



Dato: 08.08.2019

Sagsbehandler: HBN

hbn@rm.dk

Tel. +45 5152 9750

Sagsnr. 1-31-72- 2142-18

Side 1

Notat vedr. hospitalernes arbejde med udvikling og omlægning af aktiviteten på det ambulante område

Indhold

1. Baggrund og formål.....	1
2. Kort om hospitalernes aktuelle indsats	3
2.1. Hospitalsenhed Midt.....	3
2.2. Hospitalsenhed Vest.....	5
2.3. Regionshospitalet Horsens	7
2.4. Regionshospitalet Randers	9
2.5. Aarhus Universitetshospital	11
3. Status vedr. "det ambulante spor" (Budget 2019)	13
4. Opsummering - hovedtendenser i indsatsen.....	17

1. Baggrund og formål

På alle regionens hospitaler arbejdes der løbende med udvikling og omlægning af den ambulante aktivitet. Med "udvikling og omlægning" menes i dette notat indsatser, der har sigte på at skabe bedre ressourceudnyttelse (effektivisere), forbedre kvalitet og/eller service, introducere nye behandlingsformer/-regimer, ændrede processer, samarbejdsformer mv. Altså i bred forstand indsatser, der sættes i værk for at forandre rammer og indhold for arbejdsgange og/eller de ydelser og (patient)forløb, som er kendetegnet ved ikke at foregå under indlæggelse.

Indsatsen foregår på mange niveauer – både i den enkelte afdeling og på tværs af organisatoriske enheder. Der er mange årsager til hospitalernes løbende fokus på udvikling af hospitalsdriftens tilrettelæggelse, herunder på det ambulante område:

Løbende tilvejebringelse/frigørelse af tilstrækkelig kapacitet, f.eks. som led i efterlevelse af udrednings- og behandlingsretten, kræftpakker mv.

Gennemførelse af omstillings- og forandringsprocesser på hospitalerne, som skal frigøre midler til dækning af såvel regionale som interne økonomiske ubalancer.

Ibrugtagningen af nye bygninger samt større hospitalsbyggerier, hvor bl.a. omlægning af aktiviteten fra stationært regi (senge) til ambulante regi udgør en væsentlig forudsætning for implementeringen af forudsatte effektiviserings-/besparelseskra.

Det kan også dreje sig om omlægninger af arbejdsgange, patientforløb og ydelser på det ambulante område som følge af ændrede muligheder for at introducere nye behandlinger, nyt udstyr/apparatur, herunder også ny teknologi med betydning for samspil, kontaktmønster og service for patienterne (f.eks. hjemmemonitorering, muligheder for egenrapportering af data/PRO mv.) m.m.

Endelig vil der i visse typer klinikker/ambulatorier kunne være tilknyttet et betydeligt antal patienter med kroniske sygdomme. Det betyder over årene, at såfremt klinikken/ambulatoriet ikke gør en indsats for løbende at få afsluttet nogle af patienterne eller finde nye og mere effektive måder at håndtere opgaven på, så vil der over tid komme til at mangle kapacitet til at kunne imødekomme behovet hos de nyhenviste patienter.

I forbindelse med budget 2019 har regionsrådet vedtaget besparelser på 60 mio. kr. på de somatiske hospitaler, som forventes udmøntet gennem bl.a. reduktion af ambulante besøg og evt. andre effektiviseringer på det ambulante område. Som supplement til hospitalernes egne, interne udviklings- og omlægningsaktiviteter på det ambulante område arbejdes der også på tværs af hospitalerne med forskellige initiativer, som forventes at bidrage til realiseringen af de forudsatte besparelser på den ambulante virksomhed.

Udveksling af idéer, erfaringer, metoder mv. på tværs af hospitalerne sker løbende. Bl.a. via ledelsesfora på forskelligt niveau. Endvidere arbejdes der i forlængelse af Budget 2019 med "det ambulante spor" i regi af en styregruppe under koncernledelsen med repræsentation fra alle hospitalsledelser, direktionen og nøglepersoner fra de centrale stabsfunktioner. Styregruppen følger og koordinerer arbejdet, og bidrager til fælles drøftelser og planer for tværgående initiativer. Som det fremgår nedenfor anvendes desuden bl.a. workshops på tværs af afdelinger/hospitaler samt såkaldte "rejsehold" til at understøtte videndeling, gensidig inspiration og iværksættelse af forbedrings tiltag.

Nærværende notat repræsenterer primært en form for øjebliksbillede, der forsøger at indfange nogle hovedlinjer og eksempler på den indsats, der foregår på hospitalerne i forhold til at udvikle og omlægge den ambulante virksomhed. Men som det er fremgået ovenfor, er der allerede gennem årene arbejdet løbende med denne indsats på alle hospitaler.

Notatet er bygget op således, at der i det følgende afsnit redegøres kort for indsatser og fokusområder på de enkelte hospitaler. Herefter gøres der status for aktuelle og planlagte aktiviteter i tilknytning til "det ambulante spor", der med afsæt i budget 2019 arbejdes med på tværs af hospitalerne.

2. Kort om hospitalernes aktuelle indsats

Som nævnt indledningsvist har alle hospitalerne over årene løbende arbejdet med optimering og effektivisering af arbejdsgange og aktiviteter, bl.a. med henblik på at frigøre kapacitet til efterlevelse af udredningsretten og behandlingsgarantien, efterleve effektiviserings-/omstillingskrav relateret til nyt byggeri mv.



