

Rapport om Sygehuse i Syddanmark

- et fagligt og organisatorisk grundkoncept



www.fremtidenssygehuse.dk

1.0	Forord	4
2.0	Opsummering af rapportens anbefalinger	6
3.0	Hovedprincipper for driften sygehuset som helhed.	8
3.1	Den overordnede udfordring for en generisk sygehusmodel.	8
3.2	Forslag til en syddansk sygehusmodel.	10
3.2.1	Overordnede overvejelser vedr. organisering.	10
3.2.2	Patientkredsløbet.	12
3.2.2.1	Brugerdreven innovation - patienten som en del af teamet	14
3.2.3	Servicekredsløbet	14
3.2.4	Videnskredsløbet	14
4.0	Dimensionering af fremtidens sygehuse	16
4.1	Forudsætninger - grundlag for fremskrivning: Aktivitet 2007	16
4.2	Forudsætninger - FAM og det øvrige sygehus	17
4.3	Dimensioneringen af sygehusene - FAM og det øvrige sygehus.	17
5.0	Patientkredsløbet	21
5.1	Senge på fremtidens sygehuse	21
5.1.1	Introduktion til kompetenceklynger	22
5.1.2	Patientforløbet i kompetenceklyngen	23
5.1.3	Et bud på kompetenceklynger	24
5.1.4	Interventionsklyngen.	26
5.1.5	Intensivklyngen	26
5.1.6	Enestuer og patienthotelkonceptet	26
5.1.7	Centrale overvejelser vedr. klyngeorganiseringen.	27
5.2	Ambulant aktivitet på fremtidens sygehuse	28
5.2.1	Den ambulante aktivitet	28
5.3	Klinisk service på fremtidens sygehuse	29
5.3.1	Billeddiagnostik	29
5.3.1.1	Logistisk understøttelse af flow	29
5.3.1.2	Logistik/teknologisk understøttelse af effektivitet	30
5.3.2	Laboratoriefunktionen	30
5.3.2.1	Logistisk understøttelse af flow	32
5.3.2.2	Logistik/teknologisk understøttelse af effektivitet	32
5.3.3	Anæstesi/Intensiv	32
5.3.4	Apoteksfunktionen.	33
5.3.5	Klinisk farmaci	34
5.3.6	Organisering af terapifunktionen	34
5.3.7	Administrativ service	34
5.4	Ledelse.	35
5.4.1	Ledelse	35
5.5	Arbejdstilrettelæggelse og vagtarbejde mv.	37
5.5.1	Vagtfunktion og arbejdstilrettelæggelse	37

5.6	Samarbejde med parter udenfor sygehuset	38
5.6.1	Samarbejde mellem sygehus og kommune	39
5.6.2	Samarbejde og kommunikation med almen praksis	40
5.6.3	Samarbejde mellem somatik og psykiatri	40
6.0	Servicekredsløbet	42
6.1	Ikke-klinisk service på fremtidens sygehus	42
6.1.1	Sterilcentral og sterildepot	42
6.1.2	Servicetjenester portører og rengøring	42
6.1.3	Forplejning	43
6.1.4	Tekstilservice	43
6.2	IT og teknologi	44
6.2.1	EPJ og overblikssystemer	44
6.2.2	Patientnær mobil teknologi	45
6.2.3	Logistik	45
6.2.4	IT - Digitalisering af processer	45
6.2.5	Telemedicin	46
6.3	Arkitektur	46
6.3.1	Overordnet princip for indretningen af sygehuset	47
6.3.2	Ankomst til akutsygehuset	48
6.3.3	Det interne flow	49
6.3.4	Senge	50
6.3.5	Andre rumfaciliteter	52
6.3.6	Fysisk arbejdsmiljø	52
6.3.7	Bæredygtig byggeri	52
6.3.8	Kunst og arkitektur	52
7.0	Videnskredsløbet	54
7.1	Forskning, udvikling, videnspredning og uddannelse	54
7.1.1	Vision	54
7.1.2	Infrastruktur	55
7.1.3	Kvalitetssikringssystemer og datamonitorering	56
8.0	Gennemførelse	57
8.1	Gennemførelse	57
8.2	Fysiske forhold	57
8.3	Gennemførelse af de opstillede anbefalinger	58
8.3.1	Regionale processer	58
8.3.2	Lokal gennemførelse	59

Bilag 1

Kommissorium for udarbejdelse af forslag til en regional referenceramme for Sygehuse i Syddanmark - et fagligt og organisatorisk grundkoncept

1.0 Forord

Region Syddanmark har en ambition om at skabe et sammenhængende, patientorienteret, tidssvarende, kvalitetsbevidst, effektivt og konkurrencedygtigt sundhedsvæsen.

Regionsrådet har omsat denne vision i en lang række konkrete tiltag, der markant vil forandre den måde sundhedsvæsenet arbejder og er organiseret på.

Sygehusplanerne er beskrevet i "Fremtidens Sygehus i Region Syddanmark - Akutplanen" og i "Fremtidens sygehus - fra plan til virkelighed". Akutplanen følges op af en række andre planer for de øvrige sundhedsområder, herunder specialeplan, praksisplan og samarbejdsaftaler med kommunerne, som er sammenfattet i "Sundhedsplan for Region Syddanmark. I "Udviklingsplan for psykiatrien i Region Syddanmark" er beskrevet, hvordan Region Syddanmark vil sikre en ensartet psykiatrisk behandling af høj kvalitet overalt i regionen.

En del af arbejdet har været at beskrive, hvordan de fælles akutmodtagelser skal organiseres og dimensioneres. I rapporten "Rapport om Fælles Akutmodtagelser (FAM) i Region Syddanmark" beskrives en model, som tager udgangspunkt i udfordringen om at skabe høj kvalitet i akutbehandlingen - døgnet rundt, året rundt.

FAM-rapporten konkluderer, at arbejdsmåden vil være væsentligt anderledes end i dag:

- Den akutte patient mødes af personale på højeste kompetenceniveau - de vil være i tjeneste døgnet rundt
- Der arbejdes i speciallægeledede teams, og patienten vil blive mødt af en mangfoldighed af kompetencer. Det vil medføre et nyt fagligt samspil mellem specialer og faggrupper
- Der indføres standardiserede tidsstyrte patientforløb for at sikre flow og kvalitet
- Der indføres patientnær mobil teknologi for at sikre fleksibilitet og hurtig udredning
- Der fokuseres specifikt på sektorovergange for at øge patientsikkerheden
- Forskning og uddannelse bliver i langt højere grad en del af den kliniske hverdag

De fælles akutmodtagelser bliver placeret på akutsygehusene i Odense, Svendborg, Kolding, Esbjerg og Aabenraa. Enhederne vil centralisere modtagelsen af akutte patienter på akutsygehusene og blive præget af et meget højt patientflow med korte indlæggelsestider. Det forventes, at 70-80 % af de akutte patienter vil blive færdigbehandlet i FAM.

Den nye organisering vil gøre FAM til sygehusets omdrejningspunkt og vil få stor betydning for de øvrige afdelinger og balancen i sygehuset, ligesom udviklingen mod mere ambulans behandling også vil have stor betydning. Rækken af potentielle konsekvenser og afledte spørgsmål af ovenstående udvikling er meget lang og vil blive forsøgt belyst i denne rapport.

For at tage højde for disse forhold blev der udarbejdet et kommissorium for og nedsat en arbejdsgruppe med det formål at udarbejde et fagligt og organisatorisk grundkoncept for sygehusene i Region Syddanmark. Kommissoriet og arbejdsgruppens sammensætning kan ses i bilag 1 i nærværende rapport.

Denne rapport visioner om bl.a. sammenhængende patientforløb samt beskrivelse af udfordringer for fremtidens sygehusvæsen - bl.a. i lyset af indførelse af FAM - dækker som udgangspunkt såvel somatikken som psykiatriområdet. Når det kommer til at drage de dimensioneringsmæssige, organisatoriske og fysiske konsekvenser af FAM-konceptet, og de udfordringer sundhedsvæsenet står overfor, sker det for psykiatriens vedkommende ikke gennem denne rapport. Det sker indholds- og dimensioneringsmæssigt gennem implementering af anbefalingerne i psykiatriplanen "Fremtidens psykiatri", organisatorisk gennem fælles psykiatriens sygehus og fysisk ved gennemførelse af generalplanens koncepter og standarder for moderne fysiske ramme i psykiatrien. Samarbejdet omkring patientforløb mellem somatikken og psykiatrien er dog overordnet beskrevet.

Læsevejledning

Nærværende rapport er opbygget i 8 kapitler og bør læses i sin helhed. Hvert kapitel begynder med en opsummering af arbejdsgruppens anbefalinger.

I kapitel 2 er der en kort opsummering af rapportens overordnede anbefalinger, og i kapitel 3 beskrives hovedprincipperne for driften af sygehuset som helhed. Der tages udgangspunkt i 3 grundlæggende kredsløb: Patientkredsløbet, servicekredsløbet og videnskredsløbet - disse uddybes nærmere i kapitel 5, 6 og 7.

I kapitel 4 er der en talmæssig beskrivelse af fremtidens sygehuse, som viser den store ændring i balancen af opgaverne i de afdelinger, som vi kender i dag. Den stationære opgave bliver væsentlig mindre, og den ambulante opgave vil stige voldsomt.

Rapporten afsluttes med afsnit 8, hvor det uddybes, hvorledes det nye sygehuskoncept gennemføres.

Rapportens videre skæbne

Arbejdsgruppen afsluttede i juni 2009 arbejdet med at lave denne rapport. Rapporten har herefter været i høring på sygehusene, i specialrådene mv. i perioden den 23. november 2009 til den 19. januar 2010.

Regionsrådet godkendte i april 2010 rapporten som et grundlag for videre kvalificering af det nye sygehuskoncept, herunder især klyngekonceptet.

Rigtig god læselyst!

På arbejdsgruppens vegne,

Henrik Villadsen
Formand for arbejdsgruppen, lægelig direktør

Titel

Rapport om sygehuse i Syddanmark
- et fagligt og organisatorisk grundkoncept

Udgivelsesdato

August 2010

Findes også på:

www.fremtidenssygehuse.dk

Udgivet af

Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle
Telefon 7663 1000

2.0 Opsummering af rapportens anbefalinger

Arbejdsgruppens grundlæggende anbefalinger:

- Forudsætningen for al sygehusdrift bør være en værdikædetankegang, hvor opgaven er at optimere de processer, som er værdiskabende for patienten
- FAM-konceptets fokus på sammenhængende patientforløb, brugerinvolvering, fokus på viden, evidens og forskning samt fokus på at løse opgaven frem for fokus på professioner og overholdelse af faggrænser bør danne grundlag for organiseringen af sygehuset som helhed
- FAM-rapportens grundlæggende principper bør videreføres i hele sygehuset. Det drejer sig om: standardiserede tidsstyrede patientforløb, patientnær mobil teknologi (også kaldet schweitzerknivsteknologi), stafetmetoden, specialiserede teams, fuld integration af forskning, innovation og uddannelse i dagligdagen og fuldt integrerede IT-systemer
- Fokuseringen på sammenhængende patientforløb betyder, at organisering af sygehuset som helhed bør overvejes. Det er arbejdsgruppens forslag, at organiseringen kan ske via kompetenceklynger, som går på tværs af specialer og i videst mulig udstrækning skal indeholde hele patientforløbet. Ledelsesstrukturen må i givet fald tilpasses denne organisering
- Patienten er hædersgæsten på sygehuset og brugerne af sundhedsvæsenet er en selvstændig kilde til værdiskabelse og bør involveres i langt højere grad end nu

Specifikke anbefalinger om patientkredsløbet:

- Der peges på en vision om, at alle patienter (både i og udenfor FAM) mødes af specialiserede teams i et tværspecialiseret miljø, der i videst mulig udstrækning varetager hele patientforløbet
- Det er arbejdsgruppens forslag, at der i vid udstrækning brydes med den traditionelle specialerettede afdelingsstruktur. Begrebet "kompetenceklynger" er tænkt som svaret på ovenstående udfordring. En kompetenceklynge er et resultatcenter for organisatorisk, sundhedsfaglig og patientoplevet kvalitet og udgør en organisatorisk tværfaglig og tværspecialiseret enhed, der har ansvar for at gennemføre en række foruddefinerede patientforløb i sit fulde spektrum
- Indførelse af enestuer medfører, at en langt større del af det kliniske arbejde kan varetages på sengestuen i samarbejde med patienten, hvilket endvidere vil styrke forholdet mellem patienten og personalet. Enestuer vil minimere behovet for kontorfaciliteter, ligesom behovet for hotelsenge vil reduceres og bør tænkes integreret i den samlede sengemasse

- Den ambulante aktivitet følger organiseringen omkring de sammenhængende patientforløb dvs. opbygningen i kompetenceklynger
- Der skal være mulighed for, at en patient kan henvises direkte fra FAM til et ambulatorium med kort varsel f. eks. allerede dagen efter den akutte kontakt med FAM
- Der etableres en tværgående, tværfaglig og tværspecialiseret og centralt placeret billedkompetenceklynge, hvor de mest avancerede billeddiagnostiske procedure gennemføres
- Der etableres en tværgående og tværspecialiseret laboratoriekompetenceklynge, som udover centrale faciliteter understøtter patientnær teknologi
- Generelt skal så meget medicin som muligt laves klart til brug med berøring af så få hænder som muligt
- Klinisk farmaci gøres til en integreret del af sygehusekets kliniske virke og etableres som en tværgående funktion
- Terapi- og sekretærfunktion bør tilpasses for bedre at understøtte patientforløbene
- Udgangspunktet for ledelsesstrukturen er patientforløbene. Ledelsesstrukturen skal være entydig og bør understøtte opgave- og resultatorientering
- En kompetenceklynge ledes af en klyngeledelse bestående af et ledelsespar med faglig baggrund. En klinisk kompetenceklynge ledes således af en ledende overlæge og en ledende oversygeplejerske. Klyngeledelsen er ansvarlig for den organisatoriske, sundhedsfaglige og patientoplevede kvalitet, herunder økonomi og budgetoverholdelse
- Hver kompetenceklynge har en række forløbsledelser, der har ansvar for en patientforløbszone og de standardiserede tidsstyrede patientforløb, som indgår heri. Forløbsledelsen har personaleansvar for en række specialiserede teams og udgøres af en funktionsansvarlig overlæge og en funktionsansvarlig sygeplejerske
- Kliniske klynger har desuden koordinerende sygeplejersker ift. sengemassen og evt. også ambulatoriet
- Borgeren skal opleve sammenhæng i forløbet allerede fra kontakten med den praktiserende læge, over diagnostik og behandling på sygehuset, til borgeren er tilbage i hjemmet med efterfølgende rehabilitering
- Udskrivning starter ved indlæggelsen og skal ske tidligst muligt efter endt sygehusbehandling under hensyn til borgerens/patientens tilstand samt sikkerhed og kvalitet i forløbet

Specifikke anbefalinger om servicekredsløbet:

- Den ikke-kliniske service skal understøtte hurtige patientforløb af høj kvalitet
- Logistisk bør tilstræbes "just in time" levering af den ikke-kliniske service, som bør automatiseres i videst mulig omfang
- Der skal etableres driftssikrede integrerede IT-løsninger, der muliggør hurtige patientforløb af høj kvalitet
- "State of the art" IT-løsninger er en absolut nødvendighed af hensyn til patientlogistik, patientforløb, patientsikkerhed og patienttilfredshed
- Patienter bør have let og fuld adgang til informationer om eget patientforløb og bør selv kunne have indflydelse på dette gennem booking af tider, kommentering, elektronisk patientdagbog etc.
- Patientnær mobil teknologi er et ideal og et generisk koncept for hele sygehuset
- Der bør regionalt udvikles telemedicinske løsninger
- Helt grundlæggende skal det være let at finde vej på sygehuset. Sygehuset indrettes derfor med et område til umiddelbar akut undersøgelse og behandling (FAM) og et ankomstområde, hvor de ikke-akutte patienter kan få information, og har let og logisk adgang til patientforløbszonerne
- Enestuer gøres til en grundlæggende præmis for indretningen af sygehusene for at hæve kvaliteten i behandlingen og understøtte patientens autonomi og integritet
- Indretningen af sygehuset tager udgangspunkt i principperne om fleksibilitet, elasticitet og generalitet
- Evidensbaseret design bør indtænkes i indretningen af sygehuset, herunder kunst, musik, lys og materialer både af hensyn til patienter som personale

Specifikke anbefalinger om videnskredsløbet:

- Forskning og udvikling er en integreret del af sygehusets drift
- Såvel præ- som post-graduat uddannelse er en integreret del af sygehusets drift
- Der ansættes en forskningsansvarlig overlæge inden for hver enkelt kompetenceklynge
- Der skal etableres lærings- og forskningszoner
- Den enkelte kompetenceklynge er forpligtet til at afsætte midler til forskning og udvikling

Specifikke anbefalinger om implementering:

- Gennemførelsen af rapportens anbefalinger forudsætter etableringen af FAM på akutsygehusene. Det anbefales således, at etableringen af et nyt sygehuskoncept tænkes sammen med de lokale planer for gennemførelsen af FAM-konceptet på de respektive sygehuse
- Den ny sygehusmodel er generisk, hvilket indebærer, at den sætter rammen for sygehusenes virke, men bør oversættes til en lokal virkelighed

3.0 Hovedprincipper for driften sygehuset som helhed

I dette kapitel fremlægges hovedprincipperne for driften af sygehuset som helhed.

Arbejdsgruppens grundlæggende anbefalinger

- Forudsætningen for al sygehusdrift bør være en værdikædetankegang, hvor opgaven er at optimere de processer, som er værdiskabende for patienten
- FAM-konceptets fokus på sammenhængende patientforløb, brugerinvolvering, fokus på viden, evidens og forskning samt fokus på at løse opgaven frem for fokus på professioner og overholdelse af faggrænser bør danne grundlag for organiseringen af sygehuset som helhed
- FAM-rapportens grundlæggende principper bør videreføres i hele sygehuset. Det drejer sig om: standardiserede tidsstyrede patientforløb, patientnær mobil teknologi (også kaldet schweitzerknivsteknologi), stafetmetoden, specialiserede teams, fuld integration af forskning, innovation og uddannelse i dagligdagen og fuldt integrerede IT-systemer
- Fokuseringen på sammenhængende patientforløb betyder, at organisering af sygehuset som helhed bør overvejes. Det er arbejdsgruppens forslag, at organiseringen kan ske via kompetenceklynger, som går på tværs af specialer og i videst mulig udstrækning skal indeholde hele patientforløbet. Ledelsesstrukturen må i givet fald tilpasses denne organisering
- Patienten er hædersgæsten på sygehuset og brugerne af sundhedsvæsenet er en selvstændig kilde til værdiskabelse og bør involveres i langt højere grad end nu

3.1 Den overordnede udfordring for en generisk sygehusmodel

Sygehuse er centrale institutioner i det danske velfærdssamfund og har det kendemærke, at der er noget ekstraordinært på spil for brugerne. Sygehuse beskæftiger sig med livets ekstremer herunder fødsel, sygdom og død. Deres tilgængelighed og kvalitet har derfor konkret betydning for hver eneste borger.

Sygehusenes opgaver forandrer sig over tid. Skal sygehuse være tidssvarende, så må de løbende forandre sig, så de lever op til tidens krav og udnytter tidens muligheder. Videnskabelige erkendelser, teknologiske fremskridt, demografi, sygdomsudvikling og samfundets udvikling skubber til udviklingen, og resultatet er til at få øje på. Danskerne lever længere og er sundere end nogensinde før.

Udfordringen for nutidens sygehuse er ikke væsentlig anderledes end for andre virksomheder - der skal leveres høj kvalitet til lave omkostninger.

Men offentlige sygehuse har den særlige udfordring, at deres eksistensberettigelse er direkte relateret til den værdi, som de kan skabe for den enkelte bruger - på sygehuse er det patienterne, der er aktionærer. Samtidig er sygehuse vidensvirksomheder, der bidrager til de generelle sundhedsvidenskabelige fremskridt, og som kun kan imødekomme patienternes behov ved at have kompetente og veluddannede medarbejdere.

Ovenstående forhold gør sygehusenes udfordring kompleks, og der findes ingen simple svar på, hvordan udfordringerne kan imødekommes.

En række forhold præsenterer en udfordring i forhold til leveringen af kerneydelsen:

- Patienternes forventninger til sundhedsvæsenet øges med stigende krav om korte ventetider, bedre service og dokumentation for kvaliteten af ydelserne
- Patienternes sundhedstilstand og sygdomsmønster ændrer sig særligt pga. den demografiske udvikling, hvilket påvirker behovet for sundhedsydelser
- Sundhedsvæsenet vil i stigende omfang komme til at operere i et frit sundhedsmarked understøttet af patientrettigheder. Også i fremtiden må man forvente et kombineret offentligt og privat sundhedsvæsen, der sandsynligvis vil blive udfordret af europæiske aktører efterhånden, som de europæiske patientrettigheder slår i gennem
- Effektiv ressourceudnyttelse er et grundvilkår. Regionens muligheder for omprioritering af ressourcer mellem sektorer er stærkt begrænsede, da der ikke er hjemmel til at flytte ressourcer mellem opgaveområderne
- Stigende specialisering er betinget af den sundheds-teknologiske udvikling. Samtidig vil de centrale sundhedsmyndigheders krav til udførsel af specialiserede behandlinger øges
- Behandlingsmulighederne vil øges og blive mere højteknologiske med mulighed for skræddersyede individualiserede behandlinger.

Dette vil indebære mere komplekse patientforløb og en kraftig vækst på det ambulante område og en beskeden eller stagnerende vækst på det stationære område

- Informationsteknologien vil give muligheder for at distribuere sundhedsydelser på nye måder gennem telemedicinske IT-løsninger
- Den organisatoriske, sundhedsfaglige og patientoplevede kvalitet vil være i stigende fokus med krav om dokumentation og løbende kvalitetsudvikling med udgangspunkt i Den Danske Kvalitetsmodel
- Der vil være konkurrence om kompetente medarbejdere. Rekruttering og fastholdelse vil derfor være et prioriteret fokusområde
- Strukturreformen og sundhedsloven giver en anden arbejdsfordeling mellem sektorerne. En stor del af sundhedsopgaverne ligger nu i kommunerne, og kravene til et velfungerende tværsektorielt samarbejde er større end nogensinde

Der arbejdes intenst med planer for sygehusstruktur, specialefordeling, kommunesamarbejde og ikke mindst sygehusbyggeri for tocifrede milliardbeløb. Der er opbrud i sundhedsvæsenet, og vi står overfor en markant udfordring. Strukturændringer og byggeri er kun en del af løsningen, for erfaringen er, at vi først former organisationerne, hvorefter de former os.

På baggrund af ovennævnte udfordringer er der brug for et perspektivskifte i sundhedsvæsenet. Inspireret af det arbejde, som er foregået med beskrivelse af FAM-konceptet, kan der peges på 5 centrale udfordringer:

- Optimering af enkeltdele bør afløses af sammenhængende patientforløb. Patientens problem bliver ofte ikke løst i et fragmentarisk forløb, som kan indvirke negativt på patientsikkerhed og kvalitet
- Fremtidens sygehuse er vidensvirksomheder, og faglige traditioner bør brydes og afløses af vidensdrevet udvikling. Evidens, forskning, innovation og uddannelse bør være en integreret del af et moderne sygehus
- Udvikling bør være brugerdrevet og ikke systemdrevet. Heri ligger en erkendelse af, at brugerne er en kilde til værdiskabelse og bør involveres i langt højere grad end nu
- Udviklingen bør være opgavedrevet og ikke professionsdrevet. Rigide faggrænser bør brydes, og der bør tages udgangspunkt i den fælles opgave: At skabe optimale forløb for brugerne
- Ledelsesmodellen bør udfordres og forandres fra professionsledelse til ledelse af sundhedsopgaver. Fremtidens sygehuse vil blive båret af multispecialiserede tværfaglige teams, og ledelsessystemet bør tilpasses dette

Figur 3.1 - Drivkræfter i nutidens og fremtidens sygehusvæsen



Det er helt centralt at tage udgangspunkt i patientens forventninger til de sygehusydelse, der efterspørges. Det er god latin at sige, at patienten skal i centrum, men det er en grundlæggende misforståelse - patienten skal i flow, og det sker ikke i centrum. Den grundlæggende tilgang i denne rapport er en værdikædetankegang, hvor udgangspunktet er at optimere de processer, som er værdiskabende for patienten.

3.2 Forslag til en syddansk sygehusmodel

I denne rapport sættes rammen for en generisk sygehusmodel. Modellen sætter rammen for sygehusenes virke, men bør oversættes til en lokal virkelighed. Den generiske model er et forsøg på at beskrive det fælles arvemateriale, vi skal bygge det syddanske sygehusvæsen på, men det er ikke tanken at skabe en ensartet løsning. Tværtom er forskellighed en styrke, som fremmer resultater og innovation.

I dette afsnit redegøres for arbejdsgruppens overordnede forslag til et organisatorisk og fagligt grundkoncept. Først beskrives de overordnede overvejelser vedrørende organisering af sygehusene. Derefter beskrives 3 grundlæggende værdikredsløb, som har betydning for patientforløbene: Patientkredsløbet, servicekredsløbet og videnskredsløbet. I de efterfølgende kapitler er koncepterne nærmere og mere detaljeret uddybet.

3.2.1 Overordnede overvejelser vedr. organisering

Udgangspunktet for beskrivelsen af organiseringen af fremtidens sygehuse er de udefrakommende udfordringer, som er beskrevet i afsnit 3.1. I FAM-rapporten er der som nævnt givet nogle svar på disse udfordringer.

Arbejdsgruppens vurdering er, at disse svar også bør være gældende i resten af sygehuset - nemlig at perspektivet for fremtidens sygehuse skal være: Sammenhængende patientforløb, brugerinvolvering, fokus på viden, evidens og forskning samt fokus på at løse opgaven frem for fokus på professioner og overholdelse af faggrænser.

Det er særligt spørgsmålet om, hvordan man sikrer sammenhængende patientforløb, som giver anledning til at overveje organiseringen af fremtidens sygehuse. Som anført ovenfor er det sammenhængende patientforløb kerneprocessen på sygehuset og hovedelementet i patientkredsløbet. Den stadige subspecialisering og de mere komplekse udrednings- og behandlingsforløb bevirker imidlertid, at de færreste patientforløb kan gennemføres i én af de traditionelle specialerettede afdelinger, vi kender fra sygehusene i regionen.

FAM-konceptet er en illustration af, at en tværspecialiseret og tværfaglig tilgang er nødvendig for på en kvalificeret måde at rumme de akutte patientforløb. Langt hovedparten af de akutte forløb forventes i forlængelse heraf at kunne afsluttes i FAM. Overvejselen er derfor, at der på tilsvarende vis bør kunne skabes nye konstellationer af specialer og arbejdsmåder på det øvrige sygehus til at løfte opgaven med de patientforløb, som ligger uden for FAM. Derved kan der peges på en vision om, at alle patienter - både i og uden for FAM - mødes af specialiserede teams i et tværspecialiseret fagligt miljø, der i videst mulig udstrækning tager vare på hele patientforløbet.

