

**Center for Økonomi**  
Budget og Byggestyring

# Sammenlignende Analyse Gastroområdet

Sammenlignende analyse af afdelinger for mave-, tarm- og  
leversygdomme (gastrområdet)  
20. juni 2016

**REGION**

# Sammenlignende analyse af afdelinger for mave-, tarm- og leversygdomme (gastroområdet)

## 1. Indledning

Regionsrådet har i forbindelse med vedtagelsen af budget 2016 besluttet, at der skal ske en styrket anvendelse af sammenlignende analyser mellem hospitaler med hensyn til ressourceforbrug, herunder ift. fx liggetider, bemanning og ambulatorier. Udgangspunktet er, at der inden for flere specialer er forskelle i fx liggetider, ressourceforbrug og opfyldelsen af nationale målsætninger - og at der vil kunne opnås rationaliseringsgevinster og bedre tilrettelæggelse af patientforløb ved at udbrede ”bedste praksis”.

Også i de kommende år må der forventes en ubalance i regionens økonomi, og da mulighederne for strukturelle besparelser er begrænsede må hospitalerne forventes at skulle bidrage med besparelser - i form af uspecificerede rammebesparelser - for at opnå en langsigtet balance.

Målet med de sammenlignende analyser er så vidt muligt at undgå, at disse forventede rammebesparelser videreføres til afdelingerne i form af ”grønthøsterbesparelser”, der er uafhængige af, hvor effektivt de pågældende afdelinger producerer.

Udgangspunktet er, at de hospitaler, hvor benchmark-analysen viser lavere ressourceeffektivitet, får lov at beholde provenuet, der kan hentes på de pågældende afdelinger. Hensigten er således, som hjælp til selvhjælp at give hospitalerne et redskab til, at identificere områder, hvor der sammenlignet med andre hospitaler er en lavere ressourceeffektivitet, så hospitalerne kan vælge at placere de nødvendige besparelser på disse afdelinger/områder, frem for at fordele dem bredt på hospitalet som ”grønthøsterbesparelser”.

Afdelingerne for mave-, tarm- og leversygdomme (gastroområdet) er valgt som det andet specialeområde, der analyseres, efter at nyremedicinen indgik som pilotprojekt. Erfaringerne fra det nyremedicinske område er anvendt til at justere processen, så afdelingsledelserne først er præsenteret for forslagene til effektiviseringer før rapporten forelægges koncernledelsen.

I dette notat afrapporteres analysen af afdelingerne for mave-, tarm- og leversygdomme, og der stilles i det afsluttende afsnit 5 en række forslag til effektiviseringer, der sammenlagt forventes at kunne indbringe effektiviseringsgevinster for 44,3 mio. kr. på årsbasis.

Det skal præciseres, at der er tale om Center for Økonomi's forslag til effektiviseringer, og at der ikke nødvendigvis er enighed med afdelingsledelserne om konklusionerne, herunder at der kan hentes et provenu af den størrelsesorden.

I overensstemmelse med det udgangspunkt, der er fastlagt for arbejdet med sammenlignende analyser, holder forslagene til effektiviseringer sig inden for de rammer, der er fastlagt i HOP 2020.

Hvor intet andet er anført er aktivitetstallene baseret på udtræk af første halvår 2015 fra eSundhed og omregnet til helårsaktivitet. Tal på afsnitsniveau er leveret af hospitalerne.

## 2. Beskrivelse af specialerne

Afdelingerne for mave-, tarm- og leversygdomme omfatter de to lægelige specialer (gastro)kirurgi og gastromedicin. Ses der bort fra Rigshospitalet er især det gastromedicinske klientel præget af patienter med misbrugsproblemer og ofte deraf følgende generelle helbreds- og sociale problemstillinger.

Afdelingerne for mave-, tarm- og leversygdomme er i Region Hovedstaden placeret på de 4 akuthospitaler og Rigshospitalet. På akuthospitalerne er specialerne samlet under samme afdelingsledelse. På Rigshospitalet indgår kirurgi og gastromedicin som selvstændige klinikker i Abdominalcenteret. Hepatologien, som indeholder de sværeste leversygdomme, er i Region Hovedstaden samlet på Rigshospitalet. På grund af manglen på relevante sammenligningsmuligheder er dette speciale ikke medtaget i analysen.

Samlingen af de to specialer fra henholdsvis det kirurgiske og det medicinske område har til formål at sikre bedre patientforløb for patienterne. For disse patienter kan det ofte i den akutte fase være usikkert, om der er behov for medicinsk eller kirurgisk behandling, og også i de efterfølgende patientforløb kan der være behov for ekspertise fra begge specialer.

Der er forskelle på, i hvilket omfang specialerne fysisk er samlet. På Herlev og Gentofte Hospital og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er kirurgien samlet på matriklerne i henholdsvis Herlev<sup>1</sup> og Bispebjerg, mens gastromedicinen er fordelt på begge matrikler. På Nordsjællands Hospital er kirurgien samlet på Hillerød-matriklen, mens gastromedicinen er samlet på Frederikssund-matriklen. På Amager- og Hvidovre Hospital er hele aktiviteten med undtagelse af tarmkræftscreeningen samlet på Hvidovre matriklen.

Den gastromedicinske aktivitet på Glostrup Hospital blev i forbindelse med samlingen af Glostrup Hospital og Rigshospitalet organisatorisk overført sammen med den øvrige medicin til Amager og Hvidovre Hospital. Efterfølgende er gastromedicinen i løbet af 2015 fysisk overført til Hvidovre-matriklen. Det har derfor været nødvendigt at kompensere for denne overførsel ved anvendelsen af data fra 2015.

Gastromedicinen på Gentofte-matriklen, Frederiksberg-matriklen og Bornholms Hospital er integreret i brede intern medicinske afdelinger og indgår derfor ikke i denne rapport, men vil blive analyseret i forbindelse med analysen af de intern medicinske specialer. Kirurgien på Bornholms Hospital analyseres særskilt i forbindelse

---

<sup>1</sup> Afdelingen på Herlev-matriklen har dagkirurgisk udefunktion på Gentofte matriklen med 7 ugentlige lejer.

med en samlet analyse af de ikke-medicinske afdelinger på Bornholm.

Samlingen af de to specialer er ikke sket efter en samlet plan, men gradvist et hospital ad gangen over en årrække. Det betyder også, at integrationen af de kirurgiske og medicinske patienter er forskellig fra hospital til hospital. Disse forskelle skyldes i et vist omfang de fysiske rammer, som beskrevet ovenfor, men selv på de hospitaler hvor aktiviteten er samlet på samme matrikel, er der forskelle i graden af integration. Mest omfattende er integrationen på Herlev og Gentofte hospital, hvor sengeafsnit og ambulatorier har kirurgiske og medicinske patienter blandet.

Der er forskelle mellem akuthospitalernes afdelinger når det gælder antallet af regions- og højtspecialiserede funktioner, hvor afdelingen på Amager og Hvidovre Hospital har flest regions- og højtspecialiserede funktioner efterfulgt af afdelingerne på Herlev og Gentofte Hospital og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Der er søgt kompenseret for disse forskelle ved at anvende DRG/DAGS-produktionen i sammenligningerne på især lægeområdet. På trods af de begrænsninger og usikkerheder, der knytter sig til DRG-systemet omkring registreringspraksis og udgifter, der vedrører tværgående afdelinger, medicin og øvrige ikke-lønudgifter, er systemet fortsat det bedste redskab til at foretage en overordnet vægtning af forskellige behandlinger.

Der er ligeledes søgt kompenseret for forskelle i case mix ved at gennemføre sammenligningen af liggetider på udvalgte og mere sammenlignelige DRG-grupper.

Afdelingerne for mave-, tarm- og leversygdomme udgør et relativt omfattende område, hvor den samlede lønudgift udgør over 800 mio. kr. Den samlede sengekapacitet eksklusiv Frederiksberg- og Gentofte-matriklerne og Bornholms Hospital udgør ca. 500 senge.

Den ambulante aktivitet i første halvår 2015 omregnet til helårsaktivitet er på ca. 168.000 ambulante besøg, og der udføres på årsbasis knapt 40.000 operationer, hvoraf ca. 12.000 udføres ambulante.

Organiseringen af de akutte modtagefunktioner varierer fra hospital til hospital. På Nordsjællands Hospital og Herlev og Gentofte Hospital håndteres de akutte kirurgiske patienter via hospitalets Akutmodtagelse.

På Hillerødmatriklen varetages triageringen i Akutmodtagelse, hvorfra patienterne herefter overdrages til de akutte sengeafsnit. På Frederikssund-matriklen modtages de akut medicinske patienter i

akutklinikken indenfor åbningstiden. I nattetimerne varetages modtagelsen af det medicinske sengeafsnit.

På Herlev og Gentofte Hospital råder kirurgien over 12 akutte senge i den fælles akutmodtagelse. Sengene deles med akutte urologiske patienter. Herfra indlægges patienterne på det akutte sengeafsnit.

På Bispebjerg og Frederiksberg Hospital samt Amager og Hvidovre Hospital er den akutte modtagefunktion derimod organiseret som en del af afdelingen.

På Bispebjerg-matriklen modtages hovedparten af de kirurgiske patienter i afdelingens kirurgiske modtagelse, mens den resterende del visiteres via den fælles akutmodtagelse. Akutte gastromedicinske patienter modtages enten i Medicinsk modtageafdeling eller via hospitalets Akutmodtagelse.

På Amager og Hvidovre Hospital modtages både kirurgiske og medicinske patienter direkte i Gastroenhedens modtageafsnit. Her modtages patienter til indlæggelse fra akutmodtagelse, ambulatorie, vagtlæge, praktiserende læger og fra speciallæger, ligesom der varetages en skadestuefunktion.

Analysen er foretaget for hver personalegruppe (plejepersonale, læger og sekretærer) for sig. Det kan derfor ikke afvises, at forskelle i arbejdsdelingen mellem personalegrupperne kan spille ind på resultaterne. Problemstillingen er mest relevant på det ambulante område, hvor der vil være substitutionsmuligheder mellem læger og sygeplejersker og mellem sygeplejersker og sekretærer. Der er søgt kompenseret herfor i det omfang, der har været oplysninger om forskelle.

### 3. Kvalitet, patienttilfredshed og personaletilfredshed

Med henblik på at vurdere, hvorvidt en høj ressourceeffektivitet korrelerer med en lav kvalitet og en lav personale- og patienttilfredshed, sammenlignes nedenfor udvalgte kvalitetsindikatorer og overordnede mål for personale- og patienttilfredshed på afdelingsniveau.

#### 3.1. Kvalitetsindikatorer

Med henblik på at sammenligne, om der er forskelle i behandlingskvalitet mellem afdelingerne, der kunne korrelere med forskelle i ressourcer, er der udvalgt kvalitetsindikatorer fra Akut Kirurgi Databasen, National Årsrapport 2015 samt den Landsdækkende Database for Kræft i Tyk- og Endetarm, National Årsrapport 2014.

Ved udvælgelsen er der primært fokuseret på resultatindikatorer frem for procesindikatorer. Der er ikke tal for Bispebjerg og Frederiksberg Hospital i databasen for akut kirurgi, og for begge databaser gælder, at antallet af patienter på Rigshospitalet er så begrænset, at det ikke giver mening at sammenligne.

Følgende kvalitetsindikatorer er valgt fra Akut Kirurgi Databasen:

#### **Perforeret ulcus (mavesår):**

P1: Andelen af patienter, der opereres indenfor 3 timer fra ankomst til hospital eller fra tilsyn af kirurg for allerede indlagte (Standard  $\geq 60$  %)

P6: Postoperativ observation samlet. Andelen af patienter, som har fået foretaget både vægtkontrol, væskebalance, postoperativ monitorering af vitalparametre og risikostratificering de 3 første døgn (Standard  $\geq 70$  %)

P7: Reoperation (re-intervention). Andelen af patienter, der har interventionskrævende komplikationer (Standard  $\leq 15$  %)

P9: Mortalitet. Andelen af patienter, der dør indenfor 30 dage efter første indgreb (Standard  $\leq 20$  %)

#### **Blødende ulcus (mavesår)**

B8: Reblødning efter primær behandling. Andelen af patienter med behandlingskrævende reblødning indenfor 5 døgn efter primærterapi (Standard  $\leq 15$  %)

B10: Mortalitet. Andelen af patienter, der dør inden for 30 dage efter første indgreb (Standard  $\leq 10$  %)

Med undtagelse af indikator P6, der kun dækker 1 år, viser tallene et gennemsnit for de seneste 3 år.

**Tabel 3.1: Opfyldelse af kvalitetsindikatorer Akut Kirurgi**

	P1	P6	P7	P9	B8	B10
Hele landet	30 %	64 %	16 %	19 %	9 %	10 %
Region Hovedstaden	32 %	47 %	15 %	18 %	10 %	10 %
Amager og Hvidovre Hospital	37 %	76 %	11 %	14 %	8 %	9 %
Bispebjerg og Frederiksberg H.	-	-	-	-	-	-
Herlev og Gentofte Hospital	20 %	26 %	14 %	25 %	13 %	9 %
Nordsjællands Hospital	29 %	46 %	24 %	12 %	10 %	11 %

Følgende kvalitetsindikatorer er valgt fra databasen for kræft i tyk- og endetarm:

K3: Anastomoselækage (bristet sammensyning) ved rektumcancerkirurgi. Andel af rektumcancer patienter med anastomoselækage grad B,C eller ukendt ud af alle rektumcancer patienter, som har fået foretaget rektumsektion (Standard  $\leq 10$  %)

K4: Postoperativ død efter elektiv kirurgi. Andel af patienter, som dør inden for 30 dage efter elektiv operation ud af alle elektivt opererede kolon- og rektumcancerpatienter (Standard  $\leq 3$  %)

K8: Anastomoselækage ved koloncancerkirurgi. Andel af koloncancer patienter med anastomoselækage grad B,C eller ukendt, ud af alle opererede koloncancer patienter, som har fået kolonresektion med anastomose (Standard  $\leq 7$  %)

Tallene viser et gennemsnit for de seneste 3 år.

**Tabel 3.2: Opfyldelse af kvalitetsindikatorer Kræft i tyk- og endetarm**

	K3	K4	K8
Hele landet	12,7 %	2,0 %	4,7 %
Region Hovedstaden	14,1 %	2,8 %	5,0 %
Amager og Hvidovre Hospital	17,3 %	2,8 %	6,6 %
Bispebjerg og Frederiksberg H.	13,4 %	2,8 %	5,9 %
Herlev og Gentofte Hospital	17,4 %	3,4 %	2,9 %
Nordsjællands Hospital	9,4 %	1,9 %	5,0 %

Selv med anvendelse af tal for 3 år er forskellene i målopfyldelse ikke nødvendigvis statistisk signifikante.

Der vurderes ikke at være nogen systematisk sammenhæng mellem kvalitetstallene og den kirurgiske lægebemanding, hvor Amager og Hvidovre Hospital har det laveste niveau og Bispebjerg og

Frederiksberg Hospital det højeste målt som speciallæger pr. DRG/DAGS-aktivitet (jf. tabel 4.18)

Heller ikke i forhold til plejepersonalet på sengeafsnittene, hvor Herlev og Gentofte Hospital har det laveste niveau og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har det højeste niveau ses en systematisk sammenhæng til kvalitetsmålene.

### 3.2 Personaletilfredshed

For at belyse personaletilfredsheden er der indhentet tal på afdelingsniveau fra TrivselOP 2014 omhandlende ”Tid til jobbet”, ”Faglig kvalitet” og ”Generel tilfredshed.

**Tabel 3.3 Trivsel OP 2014**

	AHH	BFH	HGH	NOH	RHkir	RHmed
Tid til jobbet	42,1	44,6	41,4	38,5	46,4	50,1
Faglig kvalitet	65,1	73,7	65,9	63,3	73,1	71,9
Generel tilfredshed	69,1	70,0	69,1	59,3	71,0	69,9

Der ses en lavere personaletilfredshed på afdelingen på Nordsjællands Hospital end på de øvrige afdelinger, især når det gælder den generelle tilfredshed, hvor niveauet på Nordsjællands Hospital afviger markant fra et nogenlunde ensartet niveau på de øvrige afdelinger.