Side 3

Det betyder på den ene side, at medarbejdere og ledere er vant til at opsøge og realisere effektiviseringspotentialer, men det betyder på den anden side også, at "nemme" og let tilgængelige besparelser allerede er blevet realiseret.

Der er en betydelig udfordring forbundet med at skulle realisere yderligere, større besparelser inden for relativt kort tid via tiltag og initiativer, som i sig selv kan være tidskrævende at implementere og i øvrigt kræve dialog og aftaler med forskellige aktører, herunder eksterne parter (f.eks. tværsektorielt samarbejde, inddragelse af specialeråd mv.).

I det følgende redegøres der overordnet for hvert hospitals aktuelle initiativer og fokusområder inden for det ambulante område.

2.1. Hospitalsenhed Midt

I Hospitalsenhed Midt er arbejdet med de fire spor fra budget 2019-2020 en del af hospitalsenhedens aktuelle strategiproces. Det vil sige, at arbejdet med reduktion i ambulant aktivitet, reduktion i akut aktivitet, færre medicinudgifter og digitalisering indgår som strategispor under overskriften 'Transformation og budget 2020'.

Arbejdet vil mere konkret være struktureret ved, at afdelings- og centerledelser løbende udarbejder specifikke handleplaner for selvvalgte behandlingsområder eller patientgrupper, hvor der vurderes at være et potentiale for reduktion. Nogle handleplaner og initiativer vil naturligt involvere andre afdelinger i tværgående samarbejder, eksterne parter i bl.a. det tværsektorielle arbejde eller i nogle tilfælde evt. tværfaglige specialeråd.

Afdelinger og centre opfordres til lade sig inspirere og udfordre af hinanden. Det kunne f.eks. være ved at indgå i en ambulant inventering¹ hos afdeling/center i egen eller anden hospitalsenhed.

Det er forventningen, at nogle af potentialerne i forhold til reduktion i ambulant aktivitet realiseres delvist ved bl.a. anvendelse af nye og forhåndenværende it-løsninger som f.eks. Ambuflex og webbooking, og ved nærmere analyse af henvisninger og kontroller samt kliniske retningslinjer. Men der vil også være behov for mere dybdegående analyser af nuværende ambulante forløb i forhold til at afdække, hvor der kan reduceres yderligere i f.eks. hyppighed i kontroller og patienter med kun enkeltstående besøg, som eventuelt ikke behøver at blive set/vurderet i hospitalsregi.

Det lokale arbejde i afdelinger og centre understøttes af en administrativ gruppe, som bidrager med overblik/koordinering, analyse/data, implementering og videndeling om initiativer og indsatser mellem afdelinger og centre.

Hospitalsenhed Midt har følgende forventninger til konkrete tiltag i afdelinger og centre på nuværende tidspunkt:

Samarbejde med almen praksis om at forebygge henvisninger, hvor afklaring kan ske allerede i almen praksis. Et konkret eksempel kunne være udarbejdelse af informationsmateriale til både praksis og patienter vedrørende lidelser, som ikke kan behandles bedre i sekundærsektoren end i primærsektoren. Der forventes at kunne returneres et relativt stort antal henvisninger inden for visse specialer med relevante lidelser, f.eks. inden for ortopædkirurgien.

Se på faglige retningslinjer om udrednings-, kontrol- og kronikerforløb med henblik på at reducere antallet af kontakter. Et konkret værktøj til at identificere mulige patientgrupper kunne være journalgennemgange og patientinventering på ambulante patienter med henblik på at identificere patienter, som ikke havde behovet at blive set i hospitalsregi, men enten burde være vurderet/afsluttet i almen praksis eller patienter i kontrolforløb, som med fordel kunne overgå til almen praksis.

Gøre kontrol- og kronikerforløb mere differentierede, så de, der kan undvære besøg, ikke får besøg, som efter en faglig vurdering kunne undværes. Et konkret eksempel kunne være Ambuflex, som gennem flere år er blevet anvendt til patienter med søvnapnø, hvilket har reduceret antallet af ambulante kontroller betydeligt. Aktuelt er også epilepsipatienter i kontrolforløb overgået til Ambuflex. Dels frigøres

¹ En *inventering* er en gennemgang af f.eks. dagens patienter i et ambulatorium/en klinik med udgangspunkt i temaer/fokusspørgsmål eller anden struktureret spørge-/observationsguide.

lægetid via opgaveflytning til sygeplejersker og sekretærer og ved at effektivisere de ambulante besøg, så de er velforberedte (alle nødvendige undersøgelser og beskrivelser foreligger inden et evt. besøg). Desuden har fokus været på at undgå ambulante besøg, som ikke er nødvendige. Forventningen er, at flere patientgrupper kan overgå til en Ambuflex-løsning.

Understøtte patienter, der har forudsætninger for at tage vare på eget forløb. Et konkret eksempel kunne være webbooking inden for skulderkirurgien, hvor man på forsøgsbasis har indført en praksis, hvor patienten ved selvoplevet behov for kontrol kan booke en telefonsamtale med en sygeplejerske. I samtalen med sygeplejersken afklares lettere spørgsmål umiddelbart, og sygeplejersken kan ved behov booke en tid til lægekontrol. Dette har i forsøgsperioden reduceret antallet af kontroller ganske betragteligt for den pågældende patientgruppe.

