstrækkelig ambulant kapacitet. Der er en række patienter, der ikke kan tilbydes udredning og behandling på regionens egne hospitaler inden for de frister, som gælder i forhold til udredningsretten og behandlingsgarantien.

Forslag til målsætninger og løsninger ift. endnu bedre udnyttelse af såvel sengekapacitet som ambulant kapacitet fremgår af afsnit 5.3 om flow på de medicinske afdelinger.

4.4 Den fremtidige aktivitet og kapacitet

Regionen følger løbende hospitalernes kapacitetsbehov med udgangspunkt i forventningerne til den fremtidige aktivitet vedr. sengedage og ambulante besøg. Der foretages fremskrivninger, der tager udgangspunkt i forventningerne til såvel befolkningsudvikling som medicinsk og teknologisk udvikling. Forventningerne til den medicinske og teknologiske udvikling bygger på den historiske udvikling, dvs. en antagelse om, at den udvikling, der er sket de seneste år, vil fortsætte. Konkret bygger den seneste fremskrivning på en antagelse om, at udviklingen, der er sket i perioden 2007-2012, vil fortsætte.

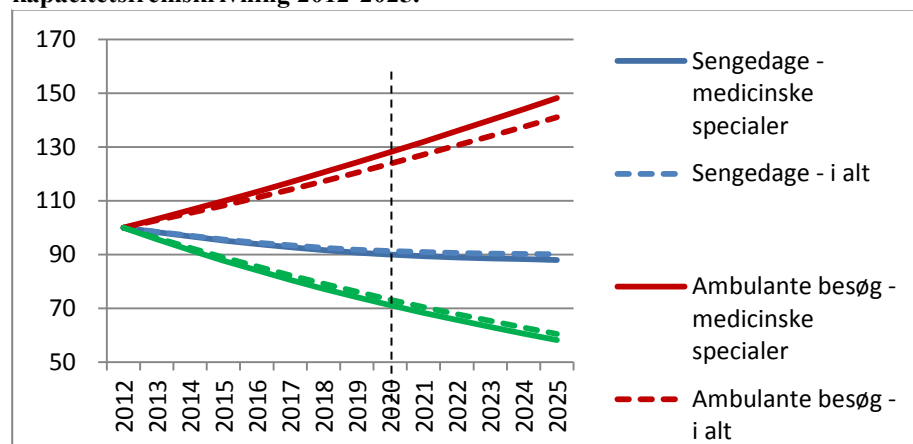
Som alle andre fremskrivninger er fremskrivningerne af aktiviteten forbundet med usikkerhed. Eksempelvis kan afvigelser i befolkningsprognosen fra den faktiske befolkningsudvikling, særligt i forhold til aldersfordelingen, påvirke fremskrivningen, idet hospitalsforbruget er stærkt aldersafhængigt. Andre eksempler er ændringer i nettotilflytning, tilgang af patienter fra andre regioner, eller behandling af regionens borgere uden for regionens hospitaler.

Aktiviteten er fremskrevet til 2025. Disse tal vurderes dog at være behæftet med stor usikkerhed fordi de er fremskrevet mere end 10 år (fra 2012), hvorfor der arbejdes efter aktiviteten i 2020. Fremskrivningen er i forbindelse med udarbejdelsen af nærværende oplæg opdelt i den forventede udvikling i aktiviteten inden for medicinske, kirurgiske og øvrige specialer. Hidtil har fokus primært været den samlede udvikling.

4.4.1 Den fremtidige aktivitet

Fra 2012 til 2020 forventes et fald på ca. 10 pct. i sengedage og en stigning på ca. 28 pct. i antal ambulante besøg for de medicinske specialer, jf. Figur 9. Den tilsvarende udvikling for alle specialerne samlet set er et fald på ca. 9 pct. i sengedage og en stigning på 24 pct. i ambulante besøg. For den gennemsnitlige liggetid gælder, at der ses et fald på 9 pct. for de medicinske specialer og et fald på 7 pct. for specialerne samlet set. Der forventes altså en lidt mere markant udvikling på det medicinske område end for de resterende specialer.

Figur 9. Indekseret forventet aktivitet frem til 2025 på Region Hovedstadens somatiske hospitaler (2012 = indeks 100). Kilde: Region Hovedstadens kapacitetsfremskrivning 2012-2025.



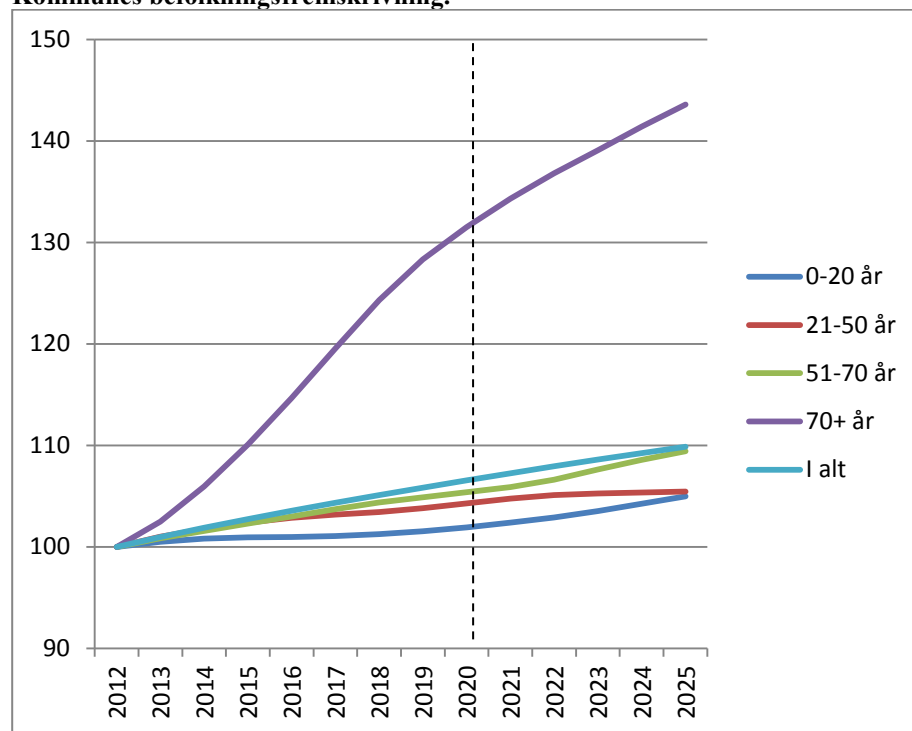
Udviklingen i aktivitet skal ses i lyset af forventningerne til befolkningsudviklingen. I 2020 forventes der at være godt 1,8 mio. indbyggere i Region Hovedstaden, hvilket er over 100.000 mere end i 2012, som befolkningsfremskrivningen er baseret på, jf. Tabel 8. Dette svarer til en stigning på ca. 7 pct.

Tabel 8: Forventet befolkningsudvikling fordelt på aldersgrupper frem til 2025. Kilde: Danmarks Statistik og Københavns Kommunes befolkningsfremskrivning.

Alder	2012	2015	2020	2025
0-20 år	419.291	423.198	427.360	440.114
21-50 år	751.504	769.418	783.591	792.461
51-70 år	389.964	398.932	410.920	426.760
70+ år	164.594	181.176	216.445	236.316
I alt	1.725.353	1.772.724	1.838.316	1.895.651

Som det fremgår af Figur 10, er stigningen i befolkningsunderlaget ikke ligeligt fordelt på aldersgrupper. Befolkningsudviklingen er lidt lavere end gennemsnittet blandt de 0-70-årige, mens den er markant større blandt de over 70 år. For de 70+-årige forventes en stigning i befolkningstallet på ca. 32 pct. i perioden 2012-2020. Befolkningsudviklingen, herunder fordelingen mellem aldersgrupper, er ikke ens mellem regionens planområder (ej illustreret). Dette er der taget højde for i aktivitetsfremskrivningen.

Figur 10: Indekseret forventet befolkningsudvikling fordelt på aldersgrupper frem til 2025 (2012 = indeks 100). Kilde: Danmarks Statistik og Københavns Kommunes befolkningsfremskrivning.



Fremskrivningen bygger som skrevet på aktiviteten i 2012. Når der ses på hvordan den faktiske udvikling har været frem til 2014, tyder det på, at fremskrivningen ikke har været i stand til at forudsige udviklingen inden for det medicinske område helt præcist. Af Figur 2 fremgår, at den reelle udvikling fra 2012-2014 er en stigning i ambulante besøg på ca. 10 pct. og et fald i sengedage på ca. 2 pct. Fremskrivningen forudsiger derimod en stigning i ambulante besøg på 6 pct. og et fald på ca. 3 pct. i sengedage.

Fremskrivningerne foretages med opdaterede data hvert tredje år. Fokus for fremskrivningerne har hidtil været at beskrive den samlede udvikling for alle specialer. Hvis udviklingen inden for et speciale er mere markant end forventet, kan det derfor samlet set være blevet udlignet af, at udviklingen inden for et andet speciale har været mindre markant.

4.4.2 Det fremtidige kapacitetsbehov

Med udgangspunkt i forventningerne til den fremtidige aktivitet vedr. sengedage og ambulante besøg kan der gives et skøn for hvor mange sengepladser og ambulatorierum, der er behov for fremadrettet.

