

Præambel for Generalplanen på Regionshospitalet Randers



Baggrund

Regionsrådets godkendte d. 27. april 2016 udarbejdelsen af et projektforslag for en generalplan på Regionshospitalets Randers. Generalplanen skal identificere behovet for udbygning og renovering af hospitalets ældre bygningsmasse efter ibrugtagningen af fase 2 af akutbyggeriet i efteråret 2016. Dette med henblik på at sikre hensigtsmæssige fremtidige arbejdsgange, velstrukturerede patientforløb, samt en sammenhængende og tidssvarende bygningsmasse.

Dato 21-12-2016

Anne Brøcker
Hans Peder Graversen
Lisa Banke Hansen

I forbindelse med Hospitalsudvalgets behandling af sagen blev det besluttet, at der skulle udarbejdes en præambel for Generalplansarbejdet. Præambelen skal redegøre for udviklingstendenser på hospitalsområdet. I de senere år har der været en tendens til, at patienter i mindre grad end tidligere har ophold på hospitalerne. Denne tendens ønskes belyst i relation til dimensioneringen af Regionshospitalet Randers.

Side 1

I det følgende gives en overordnet beskrivelse af udviklingstendenserne på hospitalsområdet.

Overordnede udviklingstendenser på sundhedsområdet med betydning for hospitalsplanlægningen fremadrettet

Gennem flere årtier har vi set en tendens til reduceret liggetid, når patienter indlægges på hospital. Flere forhold kan medvirke til at forklare de kortere indlæggelser. Væsentligt har det været, at den faste tro på, at et længere hospitalsophold i sig selv var befordrende for helbredet blev afløst af en anden holdning blandt læger, plejepersonale og efterhånden befolkningen. Holdningen, som er underbygget af evidens, siger at hospitalsbehandling udelukkende skal benyttes, når det er nødvendigt for at gennemføre relevant diagnostisk undersøgelse og iværksætte eller gennemføre behandling af påvist sygdom. Længere indlæggelse på hospitalet øger ikke i sig selv muligheden for behandlingssucces, i mange tilfælde derimod øger forekomsten af infektioner, komplikationer og patientskader med indlæggelsens længde. Derudover kan i forvejen svagt fungerende, navnlig ældre borgere miste selvopholdelsesdriften ved længere hospitalsophold, hvilket er endnu en medvirkende årsag til at hospitalsophold er blevet af kortest mulig varighed.

Parallelt med denne holdningsmæssige forkortelse af hospitalsindlæggelserne er foregået en målbevidst effektivisering af arbejdet, ikke mindst af samarbejdet på

hospitalet. Behandlingsforløbene har i dag karakter af samarbejdsprojekter og der koordineres og accelereres på samtlige arbejdsprocedurer, hvilket yderligere medvirker til at en komplet hospitalsbehandling kan gennemføres hurtigere.

Spørgsmålet er, om der fremadrettet kan forventes yderligere effektivisering med endnu kortere indlæggelsesforløb til følge? Meget kan tyde på, at svaret skal være bekræftende, idet der endnu er behandlingsforløb og indlæggelser at effektivisere. Derudover bør muligheden for innovation af disruptiv karakter tages med i overvejelserne (disruptiv angiver introduktion af nye metoder, der medfører stor forandring og nødvendiggør et stop for hidtidig behandlingspraksis og organisation). Endelig vil en styrkelse af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen kunne medføre endog markante ændringer over tid i forhold til, hvordan ældrebefolkningen og især kronisk syge patienter modtager sundhedsydelse. Den ventede styrkelse af det nære sundhedsvæsen vil naturligvis også involvere hospitalet og nettoeffekten på hospitalsforbruget af den kommende udvikling er vanskelig at vurdere på nuværende tidspunkt.

Civilsamfundet har udviklet sig og der er mange kompetencer og beredvillighed at hente i patienternes nære omgivelser. Digitalisering og IT-brug giver enhver mulighed for at følge op på et sundhedstema eller skaffe informationer om sygdom og behandling via internettet og de mange hjemmesider. Boligstandarder er også blevet markant forbedret, hvilket tilsammen medvirker til en tendens til at ønske og forvente behandling i hjemmet og muliggørelse af at kunne foretage selvstyring af kontrolforløbene. Sundhedsvæsenet har boostet denne tendens ved at introducere forskellige telemedicinske indsatsmuligheder, som i dag f.eks. gælder psykiatri, obstetrik, lunge- og hudsygdom. På nuværende tidspunkt er håndteringen af telemedicin imidlertid et "add-on" i forhold til den traditionelle håndtering af de pågældende sygdomme, hvilket ikke skal være nødvendigt på sigt.

