



15-05-2006

Sag nr. 06/329

Dokumentnr. 29977/06

*Debatoplæg***Fremtidig organisering af det interne medicinske område****Resume**

Regionernes ambition er at skabe et sundhedsvæsen, som er internationalt i front. Med dette debatoplæg sættes der fokus på den fremtidige organisering af det interne medicinske område, som er et af de største behandlingsområder i sygehusvæsenet. Målet er at fremtidssikre kvaliteten, så den medicinske patient modtager behandling og pleje af høj faglig kvalitet i et sammenhængende og smidigt forløb.

Danske Regioners oplæg til den fremtidige indretning af det interne medicinske område bygger på følgende indsatsområder:

Styrkelse af kvaliteten

Kvaliteten i behandlingen af de medicinske patienter skal styrkes. Derfor skal den akutte medicinske funktion og behandlingen af de mest almindelige medicinske sygdomme med tiden koncentreres på omkring 25 sygehuse. Det skal sikre, at de nødvendige specialister er til rådighed, og at specialisterne kan opretholde den nødvendige rutine.

Antallet af akutte indlæggelser skal nedbringes gennem en koordineret sundhedsfaglig indsats i tide. Desuden skal de medicinske patienter have adgang til kompetent pleje og behandling – også når der bliver længere til nærmeste sygehus. Der skal derfor ske en fortsat udvikling af lokale tilbud, som ambulatorier, daghospitaler og behandlingscentre, hvor de medicinske patienter i planlagte forløb kan gå til kontrol, få foretaget forundersøgelser og en række elektive behandlinger.

Specialister til rådighed døgnet rundt

For at sikre en høj kvalitet i behandlingen skal der være let og hurtig adgang til den nødvendige faglige ekspertise døgnet rundt. Det betyder, at såvel de intern medicinske funktioner som relevante støttefunktioner, f.eks. røntgenafdelinger, skal have adgang til specialiserede kompetencer ud over almindelig arbejdstid.

Bedre visitation

Visitationen af de akutte medicinske patienter skal forbedres. Derfor skal speciallægerne tage større del i vagtarbejdet uden for almindelig arbejdstid. Med flere speciallæger i vagt vil det være muligt at foretage hurtig visitation, så patienten uden forsinkelse kan påbegynde den relevante behandling – også når patienten modtages akut uden for almindelig arbejdstid. Flere speciallæger i vagtperioden vil desuden medvirke til, at det kun er patienter, som har behov for sygehusbehandling, der indlægges.

Bedre sammenhæng i patientforløbene

Arbejdstilrettelæggelsen på sygehusene skal være målrettet og patientfokuseret. Der skal fastlægges retningslinier og standarder for faglig og organisatorisk kvalitet, som skal være med til at sikre, at de medicinske patienter modtager den til enhver tid bedste behandling og pleje.

Styrkelse af det faglige miljø

Med flere speciallæger i ”vagtteamet” vil uddannelsen og det faglige miljø på de medicinske afdelinger blive styrket. Det vil forbedre de yngre lægers mulighed for at lære af de erfarne speciallæger i det intensive akutte arbejde uden for almindelig arbejdstid og vil også medføre gode muligheder for aflastning i meget travle perioder.

Bedre samarbejde på tværs af sektorer

Mange medicinske patientforløb varetages i et samspil mellem sygehus, praktiserende læge og kommunale tilbud. Samarbejdet mellem sektorer og aktører skal optimeres, så der ikke opstår brud i sammenhængen når ansvaret for behandlingen ”skifter hænder” og med henblik på at sikre en effektiv arbejdsdeling på tværs i sundhedsvæsenet.

Forandring tager tid

Omlægningen af det intern medicinske område, med en samling af de akutte og mest almindelige behandlingsopgaver, kan ikke gennemføres fra den ene dag til den anden. Omlægningen må foregå som en gradvis proces, der

gør det muligt at opretholde den nødvendige medicinske sengekapa-
citet og udvikle lokale ambulante tilbud.

Side 3

Indledning

Organiseringen af det medicinske område er på linie med andre af sygehus-
væsenets opgaver til debat i lyset af regionsdannelsen.

Den grundlæggende målsætning i arbejdet med den fremtidige organisering
af området er, at de medicinske patienter ved modtagelsen på sygehuset og i
det videre forløb modtager behandling og pleje af høj faglig kvalitet, at den
rigtige behandling skal iværksættes så hurtigt som muligt, og at det samlede
forløb skal tilrettelægges med fokus på sammenhæng og kontinuitet. Orga-
niseringen skal desuden understøtte en hensigtsmæssig anvendelse af de
personalemæssige og økonomiske ressourcer, udviklingen af stærke faglige
miljøer og en hensigtsmæssig arbejdsdeling og opgavevaretagelse på tværs
i sundhedsvæsenet.

I arbejdet med den fremtidige organisering af det intern medicinske områ-
der er der derfor behov for konkret at se på den overordnede organisering af
området, arbejdstilrettelæggelsen på sygehusene og samarbejdet mellem de
involverede sektorer. Ambitionen om at styrke og fremtidssikre den faglige
kvalitet og den sammenhængende indsats for patienterne betyder, at opga-
verne og funktionerne på det intern medicinske område over de kommende
år skal samles på færre sygehuse, der generelt vil have større befolknings-
underlag end vi kender det i dag. Der skal samtidig arbejdes målrettet med
at udvikle arbejdstilrettelæggelsen på sygehusene og samarbejdet mellem
sygehus, praktiserende læger og kommunale tilbud med det formål at sikre
en smidig og sammenhængende indsats på tværs.

