

Center for Økonomi
Budget og byggestyring

Sammenlignende Analyse Nyremedicin

Sammenlignende analyse af de nyremedicinske afdelinger
(nefrologi)
29. april 2016

REGION

Sammenlignende analyse af de nyremedicinske afdelinger (nefrologi).

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”.

Nyremedicin (nefrologi) er valgt som det første speciale, der analyseres, og analysen har karakter af et pilotprojekt, hvor analysens metode og organisering efterfølgende evalueres med henblik på justeringer i forhold til de efterfølgende analyser.

I dette notat afrapporteres analysen, og der stilles i det afsluttende afsnit 5 en række forslag til effektiviseringer, der sammenlagt

forventes at kunne indbringe effektiviseringsgevinster for 19,3 mio. kr. på årsbasis.

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

Særligt for specialet nyremedicin er Center for Økonomi anmodet om at se på dialysekapaciteten og behovet for yderligere dialysepladser. Problemstillingen behandles i afsnit 2.1, og det konkluderes, at der ikke umiddelbart synes behov for at øge kapaciteten, men at der er grund til at se på den geografiske fordeling af pladserne og mulighederne for øget hjemmedialyse og placering af dialyseafsnit i sundhedshuse mv. i forbindelse med, at der skal genetableres pladser som erstatning for dialysepladserne på Frederiksberg Hospital.

Også på andre områder, som f.eks. den siddende patienttransport, er der identificeret tværgående problemstillinger, som kunne give anledning til nye mere detaljerede analyser af disse områder. En samlet oversigt fremgår af afsnit 5.3.

I forbindelse med analysen er der afholdt møde med repræsentanter for Nyreforeningen.

2. Beskrivelse af specialet

Nyremedicin (nefrologi) er i Region Hovedstaden placeret på Rigshospitalet (med satellit på Frederiksberg Hospital), Herlev og Gentofte Hospital, matriklen i Herlev (med satellit på Hvidovre Hospital) og Nordsjællands Hospital i Hillerød. Desuden er der et dialyseafsnit på Bornholms Hospital tilknyttet hospitalets medicinske afdeling og lægeligt supporteret af Nefrologisk Klinik på Rigshospitalet.

Dialyseafsnittet på Bornholms Hospital indgår ikke i denne rapport, men vil blive analyseret i forbindelse med analysen af de intern medicinske specialer.

Nyremedicin er et relativt lille speciale, hvor den samlede lønudgift udgør ca. 245 mio. kr. Både på Rigshospitalet og på Nordsjællands Hospital er sengekapaciteten kombineret med andre specialer. Den egentlige nyremedicinske sengekapacitet estimeres til ca. 75 senge.

Den ambulante aktivitet i første halvår 2015 omregnet til helårsaktivitet er på ca. 132.000 ambulante besøg. Heraf udgør dialyser (inkl. kontrol af hjemmedialyse) ca. 95.000 besøg, som overvejende varetages af plejepersonalet på dialyseafsnittene. Den resterende ambulante aktivitet er relativt beskedent, og de ca. 37.000 ambulante besøg udgør kun ca. 1,2 % af den samlede somatiske ambulante aktivitet.

Specialets størrelse indebærer, at det på mange danske hospitaler er integreret i større medicinske afdelinger. Figur 2.1 viser afdelingerne på landsplan med dialysesatellitter. Det fremgår heraf, at der på landsplan kun er 5 selvstændige nyremedicinske afdelinger, hvoraf de 3 er de 3 universitetsafdelinger, der i dag varetager nyretransplantation.

Figur 2.1. Nyremedicinske afdelinger i DK

Hospital	Selvst. afd. m. transpl.	Selvst. afd. u. transpl.	Integreret i med. afd.	Satellitter
Rigshospitalet	■			Frederiksberg, Rønne
Herlev		■		Hvidovre
Hillerød			■	
Roskilde			■	Nykøbing F
Holbæk			■	Slagelse
Odense	■			Svendborg
Sønderborg			■	
Esbjerg			■	
Fredericia			■	
Holstebro			■	Herning
Skejby	■			Randers, Horsens
Viborg			■	
Aalborg		■		Hjørring

Det fremgår, at de 3 afdelinger i Region Hovedstaden tilhører hver sin kategori. Afdelingen på Rigshospitalet er en selvstændig afdeling

med transplantation (som i øvrigt også har ansvaret for 7 endokrinologiske senge). Afdelingen på Herlev og Gentofte Hospital er en selvstændig afdeling uden transplantation, mens nyremedicinen på Nordsjællands Hospital er integreret i en større kardiologisk-endokrinologisk-nefrologisk afdeling.

Det betyder også, at mens afdelingerne på Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital hovedsageligt modtager de nyremedicinske patienter direkte i afdelingen, så modtages patienterne på Nordsjællands Hospital via hospitalets akutmodtagelse.

Det er vurderingen, at Herlev og Gentofte Hospitals afdeling - efter afgivelsen af transplantationerne - er en relativt lille afdeling at drive som selvstændig afdeling på trods af, at det er den afdeling, der har den største dialyseaktivitet i landet. Denne problemstilling belyses nærmere i afsnittet om speciallægebemandingen.

Endelig er specialet kendetegnet ved en meget stor aktivitet i andre afdelinger i form af dialyseassistancer og tilsyn. Denne aktivitet varierer i forhold til hvilke specialer, der huses på de enkelte hospitaler, og er størst på Rigshospitalet og relativt begrænset på Nordsjællands Hospital. Gennemgangen har desværre også vist, at denne udadgående aktivitet (der ikke giver DRG-værdi) ikke altid er systematisk registreret.

Disse relativt fundamentale forskelle har helt naturligt vanskeliggjort nedenstående tværgående sammenligninger.

Dansk Nefrologisk Selskabs Landsregister viser nogle interessante forskelle i den måde, dialyseindsatsen er tilrettelagt på de enkelte nyremedicinske afdelinger.

Dialysen kan enten være tilrettelagt som center-dialyse, hvor patienten kommer i et center (ofte 3 gange ugentligt), og får dialysen foretaget der, eller som hjemmedialyse, hvor patienten selv varetager dialysen i eget hjem, og møder til kontrol på en nyremedicinsk afdeling typisk hver anden måned.

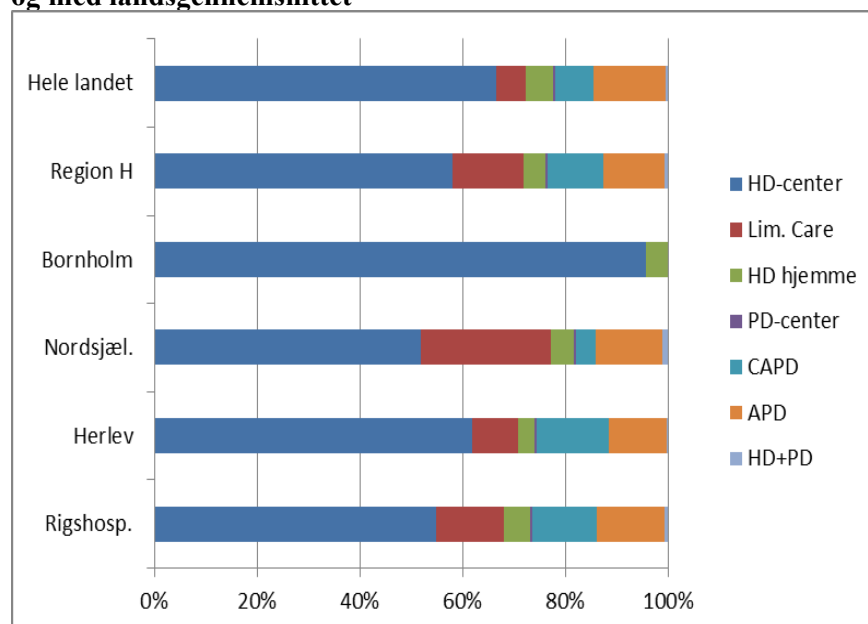
Hjemmedialysen er for patienten den mest hensigtsmæssige dialyseform og også den mest ressourceeffektive dialyseform set fra et økonomisk synspunkt. Dialyseudstyret kan imidlertid være meget pladskrævende, hvorfor hjemmedialyse også kan være organiseret som "self care", hvor dialysepatienten selv forestår dialysen, men på udstyr placeret på et hospital. Self care i sin rene form, hvor der ikke er personale tilknyttet, men hvor patienten selv låser sig ind og foretager dialysen, findes i Region Hovedstaden kun på Frederiksberg Hospital.

Hjemmedialysepatienter er fortrinsvis patienter, der modtager peritonealdialyse, der er en mindre indgribende dialyseform end

hæmodialyse¹. 21,5 % af landets dialysepatienter modtog ultimo 2014 peritonealdialyse i hjemmet. Hertil kommer et begrænset antal, der modtager hæmodialyse i hjemmet.

Stort set alle ambulante dialyser på landets dialysecentre er hæmodialyser, idet kun 7 patienter på landsplan ultimo 2014 modtog peritonealdialyse på et dialysecenter.

Figur 2.2. Dialyseindsatsen sammenlignet mellem afdelingerne og med landsgennemsnittet



Figur 2.2 viser, at antallet af dialysepatienter i hjemmedialyse i Region Hovedstaden svarer nogenlunde til landsgennemsnittet. Men på to områder er der tilsyneladende en signifikant forskel.

For det første er andelen af peritonealdialyser markant lavere på afdelingen på Nordsjællands Hospital end på de to øvrige afdelinger og også lavere end landsgennemsnittet. Der synes således at være et potentiale på Nordsjællands Hospital for at reducere omfanget af hæmodialyser i center-regi og tilsvarende øge antallet af hjemme-peritonealdialyser, hvilket vil være en fordel for patienterne og reducere udgifterne.

For det andet er andelen af hjemme-hæmodialyser en smule lavere i Region Hovedstaden end på landsplan. Men det skal sammenholdes med, at andelen af peritoneal-hjemmedialyser er højere, så den samlede andel af dialysepatienter, der er i hjemmedialyse i Region Hovedstaden, er på 27,6 % svarende til landsgennemsnittet på 27,4 %.

¹ Peritonealdialyse adskiller sig fra hæmodialyse ved, at blodet behandles uden at blive fjernet fra kroppen.

Dialysatet ledes i stedet ind i patientens bughule via et kateter, der er placeret i den nedre del af bughulen.

Når der ikke figurerer peritonealdialyser på Bornholms Hospital skyldes det, at patienter fra Bornholm i peritonealdialyse er tilknyttet Rigshospitalet.

Et andet område, hvor især afdelingen på Herlev og Gentofte Hospital adskiller sig fra de to øvrige afdelinger, er i anvendelsen af limited care. Limited care indebærer, at patienterne på dialysecentre varetager en større del af dialyseopgaven selv efter oplæring og med supervision af plejepersonalet.

Der er dog ingen entydig definition af, hvad limited care indebærer, og der synes at være væsentlig forskel mellem dialysecentre med hensyn til, hvad der forstås ved limited care.

Selvom Region Hovedstaden ligger på landsgennemsnittet med hensyn til brugen af hjemmedialyse, er det dog ikke ensbetydende med, at der ikke er et yderligere effektiviseringspotentiale i at øge omfanget af hjemmedialyse.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2006 en MTV-rapport², der konkluderede, at der var et potentiale for at øge andelen af patienter i hjemmedialyse fra de daværende ca. 30 % til 45 %.

MTV-rapporten kritiseres for, at være for optimistisk med hensyn til i hvilket omfang der er patientgrundlag til at øge anvendelsen af hjemmedialyse i det omfang, der lægges op til. Den gennemsnitlige alder for en dialysepatient ligger på ca. 70 år, og for en meget stor del af patienterne vil der ikke være noget reelt alternativ til centerdialyse. Det må også konstateres, at der på landsplan i de efterfølgende 10 år ikke er realiseret en forøgelse af andelen af dialysepatienter, der modtager hjemmedialyse (jf. figur 2.3).