Hospitalsfunktionen indgår som bekendt i samspillet mellem sektorerne, hvor kommunens sundheds- og plejeområde, børneområde og arbejdsmarkedsområde har snitflader og regulerede opgavefællesskaber med hospitalet og den primære sektors øvrige aktører, navnlig de praktiserende læger. Der foregår aktuelt et udvalgsarbejde på landsplan med hensyn til det nære sundhedsvæsens kommende udvikling og betydning. I forvejen har den regionale sundhedsplan og sundhedsaftalen igangsat vigtige udviklingsinitiativer på det nære sundhedsområde. En strategi for den regionale udvikling på området er vedtaget i regionsrådet i december 2016. I de kommende år vil det vise sig, om hospitalsfunktionen ændres som et resultat af udviklingen i det samlede sundhedsvæsen.

Aldersprofilen i befolkningen er under forandring, idet der sker en markant stigning i ældrebefolkningen og de ældstes gruppe. Samtidig ses ingen stigning i den arbejdsføre gruppe. Betydningen af denne udvikling bliver mærkbar for hele sundhedsvæsenet, måske navnlig for hospitalet, hvor der skal diagnosticeres og behandles et større antal alderskorrelerede sygdomme (fx hjertekarsygdom, lungesygdom, apopleksi, kræft, demens og alvorlige infektioner). Et forventet

stigende antal kronisk syge og multisyge borgere kan forventes at få deres opfølgning varetaget i primærsektoren og ved hjælp af telemedicinsk kobling til specialklinik på hospitalet.

I det følgende beskrives i kortfattet form nogle af de lokale, regionale og nationale bestræbelser, for at imødekomme de kommende behov på bedst mulig måde, herunder nævnes de gældende målsætninger og rammerne for arbejdet.

Konkrete initiativer sigter mod/forventes at medføre færre indlæggelsesdage

Sikkert Patientflow

I projekt Sikkert Patientflow, der er den danske oversættelse af det amerikanske begreb Real Time Demand Capacity, arbejder alle fem akuthospitaler i Region Midtjylland med at skabe de bedst mulige patientforløb, med minimal ventetid på diagnostik og behandling. Dette sker ved, at personalet på tværs i hele hospitalet arbejder systematisk med velafprøvede redskaber til at planlægge og forudsige antallet af indlæggelser og skrivelser, og udnytte eksisterende sengekapacitet bedst muligt.

Redskaberne er blandt andet daglige tavlemøder på afdelingerne og kapacitetskonferencer på sygehusniveau. Her ser personalet på tværs af afdelinger i fællesskab på, hvilke patienter man har, og hvilken udvikling der kan forventes over dagen. Målet med tavlemøderne og kapacitetskonferencerne er således at skabe overblik over forløb for den enkelte patient og fjerne flaskehalse for flowet videre ud i sygehuset. Det er en ambition med projektet, at man også anvender historiske data om indlæggelser og udskrivelser i det daglige arbejde med kapacitetskonferencerne.

I projektet arbejdes der også udover kapacitetskonferencerne systematisk med analyser af patientforløb og flaskehalse. For at afhjælpe de problemstillinger, som identificeres lokalt, arbejdes med prøvehandlinger, hvor man i et kortvarigt set-up kan lave forsøg med ændrede arbejdsgange, nye aftaler m.v. Som et konkret eksempel kan nævnes at man i Horsens i et døgn forsøgte sig med at udstyre patienter, der var klar til overflytning fra Akutafdeling til anden afdeling med en rød seddel, som blev placeret synligt på patientens seng. Erfaringen var, at dette førte til, at patienterne hurtigere blev flyttet til den relevante afdeling.

På alle de medvirkende hospitaler er man i gang med tavlemøder og kapacitetskonferencer, og har lavet lokale målsætninger for projektet. Alle hospitaler deltager også i fælles læringsseminarer og øvrige vidensudvekslingsaktiviteter med de andre medvirkende hospitaler. For 2016 og 2017 har hospitalerne i regionen også vedtaget et fælles indsatsområde, nemlig fokus på at sikre, at patienter, der har været indlagt 48 timer eller mere, udskrives tidligere på dagen – konkret inden klokken tolv. Formålet med dette er at man på den måde kan skabe plads til de patienter, der kommer ind i løbet af dagen.

