

Notat**1. Indledning**

Dette notat indeholder en status for belægningssituationen på det medicinske område, herunder den seneste udvikling i belægningen (frem til 5. maj). Notatet redegør for de redskaber, der tages i anvendelse for at imødekomme presset på de medicinske afdelinger. Derudover indeholder notatet også en orientering om emner, der er blevet drøftet i Dialogforum vedr. overbelægning. Det drejer sig om beregning af belægningsprocenter, hvornår man kan tale om overbelægning, erfaring med patientinventeringer og udviklingen i liggetider.

Dato 15.05.2013
Søren Bisgaard-Frantzen Petersen
Tel. +45 7841 2037
Soeren.Petersen@stab.rm.dk

Journalnr. 1-30-11-06-V

Side 1

2. Status for belægningssituationen

De medicinske afdelinger har en høj akutandel, hvorfor der er særlige udfordringer med hensyn til at planlægge og tilpasse kapaciteten til svingningerne i tilgangen af patienter. Ud af de 122.000 patienter, der i 2011 blev henvist til Region Midtjyllands medicinske afdelinger blev 77 % af dem indlagt akut¹. Den høje akutandel kommer også til udtryk i figurerne 1-6, som viser de store svingninger i belægningen på de medicinske afdelinger på regionshospitalet for perioden 4. marts – 5. maj 2013, opgjort på dagsbasis.

På trods af uforudsigeligheden med hensyn til, hvornår patienterne indlægges, tegner der sig et lille mønster på ugeniveau, som er tydeligst at se for Regionshospitalet Herning i figur 2. Det ses, at belægningen stiger i løbet af ugen og falder i weekenden. Denne observation passer fint med, at de praktiserende læger står for lidt over en tredjedel af alle indlæggelser på hverdage².

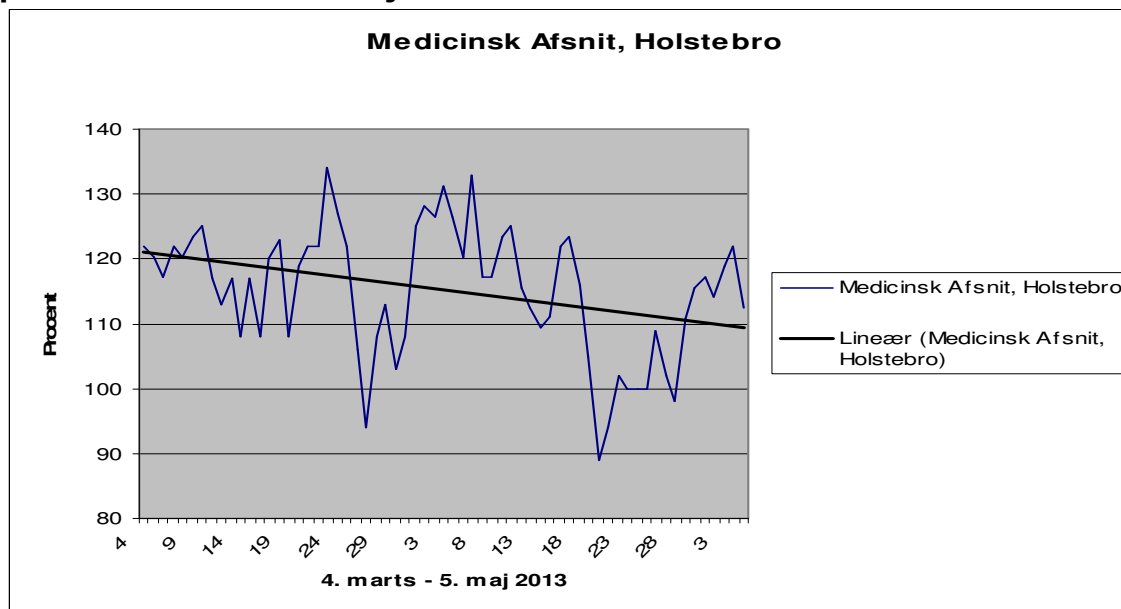
Der er indsat tendenslinjer i figurerne, som viser tendensen for belægningen. Det ses i figurerne, at tendenslinjerne for belægningsprocenten er faldende for

¹ Deloitte (2013), *Analyse af de medicinske afdelinger. En kortlægning og vurdering af potentialerne ved en bedre kapacitetsudnyttelse*, side 53.

² Deloitte (2013), *Analyse af de medicinske afdelinger. En kortlægning og vurdering af potentialerne ved en bedre kapacitetsudnyttelse*, side 101.

