

Afrapportering fra dialogforum vedr. overbelægning på akut og medicinske afdelinger i Region Midtjylland**Indholdsfortegnelse**

Dato 12.9.2013

Journalnr. 1-13-4-21-13

Side 1

1.0	Indledning	2
1.1	Opsummering af anbefalingerne fra dialogforum vedrørende overbelægning	3
1.2	Baggrund og formål	4
	Personalets oplevelse af overbelægningsproblemer	4
2.0	Hensyn patienter og personale	5
	A. Patientsikkerhed	5
	B. Arbejdsmiljø og bemanning	5
	C. Forventningsafstemning med patienterne	6
3.0	Hospitalernes arbejde med at håndtere belægningsudfordringer	6
3.1	Ledelses- og dialogværktøj	6
3.2	Effektiv udnyttelse af ressourcerne	7
4.0	Tværasektorielle perspektiver	9
	De fire fælles kommunale målsætninger	10
	Opfølgning hjemmebesøg	10
	Udgående geriatriske teams	12
	Kompetenceudvikling på tværs af sektorerne	12
5.0	Beregninger af belægningsprocenten	13
6.0	Proces og deltagere	14
7.0	Opfølgning	14

Bilag

- 1: Kommissorium for dialogforum vedr. overbelægning
- 2: Notat vedrørende beregning af belægningsprocenter
- 3: Antal medicinske senge og akutafdelingssenge samt udvikling i indlæggelsestid.

1.0 Indledning

På baggrund af blandt andet konstaterede problemer for patienter og personale som følge af overbelægning på medicinske og akutafdelinger - og den hidtidige og forventede fremtidige udvikling vedr. antallet af sengepladser - nedsatte Regions-MEDudvalget i februar 2013 et dialogforum vedr. overbelægning.

Dialogforum har henover foråret og sommeren analyseret og drøftet belægningen på akut og medicinske afdelinger. Der er bl.a. sat fokus på at belyse overbelægningens omfang og karakter, og hvad der allerede gøres og kan gøres fremadrettet for at forebygge problemer for patienter og personale som følge af overbelægning.

På den baggrund har dialogforum formuleret en række anbefalinger vedr. fremadrettede indsatsområder, som præsenteres i denne afrapportering.

Dialogforums fokus har været rettet mod det medicinske område og akutområdet, men der har også været opmærksomhed på de øvrige hospitalsafdelinger og deres betydning for at skabe gode patientforløb og effektiv udnyttelse af ressourcerne. Derudover er der sat fokus på vigtigheden af - og nogle udviklingsperspektiver for - det tværgående samarbejde med kommunerne og de praktiserende læger.

Arbejdet i dialogforum har været kendetegnet ved, at patienternes sikkerhed og personalets arbejdsforhold har høj prioritet, og disse emner har fået stor opmærksomhed. Samtidigt har der været en meget konstruktiv dialog om formuleringen af konkrete anbefalinger, der realistisk kan følges inden for de overordnede økonomiske og organisatoriske rammer på sundhedsområdet.

Der har været enighed i dialogforum om at anerkende udfordringerne omkring overbelægning. Personalets meget store indsats for at skabe den bedste behandling og pleje for patienterne samt den måde hvorpå presset og udfordringerne hidtil er blevet håndteret fra personalets side har også fået stor anerkendelse. Der har samtidigt været enighed om behovet for afklaring af, hvordan belægningen fremadrettet skal opgøres, så den afspejler virkeligheden og arbejdsbelastningen, og så der ikke er uklarheder og uhensigtsmæssige forskelle i registrerings- og opgørelsesmetoder.

Sidst men ikke mindst er medlemmerne i dialogforum enige om, at det er et fælles mål, at der ikke må ligge patienter i senge på gangene.

I denne afrapportering opsummeres indledningsvist de anbefalinger vedr. overbelægning, som dialogforum er kommet frem til. I de følgende afsnit udfoldes baggrunden og anbefalingerne på forskellig vis. Det indbefatter først en beskrivelse af personalets oplevelse af belægningsproblemer og en række hensyn vedrørende patienterne og de ansatte - med fokus på patientsikkerhed, arbejdsmiljø og bemanning samt forventningsafstemning med patienterne. Dernæst følger en nærmere beskrivelse af baggrunden for anbefalingerne, inkl. hospitalernes initiativer til at håndtere belægning, og perspektiverne vedrørende det tværsektorielle samarbejde foldes ud. Afslutningsvist præsenteres forslag til, hvordan der fremadrettet beregnes og følges op på belægningsprocenter, samt forslag til hvordan der følges op på arbejdet i dialogforum.