Der er også gode erfaringer med samarbejde med Præhospitalet om kommunikation og tilrettelæggelse af udskrivelse af patienter så unødigt ventetid undgås. Samlet set bidrager projekt Sikkert Patient Flow til mere komprimerede patientforløb, og bedre kapacitetsudnyttelse – samtidig med, der er stor fokus på patientsikkerhed i forløbet. Mere effektive patientforløb må forventes at bidrage til tendensen om kortere indlæggelsestid for den enkelte patient – og dermed til mindre pres på sengene.

Fokus på nedbringelse af overbelægning

Der er både regionalt og nationalt stor fokus på nedbringelse af overbelægning. Hospitalerne arbejder derfor systematisk med dette. Udover Sikkert Patientflow nævner hospitalerne en lang række indsatsområder, der også sigter på nedbringelse af overbelægning. En stor del af de påtænkte initiativer vedrører mulighederne for bedre patientforløb internt på akuthospitalet. Dette gælder f.eks. planer om at tilføre kardiologiske ressourcer til understøttelse af udredningsprocesserne i akutafdelingen, og yderligere brug af terapeutressource i forbindelse med de akutte patientforløb. Der er også initiativer, som sigter mod omlægning fra indlæggelse til ambulante besøg. Endelig retter en del initiativer sig mod tættere samarbejde med kommunerne, og øget understøttelse af mulighederne for at patienter kan blive hjemme, eller udskrives tidligere. Nedenfor er en række initiativer udeover Sikkert Patientflow oplistet i oversigtsform:

- Speciallæger og specialfunktioner i akutafdelingerne: f.eks. kardiologisk tilstedeværelse i akutafdelingen, farmakonom i akutafdelingen
- Yderligere inddragelse af terapifunktionen under indlæggelsen
- Øget kapacitet (lægefaglige ressourcer vedr. lungemedicin, kardiologi, geriatri)
- Øgede personaleressourcer på spidsbelastningstidspunkter (der bemannes efter patienternes indlæggelsesmønstre – mest personale når der er flest patienter)
- Forsøg med udskrivelsesmiljø på medicinsk afdeling der skal medvirke til at skabe ledige senge og dermed større flow ind i afdelingen fra akutafdelingen.
- Omlægning af patientforløb (Daghospital, medicinsk afdeling, og Akut ambulatorium).
- Tværsektorielle tiltag (Permanentgørelse af Call Center, Visitation (pilotprojekt med klyngekommunerne, hvor kommunernes akutsygeplejersker/hjemmesygeplejersker tilbyder hjælp til almen praksis med at tilse ældre medicinske patienter i hjemmet inden den første kontakt til hospitalet), indlæggelse i eget hjem, tidlig udskrivelse)
- Etablering af udkørende geriatrisk team, og forsøg med telemedicinsk understøttelse af plejepersonale
- Løbende initiativer til udvikling af redskaber, der giver bedre overblik over personaleressourcer, belægning og patientforløb

Forventet effekt: Hurtigere udredning af patienterne, hurtigere klargøring og afslutning af patienter med henblik på udskrivning. Flere patienter ses i eget

hjem, og færre patienter derfor ender med indlæggelse på hospitalets Akutafdeling eller Medicinske afdeling. Aflastning af belastede afdelinger. Højere kvalitet i patientbehandling og øget patienttilfredshed.

Telemedicin

Der har i de senere år været en betydelig udvidelse i brugen af telemedicin. Begrebet telemedicin dækker over forskellige typer digitalt understøttede sundhedsydelse. Ved hjælp af borgeres oplysninger om eget helbred, via video, billeder, spørgeskemaer og måleresultater som f.eks. blodtryk, vægt, glukosetal og iltmætning i blodet, kan medarbejdere i sundhedsvæsenet følge, diagnosticere, behandle og rådgive om sygdomme hos borgere, mens de opholder sig i deres eget hjem. Telemedicin kan også anvendes til understøttelse af det tværsektorielle samarbejde, f.eks. i forbindelse med kommunikation mellem fagpersonale, både direkte fra borgerens hjem, og fra arbejdsplads til arbejdsplads.