Udgangspunktet for beskrivelsen af den fremtidige organisering er endvidere en erkendelse af, at etablering af FAM på akutsygehusene vil medføre meget store ændringer for det øvrige sygehus. Modtagelse af akutte patienter vil fremover ligge i FAM. Sengeafdelingerne på det øvrige sygehus vil derfor få et mere elektivt præg, idet de akutte patienter allerede er diagnosticerede og sat i behandling i FAM. Dertil kommer så de egentlige elektive patienter, som indkaldes til behandling. Dagligdagen og vagttiden på sengeafdelingerne må derfor forventes at være langt mere rolig og forudsigelig end i dag.

Vilkårene for de traditionelle specialerettede afdelinger vil desuden ændres, fordi vægtningen af opgaverne vil ændre sig markant. For så vidt angår den stationære del af opgaverne, vil opgavemængden skrumpes ind. En del af den stationære opgave vil komme til at ligge i FAM, og derudover forudsættes generelt, at sengemassen reduceres via effektivisering af patientforløbene bl.a. på baggrund etablering af FAM (jf. Ekspertpanelet vedr. sygehusinvesteringers forudsætninger).

Som det fremgår af kapitel 4, vil sengemassen på de traditionelle specialerettede afdelinger således blive reduceret med ca. en tredjedel. Samtidig forventes der en kraftig vækst på 50 % i den ambulante aktivitet.

Balancen mellem opgaverne i den del af sygehuset, som ligger uden for FAM, vil således forskybnes betydeligt. Der sker en forskydning fra stationær til ambulans, og den stationære opgave, som bliver tilbage, vil få et langt mere elektivt præg.

Ovenstående rejser nogle væsentlige spørgsmål som f.eks.: Hvad er den driftmæssigt ideelle størrelse for fremtidens sengeafsnit? Hvordan sikres en fleksibel drift af sengeafsnittene, når specialernes sengeforbrug bliver mindre?

Den udfordring, som alle sygehuse i regionen står overfor, er helt overordnet:

- Hvordan skal sygehuset organiseres, så det sammenhængende patientforløb i en stadig mere subspecialiseret og fragmenteret faglig virkelighed sikres, og
- Hvordan sikres en fleksibel drift i en situation, hvor specialernes opgaver forskydes fra stationær til ambulans karakter, og hvor nogle specialerrettede sengeafdelinger vil blive meget små

Vurderingen i arbejdsgruppen er, at denne udfordring ikke kan matches af den nuværende organisatoriske ramme. Sygehusene er i dag opbygget med traditionelle afdelinger, der er defineret ud fra de lægelige specialer. Denne struktur er understøttet af drifts- og ledelsesstrukturen og begrænset i sin mulighed for at disponere i patientens samlede forløb. Der er adskillige eksempler på, at dette forringer kvaliteten i patientforløbene særligt i komplekse patientforløb, der strækker sig over flere specialer f.eks. mange kræftforløb. Samtidig vil en fastholdelse af denne organisering medføre, at nogle specialer vil få meget små sengeafsnit.

Arbejdsgruppens forslag er, at der i vid udstrækning skal ske et brud med den traditionelle specialerrettede afdelingsstruktur. Organisationen bør i fremtiden tilpasses patientforløbene og ikke omvendt. I denne rapport lanceres begrebet "kompetenceklynger", som er tænkt som svaret på ovenstående udfordring. En kompetenceklynge er et resultatcenter for organisatorisk, sundhedsfaglig og patientoplevelse kvalitet og udgøres af en organisatorisk tværfaglig og tværspecialiseret enhed, der har ansvar for at gennemføre en række forud definerede patientforløb i sit fulde spektrum.

For at kunne honorere visionen om, at det er patientforløbene, som definerer organiseringen og ikke omvendt, vil arbejdet inden for kompetenceklyngerne være organiseret i patientforløbszoner, som er ansvarlige for en

gruppe af beslægtede patientforløb - fra først til sidst både ambulans, stationær, diagnostisk, medicinsk og kirurgisk virksomhed.

Forslaget til etablering af kompetenceklynger, ledelsesstrukturen og vagtafviklingen er nærmere beskrevet i kapitel 5.

I FAM-rapporten forholdt man sig til en række grundlæggende principper for udøvelse af fagligheden. Det stod hurtigt klart i gruppens arbejde, at disse principper har universel karakter og er et udtryk for en sund klinisk kultur, der fokuserer lige dele på gode effektive patientforløb og patientsikkerhed.

De grundlæggende principper bag FAM er:

- Standardiserede tidsstyrede patientforløb gøres til et universelt princip, som bør gælde for alle patienter, hvad enten deres patientforløb begynder akut, elektiv eller ambulans. Standardiserede tidsstyrede patientforløb er en vej til at reducere interne ventetider og sikre effektive patientforløb, så udredning og behandling foregår uden ventetid med mindre denne er fagligt betinget. Denne tilgang vil videreudvikle det syddanske brand - "pakkelogi", som i høj grad har skabt resultater og forbedret kvaliteten i patientbehandlingen på en lang række områder
- Patientnær mobil teknologi (også kaldet schweitzerknivsteknologi) gøres til et universelt princip. Præmissen i dette princip er todelt. For det første fremmer patientnær mobil teknologi, at undersøgelse, observation og behandling foregår der, hvor patienten er - kort sagt kommer teknologien til patienten og ikke omvendt. For det andet fremmer tilgangen en sund og reflekteret ordinationskultur - den, der ordinerer, gennemfører selv handlingen og tager konsekvensen. Der er mange eksempler på, at dette har styrket de faglige miljøer og forbedret kvaliteten f.eks. på det gynækologiske/obstetriske og kardiologiske område
- Stafetmetoden gøres til et universelt princip. Stafetmetoden har som præmis, at man ikke videregiver et patientforløb til en anden uden, at der foreligger en konkret plan. Afgiver skal være sikker på, at modtager er tilstrækkelig informeret og har sikkert fast, før stafetten videregives. Overgange i patientforløb er erfaringsmæssigt potentielt risikobetonede, og selvom stafettilgangen øger patientsikkerheden, er det bedst, at der er så få overgange som muligt i patientforløbet. Dette er et selvstændigt argument for, at patientforløbene kan rummes indenfor den samme organisatoriske ramme. Stafetmetoden skal også være bærende princip ved de tværsektorielle overgange i patientforløbene

- Specialiserede teams gøres til et universelt princip. Et specialiseret team er ikke det samme som et lægeligt speciale, men en konstellation af kompetencer der kan rumme et maksimum af patientforløbet. Et specialiseret team er tværfagligt og oftest tværspecialiseret, har et dedikeret fokus på patientforløbet og bør organisatorisk og ledelsesmæssigt understøttes i sit virke. Regionens fornemmeste resultater er opnået i de driftsenheder, der har haft øje for denne måde at organisere det kliniske arbejde på
- Fuld integration af forskning, innovation og uddannelse i dagligdagen. Sygehuse er på samme tid drifts- og vidensvirksomheder og har et eksplicit behov for at skabe, formidle og omsætte viden. Forskning, innovation og uddannelse er investering i fremtiden og understøtter en videnskultur, som er en forudsætning for, at vi kan honorere de udfordringer, som fremtiden byder
- Fuldt integrerede IT-systemer. Viden er vigtig, men hvordan, den forbindes, er vigtigere. Det er en absolut nødvendighed for såvel den patientoplevede som den sundhedsfaglige og organisatoriske kvalitet, at der er overblik over det samlede patientforløb, hvilket kræver fuldt integrerede IT-løsninger

3.2.2 Patientkredsløbet

En patient kan komme på sygehus på to måder afhængig af sygdommens karakter.

Mange sygdomme opstår akut, og disse patientforløb vil i en nær fremtid blive håndteret i de fælles akutmodtagelser. Disse patienter er kendetegnet ved et akut og uafviseligt behov, som bør imødekommes straks.

Mange andre sygdomme er kendetegnet ved ikke akutte symptomer, der får patienten til at søge sin praktiserende læge, som ved behov henviser patienten til specialistvurdering på et sygehus. Disse patienter har ikke et akut behov og kan indkaldes til nærmere vurdering ud fra en række kriterier, som reelt betinges af sygdommens potentielle alvor og de lovfæstede patientrettigheder.

Kort sagt vil regionens fremtidige sygehuse have en varm og en kold del undtaget samedags-sygehuset i Tønder, Rygcentret i Middelfart, Nyborg Sygehus, evt. Fredericia Sygehus og frikliniken i Give - de har kun en kold del. De psykiatriske sygehuse vil ligeledes være opdelt i en varm og kold del.

Som en konsekvens af akutplanen er nogle sygehuse gjort mere varme og andre mere kolde. Et akutsygehus har en brandvarm akut del, og et specialsygehus en tilsvarende iskold del for indkaldte patienter. Men begge sygehusformer rummer et bredt spektrum af sygehusydelser, som kan rumme de fleste patientforløb afhængigt af udgangspunktet. I nedenstående figur er de 2 principielle patientkredsløb beskrevet - et for de akutte og et for de indkaldte patienter.

Patientforløbet i en ny organisering er nærmere beskrevet i kapitel 5.

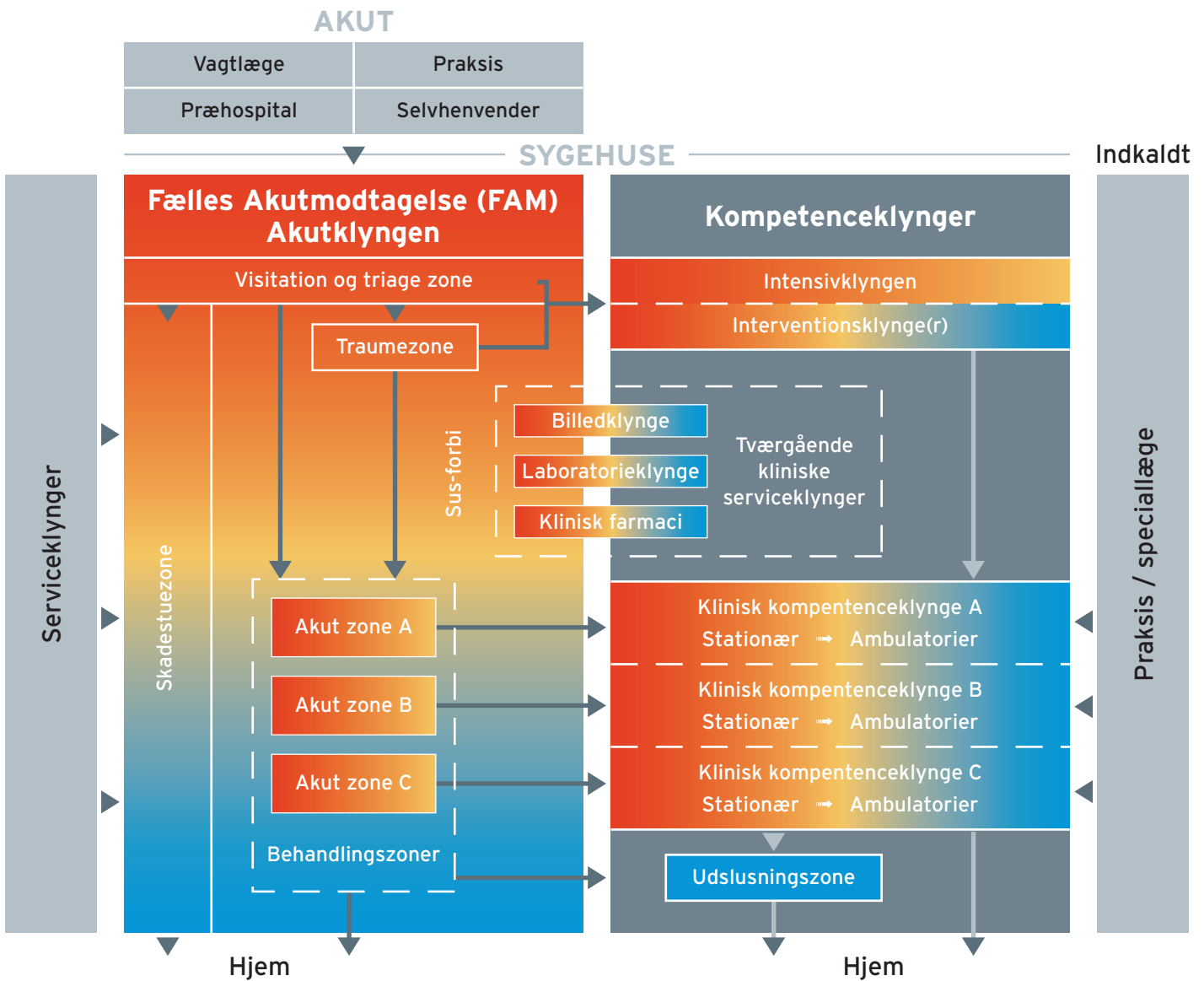
En **akut patient** vil blive behandlet i FAM undtagen de få udvalgte "sus-forbi-patienter". Efter triagering og visitation vil patienten enten blive behandlet i en traumezone, en akutzone eller på skadestuen ud fra de kriterier, der er beskrevet i FAM-rapporten. De fleste (70-80 %) vil blive udskrevet direkte til eget hjem og vil således ikke komme i kontakt med resten af sygehuset. En del vil dog før udskrivelse gøre ophold i et udslusningsområde, som er fælles for hele sygehuset. Et udslusningsområde er en servicezone med en række patientrettede faciliteter, der har særlig fokus på sektorovergange og samarbejdet med primær sektoren.

De 20-30% af patienterne, der ikke kan færdigbehandles i FAM, vil blive overført til en patientforløbszone, der har en særlig kompetence i forhold til det konkrete patientforløb. Udgangspunktet vil være, hvor patienten er i et standardiseret tidsstyret patientforløb. Patientforløbszonerne er en del af en større kompetenceklynge, som omfatter flere specialer, og som så vidt muligt kan rumme hele patientforløbet. Patientforløbszonen er bemannet med specialiserede tværfaglige og ofte tværspecialiserede teams, som varetager patientforløbet fra først til sidst. Efter endt behandling vil patienten blive udskrevet til eget hjem evt. efter et kort ophold i udslusningsområdet.

Behandlingen i patientforløbszonen vil variere afhængig af patientens behov og vil rumme både stationær og ambulante aktivitet. Fysisk nærhed mellem den stationære og ambulante aktivitet i patientforløbszonen vil være en fordel, men ikke en nødvendighed. Den praktiske indretning af patientforløbszonerne vil variere med typen af patientforløb.

Nogle få akutte patienter vil have behov for en højteknologisk eller invasiv indsats, som af praktiske grunde centraliseres som fælles kompetenceklynger for hele sygehuset. Efter endt invasiv eller højteknologisk behandling vil patienten typisk blive overført til en patientforløbs-

Figur 3.2 - Grundlæggende struktur for sygehuset som helhed



zone, men få ukomplicerede patienter vil komme tilbage til FAM og udskrives derfra.

Den "kolde" indkaldte patient vil være henvist direkte til en patientforløbszone fra en praktiserende læge. Disse patienter tildeles et standardiseret tidsstyret patientforløb, hvoraf nogle vil indebære en meget hurtig udredning og behandling (f.eks. patienter der indgår i kræft- eller hjertepakker). Fælles for disse forløb er i praksis, at det langt overvejende indebærer et ambulans respons evt. suppleret med en ambulans procedure som f.eks. en skopi eller en ultralydsundersøgelse.

Efter den initiale vurdering vil den indkaldte patient enten kunne afsluttes eller have behov for supplerende udredning eller behandling.

Den udredning, der ikke kan gennemføres i patientforløbszonen, vil typisk være avanceret radiologisk eller nuklearmedicinsk billeddiagnostik, der af teknologiske årsager vil være centraliseret på sygehuset. Af hensyn til fleksibiliteten i patientforløbene er det afgørende, at der er velbeskrevne samarbejdsrelationer mellem disse billeddiagnostiske enheder og patientforløbszonerne således, der sikres flow i patientforløbet.

3.2.2.1

Brugerdreven innovation - patienten som en del af teamet

Den nye patientrolle har været sat på dagsordenen i over 15 år og er til stadig debat. Det er i dag blevet legitimt at tale om patienten som forbruger og sundhedsområdet som et marked, der langsomt er ved at forandre sig fra udbud til efterspørgsel. For at skabe et attraktivt sundhedstilbud er det netop afgørende at inddrage brugerne i udviklingen af tilbuddet. Patienternes tilkendegivelse er et afsæt til at blive endnu bedre.

For at inddrage patienterne er der 7 vigtige forhold, som skal tages i betragtning. Nye patientroller kræver herunder, at patienterne støttes i den nye rolle:

- Medbestemmelse afhænger af, hvornår og hvor meget information der gives
- Medbestemmelse kræver lokale ændringer af det kommunikative mønster, som skabes lokalt
- Medbestemmelse kræver åben dialog og italesættelse - også af de ting, som parterne potentielt kan være uenige om
- Det er de små daglige handlemåder, der skaber niveauet af patientinddragelse i daglig klinisk praksis
- Hvor synlig er beslutningsprocessen?
- Hvor meget af den foregår i rum, hvor patienten er til stede?
- Hvor tilgængelige er de sundhedsprofessionelle mellem møderne/konsultationerne?

Der findes en række områder, hvor patienterne helt oplagt kan bidrage med værdifuld viden om sundhedsvæsenets opgaveløsning. Patienterne kan bidrage med viden i forhold til kvalitet, det faglige tilbud og service.

I forhold til kvalitet kan patienterne primært belyse organisationens evne til at være tilgængelig samt hvorvidt, der er rimelige ventetider. Patienterne kan også bidrage med viden om det faglige tilbud herunder, om kvaliteten er i orden og hvilke tilbud, som findes attraktive. Sidst men ikke mindst kan patienterne bidrage med viden om service i forhold til informationsniveau, forventningsstyring, personlig omsorg og de fysiske rammer.

I arbejdsgruppens optik er patienten hædersgæsten og er af den overbevisning, at brugerne af sygehusvæsenet er en selvstændig kilde til værdiskabelse, og bør involveres i langt højere krav end nu.

3.2.3

Servicekredsløbet

Der skal ved indretningen af fremtidens sygehus træffes en række valg om indretningen af den ikke-kliniske service. Retningsgivende for valg af løsninger bør være effektivitet og optimal understøttelse af hurtige patientforløb af høj kvalitet.

Sygehuset skal derfor indrettes med driftssikker tidsvarende teknologi og IT i integrerede løsninger. Teknologien skal være "State of Art".

Generelt skal sygehuset indrettes:

- Fleksibelt, så antallet af senge og ambulatorier kan veksles mellem kompetenceklynger efter behov
- Elastisk så alle funktioner kan udvides/indskrænkes efter behov
- Med generalitet, så lokaler kan anvendes til så mange forskellige formål som muligt

Den ikke-kliniske service på sygehuset indbefatter sterildepot og sterillager, portørtjeneste og rengøring, sekretærservice, bespisning og kost samt tekstil og vaskeriservice. Logistkløsningen i forhold til den ikke-kliniske service bør understøtte "just in time" levering, som i videst mulige omfang bør automatiseres.

3.2.4

Videnskredsløbet

Forskning, udvikling, videnspredning og uddannelse skal anvendes strategisk til at udnytte og bidrage til de generelle sundhedsvidenskabelige fremskridt på regionens sygehuse. Med etableringen af specialiserede teams i et tværspecialiseret fagligt miljø skabes der en enestående mulighed for at nytænke, hvordan der i fremtidens sygehusvæsen produceres viden og anvendes ny viden.

Tankerne er analoge til det, der er beskrevet i Rapport om Fælles Akutmodtagelser (FAM) om forskning, kvalitetsudvikling og uddannelse.

Grundtanken er at forskning, udvikling og uddannelse skal være en integreret del af driften og således være tæt knyttet til patientforløbene. Dette skal bl.a. fremmes ved, at der ansættes en forskningsansvarlig overlæge inden for hver enkelt kompetenceklynge.

Til at understøtte forskning og vidensudvikling skal der sættes fokus på datamonitorering.

Der skal etableres en læringskultur, hvor man kan øve sig og søge nødvendig viden der, hvor man arbejder herunder såkaldte videns- og uddannelseszoner. Samtidig skal uddannelsesstrukturen tilpasses den nye organisering, hvilket er en selvstændig opgave at få beskrevet i en senere proces.

Videre skal der sættes fokus på brugerdreven innovation, hvor der i tilrettelæggelsen af patientforløb i højere grad ønskes opmærksomhed på patientens mulighed for inddragelse i patientforløbet. Patientens inddragelse kan således blive en kilde til yderligere generering af viden.

De nærmere detaljer omkring videnskredsløbet er beskrevet i kapitel 7.

4.0 Dimensionering af fremtidens sygehuse

Arbejdsgruppens prognose på baggrund af Ekspertpanelet vedr. sygehusinvesteringers kriterier:

- Sengemassen på den del af sygehuset, som ligger uden for FAM, vil blive reduceret med ca. en tredjedel
- Den ambulante aktivitet vil stige med ca. 50%
- Balancen i opgaverne vil således forrykkes væsentligt mod ambulante aktiviteter

Den nye organisering vil gøre FAM til sygehusets omdrejningspunkt og primære indgangsportal og vil få stor betydning for de øvrige afdelinger og balancen på det enkelte akutsygehus.

Udgangspunktet for dette afsnit er de forudsætninger, som er nævnt i FAM-rapporten. Afsnittet repeterer, hvorledes FAM skal dimensioneres, og hvor stor FAM aktivitetsmæssigt bliver. Endvidere præsenteres forventningerne til, hvor stor det øvrige sygehus aktivitetsmæssigt bliver.

I Region Syddanmark skal der etableres i alt fem fælles akutmodtagelser i henholdsvis Odense, Svendborg, Kolding, Esbjerg og Aabenraa. Derudover etableres specialsygehuse i Vejle, Sønderborg, Middelfart og Grindsted. Ærø Sygehus' status m. ø-sygehus forbliver uændret, og i Give sker der en fortsat udbygning af Friklinikken. I psykiatrien er der akutmodtagelser Odense, Svendborg, Vejle, Esbjerg og Augustenborg (på sigt i Aabenraa).

4.1 Forudsætninger - grundlag for fremskrivning: Aktivitet 2007

Som grundlag for beregning af den fremtidige aktivitet og dimensionering er anvendt aktivitet for 2007 jf. nedenstående tabel, hvor der er medtaget hovedaktivitetstal.

Tabel 4.1 - Aktivitet i 2007 fordelt på sygehusenheder og matrikler

Sygehus	Udskrivninger	Sengedage	Senge	Ambulante besøg	Skadestuebesøg
OUH i alt	94.981	415.827	1.352	599.509	88.028
OUH/Middelfart	70.097	302.758	987	458.428	62.028
Svendborg/Faaborg/Nyborg	23.478	97.886	316	119.242	26.000
Ringe	319	10.592	34	18.551	0
Ærø	1.087	4.591	15	3.288	0
SHS i alt	40.126	161.871	526	203.429	38.873
Sønderborg	18.660	81.214	266	116.496	6.759
Haderslev	7.470	31.693	102	44.028	4.789
Tønder	1.138	7.006	23	8.292	3.441
Aabenraa	12.858	41.958	135	34.613	23.884
SVS i alt	43.647	159.260	518	192.635	32.245
Esbjerg	37.325	131.993	430	169.044	30.588
Grindsted	5.067	18.621	60	14.757	1.657
Brørup	1.255	8.646	28	8.834	0
SLB i alt	51.954	213.774	697	365.994	46.082
Give	1.083	11.147	36	18.930	0
Fredericia	7.272	31.530	102	51.391	0
Kolding	23.215	90.829	300	109.140	24.668
Vejle	20.384	80.268	259	186.533	21.414
I alt	230.708	950.732	3.093	1.361.567	205.228

Aktivitetstallene for 2007 er ikke direkte sammenlignelige med den dimensionerede fremskrevne aktivitet for 2020. Der er således foregået en proces fra udgangspunktet i 2007 med vedtagelsen af akutplanen.

Dvs. at:

- Der er ændret i optageområder
- Der er ændret ved specialernes fordeling/placering
- Aktivitet for lukkede sygehuse er fordelt

4.2 Forudsætninger - FAM og det øvrige sygehus

Nedenfor er angivet de forudsætninger, som dimensioneringen af sygehusene i 2020 tager udgangspunkt i:

- FAM dimensioneres jf. FAM-rapportens anbefalinger
- Det forventes, at 70-80% af de akutte patienter vil blive færdigbehandlet i FAM
- På trods af øget omlægning fra stationær- til ambulantly behandling vil der, som følge af demografisk og sygdomsmæssig udvikling, ske en vækst i antal stationære indlæggelser på ca. 22%
- Samtidig forventes en reduktion i den gennemsnitlige liggetid på ca. 34%. Samlet set medfører udviklingen en reduktion i sengemassen på ca. 20 pct. i forhold til i dag
- Som følge af omlægningen fra stationær behandling til ambulantly behandling forventes en stigning i den ambulante aktivitet på 50% i 2020 i forhold til niveauet for 2007

Dimensioneringen af de fremtidige sygehuse og balancen internt på sygehusene bliver væsentligt ændret som følge af etableringen af FAM.

Som udgangspunkt er patientgrundlaget for FAM alle akutte patienter. Der er dog en række undtagelser, som består af patientgrupper, der anbefales "at suse forbi" FAM eller, som indlægges på sygehuset på anden vis end gennem FAM. Disse indgår ikke i FAM dimensioneringen, men i dimensioneringen af det øvrige sygehus (stamafdeling).

Det drejer sig om følgende:

- Visse kardiologiske patienter (67% - 80% jf. Rapport om Fælles Akutmodtagelser (FAM))
- Neonatale patienter
- Obstetriske patienter (fødsler)
- Terminale patienter
- Åbne indlæggelser

Dimensioneringen af regionens sygehuse i 2020 tager udgangspunkt i Ekspertpanelet vedr. sygehusinvesteringers anbefalinger.

Grundprincippet for dimensionering af regionens fremtidige sygehuse er, at sygehusene skal kunne dække efterspørgslen efter sygehusydelse for deres naturlige opland - dog med enkelte justeringer i forhold til konsekvenserne af specialsygehusenes opgaveportefølje, specialeplanlægningen og sikringen af patientgrundlaget for akutfunktionerne i Svendborg.

4.3 Dimensioneringen af sygehusene - FAM og det øvrige sygehus

De nedenstående tabeller viser dimensioneringen af sygehusene i forhold til FAM og det øvrige sygehus. Aktivitetstallene er i overensstemmelse med forudsætningerne i FAM-rapporten og Ekspertpanelets anbefalinger samt indarbejdelse af de generelle forudsætninger i forbindelse med akutplanen og den endelige specialefordeling herunder omflytninger mellem sygehusene.

Tabellerne viser dimensioneringen af sygehusene i 2020.