Det er ikke hensigten at pege på én ufravigelig model for tilrettelæggelsen
af det medicinske område i regionerne. Forhold som geografi, tilgængelig-
hed, bygningsmæssige rammer, knaphed på speciallæger m.v. vil spille ind,
når områdets organisering skal fastlægges over de kommende år. Desuden
er det vigtigt at understrege, at en omfattende samling af funktionerne vil
medføre ganske betydelige ændringer i den aktuelle struktur på det medi-
cinske område, bl.a. i forhold til antallet og den geografiske spredning af
funktioner, og har derfor et tidsperspektiv, som rækker ud over det helt kor-
te sigt.

Dette oplæg skal bidrage til at etablere et fælles udgangspunkt og fælles sigtepunkter for regionernes arbejde med organiseringen af det medicinske område. Oplægget er udarbejdet i samarbejde med Dansk Selskab for Intern Medicin og en baggrundsgruppe med udvalgte ressourcepersoner fra de kommende regioner.

Status

Udviklingen på det intern medicinske område har betydet, at den intern medicinske funktion i stigende grad varetages af relativt store driftsenheder bestående af brede intern medicinske afdelinger, som kan have sengeafsnit inden for de forskellige intern medicinske specialer.

Den typiske intern medicinske patient er en akut patient, som modtages med flere ofte uspecifikke symptomer, f.eks. ”ondt i maven”, og som efter udredning og eventuelt indledende behandling enten kan udskrives til eget hjem eller visiteres til specialespecifik medicinsk behandling. Hovedparten af de medicinske patienter, som indlægges på sygehus, kan færdigbehandles på ”basisniveauet”.

Der er blandt de medicinske patienter en stor andel af ældre patienter samt patienter med kroniske sygdomme. Der er samtidig en tendens til, at stadig flere medicinske patienter har flere forskellige lidelser, når de indlægges. I relation til de kroniske medicinske patienter er der i stigende grad fokus på behovet for at kunne sætte ind med planlagte behandlingstilbud på et så tidligt tidspunkt, at man undgår situationer, hvor det er nødvendigt at indlægge akut.

Der findes på det intern medicinske område en betydelig elektiv aktivitet med specialespecifikke patienter. Udviklingen går i retning af, at ambulante funktioner, det vil sige daghospitaler m.v., i stigende omfang overtager opgaver, som har været varetaget på sengeafsnit, altså under indlæggelse.

En aktuel opgørelse viser, at der på landsplan er 53 funktioner med akut modtagelse af medicinske patienter. Dertil kommer et antal funktioner med sengeafsnit eller ambulante virksomheder, som udelukkende har elektive opgaver.

Det er afgørende, at den fælles brede intern medicinske kompetence på tværs af de 9 intern medicinske specialer fastholdes både formelt i uddan-

nelsessammenhæng og i sygehusenes måde at organisere arbejdet med de medicinske patienter på. Med reformen af speciallægeuddannelsen i forlængelse af Speciallægekommissionens betænkning fra 2000 er grenspe-
cialebegrebet afskaffet. Det indebærer på det medicinske område, at grund-
specialet intern medicin og tilhørende grenspecialer er konverteret til 9 in-
tern medicinske specialer.¹ I reformen indgår også, at kommende special-
læger i alle intern medicinske specialer gennemgår en bred intern medi-
cinsk fællesuddannelse. Det indebærer, at alle speciallæger på det intern
medicinske område skal kunne varetage både den brede, tværgående akutte
intern medicinske funktion og de mere specialiserede funktioner inden for
de respektive intern medicinske specialers områder.

De nævnte udviklingstræk og karakteristika indgår som delelementer i det
grundlag, som danner afsæt for diskussionen af, hvordan opgaveløsningen
på det intern medicinske område mest hensigtsmæssigt skal tilrettelægges
fremover.

Den overordnede organisering af det intern medicinske områder

Den intern medicinske hovedfunktion som bærende element

Ambitionen om at fremtidssikre kvaliteten i behandlingen af de medicinske
patienter betyder, at der over de kommende år er behov for at samle opga-
ver og funktioner på det medicinske område.

Omdrejningspunktet for den fremtidige organisering af det intern medicin-
ske område, er den akutte modtagelse af medicinske patienter. En stor del
af de medicinske patienter modtages akut, uden at der på forhånd er foreta-
get en visitering til en bestemt type medicinsk behandling. Dertil kommer,
at stadig flere patienter fejler flere forskellige ting, når de indlægges akut.
Derfor kræves der ofte et samarbejde mellem flere forskellige specialister,
når en medicinsk patient skal behandles. For at sikre at de nødvendige spe-

¹ Det drejer sig om specialerne intern medicin: endokrinologi (hormonsyg-
domme), intern medicin: gastroenterologi og hepatologi (mave- tarm- og
leversygdomme), intern medicin: geriatri (alderdommens sygdomme), in-
tern medicin: hæmatologi (blodsygdomme), intern medicin: infektionsme-
dicin, intern medicin: kardiologi (hjerte- og kredsløbssygdomme), intern
medicin: lungesygdomme, intern medicin: nefrologi (nyresygdomme), og
intern medicin: reumatologi (gigtsygdomme).

cialister er til rådighed og for at sikre specialisterne den nødvendige rutine, bliver det nødvendigt at samle den akutte medicinske funktion på færre sygehuse end i dag.