Omvendt er der på landsplan mellem de enkelte dialysecentre en meget stor variation i den andel af patienterne, der modtager hjemmedialyse. En indikation på, at en målsætning om et niveau på 45 % i hjemmedialyse ikke er helt urealistisk fremgår således af tabel 2.1, der viser, at andelen af patienter i hjemmedialyse på f.eks. Roskilde og Viborg hospitaler har nået de 45 %. Det kan dog ikke afvises, at hospitaler med højt specialiserede funktioner og dermed det mest belastede klientel vil få vanskeligt ved at nå de 45 %.

² Sundhedsstyrelsen 2006: Dialyse ved kronisk nyresvigt – Kan antallet af patienter i udgående dialyse øges?

Tabel 2.1. Andelen af dialysepatienter i hjemmedialyse

	Dialyse patienter	Heraf i hj.dialyse	Andel i %
Rigshosp. + Rønne	327	97	30
Herlev	312	90	29
Hillerød	185	41	22
Roskilde	103	50	49
Holbæk	180	41	23
Nykøbing F	82	27	33
Odense	221	39	18
Sønderjylland	114	24	21
Esbjerg	114	46	40
Fredericia/Kolding	126	31	25
Holstebro	125	25	20
Skejby	285	79	28
Viborg	89	39	44
Aalborg	266	64	24
Hele landet	2529	693	27

En af forklaringerne på, at MTV-analysens anbefalinger ikke er realiseret er, at analysen forudsætter, at 10 % af de 45 % indhentes ved at konvertere centerdialyse til såkaldt assisteret dialyse, hvor den kommunale hjemmepleje assisterer patienten i eget hjem.

De nyremedicinske afdelinger ser gerne, at patienterne i højere grad tilbydes assisteret dialyse, og hospitalerne er i 2014 tilført midler til at udvikle assisteret dialyse i samarbejde med kommunerne.

Det har dog vist sig vanskeligt at etablere den type samarbejde mellem hospitalerne og den kommunale ældrepleje. Et af de problemer, der har vist sig, er, at volumen er så begrænset, at den kommunale hjemmepleje ikke opnår den fornødne rutine til at varetage opgaverne. Det har været en medvirkende årsag til, at et samarbejdsprojekt med Københavns Kommune om assisteret dialyse netop er opgivet.

Ønsker man derfor, at etablere assisteret dialyse i samarbejde med kommunerne, vil det være afgørende at sikre, at den assisterede dialyse varetages af et specialiseret personale, der kan opnå den fornødne rutine. En mulighed ville her være, at etablere en ordning med udadgående medarbejdere fra dialyseafsnittene. Der vil dog være praktiske problemstillinger forbundet med, at få tilrettelagt en sådan udadgående aktivitet på en økonomisk rationel måde.

Sundhedsstyrelsens MTV rapport beregnede den resulterende effektiviseringsgevinst på landsplan til 67 mio. kr., hvilket ville svare til godt 20 mio. kr. for Region Hovedstaden. Sundhedsstyrelsens beregninger er dog baseret på nogle relativt optimistiske

forudsætninger, bl.a. er beregningerne baseret på DRG-takster og forudsætter således, at der indhentes resulterende besparelser på tværgående afdelinger, administrationen, ledelseslag mv., dvs. besparelser, som kan være vanskelige at realisere i praksis.

Det er endvidere vurderingen efter en kontrolberegning, at der reelt ikke vil være et økonomisk effektiviseringspotentiale ved konvertering til assisteret dialyse, fordi den marginale besparelse, der kan hentes på dialyseafsnittene, opvejes af udgifterne til kommunernes hjemmepleje.

Det må således vurderes, at det langt fra er muligt, at realisere de effektiviseringsgevinster, som MTV-analysen lægger op til. Til gengæld skal det bemærkes, at en omlægning til hjemmedialyse (og til assisteret dialyse) vil give væsentligt forbedrede livsvilkår for de berørte patienter, der ikke behøver at transportere sig til et hospital 3 gange ugentligt. Hertil kommer, at patienternes nyresygdom i de fleste tilfælde vil blive bedre reguleret, fordi hjemmedialysen typisk foretages 5 gange ugentligt og dermed med mindre belastning af kroppen.

Der er således afgørende fordele ved en omlægning til hjemmedialyse og en sådan omlægning støttes af Nyreforeningen. Der er derfor god grund til, at der arbejdes videre med mulighederne for at øge andelen.

Ses der bort fra de 10 % assisteret dialyse indebærer MTV-rapporten anbefalinger en mere beskeden omlægning fra de nuværende knap 30 % til 35 % hjemmedialyse. MTV-rapporten forudsætter i den sammenhæng, at yderligere 5 % kan konverteres fra centerdialyse til self-care samt at omfanget af hjemmedialyse kan øges, og i afsnit 4.2 og 4.3 stilles forslag til øget anvendelse af self-care og konvertering til hjemmedialyse på Nordsjællands Hospital. Disse forslag vil dække en væsentlig del af effektiviseringspotentialet, som fremgår af MTV-rapporten.

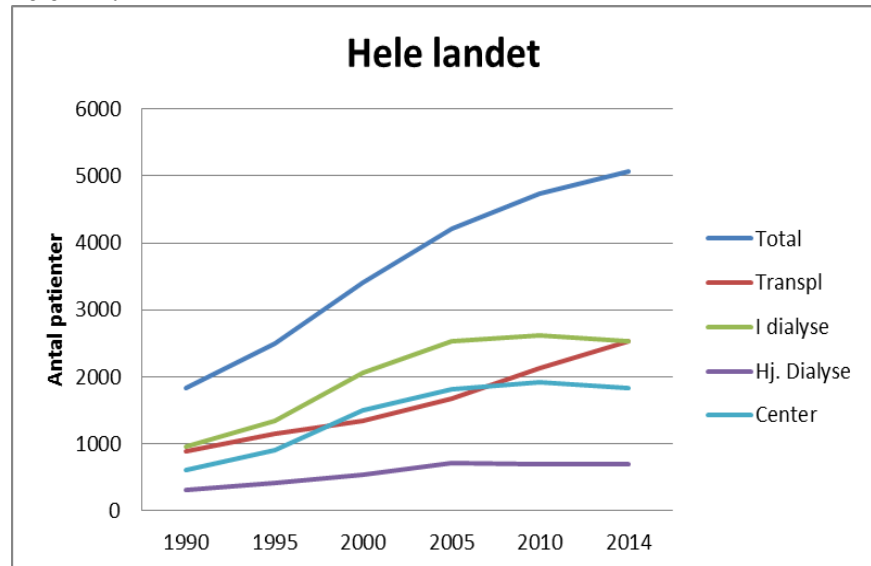
2.1 Dialysekapaciteten

Dialysekapaciteten har været under pres i Region Hovedstaden, og der hersker en vis usikkerhed om behovet for yderligere dialysekapacitet. Center for Økonomi er derfor i forbindelse med den sammenlignende analyse anmodet om, at se særskilt på dialysekapaciteten og behovet for yderligere dialysepladser.

Figur 2.3 baseret på data fra Dansk Nefrologisk Selskabs Landsregister viser, at det samlede antal patienter med nyresvigt og behov for enten transplantation eller dialyse har været stigende i Danmark. Antallet af transplantationer har dog ligeledes været stigende med det resultat, at antallet af patienter i dialyse har været stagnerende til svagt faldende over de seneste 10 år.

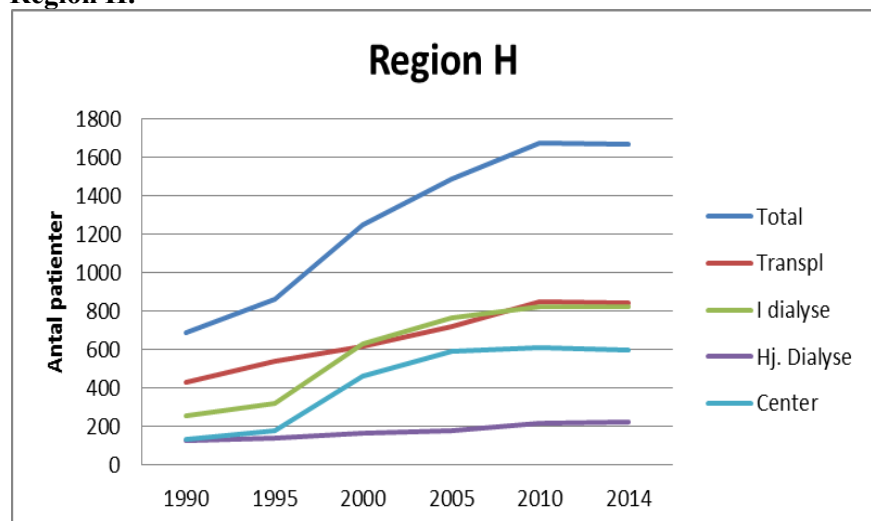
De patienter, som kræver flest ressourcer – både i form af plads på hospitalerne og i direkte omkostninger – er patienter i centerhæmodialyse. Også dette tal er stagneret de seneste 10 år (jf. den lyseblå linje i figur 2.3).

Figur 2.3. Patienter i aktiv behandling for nyresvigt (uræmi) i hele DK.



Udviklingen især efter 2010 ser lidt anderledes ud, når det gælder Region Hovedstaden. I modsætning til resten af landet er antallet af patienter i behandling for nyresvigt i Region Hovedstaden stagneret siden 2010 (den mørkeblå kurve på figur 2.4). Da antallet af transplantationer også er stagneret siden 2010, fører det til, at antallet af patienter i dialyse ligeledes stagnerer.

Figur 2.4 Patienter i aktiv behandling for nyresvigt (uræmi) i Region H.



Hvad angår patienter i dialyse viser situationen i Region Hovedstaden altså samme tendens som i resten af landet men på baggrund af en helt forskellig baggrundsudvikling.

Stagnationen i antallet af transplantationer i Region Hovedstaden har betydet, at hvor Region Hovedstaden tidligere lå højere end gennemsnittet med hensyn til transplantationer, så er forskellen udlignet, idet transplantationsprocenten på landsplan har nået niveauet i Region Hovedstaden på ca. 50 %.

De 50 % udgør dog ikke nødvendigvis et ”mætningspunkt”. Andelen af patienter, der er transplanteret, varierer fra 34,8 % i Region Sjælland til 59,7 % i Region Midt.

Det ligger uden for denne analyses scope at vurdere, hvorfor udviklingen i transplantationsprocenten er stagneret i Region Hovedstaden, og hvorfor donorsituationen i Østdanmark tilsyneladende afviger så markant fra situationen i Vestdanmark. Der er stor opmærksomhed på området, der løbende analyseres af Dansk Center for Organdonation.

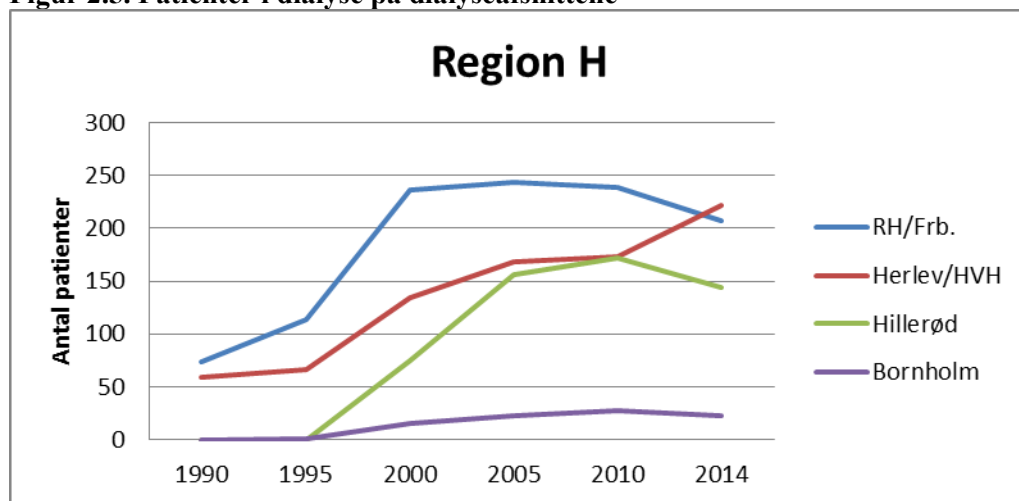
Det skal dog bemærkes, at antallet af transplanterede patienter i Region Sjælland siden 2010 er steget fra 65 til 195³ således at andelen af patienter, der er transplanteret, er vokset fra 14,5 % til 34,8 %. Samlet for Østdanmark er der således fortsat en stigning i antallet af transplanterede om end ikke i samme omfang som i Vestdanmark, idet antallet af transplanterede i Vestdanmark i perioden 2010-2014 er steget med 23,9 %, mens den tilsvarende stigning i Østdanmark er på 13,9 %.

