



Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

CVR-nr. 14 47 98 80

Årsrapport for 2014
25. regnskabsår



Indholdsfortegnelse

Oplysninger om selskabet	1
Ledelsespåtegning	2
Den uafhængige revisors erklæringer	3
Hoved- og nøgletal	4
Ledelsesberetning	5
Arsregnskab	
Anvendt regnskabspraksis	12
Resultatopgørelse	15
Balance	16
Egenkapitalopgørelse	18
Pengestrømsopgørelse	19
Noter	20



Oplysninger om selskabet

Amgros I/S
Dampfærgevej 22
2100 København Ø

www.amgros.dk
amgros@amgros.dk

Tlf.: 88 71 30 00

Fax: 88 71 30 08

Bestyrelse

Sophie Hæstorp Andersen, formand
Bergur Løkke Rasmussen
Mogens Nørgaard
Henrik Fjeldgaard
Thyge Nielsen
Poul-Erik Svendsen
Jeppe Jakobsen

Direktion

Flemming Sonne

Interessenter

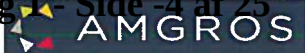
Region Hovedstaden
Region Midtjylland
Region Syddanmark
Region Sjælland
Region Nordjylland

Revision

ALBJERG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab
Ringager 4C, 2.th., 2605 Brøndby

Bankforbindelse

Danske Bank



Ledelsespåtegning

Ledelsen har dags dato behandlet og godkendt årsrapporten for regnskabsåret 1. januar - 31. december 2014 for Amgros I/S.

Årsrapporten aflægges i overensstemmelse med årsregnskabsloven.

Det er vores opfattelse, at årsregnskabet giver et retvisende billede af selskabets aktiver, passiver og finansielle stilling pr. 31. december 2014 samt af resultatet af selskabets aktiviteter og pengestrømme for regnskabsåret 1. januar - 31. december 2014.

Ledelsesberetningen indeholder efter vores opfattelse en retvisende redegørelse for de forhold, beretningen omhandler.

København, den 13. februar 2015

Direktionen:


.....
Flemming Sonne

Bestyrelsen:


.....
Sophie Hæstorp Andersen
formand
.....
Bergur Løkke Rasmussen
.....
Mogens Nørgaard
.....
Henrik Fjeldgaard
.....
Thyge Nielsen
.....
Poul-Erik Svendsen
.....
Jeppe Jakobsen



Den uafhængige revisors erklæringer

Til interessenterne i Amgros I/S

Påtegning på årsregnskabet

Vi har revideret årsregnskabet for Amgros I/S for regnskabsåret 1. januar - 31. december 2014, der omfatter anvendt regnskabspraksis, resultatopgørelse, balance, egenkapitalopgørelse, pengestrømsopgørelse og noter. Årsregnskabet udarbejdes efter årsregnskabsloven.

Ledelsens ansvar for årsregnskabet

Ledelsen har ansvaret for udarbejdelsen af et årsregnskab, der giver et retvisende billede i overensstemmelse med årsregnskabsloven. Ledelsen har endvidere ansvaret for den interne kontrol, som ledelsen anser nødvendig for at udarbejde et årsregnskab uden væsentlig fejlinformation, uanset om denne skyldes besvigelser eller fejl.

Revisors ansvar

Vores ansvar er at udtrykke en konklusion om årsregnskabet på grundlag af vores revision. Vi har udført revisionen i overensstemmelse med internationale standarder om revision og yderligere krav ifølge dansk revisorlovgivning. Dette kræver, at vi overholder etiske krav samt planlægger og udfører revisionen for at opnå høj grad af sikkerhed for, om årsregnskabet er uden væsentlig fejlinformation.

En revision omfatter udførelse af revisionshandlinger for at opnå revisionsbevis for beløb og oplysninger i årsregnskabet. De valgte revisionshandlinger afhænger af revisors vurdering, herunder en vurdering af risici for væsentlig fejlinformation i årsregnskabet, uanset om denne skyldes besvigelser eller fejl. Ved risikovurderingen overvejer revisor intern kontrol, der er relevant for virksomhedens udarbejdelse af et årsregnskab, der giver et retvisende billede. Formålet hermed er at udforme revisionshandlinger, der er passende efter omstændighederne, men ikke at udtrykke en konklusion om effektiviteten af virksomhedens interne kontrol. En revision omfatter endvidere en vurdering af, om ledelsens valg af regnskabspraksis er passende, om ledelsens regnskabsmæssige skøn er rimelige samt den samlede præsentation af årsregnskabet.

Det er vores opfattelse, at det opnåede revisionsbevis er tilstrækkeligt og egnet som grundlag for vores konklusion.

Revisionen har ikke givet anledning til forbehold.

Konklusion

Det er vores opfattelse, at årsregnskabet giver et retvisende billede af selskabets aktiver, passiver og finansielle stilling pr. 31. december 2014 samt af resultatet af selskabets aktiviteter og pengestrømme for regnskabsåret 1. januar - 31. december 2014 i overensstemmelse med årsregnskabsloven.

Udtalelse om ledelsesberetningen

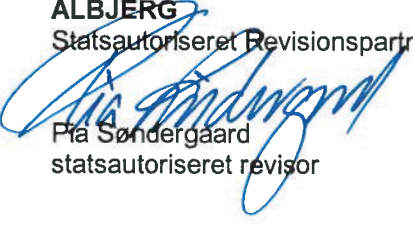
Vi har i henhold til årsregnskabsloven gennemlæst ledelsesberetningen. Vi har ikke foretaget yderligere handlinger i tillæg til den udførte revision af årsregnskabet.

Det er på denne baggrund vores opfattelse, at oplysningerne i ledelsesberetningen er i overensstemmelse med årsregnskabet.

Brøndby, den 13. februar 2015

ALBJERG

Statsautoriseret Revisionspartnerselskab


Pia Søndergaard

statsautoriseret revisor



Hoved- og nøgletal

Virksomhedens udvikling i de seneste 5 år kan beskrives således:

	2014	2013	2012	2011	2010
Hovedtal (t.kr.)					
Nettoomsætning	178.916	163.710	161.016	140.269	92.832
Bruttofortjeneste	127.126	101.831	124.628	111.954	63.135
Resultat før finansielle poster (EBIT)	65.988	48.406	76.478	61.287	16.465
Finansielle poster	479	574	1.067	1.760	1.421
Årets resultat	66.467	48.980	77.545	63.047	17.886
Årets pengestrøm	141.860	189.069	26.123	42.938	-4.470
Egenkapital, ultimo	146.407	128.920	132.485	76.940	31.779
Samlede aktiver	1.129.259	1.173.230	904.512	738.466	687.760
Årets investeringer	10.979	18.710	25.458	7.721	8.676
Antal medarbejdere	80	72	65	58	49
Nøgletal					
Bruttomargin	71,1	62,2	77,4	79,8	68,0
Overskudsgrad (EBIT-margin)	36,9	29,6	47,5	43,7	17,7
Afkastningsgrad	5,7	4,7	9,3	8,6	2,4
Likviditetsgrad	114,3	107,7	112,9	109,6	102,4
Soliditetsgrad	13,0	11,0	14,6	10,4	4,6
Egenkapitalens forrentning	48,3	37,5	74,1	116,0	42,5

Definitioner på nøgletal:

Bruttomargin: Bruttofortjeneste / Nettoomsætningen * 100

Overskudsgrad (EBIT-margin): Resultat før finansielle poster (EBIT) / Nettoomsætningen * 100

Afkastningsgrad: Resultat før finansielle poster / Gennemsnitlige samlede aktiver * 100

Likviditetsgrad: Omsætningsaktiver / Kortfristet gæld * 100

Soliditetsgrad: Egenkapital / Samlede aktiver * 100

Egenkapitalens forrentning: Årets resultat / Årets gennemsnitlige egenkapital * 100



Ledelsesberetning

Præsentation af virksomheden

Amgros er et politisk ledet interessentskab, der er ejet af de fem regioner og har hjemmel i sundhedslovens § 78, stk. 3. Et af Amgros' formål er at drive indkøbsvirksomhed indenfor sundhedsområdet med henblik på videresalg til dets interessenter og andre offentlige myndigheder eller offentlige organer.

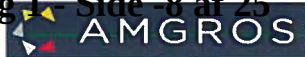
Virksomheden fungerer som medicingrossist og koordinator for indkøb af og handel med lægemidler mm. Amgros indkøber endvidere høreapparater til de offentlige høreklivikker og udbyder en række kontrakter på andre varer på vegne af de danske regioner. Amgros er desuden indehaver af markedsføringstilladelsen for de registrerede lægemidler, SAD lægemidler, som produceres på 4 af sygehusapotekerne. Alle indkøb sker i henhold til EU's udbudsdirektiv og den danske tilbudslov.

Amgros rådgiver Danske Regioner, regionerne og sygehusapotekerne i sager af politisk relevans, juridiske problemstillinger, kommunikations og presseanliggender og leverer data og analyser til brug for planlægning af udbud og produktstrategier, opfølgning på forbruget samt generel forretningsinformation. Amgros bistår endvidere Danske Regioner f.eks. i forbindelse med økonomiforhandlinger, udarbejdelse af behandlingsvejledninger (RADS), sager om lægemidler og øvrige strategiske initiativer på sundhedsområdet.

Amgros har et tæt samarbejde med de offentlige danske høreklivikker, de danske blodbanker, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen samt andre aktører, herunder industriens brancheforeninger og leverandører i ind og udland. Ligeledes har Amgros over de senere år udviklet et meget konstruktivt samarbejde med universiteterne om forskellige forskningsprojekter via ph.d. studerende samt øvrige studerende som løbende er tilknyttet virksomheden. Amgros har i mange år haft samarbejde med LIS i Norge, som varetager udbud og indkøb til de norske Helseregioner og sygehusapotekere, ligesom samarbejdet med Sverige gennem de senere år er blevet styrket betydeligt.

Amgros har ikke selv noget fysisk lager. Alle medicinordrer fra sygehusene og sygehusapotekerne går via Amgros til leverandørerne, mens leverancer sker direkte til sygehusene. Amgros har en række effektive IT systemer, der varetager og forenkler processen omkring udbud, indkøb og handel med lægemidler fra leverandør til hospitalsafdelingerne. Der er udviklet specielle e handelsløsninger i samarbejde med de danske sygehusapotekere, der er tilpasset til at håndtere de særlige krav, der stilles til handel og udbud af lægemidler, for at gøre hverdagen nemmere og mere rationel for alle parter. Det skaber store administrative besparelser for sygehusapotekerne, regionerne og leverandørerne når opgaver løses i fællesskab.

Amgros er med sin ekspertise og med sin engagerede politiske bestyrelse blevet en vigtig spiller på lægemiddelområdet – både fagligt og interessepolitisk. Amgros engagerer sig i udviklingen af sygehusvæsenet og spiller ind med ideer og initiativer som kan fremme kvalitet og sikkerhed i lægemiddelbehandlingen, rationel lægemiddelterapi, samt effektivisere forretningsgange og skabe administrative besparelser.



Ledelsesberetning - fortsat

Kombinationen af ekspertise i lægemidler og udbudsprocesser udgør kernen i den økonomiske logik og er drivkraften for Amgros' aktiviteter. Væksten af opgaver i Amgros følger to spor. Dels udvikling og kvalificering af selve kerneopgaven og dels udvikling af områder, som ligger i forlængelse af kerneopgaven og som knytter sig til forsyning, valg og anvendelse af sygehusmedicin, kvalitet og sammenhæng i patientbehandlingen, samt indkøb og fremstilling af lægemidler på sygehusapotekerne.

Amgros gældende strategi blev vedtaget i efteråret 2012 og tager udgangspunkt i tre strategiske områder – lægemiddelforsyning, lægemiddelindkøb og lægemiddelfremstilling og dertil hørende underliggende strategiske initiativer. De omgivelser Amgros opererer i er under forandring. Det kræver fleksibilitet og omstillingsparathed og løbende tilpasning af virksomheden og kompetencerne, så Amgros til stadighed kan honorere regionernes og sygehusapotekernes krav til rationelle løsninger.

Det centrale fokus i Amgros er fortsat, at styrke virksomhedens evne til at imødekomme de krav som regionerne og omverdenen stiller til effektivitet og forsyningssikkerhed. Det gør at Amgros til stadighed tilpasser kompetencerne og fokuserer på at tilpasse virksomheden til ændringerne i sundhedssektoren frem mod 2020.

Virksomhedens gældende mission og vision:

Mission

Amgros sikrer effektiv forsyning og sikker anvendelse af medicin til sygehuspatienter.

Vision

Amgros vil være kendt for at tage markant samfundsmæssigt ansvar ved at skabe skelsættende resultater og løsninger indenfor lægemiddelområdet.

Gennem de senere år har Amgros og sygehusapotekerne i et tæt samarbejde med Danske Regioner og regionerne fokuseret på at finde metoder til at bremse de sidste 10 års udgiftsvækst på hospitalsmedicin. Et af de centrale initiativer i denne sammenhæng er den fortsatte udvikling af RADS, Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin, hvis formål er, at udarbejde nationale behandlingsvejledninger, som forpligter alle regioner. Amgros deler sekretariatsfunktionen med Danske Regioner og varetager den daglige drift af RADS fagudvalgsarbejde.

I forlængelse af RADS' styregruppens beslutninger, er det Amgros opgave at gennemføre udbud af lægemidler med henblik på at opnå gode indkøbspriser. Amgros arbejder med RADS møder fortsat store forventninger fra politisk side, regionalt såvel som nationalt, men får også en tilsvarende anerkendelse og opbakning omkring processen – ikke mindst fra klinisk side.

På de interne linjer er Amgros som organisation båret frem af et stort engagement fra organisationen, en stor evne til at se tendenser, udvikle nye idéer samt forbedre og skabe resultater af høj kvalitet. Innovationskraften er en del af brændstoffet for mange ledere og medarbejdere i virksomheden. Amgros har gennem de senere år skabt en dynamisk og smidig organisation med stor vægt på at skabe synergi, inspiration og løsninger på tværs



Ledelsesberetning - fortsat

af faggrænser, arbejdsområder og afdelinger. Amgros samarbejder og udvikler med sygehusapotekerne og deres personale på en række vigtige områder.

Det stadig stigende økonomiske pres på regionernes budgetter i forhold til det stigende medicinforbrug på hospitalerne, har medført at Amgros påtager sig flere og mere fagligt specialiserede tværgående opgaver på regionernes vegne. Det har været vigtigt for direktionen, at styrke den etablerede forretning ved at udvikle kompetencerne inden for bl.a. projektledelse, juridiske rådgivning, logistik og kvalitetsområdet.

For at sikre at Amgros som virksomhed kan holde trit med udviklingen på sundhedsområdet i dag og i fremtiden, blev virksomhedens organisering i pr. 1. januar 2014 ændret. Målet om at styrke virksomheden ved at skabe en mere effektiv partnerhåndtering, en stærkere direktion, samt en bedre udnyttelse af firmaets kompetencer, viden og kundeindsigt, vurderes at være opnået.

Amgros I/S består af fire funktioner, hvoraf to af disse er stabsfunktioner:

1. Lægemidler & Support: Funktionen varetager kerneopgaven, herunder områder som 'Udbud & Logistik', 'Registrering & Fremstilling' samt 'SAFE' (Sygehusapotekernes og Amgros Forskningsenhed)
2. Teknologi & Support: Funktionen varetager øvrige forretningsområder samt områder der supporterer kerneopgaven, herunder 'Udbud og Logistik, teknologi' (Høreapparater og andet indkøb), 'IT', 'Forretningsanalyse' samt Apoline
3. Økonomi & Ledelsessupport: Stabsfunktionen varetager 'Økonomi', 'ledelsessekretariat', 'HR' samt 'Reception'
4. RADS: Stabsfunktionen varetager RADS sekretariatsarbejde i Amgros

Ved udgangen af 2014 var der 83 medarbejdere i Amgros.

På de kommende sider vil de væsentligste aktiviteter i Amgros i 2014 blive omtalt.

Året i tal

Virksomhedens resultatopgørelse for 2014 udviser et overskud på 66,5 mio. kr. og en egenkapital på 146,4 mio. kr.

I 2014 endte Amgros omsætning af humane lægemidler på 7,126 mia. kr. og inklusivt omsætningen af høreapparater blev omsætningen 7,277 mia. kr. Lægemiddelomsætningen inklusive refusioner og erstatninger er steget med 537 mio. kr. i forhold til 2013, svarende til 8,1%, og høreapparatomsætningen er steget med 20,1 mio. kr. svarende til 15,3%.



Ledelsesberetning - fortsat

At omsætningen af lægemidler i 2014 blev større end forventet i budgettet for 2014 skyldes dels en fortsat vækst i anvendelsen af eksisterende præparater og dels i anvendelse af nyere og dyrere præparater, herunder særligt til behandling af Sklerose, Hepatitis C og kræft.

For så vidt angår stigningen i høreapparatsomsætningen skyldes væksten tilgangen af private klinikker som behandler offentligt betalte patienter, der har muliggjort en væsentligt stigning i udleveringen af antallet af høreapparater, nemlig fra 63.076 stk. til 81.576 stk. Stigningen i omsætningen på høreapparater er beskeden, som følge af en lavere gennemsnitspris for apparaterne, der i 2014 kostede 1.513 kr. mod 1.577 kr. i 2013.

Amgros indtjening er bestemt af prisen på og mængden af de lægemidler, der handles med rabat i forhold til AIP (Apotekets Indkøbs Pris). Amgros opnåede øgede rabatter på en række væsentlige lægemidler og kun et minimalt antal lægemidler indkøbes til fuld AIP, hvor Amgros ingen fortjeneste har. Den gennemsnitlig rabat i 2014 på den samlede omsætning blev 20,5%, mens tallet for 2013 var 19,6%. Set i lyset af at Amgros beregner rabatten ud fra den officielle listepriis – AIP og denne ved en prisaf tale er blevet reduceret i alt 5 %, er resultatet overordentligt succesfuldt.

Status på lægemidler

Amgros tilrettelægger udbuddene, så det passer til markedssituationen på det konkrete lægemiddel eller behandlingsområde. Amgros søger konstant at finde en balance, hvor konkurrencen skærpes mest muligt uden at der går på kompromis med patientsikkerheden, kvaliteten og behandlingseffekten. Firmaet er løbende i dialog med sygehusapoteks og sygehuspersonale for at få input om de aktuelle behov eller udfordringer omkring behandlingen med lægemidlerne for at sikre, at de krav som stilles i udbuddene afspejler de konkrete behov i klinikken.

Amgros oplever at flere leverandører etablerer sig på det danske marked og at der er en stigende interesse for at blive leverandør. I takt med at stadig flere behandlingsområder bliver underlagt RADS, og gennemgår en national vurdering af danske specialister, øges konkurrencen mellem analoge præparater. På de monopolistiske hospitalspræparater har denne proces, sammen med "Koordinations Rådet for Ibrugtagning af Sygehusmedicins" (KRIS) vurdering, kombineret med Amgros udbud bidraget væsentligt til lavere indkøbspriser over de senere år.

I 2014 indførte Amgros et nyt system til løbende monitorering af restordre, dvs. situationer hvor en leverandør ikke kan levere inden for de kontraktuelle 72 timer. Amgros har gennem de senere år konstateret, at udviklingen fortsat går i den forkerte retning med hensyn til omfanget af restordre til trods for en massiv indsats for at finde balancen mellem motivation og straf ift. Amgros leverandører. Amgros direktionen har styrket området yderligere i 2014 og igangsat nye tiltag på både drifts- og udviklingsområdet med ekstra ressourcer på logistikområdet og ved at igangsætte fælles projekter med sygehusapotekerne, som kan nedbringe eller afhjælpe restordre i eget regi. I 2014 blev en fælles strategi for logistik og indkøb godkendt af såvel Amgros bestyrelse som af regionernes sundhedsdirektører.



Ledelsesberetning - fortsat

Amgros gennemførte i 2014 i alt 175 EU udbud og indgik ligeledes en række bagatelaftaler. Samlet set modtog Amgros tilbud på i alt 679 ATC koder, 1.166 lægemidler og 2.703 varenumre. Ved årets afslutning havde Amgros ca. 180 forskellige lægemiddelleverandører som leverede til de danske sygehuse.

Lægemiddelfremstilling og registrering

SAD produkter er lægemidler, der produceres på SygehusApotekerne i Danmark (SAD) og for hvilke Amgros ejer markedsføringstilladelsen. Produktionen opfylder nogle vigtige behov i forhold til beredskab og forsyningssikkerhed. Præparaterne kaldes også den registrerede produktion, da de kræver registrering og godkendelse fra Sundhedsstyrelsen.

Amgros har ansvaret for, at de SAD lægemidler som fremstilles på sygehusapotekerne virker, som de skal, og er sikre at anvende. Amgros' systematiske behandling af formodede bivirkninger på SAD lægemidlerne, indgår i den løbende overvågning og i udformningen af periodiske sikkerhedsopdateringsrapporter. I 2014 har Amgros haft fokus på at komme i compliance på det registreringsmæssige område på SAD lægemidlerne. I alt har Amgros markedsføringstilladelsen til ca. 81 forskellige SAD lægemidler.

Amgros understøtter desuden sygehusapotekernes fremstilling af magistrelle lægemidler. Det er lægemidler, som fremstilles til den enkelte patient eller en lille patientgruppe efter lægelig ordination. Amgros supporterer den magistrelle produktion på bl.a. kvalitetsområdet, indkøb af råvarer og via ensretning af sortimentet. Færdigtilberedning af kemokure er et område, som har været i vækst de seneste år, og Amgros og sygehusapotekerne forsøger ved fælles initiativer at imødekomme den øgede efterspørgsel via optimering af fremstillingsprocesserne og øget holdbarhed af de tilberedte kure.

RADS (Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin)

RADS tager udgangspunkt i

- ♦ lægemiddelgrupper som udgør en væsentlig udgiftspost for sygehusene
- ♦ lægemiddelgrupper kendetegnet ved en stærk udgiftsvækst
- ♦ nye lægemidler med stort udgiftspotentiale
- ♦ områder som har potentiale for kvalitetsoptimering eller behov for øget konsensus om behandlingen

RADS har i 2014 godkendt vejledninger for lægemidler, hvor lægemidlerne som hovedregel anvendes i primærsektoren, hvilke er nyt i forhold til tidligere. Amgros har som følge heraf fået en yderligere opgave i at tilvirke det nødvendige informationsmateriale, der skal anvendes for at sikre at vejledningerne bliver efterlevet.

RADS har høstet gode erfaringer med områder, hvor hospitalslæger og praktiserende læger behandler de samme sygdomme. Det har givet stor værdi, at samle de gode kræfter, opnå konsensus om bedste behandling og skabe bedre sammenhæng på tværs af sektorerne. På monitoreringssiden opstår der jævnligt større og større udfordringer, idet mange lægemidler anvendes til forskellige terapiområder. I 2014 igangsattes en analyse, som skal afklare behovet for information i regionerne kombineret med at udvikle nye løsninger på, hvordan monitoreringen i fremtiden mest hensigtsmæssigt skal gennemføres.



Ledelsesberetning - fortsat

Ved udgangen af 2014 er der afsluttet 50 behandlingsvejledninger.

I løbet af 2015 er det forventningen at påbegynde yderligere 10 terapiområder herunder fagudvalg for anvendelse af antibiotika. Endvidere falder en række behandlingsvejledninger for forældelsesgrænsen på 3 år, hvilket medfører at nye fagudvalg skal indkaldes med henblik på revurdering. Direktionen forventer en udvidelse af de sekretariatsmæssige opgaver og en overdragelse af opgaver fra Danske Regioner til Amgros i løbet af foråret 2015.

Status på Høreapparater

På høreapparatområdet er der i 2014 blevet implementeret et nyt høreapparatsortiment, som har givet lavere priser og større behandlingsdækning end det tidligere 2012/13 sortimentet. De allerede opnåede lavere priser på (op til 60%) høreapparater i 2013, blev i 2014 suppleret af yderligere besparelser på tilbehør. De gode resultater kan dels tilskrives det nye sortiment, men i høj grad også det gode samarbejde med klinikkerne.

Samarbejdet med regionerne om udvidelse af de offentlige høreapparatbehandlinger har også givet gode resultater. Antallet af offentlige behandlinger er i 2014 blevet øget med 29,3%, svarende til 81.576 høreapparater.

Samarbejdet med regionerne har også ført til udvikling af en fællesregional høreapparat database, RHA databasen, som blev idriftsat den 1. oktober 2014. Udover alle høreapparatudleveringer fra offentlige behandlinger udleveret gennem Amgros, opsamles nu også oplysninger om alle høreapparatudleveringer fra private klinikker, som er omfattet af offentlig refusion. Dermed kan regionerne ved opslag i databasen forespørge på patienters ret til bevilling af nye høreapparater på landsplan. RHA databasen er, til trods for en enkel teknisk løsning, et stærkt administrativt redskab for regionerne i den fremtidige høreapparatbehandling (høreomsorg). Omkostningerne har kunnet holdes inden for Amgros driftsbudget.

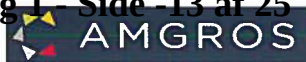
APOTO- det nye apotekssystem

I 2014 hævede Amgros kontrakten med leverandøren (NNIT), som følge af misligholdelse. Som følge heraf er der indledt en voldgiftssag mellem parterne som forventes afsluttet i 2016.

APOTO projektet lever videre under en ny styringsform hvor Region Hovedstaden er eksekverende region og der er en tværregional styregruppe, der sikrer den overordnede styring med reference til Regionernes Sundheds IT (RSI). Det nye projekt hedder ApoLine og projektet planlægger at køre de næste 3 år. Amgros forventer fremad at skulle levere ressourcer ind i projektet.

Indkøb af andet end lægemidler

Regionsdirektørerne har ønsket, at der i samarbejde mellem regionernes indkøbsafdelinger og Amgros igangsættes et pilotprojekt om fællesregionale udbud på andet end lægemidler. Det er af regionsdirektørerne forudsat, at Regionernes styregruppe for indkøb (RFI) indstiller 3-5 områder, der forsøgsvis udbydes af Amgros på vegne af regionerne.



Ledelsesberetning - fortsat

Amgros har gennem 2014 arbejdet målrettet på at få kvalificeret en række udbudsområder med henblik på at udbyde disse på vegne af regioner. På baggrund af kvalificeringerne er Amgros foreløbigt kommet frem til to områder, hvor der er basis for et fællesregionalt udbud og arbejdet med områderne fortsætter ind i 2015.

Væsentlige begivenheder med mulig indflydelse af årsregnskabet

Transaktioner med nærtstående parter

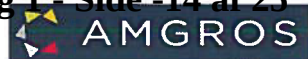
Som nærtstående parter anses Danske Regioner. Danske Regioner stiller mødelokaler, kantinefaciliteter og servicefunktioner til rådighed for Amgros. Prisen herfor i 2014 har været 1,8 mio. kr.

Begivenheder efter balancedagen

Der er efter regnskabsårets afslutning ikke indtruffet begivenheder, der væsentligt vil kunne påvirke vurderingen af virksomhedens finansielle stilling.

Lovpligtig redegørelse for samfundsansvar efter årsregnskabslovens § 99a

Virksomheden har ingen politikker vedrørende samfundsansvar.



Anvendt regnskabspraksis

Årsrapporten for Amgros I/S er aflagt i overensstemmelse med årsregnskabslovens bestemmelser for store klasse C virksomheder.

Anvendt regnskabspraksis er uændret i forhold til tidligere år.

Generelt om indregning og måling

Aktiver indregnes i balancen, når det er sandsynligt, at fremtidige økonomiske fordele vil tilflyde virksomheden, og aktivets værdi kan måles pålideligt.

Forpligtelsen indregnes i balancen, når det er sandsynligt, at fremtidige økonomiske fordele vil fragå virksomheden, og forpligtelsen kan måles pålideligt.

Ved første indregning måles aktiver og forpligtelser til kostpris. Måling efter første indregning sker som beskrevet for hver enkelt regnskabspost nedenfor.

I resultatopgørelsen indregnes indtægter i takt med at de indtjenes, mens omkostninger indregnes med de beløb, der vedrører regnskabsåret.

Rapporteringsvaluta

Årsrapporten er aflagt i danske kroner.

Resultatopgørelsen

Nettoomsætning

Indtægter ved salg af medicin og høreapparater indgår i nettoomsætningen på tidspunktet for levering og risikoens overgang, såfremt indtægten kan opgøres pålideligt. Omsætningen opgøres efter fradrag af moms, afgifter og rabatter.

Andre driftsindtægter og -omkostninger

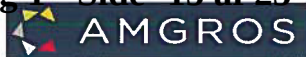
Andre driftsindtægter og -omkostninger indeholder regnskabsposter af sekundær karakter i forhold til virksomhedens hovedaktiviteter.

Andre eksterne omkostninger

Andre eksterne omkostninger omfatter omkostninger til reklame, administration, lokaler mv.

Af- og nedskrivninger

Af- og nedskrivninger omfatter af- og nedskrivninger på immaterielle og materielle anlægsaktiver. Anlægsaktiverne afskrives lineært på grundlag af kostprisbaseret på nedenstående vurdering af brugstiderne.



Anvendt regnskabspraksis - fortsat

De immaterielle og materielle anlægsaktiver afskrives lineært over den forventede brugstid, baseret på følgende vurdering af brugstiderne:

	<u>Brugstid</u>
Færdige udviklingsprojekter	3 - 5 år
Andre anlæg, driftsmateriel og inventar	3 år
Indretning af lejede lokaler	10 år

Fortjeneste eller tab ved afhændelse af anlægsaktiver indregnes i resultatopgørelsen under afskrivninger.

Finansielle poster

Finansielle indtægter og omkostninger indregnes i resultatopgørelsen med de beløb, der vedrører regnskabsåret. Finansielle poster omfatter renteindtægter og -omkostninger.

Balancen

Immaterielle anlægsaktiver

Immaterielle anlægsaktiver omfatter udvikling af softwaresystemer til brug for virksomhedens aktiviteter. De enkelte softwaresystemer undergår en løbende udvikling, mens brugen heraf fortsat er igang, og virksomheden klassificerer dermed de samlede udviklingsomkostninger under færdiggjorte udviklingsprojekter.

Immaterielle anlægsaktiver måles til kostpris med fradrag af akkumulerede af- og nedskrivninger.

Udviklingsprojekter, der er klart definerede og identificerbare, og hvor den tekniske udnyttelsesgrad, tilstrækkelige ressourcer og et potentielt fremtidigt marked eller udviklingsmulighed i virksomheden kan påvises, og hvor det er hensigten at fremstille, markedsføre eller anvende produktet eller processen, indregnes som immaterielle anlægsaktiver, såfremt der er tilstrækkelig sikkerhed for, at den fremtidige indtjening kan dække produktions-, salgs- og administrative omkostninger samt de samlede udviklingsomkostninger.

Øvrige udviklingsomkostninger indregnes som omkostninger i resultatopgørelsen, i takt med, at de afholdes.

Udviklingsomkostninger opgøres til de direkte medgåede omkostninger, der indirekte kan henføres til de enkelte udviklingsprojekter.

Der foretages nedskrivningstest på erhvervede immaterielle anlægsaktiver, såfremt der er indikationer for værdifald. Nedskrivningstesten foretages for hvert enkelt aktiv henholdsvis gruppe af aktiver. Aktiverne nedskrives til det højeste af aktivets eller aktivgruppens kapitalværdi og nettosalgspris (genindvindingsværdi), såfremt denne er lavere end den regnskabsmæssige værdi.

Materielle anlægsaktiver

Materielle anlægsaktiver omfatter andre anlæg, driftsmateriel og inventar. Materielle anlægsaktiver måles til kostpris med fradrag af akkumulerede af- og nedskrivninger.



Anvendt regnskabspraksis - fortsat

Der foretages nedskrivningstest på materielle anlægsaktiver, såfremt der er indikationer for værdifald. Nedskrivningstesten foretages for hvert enkelt aktiv henholdsvis gruppe af aktiver. Aktiverne nedskrives til det højeste af aktivets eller aktivgruppens kapitalværdi og nettosalgspris (genindvindingsværdi), såfremt denne er lavere end den regnskabsmæssige værdi.

Varebeholdninger

Varebeholdninger måles til kostpris på grundlag af FIFO-princippet eller til nettorealiseringsværdi, hvis denne er lavere.

Tilgodehavender

Tilgodehavender måles til amortiseret kostpris, der sædvanligvis svarer til nominel værdi. Værdien reduceres med nedskrivninger til imødegåelse af forventede tab.

Egenkapital

Udbytte, som foreslås udbetalt for regnskabsåret, præsenteres som en særskilt post under egenkapitalen.

Pengestrømsopgørelsen

Pengestrømsopgørelsen viser virksomhedens pengestrømme for året, årets forskydning i likvider samt selskabets likvider ved årets begyndelse og slutning.

Pengestrømme fra driftsaktivitet præsenteres indirekte og opgøres som årets resultat reguleret for ikke-kontante driftsposter, ændring i driftskapitalen, betalte finansielle og ekstraordinære poster.

Pengestrømme fra investeringsaktivitet omfatter betalinger i forbindelse med køb og salg af anlægsaktiver.

Pengestrømme fra finansieringsaktivitet omfatter udbyttebetalinger til interessenter, kapitalforhøjelser og -nedsættelser.

Likvider omfatter likvide beholdninger.



Resultatopgørelse

1. januar - 31. december

	Note	2014 t.kr.	2013 t.kr.
Nettoomsætning	2	178.916	163.710
Andre driftsindtægter		0	175
Omkostninger til råvarer og hjælpematerialer		182	106
Andre eksterne omkostninger		<u>51.608</u>	<u>61.948</u>
Bruttofortjeneste		127.126	101.831
Personaleomkostninger	3	59.065	50.750
Af- og nedskrivninger af immaterielle og materielle anlægsaktiver	4	<u>2.073</u>	<u>2.675</u>
Resultat før finansielle poster		65.988	48.406
Andre finansielle indtægter		601	611
Andre finansielle omkostninger		<u>122</u>	<u>37</u>
Årets resultat		<u><u>66.467</u></u>	<u><u>48.980</u></u>
Resultatdisponering			
Det disponible beløb udgør:			
Overført fra tidligere år		28.980	32.545
Årets bevægelser på overført resultat, jf. side 19		-28.980	-32.545
Årets resultat		<u>66.467</u>	<u>48.980</u>
Til disposition		<u><u>66.467</u></u>	<u><u>48.980</u></u>
foreslås af bestyrelsen disponeret således:			
Udbytte for regnskabsåret		46.467	28.980
Henlagt til forskningspulje		<u>20.000</u>	<u>20.000</u>
Disponeret		<u><u>66.467</u></u>	<u><u>48.980</u></u>



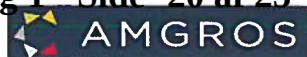
Balance
pr. 31. december

	Note	2014 t.kr.	2013 t.kr.
Aktiver			
Anlægsaktiver			
Færdiggjorte udviklingsprojekter	5	3.604	2.182
Udviklingsprojekter under udførelse		<u>642</u>	<u>45.199</u>
Immaterielle anlægsaktiver		<u>4.246</u>	<u>47.381</u>
Indretning af lejede lokaler		1.420	1.592
Andre anlæg, driftsmateriel og inventar		<u>308</u>	<u>0</u>
Materielle anlægsaktiver	6	<u>1.728</u>	<u>1.592</u>
Anlægsaktiver i alt		<u>5.974</u>	<u>48.973</u>
Omsætningsaktiver			
Fremstillede færdigvarer og handelsvarer		<u>6.976</u>	<u>8.809</u>
Varebeholdninger		<u>6.976</u>	<u>8.809</u>
Tilgodehavender fra salg og tjenesteydelser		646.856	822.219
Andre tilgodehavender		36.614	1.857
Periodeafgrænsningsposter		<u>489</u>	<u>882</u>
Tilgodehavender		<u>683.959</u>	<u>824.958</u>
Likvide beholdninger		<u>432.350</u>	<u>290.490</u>
Omsætningsaktiver i alt		<u>1.123.285</u>	<u>1.124.257</u>
Aktiver i alt		<u>1.129.259</u>	<u>1.173.230</u>



Balance
pr. 31. december

	Note	2014 t.kr.	2013 t.kr.
Passiver			
Egenkapital			
Interessentskabskapital		79.940	79.940
Foreslået overført til forskningspulje		20.000	20.000
Foreslået udbytte for regnskabsåret		<u>46.467</u>	<u>28.980</u>
Egenkapital i alt	7	<u>146.407</u>	<u>128.920</u>
Gældsforpligtelser			
Leverandører af varer og tjenesteydelser		945.360	992.283
Anden gæld		<u>37.492</u>	<u>52.027</u>
Kortfristede gældsforpligtelser		<u>982.852</u>	<u>1.044.310</u>
Gældsforpligtelser i alt		<u>982.852</u>	<u>1.044.310</u>
Passiver i alt		<u>1.129.259</u>	<u>1.173.230</u>
Usikkerhed ved indregning og måling	1		
Sikkerhedsstillelser og eventualforpligtelser	8		
Andre økonomiske forpligtelser	9		
Nærtstående parter	10		
Honorar til interessentskabets valgte revisor	11		



Egenkapitalopgørelse

(t.kr.)	Interessent- skabskapital	Forskningspulje til fordeling	Foreslået udbytte	I alt
Saldo pr. 1/1 2013	79.940	20.000	32.545	132.485
Udloddet udbytte			-32.545	-32.545
Årets opskrivninger		-20.000		-20.000
Tilbageførsel af tidligere foretagne opskrivninger		20.000		20.000
Foreslået udbytte			28.980	28.980
Egenkapital pr. 1/1 2014	79.940	20.000	28.980	128.920
Udloddet udbytte			-28.980	-28.980
Uddeling forskningspulje		-20.000		-20.000
Overført til forskningspulje		20.000		20.000
Foreslået udbytte			46.467	46.467
Egenkapital pr. 31/12 2014	<u>79.940</u>	<u>20.000</u>	<u>46.467</u>	<u>146.407</u>



Pengestrømsopgørelse

	Note	2014 t.kr.	2013 t.kr.
Årets resultat		66.467	48.980
Reguleringer	12	53.499	2.101
Ændring i driftskapital	13	<u>81.374</u>	<u>208.669</u>
Pengestrømme fra driftsaktiviteten før finansielle poster		201.340	259.750
Renteindbetalinger		601	611
Renteudbetalinger		<u>-122</u>	<u>-37</u>
Pengestrømme fra driftsaktiviteten		<u>201.819</u>	<u>260.324</u>
Køb af immaterielle anlægsaktiver		-10.643	-17.061
Køb af materielle anlægsaktiver		<u>-336</u>	<u>-1.649</u>
Pengestrømme fra investeringsaktiviteten		<u>-10.979</u>	<u>-18.710</u>
Interessenterne:			
Udbetalt forskningspulje		-20.000	-20.000
Udbetalt udbytte		<u>-28.980</u>	<u>-32.545</u>
Pengestrømme fra finansieringsaktiviteten		<u>-48.980</u>	<u>-52.545</u>
Årets pengestrøm		<u><u>141.860</u></u>	<u><u>189.069</u></u>
Likvide beholdninger			
Likvide beholdninger pr. 1/1 2014		290.490	101.421
Årets pengestrøm		<u>141.860</u>	<u>189.069</u>
Likvide beholdninger pr. 31/12 2014		<u><u>432.350</u></u>	<u><u>290.490</u></u>



Noter

	2014 t.kr.	2013 t.kr.

Note 1. Usikkerhed ved indregning og måling

I 2014 hævede Amgros kontrakten med leverandøren af APOTO systemet. Som følge heraf er der indledt en voldgiftssag mellem parterne. Der er i balancen optaget tilgodehavende vedrørende krav rejst mod leverandøren, værdien heraf er skønsmæssigt opgjort. Erstatningens størrelse fastlægges af voldgiftsretten, forventeligt i 2016, og indtil da er der usikkerhed om størrelsen af den forventede erstatning.

	2014 t.kr.	2013 t.kr.

Note 2. Nettoomsætning

Bruttoomsætning for medicin fordelt på markeder:

Region Hovedstaden	2.756.441	2.618.506
Region Midtjylland	1.615.721	1.487.744
Region Syddanmark	1.448.485	1.325.537
Region Sjælland	796.490	695.529
Region Nordjylland	<u>509.224</u>	<u>462.305</u>
Bruttoomsætning i alt	<u><u>7.126.361</u></u>	<u><u>6.589.621</u></u>

Bruttoomsætningens fordeling på aktiviteter:

Medicin	7.126.361	6.589.621
Høreapparater	150.511	130.434
Øvrige	<u>366</u>	<u>423</u>
Bruttoomsætning i alt	<u><u>7.277.238</u></u>	<u><u>6.720.478</u></u>

Interessentskabets andel af nettoomsætning er opgjort således:

Bruttoomsætning	7.277.238	6.720.478
Omkostninger til råvarer og hjælpematerialer	<u>7.098.322</u>	<u>6.556.768</u>
Nettoomsætning i alt	<u><u>178.916</u></u>	<u><u>163.710</u></u>

Note 3. Personaleomkostninger

Personaleomkostninger er opgjort således:

Lønninger og gager	48.650	41.428
Pensionsomkostninger	8.450	7.462
Andre omkostninger til social sikring	548	491
Andre personaleomkostninger	<u>1.417</u>	<u>1.369</u>
	<u><u>59.065</u></u>	<u><u>50.750</u></u>



Noter

Note 3. Personaleomkostninger - fortsat

Lønninger og vederlag til bestyrelse og direktion	<u>1.817.619</u>	<u>1.780.486</u>
Gennemsnitligt antal medarbejdere	<u>80</u>	<u>72</u>

Note 4. Af- og nedskrivninger af immaterielle og materielle anlægsaktiver

Færdiggjorte udviklingsprojekter	1.873	2.398
Indretning af lejede lokaler	0	57
Andre anlæg, driftsmateriel og inventar	<u>200</u>	<u>220</u>
	<u>2.073</u>	<u>2.675</u>

Note 5. Immaterielle anlægsaktiver

(t.kr.)	Færdiggjorte udviklings- projekter	Udviklings- projekter under udførelse	I alt
Kostpris			
Saldo pr. 1/1 2014	47.843	45.199	93.042
Tilgang i årets løb	3.295	7.348	10.643
Afgang i årets løb	<u>21.754</u>	<u>51.905</u>	<u>73.659</u>
Kostpris pr. 31/12 2014	<u>29.384</u>	<u>642</u>	<u>30.026</u>
Af- og nedskrivninger			
Saldo pr. 1/1 2014	45.661	0	45.661
Årets afskrivninger	1.873	0	1.873
Årets af- og nedskrivninger på afhændede og udrangerede aktiver	<u>21.754</u>	<u>0</u>	<u>21.754</u>
Af- og nedskrivninger pr. 31/12 2014	<u>25.780</u>	<u>0</u>	<u>25.780</u>
Regnskabsmæssig værdi pr. 31/12 2014	<u>3.604</u>	<u>642</u>	<u>4.246</u>



Noter

Note 6. Materielle anlægsaktiver

(t.kr.)	Indretning af lejede lokaler	Andre anlæg, driftsmateriel og inventar	I alt
Kostpris			
Saldo pr. 1/1 2014	1.649	1.196	2.845
Tilgang i årets løb	0	336	336
Afgang i årets løb	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Kostpris pr. 31/12 2014	<u>1.649</u>	<u>1.532</u>	<u>3.181</u>
Af- og nedskrivninger			
Saldo pr. 1/1 2014	57	1.196	1.253
Årets afskrivninger	<u>172</u>	<u>28</u>	<u>200</u>
Af- og nedskrivninger pr. 31/12 2014	<u>229</u>	<u>1.224</u>	<u>1.453</u>
Regnskabsmæssig værdi pr. 31/12 2014	<u>1.420</u>	<u>308</u>	<u>1.728</u>

31/12 2014
t.kr.

31/12 2013
t.kr.

Note 7. Interessentskabskapital

Interessentskabskapitalen, t.kr. 79.940, sammensættes således:

Region Hovedstaden	30.960	30.960
Region Midtjylland	17.838	17.838
Region Syddanmark	16.307	16.307
Region Sjælland	8.754	8.754
Region Nordjylland	<u>6.081</u>	<u>6.081</u>
	<u>79.940</u>	<u>79.940</u>

Interessentskabskapitalen har udviklet sig således de seneste 5 år:

	2014 t.kr.	2013 t.kr.	2012 t.kr.	2011 t.kr.	2010 t.kr.
Pr. 1/1	79.940	79.940	54.940	13.893	13.573
Kapitalforhøjelse	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>25.000</u>	<u>41.047</u>	<u>320</u>
Pr. 31/12	<u>79.940</u>	<u>79.940</u>	<u>79.940</u>	<u>54.940</u>	<u>13.893</u>

Note 8. Sikkerhedsstillelser og eventualforpligtelser

Der er ingen sikkerhedsstillelser og eventualforpligtelser pr. 31. december 2014.

Noter

	31/12 2014 t.kr.	31/12 2013 t.kr.
Note 9. Andre økonomiske forpligtelser		
Huslejeforpligtelser vedrørende opsigelsesperiode jf. kontrakt udgør:	<u>40.270</u>	<u>43.877</u>
Note 10. Nærtstående parter		
Nærtstående parter med bestemmende indflydelse omfatter interessenter som følge af deres indskudte interessentskabskapital.		
Note 11. Honorar til interessentskabets valgte revisor		
Honorar for lovpligtig revision	89	87
Honorar for andre ydelser	<u>54</u>	<u>42</u>
	<u>143</u>	<u>129</u>
Note 12. Reguleringer, pengestrømsopgørelsen		
Afskrivninger	2.073	2.675
Finansielle indtægter	-601	-611
Finansielle omkostninger	122	37
Tilbageførsel immaterielle anlægsaktiver	<u>51.905</u>	<u>0</u>
Reguleringer i alt	<u>53.499</u>	<u>2.101</u>
Note 13. Ændring i driftskapital, pengestrømsopgørelsen		
Forskydninger i tilgodehavender	140.999	-59.309
Forskydninger i varebeholdninger	1.833	-4.305
Forskydninger i gæld til leverandører	-46.923	236.559
Forskydninger i anden gæld	<u>-14.535</u>	<u>35.724</u>
Ændring i driftskapital i alt	<u>81.374</u>	<u>208.669</u>

Udlodning af overskud vil blive fordelt efter lægemiddelomsætningen i Amgros i 2014 med fradrag for andel af forskningspuljen fordelt efter bloktilskudsnøglen:

Sygehusapotek	Omsætning i kr.	Omsætning fordelt i procent	Udlodning i kr.	Andel af Forskringspuljen - fordelt efter bloktilskuds-nøglen for sundhed	Udbytte efter henlæggelse til den af "Uafhængig forskringspulje"
Region Nordjylland	509.223.777	7,15	4.749.525	2.082.000	2.667.525
Region Midtjylland	1.615.721.322	22,67	15.069.818	4.270.000	10.799.818
Region Syddanmark	1.448.484.416	20,33	13.510.000	4.304.000	9.206.000
Region Sjælland	796.490.285	11,18	7.428.857	3.038.000	4.390.857
Region Hovedstaden	2.756.441.126	38,68	25.709.300	6.306.000	19.403.300
Samlet lægemiddelomsætning i Amgros i kr.	7.126.360.925	100,00	66.467.501	20.000.000	46.467.501
Samlet overskud i år 2014 i kr.	66.467.501				
Udlodning til den "Uafhængige forskningspulje"	20.000.000				
Udlodning til regionerne	46.467.501				

Med hjemmel i § 78, stk. 3, i sundhedsloven er der med virkning fra 1. januar 2007 mellem

Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland

med forbehold af indenrigs- og sundhedsministerens godkendelse indgået følgende

I N T E R E S S E N T S K A B S K O N T R A K T

om

AMGROS I/S

1.	NAVN OG HJEMSTED	3
2.	FORMÅL	3
3.	EJERFORHOLD.....	4
4.	INTERESSENTSKABSKAPITAL	4
5.	OVERSKUD OG UNDERSKUD.....	5
6.	HÆFTELSE	5
7.	KONKRETE LEVERINGER OG MELLEMRREGNINGSKONTO	6
8.	BESTYRELSENS SAMMENSÆTNING	6
9.	FAGUDVALG OG RÅDGIVNINGSGRUPPER	7
10.	BESTYRELSENS KONSTITUTION OG OPGAVER	7
11.	DIREKTION	8
12.	TEGNINGSFORHOLD	9
13.	REGNSKAB, REVISION OG BUDGET.....	9
14.	UDTRÆDEN.....	10
15.	LIKVIDATION AF INTERESSENTSKABET	10
16.	TVISTER	11
17.	UNDERSKRIFT	11

1. NAVN OG HJEMSTED

- 1.1 Interessentskabets navn er Amgros.
- 1.2 Interessentskabets hjemsted er Københavns Kommune.

2. FORMÅL

- 2.1 Interessentskabets formål er inden for rammerne af sundhedslovens § 78, stk. 3, at drive indkøbsvirksomhed indenfor sundhedsområdet med henblik på videresalg til dets interessenter og andre offentlige myndigheder eller offentlige organer. Interessentskabet sælger ikke til private personer eller virksomheder, medmindre der er tale om indkøb af private til brug for behandling af offentligt betalte patienter i privat regi.
- 2.2 Indkøb vil kunne ske til brug for opfyldelse og løsning af interessenternes opgaver af sundhedsmæssig karakter eller til brug for andre offentlige myndigheders eller offentlige organers opgaver af sundhedsmæssig karakter.
- 2.3 Interessentskabet vil kunne være formidler af et samarbejde om produktion af og samhandel med sygehusapotekernes egne farmaceutiske produkter, andre varer og tjenesteydelser.
- 2.4 Interessentskabet kan rådgive, herunder via uddannelsesaktiviteter og konsulentvirksomhed, og bistå interessenterne med administrative opgaver - eventuelt i form af sekretariatsbistand - i forbindelse med indkøb til sundhedsområdet, tilvejebringelse af de fornødne godkendelser og registreringer og eventuelt varetage funktionen som indehaver af registreringsretten.
- 2.5 Interessentskabet kan udvikle, administrere og drive it-systemer, anden former for it-logistik og it-fællesskaber, inklusive hjemmesider, til og for interessenternes sygehusapoteker til brug for udførelse af deres sundhedsmæssige opgaver, herunder administration af indkøb via Amgros I/S.
- 2.6 Interessentskabet kan varetage formidlingsopgaver over for interessenterne/deres sygehusapoteker i relation til distribution, logistik, indkøb, udbud og handel, som er af relevans på det sundhedsmæssige område, navnlig med henblik på udvikling og optimering på dette område.
- 2.7 Interessentskabet kan varetage sekretariatsopgaver for alle interessenternes sygehusapoteker og sammenslutninger af sygehusapotekerne, såfremt disse opgaver har et sundhedsmæssigt formål, herunder formidling af fælles budskaber. Ligele-

des kan interessentskabet for sygehusapotekerne varetage og indgå i fælles udviklingsprojekter, som knytter sig til opgaver, som er nævnt under punkt 2.1-2.6.

3. EJERFORHOLD

- 3.1 Interessentskabet ejes af interessenterne i forhold til deres andel af interessentkapitalen.

4. INTERESSENTSKABSKAPITAL

- 4.1 Interessentskabskapitalen udgør kr. 13.572.500, idet hver region har indskudt kr. 2,50 pr. indbygger ud fra de af Danmarks statistik opgjorte indbyggertal pr. 1. januar 2006¹.

- 4.2 Interessenterne har på baggrund af punkt 4.1 foretaget følgende indskud:

Region Hovedstaden	kr. 4.085.000,-
Region Sjælland	kr. 2.030.000,-
Region Syddanmark	kr. 2.965.000,-
Region Midtjylland	kr. 3.050.000,-
Region Nordjylland	kr. 1.442.500,-

- 4.3 Interessentskabskapitalen tilvejebringes ved, at interessenterne den 1. januar 2007 indskyder deres ejerandel fra det tidligere Amgros I/S. For regioner, hvis apportindskud er mindre end kapitalindskuddene nævnt i punkt 4.2, er der foretaget supplerende kontante indskud ved, at den andel af overskuddet for regnskabsåret 2006 i det tidligere Amgros I/S, som tilkommer de relevante regioner, ikke er blevet udbetalt. Yderligere forskelle mellem de enkelte regioners apportindskud og andel af interessentskabskapitalen i punkt 4.2, herunder differencer i regionernes favør, reguleres i første halvdel af 2007 ved kontante henholdsvis ind- og udbetalinger til og fra det nuværende Amgros I/S.

- 4.4 Interessenterne er forpligtet til, efter beslutning truffet efter reglerne i punkt 10.7, med 8 ugers varsel at foretage kontante kapitalindskud. Fordelingen heraf sker i forhold til den af interessenterne indskudte kapital.

¹ Indbyggertallene er ifølge Danmarks Statistik den 1. januar 2006 følgende:

Hovedstaden	1.634.000
Sjælland	812.000
Syddanmark	1.186.000
Midtjylland	1.220.000
Nordjylland	577.000

- 4.5 Fordelingen af kapitalindskuddene kan, såfremt der sker væsentlige ændringer i antallet af indbyggere, ændres ved interessenternes beslutning efter reglerne i punkt 10.7 og 10.8. Ændringer i kapitalindskuddene sker ved kontante ind- og udbetalinger.
- 4.6 Ingen af interessenterne er, medmindre de øvrige interessenter og Indenrigs- og Sundhedsministeriet godkender det, berettiget til at disponere over ejerandelene, kapitalindskuddene og øvrige indeståender på kapitalkontiene, herunder ved overdragelse og pantsætning.

5. OVERSKUD OG UNDERSKUD

- 5.1 Med henblik på udviklingen af Amgros I/S skal interessenterne hvert regnskabsår efter indstilling fra bestyrelsen træffe beslutning om, hvorvidt der skal ske udbetaling af overskud. Bestyrelsen kan tillige foreslå hensættelser til planlagte tiltag. Interessenternes beslutning om udbetaling af overskud og hensættelser skal træffes efter reglerne i punkt 10.7 og 10.8 om godkendelse af regnskab.
- 5.2 Overskud og underskud fordeles mellem interessenterne i forhold til den enkelte interessents andel i regnskabsårets omsætning.
- 5.3 Andel af overskud udbetales, når interessenterne har godkendt regnskabet.
- 5.4 Andel af underskud skal indbetales af interessenterne på anfordring.
- 5.5 Eventuelle hensættelser bogføres på interessenternes kapitalkonti i et forhold svarende til det forhold, som overskud udbetales i eller skulle have været udbetalt i, såfremt der var sket udbetaling i stedet for hensættelse, jf. punkt 5.2.

6. HÆFTELSE

- 6.1 Interessenterne hæfter direkte og solidarisk for interessentskabets forpligtelser.
- 6.2 I det indbyrdes forhold hæfter interessenterne i forhold til deres andel af omsætningen i det pågældende regnskabsår.

7. KONKRETE LEVERINGER OG MELLEMRGNINGSKONTO

- 7.1 Der indgås konkrete aftaler mellem interessentskabet og de enkelte regioner om leverings- og betalingsbetingelser for indkøb m.v. gennem Amgros I/S.
- 7.2 Såfremt der opstår likviditetsmæssige mellemværender mellem interessentskabet og en interessent, føres sådanne mellemværender på en mellemregningskonto, der forrentes med 2 procent over Nationalbankens diskonto i det omfang et sådant mellemværende overstiger interessentens indestående på dennes kapitalkonto, idet der dog herved ikke tages hensyn til interessentskabskapitalen i punkt 4.2.
- 7.3 Interessentskabet kan for forsinkede betalinger og forrentning efter punkt 7.2 foretage modregning, førend overskud udbetales til de respektive interessenter.