En samling af akutmodtagelserne vil desuden understøtte smidige og sammenhængende patientforløb med korrekt visitering og hurtig iværksættelse af den rigtige behandling. Man vil i vid udstrækning undgå, at patienter skal transporteres over længere afstande mellem geografisk adskilte enheder, fordi den nødvendige kompetence ikke er til rådighed lokalt. En samling kan desuden være med til at sikre en hensigtsmæssig anvendelse af de personalemæssige ressourcer, så patienterne er sikret let og hurtig adgang til de nødvendige faglige specialister i alle døgnets timer.

Den akutte modtagelse af medicinske patienter skal være en fælles funktion for de intern medicinske specialer – det vil sige, at specialerne har et fælles ansvar for bemanning af den akutte funktion i alle døgnets timer. Det betyder ikke, at den akutte funktion døgnet rundt skal være bemanded med speciallæger fra samtlige intern medicinske specialer. Den brede intern medicinske fællesuddannelse gør netop, at alle speciallæger på det intern medicinske område skal kunne varetage modtagelse og visitation af akutte uselekterede medicinske patienter. Det afgørende er, at der døgnet rundt skal være hurtig adgang til den nødvendige faglige ekspertise.

Den akutte medicinske funktion skal være en del af store regionale sygehuse, der har en bred vifte af specialer og kan varetage behandlingen af de mest almindelige sygdomme. Det er afgørende, at modtagelsen af medicinske patienter fremover indgår som det grundlæggende element i den medicinske hovedfunktion. Den medicinske hovedfunktion skal være det bærende element i den fremtidige organisering af det intern medicinske område og er her defineret som en sygehusenhed, der samler den akutte medicinske funktion og behandlingen af de mest almindelige medicinske sygdomme.

Den medicinske hovedfunktion skal kunne modtage og færdigbehandle omkring 90 pct. af de akut indlagte medicinske patienter. Behandlingen af denne brede gruppe af intern medicinske patienter varetages typisk i et samarbejde mellem flere specialer. Det kræver, at der på sygehuse der varetager den medicinske hovedfunktion er funktion inden for et bredt udsnit af de intern medicinske specialer. Der skal således være funktion i lungemedicin, kardiologi, endokrinologi, gastroenterologi, reumatologi og geriatri. Organiseringen af funktionerne i reumatologi og geriatri kan evt. fastlægges i lyset af, hvordan samspillet med øvrige specialer og praksissektoren er

tilrettelagt. Funktionerne i infektionsmedicin, hæmatologi og nefrologi skal tilrettelægges, så funktionerne er let tilgængelige for den intern medicinske hovedfunktion.

I de fleste medicinske patientforløb er der et tæt samarbejde med en række andre specialeområder og støttefunktioner. Det drejer sig f.eks. om anæstesiologi/intensiv terapi, radiologi og klinisk biokemi. Hensynet til samme nhæng i patientforløbene gør, at der i behandlingen af medicinske patienter skal være let og hurtig adgang til ydelser fra disse specialer. I tilknytning til den medicinske hovedfunktion bør der derfor være funktioner i henholdsvis anæstesiologi/intensiv terapi, radiologi, neurologi og klinisk biokemi.

En del medicinske patienter vil i forbindelse med indlæggelsen have behov for genoptræning. Et tæt samarbejde med genoptræningsfunktion er derfor afgørende.

Samarbejdet med kirurgien

Relationen mellem det medicinske og kirurgiske område er kendetegnet ved høj grad af interaktion og gensidig afhængighed. Hovedparten af såvel medicinske som kirurgiske patienter indlægges akut. Der er typisk tale om ikke-udredte patienter, hvor det først efter en nærmere undersøgelse kan fastslås, om der skal visiteres til kirurgisk eller medicinsk behandling. Ofte vil der i det samlede patientforløb være behov for ydelser fra både intern medicin og kirurgi, og patienten vil i den forbindelse ofte skulle overføres fra medicinsk til kirurgisk afdeling eller omvendt. Der er derfor behov for et meget tæt samarbejde mellem hovedfunktionen i medicin og hovedfunktionen i kirurgi, der understøtter smidige overgange i patientforløbet.

Den fremtidige struktur på det intern medicinske og kirurgiske område skal tilrettelægges, så de akutte modtagefunktioner i medicin og kirurgi fremover samles på de samme sygehuse. Det vil kunne sikre en kompetencemæssig bredde, som understøtter smidige forløb, hvor patienten efter at være modtaget på sygehuset hurtigt henvises til og påbegynder den relevante behandling.

Den høje grad af samarbejde og udveksling af patienter mellem de to store behandlingsområder taler generelt for parallelle strukturer på de to områder. Ved at placere hovedfunktionerne i medicin og kirurgi i umiddelbar tilknytning til hinanden vil der kunne opnås store fordele i relation til både faglig kvalitet og sammenhængen i patientforløbene. F.eks. vil det i mange tilfælde kunne undgås, at det er nødvendigt at flytte patienten over længere

afstande mellem geografisk adskilte enheder. Man vil desuden kunne opnå en bedre udnyttelse af fælles støttefunktioner som anæstesiologi/intensiv terapi, radiologi og klinisk biokemi.