Tabel 4.2 - Forventet aktivitet i FAM og sengeafdelinger på sygehusniveau i 2020

Sygehus	FAM		Stamafdelinger	
	Sengedage	Senge	Sengedage	Senge
OUH i alt	38.838	133	284.353	926
Odense	25.696	88	200.373	654
Svendborg	13.142	45	80.692	261
Ærø	0	0	3.288	11
SHS i alt	16.060	55	106.386	347
Sønderborg	0	0	22.160	71
Aabenraa	16.060	55	84.226	275
SVS i alt	18.980	65	106.610	347
Esbjerg	18.980	65	92.860	303
Grindsted	0	0	13.750	44
Lillebælt i alt	18.980	65	163.036	531
Kolding	18.980	65	109.971	360
Vejle	0	0	48.460	156
Rygcenter	0	0	4.605	15
I alt	92.858	318	660.385	2.151

Tabel 4.2 viser aktiviteten i FAM og stamafdelinger på sygehusene i 2020, fordelt på indlæggelser, sengedage og antal senge.

Implementeringen af FAM-konceptet medfører en væsentlig ændring i opgavesammensætningen på stamafdelingerne således, at balancen mellem stationære og ambulante opgaver skifter mod mere ambulante aktiviteter. Opgaverne vedr. de stationære patienter reduceres betydeligt dels som følge af, at en væsentlig del af behandlingen og udredningen fremover varetages i FAMerne og dels fordi, der forudsættes en betydelig reduktion i den gennemsnitlige liggetid. Som følge heraf forventes det, at stamafdelingerne bliver 30% mindre i perioden 2007-2020. Reduktionen i liggetid modsvares af en tilsvarende stigning i den ambulante aktivitet, hvor der forventes en generel vækst på 50 pct., både hvad angår alm. ambulante besøg og dagkirurgi.

Ovenstående tabel afspejler den stationære dimensionering i 2020 for både FAM og det øvrige Sygehus.

Tabel 4.3 (på næste side) viser aktiviteten i 2020, fordelt på indgang. Dvs. den andel af patienter der kommer på stamafdelingen via FAM, eller direkte som akut eller elektiv indlagt på stamafdeling. Fordelingen mellem de tre typer af indgange er nogenlunde ens for alle sygehuse med FAM, og langt størstedelen af aktiviteten målt i sengedage tilgår stamafdelingerne via FAMerne. Det generelle billede på sygehuse med FAM'er er, at aktiviteten i stamafdelingerne målt i sengedage er sammensat af 75-80 pct. FAM-overflytninger, 2-4 pct. akutte indlæggelser direkte på afdelingen og 17-20 pct. elektive indlæggelser. OUH adskiller sig pga. de højt specialiserede funktioner fra denne fordeling ved at have en større andel elektive indlæggelser end de øvrige sygehuse.

Tabel 4.4 (på næste side) viser den ambulante aktivitet fremskrevet til 2020, fordelt på ambulante besøg og skadestuebesøg. Som ovenfor skrevet er der forudsat en stigning i den generelle ambulante aktivitet med 50 pct., mens skadestuebesøgene kun fremskrives på baggrund af den demografiske udvikling. Etableringen af FAMerne samt den betydelige stigning i den ambulante aktivitet medfører at det ambulante område kommer til at udgøre et stadig større andel af stamafdelingerne samlede aktivitet.

Tabel 4.3 - Aktivitet i stamafdelinger i 2020

Sygehus	Via FAM til stamafdeling		Akut indlagt på stamafdeling		Elektiv aktivitet i stamafdeling	
	Sengedage	Senge	Sengedage	Senge	Sengedage	Senge
OUH i alt	169.408	550	27.474	94	87.471	283
Odense	112.561	366	18.052	62	69.760	226
Svendborg	56.847	183	6.831	23	17.014	55
Ærø	0	0	2.591	8	697	2
SHS i alt	58.863	191	26.937	89	20.586	67
Sønderborg	0	0	17.533	57	4.627	15
Aabenraa	58.863	191	9.405	32	15.959	52
SVS i alt	59.842	194	22.773	76	23.995	77
Esbjerg	59.842	194	12.298	42	20.720	67
Grindsted	0	0	10.475	34	3.275	11
Lillebælt i alt	77.747	253	46.457	153	38.832	125
Kolding	77.747	253	13.831	47	18.393	60
Vejle	0	0	30.883	100	17.577	57
Rygcenter	0	0	1.743	6	2.862	9
I alt	365.859	1.188	123.642	411	170.884	552

Tabel 4.4 - Ambulant aktivitet på sygehusniveau i 2020

Sygehus	Ambulante besøg	Skadestuebesøg
OUH i alt	882.306	81.644
Odense	698.599	54.751
Nyborg	33.821	—
Svendborg	145.168	26.893
Ærø	4.718	—
SHS i alt	301.561	35.574
Sønderborg	67.700	8.364
Aabenraa	223.056	24.146
Tønder	10.804	3.063
SVS i alt	260.417	31.467
Esbjerg	248.860	29.899
Grindsted	11.558	1.568
Lillebælt i alt	575.396	59.142
Kolding	310.483	35.821
Vejle	218.334	16.426
Rygcenter	46.578	3.913
Fredericia	—	2.982
I alt	2.019.680	207.827

Tabel 4.5 - Operationer på sygehusniveau i 2020

Sygehus	Akut	Elektiv	Ambulant
OUH i alt	16.428	20.709	40.458
Odense	11.938	15.992	32.069
Nyborg	0	0	3.432
Svendborg	4.445	4.697	4.427
Ærø	44	20	531
SHS i alt	5.408	5.774	20.324
Sønderborg	115	1.255	3.221
Aabenraa	5.293	4.519	17.103
Tønder	0	0	0
SVS i alt	5.695	6.842	10.770
Esbjerg	5.647	5.118	10.275
Grindsted	48	1.724	495
Lillebælt i alt	8.746	9.806	29.010
Kolding	8.348	5.434	13.630
Vejle	277	3.483	15.333
Rygcenter	121	889	47
I alt	36.276	43.131	100.563

Tabel 4.5 viser operationsaktiviteten i 2020. Operationsaktiviteten er fremskrevet på baggrund af de forudsætninger Ekspertpanelet har udarbejdet om forslag til fælles forudsætninger. I forhold til operationsaktiviteten i dag forudsættes en stor stigning i ambulante operationer (også som følge af omlægning fra stationær- til ambulante behandling).

5.0 Patientkredsløbet

I nedenstående afsnit uddybes arbejdsgruppens overvejelser vedr. patientkredsløbet. I afsnit 5.1 beskrives sengene på fremtidens sygehuse, hvilket indebærer en introduktion til kompetenceklyngebegrebet. I afsnit 5.2 beskrives den ambulante aktivitet i en ny organisation, og herefter i afsnit 5.3 den kliniske service på sygehuse. Ledelse, arbejdstilrettelæggelse og vagtarbejde beskrives i flere detaljer i afsnit 5.4 og 5.5. Slutteligt i afsnit 5.6 beskrives samarbejdet med parter udenfor sygehuse.

5.1 Senge på fremtidens sygehuse

Arbejdsgruppens anbefalinger

- Der peges på en vision om, at alle patienter (både i og udenfor FAM) mødes af specialiserede teams i et tværspecialiseret miljø, der i videst mulig udstrækning varetager hele patientforløbet
- Det er arbejdsgruppens forslag, at der i vid udstrækning brydes med den traditionelle specialerettede afdelingsstruktur. Begrebet "kompetenceklynger" er tænkt som svaret på ovenstående udfordring. En kompetenceklynge er et resultatcenter for organisatorisk, sundhedsfaglig og patientoplevels kvalitet og udgør en organisatorisk tværfaglig og tværspecialiseret enhed, der har ansvar for at gennemføre en række foruddefinerede patientforløb i sit fulde spektrum
- Indførelse af enestuer medfører at en langt større del af det kliniske arbejde kan varetages på sengestuen i samarbejde med patienten. Dette vil minimere behovet for kontorfaciliteter, ligesom behovet for hotellsenge vil reduceres og bør tænkes integreret i den samlede sengemasse

I lyset af de i afsnit 3.1. omtalte udfordringer med et særligt fokus på, hvordan der sikres sammenhængende patientforløb for Region Syddanmarks patienter, er det nødvendigt med et bud på, hvordan sygehuse mest hensigtsmæssigt organiseres i fremtiden. Som nævnt præsenterer FAM-konceptet en illustration af, hvordan en tværspecialiseret og tværfaglig tilgang er nødvendig for – på en kvalificeret måde – at rumme de akutte patientforløb. Derfor må det overvejes, om der på tilsvarende

vis kan skabes nye konstellationer af specialer og arbejdsmåder på det øvrige sygehus til at løfte opgaven med de patientforløb, som ligger udenfor FAM. På denne måde kan der peges på en vision om, at alle patienter (både i og udenfor FAM) mødes af specialiserede teams i et tværspecialiseret miljø, der i videst mulig udstrækning varetager hele patientforløbet.

Sygehuse er i dag opbygget i traditionelle afdelinger med udgangspunkt i de lægelige specialer, og drifts- og ledelsesstrukturen tager afsæt heri. Den nuværende organisering har begrænsede muligheder for at disponere over patientens samlede forløb, og der er desværre adskillige eksempler på, at dette forringer kvaliteten i patientforløbene – særligt de komplekse forløb, som involverer flere specialer. En afledt og helt praktisk konsekvens af etableringen af FAM er desuden, at nogle specialer vil få meget få senge, såfremt organiseringen af sygehuse forbliver uændret.

Det er arbejdsgruppens forslag, at der i vid udstrækning brydes med den traditionelle specialerettede afdelingsstruktur. Der er to afgørende grunde hertil. Organiseringen af sygehuse bør i fremtiden tage udgangspunkt i målsætningen om sammenhængende patientforløb, og dermed opgaven, som skal løses, og ikke som hidtil professioner. Hertil kommer, at det ligeledes er helt nødvendigt at gentænke specialefællesskaber i lyset af den faldende stationære aktivitet i sengeafdelingerne og tilsvarende den stigende ambulante aktivitet.

Kompetenceklyngebegrebet forventes at indeholde en række potentialer i forhold til at forbedre såvel kvaliteten som effektiviteten i patientforløbet. I forhold til det enkelte patientforløb vil der være en entydig ansvarsfordeling gennem hele patientforløbet, hvilket ikke mindst vil gavne patientsikkerheden. Forløbene vil være tilrettelagt på forhånd – på linje med kræft- og hjertepakker – og basere sig på standardiserede tidsstyrte patientforløbsprogrammer. Dette forventes at forbedre såvel kvaliteten som effektiviteten. Herudover vil personalet få mulighed for at følge patienterne fra start til slut, hvorfor patienterne ikke skal forholde sig til mange forskellige sammenhænge og personer henover et patientforløb. Sidst men ikke mindst vil klyngeorganiseringen give mulighed for at oprette meningsfulde fagfællesskaber, som også størrelsesmæssigt vil udgøre bæredygtige enheder.

5.1.1 Introduktion til kompetenceklynger

Udfordringen for det øvrige sygehus, efter etableringen af FAM, er som nævnt at imødekomme visionen om sammenhængende patientforløb men også tilpasningen til et mindre og ændret patientflow. Vurderingen i arbejdsgruppen er, at dette ikke kan operationaliseres i den nuværende organisatoriske ramme.

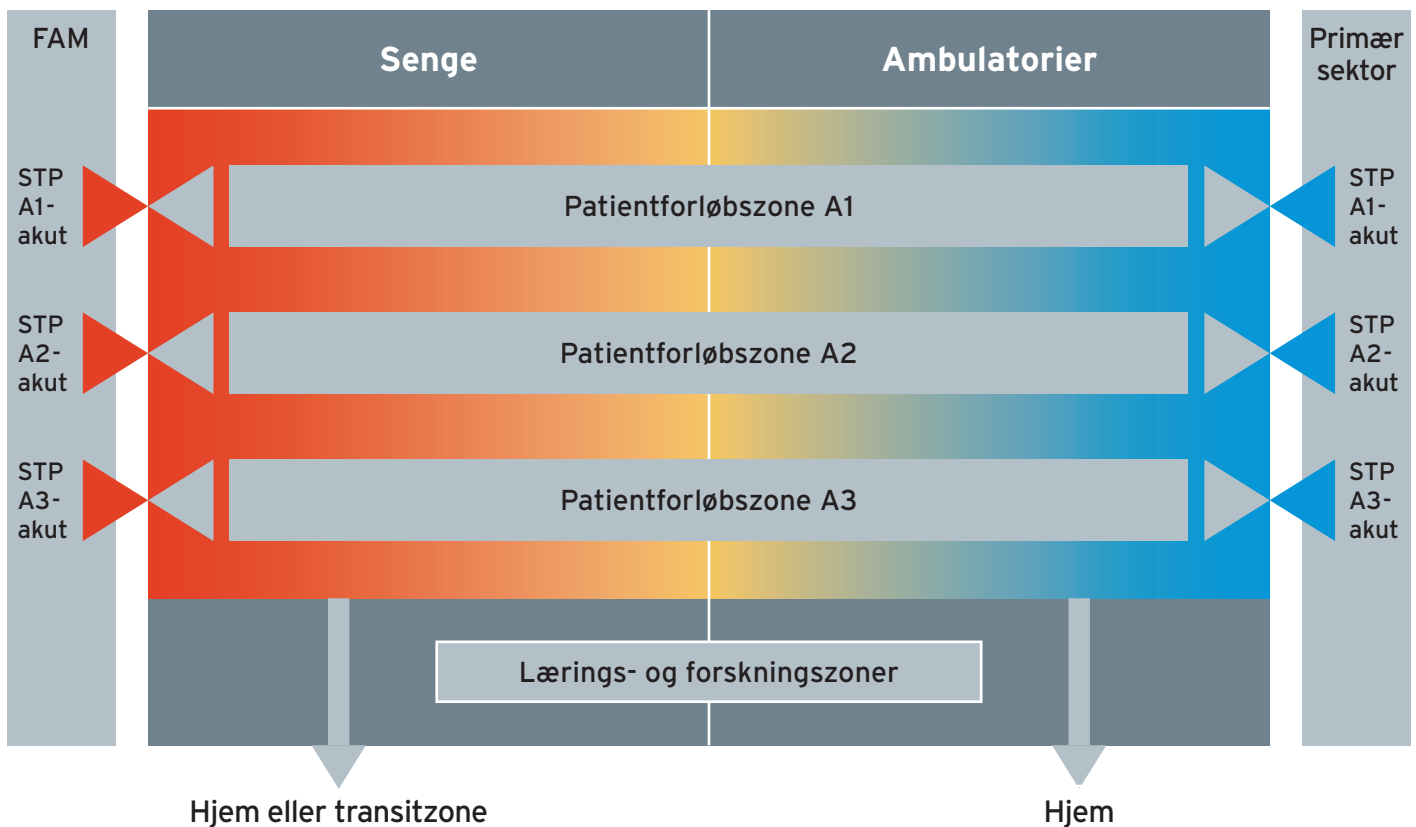
Arbejdsgruppens anbefaling er, at det bliver nødvendigt at bryde med den traditionelle specialerettede afdelingsstruktur. Begrebet "kompetenceklynger" er tænkt som svaret på ovenstående udfordring. En kompetenceklynge er et resultatcenter for organisatorisk, sundhedsfaglig og patientoplevet kvalitet og udgør en organisatorisk tværfaglig og tværspecialiseret enhed, der har ansvar

for at gennemføre en række foruddefinerede patientforløb i sit fulde spektrum.

Det forventes, at der typisk vil være 6-8 kompetenceklynger på en sygehusenhed med ideelt set 60-70 senge pr. klynge. I nogle tilfælde vil den stationære aktivitet dog være væsentligt mindre og blive modsvaret af en tilsvarende tyngde af ambulante aktiviteter. Estimatet inkluderer FAM, som er sygehusets akutte kompetenceklynge. Dertil kommer kompetenceklynger for tværgående klinisk service. Den kliniske servicefunktion kan i forlængelse heraf evt. inkorporeres i kliniske kompetenceklynger, hvis der er tale om meget subspecialiseret arbejde. På grund af en anden opgaveportefølje vil der være flere kompetenceklynger på OUH/Svendborg.

En kompetenceklynge vil som nævnt være et fagligt fællesskab, som rækker ud over det enkelte speciale. En kompetenceklynge har et ressourcefællesskab i form af sengepladser og ambulatoriefaciliteter med videre med

Figur 5.1 - Opbygning af en kompetenceklynge med angivelse af patientkredsløbet



*STP = standardiseret tidsstyret patientforløb

Ovenfor er tankegangen illustreret gennem et varmt/akut og koldt/ambulant patientforløb.

henblik på at sikre fleksibel udnyttelse heraf. Det forudsættes endvidere, at en kompetenceklynge har en overordnet ledelse, hvilket uddybes senere.

For at kunne honorere visionen om, at det er patientforløbene, som definerer organiseringen og ikke omvendt, vil arbejdet inden for kompetenceklyngerne være organiseret i patientforløbszoner, som er ansvarlige for en gruppe af beslægtede patientforløb - fra start til slut (både ambulant, stationær, diagnostisk, medicinsk og kirurgisk virksomhed). I den enkelte patientforløbszone vil der være et antal teams bestående af speciallæger og sygeplejersker, som driver og er ansvarlige for de enkelte patientforløb.

Sengekapaciteten i klyngen er en fælles ressource på tværs af specialegrænser, og plejepersonalet i patientforløbszonerne og i sengeafdelingen arbejder tværgående, og indgår således i en fælles vagtplanlægning. Dette med henblik på en fleksibel og effektiv ressourceudnyttelse over tid.

Strukturen i en kompetenceklynge fremgår af figur 5.1.

5.1.2 Patientforløbet i kompetenceklyngen

Etableringen af FAM og den fortsatte udvikling af behandlingsprincipperne forventes som nævnt at give kortere liggetider og omlægning til sammedags/ambulant behandling. Alt i alt vil konsekvensen være, at der vil blive en væsentlig reduktion af den traditionelle sengemasse. Omvendt vil behovet for ambulant aktivitet som nævnt blive øget. Nedenfor beskrives nogle hovedtræk i patientflowet i sygehusene efter etableringen af FAM.

I FAM kan der identificeres 4 hovedkategorier af patienter. Skadestue- og lægevagtpatienter vil blive behandlet i FAM, ligesom traumepatienter og de fleste af de svært akut syge patienter vil blive modtaget og primært udredt samt behandlet i FAM. Akutte patienter med forventet kort indlæggelsestid vil desuden blive udredt og færdigbehandlet i FAM, mens akutte patienter med forventet længere indlæggelsestid vil blive primært udredt og behandlet i FAM og herefter blive indlagt i det øvrige sygehus.

Konsekvensen ved etableringen af FAM bliver, at der i det øvrige sygehus i fremtiden vil være følgende hovedpatientkategorier med sengebehov:

- Akutte patienter med forventet længere indlæggelsestid end der berettiger færdigbehandling i FAM. Disse vil være færdigdiagnosticerede i FAM og overført til specialiserede patientforløbszoner og siden udskrevet derfra
- Udvalgte "sus-forbi-patienter", som mest hensigtsmæssigt passerer FAM uden diagnostik og udredning med henblik på umiddelbar behandling i en kompetenceklynge. Som eksempler kan nævnes udvalgte grupper af kardiologiske patienter, fødende og patienter med terminal sygdom
- Elektivt indlagte patienter til udredning eller behandling. Langt størsteparten af disse vil være patienter indlagt til kirurgisk intervention eller invasiv behandling

Med mindre behov for sengepladser, vil nogle af de aktuelt specialebaserede sengeafsnit blive meget små, hvorfor der vil være behov for dannelse af fællesafsnit. Omvendt vil nogle ambulatoriefunktioner blive større, hvilket kan gøre det hensigtsmæssigt at dele disse. Principperne for, om funktioner skal samles eller deles, må i forlængelse heraf baseres på klinisk mening og bæredygtighed.

Patienten, som kommer fra FAM og sus-forbi-patienten

De 20-30% "varme" patienter, der ikke kan færdigbehandles i FAM, foruden "sus-forbi-patienterne", vil blive overført til en patientforløbszone, der har en særlig kompetence i forhold til det konkrete patientforløb. Udgangspunktet vil være, at patienten tildeles et standardiseret tidsstyret patientforløb. Patientens indtræden i kompetenceklyngen vil således primært være betinget af den akut opståede sygdoms karakter.

Patientforløbszonerne er som nævnt en del af en større kompetenceklynge, som omfatter flere specialer, og som så vidt muligt kan rumme hele patientforløbet. Patientforløbszonen er bemannet med specialiserede tværfaglige og ofte tværspecialiserede teams, som varetager patientforløbet fra først til sidst. Efter endt behandling vil patienten blive udskrevet til eget hjem evt. efter et kort ophold i udslusningszonen.

Behandlingen i patientforløbszonen kan variere afhængig af patientens behov, og spænder over konventionel stationær aktivitet, til dagshospitals eller ambulante tilbud. Fysisk nærhed mellem den stationære og ambulante aktivitet i patientforløbszonen vil være en fordel, men ikke en nødvendighed.

Nogle få akutte patienter vil have behov for en højteknologisk eller invasiv behandling. Af hensyn til de teknologiske krav anbefales en centralisering af disse, hvormed disse udgør fælles kompetenceklynger for hele sygehuset. Efter endt invasiv eller højteknologisk behandling vil patienten typisk blive overført til en patientforløbszone, mens et fåtal af ukomplicerede patienter vil komme tilbage til FAM og udskrives derfra (f.eks. efter laparoskopisk fjernelse af blindtarmen).

Den ambulante patient

Den "kolde" indkaldte patient vil være henvist direkte til en patientforløbszone fra primærsektoren. Disse patienter tildeles et standardiseret tidsstyret patientforløb, hvoraf nogle vil indebære en meget hurtig vurdering, (f.eks. patienter der indgår i kræft- eller hjertepakker). Fælles for disse forløb er i praksis, at det langt overvejende indebærer et ambulans respons evt. suppleret med en ambulans procedure som f.eks. en skopi eller en ultralydsundersøgelse. Patientens indtræden i kompetenceklyngen vil således primært være betinget af ikke akutte symptomer, som udløser et givet elektivt respons.

Efter den initiale vurdering vil den indkaldte patient enten kunne afsluttes eller have behov for supplerende udredning eller behandling.

Den udredning, der ikke kan gennemføres i patientforløbszonen, vil typisk være avanceret radiologisk eller nuklearmedicinsk billeddiagnostik, der af teknologiske årsager anbefales centraliseret på sygehuset. Af hensyn til fleksibiliteten i patientforløbene er det afgørende, at der er velbeskrevne samarbejdsrelationer mellem disse billeddiagnostiske enheder og patientforløbszonerne således, at der sikres flow i patientforløbet.

Den behandling, der ikke kan gennemføres i patientforløbszonen, vil typisk være behandling, der kræver invasiv teknologi eller radioterapi. Det vil driftsmæssigt være en fordel af dette planlagte respons centraliseres på sygehuset, og der også her etableres velbeskrevne samarbejdsrelationer. For de operative patienters vedkommende vil der være en del, som vil have et sengebehov, mens resten behandles som sammedagskirurgiske patienter.

5.1.3 Et bud på kompetenceklynger

Kompetenceklynge-organiseringen udgør som tidligere nævnt en generisk model, som kræver lokal oversættelse. Således er tanken ikke at præsentere en ensartet model for, hvilke specialer, som skal finde sammen i kompetenceklynger. Ideen er at præsentere et grundlæggende princip for kompetenceklynger, som skal udmøntes lokalt under hensynstagen til opgaverne og specialernes størrelse på det enkelte sygehus samt de bygningsmæssige rammer.

Konstellationen af specialerne i de enkelte kompetenceklynger betinges af patientforløbs-porteføljen. Idealet er at samle en mangfoldighed af kompetencer og teknologier, der kan rumme et maksimum af patientforløbet i en konstruktion, som maksimerer den organisatoriske, sundhedsfaglige og patientoplevede kvalitet.

Konstellationen af specialerne vil ofte være betinget af en diagnostisk, terapeutisk, og/eller teknologisk samholdighed. Alene hastigheden af den medicinske teknologiske udvikling gør, at konstellationen af specialer med stor sikkerhed vil ændre sig over tid.

I nedenstående tabel gives et ikke udtømmende bud på, hvordan kompetenceklynger kunne se ud i fremtidens sygehus.

Her skal

ikke gøres et forsøg på en præciserende forklaring på de enkelte kompetenceklynger. Den efterfølgende høringsproces vil sikkert kunne give et bedre bud herpå end arbejdsgruppen. Blot er det nødvendigt at pointere nødvendigheden af, at arbejdsgruppen ser på specialerne med nye øjne - der eksisterer et klart behov for et andet match end i dag. Det helt afgørende punkt er, at kompetenceklyngerne med afsæt i opgaveløsningen udgør meningsfulde faglige fællesskaber samt, at de har en bæredygtig størrelse med henblik på at sikre et solidt driftsgrundlag.

Psykatrien og somatikken er traditionelt adskilt i to selvstændige strukturer, hvilket også spejles i regionens planlægning. Tabellen forholder sig alene til somatikken, men kunne suppleres med en psykiatriklynge eller alternativt kunne man forestille sig psykiatrien og somatikken i højere grad blev integreret. Dette forhold bør diskuteres nærmere i fremtiden.

Nogle udvalgte forhold kræver jf. nedenstående afsnit nogle uddybende kommentarer.

Tabel 5.1 - Et bud på kompetenceklynger

Organisatorisk placering	Tema	Specialekonstellation	Universitetsspecialer
Kliniske sengebærende klynger Tværgående	FAM (Akutklyngen) Akutbehandling	Som anført i FAM-rapporten	
	Intensivklyngen Intensivbehandling	Anæstesiologi og øvrige relevante specialer	
	Interventionsklyngen Operation og invasiv intervention inkl. sammedagskirurgi	Anæstesiologi og øvrige relevante specialer	Neuroendokrinologi
Kliniske sengebærende klynger Ikke tværgående	Thorax- og kredsløbsklyngen Sygdomme i brystkasse og kredsløb	Kardiologi, karkirurgi, lungemedicin, diabetiologi	Thoraxkirurgi, hjerte- og lungeintensiv
	Abdominalklyngen Sygdomme i mavearmsystem og urinveje	Kirurgi, medicinsk gastroenterologi, urologi, nefrologi, gynækologi	Ekspertmiljø i thyroideasygdomme
	Bevægapparatklyngen Sygdomme i bevægapparatet og afledte behov for rehabilitering	Ortopædkirurgi, geriatri, rheumatologi,	Ekspertmiljø i knoglemetaboliske sygdomme
	Mor/Barn klyngen Sygdomme hos børn, gravide og fødende	Pædiatri, obstetrik, neonatologi	
	Kræftklyngen Maligne sygdomme	Onkologi, hæmatologi, palliativ medicin (ikke kun kræft?)	Radioterapi, nuklearmedicin
	Inflammations- og infektionsklyngen Systemsygdomme med komplekse kliniske manifestationer		Infektionsmedicin, reumatologi med fokus på systemiske infammationssygdomme, ekspertmiljø for udredning af cancer med atypiske manifestationer, dermatologi
	Neuroklyngen	Neurologi, apopleksi, neurofysiologi, otologi, oftalmologi	Neurokirurgi
	Sygdomme med komplekse manifestationer		
Ikke sengebærende klynger	Billedklyngen Billeddiagnostik	Radiologi, nuklearmedicin	
	Laboratorieklyngen Laboratorieydelser	Klinisk kemi, klinisk mikrobiologi, patologi, klinisk immunologi, klinisk genetik	
	Serviceklyngen Serviceydelser og logistik	Apotek og klinisk farmaci, patienttransport, fødevareforsyning, security,	

5.1.4 Interventionsklyngen

Jf. ovenstående vil nogle kompetenceklynger komme til at fungere som tværgående kompetenceklynger for hele sygehuset. Her skal forholdene for interventionsklyngen uddybes.