På trods af den lidt særegne udvikling i Region Hovedstaden er antallet af patienter i dialyse dog overraskende stabilt. Tallet toppede i 2011, hvor 839 var i dialyse ultimo året, og ved udgangen af 2014 var tallet 824 patienter.

Udviklingen varierer mere, når man ser på de enkelte dialyseafdelinger med tilhørende satellitter (Rigshospitalet, satellit på Frederiksberg Hospital, Herlev og Gentofte Hospital, satellit på Hvidovre Hospital, Nordsjælland Hospital og Bornholms Hospital). Der ses her (Figur 3) et fald i antallet af patienter på Rigshospitalet/Frederiksberg og Nordsjælland Hospital og en tilsvarende stigning på Herlev/Hvidovre Hospitaler, som skyldes etableringen af satellitten på Hvidovre Hospital i 2013.

³ En del af disse patienter kan være transplanteret på Odense Universitetshospital i forbindelse med Region Sjællands samarbejde med Region Syddanmark.

Figur 2.5. Patienter i dialyse på dialyseafsnittene



Ovenstående figur viser, at der tilsyneladende er en vis kapacitet til rådighed, hvis aktiviteten på Rigshospitalet/Frederiksberg og Nordsjælland blev ført tilbage til situationen før etableringen af satelitten på Hvidovre Hospital. Denne ”reservekapacitet” svarer til, at yderligere 57 patienter (svarende til 7 %) kunne modtage dialyse på disse dialyseafsnit.

En anden måde at se på den potentielle ledige kapacitet er at vurdere den faktiske udnyttelse i forhold til den teoretiske kapacitet.

Et dialyseafsnit drives året rundt således, at der på hver dialyseplads kan udføres 2 dialyser dagligt - typisk én i dagvagten og én i aftenvagten. I weekenderne udføres typisk én i dagvagten lørdag og én i aftenvagten søndag. Det betyder at den teoretiske udnyttelse er 12 dialyser om ugen eller 624 dialyser om året.

Tabel 2.2. Dialysekapacitet i Region Hovedstaden

Afsnit	Antal dialysestationer
RH	
Afsnit 8601 (hæmodialyse og hæmodiafiltration)	28
Afsnit 2133 (hæmodialyse)	12
Frederiksberg – hæmodialysen/center dialysen	21
Frederiksberg – limited care og self care	23
I alt på RH	84
HGH	
Limited care (Går under lc i fremmødeprofilen)	12
Øvrig afdeling	36
Dialysesatelitten på Hvidovre Hospital	18
I alt på HGH	66
NOH	
Afsnit 921 - primært limited care	18
Afsnit 0851 - 20+1 stationer (1 plads i konferencelokale)	21
I alt NOH	39
Bornholm	12
Total	201

Region Hovedstaden råder over 201 dialysepladser (jf. tabel 2.2). Ses der bort fra pladserne på Bornholm og self-care pladserne på

Frederiksberg Hospital er tallet 182 dialysepladser svarende til en teoretisk kapacitet på 113.568 dialyser årligt.

Antallet af dialyser er 93.618 (eksklusiv assistancer, der kun på Rigshospitalet varetages i et dialyseafsnit), når første halvår 2015 omregnes til helårsniveau. Svarende til en udnyttelse af den teoretiske kapacitet på 82 % (jf. Tabel 2.3)

Tabel 2.3. Beregning af teoretisk reservekapacitet på dialyseafsnit

Hospital	Dialyseafsnit	Pladser	Teoretisk kapacitet	Udnyttet kapacitet	Reserve kapacitet
NOH	851	21	13104	11507	1597
	921	18	11232	10198	1034
HGH	Herlev	48	29952	24753	5199
	Hvidovre	18	11232	9837	1395
RH	RH Akut	12	7488	2819	4669
	RH Hæmo	28	17472	16148	1324
	Frb Hæmo	21	13104	10608	2496
	Frb Lim.care	16	9984	7748	2236
Total		182	113568	93618	19950

Den faktiske udnyttelse varierer fra 516 dialyser pr. plads på Herlevs dialyseafsnit til 577 dialyser på Rigshospitalets hæmo-dialyseafsnit. På akutafsnittet på Rigshospitalet er udnyttelsesgraden mindre på grund af det store antal assistancer, der udføres på afsnittet.

Det er dog ikke muligt at udnytte den teoretiske kapacitet fuldt ud, dels fordi der især på Rigshospitalets akuafsnit er behov for et ”beredskab” af ledig dialysekapacitet, dels fordi den løbende udskiftning af patienterne næppe giver mulighed for at udnytte kapaciteten 100 %.

Den teoretiske kapacitet kan udvides på to måder uden at udvide antallet af pladser - enten ved at udvide åbningstiden eller ved at øge antallet af dialyser pr. plads ved uændret åbningstid.

I ovenstående beregning af den teoretiske kapacitet er det allerede forudsat, at de pladser på Frederiksberg, der kun er åbne 3 eftermiddage om ugen, åbnes fuldt ud.

Hvis der opstår et pludseligt behov for at øge dialysekapaciteten vil det desuden være muligt, midlertidigt at åbne alle elektive dialysepladser lørdag eftermiddag og søndag formiddag. Det vil indebære en udnyttet reservekapacitet på 16,7 %. Konsekvensen heraf vil dog være, at størstedelen af de patienter, der i dag kun modtager dialyse på hverdage, vil skulle dialyseres enten lørdag eller søndag.

En anden mulighed vil være, at øge antallet af dialyser pr. dialyseplads. Det vil ikke blot øge dialysekapaciteten, men også indebære en effektiviseringsgevinst. Derfor anbefales det nedenfor under effektiviseringsforslagene, at der iværksættes et leanprojekt på et af dialyseafsnittene med henblik på at undersøge mulighederne for at samle de korte dialyser på dialysepladser, hvor der udføres 3 dialyser dagligt.

Endeligt viste gennemgangen ovenfor, at der ser ud til at være et yderligere potentiale for at øge andelen af hjemmedialyse, både peritonealdialyse (især på Nordsjællands Hospital) og hæmodialyse. Hertil kommer muligheden for at indgå aftale med kommunerne om assisteret dialyse i patientens hjem. Sådanne tiltag vil også kunne frigive dialysepladser på dialysecentre.

Samlet må det konkluderes, at under forudsætning af, at de seneste 10 års stagnation i antallet af centerdialyser fortsætter, vil der ikke umiddelbart være behov for at etablere yderligere dialysepladser.

Situationen kan dog ændre sig, hvis antallet af patienter med nyresvigt stiger, eller andelen, der transplanteres, falder. I så tilfælde er der i dag en vis reservekapacitet, bl.a. fordi antallet af dialysepatienter ikke er steget efter etableringen af dialyseenheden på Hvidovre Hospital. Denne reservekapacitet kan, hvis det bliver nødvendigt, yderligere øges ved at åbne dialyseafsnittene lørdag eftermiddag og søndag formiddag - eller ved at øge antallet af daglige dialyser pr. dialyseplads.

Det må således anbefales, at der ikke på nuværende tidspunkt planlægges etableret yderligere pladser, men at udviklingen i centerdialyser følges.

Det må samtidigt anbefales, at den geografiske placering af dialysepladserne analyseres, når der omkring 2022-24 skal findes en erstatningsplacering for pladserne på Frederiksberg Hospital.

I den sammenhæng bør det også vurderes, om princippet om, at dialysepladser kun etableres på hospitaler med intern medicinsk backup, skal fastholdes.

Ifølge Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for intern medicin: nefrologi kan dialyse, herunder hæmodialyse, kun gennemføres i dialyseenheder, hvor der er etableret et internt medicinsk vagtberedskab, hvis opgave er at tilse patienter med akutte komplikationer, såsom kredsløbskollaps, åndenød eller større blødninger. I lyset af, at Sundhedsstyrelsens MTV-rapport vurderer, at 45 % af dialysepatienterne kan modtage forskellige former for hjemmedialyse, forekommer kravet ikke umiddelbart velbegrunder, og Nyreforeningen vil stille forslag til Sundhedsstyrelsen om, at

kravet om intern medicinsk vagtberedskab i forbindelse med dialyseafsnit opgives.

Nyreforeningen driver i dag et ferie-dialysetilbud i Skallerup Klit med 3-4 pladser, der varetages af en sygeplejerske med alene telefonisk opbakning fra Aalborg Universitetssygehus. Her er dog tale om et ”lettere” klientel, som ikke umiddelbart kan sammenlignes med gennemsnitsklientellet på et dialyseafsnit.

Der vurderes dog at være store fordele for patienterne ved at etablere dialysepladser i regionale eller kommunale sundhedshuse med opbakning fra hospitaler og akutlægebilerne. Og det vil også reducere transportudgifterne for regionen. Det anbefales derfor, at det analyseres, om en sådan placering kan ske fagligt og økonomisk forsvarligt, før der træffes beslutning om den geografiske placering af de genetablerede dialysepladser.

Endelig bør det også overvejes i forbindelse med genetablering af dialysepladserne, om der skal gøres et nyt forsøg på at indgå aftale med kommunerne om assisteret dialyse. Ifølge MTV-rapporten vil 10 % af pladserne svarende til ca. 20 dialysepladser i givet fald kunne konverteres til assisteret dialyse i patientens hjem. I givet fald vil det være afgørende at sikre, at den assisterede analyse varetages af et specialiseret personale, der kan opnå den fornødne rutine eventuelt i form af udadgående medarbejdere fra dialyseafsnittene.

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

Dansk Nefrologisk Selskabs Landsregister udgiver årligt en oversigt på afdelingsniveau af 6 udvalgte indikatorer. 2 af disse vedrører alene transplantationer og kan derfor ikke sammenlignes på tværs af de 3 afdelinger. Én indikator vedrører tidlig henvisning til nyremedicinsk behandling og vedrører derfor i høj grad de praktiserende læger.

De 3 tilbageværende indikatorer vedrører:

- Indikator 1: Andel af patienter med planlagt dialyseopstart
 Indikator 3: Ujusteret årlig mortalitetsrate - hæmodialyse og peritonealdialyse under ét
 Indikator 6: Ujusteret årlig peritonitis (bughindebetændelse) rate for patienter i peritonealdialyseforløb

Tabel 3.1: Opfyldelse af kvalitetsindikatorer i % 2014.

	Indikator 1	Indikator 3	Indikator 6
Rigshospitalet	63	15	32
Herlev og Gentofte Hosp.	49	21	35
Nordsjællands Hospital	61	17	33

Patientgrundlaget er ikke tilstrækkeligt stort til, at variationerne er statistiske signifikante.

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 3.2 Trivsel OP 2014

	Rigshospitalet	Nordsjælland	Herlev
Tid til jobbet	43,2	40,1	44,9
Faglig kvalitet	66,8	60,1	62,6
Generel tilfredsh	68,2	64,0	65,5

Der ses en tendens til, at personaletilfredsheden på afdelingen på Nordsjællands Hospital er en smule lavere end på de to øvrige hospitaler om end den generelle tilfredshed er på næsten samme niveau som på Herlev og Gentofte Hospital.

I den sammenhæng skal det bemærkes, at afdelingen på Nordsjællands Hospital er en bred medicinsk afdeling med

kardiologi, endokrinologi og nefrologi, mens de to øvrige afdelinger er nefrologiske specialafdelinger.

