

INSPIRATION TIL EN FORNYET INDSATS FOR MEDICINSKE PATIENTER

- akut indlagte patienter med
uhensigtsmæssige behandlingsforløb

Klare realistiske mål for sygehusbehandling

Bedre overgange mellem sektorer

Bedre servicering af primærsektor

Plan for overbelægning

Rammebetingelser



DANSKE
REGIONER



Indhold

Forord	3
1. Indledning	5
2. anbefalinger og sammenfatning	8
3. Det medicinske område	10
4. Klare realistiske mål for sygehusbehandling	13
5. Bedre overgange mellem sektorer	16
6. Bedre servicering af primærsektor	21
7. Plan for overbelægning	23
8. Rammebetingelser	25

Forord

Gennem de senere år har der regionalt og lokalt været igangsat mange initiativer, der sigter på at forbedre sammenhængen i patientforløbene på det medicinske område, og der er mange eksempler på afdelinger, hvor der er arbejdet målrettet med nye løsninger og opnået gode resultater. Der er imidlertid stadig basis for fokus på det medicinske område.

Flere danskere lever længere og mange har en kronisk lidelse, som skal behandles. Man har i sundhedsvæsenet på mange måder forsøgt at imødekomme disse udfordringer, og det øgede pres der følger heraf, og på mange områder, er der allerede sket markante forbedringer.

Men der er desværre stadig en stor gruppe af medicinske patienter – typisk akut indlagte patienter der lider af flere sygdomme - som ikke altid får et tilstrækkeligt godt forløb:

- Nogle af disse patienter oplever u hensigtsmæssige forløb, der resulterer i akutte indlæggelser, dårligt tilrettelagte undersøgelses- og behandlingsforløb med spildtid, unødvendigt mange genindlæggelser, dårlige udskrivningsforløb og manglende samarbejde mellem kommune, almen praksis og sygehus
- Sundhedsvæsenets personale oplever nogle steder overbelægning og problemer med "flaskehalse" bl.a. på grund af ineffektive arbejdsgange, manglende fokus på den faglige kvalitet og mange steder et arbejdsmiljø præget af stor udskiftning i personalegruppen og vanskelighed ved at rekruttere

Regionerne har derfor sammen med Dansk Selskab for Intern Medicin medio 2007 nedsat en Tænk tank, hvis formål er at pege på forslag og metoder for implementering af initiativer, som kan optimere den fremtidige organisering af indsatsen på det medicinske område - primært for de akut indlagte patienter - og bringe inspiration til den fortsatte indsats.

Tænk tanken har arbejdet med konkrete forslag til forbedring af undersøgelse og behandling af den medicinske patient. Arbejdet har været baseret på medlemmernes erfaring på det medicinske område, og har derfor ikke omfattet et større omfattende litteratursøgningsarbejde m.v.

Tænk tankens medlemmer:

- Ledende overlæge Thomas Gjørup, Formand, Dansk Selskab for Intern Medicin
- Lisbeth Rasmussen, Leder af Akademiet på HR-området, Region Syddanmark
- Forskningsleder Frede Olesen, Forskningsenheden for Almen Praksis, Århus Universitet
- Overlæge Birte Obel, Afdelingschef for Kvalitet, Forskning og Udvikling, Hillerød Hospital (indtil 1. august 2008)
- Overlæge Jens Flensted Lassen, Hjertemedicinsk Afdeling B, Skejby Sygehus
- Direktør Anne Mette Fugleholm, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune
- Senior projektleder Jakob Kjellberg, Dansk Sundhedsinstitut
- Sygehusdirektør Jens Ole Skov, Aalborg Sygehus
- Overlæge Henrik Ancher Sørensen, Sygehusadministrationen, Sygehus Nord
- Kontorchef Peder Ring, Danske Regioner (til 1. marts 2008)
- Kontorchef Janet Samuel, Danske Regioner (fra 1. marts 2008)
- Chefrådgiver Josefina Krausing-Vinther, Danske Regioner (sekretariatsbetjening til 15. august 2008)
- Seniorkonsulent Christina Carlsen, Danske Regioner (sekretariatsbetjening fra 15. august 2008)

1. Indledning

Med dette oplæg sættes der fokus på den fremtidige tilrettelæggelse af indsatsen på det medicinske område særligt for den patientgruppe af medicinske patienter, der indlægges akut, som ofte lider af flere sygdomme, og hvis behandlingsforløb ikke umiddelbart kan rummes indenfor standardiserede forløb.

De medicinske specialer behandler et bredt spektrum af patientgrupper i alle aldre med klare symptomer og diagnoser f.eks. hjertepatienter, diabetespatienter m.v. - det vil sige patienter med veldefinerede problemer. Det skønnes, at langt de fleste patienter har relativt veldefinerede problemer og derfor kan behandles i et forholdsvis styret og hensigtsmæssigt forløb.

Imidlertid er der dog også blandt de akutte medicinske patienter en stor andel, hvor det af forskellige grunde er vanskeligere at tilrettelægge hensigtsmæssige udrednings- og behandlingsforløb.

Det er et gennemgående tema i rapporten, at kvaliteten for de medicinske patienter, der i dag indlægges akut, kan forbedres via et større fokus på helheden og samarbejdet mellem sektorerne, optimering af patientforløbet under indlæggelse og ved udskrivning, hurtigere adgang til udredning m.v. Det er endvidere vurderingen, at en række af de akutte indlæggelser vil kunne undgås, hvis man kunne opnå en højere grad af koordinering mellem sektorerne og en bedre understøttelse af de relevante aktørers behov.

Patientgruppe

Tænk tanken har her primært fokus på den gruppe af medicinske patienter, der lider af flere sygdomme eksempelvis kroniske livsstilssygdomme, og som herudover ofte har et dårligt socialt netværk og i nogle tilfælde også har en social historie f.eks. et misbrugsproblem. Patienterne er ofte ældre, og det vurderes, at denne gruppe i mange tilfælde er dårligt hjulpet af den indsats, sundhedsvæsenet yder dem i dag, og at det samtidig koster unødigt mange ressourcer i alle grene af sundhedsvæsenet.

Patienterne indlægges typisk akut og hører ikke naturligt under et bestemt speciale. Patienterne ender nemt med indlæggelse, fordi de "ikke kan være andre steder". De får også mange gange et forløb med uplanlagte genindlæggelser, hvor de sendes frem og tilbage mellem egen læge, kommune og sygehusafdeling. Generelt udgør denne gruppe som nævnt ovenfor patienter, der ikke kan rummes inden for standardiserede forløb.

En del af disse patienter burde slet ikke indlægges akut men bliver det alligevel, fordi der mangler alternative tilbud hos egen læge, i kommunen eller i sygehusregi. Et stigende antal medicinske patienter – op mod halvdelen, der indlægges akut – udskrives inden for 24 timer. En del af disse hurtigt udskrevne patienter er henvist til nødvendige undersøgelser og afklaringer, som kræver hospitalets specialudstyr og/eller specialviden, men en del er også henvist til akut indlæggelse, fordi der mangler de omtalte alternative tilbud, og/eller fordi akut indlæggelse giver direkte adgang til sygehusets undersøgelses- og behandlingstilbud.

Disse forebyggelige og unødvendige akutte indlæggelser kan betragtes som et systemsvigt for det samarbejdende sundhedsvæsen, og en naturlig vision på dette område bør være minimering af netop disse indlæggelser.

Det er karakteristisk for den patientgruppe, der fokuseres på her, at der ofte er et utilstrækkeligt samarbejde mellem sektorerne om patienterne, selvom de ofte er kendt i hjemmeplejen, hos egen læge og på sygehuset.

Tænketanken foreslår, at der i det videre arbejde med forbedring af den samlede indsats for denne patientgruppe er særligt fokus på helheden i de ydelser, der leveres på tværs af sektorer i det samlede sundhedsvæsen. På den baggrund har Tænketanken udvalgt et begrænset antal fokusområder med henblik på at opnå større mulighed for implementering af eventuelle indsatsområder.

Tænketanken vurderer, at de vigtigste fokusområder er:

Klare mål for sygehusbehandling. Det er en forudsætning for gode patientforløb, at fastlægge klare realistiske mål for indsatsen, herunder at patienten undersøges uden spildtid.