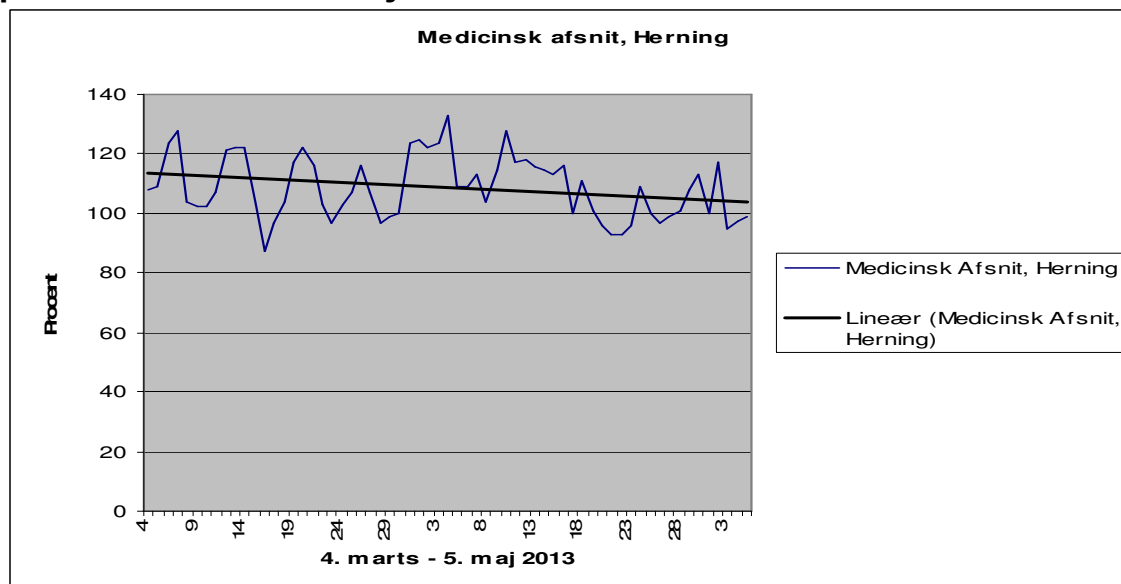
de medicinske afdelinger i Holstebro, Herning, Randers og Silkeborg. For Medicinsk Afdeling i Horsens er tendensen vandret, dvs. uændret, mens den er stigende for den medicinske afdeling i Viborg.

Figur 1. Belægningsudvikling for Medicinsk Afsnit, Regionshospitalet Holstebro, for perioden 4. marts – 5. maj 2013



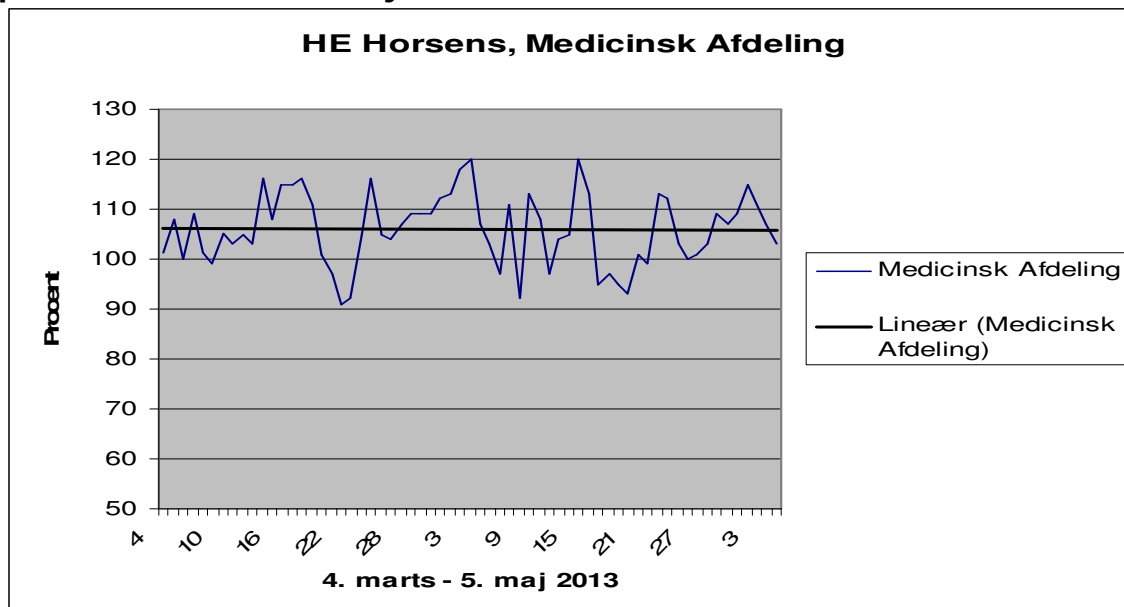
Kilde: Hospitalsenheden Vest

Figur 2. Belægningsudvikling for Medicinsk Afsnit, Regionshospitalet Herning, for perioden 4. marts – 5. maj 2013



