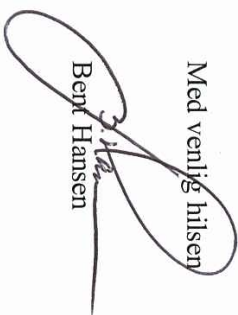


Jeg vil gerne benytte lejligheden til, at takke jer for et konstruktivt møde d. 10. december 2008 om bl.a. intensiv kapacitet. Jeg vil se frem til, at se jer indenfor de kommende måneder til et besøg her i Danske Regioner – som vi jo aftalte - med henblik på at drøfte nogle udvalgte emner.

Jeg vedlægger et notat, som ridser op hvad vi i store linier talte om – set fra min side.

I ønskes alle en god jul og et godt nytår.

Med venlig hilsen

Bent Hansen

I/-1-2-2008

Sag nr. 08/3336

Dokumentnr. 74732/08

Josefina Krausing-Vinther

Tel. 35 29 83 91

E-mail: jkv@regioner.dk

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk



Møde i Folketingets Sundhedsudvalg den 10. december 2008

På møde med Folketingets Sundhedsudvalg den 10. december 2008 blev en række aktuelle problemstillinger berørt:

- Pladsmangel på intensivafdelingerne
- Investeringer i sygehusvæsenet
- Mangel på sundhedspersonale

17-12-2008

Sag nr. 08/3336

Dokumentnr. 71683/08

Pladsmangel på intensivafdelingerne

Pladsmanglen på intensivafdelingerne medfører, at man i situationer med overbelægning er nødsaget til at overflytte patienter til andre sygehuses intensivafdelinger (som tilfældet var med eksempelvis den ældre respiratorkrævende kvinde, der blev transporteret fra Odense til Esbjerg, TVA 30.11.2008) eller indlægge patienter på afdelinger uden intensiv funktion.

Overførsler sker kun, når det vurderes lægefagligt forsvarligt.

Såfremt man helt skal undgå at intensivpatienter overflyttes på grund af pladsproblemer eller indlægges på andre afdelinger end intensivafdelinger, vil der skulle etableres en væsentlig overkapacitet, der skal være klar til disse særlige situationer. Det vil imidlertid kræve en opnormering af regionernes intensive kapacitet langt udover den planlagte kapacitetsudvidelse.

Det vil være en ressourcemæssig krævende indsats at etablere en sådan opnormering – blot for at kunne have dækket kapaciteten, idet der så skal være høje normeringer af specialiseret personale til rådighed samt fysisk rum. Det vurderes ikke at være hensigtsmæssigt at ”poste så mange ressourcer ind på dette alene” ud fra deisen om, at der er generelt er begrænsede ressourcer”. Samtidig skal det overvejes om det er den fremgangsmåde (at have kapacitet langt udover den planlagte kapacitetsudvidelse), der skal løse problemerne; det vil være både ”dyrt” og personaleudtømmende (i en tid, hvor der i stigende grad mangler personale), og på den lange bane, vil det ikke kunne løse problemet for alle områder, hvor der er manglende kapacitet.

Regionerne har været under gevaldig pres i forhold til diverse behandlingsgarantier, pakkeforløb m.m., og det er et trængt system, der har brug for, at der overordnet sættes rammer for, hvilke patienter der skal prioriteres i forhold til sygdommens karakter, således at ikke alle typer af patienter/sygdomme skal til samtidig. En øget prioritering vil i sidste ende betyde, at der kan allokere flere midler, findes fysisk rum (kræver megen plads til respiratorer, specialudstyr m.m.) samt rekrutteres uddannet personale til de trængte intensivafdelinger (dog i en begrænset størrelse, da det som nævnt ikke er hensigtsmæssigt med en meget høj overkapacitet).

Intensiv behandling kræver høj bemanding med specialuddannet personale, men der er stigende rekrutteringsproblemer i forhold til intensivsygeplejersker og speciallæger. Dette er – også på dette område – en begrænsende/forsinkende faktor i mulighederne for kapacitetsudvidelser.

Samtidig bør det medtænkes, at der er gunstige vilkår som specialuddannet sygeplejerske eller læge ved at arbejde på et privathospital, det ses at intensivpersonale også søger nye udfordringer her- med højere løn og færre vagter m.m.

Regionerne har pt. planlagt udvidelser af sengekapaciteten på intensivområdet med i alt ca. yderligere 50 intensive sengepladser over de næste par år. En del af de nye planlagte udvidelser vil på grund af anlægsprojekter m.m. først realiseres i løbet af et par år.

Behovet for intensivkapacitet er steget støt igennem de seneste år. Dette skyldes:

- En stigende ældreandel i befolkningen.
- Mere avancerede medicinske og kirurgiske behandlinger, således at man f.eks. nu udfører avancerede kirurgiske indgreb på trods af betydelig komorbiditet - også hos patienter højt oppe i alderen.
- Øget forventning i såvel befolkningen som sundhedsprofessionelle til fortsat terapeutisk gevinst ved selv fremskreden sygdom, især indenfor kræftområdet.
- Tidsgaranti for forventet behandling, der generelt presser systemet til at tage "alle" ind på samme tid.