Bedre overgange mellem sektorer. Det er et fælles ansvar og en fælles opgave at sikre sammenhængende forløb for patientgruppen, herunder at der kan iværksættes udredning, behandling m.v. i en større del af døgnet end det sker i dag.

Bedre servicering af primærsektor. Sygehusvæsenet har et særligt ansvar for at servicere primærsektoren med hurtig og tværgående diagnostik, videndeling m.v.

Plan for overbelægning. Det er en forudsætning for kvalitet, service og arbejdsmiljø, at ledelsen skaber en kultur, der sikrer ro og stabilitet, særligt i situationer med spidsbelastning og overbelægning.

Selv om der som nævnt er taget mange initiativer, som skal skabe sammenhæng i behandlingen af de medicinske patienter, så er billedet ofte, at de enkelte led i behandlingskæden fungerer individuelt og uden tilstrækkeligt sigte på en helhedsindsats. Der er derfor brug for en fortsat indsats på det medicinske område med henblik på at sikre, at alle parter på tværs af sektorer og fag arbejder med fælles visioner og mål.

Der er løbende udarbejdet rapporter og notater om problemerne på det medicinske område, og på hver sin vis bringer de området i fokus og frembringer forslag til ændringer. Problemstillingerne, herunder ukoordinerede forløb, spildtid, manglende sammenhæng m.v., i relation til de medicinske patienter er således ikke nye, og der har også hidtil været bred enighed om at gøre noget ved problemerne.

Der er imidlertid brug for nye måder at løse de kendte problemstillinger på og for konkrete forslag til, hvordan der for alvor kan tilføres inspiration til varige, effektive ændringer som beslutningstagere og medarbejdere kan bakke op om. Dette skal også ses i lyset af det øgede pres på sygehusenes kapacitet, hvor alene den demografiske udvikling med flere ældre vil betyde, at presset på de medicinske afdelinger vil blive forstærket. Det er derfor nødvendigt, at der – i et samarbejde mellem de relevante parter – gøres en fælles indsats for at tænke nyt og i helheder.

Med udgangspunkt heri bør visionen for det medicinske område i Danmark være følgende:

Vision for det medicinske område i Danmark

Enhver forebyggelig og unødvendig akut indlæggelse er grundlæggende udtryk for et systemsvigt i det samarbejdende sundhedsvæsen og truer kvalitet og sikkerhed i indsatsen.

Indlægges en patient akut skal indlæggelse, undersøgelse, behandling og udskrivning tilrettelægges effektivt.

Arbejdet skal organiseres således, at det understøtter den enkelte ansattes mulighed for at tage ansvar for patienten på højt kvalificeret niveau.

Arbejdet skal endvidere organiseres således, at der skabes en helhed i patientforløbet, og at indsatsen sker på det laveste omkostningsniveau.

Visionen udtrykker på en faglig meningsfuld og enkel måde, at det samlede sundhedsvæsen har et ansvar for at handle før patientens tilstand bliver kritisk, og på en måde som betyder mindst mulig indgriben i patientens tilværelse. Man skal i arbejdet med det medicinske område, organisatorisk understøtte muligheden for, at den enkelte læge eller sygeplejerske kan tage et samlet ansvar for patienten, såvel indenfor som på tværs af sektorerne. Så når der her refereres til systemsvigt i det samarbejdende sundhedsvæsen, når det ikke lykkedes at forhindre forebyggelige og unødvendige indlæggelser, menes der, at samarbejdet, koordinering m.v. mellem sektorerne ikke har fungeret tilstrækkeligt effektivt.

Målet er, at alle parter – sygehus, praktiserende læge og kommune - i deres indsats understøtter og bidrager til den samme, fælles faglighed.

Sådan er det langt fra i alle tilfælde i dag.

2. anbefalinger og sammenfatning

I forhold til Tænk tankens anbefalinger er det væsentligt at påpege, at der regionalt og lokalt er gjort et stort arbejde for at forbedre forløbene for de akut indlagte medicinske patienter, hvorfor anbefalingerne her skal ses som yderligere inspiration til den igangværende indsats.

Tænk tanken anbefaler, *at det medicinske område og de parter, der skal samarbejde om den medicinske patient, tager udgangspunkt i en fælles vision om, at enhver forebyggelig og unødvendig akut indlæggelse, grundlæggende er et udtryk for systemsvigt for det samarbejdende sundhedsvæsen og truer kvalitet og sikkerhed i indsatsen. Indlægges en patient akut, skal indlæggelse, undersøgelse, behandling og udskrivning tilrettelægges effektivt. Arbejdet skal organiseres således, at det understøtter den enkelte ansattes mulighed for at tage ansvar for patienten på et højt kvalificeret niveau. Arbejdet skal endvidere organiseres, så der skabes en helhed i patientforløbet, og så indsatsen sker på det laveste omkostningsniveau.*

Tænk tanken har valgt at sætte *fokus på den gruppe af medicinske patienter, som indlægges akut, og som lider af flere sygdomme eksempelvis kroniske livsstilssygdomme. I mange tilfælde er de også særligt udsatte, fordi de er uden netværk, har behov for sociale ydelser eller f.eks. støtte i forhold til et misbrugsproblem. Ofte er det en gruppe af patienter, der ikke kan rummes indenfor standardiserede forløb.*

Tænk tanken har ikke lagt sig fast på bestemte måder at møde anbefalingerne på. Der er betydelige udfordringer forbundet med hver enkelt anbefaling, men der er ikke her taget stilling til en bestemt ledelsesmodel, en bestemt organisation eller en bestemt anvendelse af incitamenter og andre styringsinstrumenter.

Tænk tanken har i stedet valgt at tænke frit i forhold til de eksisterende rammer. Der fokuseres på konkrete mål og forslag, som vurderes som helt centrale for sikringen af en fagligt og servicemæssigt kvalificeret og tidssvarende indsats. Drivkraften er at understøtte kvalitet og service for patienterne og den faglige stolthed for personalet. Kan dette opnås, er der gode chancer for, at det også medvirker til en mere hensigtsmæssig brug af de samlede ressourcer.

Afslutningsvis peges der på en række rammebetingelser der vurderes som væsentlige, og som bør medtænkes i det fremtidige arbejde på det medicinske område. Som led i moderniseringen af sundhedsvæsenet og som følge af de faglige anbefalinger på akutområdet, står regionerne overfor at skulle samle akutberedskabet på færre enheder i form af fælles akutmodtagelser. Det har en række konsekvenser for indretningen af det samlede sundhedsvæsen og rummer en række muligheder for understøttelse af sammenhængen på det medicinske område.

Udover de fysiske ændringer i form af nybyggeri og ombygninger, er moderniseringen af sygehusvæsenet en oplagt mulighed for at retænke måden, hvorpå man organiserer arbejdet, herunder behovet for at sikre kompetenceudvikling og opgavefleksibilitet blandt personalet. Derudover kan man med indretningen af sygehuset, herunder placeringen af kliniske funktioner og støttefunktioner, understøtte effektive arbejdsgange, hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse og sammenhængende patientforløb. Aspekter der da også naturligt indgår i regionernes planer.

Neden for opsummeres Tænk tankens anbefalinger:

Der bør i alle områder af sundhedssektoren og på alle ledelsesniveauer arbejdes på at gøre de medicinske afdelingers mål og opgaver klare og forståelige for både patienter og fagpersoner.

Patienter med komplekse forløb, hvor der erfaringsvist kan opstå problemer, bør have tilknyttet en sundhedsfaglig person, der tager ansvar for det samlede forløb (udover den eksisterende kontaktpersonordning). Den samlede organisation skal understøtte intensive, tværgående og sammenhængende forløb.

De medicinske afdelinger bør have klare realistiske behandlingsmål for deres indsats, således at der tages ansvar for hele patientens behandlingsforløb på tværs af afdelinger og sektorer. Der skal med andre ord både tænkes horisontalt og vertikalt.

Sygehusene bør have et væsentligt ansvar for at fremme den fælles faglige læring for alle personalegrupper på tværs af sektorer, eksempelvis via udgående teams, der kan løse specialopgaver, og samtidig kan have et lærende sigte.

De praktiserende læger og lægevagten bør medvirke til planlagte undersøgelsesforløb og forebyggelsen af akutte indlæggelser.

