

Den tværgående arbejdsgruppe med
særlige opgaver vedrørende akutområdet

Ventetid og service for skadepatienter

Afrapportering til regionsrådet
Maj 2012

REGION

1 Indholdsfortegnelse

2	Anbefalinger	3
3	Baggrund	6
4	Akutmodtagelser og akutklinikker (Nyt afsnit).....	7
4.1	Tilgængelighed og tryghed.....	7
5	Analyseresultater.....	8
5.1	Ventetid og registrering	8
5.2	Arbejdstilrettelæggelse	10
5.3	Service og kommunikation	12
5.4	Akut tilgængelighed i praksissektoren	15
6	Iværksatte initiativer på akutområdet	18

2 anbefalinger

Det er en sundhedspolitisk hensigtserklæring, at borgere i Region Hovedstaden, der har behov for hjælp på grund af sygdom og skader skal have let adgang til kompetent døgndækkende akutbetjening og øvrige relevante behandlingstilbud. Målet er at skabe tryghed, at sikre at ingen går forgæves og forkert, og at unødigt ventetid undgås.

Arbejdsgruppen konstaterer, at der er en positiv udvikling i ventetiderne, og at der er iværksat mange initiativer for at forbedre arbejdstilrettelæggelsen på akutmodtagelser og akutklinikkerne. For at fastholde denne udvikling, og fokus på udvikling af en enstregen akutstruktur har arbejdsgruppen udarbejdet nedenstående anbefalinger.

Fortsat fokus på at nedbringe ventetider

Der er fastsat sundhedsfaglige tidsmål for ventetid fra triage til behandling for patienter, der er triageret: rød, orange, gul og grøn. Arbejdsgruppen mener, at de faglige tidsmål for disse patienter skal overholdes. Tidsmålet på 4 timer for de blå patienter, der er de mest stabile patienter med mindre alvorlige skader, er ikke sundhedsfagligt begrundet.

Stabile patienter med mindre alvorlig sygdom og skader (de "blå" patienter) skal dog sikres en god service. Det anbefales derfor, at der opstilles et servicemål om, at halvdelen af alle patienter "blå patienter" skal være igangsat inden for en time, og 95 pct. af patienterne inden 4 timer.

Behandlingsstart defineres som det tidspunkt, hvor der påbegyndes en undersøgelse i et behandlingsrum, som medfører en plan for behandlingen. For en nærmere definition henvises til den regionale registreringsvejledning

Det anbefales endvidere, at det politiske fokus på ventetider for skadepatienter fastholdes ved, at regionsrådet halvårligt får information om akuttelefonens aktivitet, samt udviklingen i ventetid for skadepatienter fordelt på triagefarver, hospitaler mv.

Fortsat fokus på optimering af arbejdstilrettelæggelse

For at sikre, at behandlingen til stadighed udføres bedst og mest ressourceeffektivt anbefales det, at hospitalerne løbende gennemfører arbejdsgangsanalyser i akutmodtagelserne og akutklinikkerne.

En hændelsesanalyse skal gennemføres i tilfælde af lang ventetid for enkelte patienter med småskader, der har ventet over seks timer, og hvor årsagen ikke åbenbart er spidsbelastninger som følge af et usædvanligt stort akutindtag og/eller samtidig ankomst af mange alvorligt syge patienter.

Fortsat fokus på bedre service og kommunikation

Ved spidsbelastninger kan der forekomme ventetid for patienter med mindre alvorlig sygdom og skader, da de patienter, der ud fra den sundhedsfaglige vurdering har de mest alvorlige tilstande, altid behandles først.

De fleste mennesker kan imidlertid acceptere ventetid – også når den er lang – hvis de informeres grundigt om, hvorfor de skal vente.

Det anbefales, at der udarbejdes fælles regionale retningslinjer for kommunikation til skadepatienter, herunder brug af infoskærme.

Retningslinjerne skal sikre ensartet information om ventetid, og forklaring på, hvorfor der ved spidsbelastninger kan forekomme ventetid for patienter med mindre alvorlig sygdom og skader.

Det anbefales, at der opstilles et servicemål om, at 90 pct. af alle patienter skal have modtaget information om ventetid, herunder udviklingen i ventetiden.

Servicemålet skal løbende monitoreres.

Hospitalsdirektionerne skal - i lighed med Hillerød Hospital – arbejde med at anvende frivillige pårørendestøtter i akutmodtagelserne og akutklinikkerne.

For at øge kendskabet til akuttelefonen 1813 anbefales det, at nummeret til akuttelefonen, på lige fod med nummeret til egen læge, skal fremgår af sundhedskortet, og at der på sigt udvikles en ”akut-app”, hvor der indledningsvis opfordres til først at ringe 1813.

Fortsat fokus på øget tilgængelighed til almen praksis

18 pct. af regionens lægepraksis lever ikke op til overenskomstens krav om telefonisk tilgængelighed. Og det er kun i 16 pct. af de lægepraksis, som har deltaget i undersøgelsen af fysiske tilgængelig, som lever op til kriterierne for handicapede forhold.

Det anbefales derfor, at der stilles krav om, at tilgængeligheden i almen praksis øges, særligt gennem forbedring af telefonbetjeningen af patienterne. Politisk bør der arbejdes for reelle overenskomstmæssige muligheder for at stille krav om øget fysisk tilgængelighed i almen praksis evt. via ændret lovgivning.

Det anbefales, at Patientudvalget i den kommende periode arbejder videre med at forbedre tilgængeligheden i almen praksis.

3 Baggrund

Regionsrådet iværksatte i efteråret 2011 en lang række initiativer, der skulle nedbringe ventetiden for skadepatienter, herunder at fremrykke etablering af akuttelefonen til den 30. januar 2012. For en oversigt over de øvrige initiativer henvises til kapitel 6.

Det blev endvidere besluttet at iværksætte en politisk kulegravning af mere langsigtede løsninger.

Arbejdet har i første halvår af 2012 været forankret i en politisk tværgående arbejdsgruppe med særlige opgaver vedrørende akutområdet.

Arbejdsgruppen har haft i opdrag at udarbejde forslag til politiske mål i forhold til ventetid og service for skadepatienter.

Udgangspunktet for arbejdsgruppens arbejde er i alt 12 analyser indenfor fire overordnede temaer:

- Ventetid og registrering
- Arbejdstilrettelæggelse
- Service og kommunikation
- Akut tilgængelighed i praksissektoren

Arbejdsgruppen kommissorium og sammensætning fremgår af bilag 1.