Den overordnede vurdering er, at der samlet set er tilstrækkelig kapacitet på regionens hospitaler, når de nye hospitalsbyggerier er afsluttet. Fraset Neurorehabiliteringshuset på Glostrup-matriklen svarer sengedage og ambulante besøg angivet i Figur 9 til et behov for 4.380 senge og 1.499 ambulatorierum i 2020. Til sammenligning forventes der at være 4.730 sengepladser og 1.774 ambulatorierum.

Omregningen til ambulatorierum må dog betragtes som et groft skøn, da der er tale om en generel beregningsmetode, som ikke nødvendigvis er gældende for de enkelte specialer og byggerier. Hertil kommer, at udnyttelsen af ambulatorierne, fx åbningstider og varighed af ambulante besøg, kan ændre sig over tid. Endvidere indeholder den seneste opgørelse af antallet af ambulatorierum ved byggeriernes ibrugtagning ikke opdaterede oplysninger for alle hospitaler, ligesom der fra hospital til hospital kan være forskelle i hvilke rum, der er talt med i opgørelsen, eksempelvis om skopirum er inkluderet.

Som det fremgår af Tabel 9 fordeler den overskydende sengekapacitet sig ikke ligeligt mellem hospitalerne. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at der i data *ikke* er taget højde for hospitalsfusionerne og ændringerne som følge af Hospitalsplan 2020 vedtaget i juni 2015, samt at de medicinske senge på Glostrup-matriklen, som organisatorisk til hører Amager og Hvidovre Hospital, er medregnet under Rigshospitalet, Glostrup.

Regionen, herunder de enkelte hospitaler, følger løbende kapacitetsbehovet med henblik på vurdering af, om der er behov for ændringer i organiseringen af hospitalerne og/eller behov for fysiske tilpasninger. Behov for ændringer kan fx afstedkommes af, at befolkningsudviklingen er mere markant i et optageområde end et andet. Der kan fx ændres på fordelingen af funktioner/specialer og optageområder hospitalerne imellem, forholdet mellem ambulatorier og sengestuer på det enkelte hospital eller sengefordelingen mellem afdelinger/specialer på det enkelte hospital. Antallet og fordelingen af medicinske senge kan således løbende blive justeret.

Tabel 9. Beregnet sengebehov i 2020 ift. fysiske senge efter nybyggeri.

	Sengeforbrug i 2012*	Beregnet sengebehov i 2020	Fysiske senge efter nybyggeri
Amager og Hvidovre Hospital, Amager	150	126	106
Amager og Hvidovre Hospital, Hvidovre	645	525	704
Bispebjerg Hospital	694	573	635
Bornholms Hospital	101	86	96
Herlev og Gentofte Hospital, Herlev	818	729	825
Herlev og Gentofte Hospital, Gentofte	244	206	323
Rigshospitalet, Blegdamsvej	1.151	1.153	1.094
Rigshospitalet, Glostrup**	307	293	285
Nordsjællands Hospital	745	689	662
I ALT	4.856	4.380	4.730

* Baseret på omregning af aktivitet, ikke faktiske senge.

** Ekskl. Neurorehabiliteringshuset. Inkl. medicinske senge, som organisatorisk tilhører Amager og Hvidovre Hospital.

Delkonklusion

Regionens aktivitets- og kapacitetsfremskrivning viser, at udviklingen henimod færre sengedage, flere ambulante besøg og kortere liggetid, ser ud til at være lidt mere markant for det medicinske område end for de resterende specialer. Når der ses på den faktiske udvikling frem til 2014, tyder det endvidere på, at regionens fremskrivning ikke har været i stand til at forudsige udviklingen inden for det medicinske område helt præcist.

Fremskrivningen viser endvidere, at der samlet set er tilstrækkelig med fysiske sengepladser og ambulatorierum på regionens hospitaler, når de nye hospitalsbyggerier er afsluttet.

Der er grundlag for at se nærmere på udviklingen inden for de medicinske specialer, således at der fremadrettet er et endnu bedre grundlag for at sikre tilstrækkelig fysisk kapacitet på regionens hospitaler og en hensigtsmæssig fordeling af aktiviteten mellem hospitalerne, herunder at kapaciteten er fordelt hensigtsmæssigt mellem medicinske og kirurgiske specialer og mellem indlagte og ambulante patienter.

Forslag til målsætning/løsning:

Ved den kommende kapacitetsfremskrivning for regionens somatiske hospitaler frem til 2015 er der særskilt fokus på kapacitetsbehovet på det medicinske område.

(forslag 1 i skemaet)

5 Faktorer, der påvirker kapaciteten på medicinske afdelinger

De væsentligste faktorer i forhold til bedre kapacitetsudnyttelse på det medicinske område vurderes som tidligere nævnt for nuværende at være:

- Hospitalets overordnede fysiske struktur og hospitalets lokaler
- Flow på de medicinske afdelinger og særlige forhold vedr. medicinske patienter
- Personale: Rekruttering, fastholdelse og kompetenceudvikling
- Sammenhængen til indsatser i kommuner og almen praksis

De fire emner beskrives et efter et i de følgende afsnit.

5.1 Hospitalets overordnede fysiske struktur og hospitalets lokaler

5.1.1 De nuværende fysiske rammer

De fysiske rammer har stor betydning for kapacitetsudnyttelsen. På flere af regionens hospitaler er sengeafsnit og ambulatorier fordelt over et stort areal og ofte også over flere bygninger, hvilket udfordrer fleksibiliteten i kapacitetsudnyttelsen. Hvis fx sengene på et afsnit er fuldt belagt, er det vanskeligt ”at låne” senge på et andet afsnit, hvis det fysisk er placeret langt væk, idet der som regel er behov for, at det er det specialuddannede personale fra stamafdelingen, der tilser patienten. Den overordnede fysiske struktur har i det hele taget stor betydning for et godt ”flow” i de daglige arbejdsgange på hospitalet, fx for hvor meget tid, der skal bruges på at transportere patienter, personale, behandlingsartikler mm. rundt på hospitalet.

Som det fremgår af Tabel 10, er 24 pct. af sengestuerne i det eksisterende byggeri enestuer. Opgørelsen er baseret på antallet af stuer, og andelen af patienter, som indlægges på enestuer, er derfor væsentlig lavere. De få enestuer gør, at forholdene for isolation af patienter ikke er optimale. Det er ofte nødvendigt at placere patienter i isolation på flersengsstuer, hvorved de optager mere end én plads. Det medfører naturligvis dårlig kapacitetsudnyttelse og kan betyde at andre ikke-isolerede medpatienter må tilbydes en plads på gangen.

Tabel 10. Oversigt over sengestuer på medicinske afdelinger pr. oktober 2015

	Antal ensengs- stuer	Antal tosengs- stuer	Antal flersengs- stuer	Andel ensengss- tuer
Nordsjællands Hospital	6	64	23	6%
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	35	58	41	26%
Rigshospitalet	44	100	2	30%
Amager og Hvidovre Hospital	37	73	43	24%

Herlev og Gentofte Hospital*	49	113	44	24%
Bornholms Hospital	11	18	4	33%
I alt	182	426	157	24%

* Anvendes så vidt muligt som 2-sengsstuer.

De nuværende fysiske rammer med relativt få enestuer, undersøgelsesrum og samtalerum udfordrer i det hele taget den daglige drift og giver ikke mange muligheder for at sikre fysisk bufferkapacitet. De få enestuer og samtalerum begrænser desuden personalets muligheder for at sikre fortrolighed med den enkelte patient.

Alle hospitaler har stor opmærksomhed på at yde diskretion og sikre private patientsamtaler, men det er på nuværende tidspunkt ikke helt til at undgå, at patientsamtaler også foregår på steder, hvor andre patienter er til stede. Dette forsøges begrænset i størst muligt omfang. Ved alvorlige samtaler gøres der især en stor indsats for at sikre diskretion og private patientsamtaler, eksempelvis ved at bede de øvrige patienter på en flersengsstue forlade stuen under samtalen.

5.1.2 De fremtidige fysiske rammer

I Region Hovedstaden sker der i disse år en massiv investering i nye hospitalsbyggerier samt i ombygninger og tilpasninger af den eksisterende bygningsmasse. Byggerierne er dels finansieret af den statslige kvalitetsfond, dels af Region Hovedstaden. Formålet er at skabe tidssvarende fysiske rammer, der understøtter et hospitalsvæsen af høj kvalitet og effektivitet til gavn for både patienter og personale.

Gennem helende arkitektur og funktionelt design skal der sikres rare og helende omgivelser for patienterne, godt arbejdsklima for personalet, god hygiejne og formindsket risiko for infektioner, samt effektiv logistik og nærhed mellem de vigtigste ressourcer og beslægtede funktioner. En gennemtænkt og praktisk indretning sikrer hurtigere og sikrere arbejdsgange, hvilket i sidste ende fører til kortere patientindlæggelser og færre arbejdsskader for personalet.

Byggerierne understøtter, at der kan ske en samling af funktioner og specialer på færre fysiske enheder. Det er en udvikling, der har været i gang i flere år og senest er fulgt op af regionens Hospitalsplan 2020. Ved en samling på færre enheder kan driften optimeres yderligere, samtidig med at service og kvalitet forbedres.

Der bygges nye akutmodtagelser, der skal sikre bedre kvalitet og patientflow. I akutmodtagelser vil en bred vifte af specialer være tilgængelige døgnet rundt, og der vil være mulighed for at patienterne kan være indlagt i akutmodtagelsen i de første 24-48 timer. Hensigten er, at størstedelen af patienterne kan udskrives inden for de første to døgn, idet der bliver bedre mulighed for hurtig, tværfaglig afklaring af patientens udrednings- og behandlingsbehov.