I tillæg til ovenstående har Hospitalsenhed Midt en forventning om, at der kan sikres en reduktion i den ambulante aktivitet ensartet i hele regionen via udpegede fokusområder som en del af resultaterne fra igangværende regionale arbejdsgrupper inden for kardiologi, neurologi og medicinsk gastroenterologi (se også nedenfor).

2.2. Hospitalsenhed Vest

Alle afdelinger har på forskellig vis allerede været i gang med at optimere og høste besparelser i ambulatoriedriften ad flere omgange. Det er forskelligt på tværs af afdelinger - og i nogle tilfælde specialeafhængigt - om og hvor, det giver mening at igangsætte prøvehandling/forbedringsprojekter.

Arbejdet handler om både at effektivisere arbejdsgange samt omlægge patientforløb, herunder med henblik på at reducere antallet af ambulante besøg. Det kan være ved at samle patienter i større grupper, afslutte patienter tidligere og afvise ikke relevante henvisninger. Derudover sigtes i vid udstrækning mod, at patienten ser samme læge ved alle kontakter med hospitalet.

Hospitalsenheden Vest har i maj 2018 nedsat en arbejdsgruppe med overskriften "*Hvordan får vi mere effektiv ambulatoriedrift?*". I forlængelse af vedtagelsen af budget 2019 har arbejdsgruppens fokus været at drøfte tiltag, der kan hjælpe med at realisere hospitalets andel af besparelsen på det ambulante område.

Gruppen har udarbejdet et inspirationskatalog, der skal understøtte en systematiseret tilgang til effektivisering af ambulatoriedriften. Hospitalets administrative stab bidrager til arbejdet på afdelingerne med proces- og dataunderstøttelse.

Hovedelementerne i det foreliggende inspirationskatalog med henblik på en mere effektiv ambulatoriedrift falder inden for fem temaer:

Henvisninger

Indgangsspørgsmål: Afvise henvisninger, hvis forarbejdet er mangelfuldt?

- Tilgængelighed for almen praksis til rådgivning/sparring med hospitalets speciallæger: Let adgang til kvalificeret rådgivning fra hospitalet (telefonisk). Alternativt kan der sendes korrespondance-brev ud med begrundelse for afvisning
- Øget brug af praksiskonsulent
- Kampagne mod 'defensiv medicin'
- Feedback, hver gang hospitalets ambulatorium modtager en uhensigtsmæssig henvisning

Behandling/overbehandling

Indgangsspørgsmål: Er der nogle behandlinger, vi ikke skal give, fordi der ikke er tilstrækkelig evidens for effekten?

- Er der noget at hente på individuelt niveau - er vi gode nok til at lytte til patientens ønsker?
- Giver det altid mening at ordinere "hele pakken" med alle scanninger etc., når patienterne kommer i udrednings- og behandlingsforløb?
- Kan der laves "waste-runder" i afdelingen, der kan afdække potentialerne?

Opfølgning + afslutning af patienter

Indgangsspørgsmål: Kan der reduceres i antallet af opfølgninger? Er der patienter, der kan afsluttes? Er der typer af opfølgning på behandlingsforløb, vi kan stoppe med?

- Skifte til andre typer af opfølgning: Hver gang man har set en patient, kan det overvejes, om patienten kan ses af sygeplejerske, ombookes til telefonkonsultation eller Ambuflex
- Superviseret ambulatorium: En overlæge er afsat til at gå supervision hos yngre læger (har ikke andre opgaver). Den erfarne læge bruger en dag om ugen på at supervisere de yngre læger, der er i ambulatoriet denne dag. Ordningen bidrager til, at patienterne får færre kontroller/afsluttes hurtigere, og de yngre læger dygtiggøres hurtigere. Et andet fokus kunne evt. være opstilling af regler om altid at konferere med en speciallæge, inden man sætter en patient til kontrol.
- Differentierede tider i ambulatoriet: Differentiering af tider helt ned på diagnosniveau med henblik på at differentiere

tidsforbrug pr. ydelse. Differentiering efter om det er en yngre læge eller en mere erfaren overlæge, der skal udføre konsultationen. Differentieringen vil imidlertid gøre bookingen mindre fleksibel.

- Gruppekonsultationer: Det kan afprøves, om dette kan anvendes til forberedelse før behandling eller i opfølgningssituationer.
- Kulturaspekt: Kan vi fremme kulturen "vi skal gøre opgaven færdig første gang"? Vi er alle fælles om forløbene og kan nemt skubbe opgaven videre, hvilket gør det mindre effektivt.
- Afslutning af patienter: Gennemgå lister med patienter, der ikke har været i ambulatoriet/klinikken længe. Evt. ringe til dem. Mange kan afsluttes. Overvej om stabile patienter kan afsluttes til egen læge, som kan genhenvise ved behov.

Alternativer til fysisk fremmøde

Indgangsspørgsmål: Hvilke alternativer til fremmøde kan vi tænke ind? Og kan vi bruge dem mere end vi allerede gør?