Behandling i eget hjem

Der er et fælles fokus på Regionens hospitaler om, at flere patienter skal behandles i hjemmet. Dette indebærer blandt andet brugen af udgående og opfølgende funktioner som f.eks. geriatriske teams og KOL-sygeplejersker, samt understøttelse af kommunale indsatser, herunder IV-behandling eller afrusning i eget hjem. Også forebyggende indsatser varetages i eget hjem. Behandling i eget hjem kan også bruges til at nedbringe antallet af genindlæggelser.

Udvikling indenfor det kirurgiske område

På det kirurgiske område er der sket en betydelig effektivisering. Et eksempel er sammedagskirurgi som betyder, at patienten på samme dag kommer til forundersøgelse, opereres, ligger til opvågning og hvile på samme afdeling.

Konvertering af indlæggelser til dagbesøg

Der er ligeledes på hospitalerne en tendens til at der arbejdes med at konvertere indlæggelser til dagbesøg. F.eks. er der på Hospitalsenhed Horsens etableret en akut dagklinik, hvor formålet er at omlægge flere af korttids-indlæggelserne til dagsforløb.

Fleksible indlæggelser

Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg, har fra uge 44 2015 startet et forskningsprojekt, der skal afdække, om det i forbindelse med kendte patienter, der oplever akut opblussen eller tilstand relateret til behandling af udvalgte, kendte kroniske sygdomme, kan være en fordel for patienterne, at de og deres pårørende kan komme i direkte kontakt med deres specialafdeling - herunder om patienterne ved behov kan indlægges direkte på specialafdeling. Projektet vedrører således ikke patienter, der er uafklarede, eller har deres første kontakt med hospitalsvæsenet i forbindelse med akut opstået sygdom. Formålet med projektet er at sikre tryk for borgerne, og let adgang til specialiseret råd og vejledning, samt smidig adgang til hospitalsindlæggelse i forbindelse med kendt sygdom og kendte forløb. Projektet er udviklet i forbindelse med Regionshospital Silkeborgs rolle som udviklingshospital i Region Midtjylland. Det er den

umiddelbare forventning, at patienternes lettere adgang til kendt hospitalspersonale vil medvirke til færre genindlæggelser.

Akutstole/kortere forløb/færre indlæggelser

I forbindelse med etablering af akutafdelingerne, arbejdes der flere steder med forventningsafstemning hos praktiserende læger og patienter. Ambitionen er at øge forståelsen for, at man ikke henvises til indlæggelse på hospitalet, men til afklaring på specialiseret niveau, og iværksættelse af en konkret opfølgende plan – der sommetider, men ikke altid, indebærer indlæggelse. Denne tilgang understøttes også af, at man flere steder har suppleret egentlig senge/undersøgelseslejer med akutstole, hvor patienten, afhængig af symptomer og almen tilstand, kan få gennemført indledende undersøgelser. Formålet er at forebygge, at patienter, der faktisk ikke har et indlæggelsesbehov, overhovedet kommer i en seng. Samtidig arbejder akutafdelingerne målrettet på hurtig afklaring og behandling af patienterne, idet der er en forventning om, at mange patienter kan udskrives direkte fra akutafdelingen uden at skulle indlægges på den øvrige del af hospitalet.

Ny kvalitetsdagsorden

De nationale mål og indikatorer vedrørende bedre kvalitet, sammenhæng og geografisk lighed i sundhed kommer til at fylde på dagsordenen i både regioner og kommuner de kommende år. Indsats i forhold til en række af indikatorerne må forventes at få indflydelse på indlæggelsesmønstrene på hospitalerne. Det gælder indikatorer som region og hospitaler alene har indflydelse på, som f.eks. opfyldelse af kvalitetsmål i de kliniske databaser, sygehuserhvervede infektioner. Det gælder indikatorer, der påvirkes af et samspil mellem region, almen praksis og kommuner, som f.eks. akutte indlæggelser per KOL/Diabetespatient, akutte genindlæggelser inden 30 dage, liggetid per indlæggelse . Og det gælder indikatorer som primært påvirkes af almen praksis og kommunerne, som f.eks. somatiske behandlingsdage på sygehuse, antal daglig rygere i befolkningen og ventetid til genoptræning.