Centralt for nybyggerierne er, at der alene bygges ensengsstuer. I alt vil der blive 2.240 sengepladser i nybyggerierne, jf. Tabel 11. Herudover vil en række af sengestuerne i de eksisterende bygninger på Hvidovre-matriklen blive omdannet til ensengsstuer. En tilsvarende omlægning af sengestuerne finder sted på Herlev-matriklen. Alt i alt vil det betyde, at omkring halvdelen af patienterne vil blive indlagt på enestuer, når byggerierne står færdige. Hermed forbedres mulighederne for privatliv under indlæggelse, fortrolighed mellem patient og sundhedspersonale, samt at undersøgelser og behandling kan finde sted på sengestuen. Samtidig forventes øget kvalitet og patientsikkerhed gennem færre infektioner og fald. Endvidere vil der i særlige situationer, hvor der er behov for at øge antallet af sengepladser, være mulighed for midlertidigt at anvende nogle af de omdannede ensengsstuer til to senge.

Tabel 11. Forventet antal sengepladser i nybyggeri og i alt ved ibrugtagning af byggerierne.

	Senge i nybyggeri	Senge i alt
Amager og Hvidovre Hospital, Amager	-	106
Amager og Hvidovre Hospital, Hvidovre	256	704
Bispebjerg Hospital	593	635
Bornholms Hospital	14*	96
Herlev og Gentofte Hospital, Herlev	358	825
Herlev og Gentofte Hospital, Gentofte	-	323
Rigshospitalet, Blegdamsvej	232	1.094
Rigshospitalet, Glostrup	125**	410***
Nordsjællands Hospital	662	662
I ALT	2.240	4.855

* Den ny akutmodtagelse, ikke en del af kvalitetsfondsbyggerierne.

** Neurorehabiliteringshuset, ikke en del af kvalitetsfondsbyggerierne.

*** Inkl. medicinske senge, som organisatorisk tilhører Amager og Hvidovre Hospital.

Alt i alt forventes byggerierne at understøtte udviklingen henimod en reduktion af sengebehovet. Det skyldes forventninger om lavere indlæggelseshyppighed og kortere liggetid, jf. ovenfor. Samtidig øges den ambulant behandlingskapacitet, bl.a. som følge af den teknologiske udvikling, der giver mulighed for at udføre mere skånsom kirurgi, som ikke medfører indlæggelsesbehov, samt en generel holdning til, at patienter så vidt muligt skal behandles ambulant, så de så vidt muligt kan opretholde deres almindelige dagligdag og kommer sig hurtigere.

Delkonklusion

De nuværende fysiske rammer udfordrer kapacitetsudnyttelsen både hvad angår den overordnede fysiske struktur samt antallet af enestuer, undersøgelsesrum og samtalerum.

Det er ikke muligt at ændre de overordnede fysiske rammer nu og her, men de nye hospitalsbyggerier samt ombygning og tilpasning af eksisterende bygningsmasse vil skabe bedre fysiske rammer, der bidrager til at understøtte et hospitalsvæsen af høj kvalitet og effektivitet.

5.2 Flow på de medicinske afdelinger og særlige forhold vedr. medicinske patienter

Der er forskellige udviklingstendenser både generelt i befolkningen, men også særligt for medicinske patienter, som påvirker efterspørgslen efter sundhedsydelser, men også udfordrer mulighederne for at skabe et hensigtsmæssigt patientflow.

I takt med at der udvikles nye behandlinger, sker der generelt en stigning i borgernes efterspørgsel efter sundhedsydelser og borgerne får også højere forventninger til, at sundhedsvæsenet kan finde effektive behandlinger til deres helbredsproblemer.

Der er desuden sket en udvikling i retning af øget kompleksitet i patienternes tilstande bl.a. er der flere og flere patienter, der har kroniske sygdomme og mere end en sygdom (såkaldt multisygdom). Det gælder i høj grad de medicinske patienter. Det betyder fx også, at for at sikre kontinuitet i patientforløbet kan det være hensigtsmæssigt, at patienterne ved behov for indlæggelse indlægges på den afdeling, hvor de evt. i forvejen har et forløb også selvom kapaciteten på den pågældende afdeling i perioder kan være udfordret.

Boks 2. 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

En stor del af de medicinske patienter har desuden akutte tilstande, der kræver akut indlæggelse. I 2014 var 83 procent af indlæggelserne på medicinske afdelinger således akutte indlæggelser og 37 procent af indlæggelserne på medicinske afdelinger var akutte indlæggelser af under 25 timers varighed.

I forhold til udskrivning af patienter kan det også have betydning, at en større og større del af befolkningen bor alene og dermed ved behov for pleje efter hospitalsophold er helt afhængige af fx en kommunal plejeindsats i hjemmet. Hospitalet skal dermed også i højere grad understøtte samarbejdet med patientens kommune.

Disse udviklingstendenser påvirker i høj grad patientflowet.

Samlet set har de medicinske afdelinger over de senere år fået flere ”unikke” patienter ind på hospitalet både indlagte og ambulante patienter. Samtidig har den enkelte indlagte patient i gennemsnit fået kortere opholdstid. Dertil kommer som tidligere nævnt en øget kompleksitet i patienternes tilstande samt mange akutte tilstande. 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 udskrivelser, kortere tid til at vurdere pleje- og omsorgsbehov, flere og hurtigere parakliniske undersøgelser og understøttende funktioner på grund af hurtigere omsætning.

Det er således vigtigt at skabe et godt patientflow både på sengeafsnittene og i ambulatorierne

I forhold til flow på sengeafsnittene er der derfor behov for, at hospitalerne arbejder på at forudsige udskrivelser og indlæggelser samt tilpasse ressourcer, så der ikke opstår barrierer for patienternes videre færd gennem hospitalet.

Hospitalerne har allerede iværksat og gennemført forskellige initiativer for at forbedre patientflowet. Der kan således være forskellige initiativer, der alle bidrager til at koordinere kapaciteten. Et af tiltagene er daglige kapacitetskonferencer, som nævnt i boks 3.

Ud over værktøjer til at skabe overblik over kapaciteten på sengeafsnit vil subakutte tider i specialernes ambulatorier også kunne bidrage til at undgå unødvendige indlæggelser. Tilstedeværelse af dækkende støttefunktioner døgnet rundt vil også bidrage til at sikre et godt patientflow, fx fra parakliniske specialer, men også portører, transport, rengøring etc. også kunne bidrage til at optimere patientflowet.

I forhold til flow i ambulatorierne er det centralt at sikre overblik over kapaciteten for at undgå, at der er uudnyttet kapacitet samt at mindske patienternes udeblivelser og sene aflysninger samt ændringer foranlediget af hospitalet.

Boks 3. Tavlemøder og kapacitetskonferencer

På Hvidovre Hospital og Nordsjællands Hospital gode erfaringer med at afholde korte, daglige tavlemøder på afsnitsniveau og kapacitetskonferencer på hospitalsniveau. Her skaber de sundhedsprofessionelle et overblik over indlagte patienter, tilpasser ressourcer og finder flaskehalse.

Nordsjællands Hospital oplyser, at tiltagene har haft en positiv effekt i forhold til at nedbringe overlægning, men tiltagene har ikke kunne eliminere udfordringen med årstidsvariation, hvor der indlægges væsentligt flere patienter i vintermånederne i sammenligning med de øvrige måneder.

Boks 4. Pilotprojekt om overblik over aflysninger og udeblivelser i ambulatorium

På Nordsjællands Hospital er der et pilotprojekt om indsatser for reduktion af udeblivelser, sene aflysninger og ændringer foranlediget af hospitalet. Indsatserne er bl.a.:

- Indførelse af SMS-ordning.
- Kommunikation er styrket: afbud på mail eller telefon
- Ambulatoriets egen planlægning er styrket: Vagtplaner og årshjul planlægges 2 måneder fremadrettet – ændringer gøres til undtagelser.
- Der er etableret et databaseret opfølgingsredskab på ambulatoriets udeblivelser og aflysninger (mål: 2016 50 pct. færre aflysning/ udeblivelser).

Delkonklusion

Der er forskellige udviklingstendenser både generelt i befolkningen, men også særligt for medicinske patienter, som påvirker efterspørgslen efter sundhedsydelser, men også udfordrer mulighederne for at skabe et hensigtsmæssigt patientflow. Det drejer sig bl.a. om øget kompleksitet i patienternes tilstande fx med en stigning i antallet af patienter med multisygdom og en stigning i akutte medicinske tilstande, der kræver akut indlæggelse.

Samlet set skal der flere patienter igennem hospitalet på kortere tid, men arbejdsopgaverne i et patientforløb formindskes ikke i samme omfang som fx liggetiden formindskes. Der er derfor behov for et godt flow både på sengeafsnit og i ambulatorier. Hospitalerne har i gangsat forskellige tiltag. Både sengekapaciteten og den ambulante kapacitet skal udnyttes endnu bedre.

Forslag til målsætning/løsning:

Sengekapaciteten skal udnyttes endnu bedre, fx ved daglige kapacitetskonferencer, bedre mulighed for henvisning til subakutte tider i specialernes ambulatorier for at undgå indlæggelser, samt tilstedeværelse af dækkende støttefunktioner døgnet rundt, fx fra parakliniske specialer, men også portører, transport, rengøring etc.