Faglig kvalitet og befolkningsunderlag

Samlingen af de akutte medicinske funktioner og behandlingen af de mest almindelige medicinske sygdomme på færre sygehuse skal give behandlingen af de medicinske patienter et kvalitetsløft.

Der foreligger generelt kun i meget begrænset omfang systematiske undersøgelser af, hvilket patientflow der helt præcist er tilstrækkeligt til, at et sundhedsfagligt team kan opretholde en rutine, der sikrer den faglige kvalitet. Det gælder også det medicinske område.

Et bud på et hensigtsmæssigt befolkningsunderlag for den medicinske hovedfunktion, herunder den akutte modtagelse af medicinske patienter, må derfor bero på helhedsorienterede overvejelser om hensigtsmæssig ressourceudnyttelse, tilgængelighed, præhospital organisering samt overvejelser om, hvordan den samlede organisering af området bedst understøtter sammenhængende patientforløb og en sammenhængende opgaveløsning på tværs af sundhedsvæsenet. Vurderinger af patientunderlag må i det konkrete tilfælde desuden inddrage overvejelser om de sundhedsfaglige kompetencer og faciliteter, der rådes over regionalt.

Amtsrådsforeningen og Dansk Kirurgisk Selskab udsendte i efteråret 2005 et debatoplæg om organiseringen af kirurgien. I overensstemmelse med de overvejelser og vurderinger der var bærende i debatoplægget om kirurgien, kan der peges på, at et sygehus, der varetager den intern medicinske hovedfunktion, det vil sige den akutte modtagelse af medicinske patienter og behandlingen af de mest almindelige medicinske sygdomme, skal have et befolkningsunderlag i størrelsesordenen 200.000-300.000.

Med et befolkningsunderlag i den størrelsesorden vil der på såvel det kirurgiske som på det medicinske område kunne etableres en organisatorisk ramme, der understøtter udviklingen af kvalitet og sammenhæng i patientforløb og en hensigtsmæssig anvendelse af økonomiske og personalemæssige ressourcer. Der vil desuden være gode grundbetingelser for forskning, kvalitetsudvikling og uddannelse af sundhedspersonale, og der vil derfor samtidig være gunstige betingelser for at sikre og udvikle stærke faglige miljøer, som vil være attraktive arbejdspladser for sundhedspersonalet.

Med den nuværende sygehusstruktur er der medicinsk akutmodtagelse på 53 afdelinger. Hvis der på sigt etableres en struktur, der bygger på et befolkningsunderlag som det skitserede, vil det medføre, at akut- og basisfunktionerne i intern medicin med tiden koncentrerer på omkring 25 enheder.

Parallelt med denne udvikling skal der ske en fortsat udvikling og udbygning af decentrale tilbud, som f.eks. ambulatorier, daghospitaller og behandlingscentre, hvor patienterne kan gå til kontrol, få foretaget forundersøgelser og en række behandlinger. Målet er at nedbringe antallet af akutte indlæggelser, ikke mindst inden for den store gruppe af kroniske patienter, gennem en koordineret sundhedsfaglig indsats i tide.

Flere patienter skal fremover behandles elektivt. En række af de elektive funktioner er bedst placeret på de akutte sygehuse – men på en række områder er det muligt at have særlige sygehuse eller funktioner, der koncentrerer sig om den elektive behandling. Det afgørende er, at den elektive funktion har det fornødne patientunderlag og har let og hurtig adgang til nødvendige støttefunktioner fra andre specialer eller fagområder.

En række behandlingsopgaver kræver af hensyn til kvaliteten i behandlingen et patientunderlag, der rækker ud over det, der er beskrevet for den medicinske hovedfunktion. Visse specialiserede behandlinger skal foretages nogle få steder i landet - f.eks. ét sted i hver region (regionsfunktioner) eller i visse tilfælde på universitetshospitalerne eller måske blot et enkelt sted i landet (højt specialiseret funktion).

Samtidig er det af hensyn til ønsket om et dynamisk sundhedsvæsen og en fortsat faglig udvikling vigtigt at fastholde princippet om, at behandlingsopgaver, der i dag er højt specialiseret behandling decentraliseres, når det er muligt. Ikke nødvendigvis til alle store regionsygehuse – men til et begrænset antal. Hermed sikres der også plads og kapacitet på universitetssygehuse til at udvikle nye avancerede behandlinger.

Omorganisering skal foregå gradvist

Samlingen af opgaver og funktioner på det medicinske område kan ikke gennemføres fuldt ud på kort sigt. Med det skitserede lægges der op til en meget betydelig omorganisering, som må gennemføres over en årrække.

Det er afgørende, at omstillingen foregår som en gradvis proces, der sikrer, at det er muligt samlet set at opretholde den nødvendige medicinske senge-

kapacitet og sideløbende udbygge funktioner, f.eks. ambulante funktioner og daghospitalet, der kan medvirke til at reducere presset på sengekapa-
citeten.