4 Akutmodtagelser og akutklinikker

I det følgende beskrives kort det akutte tilbud til somatiske skadepatienter i Region Hovedstaden. Ved en skadepatient forstås en patient, der er indskrevet på et "skadeafsnit" i en af regionens akutmodtagelser eller akutklinikker.

4.1 Tilgængelighed og tryghed

Den akutte indsats i hospitalssektoren i Region Hovedstaden kan opdeles på 3 niveauer alt efter hvilket behov, den enkelte patient har: Traumecenter, akutmodtagelse og akutklinik.

Borgerne kan selv henvende sig med skader og sygdom, der er opstået indenfor det sidste døgn på regionens akutmodtagelser og akutklinikker.

For rådgivning om hvor borgerne skal henvende sig i tilfælde af akut sygdom eller skader, kan de ringe til akuttelefonen 1813. Ved rådgivning om behov for henvendelse på en akutmodtagelse eller akutklinik får borgeren samtidig oplyst, hvor der er kortest ventetid. Tilbuddet har eksisteret siden 30. januar 2012.

Borgerne kan endvidere blive henvist til en akutmodtagelse eller akutklinik af egen læge eller lægevagten.

Akutmodtagelserne på Hillerød, Herlev, Hvidovre og Bispebjerg og Bornholm hospitaler har døgnåbent for modtagelse af alle akut syge og tilskadekomne patienter, da en bred vifte af lægelige specialer er til stede på akuthospitalerne, og derfor kan tilkaldes ved behov.

Bornholms Hospital indtager dog en særstatus grundet de geografiske forhold. Hospitalet har derfor akutmodtagelse med begrænsede funktioner, der kan behandle akut opstået sygdom samt diverse skader. Kritisk syge og svært tilskadekomne behandles på Bornholms Hospital og flyves eventuelt derefter til et af regionens andre hospitaler, som regel Rigshospitalet.

Akutklinikkerne på Glostrup, Amager, Helsingør, Gentofte, Frederikssund og Frederiksberg hospitaler har åbent for skadepatienter i tidsrummet 7.00-22.00.

På akutklinikkerne kan borgerne henvende sig ved akut opståede mindre skader, der ikke kan behandles hos praktiserende læger eller lægevagten, som fx mindre og overfladiske sår, ukomplicerede forvridninger, brandsår, insektstik og fremmedlegemer i hud, øje, øre, næse og hals. Større og mere komplicerede skader og sygdom udredes og behandles på akutmodtagelserne, hvor de nødvendige lægelige specialer er til stede..

Traumecenteret på Rigshospitalet modtager ikke uvisiterede skadepatienter. Patienter til traumecenteret visiteres via læge oftest via akutlægebilerne.

5 Analyseresultater

I det følgende præsenteres de overordnede analyseresultater, der kan udledes på tværs af de enkelte analyser. For en mere detaljeret fremstilling henvises til de enkelte analyser, der er vedlagt som bilag til afrapporteringen.

5.1 Ventetid og registrering

Anbefaling - Fortsat fokus på at nedbringe ventetider

Der er fastsat sundhedsfaglige tidsmål for ventetid fra triage til behandling for patienter der er triageret: rød, orange, gul og grøn. Arbejdsgruppen mener, at de faglige tidsmål for disse patienter skal overholdes. Tidsmålet på 4 timer for de blå patienter, der er de mest stabile patienter med mindre alvorlige skader, er ikke sundhedsfagligt begrundet.

Stabile patienter med mindre alvorlig sygdom og skader (de "blå" patienter) skal dog sikres en god service. Det anbefales derfor, at der opstilles et servicemål om, at halvdelen af alle patienter med mindre alvorlig sygdom og skader - de blå patienter - skal være igangsat inden for en time, og 95 pct. af patienterne inden 4 timer.

Behandlingsstart defineres som det tidspunkt, hvor der påbegyndes en undersøgelse i et behandlingsrum, som medfører en plan for behandlingen. For en nærmere definition henvises til den regionale registreringsvejledning

Det anbefales endvidere, at det politiske fokus på ventetider for skadepatienter fastholdes ved, at regionsrådet halvårligt får information om akuttelefonens aktivitet, samt udviklingen i ventetid for skadepatienter fordelt på triagefarver,

For at nedbringe ventetiden for skadepatienter i Region Hovedstaden, er der iværksat en række initiativer, herunder etablering af såkaldte fast tracks til behandling af småskader.

Analyserne viser overordnet, at de iværksatte initiativer på akutområdet har haft effekt.

Der er både sket et fald i den gennemsnitlige ventetid, og færre venter længe. Dette ses både af data fra det patient-administrative system, og af den manuelle undersøgelse af ventetid

Ventetider i den manuelle undersøgelse

Den manuelle undersøgelse fra April 2012 viser, at den gennemsnitlige ventetid fra triage til behandling er 39 minutter, hvilket er 20 minutter kortere end ved den forrige måling i august 2011.

Ventetider fra det patientadministrative system

Den gennemsnitlige ventetid for hele Region Hovedstaden er faldet fra 49,7 minutter i august 2011 til 43 minutter i februar 2012.

I februar 2012 var der i absolutte tal kun 36 ud af 24.000 skadepatienter, der ventede mere end 7 timer. I august 2011 var der 105 ud af 21.317 skadepatienter, der ventede mere end 7 timer.

for skadepatienter fordelt på triagefarver.

Alle hospitaler triagerer og registrer nu skadepatienter ensartet.

Der er fastsat sundhedsfaglige tidsmål for ventetid fra triage til behandling for patienter der er triageret: rød, orange, gul og grøn, jf. boksen på denne side. Arbejdsgruppen mener, at de faglige tidsmål for disse patienter skal overholdes.

Tidsmålet på 4 timer for de blå patienter, der er de mest stabile patienter med mindre alvorlige skader, er ikke sundhedsfagligt begrundet.

Tidsmål for ventetid fra triage til behandling

	Tidsmål	
Rød	0	Minutter
Orange	15	Minutter
Gul	60	minutter
Grøn	180	minutter
Blå	240	minutter

Ovenstående tidsmål er udviklet i regi af Danske Regioner.

For at sikre en god service for disse patienter anbefales det, at der opstilles et servicemål om, at halvdelen af de "blå-triagerede" patienter skal være igangsat inden for en time, og 95 pct. inden for 4 timer.

Akuttelefonen 1813

Region Hovedstaden har som et ekstra servicetilbud til borgerne etableret akuttelefonen 1813. Telefonen åbnede den 30. januar 2012.