1.1 Opsummering af anbefalingerne fra dialogforum vedr. overbelægning

Dialogforum anbefaler:

- 1) **at** den målrettede ledelsesmæssige indsats, der sigter mod at undgå u hensigtsmæssige arbejdsgange og vaner omkring indlæggelser fortsættes, f.eks. ved at arbejde videre med udbredelsen af patientinventering, waste-runder, hospitalsvisitation og Real Time Demand Capacity (RTDC) Dialogforum ønsker særligt at fremhæve de meget positive perspektiver med RTDC-metoderne og ser frem til at følge op på effekten.
- 2) **at** der fortsat fokuseres på at udvikle tilbud og ydelser, som kan være med til at forebygge og nedbringe antallet af indlæggelser, inkl. subakutte tilbud på hospitalerne. Dialogforum anbefaler at følge op på effekten af subakutte tilbud - både i forhold til, om det nedbringer antallet af indlæggelser, og hvad effekten er på patienternes efterfølgende sundhed og indlæggelsesmønster.
- 3) **at** der i samarbejde med kommuner og praktiserende læger arbejdes for at styrke indsatsen for at gennemføre opfølgende hjemmebesøg målrettet særligt sårbare ældre patienter, der udskrives efter indlæggelse fra udvalgte hospitalsafdelinger.
- 4) **at** brugen af udgående geriatriske teams udbredes - under hensyntagen til bl.a. de forskellige rekrutteringsmuligheder på tværs af regionen, de økonomiske muligheder samt erfaringsopsamlingen på effekterne af de nuværende teams.
- 5) **at** der fokuseres på potentialerne ved at gennemføre fælles uddannelsestiltag på tværs af sektorerne (kommuner, praktiserende læger og regionen).
- 6) **at** der tages initiativ til dialog med kommunerne om tilbud til og kortlægning af misbrugsgruppen.
- 7) **at** harmonisering og disciplinering omkring registrering af indlæggelser på hospitalerne bliver et indsatsområde.
- 8) **at** belægningen på de relevante hospitalsafdelinger opgøres på timebases. Der er behov for følgende opgørelsesmetoder: 1) dagsbasis og stamafdeling, 2) dagsbasis og adresseophold samt 3) timebasis og adresseophold. Disse opgørelsesmetoder gør det muligt at indfange arbejdsbelastningen for både læge- og plejepersonalet samt at kunne sammenligne beregningerne på tværs af regionerne. Belægningsopgørelsen skal kunne sammenholdes med en opgørelse af antal unikke personnumre, for at man kan få et samlet billede af patientflowet og personalebelastningen.
- 9) **at** hospitalsledelsen i samspil med afdelingsledelserne lokalt forholder sig til, hvornår der er tale om overbelægning.
- 10) **at** afdelingsledelsen skal have fokus på belægningssituationen og patienttyngden. I nogle situationer må ledelsen sørge for at justere sengekapaciteten og personaleressourcerne for at sikre ordentlige patient- og personaleforhold. Udviklingen i belægningssituationen vil også kunne følges af de relevante Lokal-MEDudvalg/ tillidsrepræsentanter/arbejdsmiljørepræsentanter.
- 11) **at** der arbejdes på at forsøge at forudsige patientflowet hen over året, i de afdelinger, hvor der er variation.
- 12) **at** hensynet til patientsikkerhed vægtes meget højt. Det betyder, at hvis der i pressede situationer er behov for at inddrage andre lokaler, så skal der være observation af patienten og let adgang til kald, ilt og sug. Målet er, at der ikke må ligge patienter i

senge på gangene.

1.2 Baggrund og formål

Region Midtjyllands sundhedsvæsen er i dag og de næste mange år frem udsat for et stigende efterspørgselspres på grund af kombinationen af demografiske ændringer og øgede behandlingsmuligheder. Dette vilkår skal håndteres inden for en stadig strammere økonomisk ramme. Der er sket en markant reduktion i antallet af medicinske senge¹ på 28 % siden regionens dannelse, og Region Midtjylland har den lavest gennemsnitlige indlæggelsestid blandt regionerne på 3,6 dage i 2012². Dertil kommer, at i takt med udbredelsen af de mange ambulante behandlingsmuligheder, er de patienter, som indlægges, nu ofte mere syge end tidligere, og sygdomsbilledet er ofte komplekst.

På Regions-MEDudvalgets møde den 21. februar 2013 blev det aftalt at nedsætte et dialogforum med repræsentanter fra både leder- og medarbejderside. Det skete på baggrund af drøftelser af overbelægningssituation på det medicinske område og den hidtidige og forventede fremtidige udvikling vedrørende antallet af sengepladser samt oplevede arbejdsmiljøproblemer, henvendelser fra Arbejdstilsynet og eksempler på utilfredsstillende patientforhold.

Dialogforum fik til opgave - med afsæt i kendte fakta og kendt viden regionalt, nationalt og internationalt - at analysere og drøfte overbelægningen på akut og medicinske afdelinger og eventuelt formulere anbefalinger til Strategisk Sundhedsledelsesforum og direktionen i Region Midtjylland om fremadrettede indsatsområder.

Dialogforums opgave er nærmere beskrevet i det kommissorium, som er vedlagt som **bilag 1**.

Personalets oplevelse af overbelægningsproblemer

Personalerepræsentanterne i dialogforum har lagt stor vægt på at få formidlet og skabt forståelse for, hvordan personalet oplever og påvirkes af overbelægningsproblemer. En række af de væsentligste budskaber er kort gengivet nedenfor.

Det kan dokumenteres, at Region Midtjylland ligger på et lavt niveau med hensyn til både antal senge og den gennemsnitlige liggetid for alle patienter – også medicinske patienter. Det vil sige, at patientflowet er højt, og det giver også flere arbejdsopgaver for mange forskellige arbejdsgrupper. Det store patientflow er dermed medvirkende til at øge belastningen på personalet.