(forslag 2 i skemaet)

Forslag til målsætning/løsning:

Den ambulante kapacitet skal udnyttes endnu bedre, fx gennem ændret varetagelse af kontroller, håndtering af udeblivelser og aflysninger, samt udvidelse af åbningstider.

(forslag 3 i skemaet)

5.3 Personale: Rekruttering, fastholdelse og kompetenceudvikling

Hospitalets ”produktionsmuligheder” er afhængige af, at de rette ressourcer er til rådighed i tilstrækkeligt omfang, som nævnt i afsnit 4.1 om begrebet kapacitet. En afgørende ressource er personale. Det er fx ikke tilstrækkeligt at have fysiske senge og sengestuer nok i forhold til at undgå overbelægning. Der skal også være tilstrækkeligt personale til at holde sengene i drift. Desuden skal personalet have de rette kompetencer.

I de følgende afsnit beskrives rekruttering af læger og sygeplejersker, personaleomsætning samt eksisterende og nye initiativer vedrørende kompetencer, rekruttering og fastholdelse. Det skal bemærkes, at skønt fokus i dette afsnit er på læger og sygeplejersker, gælder det generelt, at der i forhold til alle faggrupper skal sikres kompetenceudvikling, indsats for fastholdelse mv.

For alle faggrupper gælder endvidere, at der på de enkelte hospitaler og afdelinger bør være stor opmærksom på at sikre gode og kompetencegivende forløb for personale, der er under uddannelse.

5.3.1 Rekruttering af læger og sygeplejersker

På flere af regionens medicinske afdelinger er der udfordringer med rekruttering af personale. Det gælder rekruttering af sygeplejersker og i nogen grad også speciallæger, varierende mellem hospitaler og mellem speciale, eksempelvis inden for lungemedicin og selve det akutmedicinske område.

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.

Enkelte hospitaler angiver særskilte grunde til rekrutteringsproblemer. Nordsjællands Hospital peger på den fysiske placering af de 2 matrikler i yderkanten af regionen. Derudover vurderes hospitalets specialiseringsniveau at have en betydning. Hospitalet er et akuthospital som skal varetage de brede og hyppige patientkategorier. Men i rekrutterings- og fastholdelsesøjemed er faglige specialopgaver af afgørende betydning. Samme problemstilling gør sig muligvis også gældende vedrørende Bispebjerg-Frederiksberg Hospital, idet hospitalet har færre specialer på specialfunktionsniveau end akuthospitalerne i Midt og Syd. Det er i høj grad et spørgsmål, om at få ændret kulturen, så der ikke er specialer og specialiseringsniveauer, der er mere prestigefyldte end andre. Det kan bl.a. ske gennem forskning i folkesygdomme.

Speciallæger

Dimensionering

Hospitalet oplever og forventer fremadrettet mangel på speciallæger inden for en række specialer. Effekten af Sundhedsplatformen, af fusioner og specialeplan, af den teknologiske udvikling m.v. forventes at føre til *work smarter*, mens demografi, udrednings- og behandlingsgarantier m.v. trækker i retning af en øget efterspørgsel efter speciallægenes kompetencer.

For så vidt angår dimensionering af optaget på medicinuddannelsen, hvortil der er adgangsbegrænsning, besluttet dette af Uddannelses- og Forskningsministeriet.

I forhold til videreuddannelse af speciallæger er arbejdet med lægeprognoser og dimensionering af speciallægeuddannelsen tilsvarende langsigtet og forstået af Prognose- og dimensioneringsudvalget, som er et permanent udvalg under det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse.

Dimensioneringsplanerne løber typisk i fem år, og fastsættes gerne ca. 1 år før planen træder i kraft. Den aktuelle dimensioneringsplan dækker perioden 2013-2017.

Analyse af aldersfordeling

Der er gennemført en analyse af aldersfordelingen for læger ansat i regionen og for de enkelte specialer, som hospitalet har angivet som værende kritiske ift. rekruttering, hvilket omfatter alle internt medicinske specialer. Analysen er baseret på en opgørelse over aldersfordelingen for alle ansatte læger i regionen pr. ultimo maj 2015.

Analysen indikerer, at af de medicinske specialer ser reumatologi ud til at blive særligt kritisk, når man ser på alderssammensætning af de nuværende ansatte speciallæger, og det antal der er under uddannelse inden for specialet. Der må forventes store udfordringer forbundet med de kommende års afgang af speciallæger, som ikke ser ud til at være dækket af en tilkomst af yngre speciallæger. Andelen af +55 år udgør 42 pct. for dette speciale. For alle læger ansat i Region Hovedstaden udgør de +55-årige 25 pct.

Udover de medicinske specialer har regionens hospitaler endvidere allerede udfordringer med at rekruttere radiologer. Det ser ikke ud til at blive et mindre problem i de kommende år, med et gennemsnit samlet for afdelingerne på 35 pct. af de ansatte læger der er + 55år, og med flere hospitaler, hvor andelen er højere.

Sygeplejersker

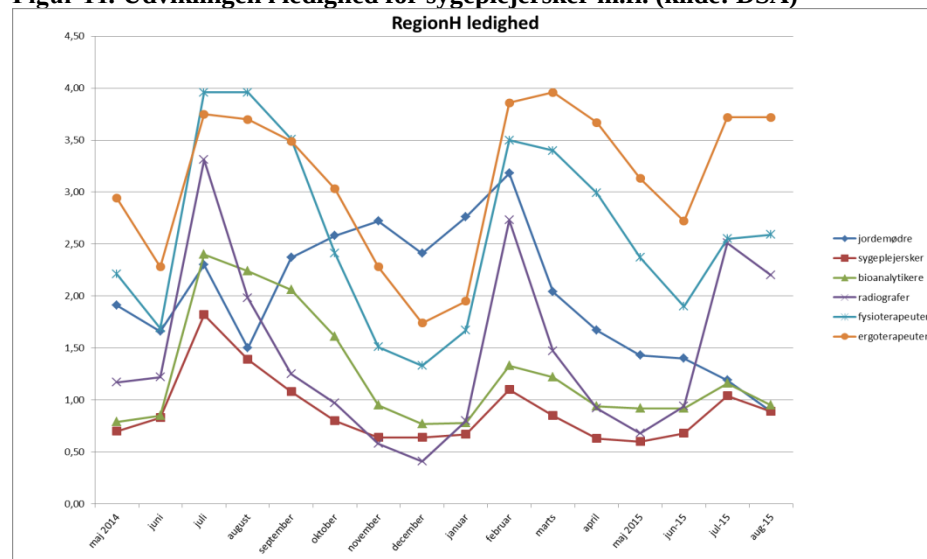
For sygeplejerskerne er der noget usikkerhed om, hvilken effekt implementering af Sundhedsplatformen vil få på opgaverne i klinikken og dermed på efterspørgslen af faggruppen. Dette vil blive fulgt nøje i kølvandet på implementeringen. Udover denne usikkerhed er der en række forhold ift. udbud og efterspørgsel, der indgår i overvejelserne om den videre indsats.

Ledighedsstatistik, rekruttering, udvikling i beskæftigelsen

I august 2014 var den regionale ledighed for sygeplejersker 1,39 pct., i august 2015 var ledigheden på 0,89 pct. Hvis der sker en parallelforskydning af

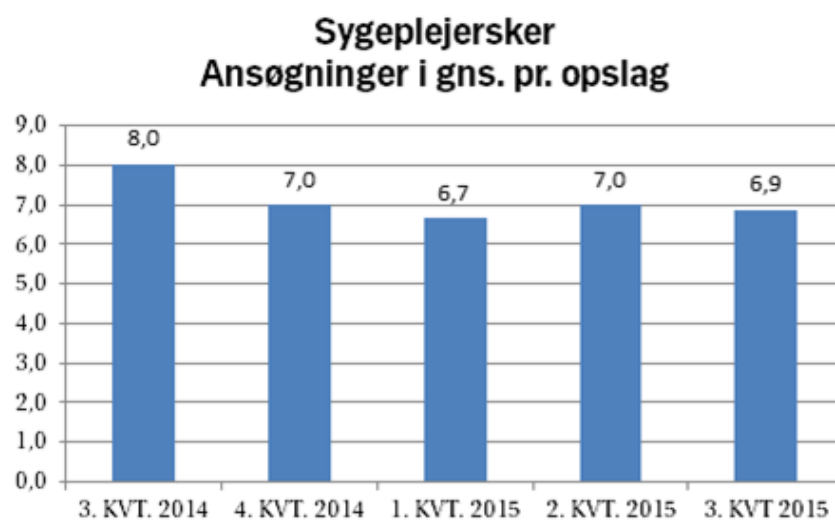
udviklingen i ledigheden (efterspørgslen) i august-december 2015 som tilsvarende periode i 2014, nærmer man sig en kritisk situation rent rekrutteringsmæssigt med en forventet regional ledighed for sygeplejersker under ½ procent.

Figur 11. Udviklingen i ledighed for sygeplejersker m.fl. (kilde: DSA)



Det lavere antal ledige sygeplejersker afspejles også i ansøgningstallene til de opslåede stillinger i regionen. 6,9 ansøgninger pr. opslag i 3. kvartal 2015, hvor der i samme kvartal 2014 – efter sommerdimission – var i gennemsnit 8 ansøgninger/opslag.

Figur 12: Antal ansøgninger pr. opslag (kilde: HR Manager)



Imidlertid kan der forventes flere nyuddannede sygeplejersker i løbet af de kommende år.