Akuttelefonen tilbyder borgeren vejledning i almindelige forholdsregler ved akut sygdom og tilskadekomst og oplyser om ventetider på regionens akutmodtagelser/-klinikker.

Der skal arbejdes videre med muligheden for at forhåndsmelde patienter fra akuttelefonen 1813 til akutmodtagelser/-klinikker, således at patienternes ventetid starter efter opkald til 1813. og dermed inden ankomst til akutmodtagelse eller akutklinik..

Den første monitorering af akuttelefonen 1813 viser, at Regionens borgere har benyttet akuttelefonen i stort omfang, og vurderer, at den vejledning de får, er god. Akuttelefonen får ca. 3.500-4.000 opkald ugentligt, og langt hovedparten af borgerne (92 %) vurderer, vejledningen i akuttelefonen som enten virkelig god eller god.

Af monitoreringen fremgår også, at borgerne i stort omfang følger akuttelefonens rådgivning om henvendelse eller ikke henvendelse til akutmodtagelse/- klinik. 94 % af borgerne følger akuttelefonens råd om, at der ikke er behov for hospitalsbehandling, og henvender sig ikke på en akutmodtagelse/-klinik, og 71 % af borgerne følger akuttelefonens råd om at henvende sig på en akutmodtagelse/-klinik. 31 % af borgerne følger akuttelefonens råd om at kontakte egen læge næste dag, mens 90 % af borgerne følger rådet om at kontakte egen læge samme dag eller lægevagten.

5.2 Arbejdstilrettelæggelse

Anbefaling - Fortsat fokus på optimering af arbejdstilrettelæggelse

For at sikre, at behandlingen til stadighed udføres bedst og mest ressourceeffektivt anbefales det, at hospitalerne løbende gennemfører arbejdsgangsanalyser i akutmodtagelserne og akutklinikkerne.

En hændelsesanalyse skal gennemføres i tilfælde af lang ventetid for enkelte patienter med småskader, der har ventet over seks timer, og hvor årsagen ikke åbenbart er spidsbelastninger som følge af et usædvanligt stort akutindtag og/eller samtidig ankomst af mange alvorligt syge patienter.

Regionsrådet har besluttet, at arbejdstilrettelæggelsen på akutmodtagelser og akutklinikkerne bør analyseres med henblik på at reducere spildtid, fx ventetid på undersøgelser, prøvesvar eller tilsyn, herunder skal metoder og erfaringer fra LEAN indgå. Hensigtsmæssig indretning af de fysiske rammer i akutmodtagelser og akutklinikker bør indgå i analysen.

Alle hospitaler i regionen er på den baggrund anmodet om at undersøge mulighederne for at reducere spildtid. Akuthospitalerne har udarbejdet planer for reduktion af ventetiden for skadepatienter.

De konkrete indsatsområder og forandringstiltag vil blive gennemført i løbet af 2012. Det forventes, at der vil være en løbende reduktion af ventetiden med forbehold for særlige situationer med mange patienter og stor kompleksitet/alvorlighed af den enkelte patients tilstand.

Med henblik på forebyggelse af urimelige ventetider for skadepatienter i akutmodtagelserne, er akuthospitalerne med virkning fra september 2011 hver tilført 2,4 mio. kr. på årsbasis. Beløbet er foreløbigt tilført til udgangen af 2012.

Der er endvidere afsat 7,4 mio. kr. i 2012 stigende til 10,3 mio. kr. i de efterfølgende år med henblik på et højere og ensartet serviceniveau for de akutte patienter. Midlerne er frigivet ved natlukningen på akutklinikkerne. Besparselsen ved natlukning kommer således den akutte patient til gode.

Af ventetidsanalysen fremgår, at midlerne primært er omsat til øget bemanningen på akutmodtagelserne, hvilket er medvirkende til, at ventetiden på akutmodtagelserne er faldet trods den øgede aktivitet i samme periode.

Det fremgår af fremmødeplanerne, at hospitalerne søger at tilpasse bemanningen hen over døgnet i forhold til de tidsrum, hvor der er flest patienter.

Analyse af eksempler på meget lang ventetid

Regionsrådet har besluttet, at konkrete eksempler på meget lange ventetider bør analyseres nærmere for at identificere årsagerne hertil

Analysen blev gennemført ift. et ”blå-triageret” patientforløb med en ventetid på 305 minutter (5 timer og 5 minutter).

For blå-triagerede patienter, er tidsmålene for behandling efter triage 240 minutter (4 timer).

På baggrund af analysen konkluderes, at en egentlig kerneårsagsanalyse ikke passer til forløbet for patientforløb i akutmodtagelser/klinikker i stedet kan hændelsesanalyse anvendes. Denne er hurtigere og kan umiddelbart foretages efter registrering af et patientforløb med lang ventetid i akut modtagelse/klinik.

Udgiftsvurdering ved behandling af småskader

Foruden analyse af tilgængeligheden i almen praksis, har regionsrådet anmodet om en undersøgelse af det overordnede økonomiske rationale ved, at ikke akutte tilfælde og småskader henvises til behandling hos praktiserende læge frem for at blive behandlet af en behandlersygeplejerske på hospitalet.

Af analysen fremgår det, at det vil være dyrere at lade småskader (der ikke kræver lægelig vurdering) varetage hos egen læge/lægevagt, og regionen vil få en merudgift, hvis der foretages denne omlægning. Merudgiften er belyst ved den gennemsnitlige merudgift pr. besøg, hvor honoraraflønningen for småskader hos praktiserende læge og vagtlæge er 2-3 gange højere pr. besøg end den mindreudgift, der vil kunne realiseres i akutmodtagelserne.

Småskader i lægepraksis udløser de aftalte honorarer pr. ydelse, mens akutmodtagelsen kun kan spare den direkte timeløn for behandlersygeplejersken og sekretærbistand.

De gældende honorarer for praktiserende læge/vagtlæge er i øvrigt honorarer, som også er prisen for andre og tungere ydelser end disse småskader. Derudover skal honorarerne dække faste udgifter i lægepraksis, husleje m.v., og der er ikke i analysen forudsat modsvarende besparelser i faste udgifter i akutmodtagelsen.

Analysen kan derfor ikke benyttes til direkte at sammenligne generelle udgifter til praksisområdet sat overfor akutmodtagelserne.