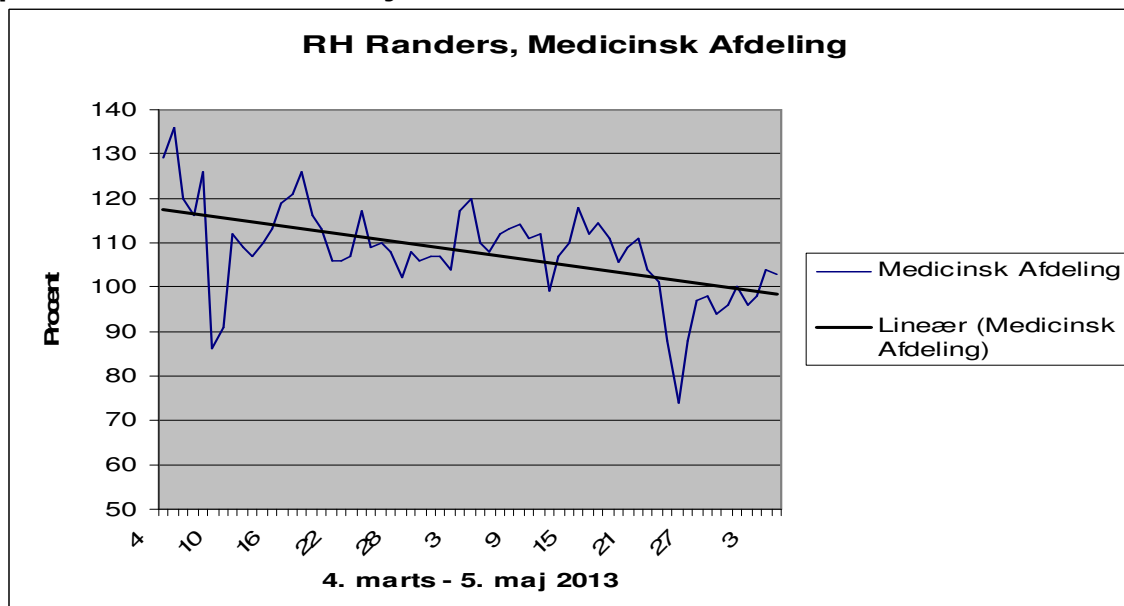
Kilde: Hospitalsenheden Vest

Figur 3. Belægningsudvikling for Medicinsk Afdeling, Hospitalsenheden Horsens, for perioden 4. marts – 5. maj 2013



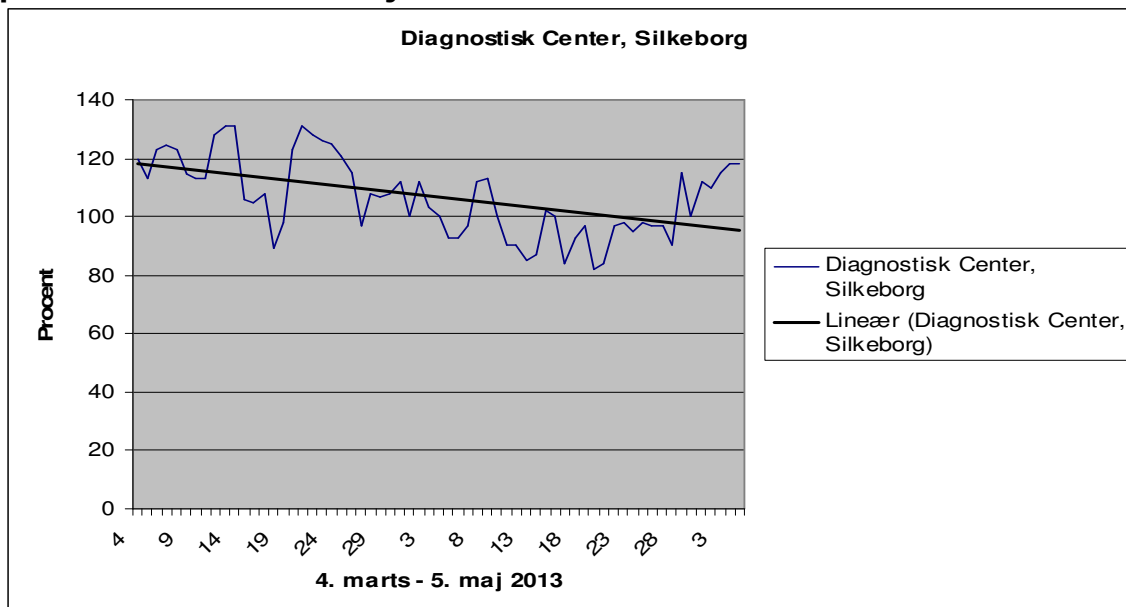
Kilde: Hospitalsenheden Horsens

Figur 4. Belægningsudvikling for Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Randers, for perioden 4. marts – 5. maj 2013