Region og kommune bør samarbejde om at sikre, at de praktiserende læger kan bistå kommunerne med at vurdere de medicinske patienter, og med at sikre en hurtig og god overgang mellem sygehus og eget hjem, plejebolig mv.

Kommunerne bør kunne etablere sundhedsfaglig støtte og overvågning i patienternes eget hjem til de patienter, som egen læge eller vagtlæge vurderer, har brug for pleje, men ikke behøver sygehusekets akutte beredskab. Støtten skal kunne etableres akut.

Kommunerne bør kunne modtage patienter, der har været indlagt med det samme efter færdig behandling i henhold til de aftaler, der er indgået vedr. varsling og udskrivning. Planlægningen af udskrivning bør begynde ved indlæggelsen og skal kunne gennemføres med få timers varsel.

Region og kommune bør udvikle skånsomme, fleksible og effektive måder at transportere gruppen af medicinske patienter på, så transporten understøtter planlagt undersøgelse og behandling.

Alle regioner bør have et "diagnostisk center", en funktion, der akut kan yde rådgivning til personalet i ældreplejen, til praktiserende læger og vagtlæger. Der bør være mulighed for akut ambulant undersøgelse af patienter efter henvisning fra egen læge bl.a. med henblik på forebyggelse af akut indlæggelse.

De praktiserende læger bør kunne henvise patienter til hurtig vurdering og udredning på sygehuset uden nødvendigvis at skulle indlægge patienterne. Det er efter vurdering og udredning af patienten hospitalets ansvar at tilrettelægge den videre behandling af patienten.

Der bør være akutte/subakutte ambulatorier og daghospitalet med hurtig adgang til undersøgelser.

En akut henvisning til sygehuset bør aftales mellem den henvisende læge og en beslutningsdygtig læge på sygehuset.

Der bør være aftalt klare retningslinier for, hvordan spidsbelastning og overbelægning håndteres, hvad enten det gøres ved at fordele belastningen på flere afdelinger eller ved at belaste afdelinger på skift.

Kommunerne bør medvirke til løsning af overbelægningsproblematikken.

3. Det medicinske område

Tænk tanken anbefaler, at

det medicinske område og de parter, der skal samarbejde om den medicinske patient, tager udgangspunkt i en fælles vision om, at enhver forebyggelig og unødvendig akut indlæggelse, grundlæggende er et udtryk for systemsvigt for det samarbejdende sundhedsvæsen og truer kvalitet og sikkerhed i indsatsen. Indlægges en patient akut skal indlæggelse, undersøgelse, behandling og udskrivning tilrettelægges effektivt.

Arbejdet skal organiseres således, at det understøtter den enkelte ansattes mulighed for at tage ansvar for patienten på et højt kvalificeret niveau. Arbejdet skal endvidere organiseres, så der skabes en helhed i patientforløbet og så indsatsen sker på det laveste omkostningsniveau.

Sundhedsvæsenet gennemgår i disse år betydelige forandringer, bl.a. ved at en række behandlinger samles på færre enheder og ved oprettelsen af fælles akutmodtagelser. Samtidig bliver sygehusindlæggelserne kortere og i stadig højere grad erstattet af ambulante behandlingsforløb. Hensynet til kvalitet frem for nærhed er blevet stærkere, og der arbejdes mere målrettet med at forbedre koordineringen af sundhedsvæsenets samlede indsats, det vil sige indsatsen mellem sygehus, almen praksis og kommune.

Da behandlingsforløbene for de patienter, der fokuseres på i denne rapport, i meget høj grad er karakteriseret ved, at patienten bevæger sig fra den ene sektor til den anden, er koordination og samarbejde på tværs essentielt. Det er meget ofte i forhold til patientens overgang fra en sektor til en anden, at der opleves brud i sammenhængen, hvilket indikerer, at det ikke er lykkedes at etablere et tilstrækkeligt godt samarbejde om patientforløb på tværs af sektorerne.

Problemerne kan anskues ud fra mange vinkler – som noget strukturelt, som et spørgsmål om ressourcer osv. Meget tyder imidlertid på, at der i sektorerne allerede er masser af svar på udfordringerne, men at der mangler fælles mål og retning og ikke mindst konkret ledelsesmæssig handling og koordinering.

Den medicinske afdeling

En medicinsk afdeling indgår ofte i en fælles akut modtagefunktion, der varetager modtagelsen af alle akutte patienter. Afdelingerne kan være organiseret i relativt store enheder bestående af brede interne medicinske afdelinger eller i mindre enheder opdelt efter specialer. Fagligt består det medicinske område af en række intern medicinske specialer - endokrinologi, gastroenterologi og hepatologi, geriatri, hæmatologi, infektionsmedicin, kardiologi, lungesygdomme, nefrologi og reumatologi.

Selv om der er fællestræk, er de intern medicinske specialer meget forskellige i karakter, omfang og

Selv om der er fællestræk, er de intern medicinske specialer meget forskellige i karakter, omfang og organisering. Principielt indgår alle specialer i de akutte funktioner, men deltagelsen i det generelle akutte medicinske arbejde varierer mellem specialerne.

Ønsket om at styrke kvaliteten i behandlingen betyder, at der i de kommende år sker en samling af de akutte medicinske funktioner i større enheder med et større patientunderlag. Samtidig tilgodeses muligheden for et tættere samarbejde med andre specialer i de nye fælles akutmodtagelser.

En særlig udfordring, der knytter sig til det medicinske område, er overbelægning ¹⁾, hvor patienter ligger på gangene og oplever et personale, der må passe langt flere patienter end de er normeret til. Set over tid viser data, at overbelægningen har nogenlunde samme omfang, på trods af skiftende grundvilkår omkring sengemasse, personale, indlæggelsestid samt brug af ambulante behandling (denne problemstilling uddybes i kap. 7).

Unødig ventetid og forebyggelige forløb

Flere undersøgelser peger på, at en del af de akutte medicinske indlæggelser er forebyggelige – altså at patienterne kunne være henvist til behandling i andet regi eller have været behandlet elektivt.

Undersøgelser ²⁾ viser desuden, at op imod en tredjedel af indlæggelsesdagene er ineffektive, hvilket betyder, at der i mange patientforløb er unødig ventetid enten i selve behandlingsforløbet eller ved overgange mellem sygehus og tilbud i andet regi. En del af årsagen til, at der er unødig ventetid er, at mange akutte patienter indlægges ud på eftermiddagen, det vil sige på et tidspunkt, hvor sygehuset i princippet er ved at lukke "ned". Ofte må patienten derfor vente til næste dag, før der kan foretages videre undersøgelser m.m. Det vil derfor være hensigtsmæssigt, hvis der tages beslutninger om de akutte medicinske patienter i en mere smidig struktur.

Gode initiativer

Der har gennem de seneste år været iværksat mange regionale og lokale initiativer med henblik på at forbedre patientforløb på det medicinske område, og der er også mange eksempler på afdelinger, hvor der er arbejdet målrettet med nye løsninger og opnået gode resultater.

På det medicinske område er der i stigende grad fokus på hurtig udredning, så patienten kan komme i rette behandling hurtigere. En del sygehuse har derfor allerede fokus på at implementere akutte dagtilbud som alternativ til indlæggelse eksempelvis modtageafdelinger, hvor der iværksættes en målrettet udredning, som kan fremme hurtig behandling inden for eksempelvis 24 timer. Der er desuden en betydelig ambulant aktivitet samt elektiv behandling, men det medicinske område står alligevel for langt de fleste akutte indlæggelser i sygehusvæsenet. Det bør undersøges, om lettere og hurtigere adgang for praktiserende læger til at rekvirere indlæggelsesforebyggende undersøgelser yderligere kan reducere de akutte henvisninger.

1) Belægningsprocenten er forholdet mellem andelen af benyttede senge (antal indlagte patienter) og det normerede antal senge. Ofte forventes det for en sygehusafdeling at have en belægning på 85 – 90 %, hvilket danner basis for personalenomeringen. En belægningsprocent på over 100 er overbelægning. Som følge af akutoptag er der ofte store svingninger i belægningsprocenten på en afdeling i løbet af et år.

2) Rasmussen L, Munter D, Bøttcher C et al. Hensigtsmæssig anvendelse af sengedage på medicinske afdelinger. Ugeskrift for Læger 2005.