Nordsjællands Hospital har dog hverken på lægesiden eller på plejesiden signifikant lavere bemandingsniveauer end de øvrige hospitaler.

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har højere bemandingsniveauer især på plejesiden og højere tilfredshed især vedrørende den faglig kvalitet, men tilfredsheden er ikke højere, når det gælder den generelle tilfredshed. Ses der på de enkelte sengeafsnit er der ingen sammenhæng mellem bemandingsniveau og personaletilfredshed.

Samlet må det konstateres, at der ikke er en systematisk sammenhæng mellem bemandingsniveauer og personaletilfredshed.

### 3.3. Patienttilfredshed

Med henblik på at vurdere patienttilfredsheden, er der indhentet tal fra den seneste landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse fra 2014. Tallene udtrykker patienternes overordnede tilfredshed<sup>2</sup> med henholdsvis ambulante forløb og akutte og planlagte indlæggelser.

<sup>2</sup> Det drejer sig om spørgsmål 39 for akut indlagte: ”Patienterne er alt i alt tilfredse med forløbet fra indlæggelse til udskrivning” spørgsmål 36 for planlagt indlagte: ”Patienterne er alt i alt tilfredse med forløbet fra indlæggelse til udskrivning” og spørgsmål 29 for ambulante patienter: ”Patienterne er alt i alt tilfredse med besøgets forløb”.

**Tablet 3.4: Patienttilfredshed 2014, afdelinger for mave-, tarm- og leversygdomme.**

	AHH	BFH	HGH	NOH	RH kir	RHmed
Akut indlagte	3,59	3,98	3,31	3,48	4,15	-
Planlagt indlagte	4,14	4,32	4,02	3,81	4,28	4,08
Ambulante	4,08	4,36	4,13	4,19	4,29	4,35

For de akut indlagte patienter ses på afdelingsniveau en vis korrelation mellem bemandingsniveauerne i plejen på sengeafsnittene og patienttilfredsheden. Hvor Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har højere bemandingsniveauer og højere patienttilfredshed, mens Herlev og Gentofte Hospital har lave bemandingsniveauer og lav patienttilfredshed.

Det er undersøgt, om korrelationen mellem bemandingsniveau og patienttilfredshed kan genfindes på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital på afsnitsniveau. Det er ikke tilfældet idet det højest bemandede afsnit har den laveste patienttilfredshed.

Forholdene kan heller ikke genfindes for de planlagte patienter, hvor Nordsjællands Hospital har det laveste niveau.

Samlet må det således konkluderes, at der ikke er en systematisk sammenhæng mellem bemandingsniveau og patienttilfredshed.

## 4. Analyse

I nedenstående analyse sammenholdes bemandingsniveauer med aktivitetsniveauer på afsnitsniveau. Bemandingsniveauerne er baseret på de normeringer, der ligger til grund for budgettet. For vagtbærende personale er normeringerne afstemt med afsnittenes fremmødeprofiler. Aktivitetsniveauerne er, såfremt andet ikke fremgår, baseret på tal fra 1. halvår 2015.

Der er ikke i analysen taget hensyn til, at de fysiske rammer – herunder rammerne for sengeafsnittenes størrelser – visse steder kan betinge et behov for højere bemanning.

### 4.1 Sengeafsnit

Amager og Hvidovre Hospital har efter indflytningen fra Glostrup 3 kirurgiske sengeafsnit (213, 229 og 321) med sammenlagt 64 senge, et kortidskirurgisk sengeafsnit med 16 senge, to gastromedicinske sengeafsnit (225 og 323) med sammenlagt 37 senge, et semiintensivt sengeafsnit med 7 senge og et akut modtageafsnit med 27 senge. I alt 151 senge.

Herlev og Gentofte Hospital har på Herlev matriklen tre kirurgiske sengeafsnit med sammenlagt 58 senge, et gastromedicinsk sengeafsnit med 14 senge og et akut sengeafsnit med 24 senge. I alt 96 senge.

Nordsjællands Hospital har 3 kirurgiske sengeafsnit med sammenlagt 62 senge på Hillerød-matriklen samt et gastromedicinsk sengeafsnit på Frederikssund matriklen med 27 senge. I alt 89 senge. Det gastromedicinske sengeafsnit varetager også intern medicinske patienter.

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har 4 kirurgiske sengeafsnit med sammenlagt 46 senge, et kirurgisk korttidsafsnit (5-døgtsafsnit) med 11 senge, et medicinsk sengeafsnit med 20 senge, heraf 3 semiintensive senge samt et modtageafsnit med 17 senge. I alt 94 senge.

Rigshospitalet har i den gastrokirurgiske klinik 3 kirurgiske sengeafsnit. Det ene er normeret til 15 senge, hvoraf 9 senge er forbeholdt transplantationspatienter, mens de to andre er normeret til sammenlagt 34 senge. I den gastromedicinske klinik er der et sengeafsnit med 32 senge, I alt 81 senge.

De - set i forhold til befolkningsunderlaget i optageområderne – relativt lave sengetal på Herlev- og Gentofte Hospital og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital skal ses i sammenhæng med, at der på henholdsvis Gentofte-matriklen og Frederiksberg-matriklen er gastromedicinske senge, der ikke indgår i analysen.

Sengeafsnittenes bemanning er beregnet ved at tage udgangspunkt i nettonormeringerne, som de fremgår af afsnittenes fremmødeprofiler. Hertil er lagt en forholdsmæssig andel af de sygeplejeårsværk (plejestab), der ikke i fremmødeprofilerne er tillagt et bestemt afsnit. Ledende oversygeplejersker holdes uden for beregningerne.

Plejebemanningen er herefter tillagt udgiften til eksterne vikarer (primært FADL-vagter til faste vagter) for at kompensere for eventuelle forskelle i, i hvilket omfang afdelingerne supplerer plejebemanningen med faste vagter. Udgiften til eksterne vikarer er omregnet til årsværk ved anvendelse af et gennemsnitslønniveau.

På Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er der normeret 3 semiintensive senge i det gastromedicinske sengeafsnit. Samtidigt varetager sengeafsnittet en ambulante aktivitet svarende til 222 ambulante besøg i 1. halvår 2015. Plejenormen er derfor beregnet både for det samlede sengeafsnit og for sengeafsnittet eksklusiv de semiintensive senge og den ambulante aktivitet.<sup>3</sup>

Tilsvarende er der 4 semiintensive senge på afsnit 112 på Herlev og Gentofte Hospital. Sengene er fordelt med 2 senge på det kirurgiske sengeafsnit og 2 senge på det medicinske sengeafsnit, og korrektionen er beregnet efter samme princip som på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Herudover er plejebemanningen korrigeret for forskellige konkrete forhold, der fremgår af gennemgangen af de enkelte typer af sengeafsnit nedenfor.

Plejebemanningen er herefter sat i forhold til antallet af belagte senge, og plejenormen målt som plejebemanningen pr. belagt seng er beregnet.

---

<sup>3</sup> Det er forudsat, at de semiintensive senge er bemandede med 0,5 medarbejder pr. seng i dag- og aftenvagterne og 0,25 medarbejder i nattevagten hele ugen, hvilket giver en regulering på ca. 6,7 årsværk. Det er forudsat, at de 3 semiintensive senge er belagt med 85 %, hvorfor de belagte senge er reduceret med 2,6 belagte seng. De 222 ambulante besøg er omregnet til helårsaktivitet, og der er forudsat 1100 ambulante besøg pr. årsværk svarende til knapt 0,4 årsværk

**Tabel 4.1: Plejenormer, Sengeafsnit.**

Sengeafsnit	Bemanding	Korrektion	Fordeling Stabsmed.	Vikar	Korrigeret Bemanding	Belagte senge	Plejenorm	
<b>AHH</b>	5-døgns 212	7,4		0,2		7,6	7,6	1,00
	213/227	30,1	-1,0	0,8	0,8	30,7	22,6	1,36
	225	14,8		0,4	0,8	16,0	12,0	1,33
	229	17,5		0,5	0,4	18,4	13,5	1,36
	321	26,5		0,7	0,8	28,1	24,8	1,13
	322 GIO	23,7		0,7	1,6	26,0	5,4	4,81
	323	28,9		0,8	3,1	32,8	24,9	1,32
	324 AMA	35,5		1,0	2,7	39,2	29,1	1,35
<b>HGH</b>	Kir Øst	25,7		0,8	1,7	28,2	26,2	1,08
	Kir Vest	22,5		0,7	0,1	23,3	27,9	0,83
	112 (kirurgi)	18,2	-4,5	0,4	1,4	15,6	12,2	1,28
	112 (medicin)	18,2	-4,5	0,4	1,4	15,6	11,8	1,32
	Akut	22,6		0,7		23,3	23,8	0,98
<b>BFH</b>	Modtag.	27,4		0,7	0,0	28,1	19,8	1,42
	K3	30,9	-2,0	0,8	0,3	29,9	16,4	1,83
	K3 ex GIO	30,9	-9,4	0,8	0,3	22,5	13,8	1,63
	K1	16,5	0,1	0,4	0,2	17,2	8,7	1,98
	K2	16,1	0,1	0,4	0,4	17,0	9,3	1,83
	K4	13,5	0,1	0,3	0,2	14,1	12,0	1,18
	K5	15,8	0,1	0,4	0,4	16,7	11,5	1,44
	K24 5-dg	17,1	-10,2	0,4	0,0	7,3	9,8	0,74
<b>NOH</b>	Med B5B6	30,0		1,1	1,4	32,5	28,8	1,13
	Kir 0161	31,7		1,1	0,5	33,3	25,9	1,29
	Kir 0151	24,1		0,9	0,3	25,2	18,7	1,35
	Kir 0141	23,7		0,8	0,3	24,8	19,6	1,27
<b>RH</b>	Ctx 2124	26,2	-2,9			23,4	11,4	2,05
	38 28	27,0	-2,2		0,1	24,9	14,7	1,70
	3829	20,9	-0,5		0,2	20,6	16,5	1,25
	32CA	34,2	-4,3		0,1	30,0	26,4	1,14

Det fremgår, at hvis der ses bort fra Amager og Hvidovre Hospitals sengeafsnit 322 GIO, som udelukkende har semiintensive senge, så varierer plejenormen alligevel ganske meget mellem sengeafsnittene. En del af forklaringen herpå kan være, at der er tale om relativt forskellige afsnit, der varetager forskellige opgaver i forhold til fx de kirurgiske og medicinske patienter.

Nedenfor er sengeafsnittene derfor grupperet i 3 typer af sengeafsnit - kirurgiske sengeafsnit, medicinske sengeafsnit og akutte modtageafsnit. Inden for hver af disse grupper varetager sengeafsnittene mere ensartede opgaver, hvilket som udgangspunkt gør dem mere sammenlignelige.

Undtaget herfra er Rigshospitalets sengeafsnit, idet der på området for mave-, tarm og leversygdomme er en markant arbejdsdeling mellem Rigshospitalet og akuthospitalerne, der gør en sammenligning ganske vanskelig.

Endvidere har Amager og Hvidovre Hospital udskilt de semiintensive senge i et særskilt sengeafsnit, der vurderes særskilt sidst i dette afsnit.

I forbindelse med analysen er der gennemført en revision af fremmødeprofilerne på sengeafsnittene og på sekretærbemandingen på Amager og Hvidovre Hospital, så fremmødet afspejler det aktuelle fremmøde efter indflytningen fra Glostrup Hospital og øvrige ændringer. Den gennemførte revision viser, at fremmødeprofilerne for sengeafsnittene udløser en udgift, der ligger 8,6 mio. kr. under det

aktuelle budget, uden at fremmødet generelt ligger lavere end på de øvrige hospitaler.

På samme vis udløser fremmødeprofilerne for sekretærerne en udgift, der ligger 1,8 mio. kr. under budgettet.

I fremmødeprofilerne er indregnet et forventet fravær til sygdom mv. og afdelingen har særskilte budgetter til fast vagt, så der ikke burde være behov for en sådan buffer. På de øvrige hospitaler danner fremmødeprofilerne mere direkte grundlag for budgetterne, og det anbefales at det også sker på Amager og Hvidovre Hospital. Det vurderes, at en reduktion på 80 % i den samlede buffer på 10,4 mio. kr. vil efterlade tilstrækkeligt luft i budgettet til at imødegå udgifter til overarbejde mv., der ikke er indregnet i fremmødeprofilerne.

En reduktion af budgetterne med 80 % eller 8,3 mio. kr. vil ikke resultere i nedlæggelse af stillinger, og det kan diskuteres, om der er tale om en reel effektiviseringsgevinst, når budgettet blot reduceres til det aktuelle aktivitetsniveau.

- **Det foreslås at budgetterne på sengeafsnittene på Amager og Hvidovre hospital reduceres med 8,3 mio. kr., så de svarer til det aktuelle aktivitetsniveau.**

## Kirurgiske sengeafsnit

**Tabel 4.2 Plejenormer, Kirurgiske sengeafsnit**

Kirurgiske sengeafsnit	Bemanding	Korrektion	Fordeling Stabsmed.	Vikar	Korrigeret Bemanding	Belagte senge	Plejenorm	
AHH	213/227	30,1	-1,0	0,8	0,8	30,7	22,6	1,36
	229	17,5	0,0	0,5	0,4	18,4	13,5	1,36
	321	26,5	0,0	0,7	0,8	28,1	24,8	1,13
	5-døgns 212	7,4	0,0	0,2	0,0	7,6	7,6	1,00
	<b>Total</b>	<b>81,5</b>	<b>-1,0</b>	<b>2,3</b>	<b>2,0</b>	<b>84,8</b>	<b>68,5</b>	<b>1,24</b>
HGH	Kir Øst	25,7	0,0	0,8	1,7	28,2	26,2	1,08
	Kir Vest	22,5	0,0	0,7	0,1	23,3	27,9	0,83
	112 (kirurgi)	18,2	-4,5	0,4	1,4	15,6	12,2	1,28
	<b>Total</b>	<b>66,4</b>	<b>-4,5</b>	<b>2,0</b>	<b>3,2</b>	<b>67,1</b>	<b>66,3</b>	<b>1,01</b>
BFH	K1+K2	32,6	0,2	0,8	0,7	34,3	18,0	1,90
	K4+K5	29,3	0,2	0,7	0,6	30,8	23,5	1,31
	K24 5-dg	17,1	-10,2	0,4	0,0	7,3	9,8	0,74
	<b>Total</b>	<b>79,0</b>	<b>-9,8</b>	<b>1,9</b>	<b>1,3</b>	<b>72,4</b>	<b>51,3</b>	<b>1,41</b>
NOH	Kir 0161	31,7	0,0	1,1	0,5	33,3	25,9	1,29
	Kir 0151	24,1	0,0	0,9	0,3	25,2	18,7	1,35
	Kir 0141	23,7	0,0	0,8	0,3	24,8	19,6	1,27
	<b>Total</b>	<b>79,5</b>	<b>0,0</b>	<b>2,8</b>	<b>1,0</b>	<b>83,4</b>	<b>64,2</b>	<b>1,30</b>
RH	Ctx 2124	26,2	-2,9	0,0	0,0	23,4	11,4	2,05
	38 28	27,0	-2,2	0,0	0,1	24,9	14,7	1,70
	3829	20,9	-0,5	0,0	0,2	20,6	16,5	1,25
	<b>Total</b>	<b>74,1</b>	<b>-5,6</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>68,9</b>	<b>42,6</b>	<b>1,62</b>

På Amager og Hvidovre Hospital er afsnit 213's bemanding justeret med 1,0 årsværk, der varetager ambulante præoperative samtaler og derfor er overført til det kirurgiske ambulatorium. På sengeafsnit 229 er antallet af senge for nyligt reduceret. Det er derfor forudsat en 90 % belægning af de resterende 15 senge på afsnittet.