Operationsfaciliteterne i fremtidens sygehuse bør placeres i relation til såvel FAM som de stationære klynger i det øvrige sygehus. Der bør planlægges med såvel akut som elektiv aktivitet i dagtiden (evt. forlænget dagtid). Egentlig dagkirurgisk aktivitet inklusive hvilefaciliteter kan separeres fra kirurgi, der kræver indlæggelse, men af hensyn til muligheden for fleksibelt at udnytte personaleressourcerne ved ændringer i patientflow bør den dagkirurgiske enhed ideelt placeres på samme matrikel.

Den akutte kirurgiske aktivitet skal kunne håndtere akutte tilstande døgnet rundt i henhold til intentionerne i FAM-rapporten. En sådan enhed skal i vagten bemannes med operations- og anæstesi-personale med en vifte af basale kompetencer og med mulighed for tilkald af spidskompetencer ved komplicerede tilstande.

Organiseringen af operationsgangen kan tænkes klyngeopdelt, men kan i visse situationer med fordel anvendes af flere/alle klynger, hvilket giver mulighed for større fleksibilitet og dermed effektiv udnyttelse af de tilgængelige operationslejer. Driften bør understøttes af IT-baserede og udbyggede planlægnings-, tracking- og booking-systemer.

5.1.5 Intensivklyngen

I dette eksempel er intensiv og intermediær aktivitet tænkt ind i samme klynge. Set i lyset af antallet af intensiv- og intermediærsenge, som på regionsplan udgør i alt ca. 90 senge, anbefales det at tænke dette som en samlet enhed på sygehuset.

Traditionelt har man skelnet skarpt imellem intensiv-senge og intermediærsenge. Denne skelnen giver ikke nødvendigvis mening. I stedet anbefales et fokus på grader af intensiv terapi. Det foreslås, at man i fremtidens sygehuse betragter intensiv og intermediær som en helhed, hvor patienten bliver i den samme seng i hele forløbet, men tildeles aftagende/varierende observations-,

behandlings- og plejeressourcer efter behov. Et sådant princip ville give sammenhæng i plejen og en spredning af plejetyngden.

Det skal i øvrigt bemærkes, at den samlede reduktion i antallet af stationære traditionelle senge i sygehuset som helhed - grundet oprettelse af FAM, som bl.a. resulterer i kortere indlæggelsesforløb og en øget grad af ambulant behandling - vil influere på, hvordan fremtidens "senge" vil se ud. De patienter, der har behov for indlæggelse i det øvrige sygehus, vil i høj grad være karakteriseret ved at have et øget observations-, pleje- og behandlingsbehov i forhold til de patienter, der i dag ligger i sengene. Behovet for intermediære og intensive behandlingspladser vil derfor i modsætning til de traditionelle sengepladser være stigende.

For at opnå maksimal fleksibilitet og logistik samt undgå unødige interne og eksterne transportter med de mest syge patienter, bør disse klynger dimensioneres fornuftigt i forhold til sygehusets profil og størrelse og placeres i størst mulig nærhed af FAM og ligeledes i tæt relation til specielt den billediagnostiske klynge.

En sådan multidisciplinær observations-/intermediær-/intensiv klynge skal kunne benyttes af alle patienter med et tilsvarende behov for diagnostik, pleje og behandling, og organisatorisk ledes af anæstesiologisk/intensivt fagpersonale. Den døgndækkende bemanning vil ideelt bestå af sygeplejersker med intensiv specialuddannelse samt anæstesiologer med specialuddannelse i intensiv medicinsk terapi. De for den enkelte patient relevante speciallæger vil blive inddraget i diagnostik og behandling på tilsvarende vis som i FAM.

5.1.6 Enestuer og patienthotelkonceptet

Bygningsmæssigt har arbejdsgruppen to anbefalinger, som vil få konkret indflydelse på såvel patientforløbet som de byggeprojekter, som regionen projekterer henover de næste 10 år.

Først og fremmest har Regeringen besluttet, at fremtidens patienter skal have tilbud om enestue, hvis de ønsker det. I de kommende sygehusbyggerier vil der derfor være langt flere enestuer end i dag.

Brugen af enestuer vil få betydning for indretningen af arbejds gange og lokaler på fremtidens sygehuse. F.eks. vil enestuer i nogen grad reducere behovet for undersøgelsesrum og genoptræningsfaciliteter, da der vil være undersøgelser og former for genoptræning som mest hensigtsmæssigt foregår på patientstuen. Hertil kommer, at en del af lægernes og plejepersonalets administrative arbejds gange kan klares sammen med patienten, da der ikke f.eks. skal tages diskretionshensyn. Dette kan i nogen grad reducere behovet for kontorfaciliteter.

Hertil kommer, at arbejdsgruppen med indførelse af enestuer anbefaler, at de hotellignende tilbud, som findes på regionens sygehuse, kan integreres i sengeafdelingerne, så der bliver et sammenhængende tilbud med mulighed for fleksibel graderet patientpleje og med fysisk nærvær til andre øvrige behandlings- og plejetilbud. Patienter, som i forbindelse med behandling, blot har brug for et sted at sove, kan i princippet tilbydes overnatning i privatregi.

5.1.7 Centrale overvejelser vedr. klyngeorganiseringen

Arbejdsgruppen er opmærksom på, at en organisering med udgangspunkt i patientforløb - klyngeorganiseringen - vil medføre store ændringer på sygehusene. En så stor ændring kan kun retfærdiggøres ved, at den, som anført i de tidligere afsnit, medfører forbedringer for patienterne i form af gode patientforløb. Arbejdsgruppen har derfor også overvejet, om den ændrede organisering kan medføre negative konsekvenser for patienterne.

I den forbindelse mener arbejdsgruppen, at det skal sikres, at en organisering med udgangspunkt i patientforløb ikke medfører, at patienter med skæve eller komplekse forløb lades i stikken. Dette må heller ikke blive tilfældet for de forløb, som vil kræve medvirken af flere klynger. Førnævnte er en problemstilling, som ikke er ukendt i den nuværende specialeorienterede organisering, men det er væsentligt, at dette ikke føres over i en ny organisation. En ny organisering skal tages højde for, at klyngerne tager fælles ansvar for, at patienterne kommer i det rette patientforløb, og at der medvirkes i patientforløb, som ligger udenfor klyngen, når der er et fagligt hensyn herfor.

Der vil i forlængelse heraf fortsat være patientforløb, som vil gå på tværs af klynger f.eks. ved komorbiditet. Der vil desuden stadigvæk være brug for, at speciallæger fra én klynge går på tilsyn i andre sengeafdelinger. Det er derfor afgørende, at der arbejdes med incitamenter for, at dette kan lykkes.

Et andet opmærksomhedspunkt er konsekvenserne af den delvise opsplnitning af specialerne, som organiseringen i klynger vil medføre. Her er det vigtigt at understrege, at specialerne ikke ophæves. Specialerne vil fortsat være den lægefaglige ryggrad i sygehusene og være grundlaget for den lægefaglige videreuddannelse. På fremtidens sygehuse skal der stadigvæk eksistere et stærkt fagligt fællesskab omkring specialerne, ligesom specialerådene uændret vil spille en stor rolle. I mange tilfælde vil klyngerne fortsat følge specialegrænserne. I nogle tilfælde vil dette dog ikke være tilfældet af hensyn til at sikre gode patientforløb. Det skal bemærkes, at en umiddelbar konsekvens af en ny organisering bliver, at den lægelige videreuddannelse må tilpasses.

Arbejdsgruppen er opmærksom på, at gennemførelsen af klyngeorganiseringen er en længere proces, som fordrer dialog og en høj grad af involvering på sygehusene.

5.2 Ambulant aktivitet på fremtidens sygehuse

Arbejdsgruppens anbefalinger

- Den ambulante aktivitet følger organiseringen omkring de sammenhængende patientforløb dvs. opbygningen i kompetenceklynger
- Der skal være mulighed for, at en patient kan henvises direkte fra FAM til et ambulatorium med kort varsel f. eks. allerede dagen efter den akutte kontakt med FAM

5.2.1 Den ambulante aktivitet

Den ambulante aktivitet følger organiseringen omkring de sammenhængende patientforløb dvs. opbygningen i kompetenceklynger med udgangspunkt i tværfaglige og tværspecialiserede teams.

Som anført forventes det, at den ambulante aktivitet vil stige markant, og i planlægningen af nybyggeri bør dette tænkes som en afgørende præmis. Bygningsmæssigt er det en fordel, men ikke en nødvendighed, at sengefaciliteterne og de ambulante faciliteter ligger i fysisk nærhed af hinanden. Udover fordelene i deling af personaleresourcerne vil det være en fordel, at sengefaciliteter kan omdannes til ambulante faciliteter uden, at dette kræver væsentlige ombygninger. Set i dette perspektiv bør senge-stuer bygges, således de let kan konverteres til ambulante undersøgelsesrum.

Der skal være mulighed for, at en patient kan henvises direkte fra FAM til et ambulatorium med kort varsel f. eks. allerede dagen efter den akutte kontakt med FAM. Da etableringen af FAM utvivlsomt vil medføre behov for større ambulant aktivitet, må organiseringen af den ambulante aktivitet tage hensyn til dette, også hvad angår fluktuationerne i volumen af patienter, og booking skal kunne foretages direkte fra FAM elektronisk.

De enkelte kompetenceklynger må tilsigte en organisering af ambulatorierne med størst mulig fleksibilitet. Dette gælder såvel booking i specialambulatorierne, åbningstider, bemanning, lokaleforhold osv. Ideelt set placeres den ambulante virksomhed og dagafsnit samlet tæt på ankomstområdet. Det kan f. eks. afhænge af det anvendte medicotekniske udstyr, behov for isolation fra andre patientkategorier eller en rationel anvendelse af personalet i en stationær afdeling til alternerende også at kunne varetage en funktion i et ambulatorium. Mange diagnostiske og terapeutiske procedurer vil kunne foretages ambulant, hvis de nødvendige ressourcer teknisk, fysisk og personalemæssigt er til stede.

Kirurgiske ambulatorier og dagkirurgi skal i lighed med de øvrige ambulatorier tage udgangspunkt i organiseringen omkring kompetenceklynger og patientforløb.

For at tilgodese ønsket om størst mulig fleksibilitet, anbefales det, at de enkelte funktionsområder (sengeafsnit, operationsafsnit, billeddiagnostik, ambulatorier og dagkirurgi) placeres fysisk i samlede enheder. Dette vil sikre, at der også opnås fleksibilitet mellem de undersøgelses- og behandlingsområder, de enkelte kompetenceklynger på et givent tidspunkt har behov for.

5.3 Klinisk service på fremtidens sygehuse

Arbejdsgruppens anbefalinger

- Der etableres en tværgående, tværfaglig og tvær-specialiseret og centralt placeret billedklynge, hvor de mest avancerede billeddiagnostiske procedure gennemføres
- Der etableres en tværgående og tværspecialiseret laboratorieklynge, som udover centrale faciliteter understøtter patientnær teknologi
- Terapi- og sekretærfunktion bør tilpasses for bedre at understøtte patientforløbene

Den kliniske service skal understøtte hurtige patientforløb af høj kvalitet.

Den kliniske serviceproduktion kan foregå ved patienten i ambulatoriet/sengen, i afdelingen, centralt på sygehuset eller produceres eksternt.

Patientnær mobil teknologi jf. schweitzerknivsprincippet er vigtig for at kunne hurtigt udrede og behandle patienterne (f. eks. mobil billeddiagnostik som ultralyd ved hånden). Der skal samtidig være en central diagnostikfunktion på sygehuset centralt placeret med kort afstand til FAM, den centrale OP-funktion og intensiv.

5.3.1 Billeddiagnostik

Billeddiagnostikken i dag omfatter røntgen, ultralyd, CT samt MR. Der er en tendens til, at teknologierne ikke udkonkurrerer hinanden, men supplerer hinanden. Den teknologiske udvikling har haft rivende fart på i de sidste årtier, og dette forventes at fortsætte, hvorfor det er vigtigt at være opmærksom på, at kendte teknologier såsom PET scanning og andre nye teknologier kan blive aktuelle på fremtidens akutte sygehuse. Derfor bør radiologi og nuklearmedicin udbygge sine faglige relationer og indgå i en fælles billedklynge.

Billeddiagnostisk apparatur bortset fra ultralyd har store dimensioner, ofte med betydelig vægt, hvorfor det er nødvendigt med god plads ligesom, at det er vigtigt at sikre, at nyt apparatur kan flyttes ind og ud uden, at det er nødvendigt at nedbryde vægge/bygge om. Det er vigtigt med fleksibelt byggeri, der kan honorere pladsbehov for evt. ny teknologi.

Avanceret billeddiagnostisk udstyr er dyrt både i anskaffelse og drift. Udstyret bør derfor i højere grad udnyttes hele døgnet. Røntgenudstyr stiller specielle bygningsmæssige krav. Der skal være billeddiagnostiske faciliteter i FAM for at tilgodese patientnærhedsprincippet i form af konventionel røntgen, CT (i tæt relation til traumestuer) samt ultralyd, dvs. der skal være en billeddiagnostisk satellit, men i øvrigt bør der bevares en central røntgenafdeling, hvor byggeriet tager hensyn til de specielle krav, der stilles til rum, der indeholder røntgenudstyr, herunder blyafdækning, vægtbærende fundament, køling/aircondition mm.

Der er behov for state-of-the-art IT systemer, herunder RIS/PACS, der bør indtænkes i byggeriet og udenfor de billeddiagnostiske afdelinger. Det "eksterne" udstyr bør være til rådighed på såvel de øvrige diagnostiske områder (skadestue, ambulatorier, undersøgelsesstuer) som på behandlingsområder (operationsstuer, intensiv afdelinger/opvågning samt sengestuer, dvs. patientnære, gerne i trådløse udgaver).

5.3.1.1 Logistisk understøttelse af flow

Der skal være let adgang for alle patienter til billeddiagnostisk service. Der bør være adskillelse af akutte og elektive undersøgelser, dels af hensyn til patienterne, dels af hensyn til effektive arbejdsgange, så planlagte undersøgelser ikke afbrydes af akutte.

Det anbefales, at den centrale billedklynge placeres i tæt relation til FAM, intensiv- og opvågningsafdeling, og at der er let adgang udefra samt fra ambulatorierne.

Begrundelsen er som følge:

- Patientnærhed i forbindelse med akutte undersøgelser tilgodeses ved, at hovedparten af disse undersøgelser kan udføres i FAM i de dertil indrettede konventionelle røntgenfaciliteter, CT-scanner samt ultralydsfaciliteter. Sidstnævnte kan også udføres i sengen såvel i FAM som sygehusets øvrige sengebærende klynger
- Behov for akut billeddiagnostik stilles også fra de kliniske klynger, men hovedparten af disse undersøgelser vil komme fra intensivklyngen, hvorfor afstanden mellem den billeddiagnostiske afdeling og intensiv afdeling bør minimeres. Afstanden til øvrige sengeafsnit kommer til at spille en mindre rolle, da det formentlig kommer til at dreje sig om ganske få tilfælde
- Der kan blive behov for større billeddiagnostiskvejledte interventioner på såvel akutte som indlagte patienter. Røntgenudstyr, der kræves til formålet, er omkostningsfuld, og optimal udnyttelse af dette er baseret på hovedsageligt elektive, ambulante patienter, da disses antal betydeligt overstiger de akutte tilfælde. Placering af disse rum anbefales derfor i den centrale billedklynge, mens den centrale billeddiagnostik placeres tæt på FAM. Der kan være behov for overvågning af disse patienter i opvågningsrum, der kan deles med opvågningsfaciliteter fra operationsstuerne
- Hovedparten af de elektive undersøgelser er ambulante undersøgelser, og kan med fordel udføres i den centrale billedklynge, hvorfor der anbefales dels direkte adgang hertil for patienter fra hjemmet, dels kort afstand til ambulatorierne

5.3.1.2 Logistik/teknologisk understøttelse af effektivitet

Der sikres høj faglig kvalitet i avancerede billedteknologiske undersøgelser gennem en central billedklynge, hvor radiologer og radiografer skal indgå i et fagligt fællesskab.

Tværfagligt samarbejde sikres gennem patientfokuserede konferencer. Konferencerum kan placeres udenfor røntgenafdelingerne, men skal udstyres med diagnostiske radiologiske arbejdspladser til fremvisning af billedmaterialet.

Disse faciliteter skal også kunne bruges til videndeling, teamtræning m.m. Ad hoc konferencer kan foretages teleradiologisk gennem RIS/PACS.

Der skal sikres teknologi, hvorigennem der kan etableres samarbejde mellem sygehusenes billeddiagnostiske afdelinger og dermed mulighed for at udnytte specialviden/ekspertise på tværs af geografien.

Eksterne radiologer med specialviden kan med fordel foretage bedømmelse/beskrivelse af elektive undersøgelser.

For understøttelse af en effektiv produktion er der behov for medicoteknisk support til stede på sygehuset til hurtig afhjælpning af mindre tekniske problemer.

Konventionelt røntgen, Ultralyd, CT og MR skal forefindes i nær relation til FAM for at minimere transport og tidsforbrug i FAM-patientforløbene. Placeringen ved FAM er også hensigtsmæssig, da størstedelen af vagtundersøgelserne relaterer til FAM.

Det må forventes, at behovet for akutte undersøgelser i resten af huset kan rummes i en fælles røntgenvagtfunktion ved FAM.

Det er muligt, at der på OUH er så stor undersøgelsesmængde i dagtiden på hverdage, at det er relevant med en separat "elektiv" røntgenafdeling.

5.3.2 Laboratiefunktionen

Laboratoriespecialerne samles i en laboratrieklynge med fælles vagtberedskab. Bioanalytikere, der betjener FAM og ambulatorierne, skal være uddannet med tværgående basisviden i forhold til de beslutnings- og behandlingsafgørende laboratortestresultater indenfor klinisk biokemi, klinisk immunologi og klinisk mikrobiologi og patologi. Herudover kan de være uddannede til specialistfunktioner indenfor laboratoriespecialerne.

Ambitionen om korte liggetider kræver hurtig prøvetagning og analyse. Derfor skal der være bioanalytikere til stede i FAM. Det forventede volumen med 100-150 indlæggelser pr. døgn på akutsygehusene betyder, at det er bæredygtigt, at bioanalytikerne indgår i de tværfaglige teams og arbejder i døgnberedskab i FAM.

Korte indlæggelsestider kræver udstyr i de kliniske klynger, der kan levere hurtige svar. Det forudsætter, at der er rådighed over meget forskelligartet udstyr. Vedligeholdelse, oplæring, kompetencevedligehold og akkreditering bliver vigtige temaer for at opretholde metodekonsistens.

Centralt på akutsygehuset skal der være rådighed over analyseudstyr med et større analyserepertoire. Blodprøver mv. skal kontinuert kunne sendes til laboratoriet.

Når patienten ankommer til FAM gøres tidligere analyseresultater elektronisk tilgængelige på patientens seng. De tidsstyrede standardiserede programmer, som er baseret på symptomer, skal indeholde beskrivelser af laboratorieanalysepakker, som udløses uden forudgående rekvirering, men med autorekvisition.

For kronikere følges der automatisk op på parametre, der normalt anvendes til behandlingskontrol.

Analysesvar på beslutningsafgørende parametre udløser automatisk reflekstest for yderligere diagnose og behandlingskontrol. Laboratorieanalyser, der herudover ønskes, efterbestilles på det allerede udtagne prøvemateriale. Ambitionen er "Kun 1 stik".

Patientforløbszonerne skal kunne tage fra, så der altid er ledig plads på FAM. Derfor er der også her brug for hurtige patientforløb og relativt hurtige svar på diagnostiske prøver. Dette forudsætter, at der centralt er rådighed over analyseudstyr med et betydeligt analyserepertoire og høj kapacitet, som er i brug i døgndrift.

En stigning af den ambulante aktivitet på 50% vil medføre, at laboratorierne skal kunne betjene 600-800 ambulante patienter dagligt. Et sådant volumen indikerer, at der er rig mulighed for at lave bæredygtige decentrale løsninger, hvor bioanalytikerne fungerer i faglige fællesskaber med personalet i de kliniske ambulatorier. Det kan sikre, at patienterne betjenes af relevant sundhedsfagligt personale på ét sted og ikke dirigeres rundt mellem forskellige ambulatorier og kliniske serviceafdelinger.

Det store volumen giver også mulighed for at opretholde bæredygtige miljøer i lokalområder udenfor akutsygehusene. Den omfattende ambulante aktivitet betyder, at der skal øget fokus på nedbringelse af ventetider, booking af behandlingstider og på at skabe sammenhængende behandlingsforløb (pakker).

Den ambulante aktivitet, som indeholder både forundersøgelser og behandlingsmonitorering, tilrettelægges, så blodprøvetagning og den klinisk konsultation foregår på samme dag. Ofte forudsætter det, at svarene på blodprøver foreligger indenfor meget kort tid efter prøvetagning. Kravene til laboratoriet bliver dermed sammenlignelig med kravene fra FAM, hvorfor der også her skal tænkes i en kombination mellem decentralt udstyr og kontinuert forsendelse til centralt placeret udstyr.

På FAM/skade stue og OP opstilles decentrale blodlagre i automatiseret køleskabsløsning.

Bioanalytikerne forudsættes ansat i laboratorieklyngen, men indgår i de tværfaglige arbejdsfællesskaber i FAM og ambulatorierne og arbejder her under disse afdelingers ledelse. Ansvar for laboratoriedelserne ligger dog entydigt hos laboratorieledelsen. Personale tilknyttet FAM fungerer i aften- og nattevagterne i beredskab sammen med personalet på laboratoriet og kan tilkaldes til ydelser udenfor FAM.

Konsekvenserne ved indførelse af FAM og den øgede ambulante aktivitet er, at en langt større del af bioanalytikernes arbejde skal udføres decentralt og i et tværfagligt arbejdsfællesskab. Prøvetagningsopgaven udvides ganske betragteligt. Attraktive jobs med en kombination af decentrale opgaver og analysetekniske specialopgaver bliver altafgørende for rekruttering af medarbejdere til området. Arbejdet ændres fra vagtberedskab til betragteligt omfang af døgnbemanding, hvilket kan give stor belastning for sammenhæng med familieliv, medmindre byrden deles på en større gruppe end i dag. Derfor skal laboratoriespecialerne indgå i et fælles døgn dækkende beredskab. Af samme grund skal det sikres, at laboratoriet har en basisproduktion, der sikre en stor bemanding, så vagtbelastningen kan deles på en stor personalegruppe.

Bookingsystemer til ambulante besøg skal være sammenhængende og dække hele patientforløbet inkl. kliniske serviceydelser.

Laboratoriets analyseudstyr skal være automatiseret fra prøvemodtagelse til prøvearkivering og bortskaffelse. IT-systemet skal sikre, at klinikerens bestilling opfanges og aktiverer analyseudførelsen af efterbestilte analyser.

Analysesvar leveres direkte til rekvirenten eller en af denne angivet person (stafetmetoden).

Disse funktioner kan ses som tværgående supportafdelinger for hele sygehuset, men det kan være hensigtsmæssigt at anskue funktionerne anderledes på OUH pga. opgavemængden der.

Ved opbygning af laboratorierne bør man tilstræbe en indretning, der understøtter samarbejde og funktionelt fællesskab mellem laboratoriespecialerne udformet som et kontinuum. Laborativirksomheden omfatter klinisk biokemi, klinisk immunologi, klinisk patologi samt klinisk mikrobiologi. Disse bør være bygningsmæssigt samlet.

Laboratoriefunktionerne stiller en lang række specielle krav til indretning og installationer, der alle bør være dimensionerede med mulighed for ændring og udvidelse.

5.3.2.1. Logistisk understøttelse af flow

Ideelt set bør laboratorieafdelingerne ligge i umiddelbar nærhed af såvel den ambulante aktivitet, FAM, intensive sengeafsnit, en række specialafdelinger (f.eks. hæmatologisk afdeling), billeddiagnostiske afdelinger og operationsgangene, idet de forskellige laboratoriespecialer tilsammen har tæt samarbejde med næsten alle øvrige kliniske og tværgående specialer.

I den udstrækning nærhedsønsket ikke kan opfyldes, bør der være lokaler til decentrale laboratoriefaciliteter i forbindelse med daghospital/ambulatorier, den fælles akutmodtagelse og intensivklyngen.

Laboratorieafdelingernes patientrettede faciliteter blodprøvetagning m.m. bør placeres sammen med andre ambulatorier og daghospitalsfaciliteter. Ambulante patienter og patienter til daghospitalet bør ideelt set kun have behov for at henvende sig et sted på sygehuset.

5.3.2.2 Logistik/teknologisk understøttelse af effektivitet

Transport af prøver inden for det enkelte sygehus til laboratorieafdelingerne forventes at kunne ske med hurtige, automatiserede transportsystemer såsom rørpost eller transportrobotter, der kører i transportsystemer.

Transport af blodkomponenter til de kliniske klynger kan ske på tilsvarende måde og suppleres med automatiske udleveringskøleskabe.

Blodprøvetagning vil i fremtiden delvist kunne udføres af instrumenter, der lokaliserer blodåren, indfører kanyle og tapper blodprøverne i de korrekte glas samt sikrer mærkningen af disse.

Prøvetagningsinstrumenterne skal være koblete både til EPJ'ens rekvisitionsmodul og til laboratoriernes produktions-IT-systemer. Instrumenterne vil formentlig primært kunne indføres i prøvetagningsambulatorierne, mens blodprøvetagning i sengeafsnit i endnu længere tid frem må forventes at blive varetaget af personale.

Rekvisition og svar skal foregå elektronisk i systemer, der er en del af eller tæt integrerede til EPJ systemerne.

De særlige funktioner, som i dag varetages af laboratoriespecialerne, kan eventuelt placeres i de kliniske klynger.

I umiddelbar tilknytning til laboratoriecentrene eller som en integreret del af laboratoriecentrene skal der være faciliteter til forsknings- og udviklingsopgaver, ligesom der er behov for samt undervisnings- og øve-laboratorier.

5.3.3 Anæstesi/Intensiv

Intensivklyngen placeres optimalt i en af etagerne over FAM eller ved siden af FAM. Nærhed til billedklyngen er mere væsentlig end nærhed til operationsgangen. Af hensyn til arbejdsvilkårene for det anæstesiologiske personale er nærhed mellem FAM, intensivklyngen og operationsgangen ønskelig. Nærhed mellem FAM og operationsgangen prioriteres højere end intensivklyngens nærhed til FAM og operationsgangen.

Der vil være driftsmæssige fordele ved placering af opvågningsfunktionen og intensivklyngen i tilknytning til hinanden.

Såfremt dette ikke er muligt, prioriteres nærhed imellem operationsgangen og opvågning højere end nærhed imellem intensiv og opvågning.

Intermediærsenge skal ligge i umiddelbar tilknytning til intensiv afdeling. Det er hensigtsmæssigt at der ikke fysisk skelnes imellem intensivsenge og intermediærsenge.