I en overgangsfase, hvor der af hensyn til den samlede sengekapa-
citet er behov for at opretholde et relativt stort antal decentralt placerede senge, kan der regionalt evt. etableres centrale visiterende funktioner med kompetence til at visitere akutte medicinske patienter til specialiserede og evt. decentrale afdelinger. Det vil kunne understøtte, at der i visitationsfasen rådes over den vifte af specialistkompetencer, som er nødvendige for at sikre det faglige grundlag for en korrekt og effektiv visitation

Endelig er det afgørende, at der, som led i omlægningen, sker en udvikling af de mere nære tilbud til patienterne, såvel i regionalt som i kommunalt regi, så man som medicinsk patient kan være sikker på at få kompetent behandling og pleje – også i de tilfælde, hvor der i fremtiden måske bliver længere til nærmeste sygehus.

Arbejdstilrettelæggelse – kvalitet og sammenhæng i patientforløbet

Tilrettelæggelsen af arbejdet med de medicinske patienter på sygehusene skal sikre sammenhængende patientforløb, hvor patienterne i alle faser af forløbet og i alle døgnets timer mødes med den nødvendige faglige ekspertise. Arbejdstilrettelæggelsen skal samtidig sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af personalemæssige og økonomiske ressourcer.

Arbejdstilrettelæggelsen skal udmøntes som arbejdsgange og samarbejdsformer, der understøtter, at udredning og visitation af patienten foretages hurtigt og korrekt, og at den rigtige behandling påbegyndes så hurtigt som muligt. Arbejdsgangene skal desuden understøtte en god kommunikation, der modvirker misforståelser og fejl, og smidige forløb uden unødige brud på kontinuiteten, f.eks. i form af unødige ventetid på undersøgelser m.v. Endelig skal arbejdsgangene medvirke til at sikre, at der under hele forløbet er let og hurtig adgang til personale med den nødvendige faglige ekspertise.

Flere undersøgelser, herunder en undersøgelse udført af det nationale kvalitetsprojekt ”Den Gode Medicinske Afdeling”, peger på, at en del akutte medicinske indlæggelser ikke er nødvendige – det vil sige at patienten burde have været henvist til behandling eller pleje i andet regi eller have været behandlet elektivt på et tidligere tidspunkt. Undersøgelsen viser desuden, at

op imod en tredjedel af indlæggelsesdagene er ineffektive – det vil sige, at der i mange patientforløb er unødigt ventetid enten i selve behandlingsforløbet eller ved overgange mellem sygehus og tilbud i andet regi. Undersøgelsen fra ”Den Gode Medicinske Afdeling” er med til at understrege, at der er på det medicinske område er en række problemstillinger vedrørende sammenhæng i patientforløbene, som kræver særlig opmærksomhed.

Ambitionen om at styrke en patientfokuseret arbejdstilrettelæggelse forudsætter, at der især på ledelsesniveau, men også blandt det faglige og administrative personale, er fokus på arbejdstilrettelæggelse som et udviklingsområde. Det indebærer bl.a. at der skal være en synlig prioritering af opgaven, og at der skal være et engagement i forhold til at håndtere barrierer i form af indarbejdede rutiner m.v., som kan stå i vejen for nye og mere hensigtsmæssige arbejdsgange. Fastlæggelse af retningslinier for, hvordan ledelsen bør håndtere arbejdstilrettelæggelsen, kan være med til at understøtte en arbejdstilrettelæggelse, der tilgodeser, faglig kvalitet, sammenhæng og hensigtsmæssig ressourceanvendelse.

Visitation

Visitationen af medicinske patienter, som modtages akut, skal tilrettelægges sådan, at patienten hurtigst muligt udredes og visiteres til den rigtige behandling. Af hensyn til en hensigtsmæssig anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer skal det ved visitationen også sikres, at det kun er patienter med behov for sygehusbehandling, der indlægges.

Der er behov for at arbejde videre med forskellige modeller for tilrettelæggelse af modtagelsen af akutte patienter, der sigter på at omstille akutte indlæggelser til subakut eller elektiv behandling. Der skal i den forbindelse også arbejdes med kontaktstrukturer, der sikrer, at den praktiserende læge kan indhente kvalificerede råd fra speciallæger på sygehus i forbindelse med diagnosticering og udredning af patienter.

Arbejdstilrettelæggelsen skal sikre en korrekt og effektiv visitation. Det er i den forbindelse afgørende, at der i visitationen er adgang til en bred vifte af lægelige kompetencer inden for det intern medicinske område. Det gælder også, når patienter indlægges akut uden for almindelig arbejdstid. Målsætningen er, at der døgnet rundt skal være adgang til de specialister, der er nødvendige, for at patienten kan få den rigtige behandling. Patienten skal have foretaget de nødvendige undersøgelser hurtigst muligt for at sikre det optimale behandlingsforløb og for at undgå indlæggelser i tilfælde, hvor det er hensigtsmæssigt, at patienten behandles i andet regi. Det betyder, at der

også i de relevante støttespecialer, f.eks. i radiologi, skal være adgang til ekspertise ud over almindelig arbejdstid.

En stor del af de akutte indlæggelser finder sted i vagtperioden – det vil sige i aften- og nattetimerne og i weekenden. Derfor er der behov for at se på modeller for arbejdstilrettelæggelse, der indebærer, at speciallægerne i større udstrækning end i dag tager del i vagtarbejdet. Med flere speciallæger i vagt vil det være muligt – også uden for almindelig arbejdstid – at foretage en hurtig visitation, så patienten hurtig kan påbegynde den relevante behandling. Det vil styrke både den faglige kvalitet og et smidigt og sammenhængende patientforløb.