Det vurderes, at de brede medicinske afdelinger ikke opleves som specielt attraktive, og at personaletilfredsheden derfor generelt er lavere på den type afdelinger. Personaletilfredsheden på afdelingen på Nordsjællands Hospital vil blive sammenholdt med tilsvarende brede medicinske afdelinger i forbindelse med benchmark-analysen af de intern medicinske specialer.

3.3. Patienttilfredshed

Med henblik på at vurdere patienttilfredsheden, er der indhentet tal fra den seneste landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse fra 2014. Tallene udtrykker patienternes overordnede tilfredshed⁴ med henholdsvis ambulante forløb og akutte indlæggelser.

Tabel 3.3: Patienttilfredshed 2014, nyremedicinske afdelinger

	Rigshospitalet	Nordsjælland	Herlev
Akut indlagte	3,85	3,83	3,88
Ambulante	4,30	4,25	4,24

Det fremgår, at patienttilfredsheden kun varierer marginalt mellem de tre afdelinger.

⁴ Det drejer sig om spørgsmål 39 for akut 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".

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 fremmødeplaner. Aktivitetsniveauerne er, såfremt andet ikke fremgår, tal fra 1. halvår 2015.

4.1 Sengeafsnit

Rigshospitalet har 2 sengeafsnit, hvoraf det ene er normeret til 21 senge og er forbeholdt transplantationspatienter, mens det andet er normeret til 24 senge fordelt på 7 endokrinologiske senge og 17 nyremedicinske senge.

Herlev og Gentofte Hospital har et sengeafsnit normeret til 22 senge forbeholdt nyremedicinske patienter.

Nordsjællands Hospitals kardiologisk, endokrinologisk og nefrologiske afdeling har 3 sengeafsnit, hvor de nyremedicinske patienter er samlet på et sengeafsnit på Hillerød-matriklen med 21 senge, hvoraf ca. 15 senge estimeres at være belagt med nyremedicinske patienter⁵.

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

På Nordsjællands Hospital er der til sengeafsnittet knyttet 0,92 fysioterapeut, som varetager opgaver, der på sengeafsnit på andre hospitaler ville være varetaget dels af plejepersonalet dels af centralt ansatte fysioterapeuter. Efter aftale med afdelingen indgår stillingen derfor i plejebemandingen med 50 %.

På Herlev og Gentofte Hospital varetages madserveringen af personale fra hospitalets serviceafdeling, mens den på de to andre hospitaler varetages af plejepersonalet. For at kompensere for den forskel er plejepersonalet på Herlev og Gentofte Hospital tillagt 0,5 årsværk.

På Rigshospitalet er plejebemandingen fratrukket 1,0 sygeplejesekretær, der i stedet er tillagt lægesekretærområdet.

Plejebemandingen er herefter tillagt udgiften til eksterne vikarer (primært FADL-vagter til faste vagter) for at kompensere for

⁵ Niveaulet er estimeret ved at forudsætte samme fordeling mellem de centrale nyremedicinske diagnoser (DRG-gruppe 1128-1131) og øvrige diagnoser som på Herlev og Gentofte Hospital.

eventuelle forskelle i, i hvilket omfang afdelingerne supplerer plejebemandingen med faste vagter. Udgiften til eksterne vikarer er omregnet til årsværk ved anvendelse af gennemsnitslønniveauet for plejepersonalet på det enkelte afsnit.

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

Tabel 4.1: Plejenormer sengeafsnit.

	Nettobemanning	Justering	Vikarer	Justeret bem.	Belagte senge	Plejenorm
NOH	27,60	0,65	2,05	30,30	23,2	1,30
Herlev	28,72	0,73	0,82	30,27	21,8	1,39
RH ⁶	32,83	0,19	1,72	34,74	21,9	1,59
RH transpl.	32,20	0,18	0,45	32,83	18,2	1,80

Det fremgår af tabellen, at plejenormen varierer ganske meget. Hvorvidt plejenormerne direkte kan sammenlignes, vil afhænge af, om patienternes plejetyngde er nogenlunde ensartet.

Her er Rigshospitalets transplantationsafsnit kendetegnet ved, at patientgrundlaget er væsentligt forskelligt fra de øvrige sengeafsnit. Plejenormen på 1,80 vurderes som høj, men i mangel af et relevant sammenligningsgrundlag er det i analysen valgt ikke at pege på effektiviseringsmuligheder på afsnittet.

Plejenormen er lavest på sengeafsnittet på Nordsjællands Hospital, men dette sengeafsnit er kendetegnet ved, at de akutte patienter ikke kommer direkte i afsnittet, men indlægges via akutmodtagelsen. Samtidig har afsnittet en andel af intern medicinske patienter. Det vurderes derfor, at patienttyngden er lavere på dette afsnit end på de to øvrige afsnit, hvor specialepatienterne indlægges direkte i afsnittet.

Derimod er der grund til at se på, om der er så afgørende forskel på patienttyngden på sengeafsnittet på Herlev og Gentofte Hospital og det kombinerede nefrologiske-endokrinologiske sengeafsnit 3823 på Rigshospitalet, at det kan betinge den konstaterede forskel i plejenorm.

Tabel 4.2 viser således, at de to sengeafsnit har samme bemanning pr. belagt seng i nattevagten på hverdage og i aften- og nattevagten i weekenden, mens forskellen især ligger i, at Rigshospitalets afdeling har valgt at bemande sengeafsnittet med i gennemsnit 12

⁶ Rigshospitalet har til brug for analysen udarbejdet en særskilt plejenormering for de 17 nyremedicinske senge (15,7 belagte senge). Den resulterende plejenorm er på 1,68 og altså højere, end hvis afsnittet ses i sin helhed. Det er derfor valgt at anvende plejenormen for det samlede afsnit.

medarbejdere i dagvagten på hverdage⁷, mens afsnittet på Herlev og Gentofte Hospital kun har 9 medarbejdere i dagvagt til samme antal belagte senge.

Tabel 4.2 Belagte senge pr. plejepersonale

Hverdage	Dagvagt	Aftenvagt	Nattevagt
HGH	2,4	5,5	7,3
RH	1,8	4,4	7,3
Weekend	Dagvagt	Aftenvagt	Nattevagt
HGH	3,6	5,5	10,9
RH	3,4	5,5	11,0

De ekstra ressourcer, der anvendes på afsnittet på Rigshospitalet anvendes således i høj grad på hverdage i dagtiden, hvor bemanningen i forvejen er relativ høj. En så høj bemanning i dagtiden sammenholdt med en relativ lav bemanning om natten ses sjældent på sammenlignelige sengeafsnit.

Der foreslås en tilpasning af plejebemanningen på afsnit 3823 på Rigshospitalet til niveauet på Herlev og Gentofte Hospital. Herved kan hentes en effektiviseringsgevinst på 4,3 årsværk svarende til 1,7 mio. kr.

Med henblik på at vurdere effektiviseringspotentialer ved en reduktion af liggetiderne, er liggetiderne (eksklusiv 1-døgnsindlæggelser)⁸ sammenlignet for de vigtigste DRG-grupper.

Nedenstående 7 DRG-grupper udgør for Herlev og Gentofte Hospital 66 % af indlæggelserne, men noget mindre på Rigshospitalet, der har specialpatienter herunder transplantationspatienter, og på Nordsjællands Hospital, hvor afdelingen er en bred intern medicinsk afdeling.

Tabel 4.3: Liggetider for udvalgte DRG-grupper

DRG-gruppe	RH	HEH	NOH
412 Med. sygd. I åndedrætsorg. m. dialyse	11,1	9,1	7,5
1128 Akutte med. nyresygd. m. dialyse/plasmaf.	17,1	16,4	12,2
1129 Andre med. nyresygd. m. dialyse/plasmaf.	7,3	7,3	10,9
1130 Akutte med. nyresygd. u. dialyse/plasmaf.	7,2	7,7	6,9
1131 Andre med. nyresygd. u. dialyse/plasmaf.	8	7,2	7,3
1137 Infektioner i nyrer og urinveje	5,6	7,6	5,6
1802 Infektions/parasitære sygd. m. dialyse	14,1	15	11,5

⁷ Bemanningen i dagvagt er inklusiv assisterende afdelingssygeplejerske, klinisk vejleder og

udviklingssygeplejerske men eksklusiv afdelingssygeplejerske. Der er forudsat samme belægning alle ugens dage, mens der reelt vil være færre patienter i weekenden. Det vurderes dog at være rimeligt at forudsætte en ensartet variation i belægningen over ugen på de to sengeafsnit.

⁸ 1-døgnsindlæggelser er udeladt, fordi praksis med hensyn til, hvornår en patient registreres som indlagt, kan variere. Korte liggetider kan derfor være et udtryk for mange korte 1-døgnsindlæggelser frem for effektive indlæggelsesforløb.

Tabel 4.3 viser ikke afgørende forskelle i liggetider for de udvalgte DRG-grupper. Nordsjællands Hospital har kortere liggetider for DRG-gruppe 412 og 1802, men for begge DRG-grupper gælder, at der er tale om ganske få patienter i forhold til de to øvrige afdelinger, og at forskellen kan skyldes, at de ”tungeste” patienter viderevisiteres.

Nordsjællands Hospital har også kortere liggetider for DRG-gruppe 1128 Akutte medicinske nyresygdomme med dialyse eller plasmaferese. Årsagen hertil synes dog at være, at Nordsjællands Hospital tilsyneladende i 2015 har en mere bred definition end de to øvrige afdelinger af, hvornår en patient er akut (og dermed indbringer en højere DRG-værdi). I første halvår 2013 og 2014 havde afdelingen liggetider på 16,4 dage hhv. 22,0 dage.

Herlev og Gentofte Hospital har længere liggetider i DRG-gruppe 1137 Infektioner i nyrer og urinveje. Her er dog tale om en meget bred gruppe patienter, der også vil være indlagt på brede medicinske afdelinger. Forskelle i liggetider kan derfor afspejle forskelle i visiteringen af disse patienter mere end forskelle i effektivitet.

Det eneste sted, hvor der ses en væsentlig afvigelse, der ikke umiddelbart kan forklares, er de lange liggetider i DRG-gruppe 1129 på Nordsjællands Hospital, hvor patienterne i gennemsnit ligger 3,6 dage længere end på de to øvrige afdelinger. Der er dog tale om relativt få patienter, hvorfor en reduktion til niveauet på de øvrige afdelinger kun vil resultere i en marginal reduktion med ca. 0,6 belagt seng.

Liggetiderne er også sammenlignet med de gennemsnitlige liggetider på landsplan og med undtagelse af ovennævnte problemstilling på Nordsjællands Hospital ligger liggetiderne på eller under landsgennemsnittet.

4.2 Dialyseafsnit

I sammenligningen af dialyseafsnittene er der taget udgangspunkt i de egentlige dialyseafsnit, mens hjemmedialyseafsnittene er analyseret særskilt.

Indledningsvis er der set på dialyseafsnittenes åbningstider og personalets mødetider. Tabel 4.4 viser, at på trods af en ensartet tilrettelæggelse af opgaven, hvor udgangspunktet er, at der på hver elektiv dialyseplads varetages én dialyse i dagvagten og én dialyse i aftenvagten, så varierer mødetider og åbningstider ganske meget mellem afsnittene.

Table 4.4 Mødetider og åbningstider på dialyseafsnit.

		Dagvagt		Aftenvagt		Timer	Åbningst.	Mulig reduktion	
		Ind	Ud	Ind	ud			Timer	Årsværk
NOH	851	7.45	14.30	14.30	21.00	13.15	13.15		
	921	7.45	14.30	14.30	21.00	13.15	13.15		
HEH	BDIA	7.30	14.30	14.30	21.00	13.30	13.30	55,0	1,8
	HEH limited	8.00	15.00	15.00	21.00	13.00	13.00	6,4	0,2
	HVH	7.30	15.00	14.30	22.00	15.00	14.30	57,5	1,8
RH	Akut	7.30	15.15	15.00	22.30	15.15	15.00	52,5	1,7
	RH hæmo	7.30	14.30	14.00	21.00	14.00	13.30	65,1	2,1
	Frb hæmo	8.00	15.00	14.30	21.30	14.00	13.30	45,6	1,5
	Frb limited	8.00	15.00	14.30	21.30	14.00	13.30	13,4	0,4
Total								295,5	9,5

Forudsættes det, at personalets mødetider og vagtlængder tilpasses niveauet på Nordsjællands Hospital, hvor der er personale til stede i sammenlagt 13 timer og et kvarter hver dag og uden overlap mellem vagterne, viser tabellen, at der sammenlagt kan hentes en effektiviseringsgevinst på 295,5 ugentlige timer eller 9,5 årsværk.