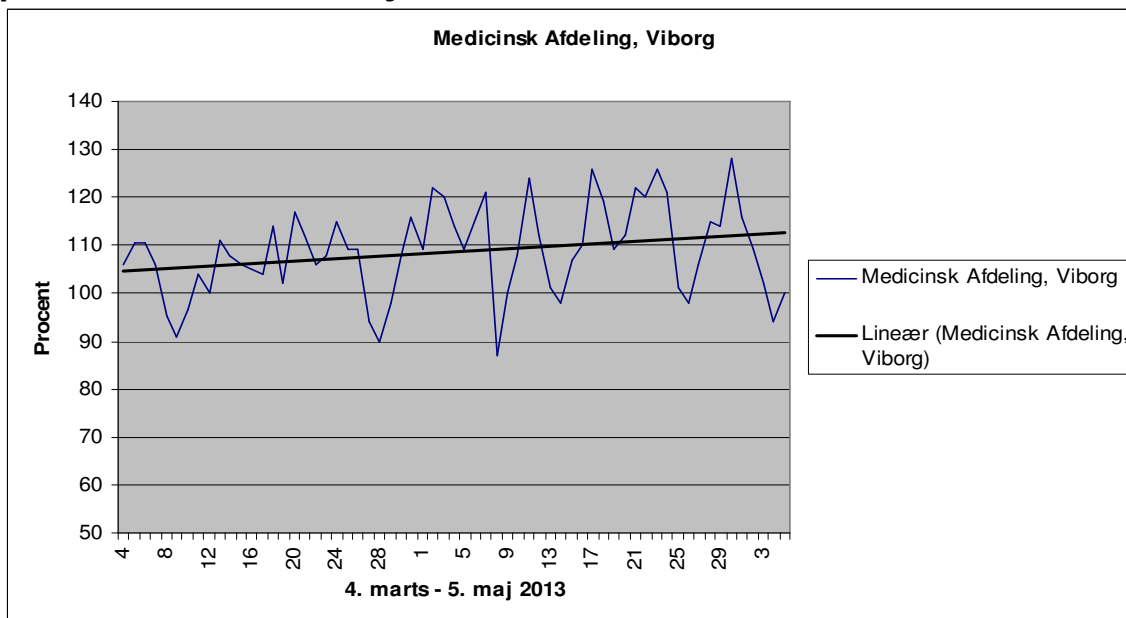
Kilde: Regionshospitalet Randers

Figur 5. Belægningsudvikling for Diagnostisk Center, Hospitalsenhed Midt, for perioden 4. marts – 5. maj 2013



Kilde: Diagnostisk Center, Hospitalsenhed Midt

Figur 6. Belægningsudvikling for Medicinsk Afdeling, Hospitalsenhed Midt, for perioden 4. marts – 5. maj 2013



Kilde: Medicinsk Afdeling, Hospitalsenhed Midt

I figur 7 og 8 på side 7-8 ses belægningsen for Medicinsk Endokrinologisk Afdeling og Akutafdelingen, Aarhus Universitetshospital, opgjort på både dagsbasis- og timebasis.

Årsagen til, at det kun er afdelinger fra Aarhus Universitetshospital, hvor der vises belægningsprocenter på timebasis er, at hospitalet har programmeret en kode, som kan vise dataene på timebasis. Der redegøres nærmere herfor i afsnit 4.1.

3. Initiativer til at imødegå presset på de medicinske afdelinger

Den permanente og langsigtede indsats på hospitalerne

På grund af det høje antal akutte indlæggelser samt det generelle pres på kapaciteten, er det et vilkår for ledelse af de medicinske afdelinger, at der løbende er fokus på optimal udnyttelse af sengekapaciteten. De redskaber, som tages i anvendelse omfatter dels tiltag, der skal forebygge unødvendige indlæggelser, tiltag der sikrer et effektivt flow i afdelingerne og hensigtsmæssige udskrivninger.

Eksempelvis sker der løbende omlægning fra stationær til ambulant behandling. Oprettelse af subakutte ambulatorietider er et andet eksempel på, at man ved at tilbyde patienten en ambulant undersøgelse inden for kort tid kan forebygge, at patienten senere indlægges akut. Optimering af de interne arbejdsgange og samarbejde mellem akutafdelingen og de medicinske afdelinger er ligeledes væsentlige forudsætninger for at kunne sikre et effektivt flow i indlæggelser og udskrivninger.