Det drejer sig om grader af intensiv terapi. Et princip hvor patienten bliver i den samme seng i hele forløbet, men har aftagende/varierende pleje- og observationsbehov giver sammenhæng i plejen og en spredning af plejetyngden.

Behovet for intensivsenge i fremtidens sygehuse må forventes at stige pga. en stigning i antallet af patienter med overvågningsbehov.

5.3.4 Apoteksfunktionen

Arbejdsgruppens anbefalinger

- Generelt skal så meget medicin som muligt laves klart til brug med berøring af så få hænder som muligt
- Klinisk farmaci gøres til en integreret del af sygehusekets kliniske virke og etableres som en tværgående funktion

Sygehusapotekerne har følgende hovedopgaver i forhold til afdelingerne på sygehusene:

- Lagerhold og distribution af lægemidler
- Serviceproduktion
- Produktion
- Klinisk farmaci

Funktionerne lagerhold, distribution, serviceproduktion og produktion vil naturligt ligge i en serviceklynge sammen med patienttransport, fødevareforsyning m.v. Den kliniske farmaci skal understøtte behandlingen med lægemidler på sygehuset og er en ikke sengebærende kompetenceklynge.

Generelt skal så meget medicin som muligt laves klart til brug med berøring af så få hænder som muligt. Medicin kan i nogle produktioner håndteres af robotter, f.eks. pakning i dosispakker, kobling af hætteglas med antibiotika til infusionsvæsker og tilsætning af lægemidler til infusionsvæsker, herunder cytostatika.

Lagerhold og distribution af lægemidler

Størrelse og antal af medicinlagre skal overvejes, da der skal være sikkerhed for, at det er den rette medicin, som

kommer frem - til tiden. Herunder at medicin, som skal anvendes akut, straks kan tilvejebringes.

En række forhold bør derfor nærmere overvejes. Oprettelse der f.eks. et centralt lager for medicinforbrug i regionen, kan der opstå en problematik omkring den tid, det vil tage, før nye medicinforbrug når frem til sygehuset, hvis dosis ændres. Rørpostsystemer kan distribuere medicin rundt på sygehuset.

Sygehusapotekerne i Sønderborg, Esbjerg, Kolding, Vejle og Odense har i dag et lager af lægemidler. Apotekets personale bestiller lægemidler og nogle sygehusapoteker sætter lægemidlerne på plads på afdelingerne, hvilket kaldes medicinservice. På sygehusapotekets lager pakkes til den enkelte afdeling i en transportkasse. Udleveringen af lægemidler registreres i apotekets IT-system, Apovision, som alle 5 sygehusapoteker i regionen anvender.

Der findes i dag fuldautomatiske systemer på markedet både til håndtering af lægemiddelpakninger på apotekets lager og til dosisdispensering af lægemidler helt ud til patienten. De automatiske løsninger betyder, at plejepersonalets ressourcer i mindre grad skal bruges på dispensering af lægemidler i afdelingen.

I England findes systemer, som leverer 10-20 stk. pakninger af det enkelte lægemiddel til patienten. Pakningen er patientens og følger med patienten efter udskrivelse. Et andet system, som anvendes i Norge og i Danmark (Århus), doserer lægemidler til den enkelte patient til doseringstidspunkterne (dosisdispensering). I England findes også systemer, hvor et skuffesystem i afdelingen fungerer som et medicinskab med indbygget kvalitets-sikringsforanstaltninger. De enkelte systemer har hver især deres fordele og ulemper, og måske er den bedste løsning en kombination af systemer. Dette bør indgå som en løsning for lagerhold og distribution af lægemidler.

Serviceproduktion

Sygehusapotekerne i Sønderborg, Esbjerg, Kolding, Vejle og Odense har serviceproduktion. Serviceproduktion er defineret som en produktion, hvor sygehusapoteket færdigproducerer halvfabrikata fra lægemiddelindustrien. Det er f.eks. færdigtilberedning af cytostatika- og antibiotikablandinger, produktion af parenteral ernæring og smertekassetter. Sygehusapotekets serviceproduktion skal være tæt på klinikken, dels skal der være mulighed for en tæt dialog, fordi produktionen "skræddersyes" til den enkelte patient og dels, fordi produkterne ofte ikke kan holde sig i lang tid efter færdigtilberedning.

Sygehusapoteket skal bruge særlige lokaler til fremstilling af lægemidler, som skal leve op til krav fra både Lægemiddelstyrelsen og Arbejdstilsynet. Lokalerne skal indeholde rum til forskellige former for produktion, f.eks. må cytostatika og antibiotika ikke produceres i samme rum som andre lægemidler.

Produktion

Sygehusapoteket i Odense har ud over serviceproduktion en basisproduktion, hvor der produceres lægemidler til lager. Det drejer sig om magistrelle lægemidler og enkelte registrerede lægemidler. Denne produktion varetages i særligt indrettede lokaler på OUH i Odense. Basisproduktionen skal i fremtiden varetage maskinel kobling af hætteglas med antibiotika til infusionsvæsker.

Der foregår i øjeblikket et nationalt arbejde i regi af sygehusapotekerne og Amgros, hvor muligheden for at oprette en særlig enhed til serieproduktion af udvalgte serviceprodukter og magistrelle lægemidler undersøges. Basisproduktion af lægemidler skal højst foregå på én matrikel i regionen.

Basisproduktion skal ikke placeres tæt på klinikken, men skal placeres i specialdesignede lokaler. I forbindelse med produktion skal der være tilknyttet kvalitetssikrings- og kvalitetskontrollfunktion.

5.3.5 Klinisk farmaci

Klinisk farmaci er under udvikling og praktiseres i større eller mindre udstrækning på alle sygehuse i Region Syddanmark. Klinisk farmaci sker i tæt samarbejde med de kliniske farmakologer.

Medarbejdere fra sygehusapoteket, der arbejder med klinisk farmaci, skal både have mulighed for at mødes med kolleger og de kliniske farmakologer samt have "plads" til at arbejde i klinikken.

Klinisk farmaci er en serviceydelse, som sygehusapotekerne varetager. Det er farmaceuter og farmakonomer, der varetager ydelsen, som indeholder følgende typer af opgaver:

- Gennemgang af patientens medicinering med henblik på at sikre den mest rationelle behandling bl.a. vha. EPJ
- Samtale med patienter om medicinering (information og vejledning)

- Dialog med læger og plejepersonale i afdelingerne til sikring af en rationel lægemiddelanvendelse og -håndtering
- Vedligehold af medicinmodul i EPJ
- Søgning af information i elektroniske opslagsværker
- Patientsikkerhed (utilsigtede hændelser, audits)
- Udarbejde retningslinjer for ordination og håndtering af lægemidler i afdelingen
- Lægemiddelkomitéarbejde

Der bør indføres klinisk farmaci i FAM med henblik på rationel farmakoterapi. Dvs. at patienternes journaler gennemgås med henblik på, at patienterne modtager den mest hensigtsmæssige medicinering. Hvor meget farmaceut-ekspertise der skal være til stede i FAM og i sygehuset i øvrigt, skal undersøges nærmere i forhold til kosteffektivitet. Hvis de skal dække størstedelen af patienterne er det nødvendigt med tilstedeværelse kl. 8-22 som minimum. Det vil være ønskeligt med et regulært apotek for hele sygehusets udskrevne patienter liggende i relation til udslusningszonen ved FAM og hovedindgang.

5.3.6 Organisering af terapifunktionen

Terapifunktionen bør integreres i de kliniske klynger, hvor der er behov for det som en integreret del af de tværfaglige teams i klyngerne, og hvor det er relevant, at indsatsen fra terapeuter giver værdi for patienterne.

Terapeuterne vil løse specifikke patientorienterede opgaver, som f.eks. specialiseret neurorehabilitering i neuroklyngen eller rehabilitering af skader på bevægeapparatet i bevægeapparatsklyngen.

Der skal være et forum for vidensdeling for terapeuterne på tværs af klyngerne.

5.3.7 Administrativ service

Lægeseekretærrollen vil skifte fra en rolle som primært lægeseekretær til at være "patientforløbssekretær".

Lægeseekretærerne kan være frontpersonale i alle patientzoner, og dem der tager hovedtelefonen i patientforløbszonerne.

Rollen vil mere være "patientforløbssekretær" end "lægesekretær", da brug af IT-værktøjer som EPJ, talegenkendelse mv. reducerer den traditionelle lægesekretærrolle til et minimum. Denne udvikling er allerede i gang.

Der vil være en række administrative opgaver omkring indkaldelse, afvikling og afslutning af patientforløb, hvor det er hensigtsmæssigt, at lægesekretærene har en koordinerende og praktisk rolle.

Lægesekretærene og andre kategorier af administrativt personale vil også kunne løse en række administrative opgaver i de kliniske afdelinger omkring IT, økonomi, kvalitet mv. for at aflaste det kliniske personale for opgaver, der mere hensigtsmæssigt kan løses af andre personalegrupper.

5.4 Ledelse

Arbejdsgruppens anbefalinger

- Udgangspunktet for ledelsesstrukturen er patientforløbene. Ledelsesstrukturen skal være entydig og bør understøtte opgave- og resultatorientering
- En kompetenceklynge ledes af en klyngeledelse bestående af et ledelsespår med faglig baggrund. En klinisk kompetenceklynge ledes således af en ledende overlæge og en ledende oversygeplejerske. Klyngeledelsen er ansvarlig for den organisatoriske, sundhedsfaglige og patientoplevede kvalitet, herunder økonomi og budgetoverholdelse
- Hver kompetenceklynge har en række forløbsledelser, der har ansvar for en patientforløbszone og de standardiserede tidsstyrede patientforløb, som indgår heri. Forløbsledelsen har personaleansvar for en række specialiserede teams og udgøres af en funktionsansvarlig overlæge og en funktionsansvarlig sygeplejerske
- Kliniske klynger har desuden koordinerende sygeplejersker ift. sengemassen og evt. også ambulatoriet

5.4.1 Ledelse

I det nedenstående uddybes ledelsesaspekterne ved arbejdsgruppens forslag til en kompetenceklyngeorganisering. Da organiseringen af arbejdet skal tage udgangspunkt i det enkelte patientforløb, bliver det nødvendigt at tænke i andre baner med henblik på den faglige organisering af sygehusene.

Kompetenceklyngerne vil samle en række samarbejdende specialer og funktioner i én enhed. Kompetenceklynge opbygget omkring flow og organiseret omkring beslægtede specialer betyder, at organiseringen tager udgangspunkt i en portefølje af patientforløb, der udfolder sig i patientforløbszonerne.

Helt parallelt med den foreslåede organisering af FAM tænkes det øvrige sygehus organiseret i kompetenceklynger med en overordnet ledelse.

Entydighed og klar ansvarsfordeling i ledelsesstrengen er afgørende for ledelsens handlemuligheder og bør derfor understøttes. Den nye sygehusmodel tager udgangspunkt i en opgave- og resultatorienteret tilgang til ledelsesudøvelsen. Ledelsesstrukturen fremgår af figur 5.2 og 5.3.

Kompetenceklyngerne er resultatcentre, der er ansvarlige for den organisatoriske, sundhedsfaglige og patientoplevede kvalitet - og skal opfattes som et udtryk for værdiskabelsen i relation til patienten. Den overordnede ledelse for de kliniske klynger udgøres af en ledende overlæge og en ledende oversygeplejerske, mens de ikke kliniske klynger ligeledes ledes af et ledelsespår med en faglig baggrund afhængig af klyngens opgaveportefølje. Da "span of control" ifht. patientforløbene bliver langt større, vil det blive reelt meningsfuldt at gøre klyngeledelsen ansvarlig for den samlede kvalitet. Klyngeledelserne er i sagens natur også ansvarlige for effektiv drift og budgetoverholdelse.

Hver kompetenceklynge har en række forløbsledelser, der er ansvarlige for den organisatoriske, sundhedsfaglige og patientoplevede kvalitet indenfor en portefølje af standardiserede tidsstyrede patientforløb, som reelt er foruddefinerede skabeloner for god patientlogistik og sundhedsfaglig kvalitet. I de kliniske klynger har en forløbsledelse således ansvar for en patientforløbszone og de afledte patientforløb.

En forløbsledelse udgøres af en funktionsansvarlig overlæge og en funktionsansvarlig sygeplejerske.

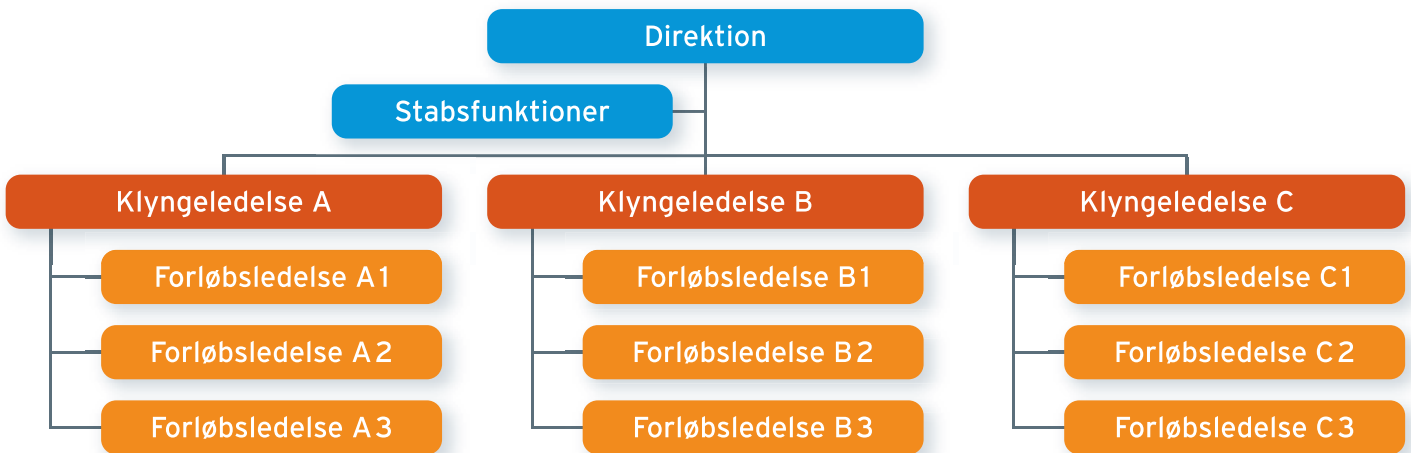
Hver forløbsledelse har en række specialiserede teams, som de har personaleansvar for. Teamene er som altid funderet tværfagligt og ofte tværspecialiseret. Hvert team er specialiseret i en række standardiserede tidsstyrede patientforløb - personalesammensætningen vil variere afhængig af opgaven.

Læger vil som nu gå på tværs af patientforløbene, men i fremtiden vil dette også gælde plejepersonalet, der vil

have funktion såvel i sengemassen som i ambulatoriet. Som en konsekvens heraf vil plejepersonalet også indgå i en fælles vagtstruktur i en given kompetenceklynge.

Sengekapaciteten i klyngen er en fælles ressource på tværs af specialegrænser. Dette kræver en særlig ledelsesmæssig indsats med behov for koordinering. En sengekoordinerende sygeplejerske kunne være en ledelsesfigur til varetagelse af denne opgave, og på tilsvarende vis kunne der blive behov for en ambulatoriekoordinerende sygeplejerske til koordinering af ambulatoriefunktionen.

Figur 5.2 - Overordnet ledelsesstruktur for en sygehusenhed



Figur 5.3 - Overordnet ledelsesstruktur for en kompetenceklynge



* I en sengebærende klynge er der desuden en sengekoordinerende sygeplejerske

5.5 Arbejdstilrettelæggelse og vagtarbejde mv.

Arbejdsgruppens anbefalinger

- Arbejdstilrettelæggelsen bør tage udgangspunkt i patientforløbene og understøtte kontinuitet, vidensdeling og kompetenceudvikling
- Der etableres et internt vagtnummer
- Den interne vagtstruktur udgår fra FAM, der service- rer hele sygehuset med lægelige ydelser ved akutte tilstande
- Specialiserede vagter på OUH gøres tilgængelige for hele regionen gennem telemedicinske løsninger

5.5.1 Vagtfunktion og arbejdstilrettelæggelse

Gennemførelsen af FAM vil medføre store ændringer for vagtfunktionen på det øvrige sygehus. I FAM er en række speciallæger og uddannelsessøgende læger i tilstedeværelse, hvilket betyder, at behovet for yderligere vagtordninger vil være meget begrænset. Inden for visse specialer vil der evt. være behov for tilkaldevagt.

På sygeplejerskeområdet vil der være vagtpersonale i patientforløbszonerne, men opgaven vil ændre sig, idet den akutte fase vil ligge i FAM. Vagttiden på sengeafdelingerne vil derfor blive mere rolig og forudsigelig med patienter, der er sat i standardiserede tidsstyrede patientforløb.

Der vil fremdeles være behov for anæstesisygeplejerske i vagt- og OP-beredskab samt døgnbemanding med radiograf og bioanalytiker.

Arbejdstilrettelæggelsen vil også ændre sig væsentligt. De væsentligste ændringer vil være:

- Arbejdet organiseres i tværfaglige og tværspecialiserede teams organiseret i forhold til patientforløb
- Plejepersonalet i disse teams vil indgå i en fælles vagtplanlægning mhp. at bemane den fælles senge-ressource
- Arbejdet i resten af sygehuset bliver langt mere ambulant og planlagt i sin karakter ikke mindst, fordi de akutte patienter har været igennem FAM og er diagnosticerede og sat i standardiserede tidsstyrede patientforløb
- Vægtning af vagtarbejde ifht. dagtjeneste for plejepersonalet forskydes mod dagtid frem for vagttid
- Indførelse af enestuer som det overvejende koncept vil ændre arbejdsgangen på sengeafdelingerne, idet arbejdet (journalisering, undersøgelse, træning m.v.) kan gennemføres i stuen. Dermed rykker arbejdet ud til patienten og væk fra kontorer og vagtrum. Dette vil også få betydning for indretning og rumdisponering i fremtidens byggerier

De nævnte punkter vil især medføre store ændringer for plejepersonalet, idet sygeplejerskerne vil blive mere tværgående ifht. bemanningen på både sengeafdeling og ambulatorier m.v. Det indebærer især den fordel, at plejepersonalet får mulighed for at følge hele patientforløbet frem for kun at deltage i en del af forløbet. Ændringen af balancen i retning af mere ambulant arbejde vil desuden medføre udtynding af vagtopgaven. Man må også forestille sig, at vagtarbejdet på en sengeafdeling ændrer sig, idet patienterne vil være udredt og sat i behandling i FAM. Det betyder sikkert, at man også må overveje størrelsen af et sengeafsnit. Det vil formentlig blive rationelt at drive meget store sengeafsnit, idet få sygeplejersker vil kunne dække f.eks. nattevagten for et stort antal patienter af denne type.

Også for lægegruppen vil det betyde ændringer. Lægerne er vant til at arbejde tværgående. Ændringen her vil bestå i, at lægerne kan koncentrere sig om færre patientforløb samt, at de skal arbejde i faste tværfaglige og tværspecialiserede teams.

For både læger og sygeplejersker vil en udbredelse af enestuekonceptet medføre ændringer i arbejdsgangen. Forestillingen er, at langt den største del af arbejdet vil komme til at foregå hos patienten. Det drejer sig om undersøgelse, journalskrivning, træning m.v. Den nuværende arbejdsform, hvor meget af personalets tid bruges i kontorer, vagtrum m.v., vil således ændres betydeligt, hvilket også vil få stor betydning for indretningen af fremtidens sengeafdeling.

Den interne lægelige vagtstruktur på sygehuset udgøres af de specialiserede teams, der arbejder i FAM. Disse vil således udover arbejdet i FAM have til opgave at servicere det samlede sygehus med specialiserede lægelige ydelser i perioder, hvor der ikke er vanlig dagbemanding. Dette vil typisk være i aften- og nattetimerne, i weekender og på helligdage.

Plejepersonalet i kompetenceklyngerne bør have et centralt internt telefonnummer til den visiterende læge på FAM, der foranstalter det relevante respons afhængig af problemstillingen.

Den basale vagtstruktur med fysisk tilstedeværelse på sygehuset udgør:

- Det medicinske specialiserede team, som varetager medicinske problemstillinger
- Det kirurgiske specialiserede team, som varetager kirurgiske problemstillinger
- Det ortopædiske team, som varetager ortopædiske problemstillinger
- Det anæstesiologiske team, som varetager anæstesiologiske problemstillinger og desuden stiller med et akut mobil team som beskrevet i Operation Life
- Et pædiatrisk team, som varetager pædiatriske problemstillinger
- Et kardiologisk team, som varetager kardiologiske problemstillinger
- Et gynækologisk/obstetrisk team, som varetager gynækologiske og obstetriske problemstillinger

Hertil kommer en række specialer på akutsygehusene, som typisk vil være på tilkaldevagt (ØNH og neurologi). Disse varetager ligeledes hver deres specialeproblemstillinger for hele sygehuset.

På OUH vil der desuden være en række specialiserede vagthold, som udover at servicere OUH, bør kunne varetage vagtfunction for hele regionen gennem telemedicinske løsninger.

5.6 Samarbejde med parter udenfor sygehuset

Arbejdsgruppens anbefalinger

- Borgeren skal opleve sammenhæng i forløbet med den praktiserende læge, over diagnostik og behandling på sygehuset til borgeren er tilbage i hjemmet igen med efterfølgende rehabilitering
- Udskrivning starter ved indlæggelsen og skal ske tidligst muligt efter endt sygehusbehandling under hensyn til borgerens/patientens tilstand samt sikkerhed og kvalitet i forløbet

Region Syddanmark og kommunerne i regionen har udarbejdet en regional samarbejdsaftale om borger/patientforløb i det somatiske område - SAM:BO. Samarbejdsaftalen er forankret i sundhedsaftalerne mellem regionen og de enkelte kommuner.

Målet med den regionale samarbejdsaftale er at sikre sammenhængende patientforløb imellem sundhedsvæsenets sektorer i Region Syddanmark og dermed højne kvalitet og patienttilfredshed med sundhedsvæsenets ydelser. Samarbejdsaftalen skal styrke samarbejdet mellem almen praksis, kommunerne og sygehusene om den enkelte patient og dennes forløb gennem systemet og sikre dialog og koordinering parterne imellem og med størst mulig inddragelse af patient og pårørende.

Samarbejdsaftalen gælder for alle almindeligt forekommende typer af somatiske patientforløb på tværs af sektorerne i Region Syddanmark, uanset diagnose og aldersgruppe. Samarbejdsaftalen beskriver for disse patientforløb krav til samarbejde, kommunikation, patientinformation og kvalitetsmonitorering, med særlig fokus på forløbets overgang mellem sektorerne.

5.6.1 Samarbejde mellem sygehus og kommune

I samarbejdsaftalen indgår, at kommunikationen mellem sygehus og kommune indledes allerede ved indlæggelsen, og at den udstrækkes til at omfatte planlægningen af behandlingsforløbet. Som afslutning på sygehusbehandling skal der sikres en udskrivning, der forebygger genindlæggelser. Dette forudsætter, at sygehuset forbereder patient og evt. pårørende på udskrivningen, forbereder egen læge på opfølgning og efterbehandling samt forbereder kommunen på den nødvendige kommunale indsats for en sikker modtagelse af patienten i hjemmet.

For borgere, der modtager eller skal modtage ydelser efter serviceloven og sundhedsloven, skal enhver udskrivning fra sygehus være aftalt på forhånd mellem sygehuset og kommunen. Stafetmetoden skal således også være bærende princip ved de tværsektorielle overgange i patientforløbene. Sygehuset skal holde kommunen orienteret om borgerens indlæggelse, især om de krav forløbet forventes at stille til den kommunale indsats efter udskrivningen. Udskrivning efter endt sygehusbehandling skal ske tidligst muligt under hensyn til borgerens/patientens tilstand samt sikkerhed og kvalitet i forløbet.

I den forbindelse anbefales det, at kommunerne inddrages i tilrettelæggelsen af de relevante standardiserede tidsstyrte patientforløb.

Samarbejdsaftalens retningslinjer for kommunikation, ansvar og initiativ i forløbene skal anvendes gennem fagpersonernes dialog og fleksibilitet i opgaveløsningen til gavn for den enkelte borger. Målet med dialogen er at opnå sammenfald mellem færdigbehandlingstidspunkt og udskrivningstidspunkt.

Sygehusets vurdering af behov efter udskrivning

Det skal i forbindelse med udskrivningen fra sygehuset vurderes, hvilket behov patienten har for hjælpemidler og behandlingsredskaber.

Koordinering og kommunikation ved ambulante forløb samt korte og længere indlæggelsesforløb

Samarbejdsaftalens aftalemæssige kerne består af 5 skematiske borger/patient-forløb, der fastlægger kommunikation og samarbejde ved:

- Indsatsen før ambulante behandling eller indlæggelse
- Ambulante patientforløb
- Behandlingsforløb under 24 timer
- Behandlingsforløb længere end 24 timer
- Indsatsen efter udskrivning

Ved afslutningen af ambulante patientforløb skal sygehuset orientere kommunen, når patienten modtager eller skal modtage kommunale ydelser.

Ved udskrivning efter kortvarige behandlingsforløb normalt under 24 timer aftales udskrivningen tidligst muligt telefonisk mellem sygehusafdelingen og kommunens visitation eller sygeplejerske på kommunens akutnummer. Her aftales de kommunale ydelser. Denne fremgangsmåde forventes anvendt for de patienter, der udskrives fra de kommende fælles akutmodtagelser. Hjemsendelse sker ifølge aftalen med kommunen. For kendte borgere, hvor der ikke er ændringer i funktionsevnen, kan hjemsendelse ske umiddelbart, når kommunen er orienteret.

Ved planlægning af udskrivning efter længerevarende behandlingsforløb normalt over 24 timer skal sygehuset udarbejde en forløbsplan for de patienter, der modtager eller skal modtage kommunale ydelser. Forløbsplanen er et resumé af den lagte behandlingsplan med hovedvægten på de oplysninger, der er relevante for kommunen at kende ved tilrettelæggelsen af modtagelsen af patienten i eget hjem. Denne fremgangsmåde vil gælde en del af de patienter, der indlægges i stationære afsnit.

Ved ukomplicerede forløb kvitterer kommunen for forløbsplanen, og udskrivningen kan følge planen. Ved komplicerede forløb indgår sygehuset og kommunen i nærmere dialog om planlægning af udskrivningen.

Udvidet koordinering mellem sygehus og kommune kan ske på flere måder f.eks. gennem fortsat elektronisk korrespondance, ved en udskrivningskoordinator i sygehusregi, ved en udskrivningskonference eller ved kontakt til en kommunal forløbskoordinator.

5.6.2 Samarbejde og kommunikation med almen praksis

Det nye faglige og organisatoriske grundkoncept for sygehusene kan på flere måder medføre ændringer for almen praksis. Det bør indtænkes i det videre arbejde.

Den indgåede samarbejdsaftale mellem region og kommuner om patientforløb beskriver også samarbejdet og kommunikationen med almen praksis. Den elektroniske kommunikation bør foregå ved brug af velkendte standarder (henvisninger, epikriser, korrespondancemeddelelser m.fl.), og alle sygehuse skal kunne modtage elektroniske henvisninger såvel akutte som elektive samt kunne anvende korrespondance meddelelser i EDI format.