Det er i ovenstående beregning forudsat, at der på Herlev og Gentofte Hospital og Rigshospitalet fortsat vil være 4 medarbejdere hvert sted på vagt i tidsrummet fra 21.00 til henholdsvis 22.00 og 22.30 til varetagelse af de akutte opgaver.

Herefter er der foretaget en analyse af bemanningen på dialyseafsnittene i forhold til antallet af dialysebesøg. Da dialysebesøgene på Herlev og Gentofte Hospitals afsnit BDIA ikke er opdelt på limited care og øvrige besøg, er afsnittet behandlet under et.

Dialyseafsnittenes bemanning er på samme måde som sengeafsnittenes bemanning beregnet ved at tage udgangspunkt i nettonormeringerne, som de fremgår af afsnittenes fremmødeplaner. Hertil er lagt en forholdsmæssig andel af de sygeplejeårsværk (plejestab), der ikke i fremmødeplanerne er tillagt et bestemt afsnit. Ledende oversygeplejersker holdes uden for beregningerne.

Den herved fremkomne justerede normering er herefter fratrukket ovennævnte foreslåede besparelse på 9,5 årsværk. Den resulterende normering efter besparelsen er sat i forhold til antallet af dialysebesøg.

Antallet af dialysebesøg er beregnet som aktiviteten i første halvår 2015 omregnet til helårsaktivitet. De registrerede assistancer er tillagt de 3 akutafsnit (851, BDIA og Akut).

Table 4.5 Aktivitet pr. medarbejder i dialyseafsnittene.

		Netto-norm.	Justeret norm.	Efter besp.	Dialyse Besøg	Besøg/medarb.	Forslag	Mulig gevinst
NOH	851	22,71	22,86	22,86	12358	541	541	0,0
	921	17,04	17,15	17,15	10198	594	636	-1,1
HEH	BDIA	48,64	49,02	47,02	26564	565	565	0,0
	HVH	17,12	17,25	15,45	9837	636	636	0,0
RH	Akut	25,47	25,62	23,92	6824	285	285	0,0
	RH hæmo	34,54	34,74	32,64	16148	495	636	-7,2
	Frb hæmo	25,43	25,58	24,08	10608	441	636	-7,4
	Frb limited	8,9	8,95	8,55	7748	906	906	0,0
Total		199,85	201,18	191,68	100284			-15,8

Af tabel 4.5 fremgår, at aktiviteten varierer mellem 285 og 906 besøg pr. medarbejder på de enkelte dialyseafsnit.⁹

De 285 besøg vedrører det akutte dialyseafsnit på Rigshospitalet, der kun varetager akutte dialyser. Afsnittet skal derfor have et vist beredskab for at kunne varetage den akutte aktivitet i spidsbelastningssituationer. Afsnittet varetager endvidere dialyse af børn, plasmafereser og immunoabsorption – opgaver, der ikke varetages af de øvrige dialyseafsnit.

De 285 besøg indebærer dog, at en medarbejder med gennemsnitligt 220 arbejdsdage kun varetager i størrelsesordenen 1,2 besøg pr. dag. Det forekommer ikke at være et højt niveau. De to øvrige afsnit med akut aktivitet BDIA på Herlev og Gentofte Hospital og afsnit 851 på Nordsjællands hospital har ud over den akutte aktivitet også en væsentlig elektiv aktivitet, hvorfor aktivitetsniveauet ikke kan sammenlignes med niveauet på akutafsnittet på Rigshospitalet.

Da det ikke er muligt at benchmarke med sammenlignelige afsnit, er det vanskeligt at sige, hvad aktivitetsniveauet på det akutte afsnit på Rigshospitalet burde være. Det foreslås, at Rigshospitalet selv analyserer aktiviteten på afsnittet.

For de to øvrige akutte dialyseafsnit foreslås ikke ændringer i bemanningen. Afsnit BDIA på Herlev og Gentofte Hospital har lidt flere besøg pr. medarbejder end afsnit 851 på Nordsjællands Hospital, men forskellen skyldes bl.a., at der i aktiviteten på BDIA-afsnittet indgår 12 limited care pladser.

For de resterende afsnit (ekskl. limited care afsnittet på Frederiksberg Hospital) foreslås det, at bemandsningsniveauet tilpasses antallet af besøg pr. medarbejder på Herlev og Gentofte Hospitals dialyse-

⁹ Aktiviteten vedrører alene dialyser varetaget i dialyseafsnittene. I et vist omfang vil dialyseafsnit med akutfunktioner varetage dialyser uden for dialyseafsnittet. Derfor er det forudsat, at dialyseafsnit med akutfunktion ikke kan have samme produktivitet som de øvrige dialyseafsnit. Dialyser i dialyseafsnittene på dialysepatienter, der er midlertidigt indlagt, indgår ikke i registreringerne. Det forudsættes at omfanget er ensartet på tværs af dialyseafsnittene.

satellit på Hvidovre Hospital, der har 636 besøg pr. medarbejder. Det vil medføre en reduktion i bemanningen på 1,1 medarbejder på afsnit 921 på Nordsjællands Hospital og henholdsvis 7,2 og 7,4 medarbejdere på de to dialyseafsnit på Rigshospitalet.

En reduktion på godt 7 medarbejdere vil indebære, at der reduceres med 2,5 – 3 medarbejdere i hvert skift. Det kan forekomme af meget. Derfor er det nedenfor i tabel 4.6 illustreret, hvor mange medarbejdere¹⁰, der er i dagvagt på hverdage på hvert dialyseafsnit, og hvor mange dialysepladser hver af disse medarbejdere passer i gennemsnit.

Når der ses bort fra akutafsnittene ligger antallet af pladser pr. medarbejder mellem 2,73 og 2,93 med undtagelse af de 2 afsnit på Rigshospitalet. Reduceres bemanningen i dagvagten på disse to afsnit med 3 medarbejdere, vil antallet af pladser pr. medarbejder stige til 2,59 og 2,33, dvs. at afsnittene fortsat vil have en bemanning pr. plads, der ligger lavere end sammenlignelige afsnit.

Tabel 4.6: Medarbejdere i dagvagt pr. dialyseplads

		Medarb Dagvagt	Dialyse pladser	Plads pr medarb
NOH	851	8,4	21	2,50
	921	6,4	18	2,81
	Total	14,8	39	2,64
HEH	BDIA	15,3	36	2,35
	Limited	4,1	12	2,93
	HVH	6,6	18	2,73
	Total	26	66	2,54
RH	Akut	8,8	12	1,36
	RH hæmo	13,8	28	2,03
	Frb hæmo	12	21	1,75
	Frb limited	5,6	16	2,86
	Total	40,2	77	1,92
Total		81	182	2,25

Det skal bemærkes, at afsnit 921 på Nordsjællands Hospital ligger på samme niveau som satellitten på Hvidovre Hospital i ovenstående oversigt. Når det alligevel fastholdes at hente en reduktion på 1,1 årsværk, skyldes det, at der er forskel i aftenvagten og lørdag-søndag, hvor der er 6 medarbejdere i vagt på afsnit 921 og kun 5 medarbejdere på Hvidovre-satellitten.

¹⁰ Antallet indeholder alle medarbejdere, dvs. inklusive afdelingssygeplejersker, assisterende afdelingssygeplejersker, udviklingssygeplejersker mv. Medarbejdere, der ikke indgår i vagten, er indregnet med vægten 0,8.

Det er samtidig interessant at se, at der ikke synes at være afgørende forskel på bemanningen pr. plads på limited care afsnittet på Frederiksberg Hospital og de øvrige afsnit. Når afsnittet alligevel har væsentligt flere besøg pr. medarbejder, skyldes det derfor, at pladserne udnyttes bedre.

Mulighederne for at reducere bemanningen som foreslået kan være afhængig af de fysiske rammer, idet der skal være mulighed for en adækvat overvågning. Det indgår ikke i analysen at gennemføre en detaljeret gennemgang af de fysiske rammer, men henset til, hvor store personaleressourcer, der er bundet til opgaven kunne det overvejes at optimere de fysiske rammer, hvor det er relevant, samt eventuelt kombinere med elektronisk overvågning.

Kun Rigshospitalet tilbyder dialyse som self-care, hvor patienten selv lukker sig ind, og selv står for hele dialysen, og dermed har mulighed for at gennemføre dialysen på alle tider af døgnet, når det passer patienten.

Ifølge Sundhedsstyrelsens MTV-rapport er potentialet for self-care i størrelsesordenen 5 % af patienterne. Det vil svare til 16 patienter og 4 dialysepladser på Herlev og Gentofte Hospital og 9 patienter og 2 dialysepladser på Nordsjællands Hospital.

Det foreslås, at der i lighed med Rigshospitalet etableres self-care afsnit på Herlev og Gentofte Hospital og Nordsjællands Hospital, og at disse afsnit erstatter 4 hhv. 2 ordinære dialysepladser. Driftsbesparselsen kan estimeres til 2,5 årsværk svarende til 1,0 mio. kr. på Herlev og Gentofte Hospital og 1,3 årsværk svarende til 0,5 mio. kr. på Nordsjællands Hospital.

Self care vil primært være relevant for de allermindst belastede patienter i hæmo-dialyse, mens patienter i peritonealdialyse normalt vil være kandidater til hjemmedialyse. Der kan derfor være usikkerhed om det potentielle patientgrundlag for øget anvendelse af self care især på dialysecentre med et stort antal hjemme-hæmodialyser.

På landsplan er andelen af hjemme-hæmodialysepatienter ca. 5 % af alle dialysepatienter, men der er afdelinger som f.eks. på Aalborg Universitetshospital, hvor andelen er 11 %. Den nyremedicinske afdeling på Herlev og Gentofte Hospital har med en andel på 3 % den laveste andel af hjemme-hæmodialyser i regionen, hvorfor det kan overvejes i første omgang at afprøve en etablering af et self-care afsnit på Herlev og Gentofte Hospital.

Self-care vil formentligt kræve lidt flere dialysepladser end den organiserede dialyse i dialyseafsnittene, herudover vil der være investeringer i særskilt lokale, låsesystem mv.

Det er et ønske fra Nyreforeningen, at Region Hovedstaden kan tilbyde gæstedialyse, så nyrepatienter fra provinsen har mulighed for at opholde sig i mere end et døgn i København.

Afdelingerne tilbyder allerede i et vist omfang gæstedialyse, når der er ledigkapacitet på dialyseafsnittene, men der er også tilfælde, hvor gæstedialyse afvises på grund af kapacitetsproblemer.

Afdelingerne udførte i 2014 sammenlagt 2147 ambulante dialyser på patienter, der ikke var bosiddende i Region Hovedstaden. En væsentlig del af disse dialyser var dog dialyser på borgere fra Grønland og Færøerne og fra kommuner i Region Sjælland, hvor der tydeligvis var tale om ”faste” patienter. En kvalificeret skøn over de dialyser, der ser ud til at være egentlige gæste dialyser, ligger i størrelsesordenen 125 dialyser svarende til én dialyse hver tredje dag.

Det vurderes på den baggrund, at efterspørgslen efter gæstedialyse er så begrænset, at det ikke vil være relevant at tilvejebringe et særligt tilbud. Det kan til gengæld overvejes, at etablere en ordning som på Bornholm, hvor hospitalet har fået finansiering til at øge kapaciteten i sommermånederne mod til gengæld ikke at afvise gæstedialyser. Det vurderes at en sådan ordning vil kunne være udgiftsneutral, idet betalingen fra de øvrige regioner vil dække merudgifterne.