8. BESTYRELSENS SAMMENSÆTNING

- 8.1 Interessentskabet ledes af en bestyrelse på i alt 5 medlemmer. Hvert regionsråd udpeger blandt dets medlemmer ét bestyrelsesmedlem. Udpegning sker efter indstilling fra foreningen Danske Regioners bestyrelse. Regionsrådene er ikke forpligtede til at udpege bestyrelsesmedlemmerne blandt de indstillede.
- 8.2 Samtidig udpeger hvert regionsråd blandt dets medlemmer én stedfortræder, der giver møde ved det af regionsrådets udpegede medlems forfald. Udpegning sker efter indstilling fra foreningen Danske Regioners bestyrelse. Regionsrådene er ikke forpligtede til at udpege stedfortræderne blandt de indstillede.
- 8.3 Udpegelsen af bestyrelsesmedlemmer og stedfortrædere sker for regionsrådenes valgperiode, dog således at bestyrelsen eller de enkelte bestyrelsesmedlemmer om nødvendigt fungerer indtil en ny bestyrelse eller et nyt bestyrelsesmedlem er valgt.
- 8.4 Hvert bestyrelsesmedlem kan forud for hvert bestyrelsesmøde rådføre sig med en eller flere af regionsrådet udpeget embedsmand/-mænd for at opnå faglige input.
- 8.5 Bestyrelsens medlemmer modtager diæter og erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, jf. § 16 a, i lov om kommuners styrelse. Beslutning om, at bestyrelsens medlemmer i stedet for diæter og erstatning for tabt arbejdsfortjeneste modtager et honorar for bestyrelsesarbejdet, træffes af interessenterne, jf. punkt 10.7. Beslutningen skal godkendes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

9. FAGUDVALG OG RÅDGIVNINGSGRUPPER

- 9.1 Der nedsættes et fagudvalg bestående af regionernes regionsdirektører og/eller sundhedsdirektører med henblik på, at disse i samarbejde med Amgros I/S kan tilrettelægge og udvikle regionernes sundhedsrelaterede indkøb.
- 9.2 Fagudvalg kan nedsættes ad hoc med medarbejdere fra interessenterne af den administrerende direktør. Disse fagudvalg samarbejder med Amgros I/S' medarbejdere i tilrettelæggelsen af udbudenes indhold, revision og den efterfølgende kontraktstyring. For hvert fagudvalg udfærdiger den administrerende direktør et kommissorium, hvori også fagudvalgets funktionsperiode fastsættes.
- 9.3 Til rådgivning af interessentskabet, herunder bestyrelse og direktion kan nedsættes en eller flere rådgivningsgrupper med en eller flere repræsentanter fra hver interessent eller repræsentanter fra kommunerne i relation til indkøb til kommunerne.

10. BESTYRELSENS KONSTITUTION OG OPGAVER

- 10.1 Bestyrelsen vælger en bestyrelsesformand og næstformand efter indstilling fra foreningen Danske Regioners bestyrelse. Bestyrelsen for Amgros I/S er ikke forpligtet til at følge indstillingen.
- 10.2 Bestyrelsen fastsætter selv sin forretningsorden.
- 10.3 Bestyrelsen skal sørge for en forsvarlig organisation af selskabets virksomhed. Bestyrelsen skal tage stilling til, om selskabets kapitalberedskab til enhver tid er forsvarligt i forhold til selskabets drift. Bestyrelsen skal påse, at bogføringen og formueforvaltningen kontrolleres på en efter selskabets forhold tilfredsstillende måde.
- 10.4 Der afholdes mindst 3 ordinære bestyrelsesmøder hvert år.
- 10.5 Ekstraordinært bestyrelsesmøde afholdes efter beslutning af bestyrelsen eller dennes formand, samt hvis det begæres af et bestyrelsesmedlem, revisor eller en af interessenterne. Møderne indkaldes af formanden med mindste 8 dages varsel og med angivelse af dagsordenen for mødet, jf. også punkt 10.10.
- 10.6 Bestyrelsen er beslutningsdygtig, såfremt mindst halvdelen af bestyrelsesmedlemmerne/stedfortræderne er til stede. Bestyrelsen træffer beslutning ved simpelt stemmeflertal blandt de tilstedeværende, idet hvert medlem har én stemme.

10.7 Beslutninger af de under punkt 1-3 nævnte karakter kan dog kun træffes, såfremt samtlige interessenter godkender beslutningen, jf. dog punkt 10.8:

1. Ændring af denne interessentskabskontrakt, herunder optagelse af nye interessenter, udvidelse af interessentskabskapitalen, ændret fordeling af kapitalindskud og beslutning om honorar til bestyrelsens medlemmer, jf. punkt 8.5.
2. Optagelse af lån, bortset fra kortvarige kreditter, overtagelse af garantiforpligtelser, erhvervelse, opførelse, afhændelse samt pantsætning af fast ejendom.
3. Godkendelse af regnskab.

10.8 Såfremt en interessent ikke godkender forslag som omhandlet i punkt 10.7, 1-3, behandles forslaget på ny af interessenterne, og forslaget er vedtaget, såfremt 4/5 af interessenterne stemmer herfor.

10.9 Ændringer af interessentskabskontrakten skal godkendes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

10.10 Et bestyrelsesmedlem kan i alle væsentlige sager forlange sagen behandlet på et nyt bestyrelsesmøde, der indkaldes med mindst 14 dages varsel. Dette gælder dog ikke, hvis sagens afgørelse ikke kan tåle udsættelse. Bestyrelsens flertal afgør, om der er tale om en væsentlig sag.

10.11 Der føres en protokol over bestyrelsesmøderne, hvor der indføres et referat af hvert enkelte møde, som underskrives af de samtlige tilstedeværende medlemmer. Referatet udsendes af formanden til samtlige bestyrelsesmedlemmer/stedfortrædere.

11. DIREKTION

11.1 Bestyrelsen ansætter og afskediger selskabets administrerende direktør, som ansætter og afskediger selskabets eget personale, herunder eventuel øvrig direktion.

11.2 Den administrerende direktør varetager den daglige ledelse af virksomheden i overensstemmelse med de af bestyrelsen meddelte retningslinjer og anvisninger. Den daglige ledelse omfatter ikke dispositioner, der efter virksomhedens forhold er af usædvanlig art eller stor betydning. Sådanne dispositioner kan den administrerende direktør kun foretage efter særlig bemyndigelse fra bestyrelsen, medmindre bestyrelsens beslutning ikke kan afventes uden væsentlig ulempe for virksomheden. Bestyrelsen skal i så fald snarest underrettes om den trufne disposition.

- 11.3 Den administrerende direktør skal sørge for, at bogføringen foregår i overensstemmelse med lovgivningens regler herom, og at formueforvaltningen foregår på betryggende måde.
- 11.4 Den administrerende direktør har ret til at være til stede ved og udtale sig ved bestyrelsens møder, medmindre bestyrelsen i det enkelte tilfælde træffer anden beslutning. Den administrerende direktør har ret til at medtage andre ansatte eller rådgivere til konkrete dagsordenspunkter, såfremt han skønner dette nødvendigt.

12. TEGNINGSFORHOLD

- 12.1 Selskabet tegnes af den samlede bestyrelse, af bestyrelsens formand eller af den administrerende direktør.

13. REGNSKAB, REVISION OG BUDGET

- 13.1 Interessentskabets regnskabsår er kalenderåret.
- 13.2 Årsregnskabet skal opstilles på en overskuelig måde og i øvrigt udarbejdes efter de principper i lovgivningen, som ville finde anvendelse, hvis selskabet var et aktieselskab.
- 13.3 Årsregnskabet udarbejdes og underskrives af bestyrelse og direktion.
- 13.4 Interessentskabets regnskab revideres af en af bestyrelsen valgt sagkyndig revisor, som opfylder lovgivningens krav til at kunne varetage revisionen af et regionalt regnskab.
- 13.5 Årsregnskabet med revisionsbemærkninger tillige med bestyrelsens afgørelser i forbindelse hermed fremsendes til interessenterne godkendelse senest 1. maj i det følgende år.
- 13.6 Bestyrelsen udarbejder og vedtager årligt budget og budgetoverslag for kommende år, som tilsendes interessenterne til orientering senest den 20. september forud for det år, budgettet dækker. For regnskabsåret 2007 fremsendes budget og budgetoverslag efter nærmere aftale med interessenterne.

14. UDTRÆDEN

- 14.1 Enhver af interessenterne er berettiget til med 12 måneders varsel den 31. december at opsige sin deltagelse i interessentskabet. Varslet kan dog forkortes, såfremt samtlige øvrige interessenter godkender det.
- 14.2 Ved udtræden opgøres hver af interessenterne kapitalkonto pr. udtrædelsesdatoen. Såfremt interessentskabets beholdne formue ikke svarer til summen af interessenternes kapitalkonti, antages den beholdne formue at ejes af interessenterne i samme forhold som forholdet mellem deres kapitalkonti.
- 14.3 Saldoen på en udtrædende interessents kapitalkonto pr. udtrædelsesdatoen, eventuel korrigeret som foreskrevet i punkt 14.2, udlignes kontant til endelig afgørelse af kapitalmellemværender mellem den udtrædende interessent og interessentskabet inden 1 måned fra udtræden. Inden samme frist udlignes tillige en eventuel mellemregningskonto, jf. punkt 7.
- 14.4 I det indbyrdes forhold udtræder interessenten pr. udtrædelsesdatoen af bestående kontraktlige forpligtelser, som herefter videreføres af de øvrige interessenter. Den udtrædende interessent frigøres ikke i det indbyrdes forhold for eventuel hæftelse for erstatningskrav mod interessentskabet/interessenterne, som vedrører tiden før udtræden fandt sted.

15. LIKVIDATION AF INTERESSENTSKABET

- 15.1 Beslutning om interessentskabets likvidation (opløsning) træffes af interessenterne i enighed.
- 15.2 Til at foretage likvidationen vælger bestyrelsen en eller flere likvidatorer.
- 15.3 Likvidationen foretages efter reglerne i aktieselskabsloven med de fornødne tilpasninger som følger af interessentskabets forhold og denne interessentskabskontrakt.
- 15.4 Likvidationsprovenuets fordeles mellem interessenterne i et forhold svarende til forholdet mellem kapitalkontiene på opløsningsdatoen. Såfremt likvidationsprovenuets er negativt, er interessenterne forpligtede til inden 1 måned efter opløsningsdatoen at betale deres tilsvarende.
- 15.5 Forinden et positivt likvidationsprovenu fordeles, skal de fornødne beløb afsættes til imødegåelse af interessentskabet påhvillende forpligtelser.

16. TVISTER

- 16.1 Retsforholdet ifølge denne kontrakt og dens fortolkning afgøres efter dansk ret.
- 16.2 Tvister mellem interessenterne bør så vidt muligt søges løst ved mægling, og om nødvendigt ved domstolene.

17. UNDERSKRIFT

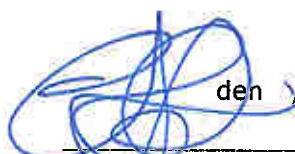
- 17.1 Denne kontrakt er underskrevet i 5 ligelydende eksemplarer, hvoraf hver af interessenterne modtager ét.

 den 28 / 4 2007

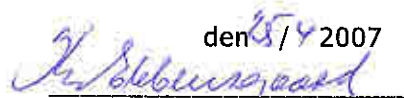
Region Nordjylland

 den 28 / 4 2007

Region Midtjylland

 den 28 / 4 2007

Region Syddanmark

 den 28 / 4 2007

Region Sjælland

den 13 / 4 2007


Region Hovedstaden

Standardiseret økonomiopfølgning 1. kvartal 2015

Standardiseret oversigt til indberetning på driftsvirksomhed

Nettodriftsvirksomhed - udgiftsbaseret	Oprindeligt budget, inkl. aftalte korrektioner	Forbrug pr. 31. marts	Fremskrevet forbrug	Forventet årsresultat
	(hele mio. kr.)	(hele mio. kr.)	(hele mio. kr.)	(hele mio. kr.)
1 Sundhed, ekskl. fkt. 1.80.60	33.188	7.658	33.676	33.188
1.10 Sygehusvæsen	23.955	5.944	23.775	23.756
1.20 Sygesikring m.v. (ekskl. 1.20.12 Medicin)	4.947	895	5.661	4.990
1.20.12 Medicin	1.390	255	1.604	1.550
1.60 Diverse udgifter og indtægter	2.276	564	2.636	2.276
1.70 Andel af fælles formål og administration	620	0	0	617
3 Regional udvikling, ekskl. fkt. 3.80.70	952	238	733	952
3.70 Andel af fælles formål og administration	18	0	0	18

Kommentar til indberetning på driftsvirksomhed

	Afvielser mellem oprindeligt budget og forventet årsresultat
1 Sundhed, ekskl. fkt. 1.80.60	På sundhedsområdet forventes under ét rammeoverholdelse efter, at der er foretaget besparelser og dispositionsbegrænsninger på i alt 190 mio. kr. Ved starten af 2015 forventedes på sundhedsområdet et udgiftspres på 190 mio. kr., især som følge af større udgifter til sygesikringsmedicin end budgetteret. Det bemærkes, at der er budgetteret i overensstemmelse med økonomiaftalen for 2015. På den baggrund har Regionsrådet i april måned besluttet besparelser og dispositionsbegrænsninger på 190 mio. kr.
3 Regional udvikling, ekskl. fkt. 3.80.70	På regional udvikling forventes budgetoverholdelse.

Punkt nr. 4 - Standardiseret Økonomiopfølgning 31. Marts 2015
Bilag 1 - Side -2 af 2

Standardiseret oversigt til indberetning på anlægsvirksomhed

Bruttoanlægsudgifter	Oprindeligt budget, inkl. aftalte korrektioner	Udnyttet bevilling i sidste regnskabsår overført (genbevilget i) til nyt regnskabsår	Andre tillægsbevillinger	Korrigeret budget	Forbrug pr. 31. marts	Forventet årsresultat
	(hele mio. kr.)	(hele mio. kr.)	(hele mio. kr.)	(hele mio. kr.)	(hele mio. kr.)	(hele mio. kr.)
1 Sundhed	1.944	656	42	2.643	256	1.940
- heraf kvalitetsfundsprojekter	1.156	0	-4	1.152	136	1.152
3 Regional udvikling	0	0	0	0	0	0
4 Fælles formål og administration	0	0	0	0	0	0

Kommentarer til indberetning på anlægsvirksomhed

	Afvielser mellem oprindeligt budget og forventet årsresultat
1 Sundhed	Det er vedrørende Sundhed (ekskl. kvalitetsfundsprojekter) forudsat, at der sker overførsler ud af året, så udgifterne svarer til oprindeligt budget.
- heraf kvalitetsfundsprojekter	Der forventes anlægsudgifter for 1.152 mio. kr.
3 Regional udvikling	
4 Fælles formål og administration	

REGION HOVEDSTADEN

Beretning nr. 6

(side 435 - 443)

Løbende revision 2014

Delberetning for regnskabsåret 2014

Indholdsfortegnelse	Side
1 INDLEDNING	435
2 REVISIONENS BEMÆRKNINGER	436
2.1 Generelt.....	436
2.2 Revisionens bemærkninger	436
2.3 Opfølgning på tidligere revisionsbemærkninger	436
3 LØBENDE REVISION, REVISIONSBESØG	437
3.1 Beholdningseftersyn og gennemgang af udvalgte balanceposter	438
3.2 Bogføring og bilagsbehandling	438
3.3 Beboermidler/patientmidler	439
3.4 Registrering af materielle anlægsaktiver	439
3.5 Journalaudits.....	440
3.6 Forretningsgange i Region Hovedstaden vedrørende eksterne projektmidler	440
3.7 Lagerkontrol.....	440
4 LØN- OG PERSONALEOMRÅDET	441
4.1 Forretningsgange og sagsrevision.....	441
4.2 Gennemgang af politikeres honorering 2013	441
5 GENNEMGANG AF DIREKTIONENS DRIFTSKONTI.....	443

Til

Regionsrådet i Region Hovedstaden

1 Indledning

I henhold til Lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab og revisionsregulativet for Region Hovedstaden afgives hermed beretning om revisionsarbejder vedrørende regnskabsår 2014 udført indtil 24. marts 2015.

Revisionen udføres ved stikprøver med det formål at vurdere og efterprøve, om interne forretningsgange og kontrolsystemer fungerer hensigtsmæssigt og betryggende. Endvidere vurderes og efterprøves det, om regionens dispositioner vedrørende regnskabsmæssige forhold m.v. er i overensstemmelse med regionsrådets bevillinger og øvrige beslutninger, love og andre forskrifter samt indgåede aftaler og sædvanlig praksis.

I forbindelse med revisionen vurderes, om udførelsen af regionsrådets beslutninger samt den øvrige forvaltning af regionens anliggender er varetaget på en økonomisk hensigtsmæssig måde.

Om revisionens tilrettelæggelse og udførelse samt ledelsens og revisors opgaver og ansvar henvises i øvrigt til vores beretning om tiltrædelse pr. 28. august 2013 (beretning nr. 1).

Revisionen i den anførte periode har omfattet de områder, der er omtalt i denne beretning.

Vi gør opmærksom på, at revisionen for regnskabsåret 2014 først er afsluttet, når vi har revideret årsregnskabet og har afgivet revisionsberetning herom.

2 Revisionens bemærkninger

2.1 Generelt

Revisionsbemærkninger, der skal behandles af regionsrådet og fremsendes til tilsynsmyndigheden, er anført under afsnit 2.2.

Vi har pligt til løbende at vurdere, om der skal skrives en revisionsbemærkning, hvis

- regnskabs poster ikke er i overensstemmelse med regionsrådets beslutninger
- der er handlet i strid med gældende love og bestemmelser
- lovligheden af en post eller disposition anses for tvivlsom
- der ved gennemgang af de etablerede forretningsgange konstateres væsentlige mangler i kontrolmæssig henseende, idet revisionen samtidig kan fremsætte forslag til forbedring af konstaterede mangler
- foreskrevne forretningsgange i øvrigt ikke er fulgt

2.2 Revisionens bemærkninger

Den udførte revision har ikke givet anledning til bemærkninger.

2.3 Opfølgning på tidligere revisionsbemærkninger

Ved revisionen har vi foretaget opfølgning på tidligere revisionsbemærkninger samt andre forhold omtalt i tidligere revisionsberetninger.

Der er ikke afgivet revisionsbemærkninger i den seneste revisionsberetning.

3 Løbende revision, revisionsbesøg

Vi har i perioden november og december 2014 foretaget revisionsbesøg ved følgende hospitaler og øvrige centrale og decentrale enheder:

- Region Hovedstadens Psykiatri, herunder
 - Orion, bolig og rehabiliteringstilbud
- Center for IT, Medico og Telefoni, IMT
- Bispebjerg Hospital
- Gentofte Hospital
- Herlev Hospital
- Bornholms Hospital
- Region Hovedstadens Apotek
- Den Præhospitale Virksomhed
- Rigshospitalet
- Glostrup Hospital
- Center for HR
- Nordsjællands Hospital
- Center for Sundhed
- Den Sociale Virksomhed, herunder
 - 3 kløveren
 - Nordsjællands Misbrugscenter
- Center for regional udvikling
- Hvidovre Hospital
- Center for økonomi

Ved besøgene har vi, hvor det er relevant, undersøgt følgende områder:

- Beholdningseftersyn og gennemgang af udvalgte balancekonti
- Bogføring og bilagsbehandling
- Behandling af beboermidler/patientmidler
- Registrering i anlægskartotek
- Forretningsgange omkring journalaudits
- Forretningsgange omkring lagerkontrol
- Decentral indberetning af løn
- Overordnet projektstyring

3.1 Beholdningseftersyn og gennemgang af udvalgte balanceposter

Vi har foretaget uanmeldt beholdningseftersyn hos Center for Økonomi den 15. december 2014 og hos øvrige enheder i perioden november og december 2014.

Det er påset, at væsentlige kontante beholdninger kan afstemmes til bogføringen, og at konti i pengeinstitutter er afstemt med de respektive pengeinstitutters noteringer under hensyntagen til indsætninger og udtræk, der på eftersynstidspunktet endnu ikke var registreret i pengeinstitutternes eller i regionens bogføring.

Vi har undersøgt, om den etablerede kassevirksomhed fungerer betryggende og følger reglerne for kassekontrol m.v., som beskrevet i kasse- og regnskabsregulativet.

Vi har endvidere vurderet de generelle forretningsgange for afstemning af balancekonti.

Afstemningsprocedurerne skal sikre, at balancens poster løbende bliver afstemt og udlignet, så der ikke opstår uafklarede mellemværender og differencer.

Vi har efterprøvet, om de enkelte afdelinger er ajour med afstemningsarbejdet på bankkonti og øvrige udvalgte konti.

Konklusion

Kontante beholdninger

Eftersynene har generelt bekræftet de kontante likvide midlers tilstedeværelse.

Der er dog konstateret kassedifferencer på Glostrup Hospital.

Hospitalet har oplyst, at der er sket tiltag til ændring af forholdene.

Afstemninger af bogførte beholdninger i pengeinstitutter og øvrige afstemninger.

Der har generelt været udarbejdet bedre afstemningsmateriale end ved foregående års revisionsbesøg. Herunder specielt forbedringer omkring afstemning af bankkonti.

Der er dog for øvrige afstemninger, herunder afstemning af tilgodehavender, set eksempler på mangelfulde afstemninger, og på en del konti konstateret poster af ældre dato, som burde være afklaret. Afstemningerne er i enkelte tilfælde ikke udarbejdet med skæring på det anmodede tidspunkt.

På nogle enheder var afstemningerne af mindre god kvalitet. De mangelfulde og manglende afstemninger kan primært henføres til følgende enheder:

- Glostrup Hospital
- Nordsjællands Hospital

3.2 Bogføring og bilagsbehandling

Det er undersøgt, om forretningsgangene vedrørende bilagsbehandling og bilagskontrol er hensigtsmæssige og betryggende og i overensstemmelse med bestemmelserne i kasse- og regnskabsregulativet.

Der er foretaget stikprøvevis gennemgang af bilag. Det er her blandt andet undersøgt, om:

- Bogføringen er sket på baggrund af faktisk bilag

- Bilaget er godkendt i overensstemmelse med gældende bestemmelser
- Bilaget er konteret korrekt i regionens kontoplan
- Bilaget er behandlet korrekt momsmæssigt

Konklusion

Der er generelt konstateret hensigtsmæssige forretningsgange omkring bogføringen og bilagsbehandlingen. Der er dog til enkelte enheder givet kommentarer til enkelte bilag omkring mangler i dokumentation eller fejl i kontering.

3.3 Beboermidler/patientmidler

Vi har foretaget gennemgang af forretningsgange for administration af beboermidler/ patientmidler på de enheder, som vi har besøgt, og hvor dette er relevant. Vi har endvidere efterprøvet forretningsgangene på udvalgte aktuelle poster.

Konklusion

Det er vores opfattelse, at der generelt er en god og sikker forretningsgang omkring administrationen af midlerne. Vi har givet enkelte enheder forslag til yderligere sikring både mod besvigelser, men også mod beskyldninger om besvigelser mod ansatte.

Dog er det ved besøget på en enkelt institution under Den Sociale Virksomhed konstateret, at forretningsgangene omkring administration af beboermidler ikke sker hensigtsmæssigt og betryggende, og dermed ikke lever op til Regionens centrale regler. Der bør tilrettelægges forretningsgange, der sikrer, at det altid er muligt at følge pengestrømmene i form af underskrevne og daterede boner, bilag mv. Det bør endvidere sikres, at administration af beboernes midler altid varetages af to medarbejdere i forening, således at ingen medarbejdere alene kan tilgå beboermidlerne.

3.4 Registrering af materielle anlægsaktiver

Vi har ved revisionsbesøg i regionen foretaget gennemgang af forretningsgangen for registrering af materielle anlægsaktiver.

Konklusion

Der er generelt konstateret gode forretningsgange omkring registrering af nye anskaffelser i anlægskartotek i overensstemmelse med gældende regnskabspraksis.

Det er dog samtidigt konstateret, at der ikke alle steder har været ført systematisk registrering af afgang eller foretaget løbende kontrol af tilstedeværelsen af eksisterende anlægsaktiver.

3.5 Journalaudits

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse beregner hvert år takster til brug for afregning af sygehusenes aktivitet. Som takstsystem anvendes DRG (Diagnose Relateret Gruppering) og DAGS (Dansk Ambulant GrupperingsSystem).

De enkelte hospitaler er forpligtet til at foretage stikprøver i grundlaget for indberetning i DRG ved gennemgang af journaler (journalaudits).

Vi har foretaget gennemgang af forretningsgangen omkring hospitalernes journalaudits, samt påsat dokumentation for den seneste regionale audit.

Konklusion

Gennemgangen af området har ikke givet anledning til kommentarer. Det vurderes, at hospitalerne følger regionens retningslinjer vedrørende journalaudits.

3.6 Forretningsgange i Region Hovedstaden vedrørende eksterne projektmidler

Ved de gennemførte besøg på hospitaler og øvrige virksomheder har vi foretaget en opfølgning på styringen og ledelsesmæssigt tilsyn med projekter.

Det er vores opfattelse, at der generelt er igangsat ledelsestilsyn med projekter, herunder budgettering i 2014.

Vi vil som anført i beretning nr. 5 af 22. december 2014 i forbindelse med den løbende revision for 2015 foretage opfølgning og stikprøvevis kontrol af implementeringen af de ændrede forretningsgange og efterlevelsen heraf på hospitaler og virksomheder, herunder igangsætning af controllingkonceptet.

3.7 Lagerkontrol

Vi har foretaget gennemgang af forretningsgange omkring lageroptælling og styring på Regionslagret og Apotekets lager.

Det er påsat, at der ikke konstateres væsentlige afvigelser ved lageroptællinger.

Konklusion

Det vurderes, at forretningsgangen for varelageroptællingen er hensigtsmæssig.

4 Løn- og personaleområdet

4.1 Forretningsgange og sagsrevision

Vi har foretaget stikprøvevis lønrevision. Lønrevisionen har til formål at sikre, at procedurerne omkring indberetning og udbetaling af løn fungerer betryggende.

Vores lønrevision tager afsæt i en vurdering af de arbejdsgange og interne kontroller, som har væsentlig betydning for løndannelsen både centralt og decentralt. På baggrund af denne vurdering har vi udvalgt lønsager til test af forretningsgangene.

I lønsagerne har vi bl.a. påset,

- at der foreligger underskrevet ansættelsesbrev,
- at lønindplaceringen, jf. ansættelsesbrevet, er i overensstemmelse med gældende overenskomst,
- at der er overensstemmelse mellem ansættelsesbrevet og den udbetalte løn,
- at der for udbetaling af særydelser foreligger dokumentation for den udbetalte ydelse,
- at den udbetalte særydelse er udbetalt med korrekt beløbssats.

Ved decentrale besøg har vi gennemgået forretningsgange for decentral indberetning samt foretaget efterprøvelse af disse.

Konklusion

Det er vores opfattelse, at regionens etablerede forretningsgange vedrørende lønadministrationen er betryggende. Det er dog konstateret, at der ikke i fuldt omfang sker gennemførelse af vedtagne interne kontroller, herunder at der ikke er et ledelsestilsyn, som sikrer dette.

Vi har ikke fundet væsentlige fejl eller mangler i de gennemgåede stikprøver. Der er dog set eksempler på mangler i dokumentation i sagerne, som er efterspurgt hos Center for HR.

Ved den decentrale lønindberetning er der generelt set hensigtsmæssige forretningsgange og interne kontroller. Der er dog enkelte steder konstateret mangler i tilsynet med indberetningen af vagtplaner mm. for de medarbejdere, som forestår indberetningen i it-systemerne.

Det skal anbefales, at der sikres fornøden dokumentation i sagerne og sikres overholdelse af vedtaget kontrolniveau.

4.2 Gennemgang af politikeres honorering 2013

Efter anmodning fra Revisionsudvalget har vi foretaget revision af udbetalt vederlag til samtlige medlemmer af Regionsrådet for 2013.

Gennemgangen har endvidere omfattet en stikprøve i udbetaling af variable ydelser f. eks. fraværsgodtgørelse, befordringsgodtgørelse, taxakørsel, broafgift m.v.

Fraværsgodtgørelse udbetales primært for møder m.v. uden overnatning på baggrund af positive udgifter.

Beløbet skal reduceres med 15 % for fri morgenmad, 30 % for fri frokost og 30 % for fri aftensmad.

Konklusion

Faste vederlag

Det er konstateret, at der generelt er udbetalt korrekt vederlag.

Der er dog konstateret, at enkelte reguleringer for 2012 ikke er behandlet helt korrekt. Derudover er der konstateret enkelte mindre fejl vedr. 2013.

Fraværsgodtgørelse og øvrige variable ydelser

I henhold til gældende bestemmelser har Regionsrådet en forpligtelse til at tilrettelægge administrationen af udbetaling af fraværsgodtgørelse m.v., således at det sikres, at der ikke udbetales godtgørelser til medlemmer, der ikke positivt har haft udgifter. Det kan efter gældende bestemmelser ske i form af en erklæring fra medlemmet om, at medlemmet har haft positive udgifter i forbindelse med fraværet.

Vederlagsregulativ for Region Hovedstaden indeholder ovennævnte betingelser, og det er endvidere oplyst, at medlemmet af Regionsrådet indestår herfor ved sin påtegning på anmodningen om godtgørelse.

I marts måned 2013 har regionen ibrugtaget it-systemet Symfoni til indberetning af variable ydelser for regionsrådsmedlemmer. Der foreligger således ikke længere en underskrevet blanket fra det enkelte medlem, når der anmodes om udbetaling af variable ydelser. Dette sker alene ved indberetning til Symfoni.

Vi vil i 2015 følge op på, hvorledes der foretages stikprøvekontroller m.m. i dokumentationsmaterialet for fraværsgodtgørelse og yderligere variable ydelser.

5 Gennemgang af Direktionens driftskonti

Vi har i 2014 gennemgået driftskonti for Rigshospitalets Direktion. Gennemgangen har omfattet posteringer vedrørende en række relevante konti.

Der blev i bilagene konstateret eksempler på mangler omkring angivelse af formål, modtagere, deltagere mv.

Region Hovedstaden har efterfølgende indhentet yderligere materiale, der, efter det oplyste, godtgør udgifternes afholdelse samt formål, modtagere, deltagere mv.

Regionen har ikke umiddelbart konstateret bilag med udgifter af privat karakter, og der følges op på mulige dobbeltbogføringer.

Det er sluttelig oplyst, at de fundne forhold alle er adresseret fremadrettet i Rigshospitalets handlingsplan, som blev fremlagt i FU i september 2014.

Vi vil i forbindelse med den løbende revision i 2015 følge op på ovenstående oplysninger fra Region Hovedstaden.

Roskilde, den 21. april 2015

BDO Kommunernes Revision
Godkendt revisionsaktieselskab



Nicolai Porslund
Partner, registreret revisor



Lasse Jensen
Statsautoriseret revisor

**Punkt nr. 9 - Udtalelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i anledning af
Statsrevisorernes beretning nr. 10/2014 om hospitalernes brug af personaleresurser
Bilag 1 - Side -1 af 2**

**DANSKE
REGIONER**



Til:

region@rn.dk

kontakt@regionmidtjylland.dk

kontakt@regionsyddanmark.dk

regionsjaelland@regionsjaelland.dk

regionh@regionh.dk

24-04-2015

Sag nr. 14/1540

Dokumentnr. 21194/15

Vedr. udtalelser fra Regionsrådene om hospitalernes brug af personaleresourcer

I marts 2015 offentliggjorde Rigsrevisionen [Beretning til Statsrevisorerne om hospitalernes brug af personaleresurser](#). På baggrund af beretningen har Danske Regioner modtaget et brev fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, idet Statsrevisorerne har bedt ministeren for sundhed og forebyggelse om at redegøre for de foranstaltninger og overvejelser, som beretningen om hospitalernes brug af personaleresurser har givet anledning til.

I medfør af § 18, stk. 3, i lov om revisionen af statens regnskaber beder ministeren derfor om regionsrådenes udtalelse.

I brevet skriver Ministeriet følgende: ”Udtalelsen fra regionsrådene skal forholde sig til såvel beretningens indhold og konklusioner som til Statsrevisorernes bemærkninger. På baggrund af Rigsrevisionens beretning, har Statsrevisorerne bemærket følgende, som regionsrådenes udtalelse bl.a. bedes forholde sig til:

- Statsrevisorerne bemærker, at det er muligt at få bedre og mere sundhed for pengene, hvis hospitalerne bruger personaleresurser og kapacitet mere effektivt.
- Statsrevisorerne skal pege på, at regioner, hospitaler og afdelinger i denne beretning kan få inspiration til god praksis for, hvordan personaleresurserne kan anvendes mere omkostningsbevidst.”

Danske Regioner sender et samlet svar med regionsrådenes udtalelser til ministeriet. Regionerne vil få mulighed for at godkende det fælles brev inden det afsendes.

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

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

**Punkt nr. 9 - Udtalelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i anledning af
Stastrevisorernes beretning nr. 10/2014 om hospitalernes brug af personaleresurser
Bilag 1 - Side -2 af 2**

Side 2

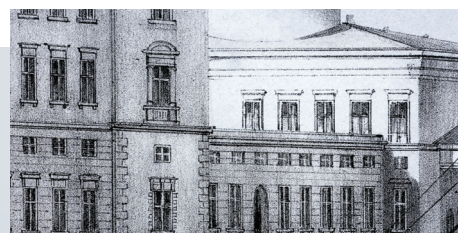
Regionerne bedes sende regionsrådets udtalelse til Danske Regioner senest
1. juni 2015.

Med venlig hilsen

Ole Jensen



Beretning om hospitalernes brug af personale- ressurser



Beretning om hospitalernes brug af personale- ressurser

Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.

København 2015

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18: Statsrevisorerne fremsender med deres eventuelle bemærkninger Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.

Ministeren for sundhed og forebyggelse afgiver en redegørelse til beretningen. Ministerens kommentarer til de indhentede udtalelser fra regionsrådene indgår i redegørelsen.

Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til ministerens redegørelse.

På baggrund af ministerens redegørelse og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske i august 2015.

Ministerens redegørelse, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorernes eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorernes Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i marts måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2014, som afgives i marts 2016.

**Punkt nr. 9 - Udtalelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i anledning af
Statsrevisorernes beretning nr. 10/2014 om hospitalernes brug af personaleresurser
Bilag 2 - Side -3 af 49**

Henvendelse vedrørende
denne publikation rettes til:

Statsrevisorerne
Folketinget
Christiansborg
1240 København K
Telefon: 33 37 59 87
Fax: 33 37 59 95
E-mail: statsrevisorerne@ft.dk
Hjemmeside: www.ft.dk/statsrevisorerne

Yderligere eksemplarer kan
købes ved henvendelse til:

Rosendahls-Schultz Distribution
Herstedvang 10
2620 Albertslund
Telefon: 43 22 73 00
Fax: 43 63 19 69
E-mail: distribution@rosendahls.dk
Hjemmeside: www.rosendahls.dk

ISSN 2245-3008
ISBN 978-87-7434-459-9

Statsrevisorernes bemærkning

BERETNING OM HOSPITALERNES BRUG AF PERSONALERESURSER

Hospitalerne afholder årligt udgifter på ca. 75 mia. kr., hvoraf udgifter til løn og personale udgør ca. 45 mia. kr. Et så væsentligt udgiftsområde kræver, at regioner og hospitaler til stadighed er omkostningsbevidste, når de planlægger og styrer brugen af personaleresurserne – så der kan sikres bedre og mere patientbehandling.

Statsrevisorerne bemærker, at det er muligt at få bedre og mere sundhed for pengene, hvis hospitalerne bruger personaleresurser og kapacitet mere effektivt.

Statsrevisorerne skal pege på, at regioner, hospitaler og afdelinger i denne beretning kan få inspiration til god praksis for, hvordan personaleresurserne kan anvendes mere omkostningsbevidst.

Beretningen handler om, hvordan 4 ortopædkirurgiske hospitalsafdelinger i 4 regioner planlægger og styrer aktiviteten. Hospitalsafdelingerne arbejder løbende med at effektivisere arbejdsgangene, men har forskellige rammevilkår for styring og planlægning. På trods af disse forskelle kan der peges på følgende generelle effektiviseringspotentialer for hospitalers brug af personaleresurser:

- Hospitalsafdelingerne kan i højere grad bruge overenskomsternes muligheder for at tilrettelægge arbejdet mere fleksibelt, fx ved at planlægge med overlægenes udvidede arbejdstid i aftentimerne.
- Vagtplanlægningen kan i højere grad sigte på, at sundhedspersonalets arbejdstid bruges fuldt ud, så man undgår udbetaling af overarbejde til nogle medarbejdere, samtidig med at timer går tabt hos andre medarbejdere.
- Regioner og hospitaler kan forenkle og målrette ledelsesinformation, så den bedre understøtter en strategisk styring af resurserne.
- Kapaciteten kan udnyttes bedre, fx ved at fastsætte få og relevante mål for brugen af personaleresurser på operationsstuerne.

Regeringen og regionerne har i økonomiaftalen for 2015 aftalt et tværgående projekt i regionerne om hospitalernes brug af kapacitet. Beretningen kan indgå i dette arbejde.

Statsrevisorerne,
den 18. marts 2015

Peder Larsen
Henrik Thorup^{*)}
Kristian Jensen
Klaus Frandsen
Lennart Damsbo-
Andersen
Lars Barfoed

^{*)} Statsrevisor Henrik Thorup har ikke deltaget ved behandlingen af denne sag på grund af inhabilitet.



Beretning til Statsrevisorerne om hospitalernes brug af personale- ressurser

Rigsrevisionen har selv taget initiativ til denne undersøgelse og afgiver derfor beretningen til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012. Beretningen vedrører finanslovens § 16. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Indholdsfortegnelse

1.	Introduktion og konklusion	1
1.1.	Formål og konklusion	1
1.2.	Baggrund	3
1.3.	Revisionskriterier, metode og afgrænsning	3
2.	Afdelingernes planlægning og arbejde med at effektivisere arbejdsgange	6
2.1.	Afdelingerne kan i højere grad afdække behovet for at indgå lokalaftaler	7
2.2.	Afdelingerne kan planlægge resurseforbruget mere effektivt	11
2.3.	Afdelingerne kan bruge personaleresurserne bedre	19
3.	Hospitalernes styring af afdelingernes resurseforbrug	25
3.1.	Afdelingerne har behov for tydeligere mål	26
3.2.	Opfølgningen kan fortsat forbedres	30
	Bilag 1. Metode	35
	Bilag 2. Afgrænsning af klinisk område og afdelinger	36
	Bilag 3. Opmærksomhedspunkter og eksempler på god praksis	38
	Bilag 4. Redskab til vurdering af behovet for bemanning	40
	Bilag 5. Ordliste	41

**Punkt nr. 9 - Udtalelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i anledning af
Stastrevisorernes beretning nr. 10/2014 om hospitalernes brug af personaleresurser
Bilag 2 - Side -7 af 49**

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Astrid Krag Kristensen: oktober 2011 - februar 2014

Nick Hækkerup: februar 2014 -

Beretningen har i udkast været forelagt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet og regionerne, hvis bemærkninger er afspejlet i beretningen.

1. Introduktion og konklusion

1.1. Formål og konklusion

1. Denne beretning handler om, hvordan hospitalerne planlægger og styrer deres brug af personaleresurser. Beretningen har særligt fokus på hospitalernes brug af læger og plejepersonale, herunder personalet på operationsstuerne. Ét hospital har anslået, at personaleudgifterne til et operationshold til en bestemt type operation i gennemsnit koster ca. 25.000 kr. om dagen. Resurser til bemanning af operationsstuer er dermed omkostnings-tunge. Rigsrevisionen har selv taget initiativ til undersøgelsen i marts 2014.

2. Regeringen og Danske Regioner har i økonomiaftalen for 2015 aftalt et tværgående projekt i regionerne. Projektet skal afdække, om hospitalerne kan bruge resurserne mere effektivt og dermed bidrage til mere sundhed for pengene.

3. Vi har undersøgt, hvordan 4 ortopædkirurgiske afdelinger konkret planlægger deres aktivitet, for at vurdere, om hospitalernes planlægning og styring af resurser understøtter, at afdelingerne bruger resurserne omkostningsbevidst. Vi har i den forbindelse undersøgt, om afdelingerne arbejder med at opnå større fleksibilitet, når de tilrettelægger arbejdet. Vi har også set på, om afdelingerne forsøger at bruge personaleresurserne og operationsstuerne omkostningsbevidst ved at planlægge, styre og følge op på aktiviteter og brugen af resurser.

4. Hospitalernes udgifter til løn og personale udgør ca. 45 mia. kr. årligt. Et så stort og udgiftstungt område i den offentlige sektor kræver et særligt fokus på, om resurserne anvendes omkostningsbevidst.

5. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om hospitalernes planlægning, styring og opfølgning på anvendelse af resurser understøtter, at de bruger resurserne omkostningsbevidst. Vi besvarer følgende spørgsmål i beretningen:

- Understøtter afdelingsledelsen gennem afdelingens planlægning og arbejde med at effektivisere arbejdsgangene, at afdelingen bruger resurserne omkostningsbevidst?
- Sikrer hospitalsledelsens og afdelingsledelsens styring og opfølgning, at det er gennem-sigtigt, hvordan afdelingen bruger resurserne?

Ortopædkirurgi er et sundhedsfagligt speciale, som omfatter forebyggelse, undersøgelse og behandling af medfødte og erhvervede sygdomme i knogler, led og muskler. Rehabilitering er desuden en væsentlig del af specialet.

En ortopædkirurgisk afdeling består af ambulatorier, sengeafsnit og operationsstuer samlet på én operationsgang. Nogle hospitaler anvender centrale operationsgange. I disse tilfælde kan den ortopædkirurgiske afdeling sammen med andre afdelinger have adgang til operationsstuerne på den centrale operationsgang.

Overlægenes udvidede normale arbejdstid

I overlægenes overenskomst fra 2013 er den normale arbejdstid blevet udvidet fra kl. 18.00 til kl. 21.00 ved planlagt behandling og fra kl. 18.00 til kl. 23.00 ved akut behandling.

Vagtplanlægning er planlægning af arbejdstid i institutioner med skiftende arbejdstider, hvor arbejdstiden er placeret helt eller delvist uden for almindelig dagarbejdstid.

KONKLUSION

Rigsrevisionen vurderer, at hospitalerne i højere grad kan understøtte, at resurserne bruges omkostningsbevidst, ved at planlægge, styre og følge bedre op på aktiviteter og brugen af resurser. Hospitalerne kan således i højere grad tilrettelægge arbejdet mere fleksibelt, bruge personaleresurserne og operationsstuerne mere effektivt og skabe større gennemslugtighed i brugen af resurser.

Undersøgelsen viser, at afdelingerne kun i få tilfælde har brugt overenskomsternes muligheder for at tilrettelægge arbejdet mere fleksibelt. Rigsrevisionen anbefaler, at afdelingerne i højere grad afsøger muligheden for at indgå lokale aftaler og – hvor det er økonomisk hensigtsmæssigt – bruger overenskomstens mulighed for at anvende overlægenes udvidede normale arbejdstid. Kun én afdeling bruger systematisk muligheden for at planlægge med overlægenes udvidede normale arbejdstid i aften- og nattimerne. Hvis afdelingerne planlægger med denne mulighed, kan de opnå en større fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen. Rigsrevisionen finder, at det er centralt, at regionerne bruger de muligheder, som er opnået via overenskomsterne.

Undersøgelsen viser, at vagtplanlægningen ikke i alle tilfælde understøtter, at afdelingerne bruger resurserne omkostningsbevidst. Fx har et flertal af afdelingerne i vagtplanlægningen ikke sikret, at medarbejdernes arbejdstid anvendes fuldt ud. Rigsrevisionen anbefaler, at regionerne og hospitalerne sammen professionaliserer vagtplanlægningen, så afdelingerne opnår en bedre anvendelse af arbejdstiden.

Undersøgelsen viser, at ikke alle afdelinger arbejder systematisk med at sikre tydelige mål for indsatsen og opfølgning på brugen af resurser. Ledelsesinformation på hospitalerne indeholder mange data, som hospitalsledelsen og afdelingsledelsen løbende skal forholde sig til. Rigsrevisionen anbefaler, at regionerne og hospitalerne overvejer, om omfanget og karakteren af ledelsesinformation i tilstrækkelig grad understøtter en strategisk styring af resurserne.

Det er overordnet hospitalsledelsens ansvar at sikre, at planlægning og styring understøtter, at hospitalet bruger resurserne omkostningsbevidst. Regeringen og Danske Regioner har i økonomiaftalen for 2015 aftalt et tværgående projekt i regionerne om hospitalernes brug af kapacitet. Rigsrevisionen anbefaler, at der i dette arbejde indgår, at afdelingerne opnår en bedre brug af resurserne ved at styrke gennemslugtigheden i kapacitetsudnyttelsen. Det vil give afdelingsledelsen en større indsigt i driften på afdelingen og hospitalsledelsen et klarere handlingsrum for at kunne prioritere og målrette indsatser og resurser inden for og mellem afdelinger.

Omkostningsbevidst brug af personaleresurser medvirker til at sikre et økonomisk råderum til bedre og mere patientbehandling. Derfor er det helt afgørende, at parterne har et skærpet fokus herpå.

Rigsrevisionen har udarbejdet en liste med opmærksomhedspunkter og eksempler på god praksis, jf. bilag 3, som alle hospitaler kan lade sig inspirere af og tilpasse til lokale forhold, for at understøtte, at resurserne bruges mere omkostningsbevidst.

1.2. Baggrund

6. Med udgifter på ca. 110 mia. kr. årligt udgør sundhedsområdet i regionerne et stort og væsentligt offentligt udgiftsområde. Hospitalerne brugte i 2013 ca. 75 mia. kr., hvoraf udgifter til løn og personale udgjorde ca. 45 mia. kr., hvilket svarer til ca. 60 % af udgifterne på hospitalerne. Det er derfor centralt, at de planlægger og styrer personaleresurserne effektivt.

7. Politikere og sygehusvæsenet har i de seneste år haft en stadig større opmærksomhed på, at hospitalerne kan bruge deres resurser bedre og mere effektivt. I de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og Danske Regioner har parterne været enige om, at sundhedsvæsenet kan og bør bruge resurserne bedre. I økonomiaftalen for 2013 var parterne enige om, at der er potentiale for effektiviseringer, og at en generel bedre brug af resurser kan synliggøre og frigøre resurser til at prioritere indsatser, der giver mere værdi for patienterne. Dette blev gentaget i økonomiaftalerne for 2014 og 2015.

I økonomiaftalen for 2015 har regeringen og regionerne desuden aftalt et tværgående projekt i regionerne. Projektet skal identificere fælles indikatorer for, hvordan hospitalerne anvender deres kapacitet, og undersøge, om anvendelse af kapacitet på sigt kan indgå i systemerne omkring ledelsesinformation.

8. Vi har undersøgt, hvordan hospitalerne via planlægning og styring af resurser understøtter, at resurserne bruges omkostningsbevidst. Vi har konkret undersøgt, hvordan 4 ortopædkirurgiske afdelinger planlægger og tilrettelægger aktiviteten. Det drejer sig om afdelinger på Aarhus Universitetshospital, Rigshospitalet, Kolding Sygehus (som er en del af Sygehus Lillebælt) samt Næstved og Slagelse Sygehuse (som er en del af Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse).

Vi har i den forbindelse undersøgt, om afdelingerne tilpasser de overenskomstmæssige rammer til de lokale forhold for at opnå større fleksibilitet, når de tilrettelægger arbejdet og planlægger afdelingernes vagter og operationer samt styrer forbruget af resurser.

9. Rammevilkårene for planlægning og styring på de udvalgte hospitaler og afdelinger er i nogen grad forskellige. Der kan bl.a. være forskel på kompleksiteten i patienternes sygdomme. Det betyder, at nogle patienter vil være mere resursekrævende at behandle end andre, og det skal planlægningen tage højde for.

Der kan også være forskel på andelen af akutte patienter, og det stiller forskellige krav til afdelingernes planlægning, herunder planlægningen af personalets fremmøde. Det kendetegner dog vores valg af afdelinger, at 3 af dem har flest såkaldte elektive patienter, hvor afdelingerne på forhånd er i stand til at planlægge undersøgelser og behandlingsindsats.

Desuden er regionernes modeller for styring af hospitalerne indrettet forskelligt. Modellerne varierer bl.a. i forhold til de krav om produktivitet, som regionerne stiller til hospitaler og afdelinger. Styringsmodellerne kan øge kompleksiteten i planlægningen og styringen.

1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning

10. Undersøgelsens revisionskriterier er bl.a. baseret på det målbillede for god økonomistyring på hospitalerne, der fremgår af regionernes økonomiaftale for 2014. Målbilledet opstiller krav til hospitalernes budgettering, opfølgning, ledelsesinformation og data samt til økonomifunktionernes kompetencer og brug af standarder og vejledninger for økonomiprocesser. Målbilledet skal synliggøre ledelsens reelle prioriteringsrum på kort og langt sigt og danne grundlag for tværgående prioriteringer, effektiviseringer og budgetoverholdelse.

Regionernes tværgående projekt om kapacitetsanvendelse handler om, hvordan regionerne og hospitalerne kan opnå en bedre og mere effektiv brug af kapacitet. Det vil bl.a. blive identificeret, hvordan hospitalerne kan udbrede bedste praksis for at opnå større gennemslutning i anvendelsen af kapacitet.

Akutte patienter er patienter, som har et pludseligt opstået behov for behandling, mens elektive patienter er patienter, hvor behandlingen på forhånd er planlagt.

Det ligger bl.a. i målbilledet, at hospitalerne skal være i stand til at bruge resurserne omkostningsbevidst inden for deres rammevilkår. Det skal hospitalernes budgetstyring, aktivitets- og resursestyring samt opfølgning på mål og resultater understøtte.

Vores undersøgelse har særligt fokus på, om hospitalernes styring af aktiviteter og resurser samt opfølgning på mål og resultater understøtter, at hospitalerne bruger resurserne omkostningsbevidst inden for den budgetmæssige ramme. Hospitalernes budgetstyring indgår ikke som en del af undersøgelsen.

Herudover baserer vi kriterierne på de rammer, som de centrale overenskomster og arbejdstidsaftaler giver. Det er desuden afdelingernes ansvar at planlægge arbejdstiden på en måde, der understøtter, at afdelingerne bruger personaleresurserne effektivt. Det er således væsentligt, at afdelingerne vurderer deres behov for bemanning og benytter planlægningsredskaber, der understøtter, at de kan bruge personalet omkostningsbevidst.

Følgende kriterier har indgået i undersøgelsen:

- at afdelingsledelsen benytter overenskomsternes og arbejdstidsaftalernes muligheder for lokalt at indgå aftaler, så arbejdet kan tilrettelægges fleksibelt og afspejle afdelingens og personalegruppernes ønsker og behov
- at afdelingsledelsens planlægning sikrer, at resurserne bruges effektivt, ved at kapaciteten anvendes fuldt ud, og bemanningen tilpasses afdelingens behov inden for afdelingens budgetmæssige ramme
- at afdelingen løbende arbejder med at forbedre produktiviteten ved at effektivisere arbejdsgangene
- at afdelingsledelsen arbejder med at tydeliggøre mål, som skaber retning og fokus i afdelingens indsats
- at hospitalsledelsen og afdelingsledelsen via opfølgningen sikrer gennemsigthed i resurseforbruget og korrigerer, hvis afdelingen ikke opfylder fastsatte mål herfor.

11. Metodisk bygger undersøgelsen på interviews, gennemgang af dokumentation og bearbejdning af aktivitetsdata. Vi har gennemført 22 interviews med ledelsen på hospitals-, center- og afdelingsniveau samt vagtplanlæggere på afdelingerne. Derudover har vi gennemgået skriftlig dokumentation fra de udvalgte hospitaler og afdelinger. Endelig har vi indhentet data om afdelingernes behandlingsaktivitet i Landspatientregisteret (LPR) og data om afdelingernes udnyttelse af operationsstuerne. Data fra LPR har bidraget med en baggrundsforståelse for de forhold, som påvirker afdelingernes planlægning og brug af personaleresurser.

12. Vi har valgt at afgrænse undersøgelsen til det kliniske område ortopædkirurgi, fordi det er et stort og væsentligt område, som findes på mange hospitaler. Området er desuden karakteriseret ved en bredde i behandlingsaktiviteten, som både foregår akut og planlagt. Det er vores opfattelse, at det ortopædkirurgiske område ved bredden i bl.a. omfang og aktivitet har mange fællestræk i rammer og vilkår for planlægning og styring med de øvrige kliniske fagområder på landets hospitaler. Med valget af det ortopædkirurgiske område og de 4 afdelinger vurderer vi, at undersøgelsen dermed også er relevant og kan bidrage til en bedre planlægning og styring på andre ortopædkirurgiske afdelinger og kliniske områder på landets hospitaler.

Vi har udvalgt afdelinger på 2 regionshospitaler (Kolding Sygehus og Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse) og 2 universitetshospitaler (Aarhus Universitetssygehus og Rigshospitalet). I beretningen er afdelingerne enkelte steder benævnt A, B, C og D, men vil ellers ikke fremgå med navn. Vi har desuden valgt at afgrænse undersøgelsen til brugen af læger og plejepersonale på de ortopædkirurgiske afdelinger.

Vi har som led i undersøgelsen inddraget Deloitte Consulting for bl.a. at kvalificere vores valg af klinisk område og hospitalsafdelinger, jf. bilag 1.

Undersøgelsen er afgrænset til perioden primo 2012 - medio 2014.

13. Revisionen er udført i overensstemmelse med god offentlig revisionsskik, jf. boks 1.

BOKS 1. GOD OFFENTLIG REVISIONSSKIK

God offentlig revisionsskik er baseret på de grundlæggende revisionsprincipper i rigsrevisionernes internationale standarder (ISSAI 100-999).

14. De anvendte metoder er uddybet i bilag 1, mens afgrænsningen af klinisk område og afdelinger er uddybet i bilag 2. Bilag 3 indeholder en oversigt over opmærksomhedspunkter og eksempler på god praksis, som alle hospitaler kan lade sig inspirere af og tilpasse til lokale forhold. Bilag 4 indeholder et eksempel på et redskab, som en afdeling bruger til at vurdere behovet for bemanning. Bilag 5 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

2. Afdelingernes planlægning og arbejde med at effektivisere arbejdsgange

Rigsrevisionen vurderer, at afdelingsledelserne i højere grad kan understøtte, at afdelingerne gennem deres planlægning og arbejde med at effektivisere arbejdsgangene bruger resurserne omkostningsbevidst.

Undersøgelsen viser, at afdelingerne kun i få tilfælde har brugt de muligheder, der er for at tilrettelægge arbejdet mere fleksibelt ved at tilpasse rammerne i overenskomsterne til lokale forhold. Aftaler om øget fleksibilitet kan dog medføre meromkostninger for afdelingerne, og det skal afvejes i forhold til, at afdelingerne ønsker at bruge personaleresurserne mere fleksibelt.

Desuden bruger afdelingerne kun i begrænset omfang overenskomstens mulighed for at planlægge med overlægernes udvidede normale arbejdstid i aftentimerne. Afdelingerne kan ved at anvende overlægernes udvidede normale arbejdstid opnå en større fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen med mulighed for at skabe mere fleksible patientforløb og bedre behandling. Regionernes brug af overlægernes udvidede normale arbejdstid bør dog altid ske ud fra en samlet økonomisk vurdering og hensynet til patienterne.

Rigsrevisionen vurderer, at vagtplanlægningen og planlægningen af operationer ikke i alle tilfælde understøtter, at afdelingerne bruger resurserne omkostningsbevidst. Fx har et flertal af afdelingerne i deres vagtplanlægning ikke sikret, at medarbejdernes arbejdstid udnyttes fuldt ud. Desuden anvender afdelingerne i flere tilfælde ikke operationsstuerne hensigtsmæssigt. Det skyldes, at der er ledig tid på operationsstuerne i løbet af dagen, samtidig med at de sidste operationer går ud over operationsstuerne åbningstid på de samme dage. Der er desuden eksempler på, at en afdeling jævnligt må omprioritere eller aflyse operationer som følge af sygdom hos personalet.

Afdelingerne har på forskellig vis arbejdet med at effektivisere deres arbejdsgange, men 2 af afdelingerne kan dog ikke udtrække væsentlige data, der viser udviklingen i den tid, som afdelingerne bruger på at forberede og afvikle operationer. Afdelingerne er dermed ikke i stand til at følge, om deres arbejde med at ændre arbejdsgangene på operationsstuerne resulterer i, at de bliver mere effektive. Rigsrevisionen vurderer, at de afdelinger, der løbende kan opføre udviklingen i den tid, de bruger på at forberede og afvikle operationerne, har et bedre grundlag for at kunne vurdere, om resultaterne af planlægningen og effektiviseringen af arbejdsgangene er tilfredsstillende.

15. I dette kapitel vurderer vi, om afdelingsledelsen gennem afdelingens planlægning og arbejde med at effektivisere arbejdsgangene understøtter, at resurserne bruges omkostningsbevidst. Vi har undersøgt, om afdelingsledelsen benytter overenskomsternes og arbejdstidsaftalernes muligheder for lokalt at tilpasse arbejdstiden, så afdelingen kan bruge personalet fleksibelt. Desuden har vi undersøgt afdelingernes vagtplanlægning og planlægning af operationer samt deres arbejde med at effektivisere arbejdsgangene.

2.1. Afdelingerne kan i højere grad afdække behovet for at indgå lokalaftaler

16. Vi har undersøgt, om afdelingsledelsen benytter overenskomsternes og arbejdstidsaftalernes muligheder for lokalt at indgå aftaler om arbejdstiden, som kan skabe større fleksibilitet i tilrettelæggelsen af arbejdet, og som afspejler både afdelingens og personalegruppernes ønsker og behov.