Der er vurderingen, at i takt med, at der kommer flere specialister i de fælles akutafdelinger, vil det kunne bidrage til at forebygge indlæggelser i de medicinske afdelinger eller sikre et hurtigere flow.

Tilsyn udført af sygeplejersker specialiseret inden for geriatri og KOL er eksempler på indsatser der afprøves for at skabe bedre og mere effektive forløb for patienter med komplekse sygdomme.

På længere sigt vil brugen af telemedicinske løsninger, hvor patienten i højere grad inddrages i håndteringen af egen sygdom, ligeledes kunne medvirke til at reducere antallet af unødvendige indlæggelser. Der er aktuelt mere end 50 telemedicinske projekter i gang eller under opstart, fx kontrol af sår samt forsøg med tilbud til KOL-patienter om hjemmemålinger af iltning og lungefunktion.

Ovenstående eksempler er ikke udtømmende, fx kan det tilføjes, at alle hospitalsenheder pr. 1. januar 2013 åbnede diagnostiske enheder med fokus på patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft. Det er forventningen, at de diagnostiske enheder også vil føre til færre indlæggelser.

Samarbejde med kommunerne og almen praksis

Samarbejdet med kommuner og almen praksis er en væsentlig forudsætning for at kunne forebygge indlæggelser og optimere det videre forløb efter udskrivningen. I regi af klyngerne er der i dag et veletableret samarbejde, der udgør et godt fundament for en fortsat udvikling af nye initiativer. Aktuelt er der aftaler omkring tilrettelæggelse af udskrivninger, fælles skolebænk, kommunale sygeplejersker og praksiskonsulenter på hospitalerne, som skal sikre koordinering af overgangene. Derudover er nogle kommuner begyndt at opruste deres indsats med trykshoteller, udgående akutteams og akutpladser. Ligeledes er der initiativer på vej hvor kommunalt sundhedspersonale kan varetage intravenøs behandling i borgerens hjem.

Initiativer i spidsbelastningsperioder på hospitalerne

Ud over de permanente tiltag gør afdelingerne i de spidsbelastede situationer brug af en række midlertidige tiltag. Det sker eksempelvis i form af lån af eventuel ledig kapacitet i de kirurgiske afdelinger, der åbnes ekstra sengestuer, der indkaldes ekstra personale eller vikarer, der gås ekstra stuegang og det undersøges om sengene udnyttes optimalt i form af "spildanalyser" og patientinventeringer (omtales i afsnit 4.3). I særlige situationer når andre muligheder er opbrugt er der sket aflysning af planlagte indlæggelser og behandlinger.

4.0 Drøftelser i Dialogforum vedr. overbelægning

Der er i regi af Regions-MEDudvalget nedsat et dialogforum, der drøfter udfordringerne med overbelægningen på det medicinske område.

Deltagerkredsen består af repræsentanter for medarbejdersiden, herunder Dansk Sygeplejeråd (DSR), FOA (Fag og Arbejde), FTF (Funktionærernes og Tjenestemændenes Fællesråd) og AC (Akademikernes Centralorganisation). Fra ledelsessiden består den af direktionen og personer fra hospitalsledelserne.

I kommissoriet for Dialogforummet, står følgende om opgaven:

"Dialogforum skal - med afsæt i kendte fakta og kendt viden regionalt, nationalt og internationalt - analysere og drøfte overbelægningen på akut og medicinske afdelinger, herunder belyse overbelægningens omfang og karakter og sætte fokus på hvad der allerede gøres og kan gøres fremadrettet på kort og langt sigt for at forebygge problemer for patienter og personale som følge af overbelægning.

(...)

Dialogforummet kan formulere anbefalinger til Strategisk Sundhedsledelsesforum og direktionen om fremadrettede indsatsområder på kort og langt sigt."

Der er dags dato afholdt to møder, hvor man bl.a. har drøftet begrebet overbelægning, beregning af belægningsprocenter, patientinventeringer, liggetider mv., hvilket uddybes i nedenstående gennemgang i afsnit 4.1 - 4.3.

De næste møder i Dialogforum holdes i juni og august måned. Det forventes, at møderækken afsluttes efter sommerferien, hvorefter regionsrådet vil blive orienteret om drøftelserne.