5.3 Service og kommunikation

Anbefaling - Fortsat fokus på bedre service og kommunikation

Ved spidsbelastninger kan forekomme ventetid for patienter med mindre alvorlig sygdom og skader, da de patienter, der ud fra den sundhedsfaglige vurdering har de mest alvorlige tilstande, altid behandles først.

De fleste mennesker kan imidlertid acceptere ventetid – også når den er lang – hvis de informeres grundigt om, hvorfor de skal vente.

Det anbefales, at der udarbejdes fælles regionale retningslinjer for kommunikation til skadepatienter, herunder brug af infoskærme.

Retningslinjerne skal sikre ensartet information om ventetid, og forklaring på hvorfor der ved spidsbelastninger kan forekomme ventetid for patienter med mindre alvorlig sygdom og skader

Det anbefales, at der opstilles et servicemål om, at 90 pct. af alle patienter skal have modtaget information om ventetid, herunder udviklingen i ventetiden.

Servicemålet skal løbende monitoreres.

Hospitalsdirektionerne skal - i lighed med Hillerød Hospital – arbejde med at anvende frivillige pårørendestøtter i akutmodtagelserne og akutklinikkerne.

For at øge kendskabet til akuttelefonen 1813 anbefales det, at nummeret til akuttelefonen, på lige fod med nummeret til egen læge, skal fremgår af sundhedskortet, og at der på sigt udvikles en "akut-app", hvor der indledningsvis opfordres til først at ringe 1813.

Enheden for Brugerundersøgelser har undersøgt patienttilfredsheden i akutmodtagelser og akutklinikker. I alt 1.940 patienter har deltaget i undersøgelsen. De deltagende patienter har alle haft et eller flere besøg i en akutmodtagelse eller akutklinik i perioden 20. februar til 4. marts 2012. Det er den første undersøgelse af patienttilfredsheden i akutmodtagelser og akutklinikker i Danmark.

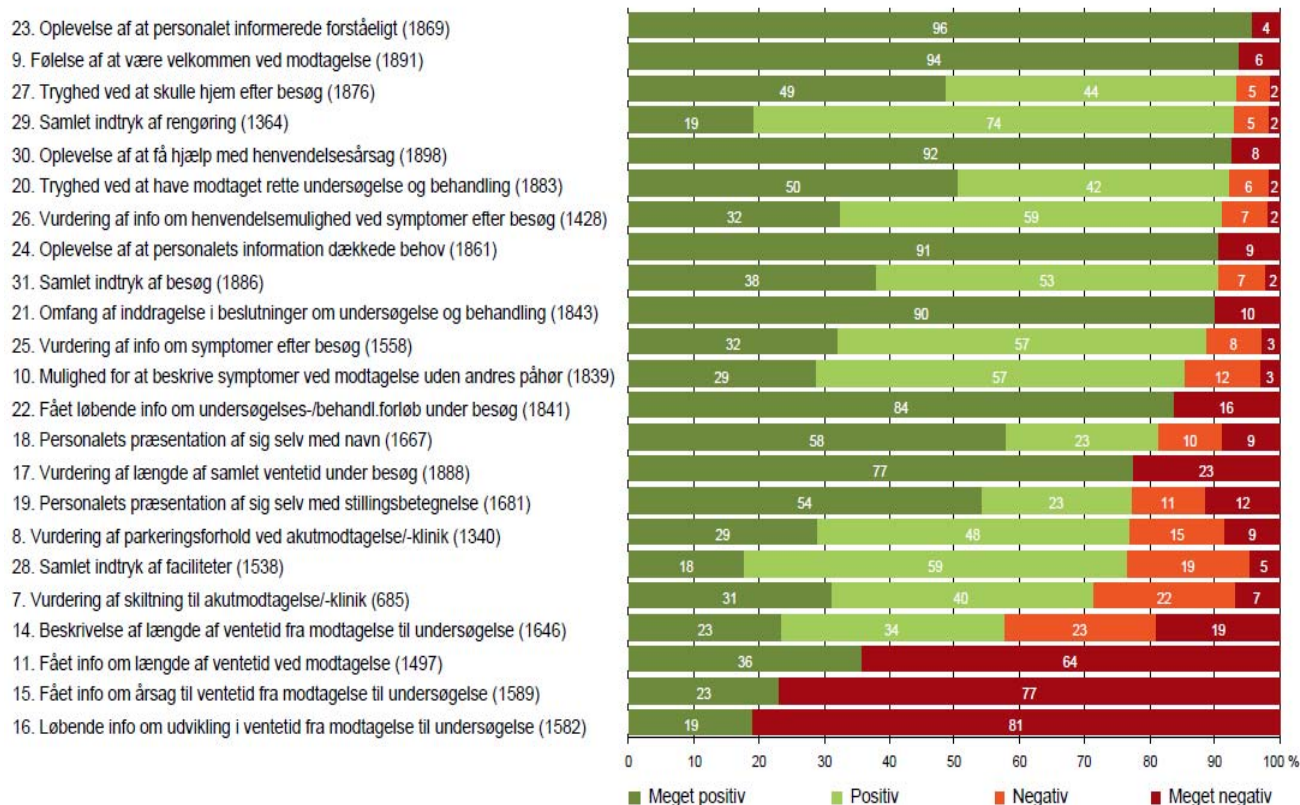
Ni ud af ti patienter i regionens akutmodtagelser/-klinikker har et virkelig godt eller godt indtryk af deres besøg. Over halvdelen af patienterne betegner deres indtryk af besøget som godt. 93 % af patienterne oplevede, at de fik hjælp til det, de henvendte sig med.

Langt de fleste skadepatienter er tilfredse og trygge ved den undersøgelse og behandling de har modtaget, men 42 % af de patienter, der oplevede ventetid, fra de blev modtaget til de blev undersøgt, vurderer ventetiden som lang eller meget lang. Af de patienter, der oplevede ventetid, blev 77 % ikke informeret

om, hvorfor der var ventetid. Hovedparten af patienterne blev ikke informeret løbende om udviklingen i ventetid (81 %). Knap hver fjerde patient vurderer længden af den samlede ventetid under hele deres besøg i akutmodtagelsen/-klinikken som uacceptabel.

Nedenstående figur viser fordelingen af patienternes svar på de spørgsmål, som kan opdeles i en positiv/negativ vurdering.

Regionsresultatet



Som det fremgår af ovenstående figur, er skadepatienterne overvejende positive vedr. den faglige kvalitet, og mindst tilfredse med information om længde og årsag til ventetid.