- Ambuflex/PRO (Patient Reported Outcomes)
- Telefonkonsultationer: Flere afdelinger har erfaringer her
- Telemedicinske løsninger: Kan vi hente teknologi fra andre løsninger og bruge det i nye sammenhænge? (Mulighed for kontakt via skærm, eks. ved sårtilsyn? Kan skærmløsning fra projektet "Kom godt hjem" anvendes i andre sammenhænge? THO (tidligt hjemmeophold) anvendes i Børn og Unge.

Opgaveflytning inden for eget speciale

Indgangsspørgsmål: Hvem løser hvilke opgaver og kan der arbejdes mod en optimering i ambulatoriet? Hvordan sikrer vi mest optimal udnyttelse af lægernes arbejdstid? Hvornår skal en patient konsulteres af en læge - og hvornår er det en sygeplejerske?

- Optælling af fordeling af kontroller mellem sygeplejerske og læge i egen afdeling mhp. at gennemgå og identificere potentialet.
- Sammenligning med tilsvarende specialer/afdelinger andre steder i regionen mhp. erfaringsudveksling.

2.3. Regionshospitalet Horsens

Regionshospitalet Horsens har igennem mange år arbejdet systematisk med at sikre, at hospitalets ambulatoriekapacitet bliver brugt til netop de patientkontakter, hvor det fysiske ambulante fremmøde er

det mest hensigtsmæssige tilbud til patienten. Således har Regionshospitalet Horsens igennem en lang periode haft stort fokus på blandt andet telemedicinske løsninger og optimeringsrunder.

Regionshospitalet Horsens har påbegyndt et arbejde med "*at sænke hospitalsaktiviteten til gavn for patienterne og personalet*". Hospitalsledelsen har sammen med afdelingsledelseskredsen valgt at opdele aktivitetsreduktionspotentialet i tre hovedtyper:

- Reduktion af ambulante besøg
- Reduktion af akutte indlæggelser
- Reduktion af elektive operationer



I forhold til det ambulante område er der bl.a. fokus på at undgå unødige henvisninger gennem bedre rådgivningsadgang for almen praksis, patientinddragelse, fælles beslutningstagning, omlægning til andre typer af kontakter i form af eksempelvis telemedicinske løsninger, nedbringe antallet af kontroller samt yderligere tiltag.

Hospitalsledelsen ved Regionshospitalet Horsens har i øjeblikket drøftelser med afdelingsledelseskredsen om, hvordan arbejdet med at sænke hospitalsaktiviteten til gavn for patienterne og personalet bedst organiseres på hospitalsniveau. Der er tale om en omfattende, kompleks og langvarig proces, der involverer mange interessenter, arbejdsgange og holdninger, hvorfor nøgleordene er faglighed, dialog og handlekraftig ledelse.

En stor del af arbejdet handler om kulturændringer. Der er behov for en organisering, der understøtter, at de faglige fællesskaber driver arbejdet med tæt ledelsessparring, inspiration fra samarbejdspartnere samt en tæt dialog med de øvrige interessenter. Der vil være behov for en løbende justering af organiseringen afhængig af identificerede behov, der kan variere over tid og afhængigt af emne.

Eksempler og vinkler på arbejdet med aktivitetsreduktion inden for det ambulante område:

- Fokus på at sikre faglig relevante henvisninger gennem bedre rådgivningsadgang for almen praksis
- Fokus på at sikre fagligt relevante henvisninger gennem fællesmøder med almen praktiserende læger i optageområdet
- Patientinddragelse, herunder inddragelse af patienten i eget forløb
- Fælles beslutningstagning
- Omlægning til telemedicinske løsninger
- Nedbringelse af antallet af kontroller

Der er på nuværende tidspunkt fokus på – blandt andet via data-analyser og inspiration fra samarbejdspartnere - at identificere de

emner, hvor der er et reduktionspotentiale. Endvidere bemærkes, at det er vigtigt at lade klinikerne blive i idé-genereringsfasen og derved finde frem til gode idéer ud fra gode faglige drøftelser på tværs af faggrupper og på tværs af sektorer.

Regionshospitalet Horsens har peget på to konkrete eksempler på indsatser, der sigter mod en reduktion i antallet af ambulante besøg:

Ortopædkirurgi har afholdt et samarbejds møde med de praktiserende læger i optageområdet. Fokus på mødet var blandt andet at drøfte udviklingen i indikationskriterier med henblik på at sikre, at det er de relevante patienter, der henvises til udredning med henblik på operation.



Side 9

Der er udarbejdet en BI-rapport, der viser andelen af ambulante kontakter, der afsluttes efter 1. besøg fordelt på klinikker og aktionsdiagnoser. Formålet er at give afdelingsledelserne et første indblik til undring og videre granskning med henblik på at finde effektiviserings- og omlægningsmuligheder.

2.4. Regionshospitalet Randers

Regionshospitalet Randers har siden implementeringen af udredningsretten i 2013 arbejdet struktureret med 'inventering' i samtlige ambulatorier med henblik på at vurdere, om der kan frigøres ambulatoriekapacitet gennem f.eks. effektivisering af kontrolforløb.

Inventeringsmetoden har fokus på at gennemgå dagens patienter. Det vurderes således, om den enkelte patient befinder sig på rette sted på det rette tidspunkt eller om organisatoriske flaskehalse (interne som eksterne) forhindrer hurtige og effektive udrednings- og behandlingsforløb. Det vurderes, om besøget kunne have været erstattet af besøg hos anden sundhedsperson eller erstattet af egenkontrol og egenomsorg. Endvidere gennemgås relevante data.