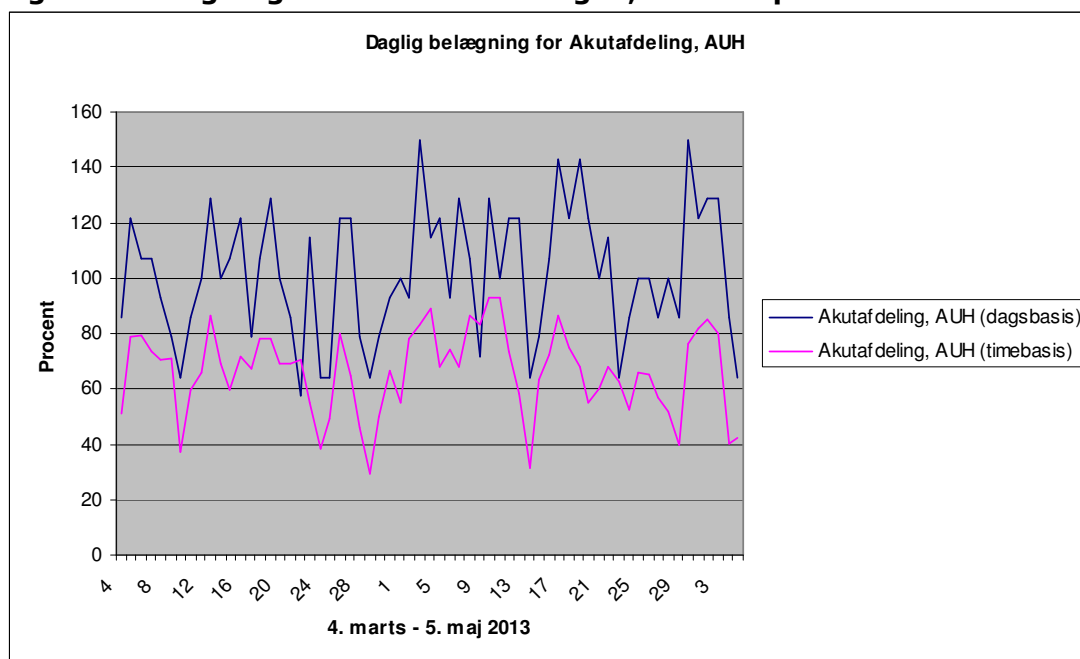
4.1 Beregning af belægningsprocenter

Emnet har været genstand for en grundig drøftelse i en intern datadefinitionsgruppe i Region Midtjylland med repræsentanter fra alle hospitalsenheder. Baggrunden var et ønske om at harmonisere de beregninger, der ligger bag de forskellige belægningsmål, der findes, samt drøfte hvilken metode, der giver den mest præcise belægningsprocent.

Det har været kendt, at sundhedsvæsenets udvikling med kortere indlæggelsestid, har aktualiseret et behov for at tage belægningsprocent opgjort på dagsniveau op til revision. Årsagen er, at dagsbasismetoden bagvedliggende beregningsprincipper ikke er fulgt med udviklingen i den kliniske praksis.

Fx tager beregning på dagsbasis metoden ikke højde for, hvornår på dagen patienten indlægges eller udskrives. Og hvis patienten har været indlagt i flere dage tæller udskrivningsdagen ikke med, selvom patienten måske har modtaget behandling og pleje i løbet af dagen. Derudover tælles en patient, som indlægges og udskrives samme dag, som værende indlagt en hel dag, uanset antallet af indlagte timer. Konsekvensen af denne regneregler er, at afdelinger med stort patientflow får meget høje belægningsprocenter, fx en akutafdeling, jævnfør figur 7:

Figur 7. Belægningstal for Akutafdelingen, AUH for perioden 4. marts til 5. maj 2013