Der er lukket mange senge i Region Midtjylland i gennem de senere år, og det er sket hurtigt og måske også for hurtigt nogle steder. Personalerepræsentanterne har givet klart udtryk for, at problemstillingerne omkring overbelægning har været stigende gennem de seneste år, og det har i mange tilfælde haft betydelige negative indvirkninger for såvel patienter som personale.

¹ For perioden 2007 til 13. august 2013 er antallet af normerede medicinske senge faldet med 480 senge, fra 1733 til 1253 senge svarende til en reduktion på 28 %.

² For uddybende oplysninger om antal senge og belægningssituationen mv. se **bilag 3**.

Overbelægning handler ikke alene om fysisk plads og antal senge, men også i høj grad om personaleforhold og belastning af personalet samt etik og kvalitet i forhold til den enkelte patient.

Det anerkendes, at modsatrettede tendenser påvirker, hvor mange senge der er behov for. Omlægninger til ambulant behandling reducerer behovet for antallet af senge, mens den demografiske udvikling (flere ældre) øger behovet frem mod 2020.

På alle niveauer i MED-systemet har der været gentagne drøftelser af udfordringer og konsekvenser for patienter og personale. I Hoved-MEDudvalgene og de relevante Lokal-MEDudvalg er drøftet en lang række initiativer og indsatsområder for at imødegå problemstillingerne omkring overbelægning på hospitalerne. Initiativer som også har været i fokus i dialogforum – f.eks. arbejdet med waste-runder, samarbejde med kommuner og praktiserende læger, forebyggelse af arbejdsmiljøproblemer mv.

Dialogforum har fået input og inspiration fra disse drøftelser på baggrund af bl.a. referaterne fra møder i MEDudvalgene. Samtidigt har dialogforum udtrykt meget stor anerkendelse af indsatsen og den måde, hvorpå presset og udfordringerne omkring overbelægning gennem de senere år er blevet håndteret fra personalets side.

Link til uddrag af referater fra drøftelser vedr. overbelægningssituationen i MEDudvalgene: <http://www.rm.dk/via101785.html>

2.0 Hensyn til patienter og personale

Dialogforum har drøftet en række hensyn og præmisser vedrørende a) patientsikkerhed, b) arbejdsmiljø og bemanning samt c) forventningsafstemning med patienterne.

A. Patientsikkerhed

Medlemmerne i dialogforum er enige om, at der ikke må gås på kompromis med patientsikkerheden. Der skal være observation af patienten og let adgang til kald, ilt og sug. Målet er, at der ikke ligger patienter i senge på gangene.

Hensynet til patientsikkerheden indebærer, at der skal være tilstrækkeligt personale til at pleje de indlagte på en faglig og forsvarlig måde. De nødvendige kompetencer skal være til stede, der hvor patienterne er, og ansvarsplaceringen skal være tydelig. Betydningen af pleje og omsorg må ikke undervurderes, og der er dokumenteret effekt i forhold til, at patienterne kan komme tilbage i eget hjem.

På trods af ovenstående principper er det svært helt at undgå perioder med en høj belægning, hvor personalet vil opleve et øget arbejdspress. I disse situationer må afdelingerne benytte deres udarbejdede planer for overbelægning til at håndtere situationen. Overbelægning må aldrig få permanent karakter. I tilfælde af begyndende overbelægning må der ske en orientering og drøftelse af belægningssituationen i MEDsystemet.

B. Arbejdsmiljø og bemanning

Region Midtjylland prioriterer et godt og sikkert arbejdsmiljø højt, hvilket bl.a. fremgår af MED- og Arbejdsmiljøaftalen. Et godt og sikkert arbejdsmiljø er med til at skabe grobund for øget patienttilfredshed og er en forudsætning for gode og attraktive arbejdspladser, hvor arbejdsglæden trives. Der er således et stort potentiale i at forsøge at undgå overbelægning og

opretholde et godt arbejdsmiljø. Både sikkerheden og andre aspekter omkring arbejdsmiljøet for de ansatte skal være i orden, så f.eks. sygemeldinger på grund af arbejdsbetinget stress så vidt muligt undgås, og den enkelte afdeling opleves som en god arbejdsplads.

Der skal være sammenhæng mellem personaleressourcerne og belægningsituationen – ellers går det ud over arbejdsmiljøet. Ledelsen har ansvar for, at denne sammenhæng eksisterer.

Der skal lokalt være nogle rammer for, hvordan man kan skrue op og ned for sengekapaciteten, så personalesituationen og sengekapaciteten løbende kan tilpasses efter behov. Afdelingsledelsen skal derfor hele tiden have fokus på belægningsituationen og tilpasse personaleressourcerne herefter og justere på sengekapaciteten.

Som det fremgår af anbefalingerne, er der lagt op til både at følge udviklingen i belægningsituationen i ledelsessystemet og i de relevante Lokal-MEDudvalg.

C. Forventningsafstemning med patienterne

Det er erfaringen fra patientinventeringsarbejde, at der kan være behov for interne drøftelser i og mellem afdelingerne om, hvad det er rimeligt at stille af krav og forventninger til patienterne.

Derfor bør afdelingerne tale sammen på tværs om, hvilke forventninger, man bør kunne forvente at have til patienterne og hvilke behandlinger, der kan være mulighed for at udføre i hjemmet. Der findes flere eksempler på behandlinger, som patienter foretrækker at få i hjemmet eller på patienthotel, f.eks. hjemmedialyse, IV-behandlinger og blodtransfusioner. På den baggrund vurderes der at være et uudnyttet potentiale i at fokusere på kommunikation og forventningsafstemning i forhold til patienterne.