Inventeringen gennemføres typisk én gang årligt, og er af én times varighed. Deltagerkredsen består af minimum én hospitalsledelsesrepræsentant, minimum én afdelingsledelsesrepræsentant, afdelingssygeplejerske, læge samt afdelingsledelsesrepræsentant(er) fra andre afdelinger. Sidstnævnte udvælges konkret i forhold til samarbejdsrelationer, aktuelle fokusområder eller muligheden for at se eksisterende arbejdsgange fra et andet perspektiv.

Følgende initiativer er igangsat på baggrund af inventeringer:

- SMS-påmindelser til nyhenviste
- Fokus på udeblivelser, bl.a. ved telefonisk kontakt til nyhenviste og kontrolpatienter

- Fokus på telefon- eller brevsvær som erstatning for ambulante fremmøder
- Opgaveflytning til sygeplejersker (kolpo-, cysto- og koloskoperende sygeplejersker)
- Oprettelse af ekstra ambulatoriedage
- Fleksibilitet mellem operationsdage i dagkirurgi og ambulatorielinjer
- Fra dagkirurgi til ambulante behandling
- Skærme speciallæger for forstyrrelser

Der lægges således vægt på, at den kontinuerlige dialog kan bidrage til at skabe kultur- og adfærdssændringer. Derfor anvendes metoden også til arbejdet med reduktion af ambulante besøg i forbindelse med implementering af budget 2019.

Der er til inventeringerne i foråret 2019 udarbejdet et datagrundlag, som for hver klinik oplister de 10 hyppigste diagnoser. For hver diagnose er det opgjort, hvor mange ambulante besøg den unikke patient har på tværs af regionens hospitaler. Dette sammenligningsgrundlag anvendes til at vurdere, hvor der kan være behov for at sætte ind. Der er ligeledes fokus på udeblevne patienter, da der kan stilles spørgsmål ved relevansen af det besøg, som patienten skulle være kommet til.

Datagrundlaget, som anvendes til inventeringer, kan være påvirket af uens registreringspraksis på tværs af regionen. Udfordringen drøftes i den regionale registreringsgruppe. Datagrundlaget kan også være påvirket af allerede implementerede tiltag. F.eks. har Klinik for Gigt og Bindevævssygdomme gennem længere tid arbejdet med at vejlede praktiserende læger i udarbejdelsen af en behandlingsplan til patienten. Konkret ringes den praktiserende læge op, når klinikken har modtaget en henvisning, og det aftales, hvordan den praktiserende læge kan vejlede patienten. Dette har reduceret antallet af ambulante besøg, hvor patienten kun ville være kommet til et enkelt besøg. Det betyder samtidig, at det gennemsnitlige antal besøg for den øvrige patientgruppe stiger.

En konkret ændring, som allerede er indført, er at Øjenafdelingen er begyndt at operere 2. øje for grå stær i forbindelse med kontrol af operation på 1. øje, og reducerer dermed med et ambulante besøg pr. forløb.

Der er peget på, at der kan være en kulturudfordring i forhold til at udfordre nationale retningslinjer, som knytter sig til kvalitetsdatabaserne.

Et andet tiltag på Regionshospitalet Randers, der har sigte på at reducere antallet af ambulante besøg, er Speciallægetelefonen.

Herved kan den praktiserende læge få vejledning og afklare spørgsmål hos specialister på hospitalet i stedet for at sende en henvisning.

Regionshospitalet Randers samarbejder endvidere med kommunerne i hospitalets optageområde om "laboratorier", som sætter fokus på det mest hensigtsmæssige forløb for den enkelte patientgruppe. I den forbindelse er der flyttet aktivitet/opgaver fra hospitalet til kommunerne, som f.eks. enuresis (ufrivillig vandladning/sengevædning) hos børn og inkontinens (utæthed) hos voksne.

2.5. Aarhus Universitetshospital

Side 11

Aarhus Universitetshospital har løbende arbejdet med udvikling og omlægninger af den ambulante aktivitet, herunder bl.a. som led i effektiviseringsarbejdet, der knytter sig til ibrugtagningen af det nye hospitalsbyggeri. De enkelte afdelinger arbejder derudover hver især med forskellige initiativer, der også sigter mod at finde effektiviserings- og besparelsesmuligheder.

Hospitalets flerårige indsats vedrørende Det Brugerinddragende Hospital har ligeledes betydet, at der er sket nyudviklinger i tilrettelæggelsen af bl.a. den ambulante virksomhed. Der er i den sammenhæng arbejdet med både fælles beslutningstagen og brugerstyret behandling. I forhold til sidstnævnte styrer patienten selv, hvornår han/hun har behov for f.eks. kontrol eller et mindre indgreb. Et eksempel på sidstnævnte er patienter med spiserørsforsnævring tilknyttet Mave-Tarmkirurgi. Tidligere blev patienterne indkaldt til udvidelse af spiserøret med faste intervaller. Med brugerstyret behandling skal patienterne selv vurdere, om det er tid til at få foretaget udvidelsen. Samtidig har afdelingen tilrettelagt arbejdet på en ny måde, som gør processen på hospitalet hurtigere. Det har vist sig at spare tid for både patienter og personale.