Kilde: Aarhus Universitetshospital

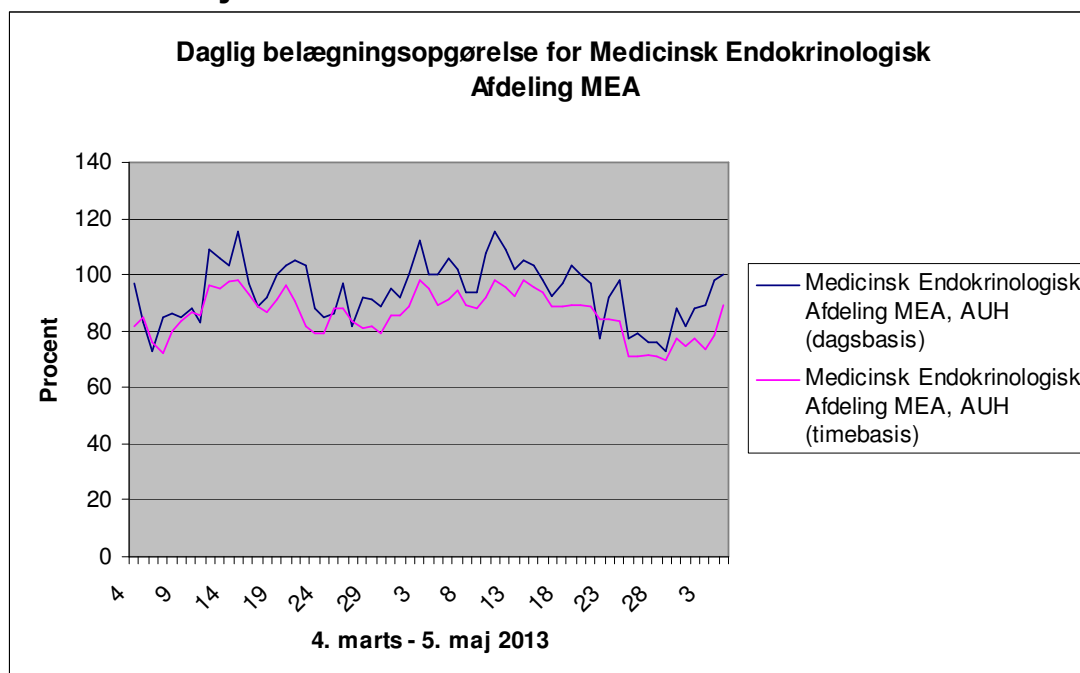
Det er aftalt med hospitalsledelserne, at belægningsprocenterne fremover opgøres på timebasis fordi denne metode er mere præcis, og det bedste udtryk for belastningen for plejepersonalet på et sengeafsnit. Derudover giver timebasismetoden også et retvisende billede af belægningssituationen i akutmodtagelserne, hvor der er en stor gennemstrømning af patienter.

Endelig tager timebasisberegningen højde for udviklingen i sundhedsvæsenet med kortere indlæggelsestider, og muliggør en mere præcis styring af personalenormeringen på et sengeafsnit i løbet af et døgn.

I øjeblikket bliver de ugentlige belægningsopgørelser til regionsrådet opgjort på dagsbasis, og har dermed en indbygget tendens til at vise en højere belægningsprocent end timebasismetoden.

Nedenstående eksempel fra Medicinsk Endokrinologisk Afdeling på Aarhus Universitetshospital, viser også et eksempel, hvor belægningsprocenterne er beregnet på dagsbasis og timebasis.

Figur 8. Belægningsstal for Medicinsk Endokrinologisk Afdeling, AUH for perioden 4. marts til 5. maj 2013



Kilde: Aarhus Universitetshospital

Ud fra figur 7 og 8 kan man se, at jo højere patientgennemstrømning en afdeling, som en Akutafdeling har, jo større er forskellen mellem beregningen af belægningsprocenten.

Det bør dog tilføjes, at belægningsprocenten opgjort på timebasis ikke i sig selv er nok til at vurdere belastningen på en afdeling. Det er også nødvendigt at sammenholde belægningsprocenten med viden om, hvor stort patientflowet er. Man kan teoretisk forestille sig en situation med en afdeling, der har set 24 patienter i én time ad gangen, og som vil få samme belægningsprocent opgjort på timebasis som en afdeling, der har én patient i 24 timer opgjort på dagsbasis på trods af, at den første afdelings belastning har været 24 gange højere.

Hospitalet er dog enige om, at det bør være muligt at opgøre belægningsprocenter på timebasis i InfoRM, og der arbejdes i øjeblikket på at programmere muligheden ind i InfoRM.

4.2 Hvornår er der tale om overbelægning?

Drøftelserne i Dialogforum vedr. overbelægning har også kredset om, hvornår man kan tale om overbelægning. Gennemgangen af beregningsmetoder for belægning illustrerer, at det er vigtigt at holde sig for øje, om man ser på en afdeling karakteriseret ved højt eller lavt patientflow, og fordele og ulemper ved de forskellige beregningsmetoder.

Derudover er forståelsen af en normeret seng central. En normeret seng var tidligere et styringsinstrument, som forbandt en seng med et budget til overvågning og pleje. Begrebet er over tid blevet udvandet, fordi hospitalerne i en årrække har været styret efter aktivitets- og DRG-mål. Samtidig er det vigtigt at være opmærksom på, at en belægningsprocent på over 100 % ikke er ensbetydende med, at der er senge på gangene.

Erik Juhl-udvalget opererer med en belægning på 85 %, som er udtryk for en tommelfingerregel for tildelte ressourcer pr. seng. I Dialogforum vedr. overbelægning drøfter man bl.a. hvad måltallet bør være, og om det fx bør være forskelligt fra afdelinger med forskelligt patientflow eller behandlingsforløb.