Øget optag og yngre dimittender

I perioden 2005-2009 lå optaget på sygeplejerskeuddannelsen på ca. 2.800 om året. Fra 2011 har optaget været på mere end 3.000 studerende årligt med en dimensionering for 2014 på 3.346.

Udover det øgede optag på sygeplejestudiet, som regionen knap har mærket effekten af endnu ift. færdiguddannede, er de optagne blevet yngre, og dermed falder dimissionsalderen også, så *dimittenderne i dag er i gennemsnit 28 år* og dermed 1 år yngre end i perioden 2009-2011.

Gennemførelsesprocenten har mindre udsving, men ligger fortsat stabilt over 70pct.

Senere tilbagetrækning

Tal fra Dansk Sygeplejeråd angiver, at knap 2 pct. af sygeplejerskearbejdsstyrken forlader arbejdsmarkedet permanent hvert år svarende til omkring 1.200 personer.

De ældre sygeplejersker trækker sig 1,1 år senere tilbage fra arbejdsmarkedet end tidligere, så de i dag er i gennemsnit 62,9 år, når de forlader arbejdsmarkedet, hvor de i 2006/07 var 61,8 år. Beskæftigelsesfrekvensen for de 60-64 årige er steget fra 46 procent i 2006 til 60 pct. i 2013. Det svarer til 14 pct. eller 640 flere sygeplejersker i aldersgruppen 60-64 år i 2013 sammenlignet med 2006.

Arbejdskraftreserve ift. deltid

Endvidere er der fokus på den arbejdskraftreserve, der ligger i at få flere på fuldtid (og på højere timetal på deltid). Danske Regioner har vedtaget en politik om fuldtid, der indebærer, at andelen af medarbejdere på deltid skal bringes ned. Målet er, at pr. 1. januar 2015 skulle der være 64 pct. på fuldtid på de regionale arbejdspladser, en andel der skal vokse til 72 pct. i 2018 og 80 pct. i 2021. Samlet for regionen var 36 pct. af medarbejderne på deltid, svarende til 64 pct. på fuldtid. Disse tal er ikke opdelt på personalegrupper

5.3.2 Personaleomsætning

Den samlede personaleomsætning for alle dele af Region Hovedstaden under et har de seneste år ligget på 13 – 15 pct., knap 5 pct. af omsætningen er mellem virksomheder i regionen og omkring 10 pct. er personaleomsætning ud af regionen. Personaleomsætningen måles ved at tage udgangspunkt i medarbejdere ansat på bestemte datoer (12 mdr. tidligere og 24 mdr. tidligere) og deres afgang frem til periodeslut. Der måles alene på ordinært ansatte på tjenestemand- og overenskomstvilkår – dvs. timelønnede, aktiveringsordninger, elever og fonds aflønnede, indgår ikke. Skift mellem afsnit i samme afdeling medtages ikke i beregning af personaleomsætningen.

Personaleomsætningen hospitalsvist fremgår af nedenstående tabel. Under ”Samlet” fremgår den samlede personaleomsætning pr. hospital i perioden oktober 2014 til og med september 2015 (seneste 12 måneder) og perioden oktober 2013 til og med september 2014 (seneste 13-24 måneder). På tilsvarende vis vises yderpunkterne for medicinske afdelinger i de enkelte hospitaler.

Tabel 12: Personaleomsætning (oktober 2013 – september 2015 (incl.))

Personaleomsætning (%)				
	Alle afdelinger		Medicinske afdelinger	
	Seneste 12 mdr	Seneste 13-24 mdr	Seneste 12 mdr	Seneste 13-24 mdr
Amager Hospital	27,3	16,9	27,7	18,1
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	16,9	17,2	10,7-28,6	13,8-30,5
Bornholms Hospital	12,7	10,0	11,0	10,5
Herlev og Gentofte Hospital	15,6	17,1	13,7-28,9	12,9-26,6
Hvidovre Hospital	15,1	16,4	13,7-20,2	16,7-20,1
Rigshospitalet	13,8	12,3	9,6-21,6	10,1-15,6
Nordsjællands Hospital	14,0	14,3	10,1-25,7	8,3-23,4

Som det fremgår ligger personaleomsætningen for de medicinske afdelinger omkring – dvs. både over og under – den samlede personaleomsætning for det enkelte hospital, med en tendens mod at ligge over. Vurdering af årsagerne til en over- eller undergennemsnitlig personaleomsætning vil forudsætte en grundigere analyse af bl.a. karriereveje, aldersprofil mv. i de enkelte specialer.

5.3.3 Eksisterende og nye initiativer vedr. kompetencer, rekruttering og fastholdelse

Hospitalet er udfordret i forhold til både rekruttering og fastholdelse på de medicinske sengeafdelinger, særligt af sygeplejersker, hvilket også bekræftes af anciennitetsopgørelser. Det er helt overordnet vigtigt at sikre, at erfaring og erhvervede kompetencer kan anvendes bedst muligt i afdelingerne, således at der også på denne vis bidrages til at fastholde erfarne medarbejdere.

Der er allerede flere steder lokalt igangsat en række særlige initiativer, der kan imødegå dette.

I 2009 iværksattes initiativet ”Godt på Vej” i Region Hovedstaden, et længerevarende introduktionsforløb som svar på rekrutterings- og fastholdelsesproblemer samt en måde at udvikle nyuddannede sygeplejerskers handlekompetencer ift. akutte og kritiske patientsituationer.

Da de medicinske afdelinger havde en fastholdelsesudfordring, blev indsatsen særligt rettet mod dette felt. Pilotforsøget blev afviklet i 2011 og har efterfølgende været udbudt, og er årligt afviklet med en kapacitet svarende til ca. 14 pct. af de nyansatte sygeplejersker.

Boks 5. Eksempel på initiativ: ”Godt på Vej”

Godt på Vej har nu kørt med succes i en række år. I takt med forandringer i grunduddannelsen og ændret vægtning af behov i plejen er konceptet revideret.

Det nye koncept træder i kraft januar 2016 og bygger bl.a. på følgende:

- Godt på Vej skal integrere viden fra skolen med arbejdet i praksis – grundtanken om den vigtige træning fastholdes.
- Interprofessionelt samarbejde tænkes ind i et samarbejde mellem Klinisk basis for KBU læger og Godt på Vej med fælles læringsmål for læger og sygeplejersker ift. samarbejde og kommunikation
- Mere ”hjemmearbejde” og gerne træning i afdelingen, herunder fokus på metoder til inddragelse af klinikken
- Færre undervisningsdage (i alt syv dage)
- Mere træning, mindre teori
- Øget kapacitet, herunder mulighed for udbud til alle nyansatte
- CAMES, Rigshospitalet og Herlev, laver en modulmæssig fordeling efter de to centres spidskompetencer.

Region Hovedstaden har endvidere gennem nogle år haft en række serviceforbedrende tiltag på akutområdet med henblik på at nedbringe ventetider, optimere arbejdsgange og forbedre service og kommunikation med patienterne. Disse vil også blive ført videre i fremtiden. Tiltagene sikrer høj kvalitet i patientbehandlingen, og at de højeste kompetencer anvendes til de mest krævende opgaver. Det er tiltag som:

- Uddannelse til behandler/akutsygeplejerske
- Understøttelse af fleksibel opgavevaretagelse
- Træning i ikke-tekniske færdigheder (tværfagligt)
- Introduktion af nyansatte til afdelingen

Center for HR arbejder endvidere med :

- Et generelt fokus på uddannelse i teams og på tværs af professioner, der skal fremme faglighed, sammenhæng i patientbehandling, og det gode relationelle samarbejde. Dertil er der under Uddannelsesfagligt Råd igangsat to pilotprojekter med henblik på at understøtte regionens arbejde med håndtering af den kritisk syge patient.
- Der arbejdes med fælles rammer for efter- og videreuddannelse på tværs af regionens hospitaler. Uagtet at regionen i de næste to år skal implementere Sundhedsplatformen, og at uddannelsesressourcerne prioriteres til dette, er der sideløbende brug for at sikre relevante tilbud, der understøtter den generelle udvikling i sundhedsvæsenet. Med fælles rammer for efter- og videreuddannelse er det ønsket

- at sikre kompetencer, der giver høj kvalitet i patientplejen, sikrer patient / borgerinddragelse og generelt understøtter, at patientens situation styrer forløbet
 - at styrke sammenhængen mellem hvad der udbydes af efter- og videreuddannelse og de lokale kompetencebehov på afdelingen/på hospitalet, også ift. fremtidens opgaver
 - at bidrage til helhedssyn for medarbejdere og ledere på tværs af regionens hospitaler (og understøtte, at regionen er ét ansættelsessted)
 - at styrke fokus på kompetenceudvikling ift. det kliniske arbejde
- Regionens Employer Branding initiativ - en indsats der skal bidrage til at profilere regionen i rekrutteringsøjemed

Delkonklusion

Hospitalerne er udfordrede i forhold til både rekruttering og fastholdelse på de medicinske sengeafdelinger, særligt af sygeplejersker, men i nogen grad også speciallæger varierende mellem hospitaler og mellem speciale. For speciallæger er der specialer, der er særligt udfordret, når man ser på alderssammensætning af de nuværende ansatte speciallæger, og det antal der er under uddannelse inden for specialet.

For sygeplejerskerne afspejler rekrutteringsudfordring sig i en lav ledighed samt få ansøgere per ledig stilling.