Samlet set foreslås bemanningen på dialyseafsnittene reduceret med 3,8 medarbejdere på Herlev og Gentofte Hospital og 5,7 medarbejdere på Rigshospitalet ved en tilpasning af vagtlængden. Desuden foreslås bemanningen reduceret med 1,1 årsværk på Nordsjællands Hospital og 14,6 årsværk på Rigshospitalet på baggrund af forskellene i antal dialyser pr. årsværk. Herudover foreslås sammenlagt 6 pladser på Herlev og Gentofte Hospital og Nordsjællands Hospital konverteret til self-care svarende til en reduktion af bemanningen med 3,8 årsværk. Den samlede effektiviseringsgevinst vil være på 11,6 mio. kr.

En dialyse varer mellem 3 og 5 timer plus tid til rensning af apparaturet, men alle dialyseafsnit opererer kun med 2 elektive dialyser pr. dag, selv om åbningstiden ligger på 13-14 timer dagligt. I det omfang, det er muligt at samle de korte dialyser på udvalgte dialysepladser, vurderes det med en beskeden udvidelse af åbningstiden at være muligt at udføre 3 daglige dialyser på en del af dialysepladserne. Kan 10 % af regionens dialysepladser omlægges til 3 dialyser pr. dag med uændret bemanning, kan effektiviseringsgevinsten estimeres til 2,7 mio. kr.

Derfor anbefales det, at der på et af dialyseafsnittene gennemføres et leanprojekt, hvor det undersøges, om det er muligt at tilrettelægge aktiviteten på en sådan måde, at de korteste dialyser samles på dialysepladser, hvor der gennemføres 3 dialyser på en dag.

I den sammenhæng skal det bemærkes, at der tidligere har været gjort forsøg med at øge udnyttelsen af dialysepladserne ved at udføre 3 dialyser dagligt på nogle pladser, men forsøget er efterfølgende opgivet, fordi de sidste dialyser blev afsluttet så sent, at det gav væsentlige ulemper for patienterne.

Denne problemstilling kunne eventuelt afhjælpes ved at have 2 sæt dialyseapparater pr. plads. Så det ene apparatur kan renses efter den forudgående patient, mens det andet apparatur startes op med en ny patient.

På Rigshospitalet anvendes 2 sygepleje-rådighedsvagter, når det akutte dialyseafsnit ikke er bemanded, mens de to øvrige afdelinger kun anvender 1 rådighedsvagt. Baggrunden er, at dialyserne på Rigshospitalet varetages hele døgnet på det akutte dialyseafsnit, mens dialyserne på de to andre hospitaler uden for dialyseafsnittenes åbningstid typisk varetages i intensivafsnittene, hvor intensivafsnittets medarbejdere bistår med dialyserne. Det anbefales, at Rigshospitalet vurderer, om den nuværende tilrettelæggelse af dialyserne om natten og i weekenderne er hensigtsmæssig.

På Herlev og Gentofte Hospital varetages vagten i weekenderne af døgnvagter, selv om der er personale i vagt 7 timer både lørdag og søndag. På de to øvrige afdelinger varetages weekenderne af rådighedsvagter. En døgnvagt udløser 14 timer til udbetaling, mens en rådighedsvagt honoreres med 1/3 time, dvs. at 17 timer i forlængelse af den faste vagt vil udløse 5,7 timer + opkaldstimer. Det anbefales, at Herlev og Gentofte Hospital overvejer at omlægge vagterne til rådighedsvagter. Provenuet er dog så begrænset (under 200.000 kr.) at forslaget ikke er medtaget i effektiviseringsforslagene.

4.3 Hjemmedialyse

Hjemmedialysen varetages på Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital i selvstændige hjemmedialyseafsnit, mens hjemmedialysen på Nordsjællands Hospital er placeret som en del af afdelingens ambulatorium.

I tabel 4.7 sammenlignes Rigshospitalets og Herlev og Gentofte Hospitals hjemmedialyse, og det ses, at en tilpasning af bemanningen pr. besøg på Herlev og Gentofte Hospital til Rigshospitalets niveau vil give en effektiviseringsgevinst på 1,0 årsværk svarende til 0,4 mio. kr.

Tabel 4.7 Aktivitet i hjemmedialyseafsnittene

		Netto-norm.	Justeret norm.	Besøg	Besøg/medarb.	Forslag	Mulig gevinst
HEH	Hjemmedial	5,41	5,45	1908	350	431	-1,0
RH	Hjemmedial	5,93	5,96	2572	431	431	0,0

Antallet af besøg på Rigshospitalets hjemmedialyseafsnit afspejler dog ikke, at hospitalet har flere patienter end Herlev og Gentofte Hospital. Ultimo 2014 havde Rigshospitalet 78 patienter i hjemmepitonealdialyse mod Herlev og Gentofte Hospitals 79 patienter. Rigshospitalets hjemmedialyseenhed varetager dog også mindre kirurgiske indgreb (biopsier) og ultralydsundersøgelser i et særligt undersøgelsesrum, hvilket er forklaringen på det større antal besøg.

I Region Hovedstaden er især Nordsjællands Hospital karakteriseret ved, at andelen af patienter i hjemmedialyse er lavere end på de øvrige afdelinger i regionen og lavere end landsgennemsnittet (jf. tabel 2.1).

Såfremt andelen skulle svare til niveauet på Herlev og Gentofte Hospital¹¹ skulle antallet af hjemmedialysepatienter stige fra 31 til 47 dvs. yderligere 16 patienter i hjemmedialyse på Nordsjællands Hospital. 16 patienter udløser ca. 2.300 besøg, hvilket vil betyde, at bemanningen på afsnit 921 kan reduceres med yderligere 3,6 medarbejdere.

Samtidig vil antallet af besøg i hjemmedialyseenheden stige. Anvendes samme besøgsfrekvens pr. patient og besøg pr. medarbejder som ovenfor, vil det udløse ca. 340 besøg pr. halvår (eller 680 besøg på årsbasis) svarende til 0,8 årsværk.

Det er dog vurderingen, at Nordsjællands Hospital kan håndtere den øgede belastning af hjemmedialysen inden for den bestående bemanning. Med den besøgsfrekvens, der er forudsat ovenfor, vil et niveau på 47 hjemmedialysepatienter udløse 996 besøg pr. halvår (eller 2.009 besøg på årsbasis) svarende til 2,3 årsværk.

Herudover har Nordsjællands hospital ca. 3.100 ambulante besøg, som med samme bemanning pr. besøg som på Herlev og Gentofte Hospital vil udløse 0,9 årsværk. Dvs. en samlet beregnet bemanning på 3,2 årsværk, hvor ambulatoriet er bemanded med 4,65 medarbejdere. Selv når der tages hensyn til, at hjemmedialysen og ambulatoriet på Nordsjællands Hospital ikke har samme stordriftsfordele som på de to andre hospitaler, bør en øget belastning med 16 hjemmedialysepatienter derfor kunne håndteres i ambulatoriet uden ressourcetilførsel.

¹¹ Baseret på DNSL-tallene fra ultimo 2014.

Det anbefales derfor, at der sættes ind på at øge andelen af patienter i hjemmedialyse med i størrelsesordenen 16 patienter på Nordsjællands Hospital, hvorved der kan hentes en effektiviseringsgevinst på 1,4 mio. kr.

Det vil kun undtagelsesvist være muligt at konvertere hæmodialysepatienter til peritonealdialyse. Omlægningen bør derfor ske over en årrække, hvor nye patienter i større omfang tilbydes peritonealdialyse i hjemmet, og hvor patienter, hvor der er mulighed for det, fastholdes i hjemmedialyse i længere tid før de overgår til centerdialyse.

På Hjemmedialyseområdet foreslås hentet en effektiviseringsgevinst på 1,0 årsværk eller 0,4 mio. kr. på Herlev og Gentofte Hospital ved at øge antallet af besøg pr. medarbejder. Herudover foreslås en reduktion på Nordsjællands Hospital på 3,6 årsværk eller 1,4 mio. kr. ved en konvertering af 16 patienter fra centerdialyse til hjemmedialyse.

4.4 Ambulatorier

Ambulatorierne er relativt forskelligt organiseret på de tre afdelinger, hvilket vanskeliggør en relevant sammenligning af ressourceeffektivitet. Tabel 4.8 viser antallet af ambulatoriesøjler, den tid afdelingen afsætter pr. ambulatoriebesøg og det antal patienter, der sættes til pr. ambulatoriesøjle pr. dag.

På Nordsjælland er den ambulante aktivitet noget lavere end på de to øvrige hospitaler, og derfor er hjemmedialysen og ambulatorieaktiviteten samlet i ét ambulatorie. Kontrollen af hjemmedialyser varetages af sygeplejersker, og det er baggrunden for at Nordsjællands Hospital har 10 ambulatoriesøjler ugentligt, der varetages af sygeplejersker.

Tabel 4.8. Organisering af ambulatorier.

	Ugentlige amb.søjler			Tid i min. pr. besøg		Patienter pr. dag	
	Speciall.	Sygepl.	Res.læge	Nyhenv.	Øvrige	Speciall.	Res.læge
NOH	5	10	2	30	20	13	10
HGH	12	0	4	60	15	16	5
RH	15	0	4	60	15	20	-

* 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.

Der ses væsentlige forskelle i den tid, der afsættes pr. besøg, og det antal patienter, der sættes til pr. ambulatoriedag. Den faktiske aktivitet i ambulatorierne afviger dog fra det planlagte niveau, og nedenfor i tabel 4.9 er antallet af besøg pr. dag pr. ambulatoriesøjle sammenlignet¹².

¹² Antallet af besøg på Nordsjællands Hospital er korrigeret for besøg af hjemmedialysepatienter, idet der er taget udgangspunkt i DNSL-tallene fra ultimo 2014 og forudsat samme antal besøg pr. patient som på Herlev og

Tabel 4.9 Ambulante besøg pr. dag pr. ambulatoriesøjle.

	Ambulante besøg		Amb. Søjler		Besøg pr. dag/søjle	Merforbr. Speciall.
	Faktisk	Justeret	Speciall.	Res.læge		
NOH	5102	4353	5	2	18,0	0,21
HGH	10559	10559	12	4	18,5	0,45
RH	16549	16549	15	4	23,5	

Tabel 4,9 viser at Nordsjællands Hospital og Herlev og Gentofte Hospital merforbruger hhv. 0,21 og 0,45 speciallægeårsværk i forhold til, hvis de arbejdede med samme antal besøg pr ambulatoriesøjle som Rigshospitalet.

Det skal bemærkes, at patientgrundlaget ikke er umiddelbart sammenligneligt mellem Rigshospitalet og de to øvrige hospitaler. Hertil kommer, at de to ambulatorier på Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital har en meget stor forskel i plejebemandingen pr. ambulante besøg. Ifølge afdelingen på Rigshospitalet skyldes det bl.a., at ambulatoriet på Rigshospitalet udfører funktioner, som ikke registreres som ambulante besøg og ikke varetages af Nefrologisk Afdeling på Herlev og Gentofte Hospital.

Herudover er der den forskel, at ambulatoriet på Rigshospitalet ikke anvender lægesekretærer i ambulatoriet til modtagefunktioner mv.

Tabel 4.10 viser, at Rigshospitalets ambulatorium anvender 3,4 plejeårsværk mere end hvis det havde samme bemanding pr. besøg som ambulatoriet Herlev og Gentofte, men til gengæld anvender ambulatoriet på Herlev og Gentofte hospital 0,45 flere speciallægeårsværk, og der anvendes 1,1 flere sekretærårsværk (jf. afsnit 4.7).