For at patienten skal kunne komme hurtigt og hensigtsmæssigt ind i et forløb på sygehuset, er der behov for, at almen praksis får let adgang til visitator, når det gælder akutte indlæggelser og får så få kontaktpersoner og telefonnumre som muligt, når det gælder ikke-akutte henvendelser til sygehusene.

Der er behov for, at lægerne i alm. praksis kan få rådgivning på specialistniveau, idet telefonisk konsultation og rådgivning vedr. patientforløb kan være med til at undgå indlæggelse/ambulant behandling på sygehuset.

En forudsætning for sammenhængende patientforløb i overgangen fra sygehusbehandling til behandling hos egen læge er, at egen læge hurtigt bliver informeret om forløbet. Epikrisen medgives patienten på papir, og samtidig afsendes den elektronisk umiddelbart ved patientens udskrivelse. Det nuværende kvalitetsmål om udsendelse af epikrise senest 3 hverdage efter patientens udskrivelse bør revideres i overensstemmelse med ovenstående.

Det skal sikres, at epikrisen markerer de opgaver, som almen praksis skal varetage som f.eks. tilrådet kontrol hos egen læge og anbefaling af, hvad kontrollen skal indeholde, også når der er afvigende laboratoriesvar. Disse svar kan med fordel markeres med farve. Ligeledes skal der oprettes et kvitteringssystem f.eks. med oplysninger om fravær i ferier o.l.

Såfremt der er tvivl om, at patienten er i stand til selv at tage vare på at få bestilt tid til en anbefalet kontrol hos egen læge, skal udskrivende sygehusafdeling sikre, at der bestilles tid til konsultation/aftales hjemmebesøg ved egen læge eller dennes vikar i tilfælde af ferie. I sidstnævnte tilfælde er en papirkopi af epikrisen, der medgives patienten helt nødvendig.

Overenskomsten med almen praksis giver region og praksisudvalg mulighed for at indgå lokale aftaler, som supplerer eller fraviger overenskomsten. Der er flere regionale §2-aftaler, der understøtter praktiserende lægers deltagelse i samarbejdet om patientforløb. Der kan være behov for at indgå nye aftaler.

Praksiskonsulentordningen

Hvis den interne organisering på sygehusenhederne ændres fra afdelinger til kompetenceklynger, får det konsekvenser for organiseringen af Praksiskonsulentordningen, da praksiskonsulenterne i dag er knyttet til den enkelte afdeling.

Andre regionale indsatser, der også kan blive berørt af det nye koncept, er bl.a. forløbsprogrammer og opgavefordelingen som nævnt i Strategi for personer med kronisk sygdom.

5.6.3 Samarbejde mellem somatik og psykiatri

En beskrivelse af samspilsrelationen i akutberedskabet mellem psykiatrien og somatikken afventer Sundhedsstyrelsens anbefalinger til den akutte indsats i psykiatrien. Anbefalingerne er udkommet i august 2009, hvor efter den regionale ramme for modtagelsen af akutte psykiatriske patienter beskrives i et psykiatri-tillæg til FAM-rapporten. Psykiatriens FAM-tillæg vil blive forelagt til endelig politisk behandling første halvdel 2010.

I forhold til de indlagte psykiatriske patienter skal der af hensyn til fleksibiliteten være velbeskrevne samarbejdsrelationer mellem psykiatrien og de fremtidige kompetenceklynger i somatikken omkring psykiatriske patienter med behov for somatisk tilsyn/behandling og somatiske patienter med behov for psykiatrisk tilsyn/behandling.

De beskrevne samarbejdsrelationer skal sikre flowet i patientforløbene, sikre de psykiatriske patienter let adgang til de tværgående kliniske ydelser, sikre sammenhængende patientforløb imellem somatikken og psykiatrien og dermed højne kvalitet og patienttilfredshed med sundhedsvæsenets ydelser.

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. den akutte indsats i psykiatrien anbefales det i øvrigt, at der regionalt bør sikres aftalte retningslinjer for samarbejdet mellem somatikken og psykiatrien - ikke kun om akutte patientforløb og tilsyn, men også om videndeling, kvalitetsudvikling, forskning og uddannelse. Særligt er der behov for klare aftaler for akut vurdering og behandling af patienter med misbrug og med afrusnings-/afgiftningsbehov på tværs af psykiatri og somatik.

6.0 Servicekredsløbet

Indretningen af servicekredsløbet på sygehuset skal understøtte de sammenhængende patientforløb og muliggøre afviklingen af hurtige patientforløb af høj kvalitet med et så lille resurseforbrug som muligt.

Det skal generelt vurderes, om der i fremtiden skal leveres standardpakker til f.eks. specifikke operationer med levering fra sygehusets forskellige servicefunktioner herunder vaskeri, depot, apotek, sterilfunktion etc.

For mange af ovenstående områder anbefales det, at der forud for beslutningen om organiseringen af den ikke-kliniske service udarbejdes konkrete cost-benefit-analyser.

6.1 Ikke-klinisk service på fremtidens sygehus

Arbejdsgruppens anbefalinger

- Den ikke-kliniske service skal understøtte hurtige patientforløb af høj kvalitet
- Logistisk bør tilstræbes "just in time" levering af den ikke-kliniske service, som bør automatiseres i videst mulig omfang

Formålet med dette afsnit er at formulere et sæt anbefalinger til organiseringen af den ikke-kliniske service på sygehusene. Den ikke-kliniske service indbefatter sterildepot og sterillager, portørtjeneste og rengøring, sekretærservice, bespisning og kost samt tekstil- og vaskeri-service i serviceklyngen.

Den centrale logistik/teknisk servicefunktion understøtter den daglige drift af sygehuset.

Opbevaring og udlevering af medicindoser stiller store udfordringer til logistikken og er beskrevet i afsnit 5.3.4. om apotekerfunktionen.

6.1.1 Sterilcentral og sterildepot

Det er en fordel, at sterilcentralfunktionen med pakning af bakker og pakning af vogne gøres færdig i ét samlet forløb og ét sted. Dette taler for, at sterilcentral og sterildepot er samlet og tæt på OP. Hvor tæt funktionaliteten skal placeres på OP, afhænger af transportsystemer og hastighed i levering af sterilgods.

Det er vigtigt at tænke sterilproduktionen som et servicecenter, som producerer efter efterspørgsel. Det bør undersøges, hvorvidt der i fremtiden kan gøres brug af standardpakninger.

Sterilproduktionen og sterillageret kan skilles ad. Der er megen tidskrævende håndtering ifht. lagerdelen. Imidlertid bruges lageret aktivt på sterilcentralen, når der pakkes til operationer, hvorfor lageret skal være let tilgængeligt. Sterillageret kan evt. drives vha. robotter.

Udformningen af et nyt sygehus skal tilgodese behovet for plads. At der er plads til at foretage rigtige løft, og at materiale kan transporteres uden for mange stop.

6.1.2 Servicetjenester portører og rengøring

Der vil være behov for portører tilstede i FAM døgnet rundt, året rundt. Det vil være nærliggende, at portørvagt-tjenesten er beliggende i relation til FAM. Hvorvidt hele sygehuset kan serviceres fra denne lokalitet i hverdagsarbejdstiden vil være afhængig af opgavemængden. Ved placering af portører/serviceassistenter på sygehusets øvrige sengeafdelinger vil man formentlig kunne fordele opgaverne, så den FAM-nære portørvagt vil kunne dække hele sygehuset.

Der skal være adgang til rengøring af stuer både på OP, intensiv og i FAM året døgnet rundt, året rundt, men det vil kunne udgå fra husdækkende tværgående afdelinger.

6.1.3 Forplejning

Sygehusverdenen går imod en kortere indlæggelsestid og en fortsat intensivning af behandlingen. Derfor vil fremtidens patienter på hospitalerne ændres, når der sammenlignes til dagens patienter. Overordnet vil der være to kategorier af patienter og dermed også to forskellige bespisningsbehov/løsninger.

En række patienter vil i indlæggelsestiden være meget syge og vil vanskeligt kunne forholde sig til valg af mad. Disse patienter vil have behov for et relativt smalt tilbud, som i vid udstrækning styres via plejepersonale eller andet personale. Det smalle tilbud skal opfylde kvalitetsmæssige, ernæringsmæssige, behandlingsmæssige, kulturelle og etniske behov og krav.

Derudover vil der være en række patienter, som i indlæggelsestiden er mindre begrænset af deres sygdom og som kan træffe valg om maden osv. Disse patienter bør have muligheder for en høj grad af valgfrihed.

Overordnet for begge grupper bør det sikres, at der er en så høj grad af individualitet i bespisningen af patienterne, som det er muligt - dette af hensyn til at imødekomme de ernærings- og behandlingsmæssige krav og den patientoplevede kvalitet.

I enhver bespisningsløsning skal der grundlæggende træffes beslutninger i forhold til fire forskellige elementer: hvordan skal maden produceres?, hvordan skal maden serveres for patienten?, hvordan skal maden behandles på det lokale niveau? og hvordan skal maden distribueres?

Det er vigtigt at indlede med beslutningerne "i patientens ende", dvs. hvordan patienten skal bispises, på hvilke tidspunkter skal maden og tilbuddene være tilgængelige samt den ønskede bredde af tilbuddet.

Fleksible løsninger på de enkelte sengeafsnit bør kombineres med en egentlig patientrestaurant, der tilgodeser de pårørende og de patienter, der fysisk og psykisk stiller anderledes krav til bespisningen. Grænserne er naturligvis flydende, og en patient, som fysisk vil kunne benytte en patientrestaurant, men som af andre årsager ikke har lyst, må naturligvis kunne bispises lokalt.

Det anbefales, at der etableres en arbejdsgruppe, som laver et udredningsarbejde omkring køkkenfunktioner og bespisningskoncept. Udredningen skal sikre, at de fremtidige sygehuse forsynes med en kost, der lever op til et højt fagligt kvalitetsniveau og en god driftsøkonomi.

Produktion og udbringning af mad og større krav til à la carte menuer kræver, at der tages hensyn til, at der bør kunne udbringes mad i mindre portioner det meste af døgnet til hele sygehuset. Maden skal kunne serveres med den korrekte temperatur, så der undgås infektioner ved håndtering af madvarer.

Det vil være hensigtsmæssigt, at madproduktionen sker tæt på den enkelte modtager i café/restaurantkøkkener. Udredningsarbejdet skal belyse, om der skal være centralkøkken og flere decentrale køkkener eller alternativt alene decentrale køkkener. Udredningsarbejdet skal anskueliggøre visioner for bespisningskoncepter samt belyse de økonomiske aspekter af forskellige driftsmodeller.

6.1.4 Tekstilservice

Opbevaring og transport af linned/tekstiler kræver, at der tages hygiejniske hensyn, så brugt linned/tekstiler ikke kommer i kontakt med rent linned. Opgaven kan løses ved, at linned bliver leveret på afdelingsniveau på sygehuset i en specialfremstillet linnedvogn, som er overdækket. Vognen kan herefter stå på afdelingen i 24 timer, og kan bruges som depot. Således skal linnedet ikke håndteres, før det skal bruges, hvilket giver en stor hygiejnemæssig gevinst.

Hertil kommer, at der ikke på de enkelte afdelinger skal gøres plads til linneddepot. På selve afdelingen er der kun behov for et mindre areal til opbevaring af linned. Der er herunder behov for et område til fyldte linnedvogne samt et rum til snavset vasketøj.

Der kan alternativt indbygges skaktsystemer til affald og vasketøj. Den bedste løsning vil her være, at affald og vasketøj indkastes i samme skakt, og at vasketøjssækkene mærkes, så at der i skaktsystemet sker en automatisk sortering af affald og vasketøj. Erfaringen viser, at andre løsninger indebærer, at noget vasketøj fejlagtigt bliver sendt på forbrændingen.

Bestillingsopgaven kan overlades til vaskeriet, da det er godt med en entydig ansvarsfordeling. På hoteller reguleres linnedforsyningen efter belægningen, og dette kan eventuelt overføres til sygehusene. Erfaringerne med linnedvogne leveret på afdelingsniveau viser, at der kommer meget lidt tøj retur, og at der er besparelser i forhold til depotløsningen. Til mangelsituationer oprettes et nøddepot på hvert sygehus.

Transportrobotter kan i fremtiden klare transporten af linned. Eventuelt kan dette foregå om natten. Det er vigtigt at være opmærksom på, at Arbejdstilsynet kan stille krav til, at robottrafik ikke må finde sted, hvor der er en trafik af mennesker.

I forhold til personaletøjet anbefales det, at der opstilles automater til automatisk udlevering af personaletøjet.

Vaskerifunktionen kan ligge udenfor sygehusematriklen.

6.2 IT og teknologi

Arbejdsgruppens anbefalinger

- Der skal etableres driftssikrede integrerede IT-løsninger, der muliggør hurtige patientforløb af høj kvalitet
- "State of the art" IT-løsninger er en absolut nødvendighed af hensyn til patientlogistik, patientforløb, patientsikkerhed og patienttilfredshed
- Patienter bør have let og fuld adgang til informationer om eget patientforløb og bør selv kunne have indflydelse på dette gennem booking af tider, kommentering, elektronisk patientdagbog etc.
- Patientnær mobil teknologi er et ideal og et generisk koncept for hele sygehuset
- Der bør regionalt udvikles telemedicinske løsninger
- IT-staben inddrages primo 2010 i et samarbejde med repræsentanter fra sygehusene i en kortlægning af relevante indsatsområder

Sygehuset skal indrettes med tidssvarende teknologi og IT. Teknologien skal være "State of Art". Integration af IT-løsningerne er en nødvendig forudsætning for hurtige patientforløb af høj kvalitet.

Patienten bør have adgang til informationer om eget sygdomsforløb derhjemme gennem internetbaserede løsninger. Ligeledes bør patienten have indflydelse på eget patientforløb gennem adgang til booking af ambulatorietider, kommentering, forespørgsler per mail og elektronisk patientblog. Dette vil medføre en højere patientinvolvering, hvilket erfaringsmæssigt er værdiskabende for patientforløb fordi, at patienten kvalificeres og bliver en aktiv deltager og ikke blot en passiv modtager.

Mulighederne i de patientnære sundheds-IT-løsninger bør afprøves i konkrete projekter. Eksempelvis bør det testes, om patienten allerede før indkaldelse til sygehuset kan udstyres med en elektronisk voucher, hvoraf tider, steder og kontaktpersonale fremgår analogt med elektroniske rejsebilletter. Ligeledes bør det testes, om der kan etableres tidstro online patienttilfredshedsundersøgelser som et generisk koncept.

Der skal sikres IT-systemer, som kan formidle algoritmer for behandling (patientforløb), instrukser og vejledninger appliceret til den enkelte patient med mulighed for tjeklister mm.

Registreringspraksis skal ensrettes, så valide sammenlignelige data opnås.

Region Syddanmark har i forbindelse med projekteringen af Midlertidig Akutmodtagelse (MIFAM) på Odense Universitetshospital (OUH) foretaget en IT-foranalyse, som skal understøtte de IT-mæssige beslutninger i MIFAM. Analysen er foretaget med udgangspunkt i en interviewrunde blandt medarbejderne i OUH's akutmodtagelse. Analysen har påpeget en række IT-funktionaliteter, som vil understøtte arbejdet med de akutte patienter. Det anbefales, at IT-staben foretager en lignende analyse med henblik på at belyse IT-behovet i en ny syddansk sygehusmodel.

6.2.1 EPJ og overblikssystemer

Der skal være et relevant elektronisk patientjournalssystem på regionsniveau, hvor datafangst til registre sker løbende og automatisk. Da der i et moderne sygehus er tale om enheder med mange patienter og et hurtigt flow, er det også vigtigt med oversigtssystemer, der skaber overblik over, hvor de enkelte patienter befinder sig og lige så vigtigt, hvor langt de er i udrednings- og behandlingsforløbet.

Der skal være indbyggede indikatorer for, om kvalitetsmål i henhold til triagering overholdes. Dette patientflow skal kunne følges andre steder i huset.

Den elektroniske patientjournal skal være integreret med de mange dele, som udgør det beslutningsmæssige grundlag for patientbehandlingen: præhospitale observationer, adgang til tidligere journaler, elektronisk medicinprofilregistrering, indlæggelser på andre sygehuse, laboratorieresultater og radiologiske undersøgelser med tidstro registreringer. Patientens ankomst skal kunne forberedes med indhentning af disse oplysninger, klargøring af plads, blodprøver, labels mm. Så dette kan være parat ved ankomsten.

6.2.2 Patientnær mobil teknologi

Patientnær mobil teknologi - også kaldet schweitzerknivsteknologi - gøres til et universelt princip. Præmissen i dette princip er todelt.

For det første fremmer patientnær mobil teknologi, at undersøgelse, observation og behandling foregår der, hvor patienten er. Kort sagt kommer teknologien til patienten og ikke omvendt.

For det andet fremmer tilgangen en sund og reflekteret ordinationskultur. Den, der ordinerer, gennemfører selv handlingen og tager konsekvensen. Der er mange eksempler på, at dette har styrket de faglige miljøer og forbedret kvaliteten f.eks. på det gynækologiske/obstetriske og kardiologiske område.

Der udvikles løbende mobilt udstyr, som kan flyttes efter og til patienten, hvilket kan betyde, at der spares sengeflynninger. Flytbart udstyr kræver lagerplads, da det hurtigt skal kunne fremskaffes.

6.2.3 Logistik

Logistikopgaven på sygehusene skal i høj grad løses via brugen af teknologi og IT.

Centrale og decentrale lagre med linned, utensilier, medicin m.v. bør udstyres med elektroniske data, således, at den optimale lagerstørrelse og antal lagre kan opretholdes.

Lagerstyringssystemerne skal være integreret med indkøbssystemerne, så der ikke opbygges unødvendige depoter. Varerne skal være hjemme og fremme og til rådighed hos brugeren på det rette tidspunkt.

Nybyggeri og ombygninger af sygehuse er en naturlig anledning til at vurdere mulighederne for øget automatisering af arbejdsprocesser, så der frigøres ressourcer til kerneydelserne behandling og pleje.

Automatisering af arbejdsprocesser er eksempelvis:

- Automatisk blodprøvetagning
- Automatiske laboratorieprocesser
- Automatiske transportvogne (AGV eller videreudvikling af disse)
- Automatisk vasketøjsophængning
- Medicineringsrobotter
- Operationsrobotter
- Billeddiagnostik

Automatisering af processer omfatter også IT i form af elektroniske patientjournaler, hvor medicin-, røntgen-, laboratoriedata og patientdata integreres og anvendes i den kliniske hverdag såvel som i den administrative og økonomiske styring af sygehusenes drift.

De elektroniske hjælpemidler skal lette medarbejdernes arbejdsprocesser. Det kan eksempelvis være automatiske elevationsenge, løftekraner, fælles opladningsstationer til f.eks. sprøjtepumper, højdestilbare stole til brug for mobilisering af patienter m.v.

Elektroniske hjælpemidler og udviklingen af disse kræver, at der i byggeri og indretning afsættes plads hertil.

6.2.4 IT - Digitalisering af processer

Formålet med digitalisering er, at patienter og pårørende erfarer, at sygehuset er åbent og gennemsigtigt, og at sundhedsvæsenet har fokus på sammenhæng og faglig kvalitet.

Digitalisering medfører overordnet en øget anvendelse af medicoteknisk udstyr og software, der kan strukturere information. Dette kan bidrage til at forbedre kvalitet og patientsikkerhed i behandling og pleje.

Udstyr og software har indflydelse på indretning og byggeri, da medicoteknisk udstyr optager plads og sammen med software ændrer arbejdsgange og arbejdsprocesser samt kommunikationsformer og arbejdsrutiner.

Digitalisering skal understøtte de incitamenter, der betyder, at patienter bruger de digitale løsninger, som bidrager til at frigøre ressourcer til behandling og pleje.

En lang række faglige standarder og love som Den Danske Kvalitetsmodel, NIP-standarder, MedCom-standarder, kontaktpersonordning og forskellige lovfæstede servicemål forudsætter brug af digitale løsninger til registrering og dokumentation.

Digitalisering vil række ud over sygehuset til praksissektoren, borger og kommune.

6.2.5 Telemedicin

Telemedicinen vil fremover give mulighed for at overkomme den fysiske afstand mellem læge og patient. Med den nødvendige teknik bliver læge og patient i stand til at vurdere udviklingen i patientens tilstand.

Det er væsentligt, at der tages hensyn til telemedicin i udformning af fremtidige kliniske strukturer.

Særlig er muligheden for pervasive telemedicinske løsninger et meget centralt tema. De pervasive løsninger vil sandsynligvis kunne aflaste sygehusvæsenet i fremtiden, da typisk kronisk syge patienter vil kunne observeres i eget hjem, hvilket potentielt kan forkorte indlæggelsestiden og aflaste ambulatoriet. Dette ses som en særlig regionale udfordring og kunne udgøre en innovativ satsning på tværs af sektorer.

6.3 Arkitektur

Arbejdsgruppens anbefalinger

- Helt grundlæggende skal det være let at finde vej på sygehuset. Sygehuset indrettes derfor med et område til umiddelbar akut undersøgelse og behandling (FAM) og et ankomstområde, hvor de ikke-akutte patienter kan få information, og har let og logisk adgang til patientforløbszonerne
- Enestuer gøres til en grundlæggende præmis for indretningen af sygehusene, for at hæve kvaliteten i behandlingen og understøtte patientens autonomi og integritet
- Indretningen af sygehuset tager udgangspunkt i principperne om fleksibilitet, elasticitet og generalitet
- Evidensbaseret design bør indtænkes i indretningen af sygehuset, herunder kunst, musik, lys og materialer både af hensyn til patienter som personale

Nærværende afsnit angiver forslag til nogle funktionelle principper for den kommende planlægning i forbindelse med nybygning, ombygning og renovering af akutsygehusene i Region Syddanmark.

Der er således ikke tale om en detaljeret beskrivelse af den fysiske indretning, idet lokale hensyn vil have væsentlig indflydelse på, hvordan disse principper kan realiseres i fysisk struktur. Men der er tale om nogle grundlæggende ønsker og principper til adgangsforhold, flow og hovedstruktur, der samlet set kan skabe velfungerende og effektive akutsygehuse med fokus på patientforløb samtidig med, at arbejdsmiljøet prioriteres højt.

Det er afgørende for funktionen på regionens akutsygehuse, at både det eksterne og det interne flow er så enkelt og overskueligt, at det for patienter, besøgende og personale er enkelt og problemfrit at komme til og fra sygehuset og bevæge sig rundt på sygehuset.

Etableringen af fælles akutmodtagelser, FAM, vil fremover få stor betydning for organiseringen, indretningen og dimensioneringen af akutsygehusene.

FAM vil blive det centrale omdrejningspunkt i sygehuse-nes funktionelle opbygning samt forudsætningen for hurtig udredning og planlægningen af de efterfølgende "behandlingslinjer", der skal skabe grundlaget for det optimale patientforløb.

Skal disse forventninger indfries, er der en række generelle grundlæggende forudsætninger, der skal iagttages for bevægelsesmønstret i og omkring fremtidens akutsygehuse. Den optimale indretning af sygehuset til patientbehandling indebærer etablering af særskilt indgang for akutte patienter og ikke akutte patienter. Sygehuset skal indrettes, så patienterne let og hurtigt kan komme til og fra undersøgelses- og behandlingsområder.

6.3.1 Overordnet princip for indretningen af sygehuset

Sygehuset indrettes med et område til umiddelbar akut undersøgelse og behandling (FAM) og et ankomstområde, hvor de ikke-akutte patienter kan få information og har let og logisk adgang til undersøgelses- og behandlingsområderne. Udslusningsområdet indrettes i tilslutning til ankomstområdet for ikke-akutte patienter.

Som en kerne i sygehuset anbringes fælles faciliteter for akutdelen og ikke-akutdelen på sygehuset:
Det centrale diagnostiske center, intensiv; OP mv.

Der etableres "kompetenceklynger" med sengestuer og ambulatorier.

I den indledende planlægningsproces for et byggeri er der en række elementer, der skal indtænkes. F.eks. kommunale lokalplaner, ekspropriering, hensyn til miljø.

Sygehuset skal desuden indrettes fleksibelt, elastisk og generelt, så funktionerne kan udvides og indskrænkes efter behov.

Det indebærer f.eks.:

- Flexibilitet, så antallet af senge og ambulatorier kan flekses mellem de faglige fællesskaber efter behov
- Elasticitet, så alle funktioner kan udvides/indskrænkes efter behov
- Generalitet, så lokaler kan anvendes til så mange forskellige formål som muligt

Hovedforudsætninger for det eksterne og interne flow er:

- Ved ankomst til sygehuset skal det på en naturlig måde klart fremgå, hvor patienter, besøgende og forsyninger kommer ind i bygningskomplekset
- Der skal være separat adgang for akutte patienter, ikke akutte patienter/besøgende, personale og forsyninger
- Når man ankommer til den relevante funktion, modtages man af personale, der kan guide én videre i systemet. Ideelt set bør der fra modtageenheden være direkte adgang til det aktuelle funktionsområdes sengeafsnit og ambulante funktioner evt. via elevator
- Enhver transport mellem to funktioner bør kun omfatte én lodret transport med elevator. Når elevatoren forlades, skal man være umiddelbart ved indgangen til det pågældende funktionsområde
- Transport af sengeliggende patienter og forsyninger skal være separeret fra selvtransporterende patienter og besøgende. Dette gælder også vertikale transportveje
- Sengetransportveje skal gøres så korte og direkte som muligt mellem FAM, intensiv, relevante behandlingsafsnit og sengeafsnit. Sengetransport må ikke finde sted i indgangsniveau og tunnelsystem
- FAM bør have direkte adgang til relevante behandlingsafsnit og intensiv evt. i form af en vertikal "akutsøjle"
- Personalet skal have deres egne adgangsveje så tæt på deres funktionsområder som muligt
- Transport af forsyninger bør ske i separate transportkorridorer, horisontalt i form af et tunnelsystem og vertikalt i form af forsyningselevatore. I det omfang automatiske transportsystemer, herunder robotter, sugeanlæg, rørpost, mv. med fordel kan afløse mere traditionelle systemer, anbefales dette

Ovenstående forudsætninger må betragtes som ideelle, og de bør i vid udstrækning kunne indfries på de kommende akutsygehuse i Region Syddanmark.

I det efterfølgende er ønsker og forudsætninger for ankomst mere detaljeret beskrevet.

6.3.2 Ankomst til akutsygehuset

Generelt set starter adgangsforholdene til et akutsygehus langt fra sygehusområdet, og typisk er den første afvisning til et akutsygehus ved en motorvejsafkørsel. I det enkelte tilfælde må det derfor nøje planlægges, hvordan relevante brugere mest ideelt kommer frem til sygehuset. Da dette i høj grad er afhængigt af lokale geografiske forhold, begrænses det efterfølgende til at omfatte ankomstforholdene og det eksterne flow efter ankomsten til sygehusgrunden.

Det er vigtigt for den fremtidige sygehusfunktion, at der fastlægges nogle klart definerede adgangsveje for de forskellige transporttyper, som ankommer til sygehusets hovedfunktioner.