Herudover er bemanningen på de kirurgiske sengeafsnit på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital korrigeret med sammenlagt 1,2 årsværk fordi plejemedarbejdere fra det korttidsskirurgiske afsnit (0,7 årsværk) og endoskopiafsnittet (0,5 årsværk) varetager weekendvagter i de kirurgiske afsnit. Bemanningen på det korttidsskirurgiske sengeafsnit og endoskopiafsnittet er tilsvarende justeret ned. Bemanningen er endvidere justeret med 0,2 årsværk, der er afsat til finansiering af faste vagter på de 4 ordinære sengeafsnit på det kirurgiske område.

På Rigshospitalet er henholdsvis 1,35, 1,2 og 0,5 årsværk overført fra de kirurgiske sengeafsnit til ambulatoriet. Herudover er der korrigeret for 2,0 oversygeplejersker og 0,5 forskningsårsværk

På både Amager og Hvidovre Hospital og Bispebjerg Hospital er der udskilt særskilte 5-døgnsafsnit, der begge steder lukker i løbet af fredag og genåbnes mandag morgen.

Det korttidsskirurgiske sengeafsnit på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er justeret for den ambulante aktivitet, der varetages på afsnittet (3,3 stilling),<sup>4</sup> for varetagelsen af dagkirurgi (5,0 stilling) og for varetagelsen af weekendvagter i de øvrige kirurgiske afsnit. Endvidere er 1,0 sekretærstilling overført til sekretærgruppen. Når det gælder de kirurgiske sengeafsnit har hvert hospital 2 eller 3 sengeafsnit, og der er en mere eller mindre tydelig arbejdsdeling mellem sengeafsnittene, som afspejler sig i en forskellig plejenormering. Det er derfor valgt ikke at sammenligne hvert enkelt kirurgisk sengeafsnit, men alene at sammenligne plejenormerne for hvert hospitals kirurgiske sengeafsnit under et.

Det fremgår at plejenormen målt på denne måde varierer fra 1,01 på Herlev og Gentofte Hospital til 1,62 på Rigshospitalet. Som nævnt er patientgrundlaget på Rigshospitalet dog grundlæggende forskelligt fra akuthospitalernes patientgrundlag, og for eksempel er sengeafsnit Ctx 2124 et sengeafsnit forbeholdt transplanterede patienter.

Ses der bort fra Rigshospitalet er der stadig en forskel på ca. 40 % mellem bemandingsniveauet på Herlev og Gentofte Hospital og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Bemandingsniveauet forekommer dog meget lavt på Herlev og Gentofte Hospital og især plejenormen på 0,83 på Kirurgisk Sengeafsnit Vest ligger under, hvad der normalt ses på sengeafsnit med et normalt belastet patientgrundlag.

---

<sup>4</sup> Afsnittet varetog 2042 besøg i første halvår 2015. Besøgene er omregnet til helårsaktivitet og tillagt Kirurgisk ambulatorium. Tilsvarende er de 3,3 stillinger, der varetager opgaven, overført til Kir. amb.

Det anbefales derfor ikke, at lade bemandingsniveauet på Herlev og Gentofte Hospitals kirurgiske sengeafsnit danne grundlag for benchmarken.

Sammenlignes de tre øvrige akuthospitaler ligger Amager og Hvidovre og Nordsjællands Hospital med en plejenorm omkring de 1,3, mens Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har en højere plejenorm på 1,41, og især sengeafsnittene K1 og K2 har en høj plejenorm.

Tilpasses bemanningen på de kirurgiske sengeafsnit på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital til niveauet på 1,24 på Amager og Hvidovre Hospital kan bemanningen reduceres med sammenlagt 8,8 stillinger svarende til 3,7 mio. kr.

Der kan argumenteres for, at bemanningen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital sikrer en hurtigere gennemstrømning på sengeafsnittene og dermed lavere liggetider i sengeafsnittene, og at man derfor burde analysere plejebemanningen pr. udskrivning for at få et mere retvisende billede af, med hvilken effektivitet plejeresressourcerne anvendes.

Når denne metode ikke er anvendt skyldes det, at antallet af 1-døgnsindlæggelser er meget afgørende for, hvilket resultat en sådan analyse ville give. Tabel 4.3 nedenfor viser således, at antallet af 1døgns-indlæggelser i første halvår 2015 ligger 1943 indlæggelser svarende til 35 % over niveauet på Herlev og Gentofte Hospital. De 1943 overtallige 1-døgns-indlæggelser i første halvår 2015 svarer til et sengeforbrug på 10,7 senge.

**Tabel 4.3 Antal 1-døgnsindlæggelser**

	Antal indlægg.	Heraf > 1 døgn	Heraf = 1 døgn	Overtallige = 1 døgn	
				Antal	i %
<b>AHH</b>	6453	2161	4292	-1540	-23,9
<b>BFH</b>	5553	1588	3965	-1943	-35,0
<b>HGH</b>	5481	2411	3070	0	0,0
<b>NOH</b>	4985	1627	3358	-1286	-25,8

1-døgnsindlæggelser kan afspejle en mere effektiv tilrettelæggelse af patientforløbene, hvor patienterne kommer hurtigt hjem efter indlæggelsen, men det kan også afspejle, at dagkirurgiandelen er lav, som dokumenteret i afsnit 4.7 eller det kan afspejle forskelle i registreringspraksis, så behandlinger, der på andre hospitaler registreres som ambulante besøg registreres som indlæggelser. På den baggrund er det valgt, at fastholde anvendelsen af plejebemanning pr. belagt seng som mål for effektiviteten på sengeafsnittene.

Det gælder også på det gastromedicinske område, hvor der ses en tilsvarende høj andel af 1-døgnindlæggelser på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Den gennemsnitlige plejenorm på 1,30 på Nordsjællands Hospital ligger højere end de 1,24 på Amager og Hvidovre Hospital. Da Nordsjællands Hospital ikke har noget akutafsnit, er sengeafsnittene dog ikke direkte sammenlignelige. Tillægges akutafsnittet på Amager og Hvidovre Hospital til de kirurgiske afsnit stiger plejenormen til 1,27, og hvis bemanningen på Nordsjællands Hospital tilpasses til dette niveau kan der hentes en effektiviseringsgevinst på 1,8 stilling svarende til 0,8 mio. kr.

- **Der foreslås en besparelse på 8,8 stillinger og 3,7 mio. kr. på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og en besparelse på 1,8 stilling og 0,8 mio. kr. på Nordsjællands Hospital**

### Medicinske sengeafsnit

**Tabel 4.4 Plejenormer, Medicinske sengeafsnit**

Medicinske sengeafsnit	Bemanning	Korrektion	Fordeling Stabsmed.	Vikar	Korrigeret Bemanning	Belagte senge	Plejenorm	
AHH	225	14,8	0,0	0,4	0,8	16,0	12,0	1,33
	323	28,9	0,0	0,8	3,1	32,8	24,9	1,32
HGH	112 (medicin)	18,2	-4,5	0,4	1,4	15,6	11,8	1,32
BFH	K3 ex GIO	30,9	-9,4	0,8	0,3	22,5	13,8	1,63
NOH	Med B5B6	30,0	0,0	1,1	1,4	32,5	28,8	1,13
RH	32CA	34,2	-4,3	0,0	0,1	30,0	26,4	1,14

Afsnit 225 på Amager og Hvidovre Hospital blev etableret i forbindelse med overflytningen af gastromedicin fra Glostrup-matriklen. Der er således ikke en konkret belægning, der kan lægges til grund for sammenligningen og i stedet er forudsat, at de 12 sengepladser er belagt 100 %.

På Rigshospitalets afsnit 32CA er korrigeret for 3,4 årsværk, der vedrører ambulatorieaktivitet samt 1,0 oversygeplejerske. Patientgrundlaget på dette sengeafsnit er ikke direkte sammenligneligt med patientgrundlaget på akuthospitalerne, og har for eksempel ikke de samme misbrugsproblemstillinger. Alligevel må plejebemanningen til disse patienter, der modtager højt specialiseret behandling, karakteriseres som bemærkelsesværdig lav.

Sengeafsnit B5B6 på Frederikssund Hospital er et bredt intern medicinsk sengeafsnit, der vanskeligt kan sammenlignes med de specialiserede mave-, tarm- og levermedicinske sengeafsnit. Rigshospitalets sengeafsnit 32CA varetager et særligt patientgrundlag, der overvejende består af elektive patienter.

De resterende sengeafsnit har en bemanning på godt 1,3 med undtagelse af sengeafsnittet på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, der efter korrektionen for de semiintensive senge har en plejenorm på

1,63. Tilpasses bemanningen til niveauet på afsnittet på Herlev og Gentofte hospital kan der hentes en effektiviseringsgevinst på 4,3 årsværk svarende til 1,8 mio. kr.

- **Der foreslås en besparelse på 4,3 stillinger og 1,8 mio. kr. på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.**

### Akutte modtageafsnit

**Tabel 4.5 Plejenormer, Akutte modtageafsnit**

Akutte modtageafsnit		Bemanning	Korrektion	Fordeling		Korrigeret Bemanning	Belagte senge	Plejenorm
				Stabsmed.	Vikar			
<b>AHH</b>	324 AMA	35,5	0,0	1,0	2,7	39,2	29,1	1,35
<b>HGH</b>	Akut	22,6	0,0	0,7	0,0	23,3	23,8	0,98
<b>BFH</b>	Modtag.	27,4	0,0	0,7	0,0	28,1	19,8	1,42

Modtageafsnittene i tabel 4.5 er ikke umiddelbart sammenlignelige. På Amager og Hvidovre Hospital modtages både kirurgiske og medicinske patienter direkte i afdelingen. På Bispebjerg Hospital modtages 15 % af de kirurgiske patienter direkte i afdelingens kirurgiske modtageafsnit, mens de medicinske patienter fortrinsvis modtages i den fælles medicinske modtagelse, og på Herlev og Gentofte Hospital modtages patienterne fortrinsvis via den fælles akutmodtagelse.

Disse forskelle gør en sammenligning vanskelig. Bemandsningsniveauet på både Amager og Hvidovre Hospital og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, hvor patienterne helt eller delvist modtages direkte i afdelingen ligger lidt over det gennemsnitlige niveau for de øvrige sengeafsnit, hvilket forekommer rimeligt.

Til gengæld virker bemandsningsniveauet for det akutte afsnit på Herlev og Gentofte Hospital forholdsvis lavt, selv når det tages i betragtning, at patienterne indlægges via den fælles akutmodtagelse, og afdelingen derfor ikke som afdelingerne på Amager og Hvidovre Hospital og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital betjener et skadestuespor.

På den baggrund foreslås der ikke effektiviseringstiltag på de akutte modtageafsnit.

### Øvrige sengeafsnit

Det semiintensive sengeafsnit (322 GIO) på Amager og Hvidovre Hospital har en bemanning, der ligger højere end niveauet for sammenlignelige semiintensive senge, og også ligger højere end den norm på 1 sygeplejerske til 2 senge, som normalt lægges til grund ved normering af semiintensive senge.

Afsnittet havde i foråret 2015 en belægning, der var præget af, at der var lukket senge, som følge af ombygning. Når der kompenseres for det var belægningen på 5,4 belagte senge, hvilket er et stykke fra de normerede 8 senge. Den lave belægning skyldes bl.a. problemer med at rekruttere sygeplejersker, og den bemanning, der er angivet i tabel 4.1, er en bemanning under forudsætning af, at kun 7 senge kan holdes åbne.

Under forudsætning af en bemanning på 1 sygeplejerske til 2 senge (med 85 % belægning) i dag- og aftenvagten og 2 sygeplejersker i vagt om natten som hidtil vil bemanningen være på 15,8 stillinger. Dette tal skal sammenlignes med bemanningen ifølge fremmødeprofilen før korrektion på 23,7 stilling, hvilket indebærer en potentiel effektiviseringsgevinst på 7,9 stilling. Såfremt belægningen kan forbedres, så der opnås 85 % belægning på alle 8 senge, vil besparelsen kun blive på 3,9 stilling.

Det anbefales, at Amager og Hvidovre Hospital overvejer at integrere afsnittet i et større sengeafsnit, som det er tilfældet på de øvrige hospitaler. Herved vil der være mulighed for at fastholde dedikerede semiintensive senge med et dedikeret personale med de fordele, det indebærer. Samtidigt skabes der mulighed for at anvende personalet fleksibelt på tværs ved udsving i belægningen.

Der er argumenteret med, at GIO-afsnittet på Amager og Hvidovre Hospital tager tungere patienter end de øvrige semiintensive sengeafsnit og dermed aflaster hospitalets intensivafsnit, der ellers på grund af optageområdets størrelse ville blive overbelastet.

De foreløbige analyser af afdelingerne for bedøvelse og intensivbehandling (anæstesi)<sup>5</sup> tyder dog ikke på, at der nødvendigvis er behov for en sådan aflastning. Intensivafsnittet på Amager og Hvidovre Hospital havde i 2015 en belægningsprocent på 67, hvilket ikke virker alarmerende.

Hvis intensivafsnittet var særligt belastet, måtte der alt andet lige forventes en lav andel af for eksempel patienter i NIV behandling (som kan varetages udenfor intensivafsnittene), men andelen af patienter i NIV-behandling er noget højere på intensivafdelingen på Amager og Hvidovre Hospital end på de sammenlignelige afdelinger på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Herlev og Gentofte Hospital.

På den baggrund anbefales det, at Amager og Hvidovre Hospital i forbindelse med en reduktion af bemanningen på GIO-afsnittet overvejer om den nuværende afgrænsning mellem det intermediære afsnit og intensivafsnittet er hensigtsmæssig.

---

<sup>5</sup> Det skal præciseres, at talgrundlaget endnu ikke er drøftet med anæstesiafdelingen på Amager og Hvidovre Hospital.

- **Der foreslås en besparelse på 7,9 stillinger og 3,4 mio. kr. på Amager og Hvidovre Hospitals semiintensive sengeafsnit.**

Rigshospitalets sengeafsnit er ikke direkte sammenlignelige med akuthospitalernes, idet der især for de kirurgiske senge er tale om et mere belastet klientel, hvor bl.a. transplantationspatienter er indlagt efter den intensive fase.

Det ville dog være at forvente, at den mere intensive pleje skulle udløse en bemandingsstruktur, som minder mere om de egentlige intensivafsnit, hvor bemanningen er relativt ens over hele døgnet og i weekender.

De to kirurgiske sengeafsnit har begge en bemandingsstruktur, hvor der er 3 sygeplejersker i aftenvagt og 2 i nattevagt til henholdsvis 11,4 og 14,7 belagte senge. I dagvagten på hverdage er der til gengæld (efter korrektioner for ambulans virksamhed mv.) ca. 11 sygeplejersker i vagt på transplantationsafsnittet med 11,4 belagte senge og ca. 12 sygeplejersker i vagt på sengeafsnit 3828 med 14,7 belagte senge.

Da der mangler et relevant sammenligningsgrundlag lægges der ikke op til et konkret effektiviseringstiltag, men fordelingen af bemanningen på dag-, aften og nattevagter afviger så markant fra den bemanning der måtte forventes af et relativt intensivt sengeafsnit, at det anbefales, at Rigshospitalet selv analyserer de to kirurgiske sengeafsnit tættere.

#### **4.2 liggetider**

I tabel 4,6 vises de gennemsnitlige liggetider på afdelingsniveau opdelt i kirurgiske og medicinske sengeafsnit. Det fremgår at de kirurgiske liggetider på Rigshospitalet adskiller sig fra akuthospitalernes liggetider, hvilket må forventes at skyldes forskellene i patientsammensætning.