Overenskomsternes rammer og muligheder

17. Rammerne og reglerne for, hvordan hospitalerne kan tilrettelægge arbejdet, er i stort omfang fastlagt i de centrale overenskomster og arbejdstidsaftaler, som arbejdsmarkedets parter har indgået. Det er Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og de forhandlingsberettigede organisationer, der indgår overenskomsterne og fastlægger løn- og ansættelsesvilkår for de ansatte i regionerne.

18. Overenskomsterne er indgået fagopdelt, og det betyder, at der er forskellige overenskomster og arbejdstidsregler for fx læger, sygeplejersker, lægesekretærer og servicemedarbejdere. Afdelingerne skal derfor tage højde for 11-15 forskellige overenskomster, når de tilrettelægger arbejdet.

Overenskomsternes bestemmelser om hviletid, varsling og arbejdstid sætter rammerne for, hvordan afdelingerne kan planlægge og tilrettelægge arbejdet.

19. Parterne har udarbejdet overenskomsternes bestemmelser om hviletid med reference til lovgivningen om arbejdsmiljø. Det fremgår heraf, at arbejdsgiverne skal tilrettelægge arbejdstiden, så de ansatte får en hvileperiode på mindst 11 sammenhængende timer inden for hver periode på 24 timer (bekendtgørelse af lov om arbejdsmiljø, § 50). Bekendtgørelsens § 50, stk. 2, gør det muligt at nedsætte hvileperioden til 8 timer ved vagtskifte. Hvis hviletiden skal nedsættes, skal parterne indgå en lokalaftale herom.

20. Bestemmelserne om varsling er også væsentlige i overenskomsterne. Arbejdsgiveren skal varsle vagtplanen rettidigt for at overholde de centrale varslingsbestemmelser og skal varsle løbende ændringer til planen inden for de forskellige faggruppers bestemmelser om arbejdstid. Tabel 1 viser de forskellige centrale bestemmelser om varsling af arbejdstid for 3 udvalgte faggrupper på hospitalerne.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) har 9 medlemmer, der repræsenterer Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, regionerne og kommunerne. Danske Regioner varetager sekretariatsbistanden for RLTN og forbereder og behandler de sager, som skal forelægges RLTN. Sekretariatet refererer direkte til RLTN og er uafhængigt af Danske Regioners øvrige virksomhed.

Tabel 1. Centrale bestemmelser om varsling af arbejdstid for udvalgte faggrupper på hospitalerne

	Sygeplejersker	Yngre læger	Overlæger
Varsling af vagtplan	4 uger	4 uger	Fastlægges lokalt
Varsling af ændringer i arbejdstid	1 døgn (ellers tillæg)	72 timer/3 måneder ¹⁾	3 måneder ved ændret vagtform
Varsling af afspadsering	4 døgn (skal ske i arbejdstiden)	2 døgn	.. ²⁾
Varsling af overarbejde	Dagen før i arbejdstiden (ellers tillæg)	.. ²⁾	.. ²⁾

¹⁾ Ved ekstraordinær tjeneste/tilkald skal yngre læger varsles 72 timer før en vagt, mens der gælder en varsling på 3 måneder ved ændret vagtform.

²⁾ Der gælder ingen bestemmelser for denne faggruppe.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af arbejdstidsaftale mellem RLTN og Dansk Sygeplejeråd mfl., overenskomst for yngre læger og overenskomst for overlæger.

Det fremgår af tabel 1, at bestemmelserne om varsling varierer blandt forskellige faggrupper, der arbejder sammen på en afdeling. Afdelingen skal fx varsle overarbejde for sygeplejersker dagen før i arbejdstiden, hvis ikke afdelingen skal betale tillæg til sygeplejerskerne. For de 2 andre personalegrupper er der ingen regler om varsling ved overarbejde.

Et **patientforløb** omfatter summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en bestemt gruppe af patienter oplever i relation til behandling og pleje af et givent helbredsproblem. Et patientforløb vil typisk omfatte undersøgelse, behandling, pleje og rehabilitering.

21. Overenskomsterne regulerer også, hvornår hospitalerne kan tilrettelægge den normale arbejdstid for de enkelte faggrupper. I overlægernes overenskomst fra 2013 blev det som noget nyt indført, at hospitalerne kan udvide overlægernes normale arbejdstid fra kl. 18.00 til kl. 21.00 ved planlagt behandling og fra kl. 18.00 til kl. 23.00 ved akut behandling. Danske Regioner har oplyst, at formålet med at ændre overlægernes normale arbejdstid bl.a. har været at skabe mere fleksible muligheder for at tilrettelægge arbejdet og derigennem opnå bedre patientforløb og behandling. Dermed kan afdelingerne anvende overlægerne om aftenen, og det matcher de muligheder, der altid har været gældende for bl.a. yngre læger og plejepersonale.

22. Undersøgelsen viser, at 3 af afdelingerne ikke systematisk anvender de nye muligheder for at planlægge med overlægernes udvidede normale arbejdstid i aftentimerne. Region Midtjylland har oplyst, at afdelingen først vil anvende overlægernes udvidede normale arbejdstid, når afdelingen flytter ind i et nyt hospitalsbyggeri. Dette skyldes, at afdelingen har fastlåst lægeresurser til at opretholde vagtdækning på flere matrikler, hvorfor afdelingen har vurderet, at det er uforholdsmæssigt omkostnings- og resursetungt at benytte overlægernes udvidede normale arbejdstid på nuværende tidspunkt. Region Hovedstaden har oplyst, at der på alle hospitaler i regionen er ved at blive indgået aftaler med henblik på fremover at bruge overlægernes normale arbejdstid i aftentimerne. Region Sjælland har oplyst, at afdelingen på grund af rekrutteringsmæssige udfordringer tidligere har valgt ikke at benytte sig af muligheden for at anvende overlægernes normale arbejdstid i aftentimerne. Samme region har desuden oplyst, at regionens erfaring er, at lægerne forlader afdelingerne, hvis regionen planlægger med overlægernes normale arbejdstid i aftentimerne. Regionen er derfor meget påpasselig med at anvende muligheden af hensyn til fortsat at kunne rekruttere og fastholde overlæger. Regionen er dog nu i begrænset omfang begyndt at anvende denne mulighed, samtidig med at regionen nøje følger de rekrutteringsmæssige konsekvenser heraf.

Kun én afdeling bruger systematisk muligheden for at anvende overlægernes normale arbejdstid i aftentimerne. Afdelingen har dog allerede siden 2012 haft en aftale med overlægerne om, at de skal være til stede i aftentimerne. Afdelingen har oplyst, at den nye overenskomst fra 2013 for overlægerne har gjort det billigere at anvende overlægerne i aftentimerne.

23. Regionerne befinder sig i dag i en konkurrencesituation i forhold til at kunne tiltrække kvalificerede overlæger mv., hvilket betyder, at regionerne er påpasselige med at anvende overlægernes udvidede normale arbejdstid. Rigsrevisionen vurderer, at hvis alle regionerne brugte overenskomstens mulighed, ville det som udgangspunkt være både mere omkostningseffektivt og reducere konkurrencen mellem hospitalerne.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at afdelingerne ved at anvende overlægernes udvidede arbejdstid kan opnå en større fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen, hvilket giver mulighed for at skabe mere fleksible patientforløb og bedre behandling. Regionerne bør derfor ud fra en samlet økonomisk vurdering og af hensyn til patienterne tage stilling til, om det vil være hensigtsmæssigt at bruge muligheden for at udvide overlægernes arbejdstid i aftentimerne.

Afdelingernes brug af lokalaftaler

24. Ud over de centrale overenskomster og aftaler giver "Rammeaftale om decentrale arbejdstidsaftaler" fra 1999 mulighed for, at man lokalt kan tilpasse de centrale bestemmelser om arbejdstid. Det fremgår af rammeaftalen, at lokalaftaler har til formål at skabe fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen, så den passer til de enkelte arbejdspladser og personalegruppers ønsker og behov.

25. Lokalaftaler kan indgås mellem afdelingsledelsen og den lokale repræsentant for de faglige organisationer, der er part i aftalen. De lokale parter skal således være enige om at indgå en lokalaftale. En lokalaftale kan i nogle tilfælde medføre meromkostninger for afdelingen, og det skal afvejes i forhold til, at afdelingen kan bruge personaleresurserne mere fleksibelt.

26. Rigsrevisionen har gennemgået afdelingernes lokalaftaler og vurderet, i hvilket omfang afdelingerne har afdækket deres behov for lokalaftaler. Behovet for lokal tilpasning afhænger af de konkrete forhold. Der kan fx være særlige behov, hvis afsnittet er døgnbemandet, eller hvis der er store udsving i antallet af patienter. Det kan fx betyde, at afsnittet kan have vanskeligt ved at overholde bestemmelsen om 11 timers hviletid.

Et afsnit på en hospitalsafdeling kan fx være et sengeafsnit, hvor patienterne er indlagt. En afdeling har oftest tilknyttet flere underliggende afsnit med egen afsnitsledelse, som refererer til afdelingsledelsen.

27. Gennemgangen viser, at 2 af afdelingerne ikke har indgået lokalaftaler om nedsættelse af hviletiden. På de andre 2 afdelinger er der indgået lokalaftaler, som sikrer, at afdelingen kan afvige fra bestemmelsen om hviletid. Én afdeling har fx nedsat hviletiden fra 11 til 8 timer. Aftalen er i høj grad et resultat af, at medarbejderne ønskede arbejdet mere fleksibelt tilrettelagt.

28. Afdelingerne kan også indgå lokalaftaler om overførsel af overarbejde, så hospitalet ikke skal udbetale overarbejde til medarbejderne. Formålet med aftalerne er, at medarbejderne får mulighed for at afspadsere deres optjente timer i rolige perioder frem for at få dem udbetalt, som overenskomsten foreskriver. Aftalerne medvirker til at gøre planlægningen mere fleksibel, da afdelingerne får mulighed for at trække på medarbejderne i de travle perioder og lade dem afspadsere i rolige perioder. Lokalaftaler sikrer på den måde, at afdelingen fleksibelt kan tilrettelægge arbejdet til gavn for både produktion og medarbejdere.

29. Særligt én afdeling har indgået individuelle lokalaftaler om at overføre overarbejde. Dette er sket på foranledning af medarbejdernes ønsker. Afdelingen har oplyst, at lokalaftalen ikke har skabt meromkostninger for afdelingen, og at både medarbejderne og afdelingsledelsen oplever, at lokalaftalen giver bedre forudsætninger for at afvikle vagtplanen. De andre afdelinger har kun indført individuelle aftaler i begrænset omfang.

Der kan være forskel på afdelingernes behov for at indgå aftaler om at overføre overarbejde. Behovet afhænger bl.a. af, om der er mangel på arbejdskraft på afdelingen. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at det bør indgå i afdelingernes overvejelser, om de har behov for en lokalaftale, der gør det muligt at afvikle overarbejde fleksibelt.

Muligheder for at kommunikere mere smidigt om tilrettelæggelse af arbejdet

30. Alle afdelingerne har oplyst, at det er en generel barriere for planlægningen, at vagtplanlæggerne kun kan kontakte plejepersonalet i arbejdstiden vedrørende ændringer i det planlagte arbejde, overarbejde eller afspadsering. Det fremgår således af arbejdstidsaftalen for sygeplejersker mfl., at orientering om ændringer i den planlagte arbejdstid som udgangspunkt skal foregå i arbejdstiden med et varsel på mindst 1 døgn. Varslinger om ændringer i det planlagte arbejde kan dog ske uden for arbejdstiden, hvis dette aftales lokalt.

31. Afdelingerne kan således ikke kontakte en medarbejder, der fx har en fridag, for at høre, om medarbejderen er interesseret i at afspadsere den efterfølgende dag, hvis dette ikke er aftalt lokalt. Det skaber en udfordring, når afdelingen har behov for løbende at justere vagtplanen i forhold til de patienter og opgaver, som afdelingen får. Afdelingerne kunne sandsynligvis bruge personalet mere fleksibelt, hvis det efter en lokalaftale blev muligt at kommunikere mere smidigt om mulighederne for at justere på plejepersonalets arbejdstid og afspadsering.

32. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at den manglende smidighed i kommunikationen mellem afdeling og personale gør det vanskeligt at bruge personaleresurserne hensigtsmæssigt. De centrale overenskomstsmæssige rammer forhindrer ikke parterne i at indgå en lokalaftale om, at medarbejderne kan tilmelde sig en ordning, hvor afdelingen kan kontakte dem uden for arbejdstiden. Én region har oplyst, at der på andre afdelinger er en systemunderstøttet sms-ordning, hvor medarbejderne kan tilbydes vagter eller afspadsering. Rigsrevisionen kan konstatere, at afdelingerne i undersøgelsen ikke har overvejet den mulighed.

Resultater

33. Undersøgelsen viser, at afdelingsledelserne kun har indgået få lokalaftaler og kun i begrænset omfang afsøger mulighederne for at indgå lokalaftaler som redskab til at planlægge arbejdet mere fleksibelt. Lokalaftaler om ændringer i medarbejdernes arbejdstid kan ofte ske i dialog med medarbejderne uden ekstra omkostninger. Afdelingerne skal dog være opmærksomme på, at lokalaftaler kan medføre omkostninger, hvilket altid bør indgå i de samlede overvejelser om, hvorvidt den opnåede fleksibilitet i tilrettelæggelsen af arbejdet står mål med eventuelle øgede omkostninger.

Kun én afdeling benytter systematisk den fleksibilitet, som overenskomsten har indført med udvidelsen af overlægernes normale arbejdstid i aftentimerne. Rigsrevisionen finder, at regionerne og hospitalerne ud fra en samlet økonomisk vurdering og af hensyn til patienterne må tage stilling til, om det er hensigtsmæssigt at bruge overlægernes udvidede normale arbejdstid. Hvis alle regionerne brugte overenskomstens mulighed, ville det som udgangspunkt være både mere omkostningseffektivt og reducere konkurrencen mellem hospitalerne, fx i forhold til at tiltrække lægeresurser.

2.2. Afdelingerne kan planlægge resurseforbruget mere effektivt

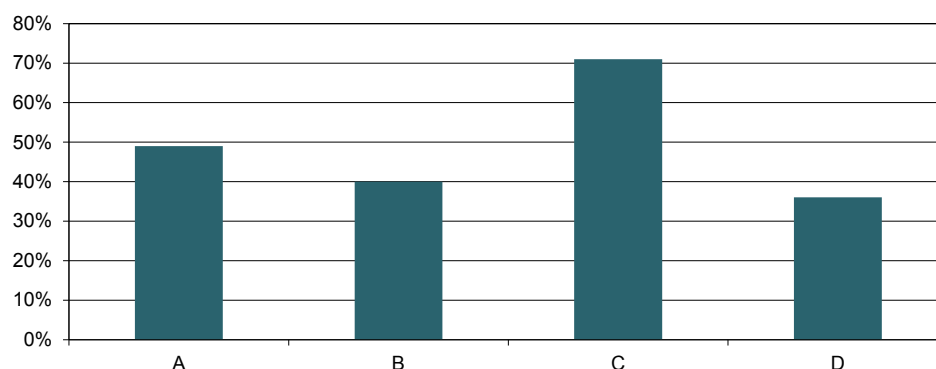
34. Vi har undersøgt afdelingernes planlægning. Det har vi gjort, fordi afdelingerne via planlægning skal sikre, at resurserne bruges effektivt. Ved en effektiv planlægning udnytter afdelingen alle operationsstuer og ambulatorier fuldt ud i åbningstiden, organiserer sengeafsnittene, så de understøtter en effektiv anvendelse af plejepersonalet, tilpasser bemandingen til afdelingens konkrete behov og sikrer, at resurseforbruget ligger inden for afdelingens budgetramme.

Fastlæggelse af bemandingsbehov

35. Vi har undersøgt, hvordan afdelingerne som led i planlægningen fastlægger deres behov for bemanding. Vi har endvidere undersøgt, om afdelingerne løbende revurderer behovet for bemanding ud fra deres viden om opgaverne. En løbende vurdering af behovet for bemanding er centralt for at anvende personaleresurserne omkostningsbevidst, så der er flest på arbejde, når behovet er størst, og færrest, når behovet er mindst.

36. Vagtplanlæggere på afdelinger med skiftende arbejdstider har en langt mere kompleks opgave end vagtplanlæggere på afdelinger med faste arbejdstider inden for normal arbejdstid. Afdelingerne er desuden i varierende grad udfordret af, at det kan være vanskeligt at forudse, hvornår behovet for bemanding er størst. Det skyldes bl.a., at alle afdelingerne har både akutte og planlagte indlæggelser, men der er forskel på andelen af akutte indlæggelser, jf. figur 1.

Figur 1. Andelen af akutte indlæggelser på de 4 afdelinger i 2013



Note: Afdeling B har ikke en akutmodtagelse. De svært akutte patienter indlægges på en selvstændig intensivafdeling, hvor den ortopædkirurgiske afdelings læger også udfører operationer, som ikke er talt med i den opgjorte aktivitet. Det betyder, at andelen af akut aktivitet fremgår som mindre, end den reelt er.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret (LPR).

Det fremgår af figur 1, at afdeling C har den højeste andel af akutte indlæggelser (ca. 70 %). Andelen på afdeling C er dobbelt så stor som andelen på afdeling D, der har den laveste andel. Afdeling A har med 49 % en lidt højere andel af akutte indlæggelser end afdeling B, som har en andel på 40 %. Forskellene afspejler, at hospitalerne har et forskelligt patientgrundlag, og at nogle afdelinger i højere grad varetager akutte opgaver end andre.

En høj andel af akutte indlæggelser stiller større krav til planlægningen, idet det er mere uforudsigeligt, hvornår afdelingen modtager patienter, som kræver behandling. De akutte patienter er en uforudsigelig faktor, når afdelingerne vurderer behovet for bemanning, og afdelingen risikerer, at den ikke altid har bemanning nok til både at gennemføre den planlagte og den akutte aktivitet. Det er derfor væsentligt, at afdelingerne tager udgangspunkt i udviklingen af aktiviteten, når de vurderer behovet for bemanning.

37. Alle afdelingerne har oplyst, at de løbende vurderer og tilpasser bemanningen. Afdelingerne vurderer ud fra forskellige parametre, alt efter hvilket afsnit på afdelingen det drejer sig om. Bemanningen af en operationsgang kræver i høj grad, at de rette kompetencer er til stede og modsvarer behovet. Ved bemanningen af et sengeafsnit er det relevant at vurdere, hvor mange patienter afsnittet har, og hvilken type patienter der er tale om. Er det fx patienter, der kræver meget pleje, eller er det patienter, der i højere grad er selvhjulpne. Det kendetegner alle vurderinger af bemandingsbehovet, at afdelingerne er nødsagede til at kombinere viden om opgavernes omfang med viden om opgavernes karakter og indhold.

Sundhedsstyrelsen fastsætter i **specialevejledninger** kravene til specialfunktioner og godkender opgavefordelingen mellem forskellige hospitaler. Af "Specialevejledningen for ortopædisk kirurgi" fremgår bl.a., hvilke kompetencer afdelingerne skal have for at varetage forskellige specialfunktioner.

38. Behovet for bemanning med plejepersonale vurderer afdelingerne typisk, når de fastsætter deres årlige budget, når de budgetmæssige forudsætninger ændres, eller når opgaverne ændrer sig afgørende. Behovet for bemanning med læger vurderer afdelingerne ved ændringer i opgaver eller behandlingsformer. Afdelingerne fastlægger i høj grad behovet for læger ud fra, hvilke kliniske funktioner afdelingerne skal varetage. Afdelingerne skal leve op til Sundhedsstyrelsens "Specialevejledning for ortopædisk kirurgi", som fastsætter kravene til afdelingernes specialfunktioner og kompetencer. På de højt specialiserede områder er afdelingerne endvidere afhængige af de kompetencer, som de kan tiltrække.

39. Én afdeling har fx vurderet sit nuværende bemandingsbehov ud fra data om opgaverne. Afdelingen har anvendt forskellige metoder til at vurdere bemanningen ved de forskellige typer af opgaver. Ved vurderingen af bemandingsbehovet på afdelingens sengeafsnit har afdelingen taget udgangspunkt i sengebelastningen, som udtrykker, hvor mange indlagte patienter en afdeling har hen over døgnet. Figur 2 viser et eksempel på et redskab til at vurdere sengebelastningen.

Figur 2. Eksempel på et redskab til at vurdere sengebelastningen

	Belægning pr. klokke-time																							
	Kl. 00:00	Kl. 01:00	Kl. 02:00	Kl. 03:00	Kl. 04:00	Kl. 05:00	Kl. 06:00	Kl. 07:00	Kl. 08:00	Kl. 09:00	Kl. 10:00	Kl. 11:00	Kl. 12:00	Kl. 13:00	Kl. 14:00	Kl. 15:00	Kl. 16:00	Kl. 17:00	Kl. 18:00	Kl. 19:00	Kl. 20:00	Kl. 21:00	Kl. 22:00	Kl. 23:00
Ugedag	00:59	01:59	02:59	03:59	04:59	05:59	06:59	07:59	08:59	09:59	10:59	11:59	12:59	13:59	14:59	15:59	16:59	17:59	18:59	19:59	20:59	21:59	22:59	23:59
Mandag																								
Tirsdag																								
Onsdag																								
Torsdag																								
Fredag																								
Lørdag																								
Søndag																								

Kilde: Et hospital.

Figur 2 viser sengebelastningen pr. klokke-time på afdelingen. Farverne i tabellen indikerer belastningen på sengeafsnittet, hvor grøn indikerer en belægning tæt på 80 %, mens rød indikerer en belægning tæt på 100 %. Sengebelastningen varierer både hen over dagen og ugen og påvirker derfor behovet for bemanning. I bilag 4 viser vi et uddybet eksempel på en opgørelse over sengebelastningen på et afsnit.

40. Afdelingen fastlægger også et plejeindeks, der angiver bemanningen ved forskellig sengebelastning over tid. Plejeindekset udtrykker antallet af årsværk pr. belagt seng. Plejeindekset kan bl.a. variere som følge af sammensætningen af patienter, herunder hvor plejekrævende patienterne er. Tabel 2 viser udviklingen i sengebelastning og plejeindeks for afdelingen i perioden 2010-2012.

Tabel 2. Sengebelastning og plejeindeks for en afdeling i perioden 2010-2012

Belagte senge 2010	Belagte senge 2011	Belagte senge 2012	Plejeindeks 2010	Plejeindeks 2011	Plejeindeks 2012
49,4	48,7	46,0	1,41	1,39	1,44

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra et hospital.

Det fremgår af tabel 2, at antallet af belagte senge er faldet fra 49,4 i 2010 til 46 i 2012. Det har medført et stigende plejeindeks fra 1,41 årsværk pr. seng til 1,44 årsværk pr. seng. Ved at opgøre plejeindekset tager afdelingen løbende stilling til, om bemanningen pr. seng er forøget eller faldet. Hvis plejeindekset er steget, vil afdelingen vurdere, om det hænger sammen med, at patientgruppen har ændret sammensætning, eller at der er behov for at tilpasse bemanningen.

41. Når afdelingen har vurderet behovet for bemanning i afdelingens ambulatorium, har udgangspunktet i stedet været den gennemsnitlige tid, som en læge bruger på et patientbesøg, sammenholdt med det forventelige antal besøg. Afdelingen har ud fra det beregnet, hvor mange læger der er behov for i ambulatoriet.

Buffer i bemandingsbehovet

42. Vi har undersøgt, om afdelingerne i vurderingen af bemanningen har taget højde for, om der er behov for en buffer. Når afdelingerne bemander med en buffer, planlægger de med en bemanning, der er en anelse højere, end opgaverne umiddelbart forudsætter. Formålet er at sikre, at afdelingen kan absorbere variation i bemanningen, så afdelingen kan gennemføre sine aktiviteter, selv om der opstår uforudset fravær, fx ved sygdom. Ved fastlæggelse af en buffer skal der tages højde for, at det samlede budget overholdes. I nogle tilfælde har medarbejdere så specialiserede opgaver, at det kan være vanskeligt at erstatte hinanden og dermed planlægge med en buffer.

43. Undersøgelsen viser, at én afdeling har valgt ikke at indregne en buffer i bemanningen. Afdelingen sikrer dermed, at fremmødet ikke overstiger behovet. Den manglende brug af en buffer gør dog, at afdelingens planlægning let påvirkes, hvis en medarbejder bliver syg. Afdelingen må således jævnligt omprioritere resurserne og i nogle tilfælde aflyse planlagte operationer.

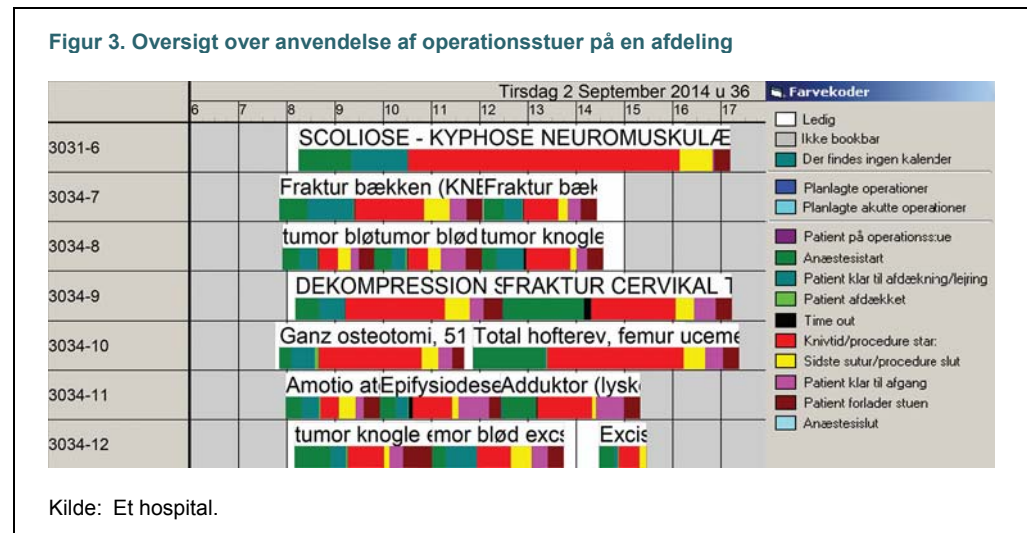
De 3 andre afdelinger har indregnet en buffer i bemanningen. Med en buffer undgår afdelingerne i videst muligt omfang at indkalde medarbejdere med kort varsel og sparer således omkostninger til tillæg for sen varsling. Bufferen betyder desuden, at afdelingerne sjældent er nødt til at aflyse operationer. Ingen af de 3 afdelinger har taget udgangspunkt i statistik over fravær, når de skal vurdere deres behov for en buffer i bemanningen.

Rigsrevisionen vurderer, at afdelingerne opnår et bedre grundlag for at vurdere behovet for bemanning ved at tage udgangspunkt i afdelingens fraværstatistik. Samtidig bør afdelingerne sammenholde omkostningerne ved at indregne en buffer i bemanningen med de omkostninger, der fx er forbundet med at aflyse operationer på grund af fravær.

Udnyttelse af operationskapacitet

44. Vi har gennemgået, hvordan afdelingerne følger anvendelsen af operationsstuerne og sikrer, at de udnytter dem bedst muligt. Det er væsentligt, at afdelingerne tilrettelægger arbejdet, så de bedst muligt udnytter den kapacitet, der er til rådighed på operationsstuerne.

45. Alle afdelingerne har it-systemer, der viser, hvordan de har planlagt at udnytte operationsstuerne, og hvordan de faktisk har brugt tiden på operationsstuerne. Figur 3 viser et eksempel på en detaljeret oversigt over, hvordan en afdeling bruger sine operationsstuer (operationsstue 6-12) til forskellige operationer inden for ortopædkirurgien.



Figur 3 viser en dags udnyttelse af 7 operationsstuer. De forskellige farvekoder angiver, hvornår patienten ankom på operationsstuen, hvornår operationen gik i gang, og hvor lang tid patienten måtte vente på at forlade stuen efter endt operation. Afdelingen bruger opgørelsen til dagligt at vurdere, om den har afviklet operationerne hensigtsmæssigt. Den meget detaljerede oversigt gør det lettere at identificere de årsager, der måtte ligge bag en uhensigtsmæssig udnyttelse af operationsstuerne. Af figuren fremgår det fx, at patienten i flere tilfælde opholder sig på operationsstuen i nogen tid efter, at patienten er registreret klar til afgang (lilla markering).

46. Undersøgelsen viser, at de enkelte operationssystemer varierer meget i detaljeringsniveau, og at der er stor forskel på, hvordan afdelingerne bruger informationerne. På 3 af afdelingerne viser oversigterne over operationsstuerne kun, hvornår patienten ankommer til operationsstuen, hvor lang tid operationen varer, og hvornår patienten forlader stuen. Afdelingerne har dermed ikke samme mulighed for simpelt at kunne identificere problemer og muligheder for bedre at udnytte operationsstuerne som afdelingen, der er vist i figur 3. Én afdeling har oplyst, at regionen efterfølgende har indført et nyt system på afdelingen, som giver et mere detaljeret overblik over afviklingen af operationerne.

47. Planlægningen af udnyttelsen af operationsstuerne skal foruden omkostninger afvejes over for en række andre forhold, bl.a. de fysiske rammer, et hensigtsmæssigt patientflow, de faglige kompetencer og kvaliteten i patientbehandlingen. Planlægningen af udnyttelsen af operationsstuerne er derfor en kompliceret opgave, der også kræver en ledelsesmæssig prioritering.

Vi har gennemgået, hvordan afdelingerne udnyttede operationsstuerne i uge 36-39 i 2014 med udgangspunkt i operationsstuerne åbningstid. De stuer, som afdelingerne kun bruger til akutte operationer, indgår ikke i gennemgangen. Dage, hvor afdelingen har måttet aflyse operationen på grund af patienten, indgår heller ikke i gennemgangen.

48. Vores gennemgang viser, at der er forskel på, hvor meget ledig tid afdelingerne har på operationsstuerne. Den ledige tid er den tid, hvor afdelingen ikke bruger operationsstuen inden for åbningstiden. Der kan være forskellige årsager til forskellene i ledig tid. Ledig tid kan enten indikere, at afdelingen har en bufferkapacitet for at kunne absorbere udsving i operationernes varighed, eller at afdelingen ikke udnytter operationsstuerne hensigtsmæssigt.

Afdelingerne har jævnligt ledig tid i løbet af åbningstiden. Én afdeling adskiller sig dog ved kontinuerligt at kunne gennemføre dagens operationer med meget lidt ledig tid mellem de enkelte operationer. Afdelingen er samtidig den afdeling i undersøgelsen, der følger udnyttelsen af operationsstuerne tættest. Afdelingen har dels en koordinator, der hver morgen sikrer en hensigtsmæssig planlægning af dagens operationer, dels en økonomifunktion på hospitalet, der dagligt følger udnyttelsen af operationsstuerne. På ugentlige møder evaluerer økonomifunktionen, om afdelingen har brugt operationsstuerne godt nok.

49. Gennemgangen viser, at nogle af afdelingerne jævnligt har ledig tid i løbet af operationsstuenes åbningstid og samtidig har operationer, der går ud over åbningstiden på de samme dage.

Rigsrevisionen konstaterer desuden, at det er forskelligt, hvor tilbageholdende afdelingerne er med at planlægge operationer, når der er risiko for, at de kan gå ud over operationsstuenes åbningstid. Én afdeling har oplyst, at afdelingen kan planlægge operationer i hele åbningstiden, fordi medarbejderne er indforståede med, at de bliver, til operationen er færdig, selv om det betyder, at de får senere fri. En anden afdeling har derimod valgt ikke at sætte nye operationer i gang, når det vurderes, at operationen vil komme til at gå ud over operationsstuenes åbningstid. Operationsstuen er således jævnligt ledig 1 time i slutningen af åbningstiden, og gennemgangen viser, at der i perioden er flere tilfælde, hvor den ledige tid inden operationsstuenes lukketid overstiger 2 timer. Gennemgangen viser også, at en tredje afdeling også jævnligt afslutter operationerne 2 timer (eller mere) inden operationsstuenes lukketid.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at afdelingsledelsen kan opnå et bedre grundlag for at vurdere, om personaleresurserne bruges omkostningsbevidst, hvis ledelsen vurderer de konkrete omkostninger, der er forbundet med at arbejde ud over operationsstuenes åbningstid, i forhold til omkostningerne ved ikke at udnytte operationsstuerne fuldt ud. Et eventuelt øget brug af operationsstuerne bør altid afvejes i forhold til, hvilken behandling der kan ydes inden for afdelingens budgetramme.

Afdelingernes planlægning af vagter og registrering af faktisk arbejdstid

50. Vi har gennemgået processen for, hvordan afdelingerne planlægger vagter og registrerer medarbejdernes arbejdstid, og vi har vurderet, hvilke fejlkilder der kan være i processen frem til lønudbetalingen.

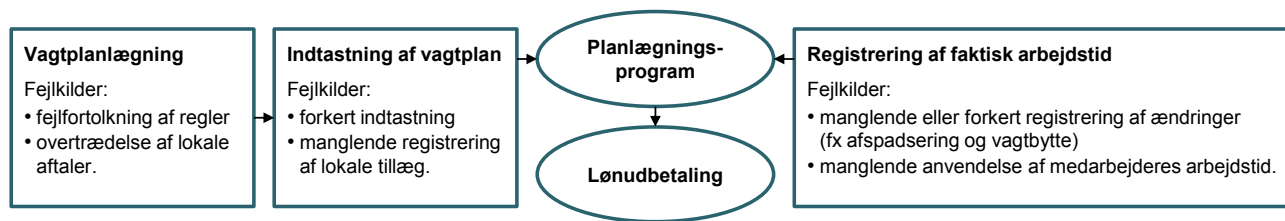
51. Der skal tages mange hensyn, når afdelingen planlægger medarbejdernes arbejdstid. Afdelingen skal fordele personaleresurserne, så de bedst muligt modsvarer afdelingens behov. Vagtplanlæggerne skal tilstræbe, at medarbejderne hverken arbejder mere eller mindre, end de er ansat til, og overholde reglerne i overenskomster, arbejdstidsaftaler mv.

52. På alle afdelingerne står flere medarbejdere for at planlægge vagterne. Vagterne skal besættes med de rette kompetencer, og vagtplanlæggerne skal derfor have kendskab til personalets kompetenceniveau, samtidig med at de skal have et indgående kendskab til logistik og planlægning.

Vores gennemgang viser, at en afdelingssygeplejerske oftest planlægger vagterne for plejepersonalet, mens en læge planlægger for lægerne. Dermed foretages planlægningen typisk af en medarbejder med indsigt i personalets kompetencer. På den enkelte afdeling er det typisk flere medarbejdere inden for hver faggruppe, der varetager opgaven. For plejepersonalet er der en vagtplanlægger for hvert afsnit, dvs. at alle afdelinger har 3-4 sygeplejersker, der planlægger vagter. Vagtplanlægningen for lægerne er organiseret forskelligt på de enkelte afdelinger, men typisk varetager flere læger opgaven. Gennemgangen viser desuden, at det varierer, om den enkelte vagtplanlægger har indgående kendskab til logistik og planlægning.

Processen for vagtplanlægning, indtastning af vagtplan og registrering af faktisk arbejdstid 53. På alle afdelingerne er vagtplanlægningen it-understøttet. Afdelingerne planlægger vagter i et planlægningsprogram. Programmet registrerer medarbejdernes planlagte arbejdstid og eventuelle ændringer. Registreringerne i programmet er grundlaget, når hospitalet udbetaler løn. Figur 4 viser processen, når afdelingerne planlægger vagter, indtaster vagtplaner og registrerer medarbejdernes faktiske arbejdstid. Endvidere viser figuren de fejl, der kan opstå i de enkelte led i processen.

Figur 4. Processen for vagtplanlægning, indtastning af vagtplan og registrering af faktisk arbejdstid



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra regionerne.

Figur 4 viser de enkelte led i processen, fra afdelingen planlægger vagter til udbetaling af løn. Først planlægger den enkelte vagtplanlægger vagterne – typisk i et regneark udarbejdet af den enkelte vagtplanlægger. Herefter indtaster vagtplanlæggeren planerne i planlægningsprogrammet. Der sker jævnligt ændringer til vagtplanerne, som vagtplanlæggerne også registrerer i planlægningsprogrammet. Vagtplanerne med de tilføjede ændringer er grundlaget for udbetalingen af løn til personalet.

Figuren viser også, at der i hvert led af processen for vagtplanlægning og registrering af faktisk arbejdstid er flere mulige fejlkilder. Vi gennemgår nedenfor de enkelte led i processen og de observerede fejlkilder.

Vagtplanlægning

54. Opgaven med at planlægge vagter kræver et indgående kendskab til reglerne i overenskomster, arbejdstidsaftaler og eventuelle lokalaftaler. På alle afdelingerne kan vagtplanlæggerne benytte deres centrale HR-funktion på hospitalet, men ingen steder er der en systematisk introduktion til reglerne og tolkningen heraf. Vagtplanlæggerne er enten blevet side-mandsoplært eller har selv tilegnet sig den nødvendige viden på området.

På alle afdelingerne orienteres vagtplanlæggerne om ændringer i reglerne, men kun på én afdeling understøttes vagtplanlæggerne af en vejledning og en samlet oversigt over de gældende regler og deres betydning for planlægningen af vagter.

De vagtplanlæggere, der ikke havde en vejledning, gav udtryk for, at en vejledning ville give dem et bedre overblik og være en hjælp i de tilfælde, hvor reglerne er vanskelige at fortolke. Alle steder er vagtplanlægningen organiseret, så det er den enkelte vagtplanlæggers ansvar at fortolke reglerne korrekt. Det betyder, at der i praksis er en høj risiko for fejlfortolkning.

Desuden understøtter planlægningsprogrammet ikke i tilstrækkeligt omfang, at vagtplanlæggerne overholder lokalaftalerne. I nogle tilfælde aftales det lokalt, at en faggruppe skal følge en anden faggruppes arbejdstidsregler. Dette kan ikke understøttes i planlægningsprogrammet. Planlægningsprogrammet kan heller ikke understøtte individuelle aftaler om fx overførsel af overarbejde. I disse tilfælde skal vagtplanlæggerne manuelt kontrollere, at vagtplanerne overholder lokalaftalerne, og det er en tung opgave. Den manuelle kontrol medfører en risiko for, at vagtplanerne ikke overholder aftalerne.

Alle afdelingerne lægger vægt på at give medarbejderne medbestemmelse over deres arbejdstider, da det er vigtigt for dem at udvise fleksibilitet for at kunne fastholde og rekruttere medarbejdere. Alle vagtplanlæggerne forsøger derfor – og bruger meget tid på – at få vagtplanen til at gå op på baggrund af medarbejdernes ønsker.

Gennemgangen viser, at udarbejdelsen af vagtplanen er en tung og resursekrævende proces, hvor både de rette kompetencer, antal medarbejdere og individuelle ønsker skal gå op. Planlægningsprogrammet indeholder en mulighed for, at medarbejderne selv kan indtaste deres ønsker til vagtplanen. Enkelte vagtplanlæggere for plejepersonalet anvender denne mulighed. Det er med til at reducere vagtplanlæggernes arbejde med at tilpasse planen efter individuelle ønsker. Én region har oplyst, at planlægningsprogrammet fortsat mangler at blive udviklet, så det understøtter, at lægerne også selv kan indtaste deres ønsker til vagtplanen.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at der er behov for, at afdelingerne systematisk indfører nye vagtplanlæggere i arbejdstidsreglerne mv., når de overtager opgaven. Det er endvidere Rigsrevisionens vurdering, at en oversigt over de regler, der har betydning for vagtplanlægningen, og en vejledning i, hvordan de skal fortolkes, vil lette vagtplanlæggernes arbejde og medvirke til, at de fortolker reglerne ens.

Indtastning af vagtplan

55. Det er muligt at planlægge vagterne direkte i planlægningsprogrammet, men hovedparten af vagtplanlæggerne vurderer, at programmet ikke giver dem det nødvendige overblik. De kan ikke se både hele planlægningsperioden og alle medarbejderne i ét skærmbillede. De fleste vagtplanlæggere bruger derfor i stedet regneark, som de selv har udarbejdet.

Mange vagtplanlæggere får en lægesekretær til at indtaste de udarbejdede vagtplaner i planlægningsprogrammet. Rigsrevisionen vurderer, at det er en potentiel fejlkilde, når en anden end den, der har udarbejdet vagtplanen og kender baggrunden for registreringerne, indtaster det i programmet. Én af afdelingerne har konstateret væsentlige fejl i udbetalingerne af løn efter at have gennemgået alle registreringer i planlægningsprogrammet.

Nogle afdelinger har lokale tillæg for bestemte vagter. Det er ikke muligt at få planlægningsprogrammet til at tildele de lokale tillæg automatisk. De skal i stedet registreres manuelt. Det betyder, at der er en risiko for, at medarbejderne ikke får tillæggene registreret og udbetalt.

Registrering af faktisk arbejdstid

56. Den vagtplan, der er indtastet i planlægningsprogrammet, udgør grundlaget for udbetalingen af løn. Vagtplanlæggerne skal registrere ændringer i arbejdstiden i forhold til det planlagte i planlægningsprogrammet. Afdelingerne har forskellig praksis for, hvordan de registrerer ændringer. Rigsrevisionen vurderer, at manglende registrering af ændringer i det planlagte er en fejlkilde i forhold til lønudbetalingen. Fx oplyste vagtplanlæggerne på én afdeling, at deres måde at registrere ændringer på medfører en risiko for, at de ikke registrerer alle ændringer. Det kan fx betyde, at vagtplanlæggerne ikke registrerer en medarbejders afspadsering, og at afdelingen derfor udbetaler overarbejde for timer, som medarbejderen ikke har arbejdet.

En særlig risiko for fejlregistreringer er de tilfælde, hvor medarbejderne frivilligt bytter vagt. På alle de besøgte afdelinger må medarbejderne gerne bytte vagt, så længe det er omkostningsneutralt for afdelingen. Planlægningsprogrammet er opbygget til automatisk at beregne tillæg ved omlægning af vagter. Det betyder, at vagtplanlæggerne manuelt skal registrere omlægningen som omkostningsneutral, hvis ikke programmet skal beregne vagtillæg, når medarbejderne frivilligt bytter vagter. Flere afdelinger har oplyst, at der er risiko for, at de ikke altid får registreret, hvis medarbejderne bytter deres vagter frivilligt. Resultatet er, at hospitalerne i nogle tilfælde fejlagtigt udbetaler tillæg ved frivilligt bytte af vagt.

En normperiode er den periode, som afdelingen opgør medarbejderens arbejdstid over. Normperioden kan variere, men kan fx være på 4 uger. Efter en normperiode på 4 uger opgør afdelingen medarbejderens overarbejde og nulstiller eventuel minustid.

En væsentlig opgave i vagtplanlægningen er at sikre, at afdelingen bruger medarbejdernes arbejdstimer inden for normperioden. I de tilfælde, hvor afdelingen har timer til gode hos medarbejderne, registreres det som minustimer. Hvis der er registreret minustimer ved en normperiodes afslutning for plejepersonale og yngre læger, går disse tabt for afdelingen. En væsentlig forudsætning for at planlægge omkostningsbevidst er derfor, at vagtplanlæggerne løbende har et opdateret overblik over medarbejdernes overarbejde og minustimer. I planlægningsprogrammet er der en oversigt over, om medarbejdernes planlagte og gennemførte arbejdstid svarer til deres norm, men de vagtplanlæggere, der planlægger i egne regneark, er nødt til at følge manuelt med i, om medarbejderne overholder deres norm.

57. Rigsrevisionen har gennemgået 2 normperioder for sygeplejersker og læger på alle afdelingerne. Gennemgangen viser, at 3 ud af 4 afdelinger har minustimer. På de 3 afdelinger har nogle sygeplejersker og læger desuden minustimer i samme periode, som andre får udbetalt overarbejde i. På én af de 3 afdelinger har enkelte medarbejdere over 30 minustimer, og en række medarbejdere har ca. 10 minustimer. På en anden afdeling har flere sygeplejersker og læger minustimer, der ligger over 10 timer – i nogle tilfælde over 20 minustimer – og en enkelt har helt op til 43 minustimer. På den tredje afdeling er problemet kun relevant i forhold til lægerne, hvor flere læger har over 15 minustimer.

Kun på én afdeling er der ikke minustimer. Afdelingen bruger her planlægningsprogrammet til at undgå minustimer.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at forekomsten af minustimer er ensbetydende med, at afdelingerne ikke bruger personaleresurserne fuldt ud omkostningsbevidst. Afdelingerne udbetaler således overarbejde til nogle medarbejdere, samtidig med at timer går tabt hos andre medarbejdere. Undersøgelsen indikerer, at afdelingerne ikke har haft tilstrækkeligt overblik over medarbejdernes reelle arbejdstid, og det kommer til udtryk i minustimer for både læger og sygeplejersker på 3 af afdelingerne.

Resultater

58. Undersøgelsen viser, at alle afdelingerne vurderer og tilpasser deres bemanning på baggrund af forskellige parametre, herunder patienter, plejebehov og medarbejdernes kompetencer. Ingen af afdelingerne har vurderet behovet for en buffer i bemanningen ud fra konkrete oplysninger om fravær og ved at sammenholde de omkostninger, afdelingerne har ved at indregne en buffer i bemanningen, med de omkostninger, der er forbundet med at aflyse operationer på grund af fravær.

59. Kun én afdeling kan simpelt identificere problemer og muligheder for at udnytte operationsstuerne bedre. Det skyldes, at afdelingen som den eneste har meget detaljerede opgørelser over aktiviteten på operationsstuerne. Gennemgangen af afdelingernes udnyttelse af operationsstuerne indikerer, at flere af afdelingerne ikke udnytter operationsstuerne og personaleresurserne hensigtsmæssigt. Det skyldes, at der er ledig tid på operationsstuerne i løbet af dagen, samtidig med at de sidste operationer ligger ud over operationsstuens åbnings- tid på de samme dage.

60. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at 3 af afdelingerne ikke i tilstrækkelig grad bruger de tilgængelige programmer til at planlægge vagter. Nogle vagtplanlæggere oplever, at skærm- billedet ikke giver dem det fulde overblik over både normperioden og alle medarbejderne på samme tid. Planlægningsprogrammet er dermed ikke fuldt ud brugervenligt. Det medfører, at nogle vagtplanlæggere finder det nødvendigt at udarbejde egne regneark. Brugen af egne regneark medfører en potentiel fejlkilde i planlægningen, da vagtplanlæggerne manuelt skal kontrollere, om de overholder arbejdstidsregler mv., og om afdelingen bruger alle medarbejdernes arbejdstimer. Derudover medfører nogle afdelingers praksis for at registrere ændringer til den planlagte arbejdstid en risiko for, at ændringerne ikke indføres korrekt i plan- lægningsprogrammet. Rigsrevisionen har desuden konstateret problemer med minustimer på 3 af afdelingerne. Dette indikerer, at afdelingerne ikke har brugt deres planlægningspro- gram til at sikre, at medarbejdernes arbejdstid bruges fuldt ud.

2.3. Afdelingerne kan bruge personaleresurserne bedre

61. Vi har undersøgt, om afdelingen løbende arbejder med at forbedre produktiviteten ved at effektivisere arbejdsgangene. Dermed kan afdelingen bruge resurserne bedre.

Vi har desuden undersøgt udviklingen i den tid, som afdelingerne i gennemsnit bruger på at forberede og afvikle operationer (knivtid og skiftetid). Det har vi gjort, fordi udviklingen i kniv- tid og skiftetid indikerer, hvor godt afdelingerne planlægger og effektiviserer arbejdsgange- ne på operationsstuerne.

Afdelingernes arbejde med at effektivisere arbejdsgange

62. Vi har gennemgået de større projekter, som afdelingerne arbejder med for at effektivise- re arbejdsgangene.

63. Én afdeling arbejder med at effektivisere arbejdsgangene som led i en større omstillings- proces som forberedelse til, at afdelingen flytter ind i et nyt hospitalsbyggeri. Der er således i høj grad tale om at effektivisere fremtidige arbejdsgange. Effektiviseringerne har særligt fokus på nye it-løsninger, og afdelingen forventer, at det vil lette manuelle processer og op- gaver og dermed frigive mere tid til patienterne.

Knivtid er et udtryk for, hvor hurtigt en operation kan gennemføres. Den er afgørende for, hvor mange operationer en afdeling kan nå at gennemføre inden for en given periode.

Skiftetid er et udtryk for den tid, der går til at forberede operationen. En hurtig skiftetid kan fx være udtryk for smidige arbejdsgange eller en god fysisk indretning af operationsstuen. Der kan fx være et forrum, hvor personalet kan forberede næste operation, mens en operation er i gang på operations- stuen.

64. En anden afdeling har indført Productive Ward (PW). Det er et redskab, der fokuserer på at forbedre personalets arbejdsgange og identificerer områder, hvor afdelingens medarbejdere kan løse opgaverne mere hensigtsmæssigt, jf. boks 2.

BOKS 2. PRODUCTIVE WARD (PW)

- PW er et engelsk, patenteret redskab, der fokuserer på, hvordan afdelinger kan løse opgaverne mere hensigtsmæssigt for at minimere spild og overflødigt resurseforbrug.
- PW fokuserer på, om medarbejderne bruger unødigt tid, fx til at samle de redskaber, de skal benytte til et sårskifte, og om skabe er indrettet logisk i forhold til de opgaver, som medarbejderne skal løse.
- Målet med PW er at få ændret de arbejdsgange, der ikke fungerer optimalt for medarbejderne.
- Den tid, PW eventuelt frigør, giver mulighed for mere kontakt med patienterne.

Afdelingen har i forlængelse af PW kortlagt aktiviteten og analyseret medarbejdernes daglige arbejdsgange for at kunne effektivisere dem. På baggrund af den nuværende kortlægning fandt afdelingen ud af, at medarbejderne spildte meget tid, når de overdrog rapporter og skiftede vagt. Det har afdelingen herefter fokuseret på i det videre arbejde med at effektivisere arbejdsgangene.

65. En tredje afdeling har siden 2012 arbejdet systematisk med at forbedre arbejdsgangene ud fra et koncept om InterProfessionel Læring og Samarbejde (IPLS), jf. boks 3.

BOKS 3. INTERPROFESSIONEL LÆRING OG SAMARBEJDE (IPLS)

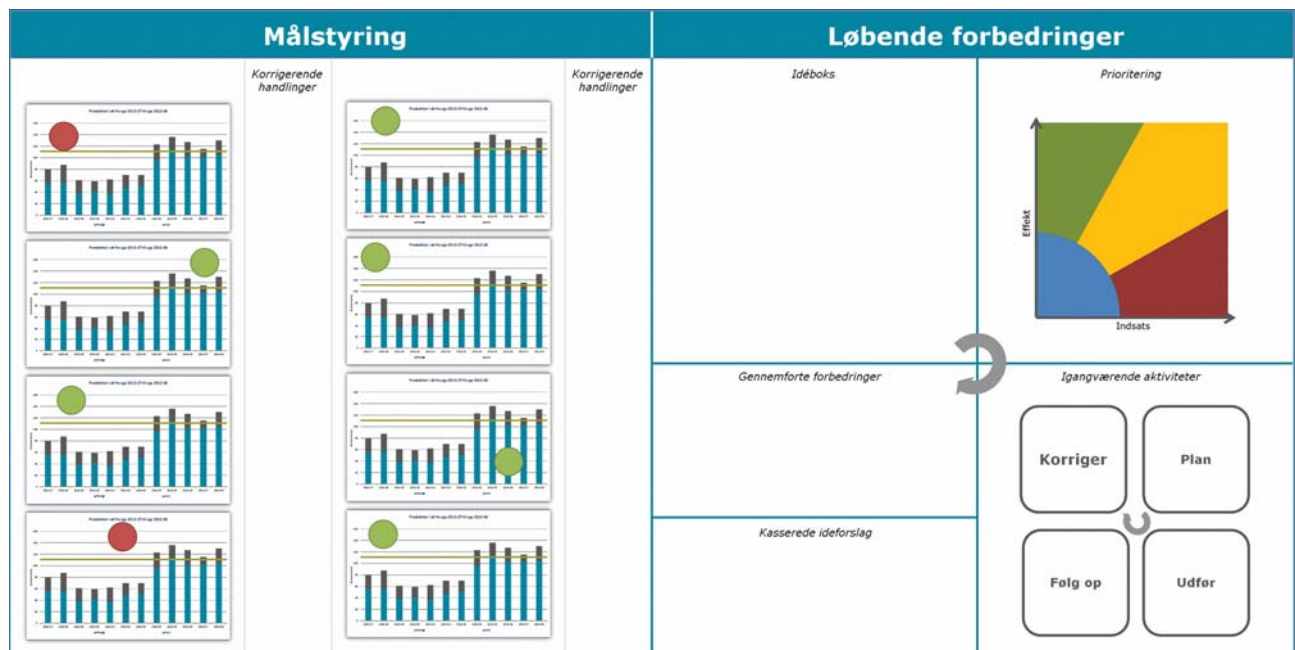
- IPLS handler om, at medarbejdere på tværs af faggrupper i højere grad arbejder sammen om fælles mål og med særligt fokus på at inddrage patienternes resurser og viden.
- IPLS' overordnede formål er at gennemgå og revidere arbejdsgange på tværs af faggrupper for at undgå dobbeltarbejde, der fx knytter sig til de samme informationer, som de forskellige faggrupper giver til patienterne.
- Et andet formål er at undgå ventetid, som bl.a. kan opstå, når sygeplejerskerne venter på lægerne ved stuegang, eller situationer, hvor operationsgangen venter på det hold, der skal bistå ved operationen.

Afdelingen har oplyst, at den gennem IPLS har effektiviseret arbejdsgangene ved at ændre kulturen på afdelingen og ved at nedbryde skellene mellem de forskellige faggrænser. Afdelingen har gennem IPLS erfaret, at det er muligt at spore dobbeltarbejde, fx i forhold til registreringer af patienter og i forhold til den information, som personalet giver til patienterne. I forlængelse af IPLS har afdelingen også indført 10 minutters tavlemøder hver morgen, hvor det tværfaglige team fordeler og prioriterer behandlingen af patienter og derved forsøger at sikre, at afdelingen udnytter operationsstuerne maksimalt.

66. Den fjerde afdeling har indført LEAN i stor skala, som bl.a. betyder, at afdelingen arbejder med målstyring på tavlemøder. På ugentlige tavlemøder mødes medarbejderne og afdelingsledelsen for at skabe synlighed og følge op på højt prioriterede mål. Det skal bl.a. sikre, at personalet hele tiden samarbejder om at finde nye og bedre måder at løse opgaverne på. Et vedholdende fokus på at forbedre driften er med til at lægge et pres på, at personalet sammen med ledelsen hele tiden tænker i at effektivisere arbejdsgangene.

Figur 5 viser afdelingens målstyringstavle. Under overskriften "Målstyring" fremgår en opgørelse over, hvordan afdelingens forskellige målepunkter udvikler sig. Grøn og rød indikerer, om udviklingen i målopfyldelsen er positiv (grøn) eller negativ (rød). Under overskriften "Løbende forbedringer" arbejder afdelingen med de forslag, der løbende skal være med til at sikre, at afdelingen opfylder sine mål.

Figur 5. Målstyringstavle på en afdeling



Kilde: Et hospital.

Figur 5 viser, at afdelingen på de ugentlige tavlemøder har fokus på målstyring og løbende forbedringer. Afdelingens fokus på løbende forbedringer og korrigerende handlinger ved manglende målopfyldelse betyder, at afdelingen kontinuerligt arbejder med at effektivisere arbejdsgangene.

67. Undersøgelsen viser, at afdelingerne på forskellig vis og med forskellige projekter arbejder med at effektivisere arbejdsgangene. Særligt 3 afdelinger har integreret dette arbejde i stor skala i det daglige arbejde, og én afdeling planlægger at gennemføre effektiviseringer af arbejdsgangene, når afdelingen flytter ind i nyt hospitalsbyggeri.