Imidlertid kan der forventes flere nyuddannede sygeplejersker i løbet af de kommende år, da der er sket et øget optag på uddannelsen til sygeplejerske. Samtidig er der sket i udvikling i retning af senere tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet for sygeplejersker. Der er også fortsat en arbejdskraftreserve i forhold til medarbejdere på deltid. Endelig er de nyuddannede sygeplejersker blevet yngre.

Personaleomsætningen for alle personalegrupper varierer på de medicinske afdelinger, men niveauet ligger inden for samme spænd som den samlede personaleomsætning for det enkelte hospital, med en tendens mod at være lidt højere.

Der er allerede flere steder lokalt igangsat en række særlige initiativer, der kan imødegå disse rekrutterings- og fastholdelsesudfordringer, men der er behov for en styrket indsats for at fastholde og rekruttere erfarent personale samt at styrke arbejdsmiljøet. Endelig er der behov for at undersøge muligheder inden for de nuværende overenskomster og arbejdstidsaftaler med henblik på at understøtte variationen i patientindtaget, bl.a. fra sommer til vinter.

Forslag til målsætning/løsning:

Der skal sikres mere ensartede ansættelsesforhold for speciallæger på regionens medicinske afdelinger, herunder mere ensartet vagtbelastning. Undersøgelse af muligheder iværksættes.

(forslag 5 i skemaet)

Forslag til målsætning/løsning:

Arbejdsmiljøet på de akutmedicinske afdelinger skal styrkes, vold mod personalet skal forebygges og der skal sikres den nødvendige støtte i forbindelse med følelsesmæssige spidsbelastninger.

(forslag 6 i skemaet)

Forslag til målsætning/løsning:

For at fastholde og rekruttere erfarent personale til de medicinske afdelinger skal der udarbejdes en model for at styrke kompetenceudviklingen og pleje og omsorg på de medicinske afdelinger.

(forslag 7 i skemaet)

Forslag til målsætning/løsning:

Undersøge muligheder inden for nuværende overenskomster og arbejdstidsaftaler med henblik på at understøtte variationen i patientindtaget, bl.a. fra sommer til vinter.

(forslag 9 i skemaet)

5.4 Sammenhængen til indsatser i kommuner og almen praksis

Et velfungerende tæt og forpligtende samarbejde mellem hospitaler, kommuner og praksissektoren er med til at understøtte, at borgere med behov herfor tilbydes et sammenhængende behandlings- og plejeforløb.

Sundhedsaftalen mellem region og kommuner fastlægger for en 4-årig periode de indsatser, man vil prioritere i det tværsektorielle samarbejde. Praksisplanen konkretiserer praksissektorens bidrag til sundhedsaftalen. Lovgivningen fastlægger, hvilke opgaver kommunerne skal løse på sundhedsområdet, men det kommunale selvstyre gør, at kommunerne selv i vidt omfang kan fastlægge, hvordan og med hvilke midler opgaverne skal løses. Der kan derfor ikke stilles krav om, at en opgave løses på en bestemt måde.

Almen praksis varetager en essentiel rolle som generalist, gatekeeper og tovholder i samarbejdet med hospitaler og kommuner om den tidlige indsats og forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelse og i arbejdet med at sikre patienterne et sammenhængende forløb. I praksisplanen udfoldes denne rolle yderligere med fokus på bl.a. en styrket implementering af

forløbsprogrammerne for kronisk sygdom i almen praksis, og at almen praksis indgår i arbejdet under sundhedsaftalen om udvikling af den tidlige opsporing, differentierede indsatser, den digitale kommunikation, opfølgende indsatser og sikker medicinbehandling.

I det følgende er der fokus på, hvordan kommuner og praksissektoren er med til at påvirke kapaciteten på de medicinske afdelinger, herunder indsatser, som prioriteres for at undgå indlæggelser og genindlæggelser, hvor de kan forebygges gennem tidlig og koordineret indsats. Der tages udgangspunkt i sundhedsaftalen 2015-2018 og praksisplanen 2015-2019.

5.4.1 Tidlig indsats - Forebyggelse af indlæggelser

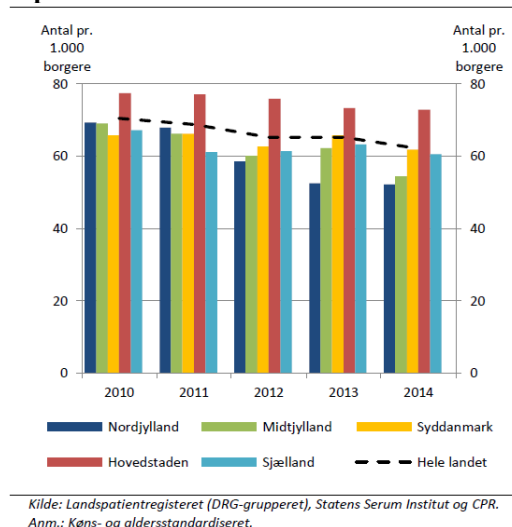
En tidlig og koordineret indsats kan medvirke til, at færre borgere har behov for indlæggelse på hospital. En række indlæggelser har potentiale for at kunne forebygges ved rettidig og effektiv opsporing, behandling, pleje og træning i kommuner og praksissektoren og i samarbejde med ambulatorier og andre afdelinger på hospitalerne. Det drejer sig om de "forebyggelige indlæggelser" jf. boks 6. Det er imidlertid ikke en retvisende betegnelse, idet undersøgelser baseret på journalgennemgang på bl.a. Hvidovre Hospital viser, at patienter, der indlægges med "forebyggelige" diagnoser er syge og har behov for indlæggelse. Men det er en indikation på, at en tidligere indsats måske kunne have forebygget en indlæggelse.

Boks 6. Navn og diagnosekoder for forebyggelige indlæggelser jf. Sundhedsstyrelsens definition

Nedre luftvejssygdom (DJ12-15, Dj18, DJ20-22, DJ40-47)
 Væskemangel (DE869)
 Blærebetændelse (DN30, undtagen DN303 og DN304)
 Forstoppelse (DK590)
 Ernæringsbetinget blodmangel (DD50-53)
 Knoglebrud (DS02, DS12, DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82, DS92)
 Tarminfektion (DA09)
 Tryksår (DL89)
 Sociale og plejemæssige forhold (DZ59, DZ74-DZ75)

En nødvendig forudsætning for at kommunerne kan forebygge indlæggelser er, at kommunerne har kontakt med borgerne. Kontakten kan bl.a. være i form af hjemmehjælp, hjemmesygepleje eller en kommunal døgnplads. Undersøgelser peger på, at en stor del af de patienter, der indlægges akut på hospitalet ikke har kontakt til kommunen i forvejen, hvorfor kommunerne ikke har haft mulighed for at observere og sætte ind med forebyggende tiltag. Sammenlignet med de øvrige regioner ligger andelen af forebyggelige indlæggelser højt i Region Hovedstaden. Der er dog set et generelt fald på landsplan over de seneste 5 år, også i Region Hovedstaden, jf. figur 10, som viser antal forebyggelige indlæggelser pr. 1000 borgere (65+ år). Seneste regionale opgørelse viser, at der i 2014 var i alt omkring 40.000 (11 %) forebyggelige indlæggelser i regionen, hvoraf ca. halvdelen var borgere 65+ år. Samme niveau forventes i 2015.

Figur 13. Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1000 borgere (65+ år), fordelt på regioner samt landsplan 2010-2014.



Tidlig opsporing

Forudsætningen for, at akutte indlæggelser kan forebygges, er en øget opmærksomhed på og opsporing af begyndende sygdomsudvikling eller forværring af sygdom. Kommunerne og almen praksis har derfor en væsentlig rolle i forhold til den tidlige opsporing.

Der er derfor behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing og tidlig indsats bl.a. ved, at kommunerne i deres kontakt med borgerne implementerer redskaber, som er udviklet til at opspore nedsat funktionsevne eller begyndende sygdomstegn og efterfølgende har retningslinjer for, hvordan man skal handle på eventuelle tegn. Mange kommuner er allerede i gang med at implementere redskaber til tidlig opsporing. Overenskomsten for almen praksis rummer muligheden for, at den praktiserende læge kan aflægge opsøgende hjemmebesøg hos skrøbelige ældre med henblik på at opnå indsigt i de ældres ressourcer og funktionsevne samt at identificere og evt. forebygge begyndende sundhedsproblemer.

Men tidlig opsporing kan ligeledes foregå på hospitalerne i forbindelse med indlæggelser og ambulante forløb, og man skal her være opmærksomme på muligheden for at henvise til kommunale tilbud.

En forudsætning for tidlig indsats være også være hurtig adgang til specialistudredning på hospital eller hos praktiserende speciallæge

Der er igangsat et fælles kommunalt/regionalt analysearbejde, som ved at samkøre data på tværs af sektorer forsøger at udvikle en model, der kan forudsige – og dermed efterfølgende bidrage til at reducere – et forebyggeligt stort forbrug af sundhedsydelser blandt ældre medicinske patienter med kroniske sygdomme.

Med henblik på at styrke den forebyggende indsats er det vigtigt, at almen praksis har kendskab til og bruger Sundhed.dk (SOFT-portalen) til at henvise til kommunale og regionale sundheds- og forebyggelsestilbud. Formålet med SOFT-portalen er at samle regionale og kommunale sundhedstilbud og beskrive dem på en ensartet måde. Hermed sikres, at praktiserende læger og sundhedsfaglige på hospitaler let og overskueligt kan finde relevante informationer om de sundhedstilbud, der udbydes i kommuner og på hospitaler. En indsats i både sundhedsaftale og praksisplan handler derfor også om at styrke samarbejdet om anvendelsen af sundhed.dk, herunder at information om tilbud løbende opdateres.