Udover den umiddelbare styrkelse af patientbehandlingen vil tilstedeværelsen af flere speciallæger i vagtperioden give mulighed for at styrke det faglige miljø, og de gode betingelser for uddannelse og læring, som er til stede i det akutte arbejde, vil kunne udnyttes endnu bedre. De yngre læger vil med flere speciallæger i ”vagtteamet” have bedre muligheder for aflastning i perioder med særligt mange akutte patienter, og der vil være forbedrede muligheder for supervision og sparring med erfarne kolleger. Endelig vil det styrkede arbejds- og uddannelsesmiljø være et aktiv i bestræbelserne på at rekruttere yngre læger til området.

Det er af stor betydning, at det fælles brede indhold i de intern medicinske specialer fastholdes. Bl.a. er det i relation til mulighederne for at involvere speciallægerne mere i vagtarbejde en betydelig styrke, at alle speciallæger i de 9 intern medicinske specialer i kraft af den brede intern medicinske fællesuddannelse fremover skal kunne varetage den brede, tværgående akutte intern medicinske funktion. Det betyder bl.a., at der ikke er behov for, at den akutte medicinske funktion døgnet rundt er bemandet med speciallæger fra samtlige intern medicinske specialer.

Den aktuelle knaphed på speciallæger vil nogle steder i landet vanskeliggøre, at der kan være speciallæger til stede i vagtperioden. Den skitserede samling af de akutte medicinske funktioner vil på sigt formentlig kunne medvirke til at løse op for denne problemstilling.

Standardiserede forløb

Der er behov for udvikling af organisatoriske modeller for en hensigtsmæssig ”logistik” i relation til den overordnede tilrettelæggelse af udrednings- og behandlingsforløb, der passer til de enkelte organisatoriske enheder.

Der arbejdes allerede mange steder med udvikling af standardiserede patientforløb baseret på kliniske retningslinier for en faglig korrekt udredning og behandling. Disse standardiserede patientforløb – eller diagnostiske pakker - skal opfattes som et generelt service- og kvalitetsløft for alle patienter, idet ikke kun medicinske patienter skal udredes via et tværfagligt samarbejde på tværs af flere forskellige afdelinger.

Ikke alle patienter er ens. I arbejdet med udvikling af standardiserede patientforløb må der tages højde for, at ikke alle patienter skal passes ind i et standardforløb. Der skal desuden tages højde for, at medicinske patienter ofte har flere forskellige diagnoser, og der vil derfor ofte være store variationer i forhold til et standardiseret udrednings- og behandlingsforløb.

Håndteringen af patienter med kroniske sygdomme er et indsatsområde med særlige krav til tilrettelæggelsen af udrednings- og behandlingsforløb. Der er en udfordring for det samlede sundhedsvæsen i at håndtere kronisk sygdom på en sådan måde, at patienterne i højere grad undgår akut forværring og derved undgår gentagne indlæggelser. Aktuelt er der sat gang i en proces med henblik på udvikling og implementering af forskellige modeller for behandling af patienter med kroniske sygdomme. I arbejdet skal der bl.a. fokuseres på at udvikle viften af muligheder for i højere grad at organisere behandlingen af kroniske patienter som planlagt behandling, som i mange tilfælde formentlig kan varetages decentralt og ambulantly.

Udvikling og anvendelse af IT-understøttede bookingsystemer vil kunne medvirke til at understøtte tilrettelæggelsen af en hensigtsmæssig og sammenhængende udredning. Det vil ofte være nødvendigt med en afklaring af, hvordan og hvem, der kan disponere over planlægningen af en afdelings arbejde i relation til støttefunktioner som f.eks. røntgen og diverse klinisk-kemiske undersøgelser mv.

Målrettet anvendelse og udvikling af retningslinier og standarder for faglig og organisatorisk kvalitet er et vigtigt redskab i en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af arbejdet på de medicinske afdelinger. Der bør bl.a. være klare retningslinier for tilrettelæggelse af visitation og behandling, som kan danne grundlag for standardiserede patientforløb.

En fortsat udvikling af faglige og organisatoriske retningslinier og standarder kan medvirke til, at patienterne får den til hver en tid bedste udredning og behandling. Det kan desuden medvirke til, at nye undersøgelses- og behandlingsrutiner, herunder nye arbejdsformer, guidelines vedrørende opgaveflytning mv., indføres hvor det er hensigtsmæssigt og i

veflytning mv., indføres hvor det er hensigtsmæssigt og i overensstemmelse med faglig evidens. Derfor er det vigtigt, at såvel de centrale sundhedsmyndigheder som regionerne har fokus på den opgave, der knytter sig til udviklingen af retningslinier og standarder for faglig og organisatoriske kvalitet.

Accelereret behandling

Medicinske patienter har som nævnt ofte flere diagnoser. Det stiller krav om høj grad af koordineringen mellem de sygehusafdelinger og – funktioner, som bidrager til det samlede patientforløb. En af udfordringerne vil være at undgå ”flaskehalse”, der medfører brud og forsinkelser i behandlingsforløbet. Flaskehalse kan i denne forbindelse være knyttet til adgangen til personaleresourcer, apparatur, fysiske rammer og andet, der har betydning for fremdriften i et patientforløb, hvor flere afdelinger eller funktioner er involveret.