Regionerne er opmærksomme på området, og arbejder løbende med forskellige tiltag med henblik på at bedre situationen. Af eksempler kan nævnes:

- Løbende udvidelser af normerede antal intensiv-senge/afdelinger.
- Etablering af vagtcentraler der bedre kan koordinere visitationen fra det præhospitale område til hospitaler med ledig kapacitet.
- Tiltag til at sengeafdelinger håndterer en del af de patienter, der hidtil har ligget i observationssenge.
- Rekrutteringstiltag i forhold til intensiv-sygeplejersker.
- Øgning af antal respiratorer.
- Efterlevelsen af ”respiratorpakken” i Operation LIFE (en vejledning der i punktform beskriver den bedste praksis for behandling af patienter i respirator) reducerer ofte den tid som patienterne ligger i respirator med ca. 1 døgn. Det betyder reelt set bedre anvendelse af personaleressourcerne på de intensive afdelinger, idet patienter i respirator kræver meget nøje overvågning. Formålet med ”respiratorpakken” er endvidere at forebygge følgevirkninger af behandlingen, som eksempelvis ville kræve længere indlæggelse på en intensiv afdeling.

Investeringer i sygehusvæsenet

Vi skal i de kommende år rette op på et investeringsefterslæb i sundhedsvæsenet. De 25 mia. kr. til sygehusbyggeri er en god start, men det rækker langt fra til at indfri forventningerne til om- og nybyggeri i regionerne. Vi har brug for også at kunne investere i:

- *Sygehusenes fælles akutmodtagelser.* Det kræver flere steder om- og nybygning, at skabe moderne fælles akutmodtagelser, der efterlever Sundhedsstyrelsens anbefalinger.
- *Psykiatrien.* Foruden behov for øget kapacitet, er der behov for massive investeringer i bygninger og faciliteter. Det er nødvendigt for at skabe tidssvarende rammer for behandling og for at skabe attraktive arbejdspladser, så vi kan tiltrække det nødvendige personale.

Der er enighed om vigtigheden af den præhospitale indsats – særligt med en struktur hvor der bliver længere mellem akutsygehusene. Der er derfor brug for investeringer i det præhospitale beredskab, hvis ambitionerne om lægeambulancer og lægehelikoptere skal indfris.

Et sundhedsvæsen i verdensklasse handler ikke kun om akut indsats og specialiseret behandling. Der er også behov for at investere i udviklingen af tilbud til den ældre medicinske patient, kronikeren og de andre store patient-

grupper, der har et langt sygdomsforløb og har brug for ”nære” sundheds-tilbud.

Side 4

Foruden investeringsefterslæbet er regionerne i dag pressede af forventninger om hurtig indførelse af nye behandlinger og korte ventetider. Disse (berettigede) forventninger er imidlertid svære at indfri i et sundhedsvæsen, med det nuværende pres på kapacitet og personale.

Mangel på sundhedspersonale

Sundhedsvæsenet står over for en meget alvorlig mangel på arbejdskraft. Problemet er markant i dag og det skærpes over de kommende år.

Nogle prognoser peger på, at der omkring 2015-2020 vil mangle ca.:

- 5-6.000 sygeplejersker
- 5.000 social- og sundhedsassistenter/-hjælpere
- 2.000 læger (speciallæger)
- 2.000 i øvrige personalegrupper (bioanalytikere, ergo-/fysioterapeuter m.v.)

Det svarer til ca. 15 % af det nuværende antal ansatte på sygehusene.

Folketinget og regionerne er fælles om at have meget store ambitioner for sundhedsvæsenet. På alle områder er visioner og ambitioner underlagt det grundvilkår, at manglen på medarbejdere med de rigtige kompetencer er markant. Det betyder, at ambitionerne ofte ikke kan indfris lige så hurtigt som man kunne ønske, sig og som der fra mange sider er forventninger om.

Barrieren er særlig tydelig, når vi iværksætter nye ambitiøse initiativer, som f.eks. det meget betydelige løft på kræftområdet. Som på de fleste andre områder er der her stor mangel på nøglepersonale. Kræftplanen illustrerer at store satsninger på prioriterede områder indebærer et forøget pres på i forvejen sparsomme personaleressourcer. Typisk vil det være nødvendigt at hente medarbejdere fra forbundne kar – dvs. fra andre områder, sygehuse og afdeling – hvor vi også har store ambitioner for den kvalitet og service vi ønsker at patienterne skal møde.

Øget satsning og kapacitet på ét område indebærer med den personalesituation vi har i dag og de næste mange år, at man nødvendigvis må justere forventningerne på andre.

En særlig vinkel på problemet er, at regionernes sygehuse i stigende grad afgiver læger og ikke mindst sygeplejersker til private sundhedsaktører. En udvikling, der er understøttet af udvidet frit valg, og væksten i arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer. Det har især store konsekvenser lokalt, når nøglepersonalet – f.eks. operationssygeplejersker – forlader afdelingen til fordel for ansættelse i privat regi.

I regionerne er det højt prioriteret at håndtere manglen på personale og at finde løsninger på de problemstillinger, som knytter sig hertil. På nogle områder, har vi brug for hjælp fra de centrale myndigheder. F.eks. haster det meget at få øget optaget til lægestudiet, så vi kan få besat vores uddannelsesstillinger – også i de specialer og områder af landet, som ikke er lægernes førsteprioritet.