Tabel 4.6 Gennemsnitlige liggetider

		Indlægg.	Liggetid
<b>Kirurgi</b>	<b>RH</b>	<b>1115</b>	<b>5,5</b>
	<b>RH Ctx</b>	<b>115</b>	<b>7,4</b>
	<b>AHH</b>	<b>6453</b>	<b>2,6</b>
	<b>BFH</b>	<b>5553</b>	<b>2,3</b>
	<b>HGH</b>	<b>5481</b>	<b>3,0</b>
	<b>NOH</b>	<b>4985</b>	<b>2,6</b>
<b>Medicin</b>	<b>RH</b>	<b>1078</b>	<b>3,9</b>
	<b>AHH</b>	<b>1204</b>	<b>5,6</b>
	<b>BFH</b>	<b>1043</b>	<b>3,9</b>
	<b>HGH</b>	<b>747</b>	<b>5,9</b>
	<b>NOH</b>	<b>1238</b>	<b>4,4</b>

\* Omfatter både den kirurgiske og medicinske aktivitet.

Forskelle i liggetider på dette aggregeringsniveau kan skyldes forskelle i case-mix, forskelle i dagkirurgisk/ambulant andel, forskelle i modtagefunktioner og forskelle i registreringspraksis.

Derfor er liggetiderne for udvalgte DRG-grupper på det kirurgiske område opgjort nedenfor i tabel 4.7. Søjlerne viser antal patienter og liggetiden for patienter, der har været indlagt mere end et døgn. Ved at holde patienter, der har ligget mindre end et døgn, ude af tallene undgås, at de gennemsnitlige liggetider påvirkes, af forskellig registreringspraksis for meget korte indlæggelser samt forskelle i modtagelsen af akutte patienter.

Det betyder dog også, at afdelinger, der er gode til at få de patienter, der ikke bør ligge i sengeafsnittene, udskrevet inden for de første 24 timer kommer til at fremstå mindre effektive end de afdelinger, der lader den type patienter ligge et døgn eller mere. Derfor indgår også liggetiderne for alle patienter (inkl. patienter, der har ligget under et døgn) i tabellens 3 kolonne for hvert hospital. Det giver også mulighed for at sammenligne de gennemsnitlige liggetider med de tilsvarende liggetider på landsplan, som de fremgår af Takstsystem 2015 (yderste kolonner til højre)<sup>6</sup>.

Rigshospitalet indgår ikke i tabelopstillingen, da klientellet vurderes at være så afgørende forskelligt, at en sammenligning af liggetider ikke vil give mening.

De DRG-grupper, der er udvalgt, er DRG-grupper, hvor alle 4 akuthospitaler havde mindst 30 patienter, der var indlagt mere end et døgn i første halvår 2015. For at få et mere fuldstændigt billede er DRG-grupperne 609 og 617 medtaget selv om ikke alle hospitaler har 30 patienter.

<sup>6</sup> Trim punktet angiver den liggetid, hvor patienter, der ligger længere, afregnes med en supplerende langliggertakst.

**Table 4.7 Liggetider for udvalgte kirurgiske DRG-grupper**

DRG Gruppe	AHH			BFH			HGH			NOH			Takstsystem 2015	
	Antal >1 døgn	Liggetid >1 døgn	Liggetid Alle	Antal >1 døgn	Liggetid >1 døgn	Liggetid Alle	Antal >1 døgn	Liggetid >1 døgn	Liggetid Alle	Antal >1 døgn	Liggetid >1 døgn	Liggetid Alle	Gns. liggetid	Trimpkt.
Kirurgisk	0	0	0	0	0	0	67	8,3	8,3	102	0	0	9	18
609	163	9,3	9,1	146	7,9	7,9	76	12,6	11,7	102	9,2	9,0	11	28
610	95	7,5	7,2	79	7,4	7,0	159	11,5	11,1	97	10,7	10,2	10	24
611	114	5,1	4,5	44	5,6	4,7	60	8,9	8,0	38	8,8	6,7	5	14
615	40	3,9	2,3	41	4,1	2,5	28	4,8	2,8	19	4,8	4,2	4	11
617	35	2,4	1,3	44	2,9	1,7	47	3,2	1,8	45	2,7	1,6	2	4
618	50	5,2	4,2	36	2,7	1,4	48	4,9	4,3	30	3,6	2,8	4	9
619	108	4,6	2,9	43	4,0	2,0	71	4,2	2,5	59	4,2	2,9	4	9
639	154	4,7	2,0	127	3,4	1,5	122	4,1	1,7	68	4,4	1,9	3	6
644	186	4,5	1,4	60	3,3	1,2	194	5,5	1,7	184	4,2	1,4	2	4
645	127	5,4	2,0	76	3,7	1,4	97	6,2	2,0	81	5,4	2,1	2	4
648	33	8,3	6,3	30	4,8	4,1	43	7,4	7,1	36	5,6	3,6	7	21
705	71	6,4	5,2	84	5,1	4,2	80	8,3	7,1	54	5,3	4,3	5	12
721														

De udvalgte DRG-grupper er følgende:

- 609: Større operationer på tarm med robot
- 610: Større operationer på tyndtarm og tyktarm m. kompl. bidiag.
- 611: Større operationer på tyndtarm og tyktarm u. kompl. bidiag.
- 615: Øvrige indgreb på spiserør, mavesæk og tolvfingertarm, pat. mindst 18 år
- 617: Fjernelse af blindtarm, kompliceret
- 618: Fjernelse af blindtarm, ukompliceret
- 619: Mindre operationer på tyndtarm og tyktarm
- 639: Blødning fra mave-tarmkanal pat. mindst 18 år m. kompl. bidiag.
- 644: Betændelse i spiserør, mave og tarm m.v., pat. mindst 18 år, m. kompl.
- 645: Malabsorption og betændelse i spiserør, mave og tarm, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.
- 648: Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne pat. mindst 18 år
- 705: Operationer på galdeveje ekskl. cholecystectomi m. kompl. bidiag
- 721: Sygdomme i bugspytkirtel, ekskl. ondartede sygdomme

De udvalgte DRG-grupper udgør mellem 50 og 54 procent af samtlige indlæggelser over 1 døgn på de kirurgiske afdelinger. Andelen er lidt mindre på afdelingen på Herlev og Gentofte Hospital, men det skyldes, at der indgår 14 gastromedicinske senge i opgørelsen

Der ses relativt markante forskelle i liggetiden, hvor især Herlev og Gentofte Hospital har længere liggetider i en række af de udvalgte DRG-grupper, mens Bispebjerg og Frederiksberg Hospital generelt har de laveste liggetider.

Det skal bemærkes, at en lav liggetid ikke nødvendigvis afspejler en høj effektivitet. Det gælder hvis behandlingen alternativt kan varetages ambulant fx i dagkirurgi. I så tilfælde kan en lav liggetid afspejle en lav ambulant andel frem for en effektiv tilrettelæggelse af patientforløbene for de indlagte. Der er søgt kompenseret for dette forhold ved at udelade patienter, der indlægges under 1 døgn, og hvis

DRG-grupperne 610 og 611, 617 og 618 samt 644 og 645 ses under ét er der dog intet, der tyder på, at de korte liggetider på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital skyldes at afdelingen indlægger relativt flere patienter.

Til gengæld kan liggetiderne i enkelte af DRG-grupperne være præget af, at der indgår regions og højt specialiserede patienter i tallene. For Amager og Hvidovre Hospitals vedkommende gælder det eksempelvis DRG-gruppe 615, hvor liggetiden dog ikke er længere end på de øvrige hospitaler og til dels DRG-grupperne 644 og 645. Der er ikke kompenseret herfor i beregningerne.

Nedenfor i tabel 4.8 vises de gennemsnitlige liggetider for henholdsvis de udvalgte DRG-grupper og for alle indlæggelser over 1 døgn på de pågældende sengeafsnit. På baggrund heraf er den potentielle sengereduktion beregnet, såfremt alle afdelinger havde samme liggetider som Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Denne beregning er foretaget både for de udvalgte DRG-grupper og for alle indlagte over 1 døgn.

**Tabel 4.8 Potentiel reduktion i sengekapacitet**

DRG Gruppe	AHH			BFH			HGH			NOH		
	Antal >1 døgn	Sengedg. >1 døgn	Gns. liggetid	Antal >1 døgn	Sengedg. >1 døgn	Gns. liggetid	Antal >1 døgn	Sengedg. >1 døgn	Gns. liggetid	Antal >1 døgn	Sengedg. >1 døgn	Gns. liggetid
Total udvalgte	1176	6782	5,8	810	4033	5,0	1092	7845	7,2	813	4876	6,0
Total øvrige	985	5876	6,0	778	4563	5,9	1319	9031	6,8	814	4650	5,7
Reduktion (udvalgte)		-927			0			-2409			-829	
Reduktion senge		-5,1			0,0			-13,3			-4,6	
Total alle	2161	12657	5,9	1588	8596	5,4	2411	16876	7,0	1627	9526	5,9
Reduktion (alle)		-959			0			-3825			-719	
Reduktion senge		-5,3			0,0			-21,1			-4,0	

Det fremgår, at potentialet for sengereduktioner for Amager og Hvidovre Hospital og Nordsjællands Hospital er stort set ens, hvad enten der tages udgangspunkt i de udvalgte DRG-grupper eller alle indlæggelser. Det indebærer, at liggetiderne er stort set ens mellem de 3 hospitaler for de øvrige DRG-grupper, hvor hospitalerne har under 30 patienter i hver gruppe.

For Herlev og Gentofte Hospitals vedkommende afviger liggetiderne også for de øvrige DRG-grupper om end ikke så markant som for de udvalgte grupper. I modsætning til de øvrige hospitaler indgår der på Herlev og Gentofte Hospital 14 medicinske senge i tallene, og her vil liggetiden normalt være længere end på de kirurgiske senge (jf. tabel 4.6). På den baggrund er det valgt, kun at se på de udvalgte DRG-grupper og på den potentielle sengereduktion, der kan realiseres, hvis afdelingerne har samme lave liggetid som Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Det fremgår at, med disse forudsætninger kan der reduceres med 5,1 belagt seng (svarende til 2,8 mio. kr.) på Amager og Hvidovre Hospital 13,3 belagt seng (svarende til 7,3 mio. kr.) på Herlev og Gentofte Hospital og 4,6 belagt seng (svarende til 2,5 mio. kr.) på Nordsjællands Hospital. Herved vil der kunne hentes en effektiviseringsgevinst på sammenlagt 12,6 mio. kr.

Det anbefales dog, at effektiviseringsgevinsten på Herlev og Gentofte Hospital reserveres til at øge bemanningen på de tilbageværende senge, der som ovenfor vist har en væsentlig lavere bemanning end de tilsvarende sengeafsnit på de øvrige hospitaler. Under den forudsætning reduceres nettoeffektiviseringsgevinsten til 5,3 mio. kr.

- **Det foreslås, at liggetiderne søges reduceret, så der kan nedlægges henholdsvis 5,1 belagt seng svarende til 2,8 mio. kr. på Amager og Hvidovre Hospital og 4,6 belagt seng svarende til 2,5 mio. kr. på Nordsjællands Hospital**

Afdelingen på Amager og Hvidovre Hospital oplyser, at der i 2016 er nedlagt 9 kirurgiske senge, hvorved besparelsen allerede er indhentet.

Den lave normering på Herlev og Gentofte Hospitals sengeafsnit kan være en forklaring på, den lave score på kvalitetsindikator P6 - Postoperativ observation samlet i tabel 3.1. En lav plejebemanning må således forventes at have betydning for muligheden for en adækvat postoperativ observation. Bemandingsniveauet kan ligeledes have indflydelse på den lave patienttilfredshed især for de akutte indlagte patienter på Herlev og Gentofte Hospital.

Den lave bemanning kan også være en årsag til de lange liggetider. Der kan således være behov for en form for ”turn-around” projekt på afdelingen på Herlev og Gentofte Hospital, hvor liggetiden og dermed sengekapaciteten reduceres og ressourcerne koncentrerer på de tilbageværende senge.

Hvis der nedlægges 13,3 seng på afdelingen med uændret bemanning, vil det frigøre 13,4 stilling så plejenormen kunne hæves til 1,26 på de tilbageværende senge. Det vil svare til det niveau, der er lagt til grund for tilpasningen af bemanningen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Nordsjællands Hospital.

På det medicinske område er fordelingen på DRG-grupper væsentligt mere usystematisk, og kun 2 DRG-grupper opfylder udvælgelseskriterierne. Da tallene på det medicinske område desuden er mere præget af afgrænsningen til akutmodtagelserne, og der er patienter på Frederiksberg- og Gentofte-matriklerne, der ikke indgår i analysen, har det ikke været muligt, at gennemføre en tilsvarende analyse på det medicinske område med tilstrækkelig kvalitet i datagrundlaget.

#### 4.2 Ambulatorier

Alle hospitalerne undtagen Herlev og Gentofte Hospital har adskilt den ambulante aktivitet i et medicinsk og kirurgisk ambulatorium. De 4 akuthospitaler har desuden hver et stomiambulatorium, hvor aktiviteten på nogle hospitaler er registreret selvstændigt

Flere af hospitalerne råder desuden over selvstændige dagafsnit eller daghospitaller for henholdsvis medicin og kirurgi.

På Amager og Hvidovre Hospital og Herlev og Gentofte Hospital varetages en del af den ambulante operationsaktivitet i særskilte dagkirurgiske afsnit, hvortil afdelingerne kun leverer de læger, der opererer.

Ambulatoriernes plejebemanning er beregnet ved at tage udgangspunkt i nettonormeringerne, som de fremgår af afsnittenes fremmødeprofiler. Hertil er lagt en forholdsmæssig andel af de sygeplejearsværk (plejestab), der ikke i fremmødeprofilerne er tillagt et bestemt afsnit. Ledende oversygeplejersker holdes uden for beregningerne.

På Herlev og Gentofte Hospital er 2,6 årsværk udskilt til stomiambulatoriet. På Amager og Hvidovre Hospital er 1,0 årsværk overført fra sengeafsnit 213/227. På Rigshospitalet er sammenlagt 3,2 årsværk overført til det kirurgiske ambulatorium fra de kirurgiske sengeafsnit, mens 2,0 årsværk er afsat til stomiambulatoriet. 3,4 årsværk er overført fra medicinsk sengeafsnit 32CA til det medicinske ambulatorium.

På Rigshospitalet er der fra de kirurgiske sengeafsnit sammenlagt overført 3,05 årsværk, som er beskæftiget med ambulant aktivitet. 2,0 årsværk er udskilt til stomiambulatoriet. Herudover er bemanningen reduceret med 7,2 årsværk, som er det niveau, som ville skulle anvendes til endoskopierne, hvis de produceres med samme effektivitet som på Amager og Hvidovre Hospital – jf. gennemgangen af endoskopiafsnittene nedenfor. På det gastromedicinske område er 3,3 årsværk, der varetager ambulant aktivitet overført fra sengeafsnittet.

På aktivitetssiden er telefonkonsultationer tillagt de ambulante besøg med vægten 0,5.