Kommunikation om ventetid

En af de problemstillinger, der skulle afdækkes nærmere i forbindelse med ventetid og service i regionens akutmodtagelser og akutklinikker, er netop erfaringer med hensigtsmæssig kommunikation om ventetid. Herunder erfaringer med tekniske hjælpemidler som fx sms eller personsøgere.

Det er klart, at information og kommunikation i væsentlig grad kan give patienter en langt mere positiv oplevelse af ventetiden i akutmodtagelse/klinik.

De fleste mennesker kan acceptere ventetid – også når den er lang – hvis de informeres grundigt om, hvorfor de skal vente. Dette kan bl.a. ske ved, at man viser en film i akutmodtagelsen/klinikken, der forklarer om procedurerne og de årsager, der kan være til, at man skal vente – måske endda vente i lang tid.

Adspredelse i form af blade, aviser, børneaktiviteter og mulighed for at sidde med egen computer er væsentlige for om ventetiden opleves positivt eller negativt.

Det skal bemærkes, at der at hygiejniske årsager er grænser for hvilke tilbud der kan placeres i akutmodtagelser og akutklinikkerne. Gode alternativer er TV og tablets, der kan afsprittes. Der bør endvidere være mulighed for adgang til varme og kolde drikke samt frugt, som bør tilbydes ved opsættelse af automater.

Undersøgelser viser ligeledes, at det også er vigtigt, at medarbejderne i akutmodtagelserne og akutklinikkerne er venlige, imødekommende og sørger for, at alle patienter føler sig set og forstået.

Hvis patienterne oplever at blive behandlet uvenligt, har svært ved at få kontakt med medarbejderne og ikke har en fornemmelse af, hvor lang tid de skal vente, kan de få en oplevelse af at blive ignoreret, hvilket kan føre til både stor frustration og ængstelse.

Undersøgelser viser, at patienterne kan have en helt anden oplevelse af alvoren af deres symptomer, og medarbejderne skal løbende sørge for at være i dialog med patienterne, hvis der er lang ventetid, så patienterne løbende forsikres om, at der er styr på det og deres tilstand ikke er farlig for dem.

Der derfor vigtigt, at der nu arbejdes videre med forslag til koncept for Region

Hovedstaden om kommunikation om ventetid til skadepatienter, herunder brug af infoskærme med oplysning om ventetid.

Pilotprojekt om kommunikation

Der er iværksat et pilotprojektet der skal afprøve forskellige former for forbedret kommunikation til skadepatienter, herunder brug af infoskærme på Hvidovre og Herlev hospitaler.

Evaluerings af projektet og anbefalinger til koncept for Region Hovedstaden om kommunikation til skadepatienter vil blive forelagt på møde i regionsrådet i december 2012.

Anvendelse af frivillige

En af de problemstillinger, der ønskes afdækket, er muligheder for og erfaringer med anvendelse af frivillige til at udføre serviceopgaver i akutmodtagelser og akutklinikker. Dette er afdækket i et notat ”Muligheder og erfaringer med anvendelse af frivillige til at udføre serviceopgaver i akutmodtagelser og akutklinikker”.

Der har ikke i Danmark været tradition for inddragelse af frivillige indenfor sundhedssektoren. Dette skyldes hovedsagligt, at en lang række af de kerneopgaver, der udføres i sundhedsvæsenet, er af en sådan karakter, at de ikke kan udføres af personer uden særlig autorisation, da det kan udgøre en patientsikkerhedsrisiko – jf. Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

I Region Hovedstaden har Hillerød Hospital gode erfaringer med anvendelse af frivillige fra Røde Kors i akutmodtagelsen. Ordningen har fungeret siden 2003.

De frivillige kaldes 'Patientstøtter' og fungerer i praksis som en ekstra pårørende eller som den pårørende, der ikke er til stede. I akutmodtagelsen tilbyder de frivillige på hverdage fra kl. 16.00 til 20.00 samvær i ventetiden på akutmodtagelsen eller højtlesning for medfølgende børn.

5.4 Akut tilgængelighed i praksissektoren

Anbefaling - Fortsat fokus på øget tilgængelighed i almen praksis

18 pct. af regionens lægepraksis lever ikke op til overenskomstens krav om telefonisk tilgængelighed. Og det er kun i 16 pct. af de lægepraksis, som har deltaget i undersøgelsen af fysiske tilgængelig, som lever op til kriterierne for handicappede forhold.

Det anbefales derfor, at der stilles krav om, at tilgængeligheden i almen praksis øges, særligt gennem forbedring af telefonbetjeningen af patienterne. Politisk bør der arbejdes for reelle overenskomstmæssige muligheder for at stille krav om øget fysisk tilgængelighed i almen praksis evt. via ændret lovgivning.

Det anbefales, at Patientudvalget i den kommende periode arbejder videre med at forbedre tilgængeligheden i almen praksis.

Regionsrådet har ønsket en belysning af følgende temaer vedrørende tilgængelighed i almen praksis i dagtiden:

1. Telefonisk tilgængelighed – muligheder for kontakt til praksis ved telefonisk henvendelse
2. Betjening af akutte patienter i almen praksis
3. Elektronisk tilgængelighed – kontaktmuligheder ved henvendelse via e-mail og praksis' hjemmeside
4. Fysisk tilgængelighed – adgangsforhold og toiletforhold for fysisk handicappede

For at tilvejebringe viden om disse temaer er der primo 2012 gennemført 5 delanalyser vedrørende tilgængelighed og akutbetjening i almen praksis i dagtiden. Lægevagten behandles ikke i disse analyser.

Faktisk tilgængelighed i almen praksis

Af analysen fremgår, at 82,5 % af praksis opfylder overenskomstens krav om telefonisk tilgængelighed.

Hele 17,5 % af praksis har vist sig ikke-tilgængelige.

Dvs. 17,5 % af regionens lægepraksis ikke tog telefonen i forbindelse med de testopkald, som blev gennemført som led i tilgængelighedsanalysen, og end ikke en telefonsvarer gav relevant henvisning til anden praktiserende læge.

Overenskomst om almen praksis: Bestemmelser om telefonisk henvendelse (§ 51)

Ifølge overenskomsten skal praksis kunne træffes telefonisk i dagtiden (kl. 8-16 på alle hverdage). Lægen eller dennes personale skal kunne træffes telefonisk, eller der skal gives henvisning/omstilling til et telefonnummer til en stedfortrædende lægepraksis. Lægen skal være tilgængelig mindst en time om dagen for telefonkonsultationer og andre telefoniske henvendelser end tidsbestillinger. Der skal desuden dagligt være et fast tidsrum for tidsbestillinger.