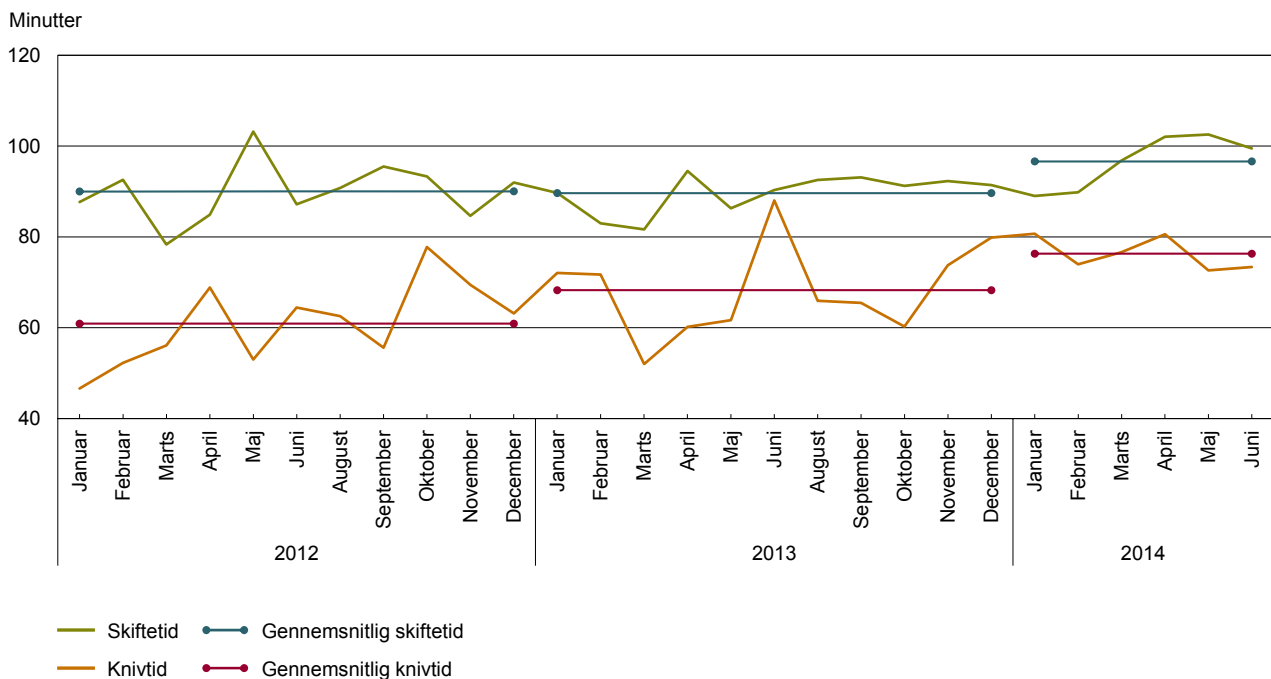
68. Én afdeling har oplyst, at arbejdet med at ændre arbejdsgangene i nogle tilfælde har medført, at læger i dag udfører opgaver, som sygeplejersker tidligere udførte. Flytning af opgaver fra sygeplejersker til læger kan give et løft i kvalitet og eventuelt medføre færre genindlæggelser, hvilket på langt sigt vil reducere omkostningerne til behandling. Ændringerne i arbejdsgangene kan dog også medføre, at opgaverne ender med at blive løst på et højere omkostningsniveau, eller medføre dobbeltarbejde.

Rigsrevisionen finder på den baggrund, at det er vigtigt, at afdelingerne tager stilling til, om ændringerne i arbejdsgangene samlet reducerer omkostningerne til behandlingerne eller medfører højere omkostninger.

Resultaterne af afdelingernes arbejde med at effektivisere afviklingen af operationer
 69. Vi har bedt afdelingerne om at opgøre knivtid og skiftetid for deres operationer over en periode på 2½ år. Udviklingen i knivtid og skiftetid kan indikere, om afdelingernes planlægning og afvikling af operationer er blevet mere eller mindre effektiv over tid.

70. Undersøgelsen viser, at kun 2 af afdelingerne kan opgøre data om udviklingen i knivtid og skiftetid. Figur 6 viser udviklingen i den gennemsnitlige knivtid og skiftetid på en afdeling på et universitetshospital i perioden januar 2012 - juni 2014.

Figur 6. Udviklingen i den gennemsnitlige knivtid og skiftetid på en afdeling på et universitetshospital i perioden januar 2012 - juni 2014



Note: Den gennemsnitlige knivtid og skiftetid er udelukkende beregnet på operationer, som hører under tumorkirurgien. Juli indgår ikke i opgørelsen, da der er tale om en ferieperiode, hvor aktiviteten og bemandingen på operationsgangen er mere uregelmæssig.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra et hospital.

Det fremgår af figur 6, at både den gennemsnitlige knivtid og skiftetid er steget på afdelingen. Den gennemsnitlige knivtid er steget fra ca. 61 minutter pr. operation i 2012 til ca. 76 minutter pr. operation i 2014. Det svarer til en stigning på ca. 25 %. Den gennemsnitlige skiftetid er steget fra ca. 90 minutter pr. operation i 2012 til ca. 97 minutter pr. operation i 2014. Dette svarer til en stigning på ca. 8 %.

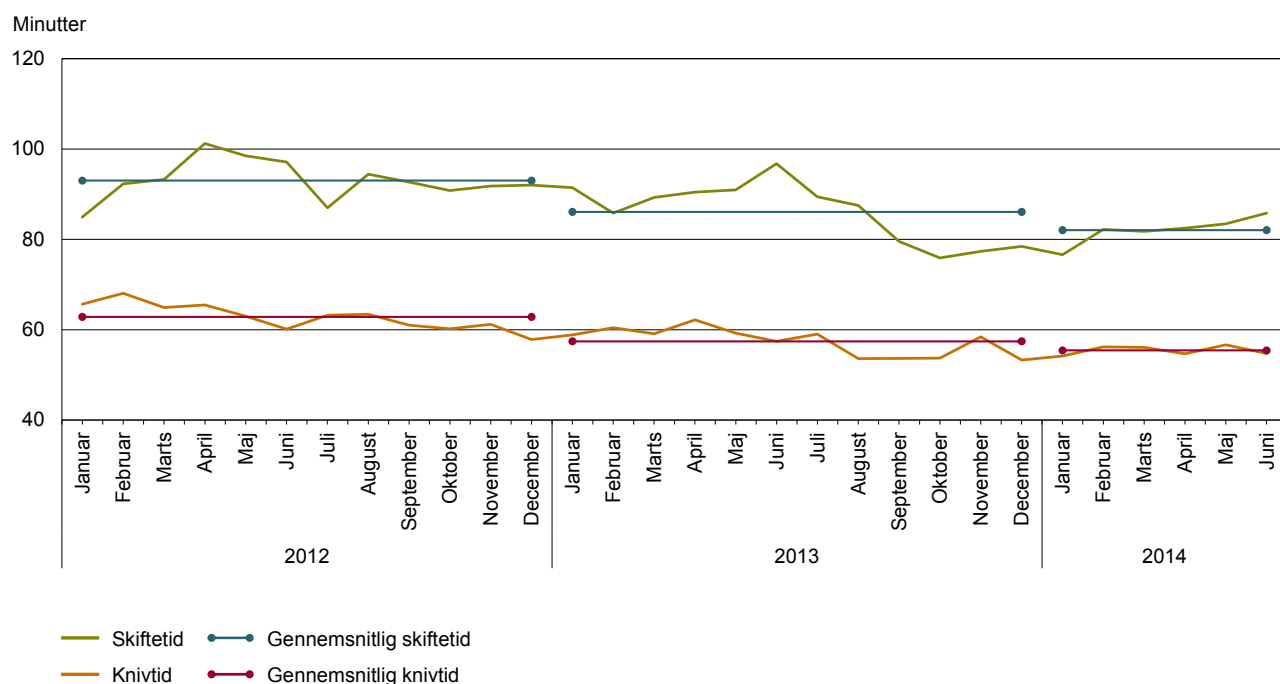
Afdelingen har oplyst, at udviklingen i den stigende knivtid afspejler, at de patienter, som henvises til afdelingen, generelt er dårligere end tidligere. En dårligere fysisk tilstand kan påvirke den samlede operationstid og dermed give længere knivtid. Afdelingen gennemfører desuden flere komplicerede operationer, som ofte er meget tidskrævende, og som afdelingen ikke tidligere udførte.

I forhold til skiftetiden har afdelingen oplyst, at afdelingen kører sine patienter til opvågning på en anden afdeling. Denne afdeling har gennem længere tid haft problemer med kapaciteten, og det betyder, at afdelingen ikke altid kan flytte sine patienter fra operationsstuen, umiddelbart efter at operationen er slut, hvilket kan have medvirket til, at skiftetiden er steget i den undersøgte periode. Eksemplet viser, at forskellige afdelinger kan være gensidigt afhængige af hinanden, og i disse tilfælde er koordineringen mellem afdelingerne væsentlig for en samlet omkostningsbevidst brug af hospitalets resurser. Det er en ledelsesmæssig opgave at sikre en kapacitet, der gør det muligt at afvikle patientforløb på tværs af afdelinger, og at sikre maksimal brug af kapaciteten. I sådanne situationer må ledelsen overveje mulige flaskehalser i patientforløbene på tværs af afdelingerne og søge at maksimere brugen af de mest kostbare resurser, fx en fuldt bemanded operationsstue.

Tallene viser, at afdelingen med de givne patienter ikke har været i stand til at reducere knivtiden og skiftetiden i den undersøgte periode. Regionen har oplyst, at den vurderer, at udviklingen i knivtiden og skiftetiden ville have været højere, hvis regionen ikke havde arbejdet med at effektivisere arbejdsgangene.

71. Figur 7 viser udviklingen i den gennemsnitlige knivtid og skiftetid på en afdeling på et regionshospital i perioden januar 2012 - juni 2014.

Figur 7. Udviklingen i den gennemsnitlige knivtid og skiftetid på en afdeling på et regionshospital i perioden januar 2012 - juni 2014



Note: Den gennemsnitlige knivtid er opgjort for operationer vedrørende knæalloplastik (kunstigt knæ). Den gennemsnitlige skiftetid er opgjort for alle operationer på afdelingen.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra et hospital.

Det fremgår af figur 7, at både den gennemsnitlige knivtid og skiftetid er faldet på afdelingen. Den gennemsnitlige knivtid er faldet fra ca. 63 minutter pr. operation i 2012 til ca. 55 minutter pr. operation i 2014. Det svarer til et fald på ca. 13 %. Den gennemsnitlige skiftetid er faldet fra ca. 93 minutter pr. operation i 2012 til ca. 82 minutter pr. operation i 2014. Det svarer til et fald på ca. 12 %. Afdelingen vurderer, at faldet i knivtid og skiftetid især er et udtryk for det systematiske arbejde med LEAN i stor skala. Afdelingen peger på, at den kontinuerligt fokuserer på at forbedre arbejdsgangene på operationsstuerne og løbende følger udviklingen i knivtid og skiftetid.

72. Undersøgelsen viser, at den stigende knivtid og skiftetid på den ene afdeling generelt kan skyldes sammensætningen af patienter, herunder at afdelingen har fået nogle mere komplicerede patienter. Udviklingen kan dog også skyldes, at afdelingen planlægger og afvikler operationerne mindre effektivt. På den anden afdeling er knivtiden og skiftetiden faldet i den undersøgte periode, og ifølge afdelingen skyldes det, at den dels følger udviklingen i knivtiden og skiftetiden, dels har arbejdet med at effektivisere arbejdsgangene på operationsgangen. Det har ikke været muligt for Rigsrevisionen at vurdere de konkrete årsager til udviklingen for de 2 afdelinger.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at de afdelinger, der løbende kan opgøre udviklingen i knivtid og skiftetid, har et bedre grundlag for at kunne vurdere, om resultaterne af afdelingens planlægning og effektivisering af arbejdsgange er tilfredsstillende.

Resultater

73. Undersøgelsen viser, at især 3 af afdelingerne har integreret arbejdet med at effektivisere arbejdsgangene i dagligdagen. Rigsrevisionen finder, at det er vigtigt, at afdelingerne tager stilling til, om ændringer i arbejdsgangene samlet reducerer omkostningerne til behandlinger eller medfører højere omkostninger.

74. Rigsrevisionen har gennemgået udviklingen i knivtid og skiftetid på 2 af afdelingerne som indikator for, hvordan afdelingerne er lykkedes med at planlægge og arbejde med at effektivisere arbejdsgangene. Én afdeling har haft stigende knivtid og skiftetid, mens en anden har oplevet faldende knivtid og skiftetid. I og med at disse afdelinger kan opgøre udviklingen i knivtid og skiftetid, er de i stand til at vurdere, om resultaterne af afdelingens planlægning og effektivisering af arbejdsgangene på operationsstuerne er tilfredsstillende.

2 af afdelingerne kan ikke opgøre data om udviklingen i knivtid og skiftetid. Disse afdelinger har ikke samme mulighed for at vurdere, om afdelingens planlægning og ændring af arbejdsgangene resulterer i effektiviseringer.

3. Hospitalernes styring af afdelingernes resurseforbrug

Rigsrevisionen vurderer, at hospitalsledelsen og afdelingsledelsen på de undersøgte hospitaler i deres styring og opfølgning kan sikre større gennemsigtighed i afdelingernes brug af resurser. Desuden kan afdelingsledelsen arbejde mere systematisk med at sikre tydelige og dækkende mål for indsatsen.

Undersøgelsen viser, at de 4 hospitaler arbejder ud fra mål- og rammestyring, som indeholder et omfattende sæt af mål. Målene skal sikre, at afdelingerne overholder deres budgetrammer samt opfylder aktivitetskrav og krav til behandlingen af patienterne. Afdelingerne arbejder dog i forskelligt omfang systematisk med at tydeliggøre målene, når de i dagligdagen prioriterer indsatsen.

På 3 af afdelingerne er der ikke fastsat mål for, hvordan de skal bruge kapaciteten, herunder personaleresurserne på operationstuerne. Rigsrevisionen vurderer, at få mål for kapacitetsanvendelsen vil være et godt afsæt for at kunne afstemme hospitalsledelsens og afdelingsledelsens forventninger til brugen af resurser på afdelingerne.

Undersøgelsen viser, at det er forskelligt, hvor ofte hospitalsledelsen og afdelingsledelsen følger op på mål og resurseforbrug i afdelingerne, ligesom fokus i opfølgningen varierer. Særligt på ét hospital følger hospitalsledelsen og afdelingsledelsen hyppigt op på afdelingens arbejde med at opfylde målene. Dermed har hospitalet et godt udgangspunkt for at følge afdelingens målopfyldelse og resurseanvendelse. Rigsrevisionen vurderer, at en effektiv styring kræver, at ledelsen hyppigt og tæt følger op, så den i tide kan korrigere og omprioritere indsatsen.

Undersøgelsen viser, at ledelsesinformationen på alle 4 hospitaler indeholder mange data, som særligt afdelingsledelsen løbende skal forholde sig til. Der indgår dog i den forbindelse ikke data for enhedsomkostninger og anvendelsen af kapacitet, herunder anvendelsen af operationsstuer. Rigsrevisionen vurderer, at hospitalsledelsen med fordel kan integrere disse data i den løbende styring. Det vil give et bedre grundlag for at vurdere og prioritere afdelingens samlede resurseforbrug.

75. I dette kapitel vurderer vi, om hospitalsledelsens og afdelingsledelsens styring og opfølgning sikrer, at det er gennemsigtigt, hvordan afdelingen bruger resurserne. Vi har undersøgt, om hospitalsledelsen og afdelingsledelsen sikrer tydelige og dækkende mål for indsatsen, om de følger op på målene, og om de sikrer gennemsigtighed i resurseforbruget.

3.1. Afdelingerne har behov for tydeligere mål

76. Vi har undersøgt, hvordan afdelingsledelsen arbejder med at tydeliggøre mål og rammer inden for afdelingerne. Det skyldes, at mål, der er tydeliggjort i den daglige prioritering, skaber retning og fokus i afdelingens indsats.

77. Vores gennemgang af de 4 hospitalers styring af afdelingerne viser, at det overordnede princip for styringen er mål- og rammestyring. Styringen indebærer, at hospitalsledelsen har det overordnede ansvar for hospitalets økonomi og patientbehandling. Samtidig er det hospitalsledelsens ansvar at fastsætte mål og de økonomiske rammer for afdelingerne. Afdelingsledelsens ansvar er at sikre, at afdelingen opfylder målene inden for de økonomiske rammer, som er givet af hospitalsledelsen. Afdelingsledelsen har således ansvaret for afdelingens løbende drift og for at opfylde de krav, der gælder for behandlingen af patienterne på afdelingen.

Afdelingernes mål og økonomiske rammer

78. Mål og budgetrammer udgør grundlaget for hospitalsledelsens overordnede styring af afdelingerne.

Vores gennemgang af hospitalernes styring af afdelingerne viser, at alle afdelingerne får udmeldt en budgetramme for udgifter til personale og en budgetramme for øvrig drift. Gennemgangen af afdelingernes budgetter viser, at langt størstedelen af afdelingernes budgetter dækker personaleudgifter, herunder fast løn og forskellige former for funktionstillæg, vagt-tillæg mv. I alt udgør ca. 70 % af udgifterne på de ortopædkirurgiske afdelinger udgifter til løn.

Alle afdelingerne har inden for de overordnede budgetrammer fordelt lønbudgettet på forskellige personalegrupper såsom overlæger, yngre læger og forskellige grupper inden for plejegruppen. For øvrig drift har afdelingerne også fordelt budgettet på forskellige poster ud fra afdelingsledelsens forventninger til udgifter til medicin, vareforbrug samt uddannelse og kurser. Alle afdelingerne arbejder med at periodisere budgetterne for at tage højde for sæsonudsving i aktiviteten. Dermed får afdelingerne et mere præcist grundlag for at vurdere, om de overholder budgetterne.

79. Vi har gennemgået afdelingernes budgetlægning. Gennemgangen viser, at afdelingernes budgetter fastlægges med afsæt i de budgetforslag, som økonomistaben på hospitalet udarbejder. Budgetforslaget er fastsat med udgangspunkt i det foregående års budget, som økonomifunktionen på hospitalet fremskriver med pris- og lønudviklingen. Hertil justerer økonomifunktionen for eventuelle ændringer i, hvilke opgaver afdelingerne varetager, og indarbejder eventuelle budgetbesparelser. Desuden indgår input og beregninger fra afdelingerne samt hospitalsledelsens prioriteringer. Gennemgangen viser således, at hospitalsledelsen på de 4 hospitaler har en væsentlig rolle, når det kommer til at prioritere og fastlægge afdelingernes budgetter.

80. Det fremgår af vores gennemgang, at hospitalsledelsen på alle 4 hospitaler fastsætter et mål for den aktivitet/produktion, som afdelingerne skal levere. Målet (baseline) fastsætter hospitalsledelsen som en værdi i kroner – den såkaldte DRG-værdi. DRG-værdien udtrykker afdelingens samlede aktivitet og er opgjort som summen af afdelingens ydelser ganget med DRG-taksterne.

Gennemgangen af styringen af afdelingerne viser, at afdelingerne har aktivitetsafhængige budgetter. Aktivitetsafhængige budgetter betyder, at afdelingernes budgetter bliver reduceret, hvis deres aktivitet ligger under baseline. Gennemgangen viser samtidig, at 2 af hospitalerne honorerer afdelingerne, hvis de øger deres aktivitet ud over baseline. De 2 resterende afdelinger opnår kun en honorering ved meraktivitet, hvis hospitalet på forhånd har aftalt aktiviteten med regionen.

DRG-taksterne er beregnet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Taksterne udtrykker de landsgennemsnitlige udgifter til behandling og pleje på de offentlige hospitaler.

81. Alle regionerne har fastsat produktivitetskrav, som hospitalerne skal opfylde. Det fremgår af vores gennemgang af hospitalernes styring, at hospitalerne har forskellig tilgang til, hvordan de fordeler produktivitetskravene til afdelingerne. På 3 af hospitalerne fastlægger hospitalsledelsen samme krav om produktivitet for alle hospitalets afdelinger. Kravet aftales som hovedregel som en stigning i produktionen frem for en reduktion i udgiftsbudgettet. På det fjerde hospital fastsætter hospitalsledelsen dog produktivitetskravet, efter at hospitalsledelsen og økonomifunktionen på hospitalet nærmere har vurderet afdelingens muligheder for at bidrage til hospitalets samlede produktivitetskrav. Det betyder, at ikke alle afdelinger på hospitalet har samme produktivitetskrav, ligesom hospitalsledelsen kan pålægge nogle afdelinger at spare som led i at opfylde et produktivitetskrav.

82. Gennemgangen af afdelingernes mål viser, at afdelingerne også skal opfylde en række forskellige service- og kvalitetsmål, når de behandler patienterne. Målene kan være lovbestemte eller udspringe af regionernes egne interne retningslinjer. Boks 4 viser et eksempel på de service- og kvalitetsmål, som en afdeling skal efterleve.

BOKS 4. EKSEMPEL PÅ SERVICE- OG KVALITETSMÅL FOR EN AFDELING

- Alle akutte patienter, som er henvist til indlæggelse, vurderes af en speciallæge inden for 30 minutter.
- Alle akutte patienter har en behandlingsplan inden for 4 timer.
- 95 % af patienterne med hoftefraktur opereres inden for 24 timer.
- Ventetid til første kontakt er mindre end 14 dage fra henvissning.
- Aflysninger af elektive, stationære operationer er mindre end 3 %.
- Aflysninger af elektive, ambulante operationer er mindre end 1 %.
- Derudover gælder en række kvalitetsstandarder som udspringer af de kliniske databaser, bl.a. Dansk Hoftealloplastik Register, Dansk Knæalloplastik Register og Dansk Skulderalloplastik Register.

Hospitalsledelsen har fastsat **service- og kvalitetsmål** for afdelingerne ud fra en række bestemmelser. Det gælder bl.a. bestemmelser om de maksimale ventetider for behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme mv. og bestemmelser om en differentieret behandlingsgaranti indført den 1. januar 2013.

Eksemplet i boks 4 viser, at afdelingen skal opfylde en række mål i forhold til akutte og planlagte patienter (såkaldte elektive patienter). Herudover gælder en række generelle kvalitetsmål for patienterne. Disse kvalitetsmål udspringer af de kliniske kvalitetsdatabaser, som indeholder standarder for kvaliteten af patienternes behandlingsforløb på forskellige områder.

83. Gennemgangen viser, at 2 af afdelingerne også har opstillet mål for, hvor stort et sygefravær der må være på afdelingen. Et højt sygefravær på en afdeling kan ofte gøre det vanskeligt at overholde budgetrammen og samtidig indfri målet for behandlingsaktivitet.

Undersøgelsen viser, at afdelingerne bliver styret ud fra mange mål. Flere afdelinger har oplyst, at det ofte er vanskeligt at opfylde alle mål samtidigt, og at fx et højt sygefravær kan udfordre afdelingens opfyldelse af målene.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at det er væsentligt, at hospitalsledelsen understøtter afdelingerne i, hvordan de indfrir målene i den daglige indsats og prioritering. Det er særligt vigtigt, når afdelingerne som i disse tilfælde skal indfri mange mål samtidigt.

De kliniske kvalitetsdatabaser indeholder kvalitetsstandarder for forskellige behandlingsforløb. Formålet med kvalitetsdatabaserne er at vise og følge op på kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset gruppe af patienter.

Arbejdet med at tydeliggøre mål og krav internt på afdelingerne

84. Vi har undersøgt, hvordan afdelingerne arbejder internt med at tydeliggøre deres mål for indsatsen. Vi finder det væsentligt, at afdelingerne tydeliggør målene, så de afspejler afdelingens daglige prioritering af indsatsen.

85. Undersøgelsen viser, at afdelingerne arbejder forskelligt med at tydeliggøre målene i deres daglige prioritering af indsatsen. 2 af hospitalerne har knyttet honorering til opfyldelse af udvalgte service- og kvalitetsmål. Det betyder, at der tilføres ekstra midler til afdelingerne, hvis afdelingerne opfylder målene. På det ene af hospitalerne er afdelingens mål – såkaldte bonusmål – valgt ud fra, at hospitalet bl.a. ønsker at fremme sammenhæng i patientforløb og sikkerhed i behandlingen. Afdelingen har aftalt 7 bonusmål med hospitalsledelsen, som kan udløse særlig honorering. Hospitalet har oplyst, at hensigten med bonusmålene er at tydeliggøre for medarbejderne, hvad afdelingen skal prioritere, når den behandler patienter, og skabe fælles forståelse af afdelingens succesindikatorer. Boks 5 viser nogle af de krav, som bonusmålene knytter sig til.

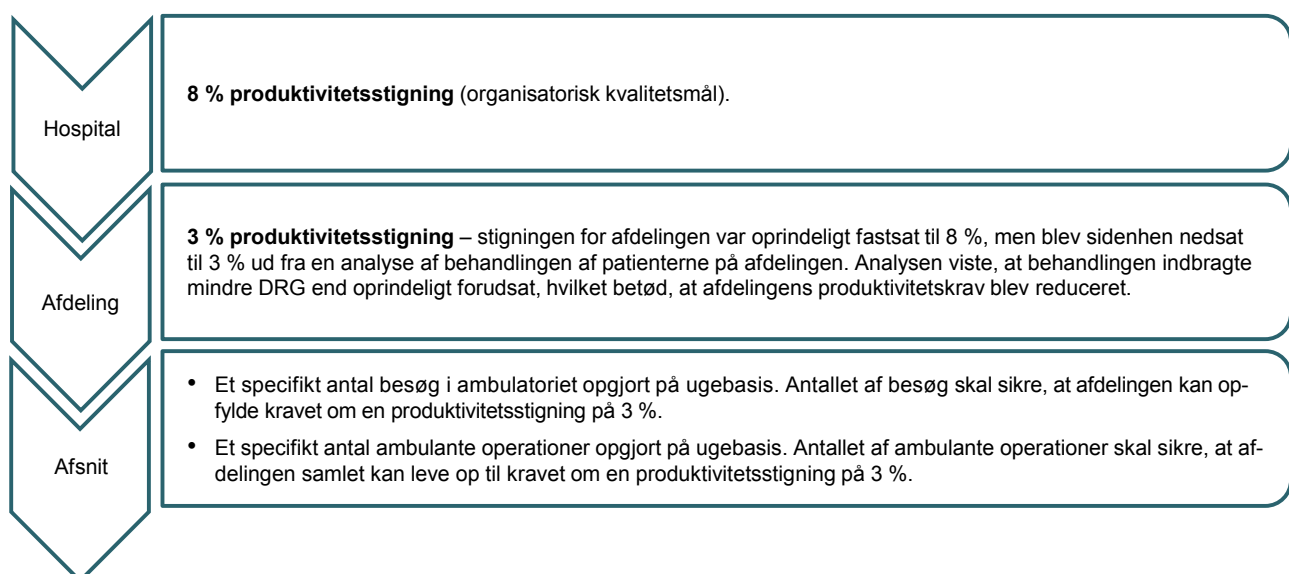
BOKS 5. EKSEMPLER PÅ KRAV, SOM KAN UDLØSE SÆRLIG HONORERING PÅ EN AFDELING

En afdeling har aftalt 7 bonusmål med hospitalsledelsen. Bonusmålene knytter sig bl.a. til følgende krav:

- opfyldelse af mål for aflysninger af planlagte operationer
- opfyldelse af mål for ventetid for hospitalets første kontakt til patienten efter henvisning fra egen læge
- patientens overlevelse efter operation for hoftenær fraktur.

86. På det andet hospital har hospitalsledelsen og afdelingsledelsen arbejdet med at nedbryde hospitalets mål til de enkelte afsnit i afdelingerne. Figur 8 viser den model, som hospitalsledelsen og afdelingsledelsen arbejder ud fra for at nedbryde målene. I figuren er der taget udgangspunkt i de mål, som gælder for afdelingen i undersøgelsen.

Figur 8. Eksempel på nedbrydning af mål fra hospitalsniveau til afdelings- og afsnitsniveau i 2014



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra et hospital.

Det fremgår af figur 8, at hospitalets generelle produktivetsmål i 2014 udgjorde 8 %. Hospitalsledelsen førte oprindeligt målet videre til afdelingen som et krav om at øge aktiviteten med 8 %. Hospitalsledelsen reducerede dog siden hen målet til 3 % på baggrund af en analyse, der viste, at afdelingen i mange tilfælde valgte at genoptræne patienter frem for at gennemføre operationer, som ellers ville have udløst en højere afregning. Det betød, at afdelingens indtjening og produktionsværdi faldt i forhold til det forudsatte, og hospitalsledelsen nedsatte kravet om en stigning i aktiviteten til 3 %.

Det fremgår desuden af figuren, at afdelingen har ført aktivitetsmålet videre ned på de enkelte afsnit. Det sker i form af et specifikt antal ugentlige patientbesøg, som ambulatorierne skal gennemføre for at kunne opfylde målet om en stigning i aktiviteten på 3 %. Afdelingen har endvidere fastsat et mål for det antal ambulante operationer, som afsnittene skal gennemføre for at leve op til stigningen i aktivitet. På tilsvarende vis har afdelingen nedbrudt målene for den faglige og patientoplevede kvalitet og operationaliseret dem på afsnitsniveau (ikke vist i figuren).

Regionen har oplyst, at hensigten med at nedbryde målene til de enkelte afsnit i afdelingerne er at tydeliggøre medarbejdernes rolle og deres bidrag til afdelingens og hospitalets samlede opfyldelse af målene. Hospitalet har også valgt at honorere afdelingen for særlige indsatser, som hospitalet ønsker fremmet, fx reduktion af liggesår og infektioner.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at figur 8 illustrerer en meget systematisk måde at arbejde med at nedbryde og tydeliggøre mål i den daglige indsats.

87. På de 2 resterende afdelinger er de samlede mål for afdelingen ikke på tilsvarende vis tydeliggjort i underliggende mål. Afdelingerne knytter heller ikke honorering til bestemte mål for at tydeliggøre afdelingens prioriteter på forskellige områder. På en afdeling er det samlede aktivitetsmål dog fordelt på forskellige fagsektioner i afdelingen. Det tydeliggør dog ikke målene for medarbejderne på afdelingen, og det har efter Rigsrevisionens opfattelse derfor ikke styringsmæssig effekt.

88. Gennemgangen af afdelingernes mål viser, at flere af afdelingerne ikke har opstillet mål for udnyttelsen af kapaciteten, herunder fx mål for, hvor meget afdelingen skal bruge operationsstuerne i åbningstiden. Undersøgelsen viser, jf. pkt. 48-49, at der er forskel på, om afdelingerne i løbet af operationsstuerne åbningstid har ledig tid – hvor der ikke er aktivitet på operationsstuerne – og at 3 ud af 4 afdelinger jævnligt oplever at have ledig tid på operationsstuerne. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at få og relevante mål for brugen af kapacitet, herunder personaleresurser på fx operationsstuerne, vil kunne synliggøre krav og medvirke til at afstemme forventninger mellem hospitalsledelse og afdelingsledelse til resurseanvendelsen som grundlag for at kunne vurdere, om afdelingerne udnytter operationsstuerne tilstrækkeligt. Opstilling af mål for brugen af fx ambulatorier eller operationsstuer forudsætter, at afdelingerne registrerer udnyttelsesgraden og årsagerne til uudnyttet kapacitet. Det er væsentligt at kende årsagerne til uudnyttet kapacitet for at kunne korrigere for afvigelser i målopfyldelsen.

Resultater

89. Undersøgelsen viser, at afdelingerne har opstillet mange mål for at sikre, at de overholder deres budgetter samt krav til aktiviteten og behandlingen af patienterne. Undersøgelsen viser samtidig, at afdelingerne arbejder på forskellig måde med at tydeliggøre målene, når de dagligt prioriterer indsatsen. Nogle af afdelingerne arbejder systematisk med at tydeliggøre, hvordan de prioriterer indsatsen, ved at fastsætte bonusmål, succesindikatorer og mål for de enkelte afsnits indsats. Andre afdelinger arbejder mere indirekte med at tydeliggøre mål via dialogen på afdelingerne. Ingen af afdelingerne har fastsat mål for anvendelsen af operationstuerne. Det er Rigsrevisionens vurdering, at få og relevante mål for anvendelsen af kapacitet vil være et godt afsæt for at kunne afstemme forventningerne hertil på afdelingerne.

Hospitalets nedbrydning og omregning af det samlede produktivets- og aktivitetsmål til mål for afdelingen skete bl.a. med udgangspunkt i det antal ambulatorier og operationsstuer, som afdelingen forventede at have til rådighed. Derudover tog hospitalet højde for foregående års aktivitet og korrigerede for kendte ændringer i sammensætningen af patienter, ændringer af takster, og at afdelingen kan behandle flere patienter ambulant.

3.2. Opfølgningen kan fortsat forbedres

90. Vi har undersøgt, hvordan hospitalerne følger op på, om afdelingerne opfylder deres mål og bruger deres resurser. Det har vi gjort, fordi hospitalsledelsen og afdelingsledelsen via opfølgning skal sikre gennemsigthed i resurseforbruget og korrigere, hvis afdelingerne ikke opfylder deres mål.

Afdelingernes opfølgning

91. Opfølgningen i afdelingerne varierer i forhold til det fokus, som afdelingerne har på økonomi og aktivitet. 2 af afdelingerne følger primært op ud fra et generelt fokus på økonomi og aktivitet samt service- og kvalitetsmål. Der er tale om opfølgning i forhold til de måltal, vi tidligere har beskrevet, jf. pkt. 78-83. Afdelingerne følger således op på forbrug og budget og på, hvor stor en aktivitet – målt i DRG-værdi – afdelingen har haft. Herudover følger afdelingerne op på forskellige service- og kvalitetsmål, jf. boks 4. Der kan være tale om overholdelse af ventetider, aflysninger i ambulatorier og på operationsgangen samt opfølgning på diverse mål i kvalitetsdatabaserne. Sidstnævnte mål kan fx være for dødelighed og komplikationer i behandlingen.

En **epikrise** er et kort sammen-
drag af en patients sygehistorie,
indlæggelsesforløb og plan for
efterbehandling. Afdelingen skal
sende epikrisen elektronisk til
den praktiserende og henvisen-
de læge i forbindelse med, at
afdelingen udskriver patienten
(senest 3 hverdage efter udskri-
velsen).

De 2 andre afdelinger følger i højere grad op på baggrund af udvalgte fokusområder, som hospitalsledelsen og afdelingsledelsen ser som særlige udfordringer på afdelingerne. 2 af fokusområderne er fx at overholde mål for udskrivning af epikriser og minimere sygefravær. Afdelingerne følger dog altid op på afdelingernes forbrug og budget og på, om de forventer at overholde aktivitetsmålet. Det skyldes, at disse faktorer er helt afgørende for afdelingernes økonomiske situation. Men herudover tilpasser afdelingerne i højere grad opfølgningen til udvalgte fokusområder, som hospitalsledelsen og afdelingsledelsen definerer.

92. Vores gennemgang af afdelingernes opfølgning viser, at den spænder fra ugentlig til månedlig opfølgning. Én afdeling følger op månedligt, mens 3 afdelinger følger op ugentligt på nøgletal for afdelingernes mål og resurseforbrug.

Alle afdelingerne følger således op på planlægning og opfyldelse af mål, men det sker med forskelligt fokus og forskellig frekvens. Det betyder, at det er forskelligt, hvor ofte afdelingerne kan korrigere aktiviteten ved at omprioritere og tilpasse resurserne.

Økonomifunktionens og HR-funktionens opfølgning

93. Vores gennemgang af hospitalernes opfølgning viser, at hospitalerne løbende – typisk én gang om måneden – afholder økonomi- og aktivitetsmøder mellem hospitalets økonomifunktion og afdelingerne. Her gennemgår parterne, hvordan afdelingerne overholder budgetter for løn og øvrig drift, og hvordan afdelingerne opfylder de samlede aktivitetsmål. På møderne har afdelingerne endvidere mulighed for at drøfte en række tekniske spørgsmål om økonomi og DRG-afregning. Afdelingerne drøfter også status for opfyldelse af service- og kvalitetsmål med stabsfunktionerne på hospitalet, herunder økonomifunktionen og HR-funktionen. Det sker dog på mere ad hoc-basis.

94. Økonomifunktionen overvåger på alle hospitaler løbende afdelingernes opfyldelse af mål og forbrug af resurser. Økonomifunktionen tager typisk kontakt til afdelingerne, når en afdeling ikke følger den forventede indtjening i form af forventet DRG-værdi, eller når der er ledig kapacitet på en operationsstue.

Derudover overvåger økonomifunktionen og HR-funktionen på nogle hospitaler også afdelingernes sygefravær og rådgiver afdelingerne om deres økonomiske råderum, ansættelsesregler mv., når de skal ansætte læger, plejepersonale mv.

Undersøgelsen viser, at hospitalsledelsen tillægger økonomifunktionen og HR-funktionen en vigtig rolle i at følge op – særligt i forhold til afdelingernes økonomi og udnyttelse af resurser.

Centerledelsens og hospitalsledelsens opfølgning

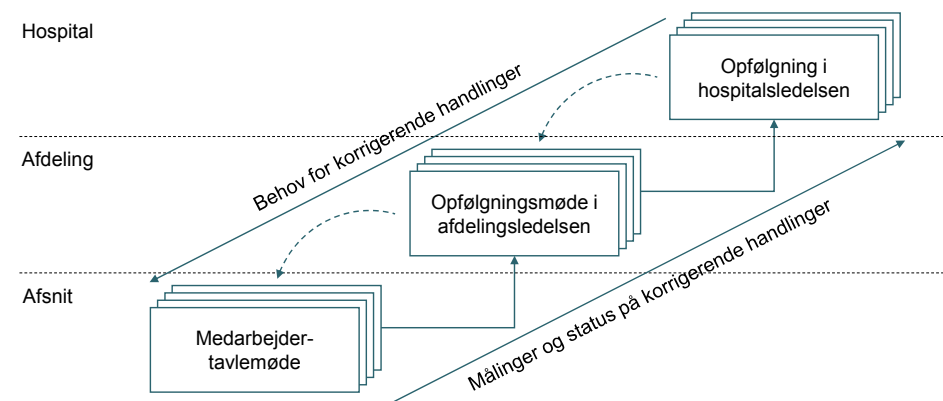
95. Vores gennemgang viser, at 2 af hospitalerne afholder månedlige møder mellem centerledelsen og afdelingsledelsen. På møderne gennemgår ledelsen de overordnede nøgletal vedrørende afdelingernes økonomi, aktivitet og kvalitet. Ledelsen drøfter også fokusområder på baggrund af særlige udfordringer i afdelingerne. På ét hospital er opfølgningsmødet alene et direktionsmøde, hvor hospitalsledelsen og stabsfunktionerne deltager.

96. Ud over de løbende driftsmøder mellem hospitalsledelsen og afdelingsledelsen afholdes der typisk 1-3 årlige dialogmøder, hvor ledelsen bl.a. drøfter spørgsmål af mere strategisk karakter, fx afdelingernes økonomiske og budgetmæssige rammer og udfordringer. Desuden drøfter ledelsen andre emner af mere strategisk overordnet karakter, fx i hvilken retning afdelingerne skal udvikle sig fagligt og organisatorisk.

97. På det sidste hospital afholder hospitalsledelsen møde hver 2. uge med afdelingsledelsen. Figur 9 viser processen for hospitalets opfølgning på mål og indsats.

På universitetshospitalerne er **centerledelsen** indført som et ledelsesniveau mellem hospitalsledelsen og afdelingsledelsen. Afdelingerne er samlet i centre, og centerledelsen har det overordnede ansvar for afdelingernes økonomi og patientbehandling.

Figur 9. Proces for et hospitals opfølgning på mål og indsats



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra et hospital.

Det fremgår af figur 9, at hospitalet følger op på mål og indsats på 3 niveauer. På ugentlige tavlemøder følger medarbejdere og afsnitsledelse op på de mål, der er opstillet på afsnittene. Herefter afholder afdelingsledelsen og afsnitsledelsen lignende tavlemøder. Her følger de op på, om afdelingen opfylder sine mål. Med afsæt heri afholdes tavlemøder mellem hospitalsledelsen og afdelingsledelse og på tværs af de enkelte afdelinger. Regionen har oplyst, at hospitalsledelsen bruger ca. 1½ dag om ugen kun på ledelse af afdelingerne.

98. Tavlemøderne afdækker løbende på alle ledelsesniveauer de udfordringer, som afdelingerne har i forhold til at opfylde målene. Deltagerne på tavlemøderne bruger data fra systemet for ledelsesinformation til at afdække årsager, når afdelingerne ikke opfylder målene, og de formulerer forslag til forbedringstiltag og sætter dem i gang.



Ugentligt tavlemøde i en afdeling, hvor medarbejderne og afdelingsledelsen følger op på de mål, afdelingen har opstillet for afsnittet.

Foto: Region Sjælland.

Rigsrevisionen vurderer, at hospitalet på den måde meget systematisk opstiller mål og følger op på dem. Dermed får hospitalet et godt udgangspunkt for at sikre, at afdelingen opfylder sine mål ved kontinuerligt at afdække barrierer herfor. Med tavlemøderne bestræber hospitalsledelsen sig også på at få en tæt dialog om afdelingernes udfordringer og at indgå i en løbende dialog om løsninger. Rigsrevisionen finder, at modellen løbende involverer og forpligter hospitalsledelsen til at opfylde de mål, den har opstillet for driften.

Ledelsesinformationen som grundlag for at følge op på mål

99. Ledelsesinformation på hospitalerne skal sikre gennemsigtighed i den måde, hospitalet bruger resurserne på. Det skal også gøre det muligt at vurdere, om afdelingerne opfylder målene, og om de bruger resurserne omkostningsbevidst.

100. Vores gennemgang af hospitalernes ledelsesinformation viser, at hospitalsledelsen og afdelingsledelsen på tværs af hospitalerne modtager forskellige nøgletal, som typisk omfatter økonomi og produktion, herunder oplysninger om hospitalets og afdelingens budget, personaleomkostninger og øvrige omkostninger for fx varekøb. Herudover indeholder ledelsesinformationen produktionstal i form af DRG-værdi for den gennemførte behandling. Flere hospitaler kan opdele produktionstallene på ambulant og stationær aktivitet (behandling ved indlæggelse).

Tallene giver både hospitalsledelsen og afdelingsledelsen mulighed for at sammenholde omkostninger og produktion med budgettal og med sidste års præstation på samme tidspunkt. Herved bliver det muligt for ledelsen at vurdere udviklingen i forhold til at overholde budgetter og i forhold til at indfri forventningerne til måltallene for produktionen. På nogle af hospitalerne kan afdelingsledelsen desuden trække tal for fx antal indlæggelser og udskrivninger.

101. Vores gennemgang viser, at ledelsesinformationen ud over økonomi- og produktions-tal indeholder tal for, hvordan afdelingerne overholder forskellige service- og kvalitetsmål, jf. pkt. 82. Det drejer sig om måltal, der udspringer af krav i lovgivningen eller af regionernes egne retningslinjer, fx mål om ventetider, forløbstider i kræftpakkeforløb og mål om at minimere antallet af aflysninger. Herudover indeholder ledelsesinformationen måltal ud fra de standarder for kvalitet, som de kliniske kvalitetsdatabaser indeholder. På 3 af hospitalerne modtager afdelingsledelsen en standardpakke for disse nøgletal, mens det sidste hospital har valgt en model, der tilpasser tallene til fokusområder, som hospitalsledelsen og økonomifunktionen på hospitalet har udvalgt, fordi afdelingen ikke opfylder målene.

Gennemgangen viser dog, at ledelsesinformationen på alle 4 hospitaler indeholder mange tal, som særligt afdelingsledelsen løbende skal forholde sig til.

102. Gennemgangen viser, at ledelsesinformationen ikke indeholder tal for, hvordan afdelingerne bruger personalet i form af enhedsomkostninger. Rigsrevisionen vurderer, at beregning af enhedsomkostninger for forskellige typer ydelser og behandlinger vil give hospitalerne mulighed for på et mere kvalificeret grundlag at tage stilling til, hvorfor omkostninger stiger. Herved vil hospitalerne opnå et bedre grundlag for at vurdere væsentlige omkostningsdrivere, ligesom hospitalerne kan sammenligne sig med andre hospitaler som led i at afdække årsager til forskelle i omkostninger. Derudover vil enhedsomkostninger for forskellige typer behandling også give bedre mulighed for fremadrettet at opnå overblik over de økonomiske konsekvenser for hospitalerne, når sammensætningen af patienter og behovet for behandling ændrer sig.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at enhedsomkostninger generelt vil give hospitalerne en bedre indsigt i afdelingernes omkostningsstruktur og bedre mulighed for at forudsige økonomiske konsekvenser ved ændringer i aktivitet, sammensætning af patientgrupper og behandlingsmetoder.

Danske Regioner har oplyst, at der er behov for at udvikle styringsmodeller, som bedre understøtter og belønner effektive og innovative løsninger i hospitalssektoren, herunder et større fokus på enhedsomkostninger forstået som de samlede udgifter for et patientforløb på det enkelte hospital.

103. Gennemgangen viser, at ledelsesinformationen på 2 af afdelingerne ikke indeholder data for, hvordan afdelingerne udnytter kapacitet, fx data for brug af operationsstuer. Afdelingerne udnytter ikke altid kapaciteten optimalt, bl.a. på grund af aflysninger, og derfor vil det efter Rigsrevisionens opfattelse være nyttigt at have data for kapaciteten, som kan vise den løbende udnyttelse.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at hospitalerne bør overveje mulighederne for at integrere data for brug af kapacitet i deres løbende styring og ledelsesinformation. Danske Regioner og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har oplyst, at der i økonomiaftalen for 2015 er aftalt et tværgående projekt, der skal gøre det muligt at opgøre kapacitetsudnyttelsen på hospitalerne. Det vil i den forbindelse indgå i overvejelserne, om hospitalerne på sigt kan lade brugen af kapacitet indgå i systemerne for ledelsesinformation. Formålet er at styrke hospitalsledelsen og afdelingsledelsens indsigt i de kliniske afdelingers drift.

Rigsrevisionen finder, at hvis afdelingerne opnår en bedre kapacitetsudnyttelse, vil de også ofte få en bedre driftsøkonomi. Data for udnyttelsen af operationsstuerne vil derfor også være relevant for styringen. Data kan i mange tilfælde tage afsæt i de data, som i forvejen findes i bl.a. operationssystemer og ydelsessystemer. For at data har værdi, er det væsentligt, at de er tidstro, retvisende og relevante.

Enhedsomkostninger udtrykker de gennemsnitlige omkostninger for en enhed. Det kan fx være en bestemt type behandling, undersøgelse eller operation. Det kan fx også være de gennemsnitlige omkostninger for et patientforløb.

Data for kapacitetsudnyttelse kan bl.a. være data om, hvor meget en kapacitet – fx et ambulatorium eller en operationsstue – er anvendt i forhold til ambulatoriets eller operationsstuens åbningstid. Data for kapacitetsudnyttelse kan fx også være opgørelser over, hvor mange undersøgelser en læge har foretaget i ambulatoriet, eller hvor mange operationer der er gennemført på en operationsstue.

Resultater

104. Undersøgelsen viser, at det er forskelligt, hvor ofte hospitalsledelsen og afdelingsledelsen følger op på afdelingernes mål og forbrug af resurser, ligesom fokus i opfølgningen varierer. Det er generelt Rigsrevisionens opfattelse, at en effektiv styring kræver, at ledelsen på alle niveauer hyppigt følger op, så ledelsen i tide kan korrigere og omprioritere indsatsen.

105. Undersøgelsen viser, at ledelsesinformationen på alle 4 hospitaler indeholder mange data, som særligt afdelingsledelsen løbende skal forholde sig til. Dog omfatter ledelsesinformationen ikke data for enhedsomkostninger. På 2 af hospitalerne er data for udnyttelse af kapacitet, herunder personaleresurser og operationsstuer, desuden ikke omfattet af ledelsesinformationen. Rigsrevisionen vurderer, at hospitalerne med fordel kan integrere data om brug af kapacitet i den løbende styring og ledelsesinformation, idet det vil give et bedre grundlag for at vurdere hospitalernes samlede forbrug af resurser. Derudover vurderer Rigsrevisionen, at det også vil være nyttigt for hospitalerne, at de på ad hoc-basis beregner enhedsomkostninger, hvilket kan give et mere gennemsigtigt grundlag for brugen af resurser.

Rigsrevisionen, den 11. marts 2015

Lone Strøm

/Claus Vejlbø Thomsen

Bilag 1. Metode

Vi har undersøgt hospitalernes brug af personaleresurser ved hjælp af både en kvalitativ og en kvantitativ metode.

Som led i den kvalitative del af undersøgelsen har vi interviewet ledelsen på hospitals-, center- og afsnitsniveau samt vagtplanlæggere for læger, sygeplejersker og lægesekretærer. Derudover har vi gennemgået et stort materiale fra de udvalgte hospitaler for at belyse, hvordan afdelingerne tilrettelægger arbejdet, planlægger og styrer aktivitet og bemanning samt bruger ledelsesinformation.

I interviewene har vi særligt fokuseret på de rammer, som afdelingerne planlægger inden for. Det gælder bl.a. overenskomsters og lokalaftalers betydning i planlægningen, planlægningsredskaber, herunder it-programmer til brug for planlægningen, samt hospitalernes og afdelingernes mål- og resultatstyring. Derudover har vi fokuseret på afdelingernes arbejde med at effektivisere arbejdsgangene.

Vi har som led i den kvantitative del af undersøgelsen indhentet data om afdelingerne fra Landspatientregisteret (LPR). Data har omfattet afdelingernes behandlingsaktivitet, fordelt på patienternes alder, type af behandling (ambulant/stationær og akut/elektiv) og diagnoser. Analysen af data fra LPR har hjulpet os til at forstå baggrunden for de forhold, som påvirker afdelingernes planlægning og brug af personaleresurserne.

Derudover har vi indhentet data om afdelingernes knivtid og skiftetid og om afdelingernes udnyttelse af operationsstuerne. Vi benytter disse data som indikatorer for, hvor godt afdelingerne udnytter operationsstuerne, og som udtryk for resultaterne af afdelingernes planlægning og tilrettelæggelse af arbejdet.

Den gennemsnitlige knivtid og skiftetid er opgjort pr. måned for perioden januar 2012 - juni 2014. Kun 2 af afdelingerne i undersøgelsen har været i stand til at levere disse data.

Den gennemsnitlige knivtid er opgjort som tiden, fra kirurgen begynder operationen, til operationen er afsluttet. Knivtiden er et udtryk for, hvor hurtigt personalet kan gennemføre en operation, og den er afgørende for, hvor mange operationer en afdeling kan nå at gennemføre inden for en given periode. Det drejer sig om et universitetshospital og et regionshospital. De 2 afdelinger har opgjort knivtiden for specifikke operationer. Den ene afdeling har opgjort knivtiden for operationer for knæalloplastik, og den anden afdeling har opgjort knivtiden for operationer, der hører under tumorkirurgien. Operationerne for knæalloplastik og tumor repræsenterer en væsentlig tyngde i afdelingernes aktivitet og giver derfor et godt billede af, hvordan afdelingerne afvikler operationer.

Den gennemsnitlige skiftetid er opgjort som tiden, fra personalet afslutter en operation, til kirurgen begynder at operere den næste patient. Skiftetiden udtrykker den tid, det tager at forberede en operation, og afgør sammen med knivtiden, hvor mange operationer en afdeling kan nå at gennemføre inden for en given periode. Skiftetiden er på den ene afdeling opgjort for operationer, der hører under tumorkirurgien. Den anden afdeling har opgjort skiftetiden for alle afdelingens operationer.

Vi har også gennemgået afdelingernes udnyttelse af operationsstuer på baggrund af oversigter over af alle afdelingernes operationsstuer for uge 36-39 i 2014. Oversigterne viser udnyttelsen af operationsstuer i forhold til planlagte operationer i operationsstuerne's åbnings-tid.

Vi har som led i undersøgelsen inddraget Deloitte Consulting for bl.a. at kvalificere vores valg af klinisk område og afdelinger på henholdsvis regionshospitaler og universitetshospitaler, jf. bilag 2, og for at bearbejde data fra LPR for at kunne forstå væsentlige forhold, som påvirker afdelingernes planlægning og brug af personaleresurser.

Bilag 2. Afgrænsning af klinisk område og afdelinger

Vi har afgrænset undersøgelsen til 4 afdelinger inden for det ortopædkirurgiske område. Nedenfor begrundes vi kortfattet valg af område og hospitalsafdelinger, ligesom vi overordnet beskriver de afdelinger, der indgår i undersøgelsen.

Vi har med udgangspunkt i nedenstående kriterier undersøgt ortopædkirurgiske afdelinger, fordi området repræsenterer en bredde i både omfang, aktivitet, faggrupper og vagtformer. Det ortopædkirurgiske område har ved bredden i bl.a. omfang og aktivitet mange fællestræk i rammer og vilkår for planlægning og styring med de øvrige kliniske fagområder på landets hospitaler. Med valget af det ortopædkirurgiske område og de 4 afdelinger vurderer vi, at undersøgelsen dermed er relevant for og kan bidrage til en bedre planlægning og styring på andre ortopædkirurgiske afdelinger og kliniske områder på landets hospitaler.

Kriterierne, som ligger til grund for valg af område, har været:

- **Bredde i omfang**

Det ortopædkirurgiske område er et stort og væsentligt område, som findes på mange hospitaler. Undersøgelsen vil derfor dække et bredt udsnit af hospitalerne.

- **Bredde i aktivitet**

Der er en række særlige forudsætninger og udfordringer, når en hospitalsafdeling planlægger og udfører forskellige former for aktivitet, herunder ambulant/stationær og elektiv/akut aktivitet. Med valg af ortopædkirurgi – som omfatter alle de nævnte former for aktivitet – sikrer vi en bredde i aktivitet i undersøgelsen, som også gælder på en række andre kliniske fagområder.

- **Bredde i faggrupper**

En anden forudsætning, som indgår, når en hospitalsafdeling planlægger brugen af personale, er det antal faggrupper, som findes på afdelingen. Særligt må afdelingen tage hensyn til forskellige forhold i overenskomsterne, som kan gøre planlægningen mere kompleks. Med ortopædkirurgi er et bredt udsnit af faggrupper repræsenteret i undersøgelsen.

- **Bredde i vagtformer**

Endelig vil forskellige vagtformer spille ind på planlægningen. Forskellen i vagtformer kan primært henføres til forskelle i produktionsforhold. Vi antager med en vis forsigtighed, at jo flere vagtformer, der indgår i vagtplanen, des mere kompleks er planlægningen af vagter. På det ortopædkirurgiske område indgår alle vagtformer, hvilket også gælder på flere andre kliniske fagområder.

Vi har udvalgt 4 ortopædkirurgiske afdelinger på 2 regionshospitaler (Kolding Sygehus, som er en del af Sygehus Lillebælt, og Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse) og 2 universitetshospitaler (Aarhus Universitetssygehus og Rigshospitalet). Udvalgte nøgletal for de enkelte afdelinger er vist i tabellen nedenfor.

Afdelingernes samlede udgifter samt årsværk for læger og plejepersonale i 2013

	Aarhus Universitetshospital	Rigshospitalet	Kolding Sygehus (Sygehus Lillebælt)	Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse
Samlede udgifter for afdelingen	273,0 mio. kr.	115,7 mio. kr.	114,9 mio. kr.	145,4 mio. kr.
Læger	83,7 årsværk	45,2 årsværk	40,4 årsværk	55,1 årsværk
Plejepersonale	207,0 årsværk	109,6 årsværk	107,0 årsværk	99,0 årsværk

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra hospitalerne.

Det fremgår af tabellen, at den ortopædkirurgiske afdeling på Aarhus Universitetshospital har de største udgifter og flest ansatte. De 2 afdelinger på universitetshospitalerne udfører begge højt specialiseret behandling og har en regionsfunktion, som betyder, at afdelingerne udfører basisbehandling for regionens patienter. Forskellen i størrelsen på de 2 afdelinger skyldes hovedsageligt, at afdelingen på Aarhus Universitetshospital varetager basisbehandling for langt flere patienter end Rigshospitalet. De øvrige afdelinger adskiller sig ikke markant fra hinanden.

De valgte afdelinger sikrer, at undersøgelsen repræsenterer både regionshospitalet og universitetshospitaler. Følgende kriterier indgik, da vi udvalgte afdelinger:

- **Hospitalets størrelse**

Vi vurderer, at hospitalets størrelse har betydning for rammerne for planlægningen i lighed med størrelsen af regionen. Med regions- og universitetshospitaler har vi sikret, at både større og mindre hospitaler indgår i undersøgelsen.

- **Geografisk spredning på tværs af store og mindre regioner**

Geografisk placering og beliggenhed for et hospital kan også spille ind på muligheden for at bruge personaleresurserne effektivt. De mindre regioner er således bl.a. karakteriseret ved en mere perifer beliggenhed i forhold til de store byer med de største muligheder for uddannelse og arbejdspladser. Ved at udvælge 2 hospitaler fra henholdsvis 2 store regioner (Region Hovedstaden og Region Midtjylland) og 2 mindre regioner (Region Syddanmark og Region Sjælland) tager vi højde for de forskelle, der bl.a. kan være i at rekruttere personale.

- **Krav om uddannelsesforpligtelse**

Uddannelsesforpligtelse er også en væsentlig planforudsætning for hospitalernes brug af personale. Uddannelsesforpligtelse er omkostningsdrivende, men giver også en mulighed for at fylde vagter ud og dermed en vis fleksibilitet i vagtplanlægningen. Med 2 regionshospitalet og 2 universitetshospitaler har det indgået i udvælgelsen, at uddannelsesforpligtelsen er relativt forskellig for de 2 kategorier af hospitaler.