Tabel 4.10 Plejebemanding i ambulatorier

		Netto-norm.	Justeret norm.	Besøg	Besøg/medarb.	Merforb Pleje
HEH	Ambulat.	2,90	2,92	10559	3612	
RH	Ambulat.	8,00	8,05	16549	2057	3,4

De store forskelle i ambulatoriernes organisering, forskelle i anvendelsen af forskellige personalegrupper og forskelle i opgavetyper gør det meget vanskeligt at gennemføre en rimelig sammenligning. Sammenfattende må det konkluderes, at der ikke er fundet så afgørende forskelle i ressourceforbrug, at det kan betinge et forslag om effektivisering. Henset til ambulatoriernes størrelse vil et effektiviseringspotentiale under alle omstændigheder være beskedent.

Gentofte Hospital. Det er forudsat at en søjle varetages af en reservelæge vægter med 25 %, svarende til at RH sætter 20 patienter til en speciallægesøjle og 5 patienter til en reservelægesøjle.

Muligheden for at indhente effektiviseringsgevinster på ambulatoriet på Nordsjællands Hospital er behandlet ovenfor i afsnittet om hjemmedialyse.

4.5 Speciallæger

På Rigshospitalet råder Nefrologisk Klinik over et bagvagtslag af speciallæger, hvor der er tilstedeværelse til kl. 21.00 og herefter 2 timers effektivt arbejde. I weekenden er der tilstedeværelse til kl. 18.00 og herefter 4 timers effektivt arbejde.

På Herlev og Gentofte Hospital råder Nefrologisk Afdeling over et bagvagtslag af speciallæger, hvor der er tilstedeværelse til kl. 15.36 og herefter 4 timers og 24 minutters effektivt arbejde. I weekenden er der tilstedeværelse til kl. 16.24 og herefter 2 timers og 36 minutters effektivt arbejde.

På Nordsjællands Hospital indgår de nefrologiske læger i et beredskabsvagtslag, men indgår ikke i det fælles bagvagtslag, der betjener hele den kardiologisk-, endokrinologisk-, nefrologiske afdeling. Speciallægerne varetager til gengæld opgaver i akutmodtagelsen hver anden dag i tidsrummet 8.00-15.24 og hver tredje dag i tidsrummet 15.24-21.00. Desuden hver lørdag og hver anden søndag i tidsrummet 8.00-15.24. Belastningen i akutmodtagelsen er beregnet til 1,2 årsværk. Speciallægerne varetager desuden en sentjeneste i nefrologien til kl. 18.00 og 2 gange ugentligt en aftenstuegang i dialysen til kl. 20.00.

Bagvagtslaget på Rigshospitalet vurderes nødvendigt af hensyn til transplantationsområdet, og bagvagtslaget varetager desuden opgaver i vagten for de 7 endokrinologiske senge, og varetager derfor opgaver for sammenlagt 45 senge.

Derimod er der grund til at overveje behovet for et separat bagvagtslag på den nyremedicinske afdeling på Herlev og Gentofte Hospital efter at transplantationerne er overført til Rigshospitalet. Bagvagtslaget varetager udelukkende opgaver for Nefrologisk Afdeling, og det er vanskeligt at finde tilsvarende eksempler på, at et bagvagtslag kun varetager opgaver svarende til 22 medicinske senge, hvor der ikke er operationsaktivitet eller anden aktivitet, der kræver speciallægebistand. Det er oplyst fra afdelingen, at speciallægerne typisk går hjem, når det effektive arbejde er udført kl. 20.00 hhv. 19.00, og at det hører til de absolutte sjældenheder, at speciallægerne kaldes ind om natten.

Der vil være forskellige muligheder for, at skabe et alternativ til det separate nefrologiske bagvagtslag:

- Den meste radikale løsning vil være at sammenlægge afdelingen med andre medicinske specialer, som det er tilfældet på de fleste danske hospitaler herunder

Nordsjællands Hospital. Herved vil der også være mulighed for at hente supplerende effektiviseringsgevinster på ledelses- og stabsfunktioner. Ligesom de nefrologiske speciallæger på lige fod med andre medicinske speciallæger kunne varetage tværgående opgaver i akutmodtagelsen.

- En anden mulighed vil være at bevare en selvstændig afdeling og etablere et fælles bagvagtslag enten med andre specialer på Herlev og Gentofte Hospital eller, som overenskomsten nu åbner mulighed for, et fælles vagtlag med Rigshospitalets nefrologiske klinik.
- En tredje mulighed vil være at bevare en selvstændig afdeling og etablere et beredskabsvagtlag svarende til modellen på Nordsjællands Hospital. Her kan det overvejes at sikre, at et af hospitalets øvrige bagvagtslag dækker de nyremedicinske senge og kan tilkaldes i nattetimerne de få gange, der måtte være behov for det. De nefrologiske læger kunne eventuelt indgå i et sådant ”eksternt” bagvagtslag.

Det er vigtigt at præcisere, at ingen af ovenstående modeller er i strid med HOP2020, der alene fastlægger, at nefrologi skal varetages på specialfunktionsniveau på Herlev og Gentofte Hospital, men ikke fastlægger, at det skal ske i en selvstændig afdeling. Der findes flere eksempler på, at medicinske specialer med opgaver på specialfunktionsniveau indgår i fællesmedicinske afdelinger med fælles vagtlag.

Vælges en model med bevarelse af en selvstændig afdeling med et beredskabsvagtlag og fremmøde som hidtil til kl. 20.00 på hverdage og 19.00 i weekender, kan der beregnes en effektiviseringsgevinst på 0,4 mio. kr., der dels fremkommer ved, at vagttillæggene falder væk, dels fremkommer som konsekvens af, at de aftalte effektive arbejdstimer i vagten konverteres til normal arbejdstid, hvorved bemanningen kan reduceres med 0,2 årsværk.

Hvis det vælges, at de nefrologiske læger til gengæld skal indgå i et fælles bagvagtslag, vil en del af besparelsen skulle hentes på de øvrige afdelinger, der måtte indgå i et sådant bagvagtslag.

Et beredskabsvagtlag bruges til vagter, hvor der primært er behov for telefonisk henvendelse til vagthavende, og hvor der sjældent er behov for fremmøde på afdelingen. Der synes således ikke at være noget til hinder for, at der etableres en fælles nefrologisk beredskabsvagt for Nordsjællands og Herlev og Gentofte Hospitaler. Herved bortfalder vagthonoreringen til en beredskabsvagt svarende til 0,4 mio. kr.

En sammenligning af aktiviteten pr. speciallæge på det nyremedicinske område vanskeliggøres af, at dialyseaktiviteten varetages af sygeplejersker med meget begrænset bistand fra speciallæger. Der foretages derfor en sammenligning af aktiviteten

på de tre afdelinger, hvor dialyseaktiviteten er holdt uden for, og speciallægebemandingen samtidigt er justeret for den aktivitet, der varetages på dialyseafsnittene¹³.

Speciallægebemandingen er opgjort som det samlede antal årsværk fratrukket klinikchef/ledende overlæge samt fratrukket 80 % af eksternt finansierede professorer og 50 % af normalt finansierede professorer.

Bemandingen på Nordsjællands Hospital er desuden justeret for den beregnede aktivitet i akutmodtagelsen svarende til 1,2 årsværk.

Herefter er speciallægebemandingen justeret for aktiviteten i dialyseafsnittene, idet der er taget udgangspunkt i forbruget på Herlev og Gentofte Hospital, hvor afdelingen har estimeret forbruget til 2,3 årsværk. Forbruget på de to øvrige afdelinger er herefter beregnet forholdsmæssigt i forhold til antallet af dialysepladser.

Table 4.10 Aktivitet pr. speciallæge

		Netto-norm.	Justeret norm.	Just. For dialyse	Aktivitet eks. dial.	Aktivitet pr. læge	Merforb Speciall.
NOH	Speciallæge	7,0	4,8	3,4	36200	10520	
HEH	Speciallæge	10,5	9,5	7,2	39546	5493	1,7
RH	Speciallæge	15,5	13,2	10,3	74003	7204	

Med disse forudsætninger ses en ganske stor forskel i aktivitetsniveauet pr. speciallæge, der spænder fra 5.500 aktivitetspoint på Herlev og Gentofte Hospital til godt 10.000 point på Nordsjællands Hospital.

Det vurderes, at det høje niveau på Nordsjællands Hospital skyldes, at afdelingen er integreret i en større medicinsk afdeling, hvor en del af aktiviteten leveres af læger med anden specialebaggrund herunder læger i akutmodtagelsen. Uagtet dette vurderes der dog at være en potentiel effektiviseringsgevinst på speciallægeområdet ved at drive nyremedicinen som en integreret del af en større medicinsk afdeling.

Der fremgår herefter et merforbrug på 1,7 årsværk på Herlev og Gentofte Hospital i forhold til niveauet på Rigshospitalet. Heraf udgør 0,45 årsværk den større bemanding på ambulatoriet, der modsvares af en lavere bemanding på plejesiden.

DRG-aktiviteten er dog ikke sammenlignelig mellem afdelingerne på Herlev og Gentofte Hospital og Rigshospitalet fordi Rigshospitalet har en stor transplantationsaktivitet, der giver et meget stort DRG-

¹³ Aktiviteten er opgjort som den samlede DAGS-værdi eksklusiv DAGS-værdien af dialyserne plus DRG-værdien plus antal assistancer (eksklusiv assistancer til dialyser) tillagt en gennemsnitsværdi på 1.500 kr.

provenu pr. patient, men hvor en stor del af indtægten fremkommer fra indsatser fra andre afdelinger end den nyremedicinske afdeling. Reelt er det derfor ikke muligt, at sammenligne effektiviteten pr. speciallæge så længe case-mix er så forskelligt, derfor foreslås ikke effektiviseringer baseret på forskelle i effektivitet pr. speciallæge.

Der foreslås en besparelse på 0,4 mio. kr. og 0,2 årsværk ved at tilpasse bagvagsstrukturen på Herlev og Gentofte Hospital til modellen på Nordsjællands Hospital. Endvidere foreslås et fælles beredskabsvagtlag for Herlev og Nordsjællands Hospital, hvilket vil give en yderligere besparelse på 0,4 mio. kr.

4.6 Reservelæger

Normalt kan der vanskeligt spares på reservelæger, fordi de allerfleste stillinger er klassificerede uddannelsesstillinger, der ikke kan nedlægges. På Herlev og Gentofte Hospitals nyremedicinske afdeling har der tidligere været op til 3 uklassificerede reservelægestillinger, fordi afdelingen rådede over for få uddannelsesstillinger til at dække et forvagtsslag inden for overenskomstens bestemmelser om vagthyppighed.

Med virkning fra 1. september 2016 konverteres den sidste uklassificerede stilling til en uddannelsesstilling, og der vil herefter ikke være mulighed for, at hente nettobesparelser på reservelægestillinger.

Forvagtsslaget på Herlev og Gentofte hospital vurderes dog fortsat at være relativt svagt belastet. Det ses således sjældent, at et forvagtsslag kun dækker 22 senge. Det vurderes, at der kan opnås en bedre udnyttelse af forvagtsslaget, og en aflastning af de øvrige medicinske forvagtsslag, hvis reservelægerne indgår i et fælles forvagtsslag med et eller flere af de øvrige specialer på Herlev og Gentofte Hospital.

4.7 Sekretærer

Det er ikke muligt på en meningsfuld måde at udskille de sekretærer på Nordsjællands Hospitals kardiologisk-, endokrinologisk-, nefrologiske afdeling, der er beskæftiget i nyremedicinen. Sekretærbemandingen vil blive analyseret i forbindelse med de sammenlignende analyser på det intern medicinske område.

For lægesekretærene er der ikke fundet noget alternativ til en sammenligning af den producerede DAGS og DRG-aktivitet pr. årsværk.

Tabel 4.11 viser, at produktiviteten målt på denne måde er lavere på Herlev og Gentofte Hospital end på Rigshospitalet og at en tilpasning til Rigshospitalets niveau vil muliggøre en effektivisering på 1,1 årsværk.