5.4.2 Opfølgning på indlæggelse – forebyggelse af genindlæggelse

Den gode udskrivelse vil for mange borgere forudsætte, at udskrivelsen forberedes allerede ved indlæggelse. Rettidig inddragelse af og information til kommuner (hvor det er relevant) og praktiserende læger samt en inddragende og helhedsorienteret vurdering af borgerens situation kan dels understøtte borgerens oplevelse af sammenhæng og kvalitet i indsatsen og dels forebygge genindlæggelser. Men der er fortsat udfordringer.

Færdigbehandlede patienter på hospitalerne

Når en borger er færdigbehandlet på hospital jf. boks 7, men ikke kan udskrives til eget hjem, er det kommunens opgave at give borgeren et relevant tilbud fx midlertidig plads på plejecenter. Kan kommunen ikke umiddelbart give borgeren et tilbud på grund af ventetid eller andre forhold, forlænges indlæggelsen unødigt.

Boks 7. Registrering af færdigbehandlede patienter på hospitalerne

Kommunerne skal efter kommunalreformen medfinansiere egne borgeres forbrug af sundhedsydelser og herunder betale en obligatorisk plejetakst for sygehusbehandling til færdigbehandlede patienter, der venter på udskrivning. Den kommunale finansiering af færdigbehandlede patienter kan udelukkende opkræves for indlagte patienter – både somatiske og psykiatriske.

Til brug for denne registrering anvendes følgende beskrivelse af en færdigbehandlet patient:

- patienten er efter lægelig vurdering færdigbehandlet, dvs. behandling er afsluttet eller indlæggelse er ikke en forudsætning for den videre behandling
- Sygehusets administrative opgaver er udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten.

Patienterne vil enten blive udskrevet umiddelbart efter færdigbehandling eller være fortsat indlagte, fordi de venter på en plejebolig, foranstaltninger i hjemmet eller lignende.

Registrering af patienterne som færdigbehandlede, er kun nødvendig, hvis patienten ikke udskrives umiddelbart i forbindelse med, at patienten vurderes færdigbehandlet.

Statens Seruminstitut, oktober 2013.

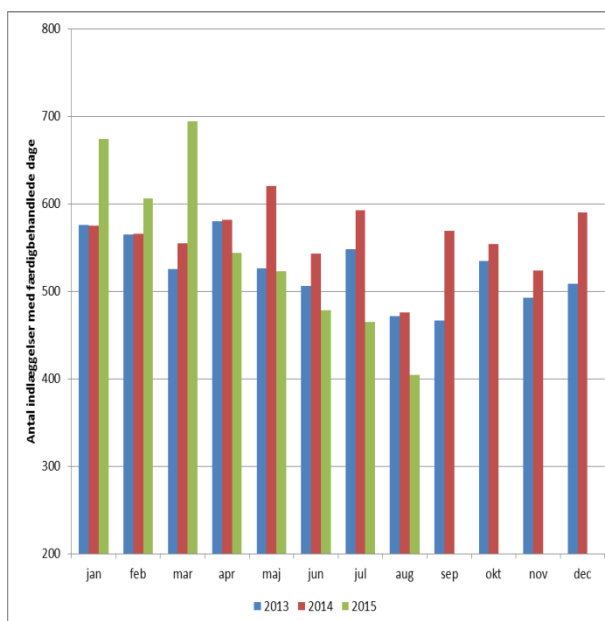
Sammenlignet med resten af landet, er der i Region Hovedstaden markant flere borgere, der oplever at være færdigbehandlet på hospital uden at kunne få et kommunalt tilbud. Det er primært ældre patienter over 65 år, der venter på hospitalet. De seneste opgørelser over færdigbehandlede i regionen, tyder imidlertid på, at udviklingen er ved at vende jf. figur 14. I 2015 ses således et

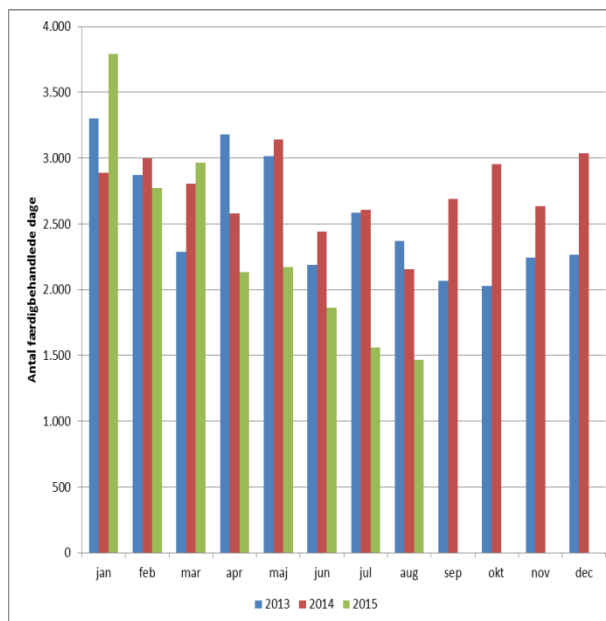
markant lavere niveau i de seneste 4 måneder sammenlignet med tilsvarende måneder i 2013 og 2014. Desuden ses et fald i det gennemsnitlige antal færdigbehandlede dage pr. patient, dvs. de færdigbehandlede patienter er indlagt i kortere tid, inden de udskrives til hjemmet eller til et kommunalt tilbud.

Det generelle fald, der er set over de seneste måneder, dækker dog over en stor variation kommunerne imellem, og der er fortsat kommuner, der har et stort antal færdigbehandlede patienter, som venter på hjemtagning.

Der er stort fokus i kommunerne og regionen på at nedbringe såvel antal som længden af forløb, hvor færdigbehandlede patienter venter på hjemtagning. Temaet følges tæt i Sundhedskordinationsudvalget og indgår som specifikt fokusområde i Region Hovedstadens Budgetaftale 2016 med henblik på dialog med kommunerne. Oplæg til processen herfor drøftes i Forum for Sundhedsplanlægning og Tværsektorielt Samarbejde primo 2016.

Figur 14. Udviklingen i hhv. antal indlæggelser med færdigbehandlede dage og antal færdigbehandlede dage i Region Hovedstaden for 2013, 2014 og 2015.





Øget kapacitet i kommunerne

Kommunerne har med økonomiaftalerne for 2014 og 2015 fået midler bl.a. med det formål, at færre færdigbehandlede optager en seng på hospitalerne. En rundspørge fra Det fælleskommunale sundhedssekretariat i Hovedstaden i januar 2015 viser, at stort set alle kommuner arbejder på at øge kapaciteten gennem oprettelse eller udvidelse af kommunale akutfunktioner, aflastningspladser, plejeboliger, rehabiliteringspladser, herunder oprettelse af fleksible, midlertidige pladser. Der er dog stor variation i de kommunale tilbud. Se endvidere afsnit om kommunale akuttilbud. Regionen understøtter med sin specialiserede viden kommunerne gennem sundhedsfaglig rådgivning og kompetenceudvikling.

Kommunikation om tværsektorielle patientforløb

En væsentlig forudsætning for det sammenhængende patientforløb af høj kvalitet er fælles mål, der er understøttet af koordination og dialog. Dialog kan finde sted ved det personlige møde, elektronisk kommunikation eller ved telefonisk kontakt. Det er afgørende, at der i hele forløbet er den relevante viden til rådighed, således at koordination mellem samtidige indsatser og overdragelse mellem sektorer foregår så hurtigt, sikkert og fyldestgørende som muligt.

I den foregående sundhedsaftaleperiode blev der indgået en aftale om tværsektoriel kommunikation og arbejdsgange mellem kommuner og hospitaler om indlæggelser og udskrivelser i forhold til voksne med somatisk sygdom, der efter indlæggelse har behov for kommunale omsorgsydelser. Kommunikationsaftalen er i 2015 blevet revideret med henblik på at optimere arbejdsgange. Såvel kommuner, hospitaler som praksissektoren har en opgave i at implementere kommunikationsaftalen.

Specifikt er der i den nuværende sundhedsaftaleperiode fokus på hurtig fremsendelse af epikriser fra hospitalerne, så den praktiserende læge hurtigst

muligt efter udskrivelsen har relevante oplysninger om indlæggelsen/behandlingen med henblik på det videre forløb.

Kommunikation om medicin foregår hovedsagelig via Fælles Medicinkort (FMK) og vil i takt med implementeringen af FMK være en forbedring af patientsikkerheden på medicinområdet. Det skal sikres, at alle sundhedsprofessionelle, der har borgeren i pleje og/eller behandling, udveksler og har let adgang til tidstro, opdateret og korrekt information om borgerens aktuelle medicinering. Det er desuden en forudsætning for korrekt medicin i sektorovergange, at der til enhver tid er klarhed over placeringen af det lægefaglige ansvar for den samlede medicinering af borgeren.

Endvidere arbejdes der på - i takt med udviklingen af MedCom-standarderne - at skabe mere smidige kommunikationsveje mellem hospital og kommune om borgere, der både har behov for genoptræning og rehabilitering.

Forløbskoordination

Ud over tværsektoriel koordination via den elektroniske kommunikation, har såvel kommuner, hospitaler som praksissektoren en række ordninger, som følger op på indlæggelser og sikrer bedre koordination på tværs af sektorer. Formålet med disse ordninger er bl.a. at bidrage til at forebygge genindlæggelser.