Med henblik på at reducere sådanne forsinkelser er det hensigtsmæssigt at se på mulighederne for uddelegering af arbejde til andre faggrupper – eventuelt en egentlig opgaveflytning f.eks. fra læger til sygeplejersker. Flere sygehuse uddanner i dag sygeplejersker med særlig kompetencer, der kan overtage visse af lægernes opgaver med henblik på at frigøre speciallægetid til andre opgaver. Når opgaver på denne måde flyttes mellem faggrupper, er det afgørende, at det sker på baggrund af faglige retningslinier, som sikrer en fortsat høj faglig kvalitet.

Desuden skal de muligheder, der ligger i flytning af opgaver til andet regi, udnyttes bedre. Udlægning af opgaver fra sygehusene er både en naturlig konsekvens af den stadige udvikling i undersøgelses- og behandlingsmetoder, og det er samtidig en nødvendighed i forhold til en mere hensigtsmæssig udnyttelse af de eksisterende ressourcer.

Derfor bør der, som led i organiseringen af det medicinske område, arbejdes målrettet med en fortsat flytning af udredning og behandling fra sengeafdeling til ambulant regi enten ambulatorier eller dagklinikker. Primærsektoren bør også inddrages i større omfang – ikke mindst i forhold til patienter med kroniske sygdomme. Primærsektoren dækker i denne sammenhæng både over alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger, hjemmesygepleje og andre kommunale tilbud.

I relation til udflytning og placering af opgaver bør der endelig peges på de muligheder, der ligger i en fortsat og målrettet udvikling af telemedicinske

løsninger. Anvendelsen af telemedicin i udredning og behandling vil endvidere kunne medvirke til at afhjælpe problemer med manglende speciallæger i tilstedeværelsesvagter.

Samarbejdende sektorer

Et vigtigt element i tilrettelæggelsen af et velfungerende og velorganiseret sundhedsvæsen er at aftale og etablere hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem region, kommuner og praksissektoren.

De medicinske patientforløb er netop typisk tværsektorielle, dvs. at en medicinsk patient i behandlingen ofte har berøringsflade til både det regionale sygehusvæsen, den kommunale sundheds- og socialsektor samt praksissektoren. Og de medicinske patienter, der har en kronisk sygdom har typisk kontakt til flere forskellige ydere i praksissektoren - f.eks. diabetikers behandling hos praktiserende fodterapeuter.

Samspillet mellem sygehus, praksissektor og kommunale tilbud skal derfor optimeres, så patienterne oplever størst mulig sammenhæng og tryghed i det samlede forløb, samtidig med en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Det fordrer, at der er et løbende samspil mellem de enkelte sektorer – og de enkelte behandlere. Dette bør gælde for såvel patientforløb som de enkelte patienter med henblik på at optimere behandlingen.

Sundhedsaftaler

Med den nye sundhedslov er der kommet et nyt værktøj til at styrke sammenhængen i patientforløbet for den medicinske patient, idet regionerne i samarbejde med kommunerne i regionen skal nedsætte sundhedskoordinationsudvalg. Formålet med sundhedskoordinationsudvalget er at understøtte behandlingsforløb på tværs af det regionale og det kommunale myndighedsansvar, herunder at understøtte kvaliteten og den effektive ressourceudnyttelse i opgaveløsningen.

Derudover skal regionerne indgå sundhedsaftaler med hver enkelt kommune på 6 obligatoriske områder:

- udskrivningsforløb for svage, ældre patienter
- indlæggelsesforløb
- træningsområdet
- hjælpemiddelområdet

- forebyggelse og sundhedsfremme - herunder patientrettet forebyggelse
- indsatsen for mennesker med sindslidelser.

Regioner og kommuner kan derudover lave samarbejdsaftaler på områder, de selv beslutter.

De områder, der skal indgås sundhedsaftaler omkring er altså i høj grad områder, der er relateret til den medicinske patientgruppe, hvorfor sundhedsaftalerne får en væsentlig rolle i at løfte indsatsen for de medicinske patienter.

Udover den økonomiske tanke om at behandle patienterne på det lavest mulige niveau i sundhedsvæsenet, så er det selvfølgelig vigtigt at behandle patienterne tæt på deres hjem i samspil med deres egen og derfor kendte praktiserende læge eller kommunale tilknytning.

Forebyggelse og egenomsorg

Sundhedsaftalerne bliver som følge heraf et konstruktivt værktøj til at planlægge og formalisere den mest hensigtsmæssige opgavefordeling og samarbejde mellem sygehusvæsenet, det kommunale tilbud og praksissektoren.

Med strukturreformen får kommunerne ansvaret for medfinansiering af sundhedsvæsenet. Dels i form af betaling ved deres egne borgeres sygehusbehandlinger, dels i form af betaling til deres egne borgeres ydelser i praksissektoren.

Tanken bag den kommunale medfinansiering er bl.a., at kommunerne skal få et incitament til at oprette forebyggelses- og sundhedsfremmeinitiativer.

Det er således også hensigtsmæssigt at undersøge i hvor høj grad, at andelen af uhenigtsmæssige indlæggelser af medicinske patienter kan undgås ved mere fokus på forebyggelse i kommunalt regi samt praksissektoren. Derudover er patientens egenomsorg et vigtigt element i at forebygge uhenigtsmæssige indlæggelser.

Lokale tilbud

Det er vigtigt, at de medicinske patienter kan udskrives fra sygehuset til relevante tilbud, når de er færdigbehandlet, således at de ikke unødvendigt optager senge på de medicinske afdelinger.