Patienternes oplevelser af akutbetjeningen

Patienterne har generelt en positiv oplevelse af akutbetjeningen hos deres praktiserende læge. Der er gennemført en telefonsurvey, hvor 93 % af akutte patienter tilkendegiver, at de får hjælp til det, de henvender sig til praksis om. 94 % af patienterne oplever at få tilbudt en konsultation inden for en tidsramme, som de synes er tilfredsstillende. 77 % af patienterne er tilfredse med den telefoniske tilgængelighed ved akut behov for lægehjælp – 11 % er utilfredse.

Elektronisk tilgængelighed

Den elektroniske tilgængelighed i form af brug af e-konsultationer er mere end tredoblet over en femårig periode. Der er dog stor variation i, hvor meget den enkelte lægepraksis benytter e-konsultationer. Der er relativt få af regionen lægepraksis, der tegner sig for størstedelen af e-konsultationerne.

Fysisk tilgængelighed

Administrationen har gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt regionens praktiserende læger om deres akutbetjening og tilgængelighed.

Af undersøgelsen fremgår at kun hver sjette af de lægepraksis, der har deltaget i undersøgelsen, oplyser, at deres praksis opfylder samtlige nedenstående kriterier for handicapegnede forhold:

- Dørene har tilstrækkelig passagebredde til en kørestol (50 % af de deltagende lægepraksis opfylder dette kriterium)

- Niveau-fri adgang (39 % af de deltagende lægepraksis opfylder dette kriterium)
- Handicap-parkeringsplads i nærheden af praksis (39 % af de deltagende lægepraksis opfylder dette kriterium)
- Handicapegnede toiletforhold (25 % af de deltagende lægepraksis opfylder dette kriterium)

Det er ikke tilfredsstillende, at kun er en mindre andel af regionens klinikker, der opfylder de ovennævnte kriterier for handicapegnethed.

**Overenskomst om almen praksis:
Bestemmelser adgangs- og indretningsforhold i praksis (tilgængeligheden for borgere med fysiske handicap). (§ 53)**

Ifølge overenskomsten skal lægepraksis tilstræbe, at deres konsultationslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede patienter, og at der er handicapegnede toiletfaciliteter. Endvidere skal alle læger, hvor det er muligt, tilstræbe, at der er adgang til handicap-parkeringsplads i nærheden af praksis. Ved nybygning og væsentlig ombygning af praksis er det et krav, at der etableres handicapegnede forhold.

6 Iværksatte initiativer på akutområdet

Det er en sundhedspolitisk hensigtserklæring, at borgere i Region Hovedstaden, der har behov for hjælp på grund af sygdom og skader skal have let adgang til kompetent døgndækkende akutbetjening og øvrige relevante behandlingstilbud. Målet er at skabe tryghed, at sikre at ingen går forgæves og forkert, og at unødigt ventetid undgås.

I sommeren 2011 var der eksempler på lang ventetid i nogle af regionens akutmodtagelser og akutklinikker.

Regionsrådet iværksatte derfor en lang række initiativer, der skulle nedbringe ventetiden for skadepatienter, herunder at fremrykke etablering af akuttelefonen til den 30. januar 2012.

Hospitalsledelserne blev bedt om at udarbejde - og iværksætte - handlings- og tidsplanerne for nedbringelse af uacceptabel ventetid i akutmodtagelserne og akutklinikkerne.

Med henblik på kompensation for merudgifter ved forebyggelse af urimelige ventetider i spidsbelastningsperioder i akutmodtagelserne, er akuthospitalerne hver tilført 2,4 mio. kr. på årsbasis med virkning fra 1. september 2011 frem til udgangen af 2012.

De fire akuthospitaler er på den baggrund fremkommet med konkrete planer for hvorledes hospitalerne hver især vil anvende de tilførte midler, så de giver den største mulig effekt i forhold til at sikre, at der ved spidsbelastninger, ikke udvikler sig urimeligt lange ventetider for patienterne. Alle initiativer indbefatter øget tilførsel af personaleressourcer i spidsbelastningstidsrummet.

Der er afsat 7,4 mio. kr. i 2012 stigende til 10,3 mio. kr. i de efterfølgende år med henblik på et højere og ensartet serviceniveau for de akutte patienter. Midlerne er frigivet ved natlukningen på akutklinikkerne, hvoraf andre er brugt til akuttelefonen 1813 og kampagnen for akuttelefonen og akutområdet, så alle husstande i Region Hovedstaden får en vejledning i, hvor de skal henvende sig, hvis uheldet er ude, og hvordan de kan undgå unødigt ventetid. Besparelsen ved natlukning på akutklinikkerne kommer således den akutte patient til gode.

I september 2011 blev der endvidere udarbejdet en analyse af ventetiden for skadepatienter, med særlig fokus på spidsbelastningstidspunkter.

Det blev besluttet, at regionsrådet skal forelægges en fornyet opgørelse af ventetider for skadepatienter i maj 2012 med henblik på at vurdere, om de iværksatte initiativer har haft effekt.

Analysen indgår også i den iværksatte politiske kulegravning af mere langsigtede løsninger.

**Tværgående arbejdsgruppe med særlige
opgaver vedrørende akutområdet**

Bilag 1

Kommissorium og sammensætning
Maj 2012

REGION

Udvalget for kvalitetsforbedringer - kommissorium for 2012 og 2013

I perioden 1. januar 2012 til 30. juni 2012 nedsættes et § 17. stk. 4 udvalg med otte medlemmer for kvalitetsforbedringer, idet der samtidig søges om dispensation hos indenrigsministeren til, at udvalget pr. 1. juli 2012 bliver et driftsudvalg med ni medlemmer med vilkår svarende til de der gælder for primærkommunernes stående udvalg.