Derudover har regionernes og kommunernes arbejde med de formelle obligatoriske sundhedsaftaler på 6 områder, herunder udskrivningsforløb for svage, ældre patienter, været med til at understøtte samarbejdet på tværs af sektorer på det medicinske område (dette uddybes i kapitel 5).

4. Klare realistiske mål for sygehusbehandling

Tænk tanken anbefaler, at

der i alle områder af sundhedssektoren og på alle ledelsesniveauer bør arbejdes på, at gøre de medicinske afdelingers mål og opgaver klare og forståelige for både patienter og fagpersoner.

Patienter med komplekse forløb, hvor der erfaringsmæssigt kan opstå problemer, bør have tilknyttet en sundhedsfaglig person, der tager ansvar for det samlede forløb (udover den eksisterende kontaktpersonordning). Den samlede organisation skal understøtte intensive, tværgående, og sammenhængende forløb.

De medicinske afdelinger bør have klare realistiske behandlingsmål for deres indsats, således at der tages ansvar for hele patientens behandlingsforløb på tværs af afdelinger og sektorer. Der skal med andre ord tænkes både horisontalt og vertikalt.

Manglen på klare mål betyder, at organisationen kan have svært ved at tilpasse sig krav og forventninger, og at det er vanskeligt at gøre nogen ansvarlig for den enkelte patient. Det er klart, at de medicinske afdelinger ikke ensidigt kan definere målsætningerne - jævnfør også de øvrige anbefalinger - idet målsætningerne påvirker og er afhængige af de øvrige sektorer og de interne processer på sygehusene.

"Helhedssyn"

Et af de helt centrale mål må være, at sygehusene ledelsesmæssigt øger fokus på at tage ansvar for "hele patienten". Det skal naturligvis ske i dialog med bl.a. egen læge og kommunerne, men sygehuset bør i sidste ende være ansvarlig for, at der lægges en undersøgelses- og behandlingsplan, som er tilpasset de særlige forhold, der karakteriserer de medicinske patienter.

For at understøtte at undersøgelses- og behandlingsplanen følges, bør der for de komplicerede patienter, der kræver en tværgående faglig og sektoriel indsats, udpeges en person, som er ansvarlig for det specifikke patientforløb. Her tænkes der ikke på en kontaktsygeplejerske, som kan svare på generelle spørgsmål fra patienter og pårørende, men en sundhedsfaglig person som får et særligt ansvar for - og kompetence til - at sikre at patientens forløb følger planen eller tilrettes, hvis der er brug for det (forløbskoordinatorer/casemanagers).

I princippet skal den tilknyttede sundhedsfaglige person, der har ansvar for hele forløbet have flere opgaver i funktionen; personen skal have "helikopter-view" og også være en art "controller" i forhold til patientens forløb, der involverer andre afdelinger, specialer m.m.

Det betyder også, at sygehuset i sin planlægning eksempelvis skal fokusere på hurtig visitation af kvalificeret læge - og umiddelbart afsætte eller disponere de nødvendige ressourcer - ikke mindst i den akutte fase. Så vidt muligt ved at patienterne, efter en eventuel akut fase tilbydes kompetent pleje og opfølgning i form af behandling i ambulatorier, daghospitaller og behandlingscentre, hvor de medicinske patienter i planlagte forløb kan gå til kontrol, få foretaget forundersøgelser og en række elektive behandlinger. Til dette er der brug for flere - mange flere - akuttider i ambulatorier og daghospitaller.

Det kan bl.a. ske ved at speciallægerne tager større del i vagtarbejdet uden for almindelig arbejdstid. Med flere erfarne læger i de akutte modtageområder vil det være muligt at foretage hurtig, sikker visitation, så den ældre medicinske patient med flere sygdomme uden forsinkelse kan påbegynde den relevante behandling, også når patienten modtages akut uden for almindelig arbejdstid. Beslutningsdygtige, lægelige visitatorer vil desuden medvirke til at sikre, at det kun er patienter som har behov for sygehusbehandling, der indlægges.

Til at understøtte hurtigere vurdering og behandling af patienten, er der brug for adgang til diagnostik i en større del af døgnet.

Klarere mål for de medicinske afdelinger

Målsætningen vedrørende opstilling af klare og realistiske behandlingsmål knytter sig ikke alene til sygehussektoren. Der bør derfor i alle områder af sundhedssektoren og på alle ledelsesniveauer arbejdes på at gøre de medicinske afdelingers mål og opgaver klare og forståelige for både patienter og fagpersoner. Der skal gøres mere ud af at beskrive, hvilke patienter der kræver indlæggelse og behandling på hospital, og hvilke patienter der kan behandles i primærsektoren. Man kunne med fordel - hurtigst muligt efter indlæggelsen - udarbejde og formulere en behandlingsplan for patienten, så behandlingsmålene fremstod klarere for både patienten, pårørende og fagpersonalet.

Der er i højere grad for medicinske end for kirurgiske patienter en glidende overgang i mellem, hvilke behandlinger patienterne får på sygehuset, og hvilke behandlinger patienterne får i primærsektoren. Med andre ord er der en vanskelig gråzone mellem den behandling, der kan varetages i den nære kommunale og primære sektor, og det der henhører til det regionale og sekundære sundhedsvæsen. Det betyder, at de medicinske afdelingers opgaver og behandlingsmål hos patienterne ikke altid er entydigt definerede. Der kan være forskellig opfattelse af afdelingernes mål indenfor en faggruppe, imellem faggrupper, og imellem hospital og primærsektor. Manglen på entydige, definerede opgaveporteføljer, manglen på akut mobiliserbare undersøgelser og behandlinger i primærsektoren og gråzonen vedr. behandlingen, kan netop føre til unødvendige akutte indlæggelser og genindlæggelser. Derudover er forskellige opfattelser af opgavefordelingen og manglende overordnet ledelsesmæssigt forankret ansvar for koordinering af aktiviteter en væsentlig grund til, at patientforløb kan blive præget af utilstrækkelig koordinering og virke begrænsende for medarbejdernes mulighed for at tage ansvar for patientforløbet.

Identifikation og formulering af klare og realistiske behandlingsmål for sygehuset og for afdelingerne forudsætter også, at man i arbejdstilrettelæggelsen understøtter disse målsætninger. Dette betyder, at man især på ledelsesniveau men også blandt personalet, skal betragte arbejdstilrettelæggelse som et udviklingsområde. Der skal således være en vilje til at håndtere barrierer i relation til indarbejdede rutiner, og der skal etableres en fælles forståelse for, at nye måder at organisere arbejdet på kan være

medvirkende til et bedre arbejdsmiljø og forbedring af behandlingskvaliteten for patienterne. Ændringer i behandlingsrutiner, som indebærer nye eller andre krav til afdelinger og sektorer, skal indføres efter fornøden dialog. Det skal dog sikres, at der er et regelsæt og en ledelseskraft, der er tilstrækkelig til at holde forandringsprocesserne i gang.

En klarere afgrænsning af opgaver må forventes at kunne løfte kvaliteten på de medicinske afdelinger og derudover give et bedre arbejdsmiljø ved at fjerne medarbejdernes tvivl om deres opgaver og medvirke til, at personalet føler ansvar for hele patientforløbet. Dette kan i sidste ende også føre til bedre rekruttering.

De fleste medarbejdere i sundhedssektoren kommer i løbet af deres uddannelse på en medicinsk afdeling, hvorfor de medicinske afdelinger på mange måder har en vigtig rolle i forhold til holdningsdannelse. Det har derfor stor betydning, at de medicinske afdelinger er velfungerende og giver de uddannelsessøgende et godt indtryk af samarbejdet på hospitaler. Det er derfor væsentligt, at ledelsen og medarbejderne er bevidste om den rolle, de har i forhold til holdningsdannelse, og at dette udtrykkes i både handling og ord.

Udviklingen af det medicinske område og arbejdet med holdningsdannelse bør endvidere understøttes af de økonomiske incitament, som på nuværende tidspunkt ikke nødvendigvis er hensigtsmæssige. Dette gælder eksempelvis i de tilfælde, hvor det bedre kan betale sig for kommunerne at betale for indlæggelse af patienter, der afventer plads på plejehjem. Udover at det er dårlig service og kvalitet for patienterne, kan det ikke undgå at give medarbejderne indtryk af, at u hensigtsmæssige patientforløb i sidste ende accepteres. Dette kan nemt komme til at præge den enkelte medarbejders måde at tage ansvar på. Der skal derfor i højere grad arbejdes med kulturen i de enkelte sektorer og barriererne i den faglige selvforståelse med henblik på at understøtte helhedssynet i relation til patientforløbene.