I øjeblikket er der igangsat en række tværgående initiativer på Aarhus Universitetshospital, der i udgangspunktet retter sig mod alle afdelinger med ambulant aktivitet:

Systematisk gennemgang af senge og ambulatorier

Aarhus Universitetshospital har i foråret 2019 påbegyndt en systematisk gennemgang af senge og ambulatorier i alle kliniske afdelinger. Formålet med gennemgangen af ambulatorierne er at finde potentialer til omlægninger og effektiviseringer af besøg, telefonkontakter og brevsvar i de enkelte afdelinger, bl.a. med henblik på indfrielse af den planlagte regionale besparelse på det ambulante område fra 2020. Desuden er det formålet at afdække potentialet ved reduktion af spild og muligheder for omlægninger på tværs af hospitalet, og i samarbejdet mellem afdelingerne.

Gennemgangen er således inspireret af tidligere gennemførte inventeringer og Dansk Selskab for Patientsikkerhed's "waste-runder". Gennemgangen af ambulatorier/klinikker gennemføres med udgangspunkt i ambulante afviklingslister og kan omfatte både ambulante besøg, telefonkonsultationer, brevsvar og korrespondancer. Der er aftaler om gennemgang af samtlige hospitalets kliniske afdelinger.

Analyseteam

AUH har med virkning fra 1. marts 2019 etableret et tværgående analyseteam til at bistå afdelingsledelserne med gennemgang af afdelingernes økonomi og aktivitet. Analyseteamet stilles i første omgang til rådighed for afdelinger med store økonomiske udfordringer eller større ændringer i aktivitet eller opgaver. En del af analyseteamets arbejde vil bl.a. være en mere dybdegående analyse af den ambulante aktivitet, med gennemgang af aktivitet og fremmøder. Arbejdet er koordineret i forhold til den tværgående gennemgang af de ambulante besøg m.v. som beskrevet ovenfor, så resultaterne af gennemgangen indgår som en del af grundlaget for analyseteamets arbejde.

Patientrapporterede oplysninger, Ambuflex m.v.

Patientrapporterede oplysninger (PRO) kan anvendes til flere formål som blandt andet dialogstøtte, behandlingsfastlæggelse og visitationsstøtte med henblik på at reducere ambulante kontakter.

Aarhus Universitetshospital anvender på nuværende tidspunkt følgende AmbuFlex-løsninger: Bivirkningsregistrering, Blødersygdom, Diabetes 1, Epilepsi, Gestationel Diabetes, HIV, Hjertetransplantation, Hydrocephalus, Kronisk Obstruktiv Lungesygdom, Leddegigt, Narkolepsi, Non-invasiv ventilationsstøtte, Nyresvigt, Opfølgning efter Brystkræft, Prostatakræft, Smertescore og Søvnapnø.

Desuden er følgende løsninger under udvikling på Aarhus Universitetshospital som såkaldte PRO-Express-løsninger: Patienter med Urinsyregigt, endometriose, gynækologisk cancer, Dansk Center for Partikelterapi-patienter, atopisk dermatitis samt til patienter i immunterapi inden forudbestilling af medicinen.

Steno Diabetes Center Aarhus udvikler desuden PRO-løsninger for patienter med forstyrret spisning, gravide med diabetes og sårbare patienter.

Der er igangsat et udviklingsprojekt vedr. Emento's digitale forløbsguide i tre afdelinger (Kvindesygdomme og Fødsler, Hjerter-, Lunge og Karkirurgi samt Hjertesygdomme). 'Digital forløbsguide' er en platform, der hjælper patienten til at skabe overblik i sit

behandlingsforløb på hospitalet og samtidig kan personalet følge patientens adfærdsmønstre og tilpasse kommunikationen og behandlingen til patientens behov og præmisser. Beskedsystemet i app'en har bl.a. mulighed for at sende billeder til hospitalet, hvorfor det bliver lettere at afgøre, hvorvidt patienten har brug for et ambulant besøg eller ej.

Øvrige aktuelle tiltag inden for det ambulante område

Hoved/Hals, Plastikkirurgi og Kæbekirurgi er i gang med en prøvehandling i forlængelse af udviklingen af et fælles patientforløb, hvor der forsøges indført fælles ambulante kontroller frem for tre forskellige kontroller inden for hvert speciale.

Osteoporoseskole transformeres i samarbejde mellem AUH, kommune, praksis, patientforening til andet nyt og mere optimalt tilrettelagt tilbud.

Nyresygdomme og Ortopædkirurgi udbreder i stigende grad selvadministration af IV-antibiotikabehandling i hjemmet.

Infektionssygdomme har kombineret brugerinddragelse og telemedicinsk monitorering af patienter med komplicerede infektioner. En stor del af patienterne (ca. 2/3) kan oplæres til selv at administrere intravenøs antibiotika-behandling i hjemmet ved hjælp af en telemedicinsk løsning. Dette giver tryghed for patienten og klinikerne får mulighed for følge behandlingsrespons tæt. Der undgås både risiko for hospitalserhvervet infektion samt smitte til hospitalsmiljøet. Samtidig spares indlæggelsesdage.