- **Patientgrundlag og patienttyngde**

Forskelligt patientgrundlag og forskellig patienttyngde kan også medføre forskellige forudsætninger for planlægningen og forskellige patientforløb. Skævhed i borgernes sundhed vil således medføre forskelle i antallet og kompleksiteten af patientforløb, som igen resulterer i forskelle i arbejdspress og resurstræk. Ved at udvælge 2 regionshospitalet og 2 universitetshospitaler tager vi højde for de forskelle, der kan være i patientgrundlag og patienttyngde på tværs af hospitalstyper.

Bilag 3. Opmærksomhedspunkter og eksempler på god praksis

Bilaget indeholder en række opmærksomhedspunkter rettet mod god planlægning og styring af resurserne, som er relevant for alle hospitaler. Det er hospitalsledelsens og afdelingsledelsens ansvar at sikre, at arbejdet tilrettelægges og planlægges, så resurserne anvendes omkostningsbevidst. Vi har udledt opmærksomhedspunkterne både af den gennemførte undersøgelse og med inspiration fra Rigsrevisionens beretning om vagtplanlægning i statslige institutioner (fra januar 2015).

Desuden indeholder bilaget en oversigt over eksempler på god praksis for planlægning og styring, som nogle af de undersøgte afdelinger allerede har indført. Alle hospitaler kan lade sig inspirere af og tilpasse eksemplerne på god praksis efter lokale forhold og behov.

Opmærksomhedspunkter

Bemandingsbehov	- Afdelingen bør ved fastlæggelse af personalebehovet tage højde for forventeligt fravær i forbindelse med fx sygdom, ferie og kurser. Dermed undgår afdelingerne i videst muligt omfang, dels at aflyse operationer, dels at indkalde medarbejdere med for kort varsel. - Afdelingen bør vurdere og tilpasse behovet for bemanding ud fra udviklingen i afdelingens planlagte og akutte aktivitet.
Udarbejdelse af vagtplan	Afdelingen bør understøtte processen med at udarbejde vagtplanerne med et it-system, i det omfang det er muligt. Systemunderstøttelsen bør sikre, at det bliver mindre resursekrævende at indarbejde medarbejdernes ønsker til arbejdstiden i vagtplanerne.
Løbende justeringer ved ændringer i vagtplanen/bemandingen	- Afdelingen bør registrere medarbejdernes arbejdstid og følge den i løbet af normperioden for bl.a. at minimere minustimer og overarbejde. - Afdelingen kan ændre på medarbejdernes arbejdstid på mange måder ved at indgå lokalaftaler efter dialog med medarbejderne.
Opfølgning på vagtplanen	- Afdelingen bør løbende tage stilling til at afvikle medarbejdernes eventuelt optjente frihed, fx ved afspadsering. - Afdelingen bør systematisk følge op på afviklede vagtplaner for at optimere den efterfølgende vagtplanlægning.
Mål for brug af personaleresurser	Hospitalet bør opstille relevante mål for anvendelse af fysisk kapacitet, fx mål for udnyttelse af operationsstuerne. Det kan synliggøre krav og forventninger til, hvordan afdelingen skal bruge resurserne.
Opfølgning på mål for resurseforbrug	Hospitalet bør overveje, om hospitalet kan integrere data for resurseforbrug i ledelsesinformation. Det kan gavne den løbende styring og vurdering af resurseforbruget. Hospitalet kan i mange tilfælde tage udgangspunkt i eksisterende data fra operationssystemer, ydelsessystemer mv.

Eksempler på god praksis

Kolding Sygehus (Sygehus Lillebælt)

HR-funktionen på hospitalet har både udarbejdet en enkel oversigt over de overenskomstmæssige bestemmelser, som påvirker vagtplanlægningen, og en mere omfattende vejledning i, hvordan reglerne skal fortolkes. Begge dele er tilgængelige for både vagtplanlæggere og medarbejdere. Hospitalet har endvidere beskrevet arbejdsgangene omkring vagtplanlægningen i en instruks. Det betyder, at medarbejderne hurtigere kan få overblik over bestemmelser og arbejdsgange, som er væsentlige for den daglige planlægning i afdelingen.

Afdelingens medarbejdere kan indgå en individuel aftale om overførsel af overarbejde. Det betyder, at medarbejderne får mulighed for at afspadsere deres optjente timer i rolige perioder, frem for at timerne bliver udbetalt, som overenskomsten foreskriver. Aftalerne gør planlægningen mere fleksibel, da afdelingen får mulighed for at trække på medarbejderne i de travle perioder og lade dem afspadsere i rolige perioder.

Afdelingen har udarbejdet et plejeindeks, hvor det er muligt at følge udviklingen i bemandingen for plejepersonalet pr. belagt seng – både på tværs af afdelinger og i et tidsperspektiv. Plejeindekset gør det muligt løbende at tage stilling til, om bemandingen pr. seng er steget eller faldet. Dermed kan afdelingen vurdere, om det hænger sammen med, at sammensætningen af patienter ændrer sig, eller om der er behov for at tilpasse aktiviteten.

Afdelingen afholder dagligt et tavlemøde på 15 minutter, hvor man på tværs af afdelingens afsnit fordeler patienterne, får styr på logistikken og sikrer, at afdelingen udnytter sengeafsnit, ambulatorierum og operationsstuer maksimalt. Tavlemødet giver personalet overblik over og fælles viden om opgaverne, og hvordan afdelingen bruger resurserne.

Afdelingen har faste tidspunkter for, hvornår lægerne i ambulatoriet går stuegang. Det betyder, at afdelingen kan udnytte ambulatorierummene bedre, idet sygeplejerskerne bedre kan planlægge konsultationer i ambulatorierummene.

Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse

Afdelingen afholder ugentlige tavlemøder, hvor deltagerne løbende foreslår og igangsætter tiltag, der skal forbedre arbejdsgangene på afdelingen. Alle medarbejdere kan komme med forslag til forbedringer. Deltagerne vurderer omkostninger og gevinster ved at igangsætte forslagene. Tavlemøderne medvirker til at skabe en forbedringskultur, hvor medarbejderne vænner sig til at tænke i forbedring.

Afdelingen har indført et systematisk fokus på udviklingen i knivtid og skiftetid for at understøtte arbejdet med at forbedre arbejdsgangene på operationsstuerne.

Afdelingen arbejder som resten af hospitalets afdelinger med nedbrydning af mål fra hospitalsniveau til afdelings- og afsnitsniveau. Nedbrydning af fx hospitalets produktivitmål er differentieret for hver enkelt afdeling og afsnit. I nedbrydningen bliver et overordnet mål om fx at øge DRG med 2 mio. kr. til konkrete mål for afdelingen, fx i form af et konkret antal undersøgelser og operationer, som skal gennemføres i ambulatoriet på ugebasis. På den måde bliver overordnede mål omsat til konkrete handlingsanvisninger.

Der er i Region Sjælland indført en datadrevet tilgang til opgørelse og vurdering af målopfyldelse, hvilket betyder, at afdelingen altid tager afsæt i data fra ledelsesinformationssystemet som led i afklaringen af årsager til afvigelse. Tilgangen understøtter arbejdet med at forbedre arbejdsgangene.

Rigshospitalet

Afdelingen har udarbejdet retningslinjer for, hvordan medarbejdernes vagter ud fra arbejdsmiljømæssige hensyn skal placeres. Fx skal afdelingen tilstræbe, at medarbejderne har mindst 2 nattevagter i træk. Retningslinjer medvirker til, at vagtplanlæggerne og medarbejderne får en fælles forståelse af, hvordan afdelingen skal placere vagterne.

Afdelingen har indført et prioriteringsværktøj for plejepersonalet. Værktøjet beskriver, hvornår bemandingen og arbejdsmængden ikke hænger sammen på sengeafsnittet. Desuden indeholder værktøjet også retningslinjer for, hvordan personalet skal prioritere opgaverne i de tilfælde, hvor bemandingen ikke modsvarer opgaverne. Redskabet tjener til at støtte medarbejderne, når de skal prioritere opgaverne i situationer med spidsbelastning.

Afdelingen har en koordinator, der sikrer overblik over, hvordan afdelingen bruger operationsstuerne. I de tilfælde, hvor afdelingen ikke kan gennemføre planlagte operationer, sørger koordinatoren for, at operationsstuen stilles til rådighed for andre i afdelingen eller for andre afdelinger.

Aarhus Universitetshospital

Afdelingen har for operationsgangen udarbejdet en oversigt, der viser, hvordan afdelingen skal tilrettelægge arbejdet ved personalemangel. I oversigten fremgår det, hvilke operationsstuer afdelingen skal prioritere, hvordan den skal fordele personalet (afhængigt af hvor mange der er på arbejde), og hvornår man bliver nødsaget til at lukke en operationsstue. Oversigten hjælper medarbejderne til at prioritere brugen af operationsstuer i situationer, hvor der mangler personale.

På hospitalet har økonomifunktionen udarbejdet fælles beregninger af, hvad hospitalets forskellige enheder koster. Fx har økonomifunktionen beregnet gennemsnitsomkostningen for en hospitalsseng til 750.000 kr. om året, mens gennemsnitsomkostningen ved ambulant behandling er beregnet til 100.000 kr. Når en afdeling omstiller fra stationær til ambulant behandling, reducerer hospitalet således afdelingens budget med 650.000 kr. Hospitalet har fastsat de fælles niveauer for at undgå, at der skal foretages en konkret vurdering, hver gang hospitalet eller regionen gennemfører ændringer. Modellerne medvirker dermed til at lette tilpasning af resurser ved den løbende omstilling på hospitalet.

Bilag 4. Redskab til vurdering af behovet for bemanning

Figuren viser et eksempel på, hvordan en afdeling opgør sengebelastningen. Afdelingen bruger opgørelsen til at beregne behovet for plejepersonale på sengeafsnittet.

Eksempel på en opgørelse over sengebelastningen

Ugedag	Belægning pr. klokke-time																							
	Kl. 00:00	Kl. 01:00	Kl. 02:00	Kl. 03:00	Kl. 04:00	Kl. 05:00	Kl. 06:00	Kl. 07:00	Kl. 08:00	Kl. 09:00	Kl. 10:00	Kl. 11:00	Kl. 12:00	Kl. 13:00	Kl. 14:00	Kl. 15:00	Kl. 16:00	Kl. 17:00	Kl. 18:00	Kl. 19:00	Kl. 20:00	Kl. 21:00	Kl. 22:00	Kl. 23:00
Mandag	0,86	0,88	0,89	0,89	0,89	0,89	0,90	0,96	0,96	0,97	0,98	0,99	0,98	0,98	0,97	0,93	0,91	0,92	0,92	0,92	0,93	0,93	0,94	0,95
Tirsdag	0,96	0,97	0,97	0,97	0,97	0,98	0,98	1,01	1,01	1,01	1,01	1,01	0,99	0,98	0,97	0,96	0,93	0,93	0,94	0,94	0,94	0,94	0,94	0,95
Onsdag	0,95	0,95	0,95	0,95	0,96	0,96	0,96	0,98	1,01	1,01	1,02	1,02	1,00	0,99	0,95	0,90	0,88	0,87	0,88	0,89	0,90	0,90	0,90	0,91
Torsdag	0,91	0,92	0,92	0,92	0,93	0,93	0,93	0,96	0,94	0,95	0,95	0,95	0,94	0,94	0,92	0,90	0,89	0,89	0,89	0,90	0,90	0,90	0,90	0,91
Fredag	0,91	0,91	0,91	0,92	0,92	0,92	0,92	0,98	0,96	0,97	0,98	0,97	0,94	0,93	0,88	0,84	0,81	0,81	0,82	0,83	0,83	0,84	0,84	0,85
Lørdag	0,85	0,85	0,86	0,86	0,86	0,86	0,87	0,87	0,87	0,87	0,87	0,86	0,85	0,85	0,84	0,83	0,81	0,82	0,82	0,82	0,83	0,83	0,83	0,83
Søndag	0,83	0,84	0,84	0,84	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85	0,86	0,86	0,86	0,86	0,85	0,83	0,82	0,82	0,83	0,83	0,84	0,84	0,85	0,86

Note: Sengebelastningen er beregnet som et gennemsnit af antallet af belagte senge på afsnittet i forhold til det samlede antal senge.

Kilde: Et hospital.

Figuren viser belægningen pr. klokke-time på sengeafsnittet, dvs. hvor stor en andel af sengene der er optaget af patienter. Eksemplet viser, at sengebelastningen varierer fra 0,81 til 1,02. En sengebelastning på 1,00 vil sige, at alle afsnittets senge er belagt, mens en sengebelastning på over 1,00 betyder, at der er flere patienter, end der er senge til. Farverne i tabellen indikerer belastningen på sengeafsnittet, hvor grøn indikerer en belægning tæt på 80 %, mens rød indikerer en belægning tæt på 100 %.

Sengebelastningen varierer hen over dagen, ugen og året og påvirker således behovet for bemanning. Afdelingen kan opgøre sengebelastningen for en enkelt uge eller som gennemsnit over længere perioder. Det kan fx være relevant at se på variationer i forhold til årstid.

Bilag 5. Ordliste

Akut behandling	Behandling af patienter, der har et pludseligt behov for behandling. Patienterne modtages oftest via akutmodtagelsen.
Ambulant behandling	Behandling, som foregår uden indlæggelse, og som primært er planlagt.
Ambulatorium	Undersøgelles- og behandlingssted for patienter, som ikke er indlagt.
Arbejdstidsbestemmelser	Bestemmelser, der knytter sig til forskellige faggruppers arbejdstid i gældende overenskomster og arbejdstidsaftaler.
Baseline	Mål for den samlede aktivitet eller produktion, som en afdeling skal gennemføre i løbet af et år. Baseline udregnes i en kroneværdi ved at gange en afdelings ydelser med den kroneværdi, som ydelserne har. Ydelsemes kroneværdi opgøres ud fra DRG-takster, som Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har beregnet.
Behandlingskapacitet	Udtryk for, hvor mange patienter en afdeling kan behandle. Afdelingens kapacitet opgøres både i forhold til personale (fx antal speciallæger, læger og plejepersonale) og fysiske rammer (fx antal operationsstuer, sengepladser og ambulatorierum).
Bemandingsbehov	Sammenhængen mellem afdelingens opgaver og den bemanding, der er til rådighed.
DRG-taksterne	Udtryk for de landsgennemsnitlige udgifter til behandling og pleje på de offentlige hospitaler. DRG-taksterne er beregnet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
Elektiv behandling	Planlagt behandling, hvor en læge forudgående har henvist patienten til undersøgelse eller behandling.
Enhedsomkostninger	Udtryk for de gennemsnitlige omkostninger for en enhed, fx en bestemt type behandling, undersøgelse eller operation.
Epikrise	Et kort sammendrag af en patients sygehistorie, indlæggelsesforløb og plan for efterbehandling.
Hviletidsbestemmelser	Arbejdstidsloven bestemmer, at en medarbejder inden for hvert døgn – regnet fra normal arbejdstidsbegyndelse – skal have en sammenhængende hvileperiode på mindst 11 timer (11-timersreglen). Inden for hver periode på 7 døgn skal medarbejderen have mindst ét fridøgn.
Intensivafdeling	En afdeling på et hospital, der behandler, observerer og plejer patienter med akutte og livstruende sygdomme i døgndrift. En intensivafdeling er bemandet med et specialuddannet personale og har avanceret teknisk udstyr til såvel observation som behandling.
Knivtid	Udtryk for, hvor hurtigt en operation kan gennemføres.
LEAN	Handler generelt om at skabe størst muligt flow i arbejdsgange, fx ved at minimere ventetid for patienterne og spildtid og ved at udnytte resurserne maksimalt.
Lokalaftale	En kollektivt indgået aftale mellem arbejdspladsen og medarbejderne. En lokalaftale kan indgås inden for rammerne af en overenskomst eller som supplement til eller fravigelse fra overenskomsten.
Minustimer	De timer, en afdeling har til gode hos medarbejderne, når normperioden er opgjort.
Normperiode	Den periode, som afdelingen opgør arbejdstiden over.
Ortopædkirurgi	Et stort sundhedsfagligt speciale, som omfatter forebyggelse, undersøgelse og behandling af medfødte og erhvervede sygdomme i knogler, led og muskler. Rehabilitering er desuden en væsentlig del af specialet.
Planlægningsprogram	Afdelingerne bruger et planlægningsprogram til at registrere medarbejdernes planlagte arbejdstid og eventuelle ændringer. Registreringerne i programmet er grundlaget, når regionen udbetaler løn.

Sengebelastning	Udtryk for, hvor mange indlagte patienter en afdeling har hen over døgnet.
Skiftetid	Udtryk for den tid, der går til at forberede en operation.
Specialevejledning	Sundhedsstyrelsen fastsætter i specialevejledningen kravene til specialefunktioner og godkender opgavefordelingen mellem forskellige hospitaler.
Stationær behandling	Behandling, hvor patienten er indlagt på afdelingen.
Vagtplanlægger	Planlægger og afvikler løbende arbejdsplanen på afdelingerne.
Vagtplanlægning	Planlægning af arbejdstiden i institutioner med skiftende arbejdstider, hvor arbejdstiden er placeret helt eller delvist uden for almindelig dagarbejdstid.
Varslingsbestemmelser	Det er i de centrale overenskomster og arbejdstidsaftaler fastlagt, hvor lang tid i forvejen afdelingerne skal varsle de forskellige faggrupper i forbindelse med overarbejde, afspadsering mv.
Yngre læger	Læger, som hopitalerne ansætter som fx reservelæge, 1. reservelæge og afdelingslæge. Reservelæger har været ansat i 1-3 år, og 1. reservelæger har typisk været ansat i 5 år. Mange 1. reservelæger og afdelingslæger er speciallæger.

Danske Regioner

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon 38 66 50 00
Direkte 38 66 58 88
Mail regionsraadsformand@regionh.
dk
Web www.regionh.dk

Dato:

Udtalelse fra regionsrådet i Region Hovedstaden til brug for ministerredegørelse til Statsrevisorernes beretning om hospitalernes brug af personaleresurser

Regionsrådet i Region Hovedstaden har behandlet sagen om udtalelse til ministeren for Sundhed og Forebyggelse til brug for ministerens udtalelse til Statsrevisorerne om beretning om hospitalernes brug af personaleresurser.

Region Hovedstaden er enig med Statsrevisorerne i, at der kan arbejdes på at anvende hospitalernes personaleresurser og kapacitet mere effektivt. Dette arbejde har gennem længere tid være i fokus i regionen, hvor vi arbejder på at forbedre regionens brug af personaleresurser gennem en række fokuserede tiltag. Region Hovedstaden skal i den forbindelse gøre opmærksom på, at størstedelen af regionens hospitaler er længere fremme med implementering af nye værktøjer til brug for effektivisering af arbejds- tidsplanlægning mv. end den afdeling på Rigshospitalet, som indgik i selve undersøgelsen.

Region Hovedstaden finder det positivt, at beretningen indeholder en liste over opmærksomhedspunkter og eksempler på god praksis, som regionen kan anvende aktivt i det videre arbejde med effektiv anvendelse af personaleresurser og kapacitet. Region- en arbejder videre i forskellige sammenhænge med beretningens opmærksomheds- punkter og eksemplerne på god praksis. Området har således både regionsrådets såvel som administrationens fortsatte fokus, bl.a. i arbejdet omkring fastlæggelse af niveauer for bemanning i forbindelse med budgetarbejdet.

Region Hovedstaden har allerede iværksat følgende tiltag for at sikre mere effektiv udnyttelse af personaleresurser og kapacitet på hospitalerne:

- Region Hovedstaden arbejder løbende med indgåelse af lokalaftaler, således er ca. 17 procent af alle ansættelser i Region Hovedstaden omfattet af en lo- kalaftale, som nedsætter hviletidsbestemmelser. Der er mange faktorer, der skal tages hensyn til inden indgåelse af en lokalaftale, som løbende afvejes. Der er derfor ikke klarhed over hvilken procentdel af regionens ansatte, der optimalt burde være dækket af en lokalaftale.

Punkt nr. 9 - Udtalelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i anledning af Stastrevisorernes beretning nr. 10/2014 om hospitalernes brug af personaleresurser
Bilag 3 - Side -2 af 3

- I Region Hovedstaden er der systemmæssigt implementeret mulighed i vagtplanlægningssystemet for at udbyde vagter på sms, og det anvendes også i Region Hovedstadens Præhospitale Virksomhed. Det skal nævnes, at en ny lig statistisk gennemgang af vagter og arbejdstidsregler i Region Hovedstaden viser, at mange brud på arbejdstidsregler sker, når kollegaer bytter med hinanden, idet der sker mange brud ved at de ansatte tager vagter på deres fridøgn.
- I Region Hovedstaden laver alle afdelinger deres vurdering af budget og fremmødebehovet (bemandingen) i Silkeborg Data (fremmødeprofiler). I dette værktøj skal der tages højde for fraværet. Regionen har over de sidste 2 år arbejdet med hvordan fremmødebehov og faktisk vagtplan hænger sammen, hvilket gøres gennem kurser og workshops. Administrationen følger løbende op på om værktøjet anvendes på regionens hospitaler.
- Region Hovedstaden tilbyder både kurser og specifikke oplæg til de forskellige fagområder omkring kendskab til arbejdstidsregler, overenskomster og eventuelle lokalaftaler. Det samme gælder i forhold til håndtering af forskellige typer af fravær. Region Hovedstaden har siden primo 2013 tilbudt kurser i vagtplanlægning på forskellige niveauer.
- Region Hovedstadens vagtplanlægningssystem kan allerede håndtere afvigelser fra hviletidsbestemmelserne. Regionen arbejder på nuværende tidspunkt både på en øget undervisningsindsats og en udvikling af systemet, så det understøtter efterspurgte funktionaliteter på en mere nutidig måde.
- I Region Hovedstaden er ca. 15.000 medarbejdere tilmeldt et indmeldingsværktøj – MinTid - hvor de afgiver ønsker for både vagter og fravær i forhold til mere eller mindre faste grundplaner. For alle de ønsker, hvor det passer sammen med grundplanen, så clearer planlægningsværktøjet automatisk disse ønsker, og vagtplanlæggerne skal kun forholde sig til de situationer, hvor ønsker og fremmødekrav ikke møder hinanden. Samtidig kan de ansatte ved afgivelse af deres ønske se, om andre kollegaer har budt ind, så de ansatte kan være med til at mindske vagtplanlæggerens arbejde. Værktøjet bruges særligt af plejepersonalet på døgndækkende afdelinger, men der mangler fortsat udvikling før værktøjet understøtter lægevagtplanlægningen optimalt.
- Det er regionens erfaring, at langt de fleste afdelinger ved investering i større skærme (fx 27") vil kunne få fuldt overblik over 4 ugers planlægning og alle medarbejdere, medmindre der er tale om et meget stort afsnit. Således er der mulighed for at løse udfordringerne med, at vagtplanlæggerne måske ikke får det nødvendige overblik, når de ikke kan se både hele planlægningsperioden og alle medarbejdere i samme billede.

I Region Hovedstaden har der således gennem de seneste år været fokus på en udvikling af vagtplansområdet, dette indledningsvist gennem etablering af et fælles Center for HR, som har fokus på en fælles indsat på nedenstående områder:

- Etableret fælles indberetningsvejledninger på alle områder,
- Udviklet e-learning i brugen/forståelsen af MinTid, overenskomster og arbejdstidsregler.

Punkt nr. 9 - Udtalelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i anledning af Stastrevisorernes beretning nr. 10/2014 om hospitalernes brug af personaleresurser
Bilag 3 - Side -3 af 3

- Udviklet et fællesregionalt værktøj til budgetlægning af fremmødebehovet, og der arbejdes med sammenhængen til den daglige vagtplanlægning.
- Udbyder kurser og workshop på hele vagtplanlægningsområdet
- Et centralt etableret et team af specialister i vagtplanlægning, hvor der samarbejdes med både jurister og økonomer.

Der arbejdes i 2015 fortsat med udvikling af området, og her fokuseres særligt på udvikling af værktøj til lægevagtplanlægning, bedre ledelsesinformation til de daglige ansvarlige på området, mulighed for løbende at kunne beregne værdien af den pågældende vagtplan, at bedre arbejdsgange omkring planlægningssystemerne og en certificering af vagtplanlæggere.

Senest har Region Hovedstaden i 2015 iværksat et pilotprojekt om forbedret vagtplanlægning, hvis formål er at skabe et kvalificeret grundlag for et regionalt koncept for bedre vagtplanlægning, der kan anvendes på samtlige hospitaler og virksomheder og for samtlige faggrupper. Pilotprojektet tager udgangspunkt i yngre lægers normtimeunderskud samt udbetaling af overarbejde grundet normtimeoverskud. Pilotprojektet forventes afsluttet inden udgangen af 2015, hvorefter Region Hovedstaden har mulighed for at udrulle konceptet til samtlige hospitaler og virksomheder.

Det er regionens forventning, at de igangsatte tiltag og det fortsatte fokus vil medføre, at regionen fremadrettet vil få en mere effektiv anvendelse af personaleresurser på hospitalerne.

Samtidig må det dog nævnes, at det er et komplekst område, hvor der er brug for vedvarende fokus på udvikling af området, og oplæring af de mange medarbejdere, der er involveret i området. Region Hovedstaden vil fremadrettet løbende følge op på området for at sikre, at der på hospitalerne i vedvarende fokus på omkostningsbevidst anvendelse af personaleresurserne.

Med venlig hilsen

Sophie Hæstorp Andersen

NOTAT

Til: **Forretningsudvalget**

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38666019
Mail csu@regionh.dk

Ref.: mlau

Dato: 4. maj 2015

Status for enstrenget og visiteret akutsystem

Dette notat giver en månedlig status for aktivitet og ventetid i det enstrengede og visiterede akutsystem. Opgørelsen inkluderer nye data for februar og marts for akutmodtagelser og –klinikker samt nye data for februar, marts og april for Akuttelefonen 1813.

Denne status indeholder nye data for flere måneder, da Forretningsudvalget på seneste møde i Forretningsudvalget den 7. april 2015 udsatte sagen om status på enstrenget og visiteret akutsystem.

Notatet indeholder en opgørelse over:

- aktivitet og ventetid til Akuttelefonen 1813,
- hjemmebesøg,
- akut ambulant behandling på akutmodtagelser og akutklinikker

Derudover gives en status på kvalitetsopfølgning i Den Præhospitale Virksomhed.

Den månedlige status er forenklet i forhold til tidligere for at øge overskueligheden.

Akuttelefonen 1813

Akuttelefonen 1813 har i februar håndteret 70.665 opkald, i marts 78.654 opkald og i april 79.006 opkald.

I april måned var der i gennemsnit ca. 2.630 opkald til Akuttelefonen 1813 i døgnet, hvoraf ca. 335 opkald viderestilles til en læge.

I februar var den mediane ventetid 9 minutter og 8 sekunder, hvilket er længere ventetid end måneden før og længere end en gennemsnitlig måned i 2014. Den mediane ventetid er forbedret siden februar til 6 minutter og 8 sekunder i marts og senest 5 minutter og 38 sekunder i april.

Punkt nr. 10 - Status for enstrengt og visiteret akutsystem

Bilag 1 - Side -2 af 10

Forklaringerne på den øgede ventetid i februar er for det første stigningen i antallet af opkald pr. dag i februar ift. januar. Derudover har bemanningen været under pres i forbindelse med afholdelse af ferie (vinterferie). Effektiviteten defineret som antal opkald pr. medarbejder pr. time er faldet specielt siden oktober 2014 som følge af længere samtaler og krav til øget dokumentation fra Sundhedsstyrelsen. Disse krav stilles alene til Region Hovedstadens visitation til det akutte system og ikke til de øvrige regioner.

I april blev 34 procent af opkaldene til Akuttefonen 1813 besvaret inden 3 minutter og 69 procent blev besvaret inden for 10 minutter. Region Hovedstaden har et servicemål om, at 90 procent af opkaldene skal være besvaret inden for 3 minutter og alle opkald skal være besvaret inden for 10 minutter.

Tabel: Opkald og ventetid til Akuttefonen 1813

Måned	Antal	Median	Percentil (90%)	Percentil (98%)	Maksimal ventetid	Andel nået inden for 3 min.	Andel nået inden for 5 min.	Andel nået inden for 10 min.	Andel nået inden for 20 min.
Gennemsnitlig måned i 2014	78.088	00:04:03	00:15:44	00:30:11	01:49:04	43%	56%	78%	94%
Januar 2015	75.047	00:04:42	00:16:40	00:27:04	01:03:07	40%	52%	73%	94%
Februar 2015	70.665	00:09:08	00:23:33	00:34:06	00:56:25	24%	33%	54%	84%
Marts 2015	78.654	00:06:08	00:18:28	00:27:42	00:58:02	31%	44%	67%	92%
April 2015	79.006	00:05:38	00:20:38	00:43:06	01:05:27	34%	47%	69%	90%

Af nedenstående tabel ses ventetiden til samtale med læge til og med april 2015.

Tabel: Opkald og ventetid på Akuttefonen 1813 for opkald, der viderestilles til en læge

Måned	Antal	Median	Percentil (90%)	Percentil (98%)	Maksimal ventetid	Andel nået inden for 3 min.	Andel nået inden for 5 min.	Andel nået inden for 10 min.	Andel nået inden for 20 min.
Gennemsnitlig måned i 2014	16.777	00:06:12	00:20:21	00:34:22	02:29:14	34%	44%	66%	90%
Januar 2015	10.911	00:05:27	00:15:31	00:24:04	01:04:01	37%	47%	73%	96%
Februar 2015	7.632	00:08:21	00:20:08	00:30:10	01:02:25	28%	37%	58%	90%
Marts 2015	9.687	00:06:39	00:16:37	00:25:20	00:46:02	29%	40%	67%	95%
April 2015	10.069	00:07:30	00:19:35	00:29:20	00:59:31	29%	39%	61%	91%

Af tabellen fremgår det, at antallet af opkald, der viderestilles til læge er faldet. Dette betyder ikke nødvendigvis, at færre borgere har talt med en læge, da der nu er elektronisk mulighed for at lade borgerne blive betjent af den personalegruppe, der har kortest ventetid. Det betyder, at hvis der er fri kapacitet i lægeressourcerne, så viderestilles de nye direkte opkald til akuttefonen til læger. Disse opkald indgår i opgørelsen af opkald til Akuttefonen 1813.

Yderligere er der etableret en call-back-funktion, hvor borgerne i ikke akutte tilfælde og efter eget ønske har mulighed for at blive ringet op senere f.eks. ved udskrivelse af recepter. Dette betyder, at opkaldene ikke bliver registreret som viderestillede opkald til lægen. Der er omkring 2.000 sådanne opkald fra læge til borgere om måneden, som

Punkt nr. 10 - Status for enstrengt og visiteret akutsystem

Bilag 1 - Side -3 af 10

kan tælles med i læge-aktiviteten. Der er i 2015 foretaget 8.957 call-back til borgere som kan tillægges antal opkald håndteret af læger.

Det skal understreges, at der ikke er ventetid ved behov for akut lægelig vurdering. Alle direkte opkald (de såkaldte bagom numre) kommer først i køen og alle opkald, hvor en sygeplejerske skønner, at der er behov for en umiddelbar lægelig vurdering sendes også først i køen.

Kørende læger og hjemmebesøg

Der er lavet en opgørelse af aktiviteten for de kørende læger, der foretager hjemmebesøg.

Der er i nedenstående opgørelse foretaget en mindre korrektion af antal disponerede kørsler, idet der ved en fejl i efteråret manglede registrering af ca. 200 hjemmebesøg af afdøde borgere.

Tabel: Hjemmebesøg

Disponeringsmåned	Disponerede kørsler	Antal kørsler	Heraf børn	Gennemsnit	Median	75% Percentil	90% Percentil
Gennemsnitlig måned i 2014	2075	1715	109	02:01:43	01:32:33	02:49:49	04:20:44
Januar 2015	1940	1638	77	01:59:35	01:42:06	02:43:51	03:49:41
Februar 2015	1816	1528	75	02:06:07	01:41:58	02:55:07	04:16:02
Marts 2015	2046	1769	*	02:10:49	01:50:57	03:00:29	04:20:57
April 2015	1994	1590	*	02:08:38	01:41:00	03:00:13	04:27:30

* På grund af serverskift er det ikke muligt i denne opgørelse at beregne antallet af kørsler til Børn. Disse vil blive indsat i efterfølgende afrapportering, men vurderes at være på niveau med tidligere måneders aktivitet. Opgørelsen af disponerede kørsler inkluderer kørsel til forventet død (dødsattest), ikke slutregistrerede ture, omdisponerede ture, ture hvor borger har bestilt senere tid end den tilbudte, forgæves kørsler og eventuelt aflyste ture eller lignende. Opgørelsen af disponerede kørsler er derfor samlet set højere end det antal kørsler der beregnes servicetid på.

Status på personalesituationen

Akuttelefonen 1813 har stadig en rekrutteringsudfordring og primært i forhold til sygeplejersker, hvor det nødvendige antal sygeplejersker ligger ca. 30 procent under det aktivitetsbaserede behov i fremmødeplanerne.

Hvis der kunne ansættes det normerede antal sygeplejersker suppleret med timelønnede sygeplejersker, ville behovet for ansættelse af flere læger være minimalt i forhold til den daglige bemanning. Ansættelse af flere læger udover de nuværende ansatte læger og vikar-læger vil dog kunne bidrage til at kunne bemande bedre ved spidsbelastninger, hvor der er ekstraordinært stort behov.

Den Præhospitale Virksomhed vurderer, at rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker er forudsætningen for forbedring af svartiderne ved Akuttelefonen 1813.

Administrationen arbejder videre med kendte og nye rekrutteringsinitiativer.

Ventetid til behandling på akutmodtagelser og akutklinikker

I det følgende præsenteres ventetiden til behandling på akutmodtagelser og akutklinikker.

Ventetiden for patienter registreres først som påbegyndt ved ankomst til akutmodtagelse eller akutklinik i overensstemmelse med den fælles regionale definition af ventetid.

Ventetid indenfor servicemål

Regionen har fastsat et servicemål for stabile patienter med mindre alvorlig sygdom og skader. Halvdelen af disse patienter skal være i gang med behandlingen inden for en time og 95 procent inden for fire timer.

Af nedenstående tabeller ses det, at de to servicemål er opfyldt i februar og marts 2015.

Tabel: Opfyldelse af servicemål om behandling påbegyndt inden for 1 time

	Behandling påbegyndt indenfor 1 time (andele)			
Hospital	2014	Januar 2015	Februar 2015	Marts 2015
Bispebjerg Hospital	71	70	69	65
Hvidovre Hospital	68	75	70	75
Amager Hospital	78	88	87	77
Frederiksberg Hospital	69	81	81	84
Gentofte Hospital	81	87	86	85
Glostrup Hospital	93	94	95	94
Herlev Hospital	63	69	64	69
Hillerød Hospital	78	80	79	80
Frederikssund Hospital	86	91	93	92
Sundhedshuset i Helsingør	92	96	98	97
Bornholms Hospital	80	87	88	82

Tabel: Opfyldelse af servicemål om behandling påbegyndt inden for 4 timer

	Behandling påbegyndt indenfor 4 timer (andele)			
Hospital	2014	Januar 2015	Februar 2015	Marts 2015
Bispebjerg Hospital	99	99	99	98
Hvidovre Hospital	98	99	99	99
Amager Hospital	100	100	100	100
Frederiksberg Hospital	100	100	100	100
Gentofte Hospital	100	100	100	100

Punkt nr. 10 - Status for enstrenget og visiteret akutsystem
Bilag 1 - Side -5 af 10

Glostrup Hospital	100	100	100	100
Herlev Hospital	98	98	99	98
Hillerød Hospital	99	99	99	99
Frederikssund Hospital	100	100	100	100
Sundhedshuset i Helsingør	100	100	100	100
Bornholms Hospital	99	100	100	100

Ventetider til behandling

Af nedenstående tabel ses den mediane ventetid i minutter for patienter i behandlersporet efter ankomst til akutmodtagelse eller akutklinik. Der har været en mindre stigning fra januar til februar i ventetiden. Det kan skyldes den almindelige sæsonvariation, herunder at der har været mere influenza i februar.

Tabel: Ventetid i behandlerspor fra ankomst på hospital til behandling

	Ventetid i behandlerspor (median i minutter) efter ankomst på hospital til behandling			
Hospital	2014	Januar 2015	Februar 2015	Marts 2015
Bispebjerg Hospital	33	36	37	40
Hvidovre Hospital	35	30	34	32
Amager Hospital	26	19	20	30
Frederiksberg Hospital	36	24	27	25
Gentofte Hospital	25	18	23	21
Glostrup Hospital	15	15	15	16
Herlev Hospital	43	39	43	39
Hillerød Hospital	26	24	27	24
Frederikssund Hospital	20	14	17	16
Sundhedshuset i Helsingør	14	10	9	11
Bornholms Hospital	28	24	23	27
Region H total	28	25	27	27

Af nedenstående tabel ses den mediane tid, der går fra henvisning til behandlersporet af 1813 til behandlingsstart – dvs. inklusiv ventetid hjemme og transport til akutmodtagelse/akutklinik.

Tabel: Tid i behandlerspor fra henvisning til behandling

	Tid (median i minutter) fra henvisning fra 1813 til behandling i behandlerspor			
Hospital	2014	Januar 2015	Februar 2015	Marts 2015
Bispebjerg Hospital	102	106	133	123
Hvidovre Hospital	106	107	128	110

Punkt nr. 10 - Status for enstrenget og visiteret akutsystem
Bilag 1 - Side -6 af 10

Amager Hospital	86	81	74	89
Frederiksberg Hospital	115	107	110	112
Gentofte Hospital	84	73	80	81
Glostrup Hospital	79	79	81	83
Herlev Hospital	115	117	134	127
Hillerød Hospital	95	88	104	98
Frederikssund Hospital	72	60	63	70
Sundhedshuset i Helsingør	63	59	59	61
Bornholms Hospital	68	59	56	66
Region H total	95	92	108	101

Patienter, der er henvist til vurdering, bliver triageret ved ankomst og behandlet i forhold til vurderingen af alvorligheden. Nedenfor er ventetiden samlet opgjort for patienter i vurderingsspor.

Tabel: Ventetid i vurderingsspor fra ankomst på hospital til behandling

	Ventetid i vurderingsspor (median i minutter) efter ankomst på hospital til behandling			
Hospital	2014	Januar 2015	Februar 2015	Marts 2015
Bispebjerg Hospital	9	7	11	10
Hvidovre Hospital	23	16	18	19
Amager Hospital	12	12	12	12
Frederiksberg Hospital	13	9	9	11
Gentofte Hospital	2	1	1	1
Glostrup Hospital	0	0	0	0
Herlev Hospital	12	9	11	11
Hillerød Hospital	11	14	14	13
Frederikssund Hospital	2	2	3	2
Sundhedshuset i Helsingør	16	0	-	-
Bornholms Hospital	20	17	14	19
Region H total	10	8	9	10

Den kortere ventetid til vurderingsspor i forhold til behandlingsspor er i overensstemmelse med forventningerne, da patienterne af Akuttelefonen 1813 bliver bedt om at møde op snarest muligt til vurdering af deres behandlingsbehov.

I tabellen nedenfor fremgår den mediane tid, der går fra henvisning til vurderingsspor af 1813 til behandlingsstart – dvs. inklusiv ventetid hjemme og transport til akutmodtagelse/akutklinik.

Tabel: Tid i vurderingsspor fra henvisning til behandling

	Tid (median i minutter) fra henvisning fra 1813 til behandling i vurderingsspor			
Hospital	2014	Januar 2015	Februar 2015	Marts 2015
Bispebjerg Hospital	59	64	69	64
Hvidovre Hospital	93	67	67	67
Amager Hospital	52	51	46	47
Frederiksberg Hospital	62	48	52	48
Gentofte Hospital	52	54	55	51
Glostrup Hospital	39	25	19	25
Herlev Hospital	66	60	54	59
Hillerød Hospital	50	57	56	57
Frederikssund Hospital	32	33	35	33
Sundhedshuset i Helsingør	55	.	.	.
Bornholms Hospital	58	54	55	52
Region H total	62	58	57	58

Selvhenvendere

Nedenstående tabel viser antallet af selvhenvendere på akutmodtagelserne og akutklinikkerne. Selvhenvendere er borgere, som ikke ringer til Akuttefonen 1813 inden fremmøde på en akutmodtagelse eller akutklinik eller møder op på en anden akutmodtagelse eller akutklinik end den de er henvist til. Der har siden indførelsen af det enstrengede og visiterede akutsystem været en nedadgående tendens i andelen af selvhenvendere med undtagelse af sommermånederne. Der er sket en mindre ikke signifikant stigning på 1 procent i andelen af selvhenvendere fra februar til marts 2015. Samlet set er der sket en stigning på ca. 5.500 kontakter på akutmodtagelser og akutklinikker fra februar 2015 til marts 2015.

Tabel: Selvhenvendere

	Henvist fra 1813	Ambulance mm.	Selvhenvendere	Total	Andel af selvhenvendere
Gennemsnit 2014	28.256	4.923	9.882	43.062	23%
Januar 2015	28.447	4.451	7.851	40.749	19%
Februar 2015	26.702	3.997	7.344	38.043	19%
Marts 2015	29.462	5.377	8.777	43.616	20%

Det skal pointeres, at patienter, der henvender sig på en akutmodtagelse eller akutklinik uden at ringe til Akuttefonen 1813 først eller henvender sig på en anden akut-

modtagelse/-klinik end henvist til, vil blive vurderet og behandlet efter hastegraden af deres behandlingsbehov.

Kvalitetsopfølgning i Den Præhospitale Virksomhed

Kvalitetsopfølgningen består af flere forskellige elementer. Først beskrives audits på patientforløb og dernæst rapporterede utilsigtede hændelser vedrørende akuttelefonen 1813.

Audit på patientforløb ved Akuttelefonen 1813

Ved Akuttelefonen 1813 er der, i februar 2015, gennemført audits på 80 generelle patientforløb samt på 80 fokuserede patientforløb omhandlende børn med feber.

Generelt viser auditresultaterne, at der på en del områder er stor målopfyldelse, herunder blandt andet:

- Grundlaget for at træffe en korrekt visitation samt valg af et passende respons er opfyldt i 95 procent af tilfældene.
- Der er i 95 procent af patientforløbene udspurgt systematisk, og patientsikkerheden er tilgodeset med en målopfyldelse på 100 procent.

Audit peger også på, at der er fremgang inden for flere områder, herunder systematik i samtalen, hvor der nu er en målopfyldelse på 92 procent.

Analyse af resultater fra audit på børn med feber pågår.

Der er sammen med repræsentanter udpeget af Sundhedsfagligt Råd Akutmedicin gennemført audit på 40 patientforløb, hvor der er henvist fra Akuttelefonen 1813 til akutmodtagelser og akutklinikker.

Analysen viser eksempelvis, at 95 procent af patienterne er visiteret korrekt fra Akuttelefonen 1813 til akutmodtagelser og akutklinikker. Fremover planlægges gennemførelse af audit med de enkelte planområder inkl. børnemodtagelser hver måned, det vil sige hvert planområde gennemfører audit 3 gange årligt.

Administrationen er ikke bekendt med, at de øvrige regioner foretager tilsvarende audit af tilsvarende patientforløb.

Statussamtaler

I første kvartal er der afholdt statussamtaler med alle sundhedsfaglige visitatorer. Samtalen har fokus på systematisk samtaleteknik og anvendelse af beslutningsstøtteværktøj, samt den enkeltes kompetencer i forhold til brug af IT-redskaber, vejledninger og instrukser. I samtalen indgår temaer og tendenser udledt af kvartalets utilsigtede hændelser og klager.

Patienttilfredshedsundersøgelse

Den 27. april 2015 blev offentliggjort en ny undersøgelse af borgernes tilfredshed med Akuttefonen 1813, som er udarbejdet af regionens Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. Undersøgelsen er foretaget blandt ca. 1.100 borgere, der var i kontakt med Akuttefonen 1813 i februar 2015. Undersøgelsens resultater ligner billedet fra patienttilfredshedsundersøgelsen fra foråret 2014.

Den nye undersøgelse viser, at borgere, der ringer til Akuttefonen 1813, generelt har en positiv oplevelse af selve samtalen med sygeplejersker og læger på Akuttefonen 1813:

- 90 procent af borgerne oplever, at de i høj grad eller i nogen grad føler sig hørt og forstået af den læge eller sygeplejerske, de har talt med i Akuttefonen 1813.
- Henholdsvis 91 procent og 93 procent oplever, at lægen og sygeplejersken spørger ind til sygdommen eller skade på en meget god eller god måde.
- I forhold til det råd, borgeren får fra Akuttefonen 1813, ved 90 procent, hvordan de efterfølgende skal handle eller forholde sig.
- Det samlede indtryk af kontakten med Akuttefonen 1813, vurderer 88 procent, er meget godt eller godt.

Mange borgere bemærker, at de ikke kan genkende det negative billede, medierne tegner af Akuttefonen 1813, da deres egen oplevelse har været god.

Men der er også kritiske bemærkninger i undersøgelsen. Især ventetiden på at komme igennem til Akuttefonen 1813 har for nogle borgere en negativ betydning for deres samlede indtryk af telefonen. 57 procent oplever, at ventetiden er passende, eller at der ikke er nogen ventetid, mens 43 procent oplever, at ventetiden til at komme igennem til Akuttefonen 1813 er for lang.

Nogle borgere bemærker, at de oplever en sproglig barriere i forhold til rådgivningen, da noget personale i Akuttefonen 1813 taler med accent. Andre siger, at de er usikre på det råd, de får, da noget personale virker uerfarne.

Utilsigtede hændelser

Antal rapporterede utilsigtede hændelser i perioden 1. januar 2014 til 31. marts 2015

Tabel: Antal hændelser fordelt efter hændelsesdato – dataudtræk pr. 16. april 2015

Hændelser/måned 1813	Fordelt efter Hændelsesdato* 2014	Fordelt efter Hændelsesdato* 2015
Januar	291	26
Februar	149	35
Marts	101	17

Punkt nr. 10 - Status for enstrengt og visiteret akutsystem
Bilag 1 - Side -10 af 10

April	103	
Maj	67	
Juni	43	
Juli	45	
August	37	
September	32	
Oktober	46	
November	42	
December	24	
I alt	1058 hændelser	

**Antal hændelser fordelt på hændelsesdato er et dynamisk tal, idet DPSD (Dansk patientsikkerheds database) er en levende database, da der fx i dag kan rapporteres om en hændelse, der skete i uge 1.*

Patientsikkerhedsanalyser i 1813

De rapporterede hændelser gennemgås og vurderes dagligt, og sagsbehandling og patientsikkerhedsanalyser af indkomne utilsigtede hændelser igangsættes løbende. I vurderingen indgår blandt andet alvorlighedsgrad samt læringspotentialet i hændelsen. Patientsikkerhedsanalyserne indgår i det løbende arbejde i Den Præhospitale Virksomhed for at forbedre patientsikkerheden.

NOTAT

Til: Sundhedsudvalget

OpgangB & D

Telefon 3866 6000

Direkte 3866 6016

Mail planogudvikling@regionh.dk

Journal nr.: 13002503

Ref.: Niels Erik Jørgensen

Dato: 11. april 2014

Strategi og handleplan for at nedbringe overbelægning

Indledning

Regionsrådet besluttede den 24. september 2013 en strategi og en handleplan for at nedbringe overbelægning og afsatte 40 mio. kr. i 2014 til nye initiativer for at styrke akutområdet og dermed nedbringe overbelægningen. Som led i denne beslutning fremgår det af mødesagen, at der i efteråret 2013 og i 2014 vil være fokus på implementeringen af de besluttede initiativer. Det politiske fokus på ”ingen overbelægning” vil blive fastholdt, og regionsrådet eller et udvalg herunder vil kvartalsvis få status for udviklingen i kapacitet og belægning og antallet af færdigbehandlede patienter.

I dette notat gives en status for hvornår de bevilgede initiativer er iværksat eller forventes iværksat. Desuden gives en status for belægningen, udviklingen i kapacitet og antal færdigbehandlede patienter på hospitalerne.

Resumé

De bevilgede initiativer for i alt 40 mio. kr. er stort set iværksat. Det har imidlertid været vanskeligt at rekruttere overlæger indenfor nogle specialer. Indtil ansættelse er muligt, er der sket en oprykning fra øvrige lægegrupper.

Belægningen er opgjort efter det nye princip, som er aftalt mellem regionerne og SSI. Det betyder, at belægningen er opgjort på den fysiske lokalitet, hvor patienten ligger klokken 23:00. På nuværende tidspunkt er belægningen opgjort for årets tre første måneder som helhed dels pr hospital dels for de medicinske afdelinger. Dette skjuler en stor variation over måneden, og der arbejdes på at levere oversigter pr. uge pr. afdeling.

I 2013 lå 6.323 patienter færdigbehandlede på regionens hospitaler, svarende til i alt 30.578 dage. Efter en årrække, hvor antallet af færdigbehandlede har været faldende, er dette en stigning på knap 5 % i forhold til 2012. Størstedelen af patienterne blev hjemtaget inden for en uge.

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 1 - Side -2 af 8

Kommunernes mulighed for at oprette akut- og aflastningspladser til at hjemtage færdigbehandlede patienter afhænger af det politisk prioriterede serviceniveau i den enkelte kommune. Men et fokuseret samarbejde omkring akutpladser forventes at blive et element i arbejdet med den næste sundhedsaftale gældende fra 2015.

Status over bevilgede initiativer

Akuthospitalerne forventede i løbet af efteråret 2013 at have iværksat initiativer med en helårsvirkning i 2014 på i alt 25 mio. kr. Målet for hospitalerne var at undgå overbelægning, primært gennem at styrke akutmodtagelserne. Initiativerne fremgår af nedenstående tabel.

Tiltag mod overbelægning, der kan iværksættes i 2013

	1.000 kr.	Hvornår er eller bliver initiativet iværksat?
Bispebjerg Hospital i alt	4.276	
Speciallæger til Lungemedicinsk afdeling, 1,9 årsværk – overlæger	1.791	Udmøntet med 2,0 overlægestilling i 2014
Speciallæge til endokrinologisk afdeling, 1,0 årsværk – overlæge	994	Udmøntet med 3,0 overlægestilling i 2014. Hospitalet har foruden de regionalt afsatte midler, bevilget yderligere stillinger for at optimere flow og patientforløb og undgå overbelægning.
Speciallæger til gastroenterologisk afdeling, 1,5 årsværk – overlæge	1.491	Udmøntet med 1,0 overlægestilling i 2014
		Hospitalet er i gang med at rekruttere overlæger. Indtil det er muligt, er der sket en oprykning fra øvrige lægegrupper. I 2013 har hospitalet desuden bemandet vintersenge (tidligere benævnt buffersenge), som hospitalet har åbnet i vinterhalvåret for at undgå overbelægning.
Herlev Hospital i alt	7.975	
Team til blodprøvetagning i Akutmodtagelsen	1.600	Iværksat primo 2013 og gjort permanent med bevillingen. Med initiativet er blodprøvetagning af akutpatienter effektiviseret og opgaven løses af et fast assistentteam, som fleksibelt også udfører andre opgaver i Akutmodtagelsen. Indsatsen udføres i tidsrum kl. 8-23 på hverdage og kl. 12-20 i weekender.
Tilstedeværelse af radiograf i Akutmodtagelsen	1.383	Iværksat 1. januar 2014 efter afsluttet rekrutteringsproces i efterår 2013. Initiativet medfører, at der er fuld radiologisk tilstedeværelse i Akutmodtagelsen alle ugens dage i tidsrummet kl. 8-23.
Øget modtager- og koordinatorfunktion i sengeafdelinger	4.048	Iværksat primo 2013 og gjort permanent med bevillingen. Initiativet har fokus på patientflow og flowmasterfunktion (sygeplejerske, læger), herunder løbende

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 1 - Side -3 af 8

		koordinering med Akutmodtagelsen om patientindtag samt styrket stuegangs- og journalskrivningsfunktion.
Udvidelse af Sekretærfunktionen i Akutmodtagelsen	944	Iværksat primo 2013 og gjort permanent med bevillingen.
Hvidovre Hospital i alt	6.137	
Større medicinsk sengekapacitet	3.475	Kapaciteten er 1. november 2013 udvidet med fem senge i Medicinsk Enhed, da Akutmodtagelsen ikke har kunnet komme af med patienterne til de kliniske afdelinger pga. overbelægning. Den ekstra kapacitet har dels bidraget til, at belægningsprocenten har kunnet holdes uændret i Medicinsk Enhed på trods af et demografisk pres, dels har det haft en positiv effekt på belægningen og patientflowet fra Akutmodtagelsen til afdelingerne.
Styrket plejenormering i Akutmodtagelsen	1.673	1. januar er alle ugens dage tilført 1 sygeplejerske ekstra i vagt fra kl. 12-20 og 1 sygeplejerske ekstra i vagt kl. 15-23 for at bemande den nye triage funktion. Korrekt og hurtig triagering af de indkomne patienter i Akutmodtagelsen er helt afgørende for at patienterne behandles rettidigt og kvalificeret. Dermed holdes et effektivt flow, som kan nedbringe overbelægningen.
Udvidet speciallægebemanding i Akutmodtagelsen	989	Akutmodtagelsen planlægger at ansætte en speciallæge til at supervisere og koordinere indsatsen i afdelingen. Opgaven bliver i dag varetaget af den ledende overlæge på Akutmodtagelsen. Initiativet er planlagt til at starte pr. 1. april 2014, og stillingen forventes besat af en speciallæge med indgående kendskab til det akutte område og med gode organisatoriske kompetencer. Ansættelsesproces pågår.
Nordsjællands Hospital i alt	6.242	
Speciallæger til Kardiologisk, Nefrologisk, Endokrinologisk afdeling	2.190	1. september 2013 er frontpersonalet i Akutmodtagelsen styrket ved at ansætte læger i Kardio-nefro-endo afdelingen.
Speciallæger til Lungeinfektionsmedicinsk afdeling	2.645	1. september 2013 er frontpersonalet i Akutmodtagelsen styrket ved at ansætte læger i Lunge- og infektionsmedicinsk Afdeling.
Plejepersonale, Kardiologisk, Nefrologisk, Endokrinologisk afdeling	1.407	Plejepersonale er ansat i august 2013.
Iværksatte tiltag i alt med helårsvirkning i 2014	24.630	

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 1 - Side -4 af 8

Regionsrådet afsatte yderligere midler i 2014 til at gennemføre målsætningen om "ingen overbelægning". Initiativerne fremgår af nedenstående tabel. Også her er hovedparten af initiativerne iværksat med den bemærkning, at det er vanskeligt at rekruttere overlæger indenfor nogle specialer. Ansættelsesproces pågår.

Tiltag mod overbelægning, der iværksættes i 2014

	1.000 kr.	Hvornår er eller bliver initiativet iværksat?
Bispebjerg Hospital i alt	4.149	
Speciallæge til kirurgisk afdeling, 2,0 årsværk – afdelingslæger		Udmøntet 1. januar 2014.
Speciallæge til endokrinologisk afdeling, 1,0 årsværk – overlæge		Udmøntet med 3,0 overlægestilling 1. januar 2014. Hospitalet har foruden de regionalt afsatte midler bevilget yderligere stillinger for at optimere flow og patientforløb og undgå overbelægning.
Speciallæger til akutmodtagelsen 2,0 årsværk		Det har endnu ikke været muligt at rekruttere speciallæger til akutmodtagelsen. I stedet er etableret en fast-track stue med et skadeskonsulenthold, som i betydelig grad har forbedret flowet i Akutmodtagelsen. Rekruttering af speciallæger er fortsat i proces.
Glostrup Hospital i alt	1.721	
Speciallæger i medicin og neurologi i Akutklinikken		Medicinsk afdeling har ansat en speciallæge pr. 1. febr. 2014, og har delvist implementeret speciallæger i front i Akutklinikken frem til kl. 21. Desuden er der medicinsk speciallæge i front i weekend i dagtid. Afhængig af rekrutteringsmulighederne forventes ordningen fuldt implementeret fra 1. maj 2014, og indtil da forsøges vagterne besat med læger i hoveduddannelse. Der er neurologisk speciallæge i front i akutklinikken på hverdage frem til kl. 18, og fra 1. maj kommer der speciallæger i front fra kl. 12-18 i weekenden.
Hvidovre Hospital i alt	3.696	
Fastholdelse af farmakonomer i Akutmodtagelse		Projektet er 1. januar 2014 gjort permanent. Akutmodtagelse har i en forsøgsperiode benyttet farmakonomer i dagvagte til at rådgive og udlevere medicin i Akutmodtagelsen. Projektet viser, at indsatsen styrker patientens sikkerhed i forhold om medicingivning og øger flowet, fordi den specialiserede medicingivning forkorter patientens ventetid i Akutmodtagelsen.