I perioden 1. januar 2012 til 30. juni 2012 har udvalget endvidere som særlig opgave at samarbejde med Patientudvalget – sammenhæng i patientbehandlingen om sammenhæng på akutområdet ud fra nedenstående kommissorium:

Kommissorium for samarbejdet mellem Udvalget for kvalitetsforbedringer og Patientudvalget – sammenhæng i patientbehandlingen om akutområdet

I perioden januar 2012 til juni 2012 etableres et tværgående samarbejde mellem Udvalget for kvalitetsforbedringer og Patientudvalget – sammenhæng i patientbehandlingen, samt 3 fagpersoner udpeget via udvalget for præhospital og akutmodtagelse, der efter et internt arbejde har til opgave at tilvejebringe forslag til regionsrådet med oplæg til politiske mål vedr. de analysefelter, som blev besluttet af regionsrådet den 25. oktober 2011, herunder bl.a.:

- ensartet registrering af ventetid i akutmodtagelser og fælles akutmodtagelser,
- ensartede sundhedsfaglige kriterier for triage og visitation på alle regionens hospitaler, herunder etablering af fast track til småskader,
- arbejdstilrettelæggelsen med henblik på at reducere sundhedsfaglig ubegrundet ventetid i akutmodtagelser og fælles akutmodtagelser,
- hensigtsmæssig service og kommunikation, herunder patienttilfredshed og brug af frivillige i akutmodtagelser og fælles akutmodtagelser,
- organisering og kompetenceudvikling i akutmodtagelser og fælles akutmodtagelser,
- sammenhæng mellem behov og kapacitet i akutmodtagelser og fælles akutmodtagelser, herunder "hensigtsmæssig indretning af de fysiske rammer",
- praktiserende lægers og borgeres adfærd og målrettet indsats på baggrund af:
 - "akut" tilgængelighed i almen praksis og årsager til fravalg af egen læge,
 - telefonisk tilgængelighed i almen praksis og eventuelle tekniske/organisatoriske løsninger,
 - elektronisk tilgængelighed,
 - fysisk tilgængelighed.

Der tilrettelægges en proces, hvor andre relevante fagpersoner inviteres til at komme med indspil til området for at sikre bredest muligt perspektiv, derudover kan der hentes inspiration gennem studiebesøg hos relevante aktører. I maj 2012 forelægges arbejdsgruppens overvejelser i en workshop med deltagelse af bl.a. medlemmer af regionsrådet, repræsentanter fra hospitaler og administration. Endelig rapport forelægges regionsrådet i juni 2012.

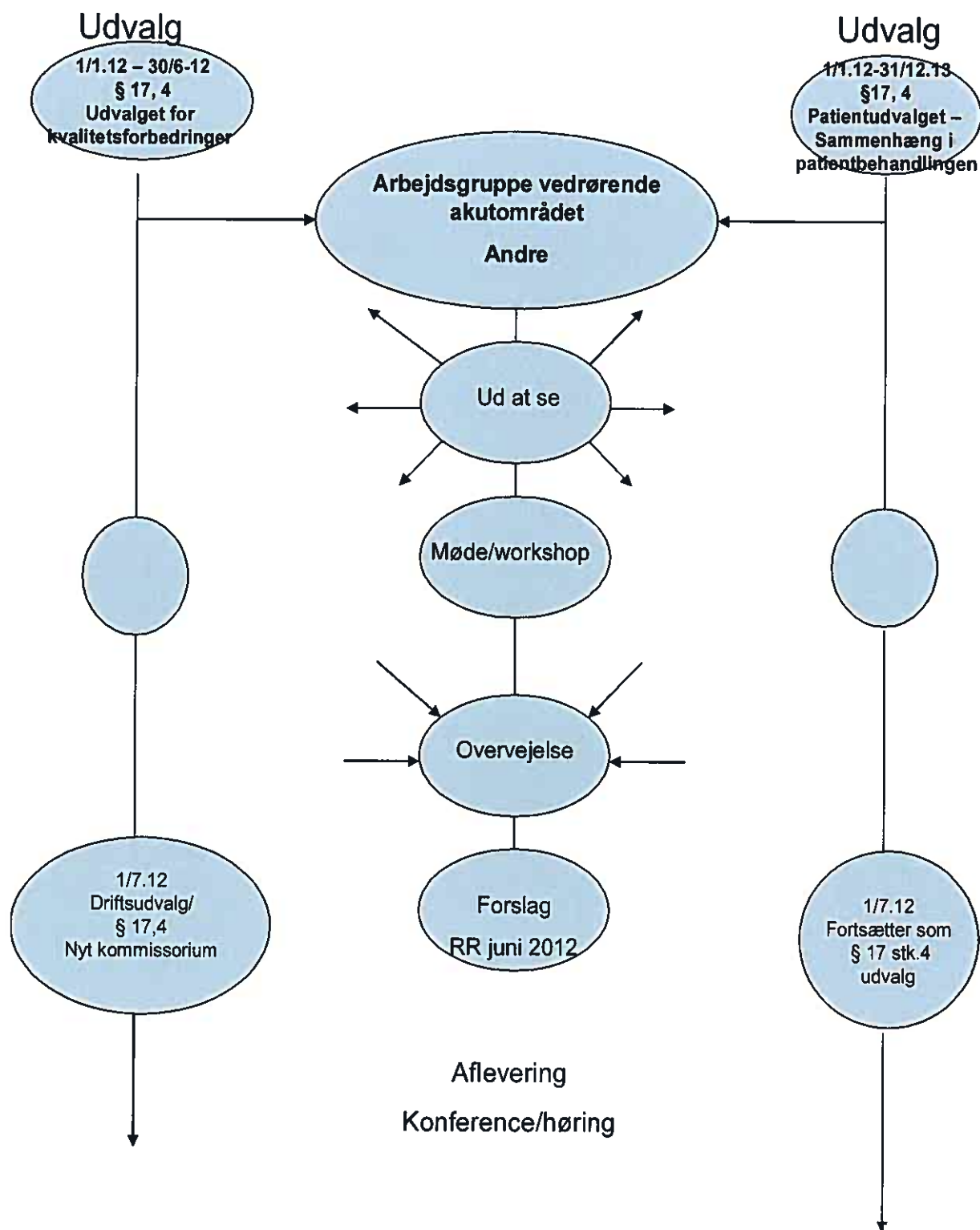
Øvrige arbejdsopgaver

Udvalget har herudover til opgave at følge og udvikle kvaliteten i sundhedsydelserne i Region Hovedstaden inden for rammerne af regionens kvalitetspolitik og andre relevante politikker og strategier. Udvalgets arbejde skal understøtte regionens bærende udviklingsstrategier.

Medio 2012 tages stilling til udvalgets videre arbejde (nyt kommissorium) i forbindelse med afklaringen på dispensationsansøgningen om oprettelse af driftsudvalg.

Nedenfor gives en grafisk fremstilling af samarbejdet mellem **Udvalget for kvalitetsforbedringer og Patientudvalget – sammenhæng i patientbehandlingen om akutområdet**.