3.0 Hospitalernes arbejde med at håndtere belægningsudfordringer

3.1 Ledelses- og dialogværktøj

Den enkelte afdeling bør lokalt forholde sig til, hvornår der er tale om overbelægning ud fra viden om hvilke patienter afdelingen tager sig af, de personaleressourcer der er til rådighed og patientflowet i løbet af døgnet og årstiden.

Det betyder, at afdelingsledelsen skal have fokus på belægningsituationen og tilpasse personaleressourcerne herefter og justere på sengekapaciteten. Derudover forpligtes ledelserne sig til at forholde sig til, hvilke kvalitetsniveauer, der skal være, og tage stilling til, hvad der er den rigtige (minimums)kvalitet, så denne afgørelse ikke overlades til medarbejderne i dagligdagen.

Der skal udvikles belægningsrapporter, der passer til afdelingernes behov. Herunder en synliggørelse af de lokalt aftalte kritiske belægningsniveauer med f.eks. en grøn, gul og rød farvemarkering. Dagens højeste belægningsstime kan vises særskilt. Den endelige udformning skal aftales med den fælles regionale BI-enhed (Business Intelligence).

For at skabe en ensartet rapportering skal den belægningsprocent, der vises i Midt-EPJ også beregnes ud fra timedefinitionen.

3.2 Effektiv udnyttelse af ressourcerne

Sundhedsvæsenet er udfordret økonomisk. Der er derfor behov for vedvarende at have fokus på, hvordan ressourcerne udnyttes optimalt. På alle hospitaler foregår der en lang række initiativer, der har som formål at udnytte ressourcerne bedst muligt og sikre sammenhængende patientforløb, og der samarbejdes med kommunerne og de praktiserende læger.

Nedenfor præsenteres et udpluk af de kvalitets- og effektiviseringsværktøjer, der benyttes på de forskellige hospitaler. Der kan godt være tale om, at hospitalerne benytter flere af værktøjerne, selvom der kun er nævnt et eksempel for de fleste hospitalsenheder.

Real Time Demand Capacity

Hospitalsenheden Horsens har gjort sig nogle meget positive indledende erfaringer med RTDC. RTDC-projektet sker i samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Danske Regioner. Målet med RTDC er, at det er den rigtige patient, i den rigtige seng, på det rigtige afsnit, hos det rigtige behandlerteam.

Efter 2 måneders arbejde med RTCD er tendensen, at Hospitalsenheden Horsens udskriver patienterne tidligere på dagen. Derudover er der sket en holdningsændring fra, at patienterne blev omtalt som en bestemt afdelings ansvar til, at patienterne nu omtales som "vores patienter" og dermed er et fælles ansvar. Endelig fører overbelægningssituationer ikke længere til krisemøder og panikstemning, men bliver håndteret roligt og konstruktivt.

Alle fire regionshospitaler er nu en del af dette landsdækkende initiativ.

Se Faktaboks 1 for mere information om RTDC.

Patientinventering

På Aarhus Universitetshospital har en patientinventeringsrunde i 2011/2012 afsløret, at ud af 967 patienter burde 269 patienter have befundet sig på et andet opholdssted, et andet behandlingssted eller slet ikke have været indlagt.

Afledt af patientinventeringen i sengeafsnittene har Aarhus Universitetshospital identificeret en række udviklingspotentialer på center/afdelingsniveau, som hospitalet har opsummeret i et notat. Udviklingspotentialerne vedrører blandt andet nyt fælles syn på rettidigt tilsyn, tovholderfunktion for patienter med flere sygdomme, lige adgang til parakliniske undersøgelser, patienthotel i flere udgaver og fælles regler for behandling i hjemmet.

Waste-runder

I Hospitalsenheden Vest arbejder man blandt andet med "waste-konceptet" i ambulatorierne. Konceptet handler om at identificere u hensigtsmæssige arbejdsgange og flaskehalse, kaldet "waste" (spild), som kan frigøre ressourcer til kerneopgaverne. Værktøjet er tidligere benyttet på sengeafsnittene, og implementeres nu på ambulatorierne som en del af forberedelserne til udredningsrettens indførelse. Metoden går ud på, at man besøger sengeafsnit og ambulatorier og spørger ind til dagens patienter med henblik på, at dem der interviewes selv identificerer eventuelt spild, som de så efterfølgende kan arbejde med at eliminere.

Hospitalsvisitation

I Hospitalsenhed Midt visiteres samtlige akutte patienter i hospitalsvisitationen. Formålet med hospitalsvisitationen er at sikre, at henvendelser fra praktiserende læger, vagtlæger, akutlægebilen samt ambulancetjenesten vedrørende akutte patienter til indlæggelse henvises til den korrekte matrikel og afdeling. Dog kan der ved Regionshospitalet Silkeborg modtages akutte, visiterede, interne medicinske patienter efter direkte kontakt mellem visiterende læge og Diagnostisk Center. Hospitalsvisitationen har mulighed for at tilbyde akutte ambulante tider til patienter, der visiteres fra egen læge/vagtlæge frem for at patienten indlægges. Ikke mindst hos de praktiserende læger er der stor tilfredshed med ordningen.