5. Bedre overgange mellem sektorer

Tænk tanken anbefaler, at

sygehusene bør have et væsentligt ansvar for at fremme den fælles faglige læring for alle personalegrupper på tværs af sektorer eksempelvis via udgående teams, der kan løse specialopgaver, og samtidig have et lærende sigte.

De praktiserende læger og lægevagten bør medvirke til planlagte undersøgelsesforløb og forebyggelsen af akutte indlæggelser.

Region og kommune bør samarbejde om at sikre, at de praktiserende læger kan bistå kommunerne med at vurdere de medicinske patienter, og med at sikre en hurtig og god overgang mellem sygehus og eget hjem, plejebolig mv.

Kommunerne bør kunne etablere sundhedsfaglig støtte og overvågning i patienternes eget hjem til de patienter, som egen læge eller vagtlæge vurderer har brug for pleje, men ikke behøver sygehusets akutte beredskab. Støtten skal kunne etableres akut.

Kommunerne bør kunne modtage patienter, der har været indlagt med det samme efter færdigbehandling i henhold til de aftaler, der er indgået vedr. varslings og udskrivning. Planlægningen af udskrivning skal begynde ved indlæggelsen og skal kunne gennemføres med få timers varsel.

Region og kommune bør udvikle skånsomme, fleksible og effektive måder at transportere medicinske patienter på, så det understøtter planlagt undersøgelse og behandling.

Som følge af Kommunaireformen er der på mange måder allerede sket et stort skift i forhold til varetagelsen af sundhedsrelaterede opgaver i kommunerne, og der arbejdes på etablering af en fælles forståelse for ansvar og opgaver i relation til den samlede indsats i sundhedsvæsenet. Også formelle rammer bidrager til dette, idet samarbejdet mellem kommune, sygehus samt almen praksis understøttes af de obligatoriske Sundhedsaftaler, der i henhold til Sundhedsloven skal indgås mellem regionerne og kommunerne på 6 områder, herunder vedr. udskrivningsforløb for svage, ældre patienter.

Sundhedsaftaler om udskrivningsforløb for svage, ældre patienter skal beskrive følgende:

1. Hvordan parterne sikrer rettidig afklaring af den enkelte patients behov efter udskrivning fra sygehuset, herunder koordinering af udskrivningstidspunkt og udskrivningsbetingede ydelser.
2. Hvordan parterne sikrer, at relevant information formidles rettidigt til patienten og eventuelt pårørende samt til praktiserende læge, kommunen, og andre relevante aktører i forbindelse med udskrivning, og at parterne er tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten.
3. Hvordan parterne ved koordinationen af kapacitet m.v. sikrer, at patienterne kan udskrives fra sygehuset hurtigst muligt efter, at de er færdigbehandlede.
4. Hvordan parterne følger op på aftalen.

Kilde: Bekendtgørelse nr. 414 om sundhedskoordinations aftaler og sundhedsaftaler af 5. maj 2006.

I Sundhedsaftalerne er der dermed opstillet en række krav vedr. udskrivning, ligesom man i mange af Sundhedsaftalerne har fokus på i fællesskab at definere, hvornår en patient kan anses for færdigbehandlet. Sundhedsaftalerne rummer derfor også et potentiale i relation til at forstærke samarbejdet om patienterne mellem sektorerne og kan på sigt medvirke til etablering af en fælles forståelse af en hensigtsmæssig håndtering af patientforløbene.

Et tættere tværsektorielt samarbejde er afgørende, fordi patienten i sit behandlingsforløb ofte vil have berøringsflade til både det regionale sygehusvæsen, den kommunale sundheds- og sociale sektor samt praksissektoren. Samspejlet mellem sygehus, praksissektor og kommunale tilbud er derfor meget vigtigt i forhold til patientens fornemmelse af sammenhæng og tryghed i det samlede forløb.

Regionale og lokale tiltag

Regionalt og lokalt er der iværksat mange tiltag for at lette samspejlet mellem den regionale og kommunale sektor, således at patienten oplever et mere sammenhængende patientforløb. Der er eksempelvis etableret koordinatorfunktioner og afprøvet modeller for samarbejde om udgående teams fra sygehuse. De udgående teams leverer typisk specialitydelser fra sygehusvæsenet efter udskrivning. Der er også afprøvet modeller, hvor almen praksis i samarbejde med hjemmesygeplejen i kommunen systematisk sikrer opfølgning på ældre patienter, der har været indlagt .³⁾

³⁾ Reference: "Rundrejse i det danske sygehusvæsen", Statsministerens personlige repræsentant Erik Juhl, juni 2007

Der er således allerede mange tiltag, som understøtter samspillet mellem parterne omkring de medicinske patienter. Alligevel opstår der fortsat brud i sammenhængen mellem sygehus og kommunale aktører. I alt for mange sammenhænge opleves sektorerne som "silolignende" verdener uden tilstrækkelig sammenhæng og udsyn til hinanden. Det er væsentligt fortsat at arbejde på en ændring heraf. Kulturen skal med andre ord ændres fra at tænke snæver "kassetænkning" vertikalt til at tænke horisontalt.

Dette bør også ske med henblik på at sikre en effektiv arbejdsdeling på tværs i sundhedsvæsenet og reduktion af spildtid. Der kunne eksempelvis som førnævnt med fordel etableres en tværgående koordinator, der følger patienten i forløbet fra hospitalsdør, til patienten igen behandles af egen læge eller i kommunalt regi.

Faglig læring og kompetenceudvikling på tværs af sektorer

Sygehuset bør have et væsentligt ansvar for at fremme den fælles faglige læring for alle personalegrupper på tværs af sektorer. Samtidig er det væsentligt, at kompetencer i hjemmesygepleje m.v. synliggøres for sygehusene og øvrige involverede aktører. Herved vil der opnås langt mere fælles viden og kendskab til den "anden" sektor, og der vil kunne skabes faglige standarder på tværs af sektorer i forhold til at behandle og efterfølgende modtage patienterne. Med andre ord bør der kunne opnås en fælles forståelse for patientens behov på tværs af sektorer.

En måde at fremme dette på er at lade eksempelvis sygeplejersker fra medicinske afdelinger og kommunale sygeplejersker være fælles om forløb, gennemgå kompetenceudviklingstiltag sammen, holde fælles opfølgingsmøder m.v. Derudover vil direkte og umiddelbar adgang for praktiserende læger til rådgivning fra speciallæger på sygehuset være hensigtsmæssigt for en mere aktiv og hurtig handlen.

Faglig læring og kompetenceudvikling kan eksempelvis også ske i form af udgående teams fra sygehuset, der kan løse specialopgaver og have en konsulentfunktion i forhold til kolleger i den kommunale sektor. Det skal sikres, at udgående teams dækker hele den tænkte målgruppe uanset afstand fra sygehus, og teamet skal i størst muligt omfang sikre vidensoverførsel og øget engagement fra sundhedsmedarbejdere i lokalsamfundet.

Det bør ligeledes sikres, at tiltag på det medicinske område, som forbedrer overgange mellem sektorer for patienterne, spredes og anvendes således, at de gode eksempler ikke isoleres til enkelte sygehuse, afdelinger og/eller kommuner. Aktørerne - på tværs af sektorer - kan blive bedre til at dele viden og drage nytte af hinandens erfaringer. Gode eksempler på nytænkning kan blive ved med at være isolerede på få steder i mange år, fordi man andre steder fastholder den traditionelle måde at løse opgaverne på eller grundet manglende distribution af viden og erfaring. Mange initiativer er således fortsat båret af projekter eller lokale ildsjæle.

Der er derfor behov for en systematisk implementering af initiativerne baseret på viden om, hvor der er påvist effekt i form af øget sammenhæng. Der er samtidig behov for opmærksomhed på, hvordan der i systemet sikres incitamenter, som støtter op om forandring, fastholder engagementet og sikrer viden-deling. Endelig skal incitamenter ligeledes understøtte sammenhæng og det ledelsesmæssige fokus på helhed.