Tabel 4.9 Plejbemanding ambulatorier

Ambulatorier	Bemanding	Korrektion	Fordeling Stabsmed.	Korrigeret Bemanding	Ambulante Besøg	Telefon Konsultat.	Besøg pr medarb.	Telefon kons. i %
<b>AHH</b> Med daghosp	2,9		0,1	3,0	3364	1583	1393	32,0
Kir amb/dagh	16,6	1,0	0,5	18,1	24993	8464	1615	25,3
Med amb	11,3		0,3	11,6	14162	5086	1438	26,4
Stomifunktion	2,9		0,1	3,0				
<b>Total</b>				<b>35,7</b>	<b>42519</b>	<b>15132</b>	<b>1405</b>	<b>26,2</b>
Dagkirurgi					1129			
<b>BFH</b> Med ambulatorium	6,3	-1,1	0,2	5,4	7056	5632	1844	44,4
Kir ambulatorium	9,3	1,3	0,2	10,8	11519	6963	1386	37,7
Stomiamb	1,9			1,9	1135		598	
<b>Total</b>				<b>18,1</b>	<b>19710</b>	<b>12596</b>	<b>1439</b>	<b>39,0</b>
<b>HGH</b> Kir-amb					11339			
Med amb					11931			
Kir-med amb	23,5	-5,2	0,6	18,9	23270	7635	1435	24,7
Med dagafsn.	2,6			2,6	4098	962	1761	19,0
Stomiamb	2,6		0,0	2,6	1674		644	
<b>Total</b>				<b>24,1</b>	<b>29042</b>	<b>8597</b>	<b>1384</b>	<b>22,8</b>
Dagkirurgi					1298			
<b>NOH</b> Med ambulatorium	5,1		0,2	5,3	5394	5285	1522	49,5
Kir ambulatorium	3,4	1,9	0,1	5,4	8772	3077	1916	26,0
Stomi sygepl.	1,5		0,1	1,6				
<b>Total</b>				<b>12,2</b>	<b>14166</b>	<b>8363</b>	<b>1502</b>	<b>37,1</b>
<b>RH Kir</b> Amb/endosk inkl. er	12,1	-6,2		6,0	4074	2587	896	38,8
<b>RH Med</b> Ambulatorium	0,0	3,3		3,3	1975	1164	781	37,1
Stomiamb	0,0	2,0	0,0	2,0	0	0	0	
<b>Total</b>				<b>11,3</b>	<b>6049</b>	<b>3751</b>	<b>704</b>	<b>38,3</b>

\* Ambulante besøg og telefonkonsultationer er omregnet til helårsniveau

Tabel 4.9 viser, at når alle typer af ambulatorier ses under ét, er der en overraskende stor overensstemmelse mellem antallet af ambulatoriebesøg pr. sygeplejemedarbejder på de 4 akuthospitaler, hvor antallet af besøg pr. årsværk varierer mellem 1384 og 1502.

Nordsjællands Hospital fremstår sammen med Bispebjerg og Frederiksberg Hospital som de mest ressourceeffektive. Det skal dog ses i sammenhæng med, at de to hospitaler (jf. tabel 4.10) ikke i samme omfang som de øvrige akuthospitaler udnytter muligheden for at lade sygeplejersker og reservelæger varetage selvstændig ambulatorieaktivitet.

Frem for at reducere bemandingen på de øvrige ambulatorier til niveauet på Nordsjællands Hospital anbefales det derfor, at Nordsjællands Hospital og Bispebjerg Hospital omlægger ambulatorieaktiviteten, så en større del af aktiviteten varetages af plejepersonale eller reservelæger, eventuelt ved en begrænset tilførsel af plejepersonale. Herved vil de to afdelinger opnå et væsentligt bidrag til at reducere speciallægebemandingen, som foreslået i afsnit 4.4.

Selv om bemandingen pr. besøg ligger meget tæt på akuthospitalerne viser tabel 4.9, at der internt på hospitalerne er væsentligt større variationer fx mellem de medicinske og kirurgiske ambulatorier. Hospitalerne og afdelingerne kan derfor overveje at omfordele ressourcerne internt. Til brug for det er der i tabel 4.10 en oversigt over antal ambulatoriebesøg, tidsforbrug pr. besøg og antal besøg pr. dag.

Tabel 4.10 Ambulatorieaktivitet eksklusiv endoskopi.

	Ugentlige ambulatoriesøjler *			Tid pr. besøg		Patienter pr. dag	
	Speciallæger	Sygeplejersker	Øvrige læger	Nyhenviste	Øvrige	Speciallæge	Yngre læger
<b>AMH</b>							
Med daghosp	5	5	2	30	15	15 til 18	12 til 15
Kir daghosp	21	7	0	30	15	10 til 15	0
Kir amb	22	18	12	20 til 30	15	12 til 18	12 til 16
Med amb	20	17	2,5	30	15	12 til 20	12 til 16
Stomifunktion	0	10	0	45	30	0	0
<b>BFH</b>							
Med ambulatorium	13	5	0	30	15	0	0
Kir ambulatorium	15	12	0	30	15	0	0
K24	0	0	10	30	15	0	0
Stomifunktion							
<b>NOH</b>							
Med ambulatorium FS	8	0	2	30	20	12	10
Kir ambulatorium	8	0	2	30* (20-45)	20	13	10
Stomi sygepl.	0	1,54	0	0	0	0	0
<b>HGH</b>							
Medicinske	20	15	5	30	15	ml.15-18	0
Kirurgiske	18	10	5	20	20	ml.14-16	0
Stomiamb	0	12	0	60	60	7 (stomipl)	0
<b>RH</b>							
Kir. Amb/endosk inkl. endoskopi	17	12,5	10	30	20	20 til 22	ca. 7
Med. Ambulatorium							
Stomifunktion		5					

\* En ambulatoriesøjle er defineret som et ambulatorie, der er åbent én dag om ugen. 5 ugentlige ambulatoriesøjler er således ét ambulatorie, der er åbent 5 dage om ugen.

På Nordsjællands Hospital ses, at der sættes 5 minutter mere af til et ambulatant besøg end på de øvrige hospitaler, hvilket medvirker til, at der ses færre patienter pr. dag i lægeambulatorierne. Ved at nedsætte tiden pr. besøg og antallet af besøg pr. ambulatoriesøjle vil afdelingen få et bidrag til at reducere speciallægebemandingen eller alternativt øge aktiviteten.

Tabel 4.9 viste også, at andelen af de ambulante besøg, der varetages som telefonkonsultationer varierer ganske meget mellem afdelingerne fra 22,8 % til 39,0 %. Det er beregnet, at Amager og Hvidovre Hospital og Herlev og Gentofte Hospital ved at øge andelen af telefonkonsultationer til Bispebjerg og Frederiksberg Hospitals niveau vil kunne konvertere hhv. 7.300 og 6.100 besøg til telefonkonsultationer.

Fra afdelingsledelsernes side fremhæves, at tidsforbruget ikke er mindre til en telefonkonsultation end til et almindeligt ambulatant besøg, og at der derfor ikke er noget effektiviseringspotentiale. Alene af hensyn til, at patienterne ikke skal bruge tid på at transportere sig til hospitalet, bør en sådan konvertering dog prioriteres. De takstmæssige konsekvenser ved konverteringen bør neutraliseres.

Endoskopierne på Rigshospitalet er integreret med de ambulante besøg i ambulatorierne. Det er der søgt kompenseret for ved at reducere bemandingen med 7,2 årsværk, der svarer til den bemanding, der skal til for at varetage endoskopierne med samme effektivitet som på Amager og Hvidovre Hospital og vægtet i overensstemmelse med principperne beskrevet nedenfor i afsnittet om endoskopiafsnittene.

Selv når der kompenseres for endoskopierne, og der tages hensyn til, at Rigshospitalet varetager et andet klientel samt at personalet

varetager 4 dagkirurgiske pladser, forekommer antallet af besøg pr. støtte medarbejder i ambulatorierne fortsat at være relativt lavt.

Dette kan skyldes, at ambulatoriebesøgene på Rigshospitalet generelt varer længere end besøgene på akuthospitalerne, det vil i hvert fald være tilfældet for de dagkirurgiske besøg, men da Rigshospitalet ikke har leveret tal for de ambulante besøgs længde (jf. tabel 4.10), har det ikke været muligt at efterprøve denne tese.

Det anbefales, at Rigshospitalet selv analyser effektiviseringspotentialer vedrørende niveauet for støttepersonale i ambulatorierne.

#### 4.3 Endoskopiafsnit

Akuthospitalerne har hver et endoskopiafsnit. På Nordsjællands Hospital er der desuden et særskilt endoskopiafsnit til gastromedicinen på Frederikssund Hospital.

Endoskopiafsnittenes plejebemanding er beregnet ved at tage udgangspunkt i nettonormeringerne, som de fremgår af afsnittenes fremmødeprofiler. Hertil er lagt en forholdsmæssig andel af de sygeplejearsværk (plejestab), der ikke i fremmødeprofilerne er tillagt et bestemt afsnit. Ledende oversygeplejersker holdes uden for beregningerne.

På Amager og Hvidovre Hospital er bemandingen korrigeret med 0,8 årsværk, der først er tilført efter at aktiviteten fra Glostrup Hospital blev overført til Hvidovre-matriklen. På Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er bemandingen korrigeret med 0,5 årsværk, som er tillagt de kirurgiske sengeafsnit, hvor plejemedarbejderne i endoskopiafsnittet varetager vagtarbejde i weekenderne.

På Herlev og Gentofte Hospital anvendes NAPS i større omfang end de øvrige akuthospitaler. Det betyder, at en ekstra sygeplejerske fra afdelingen bistår med sedation, mens der samtidigt er mindre belastning af anæstesiaafdelingen. Forskellen til Nordsjællands Hospital i antallet af ambulatoriesøjler med NAPS i forhold til den samlede aktivitet er estimeret til 7 ugentlige søjler. Bemandingen er derfor korrigeret med 1,8 stilling.

Der er stor forskel på hvilken personalemæssig belastning de enkelte typer af endoskopi udløser. Der er derfor foretaget en vægtning af de forskellige undersøgelser, hvor der er taget hensyn til det estimerede minutforbrug til sygeplejen pr. undersøgelse og antallet af plejemedarbejdere, der anvendes på de enkelte undersøgelser. Princippet for vægtningen fremgår nedenfor af tabel 4.11. Det er forudsat, at anoskopier og proktoskopier samt kapselskopier på Herlev og Gentofte Hospital varetages uden for endoskopiafsnittene.

**Tabel 4.11 Estimat af tidsforbrug ved endoskopi.**

Skopi-type	Minutter	Sygepl.
Øsofagoskopier	35	1
Gastroskopier	40	2
Sigmoideoskopi	35	1
Koloskopier	60	2
Kapsel skopi	25	1
EUL	60	2
Anden terapi	80	3
ERCP, ESWL og lign. pancreas	120	3

På baggrund af denne vægtning fås et estimeret tidsforbrug til alle endoskopier målt i timer. Estimatet fremgår sammen med det samlede antal endoskopier af tabel 4.12.

**Tabel 4.12 Vægtet belastning i timer.**

	Antal Skopier	Vægtet belastning
<b>Amager og Hvidovre Hospital</b>	<b>14.654</b>	<b>23.043</b>
<b>Herlev og Gentofte Hospital</b>	<b>12.550</b>	<b>19.744</b>
<b>Nordsjællands Hospital</b>	<b>8.731</b>	<b>13.961</b>
<b>Bispebjerg og Frederiksberg</b>	<b>9.234</b>	<b>13.918</b>
<b>Rigshospitalet</b>	<b>4.027</b>	<b>6.729</b>

Den vægtede belastning er herefter sat i forhold til plejebemandingen i tabel 4.13.

**Tabel 4.13 Plejebemanding endoskopienheder**

Endoskopi	Bemanding	Korrektion	Fordeling Stabsmed.	Korrigeret Bemanding	Vægtet belastning	Belastning pr. medarbejder	Potentiel besparelse
AHH	25,0	-0,8	0,7	24,9	23043	926	
HGH	25,7	-1,8	0,8	24,7	19744	800	-3,4
NOH	14,5	0,0	0,5	15,0	13961	930	
BFH	18,6	-2,0	0,5	17,1	13918	815	-2,1

Det fremgår, at hvis alle hospitaler varetog endoskopierna med samme effektivitet som Amager og Hvidovre Hospital og Nordsjællandshospital kan der estimeres en effektiviseringsgevinst på Herlev og Gentofte Hospital på 3,4 årsværk svarende til 1,4 mio. kr. og 2,1 årsværk på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital svarende til 0,9 mio. kr.

Det skal bemærkes at et årsværk fratrukket ferie og 10 søgnehelligdage men eksklusivt sygefravær udgør 1628 timer. Forudsættes således et tidsforbrug svarende til de vægtede minuttider i tabel 4.11 og en belastning på ca. 940 timer pr. årsværk, vil belastningen udgøre 58 % af det timetal, der er til rådighed. Der vil

således være godt 40 % af tiden til rådighed til sygefravær, kurser, betalt frokostpause, pauser, møder, oplæring mv.

- **Det foreslås at bemanningen på Herlev og Gentofte Hospital reduceres med 3,4 årsværk svarende til 1,4 mio. kr. og på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital med 2,1 årsværk svarende til 0,9 mio. kr.**

Rigshospitalet indgår ikke i oversigten fordi endoskopien er integreret i ambulatorierne. I stedet er det beregnet, at den vægtede belastning på 6.754 timer udløser en bemanning på 7,2 årsværk, hvis endoskopierne varetages med samme effektivitet som på Amager og Hvidovre Hospital. De 7,2 årsværk er herefter fratrukket bemanningen på ambulatorierne i afsnit 4.2.

#### 4.4 Læger

Tabel 4.14 viser antallet af lægeårsværk fordelt på kirurgiske og medicinske læger og på overlæger, afdelingslæger og reservelæger. Reservelægerne er opdelt på 1. reservelæger/hoveduddannelseslæger med hoveduddannelse i kirurgi og gastromedicin og andre reservelæger<sup>7</sup> ud fra at 1.reservelægerne/ hoveduddannelseslægerne forventes at kunne arbejde mere selvstændigt end de øvrige reservelæger.

Professorstillinger indgår med den vægt, med hvilken de er forudsat at indgå i det kliniske arbejde.

På Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er antallet af kirurgiske overlægestillinger justeret med 1,9 stilling<sup>8</sup> som følge af ressourcetilførsel med tilhørende aktivitetskrav efter 1. halvår 2015 samt 0,1 stilling vedrørende opgaver der varetages for Rigshospitalet. De medicinske overlægestillinger er justeret med 1,0 stilling som følge af ressourcetilførsel efter 1. halvår 2015 og 1,2 stilling, der vedrører varetagelsen af diagnostisk center.

---

<sup>7</sup> I andre reservelæger indgår også reservelæger i hoveduddannelse i andre specialer end kirurgi og gastromedicin.

<sup>8</sup> Ud over en regulering på 0,5 årsværk vedrørende en professorstilling.

Tabel 4.14 Lægeårsværk

Lægebemanding 2015 iflg. fremmødeplaner

		AHH	BFH	HGH	NOH	RH
Kirurgi	Ledende overlæge	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	Specialeansvarlig overl.	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0
	Overlæge	22,0	18,6	22,6	13,8	13,4
	Afdelingslæge	8,3	6,5	5,5	9,0	5,0
	Reservelæge 1.Res/HU	10,5	8,6	7,0	6,5	16,0
	Reservelæge andre	26,4	21,8	22,6	21,0	0,0
	<b>Total Kirurgi</b>	<b>68,2</b>	<b>56,5</b>	<b>59,7</b>	<b>51,3</b>	<b>35,4</b>
Medicin	Led/Specialeansv overl.	1,0	1,0	2,0	0,0	1,0
	Overlæge	13,8	5,4	4,5	6,9	4,5
	Afdelingslæge	2,3	1,0	1,0	0,0	0,0
	Reservelæge 1.Res/HU	4,8	4,0	7,1	1,0	2,0
	Reservelæge andre	6,9	5,5	0,0	0,0	2,0
	<b>Total Medicin</b>	<b>28,8</b>	<b>16,9</b>	<b>14,6</b>	<b>7,9</b>	<b>9,5</b>

Nedenfor gennemgås omfanget af døgndækkende vagtlag på afdelingerne. De fleste steder indgår speciallægerne desuden i forskellige typer af senvagter og ekstra dagvagter i weekenden. Disse vagter er ikke medtaget i oversigten

#### Kirurgiske vagtlag

På Amager og Hvidovre Hospital er der en bagvagt bestående af afdelingslæger og reservelæger i hoveduddannelse i tilstedeværelse. Derudover er der en bagvagt i tilstedeværelse til 19.45 som herefter går i tilkald med effektiv arbejdstid på 3 timer på hverdage og i weekenderne med tilstedeværelse til kl. 15.54 og herefter 5 timers effektiv arbejdstid.

Herudover er der 2 forvagter og 2 mellemvagter i tilstedeværelse, i alt 6 vagtlag.

På Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er der en bagvagt bestående af afdelingslæger og reservelæger i hoveduddannelse i tilstedeværelse. Derudover er der en bagvagt bestående af overlæger i tilstedeværelse til kl. 17.00 som herefter går i tilkald med effektiv arbejdstid på 5 timer og 24 minutter på hverdage og i weekenderne med tilstedeværelsevagt til kl. 14.00 efterfulgt af tilkald med effektiv arbejdstid på 9 timer og 24 minutter i weekender.

Herudover er der 1 forvagt og 2 mellemvagter i tilstedeværelse, i alt 5 vagtlag.

På Herlev og Gentofte Hospital er der en bagvagt i tilstedeværelse bestående af overlæger, afdelingslæger og 1. reservelæger. Derudover er der en bagvagt bestående af overlæger i tilstedeværelse til kl. 15.45 efterfulgt af tilkald med effektiv arbejdstid på 6 timer og 15 minutter på hverdage og tilstedeværelse til kl. 16.00 med efterfølgende tilkald i weekender.

Herudover er der 2 forvagter og 2 mellemvagter i tilstedeværelse, i alt 6 vagtlag.

På Nordsjællands Hospital er der en bagvagt bestående af afdelingslæger og reservelæger i hoveduddannelse i tilstedeværelse. Derudover er der en bagvagt bestående af overlæger i tilstedeværelse til kl. 15.24 efterfulgt af tilkald med effektiv arbejdstid på 5 timer og 36 minutter på hverdage og i weekenderne i tilstedeværelse til kl. 16.00 med efterfølgende tilkald med effektiv arbejdstid på 5 timer i weekender.

Herudover er der 1 mellemvagt og 1 forvagt i tilstedeværelse, i alt 4 vagtlag.

På Rigshospitalet råder Kirurgisk Klinik over 4 bagvagter i tilkald - en bagvagt for børnekirurgiske procedurer, en donorvagt til udtagning af organer, en transplantationsvagt til indsætning af organer og en overlæge-bagvagt. For alle bagvagter regnes med effektiv arbejdstid på 2 på hverdage 8 timer i weekender.

Herudover er der 1 forvagt og 1 mellemvagt i tilstedeværelse, i alt 6 vagtlag.

De mange vagtlag på Rigshospitalet er nødvendige for at hospitalet kan råde over relevant ekspertise hele døgnet. Eksempelvis er donorvagt, transplantationsvagt og overlæge-bagvagt altid indkaldt, hvis der gennemføres transplantationer i vagten. Vagtlagene på Rigshospitalet kan derfor ikke umiddelbart sammenlignes med akuthospitalet.

Tabel 4.15 viser antallet af operationer og den gennemsnitlige knivtid for operationer udført i perioden 23.00 til 7.59 målt ud fra Orbit's data for "slut sutur".<sup>9</sup>

Der ses på akuthospitalet ingen umiddelbar sammenhæng mellem antallet af kirurgiske vagtlag og belastningen på operationsområdet i nattetimerne.

**Tabel 4.15 Operationer fra 23.00 til 7.59 (hele 2015)**

	<b>Antal</b>	<b>Gns./nat</b>	<b>Gns. knivtid</b>
<b>AHH</b>	<b>613</b>	<b>1,7</b>	<b>64.52</b>
<b>BFH</b>	<b>602</b>	<b>1,6</b>	<b>70.45</b>
<b>HGH</b>	<b>882</b>	<b>2,4</b>	<b>64.21</b>
<b>NOH</b>	<b>535</b>	<b>1,5</b>	<b>56.41</b>
<b>RH ABD OP/Anæ</b>	<b>96</b>	<b>0,3</b>	<b>26.49</b>
<b>RH Abdominalkir.</b>	<b>228</b>	<b>0,6</b>	<b>97.07</b>

<sup>9</sup> Tallene er trukket fra kl. 23.00, fordi lægernes overenskomst giver mulighed for at de går i tjeneste til 23.00 uden at det udløser en vagt. En forskellig registreringspraksis forhindrer, at der kan trækkes valide data for aktiviteten i dagtid.

**Medicinske vagtlag**

På Amager og Hvidovre Hospital er der en bagvagt i tilstedeværelse til kl. 17.45 som herefter går i tilkald med effektiv arbejdstid på 2 timer på hverdage og i weekenderne tilstedeværelse til kl. 15.00 og herefter 2 timers effektiv arbejdstid. Når bagvagten varetages af en reservelæge i hoveduddannelse er der desuden en speciallæge i beredskabsvagt.

Herudover er der 1 forvagt i tilstedeværelse.

På Bispebjerg og Frederiksberg Hospital indgår overlægerne med 50 % i en fællesvagt med en anden medicinsk afdeling. Fællesvagten har på hverdage tilstedeværelse til kl. 21.00 og går herefter i tilkald med 1 times effektiv arbejdstid. I weekenderne er der tilstedeværelse til kl. 18.00 og med 2 timers effektiv arbejdstid. I de 50 % af vagterne, hvor vagten ikke dækkes af en gastromedicin varetager gastromedicinerne en beredskabsvagt.

Herudover er der en forvagt i tilstedeværelse og afdelingens reservelæger indgår desuden hver 6. dag i en anden forvagt.

På Herlev og Gentofte Hospital varetager overlægerne en beredskabsvagt fra kl. 15.24. Der er ikke et døgndækkende forvagtsslag. Reservelægerne går i vagt til 18.00 på hverdage og 16.00 i weekender. Herudover varetages vagtforpligtigheden for de gastromedicinske patienter af de kirurgiske læger.

På Nordsjællands Hospital indgår overlægerne med 25 % i et fælles bagvagtsslag med tilstedeværelse til kl. 15.24 og 7 timer og 24 minutters effektiv arbejdstid. Herudover varetager overlægerne en beredskabsvagt.

På Rigshospitalet indgår overlægerne med 44 % i et fælles bagvagtsslag og reservelægerne med 57 % i et fælles forvagtsslag med Hepatologisk Klinik.

En skematisk oversigt over vagtlagene er vist i tabel 4.16.

**Tabel 4.16 Skematisk oversigt over vagtlag.**

		AAH	BFH	HGH	NOH	RH
<b>Kirurgi</b>	<b>BV tilkald</b>	1	1	1	1	4
	<b>BV tilstede</b>	1	1	1	1	
	<b>Mellemvagt</b>	2	2	2	1	1
	<b>Forvagt</b>	2	1	2	1	1
<b>Medicin</b>	<b>BV tilkald</b>	1				
	<b>Fællesvagt</b>		0,5		0,25	0,44
	<b>Beredskabsv.</b>	0,25	0,5	1	0,75	
	<b>Forvagt</b>	1	1,17			0,57

Det fremgik af tabel 4.15, at der ikke er nogen systematisk sammenhæng mellem antallet af kirurgiske vagtlag og operationsaktiviteten i nattetimerne.

Vagttagene varetager også opgaver i forhold til indlagte patienter, og derfor er antallet af vagttag nedenfor i tabel 4.17 sat i forhold til den samlede DRG-aktivitet, dog således at den medicinske aktivitet og de medicinske for- og mellemvagttag er udeladt for Nordsjællands Hospital og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital fordi der anvendes fælles vagttag med de øvrige medicinske afdelinger. Beredskabsvagttag er ikke medtaget.

**Tabel 4.17 Forslag til justering af vagttag**

	AAH	BFH	HGH	NOH
<b>Antal bagvagttag</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Antal for- og mellemv.</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>
<b>DRG-aktivitet (mio. kr.)*</b>	<b>395</b>	<b>273</b>	<b>304</b>	<b>222</b>
<b>DRG/bagvagttag</b>	<b>132</b>	<b>136</b>	<b>152</b>	<b>111</b>
<b>DRG/for- og m.vagttag</b>	<b>79</b>	<b>91</b>	<b>76</b>	<b>111</b>
<b>DRG/vagttag i tilstedev.</b>	<b>66</b>	<b>68</b>	<b>61</b>	<b>74</b>
<b>DRG/alle vagttag</b>	<b>49</b>	<b>55</b>	<b>51</b>	<b>55</b>
<b>Nyt antal for og m.vagttag</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>Ny DRG/for og m.vagttag</b>	<b>99</b>	<b>91</b>	<b>101</b>	<b>111</b>
<b>Ny DRG/alle vagttag</b>	<b>56</b>	<b>55</b>	<b>61</b>	<b>55</b>

Det fremgår, at DRG-værdien pr. bagvagttag varierer mellem 111 og 149 mio. kr., men således at værdien for de 3 største afdelinger kun varierer fra 132 til 152 mio. kr. Det vurderes, at Nordsjællands Hospital næppe kan have mindre end 2 bagvagttag, men at den lavere aktivitet til gengæld kan afspejles i antallet af for- og mellemvagttag.

Det ses da også at DRG-værdien for for- og mellemvagttag ligger højere end tilfældet er på de tre andre hospitaler. Til gengæld ses en større variation i DRG-værdien pr. for- og mellemvagttag på de tre øvrige hospitaler end tilfældet var med bagvagttagene.

Det ses også, at belastningen af vagttagene i tilstedeværelse er anderledes på Amager og Hvidovre Hospital fordi 2 ud af 3 bagvagttag her er i tilkald fra hjemmet.

På den baggrund kan det overvejes at nedlægge 1 for- eller mellemvagttag på Amager og Hvidovre Hospital og på Herlev og Gentofte Hospital. Herved opnås større overensstemmelse mellem DRG-værdien pr. for- og mellemvagttag for de 3 største hospitaler, hvor værdien varierer mellem 91 og 99 mio. kr. pr. vagttag. Og ses på alle vagttag vil DRG-værdien pr. vagttag kun variere mellem 55 og 61 mio. kr. pr. vagttag.

Nedlæggelsen af de to for- eller mellemvagtslag vurderes at være mulig ved at reducere anvendelsen af uklassificerede reservelægestillinger til at ”fylde op” i vagtlagene for at overholde overenskomstens regler om vagthyppighed.

Begge hospitaler vurderer dog, at det ikke vil være muligt at nedlægge de pågældende vagtlag, fordi nylige opgørelser af vagtbelastningen viser, at alle for- og mellemvagtslag er fuldt belastede.

For Amager og Hvidovre Hospitals vedkommende ses da også, at aktiviteten pr. vagtlag i tilstedeværelse ligger på niveau med de øvrige hospitaler, mens bagvagterne i tilkald til gengæld er meget lavt belastet.

Et alternativ kunne derfor være, at fastholde antallet af vagtlag i tilstedeværelse, men rykke mere kvalificerede læger (for eksempel reservelæger i hoveduddannelse) ned i for- og mellemvagtslagene.

Det vil give et kvalitetsmæssigt bedre tilbud til patienterne og samtidigt skabe samme mulighed for at reducere anvendelsen af uklassificerede reservelægestillinger.

Sikres tilstrækkelig ekspertise i det medicinske vagtlag i tilstedeværelse vil det formentlig også kunne give mulighed for at konvertere det lavt belastede medicinske bagvagtslag til et beredskabsvagttag.

På Herlev og Gentofte Hospital, der i forslaget ender ud med den højeste belastning pr. vagttag kan det som alternativ til nedlæggelse af et vagttag overvejes, at etablere et fælles vagttag og lade de gastromedicinske reservelæger indgå i et sådant vagttag og samtidigt reducere anvendelsen af uklassificerede reservelægestillinger i de kirurgiske vagttag.

Nedlæggelsen af et fuldt for- eller mellemvagtslag vil indebære en reduktion på 5,6 stillinger svarende til minimum 3,2 mio. kr. Normalt forudsættes det, at det kræver 7-8 reservelægestillinger at drive et vagttag inden for overenskomstens bestemmelser om vagthyppighed. Forudsættes det, at der nedlægges 2 for- eller mellemvagtslag med 7 reservelægestillinger i hvert vagttag, kan besparelsen estimeres til 3,9 mio. kr. pr. vagttag eller sammenlagt 7,8 mio. kr.

Vælges et af de foreslåede alternativer, der indebærer omlægning frem for nedlæggelse af vagttagene kan der forudses en noget lavere effektiviseringsgevinst. Det vurderes, at der som minimum vil kunne hentes en gevinst på 4 reservelægestillinger på hvert hospital.

- **Der foreslås enten nedlagt et for- eller mellemvagtslag på Amager og Hvidovre Hospital og Herlev og Gentofte**

### Hospital eller gennemført omlægninger i vagtstrukturen med henblik på en besparelse på sammenlagt 8 reservelægestillinger og 4,6 mio. kr.

Anvendelsen af uklassificerede reservelægestillinger forekommer noget højere på afdelingerne for mave- tarm- og leversygdomme end i de fleste andre specialer. Det anbefales derfor, at der generelt på hospitalerne er fokus på, om der kan foretages omlægninger i vagtstrukturen, der kan reducere anvendelsen af uklassificerede stillinger, samt at der sikres en tilpasning i antallet af uklassificerede stillinger til udsving i de klassificerede stillinger.

Det vurderes som bemærkelsesværdigt, at ingen af afdelingerne har valgt at etablere fælles forvagtslag med reservelæger både fra kirurgien og gastromedicinen. Især når det gælder de godt 90 reservelæger på de 4 akuthospitaler, der ikke er i hoveduddannelse i et af de to specialer, kan det undre, at der ikke er søgt hentet effektiviseringsgevinster ved at etablere fælles forvagtslag.

Figur 4.18 viser aktiviteten pr. speciallæge mv. i henholdsvis kirurgi og medicin. Den bemanning, der er medtaget er speciallæger<sup>10</sup> samt 1. reservelæger/reservelæger i hoveduddannelse<sup>11</sup>, idet sidstnævnte gruppe vurderes at kunne arbejde så selvstændigt, at de bør indgå med 50 % i den bemanning, der sammenholdes med aktiviteten

**Tabel 4.18 Aktivitet pr. speciallæge (inkl. reservelæger i hoveduddannelse)**

Speciallæger + 1. res.læger + HU	Bemanning	Korrektion	Korrigeret Vikar Bemanning	DRG værdi	DAGS værdi	DRG/DGS pr.medab	Potentiel Besparelse
<b>AHH</b> Medicin	19,5		19,5	67.602	46.690	5.870	
Kirurgi	35,6		35,6	327.790	88.524	11.711	
<b>Total</b>			<b>55,0</b>	<b>395.392</b>	<b>135.213</b>	<b>9.644</b>	
<b>BFH</b> Medicin	11,8	-2,2	9,6	40.690	12.914	5.613	-0,4
Kirurgi	32,0	-2,5	29,5	272.869	39.015	10.577	-2,9
<b>Total</b>			<b>39,0</b>	<b>313.559</b>	<b>51.929</b>	<b>9.362</b>	
<b>HGH</b> Medicin	11,1	-0,5	10,6	22.472	22.300	4.244	-2,9
Kirurgi	32,6		32,6	281.226	85.298	11.243	-1,3
<b>Total</b>			<b>43,2</b>	<b>303.698</b>	<b>107.598</b>	<b>9.319</b>	
<b>NOH</b> Medicin	7,4		7,4	49.079	16.239	8.827	
Kirurgi	26,1		26,1	221.781	52.417	10.526	-2,6
<b>Total</b>			<b>33,5</b>	<b>270.860</b>	<b>68.656</b>	<b>10.150</b>	
<b>RH</b> Medicin	5,0	-0,5	4,5	66.099	3.660	15.502	
Kirurgi	20,6	-2,2	18,4	219.340	15.195	12.746	
<b>Total</b>			<b>22,9</b>	<b>285.439</b>	<b>18.855</b>	<b>13.288</b>	

\* DRG- og DAGS-værdi omregnet til helårsværdi.

På det kirurgiske område ses et niveau for DRG/DAGS-indtjeningen pr. årsværk på godt 10 mio. kr. på Amager og Hvidovre Hospital og Rigshospitalet. Såfremt niveauet på de øvrige akuthospitaler tilpasses til niveauet på Amager og Hvidovre Hospital kan der hentes 2,8 speciallæge årsværk på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, 1,3 årsværk på Herlev og Gentofte Hospital og 2,6 årsværk på Nordsjællands Hospital.