"Harmonikahospitalet", timebelastning, konsolidering af fælles akutmodtagelse mv.

Regionshospitalet Randers arbejder inden for mange områder for at styre belægningsituationen. F.eks. har man arbejdet på at følge timebelastningen og udbrede tanken om "harmonikahospitalet" hvor sengekapaciteten er fleksibel, afviklet patientinventeringer, arbejdet med konsolidering af den fælles akutmodtagelse mv.

Faktaboks 1: RTDC

Real Time Demand Capacity er udviklet i USA, og går ud på at skabe overblik over det forventede antal indlæggelser og udskrivelser – ikke bare på dagsbasis, men time for time, alle ugens dage, året rundt. Dette mål forfølges gennem stor opmærksomhed på patientflowet og deling af viden om, hvornår patienter udskrives eller overflyttes mellem afdelinger. Som led i den nye indsats er det fremover patientens aktuelle situation, der bestemmer, hvornår patienten udskrives. Det betyder, at patienter fra de forskellige afdelinger vil blive udskrevet løbende hen over dagen og ikke kun i forbindelse med fastlagt stuegang.

Hver dag præcis kl. 9 mødes alle kliniske afsnit i Hospitalsenheden Horsens til et kvarters "huddle" (stående gruppemøde), hvor alle kliniske afsnit medbringer informationer om:

- antal patienter i normerede og buffersenge i hvert afsnit samt i akutafdelingen,
- forventede udskrivelser kl. 12, 14, 18,
- forventede overflytninger fra akutafdelingen til stamafsnit samt intensivt afsnit med oplysninger om patientkategori, plejetyngde og klokkeslæt.

For at understøtte RTDC er der udviklet en overbliksskærm (klinisk logistik) til koordinatoren, så denne kan se patientbelægningen på alle afsnit. Samarbejdet med Billeddiagnostisk Afdeling og Klinisk Biokemisk Afdeling er intensiveret, så billeddiagnostiske undersøgelser eller blodprøvesvar kan fremskyndes for at muliggøre tidligere udskrivelser. Derudover er der oprettet flere subakutte tider i ambulatorierne, og patienter, som indlægges i Akutafdelingen, vil efter den 1. oktober blive set af en akutlæge inden for 30 minutter.

Det tværsektorielle samarbejde er intensiveret ved at patienter tilbydes i/v behandling i eget hjem (prøvehandling med Horsens Kommune pr. 1. oktober), udgående akutteam fra Skanderborg Kommune begynder i oktober/november 2013, og der arbejdes på en bedre udnyttelse af akutpladserne i kommunerne i samarbejde med de praktiserende læger.

Næste skridt i hospitalets indsats bliver dels at ansætte en flowkoordinator pr. 1. oktober, som får ansvaret for at have det konstante overblik over hospitalsenhedens sengekapacitet sammenholdt med det forventede antal af indlæggelser og udskrivelser. Dels bliver det at involvere kommunernes forløbskoordinatorer og brobyggere.

Erfaringer fra amerikanske hospitaler peger på, at opgaverne afvikles mere sikkert og roligt og med højere patientsikkerhed til følge, når forudsigelser om antallet af ledige senge integreres i den daglige drift.

Yderligere oplysninger kan findes på:

<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Changes/RealTimeDemandCapacityManagement.aspx>

Erfaringer med de forskellige optimeringsværktøjer/metoder viser, at der ofte er uudnyttede potentialer for en konkret og målrettet ledelsesmæssig indsats, der sigter mod at undgå uhensigtsmæssige arbejdsgange og vaner omkring indlæggelser.

Dialogforum ser store perspektiver i RTDC og anbefaler, at der arbejdes målrettet videre med at udbrede brugen af værktøjet. Derudover anbefaler dialogforum, at der fortsat er fokus på udvikling af subakutte tilbud på hospitalerne, hvor hurtig udredning, behandling og pleje kan iværksættes.

4.0 Tværsektorielle perspektiver

Med strukturreformen blev der med kommunernes overtagelse af en række opgaver på sundhedsområdet sat et øget fokus på det tværsektorielle samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis. Sundhedsaftaler, forløbsprogrammer, kronikerprojekter og det lokale klyngesamarbejde har været rammen om det tværsektorielle samarbejde. Det tværsektorielle samarbejde har udviklet sig meget siden strukturreformen, og har, særligt de seneste par år, taget større skridt mod en reel ny opgavefordeling mellem primær og sekundær sektor - således som det var forudsat med strukturreformen.

Det er vurderingen, at der fortsat er store potentialer og øget kvalitet at hente i det tværsektorielle samarbejde, såvel organisatorisk, som fagligt og i forhold til patienternes tilfredshed. Dette arbejde skal de kommende år udfoldes yderligere - blandt andet gennem 3. generation af sundhedsaftaler. Det er derfor naturligt, at der også i forbindelse med dialogen om overbelægning har været drøftet tværsektorielle perspektiver.