Motivation og gode rammer

Den største ressource i relation til omlægning af behandlingsrutiner er personalet, og derfor er det væsentligt, at både den politiske og administrative ledelse motiverer og skaber gode rammer og engagement omkring det at gøre vante ting på nye måder - især på tværs af sektorer.

Det kan desuden være en barriere i forhold til udviklingen af det medicinske område, at personalet i sundhedsvæsenet i nogle tilfælde opfatter det medicinske område som et område med lavere faglig prestige. Forhold som faglig udvikling samt etablering og understøttelse af faglige miljøer bør derfor prioriteres, og det gælder om at gøre arbejdet med de tunge medicinske patienter attraktivt f.eks. ved fastlæggelse af klare mål, arbejdstilrettelæggelse, skabelsen af gode arbejdsforhold med relevant normering af personale og spændende uddannelses- og forskningsmiljøer på tværs af sektorer. Disse forhold kan virke som incitament i forhold til at tiltrække kvalificeret arbejdskraft til det medicinske område.

Praktiserende læger og lægevagten bør medvirke til forebyggelse af akut indlæggelse

De praktiserende læger og lægevagten bør i højere grad end i dag medvirke til planlagte undersøgelsesforløb i forhold til den medicinske patient og have en større rolle i forhold til forebyggelsen af akutte indlæggelser.

Hvis de praktiserende læger får større og lettere adgang til at rekvirere eksempelvis diagnostiske undersøgelser på sygehuset – også akut - herunder modtage hurtigere svar, vil man med al sandsynlighed kunne mindske den akutte indlæggelsesprocent betydeligt. Det er derfor væsentligt, at der skabes lettere mulighed for, at den praktiserende læge eller lægevagten kan få adgang til hurtige diagnostiske svar med henblik på at forebygge indlæggelser.

Regioner og kommuner skal især samarbejde om at sikre, at de praktiserende læger kan bistå kommunerne med at vurdere de medicinske patienter, og med at sikre en hurtig og god overgang mellem sygehus og eget hjem, plejebolig m.m. Desuden bør regioner og kommuner fokusere på, at almen praksis og lægevagt understøttes i at kunne behandle patienterne rationelt og effektivt uden, at patienterne nødvendigvis indlægges svarende til visionen om, at forebyggelig og unødvendig akut indlæggelse skal ses som en "systemfejl".

Dialog mellem aktørerne vedr. hjemtagning af færdigbehandlede patienter

Der skal en række tiltag til for at sikre bedre sammenhæng mellem sektorerne. Tiltag som ikke kan stå alene, men som skal ses i sammenhæng med andre tiltag, før det giver mening.

Hvis den medicinske patient er indlagt, så skal patienten – efter hurtig diagnosticering og behandling og uden spildtid - efterfølgende effektivt og forsvarligt kunne udskrives til den kommunale sektor. En forudsætning herfor er, at planlægning af udskrivelsen påbegyndes ved indlæggelsen, og at der under indlæggelsen løbende skal være dialog med kommunen om, hvilke nødvendige kommunale tilbud, der kan være brug for ved udskrivelsen jf. også Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler af 5. maj 2006.

Kommunerne skal være bedre til at modtage patienten

Patienter skal som udgangspunkt ikke ligge på sygehus og afvente et kommunalt tilbud, hvorfor der i kommunerne bør etableres organisatoriske og faglige rammer, der kan fremme muligheden for at kunne hjemtage færdigbehandlede borgere. Dette kan enten ske ved etablering af sundhedsfaglig støtte og overvågning i patienternes eget hjem eller ved etablering af midlertidige døgntilbud til de patienter, som udskrives med behov for rehabilitering, genoptræning eller sygeplejefaglig indsats.

Udover etablering af den rette infrastruktur i kommunerne til hjemtagning af færdigbehandlede borgere er der behov for at øge indsatsen forud for indlæggelsen. Der bør arbejdes struktureret med forebyggelse af indlæggelser af borgere, som ikke har behov for sygehusets akutte specialiserede beredskab.

Dette kan ske ved at fokusere mere på tidlig opsporing af borgere med aftagende funktionsniveau. Der er behov for at understøtte samarbejdet mellem almen praksis og den kommunale hjemmesygepleje med henblik på at sikre den rette vurdering af borgernes behov for behandling og pleje. Der kan eksempelvis - i samarbejde med almen praksis - etableres "aflastningstilbud", hvortil borgerens praktiserende læge/vagtlæge kan henvise med henblik på øget pleje og rehabilitering. Herved kan man forebygge indlæggelser, genindlæggelser og belastning af det specialiserede sygehusvæsen og samtidig sikre, at kun borgere med behov for behandling på sygehus indlægges.

De kommunale tilbud bør kunne trække på specialistkompetencer fra sygehusene, ligesom samarbejdet mellem kommune og almen praksis er afgørende for at sikre at borgere, der reelt har behov for at komme på sygehus, henvises dertil. I opbygningen af de kommunale tilbud skal der sikres en balance, der tilgodeser den rette sygeplejefaglige kompetence og lægelige supervision, uden at der etableres sekundære hospitalslignende funktioner. Det er derfor vigtigt hele tiden at være opmærksom på, at der ikke etableres nye "flaskehalse" eller "sekundære hospitaler".

Der bør således arbejdes struktureret med modeller for samarbejde mellem de tre aktører om tidlig opsporing og indsats overfor borgere med aftagende funktionsniveau.

Transport af patienter skal understøtte planlagt undersøgelse og behandling

Et hensigtsmæssigt sammenhængende sundhedsvæsen forudsætter endvidere en velfungerende transport af patienter mellem patienternes hjem og til ambulante behandling, mellem kommunale tilbud og ambulante behandling på sygehuse osv.

Region og kommune bør derfor udvikle skånsomme, fleksible og effektive transportmuligheder for denne gruppe af patienter, så det understøtter sammenhæng i planlagt undersøgelse og behandling.

Der skal være transporttilbud, der muliggør, at der tages beslutninger om patientens behandling ud fra faglige kriterier og understøttende tværsektorielle kvalificerede patientforløb og ikke på baggrund af dårligt fungerende og svært belastende transporttilbud. De eksisterende transporttilbud bør med andre ord ikke udgøre en barriere i forhold til beslutninger, der understøtter et forsvarligt, sammenhængende og effektivt patientforløb med det formål, at patienten så vidt muligt behandles uden for det lange sengeliggende forløb.

6. Bedre servicering af primærsektor

Tænk tanken anbefaler, at

alle regioner bør have et "diagnostisk center", en funktion, der akut kan yde rådgivning til personalet i ældreplejen, til praktiserende læger og vagtlæger. Der skal være mulighed for akut ambulante undersøgelser af patienter efter henvisning fra egen læge bl.a. med henblik på forebyggelse af akut indlæggelse.

De praktiserende læger bør kunne henvise patienter til hurtig vurdering og udredning på sygehuset uden nødvendigvis at skulle indlægge patienterne. Det er efter vurdering og udredning af patienten hospitalets ansvar at tilrettelægge den videre behandling af patienten.

Der bør være akutte/subakutte ambulatorier og daghospitalet med hurtig adgang til undersøgelser.

En akut henvisning til sygehuset bør aftales mellem den henvisende læge og en beslutningsdygtig læge på sygehuset.

En stor del af de medicinske patienter indlægges via praktiserende læge og ved Lægevagten. Det vurderes helt generelt at være fornuftigt og hensigtsmæssigt, at der etableres en bedre servicering af de praktiserende læger og Lægevagten, når disse har en patient, de ikke selv kan håndtere.

Der bør i regionerne arbejdes med modeller, som kan bakke praksissektoren op med en smidig og hurtig indsats. Eksempelvis i form af diagnostiske centre, der er åben for akut modtagelse af ambulante patienter, når det er nødvendigt eller mere vidtgående, akutte ambulante dagbehandlingscentre, hvor der - ud over diagnostik - også kan foretages en tværfaglig vurdering af patienter, der er i risiko for at skulle indlægges akut. Visitationen er endvidere vigtig i forhold til at få patienterne videre i det rette undersøgelses- og behandlingsforløb.