En stor del af kommunerne angiver at have fokus på optimering af indlæggelses- og udskrivningsforløb gennem indsatser som fremskudt visitation og udskrivningsvisitatorer/koordinatorer på hospitalerne, dvs. kommunal medarbejder møder fysisk op på hospitalerne og koordinerer udskrivelsen med hospitalspersonale og patient.

Kommunerne deltager også i opfølgende hjemmebesøg til ældre medicinske patienter, hvor patientens egen læge og en hjemmesygeplejerske fra kommunen sammen besøger den ældre patient ca. 1 uge efter udskrivelsen. Sammen med patienten følger egen læge og hjemmesygeplejen op på indlæggelsen og planlægger det videre forløb sammen med patienten.

I hospitalsregi er der desuden fokus på udskrivelsen via følge hjem- og ringe hjem ordningerne, hvor hospitalspersonale hhv. ledsager de mest svækkede patienter til eget hjem efter udskrivelse eller ringer patienten op hjemme få dage efter udskrivelsen. Begge ordninger har fokus på at sikre en tryk overgang fra hospitalet med henblik på at sikre et godt videre forløb. Geriatrik team bidrager også til at koordinere patientforløb for særligt svækkede ældre patienter på tværs af sektorer.

Implementeringen af ringe hjem og følge hjem ordningerne evalueres pt., ligesom der igangsættes en evaluering af implementeringen af opfølgende hjemmebesøg i 2016. Desuden evalueres fremskudt visitation nationalt som en del af den fælles regionale/kommunale forløbskoordination. På baggrund af disse evalueringer samt øvrige erfaringer på området, vil region og kommuner sammen se på, om man kan komme med forslag til optimering af udskrivelsesprocessen.

5.4.3 Kommunale akutpladser/akutfunktioner - eksempler på indsatser i kommunerne ift. medicinske patienter

I de senere år er mulighederne for at yde akut og kompleks pleje og behandling udvidet i kommunerne. Akutte indsatser i den kommunale sygepleje kan være med til at mindske antallet af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser og skabe tilbud om pleje, observation og behandling tæt på borgernes hverdagsliv og lokalmiljø.

Med udgangspunkt i eksisterende erfaringer vil der i regi af sundhedsaftalen blive udarbejdet aftaler for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud, herunder for hvordan kommunalt sundhedspersonale under lægeligt ansvar kan udføre forskellige lægeordnede behandlingsopgaver (rammedelegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed).

Kommunerne i Region Hovedstaden har siden 2013 haft fokus på at etablere akutfunktioner, hvilket i praksis vil sige enten akutteams eller akutpladser. Akutteams dækker over sundhedspersonale, der tilser syge borgere i eget hjem. De har sædvanligvis sygeplejedækning hele døgnet og kan rykke hurtigt ud til flere forskellige opgaver. Akutpladser er fleksible kommunale døgnpladser med sygeplejedækning hele døgnet. Fælles for akutfunktioner er, at de leveres inden for få timer, og at de kan iværksættes hele døgnet alle ugens dage.

Afdækninger af udbredelsen af akutfunktioner primo 2015 viste, at alle kommuner på nær to havde – eller var i gang med at etablere – akutfunktioner. 13 kommuner havde både akutpladser og akutteam, 11 kommuner havde udelukkende akutpladser, mens 3 kommuner udelukkende havde akutteams.

I flere kommuner kan både kommunen, almen praksis og hospitalet henvise til akutfunktionerne. Det kræver imidlertid, at der er synlighed omkring akutfunktionernes eksistens, så eksempelvis den praktiserende læge ved, at akutfunktionen kan være et alternativ til indlæggelse. Kommunerne skal på Sundhed.dk gøre

Boks 8. Specialiseret hjemmesygeplejeteam

Furesø, Herlev og Ballerup kommuner har etableret et fælles specialiseret hjemmesygeplejeteam, som betjener alle tre kommuner, og derved sikrer en størrelse og volumen, som giver mulighed for bedre udnyttelse af ressourcer, herunder fælles kompetencer, personale, faciliteter. Tilkaldes, når der er tvivl om en patient, der enten lige er udskrevet, eller har brug for specialiseret og midlertidig hjælp for at forebygge en indlæggelse. Herlev Hospital bidrager med specialiseret oplæring og kompetenceudvikling af teamet, samt løbende speciallægerådgivning via hotlines

Boks 9. Tværsektoriel Udredningsenhed

Den tværsektorielle udredningsenhed skal sikre en hurtig udredning, vurdering og igangsætning af behandling af sårbare ældre borgere fra Københavns Kommune på Bispebjerg Hospital. Københavns kommune leverer sygepleje, omsorg og mobilisering, mens Bispebjerg Hospital stiller specialekompetente læger og de fysiske rammer til rådighed. Der er etableret seks pladser i enheden.

opmærksom på deres tilbud, og pt. har kun 12 af regionens kommuner gjort dette.

Afdækningen af de kommunale akutfunktioner viser, at der er stor forskel på, hvordan kommunerne har tilrettelagt deres akuttilbud, herunder organiseringen af opgave- og ansvarsfordelingen og samarbejdet med almen praksis og hospitaler. Enkelte kommuner er begyndt at gå sammen om tilbud, jf. boks 8. Det er ikke umiddelbart på baggrund af afdækningen muligt at dokumentere kvaliteten af de enkelte tilbud, ligesom der fortsat mangler evidens for effekten af akutfunktioner i forhold til fx forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser .

Almen praksis er i henhold til overenskomsten med visse forbehold forpligtet til at aflægge sygebesøg hos egne patienter, også i akuttilbud. Der lægges i praksisplanen for almen praksis op til at se på den samlede ydelse for sygebesøg, herunder forskellige modeller for lægebetjening af patienter, der har midlertidigt ophold uden for hjemmet f.eks. på en kommunal akutfunktion. Regionen ønsker ikke parallelle sundhedssystemer og vil derfor sikre, at lægefaglig rådgivning i kommunerne varetages af regionen under hensyn til de samlede lægeressourcer.

Evalueringer af en række kommunale subakutte og akutte tilbud viser, at det har været en udfordring at rekruttere patienter til de kommunale tilbud, som slet ikke har været benyttet i det omfang, det var forventet. Det var bl.a. vanskeligt at forebygge indlæggelser via de kommunale akutfunktioner, fordi patienterne reelt havde behov for at blive indlagt. Et tilstrækkeligt patientgrundlag er endvidere væsentligt for at kunne sikre at de kommunale tilbud er fagligt og økonomisk bæredygtige.

Delkonklusion

Aftaler om samarbejde mellem hospitaler, kommuner og praksissektoren foregår primært via 4-årige sundhedsaftaler og praksisplaner.

En tidlig og koordineret indsats kan medvirke til, at færre borgere har behov for indlæggelse på hospital. Sammenlignet med resten af landet har Region Hovedstaden en højere andel af patienter, der indlægges med forebyggelige indlæggelser. Kommuner og almen praksis skal styrke indsatsen med tidlig opsporing.

Region Hovedstaden har en høj andel færdigbehandlede patienter, der venter på et kommunalt tilbud. Der er løbende dialog mellem region og kommuner om dette, og der ses et markant fald i over de seneste måneder sammenlignet med foregående år. Kommunerne opruster kapaciteten af kommunale tilbud, og regionen understøtter med specialiseret rådgivning fra hospitalerne. En række initiativer bidrager til at forebygge, at patienterne genindlægges. Det drejer sig bl.a. om styrket elektronisk kommunikation og forskellige former for forløbskoordination.

De foreslåede målsætninger/løsninger nedenfor er forankret i sundhedsaftale 2015-18 og/eller praksisplan 2015-2019 og udfoldes primært i regi af de tværsektorielle arbejdsgrupper, som er nedsat til at implementere sundhedsaftalen.

Forslag til målsætning/løsning:

Regionen forventer, at kommunerne sikrer, at de har relevante og tilstrækkelige tilbud til borgere, der er færdigbehandlede på hospitalet. Kommunerne sikrer det rette kompetenceniveau til at kunne varetage de kommunale opgaver på sundhedsområdet, herunder også tidlig opsporing, særligt i forhold til specialiserede sygeplejefaglige opgaver. Regionen vil tage initiativ til en dialog med enkelte kommuner herom.

(forslag 11 i skemaet)

Forslag til målsætning/løsning:

Regionen vil med relevante parter indgå aftale, som understøtter let adgang til rådgivning og specialviden i konkrete tværsektorielle forløb for borgere med komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov. Aftalen skal målrettes udvalgte grupper af patienter, der kræver en specialiseret indsats. Der er enighed om, at der ikke er tale om en stående, fri og vederlagsfri ret til at trække på hinandens kompetencer. Desuden vil regionen, PLO og kommunerne indgå en rammeaftale om modeller for lægefaglig betjening af akuttilbud, plejecentre, m.m.

(forslag 12 i skemaet)

Forslag til målsætning/løsning:

Regionen arbejder videre med at udvikle og implementere almen praksis' adgang til diagnostisk bistand af høj kvalitet, så almen praksis kan varetage rollen som tovholder.

(forslag 13 i skemaet)

Målsætning/løsningsforslag:

Region og kommuner udarbejder en overordnet ramme for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger og kommunale medarbejdere, når de kommunale medarbejdere udfører lægelige ordinationer i hjemmesygeplejen, på plejehjem, i akutfunktioner og botilbud.

(forslag 14 i skemaet)