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 1 - Side -5 af 8

Hurtigere blodprøvesvar i Akutmodtagelsen		Initiativet starter 1. april 2014 og vil forbedre patientflowet og reducere svartiderne. Klinisk Biokemisk Afdeling betjener Akutmodtagelse med to blodprøveopsamlinger i dagtimerne (kl. 8.00 og 12.30). Fra kl. 15.30 til kl. 22.30 opsamler afdelingen prøver hver time. Akutmodtagelsen udvider ordningen med yderligere en rundring kl. 10.00. Der udvides desuden med en rundring i Børneakutmodtagelsen som på nuværende tidspunkt har 7 runder med indsamling af blodprøver.
Udvidet røntgenkapacitet i Akutmodtagelsen		1. januar 2014 er oprettet en ”bufferkapacitet”, som skal bestå af en radiolog og en speciallæge. Disse har udelukkende til formål at afvikle og beskrive akutte, subakutte samt hastepatienter. Personalet håndterer et sortiment af UL, CT, konventionel røntgen af knogler og thorax. Initiativet er igangsat ved at stille personale fra afdelingen til rådighed for bufferkapaciteten til overarbejdsbetaling. 1. april og 1. maj 2014 ansættes henholdsvis en radiolog og en speciallæge. Ansættelsesproces pågår. Initiativet har hjulpet dels til hurtigt at diagnosticere dels til et fagligt og patientoplevet kvalitetsløft. Dermed er potentielt frigjort sengekapacitet, idet en fraktion af patienter, som ligger i en hospitalsseng og afventer diagnostisk afklaring, hurtigere kan hjemsendes.
Udvidet portørbetjening i Akutmodtagelsen		Den 15. januar 2014 har hospitalet udvidet portørbetjeningen i Akutmodtagelsen med et vagtlag i dag- og aften timerne fra kl. 10.00 til 20.00. Initiativet har foreløbigt understøttet hurtigere og bedre patientforløb, reduceret ventetider og bidraget til en generel bedre ressourceudnyttelse i Akutmodtagelsen.
Herlev Hospital i alt	1.396	
Speciallæger til Gastroenheden		Ansættelsesproces pågår. Initiativet medfører fast tilstedeværelse af gastrokirurgisk speciallægekompetence i tidsrum kl. 8-23 på alle hverdage.
Nordsjællands Hospital i alt	4.419	
Plejepersonale til Medicinsk Blok		Plejepersonale svarende til to stillinger er ansat i august 2013 som en del af en samlet opnormering på 22 plejestillinger
Opnormering af læger i Akutklinikken i Frederikssund		Der er ansat en læge, som tiltræder 1. maj 2014

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 1 - Side -6 af 8

Øget anæstesitilstedevær i dagtid i Frederikssund		Anæstesilæge er ansat.
I alt nye initiativer	15.381	

Belægningen i 1. kvartal 2014

Belægningen er opgjort efter det nye princip, som er aftalt mellem regionerne og SSI. Det betyder, at belægningen er opgjort på den fysiske lokalitet, hvor patienten ligger klokken 23:00. Der er ikke medregnet raske ledsagere, raske nyfødte eller patienter på orlov.

På nuværende tidspunkt er den gennemsnitlige belægning opgjort for årets tre første måneder som helhed dels pr hospital dels for de medicinske afdelinger. Dette skjuler en stor variation over måneden, og der arbejdes på at levere oversigter pr. uge pr. afdeling.

Tallene bygger på de registreringer hospitalerne foretager i GS. Udnyttelsesgraden er i sagens natur meget følsom overfor registreringen af normerede sengepladser. Oversigterne vil blive udsendt til de enkelte hospitaler til kommentering.

Belægningsoversigt for perioden januar-marts 2014 pr. hospital

Hospital	Normerede senge	Udnyttelsesgr ad
Amager Hospital	106,0	92,6 %
Bispebjerg Hospital	630,0	79,7 %
Bornholms Hospital	97,6	76,5 %
Gentofte Hospital	251,0	75,2 %
Glostrup Hospital	317,5	84,1 %
Herlev Hospital	733,7	82,9 %
Hospitalerne i Nordsjælland	648,2	82,4 %
Hvidovre Hospital	588,0	82,7 %
Rigshospitalet	1115,7	75,6 %
Hovedtotal	4487,7	80,3 %

Belægningsoversigt for perioden januar-marts 2014, medicinske afdelinger

Hospital	Normerede senge	Udnyttelsesgr ad
Amager Hospital	93,0	93,6 %
Bispebjerg Hospital	379,0	86,8 %
Bornholms Hospital	61,0	78,1 %
Gentofte Hospital	193,0	81,4 %
Glostrup Hospital	233,5	86,8 %

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 1 - Side -7 af 8

Herlev Hospital	268,0	91,6 %
Hospitalerne i Nordsjælland	337,0	84,4 %
Hvidovre Hospital	179,0	90,1 %
Rigshospitalet	411,9	76,1 %
Hovedtotal	2155,4	84,8 %

Samlet set har der ikke været overbelægning på hospitalerne som helhed eller på de medicinske afdelinger.

Færdigbehandlede patienter

Regionen opgør løbende bl.a. færdigbehandlede patienter, som led i at følge udviklingen i samarbejdet mellem kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden. Færdigbehandlede patienter er opdelt i

- Antal sengedage samtlige borgere ligger færdigbehandlede på hospitalet
- Antal af borgere der ligger færdigbehandlet på hospitalet.

Endvidere er både antal sengedage og antal borgere som er færdigbehandlede underopdelt i tidsintervaller af én uges varighed fra 1 til 8 uge og derefter over 8 uger. Dette giver indblik i, hvordan antal "færdigbehandlede sengedage" og "færdigbehandlede borgere" fordeler sig på varighed. I nedenstående tabel er færdigbehandlede patienter opgjort for 2012 og 2013.

Færdigbehandlede patienter på hospitalerne i Region Hovedstaden 2012 og 2013

Færdigbehandlede	2012			2013	
	Januar-December	December	Året	Januar-December	December
Antal dage	29.186	2.379	29.186	30.578	2.318
Op til 1 uge	9.542	705	9.542	11.888	1.035
Fra 1-2 uger	9.296	816	9.296	8.187	587
Fra 2-3 uger	4.278	404	4.278	4.047	336
Fra 3-4 uger	2.232	203	2.232	2.332	150
Fra 4-5 uger	1.317	95	1.317	1.610	65
Fra 5-6 uger	869	156	869	1.074	39
Fra 6-7 uger	637	0	637	555	49
Fra 7-8 uger	217	0	217	219	0
Over 8 uger	798	0	798	666	57
Antal indlæggelser	4.813	409	4.813	6.323	520
Op til 1 uge	3.490	292	3.490	5.100	435
Fra 1-2 uger	897	79	897	792	55
Fra 2-3 uger	243	23	243	232	19
Fra 3-4 uger	89	8	89	94	6
Fra 4-5 uger	41	3	41	51	2
Fra 5-6 uger	23	4	23	28	1
Fra 6-7 uger	14	0	14	12	1
Fra 7-8 uger	4	0	4	4	0
Over 8 uger	12	0	12	10	1

I 2013 lå 6.323 patienter færdigbehandlede på regionens hospitaler, svarende til i alt 30.578 dage. Efter en årrække, hvor antallet af færdigbehandlede har været faldende, er dette en stigning på knap 5 % i forhold til 2012. Størstedelen af patienterne blev hjemtaget inden for en uge.

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 1 - Side -8 af 8

Samarbejdet mellem hospital og kommune om at meddele om færdigbehandling er beskrevet som en del af Kommunikationsaftalen om tværsektoriel kommunikation og arbejdsgange. Kommunikationsaftalen er indgået i 2013 som led i den nugældende sundhedsaftale og understøttes af elektronisk kommunikation via såkaldte MedCom-meddelelser.

Kommunernes mulighed for at oprette akut- og aflastningspladser til at hjemtage færdigbehandlede patienter afhænger af det politisk prioriterede serviceniveau i den enkelte kommune. Men et fokuseret samarbejde omkring akutpladser forventes at blive et element i arbejdet med den næste sundhedsaftale gældende fra 2015.

En god opfølgning på en udskrivning kan bidrage til at forebygge genindlæggelser. For en mindre gruppe skrøbelige ældre medicinske patienter kan overgangen til hjemmet styrkes gennem forløbskoordination som fx følge hjem-ordning og opfølgende hjemmebesøg. Sundhedsfagligt personale fra de forskellige sektorer gennemgår sammen med patienten medicin, funktionsevne, hjælpemidler m.v. for at forebygge komplikationer, som kan føre til genindlæggelse. I 2013 blev ca. 2800 særligt skrøbelige patienter fulgt hjem af hospitalspersonalet.

I samme periode modtog 870 patienter et opfølgende hjemmebesøg ved den praktiserende læge og en hjemmesygeplejerske, men aktiviteten forventes at stige markant. For at øge aktiviteten af opfølgende hjemmebesøg er der i 2013 indgået en ny § 2 aftale med almen praksis, som letter brugen af de opfølgende besøg. 27 kommuner har pt. tiltrådt den nye aftale. Desuden er der iværksat en informationsindsats over for de praktiserende læger i regi af konsulentordningen for almen praksis KAP-H med henblik på at øge brugen af ordningen. Følge op-ordningen er også et fokusområde i Den Nationale Handlingsplan for Den Ældre Medicinske Patient.

NOTAT

OpgangB & D
Telefon 3866 6000
Direkte 3866 6019
Mail csu@regionh.dk

Journal nr.: 15003778
Ref.: mlau, nbre

Dato: 22. april 2015

"Handleplan for initiativer mod overbelægning, 2015".

I denne handleplan præsenteres Region Hovedstadens forslag til principper for udmøntning af midler til nye initiativer mod overbelægning samt styrkelse af igangsatte initiativer.

Regionsrådet vedtog i september 2013 "Strategi for at nedbringe overbelægning" og strategien blev efterfulgt af "Handleplan 2014 for at nedbringe overlægning". Der blev som en del af handlingsplanen iværksat initiativer i 2013 og 2014. Derudover indeholder handlingsplanen anbefalinger til Region Hovedstadens forebyggelse og beredskab ved overbelægningssituationer. De planlagte initiativer fra handlingsplanen mod overbelægning er iværksat, herunder bl.a. tilførsel af ressourcer til ansættelse af flere speciallæger.

Det overordnede mål fra "Strategien for at nedbringe overbelægning" om "ingen overbelægning" gælder fortsat, idet det erkendes, at der kan opstå særlige situationer. I sådanne situationer vil målet altid være at minimere overbelægning.

I finansloven for 2015 er der afsat midler til en styrket indsats mod overbelægning. Følgende fremgår af finansloven: "*Styrket indsats mod overbelægning: [...] Samtidig er aftaleparterne enige om at afsætte 50 mio. kr. i 2015, 100 mio. kr. i 2016 og 150 mio. kr. årligt fra 2017 til øget kapacitet på medicinske og geriatriske sygehusafdelinger for at understøtte mere effektive patientforløb, korte hospitalsophold og bedre omsorg for de kronisk syge og ældre medicinske patienter.*"

Midlerne vil blive udmøntet i sommeren 2015. Den regionale fordeling af midlerne vil ske efter bloktilskudsnøglen. Rammerne for udmøntningen er endnu ikke kendte.

I handleplanen præsenteres indledningsvist status på belægningsgraden opgjort efter den nationale opgørelsesmetode. Desuden beskrives forhold, der påvirker belægningssituationen og dermed kan bidrage til at nuancere tallene. Sidst i handleplanen præsenteres Region Hovedstadens principper for udmøntningen af midlerne til nye initiativer mod overbelægning samt eksempler på konkrete initiativer.

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 2 - Side -2 af 17

Status på belægningsgraden inkl. marts 2015

Fra 2014 har regionen anvendt en ny ensartet opgørelsesmetode til monitorering af belægning på hospitalerne. Det betyder, at tidligere belægningsopgørelser ikke er direkte sammenlignelige med den nye opgørelsesmetode. Belægningen bliver nu opgjort kl. 23 på opholdsafdelinger (fysisk placering) og er sat i forhold til de disponible senge. På mange hospitaler indgår der sammedagskirurgiske/elektive senge, som ikke er belagte på opgørelsestidspunktet, og som derfor bidrager til en lavere belægningsgrad. Belægningsprocenten er desuden opgjort som et gennemsnit på månedsbasis. Hospitalerne supplerer den regionale opgørelse med løbende aktuelle belægningsopgørelser.

I det følgende er belægningen opgjort efter den nye opgørelsesmetode på hospitalsniveau, da det kan være relevant til at afspejle, om den samlede kapacitet på hospitalerne udnyttes. Dertil kommer en oversigt over belægningen samlet i den medicinske "blok" dvs. for de medicinske specialer.

Tallene fra 2014 og de første tre måneder af 2015 viser fortsat udfordringer med overbelægning på nogle afdelinger, særligt på de medicinske afdelinger. Eftersom belægningsprocenten er et månedsgennemsnit kan den samlede belægningsgrad for måneden godt ligge under 100 procent, selvom der i perioder har været overbelægning på de enkelte matrikler, afdelinger eller afsnit. Det betyder, at der lokalt i perioder kan være overbelægning, som ikke fremgår af regionens opgørelse af belægningsgraden.

Ved opgørelser af belægningsprocenter skal man desuden være opmærksom på, at belægningsprocenten ikke siger noget om antallet af patienter på gangen, men udelukkende er en belægningsprocent i forhold til afdelingernes disponible antal senge og et gennemsnit for perioden. Der er andre forhold, der kan betinge patienter på gangen og andre former for overbelægning, fx kan der være behov for at isolere en patient på sengestue ved smitsomme sygdomme eller forestående dødsfald, og andre patienter må flyttes til gangplads. Et andet eksempel er, at såfremt en patient fejler en sygdom, som kun lader sig behandle/overvåge på eksempelvis et hjerteafsnittet, er det lægefagligt mest forsvarligt, at patienterne forbliver på dette afsnit, selv om det i perioder kan give pladsproblemer, fremfor at flytte patienten til et andet afsnit. Der kan således være forskellige forhold, som udfordrer belægningssituationen, medfører overbelægning eller giver patienter og personale en oplevelse af overbelægning. De forskellige forhold vil blive beskrevet i de følgende afsnit.

Tabel for belægningsprocenter pr. hospital 2014 og 2015

	2014											2015			
Hospital	jan	feb	mar	apr	maj	jun	Jul	aug	sep	okt	nov	dec	jan	feb	mar
Rigshospitalet	75	78	74	72	70	72	73	75	73	73	72	71	72	72	74
Bispebjerg/ Frederiksberg hospital	77	82	79	83	83	81	77	74	79	82	80	79	85	85	80
Hvidovre/ Amager	92	94	90	95	91	89	93	90	89	86	87	87	92	92	90

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 2 - Side -3 af 17

Hospital															
Gentofte Hospital	80	79	84	83	82	80	85	83	87	82	80	81	88	93	89
Glostrup Hospital	83	83	85	80	84	82	81	82	82	86	81	78	85	82	83
Herlev Hospital	88	88	88	89	87	85	85	91	84	83	86	85	88	87	88
Nordsjællands Hospital	91	93	87	84	86	83	86	89	90	87	87	87	93	94	91
Bornholms Hospital	82	77	70	74	65	78	69	71	74	74	68	80	87	89	80

Tabellen viser, at ingen hospitaler samlet set havde en gennemsnitlig belægningsprocent over 100 procent i nogen af månederne af 2014 eller de første tre måneder af 2015 opgjort efter den nye metode.

Nedenfor fremgår belægningsprocenter for de medicinske specialer samlet set, da det er de specialer, der særligt har en høj belægning.

Tabel for belægningsprocenter i medicinsk blok for 2014 og 2015

Hospital	2014										2015				
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	Jul	aug	sep	okt	nov	dec	jan	feb	mar
Rigshospitalet	79	79	77	74	73	74	75	74	74	74	73	73	73	74	73
Bispebjerg/ Frederiksberg hospital	90	94	90	98	97	93	92	88	88	92	92	93	98	100	90
Hvidovre/ Amager Hospital	99	101	97	100	96	93	97	98	100	99	98	96	105	103	102
Gentofte Hospital	80	81	85	84	85	84	86	87	88	84	81	84	91	96	93
Glostrup Hospital	95	94	99	93	96	92	96	95	94	98	93	105	103	104	98
Herlev Hospital	97	94	95	94	95	93	102	98	91	85	94	96	97	96	98
Nordsjællands Hospital	97	98	91	92	95	94	96	96	96	97	94	93	103	99	97
Bornholms Hospital	83	81	71	78	66	81	62	69	77	78	74	85	96	92	79

Tabellen viser, at de fire akuthospitaler samt Glostrup Hospital i 2014 og/eller 2015 i enkelte måneder har haft en belægningsprocent på over 100 som månedligt gennemsnit for de medicinske specialer samlet set. Med enkelte undtagelser er belægningsprocenten højere i januar, februar og marts 2015 end i de samme måneder i 2014.

Udviklingen i belægningsprocenter pr. hospital fra 2010 til 2014

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 2 - Side -4 af 17

Som nævnt er der fra 2014 anvendt en ny opgørelsesmetode, hvilket betyder, at der ikke er direkte sammenlignelige tal for de foregående år. Ud fra de tilgængelige data er det her forsøgt at beskrive udviklingen i belægningsgraden fra 2010 og frem.

De tilgængelige tal fra perioden før 2014 er opgjort på kvartaler for vinteren 2010/2011, 2011/2012 og 2012/2013 og er udelukkende opgjort på hospitalsniveau. Det fremgår ikke, hvornår på dagen hospitalerne har opgjort belægningsgraden.

Tabel for belægningsprocenter pr. hospital for første og fjerde kvartal 2010-2013

Hospital	4. kvartal 2010	1. kvartal 2011	4. kvartal 2011	1. kvartal 2012	4. kvartal 2012	1. kvartal 2013
Bispebjerg Hospital	110	115	105	113	105	113
Frederiksberg Hospital	89	97	88	95	95	105
Hvidovre Hospital	96	104	102	100	95	108
Amager Hospital	93	102	102	99	100	113
Gentofte Hospital	91	91	88	102	88	104
Glostrup Hospital	95	96	96	104	103	101
Herlev Hospital	97	107	99	105	102	103
Hillerød Hospital	97	103	110	97	96	107
Helsingør Hospital	83	98	92	99	100	90
Frederikssund Hospital	86	78	97	98	94	93
Bornholms Hospital	95	96	91	94	100	101

I denne opgørelse indgår Rigshospitalet ikke, da opgørelsen er lavet for planområderne.

Fra vinteren 2010/2011 til vinteren 2012/2013 er der tendens til en stigning i belægningsgraden, hvor en større andel af hospitalerne samlet set har en belægningsgrad på over 100 procent.

I første kvartal 2013 havde alle hospitaler med undtagelse af Helsingør Hospital og Frederikssund Hospital en belægningsgrad over 100 procent (101-113 procent).

I 2014 og de tre første måneder af 2015 tyder det på, at belægningssituationen samlet set ser bedre ud. I 2014 og 2015 er der ifølge opgørelsen hverken hospitaler eller grupper af specialer, der samlet set havde en gennemsnitlig belægningsprocent over 100 procent opgjort efter den nye metode, hvilket det ellers tyder på var tilfældet inden handlingsplanen blev iværksat i 2013.

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne

Bilag 2 - Side -5 af 17

Forhold, der udfordrer belægningssituationen

Der er imidlertid en række forhold, der påvirker belægningssituationen og som kan medføre et øget pres på belægningen fx i forhold til placering af patienter på gange eller håndtering af patienter, der er indlagt kort tid.

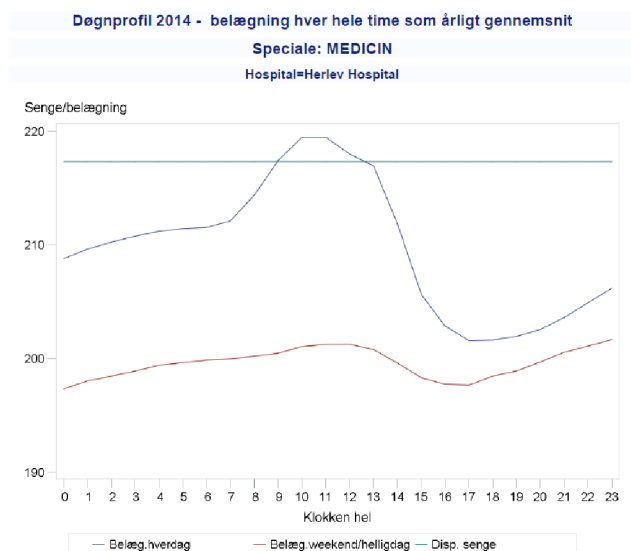
Disse forhold vedrører blandt andet:

- Døgn- dags-, og sæsonvariation i belægningssituationen
- Særlige forhold omkring patienter i isolation
- Antallet af indlæggelser, akutte indlæggelser og korte akutte indlæggelser under 25 timer
- Accelererede patientforløb og øget kompleksitet i patienternes tilstande
- Arbejdsbelastning og rekrutteringsudfordringer
- Færdigt behandlede patienter på regionens hospitaler

Døgn-, dags- og sæsonvariation i belægningssituationen

Der kan være tidspunkter af døgnet, hvor der er en særlig høj belægning. Der kan ligeledes være dage på ugen, hvor der er højere belægning end andre dage. Disse variationer vil ikke fremgå af den gennemsnitlige månedlige belægning. Endelig kan der være tidspunkter af året, hvor belægningen er høj fx i vintermånederne, hvor der fx kan være mange patienter med influenza. Sæsonvariationen fremgår af den gennemsnitlige månedlige belægningsgrad.

Nedenfor ses et eksempel på den gennemsnitlige døgnvariation i den medicinske specialeblok på et akuthospital:

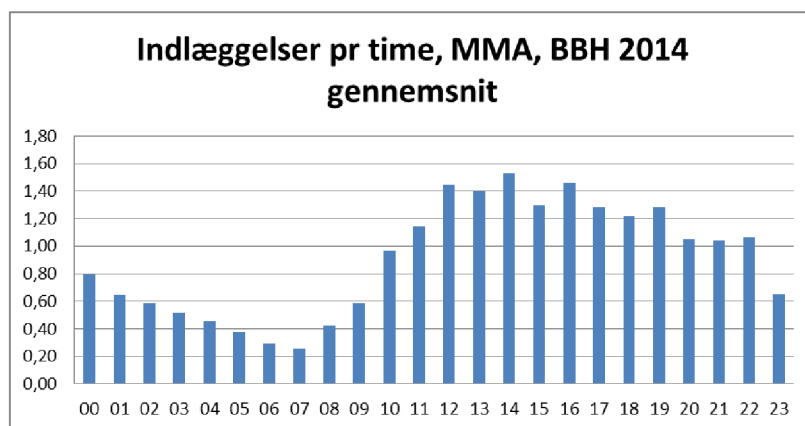


Det fremgår af figuren, at belægningen er højest midt på dagen og særligt på hverdage. Midt på dagen vil der typisk være patienter, der venter på at blive udskrevet samtidig med, at der bliver indlagt nye patienter. Figuren viser også, at variationen i belægningen over døgnet er mindre i weekend og helligdage sammenlignet med

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 2 - Side -6 af 17

hverdag. Tendensen er den samme for de øvrige akuthospitaler, men der kan dog være en mindre variation i hvornår på dagen belægningen topper.

Nedenstående figur er et eksempel på, hvor mange patienter, der i gennemsnit indlægges i timen på Medicinsk Modtage Afsnit (MMA) på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Tidligere skete der et fald i antallet af indlæggelser og dermed en udfladning af kurven fra kl. 20, men nu er antallet af indlæggelser i aften timerne steget.



I den ensartede nationale metode til at opgøre belægningsgraden bliver belægningen opgjort kl 23. På dette tidspunkt er der en forventning om, at der ikke sker flere overflytninger af patienter mellem afdelingerne, da det vil være sket i dagtimerne. Overflytninger er med til at skabe usikkerhed i registreringen af belægningen.

Særlige forhold omkring patienter i isolation

På flere af regionens hospitaler er forholdene for isolation af patienter ikke optimale, grundet afdelinger med mange flersengsstuer og kun få enestuer, samt få toiletter uden tilknytning til sengestuerne.

Isolerede patienter vil derfor typisk optage mere end én plads, når der ikke er et tilstrækkeligt antal enestuer. Dette medfører naturligt, at andre ikke-isolerede medpatienter må tilbydes gangplads.

Overbelægning medfører desuden, at plejepersonalets arbejdsprocesser i forhold til isolationsforholdsregler tager mere tid (brug af værnemidler, rengøring af udstyr etc.).

Diagnostik

Hvis en patient har været udsat for mulig smitte med VRE (Vancomycin Resistente Enterokokker), podes og isoleres patienten indtil der foreligger svar på prøven. Typisk tager dette 3-4 døgn. En hurtigere VRE diagnostik vil kunne forkorte perioden i isolation, idet isolationen ved et negativt VRE svar kan ophæves tidligere; efter fx et døgn.

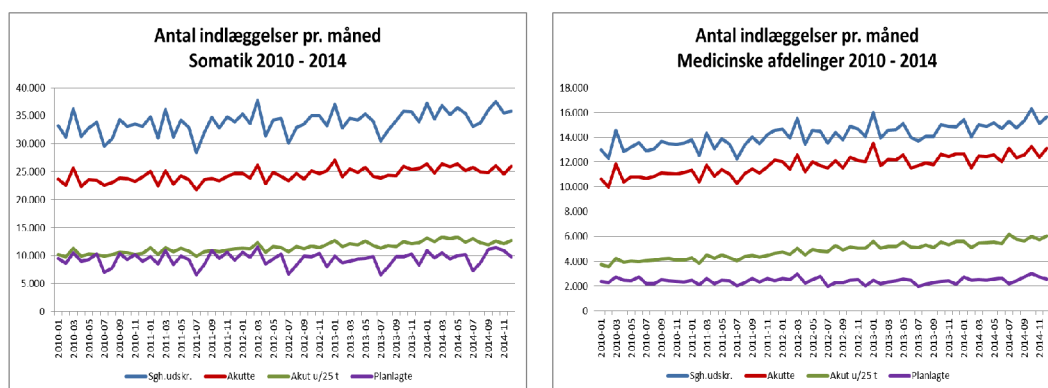
Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 2 - Side -7 af 17

Udviklingen i indlæggelser fra 2010-2014

I de senere år er sket en stigning i antallet af indlæggelser og dermed et stigende pres på kapaciteten.

Nedenstående graf dokumenterer – måned for måned – udviklingen i antallet af indlæggelser (sygehusudskrivinger) gennem de sidste fem år, 2010 – 2014 (begge incl.). Graferne til venstre omfatter alle indlæggelser (ekskl. psykiatri) og graferne til højre omfatter de medicinske specialer alene.

Graferne skildrer udviklingen i indlæggelser (blå), akutte indlæggelser (rød), akutte indlæggelser af op til 24 timeres varighed (grøn) og planlagte indlæggelser (lilla).

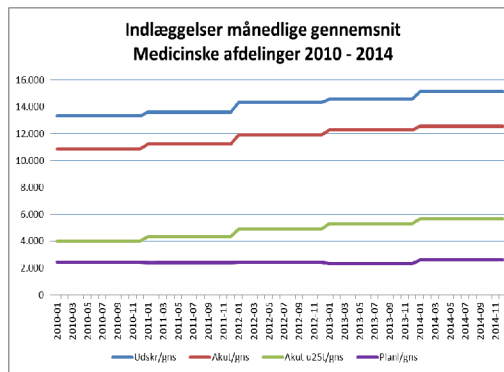
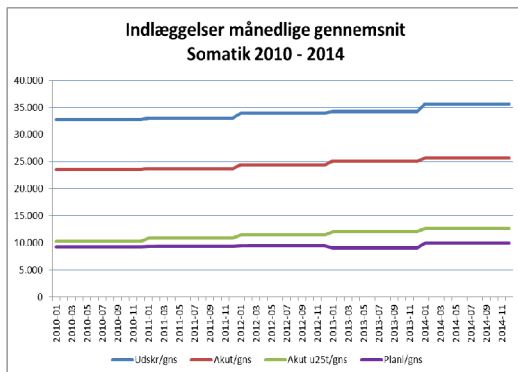


Graferne dokumenterer især, at der er større sæsonudsving i løbet af et år og at disse naturligt nok er mest markante for de planlagte indlæggelser, med markant lavere aktivitet i ferieperioderne. Akutte indlæggelser har også sæsonudsving, mest markant omkring vintermånederne.

Udviklingen i antallet af indlæggelser indenfor de medicinske specialer ligner den generelle udvikling for samtlige specialer, men med mindre udsving.

Med det formål bedre at kunne se trenden i udviklingen gennem de fem år, er der lavet nedenstående graf, der viser det månedlige gennemsnit pr. år i antallet af indlæggelser for samtlige specialer (til venstre) og det månedlige gennemsnit pr. år i antallet af indlæggelser for de medicinske specialer (til højre).

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 2 - Side -8 af 17



Antallet af indlæggelserne samlet for alle specialer er vokset. Den samlede stigning i det månedlige gennemsnit er på 8,7 procent fra 2010 til 2014. For de medicinske specialer er stigningen på 13,8 procent.

Akutte indlæggelser er ligeledes vokset. Fra 2010 til 2014 er det månedlige gennemsnit for samtlige indlæggelser steget 9,1 procent, mens det for de medicinske specialer alene er steget 15,4 procent.

Akutte indlæggelser af op til 24 timers varighed er steget for samtlige indlæggelser med en stigning i det månedlige gennemsnit med 23 procent fra 2010 til 2014. For de medicinske specialer alene er stigningen på 41,3 procent.

Planlagte indlæggelser er vokset, hvor det månedlige gennemsnit for samtlige indlæggelser er steget 7,9 procent fra 2010 til 2014. For de medicinske specialer alene er stigningen 6,7 procent.

Samlet set tegner der sig et billede af, at der har været en større stigning i antallet af indlæggelser og særligt akutte indlæggelser af op til 24 timers varighed inden for de medicinske specialer end for alle specialer samlet set.

Undersøgelse af færdigbehandling i akutmodtagelses ambulante afsnit.

Bispebjerg Hospital har lavet en beregning af indlæggelser fra hospitalets akutmodtagelse. Det tyder på, at der fra hospitalet indlægges en mindre andel af patienterne i akutmodtagelsens ambulante afsnit i sammenligning med de øvrige akutmodtagelser. Der er behov for at undersøge dette nærmere.

Indlæggelser fra akutmodtagelsen på Bispebjerg Hospital.

Hosp.	Indlæggelser	Besøg i alt	Andel der indlægges
BBH	14.736	79.678	18,5

Bispebjerg Hospital vurderer, at Tværsektoriel Udrednings Enhed (TUE) sandsynligvis har haft en effekt på omfanget af indlæggelser i BBH.

Undersøgelse af akutte medicinske indlæggelser under 24 timer blandt 65+ årige

Amager og Hvidovre Hospitaler, Glostrup hospital og hospitalspraksiskonsulenterne i planområde Syd har i 2013 gennemført et studie på akutmodtagelse/akutklinikkerne på Amager, Hvidovre og Glostrup med fokus på "Substituerbare indlæggelser".

Analysen viser bl.a.:

- Ved journalgennemgangen i de 3 akutenheder blev 334 akutte medicinske kort-tidsindlæggelser for 65+ årige gennemgået, hvoraf 91 blev vurderet som "substituerbare" indlæggelser. Det svarer til, at 27 pct., af de akutte medicinske korttids-indlæggelser af patienter over 65 + år vurderes "substituerbare" og kan erstattes af alternative løsninger til indlæggelse
- De "substituerbare" indlæggelser vurderes at kunne være behandlet ved alternative løsninger, herunder (bemærk summer ikke til 100 pct., pga. mulighed for flere løsninger til samme indlæggelse):
 - 84 pct. af de "substituerbare" indlæggelser kunne være håndteret af ydelser fra praksissektoren (egen læge/vagtlæge/speciallæge).
 - 21 pct. af de "substituerbare" indlæggelser kunne være håndteret af ydelser fra hospital (ambulant udredning, subakut geriatrisk vurdering mv.).
 - 16 pct. af de "substituerbare" indlæggelser kunne være håndteret af ydelser fra kommune (mere hjælp i hjemmet, forudgående bedre observation, mere hjælp i hjemmet mv.).
- De "substituerbare" indlæggelser er fordelt over mange sygdomsområder og mange læger. Relativt set i forhold til antal læger og antal plejehjem er antallet af "substituerbare" indlæggelser begrænset, og vil være vanskeligt at reducere betragteligt.
- Indlæggelserne under 24 timer er ofte accelererede diagnostiske indlæggelser, hvor nogle af indlæggelserne - de "substituerbare" – kunne være håndteret på anden vis – dog ikke nødvendigvis til gavn for patienten, idet det kan medføre et længere forløb.

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 2 - Side -10 af 17

Accelererede patientforløb og kompleksitet i patienternes tilstande

Det stigende antal patienter, de accelererede patientforløb med korte liggetider og den øgede kompleksitet i patienternes tilstande bl.a. med multisygdom giver et øget pres på personalet. Det gælder ikke alene læger og sygeplejersker, men også de øvrige faggrupper på hospitalerne, herunder bl.a. portører, øvrigt servicepersonale og fysioterapeuter. Selvom liggetiderne er kortere, er der fortsat en række procedurer som skal udføres uafhængigt af indlæggelsens varighed fx koordination af udskrivelse.

Fald i gennemsnitlig liggetid på hospitalerne

Der er i de senere år sket et fald i den gennemsnitlige liggetid på regionens hospitaler.

Gennemsnitlige liggetid for alle specialer og specialer tilhørende medicinsk blok.

	2007	2012	2013
Alle specialer	4,3	3,4	3,3
Medicinsk blok	5,0	3,8	3,7*

*Der er taget udgangspunkt i afdelinger i stedet for selve specialerne. Det er dermed en anden opgørelsesmetode end for de foregående år.

Liggetiden er faldet igennem hele perioden. Faldet fra 2007 til 2013 er for alle specialer 23 pct., mens faldet for den medicinske blok er på 26 pct.

Udvikling i antallet af borgere med multisygdom

Fra 2007 til 2013 er antallet af borgere med 1 kronisk sygdom steget med 23.400, antallet med 2 sygdomme er steget med 14.800 personer, mens antallet med 3 eller flere kroniske sygdomme er steget med 9.700 personer. Det betyder også mere komplekse sygdomsforløb.

Stigningen skyldes, ud over befolkningstilvæksten i regionen, formentlig, at mange borgere lever længere med deres kroniske sygdomme, idet der ikke ses samme stigning i nye tilfælde af kronisk sygdom. Borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme har næsten 3 gange så stor risiko for at blive akut indlagt, som borgere med 1 kronisk sygdom (37 pct. vs 13 pct.). En stigning i antal borgere med komplekse sygdomsforløb formodes derfor at føre til en stigning i antal akutte indlæggelser.
Kilde: Sundhedsprofil 2013

Arbejdsbelastning og rekrutteringsudfordringer

Situationer med spidsbelastning fx med flere nyankomne patienter end forventet medfører en øget arbejdsbelastning for personalet. Samtidig er der flere steder udfordringer med rekruttering af personale. Endelig er en stor andel af sygeplejerskerne på de medicinske afdelinger nyuddannede. På flere medicinske afdelinger i regionen er 80-90 procent af sygeplejerskerne nyuddannede, hvilket betyder et stort ressourcetræk på de enkelte afsnits uddannelseskapacitet.

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 2 - Side -11 af 17

Eksempel - vakancer på det medicinske område

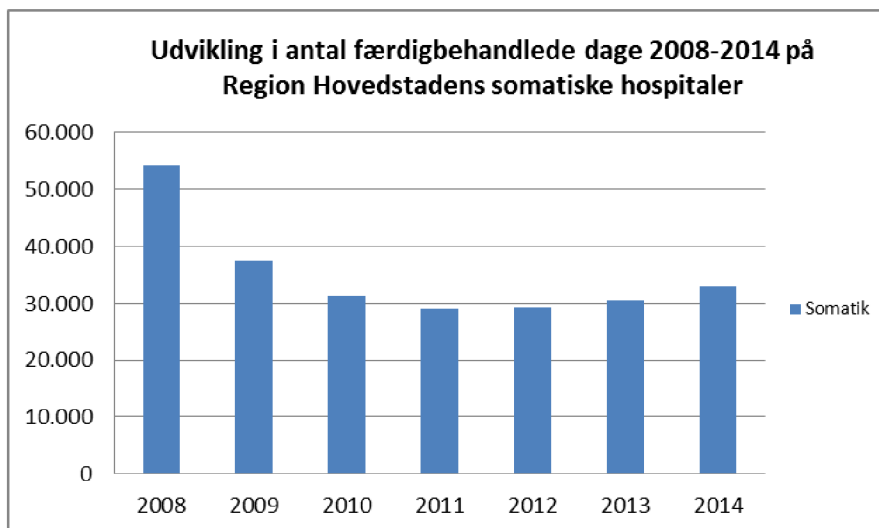
Nordsjællands Hospital har som eksempel pt. mere end 40 ubesatte sygeplejerskestillinger på de medicinske sengeafsnit (kardio, nefro, lunge, infektion, neuro, og gasmed), og ca. 10 ubesatte overlægestillinger.

Det skal bemærkes, at vakancer ikke nødvendigvis betyder, at der er mangel på personale i vagten. Vakancerne betyder, at der er mangel på fast personale. Ved vakancer kan der fx indhentes vikarer fra vikarordninger. I yderste konsekvens kan hospitalet være nødsaget til at lukke senge fx ved at lukke et afsnit, hvis der fx ikke er tilstrækkeligt plejepersonale til at passe patienterne. Det betyder dermed, at patienterne må flyttes til andre afsnit.

Færdigt behandlede patienter på regionens hospitaler

Det øgede antal af akutte indlæggelser og særligt indlæggelser af op til 24 timers varighed udfordrer også kommunerne i forhold til at hjemtage færdigbehandlede patienter. De færdigt behandlede patienter optager senge på hospitalerne og udgør en barriere i patientflowet.

Udviklingen i antal færdigbehandlede patienter og dage på regionens hospitaler monitoreres løbende og data deles med kommunerne. Opgørelserne omfatter kun borgere med bopæl i Region Hovedstaden. Figuren nedenfor viser udviklingen i færdigbehandlede dage fra 2008 til 2014 på Region Hovedstadens somatiske hospitaler.



Figuren viser, at der over hele perioden fra 2008 til 2014 er sket et fald i antallet af dage, hvor en færdigt behandlet patient opholder sig i en hospitalsseng. Der har dog

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 2 - Side -12 af 17

været en mindre stigning hvert år fra 2011 og frem til 2014. I 2014 var der ca. 33.000 dage, hvor en færdigt behandlet patient lå i en hospitalsseng.

Tabellen nedenfor viser den månedlige variation i antallet af dage og indlæggelser for færdigt behandlede patienter i 2014. Af tabellen fremgår også variation mellem hospitalerne.

Oversigt over antal færdigbehandlede dage og patienter i 2014 – fordelt på hospitaler

	Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	December	Året total
Antal dage	2.946	3.006	2.821	2.600	3.165	2.437	2.608	2.152	2.690	2.941	2.632	3.029	33.027
Bispebjerg - Frederiksberg Hospital	574	434	416	780	670	549	588	319	462	548	538	388	6.266
Bornholms Hospital					4				4		1		9
Gentofte Hospital	106	158	386	216	264	212	302	272	309	441	329	325	3.320
Glostrup Hospital	209	227	226	103	203	135	165	159	117	159	203	126	2.032
Herlev Hospital	843	936	754	492	840	546	585	441	612	687	632	755	8.123
Hvidovre - Amager Hospital	813	887	611	698	763	648	655	736	940	747	593	921	9.012
Nordsjællands Hospital	329	298	382	223	263	241	219	172	184	176	294	262	3.043
Rigshospitalet	72	66	46	88	158	106	94	53	62	183	42	252	1.222
Indlæggelser	580	569	556	582	625	543	593	476	569	551	521	584	6.749
Bispebjerg - Frederiksberg Hospital	147	104	104	172	162	131	163	92	132	157	121	112	1.597
Bornholms Hospital					2				2		1		5
Gentofte Hospital	53	55	83	56	81	65	90	65	81	76	62	62	829
Glostrup Hospital	19	24	20	14	23	17	19	22	19	20	23	20	240
Herlev Hospital	131	137	145	133	151	117	133	112	126	104	136	159	1.584
Hvidovre - Amager Hospital	110	113	97	85	95	86	94	103	106	96	88	111	1.184
Nordsjællands Hospital	109	118	98	102	89	110	75	70	87	77	80	107	1.122
Rigshospitalet	11	18	9	20	22	17	19	12	16	21	10	13	188

Region Hovedstadens forslag til udmøntning af midler til nye initiativer mod overbelægning.

Regionsrådet godkendte i september 2013 "Strategi for at nedbringe overbelægning". Strategien består af elementer, som Region Hovedstaden vil fremme for at skabe bedre forudsætninger for at minimere overbelægningen på hospitalerne.

Der er iværksat en lang række tiltag på hospitalerne og koordinering for at undgå og minimere overbelægning inden for strategiens elementer. Der henvises blandt andet til initiativerne nævnt i "Handleplan 2014 for at nedbringe overbelægning".

Elementer i strategien for at nedbringe overbelægning

1. Forbedre patientflowet i de medicinske afdelinger
2. Fremme akutmodtagelsernes organisatoriske funktion
3. Fremme regional, tværgående koordinering
4. Fremme nødberedskab ved spidsbelastning
5. Fremme koordinationen mellem

praksissektor, kommune og hospitaler

Strategien havde også et 6. element, som var at sikre ensartet monitorering af belægning. Fra den 1. januar 2014 er der etableret en ensartet national monitorering, og derfor er dette element ikke længere aktuelt.

De ovenstående fem elementer vurderes fortsat som afgørende elementer i indsatsen mod overbelægning. I udmøntningen af midlerne til en styrket indsats mod overbelægning anbefales det derfor, at disse elementer udgør principper for iværksættelse af nye initiativer mod overbelægning samt styrkelse af eksisterende initiativer mod overbelægning.

Det vil fortsat være forskelligt, hvilke initiativer der er nødvendige på de enkelte hospitaler, da det bl.a. afhænger af organisering, igangværende tiltag og generel belægningssituation mm.

Nedenfor præsenteres eksempler på nye initiativer samt eksempler på styrkelse af igangsatte initiativer indenfor hvert af de fem elementer.

Forbedre patientflowet i de medicinske afdelinger

Hospitalerne har iværksat og gennemført en række initiativer for at forbedre patientflow og minimere overbelægning. For at styrke indsatsen mod overbelægning anses patientflowet i de medicinske afdelinger som et afgørende element.

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 2 - Side -14 af 17

Tavlemøder og kapacitetskonferencer

Der er behov for, at hospitalerne arbejder på at blive endnu bedre til at forudsige udskrivelser og indlæggelser samt tilpasse ressourcer, så der ikke opstår barrierer for patienternes videre færd gennem hospitalet.

I projekt Sikkert Patientflow sker det blandt andet ved hjælp af korte, daglige tavlemøder på afsnitsniveau og kapacitetskonferencer på hospitalsniveau. Her skaber de sundhedsprofessionelle et overblik over indlagte patienter, tilpasser ressourcer og finder flaskehalse.

To af regionens hospitaler deltager i projektet og yderligere information om initiativerne kan findes på projektets hjemmeside: www.sikkertpatientflow.dk

Understøttelse af hurtig diagnostik og alternativer til indlæggelse

Diagnostik kan udgøre en kronisk barriere i patientflowet. Det anbefales derfor, at der arbejdes med accelererede diagnostiske forløb evt. som alternativ til indlæggelse. Det kan fx være subakutte ambulatorie tider, accelereret flow i forhold til diagnostiske ydelser (røntgen og blodprøver), subakut geriatrisk team og tværsektoriel udredning.

Eksempel: Tværsektoriel Udredningsenhed (TUE) på Bispebjerg Hospital

Formålet er at vurdere/behandle borgere fra Københavns Kommune, som er potentielt indlæggelseskrævende, i et accelereret sammedags forløb.

I TUE udredes/behandles patienterne hurtigt ambulant ved at sikre at den kliniske og parakliniske ekspertise er til rådighed – dvs. alle tilbud fra hospitalet (blodprøver, røntgen, tilsyn fra specialafdelinger samt umiddelbar udredning og gennemgang af speciallæge) sker stort set hurtigere end hvis de var indlagte. Patienterne er nøje udvalgte til denne funktion. Det er patienter, der har brug for udredning og behandling, der er længerevarende end en ambulant kontrol, men kortere end en traditionel medicinsk indlæggelse, som får dette tilbud.

TUE kan behandle ca. 76 procent af de henviste patienter uden indlæggelse.

I 2014 var der 1.025 akut ambulante medicinske kontakter i TUE.

Kompetenceudvikling af personalet på medicinske afdelinger

Der er behov for fokus på uddannelsesbehovet på de medicinske afdelinger, herunder introduktion og oplæring af nyuddannet og nyansat personale. Hurtig og grundig oplæring af nyuddannet og nyansat personale kan bidrage til, at lægeordnede og sygeplejefaglige behandlinger iværksættes hurtigere og dermed at patienterne hurtigere bliver færdigbehandlede og dermed kan udskrives. Samtidigt kan sygeplejerskerne hurtigere få kontakt til kommunerne, så udskrivelserne iværksættes hurtigt, så patienter, der er færdigt behandlede ikke optager en hospitalsseng.

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 2 - Side -15 af 17

Supplere plejepersonalet med andre faggrupper

I spidsbelastningssituationer kan det være relevant at supplere plejepersonalet med andre faggrupper for at styrke patientflowet. Det kan fx være portører, farmakonomer, kostkonsulenter eller geriatrisk team.

Fremme akutmodtagelsernes organisatoriske funktion

En regional arbejdsgruppe har udarbejdet anbefalinger til mere ensartet organisering af regionens akutmodtagelser og akutklinikker. Formålet er at sikre kvaliteten i patientbehandlingen og at sikre ensartede arbejdsforhold for personalet på tværs af regionens hospitaler. Hospitalerne og de sundhedsfaglige råd er i gang med at implementere anbefalingerne.

Anbefalingerne er bl.a.:

- Speciallæge med i front: Patienten skal kunne tilses af og/eller konfereres ”bed-side” med relevante speciallæger uagtet tidspunkt på døgnet.
- Den kliniske ledelse på akutafdelingen, herunder flowmasterfunktionen skal have klare beføjelser til at sikre gode patientforløb, fx ved at tilkalde speciallæger fra andre afdelinger, henvise til sub-akut ambulant tid den efterfølgende dag, indskrivning på patienthotel til overnatning og foretage relevant visitation på hospitalet
- Der skal være entydig ledelse og flowmasterfunktion
- Hospitalsledelsen skal være aktivt involveret i at sikre et velfungerende samarbejde mellem akutmodtagelse/akutklinik og stamafdelingerne. Det sikres ved at etablere et Ledelsesråd med repræsentanter fra afdelingsledelserne for de funktioner, der er involveret i de akutte patientforløb og med direktionen som formand
- Der skal sikres fagligt forsvarlig normering i akutmodtagelser og akutklinikker
- Den tværregionale uddannelse i akutsygepleje og i fagområdet akutmedicin skal tilbydes personalet
- Der skal være entydige og klare retningslinjer for udvisitering (visitering til anden afdeling).

”Fast track” i akutmodtagelsen/akutklinikken

Anvendelsen af ”fast track” bør styrkes yderligere.

Der er etableret ”fast track” på alle akutmodtagelser og akutklinikker i Region Hovedstaden bortset fra Bornholms Hospital. ”Fast track” behandler typisk patienter med lettere skader, som udgør en stor del af de akutte patienter.

”Fast track” består typisk af et selvstændigt team, der fungerer uafhængig af den øvrige aktivitet i akutmodtagelsen. Teamet er sammensat af erfarne læger og/ eller behandlersygeplejersker, som varetager alle typer af skader, hvor man med relevant og kompetent indsats er i stand til at afslutte behandlingsforløbet inden for en kort

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 2 - Side -16 af 17

periode. Disse tiltag hjælper til at holde den generelle ventetid nede. Ved mange alvorlige sygdomme/skader vil disse blive prioriteret.

Fremme regional, tværgående koordinering og fremme nødberedskab ved spidsbelastning

Hospitalerne har et velfungerende samarbejde både på hospitalsniveau og på afdelingsniveau omkring fordeling af patienterne ved overbelægningssituationer. Samarbejdet vurderes at bidrage til at undgå eller minimere overbelægning. I tilfælde af at alle hospitaler og/eller alle relevante afdelinger har overbelægningen samtidigt er effekten af koordinering dog meget begrænset.

Sundhedsfaglig Råd for Præhospital og Akutmodtagelse har udarbejdet en regional vejledning for, hvordan situationer med overbelastning kan løses mellem hospitalerne i regionen.

Akutberedskabets koordineringsfunktion

Der bør fortsat være fokus på den regionale koordineringsfunktion. Akutberedskabet koordinerer beredskabet på tværs af regionen – herunder fordeling af patienter mellem hospitalerne. Såfremt et hospital er overbelastet, kan hospitalet kontakte akutberedskabet for bistand til at koordinere indtag og overførsler af patienter til andre af regionens hospitaler. Akutberedskabet monitorerer dagligt den ledige kapacitet på intensivpladser og monitorerer for influenzalignende sygdom på baggrund af opkald til akuttelefonen 1813. Generelt gælder, at regionens hospitaler er forpligtet til at samarbejde ved overbelægning – dette i samarbejde med Akutberedskabet. Det kan desuden overvejes, om der også bør være en monitorering af kapaciteten inden for særligt det medicinske speciale, så overblikket over kapacitet kan indgå i visitationen med henblik på en hensigtsmæssig fordeling af patienter.

Akutberedskabet kan ligeledes kontakte naboregionerne Sjælland og Skåne for overførsler af patienter hertil.

Hospitalernes planer for nødberedskab

Hospitalerne har udarbejdet planer for nødberedskab ved spidsbelastning, herunder fx oprettelse af fysisk bufferkapacitet. Der bør være fokus på, at planer for nødberedskab løbende evalueres og udvikles. Et væsentligt element i nødberedskabet bør være rammer for at indkalde ekstra personale, herunder eventuelt mulighederne for at bruge vikarordninger indenfor aftalte rammer.

Fremme koordinationen mellem praksissektor, kommune og hospitaler

Samarbejdet mellem kommune, hospital og praksissektor er formaliseret i sundhedsaftalerne og i overenskomsten mellem regionen og de praktiserende læger. Forudsætningen for et forpligtende samarbejde mellem sektorerne om at nedbringe overbelægning er derfor, at samarbejdet kan rummes i de eksisterende aftaler.

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne

Bilag 2 - Side -17 af 17

Hospitalerne har generelt et godt og positivt samarbejde med kommunerne og de praktiserende læger omkring koordination af indlæggelser. Der er fx indsatser og aftaler om forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser i praksisplan m.v., som generelt set har til formål at forebygge, at spidsbelastningssituationer opstår. Herunder er fx indsatser som udgående funktioner, kommunale akutfunktioner mm.

Styrke information til praksissektor og kommuner ved spidsbelastningssituationer

Det bør undersøges, hvordan man kan systematisere kommunikationen fra akutberedskabet, der har overblik over belægningssituationen, og til praksissektor og kommuner i spidsbelastningssituationer.

I spidsbelastningssituationer med massiv overbelægning kan både praksissektor, kommuner og hospitaler være opmærksomme på at bidrage til at minimere belægningen. Praksissektoren kan fx have skærpet fokus på at vurdere om indlæggelser kan erstattes af alternative løsninger til indlæggelser. Kommunerne kan fx have skærpet fokus på hurtigt at hjemtage patienter.

Overblik over lokale subakutte/akutte kommunale tilbud

Mange kommuner har subakutte/akutte tilbud. Dermed kan patienterne hjemtages til kommunernes subakutte/akutte tilbud, når de er færdigt behandlet på hospitalet. Der bør være fokus på at udbrede viden om disse tilbud.

Et af initiativerne i den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient er, at alle kommuner skal registrere deres subakutte/akutte tilbud på sundhed.dk. Dette giver de praktiserende læger og de regionale akutfunktioner adgang til oplysninger om indgangen til de enkelte kommuners akutte tilbud. Herudover har Sundhedsstyrelsen udarbejdet faglige anbefalinger for kvaliteten i kommunale akutfunktioner på sygeplejeområdet, herunder defineret nødvendige sundhedsfaglige kompetencer samt beskrevet samarbejdet mellem kommunale medarbejdere og behandlingsansvarlige læger i almen praksis og på sygehuse.

Tilgængelighed til kommunale akutfunktioner

Mange kommuner har allerede oprettet en akut funktion, hvis formål bl.a. er at hjælpe akut dårlige borgere i eget hjem og på akutpladser. Det er afgørende, at der er let adgang til en sådan kommunal akutfunktion døgnet rundt hele året. Det vil bidrage til at styrke patientflowet bl.a. ved at undgå, at færdigt behandlede patienter bliver på hospitalet.