I denne afrapportering peges der på nogle få - fokuserede - initiativer, der har dokumenteret, at de er velegnede som bidrag til at reducere uhensigtsmæssige genindlæggelser. Dermed kan de (på sigt) også bidrage til at aflaste belægningssituationen på hospitalerne

Vigtigheden af et velfungerende samarbejde på tværs af sektorer understreges også af det stigende fokus på at kunne levere sundhedstilbud af høj kvalitet tæt på borgerne. I de indgåede økonomaftaler for både regioner og kommuner er betydningen af samarbejdet mellem sundhedsvæsnets forskellige aktører fremhævet.

”Regeringen og regionerne ønsker et sundhedsvæsen, der hænger sammen. Et sundhedsvæsen hvor indsatsen tager udgangspunkt i patientens behov og ressourcer, herunder den gruppe af borgere, der i vidt omfang har kontakt til både almen praksis, sygehusene og den kommunale sektor, hvor samarbejdet mellem de forskellige sektorer er af afgørende betydning i forhold til at sikre gode, sammenhængende patientforløb”.

I økonomaftalen for kommunerne er der fokus på at der bl.a. afsættes ressourcer patientrettet forebyggelse og til patienter der typisk har behandlingsforløb på tværs af sektorer. Konkret er der fokus på, at der som en del af den patientrettede forebyggelse skal være færre uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser og færre forebyggelige genindlæggelser.

Der er således stor politisk bevågenheden på betydningen af det tværsektorielle samarbejde og effekterne af et velfungerende samarbejde mellem sundhedsvæsnets forskellige aktører.

Dialogforum har med tilfredshed noteret sig, at kommunerne har lavet en 4-punkts plan, som netop adresserer en række af de problemstillinger og initiativer, som dialogforum har haft fokus på i sin dialog om belægningssituationen.

De 4 fælles kommunale målsætninger

Som en del af arbejdet med at udvikle det nære sundhedsvæsen, arbejder kommunerne i Region Midtjylland på at nå frem til en fælles forpligtelse mellem kommunerne om, hvilke sundhedsydelser man leverer til borgerne, og hvad man kan forvente som samarbejdspart - herunder i særlig grad regionen, sygehusene og de praktiserende læger.

De 4 fælles målsætninger er:

- 1. Kommunerne skal medvirke til at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser.*
- 2. Alle kommuner skal have tilbud af høj kvalitet til kronisk syge.*
- 3. Alle kommuner skal implementere en fælles kvalitetsmodel for det tværfaglige samarbejde om komplekse genoptræningsopgaver.*
- 4. Alle kommuner skal arbejde med bedre sammenhænge indenfor voksenpsykiatrien.*

I Region Midtjylland er der som en del af det tværsektorielle samarbejde allerede stor fokus på at understøtte og udvikle gode, sammenhængende patientforløb. Som det fremgår af de fælles kommunale målsætninger er forebyggelse af u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser et helt centralt indsatsområde.

Konkret skal det ske ved, at alle kommuner gennem særlige indsatser sikrer tidlig opsporing og handling. Fælles kompetenceudvikling er en del af disse indsatser. Et andet tiltag er etablering af midlertidige kommunale døgnpladser. Målsætningen er, at der skal etableres døgnpladser, som har adgang til sygeplejefaglig kompetence døgnet rundt for borgere, der ellers er i risiko for at blive indlagt eller har behov for intensiv pleje efter indlæggelse. I dag har 17 ud af 19 kommuner allerede akut/subakutte pladser. Målsætningen er at formulere en grundlæggende standard for kvalitet, herunder eksempelvis sikring af samarbejde med almen praksis og sygehus, sygeplejedækning, evt. rehabilitering, tværfagligt personale mv.

Medlemmerne i dialogforum har været enige om, at det er vigtigt at fastholde en løbende dialog med kommunerne om betydningen af akutpladserne som et velfungerende tilbud til kommunens borgere, der indgår som en meget betydningsfuld del af det nære sundhedsvæsen.

Omkring brugen af akutpladser er der også mulighed for en løbende udvikling af samarbejdet. Ikke mindst hvordan akutpladserne bedst muligt kan understøtte et givet forløb. En mulighed kan på sigt være at anvende akutpladserne i kombination med akutte, ambulante forløb. Som beskrevet i afsnit 3.2 har hospitalsvisitationen i Hospitalsenhed Midt arbejdet med at tilbyde akutte, ambulante tider som et alternativ til en indlæggelse. Udvikling og etablering af sådanne forløb beror på et tæt samarbejde og dialog på tværs af sektorer.

Samtidig er det afgørende, at der er en gensidig faglig tillid til, at opgaven løses på kompetent vis, uanset hvem der står med det behandlingsmæssige ansvar. Det er i den sammenhæng også vigtigt, at der er fokus på og dialog om, hvilke tiltag der er nødvendige, for at de praktiserende læger finder det fagligt betryggende at udskrive patienter til kommunale akutpladser. Også efter kl. 16. og i weekenden, når det er en vagtlæge, der måske ikke har et specifikt kendskab til det kommunale akutplads-tilbud.

Opfølgende hjemmebesøg

Som et led i bestræbelserne på at understøtte gode patientforløb og forebygge genindlæggelser anbefales det, at der i samarbejde med kommuner og praktiserende læger arbejdes for at styrke indsatsen for at gennemføre opfølgende hjemmebesøg. I dag er opfølgende hjemmebesøg implementeret eller under implementering i hele Region Midtjylland. Der vurderes at være potentialer forbundet med at screene flere på hospitalerne, og at kommuner og praktiserende læger arbejder for, at flere borgere i målgruppen modtager opfølgende hjemmebesøg, og at de besøg der gennemføres finder sted senest 8 dage efter udskrivelsen.