Der er her valgt at tage udgangspunkt i følgende hovedtyper af transport til akutsygehuset:

- Ambulancer og akut modtagelse
- Elektive patienter og besøgende
- Personale
- Forsyninger og varetransport

Personalets adgang til sygehuset må være separeret fra andre adgange, og det må tilstræbes, at indgangen ligger så tæt på det enkelte kliniske arbejdsfællesskab som muligt. I forbindelse med indgangene etableres der decentrale uniformsdepoter/uniformsautomater, og i det omfang, det er muligt, placeres personaleparkeringspladserne i tæt tilknytning til indgangen.

Hvordan forsyningerne bringes til sygehuset, afhænger i høj grad den lokale geografi og eksisterende bygningsmæssige forhold. Også varernes volumen og den forsyningsform man vælger, spiller en rolle ved planlægningen af varetransporten på sygehusområdet.

Under alle omstændigheder må det dog tilstræbes, at varetransporten får sin egen indkørsel til sygehusområdet, og den tunge trafik separeres fra den øvrige sygehustrafik.

Samtidig må centrale depoter og andre servicefunktioner placeres så tæt vareindkørslen som muligt, så den tunge trafik på sygehusgrunden minimeres. Det ideelle kunne måske være at etablere et samlet logistik- og servicecenter, hvortil alle forsyninger bringes, pakkes ud, opbevares og distribueres til relevante sygehusafsnit.

Akutte patienter

Som ovenfor nævnt får alle akutsygehuse en fælles akutmodtagelse (FAM), og alle akutte patienter vil fremover blive modtaget her. Hvad enten man ankommer i ambulance, eller er selvtransporterende, ankommer man i princippet til én og samme indgang.

Gruppen af akutpatienter omfatter alt fra multitraumer til dem, der ankommer til skadestue og vagtlæge med mindre problemer. Det bør tilstræbes, at ambulancer hurtigt på sygehusgrunden kan køre frem til ambulancehal, der er separeret fra de øvrige, som ankommer til FAM.

For de selvtransporterende akutte patienter må der være en tydeligt afmærket adgangsvej, der fører til en parkeringsplads i umiddelbar nærhed af indgangen for selvhjulpne patienter i FAM.

Der kan således fysisk være tale om flere "døre" til FAM, selvom der i princippet kun er én fælles indgang og modtagelse. Hvad der videre sker efter ankomsten til FAM er tidligere beskrevet i FAM-rapporten, og skal her ikke behandles i øvrigt.

Ikke-akutte patienter og besøgende

Den anden store gruppe, der ankommer til sygehuset, er de ikke-akutte patienter og besøgende, for disse er det vigtigt, at deres adgang til sygehuset er så entydig som muligt.

Det bør derfor tilstræbes, at sygehuset har ét og kun ét sammenhængende ankomstområde i indgangsniveau for ikke-akutte patienter med en eller flere indgange alt efter sygehusets størrelse og geografi - og med mulighed for parkering i umiddelbart tilknytning til disse indgange. Den kollektive transport, taxa og siddende befordring skal have stop ved eller i området.

I ankomstområdet skal der på en enkel og overskuelig måde være mulighed for at finde adgangen til det sted, den pågældende skal hen. Fra storcentre kender man informationssystemer, der nemt og hurtigt fører publikum frem til de mindste specialforretninger med dagens tilbud.

Ankomstområdet kan indrettes med "specialbutikker", som er de kliniske fællesskabers vindue udadtil. Her kan de elektive patienter og besøgende modtages og guides videre til relevante funktioner, hvad enten dette er sengeafsnit for indlæggelse og besøg, eller det er ambulante funktioner for undersøgelser og behandlinger

herunder dagkirurgi. Billeddiagnostik, blodprøvetagning mfl. kunne have deres egen "butik" til betjening af ambulatorierne og henviste patienter fra praksis.

Ud over de kliniske funktioners "vindue udadtil", kunne man forestille sig, at en række andre servicefunktioner for patienter, pårørende og personale blev placeret i ankomstområdet, og af disse kunne følgende nævnes:

- Reception/ information eller anden form for informationstjeneste
- Café og Kiosk
- Netcafe
- Bibliotek
- Apoteksudsalg
- Sundhedsinformation og undervisning af patienter og pårørende
- Socialrådgivertjeneste (Kommunalt)
- Diætist
- Bank/frisør/blomster/supermarked m.m.
- Biograf
- Opholds- og legeområde
- Ceremonirum

Hvad der hensigtsmæssigt kan placeres i ankomstområdet af ikke-kliniske funktioner afhænger af mange ting bl.a. sygehusets størrelse og geografiske placering. Det må dog tilstræbes, at der skabes et levende ikke-institutionelt miljø, hvor sygehusets "bankende puls" kan fornemmes det meste af døgnets 24 timer.

6.3.3 Det interne flow

En af hovedforudsætningerne er som ovenfor nævnt, at selvtransporterende patienter og besøgende, sengeliggende patienter samt forsyninger skal være adskilt.

Det er derfor valgt at opdele beskrivelsen af det interne flow i disse 4 kategorier. Akutpatienter, der modtages i FAM, vil i det følgende blive kategoriseret som "sengeliggende" patienter, når de transporteres/ følges rundt i bygningskomplekset mellem relevante funktionsområder.

Logistikken i sygehusene skal generelt bidrage til, at medarbejdere kan koncentrere sig om kerneydelserne, herunder behandling og pleje. Logistikken i sygehusene skal derfor udformes, så adgang og flow sikrer en effektivisering, som kan medvirke til at medarbejdere frigøres til kerneydelser.

Selvtransporterende patienter og besøgende
Selvtransporterende patienter guides fra ankomstområdet til det relevante område.

Nogle ambulante patienter vil i forløbet også skulle omkring billeddiagnostisk afdeling og måske blodprøvetagning, og det er derfor vigtigt, at disse funktioner er placeret med direkte adgang fra ankomstområdet. Det vil nok betyde, at der må etableres et ambulans billeddiagnostisk afsnit, der samtidig kan betjene patienter henvist fra praksis. Alternativet vil være at samle det billeddiagnostiske område og acceptere, at adgangen for ambulante patienter vil ske via elevator fra ankomstområdet.

Under alle omstændigheder må det dog tilstræbes, at billeddiagnostik, blodprøvetagning mm. i videst mulig omfang foretages ude i ambulatorierne, så patienten ikke behøver at flyttes. Dette gælder i princippet også for FAM og sengeområderne, hvor etableringen af en-sengsstuer sandsynligvis vil medføre, at mange undersøgelser fremover vil foregå på sengestuerne ved hjælp af "håndholdt" diagnostisk apparatur, der kommunikerer med de tværgående kliniske afdelinger.

Sengeliggende patienter

Udgangspunktet for sengetransporter vil være FAM eller stationære sengeafsnit, hvortil elektive patienter kommer via ankomstområdet og akutte via FAM.

En væsentlig del af akutpatienterne, der modtages i FAM, vil skulle transporteres til billeddiagnostik og OP-afsnit og herfra tilbage til FAM eller videre til intensiv eller stationært sengeafsnit. Det er derfor afgørende, at FAM placeres i direkte tilknytning til billeddiagnostik, det stationære OP-afsnit og intensiv. Omfanget af de nævnte afsnit vil dog medføre, at det nok vil være uheldigvis at placere dem i samme niveau, da de horisontale afstande vil blive uacceptabelt store.

En løsning kunne derfor være, at man placerede nogle af funktionerne lige over hinanden og forbandt disse med en eller flere relevant placerede akutelevatorer, der er reserveret til transport mellem de nævnte afsnit. Der vil herved være skabt en højeffektiv "akutsøjle" i bygningskomplekset. Hvilke funktioner, der hensigtsmæssigt kan placeres i samme niveau, vil afhænge af flere ting, herunder omfang og art af de enkelte funktioner og den eksisterende bygningsmasse. Men den direkte forbindelse er af afgørende betydning.

Fra FAM vil der også være en vis sengetransport til de stationære sengeområder, men disse har ikke samme akutte karakter som de ovenstående. Afstanden hertil må dog gøres så kort og direkte som muligt, og under alle omstændigheder er det uacceptabelt, at sengetransporten finder sted i korridorer, der også betjener selvtransporterende patienter, besøgende og forsyninger. Transport af sengeliggende patienter i tunnelsystemet bør ikke finde sted.

Med udgangspunkt i de stationære sengeområder vil der være sengetransport til stationær OP-afsnit, billeddiagnostik og intensiv. For disse sengetransporter gælder de samme retningslinjer som anført for sengetransporter mellem FAM og stationære sengeområder.

Forsyninger

Udgangspunktet for planlægningen af de interne forsyningskorridorer er, at forsyningerne modtages, og udpakkes i et "centraldepot" og distribueres herfra til de relevante funktionsområder.

Det generelle hovedprincip for distributionen vil være, at horisontale transport mellem "centraldepot" og det egentlige sygehuskompleks vil foregå i tunnelsystem eller andre former for transportkorridorer/-systemer (sugeanlæg, rørpost, kassettransportssystemer, mm.). Når transporten når frem til sygehuskomplekset, videreføres de i kælderniveau eller under dette niveau frem til vertikale transportsystemer, der bringer forsyningerne op til de relevante funktionsområder. I de vertikale transportkorridorer afløses tunnelsystemet af elevatorer, mens de øvrige systemer i alt overvejende grad fortsætter lodret til bestemmelsesstedet.

Bortskaffelse af affald, snavset linned, mv. sker i princippet i modsat rækkefølge. Affald udgør en udfordring, da en del kan være smittebærende, og derfor skal håndteres således, at det ikke kommer i kontakt med rent og sterilt gods eller medarbejdere. Det kræver separate logistikveje og opbevaringsmuligheder.

Hvordan distributionen mere detaljeret skal foregå, og hvilke transportsystemer, der bør vælges, er det meget vanskeligt at sige noget konkret om, da det vil være afhængigt af i hvilket omfang, der er tale om nybygning på bar mark eller til- og ombygning af eksisterende sygehuskomplekser.

Det er derfor nødvendigt, at det i planlægningen af de enkelte sygehusprojekter nøje vurderes, hvilke transportsystemer, der økonomisk og arbejdsmiljømæssigt vil

være mest hensigtsmæssige at anvende det pågældende sted på det pågældende tidspunkt.

Trods ovenstående kan der dog opstilles nogle ønsker og principper, der i videst mulig omfang ønskes tilgodeset:

- Al transport af forsyninger skal ske via separate transportkorridorer fra "centraldepot" til så tæt på brugsstedet som muligt
- Al bortskaffelse af affald mv. skal ske fra så tæt på brugsstedet som muligt og foregå i lukkede systemer
- Hvor det er økonomisk forsvarligt, udføres transportsystemerne i videst mulig omfang som automatiske systemer, og med minimal anvendelse af manuel arbejdskraft.
- Antal og størrelse af lokaldepoter skal minimeres og omladninger undgås
- Forsyningerne skal i videst mulig udstrækning være pakket i procedureenheder og klar til brug, når det når til bestemmelsesstedet
- Hvor det er økonomisk forsvarligt, udføres transportsystemerne i videst mulig omfang som automatiske systemer, og med minimal anvendelse af manuel arbejdskraft
- Nybygninger og ombygninger planlægges således, at beslutninger om art og omfang af forsyningsprincipper og -systemer kan træffes så sent som muligt i planlægnings- og udførelsesperioden
- I det omfang det er økonomisk forsvarligt afsættes der systematisk disponible arealer til forsyningskorridorer i den hensigt at tag højde for en kommende udvikling

6.3.4 Senge

Sengestuer og undersøgelses rum skal fysisk have en størrelse, så de kan rumme det nødvendige mobile udstyr.

Enestuer

Regeringen har besluttet, at der i årene fremover skal opføres nyt sygehusbyggeri, og at fremtidens patienter skal have tilbud om enestue, hvis de ønsker det. I Region Syddanmark arbejdes der i forlængelse heraf på, at en stor del af patienterne i fremtiden kan tilbydes enestuer.

Enestuer kan være med til at forebygge fejl og utilsigtede hændelser, og hvis der i arkitektur og indretning yderligere indgår risikostyring, er det fremtidige byggeri en enestående mulighed for at øge patientsikkerheden.

Enestuer er et væsentligt aspekt af begrebet helbredende arkitektur. Enestuer medvirker til at forebygge utilsigtede hændelser, så i forhold til patientsikkerhed mv., er der fordele ved enestuer, hvoraf følgende skal fremhæves:

Enestuer mindsker risiko for forglemmelser, misforståelser og brist i kommunikation, og har væsentlig betydning for forebyggelse af hospitalserhvervede infektioner. Patienter og professionelle bliver udsat for mindre støj, og lavt støjniveau fremmer helbredelsesprocessen. I udformning af fremtidens enestuer skal der tages hensyn til børn og børnefamilier, patienter der skal isoleres, store og tunge patienter, og etniske patienter. Bedre pladsforhold og eget badeværelse med direkte adgang fra patientstuen mindsker risikoen for patientfald, som er en hyppig forekommende utilsigtet hændelse. Samtaler, journalskrivning mm. kan foretages på sengestuen under fuld diskretion.

Senge på enestuer kan have en højere belægningsprocent end senge på flersengsstuer, hvilket er påkrævet med det reducerede antal senge, der i fremtiden forventes at være til rådighed bl.a. fordi, at flere behandlingsforløb kan ske ambulantly.

I drøftelserne om enestuer har der været udtrykt bekymring for patienternes sociale liv, og om patienterne vil opfatte sig som isolerede. Dette forhold kan imødekommes i den fremtidige indretning af stuen og med etablering af fællesfunktioner på sengeafsnittet. Elementer ved fællesskab og kollektiv træning kan vanskeliggøres. Der bør derfor indtænkes kompenserende faciliteter i forhold til den læring, der foregår f.eks. patientskoler, fælles træning m.m.

Mht. at dimensionere forskellige typer patientstuer foreligger der anbefalinger i "Analyse af "standardniveauet" for fælles regionale arealstandarder for sygehusbyggeri Danske Regioner."

Som det fremgår af ovenstående, synes fordelene ved enestuer langt at overstige ulemperne, og det må på den baggrund anbefales, at fremtidens sengeafsnit så vidt muligt udføres med enestuer.

Sengeafdeling

Fremtidens sengeafdelinger og sengeafsnit skal udformes på baggrund af funktionelle principper om adgangsforhold, internt flow og nærhedskrav.

Sengeafdelingerne skal have indbygget fleksibilitet, elasticitet og generalitet med evne til at optage forandringer.

Bygningsmassen skal kunne udvides og indskrænkes svarende til det kliniske behov for senge og uden, at logistikken slås i stykker. Der skal desuden anvendes et byggesystem, der kan multianvendes, og som kan sikre, at byggeriet kan skifte funktion.

Der ønskes standardrum, så der er samme opbygning fra rum til rum. Det vil give genkendelighed og sikkerhed for såvel medarbejdere og patienter. En standardisering af sengeafsnit vil give mulighed for fleksibilitet. Der skal gennemføres et generelt princip om standard, fleksibilitet og ensartethed i standard sengeafsnit, når rum og indretning kan tage hensyn til speciel behandling og patientkategorier. Til hver sengeenhed og afsnit skal der tilknyttes fysiske faciliteter, der kan fremme et godt arbejdsmiljø og en effektiv anvendelse af medarbejdere.

Omfanget af birum skal nøje overvejes. Den anbefalede indretning skal kunne tilgodese de fremtidige krav til organisering og ledelse af et sengeafsnit. De fysiske faciliteter skal derfor have en robusthed, som bevirker, at forskellige organisationsformer kan anvendes i fremtiden.

For at imødekomme principper om fleksibilitet og nærhedskrav må det anbefales, at der etableres en sammenhængende sengemasse.

Sengemassen skal som udgangspunkt kunne op- og nedgraderes i plejetilbud og sammensætning af senge fra intensive senge, intermediære, stationære og til hotel-lignende senge. For at opnå den ønskede fleksibilitet, vil det være hensigtsmæssigt, at sengemassen og afsnit er samlet. Stuerne skal apertes så ens som muligt, så der kan skrues op eller ned for behandlingsintensiteten, og så der kan foretages undersøgelse på stuen uden at skulle flytte patienten.

Fleksibilitet er nøgleordet i nybyggeri og ombygning af sygehusene i Region Syddanmark. Enhver afgrænsning af senge, herunder også hotelsenge i eget klinisk regi, vil mindske fleksibiliteten.

Et centralt beliggende fysisk afgrænset patienthotelbyggeri vil ikke kunne modsvare kendte og ukendte udviklingskrav og forventninger til udvidelses- og graderingsbehov i behandling og pleje. Med de visioner, rammer og vilkår, der er beskrevet for fremtidens sygehuse i Regionen, indgår hotelfunktion ikke som en del af opgavesættet.

Patienter med medicinsk begrundelse skal visiteres til patienthotellignende forhold, som kan rummes, integreret i sengeafdelinger. Den mere serviceorienterede del af hotelkonceptet som pårørendes ønske om overnatningsmuligheder kan imødekommes via almindelige hoteller/vandrehjem.

6.3.5 Andre rumfaciliteter

På fremtidens sygehus skal der være let adgang til mødefaciliteter og konferencerum. Som beskrevet i videnskredsløbet bør der etableres lærings- og forskningszoner i de respektive kompetenceklynger, hvilket imødekommer behovet for fordybelse.

Der forventes et reduceret behov for kontorer i traditionel forstand. Dette skyldes, at en betydelig del den fremtidige patientrelaterede aktivitet vil foregå på sengestuerne eller i ambulatorierummene i samarbejde med patienten. Udvalgte personalegrupper, for hvem et kontor kan betragtes som et arbejdsredskab, vil, på lige fod med i dag, få stillet en personlig kontorplads til rådighed.

Der vil på fremtidens sygehus være behov for "time-out-zoner", hvor personalet kan tage en pause og afvikle administrative procedurer. Disse faciliteter vil ikke være personejede, men vil give mulighed for dialog mellem forskellige personalegruppe og give mulighed for at opbevare personlige ejendele aflåst. Ligeledes kunne man forestille sig, at disse rum kunne udbygges med faciliteter, der understøtter et godt arbejdsmiljø.

Alle, der har en lederfunktion, skal have mulighed for at holde et møde i et lukket rum. Flere funktionsledere kan godt sidde i samme kontor blot, der er adgang til samtalerum i nærheden.

Klyngeledelsen har langt overvejende ledelsesfunktion og bør have egentlige kontorer i traditionel forstand.

6.3.6 Fysisk arbejdsmiljø

Det fysiske arbejdsmiljø skal understøttes i en funktionel- og sikker arbejdspladsindretning og forbedrede arbejds gange.

Sikring af et godt arbejdsmiljø skal indtænkes tidligt i byggerierne, så det understøtter et godt fysisk, psykisk og ergonomisk arbejdsmiljø. Man skal i den forbindelse være opmærksom på faktorer som kirurgisk røg, røntgen, støj, hudbelastninger, kemi, risiko for ulykker, indeklima, materialevalg m.v.

Der kan med fordel stilles præcise krav til arkitekter og ingeniører om lys, støjdæmpning, ventilation, plads, adgangsforhold, rengøringsvenlighed m.v. herunder at inddrage tænkningen vedr. Evidensbaseret Design.

Generelt skal rum indrettes med brugsfleksibilitet, hvor rummene er enkle, fleksible og standardiserede.

6.3.7 Bæredygtig byggeri

Der bør med henblik på bæredygtighed bygges og indkøbes energi- og miljøvenligt både i materialevalg og ved valg af energiforsyning.

Der vil være stigende fokus på de miljømæssige konsekvenser i forbindelse med sygehusbyggeri og indkøb, brug og bortskaffelse af medicoteknisk udstyr/digitalisering.

Materialer til byggeri og digitalisering af arbejdsprocesser samt øget brug af medikoteknik, med deraf følgende stort energiforbrug, betyder, at mulighederne for at bygge bæredygtigt skal undersøges.

I forbindelse med byggeri og ved anskaffelse og brug af medikoteknik bør det overvejes, hvordan sygehusene kan udnytte vedvarende energi, isolering og andre ressource besparende tiltag.

6.3.8 Kunst og arkitektur

Ved opførelsen af de nye sygehuse i regionen vil det være oplagt, at der med udgangspunkt evidensbaseret design fokuseres på anvendelsen af kunst og arkitektur i et samspil for at skabe helbredsstimulerende omgivelser.

Ifølge forskningen er der sammenhæng mellem vores psykiske tilstande og vores immunforsvar - og dermed også helbredelsesprocessen.

Immunforsvaret nedsættes, og helbredelses-processen forsinkes, når kroppen udsættes for stressfaktorer såsom støj, dårlige lysforhold, uhensigtsmæssig arkitektur samt indretning, manglende positiv stimulering af sanserne mm. På hospitalerne er det derfor afgørende at undgå stressfaktorer, der kan få negativ indvirkning på kroppens helbredelsesproces.

Også i forhold til personalet er det vigtigt at have fokus på omgivelserne, da en reduktion af stressfaktorerne på sygehusene ligeledes vil have en gavnlig effekt på personalets trivsel. Det er herunder vigtigt, at omgivelserne på sygehusene også målrettes personalet såvel som patienterne. Evidensbaseret design arbejder netop med at dokumentere, hvordan de fysiske omgivelser kan reducere stresspåvirkningen.

Evidensbaseret design har fokus på, at vi skal tage vores sanseoplevelser alvorligt og lade dem få indflydelse på, hvordan vi skaber bedre omgivelser. Her tilbyder kunsten en mulighed for, at patienterne kan lade sig abstrahere fra de stressfyldte rationelle teknologiske omgivelser.

Kunsten kan give rummene på et sygehus karakter og herved give patienterne en mental oplevelse. Der må dog stilles krav til, at kunsten tænkes ind i konteksten og udelukkende medvirker til en positiv stimulering.

Kunsten skal udfordre, overraske og samtidig sikre ro og sammenhæng, der kan understøtte hospitalets opgave fra "vugge til grav". Der skal etableres "Stressfri Zoner", hvor helbredende musik, farver og kunst kan gøre en forskel.

Kunst bør indgå i den fysiske helhed på hospitalet - det være sig farver på vægge, udsmykning, rumudformning, måden, man bruger teknologi på, musik, brugen af planter, udendørs og indendørs haver, skulpturer mm. Derfor er det afgørende, at kunsten bliver indtænkt i byggeriet.

7.0 Videnskredsløbet

7.1 Forskning, udvikling, videnspredning og uddannelse

Forskning, udvikling, videnspredning og uddannelse skal anvendes strategisk til at udnytte ny viden bedre og herved bidrage til de generelle sundhedsvidenskabelige fremskridt på regionens sygehuse. Med etablering af specialiserede teams i et tværspecialiseret fagligt miljø skabes der en enestående mulighed for at nytænke, hvordan der i fremtidens sygehusvæsen produceres viden og metoder samt formidles og anvendes ny viden.

Tankerne er analoge til det, der er beskrevet i Rapport om Fælles Akutmodtagelser om forskning, kvalitetsudvikling og uddannelse.

Arbejdsgruppens anbefalinger

- Forskning og udvikling er en integreret del af sygehusets drift
- Såvel præ- som post-graduat uddannelse er en integreret del af sygehusets drift
- Der ansættes en forskningsansvarlig overlæge inden for hver enkelt kompetenceklynge
- Der skal etableres lærings- og forskningszoner
- Den enkelte kompetenceklynge er forpligtet til at afsætte midler til forskning og udvikling

7.1.1 Vision

Vi arbejder hen imod et fremtidigt sygehusvæsen i Syddanmark, hvor patienten er i et målrettet flow understøttet af en struktur, hvis primære formål er at fremme standardiserede, tidsstyrede patientforløb. Hele tankegangen bygger på, at det, vi gør, skal have værdi for patienten. Alle patienter på fremtidens sygehus mødes af specialiserede teams i et tværspecialiseret fagligt miljø, der i videst mulig omfang tager vare på hele patientforløbet. I disse kompetenceklynger, skal forskning, udvikling og uddannelse være en integreret del. Der skal være fokus på at producere, tilegne og anvende sundhedsfaglig viden til gavn for patienterne.

For at dette skal lykkes, er det uomgængeligt nødvendigt, at sygehusdriften OGSÅ er orienteret mod forskning, uddannelse og udvikling, og at der sikres den nødvendige tid til at forske, kvalitetsudvikle, sprede ny viden og uddanne af kommende sundhedspersonale. Det vil ikke længere være muligt at sige, at der er ikke tid til forskning og udvikling pga. driften.

Der skal derfor være pligt til forskning, udvikling, videnspredning og uddannelse på alle Region Syddanmarks sygehuse, og denne pligt følges af en pligt for regionen, for sygehusledelserne og klyngeledelserne til at understøtte denne virksomhed. Den enkelte kompetenceklynge er forpligtet til at afsætte midler til forskning og udvikling.

Der skal fremelskes en kultur i Region Syddanmarks sygehuse, hvor det er legitimt at stille spørgsmål, legitimt at forske, uddanne nyt sundhedspersonale og implementere ny viden, og hvor denne adfærd medfører anerkendelse. For at en sådan kultur kan brede sig, skal forskning og udvikling forankres i ledelsen af de kommende kompetenceklynger. En sådan forankring sikres ved, i første omgang ansættelse af forskningsansvarlige overlæger, men på længere sigt forskningsansvarlige i alle faggrupper. Der skal være tid sat af på arbejdsplanen til at forske, uddanne og sprede ny viden, og der skal lægges vægt på, at det gøres. Det vil derfor blive en helt naturlig del af vejledningen af de uddannelsessøgende læger og sygeplejersker, at der spørges til, om de har brugt tid i den læringszone, der oprettes i alle kompetenceklynger. Det at bruge læringszonen skal være lige så naturligt, og lige så legitimt, som at bruge stetoskopet.

Spredning af ny viden skal ske som led i patientforløbene lige fra FAM og ud i kompetenceklyngerne. Der skal være mulighed for at ansætte læger med kombinationsstillinger, der omfatter klinisk virke både i FAM og i en kompetenceklynge. For eksempel er der infektionsmedicinere, der interesserer sig for det akutte område, og andre der hellere udøver ambulatorievirksomhed vedrørende HIV-patienter. Derfor er der brug for fleksibilitet i ansættelsen.

De funktionsansvarlige overlæger vil, ligesom de udviklingsansvarlige sygeplejersker og terapeuter, få en central rolle i spredningen af ny viden. Det er velkendt, at der kan gå mere end 10 år, fra ny viden erhverves og til, at den er fuldt implementeret på danske sygehuse. Ved at tænke i patientforløb, i stedet for specialer, vil det kunne sikres at ny viden, hvad enten den spredes af en læge fra FAM eller en læge fra en kompetenceklynge, at viden breder sig til alle, der beskæftiger sig med denne

type patientforløb, og ikke blot forbliver i FAM eller egen kompetenceklynge.

Spredning af ny viden skal ske efter **stafetmetoden**:

Afsender skal sikre, at budskabet er forstået og vil blive implementeret, før opgaven slippes.