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -1 af 44
Rigshospitalet

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23
Månedlige gennemsnit

1

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Børn- og Ungeklínikken	Belægning	60,7	68,1	61,0	56,4	53,8	48,9	46,0	46,6	51,9	56,8	55,5	56,0
	Disp. senge	92,6	91,2	93,0	90,3	93,0	90,3	78,0	85,0	93,0	91,4	93,0	88,9
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	70%	80%	72%	68%	65%	59%	63%	59%	60%	68%	63%	68%
	Belægningspct. gns.	66%	75%	66%	62%	58%	54%	59%	55%	56%	62%	60%	63%
Børneklínikken	Belægning	19,7	17,6	19,6	19,8	19,1	18,6	9,8	18,1	22,4	16,8	18,1	12,8
	Disp. senge	23,2	20,7	23,1	19,5	22,8	21,9	11,0	16,5	23,4	20,2	23,0	20,4
	Andel dage > 95%	35%	36%	19%	63%	16%	23%	32%	71%	43%	26%	10%	10%
	Andel dage >100%	16%	25%	13%	37%	6%	17%	23%	52%	30%	16%	7%	10%
	Andel dage >105%	13%	25%	6%	37%	6%	13%	23%	48%	27%	16%	7%	10%
	Andel dage >115%	6%	7%	3%	17%	6%	13%	19%	35%	7%	13%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	96%	103%	95%	108%	89%	91%	100%	127%	105%	100%	88%	88%
	Belægningspct. gns.	85%	85%	85%	101%	84%	85%	89%	109%	96%	84%	79%	63%
Cardiologi	Belægning	63,7	65,5	63,8	54,7	56,2	58,2	47,8	51,7	61,0	55,5	58,5	49,1
	Disp. senge	93,3	88,4	92,7	87,8	91,7	91,7	71,7	84,5	94,0	88,8	92,5	88,3
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	77%	81%	76%	70%	71%	74%	74%	68%	73%	69%	70%	63%
	Belægningspct. gns.	68%	74%	69%	62%	61%	63%	67%	61%	65%	63%	63%	56%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -2 af 44
Rigshospitalet

Belægningsgraden af disponible senge på onkologiske afdelinger 2014 - kl.23
Månedlige gennemsnit

2

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Gynækologi	Belægning	16,3	14,7	12,5	12,0	13,9	16,2	9,5	13,9	17,6	17,9	17,8	13,8
	Disp. senge	21,8	20,5	22,0	20,0	22,0	20,4	16,0	17,4	22,0	20,6	22,0	19,7
	Andel dage > 95%	19%	14%	6%	17%	10%	33%	0%	23%	33%	29%	33%	13%
	Andel dage >100%	13%	7%	3%	3%	3%	20%	0%	13%	20%	26%	27%	3%
	Andel dage >105%	13%	7%	3%	3%	0%	17%	0%	13%	13%	23%	20%	0%
	Andel dage >115%	6%	0%	0%	3%	0%	10%	0%	6%	0%	10%	3%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	91%	84%	77%	88%	82%	95%	75%	94%	100%	105%	105%	91%
	Belægningspct. gns.	75%	72%	57%	60%	63%	80%	59%	80%	80%	87%	81%	70%
Hepatologi	Belægning	14,9	14,8	12,7	10,3	13,0	15,1	11,1	15,7	15,5	12,7	14,1	10,5
	Disp. senge	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0
	Andel dage > 95%	35%	14%	0%	3%	3%	20%	6%	23%	20%	10%	13%	0%
	Andel dage >100%	26%	7%	0%	0%	0%	20%	6%	10%	10%	0%	10%	0%
	Andel dage >105%	26%	7%	0%	0%	0%	20%	6%	10%	10%	0%	10%	0%
	Andel dage >115%	3%	7%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	7%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	106%	94%	89%	67%	83%	94%	72%	94%	94%	83%	89%	72%
	Belægningspct. gns.	83%	82%	71%	57%	72%	84%	62%	87%	86%	71%	78%	58%
Hæmatologi	Belægning	49,2	47,4	46,8	46,7	44,3	43,0	39,9	41,7	44,2	45,6	42,0	45,3
	Disp. senge	56,0	56,0	56,0	56,0	56,0	55,6	47,0	47,0	54,0	54,0	54,0	53,4
	Andel dage > 95%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	23%	26%	3%	0%	0%	3%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	93%	89%	88%	88%	86%	88%	91%	96%	85%	89%	85%	91%
	Belægningspct. gns.	88%	85%	84%	83%	79%	77%	85%	89%	82%	84%	78%	85%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -3 af 44
Rigshospitalet

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23
Månedlige gennemsnit

3

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Infektionsmedicin og Reumatologi	Belægning	34,3	28,6	29,0	28,9	28,3	31,5	27,9	31,4	28,9	31,7	30,6	30,4
	Disp. senge	41,7	42,0	42,0	42,0	42,0	42,0	35,5	41,0	42,0	42,0	42,0	38,9
	Andel dage > 95%	13%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	3%	0%	0%	0%	10%
	Andel dage >100%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	86%	83%	76%	76%	74%	83%	81%	84%	74%	81%	81%	86%
	Belægningspct. gns.	82%	68%	69%	69%	67%	75%	78%	76%	69%	76%	73%	78%
Intensiv, ABD	Belægning	19,5	17,6	19,5	18,6	18,9	18,4	17,6	19,8	20,7	19,3	19,0	18,0
	Disp. senge	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0
	Andel dage > 95%	13%	0%	6%	7%	19%	17%	3%	6%	27%	19%	7%	10%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	3%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	91%	87%	91%	87%	87%	91%	83%	91%	96%	91%	91%	87%
	Belægningspct. gns.	85%	77%	85%	81%	82%	80%	77%	86%	90%	84%	83%	78%
Karkirurgi	Belægning	23,1	28,2	32,8	28,0	28,3	26,5	19,4	18,9	26,8	25,1	30,1	24,4
	Disp. senge	31,2	29,4	31,0	29,5	31,0	30,9	26,1	27,3	31,5	29,8	31,5	31,5
	Andel dage > 95%	16%	57%	84%	67%	35%	27%	16%	6%	23%	29%	70%	6%
	Andel dage >100%	10%	43%	74%	43%	19%	13%	0%	6%	7%	10%	37%	3%
	Andel dage >105%	6%	39%	58%	37%	13%	10%	0%	6%	3%	3%	17%	3%
	Andel dage >115%	0%	18%	16%	13%	3%	0%	0%	3%	0%	0%	3%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	81%	107%	113%	106%	97%	94%	88%	75%	93%	95%	103%	87%
	Belægningspct. gns.	74%	96%	106%	95%	91%	86%	74%	69%	85%	84%	96%	77%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -4 af 44
Rigshospitalet

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23

Månedlige gennemsnit

4

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Kirurgisk Gastroenterologi	Belægning	39,7	45,5	44,4	38,8	42,3	44,7	36,6	36,6	41,3	40,6	38,2	37,7
	Disp. senge	49,4	50,7	51,0	49,0	51,0	50,8	39,0	42,2	51,0	50,4	51,0	47,8
	Andel dage > 95%	3%	25%	10%	10%	6%	23%	42%	19%	3%	6%	0%	3%
	Andel dage >100%	0%	7%	0%	3%	0%	0%	23%	6%	0%	6%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	16%	3%	0%	3%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	84%	96%	92%	84%	92%	94%	100%	94%	84%	84%	82%	82%
	Belægningspct. gns.	81%	90%	87%	79%	83%	88%	94%	87%	81%	80%	75%	79%
Medicinsk Endokrinologi	Belægning	6,0	5,4	5,7	3,3	5,4	6,7	3,7	4,1	6,7	6,0	6,2	5,3
	Disp. senge	6,9	7,0	7,0	6,5	7,0	6,7	4,0	6,0	7,0	7,0	7,0	6,2
	Andel dage > 95%	42%	21%	23%	17%	35%	57%	52%	29%	57%	48%	40%	39%
	Andel dage >100%	19%	7%	16%	10%	16%	47%	19%	16%	37%	39%	27%	29%
	Andel dage >105%	19%	7%	16%	10%	16%	47%	19%	16%	37%	39%	27%	29%
	Andel dage >115%	16%	0%	3%	3%	10%	30%	19%	13%	17%	3%	13%	26%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	86%	86%	79%	100%	129%	100%	100%	114%	114%	114%	125%
	Belægningspct. gns.	87%	78%	82%	51%	77%	100%	93%	67%	95%	86%	88%	84%
Medicinsk Gastroenterologi	Belægning	22,5	26,9	27,5	24,5	25,9	27,9	18,8	22,7	23,5	24,5	24,8	21,5
	Disp. senge	29,7	32,0	32,0	27,3	32,0	32,0	19,8	30,6	32,0	32,0	32,0	26,6
	Andel dage > 95%	0%	14%	16%	40%	6%	30%	52%	3%	0%	3%	0%	3%
	Andel dage >100%	0%	7%	6%	10%	3%	3%	35%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	7%	0%	3%	35%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	84%	92%	91%	100%	88%	97%	106%	81%	78%	84%	84%	89%
	Belægningspct. gns.	76%	84%	86%	90%	81%	87%	95%	74%	74%	77%	78%	81%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -5 af 44

Rigshospitalet

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Nefrologi	Belægning	35,4	38,2	40,4	38,6	39,0	34,5	24,4	31,3	39,1	35,3	35,4	32,1
	Disp. senge	37,3	37,4	37,4	36,3	37,5	36,2	25,0	33,4	37,5	37,5	37,3	34,3
	Andel dage > 95%	48%	68%	84%	80%	77%	53%	55%	39%	83%	45%	43%	35%
	Andel dage >100%	35%	61%	74%	73%	58%	33%	35%	32%	53%	26%	40%	32%
	Andel dage >105%	29%	50%	71%	67%	48%	23%	23%	29%	47%	23%	30%	29%
	Andel dage >115%	0%	11%	23%	10%	23%	0%	10%	6%	20%	3%	10%	6%
	Belægningspct. 75-percentil	105%	108%	113%	113%	115%	104%	104%	105%	113%	103%	105%	105%
	Belægningspct. gns.	95%	102%	108%	106%	104%	95%	97%	94%	104%	94%	95%	93%
Neonatal	Belægning	27,8	28,2	26,9	26,1	24,3	23,3	23,1	31,8	29,2	28,5	26,6	28,2
	Disp. senge	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0
	Andel dage > 95%	6%	4%	6%	0%	0%	0%	6%	35%	17%	0%	3%	3%
	Andel dage >100%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	3%	13%	3%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	6%	3%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	88%	88%	88%	79%	76%	79%	82%	97%	91%	91%	85%	88%
	Belægningspct. gns.	82%	83%	79%	77%	71%	69%	68%	94%	86%	84%	78%	83%
Neurokirurgi	Belægning	44,6	37,3	37,5	34,3	37,1	35,4	32,7	35,0	38,3	42,6	43,7	38,9
	Disp. senge	59,1	52,1	56,5	57,7	59,7	53,9	40,5	44,0	56,6	54,0	56,0	51,9
	Andel dage > 95%	6%	7%	0%	0%	0%	7%	16%	3%	0%	3%	13%	6%
	Andel dage >100%	0%	4%	0%	0%	0%	3%	0%	3%	0%	0%	7%	3%
	Andel dage >105%	0%	4%	0%	0%	0%	3%	0%	3%	0%	0%	7%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	85%	85%	72%	66%	73%	71%	88%	86%	76%	86%	85%	83%
	Belægningspct. gns.	76%	72%	66%	59%	62%	66%	81%	80%	68%	79%	78%	75%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -6 af 44

Rigshospitalet

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Neurologi	Belægning	24,7	27,4	26,8	22,9	26,6	30,1	20,5	25,9	28,7	30,2	27,2	22,2
	Disp. senge	37,2	37,4	37,4	36,5	37,4	36,5	28,0	34,4	37,5	37,5	37,3	37,5
	Andel dage > 95%	0%	7%	0%	0%	0%	10%	10%	3%	10%	16%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	7%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	10%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	10%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	82%	84%	82%	71%	79%	87%	82%	87%	84%	89%	84%	68%
	Belægningspct. gns.	66%	73%	72%	63%	71%	82%	73%	75%	77%	81%	73%	59%
Obstetrik	Belægning	61,3	62,5	49,3	55,7	52,2	58,5	58,0	62,3	56,3	57,9	59,6	53,4
	Disp. senge	79,0	79,0	79,0	79,0	79,0	79,0	79,0	79,0	79,0	79,0	79,0	79,0
	Andel dage > 95%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	85%	84%	70%	76%	71%	78%	77%	84%	76%	78%	80%	77%
	Belægningspct. gns.	78%	79%	62%	71%	66%	74%	73%	79%	71%	73%	75%	68%
Onkologi	Belægning	37,5	34,2	33,3	33,6	30,7	29,1	26,1	28,9	30,5	31,2	32,4	32,3
	Disp. senge	50,8	50,3	49,5	50,7	50,2	49,7	43,4	47,6	50,7	50,8	49,3	48,8
	Andel dage > 95%	13%	7%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%
	Andel dage >100%	10%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	10%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	80%	79%	75%	75%	70%	69%	67%	67%	68%	68%	78%	75%
	Belægningspct. gns.	74%	68%	67%	66%	61%	59%	60%	61%	60%	61%	66%	66%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -7 af 44
Rigshospitalet

Belægningsgraden af disponible senge på onkologiske afdelinger 2014 - kl.23
Månedlige gennemsnit

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Ortopædkirurgi	Belægning	50,2	48,1	52,9	50,7	50,0	52,0	31,7	44,4	52,3	44,5	44,1	45,0
	Disp. senge	63,3	59,3	63,5	59,3	62,2	58,6	43,3	50,9	64,0	60,0	65,0	56,9
	Andel dage > 95%	3%	11%	10%	10%	6%	27%	16%	29%	3%	0%	0%	6%
	Andel dage >100%	0%	4%	0%	7%	3%	13%	10%	29%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	7%	3%	10%	6%	29%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	26%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	89%	87%	91%	88%	83%	96%	85%	115%	88%	84%	74%	86%
	Belægningspct. gns.	79%	81%	83%	85%	80%	89%	73%	87%	82%	74%	68%	79%
Patienthotel	Belægning	19,1	21,8	18,5	15,2	17,1	12,7	10,2	8,7	10,3	14,5	15,1	10,2
	Disp. senge	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	18,5
	Andel dage > 95%	52%	54%	55%	40%	32%	3%	0%	0%	0%	10%	30%	6%
	Andel dage >100%	45%	50%	39%	27%	29%	3%	0%	0%	0%	3%	20%	3%
	Andel dage >105%	42%	50%	32%	17%	26%	0%	0%	0%	0%	3%	17%	3%
	Andel dage >115%	19%	36%	23%	0%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	112%	120%	112%	104%	108%	76%	56%	56%	60%	84%	100%	88%
	Belægningspct. gns.	77%	87%	74%	61%	68%	51%	41%	35%	41%	58%	60%	55%
Plastikkirurgi	Belægning	32,9	31,3	30,2	30,6	30,3	28,9	23,9	28,3	32,5	28,0	31,2	28,0
	Disp. senge	47,6	45,7	47,5	42,7	48,1	47,2	26,4	37,2	48,5	46,4	47,3	39,8
	Andel dage > 95%	3%	4%	0%	7%	0%	0%	39%	39%	0%	0%	0%	6%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	29%	16%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	23%	10%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	13%	6%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	81%	77%	72%	83%	68%	68%	104%	97%	75%	68%	72%	79%
	Belægningspct. gns.	69%	68%	63%	72%	63%	61%	91%	76%	67%	60%	66%	70%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -8 af 44
Rigshospitalet

Belægningsgraden af disponible senge på onkologiske afdelinger 2014 - kl.23
Månedlige gennemsnit

8

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Tand-Mund-Kæbe	Belægning	3,7	4,9	4,4	3,4	3,1	4,5	3,4	5,2	5,9	4,4	5,3	4,6
	Disp. senge	7,2	6,8	7,4	6,7	7,4	7,3	3,7	5,4	7,5	6,6	7,3	6,7
	Andel dage > 95%	0%	21%	6%	0%	3%	20%	52%	45%	30%	10%	23%	23%
	Andel dage >100%	0%	18%	0%	0%	0%	10%	35%	35%	20%	6%	17%	3%
	Andel dage >105%	0%	18%	0%	0%	0%	10%	35%	35%	20%	6%	17%	3%
	Andel dage >115%	0%	18%	0%	0%	0%	7%	35%	35%	7%	3%	7%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	67%	88%	75%	65%	63%	88%	125%	150%	100%	83%	88%	88%
	Belægningspct. gns.	52%	73%	59%	50%	41%	62%	91%	98%	79%	66%	72%	69%
Thoraxanæstesiologi	Belægning	14,9	15,6	15,0	15,6	13,6	15,3	13,2	13,7	16,3	16,1	16,2	14,4
	Disp. senge	21,4	20,3	21,4	20,3	21,7	20,9	16,5	17,5	21,7	20,5	21,3	19,2
	Andel dage > 95%	0%	7%	0%	10%	0%	0%	10%	0%	3%	6%	0%	6%
	Andel dage >100%	0%	4%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	3%	3%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	4%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	3%	3%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	77%	92%	83%	87%	74%	85%	92%	87%	83%	88%	85%	83%
	Belægningspct. gns.	70%	77%	70%	77%	63%	73%	80%	78%	75%	78%	76%	75%
Thoraxkirurgi	Belægning	56,7	61,5	63,5	53,4	57,0	56,8	47,4	48,4	62,5	59,0	59,3	55,4
	Disp. senge	73,4	75,7	75,5	75,8	75,7	75,6	60,8	63,9	75,8	75,8	75,5	72,0
	Andel dage > 95%	0%	7%	6%	0%	0%	0%	6%	3%	7%	0%	3%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	81%	86%	88%	77%	84%	82%	82%	81%	86%	87%	87%	87%
	Belægningspct. gns.	77%	81%	84%	70%	75%	75%	78%	76%	82%	78%	79%	77%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -9 af 44
Rigshospitalet

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23

Månedlige gennemsnit

9

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Urologi	Belægning	25,8	27,5	26,1	22,2	21,6	21,9	21,3	24,1	26,7	20,1	23,3	20,7
	Disp. senge	32,7	33,7	34,0	31,0	34,0	33,0	24,0	27,6	34,0	33,4	34,0	31,4
	Andel dage > 95%	6%	7%	0%	13%	0%	3%	45%	39%	7%	3%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	4%	0%	10%	0%	0%	19%	39%	3%	3%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	4%	0%	3%	0%	0%	16%	32%	3%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	6%	16%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	88%	88%	85%	82%	74%	74%	100%	108%	88%	66%	74%	74%
	Belægningspct. gns.	79%	82%	77%	72%	64%	66%	89%	87%	78%	60%	68%	66%
Øre-Næse-Hals	Belægning	24,7	21,6	18,9	18,8	23,8	18,8	14,9	16,9	20,5	19,7	17,5	18,6
	Disp. senge	30,1	27,4	30,1	28,8	30,5	29,6	15,2	21,9	30,6	27,2	30,0	27,2
	Andel dage > 95%	16%	25%	0%	0%	16%	7%	52%	23%	0%	13%	3%	6%
	Andel dage >100%	13%	14%	0%	0%	10%	3%	42%	23%	0%	13%	3%	3%
	Andel dage >105%	3%	14%	0%	0%	6%	3%	42%	23%	0%	13%	0%	3%
	Andel dage >115%	3%	14%	0%	0%	3%	3%	19%	23%	0%	6%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	94%	90%	71%	76%	88%	70%	113%	92%	76%	82%	67%	81%
	Belægningspct. gns.	82%	79%	63%	65%	78%	63%	98%	77%	67%	72%	58%	68%
Øre-Næse-Hals udef. Gentofte	Belægning	6,5	5,7	6,7	6,0	5,0	5,7	3,0	4,9	5,5	4,9	5,5	5,2
	Disp. senge	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	17,7	16,1	16,3	17,6	22,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	50%	45%	55%	45%	45%	50%	23%	45%	50%	45%	52%	45%
	Belægningspct. gns.	29%	26%	30%	27%	23%	26%	14%	27%	34%	30%	31%	23%
Total:													
Belægning total		835,4	846,4	825,6	769,1	780,8	783,4	642,1	731,1	815,3	789,7	797,5	733,8
Disp. senge total		1.106,9	1.085,1	1.110,9	1.074,7	1.113,8	1.091,7	876,1	978,2	1.109,2	1.081,5	1.105,1	1.041,8

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.

arbejdsmiljøet på hospitalerne

Bilag 3 - Side -10 af 44

Rigshospitalet

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Afd.overbelæg gns.		5	10	8	8	6	5	7	11	5	4	5	3
Belægningspct.		75%	78%	74%	72%	70%	72%	73%	75%	74%	73%	72%	70%

Bispebjerg/Frederiksberg Hospital

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Akut Modtageafdeling AMA	Belægning	27,0	28,5	29,7	25,2	25,9	23,6	25,5	23,6	23,5	26,2	27,8	31,0
	Disp. senge	42,0	42,0	42,0	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0	38,0	40,0	42,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	3%	0%	0%	3%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	69%	75%	79%	85%	82%	79%	82%	79%	74%	76%	76%	79%
	Belægningspct. gns.	64%	68%	71%	74%	76%	69%	75%	70%	69%	69%	70%	74%
Anæstesi	Belægning	10,6	11,8	10,4	9,8	10,4	10,5	8,4	9,8	11,4	11,9	10,1	11,8
	Disp. senge	13,8	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	13,3	13,4	14,0	14,0	14,0	14,0
	Andel dage > 95%	6%	7%	0%	3%	6%	3%	3%	3%	7%	6%	0%	6%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	3%	3%	0%	3%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	3%	3%	0%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	79%	93%	86%	79%	86%	86%	75%	83%	86%	93%	79%	93%
	Belægningspct. gns.	76%	84%	74%	70%	74%	75%	63%	73%	82%	85%	72%	84%
Dermatologi/sårheling	Belægning	20,1	22,8	23,6	21,8	22,0	24,3	17,4	20,0	20,1	20,8	20,3	17,0
	Disp. senge	29,7	30,0	30,0	30,0	30,0	29,6	18,0	18,0	27,2	30,0	30,0	26,2
	Andel dage > 95%	0%	4%	6%	0%	3%	20%	45%	84%	13%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	7%	42%	74%	13%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	42%	74%	13%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	19%	35%	10%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	77%	82%	83%	80%	87%	93%	111%	122%	93%	77%	77%	70%
	Belægningspct. gns.	68%	76%	79%	73%	73%	82%	97%	111%	74%	69%	68%	65%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -12 af 44

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23

12

Bispebjerg/Frederiksberg Hospital

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Endocrinologisk afdeling I	Belægning	19,8	17,5	20,2	20,2	20,8	19,8	15,1	12,4	18,2	18,9	19,9	20,2
	Disp. senge	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	15,7	13,4	20,0	20,0	20,0	20,0
	Andel dage > 95%	55%	21%	71%	73%	87%	53%	61%	52%	30%	48%	67%	65%
	Andel dage >100%	39%	11%	58%	43%	65%	30%	19%	6%	10%	26%	33%	42%
	Andel dage >105%	39%	11%	58%	43%	65%	30%	19%	6%	10%	26%	33%	42%
	Andel dage >115%	10%	0%	0%	7%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	7%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	110%	95%	105%	110%	110%	105%	100%	100%	100%	105%	105%	105%
	Belægningspct. gns.	99%	88%	101%	101%	104%	99%	96%	92%	91%	95%	99%	101%
Geriatrici	Belægning	47,6	50,0	45,8	51,6	47,3	42,7	40,5	43,2	41,3	42,9	44,6	44,2
	Disp. senge	52,0	52,0	52,0	52,0	48,6	45,1	44,0	49,4	52,0	48,0	48,0	48,0
	Andel dage > 95%	42%	68%	16%	63%	77%	63%	39%	26%	0%	29%	33%	39%
	Andel dage >100%	13%	18%	0%	40%	26%	17%	16%	10%	0%	0%	10%	19%
	Andel dage >105%	3%	7%	0%	23%	3%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	10%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	96%	100%	92%	104%	102%	100%	98%	95%	83%	96%	96%	98%
	Belægningspct. gns.	92%	96%	88%	99%	97%	95%	92%	87%	79%	89%	93%	92%
Hjerterafdelingen	Belægning	51,4	56,7	51,7	54,3	53,0	52,0	53,1	50,2	55,1	55,8	53,7	54,9
	Disp. senge	63,0	63,0	63,0	59,0	59,0	59,0	59,0	59,0	59,0	59,0	61,1	63,0
	Andel dage > 95%	13%	43%	10%	37%	39%	17%	29%	13%	37%	42%	33%	29%
	Andel dage >100%	10%	7%	3%	27%	13%	7%	26%	6%	20%	23%	10%	13%
	Andel dage >105%	3%	0%	0%	17%	3%	7%	19%	0%	10%	16%	0%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	3%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	87%	98%	89%	102%	97%	93%	102%	92%	100%	100%	97%	97%
	Belægningspct. gns.	82%	90%	82%	92%	90%	88%	90%	85%	93%	95%	88%	87%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -13 af 44

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23

13

Bispebjerg/Frederiksberg Hospital

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Kirurgisk sengeafdeling K	Belægning	50,8	53,6	48,4	53,4	52,2	55,9	47,1	47,1	60,2	60,9	59,1	53,3
	Disp. senge	70,8	70,9	70,5	68,9	69,4	66,9	53,8	55,8	71,1	71,2	70,3	70,5
	Andel dage > 95%	0%	4%	0%	0%	3%	17%	26%	19%	3%	19%	10%	3%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	10%	19%	10%	0%	6%	7%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	16%	3%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	78%	84%	78%	83%	81%	92%	96%	95%	91%	94%	89%	85%
	Belægningspct. gns.	72%	76%	69%	78%	75%	84%	88%	84%	85%	86%	84%	76%
Lungemedicinsk afdeling L	Belægning	37,1	38,1	38,0	39,2	37,7	29,6	24,1	34,5	34,9	32,6	31,9	34,1
	Disp. senge	38,0	38,0	38,0	38,0	37,8	30,7	25,7	38,0	38,0	34,0	34,0	34,0
	Andel dage > 95%	68%	71%	81%	83%	74%	43%	35%	16%	13%	55%	50%	81%
	Andel dage >100%	35%	43%	45%	67%	42%	20%	32%	0%	0%	3%	7%	42%
	Andel dage >105%	29%	32%	39%	57%	26%	17%	32%	0%	0%	0%	0%	26%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	10%	6%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	105%	105%	108%	108%	105%	100%	105%	95%	95%	100%	97%	106%
	Belægningspct. gns.	98%	100%	100%	103%	100%	96%	94%	91%	92%	96%	94%	100%
Medicinsk Sengeafdeling C, FRH	Belægning	18,5	21,0	18,0	20,2	20,1	19,0	19,0	18,6	17,9	17,0	22,6	22,9
	Disp. senge	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	24,0	25,0
	Andel dage > 95%	29%	82%	45%	63%	61%	47%	35%	32%	23%	13%	53%	52%
	Andel dage >100%	23%	57%	10%	47%	48%	20%	19%	16%	17%	3%	20%	6%
	Andel dage >105%	23%	57%	10%	47%	48%	20%	19%	16%	17%	3%	7%	0%
	Andel dage >115%	6%	29%	3%	10%	6%	0%	0%	0%	0%	3%	3%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	115%	100%	110%	110%	100%	100%	100%	95%	95%	100%	100%
	Belægningspct. gns.	92%	105%	90%	101%	100%	95%	95%	93%	89%	85%	94%	92%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -14 af 44

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23

14

Bispebjerg/Frederiksberg Hospital

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Medicinsk modtageafdeling AMA, F	Belægning	21,2	22,3	21,1	22,7	22,2	21,3	22,5	20,2	20,4	20,5	22,0	21,9
	Disp. senge	30,0	30,0	30,0	29,3	29,0	29,9	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0
	Andel dage > 95%	3%	4%	3%	3%	10%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	77%	80%	77%	87%	86%	80%	80%	77%	83%	73%	80%	80%
	Belægningspct. gns.	71%	74%	70%	77%	77%	71%	75%	67%	68%	68%	73%	73%
Medicinsk sengeafdeling K	Belægning	15,4	15,2	15,2	17,0	16,5	16,7	14,5	12,0	15,4	16,2	16,5	17,0
	Disp. senge	18,0	18,0	18,0	18,0	16,3	18,0	15,9	13,4	18,0	18,0	18,0	18,0
	Andel dage > 95%	10%	14%	19%	47%	71%	27%	26%	48%	3%	26%	33%	35%
	Andel dage >100%	3%	11%	6%	7%	52%	7%	6%	3%	0%	3%	7%	13%
	Andel dage >105%	3%	11%	6%	7%	52%	7%	6%	3%	0%	3%	7%	13%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	23%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	94%	89%	94%	100%	113%	100%	100%	100%	94%	100%	100%	100%
	Belægningspct. gns.	85%	84%	85%	95%	102%	93%	92%	90%	86%	90%	92%	94%
Neurologisk afdeling	Belægning	51,7	54,4	54,3	58,9	56,6	55,1	44,8	44,5	64,0	63,5	59,1	55,3
	Disp. senge	63,0	63,0	68,0	68,0	68,0	69,2	67,4	66,0	66,0	65,0	70,2	71,0
	Andel dage > 95%	10%	21%	10%	17%	6%	17%	0%	3%	67%	65%	13%	0%
	Andel dage >100%	3%	11%	0%	0%	3%	7%	0%	0%	20%	48%	7%	0%
	Andel dage >105%	0%	7%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	10%	23%	3%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	3%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	89%	90%	88%	93%	91%	90%	73%	79%	100%	105%	87%	85%
	Belægningspct. gns.	82%	86%	80%	87%	83%	80%	66%	67%	97%	98%	84%	78%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -15 af 44

Belægningsgraden af disponible senge på onkologiske afdelinger 2014 - kl.23

15

Bispebjerg/Frederiksberg Hospital

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Ortopædkir. Sengeafdeling O , FR	Belægning	14,2	12,6	12,6	9,1	11,5	10,1	5,3	9,5	10,9	12,1	10,8	7,4
	Disp. senge	24,4	24,6	23,3	18,9	22,8	23,4	9,9	21,6	24,5	25,6	23,0	16,4
	Andel dage > 95%	6%	0%	3%	0%	6%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	3%
	Andel dage >100%	6%	0%	3%	0%	3%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	3%
	Andel dage >105%	6%	0%	3%	0%	3%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	3%
	Andel dage >115%	6%	0%	3%	0%	3%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	65%	56%	61%	58%	54%	56%	71%	50%	55%	59%	55%	61%
	Belægningspct. gns.	58%	51%	54%	48%	50%	43%	54%	44%	44%	47%	47%	45%
Ortopædkirurgisk afd. M	Belægning	55,2	59,0	67,1	57,1	57,8	61,5	49,7	45,5	51,1	58,5	59,9	53,0
	Disp. senge	80,3	80,4	79,6	78,6	78,8	78,8	70,0	72,4	80,9	77,4	79,3	71,3
	Andel dage > 95%	0%	4%	26%	7%	6%	17%	0%	0%	0%	6%	3%	13%
	Andel dage >100%	0%	0%	16%	3%	6%	3%	0%	0%	0%	3%	0%	3%
	Andel dage >105%	0%	0%	3%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	77%	81%	95%	85%	81%	91%	74%	70%	68%	88%	84%	83%
	Belægningspct. gns.	69%	73%	84%	73%	73%	78%	71%	63%	63%	76%	76%	74%
Paliativ Afdeling P	Belægning	7,6	9,6	8,0	8,4	9,7	9,7	6,0	6,8	7,4	8,9	6,6	6,7
	Disp. senge	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	11,9	8,0	8,0	12,0	12,0	12,0	12,0
	Andel dage > 95%	0%	4%	6%	0%	10%	3%	6%	39%	0%	3%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	75%	83%	83%	83%	92%	92%	88%	100%	75%	83%	67%	67%
	Belægningspct. gns.	63%	80%	67%	70%	81%	81%	75%	85%	62%	74%	55%	56%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -16 af 44

Belægningsgraden af disponible senge på onkologiske afdelinger 2014 - kl.23

16

Bispebjerg/Frederiksberg Hospital

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Reumatologisk afdeling	Belægning	21,5	23,0	21,2	23,8	23,6	22,9	21,1	18,2	16,2	16,3	1,3	.
	Disp. senge	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	23,7	20,0	3,1	.
	Andel dage > 95%	23%	43%	19%	57%	42%	50%	39%	0%	3%	3%	3%	.
	Andel dage >100%	6%	11%	13%	17%	16%	10%	10%	0%	0%	0%	0%	.
	Andel dage >105%	6%	4%	6%	7%	10%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	.
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	.
	Belægningspct. 75-percentil	92%	100%	92%	100%	100%	100%	96%	80%	75%	90%	57%	.
	Belægningspct. gns.	86%	92%	85%	95%	95%	91%	85%	73%	68%	82%	41%	.
Urologisk sengeafdeling U, FRH	Belægning	18,0	20,6	17,2	15,4	17,6	20,0	15,0	15,5	22,6	17,2	17,2	14,0
	Disp. senge	27,7	28,5	26,9	24,7	26,0	26,9	20,0	21,8	27,4	24,9	27,5	25,7
	Andel dage > 95%	6%	18%	10%	7%	10%	10%	13%	10%	27%	13%	17%	0%
	Andel dage >100%	3%	11%	6%	3%	10%	3%	10%	10%	20%	10%	7%	0%
	Andel dage >105%	3%	11%	6%	3%	10%	3%	10%	10%	17%	10%	7%	0%
	Andel dage >115%	0%	7%	0%	0%	0%	0%	0%	6%	7%	3%	3%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	78%	87%	84%	74%	82%	85%	89%	82%	97%	90%	78%	70%
	Belægningspct. gns.	65%	72%	64%	62%	68%	74%	75%	71%	82%	69%	63%	55%
Total:													
Belægning total		487,5	516,5	502,5	508,1	505,2	494,5	429,3	431,5	490,7	500,0	483,3	464,6
Disp. senge total		629,7	631,4	632,2	610,3	610,8	602,3	529,7	559,2	617,7	607,0	604,6	587,1
Afd.overbelæg gns.		3	4	3	6	5	3	6	3	3	4	2	3
Belægningspct.		77%	82%	79%	83%	83%	82%	81%	77%	79%	82%	80%	79%

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Akut Modtagelse Observation AH	Belægning	12,0	12,4	10,9	11,2	11,0	11,6	10,5	10,8	10,4	10,8	12,0	9,7
	Disp. senge	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0
	Andel dage > 95%	48%	57%	29%	27%	32%	37%	26%	35%	33%	26%	33%	19%
	Andel dage >100%	35%	43%	16%	20%	19%	23%	16%	19%	20%	13%	33%	13%
	Andel dage >105%	35%	43%	16%	20%	19%	23%	16%	19%	20%	13%	33%	13%
	Andel dage >115%	19%	21%	3%	13%	10%	20%	13%	3%	17%	10%	23%	10%
	Belægningspct. 75-percentil	108%	108%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	108%	92%
	Belægningspct. gns.	92%	95%	84%	86%	85%	89%	81%	83%	80%	83%	92%	75%
Akut modtageafdeling	Belægning	23,1	26,4	23,8	26,5	24,2	23,2	24,8	24,0	24,4	25,7	23,5	24,2
	Disp. senge	29,0	29,0	29,0	29,0	29,0	29,0	29,0	29,0	29,0	29,0	29,0	29,0
	Andel dage > 95%	13%	39%	13%	43%	29%	17%	26%	13%	30%	32%	17%	19%
	Andel dage >100%	10%	18%	10%	23%	10%	10%	10%	0%	17%	19%	3%	6%
	Andel dage >105%	10%	7%	6%	20%	6%	7%	10%	0%	7%	10%	0%	6%
	Andel dage >115%	6%	7%	0%	7%	0%	0%	0%	0%	0%	6%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	86%	100%	93%	100%	97%	90%	97%	90%	100%	100%	86%	93%
	Belægningspct. gns.	80%	91%	82%	91%	84%	80%	86%	83%	84%	89%	81%	83%
Anæsthesiologisk afdeling	Belægning	8,5	9,8	9,5	8,6	8,7	8,4	9,2	9,4	9,7	8,2	8,8	9,4
	Disp. senge	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0
	Andel dage > 95%	0%	14%	0%	0%	6%	0%	6%	6%	3%	0%	3%	0%
	Andel dage >100%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	83%	88%	92%	83%	83%	75%	83%	83%	92%	83%	83%	92%
	Belægningspct. gns.	71%	82%	80%	71%	73%	70%	76%	78%	81%	68%	74%	78%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -18 af 44
Hvidovre/Amager Hospital

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23

18

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Børneafdelingen	Belægning	58,2	78,1	69,7	68,4	62,5	59,2	51,1	49,7	51,1	47,2	51,6	52,3
	Disp. senge	77,0	75,8	77,0	77,0	77,0	76,6	66,5	77,0	77,0	75,9	77,0	76,5
	Andel dage > 95%	3%	71%	35%	30%	10%	3%	3%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	3%	61%	19%	17%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	3%	43%	16%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	21%	6%	7%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	79%	110%	99%	97%	90%	84%	85%	71%	71%	67%	71%	75%
	Belægningspct. gns.	76%	103%	90%	89%	81%	77%	77%	65%	66%	62%	67%	68%
Gyn.-obst. afd.	Belægning	62,2	59,4	57,6	62,3	57,4	58,0	58,5	58,9	59,9	61,4	61,8	56,7
	Disp. senge	67,3	66,2	67,1	64,3	64,2	64,3	63,0	64,0	64,5	64,7	65,0	64,5
	Andel dage > 95%	39%	32%	10%	57%	39%	33%	32%	48%	47%	48%	50%	23%
	Andel dage >100%	26%	7%	6%	50%	26%	13%	13%	29%	23%	29%	30%	16%
	Andel dage >105%	6%	0%	0%	20%	6%	7%	10%	16%	10%	19%	17%	16%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	10%	0%	0%	0%	3%	3%	3%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	101%	98%	90%	105%	102%	97%	97%	103%	100%	103%	105%	94%
	Belægningspct. gns.	92%	90%	86%	97%	89%	90%	93%	92%	93%	95%	95%	88%
Infektionsmedicinsk afd.	Belægning	26,7	28,4	26,7	28,6	24,7	23,3	27,5	26,7	26,9	25,1	25,8	27,1
	Disp. senge	27,5	28,0	28,0	28,0	27,4	28,0	28,0	28,0	28,0	27,9	28,0	28,0
	Andel dage > 95%	52%	86%	61%	87%	39%	17%	81%	58%	60%	35%	47%	61%
	Andel dage >100%	29%	43%	26%	57%	19%	0%	32%	19%	23%	13%	10%	32%
	Andel dage >105%	19%	36%	16%	37%	10%	0%	13%	10%	10%	0%	10%	23%
	Andel dage >115%	6%	7%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	104%	107%	104%	107%	96%	93%	104%	100%	100%	96%	96%	104%
	Belægningspct. gns.	97%	102%	95%	102%	90%	83%	98%	95%	96%	90%	92%	97%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -19 af 44
Hvidovre/Amager Hospital

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23
Månedlige gennemsnit

19

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Kir.gastroenterologisk afsnit	Belægning	83,6	80,3	81,2	87,5	88,7	81,2	70,5	80,5	87,6	85,6	89,2	83,9
	Disp. senge	104,0	103,5	104,5	102,5	103,6	103,3	92,0	98,5	105,3	106,0	107,0	98,0
	Andel dage > 95%	0%	4%	0%	17%	6%	3%	6%	10%	3%	10%	17%	26%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	6%	0%	6%	3%	10%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	85%	87%	84%	94%	90%	87%	83%	89%	89%	89%	93%	96%
	Belægningspct. gns.	80%	78%	78%	85%	86%	79%	77%	82%	83%	81%	83%	86%
Med. gastroenterologisk afsnit	Belægning	35,2	34,9	33,6	35,3	36,7	33,3	28,8	29,7	31,3	34,1	34,0	30,9
	Disp. senge	37,0	37,0	37,0	37,0	37,0	36,8	31,0	33,1	35,4	38,7	36,6	32,5
	Andel dage > 95%	55%	39%	13%	43%	71%	27%	48%	23%	27%	16%	30%	42%
	Andel dage >100%	16%	14%	0%	30%	42%	10%	6%	0%	3%	6%	3%	26%
	Andel dage >105%	6%	0%	0%	17%	23%	3%	0%	0%	0%	3%	0%	19%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	100%	95%	103%	103%	97%	97%	95%	97%	95%	97%	103%
	Belægningspct. gns.	95%	94%	91%	95%	99%	90%	93%	90%	88%	88%	93%	95%
Medicinsk Enhed	Belægning	80,8	82,1	79,9	83,1	78,9	76,4	79,4	85,8	83,4	83,4	82,0	81,0
	Disp. senge	80,7	81,0	81,0	81,0	80,5	81,0	81,0	81,0	81,0	81,0	83,0	83,0
	Andel dage > 95%	77%	93%	81%	87%	74%	57%	71%	100%	93%	97%	80%	71%
	Andel dage >100%	45%	61%	32%	67%	35%	23%	39%	81%	77%	68%	47%	35%
	Andel dage >105%	19%	14%	16%	33%	13%	7%	19%	55%	27%	32%	17%	23%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	105%	103%	104%	107%	102%	100%	105%	110%	106%	106%	104%	104%
	Belægningspct. gns.	100%	101%	99%	103%	98%	94%	98%	106%	103%	103%	99%	98%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -20 af 44
Hvidovre/Amager Hospital

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23

20

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Medicinsk afdeling AH	Belægning	92,3	88,9	80,2	83,5	81,3	83,2	83,6	83,5	89,3	88,6	87,3	81,4
	Disp. senge	92,8	86,7	82,0	84,0	87,0	87,0	87,0	87,0	87,0	87,0	87,0	85,6
	Andel dage > 95%	77%	100%	61%	67%	48%	53%	68%	61%	77%	90%	77%	48%
	Andel dage >100%	52%	68%	42%	47%	13%	13%	29%	29%	63%	65%	53%	29%
	Andel dage >105%	16%	29%	16%	27%	0%	0%	13%	10%	47%	19%	27%	19%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	104%	106%	105%	106%	98%	99%	101%	102%	110%	105%	106%	102%
	Belægningspct. gns.	99%	102%	98%	99%	93%	96%	96%	96%	103%	102%	100%	95%
Ortopæd-kirurgisk afdeling	Belægning	82,0	75,3	79,0	77,7	74,0	81,1	70,6	70,1	82,8	71,1	78,5	79,2
	Disp. senge	92,6	100,9	104,3	90,8	92,1	92,5	67,7	85,0	94,7	93,2	97,0	91,5
	Andel dage > 95%	26%	0%	0%	23%	3%	27%	87%	16%	20%	10%	10%	29%
	Andel dage >100%	13%	0%	0%	10%	0%	10%	68%	6%	13%	0%	7%	10%
	Andel dage >105%	3%	0%	0%	10%	0%	7%	52%	0%	3%	0%	7%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	13%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	96%	81%	82%	94%	87%	96%	111%	94%	95%	85%	89%	96%
	Belægningspct. gns.	89%	75%	76%	86%	80%	88%	104%	82%	87%	76%	81%	86%
Palliativ senge	Belægning	4,0	4,8	4,1	3,4	4,9	4,7	5,0	4,5	4,6	5,1	5,0	5,4
	Disp. senge	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
	Andel dage > 95%	3%	18%	19%	0%	32%	17%	29%	23%	33%	42%	43%	48%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	16%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	16%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	16%
	Belægningspct. 75-percentil	83%	83%	83%	67%	100%	83%	100%	83%	100%	100%	100%	100%
	Belægningspct. gns.	66%	79%	68%	57%	82%	79%	83%	75%	77%	85%	83%	89%
Total:													
Belægning total		568,5	580,6	556,2	576,0	553,1	543,7	519,5	533,5	561,2	546,2	559,6	541,2
Disp. senge total		638,9	639,1	640,8	624,5	628,7	629,5	576,3	613,7	632,9	634,3	640,6	619,5

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.

arbejdsmiljøet på hospitalerne

Bilag 3 - Side -21 af 44

Hvidovre/Amager Hospital

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Afd. overbelæg gns.		8	13	6	13	4	4	9	9	10	9	8	7
Belægningspct.		89%	91%	87%	92%	88%	86%	90%	87%	89%	86%	87%	87%

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -22 af 44
Gentofte Hospital

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23

22

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Akutklinik	Belægning	17,0	18,6	19,3	21,2	18,6	17,0	17,3	17,4	18,7	18,4	15,9	16,8
	Disp. senge	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0
	Andel dage > 95%	26%	43%	39%	77%	35%	20%	16%	19%	47%	29%	10%	10%
	Andel dage >100%	6%	14%	32%	47%	13%	10%	6%	6%	17%	13%	3%	3%
	Andel dage >105%	3%	4%	19%	27%	10%	3%	3%	0%	13%	6%	3%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	10%	3%	3%	0%	3%	0%	3%	0%	3%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	95%	100%	105%	110%	95%	90%	90%	90%	100%	95%	86%	86%
	Belægningspct. gns.	81%	88%	92%	101%	88%	81%	82%	83%	89%	87%	76%	80%
Hjerter medicinsk afd. P	Belægning	29,2	30,1	35,5	33,3	34,6	35,0	28,6	29,7	37,8	35,2	31,5	30,6
	Disp. senge	51,0	51,0	51,0	49,0	49,0	48,5	33,0	41,3	49,0	45,4	49,0	49,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	3%	0%	3%	3%	16%	10%	3%	16%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	10%	10%	0%	10%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	3%	3%	0%	10%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	3%	0%	0%	3%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	67%	67%	78%	84%	80%	82%	94%	82%	88%	85%	76%	76%
	Belægningspct. gns.	57%	59%	70%	68%	71%	72%	87%	72%	77%	78%	64%	62%
Hud- og allergi afdeling K	Belægning	4,0	3,5	4,1	3,7	4,4	3,2	2,3	3,9	3,8	2,2	2,6	3,7
	Disp. senge	4,4	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	4,7	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
	Andel dage > 95%	61%	18%	42%	23%	52%	27%	10%	48%	33%	0%	0%	29%
	Andel dage >100%	23%	4%	16%	20%	26%	13%	3%	13%	7%	0%	0%	10%
	Andel dage >105%	23%	4%	16%	20%	26%	13%	3%	13%	7%	0%	0%	10%
	Andel dage >115%	23%	4%	16%	20%	26%	13%	3%	13%	7%	0%	0%	10%
	Belægningspct. 75-percentil	120%	80%	100%	80%	120%	100%	60%	100%	100%	60%	80%	100%
	Belægningspct. gns.	91%	69%	83%	75%	88%	64%	50%	77%	77%	43%	52%	75%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -23 af 44
Gentofte Hospital

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23

23

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Intensiv afdeling I	Belægning	4,9	4,6	4,9	5,0	5,0	4,4	4,1	4,9	5,2	4,9	4,9	5,2
	Disp. senge	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
	Andel dage > 95%	26%	14%	26%	33%	29%	27%	6%	29%	33%	32%	23%	42%
	Andel dage >100%	3%	0%	6%	3%	0%	0%	0%	3%	7%	6%	7%	10%
	Andel dage >105%	3%	0%	6%	3%	0%	0%	0%	3%	7%	6%	7%	10%
	Andel dage >115%	3%	0%	6%	3%	0%	0%	0%	3%	7%	6%	7%	10%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	83%	100%	100%	100%	100%	83%	100%	100%	100%	83%	100%
	Belægningspct. gns.	81%	76%	82%	84%	83%	74%	68%	81%	87%	81%	82%	87%
Lungemedicinsk afd. Y	Belægning	25,4	24,3	23,0	24,2	24,2	24,4	21,1	22,4	24,5	21,1	21,1	24,5
	Disp. senge	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0
	Andel dage > 95%	39%	25%	13%	27%	42%	20%	13%	16%	40%	10%	10%	32%
	Andel dage >100%	16%	11%	0%	13%	19%	7%	13%	0%	10%	0%	3%	23%
	Andel dage >105%	10%	7%	0%	7%	10%	7%	6%	0%	3%	0%	0%	19%
	Andel dage >115%	3%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	10%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	95%	93%	96%	100%	93%	82%	89%	100%	86%	89%	96%
	Belægningspct. gns.	91%	87%	82%	87%	87%	87%	75%	80%	87%	75%	75%	87%
Medicinsk afd. C1	Belægning	26,9	27,1	27,6	27,9	27,2	26,0	25,6	27,6	28,1	26,4	27,4	28,0
	Disp. senge	29,0	29,0	29,0	29,0	29,0	29,0	29,0	29,0	29,0	29,0	29,0	29,0
	Andel dage > 95%	39%	46%	61%	60%	52%	20%	23%	52%	80%	39%	47%	61%
	Andel dage >100%	3%	0%	6%	13%	3%	3%	0%	13%	3%	0%	0%	26%
	Andel dage >105%	0%	0%	3%	3%	0%	3%	0%	13%	3%	0%	0%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	97%	97%	100%	100%	97%	93%	93%	100%	100%	97%	97%	103%
	Belægningspct. gns.	93%	93%	95%	96%	94%	90%	88%	95%	97%	91%	95%	96%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -24 af 44
Gentofte Hospital

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23

24

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Medicinsk afd. C2	Belægning	10,4	10,9	10,3	11,6	10,4	10,7	12,1	12,3	11,9	12,1	11,6	12,1
	Disp. senge	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0
	Andel dage > 95%	32%	43%	39%	47%	35%	40%	58%	52%	60%	61%	53%	58%
	Andel dage >100%	19%	29%	16%	37%	13%	27%	45%	45%	37%	45%	33%	45%
	Andel dage >105%	19%	29%	16%	37%	13%	27%	45%	45%	37%	45%	33%	45%
	Andel dage >115%	10%	14%	6%	30%	10%	10%	26%	32%	17%	19%	27%	32%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	108%	100%	117%	100%	108%	117%	125%	108%	108%	117%	133%
	Belægningspct. gns.	86%	91%	86%	97%	86%	89%	101%	102%	99%	101%	96%	101%
Medicinsk afd. F	Belægning	41,4	43,9	45,2	41,8	41,7	36,4	35,7	39,2	43,4	42,8	42,8	43,3
	Disp. senge	47,0	47,0	47,0	46,0	45,1	39,0	39,0	40,6	46,0	46,0	46,0	46,0
	Andel dage > 95%	16%	46%	61%	40%	39%	43%	26%	61%	50%	48%	47%	58%
	Andel dage >100%	3%	21%	29%	17%	0%	13%	3%	29%	13%	10%	7%	19%
	Andel dage >105%	0%	4%	3%	3%	0%	7%	0%	19%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	94%	100%	102%	100%	96%	97%	97%	103%	100%	100%	96%	100%
	Belægningspct. gns.	88%	93%	96%	91%	92%	93%	92%	97%	94%	93%	93%	94%
Ortopædkirurgisk afdeling	Belægning	23,9	18,9	21,9	17,9	18,5	18,1	14,5	15,2	22,7	19,1	22,0	18,8
	Disp. senge	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	29,6	18,0	24,2	30,0	30,0	30,0	30,0
	Andel dage > 95%	42%	18%	29%	27%	16%	27%	19%	16%	33%	19%	33%	29%
	Andel dage >100%	29%	14%	23%	13%	13%	10%	16%	13%	20%	16%	30%	19%
	Andel dage >105%	26%	11%	19%	7%	10%	0%	16%	13%	17%	16%	27%	13%
	Andel dage >115%	16%	7%	10%	7%	3%	0%	10%	0%	10%	10%	7%	6%
	Belægningspct. 75-percentil	107%	82%	100%	97%	83%	100%	94%	93%	100%	93%	107%	97%
	Belægningspct. gns.	80%	63%	73%	60%	62%	61%	81%	63%	76%	64%	73%	63%
Total:													
Belægning total		183,0	181,7	191,8	186,7	184,5	175,2	161,4	172,5	196,2	182,0	179,7	183,0
Disp. senge total		228,4	229,0	229,0	226,0	225,1	218,1	190,7	207,0	226,0	222,4	226,0	226,0

(Continued)

**Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne**

Bilag 3 - Side -25 af 44

Gentofte Hospital

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Afd.overbelæg gns.		3	2	3	3	2	2	2	3	2	3	2	4
Belægningspct.		80%	79%	84%	83%	82%	80%	85%	83%	87%	82%	80%	81%

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -26 af 44
Glostrup Hospital

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23
Månedlige gennemsnit

26

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Afd. for rygmarvsskader RS	Belægning	31,2	31,2	30,6	24,3	30,0	29,5	18,2	24,6	31,0	30,5	29,9	22,0
	Disp. senge	43,0	43,9	44,0	36,0	38,7	37,9	21,0	30,9	43,0	43,0	43,0	34,5
	Andel dage > 95%	48%	25%	13%	0%	32%	27%	71%	52%	23%	13%	0%	0%
	Andel dage >100%	26%	4%	0%	0%	16%	3%	16%	26%	7%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	10%	3%	0%	10%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	10%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	102%	94%	89%	86%	95%	95%	100%	102%	93%	91%	88%	84%
	Belægningspct. gns.	73%	71%	70%	67%	77%	78%	87%	79%	72%	71%	70%	64%
Anæstesiologisk afd. Y	Belægning	4,5	5,6	6,1	6,6	4,5	5,8	4,8	4,5	6,1	5,1	4,1	4,8
	Disp. senge	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
	Andel dage > 95%	13%	46%	58%	73%	29%	57%	35%	16%	70%	42%	10%	32%
	Andel dage >100%	3%	21%	52%	57%	10%	33%	3%	10%	43%	19%	7%	13%
	Andel dage >105%	3%	21%	52%	57%	10%	33%	3%	10%	43%	19%	7%	13%
	Andel dage >115%	3%	21%	52%	57%	10%	33%	3%	10%	43%	19%	7%	13%
	Belægningspct. 75-percentil	83%	100%	133%	133%	100%	117%	100%	83%	117%	100%	83%	100%
	Belægningspct. gns.	74%	93%	102%	111%	75%	97%	80%	75%	102%	85%	68%	80%
Medicinsk afd. M	Belægning	88,2	87,1	92,1	86,6	89,1	85,3	76,8	82,4	87,3	91,2	86,5	93,8
	Disp. senge	93,0	93,0	93,0	93,0	93,0	93,0	80,1	86,5	93,0	93,0	93,0	89,6
	Andel dage > 95%	35%	50%	65%	37%	55%	27%	52%	52%	47%	71%	43%	77%
	Andel dage >100%	26%	29%	45%	20%	39%	13%	29%	39%	27%	29%	20%	71%
	Andel dage >105%	19%	11%	29%	10%	16%	7%	13%	26%	17%	13%	17%	58%
	Andel dage >115%	3%	4%	6%	0%	0%	0%	3%	6%	0%	3%	0%	16%
	Belægningspct. 75-percentil	102%	102%	106%	99%	104%	96%	103%	107%	102%	101%	99%	113%
	Belægningspct. gns.	95%	94%	99%	93%	96%	92%	96%	95%	94%	98%	93%	105%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -27 af 44
Glostrup Hospital

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23

27

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Neurologisk afd. N	Belægning	91,7	91,9	88,3	75,5	84,8	86,4	66,3	82,4	85,0	92,5	83,4	71,6
	Disp. senge	105,6	108,0	108,0	103,0	108,0	108,0	94,9	103,2	106,0	100,0	100,0	94,2
	Andel dage > 95%	23%	0%	6%	3%	3%	0%	0%	0%	0%	42%	10%	0%
	Andel dage >100%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	23%	0%	0%
	Andel dage >105%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	16%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	94%	90%	89%	80%	85%	85%	75%	87%	87%	100%	91%	84%
	Belægningspct. gns.	87%	85%	82%	73%	79%	80%	70%	80%	80%	93%	83%	76%
Respirationscenter øst	Belægning	6,9	6,8	6,6	6,8	6,8	6,8	5,5	5,5	7,5	7,4	6,2	5,3
	Disp. senge	9,5	10,0	9,8	8,7	9,1	9,0	5,0	9,5	10,2	9,0	9,7	8,3
	Andel dage > 95%	10%	14%	16%	23%	23%	43%	90%	10%	23%	29%	7%	6%
	Andel dage >100%	3%	0%	0%	7%	10%	17%	55%	6%	13%	16%	3%	3%
	Andel dage >105%	3%	0%	0%	7%	10%	17%	55%	6%	13%	16%	3%	3%
	Andel dage >115%	3%	0%	0%	7%	10%	17%	55%	6%	13%	16%	3%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	83%	83%	83%	92%	85%	100%	120%	83%	85%	100%	83%	80%
	Belægningspct. gns.	72%	68%	67%	78%	75%	75%	110%	57%	74%	82%	64%	64%
Traumatisk hjerneskade	Belægning	19,0	17,8	19,3	20,7	19,9	18,6	19,9	19,9	18,4	17,3	19,4	20,2
	Disp. senge	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	13%	53%	35%	30%	45%	32%	13%	16%	53%	42%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	91%	82%	91%	100%	95%	95%	95%	95%	91%	91%	95%	95%
	Belægningspct. gns.	87%	81%	88%	94%	90%	85%	90%	90%	84%	79%	88%	92%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -28 af 44
Glostrup Hospital

Belægningsgraden af disponible senge på onkologiske afdelinger 2014 - kl.23

28

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Videncenter reum/ryg VRR	Belægning	37,0	40,4	41,5	38,7	42,3	38,7	28,1	30,2	41,6	36,0	32,2	24,0
	Disp. senge	52,0	51,7	51,4	51,5	51,7	52,1	37,0	44,1	51,5	49,0	44,0	40,0
	Andel dage > 95%	3%	4%	10%	17%	16%	0%	6%	0%	3%	10%	10%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	7%	10%	0%	0%	0%	3%	0%	10%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	75%	83%	90%	88%	90%	81%	84%	81%	88%	88%	85%	80%
	Belægningspct. gns.	71%	78%	81%	75%	82%	74%	76%	69%	81%	73%	73%	60%
Øjenafdeling RH, børn	Belægning	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,4	0,3	0,3
	Disp. senge	0,6	0,6	0,5	0,9	0,7	0,8	0,3	0,4	0,7	0,7	0,7	0,8
	Andel dage > 95%	0%	4%	3%	13%	6%	3%	23%	3%	7%	13%	7%	10%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	6%	0%	3%	0%	3%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	6%	0%	3%	0%	3%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	6%	0%	3%	0%	3%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	0%	50%	25%	100%	50%	50%	100%	50%	50%	100%	50%	50%
	Belægningspct. gns.	10%	17%	19%	31%	32%	32%	90%	42%	38%	52%	41%	35%
Øjenafdeling RH, voksne	Belægning	0,8	0,6	0,7	0,6	0,9	0,7	0,4	0,3	1,2	1,0	0,5	0,5
	Disp. senge	1,0	1,1	1,0	1,1	1,2	1,2	1,1	0,5	1,3	1,4	0,9	0,9
	Andel dage > 95%	29%	25%	23%	17%	29%	23%	6%	10%	30%	29%	23%	19%
	Andel dage >100%	10%	0%	10%	0%	13%	3%	0%	6%	27%	19%	0%	0%
	Andel dage >105%	10%	0%	10%	0%	13%	3%	0%	6%	27%	19%	0%	0%
	Andel dage >115%	10%	0%	10%	0%	13%	3%	0%	6%	27%	19%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	150%	150%	150%	100%	100%
	Belægningspct. gns.	75%	57%	69%	50%	78%	61%	38%	64%	97%	76%	62%	57%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -29 af 44

Glostrup Hospital

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Øjenafdeling Ø	Belægning	6,8	5,5	6,8	5,3	6,4	6,2	4,5	7,4	5,2	6,0	5,8	6,1
	Disp. senge	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	10,6	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0
	Andel dage > 95%	13%	0%	6%	0%	10%	10%	0%	23%	3%	13%	7%	10%
	Andel dage >100%	10%	0%	0%	0%	6%	10%	0%	19%	0%	6%	0%	6%
	Andel dage >105%	10%	0%	0%	0%	6%	10%	0%	19%	0%	6%	0%	6%
	Andel dage >115%	6%	0%	0%	0%	0%	7%	0%	13%	0%	6%	0%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	73%	64%	73%	73%	73%	73%	55%	91%	73%	73%	73%	73%
	Belægningspct. gns.	62%	50%	62%	48%	58%	56%	42%	67%	48%	54%	53%	55%
Total:													
Belægning total		286,1	287,0	292,1	265,3	285,0	278,2	224,8	257,2	283,6	287,4	268,3	248,6
Disp. senge total		343,7	347,3	346,7	333,2	341,4	341,0	278,1	314,1	344,7	335,1	330,3	307,3
Afd. overbelæg gns.		3	2	4	2	4	2	2	4	3	4	2	7
Belægningspct.		83%	83%	84%	80%	83%	82%	81%	82%	82%	86%	81%	81%