Opfølgende hjemmebesøg er målrettet borgere på 78 år eller ældre i Region Midtjylland (Vestklyngen fra 65+), der udskrives efter indlæggelse fra udvalgte hospitalsafdelinger. Desuden skal patienterne opfylde en række fleksible kriterier, så det er de særligt sårbare ældre patienter, der udvælges.

Faktaboks 2: Opfølgende hjemmebesøg

Målgruppen for opfølgende hjemmebesøg	
Objektive kriterier	• Bosiddende i én af Region Midtjyllands kommuner • Udskrevet fra en af de udvalgte hospitalsafdelinger (medicinsk, ortopædkirurgiske eller kirurgiske afdeling – vest kun medicinsk) i Region Midtjylland • Alder 78 år eller derover
Helbredsmæssige kriterier:	• Stort funktionstab eller ændring i helbredsstatus i forhold til perioden før indlæggelsen • Kognitive problemer • Kronisk og alvorligt syg • Flere sygdomme • Indtag af seks eller flere medicinpræparater dagligt (polyfarmaci) og/eller havde fået foretaget væsentlige medicinændringer • Havde fået konstateret eller var under mistanke for demens
Organisatoriske kriterier:	• Patienter med mange genindlæggelser • Lang indlæggelsestid eller særlig kort indlæggelsestid • Mange aftaler, der skal koordineres
Sociale kriterier:	• Et spinkelt eller intet netværk • Belastninger i det nære sociale netværk • Vanskeligt ved at overskue eller koordinere egen tilværelse

Såfremt en borger under et indlæggelsesforløb opfylder kriterierne for at modtage et opfølgende hjemmebesøg, gives der besked til borgerens hjemkommune. Konkret betyder det, at hjemmesygeplejerske og borgerens praktiserende læge mødes hos den pågældende borger

inden for 8. dage efter udskrivelsen. Ved besøget foretages der en bred vurdering af borgerens situation. Desuden følges der systematisk op på hospitalets behandling i henhold til epi-krisen, borgerens ressourcer og begrænsninger samt behov for praktiske hjælpeforanstaltninger (det kan være hjemmehjælp, hjemmesygeplejerske, genoptræning, hjælpemidler og levering af mad). Desuden foretages der en gennemgang af medicin. Hvis det skønnes nødvendigt kan der gennemføres op til tre opfølgende hjemmebesøg hos den samme borger inden for de første to måneder efter udskrivelsen.

Effekterne af indsatsen er undersøgt i et triple aim projekt på patienter udvalgt til opfølgende hjemmebesøg i Herning og Ringkøbing-Skjern Kommune i 2012 (Interventionsgruppen N=248, Kontrolgruppen N=234).

Disse resultater er ganske bemærkelsesværdige, da genindlæggelsesfrekvensen inden for 30 dage reduceres med 20 procentpoint og overlevelsesraten forbedres med 12 procentpoint. Derudover er den gennemsnitlige regionale omkostning per patient billigere. Næste skridt er at belyse den kommunale udgift for at tegne det samlede billede.

Udgående geriatrike teams

En anden anbefaling, der også sigter mod at forebygge uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser og reducere overbelægning, er at udbrede brugen af udgående geriatrike teams. Udbredelsen vil skulle ske under hensyntagen til: 1) forskellige rekrutteringsmuligheder på tværs af regionen og dermed mulighed for forskellige sundhedsfaglig sammensætning af de enkelte teams, 2) udbredelsen vil kræve tid, 3) ressourcer og endelig 4) en løbende erfaringsopsamling på effekterne af de nuværende teams.

Når det anbefales at undersøge muligheden for at udbrede brugen af udgående geriatrike teams skal det ses i lyset af de positive erfaringer, der er opnået ved at arbejde målrettet med at tilpasse forløbet til den enkelte patient og patientens konkrete behov.

Data indikerer, at de udgående teams har en positiv effekt på dødeligheden blandt patienterne og på antallet af genindlæggelser. Desuden tyder det på, at den gennemsnitlige indlæggelsestid forkortes.

Geriatrisk afdeling på Aarhus Universitetshospital og Aarhus Kommune har igangsat et projekt om "shared care team" med udvidet åbningstid. Ordningen betyder, at det er muligt også at sende Geriatrisk Team ud til patienter udenfor dagtid alle ugens dage umiddelbart efter udskrivelsen og akut i normal åbningstid.

Alternativet vil være en indlæggelse i det akutte modtageafsnit eller en indlæggelsestid på gennemsnitlig 6 dage. Det forventes, at ordningen vil reducere genindlæggelser samt øge den patientoplevede kvalitet i patientforløbene.

Projektet bygger på et samarbejde mellem Geriatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital og Aarhus Kommune. Planen er at udvikle tilbuddet således, at Aarhus Kommune bliver gradvist mere involveret i opgaven, og der etableres et fælles udrykningsteam i aften og nattetimer inkl. på helligdage.