Der er behov for et tættere samarbejde mellem almen praksis, vagtlæger og sygehuse, således at der nemmere kan etableres en dialog om, hvad patienten har brug for, eksempelvis rådgivning om smertebehandling, væsketerapi m.v., men altså også adgang til scanninger og andre undersøgelser. Med andre ord en bedre støtte til - og bedre understøttelse af - iværksættelse af behandling ved vagtlæge og praktiserende læger, så patienterne ikke nødvendigvis behøver indlæggelse.

Det skal samtidig sikres, at der ikke opstår øgede ventetider på diagnostiske undersøgelser, når en patient overgår fra status "indlæggelse" til status "ambulant". Dette ville kunne løse den problemstilling,

der nogen gange ses internt mellem sygehusafdelinger, hvor en afdeling ikke "tør" udskrive patienten, fordi der kan være lang ventetid på en undersøgelse.

Med henblik på at sikre, at akutte patienter får et hensigtsmæssigt behandlingsforløb målrettet deres behov, bør de praktiserende læger kunne henvise patienterne til hurtig udredning og vurdering på hospitalet, uden nødvendigvis at skulle indlægge patienterne. Hospitalet kan herefter - på basis af udredningen og vurderingen af patienten - tilrettelægge det videre relevante behandlingsforløb for patienten. Dette kan være en akut indlæggelse, viderebehandling i daghospital eller ambulatorium eller eventuel afslutning af patienten.

Det anbefales videre, at en akut henvisning til sygehuset aftales mellem den henvisende læge og en beslutningsdygtig læge på sygehuset, som har overblik over hospitalets organisation og kan sikre patienten et målrettet behandlingstilbud. Det vurderes, at en del akutte indlæggelser kan undgås ved rådgivning fra eksempelvis en speciallæge til den henvisende læge, og ved henvisning af patienten til akut behandlingstilbud i ambulatorium og daghospital.

7. Plan for overbelægning

Tænk tanken anbefaler, at

der bør være aftalt klare retningslinier for, hvordan spidsbelastning og overbelægning håndteres, hvad enten det gøres ved at fordele belastningen på flere afdelinger eller ved at belaste afdelinger på skift.

Kommunerne bør medvirke til løsning af overbelægningsproblematikken.

Det medicinske område er jævnligt præget af overbelægning. Overbelægningen er u hensigtsmæssig for både personale og patienter, idet personalet får sværere ved at yde patienterne den behandling, som de fagligt og etisk finder optimal. Personalet kan derved føle sig presset opgavemæssigt og uden ledelsesmæssig bevågenhed, hvilket påvirker arbejdsmiljøet i negativ retning. For patienterne betyder det mere urolige omgivelser, mindre tid til den enkelte og måske dårligere behandling, ligesom der i perioder med overbelægning er færdigbehandlede patienter, som er indlagt. Patienternes behov varetages derfor ikke hensigtsmæssigt i disse situationer.

At patienternes behov ikke varetages hensigtsmæssigt ses også ved, at der er påvist sammenhæng mellem overbelægning, utilsigtede hændelser og mortalitet. Medicinske afdelinger har desuden en høj personaleomsætning bl.a. som følge af ovenstående, hvilket er uheldigt for det resterende personale, præger arbejdsmiljøet og hæmmer erfaringsdannelsen.

Ofte fremføres det, at grunden til overbelægning er, at der gennem de senere år er nedlagt medicinske senge. Der er nedlagt medicinske senge, men dette er sket til fordel for øget ambulans behandling og mere accelererede behandlingsforløb. Dette er generelt en positiv udvikling, da det er kendt, at det er bedre for patienterne ikke at være sengeliggende også i forhold til aspekter såsom genoptræning og rehabilitering, ligesom det ressourcemæssigt er mere optimalt, at behandle patienterne ambulans. Der kan i øvrigt nogle steder være en tendens til at overvurdere betydningen af sengelejet, idet den fysiske indretning på sygehusene stadig lægger op til, at patienterne helst skal "lægges i en seng", men dette er bestemt ikke nødvendigvis det mest hensigtsmæssige for patienten. Det betyder, at der ved nybygning og renovering af eksisterende bygningsmasse bør indrettes stationære sengeafdelinger, som understøtter patienternes mobilisering – i stedet for at "binde patienterne til sengene".

Plan for hvordan begyndende overbelægning skal håndteres

På trods af mange forskellige tiltag på sygehusene er det ikke lykkedes at løse problematikken vedr. overbelægning på de medicinske afdelinger. En af årsagerne hertil kunne være, at der ikke er nogen egentlig klar plan for, hvordan man dels undgår overbelægning, og dels hvordan man håndterer overbelægning, når den opstår. Det er vurderingen, at der ikke har været et tilstrækkeligt ledelsesmæssigt fokus på problemstillingen. Hvis det for alvor skal lykkedes at være "foran" problemerne, bør der i langt højere grad tænkes i overordnede planer, der hurtigt og effektivt tager højde for situationer med overbelægning.

fokus på problemstillingen. Hvis det for alvor skal lykkes at være "foran" problemerne, bør der i langt højere grad tænkes i overordnede planer, der hurtigt og effektivt tager højde for situationer med overbelægning.

Et væsentligt mål bør være, at der skal være aftalt klare retningslinier for, hvordan overbelægning håndteres, hvad enten det gøres ved at fordele belastningen på flere afdelinger på et sygehus/i en region eller ved at belaste afdelinger på skift. Hvis der ledelsesmæssigt udstikkes klare retningslinier, vil det betyde, at det ikke er de samme afdelinger og dermed samme personale, der hele tiden belastes, men at "byrden" fordeles.

En mere jævn fordeling af medicinske patienter i spidsbelastningssituationer vil betyde, at personalet i højere grad vil kunne koncentrere sig om det faglige kliniske arbejde, omsorgen for patienterne og faglig kompetenceudvikling. Dette vil formentlig kunne medvirke til, at personaleomsætningen vil kunne mindskes. God ledelse og håndtering af personalemæssige, herunder kulturelle udfordringer og faglige barrierer, er en forudsætning for at implementere varige løsninger i forhold til overbelægning - til gavn for både personale og patienter.

En anden problemstilling er, at antallet af færdigbehandlede patienter på de medicinske afdelinger, der venter på at komme hjem i egen bolig eller til kommunalt tilbud, nogen steder er relativt højt, hvilket også medvirker til overbelægning. Kommunerne skal derfor i højere grad tage del i løsningen af overbelægningsproblematikken. Det kan bl.a. ske ved, at kommunerne akut skal kunne modtage patienter, der er færdigbehandlede, eller har andre behov i relation til deres patientforløb, der henhører til den kommunale sektor.

For at afhjælpe overbelægningen skal kommunernes indsats vedr. hjemtagning af færdigbehandlede patienter styrkes. Planlægning af udskrivelse bør påbegyndes ved indlæggelsen, således at kommunerne på grundlag af de aftaler, der er indgået vedr. varsling og udskrivning, kan igangsætte de nødvendige kommunale tilbud til patienterne som forudsætning for at kunne hjemtage disse, når de er medicinsk færdigbehandlede. Dette forudsætter, at der er en fast og løbende dialog mellem sygehus og kommune op til udskrivelsen, som der også er åbnet for, via de obligatoriske sundhedsaftaler på området. Endvidere kan man tænke i øget bemanning i de perioder, hvor der erfaringsmæssigt er spidsbelastning.

Mange kommuner har arbejdet med etablering af egentlige koordinatorfunktioner i form af kommunalt sundhedsfagligt personale, der varetager opgaven med at koordinere tilvejebringelsen af de nødvendige kommunale tilbud og dermed understøtte en rettidig udskrivelse. Dette arbejde bør generelt styrkes og udbredes og kan eksempelvis understøttes ved tilknytning af en sundhedsfaglig person for patienter med komplekse forløb som anbefalet af Tænk tanken.

Udover koordination og kommunikation er der for at understøtte hjemtagning af patienternes behov for udbygning af kommunale tilbud vedr. rehabilitering og pleje. Kommunerne skal gennem denne type af initiativer således i højere grad medvirke til løsningen af overbelægningsproblematikken og have et aktivt ansvar for at hente patienterne hjem. Endelig er der behov for, at personalet på sygehuset i deres dialog med patienterne, støtter op om den hurtige udskrivning med en fælles forståelse af, at det er til patientens bedste at blive udskrevet.