Alle afdelinger skal sætte sig mål for forskningsaktivitet i form af:

- Antal patienter, der skal indgå i protokoller, afhængig af, hvor komplekst et patientmateriale der er tale om
- Hvor mange ph.d.-studerende afdelingen forventer at vejlede
- Hvor mange publikationer der forventes at kunne produceres pr. år
- Hvor mange ansatte der ønskes frikøbt til forskning en del af ansættelsen

Det aktuelle samarbejde mellem Region Syddanmark og det sundhedsfaglige fakultet på Syddansk Universitetscenter skal fortsat udbygges og konsolideres med henblik på at gennemføre den ovenstående vision ved, at alle regionens sygehuse kommer aktivt med i forskning og udvikling. Den styrkede forskningsindsats hos Region Syddanmark og det sundhedsfaglige fakultet skal forbedre regionens sundhedsfaglige position, når det gælder klinisk udvikling og tiltrækning af sundhedsfaglige kompetencer.

Udover den kendte kliniske og translationelle forskning vil der, for at kunne gennemføre en sådan vision, blive behov for forskning indenfor implementering af ny viden i "best practice" i under visningsformer og i organisering af sygehusvæsenet. Dette er opgaver, der bør startes allerede nu med henblik på at samle "før-data", inden ændringerne iværksættes.

Uddannelse

Region Syddanmarks sygehuse vil fortsat have en stor uddannelsesopgave i forhold til prægraduate uddannelsessøgende. I sygehuset bag FAM vil der blive væsentligt færre senge end tidligere. Dette vil få stor indflydelse på den prægraduate uddannelsesopgave, da det allerede på nuværende tidspunkt er vanskeligt at finde uddannelsesopgaver til alle uddannelsessøgende i dagtid. Det vil derfor være nødvendigt at revurdere hele den prægraduate uddannelsesopgave og i langt højere grad tage hele døgnet og ugen i brug til uddannelse. Der skal samtidig ses på uddannelsesforløb med nye øjne, så uddannelsesstrukturen er tilpasset den nye organisering. At der i mindre grad tænkes i afdelingstilknytning og i højere grad tænkes i at følge patientforløb.

Vi forestiller os uddannelsesforløb, hvor der både er praktik i FAM og i en tilknyttet afdeling/kompetenceklynge. Ligeledes er der gode muligheder for rotationsstillinger i såvel FAM som i kompetenceklyngerne. Netop i kompetenceklyngerne vil man få muligheden for arbejde på såvel en stationær enhed og en ambulant enhed. Fælles kompetenceudvikling på tværs af sektorer er et væsentligt redskab til støtte for udviklingen af sammenhængende patientforløb.

Det er vigtigt, at der skabes plads, også fysisk, til de mange uddannelsessøgende, og at der etableres en læringskultur, hvor man kan øve sig og søge nødvendig viden midt i klinikken. Der bør sættes mere på, at uddannelsessøgende samarbejder på tværs af faggrænser, for at øve sig i teamsamarbejde. Der er meget læring i, at de uddannelsessøgende deltager i hinandens undervisning.

7.1.2 Infrastruktur

Der er behov både for fysisk indretning, IT-løsninger og ressourcepersoner. Hvis der skal sikres en kultur, hvor vidensøgning, forskning og uddannelse er en naturlig del af hverdagen, så skal strukturerne være til stede midt i kompetenceklyngerne. Der skal indrettes lærings- og forskningszoner midt i afdelingen, således det at søge viden kan gøres på få minutter og ikke kræver, at man bevæger sig hen i et bibliotek i den anden ende af sygehuset.

Læringszonen inddeles i to: En videnszone med flere pc'er på netværk med adgang til det sundhedsfaglige fakultets bibliotek, databaser, instrukser og evt. nødvendig litteratur, som er beregnet til rolige studier eller mulighed for at sidde og skrive. Og en praksiszone, hvor der er mulighed for at træne praktiske håndgreb og teamsamarbejde og plads til at sidde og reflektere over samarbejdet. Dette vil fremme muligheden for forskning også indenfor uddannelse, hvilket kommer til at blive særdeles vigtigt i de nye sygehuse i regionen, fordi ændringen fra fokus på specialer til fokus på patientforløb vil medføre behov for nye, tværfaglige undervisningsformer. Uddannelse og træning skal være tværfagligt og praksisnært. En fælles læringszone vil også bidrage til at nedbryde skranker mellem faggrupper og myterne om, hvad "de andre" laver.

IT-løsningerne på regionens sygehuse skal følge patienten i hele forløbet. Det vil sige, at der skal være en fælles EPJ, hvori der også indsamles data fra det præhospitale forløb, og hvor der deles data med sekundærsektoren. Alle IT-systemer skal indrettes, så der kan trækkes data ud "på tværs" med henblik på forskningsprojekter, og regionen skal sikre, at alle sygehuse bruger samme system samt, at dette er optimalt til både patientbehandlingen og forskning og kvalitetsudvikling. IT-systemerne skal være indrettet så instrukser kan opdateres og implementeres på få timer. F.eks. i form af checklister der skal udfyldes, når journalen dikteres/skrives. Sådanne checklister vil også medføre, at alle patienter indgår med data i et minimumsdatasæt, som kan anvendes til forskning og kvalitetsudvikling.

Samarbejdet mellem Region Syddanmark og Syddansk Universitet om sundhedsforskning er aktuelt forankret i Ledelsesforum for Medicinsk Sundhedsforskning, hvori sundhedsdirektøren for regionen og dekanen for det sundhedsvidenskabelige fakultet har sæde. Herudover mødes lægelige direktører og institutledere med sundhedsdirektør og dekan 2 gange årligt i Syddansk Sundhedsvidenskabeligt Sundhedsforum. Dette forum har for nyligt samarbejdet om registrering af behov for og synliggørelse af forskningsinfrastruktur. Det anbefales, at dette forum i fremtiden tager initiativer til at arbejde mod fælles dataregistreringsformer og databaser med henblik på fremme af forskningen ved regionens fremtidige sygehuse.

Forsknings-, funktions- og uddannelsesansvarlige læger og sygeplejersker vil arbejde tæt sammen og understøtte hinanden. Når det gælder de forskningsansvarlige læger/sygeplejersker, vil det være vigtigt ikke at holde sig indenfor snævre specialegrænser. Den forskningsansvarlige skal snarere være en "schweizerknivs"-person, der har en metodologisk viden, som kan hjælpe de øvrige ansatte i afdelingen/kompetenceklyngen videre med deres også projekter. Det vil sige, at en samfundsmediciner eller en forskningsuddannet læge eller sygeplejerske uden speciallægeuddannelse kan være rette person til dette job i nogle kompetenceklynger.

Herudover vil der i regionen fortsat skulle holdes fokus på at ansætte forskningsaktive og højt kompetente personer til forskning, mulighed for universitetsansættelse på alle niveauer og støtte til etablering af forskningsgrupper. Regionen skal arbejde med incitamenter til samarbejde mellem forskellige faggrupper og mellem de forskellige sygehuse.

Det er væsentligt, at der ikke udvikles en tradition for, at nogle sygehuse kun er leverandører af data og biologisk materiale til andre. Alle skal have mulighed for at drive forskning på egen matrikel. Dette kunne fremmes ved at tænke i netværk mellem forskere og eventuelt i organisering af forskning i lighed med den måde, hvorpå det ofte gøres i større EU-projekter dvs. med styregrupper, fuld ret over egne data og mange samarbejdsrelationer indenfor specifikke projekter eller analyser.

7.1.3 Kvalitetssikringssystemer og datamonitorering

Kvalitetssikring og datamonitorering skal finde sted i overensstemmelse med det, der er beskrevet i "Rapport om Fælles akutmodtagelser (FAM) i Region Syddanmark" afsnit 6.6.1 side 32.

Med henblik på at følge kvaliteten i patientforløbene uanset, om patienten er kommet til FAM/, kompetenceklynge eller til en anden matrikel (sammedagssygehus), er der behov for en prospektiv tidstro registrering af udvalgte basissymptomer, objektive fund og behandlingsmæssige tiltag hos hver enkelt patient. Datasystemerne i enhederne (FAM og kompetenceklyngerne) bør indrettes med henblik på rutinemæssig registrering af disse data. Etablering, analyse og afrapportering af disse data er særlig vigtig i de første år, idet rapporterne vil fungere som kvalitetskontrol og vil være retningsgivende for, om der er brug for yderligere optimering af behandlingen.

Hvis man ønsker løbende analyse af kvalitetsparametre er det nødvendigt, at der afsættes tilstrækkelige ressourcer hvad angår viden og tid til dette. Data generet til kvalitetskontrol vil endvidere kunne bidrage væsentligt til forskningsmulighederne generelt i fremtidens sygehuse i Region Syddanmark.

8.0 Gennemførelse

Arbejdsgruppens anbefalinger

- Gennemførelsen af rapportens anbefalinger forudsætter etableringen af FAM på akutsygehusene. Det anbefales således, at etableringen af et nyt sygehuskoncept tænkes sammen med de lokale planer for gennemførelsen af FAM-konceptet på de respektive sygehuse.
- Den ny sygehusmodel er generisk, hvilket indebærer, at den sætter rammen for sygehusenes virke, men bør oversættes til en lokal virkelighed

8.1 Gennemførelse

Gennemførelsen af nærværende forslag til en ny organisering af de syddanske sygehuse herunder etablering af de fem fælles akutmodtagelser i Odense, Svendborg, Kolding, Esbjerg og Aabenraa forudsætter, at der bygges et helt nyt sygehus i Odense, mens der på de fire øvrige sygehuse skal udvides og bygges til.

Gennemførelsen af den nye organisering skal ske i samspil med psykiatrien for at sikre et godt samspil i behandlingen af patienter med både somatisk og psykiatrisk lidelse.

Det er en opgave for de nævnte sygehuse at reorganisere sygehusene i overensstemmelse med de anbefalinger, som rapporten opstiller. Gennemførelsen af rapportens anbefalinger forudsætter etableringen af FAM på akutsygehusene. Det anbefales således, at etableringen af et nyt sygehuskoncept tænkes sammen med de lokale planer for gennemførelsen af FAM-konceptet på de respektive sygehuse.

I denne rapport sættes rammen for en generisk sygehusmodel. Modellen er netop generisk, hvilket indebærer, at den sætter rammen for sygehusenes virke, men bør oversættes til en lokal virkelighed. Den generiske model er et forsøg på at beskrive det fælles arvemateriale, vi skal bygge det syddanske sygehusvæsen på.

Indførelsen af en ny organisering på det enkelte sygehus vil i praksis ske som en gradvis proces - skridt for skridt. Dette involverer såvel en regional som en lokal proces.

En række af rapportens anbefalinger realiseres bedst i et regionalt samarbejde med henblik på at sikre ensartethed i regionen samt ligeledes en hensigtsmæssig resourceudnyttelse. Dette arbejde igangsættes i regionen.

Størstedelen af rapportens anbefalinger skal udmøntes i lokale processer. Således skal der udarbejdes en lokal gennemførelsesplan for hvert akutsygehus med henblik på at sikre den mest hensigtsmæssige og optimale oversættelse af rapportens anbefalinger til lokale forhold.

De fysiske forhold sætter en begrænsning for, hvor hurtig gennemførelsen kan ske, men allerede nu kan de første skridt til indførelsen af FAM tages. Hvorvidt kompetenceklyngeorganiseringen kan udrulles samtidigt med etableringen af FAM, må bero på en lokal vurdering.

8.2 Fysiske forhold

Nedenfor sker en kort gennemgang af de byggeplaner, som på nuværende tidspunkt foreligger for hver af regionens akutsygehuse.

OUH-Svendborg Sygehus

Der bygges et nyt universitetshospital i Odense, som kan stå færdigt om 8 - 10 år. I byggeriet bliver der taget højde for referencerammen for FAM, så FAM vil være fuldt ud etableret på Nyt OUH i 2018. Indtil det nye byggeri står færdigt, skal der etableres en midlertidig FAM/MIFAM på det eksisterende OUH. Bl.a. hertil opføres der en midlertidig bygning, hvor FAM etableres. Den midlertidige bygning forventes taget i brug 2012.

Svendborg Sygehus skal udvides med en midlertidig tilbygning til sygehuset, som skal rumme akutmodtagelsen, så sygehuset hurtigt kan realisere fremtidens FAM. Midlertidig FAM forventes fysisk etableret i Svendborg i 2011.

Sygehus Lillebælt

Kolding Sygehus skal ligeledes udbygges til akutsygehus. Dette vil ske i perioden 2010 til 2017. Første etape i denne proces er etablering af FAM med skadestue, ambulancegård, operationsfaciliteter og fælles visitationsafsnit. Det forventes således, at FAM er fysisk etableret i Kolding i 2013.

Sydvestjysk Sygehus

Esbjerg Sygehus udvides pt. med en kombineret senge- og ambulatoriebygning. Herudover udvides sygehuset på kort sigt med en laboratoriebygning endvidere skal sengebygningen renoveres. Gennem en rokade forventes det muligt at samle modtagelsen af akutte patienter i sengebygningens sydlige stueetage i 2013-14.

Sygehus Sønderjylland

Sidst men ikke mindst skal det eksisterende sygehus i Aabenraa i perioden 2011 til 2017 udbygges til akutsygehus. Første etape i byggeriet er etablering af FAM, Kardiologisk sengeafsnit og Mor/barncenter. Det forventes, at FAM er fysisk etableret i Aabenraa i 2013.

Der er også byggeplaner i psykiatrien herunder nybyggeri af et psykiatrisk akutsygehus i Aabenraa.

8.3 Gennemførelse af de opstillede anbefalinger

Gennemførelsen af et nyt sygehuskoncept på det enkelte sygehus vil i praksis ske som en gradvis proces - skridt for skridt. Dette involverer såvel en regional som en lokal proces.

Arbejdsgruppen er opmærksom på, at gennemførelsen af klyngeorganiseringen er en længere proces, som fordrer dialog og en høj grad af involvering på sygehusene. Det skal endvidere overvejes, om der er elementer af en ny organisering, som mest hensigtsmæssigt gennemføres parallelt på de 4 sygehusenheder i regionen.

8.3.1 Regionale processer

En række af rapportens anbefalinger realiseres mest optimalt i et regionalt samarbejde med henblik på at sikre synergi i regionen samt ligeledes en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. De regionale processer igangsættes i regionen. Nedenfor udpeges de områder, hvor der af forskellige årsager kan høstes fordele ved en fælles regional indsats samt tidshorizonten for dette arbejde.

På IT-området er det helt oplagt, at de efterspurgte IT-redskaber skal være ensartede på regionsplan. På lang sigt, indenfor 5-10 år, skal der etableres en fælles regional EPJ, som også dækker den præhospitale fase. Det er ydermere oplagt, at der på regionalt plan samarbejdes om andre IT-løsninger, som kan understøtte opgaveløsningen på sygehusene. IT-staben inddrages primo 2010 i et samarbejde med repræsentanter fra sygehusene i en kortlægning af relevante indsatsområder. Det gælder f.eks. på kort sigt, indenfor 1-2 år, et system for rutinemæssig registrering af udvalgte basisvariable hos patienterne.

I takt med, at FAM fysisk udfolder sig, skal der på mellem-lang sigt, indenfor 2-5 år, opstartes et regionalt samarbejde med henblik på at sætte en regional ramme for udformningen af og praksis i forbindelse med udarbejdelsen af og arbejdet med standardiserede, tidsstyrede patientforløbsprogrammer, som dækker hele sygehuset. Det vil være naturligt at inddrage specialerådene i dette arbejde.

Der oprettes i 2010 et regionalt innovationscenter med henblik på at afprøve og udvikle teknologi, materialer, arbejdsgange osv. på regionens sygehuse. Det vil være oplagt, at innovationscentret indgår som en central brik i det arbejde, som ligger forud for en gennemgribende reorganisering af de syddanske sygehuse indenfor udvalgte områder.

Arbejdsgruppen anbefaler ydermere, at der med udgangspunkt i de i rapporten opstillede anbefalinger, i regionalt regi, tilrettelægges en proces med henblik på udarbejdelse af regionale koncepter for logistik og arkitektur indenfor udvalgte indsatser. Det drejer sig f.eks. om koncepter for en overordnet logistikløsning, senge-stuer og sengeafdelinger, kontorer og bæredygtigt byggeri etc.

Forskning og uddannelse er ligeledes områder, hvor der med fordel kan iværksættes en regionalproces f.eks. i forhold til datamonitorering og tilpasning af såvel præ- som post-graduat uddannelse.

8.3.2 Lokal gennemførelse

Størstedelen af rapportens anbefalinger skal udmøntes i lokale processer. Således skal der udarbejdes en lokal gennemførelsesplan for hvert akutsygehus med henblik på at sikre den mest hensigtsmæssige og optimale oversættelse af rapportens anbefalinger vedrørende et nyt sygehuskoncept til lokale forhold.

Gennemførelsen af kompetenceklyngeorganiseringen på sygehusene vil ske i forskellige tempi afhængigt af tids-horisonten for den bygningsmæssige realisering af FAM.

På kort sigt, inden d. 1. juli 2010, skal der lokalt på hvert akutsygehus udarbejdes en gennemførelsesplan med henblik på at sikre den mest hensigtsmæssige og optimale oversættelse af anbefalingerne vedrørende et nyt sygehuskoncept til lokale forhold.

I forbindelse med udarbejdelsen af den lokale gennemførelsesplan skal der redegøres for hvilke tiltag, som kan iværksættes umiddelbart, og som ikke er afhængige af fysiske forhold.

Planlægningsarbejdet i forbindelse med gennemførelsen vil indebære en høj grad af brugerinvolvering i forhold til det lokale arbejde med kompetenceklynger, tilpasningen til et ændret patientflow, den lokale tilpasning af de standardiserede tidsstyrede patientforløbsprogrammer, et nyt logistisk set-up etc.

Ligeledes vil der foregå et planlægningsarbejde vedrørende ledelse, organisering og nye fagroller, hvor den lokale ledelsesstruktur og organisering fastlægges herunder arbejdsmiljøaspekter. Uddannelse og forskning kræver ydermere selvstændige overvejelser. Hovedhjørnenene i den nye sygehusorganisering er desuden, at der skal tages udgangspunkt i værdikædetankegangen.

Sampilsaspekter skal jf. tidligere gennemgang også inddrages i planlægningsarbejdet, og relevante samarbejdspartere skal inddrages i arbejdet.

Gennemførelsen af anbefalingerne til de fysiske rammer vil i høj grad afhænge af bygningsmæssige forhold, men vil også i nogle tilfælde kunne realiseres hurtigere.

Sidst men ikke mindst skal sygehusene bidrage til de regionale processer vedrørende et nyt sygehuskoncept for Sygehuse i Syddanmark.

Notat

Kommissorium for
udarbejdelse af forslag til en
regional referenceramme for

Sygehuse i Syddanmark
- et fagligt og organisatorisk
grundkoncept

i et fleksibelt og fremtidssikret
sygehusvæsen

På baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger til et styrket akutberedskab fra 2007 samt Akutplanen af den 20. december 2007 blev der i regionen i 2008 iværksat en arbejdsproces med henblik på udarbejdelsen af et koncept for fælles akut modtagelser/ FAM i Region Syddanmark.

Etableringen af FAM vil få stor betydning for organiseringen af sygehusene som en helhed, og det blev derfor besluttet på sygehusledelsesmødet af d. 27. februar 2009, at der i regi af regionen skal tilrettelægges en proces, hvor konsekvenserne ved etableringen af FAM for sygehusene som en helhed skal vurderes.

Processen skal indeholde to elementer dels en temadag samt dels en arbejdsgruppemøderække, som endeligt skal munde ud i en rapport, som udgør et forslag til en regional referenceramme for: Sygehuse i Syddanmark - et organisatorisk og fagligt grundkoncept.

En stor opgave vedrørende implementeringen af en ny akutstruktur og afledt heraf en reorganisering af sygehusene er de bygningsmæssige ændringer både, hvad angår nybyggeri og renoveringer. Renoveringer, og i særlig grad nybygning, præsenterer en unik mulighed for ikke blot at fremskrive aktuelle behov, men at give hele organisationens ledere og medarbejdere mulighed for at bidrage til fremtidens rammer for patientbehandling, forskning, udvikling og uddannelse.

Formål

Arbejdsgruppens opgave er i forbindelse med indførelsen af en ny akutstruktur i Region Syddanmark at udarbejde en rapport, der indeholder forslag til en regional referenceramme for Sygehuse i Syddanmark - et fagligt og organisatorisk grundkoncept herunder et forslag til organiseringen af sygehusene som en helhed som følge af etableringen af Fælles Akutmodtagelser/FAM.

Målsætning

Den overordnede målsætning med arbejdet er at sikre høj kvalitet døgnet rundt i modtagelsen, udredningen og behandlingen af patienter i Region Syddanmark.

Patienten skal møde de rette kompetencer, uanset hvor og hvornår patienten kommer ind på sygehuset. Nyt sygehusbyggeri i Region Syddanmark skal i forlængelse heraf afspejle et patientfokuseret sygehusvæsen.

Opgaven

Hovedarbejdsopgaven er, set i lyset af FAM-konceptet, at beskrive:

1. Rammerne for optimal diagnosticering af patienter på sygehuset herunder at beskrive kliniske grundkoncepter. I den sammenhæng inddrages de tidligere beskrevne regionale patientforløb, som har akut karakter
2. Konsekvenserne for dimensioneringen af sygehuset herunder stationær og ambulansaktivitet
3. Ledelse, ansvarsfordeling, organisering og arbejdstilrettelæggelse i sygehuset
4. Hvordan der skabes attraktive og bæredygtige faglige miljøer
5. Det optimale samspil mellem primærsektor, praksis, den præhospital indsats og sygehuset
6. Det optimale samspil mellem sygehusene i regionen: akutsygehuse, specialsygehuse, ø-sygehuset og skadestudier fagligt og logistisk
7. Uddannelse, forskning og kvalitetsudvikling på sygehuset
8. De hensigtsmæssige fysiske rammer herunder behovet for lokalemæssig fleksibilitet
9. Den optimale logistik på sygehuset som følge af etableringen af FAM herunder konsekvenser for serviceafdelingerne og vareforsyningen
10. Implementeringsopgaver som følge af forslaget

Arbejdsproces

Arbejdsprocessen vil være en kombination af diskussioner samt beslutninger i plenum og evt. arbejde i mindre grupper, som kan suppleres med relevant faglig ekspertise. Arbejdsgruppens deltagere forventes på skift at bidrage med fagligt skriftligt materiale.

Møderne foregår alle i Samlingssalen på Damhaven 12, 7100 Vejle

Datoerne er som følger:

- 6. maj 2009 kl. 13.00 -16.00
- 20. maj 2009 kl. 13.00 -16.00
- 4. juni 2009 kl. 13.00 -16.00
- 18. juni 2009 kl. 13.00 -16.00

Form

1. Oplæg til politisk beslutning om Sygehuse i Syddanmark – et fagligt og organisatorisk grundkoncept herunder et forslag til organiseringen af sygehusene som en helhed som følge af etableringen af Fælles Akutmodtagelser/ FAM skal udformes i rapportform

Forslag til arbejdsgruppens medlemmer

Jens Peter Steensen	Direktør		OUH
Claus Hovendal	Professor	Kirurgisk afdeling A	OUH
Niels Dieter Röck	Ledende overlæge	Ortopædkirurgisk afdeling O	OUH
Gunner Nielsen	Overlæge	Børneafdeling H	OUH
Lisbeth Muurholm	Sygehusapoteker	Sygehusapotek Fyn	OUH
Marianne Lundegaard	Oversygeplejerske	Ortopædkirurgisk afdeling O	OUH
Michael Hansen Nord	Ledende Overlæge	Akut Modtage Afdeling/AMA	OUH
Henrik Stougaard	Ledende Overlæge	Anæstesiologisk afdeling	Svendborg
Anne Mette Grøn	Ledende lægesekretær	Ortopædkirurgisk afdeling	Svendborg
Henrik Villadsen	Direktør	Formand	SHS
Lilla Rasmussen	Klinikchef	Radiologi	SHS
Eva Nielsen	Ledende oversygeplejerske	Medicinsk afdeling	SHS
Marie Hamming	Ledende overlæge	Akut modtagecenter og skadestue	SVS
Christian Christiansen	Ledende overlæge	Medicinsk afdeling	SVS
Henrik Jordening	Ledende overlæge	Akutområdet	SVS
Marianne Thomsen	Chefterapeut	Fysio- og Ergoterapi	SVS
Christian Backer Mogensen	Ledende overlæge	AMA	SLB
Lynge Kierkegaard	Ledende overlæge	Anæstesiaafdeling	SLB
Ulrik Hedegård Eriksen	Overlæge	Hjertemedicinsk afdeling	SLB
Kurt Klünder	Ledende overlæge	Gyn./obst. afdeling	SLB
Ivan Brandslund	Laboratoriechef	Laboratoriecentret	SLB
Dorthe Elkjær	Ledende Bioanalytiker	Laboratoriet	SLB
Edel Kirketerp	Oversygeplejerske	Pædiatri	SLB
Anders Meinert	Lægefaglig Direktør	Psykiatrien	Psykiatri
Kirsten Kyvik	Instituttleder	Institut for regional/ sundhedsforskning	SDU
Lars Bønløkke	Praksisudvalget	Praksissektoren	
Hans Jørgen O. Henriksen	Praksisudvalget	Praksissektoren	
Alice Støvring	Viceprojektdirektør	Projektorganisation for nyt OUH	Sundhed
Per Busk	Afdelingschef	Plan- og udvikling	Sundhed
Torsten Lang-Jensen	Præhospital leder	Plan- og udvikling	Sundhed
Leif Hoffer	Konsulent	Projektorg. for Sygehusbyggeri	Sundhed
Mette Fink	Projektmedarbejder	Projektorg. for Sygehusbyggeri	Sundhed
Niels-Erik Aaes	Chefkonsulent	Afdelingen for Kommunesamarbejde	Sundhed
Carsten Søgaard	HR-Direktør	HR-stab	HR
Lisbeth Rasmussen	Afdelingschef		Ledelses- akademiet

Sekretariat

Mette Nygaard	AC-fuldmægtig	Planlægning og Udvikling	Sundhedsstaben
Martin Grum-Nymann	AC-fuldmægtig	Planlægning og Udvikling	Sundhedsstaben
Solveig Hansen	AC-fuldmægtig	Planlægning og Udvikling	Sundhedsstaben
Per Kjeldsen-Hansen	Specialkonsulent	Projektorganisationen for Sygehusbyggeri	Sundhedsstaben
Kasper Breum Pedersen	Specialkonsulent	Planlægning og Udvikling	Sundhedsstaben

Tidsramme

Politisk oplæg til 1. politiske drøftelse senest den 1. september 2009

Baggrundsmateriale

Sundhedsstyrelsen (2007):
Styrket akutberedskab - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen

Region Syddanmark (2007):
Fremtidens Sygehuse i Region Syddanmark - Akutplan

Region Syddanmark (2008):
Fremtidens Sygehuse i Region Syddanmark - fra plan til virkelighed

Region Syddanmark (2008):
Rapport om Fælles Akutmodtagelser (FAM) i Region Syddanmark

Region Syddanmark
Damhaven 12 . 7100 Vejle
Tlf. 7663 1000

regionsyddanmark.dk

10747 - Region Syddanmark - 08.2010

Praktiske oplysninger

Rapporten findes også på:
www.fremtidenssygehuse.dk