Kompetenceudvikling på tværs af sektorerne

En mulighed, som i allerede i dag anvendes i et vist omfang, er muligheden for kompetenceudvikling på tværs af sektorer eller "fælles skolebænk". Der udbydes allerede nu forskellige

uddannelsesstilbud, som sigter på at give deltagerne øgede kompetencer f.eks. i forhold til at forebygge (gen)indlæggelser eller arbejde med forløbskoordination.

Muligheden for at skabe en bedre fælles forståelse af de udfordringer og behov, der knytter sig til den enkelte sektor, vil med stor sandsynlighed kunne styrke det tværsektorielle samarbejde. Til gavn for den enkelte medarbejder og til gavn for den borger, der i kortere eller længere tid også indtager patientrollen.

Sammen med anbefalingen om kompetenceudviklingstiltag på tværs af sektorer (kommuner, praktiserende læger og regionen) lægges der op til dialog – og eventuelt nedsættelse af et dialogforum - mellem regionale klinikere, praktiserende læger og kommunerne om kompetencebehovene. Regionen vil derudover fortsat tilbyde hjælp til at gennemføre relevante uddannelses-/udviklingstiltag.

5.0 Beregninger af belægningsprocenten

Belægningsprocenten er et mål for den gennemsnitlige belægning på sengeafdelingerne. Den kan både opgøres for en kortere periode (f.eks. dag/time), og for en længere periode (f.eks. et år).

Dvs.

$$\frac{\text{Sengedage ydet i perioden}}{\text{Antal senge} * \text{antal dage i perioden}}$$

Dette forhold udtrykkes i procent.

Antallet af senge kan opgøres som normerede eller disponible antal senge. I opgørelsen af de disponible antal senge tages der hensyn til ferielukninger og andre midlertidige lukninger.

Antallet af sengedage kan beregnes på flere måder, og belægningsprocenten vil blive meget forskellig afhængig af metode. Beregningen kan foregå på timebasis, dagsbasis eller på et bestemt tidspunkt på dagen. Belægningsopgørelsen skal kunne sammenholdes med en opgørelse af antal unikke personnumre, for at man kan få et samlet billede af patientflowet og personalebelastningen.

Udover selve beregningsmetoden er der forskel på om opgørelsen er på stam- eller adresseafdeling. Alle patienter er knyttet til en stamafdeling, som har det lægelige ansvar for patienten. Det sker, at en patient rent fysisk ligger på en anden sengeafdeling end stamafdelingen. Et eksempel er overbelægningssituationer, hvor afdelingerne hjælper hinanden. Her er stamafdeling og opholdsafdeling ikke den samme. Man kan med andre ord både se på belægning ud fra hvem, der har det lægelige ansvar for patienten (stamafdeling), og ud fra hvem, der har plejeansvaret (adresseophold).

Dialogforum har i diskussionen af beregningsmetoder lagt vægt på, at det skal være muligt at indfange arbejdsbelastningen for både behandlings- og plejepersonalet. Yderligere skal der tages hensyn til, at det skal være muligt sammenligne beregninger på tværs af regionerne.

Dialogforum anbefaler, at belægningsprocenten opgøres på timebasis opgjort på adresseafdeling. Der vil dog stadig være brug for opgørelser på dagsbasis for både adresse- og stamafdeling. I **bilag 2** er de forskellige beregningsmetoder beskrevet.

6.0 Dialogforums proces, deltagere og henvisninger til materiale

Dialogforum har afholdt en række møder henover foråret og sommeren og afsluttede sit arbejde 10. september 2013.

Dialogforums sammensætning fremgår nedenfor:

Medarbejderside

Else Kayser, kredsformand, DSR, Kreds Midtjylland

Jette Ohlsen, FOA Århus, sektorformand

Helle Engelsen, Hospitalsenhed Midt, DSR, fællestillidsrepræsentant

Nethe Lunden, Aarhus Universitetshospital, 3F, fællestillidsrepræsentant

Mikkel Seneca, Aarhus Universitetshospital, YL, regionsformand

Jakob Lager, Aarhus Universitetshospital, YL, fællestillidsrepræsentant

Ledelsesside

Ole Thomsen, koncerndirektør

Anne Jastrup, koncerndirektør

Henning Vestergaard, hospitalsdirektør Hospitalsenheden Vest

Christian Møller-Nielsen, cheflæge Hospitalsenhed Midt

Vibeke Krøll, chefsygeplejerske Aarhus Universitetshospital

Dagsordener, referater og øvrigt materiale i forbindelse med dialogforums arbejde kan findes via følgende link: <http://www.rm.dk/via101785.html>.

7.0 Opfølgning

Der afrapporteres og følges op på arbejdet i dialogforum i henhold til nedenstående:

Status for dialogforums arbejde og foreløbige anbefalinger	Budgetseminar regionsrådet
Afreportering vedr. dialogforums anbefalinger	Strategisk Sund- hedsledelsesforum
Afreportering vedr. dialogforums anbefalinger	forretningsudvalget/ regionsrådet
Afreportering vedr. dialogforums anbefalinger	Regions-MEDudvalg Hospitalernes Hoved-MEDudvalg

Derudover lægges der op til opfølgning på de løbende dialogmøder, der foregår i ledelses-systemet.

Bilag

Bilag 1: Kommissorium for dialogforum vedr. overbelægning

Bilag 2: Notat vedr. beregning af belægningsprocenter

Bilag 3: Antal medicinske senge og akutafdelingssenge samt udvikling i indlæggelsestid