Som tidligere nævnt er en udvikling af lokale tilbud til de medicinske patienter også relevant set i lyset af en fremtidige sygehusstruktur med længere imellem sygehusene.

Det er derfor afgørende, at der i nærmiljøet sker en udvikling af de mere nære tilbud til patienterne, såvel regionalt som i kommunalt regi, så man som medicinsk patient kan føle sig sikker på at få kompetent behandling og pleje – også i de tilfælde hvor der i fremtiden bliver længere til nærmeste akutte sygehus.

Relevante tilbud kunne f.eks. være sygehusets udgående teams, hjemmesygepleje, praktiserende læge eller kommunale sundhedscentre. Det vigtigste er imidlertid, at man sikrer, at patienterne modtager den rette behandling på det rette tidspunkt, således at kvaliteten af behandlingen er i orden.

Kommunerne får som tidligere nævnt også et økonomisk incitament til at modtage de færdigbehandlede medicinske patienter. Det betyder også, at kommunerne får incitament til selv at udvikle tilbud til patienterne for at undgå indlæggelse.

En af de måder som kommunerne planlægger at varetage de medicinske patienters behov på, er ved oprettelse af sundhedscentre. Der er ingen steder defineret, hvad et sundhedscenter er, hvorfor der i kommunerne er mange forskellige organisatoriske varianter med involvering af forskellige faggrupper. Opgavemæssigt spænder de planlagte sundhedscentre også fra sundhedsfremmende og forebyggende initiativer over diagnostik til behandlingsopgaver.

Det vigtige er, at kommunerne gør sig klart, hvilke problemer sundhedscentre skal løse. Samtidig må man forvente, at de sundhedsfaglige opgaver, der skal udføres på sundhedscentre har en sammenhæng til det øvrige sundhedsvæsen samt er baseret på høj faglig kvalitet, effektivitet og lever op til gængse kvalitetsstandarder.

Udgående teams og samspil med hjemmesygeplejen

En anden måde at samarbejde mellem det regionale sygehusvæsen og det kommunale tilbud omkring den medicinske patienter er oprettelsen af udgående regionale teams. Disse teams består typisk af specialistfunktioner fra sygehusvæsenet, der følger patienterne efter udskrivning, f.eks. apopleksipatienter.

Et samarbejde mellem de udgående teams og hjemmesygeplejen kan give kvalitetsforbedringer i behandlingen af patienten, samtidig med at det kan give færre genindlæggelser. Her er det også vigtigt hele tiden at være opmærksom på, hvornår en patients behandling kan overgå fra at være i regi af de udgående teams til den praktiserende læge.

Fælles sprog og elektronisk kommunikation

Anvendelse af fælles begrebsverden imellem de tre sektorer: region, kommune og praksissektorer vil lette samarbejdet omkring de medicinske patienter. Endvidere vil fælles elektronisk kommunikation kunne understøtte det tværsektorielle samarbejde med henblik på at højne både kvaliteten og servicen i patientbehandlingen.

Sygehuse med akut intern medicinsk modtagelse

Side 19

Oversigten viser sygehuse med afdelinger, der modtager akutte medicinske patienter. Oversigten er opdelt efter den kommende regionsinddeling. Det bemærkes at afdelingerne varierer mht. karakteren og organiseringen af det akutte arbejde.

Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark
KAS Glostrup	Roskilde Sygehus(medicinsk afd.)	Odense Universitetshospital
KAS Herlev	Roskilde Sygehus(neurologisk afd.)	Sygehus Fyn(Svendborg)
KAS Gentofte	Køge Sygehus	Sygehus Fyn(Ærøskøbing)
Bornholms Centralsygehus	Storstrømmens Sygehus(Næstved)	Vejle Sygehus
Hvidovre Hospital	Storstrømmens Sygehus(Nykøbing)	Kolding Sygehus
Frederiksberg Hospital	Storstrømmens Sygehus(Nakskov)	Fredericia Sygehus
Bispebjerg Hospital	Storstrømmens Sygehus(Fakse)	Esbjerg Sygehus
Rigshospitalet	Holbæk Sygehus	Grindsted Sygehus
Amager Hospital	Kalundborg Sygehus	Brørup Sygehus
Helsingør Sygehus	Slagelse Sygehus	Sønderborg Sygehus
Hillerød Sygehus		Haderslev Sygehus
Frederikssund Sygehus		Aabenraa Sygehus Tønder Sygehus 2)
Region Midtjylland	Region Nordjylland	
Herning Sygehus	Sygehus Vendsyssel(Hjørring)	
Holstebro Sygehus	Sygehus Vendsyssel(Frederikshavn)	
Ringkøbing Sygehus	Sygehus Himmerland(Hobro)	
Horsens Sygehus	Sygehus Himmerland(Farsø)	
Brædstrup Sygehus 1)	Aalborg Sygehus(Aalborg)	
Sygehus Viborg	Aalborg Sygehus(Brovst)	
Århus Sygehus	Aalborg Sygehus(Dronninglund)	
Skejby Sygehus	Sygehus Nord(Nykøbing-Thisted)	
Randers Central Sygehus		
Silkeborg Centralsygehus		

1) Den akut medicinske funktion på Brædstrup Sygehus lukkes pr. 01-01-2007

2) Den akut medicinske funktion på Tønder Sygehus har funktion i tidsrummet 8-16