Det er essentielt, at der for alvor implementeres permanente løsninger med henblik på at nedbringe antallet af indlagte færdigbehandlede patienter. Det er hverken etisk eller ressourcemæssigt acceptabelt,

8. Rammebetingelser

Der er en række forhold, der er bestemmende for mulighederne for en hensigtsmæssig organisering af indsatsen i sundhedsvæsenet, ligesom en række forhold eller faktorer kan virke som barrierer herfor. Noget kan ændres her og nu gennem bedre ledelse, ændret prioritering af ressourcer, arbejdstilrettelæggelse, brug af incitamenter eller andre styringsinstrumenter m.v. Andet kræver ændringer af overenskomster og langsigtede investeringer i personale, uddannelse, investering i kommunal infrastruktur, investering i den fysiske indretning af hospitalerne, IT-understøttelse eller udvikling af ny teknologi.

Tænketanken har - som tidligere nævnt - ønsket at sætte fornyet fokus på området og pege på forhold og anbefalinger, der kan tjene til inspiration for den fortsatte indsats på området. Tænketanken har forståelse for, at der er regionale og lokale forskelle, som vil have betydning for arbejdet og implementeringen af anbefalingerne i denne rapport. Der er dog et par forhold, som anses for helt centrale at overveje både på kort og lang sigt.

De fysiske rammer

Både når regionerne skal samle akutberedskabet på færre enheder og - som anbefalet af Tænketanken - etablere diagnostiske centre, er det vigtigt at tænke nyt i forhold til såvel den fysiske indretning som i forhold til arbejds- og vagttilrettelæggelse.

De fysiske rammer har meget stor indflydelse på mulighederne for at styre arbejdsprocesser og for tilrettelæggelsen af arbejds gange. Sat på spidsen kan man sige, at antallet af sygehussenge er styrende for aktiviteten under indlæggelse. Modsat kan indretning understøtte elektive forløb og ambulante akuttilbud om undersøgelse og behandling. Dette gælder også i relation til medarbejderne, hvor den fysiske indretning kan medvirke til at understøtte medarbejdernes mulighed for at tage ansvar for patienten og patientforløbet ved tilvejebringelse af bedre arbejdsbetingelser, minimering af spildtid m.v. Den igangværende regionale proces omkring investeringerne i fremtidens sygehusvæsen er derfor en oplagt mulighed for også at tænke nyt og sikre at de fysiske rammer, logistikken på sygehuset, og at dimensioneringen understøtter og fremmer målene og visionerne på det medicinske område.

Arbejdstilrettelæggelse

Arbejdstilrettelæggelsen og de personaleressourcer der er til stede, skal understøtte visitation og accelererede forløb på de tidspunkter af døgnet, hvor behovet er størst og praktiserende læge og vagtlæge har brug for sygehusets såvel som kommunes ydelser. Både i regioner og kommuner er der brug for at arbejde med kulturen og for at sikre nye kompetencer og opgavefleksibilitet til personalet. Der er endvidere brug for beslutningsdygtige seniorlæger til stede hele døgnet i akutmodtagelsen.

I relation til Sundhedsstyrelsens anbefalinger til styrket akutberedskab stilles der krav til tilstedeværelsen af specialer i de fælles akutmodtagelser. Således er det en forudsætning, at der på hovedfunktionsniveau er følgende specialer til stede på matriklen: Intern medicin, ortopædkirurgisk kirurgi, kirurgi (parenkym), anæstesiologi med intensiv afdeling niveau 2, diagnostisk radiologi samt klinisk biokemi. Derudover stilles der krav til de faciliteter, som skal være til stede på matriklen. For den fælles akutmodtagelse drejer det sig om følgende: Konventionelle røntgenundersøgelser, CT-scanning, ultralydsundersøgelse, herunder ekkokardiografi, akutte operationsfaciliteter, laboratorieanalyser og klinisk biokemi.

Dermed vil etableringen af de fælles akutmodtagelser også understøtte behovet for hurtig udredning og videre visitation for de ældre medicinske patienter, der indlægges akut, også på tidspunkter uden for "normal åbningstid".

Dataadgang til sammenligning af aktivitet nationalt er nødvendigt

Det er i dag ikke tilstrækkeligt "nemt" at få adgang til sammenlignelige nationale data for aktivitet. Der bør bl.a. være valide tidstro data til rådighed for ledelserne vedrørende arbejds gange og de kliniske ydelser, således at ledelserne kan agere på uhensigtsmæssige variationer og forskelle i aktiviteten, som kunne tyde på lokale uhensigtsmæssige arbejds gange m.v. og på baggrund heraf foretage de nødvendige ændringer.

Den nye speciallægeuddannelse

I forbindelse med den nye speciallægeuddannelses ikrafttræden den 1. januar 2004 nedlagde man specialt intern medicin som selvstændigt speciale. Speciallægeuddannelse har siden omfattet uddannelse som dobbeltspecialist, dels i de fælles intern medicinske kompetencer og dels i et af de ni specialer tidligere kaldet grenspecialer.

Den nye speciallægeuddannelse i de intern medicinske specialer har givet anledning til en del debat vedrørende afvejningen af fokus på det brede intern medicinske område modsat tendensen til specialisering.

Et svækket fokus på det brede intern medicinske område kan have betydning for lægens ansvarsfølelse overfor den patientgruppe, som rapporten omhandler. Det er således afgørende, at man via en målrettet uddannelsespolitik prioriterer den brede intern medicinske faglige ekspertise, samtidig med at man udvikler de enkelte specialer. Udviklingen må ikke føre til, at kvaliteten forbedres for nogle grupper af patienter og ikke for andre patientgrupper, eller at det lægelige engagement eksempelvis forringes i forhold til nogle patientgrupper.

Dette forudsætter, at de uddannelsesansvarlige overlæger og afdelingsledere skal være indstillet på at fastholde fokus på bredden i uddannelsen og således undgå en faglig fejlagtig segregering af ressourcerne. Som tidligere nævnt i rapporten, spiller de medicinske afdelinger en væsentlig rolle i forhold til holdningsdannelse, da mange medarbejdere i sundhedssektoren i løbet af deres uddannelse kommer på en medicinsk afdeling. Man bør derfor også være bevidst om holdningsdannelse som et element i uddannelsesforløbet.

Der er brug for at understøtte lægens mulighed for at tage et bredere ansvar for patienten og patientforløbet – også selvom lægen tilhører et bestemt speciale. Man skal derfor vægte lægernes mulighed for at kunne vurdere og udrede patienten bredt, således at det bliver muligt at få patienten henvist til rette speciale eksempelvis hjerteområdet, til ambulant behandling eller behandling ved egen læge.

Økonomi

Penge er et meget vigtigt styringsinstrument. Dette gør sig gældende i forhold til omstilling mellem indlæggelse og ambulante behandling, mellem regionale og kommunale tilbud, og et ændret samarbejds-mønster med de praktiserende læger. DRG-systemet i sygehusvæsenet, honorarsystemet i praksissekto-ren og den nye medfinansieringsreform, som er implementeret med kommunalreformen, understøtter ikke optimalt den nødvendige omstilling. De kan ikke ændres på kort sigt, men der er alligevel mulig-hed for at aftale forløbsydelse og samfinansieringsmodeller til at understøtte Tænk tankens vision om sammenhæng.

IT – Elektronisk kommunikation

Effektiv **elektronisk kommunikation** burde være en selvfølge, men er desværre fortsat ikke implemen-teret fuldt ud. Parterne skal satse på at bruge det tværsektorielle sundhedsdatanet og informationsud-vekslingsystemer herunder at der i den nationale EPJ er muligheder for at opbygge effektive rammer og snitflader mellem sektorer og for brugerinddragelse. I den forbindelse er udvikling af standarder for kommunikation mellem alle sektorer helt essentielt, og der bør arbejdes med forventningsafstemninger i relation til svartider m.v.

DANSKE
REGIONER



Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk
www.regioner.dk

Danske Regioner, marts 2009
Tryk: Danske Regioner
ISBN nr. : 978-87-7723-598-6 - trykt udgave
ISBN nr. : 978-87-7723-599-3 - elektronisk udgave



DANSKE
REGIONER