Da målene er fælles, må det forventes at der uanset sektoransvar vil være øget fokus og styrket indsats på ovennævnte områder. Og forbedrede resultater på indikatorerne peger for langt de fleste vedkommende i retning af en mindre belastning på hospitalssengene.

Konkrete initiativer der forventes at kunne medføre flere indlæggelsesdage

Samtidig er der dog også forhold, der peger i modsat retning, eller som skal tages i betragtning, når fremtidens hospitaler dimensioneres, f.eks.:

Psykiatriske patienter gennem akutafdelingerne

I forbindelse med Psykiatriplanen er det besluttet, at modtagelse af alle akut syge patienter, uanset om de har psykiske eller somatiske symptomer, samles i akutafdelingerne på regionens fem akuthospitaler. Målet er, at alle akut syge

patienter i højere grad skal have mulighed for at møde rutinerede eksperter i både psykiatriske og somatiske sygdomme.

Fra 1. oktober 2015 er patienter med akutte psykiatriske symptomer modtaget gennem akutafdelingen i Randers på lige fod med patienter med akutte somatiske symptomer. Forventningen var, at man gennem modtagelse i akutafdelingen ville identificere og få påbegyndt behandling af flere somatiske tilstande hos de psykiatriske patienter. Samtidig var ambitionen, at et tættere samarbejde mellem somatik og psykiatri i akutmodtagelsen skulle føre til, at også patienter der indlægges med somatiske symptomer som hovedårsag, men som også har psykiatriske problemstillinger, skulle få bedre behandling af deres samlede sundhedsudfordringer.

Projektet følges forskningsmæssigt, men der foreligger endnu ikke endelig resultater. En forsigtig foreløbig antagelse er dog, at indlæggelse via akutafdelingerne måske fører til, at det samlede indlæggelsesforløb bliver længere, idet modtagelse og tjek i somatisk regi forlænger det samlede forløb. Hvis samme tendens bliver aktuel på de øvrige akuthospitaler, kan dette påvirke det samlede sengeforbrug i stigende retning.

Flere patienter som henvises til indlæggelse alene på baggrund telefonkonsultation?

Tal fra Hospitalsenhed Midt viser, at den eneste gruppe af patienter, der har stigende indlæggelsestendens er ældre patienter, som har kort (under fire timer) indlæggelsestid. En hypotese omkring dette kunne være, at stigende arbejdspress hos de praktiserende læger, kombineret med let adgang til akutafdelingerne, har medført en øget tendens til at indlægge bekymrede patienter akut på baggrund af en telefonkonsultation alene. Der kan også være andre faktorer som har betydning for indlæggelsesmønstret for de 65+ årige. Området er sparsomt belyst, og eventuelle konklusioner på denne tendens bør snarere være at der er behov for yderligere undersøgelse behov, end konkrete interventioner eller konklusioner på nuværende tidspunkt.

Efterspørgsel efter nye ydelser

Hospitalsenhed Midt (kilde indsættes) nævner, at den kapacitet, der frigives bruges til at behandle andre patienter, idet der er konstant efterspørgsel efter nye ydelser. Som eksempel kan nævnes patienter, der falder ind under udredningsretten.

Epidemier

Risiko for at der opstår epidemier lægger en begrænsning på, hvor meget de fysiske rammer på hospitalerne kan reduceres, idet der fortsat skal være mulighed for at håndtere situationer, hvor mange bliver syge på samme tid.

Konklusion

Der er pt. en række udviklingstendenser der går i retning af, at der flyttes aktivitet ud af hospitalerne. Der findes på nuværende tidspunkt ikke data, der belyser præcist hvor meget aktivitet, det drejer sig om. Samtidig er der også

tendenser der peger i modsat retning – f.eks. at der kan være en tendens til at kapacitet der frigives bruges til at behandle andre patienter, idet der er konstant efterspørgsel efter nye ydelser.

Regionshospitalet Randers følger ekspertpanelets forudsætninger, som er gældende fra 2007-2020. Ekspertpanelets forudsætninger prøvede, som ovenfor illustreret at tage højde for nogle af de udviklingstendenser vi nu ser; herunder det styrkede præhospitale beredskab, og indsatsen i primærsektoren. Da der ikke for nuværende findes præcise opgørelser over udviklingernes betydning, er det administrationens anbefaling, at Regionshospitalet som planlagt fastholder at dimensionere efter de i generalplanen anvendte forudsætninger.