Tabel 4.11 Aktivitet pr. lægesekretær

		Netto-norm.	DRG+ DAGS	Værdi pr. sekr.	Merforb Sekret.
HEH	Lægesekr.	11,28	94273	8358	1,1
RH	Lægesekr.	14,34	133110	9282	

Som beskrevet under ambulatorierne skyldes merforbruget på sekretærsiden på Herlev og Gentofte Hospital i forhold til Rigshospitalet, bl.a. at Rigshospitalet ikke har sekretærer ansat i samme omfang i ambulatoriet og merforbruget af sekretærstillinger på Herlev og Gentofte Hospital modsvares derfor af et tilsvarende mindreforbrug af plejestillinger.

Det skal bemærkes, at sekretærene er organiseret forskelligt på de to afdelinger. På Rigshospitalet er alle organiseret samlet under en ledende lægesekretær, mens en del af sekretærene på Herlev og Gentofte Hospital er placeret i afdelingens enkelte afsnit. Det kan være en medvirkende årsag til en mindre effektiv udnyttelse af sekretærbemandingen, specielt i en så relativ lille sekretærgruppe.

4.8 Øvrigt

I de sammenlignende analyser af de kliniske specialer vil der som udgangspunkt ikke blive inddraget udgifter til øvrig drift. På det nyremedicinske område er der dog en særlig problemstilling vedrørende udgifterne til siddende patienttransport for dialysepatienter, idet hver patient møder op til dialyse tre gange ugentligt, hvorfor udgifterne til dialysepatienters transport på samlet over 25 mio. kr. udgør en væsentlig del af regionens samlede udgifter til siddende patienttransport.

Sammenlignes antallet af kørsler med antallet af dialyser viser tabel 4.12, at andelen af patienter, hvor der ydes siddende patientbefordring varierer fra 41 % på Nordsjællands Hospital til 64 % på satellitten på Hvidovre Hospital¹⁴.

¹⁴ Andelen af patienter, der modtager siddende patientbefordring, fremkommer ved at dividere antallet af kørsler med 2 (befordring frem og tilbage) og sammenholde med antallet af dialyser. Maksimum vil således være 1,0 svarende til, at alle patienter befordres frem og tilbage med siddende patientbefordring. Assistanter til patienter, der er allerede er på hospitalet, er ikke medtaget her, hvorfor det samlede antal dialyser er lavere end i afsnittet om dialyseafsnittene.

Tabel 4.12: Kørsler pr. dialyse.

Hospital	Kørsler	Udgift	Dialyser	Andel pt.	Gevinst	Bef.tilsk.	Netto
HEH	25.581	6.680	24753	0,52	-1439	110	-1329
HIH	17.599	5.817	21704	0,41	0	0	0
HVH	12.653	2.401	9837	0,64	-888	94	-794
RH/FRH	35.679	9.089	37323	0,48	-1380	108	-1271
Total	91.512	23.989	93617	0,49	-3706	312	-3394

Det fremgår af tabellen, at hvis andelen af patienter, der tilbydes siddende patientbefordring, på alle hospitaler lå på niveau med andelen på Nordsjællands Hospital, ville udgiften til siddende patientbefordring kunne reduceres med 3,7 mio. kr. Herfra skal dog trækkes udgifter til befordringstilskud (billigste offentlige transportmiddel), der er estimeret til 312.000 kr., så nettoeffektiviseringsgevinsten bliver på 3,4 mio. kr.

Ifølge lovgivningen har de patienter, der har ret til befordringsgodtgørelse, ret til at få refunderet udgiften til billigste offentlige transportmiddel. Hvorvidt patienten skal tilbydes siddende patientbefordring beror derimod på en faglig vurdering af patientens mulighed for at benytte offentlig transport.

På Nordsjællands Hospital lægges der vægt på, at der gennemføres en lægelig funktionsvurdering af dialysepatienterne, som sikrer, at kun patienter, der ikke på rimelig vis kan transportere sig til hospitalet med offentlig transport, tilbydes siddende patientbefordring.

Gennemførelse af forslaget vil indebære, at der gennemføres en tilsvarende stram visitering på de øvrige hospitaler.

Der knytter sig en usikkerhed til, i hvilket omfang forskelle i alder, social status og adgang til privat transport kan spille ind på andelen af patienter, der nødvendigvis må tilbydes siddende transport.

Det foreslås, at der gennemføres en opstramning på visitationen til siddende patienttransport med henblik på at opnå en effektiviseringsgevinst på 3,4 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, 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”.

Samlet er der ovenfor peget på effektiviseringsmuligheder for sammenlagt 19,3 mio. kr., der vil resultere i nedlæggelse af stillinger svarende til 37,6 årsværk.

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

De identificerede effektiviseringsmuligheder er ulige fordelt mellem hospitalerne og størst på Rigshospitalet, hvor der er stillet effektiviseringsforslag for 11,1 mio. kr.

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

Hertil kommer, at der for forslagene vedrørende dialyseafsnit kan være forhold omkring de fysiske rammer, som kan vanskeliggøre en realisering af de foreslåede effektiviseringer.

Tabel 5.1 Forslag til effektiviseringer

	Mio. kr.	Årsværk
Tilpasning af bagvagsstruktur på HGH til NOH	0,4	-0,2
Fælles beredskabsvagt HGH/NOH	0,4	
Tilpasning bemanning sengeafsnit RH	1,7	-4,3
Tilpasning arbejdstid/åbningstid dialyse HGH	1,5	-3,8
Tilpasning arbejdstid/åbningstid dialyse RH	2,3	-5,2
Tilpasning dialysebemanning RH	5,8	-14,6
Tilpasning dialysebemanning NOH	0,5	-1,1
Self care afsnit på NOH og HGH	1,5	-3,8
Tilpasning hjemmedialyse HGH	0,4	-1,0
Øget hjemmedialyse NOH	1,4	-3,6
Kørselsudgifter ensartet	3,4	
	19,3	-37,6
Nordsjælland	2,4	-6,0
Herlev	5,8	-7,5
RH	11,1	-24,1

5.1 Forslag der umiddelbart kan realiseres

Nedenfor i tabel 5.2 er de forslag, der umiddelbart kan realiseres opgjort til 12,2 mio. kr.

Tabel 5.2. Forslag, der umiddelbart kan realiseres

	Mio. kr.	Årsværk
Tilpasning bemanning sengeafsnit RH	1,7	-4,3
Tilpasning arbejdstid/åbningstid dialyse HGH	1,5	-3,8
Tilpasning arbejdstid/åbningstid dialyse RH	2,3	-5,2
Tilpasning dialysebemanning RH	5,8	-14,6
Tilpasning dialysebemanning NOH	0,5	-1,1
Tilpasning hjemmedialyse HGH	0,4	-1,0
	12,2	-30,0

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 7,1 mio. kr. vil kræve forskellige former for særlige indsatser.

Tabel 5.3 Forslag, der kræver særlig indsats

	Mio. kr. Årsværk	
Tilpasning af bagvagsstruktur på HGH til NOH	0,4	-0,2
Fælles beredskabsvagt HGH/NOH	0,4	
Self care afsnit på NOH og HGH	1,5	-3,8
Øget hjemmedialyse NOH	1,4	-3,6
Kørselsudgifter ensartet	3,4	
	7,1	-7,6

Omlægningen af bagvagslaget på Herlev og Gentofte Hospital vil kræve, at der tages stilling til, hvilken model der ønskes, hvordan de øvrige medicinske bagvagslag påvirkes, og hvorvidt de nefrologiske speciallæger skal indgå i et eventuelt fælles bagvagslag.

Etablering af et fælles beredskabsvagtlag vil kræve et samarbejde mellem Nordsjællands Hospital og Herlev og Gentofte Hospital.

Etablering af self care afsnit på Herlev og Gentofte Hospital og på Nordsjællands Hospital vil kræve, at der findes egnede lokaler til opgaven, samt at der investeres i låsesystemer og formentlig også et antal ekstra dialyseapparater.

Forøgelsen af hjemmedialysen på Nordsjællands Hospital vil kræve en faglig indsats for at omlægge aktivitet fra center-dialyse til hjemmedialyse.

Ligeledes gælder for besparelsen på siddende patienttransport, at der vil være behov for en intensiv indsats.

Her vil også være en problemstilling omkring de patienter, der ikke længere tilbydes siddende patientbefordring, som vil opleve en opstramning af visitationen som en servicereduktion. Hospitalerne kan her vælge kun at implementere en opstramning for nye dialysepatienter. Det vil betyde, at besparelsen først kan realiseres fuldt ud over en årrække.

5.3. Behov for nye tværgående analyser.

I forbindelse med analysen er der identificeret et behov for, at beslutte, hvor og hvordan den nødvendige erstatningskapacitet skal etableres, når dialyseafsnittene på Frederiksberg Hospital lukkes omkring 2022-2024.

Forud for denne beslutning vurderes der, at være et behov for at analysere dels den geografiske fordeling af kapaciteten, der i dag ikke er fordelt i overensstemmelse med befolkningsgrundlaget i optageområderne, dels mulighederne for at reducere kapacitetsbehovet for centerdialyse ved øget anvendelse af hjemmedialyse.

Hjemmedialyse er en stor fordel for patienten og kan også afhængigt af valget af formen for hjemmedialyse indebære en økonomisk fordel. Alligevel er andelen af dialysepatienter, der tilbydes hjemmedialyse, stagneret, og der kan konstateres væsentlige forskelle i andelen af hjemmedialysepatienter mellem landets dialysecentre.

En analyse bør derfor omfatte behovet for alle typer af dialyse herunder: peritonealdialyse i hjemmet, hæmodialyse i hjemmet, assisteret hæmodialyse i hjemmet, self-care hæmodialyse og limited care hæmodialyse på hospitalerne samt bemandede dialyseafsnit placeret i regionale og kommunale sundhedshuse uden for hospitalerne.

Analysen har også identificeret en problemstilling omkring udviklingen i antallet af transplanterede patienter, hvor andelen har holdt sig konstant på 50 % af patienterne med nyresvigt i Region Hovedstaden, mens andelen har været stigende i samme periode i de øvrige regioner. Antallet af transplanterede i Vestdanmark er i perioden 2010-2014 steget med 23,9 %, mens den tilsvarende stigning i Østdanmark er på 13,9 %, hvor hele stigningen ligger i Region Sjælland.

Der er mange faktorer, der spiller ind på mulighederne for at øge andelen af transplanterede herunder donorsituationen og andre forhold, der ligger uden for hospitalernes indflydelse, men der vurderes at være et behov for at analysere mulighederne for at øge transplantationsratioen.

Herudover anbefales det, at der på et af dialyseafsnittene gennemføres et leanprojekt, hvor det undersøges, om det er muligt at tilrettelægge aktiviteten på en sådan måde, at de korteste dialyser samles på dialysepladser, hvor der gennemføres 3 dialyser på en dag.

Endelig har analysen vist en meget stor forskel i anvendelsen af siddende patienttransport, en forskel, der næppe alene kan forklares ved forskelle i patienternes adgang til egen bil. Denne problemstilling er en del af en større problemstilling, der bl.a. handler om, at Region Hovedstaden i langt mindre omfang end de øvrige regioner udnytter muligheden for, at lade patienterne transportere med offentlig transport.

Tabel 5.4, der er hentet fra en analyse udført for Finansministeriet af Deloitte¹⁵, viser således, at andelen af udgifterne i Region Hovedstaden, der anvendes til befordringsgodtgørelse – dvs. refusion af udgifter til offentlig transport - udgør en noget lavere andel af de samlede udgifter til siddende patientbefordring end tilfældet er i de øvrige regioner.

¹⁵ Analysen er afrapporteret i 2012, men er angiveligt baseret på 2009 tal for udgifterne.

Der kan være flere årsager til denne forskel, men det skyldes ikke at brugerfrekvensen – dvs. andelen, der benytter siddende patienttransport eller får godtgjort offentlig transport – er lavere i region Hovedstaden, så området kunne med fordel analyseres nærmere.

Tabel 5.4 Befordringsgodtgørelsesudgifter fordelt på regioner.

	Kr.pr. indbygger	Andel af saml. udg. %
Region Hovedstaden	6,4	7,5
Region Sjælland	31,0	15,2
Region Syddanmark	38,8	22,0
Region Midtjylland	19,1	18,8
Region Nordjylland	36,9	26,4