3. Status vedr. "det ambulante spor" (Budget 2019)

Regionsrådet vedtog i forbindelse med budget 2019 en besparelse på i alt 60 mio. kr. på de somatiske hospitaler inden for det ambulante område. Besparelsen udmøntes med 40 mio. kr. i 2020 og 60 mio. kr. fra 2021 og frem. Der arbejdes i forlængelse af dette derfor også på tværs af hospitalerne med fokus på mulighederne for at reducere ressourceforbruget gennem reduktion af antallet af ambulante besøg samt eventuelle andre ressourcebesparende tiltag på det ambulante område.

Det overordnede formål er således at finde ressourcebesparelser gennem en fagligt funderet proces, der fokuserer på nødvendig og fagligt velbegrundet aktivitet samt effektive organisatoriske og teknologiske løsninger, der samtidig bidrager til et sundhedsvæsen på patientens præmisser.

Gennemgang af den ambulante virksomhed

Indtil videre er der særligt arbejdet med et pilotprojekt inden for medicinsk gastroenterologi (medicinske mave-/tarmsygdomme) i samarbejde med formandskabet for Det Tværfaglige Specialeråd for Medicinsk Gastroenterologi og Hepatologi.

Med pilotprojektet inden for medicinsk gastroenterologi forventes opbygget nogle praktiske erfaringer i forhold til tilrettelæggelsen af lignende gennemgange af den ambulante virksomhed inden for andre specialer. I arbejdet lægges ikke mindst vægt på involveringen af fagpersoner samt patientens perspektiv. Inden for specialerne neurologi og kardiologi er der på det seneste ligeledes gennemført workshops med vægt på klinikerinvolvering (se nedenfor).

Første workshop inden for medicinsk gastroenterologi blev afholdt 11. april 2019. Deltagerkredsen bestod af specialerådets medlemmer, dvs. klinikere/"praktikere", praksis-konsulent, repræsentanter for koncernledelsen samt nøglepersoner fra de centrale stabsfunktioner/sekretariatet.

I forbindelse med workshoppen tog deltagerne udgangspunkt i to overordnede spørgsmål:

- Hvilke patienter inden for specialet skal ses på hospitalet – og hvilke skal ikke?
- Hvordan håndterer vi de (ambulante) patienter, som specialet bør håndtere i hospitalsregi?

Første workshop havde således fokus på fælles identifikation af forskelle og ligheder på tværs af regionens medicinsk gastroenterologiske funktioner med hensyn til hvilke patientgrupper/diagnoser, der ses - og på hvilken måde (besøgsfrekvens, faglige til-/fravalg, tilrettelæggelse af kontakten, teknologisk understøttelse mv.).

På baggrund af workshoppen er der identificeret tre konkrete projekter inden for medicinsk gastroenterologi, der aktuelt arbejdes videre med:

Projekt 1: Udarbejdelse af fælles tilgang/regionale retningslinjer for håndteringen af udvalgte sygdoms-/patientgrupper

Der er i specialerådet enighed om at foreslå, at man går i gang med at udarbejde fælles retningslinjer (patientforløbsbeskrivelser) for følgende patient-/sygdomsgrupper:

- Kollagen colitis/mikroskopisk colitis²
- Afføringsforstyrrelser og mavesmerter

² Mikroskopisk colitis er en betændelse i tyktarmen karakteriseret ved langvarig, vandig og ublodig diaré med normale eller næsten normale slimhinder (mikroskopisk colitis kan underopdeles i hhv. kollagen colitis og lymfocytær colitis)

Retningslinjerne vil afspejle processen fra henvisning til afslutning af patienten. I de fælles retningslinjer indarbejdes fælles koncepter for:

- "Den gode henvisning" inkl. håndtering af dialog/kommunikation i forbindelse med visitationen (gode råd til almen praksis mv.)
- Fælles behandlingsplan ved afslutning af patienter til egen læge (fælles algoritmer og kriterier for egen læges opfølgning, håndtering af symptomer og opblussen/forværring, evt. genhenvisning, indhentelse af specialistvurdering mv.)

På baggrund af dagsmøder i to arbejdsgrupper vedrørende de to udvalgte områder forventes det at være muligt at udarbejde et udkast til fælles retningslinjer, der kan godkendes via det almindelige ledelsessystem i regionen. Det kan overvejes at teste en ny retningslinje/forløbsbeskrivelse på et patientpanel eller lignende.

Projekt 2: Vurdering af Ambuflex-løsning

Der findes i dag en Ambuflex-løsning udviklet til patienter med inflammatorisk tarmsygdom. Løsningen anvendes i varierende omfang på matrikler med medicinsk gastroenterologisk funktion.

Projektet handler om at foretage en fælles vurdering af, hvorledes Ambuflex-løsningen kan bidrage til at reducere og målrette den ambulante aktivitet og derved – samlet set - frigøre ressourcer i forbindelse med håndteringen af relevante, sammenlignelige patientkategorier. Vurderingen skal således bero på eksplicitte evalueringskriterier og desuden tydeliggøre hvilke forudsætninger, der opstilles med hensyn til eventuel tilretning af arbejdsgange, forløb mv.

Der kobles en *analytisk prøvehandling* til projektet i form af en simpel, anvendelsesorienteret analyse, der kobler kvalitet, aktivitet og gevinster/omkostninger (økonomi) – og dermed bidrager til et så gennemsnitligt vurderingsgrundlag som muligt.