Tværgående arbejdsgruppe med særlige opgaver vedrørende akutområdet



Patientudvalget – sammenhæng i patientbehandlingen

- kommissorium 2012 og 2013

Der nedsættes et § 17 stk. 4 udvalg med seks medlemmer for sammenhæng i patientbehandlingen for perioden 1. januar 2012 til 31. december 2013.

Udvalgets overordnede formål er at følge og udvikle servicen på sundhedsområdet i Region Hovedstaden inden for rammerne af regionens politikker og strategi på området.

Udvalget skal spille en proaktiv rolle i forhold til at sætte området på den regionalpolitiske dagsorden.

I perioden 1. januar 2012 til 30. juni 2012 har udvalget endvidere som særlig opgave at samarbejde med Udvalget for kvalitetsforbedringer om sammenhæng på akutområdet ud fra nedenstående kommissorium:

Kommissorium for samarbejdet mellem Udvalget for kvalitetsforbedringer og Patientudvalget – sammenhæng i patientbehandlingen om akutområdet

I perioden januar 2012 til juni 2012 etableres et tværgående samarbejde mellem Udvalget for kvalitetsforbedringer og Patientudvalget – sammenhæng i patientbehandlingen, samt 3 fagpersoner udpeget via udvalget for præhospital og akutmodtagelse, der efter et internt arbejde har til opgave at tilvejebringe forslag til regionsrådet med oplæg til politiske mål vedr. de analysefelter, som blev besluttet af regionsrådet den 25. oktober 2011, herunder bl.a.:

- ensartet registrering af ventetid i akutmodtagelser og fælles akutmodtagelser,
- ensartede sundhedsfaglige kriterier for triage og visitation på alle regionens hospitaler, herunder etablering af fast track til småskader,
- arbejdstilrettelæggelsen med henblik på at reducere sundhedsfaglig ubegrundet ventetid i akutmodtagelser og fælles akutmodtagelser,
- hensigtsmæssig service og kommunikation, herunder patienttilfredshed og brug af frivillige i akutmodtagelser og fælles akutmodtagelser,
- organisering og kompetenceudvikling i akutmodtagelser og fælles akutmodtagelser,
- sammenhæng mellem behov og kapacitet i akutmodtagelser og fælles akutmodtagelser, herunder "hensigtsmæssig indretning af de fysiske rammer",
- praktiserende lægers og borgeres adfærd og målrettet indsats på baggrund af
 - "akut" tilgængelighed i almen praksis og årsager til fravalg af egen læge,
 - telefonisk tilgængelighed i almen praksis og eventuelle tekniske/organisatoriske løsninger,
 - elektronisk tilgængelighed,
 - fysisk tilgængelighed.

Der tilrettelægges en proces, hvor andre relevante fagpersoner inviteres til at komme med indspil til området for at sikre bredest muligt perspektiv, derudover kan der hentes inspiration gennem studiebesøg hos relevante aktører. I maj 2012 forelægges arbejdsgruppens overvejelser i en workshop med deltagelse af bl.a. medlemmer af regionsråd, repræsentanter fra hospitaler og administration. Endelig rapport forelægges regionsrådet i juni 2012.

Øvrige arbejdsopgaver

Udvalget har herudover til opgave at have fokus på følgende områder:

- **Sammenhæng i patientbehandlingen** – herunder den patientoplevede kvalitet,
- **Patientvenlighed og ventetider** – i ambulatorier,
- **Interne ventetider** – ved behandling på flere hospitaler - særligt i forbindelse med kræftforløb,
- **Feedback konceptet** - initiering af direkte patientfeedback i forhold til den ældre medicinske patient/kronikere – på tilsvarende vis som de i januar 2011 afholdte kræftdialogmøder,
- **Praktiserende læger og speciallæger** – kortlægning af serviceniveau og tilgængelighed,

- **Udeblivelser** – kortlægning af initiativer mhp at forhindre udeblivelser samt konsekvenser af udeblivelser,
- **Rengøring** – opfølgning samt nye initiativer mhp. at sikre det af regionsrådet fastsatte serviceniveau,
- **Klageområdet** – herunder opfølgning på patientrettigheder via hhv. LUP og årsberetning fra Patientombuddet.

Udvalgets arbejde skal understøtte regionens bærende udviklingsstrategier.

Der udarbejdes en detaljeret arbejdsplan for udvalgets arbejde.

Der kan udarbejdes tillægskommissorier for udvalgets arbejde.



1. januar 2012

Tværgående arbejdsgrupper – 1. halvår 2012

Den tværgående arbejdsgruppe imellem hhv. Udvalget for kvalitetsforbedringer og Patientudvalget – sammenhæng i patientbehandlingen

Kirsten Lee (B) – mødeleder

Thor Grønlykke (A)

Karin Dubin (A)

Maja Holt Højgaard (A)

Karsten Skawbo-Jensen (C)

Jannie Hjerpe (F)

Michael Lange (V)

Bent Larsen (V)

Flemming Pless (A)

Lise Rask (A)

Abbas Razvi (B)

Lene Kaspersen (C)

Julie Herdal Molbech (F)

Anne Ehrenreich (V)

Fagpersoner:

Vicedirektør Torben Morgensen

Ledende overlæge Peter Berlac

Ledende oversygeplejerske Susanne Juul

Den tværgående arbejdsgruppe imellem hhv. Udvalget vedr. udsatte borgere – sammenhæng og samarbejde med kommunerne og regionsrådets medlemmer af Sundhedskoordinationsudvalget

Lise Müller (F) – mødeleder

Per Seerup Knudsen (A)

Lene Kaspersen (C)

Jannie Hjerpe (F)

Danni Olsen (O)

Karin Helweg-Larsen (Ufp)

Per Seerup Knudsen (A)

Charlotte Fischer (B) - formand

Nina Berrig (C)

Karsten Skawbo-Jensen (C)

Julie Herdal Molbech (F)

**Den tværgående arbejdsgruppe imellem hhv. Miljø- og grøn vækststud-
valget og Regionaludvalget**

Lars Gaardhøj (A) – mødeleder

Lise Rask (A)

Abbas Razvi (B)

Ole Søbæk (C)

Ellen Thrane (F)

Henrik Thorup (O)

Per Roswall (V)

Susanne Langer (Ø)

Steen Olesen (F)

Peter Kay Mortensen (A)

Maja Holt Højgaard (A)

Marianne Stendell (A)

Karsten Skawbo-Jensen (C)

Julie Herdal Molbech (F)

Kenneth Kristensen Berth (O)

Per Roswall (V)