<sup>10</sup> Speciallægerne er opgjort eksklusive ledende overlæger og således at professorer indgår med den vægt, de er forudsat at være i klinisk arbejde.

<sup>11</sup> Kun reservelæger i hoveduddannelse i specialerne kirurgi og gastromedicin er medtaget.

På det medicinske område ses en overraskende høj indtjening pr. speciallægeårsværk på Rigshospitalet, der kan have sammenhæng til den relativt begrænsede ambulante aktivitet. Patientgrundlaget på Rigshospitalet er dog på ingen måde sammenligneligt med klientellet på akuthospitalerne, hvorfor det ikke ville være rimeligt at forudsætte en tilpasning til Rigshospitalets niveau.

På Nordsjællands Hospital er gastromedicinen placeret på Frederikssund hospital og er integreret i den øvrige medicin på en måde, så det må påregnes, at en del af DRG-værdien kan henføres til speciallæger fra andre medicinske specialer.

På Bispebjerg og Frederiksberg og Herlev og Gentofte hospital ses et lavere niveau end på Amager og Hvidovre Hospital. Tilpasses niveauet til Amager og Hvidovre Hospitals niveau kan der hentes 0,3 stilling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og 2,9 stilling på Herlev og Gentofte Hospital.

Den samlede potentielle besparelse er således på 9,9 speciallægeårsværk svarende til 8,4 mio. kr.

- **Det foreslås, at der samlet set reduceres med 3,1 speciallægeårsværk på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, 4,2 årsværk på Herlev og Gentofte Hospital og 2,6 årsværk på Nordsjællands Hospital.**

Umiddelbart må det vurderes at være vanskeligt, at hente en effektiviseringsgevinst på 2,9 speciallægestillinger ud af 7,5 stillinger på Herlev og Gentofte Hospitals gastromedicinske lægestab (jf. tabel 4.14). Tabel 4.14 viser til gengæld, at fordelingen af hoveduddannelsesårsværk i forhold til speciallægeårsværk er meget skæv på det gastromedicinske område, og at Herlev-matriklen har uforholdsmæssigt mange hoveduddannelsesstillinger i forhold til omfanget af den gastromedicinske aktivitet.

Skal der hentes en effektiviseringsgevinst på 2,9 stilling på Herlev og Gentofte Hospital, bør der derfor overvejes en omfordeling af hoveduddannelsesstillinger enten til Gentofte matriklen - med en tilsvarende reduktion i antallet af speciallægestillinger på denne matrikel - eller til et af de øvrige akuthospitaler. Alternativt kan det overvejes, at lade reservelægerne i hoveduddannelsesstillingerne gå i fælles vagt med enten kirurgien eller de øvrige medicinske afdelinger og reducere bemanningen tilsvarende i de afdelinger, hvor vagten udtyndes.

- **Det foreslås, at der overvejes en omfordeling af hoveduddannelsesstillinger i gastromedicin fra Herlev-matriklen til Gentofte-matriklen eller til en af de øvrige mave- tarm- og levermedicinske afdelinger. Alternativt**

### kan det overvejes at sætte reservelægerne i hoveduddannelsesstillingerne i vagt.

I drøftelserne med afdelingsledelserne er der peget på, at anvendelsen af DRG-/DAGS-værdien til at vægte belastningen af lægerne giver anledning til problemer, fordi forskelle i DRG-/DAGS-værdien kan skyldes forskellig registreringspraksis, forskelle i case-mix herunder andelen af regions- og højt specialiserede funktioner og/eller forskelle i den vægt lægelønnen udgør af den samlede DRG-/DAGS-takst.

Endvidere har det været fremhævet, at der er væsentlige forskelle i den ambulante aktivitet, hvor Amager og Hvidovre Hospital og især Herlev og Gentofte Hospital har flere besøg end de øvrige. I det omfang disse forskelle skyldes, at nogle hospitaler i højere grad end andre har omlagt fra stationær til ambulant aktivitet, vil disse hospitalers ressourceeffektivitet blive undervurderet.

Der er derfor gennemført en sammenligning af lægebemandingen med antallet af indlæggelser og ambulante besøg, der er vist i tabel 4.19.

**Tabel 4.19: Lægebemanding pr. indlæggelse/ambulant besøg**

	Korrigeret Bemanding	Indlæg- gelses	Ambulante Besøg	Vægtning 1:2	Vægtning 1:13
AHH	52,6	15441	56039	826	375
BFH	41,5	13301	26028	634	369
HGH	40,1	12557	46774	896	403
NOH	33,0	12549	22545	723	433
RH	25,6	4654	12192	420	218

Ved en sådan metode er det nødvendigt at vægte de ambulante besøg i forhold til indlæggelserne. Der er derfor foretaget to vægtninger, en, hvor en indlæggelse svarer til 2 ambulante besøg (jf. den model, der anvendes nedenfor for administrative medarbejdere og sekretærer) og en hvor en indlæggelse svarer til 13 ambulante besøg, hvilket svarer til forskellen i DRG-værdi for den gennemsnitlige indlæggelse og DAGS-værdi for det gennemsnitlige ambulante besøg.

Der er samtidigt foretaget en sammenligning af forskellige parametre primært for at vurdere, om forskellene i ambulant aktivitet skyldes, at hospitalerne med høj ambulant aktivitet har omlagt fra stationær til ambulant aktivitet, eller blot producerer flere ambulante besøg. Resultaterne heraf vises i tabel 4.20.

**Tabel 4.20: Sammenligning af den ambulante aktivitet på akuthospitalet.**

	DRG værdi	DAGS værdi	Indlæg gelse	Amb. Besøg Inkl. Tlf.k.	DRG pr indlægg.	DAGS pr. amb. Besøg	Amb.+tlf.k. pr. indlægg.	Indlagte pr. 1000 indb	Besøg pr. Cpr.nr.
AHH	395.392	135.213	15.441	71.171	25,6	2,4	4,6	29,9	1,9
BFH	313.559	51.929	13.301	38.623	23,6	2,0	2,9	30,5	1,9
HGH	303.698	98.426	12.557	55.371	24,2	2,1	4,4	29,6	2,1
NOH	270.860	68.656	12.549	30.908	21,6	3,0	2,5	32,0	1,8

Det ses umiddelbart, at både Amager og Hvidovre Hospital og Herlev og Gentofte har væsentligt flere ambulante besøg pr. indlæggelse end de to øvrige hospitaler. Såfremt det skyldes, at de to hospitaler har omlagt fra akut til ambulante aktivitet kunne man forvente, at DRG-værdien for de tilbageværende indlæggelser var højere end sammenlignelige hospitaler og at den gennemsnitlige DAGS-værdi også ville være højere, fordi de ambulante forløb, der erstatter indlæggelser vil ligge i den dyre ende.

Det fremgår, at dette billede til en vis grad ses for Amager og Hvidovre Hospital, men ikke for Herlev og Gentofte Hospital.

Indlæggelseshyppigheden pr. 1000 indbyggere<sup>12</sup> ser heller ikke ud til at være markant lavere for de to hospitaler især ikke, når der tages hensyn til, at Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har væsentligt flere 1-døgnindlæggelser.

Andelen af ambulante kirurgi på de to hospitaler ligger (jf. afsnit 4.7) over niveauet på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, men ikke afgørende over Nordsjællands Hospital.

Der er således ikke umiddelbart noget der tyder på, at den høje ambulante aktivitet på Amager og Hvidovre Hospital og Herlev og Gentofte Hospital korrelerer med en lav indlæggelseshyppighed. Til gengæld skyldes den høje ambulante aktivitet kun i begrænset omfang og kun på Herlev og Gentofte Hospital, at den enkelte patient ses flere gange.

Der er altså tale om, at flere patienter tages ind til ambulante behandling på de to hospitaler. Det kan skyldes, at det er de to hospitaler, der har regions- og højt specialiserede funktioner. Det ligger dog uden for denne analyses scope at analysere årsagerne til det høje ambulante niveau.

Det afgørende er, at der ikke er belæg for argumentet om, at anvendelsen af DRG-/DAGS-værdien til at vægte behandlinger giver et misvisende billede, fordi nogle hospitaler i højere grad har omlagt til ambulante aktivitet.

På den baggrund anbefales det, at DRG-/DAGS-værdien fastholdes som grundlag for vægning af aktiviteten, således som værdien også

<sup>12</sup> Det skal præciseres, at der ikke er foretaget en kompensation for alder og køn i sammenligningen.

anvendes i de overordnede produktivitetsanalyser og i regionens målstyring på effektivitetssiden.

Det har også været fremført, at reservelægerne i hoveduddannelse i gastromedicin ikke har samme arbejdskraftværdi, som reservelægerne i hoveduddannelse i kirurgi, fordi de opholder sig kortere tid i afdelingerne. Der er derfor foretaget en følsomhedsanalyse, af konsekvenserne af, at lade hoveduddannelsesstillingerne i gastromedicin tælle med vægten 0 (jf. tabel 4.21).

**Tabel 4.21 Aktivitet pr. speciallæge (gas.med HU-læger tæller 0)**

Speciallæger + 1. res.læger + HU	Beman- ding	Korrek- tion	Vikar	Korrigeret Bemanding	DRG værdi	DAGS værdi	DRG/DGS pr.medab	Potentiel Besparelse
<b>AHH</b> Medicin	17,1	0,0	0,0	17,1	67602	46690	6.695	-1,3
Kirurgi	35,6	0,0	0,0	35,6	327790	88524	11.711	
<b>Total</b>	<b>52,6</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>52,6</b>	<b>395392</b>	<b>135213</b>	<b>10.084</b>	
<b>BFH</b> Medicin	9,6	-2,2	0,0	7,4	40690	12914	7.244	
Kirurgi	32,0	-2,5	0,0	29,5	272869	39015	10.577	-2,9
<b>Total</b>	<b>41,6</b>	<b>-4,7</b>	<b>0,0</b>	<b>36,9</b>	<b>313559</b>	<b>51929</b>	<b>9.908</b>	
<b>HGH</b> Medicin	7,5	-0,5	0,0	7,0	22472	22300	6.396	-0,8
Kirurgi	32,6	0,0	0,0	32,6	281226	85298	11.243	-1,3
<b>Total</b>	<b>40,1</b>	<b>-0,5</b>	<b>0,0</b>	<b>39,6</b>	<b>303698</b>	<b>107598</b>	<b>7.669</b>	
<b>NOH</b> Medicin	6,9	0,0	0,0	6,9	49079	16239	9.467	
Kirurgi	26,1	0,0	0,0	26,1	221781	52417	10.526	-2,6
<b>Total</b>	<b>33,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>33,0</b>	<b>270860</b>	<b>68656</b>	<b>10.304</b>	
<b>RH</b> Medicin	5,0	-0,5	0,0	4,5	66099	3660	15.502	
Kirurgi	20,6	-2,2	0,0	18,4	219340	15195	12.746	
<b>Total</b>	<b>25,6</b>	<b>-2,7</b>	<b>0,0</b>	<b>22,9</b>	<b>285439</b>	<b>18855</b>	<b>13.288</b>	

\* DRG- og DAGS-værdi omregnet til helårsværdi.

På grund af den meget ulige fordeling af hoveduddannelsesstillingerne i gastromedicin giver det anledning til relative store ændringer i, hvor besparelserne falder.

Det vurderes dog ikke som rimeligt, at disse hoveduddannelsesstillinger skulle være helt uden arbejdskraftværdi. Det er derfor valgt at fastholde fordelingen i tabel 4.18, hvor stillingerne tæller med enværdi på 0,5.

#### 4.5 Administrative medarbejdere og lægesekretærer

De administrative opgaver varetages på nogle hospitaler næsten udelukkende af lægesekretærer, mens nogle administrative opgaver på andre hospitaler også varetages af medarbejdere med HK- eller akademisk baggrund. I sammenligningen mellem hospitalerne indgår derfor alle administrative medarbejdere inklusive lægesekretærer i sammenligningerne.

På Amager og Hvidovre Hospital er anvendt en revideret fremmødeprofil, der jf. afsnit 4.1 udløser udgifter, der ligger ca. 1,8 mio. kr. under budgettet. Fremmødet er reduceret med 1,0 stilling, som er tilført i forbindelse med indflytningen af gastromedicinen fra Glostrup Hospital. Endvidere er der kompenseret for, at sekretærene dækker de akutte patienter i vagten, hvor opgaven på de øvrige hospitaler efter dagtid varetages af akutmodtagelsernes sekretærer. Endelig er der kompenseret for, at der også optages journal på de

gastromedicinske akutte patienter, en opgave, der på de øvrige hospitaler ligeledes varetages i akutmodtagelserne.

På Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er der ligeledes kompenseret for at sekretærerne dækker akutte opgaver i vagten svarende til 9 aftenvagter og 2 dagvagter i weekender ugentligt.

Sammenligningen mellem hospitalerne af de administrative medarbejdere og lægesekretærer er foretaget på to forskellige måder. Dels er der foretaget en sammenligning af den producerede DAGS og DRG-aktivitet pr. årsværk, dels er der anvendt en model, som Danske Regioner i 2013 anvendte til at sammenligne effektiviteten for lægesekretærer på tværs af hospitaler.

Danske Regioners model indebærer at lægesekretærbemanningen sammenholdes med antallet af aktivitetsenheder, hvor indlæggelser indgår med vægten 1 og ambulante besøg indgår med vægten 0,5.

For Danske Regioners model er foretaget en følsomhedsanalyse, som viser, at resultatet ikke afgørende ændres, hvis vægten af de ambulante besøg øges.

Tabel 4.22 viser at de to metoder giver et nogenlunde ensartet resultat, hvor Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Amager og Hvidovre Hospital i begge modeller har en mindre effektiv udnyttelse af sekretærressourcerne end henholdsvis Herlev og Gentofte Hospital og Nordsjællands Hospital.

**Tabel 4.22 Aktivitet pr. administrative medarb. inkl. lægesekretærer**

Bemanning	Korrektion	Korrigeret Bemanning	DRG+DAGS-model		Danske Regioners model		Potentiel besparelse		
			DRG+DAGS værdi	DRG/DGS pr.medab	Aktivitetsenheder	Akt.enh. pr.medarb.	DRG-DAGS model	Danske R. Model	
AHH	50,7	-6,1	44,6	530605	11909	21552	484	-8,9	-4,7
HGH	33,0		33,0	402124	12186	17825	540	-6,0	0,0
NOH	22,8		22,8	339517	14891	11813	518	0,0	-0,9
BFH	27,1	-1,0	26,1	365488	14022	13050	501	-1,5	-1,9
RH	20,0		20,0	257504	12875	5331	267	-2,7	-10,1

Rigshospitalet udviser et meget forskelligt billede ved de to modeller, hvor Danske Regioners model ville udløse en halvering af sekretærbemanningen. Rigshospitalet har et fælles sekretariat, der også varetager betjeningen af det børnekirurgiske område I bemanningen indgår endvidere 3,0 årsværk som forløbskoordinatorer for kræftforløb. På den baggrund foreslås ikke effektiviseringstiltag på Rigshospitalets sekretærbemanning.

Det foreslås, at de mindst afvigende tal fra de to modeller anvendes, så der hentes en effektiviseringsgevinst på 4,7 årsværk på Amager og Hvidovre Hospital og 1,5 årsværk på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

- **Der foreslås en reduktion med 4,7 årsværk og 1,8 mio. kr. på Amager og Hvidovre Hospital og 1,5 årsværk og 0,6 mio. kr. på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.**

#### 4.6 Operationsafsnit

Afdelingerne på Amager og Hvidovre Hospital og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har egne operationsafsnit med egne operationssygeplejersker, mens operationsafsnittene på de øvrige hospitaler er organiseret under anæstesiaafdelingerne.

Nedenfor foretages en foreløbig sammenligning af de to operationsafsnit. Efterfølgende vil operationsafsnittene indgå i den sammenligning, der skal gennemføres på anæstesiområdet.