4.3 Erfaringer med patientinventering

Derudover har Dialogforum drøftet erfaringerne med patientinventering i regionen. Patientinventering er en metode, hvorpå en afdeling systematisk gennemgår de indlagte patienter for at se om de hver især modtager det rette behandlingstilbud. På den måde får afdelingen indblik i om patienten burde være udskrevet eller henvist til et kommunalt tilbud, fx plejehjem eller opfølgende besøg af hjemmesygeplejerske mv.

I forbindelse med udmøntningen af handleplanen for den ældre medicinske patient, gennemførte konsulenthuset Deloitte på foranledning af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse en analyse af de medicinske afdelinger i Danmark, som blev offentliggjort i marts måned 2013.

Deloitte's analyse af de medicinske afdelinger beskriver, hvordan alle hospitaler i Region Nordjylland har foretaget patientinventeringer og afdækket, at 20 % af de indlagte medicinske patienter kunne være i et andet behandlingsforløb, fx ambulant forløb eller plejeforløb i kommunen. Spildanalyser i Region Sjælland viser samme niveau. Deloitte's rapport indeholder et eksempel på en patientinventering fra Regionshospitalet Randers fra 2010³. Eftersom hospitalet efterfølgende har lukket 40 medicinske senge (130 til 90) og 8 akutsenge (34-26), er det tvivlsomt om eksemplet kan bruges til at vise andet end et historisk billede.

Nyere eksempler med patientinventeringer er to journalaudits af indlagte patienter i Hospitalsenheden Horsens. I samarbejde med Horsens Kommune gennemførte Hospitalsenheden Horsens en audit i januar 2012 vedrørende uhensigtsmæssige indlæggelser i Akutafdelingen. Her blev det vurderet, at 17 ud af 49 indlæggelser, svarende til 35 %, kunne være undgået. Det viste sig dog, at de ældre var underrepræsenteret i auditten. Derfor blev det besluttet, at lave en ny audit i juni 2012 med fokus på ældre patienter over 75 år, idet det forventes, at der her kunne være behov for en særlig indsats. Her blev det vurderet, at 4 ud af 48 indlæggelser, svarende til 8 %, kunne være undgået under de aktuelle betingelser. Erfaringen fra disse undersøgelser viser, at der kan være behov for at se nærmere på, om især patienter under 75 år kunne have et andet patientforløb.

I Aarhus Universitetshospital arbejder man målrettet med patientinventeringer og har nedsat en styregruppe under Abdominalcentret. Erfaringen fra Aarhus Universitetshospital er, at der er et ikke ubetydeligt potentiale for at omlægge patientforløb fra stationære til ambulante forløb, og håndtering af mange akutte forløb kunne ske i ambulant regi, ligesom mange operationsforløb vil kunne omlægges til at foregå ambulant.

³ En patientinventering i 2010 på Regionshospitalet Randers blandt medicinske patienter viste, at 34 akutte senge og 130 afdelingssenge var belagt med henholdsvis 18 patienter og 105 patienter. Det gav en belægningsprocent på 75. (...) I alt blev det vurderet, at 28 procent af de medicinske patienter ikke behøvede at ligge i en hospitalsseng. Det vurderedes i den afsluttende afrapportering, at patientforløb indenfor alle medicinske specialer kunne omlægges, så der i højere grad blev gjort brug af patienthotel og ambulant behandling. (Deloitte, 2013, side 119)

4.4. Liggetider

Dialogforum har endvidere drøftet udviklingen i liggetiderne. Af tabel 1 fremgår antallet af sengedage pr. indlæggelse, opgjort på hospitalsudskrivelser i perioden 2008-2012 for alle patienter, dvs. både medicinske og kirurgiske patienter. Det fremgår af tabellen, at indlæggelsestiden er faldet i perioden for alle regioner. Det ses endvidere, at Region Midtjylland har de korteste indlæggelsesforløb.

Opgørelsesmetoden på hospitalsudskrivelser i tabel 1, gør det muligt at sammenligne indlæggelsestiden på tværs af regioner.

Tabel 1. Udvikling i sengedage pr. indlæggelse for alle patienter 2008-2012

Region	Gennemsnitlig indlæggelsestid i dage for alle patienter (hospitalsudskrivelser)				
	2008	2009	2010	2011	2012
Sjælland	4,5	4,3	4	3,8	3,7
Hovedstaden	4,7	4,4	4,1	3,9	3,8
Syddanmark	4,3	4	3,8	3,8	3,7
Midtjylland	4,2	3,9	3,8	3,6	3,6
Nordjylland	4,7	4,4	4,4	4,3	4,3
Hele Landet	4,5	4,2	4	3,8	3,8

Kilde: E-sundhed