Udbyttet forventes i første omgang at være et notat, der skitserer anvendelsesmuligheder samt vurdering af potentiale i forhold til relevante patientkategorier og på baggrund af eksplicitte kriterier (økonomi, aktivitet, kvalitet) og forudsætninger (krav til arbejdsgange, opsætning mv.). Notatet skal kunne understøtte en ledelsesmæssig stillingtagen til løsningens implementering og udbredelse.

Projekt 3: Patientuddannelse/bibringelse af sundhedskompetencer

Projektet handler om at vurdere potentialet samt beskrive mulige initiativer i forhold til fælles patientuddannelse/bibringing af sundhedskompetencer, der understøtter patientens selvhjulpethed/mestring, egenomsorg, egenmonitorering mv. og dermed reducerer behovet for besøg og anden professionel bistand i forhold til håndtering af f.eks. kronisk sygdom. En anden mulig gevinst kunne være stordriftsfordele/effektivisering ved holdundervisning/gruppekonsultationer, anvendelse af e-learning mv.

Første leverance kunne bestå i et notat, der indeholder en vurdering af potentiale samt foreløbige tanker om mulige løsninger – en slags simpelt *feasibility-studie*, der kan danne grundlag for beslutning om at arbejde videre eller afslutte projektet. Under forudsætning af det fornødne potentiale vil slutproduktet kunne være ét eller flere regionale koncepter for patientuddannelse til nærmere definerede målgrupper inden for specialet.

Andre tiltag

I budgetforliget for 2019 blev det således aftalt, at der skal laves en gennemgang af neurologien. Gennemgangen skal munde ud i en beskrivelse af en arbejdsdeling inden for området, der sikrer, at de nuværende neurologiske afdelinger fortsat er fagligt bæredygtige. Også her har man taget afsæt i fælles møder/workshops, hvor fagpersoner og ledere på tværs af hospitalerne og de involverede afdelinger i fællesskab har drøftet og opstillet bud på løsninger af centrale udfordringer mv. inden for specialet.

I oktober 2018 blev der afholdt en workshop om den planlagte kardiologi med deltagelse af repræsentanter fra regionens kardiologiske afdelinger, koncerndirektør Ole Thomsen samt de lægefaglige direktører. På workshoppen drøftede man bl.a. nuværende udfordringer med kapacitetspres på regionens kardiologiske afdelinger, herunder flaskehalsproblematikker.

I forlængelse af workshoppen blev der oprettet et kardiologisk "rejsehold" med deltagere fra alle hospitaler, hvor man besøger hinanden. Formålet er gennem erfaringsudveksling at inspirere til lokale forbedringsindsatser, der kan udvikle faglig kvalitet og forløbstilrettelæggelse (internt i den enkelte afdeling/enhed og med regionale samarbejdspartnere) samt optimere driftstilrettelæggelsen.

Via kardiologi-rejseholdet sættes – koordineret med "det ambulante spor" – også fokus på, hvordan der kan stilles mere ensartede krav til henvisningerne inden for kardiologi. Dette udspringer af en erkendelse af, at der inden for de forskellige specialer/sygdomsområder i dag formentlig stilles forskelligartede krav til henvisningerne på tværs af afdelingerne – og derved kan det være svært for almen praksis at levere "gode henvisninger".

4. Opsummering - hovedtendenser i indsatsen

Der kan identificeres en række gennemgående træk i hospitalernes indsats for at udvikle og omlægge på det ambulante område. Der arbejdes således alle steder i hovedtræk med følgende fokus:

- Kan aktiviteten tilrettelægges anderledes og tids-/ressource-besparende for såvel patient som sundhedsvæsen? Kan fremmøde med fordel erstattes af andre alternativer? Er der aktivitet, som kan bortfalde?
- Baserer tilrettelæggelsen af forløb, arbejdsgange mv. sig på tilstrækkelig evidens eller "bedste praksis" på feltet? Har vi utilsigtet variation i den måde, som vi løser den samme opgave på (f.eks. i forhold til samme patientkategori)?
- Patientens perspektiv og patientens ressourcer spiller en aktiv rolle i forhold til at finde nye løsninger; F.eks. hjemmebehandling, egenmonitorering, patientuddannelse mv.
- Hvilke teknologier understøtter – eller kunne understøtte – samspillet mellem patienterne og hospitalet, herunder ved at introducere alternativer til fremmøde? Ambuflex/PRO-løsninger, telemedicin, telefon mv.
- Hvordan skabes og sikres det mest hensigtsmæssige samarbejde mellem almen praksis og hospitalernes ambulatorier/klinikker omkring de ambulante patienter?
- Hvilke typer sundhedsfaglige kompetencer anvendes til hvilke typer opgaver/funktioner? Herunder fokus på muligheder for opgaveflytning og sikring af, at opgaverne løftes på det laveste effektive omkostningsniveau.
- Systematiske analyser og gennemgange, herunder baseret på metoder støttet af dialog/ledelse, data/fakta og dedikeret administrativ bistand.
- Bevidsthed om, at tænkemåder, kultur, vaner og lignende kan medvirke til både at fremme og hæmme forandringer i måden den ambulante virksomhed tilrettelægges på.
- Hvilken betydning har regionale eller nationale retningslinjer, indberetningskrav til kliniske kvalitetsdatabaser og lignende for tilrettelæggelsen af den ambulante aktivitet? Er specialet/afdelingen eventuelt underlagt krav udefra, som ikke skaber værdi for patienten eller som ikke er underbygget af tilstrækkelig evidens?