Operationsafsnittet på Amager og Hvidovre Hospital er bemanded med 31,2 sygeplejestillinger, mens operationsafsnittet på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er bemanded med 28,2 sygeplejestillinger. Begge tal er inklusive afdelingssygeplejerskestillinger.

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital bemander i dagtid på hverdage 5 elektive og 1 akut leje 3 dage ugentligt og 4 elektive og 1 akut leje 2 dage ugentligt fra 7.30 til 15.30. I alt bemandes 28 lejer ugentligt og på ugebasis er der afsat 62 dagvagter inkl. koordinator og flowsygeplejerske til betjening af disse lejer, hvilket giver 2,2 sygeplejerske gennemsnitligt pr. leje.

Amager og Hvidovre Hospital bemander i dagtid mandag til onsdag 5 lejer fra 7.30 til 15.15 (1 leje bemandes til kl. 18.00). Torsdage bemandes yderligere 1 leje og fredag bemandes 4 lejer. I alt bemandes 25 lejer ugentligt og på ugebasis er der afsat 70 dagvagter inkl. koordinator til betjening af disse lejer, hvilket giver 2,8 sygeplejersker gennemsnitligt pr. leje.

Selv om afdelingen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital bemander flere lejer end afdelingen på Amager og Hvidovre hospital udføres der stort set samme antal stationære operationer på de to afdelinger. På den baggrund foreslås det, at bemanningen på Amager og Hvidovre Hospital tilpasses niveauet på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, hvilket vil indebære en reduktion på 3,0 stillinger svarende til 1,3 mio. kr.

De 3 stillinger vil kunne hentes ved, at tilpasse bemanningen på akutlejerne i aften – og nattetimerne og i weekenden til niveauet på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, hvor Bispebjerg og Frederiksberg Hospital kun har et leje åbent, mens Amager og Hvidovre Hospital har to lejer åbent. Jf. tabel 4.23.

Tabel 4.23 Bemanding på akuttejer i operationsafsnit.

		Dag	Aften	Nat
AHH hverd	Tilstede		4	
	Vagtvær			3
	Hjemmet			1
BFH hverd	Tilstede		3	
	Vagtvær			2
	Hjemmet			
AHH weekend	Tilstede	4	2	
	Vagtvær			2
	Hjemmet		2	2
BFH weekend	Tilstede	2	2	2
	Vagtvær			
	Hjemmet			

Tabel 4.15 viste, at antallet af operationer i nattetimerne fra 23.00 til 7.00 i gennemsnit var henholdsvis 1,7 og 1,6 operation pr. nat og tabel 4.20 viser, at antallet af stationære operationer er stort set ens på de to hospitaler. Der synes derfor ikke at være nogen umiddelbar begrundelse for, at Amager og Hvidovre Hospital skal køre med 2 akuttejer i vagten, mens Bispebjerg og Frederiksberg Hospital kun bemander 1 akutleje.

Reduceres med 1 akutleje både i aften- og nattevagten kan der hentes en besparelse på 3,2 årsværk. Vælges det fortsat at have 2 lejer i aftenvagten på hverdage reduceres besparelsen til 2,0 årsværk.

- **Det foreslås at reducere med et akutleje i aften- og nattevagten på Amager og Hvidovre Hospital med henblik på at realisere en besparelse på 3,0 årsværk og 1,3 mio. kr.**

På de øvrige hospitaler varetages bemandingen af operationslejerne af anæstesiaafdelingerne. Tabel 4.13 viser dog, at antallet af operationer i nattetimerne på Herlev og Gentofte Hospital ligger ca. 50 % over niveauet på Amager og Hvidovre og Bispebjerg og Frederiksberg hospitaler samtidigt med at antallet af stationære operationer ligger 12-13 % under de samme to hospitaler. Det kunne tyde på, at kapaciteten på akutlejerne i dag- og aften timerne på Herlev og Gentofte Hospital er i underkanten, så der ikke i samme omfang som på de øvrige hospitaler er ”ryddet op” inden nattevagten starter. Det vurderes, at Herlev og Gentofte Hospital med fordel kunne analysere dette nærmere.

#### 4.7 Dagkirurgi

Tabel 4.24 viser, at dagkirurgiandelen er stort set ens for de 4 akuthospitaler, mens Rigshospitalet, der har en helt anden sammensætning af operationerne med væsentligt vanskeligere operationer helt naturligt har en lav dagkirurgi-andel.

**Tabel 4.24 Dagkirurgiandelen gastro-kirurgiske operationer**

Hospital	Ambulant	Stationær	I alt	Dagkir andel
Amager og Hvidovre Hospital	1.934	4.196	6.130	32
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	1.925	4.097	6.022	32
Herlev og Gentofte Hospital	1.892	3.716	5.608	34
Nordsjællands Hospital	1.090	2.602	3.692	30
Rigshospitalet	106	2.099	2.205	5
<b>Total</b>	<b>6.947</b>	<b>16.710</b>	<b>23.657</b>	<b>29</b>

Kilde: eSundhed, hele 2015 (pr. 12. maj 2016)

Går man derimod skridtet dybere, og sammenligner dagkirurgi andelen på udvalgte operationskoder viser tabel 4.25 ganske stor variation især indenfor operationer for hæmoroïder, mindre tarmoperationer, hernieoperationer (brok) og sårbehandling.

Der er udvalgt de operationskoder, hvor mindst et af hospitalerne har 15 ambulante operationer i første halvår 2015.

**Tabel 4.25 Andel af ambulat kirurgi for udvalgte operationskoder.**

	AHH		BFH		HGH		NOH	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Anden operation for hæmoroïder og anal slimhindeprol.	3	33%	4	0%	19	21%	35	86%
Gummiringligatur af hæmoroïder og slimhindeprolaps	11	91%	8	100%	29	90%	3	100%
Hæmoroïdektomi	65	74%	19	0%	16	6%	8	13%
Ligatur af hæmoroïdearterier (THD) m/u opsyning af analsl.	20	90%	29	0%	63	90%	54	98%
Anden operation på endetarmsåbning el. perianalt væv	66	74%	97	8%	160	49%	35	66%
Excision af pat. væv i analkanal eller pat. perianalt væv	2	0%	42	0%	75	28%	2	0%
Incision af analfistel	49	4%	101	3%	37	86%	18	83%
Inkomplet incision af analfistel	0	-	64	19%	36	72%	0	-
Laparoskopisk kolecystektomi	537	51%	250	1%	365	32%	306	51%
Laparoskopisk operation for ingvinalhernie	210	86%	96	2%	284	80%	171	82%
Laparoskopisk operation for umbilikalhernie	31	52%	5	0%	26	81%	4	0%
Operation for ingvinalhernie m. implant. af fremm. mat.	92	29%	211	1%	116	47%	173	84%
Operation for umbilikalhernie m. implant. af fremm. mat.	46	67%	58	0%	35	69%	36	39%
Operation for umbilikalhernie	89	66%	14	0%	35	49%	79	73%
Kløft-løft operation a.m. bascom for pilonidalcyste	12	100%	0	-	20	90%	31	100%
Pit-pick operation a.m. bascom for pilonidalcyste	0	-	0	-	45	93%	8	100%
Skiftning af større sår på truncus	729	94%	41	20%	30	27%	67	30%
Anden sårbehandling på truncus	15	27%	644	90%	669	99%	17	18%
Fjernelse af fremmedlegeme fra hud på truncus	6	17%	109	94%	1	0%	1	0%
Excision af lipom på truncus	15	100%	16	0%	2	50%	11	82%
	1998	72%	1808	40%	2063	70%	1059	67%

Det fremgår, at andelen af ambulat kirurgi er noget mindre på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital end på de øvrige hospitaler, hvor andelen ligger omkring 70 %. Såfremt den kirurgiske aktivitet omlægges, så andelen af dagkirurgiske operationer øges til 70 %, og der forudsættes 1 senge dag pr. operation, kan sengeforbruget reduceres med knapt 3 senge, svarende til 3,9 medarbejdere og en potentiel effektiviseringsgevinst på 1,7 mio. kr.

- **Det foreslås, at den kirurgiske aktivitet på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital i større omfang omlægges til dagkirurgi med henblik på, at reducere sengeforbruget svarende til 3,9 medarbejdere og 1,7 mio. kr.**

## 5. Effektiviseringsforslag

Som indledningsvis nævnt er målet med de sammenlignende analyser så vidt muligt at undgå, at rammebesparelser videreføres til afdelingerne i form af ”grønthøsterbesparelser”, der er uafhængige af, hvor effektivt de pågældende afdelinger producerer.

Hensigten er således, at give hospitalerne som hjælp til selvhjælp et redskab til at identificere områder, hvor der sammenlignet med andre hospitaler er en lavere ressourceeffektivitet, så hospitalerne kan vælge at placere de nødvendige besparelser på disse afdelinger/områder, frem for at fordele dem bredt på hospitalet som ”grønthøsterbesparelser”.

Samlet er der ovenfor peget på effektiviseringsmuligheder for sammenlagt 44,3 mio. kr., der vil resultere i nedlæggelse af stillinger svarende til 72,1 årsværk.

Der vil være forskel på effektiviseringsforslagene med hensyn til, hvor hurtigt de kan gennemføres, og hvilken indsats en realisering af effektiviseringspotentialer vil kræve.

Forslagene er derfor nedenfor i tabel 5.2 og 5.3 opdelt i de forslag, der kan realiseres umiddelbart i takt med de nødvendige stillingsfratrædelser, og de forslag, der kræver en særlig indsats for at kunne realiseres.

**Tabel 5.1 Forslag til effektiviseringer**

	Mio. kr.	Årsværk
Tilpasning af budgetter til fremmøde, sengeafsnit AHH	-8,3	0
Tilpasning af bemanning på semintensive senge AHH	-3,4	-7,9
Tilpasning af bemanning på kirurgiske senge BFH/NOH	-4,5	-10,6
Tilpasning af bemanning på medicinske senge BFH	-1,8	-4,3
Tilpasning af bemanning på endoskopiafsnit	-2,3	-5,5
Tilpasning af bemanning speciallæger mv.	-8,6	-10,1
Tilpasning af bemanning sekretærer og adm. medarb.	-2,4	-6,2
Sengereduktioner vedr. liggetider	-5,4	-12,6
Tilpasning af bemanning på operationsgang AHH	-1,3	-3,0
Omlægning af vagtstruktur HGH og AHH	-4,6	-8,0
Omlægning til dagkirurgi BFH	-1,7	-3,9
<b>Total</b>	<b>-44,3</b>	<b>-72,1</b>
<b>Heraf:</b>		
Amager og Hvidovre Hospital	-19,9	-26,2
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	-11,5	-23,9
Herlev og Gentofte Hospital	-7,3	-11,6
Nordsjællands Hospital	-5,6	-10,4
Rigshospitalet	0,0	0,0
	<b>-44,3</b>	<b>-72,1</b>

Der er ikke foreslået konkrete effektiviseringsgevinster på Rigshospitalet på baggrund af vanskelighederne med at sammenligne patientgrundlaget, men der peges på, at Rigshospitalet bør overveje selv at analysere bemanningen på de kirurgiske sengeafsnit og på ambulatorierne.

### 5.1 Forslag der umiddelbart kan realiseres

Nedenfor i tabel 5.2 er de forslag, der umiddelbart kan realiseres opgjort til 32,6 mio. kr.

**Tabel 5.2. Forslag, der umiddelbart kan realiseres**

	Mio. kr.	Årsværk
Tilpasning af budgetter til fremmøde, sengeafsnit AHH	-8,3	0
Tilpasning af bemanning på semintensive senge AHH	-3,4	-7,9
Tilpasning af bemanning på kirurgiske senge BFH/NOH	-4,5	-10,6
Tilpasning af bemanning på medicinske senge BFH	-1,8	-4,3
Tilpasning af bemanning på endoskopiafsnit	-2,3	-5,5
Tilpasning af bemanning speciallæger mv.	-8,6	-10,1
Tilpasning af bemanning sekretærer og adm. medarb.	-2,4	-6,2
Tilpasning af bemanning på operationsgang AHH	-1,3	-3,0
<b>Total</b>	<b>-32,6</b>	<b>-47,6</b>

Der er tale om forslag, der vedrører en tilpasning af bemanningen, og forslagene kan realiseres i takt med, at stillingerne kan frigøres ved naturlig afgang, omplacering eller eventuel afsked og under overholdelse af eventuelle varslingsfrister.

### 5.2 Forslag, der kræver særlig indsats

Realiseringen af de øvrige forslag for i alt 11,7 mio. kr. vil kræve forskellige former for særlige indsatser.

**Tabel 5.3 Forslag, der kræver særlig indsats**

	Mio. kr.	Årsværk
Sengereduktioner vedr. liggetider	-5,4	-12,6
Omlægning af vagtstruktur HGH og AHH	-4,6	-8,0
Omlægning til dagkirurgi BFH	-1,7	-3,9
<b>Total</b>	<b>-11,7</b>	<b>-24,5</b>

Sengereduktionerne, der er knyttet til en reduktion i liggetiderne, vil kræve, at der lokalt i sengeafsnittene i et samarbejde mellem læger og sygeplejersker arbejdes på at få patienterne hurtigere udskrevet. Set i forhold til de beskudne justeringer, og at der allerede er gennemført en sengereduktion på Amager og Hvidovre Hospital vurderes det muligt at gennemføre reduktionen umiddelbart.

Omlægningen af vagtstrukturen på Amager og Hvidovre Hospital og Herlev og Gentofte Hospital vil formentlig kræve en gennemgang af

samtlige vagtlag med henblik på at refordele arbejdsopgaverne mellem vagtlagene samt en vurdering af belastningen af de enkelte vagtlag før omlægningen kan gennemføres. Muligheden for at anvende fælles forvagtstag på tværs af medicin og kirurgi kunne overvejes.

Omlægningen til dagkirurgi på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital vil forudsætte, at der konverteres operationskapacitet fra stationær til ambulante kirurgi, før den forudsatte reduktion af sengekapaaciteten kan realiseres. Der kan være problemstillinger omkring de fysiske rammer og investeringsbehov før en sådan omlægning kan gennemføres.

### **5.3. Behov for nye tværgående analyser.**

Gennemgangen har vist, at der er meget store forskelle i måden hvorpå de medicinske og kirurgiske patienter er integreret og denne integration er sket ukoordineret på hvert hospital for sig. I nogle af afdelingerne virker det som om, at kirurgi og gastromedicin er videreført som to separate underafdelinger uden nogen egentlig integration.

Især på det gastromedicinske område er der store forskelle på, hvorledes lægebetjeningen uden for dagtid er tilrettelagt, og i hvilket omfang lægebetjeningen er integreret med kirurgien og/eller de øvrige medicinske afdelinger.

Den akutte modtagelse af både kirurgiske og medicinske patienter er desuden meget forskelligt tilrettelagt på de 4 akuthospitaler.

En del af disse forskelle er betinget af forskelle i de fysiske rammer og behovet for at fordele aktiviteten på flere matrikler. Med realiseringen af kvalitetsfundsbyggerierne, nedlæggelsen af Frederiksberg- og Frederikssund matriklerne og etableringen af fælles akutmodtagelser på alle 4 akuthospitaler, vil disse forhold afgørende ændre sig.

På den baggrund anbefales det, at det overvejes at gennemføre et analysearbejde med henblik på - efter realiseringen af de fælles akutmodtagelser - at få tilrettelagt den mest hensigtsmæssige organisering af afdelingerne for mave-, tarm- og leversygdomme. En sådan analyse kunne omfatte en mere ensartet integration af kirurgi og gastromedicin, en ensartet adgang for akutte patienter til begge specialer, en mere ensartet lægebetjening og en ensartet afgrænsning til de fælles akutmodtagelser.

Rapporten viser endvidere meget store forskelle mellem hospitalerne i antallet af ambulante besøg uden at det har været muligt inden for rapportens rammer, at give en entydig forklaring på disse forskelle. Det kunne derfor overvejes at gennemføre en mere omfattende analyse af forskellene i den ambulante aktivitet.