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
 arbejdsmiljøet på hospitalerne
 Bilag 3 - Side -30 af 44
 Herlev Hospital

Belægningsgraden af disponible senge på onkologiske afdelinger 2014 - kl.23

30

Månedlige gennemsnit

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Akutmodtagelsen	Belægning	23,3	24,6	26,1	30,5	25,8	27,2	25,5	28,8	27,9	26,6	27,7	29,6
	Disp. senge	37,0	37,0	37,0	37,0	37,0	37,0	37,0	37,0	37,0	37,0	37,0	37,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	6%	27%	6%	7%	3%	19%	7%	6%	17%	26%
	Andel dage >100%	0%	0%	3%	7%	3%	7%	3%	10%	0%	0%	10%	13%
	Andel dage >105%	0%	0%	3%	3%	0%	3%	0%	3%	0%	0%	7%	6%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	73%	74%	78%	97%	78%	86%	78%	89%	84%	84%	92%	97%
	Belægningspct. gns.	63%	66%	70%	82%	70%	74%	69%	78%	75%	72%	75%	80%
Anæstesiologisk afdeling I	Belægning	9,9	10,0	10,1	9,0	8,6	9,3	9,9	8,6	8,9	7,7	8,7	9,1
	Disp. senge	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0
	Andel dage > 95%	13%	18%	23%	0%	6%	10%	10%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	6%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	6%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	92%	92%	92%	83%	83%	92%	92%	75%	83%	75%	75%	83%
	Belægningspct. gns.	82%	83%	84%	75%	72%	77%	82%	72%	74%	65%	72%	76%
Brystkirurgisk afd. F	Belægning	1,6	1,7	1,7	1,5	1,2	1,4	1,1	1,0	1,8	1,7	1,6	1,4
	Disp. senge	3,3	3,4	3,3	3,2	3,1	3,1	1,2	1,0	4,8	4,6	4,3	4,6
	Andel dage > 95%	3%	0%	3%	3%	0%	0%	32%	32%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	13%	13%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	13%	13%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	13%	13%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	67%	67%	67%	67%	50%	58%	100%	125%	38%	50%	50%	38%
	Belægningspct. gns.	48%	50%	53%	46%	38%	47%	89%	100%	37%	36%	38%	31%

(Continued)

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Børneafdeling E sengeafd.	Belægning	46,0	57,2	44,7	49,8	50,4	40,9	32,9	38,5	46,0	45,4	53,7	54,7
	Disp. senge	75,5	76,0	76,0	76,0	76,0	75,5	62,0	68,3	76,0	76,0	76,0	76,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	7%	3%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	67%	83%	66%	74%	75%	58%	58%	66%	66%	64%	78%	86%
	Belægningspct. gns.	61%	75%	59%	66%	66%	54%	53%	56%	61%	60%	71%	72%
Gastroenheden Kir. Med D, sengea	Belægning	97,1	93,7	101,4	107,4	103,9	97,9	91,5	97,7	94,3	90,4	89,4	83,4
	Disp. senge	84,0	84,0	84,0	84,0	90,0	90,0	90,0	76,0	82,0	82,0	96,0	96,0
	Andel dage > 95%	100%	100%	94%	100%	100%	93%	81%	100%	97%	94%	47%	35%
	Andel dage >100%	87%	89%	94%	100%	84%	87%	55%	100%	90%	84%	27%	10%
	Andel dage >105%	74%	68%	87%	100%	77%	57%	26%	100%	77%	74%	17%	3%
	Andel dage >115%	58%	32%	68%	73%	52%	23%	13%	84%	47%	32%	7%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	125%	120%	131%	137%	128%	114%	106%	136%	123%	118%	101%	96%
	Belægningspct. gns.	116%	112%	121%	128%	115%	109%	102%	129%	115%	110%	93%	87%
Gynækologisk afdeling G-1	Belægning	14,5	14,3	16,9	12,9	13,4	15,0	14,7	14,8	15,0	17,8	14,1	9,8
	Disp. senge	22,7	20,7	23,0	20,9	21,5	22,5	14,2	17,2	22,8	21,7	23,0	20,4
	Andel dage > 95%	3%	11%	13%	13%	10%	3%	61%	39%	7%	19%	3%	0%
	Andel dage >100%	0%	11%	3%	7%	6%	3%	45%	32%	3%	19%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	7%	0%	7%	6%	0%	45%	32%	3%	19%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	42%	26%	0%	13%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	78%	80%	87%	74%	83%	78%	123%	115%	74%	91%	74%	65%
	Belægningspct. gns.	64%	69%	74%	62%	62%	66%	104%	86%	66%	82%	61%	48%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -32 af 44
Herlev Hospital

Belægningsgraden af disponible senge på onkologiske afdelinger 2014 - kl.23
Månedlige gennemsnit

32

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Kardiologisk afdeling S	Belægning	25,1	24,1	23,9	21,2	25,1	27,1	20,4	21,6	24,7	26,9	26,2	27,2
	Disp. senge	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	27,8	22,0	24,7	28,0	28,0	28,0	28,0
	Andel dage > 95%	32%	36%	26%	17%	52%	57%	45%	35%	30%	65%	43%	65%
	Andel dage >100%	19%	21%	6%	7%	35%	40%	32%	23%	13%	32%	27%	35%
	Andel dage >105%	13%	14%	0%	7%	26%	27%	26%	10%	13%	26%	23%	23%
	Andel dage >115%	6%	4%	0%	0%	3%	7%	16%	3%	0%	6%	10%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	96%	96%	89%	107%	111%	109%	100%	96%	107%	104%	104%
	Belægningspct. gns.	90%	86%	85%	76%	90%	97%	93%	87%	88%	96%	93%	97%
Medicinsk afdeling O sengeafd.	Belægning	91,4	90,8	91,1	91,4	89,7	86,0	79,4	84,8	83,8	76,2	91,2	86,9
	Disp. senge	91,0	91,0	91,0	91,0	92,0	89,5	79,0	82,6	90,1	92,0	88,0	88,0
	Andel dage > 95%	74%	71%	84%	87%	65%	53%	81%	90%	47%	26%	97%	74%
	Andel dage >100%	52%	46%	45%	47%	35%	30%	52%	61%	17%	6%	63%	48%
	Andel dage >105%	32%	14%	10%	30%	10%	13%	29%	32%	3%	0%	37%	16%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	3%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	105%	104%	104%	105%	103%	103%	105%	108%	99%	96%	108%	105%
	Belægningspct. gns.	100%	100%	100%	100%	98%	96%	101%	103%	93%	83%	104%	99%
Medicinsk hæmatologisk afd. L	Belægning	49,0	46,0	48,0	46,6	48,2	46,5	45,7	41,8	45,5	44,0	44,6	52,4
	Disp. senge	52,0	52,0	52,0	52,0	52,0	51,7	43,0	45,0	52,0	52,0	52,0	52,0
	Andel dage > 95%	55%	36%	39%	43%	45%	40%	81%	45%	27%	23%	20%	71%
	Andel dage >100%	26%	21%	23%	27%	23%	17%	55%	19%	17%	10%	7%	42%
	Andel dage >105%	13%	4%	13%	20%	16%	10%	45%	0%	10%	3%	0%	29%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	7%	3%	0%	26%	0%	0%	0%	0%	16%
	Belægningspct. 75-percentil	102%	100%	98%	104%	100%	98%	116%	98%	96%	94%	94%	106%
	Belægningspct. gns.	94%	89%	92%	90%	93%	90%	106%	93%	88%	85%	86%	101%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -33 af 44
Herlev Hospital

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23

33

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Nefrologisk afdeling B	Belægning	23,5	22,3	22,5	24,3	22,4	20,3	20,4	20,5	22,1	20,4	22,7	19,7
	Disp. senge	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	21,9	19,0	19,7	22,0	22,0	22,0	22,0
	Andel dage > 95%	87%	75%	74%	93%	71%	57%	81%	68%	73%	52%	77%	42%
	Andel dage >100%	61%	54%	48%	70%	42%	17%	65%	52%	43%	26%	63%	23%
	Andel dage >105%	48%	29%	29%	47%	32%	10%	65%	48%	30%	23%	37%	16%
	Andel dage >115%	16%	7%	16%	30%	23%	0%	32%	23%	7%	6%	13%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	114%	111%	109%	118%	114%	100%	116%	111%	109%	105%	109%	100%
	Belægningspct. gns.	107%	101%	102%	110%	102%	93%	107%	104%	100%	93%	103%	90%
Neurologisk afdeling N, sengeafd	Belægning	33,6	31,9	31,7	32,3	31,8	33,5	20,6	28,1	30,5	38,6	47,6	45,1
	Disp. senge	41,0	41,0	41,0	41,0	41,0	40,8	34,0	38,7	41,0	48,3	50,0	50,0
	Andel dage > 95%	16%	7%	6%	7%	3%	23%	0%	6%	13%	19%	47%	29%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	3%	3%	7%	0%	3%	7%	10%	33%	16%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	10%	13%	10%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	90%	85%	88%	88%	88%	93%	71%	88%	85%	94%	104%	98%
	Belægningspct. gns.	82%	78%	77%	79%	78%	82%	61%	72%	74%	80%	95%	90%
Obstetrisk afdeling G-2	Belægning	21,1	20,4	20,3	21,2	20,7	21,3	21,3	21,2	20,7	19,2	19,8	19,4
	Disp. senge	28,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0
	Andel dage > 95%	10%	29%	39%	40%	29%	43%	42%	35%	37%	19%	23%	23%
	Andel dage >100%	0%	11%	13%	17%	23%	17%	26%	19%	17%	6%	10%	19%
	Andel dage >105%	0%	7%	6%	13%	16%	13%	23%	6%	10%	6%	7%	6%
	Andel dage >115%	0%	4%	6%	3%	13%	0%	10%	3%	7%	3%	3%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	86%	96%	96%	96%	100%	100%	104%	100%	96%	92%	92%	92%
	Belægningspct. gns.	75%	85%	85%	88%	86%	89%	89%	88%	86%	80%	82%	81%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -34 af 44
Herlev Hospital

Belægningsgraden af disponible senge på onkologiske afdelinger 2014 - kl.23

34

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Onkologisk afd. R	Belægning	28,4	26,7	26,5	26,5	26,6	24,7	22,7	22,3	26,0	23,5	22,1	25,2
	Disp. senge	30,7	31,0	30,7	30,4	30,4	30,3	22,0	24,0	30,9	31,1	30,3	29,4
	Andel dage > 95%	39%	18%	23%	37%	26%	27%	74%	48%	37%	16%	3%	32%
	Andel dage >100%	16%	11%	13%	20%	13%	23%	52%	35%	27%	6%	3%	23%
	Andel dage >105%	16%	11%	10%	17%	13%	17%	45%	23%	20%	6%	0%	19%
	Andel dage >115%	6%	7%	6%	13%	10%	7%	29%	13%	13%	3%	0%	10%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	91%	94%	100%	96%	97%	118%	105%	103%	91%	82%	100%
	Belægningspct. gns.	92%	86%	86%	87%	88%	82%	103%	93%	84%	76%	73%	86%
Ortopæd-kirurgisk afdeling T	Belægning	60,8	59,5	60,6	55,7	59,5	58,5	43,8	55,5	58,2	55,1	59,3	57,3
	Disp. senge	62,3	61,4	62,8	61,3	62,3	61,8	56,6	57,6	62,5	61,8	62,7	60,8
	Andel dage > 95%	71%	61%	65%	33%	55%	60%	6%	58%	53%	29%	53%	48%
	Andel dage >100%	32%	36%	26%	20%	19%	27%	3%	29%	17%	13%	40%	26%
	Andel dage >105%	19%	21%	10%	13%	16%	17%	0%	23%	3%	0%	27%	23%
	Andel dage >115%	3%	7%	3%	0%	6%	10%	0%	6%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	102%	103%	102%	98%	98%	103%	84%	104%	100%	96%	106%	104%
	Belægningspct. gns.	98%	97%	97%	91%	96%	95%	77%	96%	93%	89%	95%	94%
Palliationsenheden seng	Belægning	4,6	3,8	3,6	2,9	4,4	4,5	3,0	3,3	3,8	4,6	4,8	3,2
	Disp. senge	5,9	6,0	6,0	5,0	6,0	6,0	3,6	3,0	6,0	6,0	6,0	5,0
	Andel dage > 95%	3%	0%	0%	10%	3%	3%	48%	77%	0%	26%	23%	23%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	7%	0%	0%	10%	45%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	7%	0%	0%	10%	45%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	7%	0%	0%	10%	45%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	83%	83%	67%	67%	83%	83%	100%	133%	67%	100%	83%	83%
	Belægningspct. gns.	78%	63%	60%	58%	73%	76%	85%	110%	63%	76%	79%	63%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -35 af 44
Herlev Hospital

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23

35

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Patienthotellet PH	Belægning	13,9	14,4	13,9	12,7	13,5	12,9	11,5	12,4	11,6	13,2	13,0	12,5
	Disp. senge	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0
	Andel dage > 95%	3%	11%	13%	0%	3%	0%	6%	0%	0%	3%	3%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	89%	89%	84%	79%	84%	84%	74%	74%	74%	79%	74%	74%
	Belægningspct. gns.	73%	76%	73%	67%	71%	68%	60%	65%	61%	70%	68%	66%
Plastikkirurgisk afdeling V	Belægning	10,0	10,1	9,9	8,6	7,2	8,1	7,5	8,5	9,7	12,3	9,7	8,8
	Disp. senge	17,6	16,9	18,0	15,6	18,0	17,8	12,0	13,7	18,0	17,0	18,0	16,1
	Andel dage > 95%	0%	11%	0%	3%	0%	0%	10%	3%	0%	13%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	11%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	11%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	11%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	67%	74%	67%	72%	44%	61%	83%	78%	61%	83%	67%	67%
	Belægningspct. gns.	57%	60%	55%	55%	40%	45%	63%	62%	54%	72%	54%	55%
Urologisk afd. H	Belægning	58,4	51,7	59,6	56,4	55,2	56,5	45,2	57,0	51,8	58,7	59,3	51,1
	Disp. senge	66,0	63,4	68,2	66,3	66,9	68,0	57,0	62,3	69,0	68,7	68,0	63,9
	Andel dage > 95%	35%	11%	19%	10%	10%	13%	19%	32%	10%	19%	13%	6%
	Andel dage >100%	19%	7%	6%	3%	3%	7%	6%	26%	0%	16%	3%	3%
	Andel dage >105%	6%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	16%	0%	0%	3%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	89%	95%	90%	89%	91%	93%	102%	78%	95%	92%	86%
	Belægningspct. gns.	88%	82%	87%	85%	83%	83%	79%	91%	75%	85%	87%	80%
Total:													
Belægning total		612,0	603,2	612,5	611,0	607,6	591,7	517,2	566,5	582,2	582,2	615,5	596,8
Disp. senge total		698,1	688,8	698,0	688,7	701,1	698,7	607,6	625,9	697,1	703,3	716,3	704,3

(Continued)

**Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne**

Bilag 3 - Side -36 af 44

Herlev Hospital

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Afd.overbelæg gns.		22	17	24	33	21	15	18	34	17	14	13	10
Belægningspct.		88%	88%	88%	89%	87%	85%	85%	91%	84%	83%	86%	85%

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -37 af 44
Hospitalerne i Nordsjælland

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23
Månedlige gennemsnit

37

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
FS Akutklinik, senge	Belægning	7,5	8,4	7,2	7,8	7,5	6,9	6,8	7,6	7,3	7,9	6,8	7,8
	Disp. senge	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	Andel dage > 95%	19%	39%	13%	27%	23%	20%	13%	23%	27%	26%	10%	32%
	Andel dage >100%	16%	21%	3%	23%	16%	13%	10%	16%	13%	13%	7%	16%
	Andel dage >105%	16%	21%	3%	23%	16%	13%	10%	16%	13%	13%	7%	16%
	Andel dage >115%	6%	11%	3%	10%	10%	7%	10%	13%	10%	10%	3%	13%
	Belægningspct. 75-percentil	80%	100%	90%	100%	90%	90%	80%	90%	100%	100%	90%	100%
	Belægningspct. gns.	75%	84%	72%	78%	75%	69%	68%	76%	73%	79%	68%	78%
FS Kardio-Endokrin Afd., senge	Belægning	47,4	51,5	37,3	40,5	39,3	35,0	28,6	28,6	28,8	28,5	29,4	28,4
	Disp. senge	51,0	51,0	42,6	42,0	42,0	38,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0
	Andel dage > 95%	48%	82%	35%	77%	48%	40%	35%	42%	63%	61%	63%	48%
	Andel dage >100%	16%	46%	16%	30%	32%	23%	32%	26%	27%	32%	40%	39%
	Andel dage >105%	10%	25%	13%	13%	23%	10%	29%	16%	20%	16%	30%	32%
	Andel dage >115%	0%	7%	0%	0%	3%	3%	6%	13%	0%	3%	10%	6%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	105%	100%	102%	105%	100%	107%	103%	103%	103%	107%	107%
	Belægningspct. gns.	93%	101%	88%	96%	94%	92%	95%	95%	96%	95%	98%	95%
FS Kir. Afd., Med. Gas., senge	Belægning	23,1	23,1	20,3	19,1	18,7	21,4	25,5	25,6	25,3	25,6	25,4	25,4
	Disp. senge	24,0	24,0	24,0	20,8	20,0	22,3	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0
	Andel dage > 95%	68%	61%	23%	33%	55%	57%	52%	55%	50%	55%	60%	71%
	Andel dage >100%	23%	32%	10%	27%	32%	27%	26%	10%	17%	26%	17%	16%
	Andel dage >105%	10%	21%	3%	23%	32%	27%	23%	6%	7%	16%	7%	13%
	Andel dage >115%	0%	4%	0%	7%	6%	7%	6%	0%	0%	3%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	104%	92%	104%	105%	105%	104%	100%	96%	104%	100%	100%
	Belægningspct. gns.	96%	96%	85%	92%	94%	96%	94%	95%	94%	95%	94%	94%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -38 af 44
Hospitalerne i Nordsjælland

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23

38

Månedlige gennemsnit

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
FS Lunge- & Infmed. Afd, senge	Belægning	25,5	25,1	24,5	25,6	26,2	24,7	27,1	26,4	26,3	27,4	26,5	26,8
	Disp. senge	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0
	Andel dage > 95%	48%	61%	39%	50%	71%	37%	74%	74%	70%	77%	60%	65%
	Andel dage >100%	16%	46%	16%	27%	23%	7%	45%	32%	33%	55%	50%	48%
	Andel dage >105%	3%	29%	13%	13%	10%	7%	23%	13%	23%	29%	23%	35%
	Andel dage >115%	0%	4%	0%	3%	0%	0%	6%	0%	3%	3%	0%	6%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	107%	96%	104%	100%	96%	104%	104%	104%	107%	104%	107%
	Belægningspct. gns.	94%	93%	91%	95%	97%	91%	100%	98%	98%	102%	98%	99%
FS Neurorehab. Afd.,senge	Belægning	17,4	16,2	18,0	16,2	18,7	19,3	16,6	17,5	16,4	17,1	17,0	13,9
	Disp. senge	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0
	Andel dage > 95%	58%	36%	65%	33%	84%	87%	13%	23%	30%	3%	30%	0%
	Andel dage >100%	23%	14%	52%	0%	52%	77%	0%	10%	13%	0%	10%	0%
	Andel dage >105%	23%	14%	52%	0%	52%	77%	0%	0%	3%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	10%	0%	19%	27%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	100%	106%	100%	111%	117%	86%	90%	95%	86%	95%	81%
	Belægningspct. gns.	96%	90%	100%	90%	104%	107%	79%	83%	78%	82%	81%	66%
FS Palliativ Afd.,senge	Belægning	8,3	7,6	8,7	7,8	6,9	8,3	6,4	7,0	8,9	8,1	7,2	7,2
	Disp. senge	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	9,9	7,0	7,7	10,0	10,0	10,0	9,0
	Andel dage > 95%	16%	7%	26%	13%	3%	17%	55%	48%	27%	13%	10%	23%
	Andel dage >100%	10%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	13%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	10%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	13%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	90%	80%	100%	90%	70%	90%	100%	100%	100%	90%	80%	90%
	Belægningspct. gns.	83%	76%	87%	78%	69%	84%	91%	92%	89%	81%	72%	79%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -39 af 44
Hospitalerne i Nordsjælland

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23
Månedlige gennemsnit

39

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
HI Børne- og ungeafd., senge	Belægning	37,8	47,2	40,3	34,1	31,5	39,4	30,2	37,9	40,4	34,0	37,8	34,7
	Disp. senge	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0
	Andel dage > 95%	16%	61%	29%	7%	0%	10%	0%	0%	13%	10%	17%	6%
	Andel dage >100%	3%	46%	10%	0%	0%	3%	0%	0%	7%	6%	3%	0%
	Andel dage >105%	0%	32%	6%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	3%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	7%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	88%	106%	96%	75%	75%	88%	71%	88%	94%	81%	88%	81%
	Belægningspct. gns.	79%	98%	84%	71%	66%	82%	63%	79%	84%	71%	79%	72%
HI Gynækologisk Afd., senge	Belægning	6,5	8,0	7,5	8,5	9,2	7,0	6,4	8,3	8,2	7,3	7,2	5,4
	Disp. senge	13,7	13,7	13,4	13,1	13,2	13,3	11,9	13,4	13,9	13,9	13,3	13,4
	Andel dage > 95%	0%	11%	3%	23%	16%	3%	16%	6%	7%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	10%	10%	3%	13%	3%	7%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	10%	10%	3%	13%	3%	7%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	3%	3%	0%	10%	0%	7%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	56%	78%	75%	88%	81%	63%	75%	88%	69%	63%	69%	56%
	Belægningspct. gns.	48%	58%	56%	65%	70%	53%	54%	62%	59%	53%	54%	40%
HI Intensiv Afd., senge	Belægning	19,2	20,5	19,9	17,8	18,5	17,6	17,8	20,6	20,4	19,1	20,2	20,9
	Disp. senge	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0
	Andel dage > 95%	3%	14%	10%	0%	0%	0%	0%	13%	7%	3%	10%	16%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	83%	92%	92%	79%	83%	79%	79%	92%	92%	83%	88%	92%
	Belægningspct. gns.	80%	85%	83%	74%	77%	73%	74%	86%	85%	80%	84%	87%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -40 af 44
Hospitalerne i Nordsjælland

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23
Månedlige gennemsnit

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
HI Kard-Nefro-Endo Afd., senge	Belægning	63,2	62,6	56,1	57,5	60,9	60,3	58,9	59,3	56,7	64,2	61,3	59,7
	Disp. senge	63,0	63,0	63,0	63,0	63,0	63,0	63,0	63,0	63,0	69,0	69,0	69,0
	Andel dage > 95%	74%	71%	29%	40%	65%	60%	48%	58%	47%	39%	30%	29%
	Andel dage >100%	42%	36%	6%	20%	39%	27%	16%	26%	27%	6%	3%	3%
	Andel dage >105%	29%	25%	3%	13%	19%	13%	6%	6%	7%	3%	0%	0%
	Andel dage >115%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	106%	106%	95%	98%	103%	102%	97%	102%	102%	97%	96%	97%
	Belægningspct. gns.	100%	99%	89%	91%	97%	96%	93%	94%	90%	93%	89%	87%
HI Kirurgisk Afd., senge	Belægning	52,2	53,0	53,9	43,1	47,3	40,3	43,8	44,3	50,9	49,5	48,4	48,3
	Disp. senge	56,0	56,0	56,0	56,0	56,0	57,0	57,0	57,0	57,0	57,0	57,0	57,0
	Andel dage > 95%	48%	50%	55%	13%	16%	0%	0%	10%	27%	29%	10%	35%
	Andel dage >100%	32%	29%	32%	7%	10%	0%	0%	10%	17%	10%	3%	16%
	Andel dage >105%	23%	14%	26%	3%	6%	0%	0%	6%	10%	6%	0%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	104%	102%	105%	88%	95%	84%	88%	89%	96%	96%	88%	98%
	Belægningspct. gns.	93%	95%	96%	77%	84%	71%	77%	78%	89%	87%	85%	85%
HI Lunge- & Infmed. Afd, senge	Belægning	45,2	46,3	44,7	41,1	42,8	44,0	44,5	42,7	45,7	47,7	46,2	45,4
	Disp. senge	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0
	Andel dage > 95%	81%	89%	81%	50%	52%	60%	71%	55%	77%	97%	87%	84%
	Andel dage >100%	45%	64%	35%	20%	26%	40%	45%	19%	60%	74%	57%	52%
	Andel dage >105%	19%	25%	16%	10%	16%	17%	16%	10%	30%	55%	30%	29%
	Andel dage >115%	3%	11%	0%	3%	0%	0%	3%	0%	7%	6%	7%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	104%	106%	104%	100%	102%	102%	104%	100%	107%	111%	107%	107%
	Belægningspct. gns.	100%	103%	99%	91%	95%	98%	99%	95%	102%	106%	103%	101%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -41 af 44

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23

41

Hospitalerne i Nordsjælland

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
HI Neurologisk Afd., senge	Belægning	42,9	39,3	40,9	36,7	39,8	33,7	32,5	38,3	35,5	38,7	37,5	38,5
	Disp. senge	42,0	42,0	42,0	42,0	42,0	42,0	38,0	38,0	38,0	38,0	38,0	38,0
	Andel dage > 95%	71%	54%	65%	27%	48%	13%	19%	68%	40%	74%	50%	68%
	Andel dage >100%	61%	25%	39%	13%	26%	0%	13%	52%	30%	52%	40%	48%
	Andel dage >105%	48%	4%	19%	0%	10%	0%	13%	48%	17%	39%	30%	45%
	Andel dage >115%	16%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	19%	3%	6%	13%	23%
	Belægningspct. 75-percentil	112%	101%	105%	95%	102%	90%	92%	113%	103%	108%	105%	113%
	Belægningspct. gns.	102%	93%	97%	87%	95%	80%	85%	101%	93%	102%	99%	101%
HI Obstetrisk Afd., senge	Belægning	18,7	19,0	17,3	17,6	16,9	20,9	22,0	18,5	20,8	21,4	20,2	17,0
	Disp. senge	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0
	Andel dage > 95%	26%	43%	23%	30%	23%	50%	65%	42%	60%	55%	53%	26%
	Andel dage >100%	13%	11%	13%	13%	19%	37%	52%	23%	40%	39%	37%	19%
	Andel dage >105%	13%	7%	6%	7%	10%	27%	42%	10%	27%	35%	23%	13%
	Andel dage >115%	6%	0%	0%	3%	3%	17%	19%	3%	0%	19%	17%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	95%	95%	91%	95%	91%	109%	114%	100%	109%	114%	105%	95%
	Belægningspct. gns.	85%	86%	78%	80%	77%	95%	100%	84%	95%	97%	92%	77%
HI Onkologisk Afd., senge	Belægning	20,4	19,8	18,8	18,7	19,8	18,0	18,8	21,4	21,2	20,1	18,1	18,6
	Disp. senge	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0
	Andel dage > 95%	48%	54%	42%	40%	55%	37%	45%	71%	63%	55%	30%	42%
	Andel dage >100%	42%	39%	23%	37%	35%	23%	26%	61%	53%	45%	20%	42%
	Andel dage >105%	42%	39%	23%	37%	35%	23%	26%	61%	53%	45%	20%	42%
	Andel dage >115%	32%	18%	10%	10%	16%	7%	6%	48%	33%	26%	0%	19%
	Belægningspct. 75-percentil	120%	110%	100%	110%	110%	100%	105%	120%	120%	115%	100%	110%
	Belægningspct. gns.	102%	99%	94%	94%	99%	90%	94%	107%	106%	100%	90%	93%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -42 af 44
Hospitalet i Nordsjælland

Belægningsgraden af disponible senge på onkologiske afdelinger 2014 - kl.23

42

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
HI Ortkir. Afd., senge	Belægning	56,8	58,4	51,1	44,6	47,6	44,9	46,6	47,1	56,9	43,4	49,7	55,0
	Disp. senge	58,5	56,5	58,5	56,4	58,0	58,3	47,9	49,3	59,3	57,0	58,3	53,2
	Andel dage > 95%	52%	75%	29%	13%	13%	17%	55%	58%	43%	10%	23%	71%
	Andel dage >100%	42%	64%	6%	10%	6%	10%	42%	42%	30%	0%	10%	55%
	Andel dage >105%	32%	46%	0%	3%	6%	3%	29%	23%	23%	0%	3%	42%
	Andel dage >115%	16%	29%	0%	0%	0%	0%	23%	13%	17%	0%	0%	26%
	Belægningspct. 75-percentil	108%	116%	95%	86%	89%	90%	112%	104%	105%	87%	92%	116%
	Belægningspct. gns.	97%	103%	87%	79%	82%	77%	97%	95%	96%	76%	85%	103%
HI Patienthotel Afd., senge	Belægning	8,2	7,6	9,5	6,4	6,7	6,4	3,9	12,1	10,2	9,5	10,7	6,2
	Disp. senge	16,0	16,0	16,0	12,3	16,0	16,0	7,7	16,0	16,0	16,0	16,0	11,9
	Andel dage > 95%	0%	0%	13%	3%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	3%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	63%	56%	75%	75%	56%	50%	69%	88%	75%	69%	75%	69%
	Belægningspct. gns.	51%	48%	59%	52%	42%	40%	50%	75%	64%	59%	67%	52%
HI Øre-næse-halsafd., senge	Belægning	8,7	7,2	6,8	9,4	10,3	9,3	8,1	6,9	7,1	7,1	9,2	9,3
	Disp. senge	12,1	12,1	14,0	13,9	13,9	13,9	12,0	12,5	14,2	14,2	14,0	14,0
	Andel dage > 95%	10%	4%	0%	10%	13%	0%	13%	3%	0%	0%	7%	6%
	Andel dage >100%	6%	4%	0%	7%	6%	0%	6%	3%	0%	0%	0%	6%
	Andel dage >105%	6%	4%	0%	7%	6%	0%	6%	3%	0%	0%	0%	6%
	Andel dage >115%	3%	4%	0%	0%	3%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	80%	70%	60%	75%	83%	80%	83%	67%	60%	67%	80%	80%
	Belægningspct. gns.	72%	60%	49%	67%	74%	67%	67%	55%	50%	50%	65%	66%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 3 - Side -43 af 44

Belægningsgraden af disponible senge på onholdsafdelinger 2014 - kl.23

43

Hospitalerne i Nordsjælland

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
HI, Akutafd., senge	Belægning	38,4	40,2	36,3	38,4	39,1	36,3	38,7	41,7	41,1	40,8	38,2	41,7
	Disp. senge	44,0	44,0	44,0	44,0	44,0	44,0	44,0	44,0	44,0	44,0	44,0	44,0
	Andel dage > 95%	39%	39%	26%	30%	39%	23%	35%	55%	43%	39%	30%	58%
	Andel dage >100%	19%	32%	19%	23%	16%	7%	10%	39%	27%	32%	13%	48%
	Andel dage >105%	10%	25%	16%	13%	13%	7%	6%	26%	17%	19%	10%	32%
	Andel dage >115%	6%	18%	3%	7%	3%	3%	0%	10%	13%	10%	7%	13%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	107%	95%	100%	95%	91%	98%	107%	102%	105%	95%	114%
	Belægningspct. gns.	87%	91%	83%	87%	89%	83%	88%	95%	93%	93%	87%	95%
Total:													
Belægning total		547,3	561,0	519,2	490,9	507,5	493,8	483,0	511,7	528,1	517,5	517,0	510,3
Disp. senge total		604,3	602,4	597,5	587,4	592,1	591,8	562,5	574,9	589,3	593,1	593,7	583,5
Afd. overbelæg gns.		16	19	8	7	10	8	12	13	13	13	9	16
Belægningspct.		91%	93%	87%	84%	86%	83%	86%	89%	90%	87%	87%	87%

Bornholms Hospital

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Afdeling													
Kirurgisk sengeafs.	Belægning	29,3	26,4	25,1	25,6	23,2	26,4	23,8	22,6	24,0	23,3	19,6	23,5
	Disp. senge	35,7	37,0	37,0	37,0	37,0	36,7	29,0	30,3	34,9	34,9	34,3	33,4
	Andel dage > 95%	13%	11%	0%	3%	3%	0%	26%	0%	0%	3%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	92%	81%	73%	78%	73%	78%	97%	86%	76%	76%	62%	81%
	Belægningspct. gns.	82%	71%	68%	69%	63%	72%	82%	75%	69%	67%	57%	70%
Medicinsk sengeafs.	Belægning	50,4	49,1	43,5	47,4	40,2	49,4	37,9	42,1	46,8	47,5	45,1	51,9
	Disp. senge	61,0	61,0	61,0	61,0	61,0	61,0	61,0	61,0	61,0	61,0	61,0	61,0
	Andel dage > 95%	13%	7%	3%	3%	0%	13%	0%	0%	7%	13%	0%	13%
	Andel dage >100%	3%	0%	3%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	3%	0%	3%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	89%	87%	75%	85%	74%	89%	70%	77%	85%	85%	82%	92%
	Belægningspct. gns.	83%	81%	71%	78%	66%	81%	62%	69%	77%	78%	74%	85%
Total:													
Belægning total		79,7	75,5	68,5	73,0	63,3	75,8	61,7	64,7	70,8	70,9	64,7	75,4
Disp. senge total		96,7	98,0	98,0	98,0	98,0	97,7	90,0	91,3	95,9	95,9	95,3	94,4
Afd. overbelæg gns.		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Belægningspct.		82%	77%	70%	74%	65%	78%	69%	71%	74%	74%	68%	80%

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 4 - Side -1 af 28

Rigshospitalet

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Børn- og Ungeklínikken	Belægning	57,9	57,1	59,5
	Disp. senge	87,3	87,5	88,7
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	71%	71%	73%
	Belægningspct. gns.	66%	65%	67%
Børneklínikken	Belægning	17,8	15,0	18,8
	Disp. senge	22,2	20,7	21,8
	Andel dage > 95%	13%	0%	35%
	Andel dage >100%	10%	0%	23%
	Andel dage >105%	10%	0%	23%
	Andel dage >115%	6%	0%	6%
	Belægningspct. 75-percentil	89%	83%	100%
	Belægningspct. gns.	80%	72%	86%
Cardiologi	Belægning	53,2	51,4	52,4
	Disp. senge	87,7	83,0	87,6
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	67%	68%	63%
	Belægningspct. gns.	61%	62%	60%
Gynækologi	Belægning	13,5	13,5	14,9
	Disp. senge	21,2	20,1	21,2
	Andel dage > 95%	6%	11%	10%
	Andel dage >100%	0%	4%	10%
	Andel dage >105%	0%	4%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	86%	80%	82%
	Belægningspct. gns.	64%	67%	70%
Hepatologi	Belægning	13,7	15,3	13,9
	Disp. senge	18,0	18,0	18,0
	Andel dage > 95%	23%	25%	6%
	Andel dage >100%	16%	18%	3%
	Andel dage >105%	16%	18%	3%
	Andel dage >115%	0%	7%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	94%	97%	94%

(Continued)

Rigshospitalet

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Hepatologi	Belægningspct. gns.	76%	85%	77%
Hæmatologi	Belægning	45,6	43,1	42,9
	Disp. senge	53,0	53,0	53,0
	Andel dage > 95%	6%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	89%	85%	87%
	Belægningspct. gns.	86%	81%	81%
Infektionsmedicin og Reumatologi	Belægning	31,6	33,0	29,1
	Disp. senge	41,6	42,0	42,0
	Andel dage > 95%	3%	4%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	79%	86%	74%
	Belægningspct. gns.	76%	79%	69%
Intensiv, ABD	Belægning	19,7	19,5	21,3
	Disp. senge	23,0	23,0	23,0
	Andel dage > 95%	26%	4%	52%
	Andel dage >100%	0%	0%	10%
	Andel dage >105%	0%	0%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	96%	89%	100%
	Belægningspct. gns.	86%	85%	93%
Karkirurgi	Belægning	26,7	25,9	26,0
	Disp. senge	32,8	31,0	32,6
	Andel dage > 95%	13%	32%	13%
	Andel dage >100%	6%	14%	6%
	Andel dage >105%	0%	4%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	91%	100%	91%
	Belægningspct. gns.	81%	84%	80%
Kirurgisk Gastroenterolgi	Belægning	34,6	37,7	40,3
	Disp. senge	47,1	47,9	47,8
	Andel dage > 95%	0%	0%	10%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%

(Continued)

Rigshospitalet

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Kirurgisk Gastroenterologi	Belægningspct. 75-percentil	80%	83%	92%
	Belægningspct. gns.	73%	79%	84%
Medicinsk Endokrinologi	Belægning	5,3	4,4	5,4
	Disp. senge	6,6	7,0	7,0
	Andel dage > 95%	35%	4%	26%
	Andel dage >100%	26%	0%	10%
	Andel dage >105%	26%	0%	10%
	Andel dage >115%	19%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	114%	86%	100%
	Belægningspct. gns.	80%	63%	77%
Medicinsk Gastroenterologi	Belægning	21,0	25,0	23,2
	Disp. senge	30,2	32,0	32,0
	Andel dage > 95%	3%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	81%	84%	75%
	Belægningspct. gns.	70%	78%	73%
Nefrologi	Belægning	33,8	35,4	36,7
	Disp. senge	36,7	37,4	37,4
	Andel dage > 95%	39%	46%	65%
	Andel dage >100%	6%	25%	35%
	Andel dage >105%	6%	25%	19%
	Andel dage >115%	0%	0%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	97%	103%	103%
	Belægningspct. gns.	92%	94%	98%
Neonatal	Belægning	25,8	26,0	26,1
	Disp. senge	34,0	34,0	34,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	85%	84%	82%
	Belægningspct. gns.	76%	77%	77%
Neurokirurgi	Belægning	39,9	42,5	40,5
	Disp. senge	55,1	53,4	55,2
	Andel dage > 95%	0%	11%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%

(Continued)

Rigshospitalet

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Neurokirurgi	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	81%	91%	81%
	Belægningspct. gns.	72%	80%	73%
Neurologi	Belægning	24,6	22,8	23,3
	Disp. senge	37,4	37,4	37,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	74%	65%	69%
	Belægningspct. gns.	66%	61%	63%
Obstetrik	Belægning	53,4	55,0	66,3
	Disp. senge	79,0	79,0	79,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	16%
	Andel dage >100%	0%	0%	3%
	Andel dage >105%	0%	0%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	71%	73%	90%
	Belægningspct. gns.	68%	70%	84%
Onkologi	Belægning	32,5	32,4	33,4
	Disp. senge	48,8	48,9	48,8
	Andel dage > 95%	3%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	78%	74%	76%
	Belægningspct. gns.	67%	66%	68%
Ortopædkirurgi	Belægning	49,2	47,1	46,5
	Disp. senge	58,9	57,5	61,6
	Andel dage > 95%	16%	4%	3%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	90%	85%	84%
	Belægningspct. gns.	84%	82%	75%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 4 - Side -5 af 28

Rigshospitalet

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Patienthotel	Belægning	12,7	18,0	16,0
	Disp. senge	22,6	25,0	25,0
	Andel dage > 95%	6%	32%	13%
	Andel dage >100%	0%	29%	3%
	Andel dage >105%	0%	21%	3%
	Andel dage >115%	0%	11%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	84%	104%	84%
	Belægningspct. gns.	56%	72%	64%
Plastikkirurgi	Belægning	31,1	30,5	31,5
	Disp. senge	40,8	40,4	41,5
	Andel dage > 95%	13%	4%	10%
	Andel dage >100%	10%	0%	3%
	Andel dage >105%	10%	0%	3%
	Andel dage >115%	3%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	87%	87%	87%
	Belægningspct. gns.	76%	76%	76%
Tand-Mund-Kæbe	Belægning	4,7	4,1	4,0
	Disp. senge	7,3	6,6	7,3
	Andel dage > 95%	10%	32%	6%
	Andel dage >100%	10%	21%	0%
	Andel dage >105%	10%	21%	0%
	Andel dage >115%	6%	14%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	88%	100%	75%
	Belægningspct. gns.	65%	63%	54%
Thoraxanæstesiologi	Belægning	14,7	14,0	13,8
	Disp. senge	21,4	20,3	21,4
	Andel dage > 95%	3%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	78%	78%	74%
	Belægningspct. gns.	69%	69%	65%
Thoraxkirurgi	Belægning	53,4	51,6	60,6
	Disp. senge	73,8	75,7	75,6
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	78%	75%	86%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 4 - Side -6 af 28

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2015, kl.23
Månedlige gennemsnit

6

Rigshospitalet

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Thoraxkirurgi	Belægningspct. gns.	72%	68%	80%
Urologi	Belægning	25,4	24,1	27,1
	Disp. senge	32,9	33,7	32,7
	Andel dage > 95%	0%	0%	10%
	Andel dage >100%	0%	0%	3%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	85%	79%	94%
	Belægningspct. gns.	77%	72%	83%
Øre-Næse-Hals	Belægning	17,7	18,1	23,9
	Disp. senge	29,9	26,6	29,7
	Andel dage > 95%	0%	25%	16%
	Andel dage >100%	0%	25%	13%
	Andel dage >105%	0%	25%	6%
	Andel dage >115%	0%	7%	6%
	Belægningspct. 75-percentil	71%	93%	88%
	Belægningspct. gns.	59%	68%	80%
Øre-Næse-Hals udef. Gentofte	Belægning	4,8	3,9	4,6
	Disp. senge	18,5	17,3	15,6
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	41%	32%	36%
	Belægningspct. gns.	26%	23%	30%
Total:				
Belægning total		764,3	766,9	801,7
Disp. senge total		1.067,7	1.058,3	1.076,6
Afd.overbelæg gns.		2	3	3
Belægningspct.		72%	72%	74%

Bispebjerg/Frederiksberg Hospital

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Akut Modtageafdeling AMA	Belægning	31,9	33,1	31,0
	Disp. senge	42,0	42,0	42,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	83%	81%	79%
	Belægningspct. gns.	76%	79%	74%
Anæstesi	Belægning	11,8	11,3	10,6
	Disp. senge	14,0	14,0	14,0
	Andel dage > 95%	6%	7%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	86%	86%	86%
	Belægningspct. gns.	84%	80%	76%
Dermatologi/sårheling	Belægning	20,8	22,8	20,0
	Disp. senge	26,2	27,0	27,0
	Andel dage > 95%	6%	21%	6%
	Andel dage >100%	3%	18%	0%
	Andel dage >105%	0%	11%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	89%	93%	85%
	Belægningspct. gns.	79%	84%	74%
Endocrinologisk afdeling I	Belægning	21,7	22,0	20,9
	Disp. senge	20,0	20,0	20,0
	Andel dage > 95%	100%	96%	84%
	Andel dage >100%	94%	89%	68%
	Andel dage >105%	94%	89%	68%
	Andel dage >115%	6%	36%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	110%	115%	110%
	Belægningspct. gns.	109%	110%	104%
Geriatrici	Belægning	47,6	48,5	44,3
	Disp. senge	48,0	48,0	48,0
	Andel dage > 95%	84%	93%	42%
	Andel dage >100%	45%	46%	16%
	Andel dage >105%	16%	14%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	104%	104%	100%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
 Bilag 4 - Side -8 af 28

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2015, kl.23
 Månedlige gennemsnit

Bispebjerg/Frederiksberg Hospital

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Geriatrici	Belægningspct. gns.	99%	101%	92%
Hjerteafdelingen	Belægning	57,1	60,4	50,3
	Disp. senge	63,0	63,0	63,0
	Andel dage > 95%	23%	50%	19%
	Andel dage >100%	13%	25%	10%
	Andel dage >105%	3%	7%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	94%	101%	87%
	Belægningspct. gns.	91%	96%	80%
Kirurgisk sengeafdeling K	Belægning	54,7	57,1	57,7
	Disp. senge	70,1	70,9	70,8
	Andel dage > 95%	13%	14%	3%
	Andel dage >100%	0%	11%	0%
	Andel dage >105%	0%	7%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	86%	87%	88%
	Belægningspct. gns.	78%	81%	82%
Lungemedicinsk afdeling L	Belægning	34,8	35,6	34,4
	Disp. senge	34,0	34,0	35,9
	Andel dage > 95%	84%	89%	45%
	Andel dage >100%	55%	79%	23%
	Andel dage >105%	35%	54%	13%
	Andel dage >115%	3%	4%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	106%	109%	100%
	Belægningspct. gns.	102%	105%	96%
Medicinsk Sengeafdeling C, FRH	Belægning	24,9	24,7	23,2
	Disp. senge	25,0	25,0	25,0
	Andel dage > 95%	74%	68%	52%
	Andel dage >100%	45%	43%	6%
	Andel dage >105%	16%	25%	0%
	Andel dage >115%	0%	4%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	104%	106%	100%
	Belægningspct. gns.	99%	99%	93%
Medicinsk modtageafdeling AMA, F	Belægning	24,8	24,9	23,2
	Disp. senge	30,0	30,0	30,0
	Andel dage > 95%	10%	11%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%

(Continued)

Bispebjerg/Frederiksberg Hospital

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Medicinsk modtageafdeling AMA, F	Belægningspct. 75-percentil	90%	90%	83%
	Belægningspct. gns.	83%	83%	77%
Medicinsk sengeafdeling K	Belægning	17,1	17,7	15,6
	Disp. senge	18,0	18,0	18,0
	Andel dage > 95%	39%	79%	29%
	Andel dage >100%	10%	14%	10%
	Andel dage >105%	10%	14%	10%
	Andel dage >115%	3%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	100%	100%
	Belægningspct. gns.	95%	98%	87%
Neurologisk afdeling	Belægning	58,3	58,5	55,4
	Disp. senge	71,0	71,0	67,0
	Andel dage > 95%	3%	7%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	90%	87%	88%
	Belægningspct. gns.	82%	82%	83%
Ortopædkir. Sengeafdeling O , FR	Belægning	10,5	13,0	10,3
	Disp. senge	22,3	24,8	22,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	56%	64%	57%
	Belægningspct. gns.	47%	53%	47%
Ortopædkirurgisk afd. M	Belægning	63,9	59,5	55,1
	Disp. senge	74,8	77,4	76,2
	Andel dage > 95%	35%	25%	13%
	Andel dage >100%	26%	11%	0%
	Andel dage >105%	23%	4%	0%
	Andel dage >115%	3%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	103%	95%	85%
	Belægningspct. gns.	85%	77%	72%
Paliativ Afdeling P	Belægning	9,4	10,0	10,1
	Disp. senge	12,0	12,0	12,0
	Andel dage > 95%	16%	14%	16%
	Andel dage >100%	0%	4%	0%
	Andel dage >105%	0%	4%	0%

(Continued)

Bispebjerg/Frederiksberg Hospital

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Paliativ Afdeling P	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	92%	92%	92%
	Belægningspct. gns.	78%	83%	84%
Urologisk sengeafdeling U, FRH	Belægning	20,3	16,8	18,0
	Disp. senge	27,5	26,9	26,9
	Andel dage > 95%	16%	7%	23%
	Andel dage >100%	16%	7%	16%
	Andel dage >105%	16%	7%	16%
	Andel dage >115%	10%	0%	6%
	Belægningspct. 75-percentil	85%	77%	83%
	Belægningspct. gns.	74%	63%	67%
	Total:			
Belægning total		509,6	515,8	480,1
Disp. senge total		597,9	603,9	597,9
Afd.overbelæg gns.		7	8	3
Belægningspct.		85%	85%	80%

Hvidovre/Amager Hospital

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Akut Modtagelse Observation AH	Belægning	18,5	18,5	18,3
	Disp. senge	17,8	19,0	19,0
	Andel dage > 95%	58%	46%	58%
	Andel dage >100%	55%	36%	32%
	Andel dage >105%	55%	36%	32%
	Andel dage >115%	32%	18%	16%
	Belægningspct. 75-percentil	126%	108%	111%
	Belægningspct. gns.	104%	97%	96%
Akut modtageafdeling	Belægning	27,8	28,6	26,9
	Disp. senge	29,0	29,0	29,0
	Andel dage > 95%	58%	54%	48%
	Andel dage >100%	26%	54%	16%
	Andel dage >105%	26%	39%	10%
	Andel dage >115%	10%	21%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	107%	114%	100%
	Belægningspct. gns.	96%	99%	93%
Anæsthesiologisk afdeling	Belægning	10,8	10,8	10,6
	Disp. senge	12,0	12,0	12,0
	Andel dage > 95%	23%	21%	29%
	Andel dage >100%	6%	0%	3%
	Andel dage >105%	6%	0%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	92%	92%	100%
	Belægningspct. gns.	90%	90%	88%
Børneafdelingen	Belægning	49,2	57,0	48,9
	Disp. senge	76,4	75,9	77,0
	Andel dage > 95%	0%	4%	0%
	Andel dage >100%	0%	4%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	68%	79%	69%
	Belægningspct. gns.	64%	75%	64%
Gyn.-obst. afd.	Belægning	64,7	61,6	63,7
	Disp. senge	64,7	65,0	65,0
	Andel dage > 95%	74%	50%	61%
	Andel dage >100%	45%	29%	42%
	Andel dage >105%	23%	18%	26%
	Andel dage >115%	3%	11%	6%
	Belægningspct. 75-percentil	105%	102%	106%

(Continued)

Hvidovre/Amager Hospital

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Gyn.-obst. afd.	Belægningspct. gns.	100%	95%	98%
Infektionsmedicinsk afd.	Belægning	29,3	28,3	27,8
	Disp. senge	28,0	28,0	28,0
	Andel dage > 95%	90%	86%	71%
	Andel dage >100%	65%	46%	35%
	Andel dage >105%	39%	29%	29%
	Andel dage >115%	10%	0%	6%
	Belægningspct. 75-percentil	107%	107%	107%
	Belægningspct. gns.	105%	101%	99%
Kir.gastroenterologisk afsnit	Belægning	87,2	83,0	86,0
	Disp. senge	103,0	103,4	101,2
	Andel dage > 95%	16%	11%	26%
	Andel dage >100%	6%	4%	10%
	Andel dage >105%	3%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	93%	88%	96%
	Belægningspct. gns.	85%	80%	85%
Med. gastroenterologisk afsnit	Belægning	33,2	33,0	34,4
	Disp. senge	34,2	37,8	37,2
	Andel dage > 95%	55%	11%	26%
	Andel dage >100%	29%	7%	6%
	Andel dage >105%	10%	0%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	103%	92%	97%
	Belægningspct. gns.	97%	87%	92%
Medicinsk Enhed	Belægning	89,6	88,5	86,0
	Disp. senge	83,0	83,0	83,0
	Andel dage > 95%	97%	100%	97%
	Andel dage >100%	87%	93%	68%
	Andel dage >105%	65%	61%	35%
	Andel dage >115%	3%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	112%	109%	108%
	Belægningspct. gns.	108%	107%	104%
Medicinsk afdeling AH	Belægning	76,0	74,6	71,9
	Disp. senge	72,5	69,0	68,5
	Andel dage > 95%	97%	100%	94%
	Andel dage >100%	77%	89%	77%
	Andel dage >105%	58%	61%	52%
	Andel dage >115%	0%	14%	3%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2015 - kl.23
 Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
 arbejdsmiljøet på hospitalerne
 Bilag 4 - Side -13 af 28

13

Hvidovre/Amager Hospital

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Medicinsk afdeling AH	Belægningspct. 75-percentil	110%	112%	109%
	Belægningspct. gns.	105%	108%	105%
Ortopæd-kirurgisk afdeling	Belægning	83,9	79,5	80,8
	Disp. senge	95,9	93,4	93,6
	Andel dage > 95%	19%	14%	19%
	Andel dage >100%	6%	4%	10%
	Andel dage >105%	0%	0%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	95%	94%	93%
	Belægningspct. gns.	87%	85%	86%
Palliativ senge	Belægning	4,1	4,5	4,9
	Disp. senge	6,0	6,0	6,0
	Andel dage > 95%	13%	7%	26%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	83%	83%	100%
	Belægningspct. gns.	69%	75%	82%
Total:				
Belægning total		574,5	567,9	560,2
Disp. senge total		622,5	621,4	619,5
Afd.overbelæg gns.		19	18	13
Belægningspct.		92%	91%	90%

Gentofte Hospital

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Akutklinik	Belægning	19,8	20,7	18,2
	Disp. senge	21,0	21,0	21,0
	Andel dage > 95%	58%	68%	39%
	Andel dage >100%	32%	36%	13%
	Andel dage >105%	19%	29%	6%
	Andel dage >115%	0%	4%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	105%	110%	100%
	Belægningspct. gns.	94%	99%	87%
Hjertemedicinsk afd. P	Belægning	35,4	40,8	39,5
	Disp. senge	51,0	50,6	47,0
	Andel dage > 95%	0%	7%	16%
	Andel dage >100%	0%	4%	3%
	Andel dage >105%	0%	0%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	78%	89%	94%
	Belægningspct. gns.	69%	81%	84%
Hud- og allergiafdeling K	Belægning	3,8	2,9	2,2
	Disp. senge	5,0	5,0	4,5
	Andel dage > 95%	19%	11%	0%
	Andel dage >100%	6%	0%	0%
	Andel dage >105%	6%	0%	0%
	Andel dage >115%	6%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	80%	70%	60%
	Belægningspct. gns.	76%	58%	49%
Intensiv afdeling I	Belægning	5,0	5,2	4,7
	Disp. senge	6,0	6,0	6,0
	Andel dage > 95%	32%	43%	19%
	Andel dage >100%	3%	4%	0%
	Andel dage >105%	3%	4%	0%
	Andel dage >115%	3%	4%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	100%	83%
	Belægningspct. gns.	83%	87%	78%
Lungemedicinsk afd. Y	Belægning	26,1	26,0	25,8
	Disp. senge	29,0	29,0	29,0
	Andel dage > 95%	48%	36%	32%
	Andel dage >100%	16%	18%	13%
	Andel dage >105%	13%	0%	6%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	100%	97%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2015 - kl.23
 Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
 arbejdsmiljøet på hospitalerne
 Bilag 4 - Side -15 af 28

15

Gentofte Hospital

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Lungemedicinsk afd. Y	Belægningspct. gns.	90%	90%	89%
Medicinsk afd. C1	Belægning	26,8	27,4	25,5
	Disp. senge	24,0	24,0	24,0
	Andel dage > 95%	100%	100%	84%
	Andel dage >100%	81%	96%	61%
	Andel dage >105%	68%	89%	45%
	Andel dage >115%	35%	54%	26%
	Belægningspct. 75-percentil	121%	117%	117%
	Belægningspct. gns.	112%	114%	106%
Medicinsk afd. C2	Belægning	13,4	14,0	12,7
	Disp. senge	12,0	12,0	12,0
	Andel dage > 95%	81%	89%	74%
	Andel dage >100%	65%	82%	58%
	Andel dage >105%	65%	82%	58%
	Andel dage >115%	55%	57%	42%
	Belægningspct. 75-percentil	133%	125%	117%
	Belægningspct. gns.	112%	117%	106%
Medicinsk afd. F	Belægning	49,3	51,3	48,7
	Disp. senge	49,0	49,0	49,0
	Andel dage > 95%	84%	93%	71%
	Andel dage >100%	65%	82%	45%
	Andel dage >105%	26%	43%	26%
	Andel dage >115%	0%	4%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	106%	110%	106%
	Belægningspct. gns.	101%	105%	99%
Ortopædkirurgisk afdeling	Belægning	21,2	21,2	19,7
	Disp. senge	30,0	30,0	30,0
	Andel dage > 95%	32%	21%	29%
	Andel dage >100%	26%	21%	13%
	Andel dage >105%	23%	21%	6%
	Andel dage >115%	10%	7%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	103%	88%	97%
	Belægningspct. gns.	71%	71%	66%
Total:				
Belægning total		200,8	209,6	197,1
Disp. senge total		227,0	226,6	222,5
Afd.overbelæg gns.		9	10	6
Belægningspct.		88%	92%	89%

Glostrup Hospital

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Afd. for rygmarvsskader RS	Belægning	27,1	24,5	26,0
	Disp. senge	40,2	43,0	43,0
	Andel dage > 95%	10%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	88%	71%	81%
	Belægningspct. gns.	67%	57%	60%
Anæstesiologisk afd. Y	Belægning	4,8	4,7	5,1
	Disp. senge	6,0	6,0	6,0
	Andel dage > 95%	23%	21%	29%
	Andel dage >100%	6%	11%	16%
	Andel dage >105%	6%	11%	16%
	Andel dage >115%	6%	11%	16%
	Belægningspct. 75-percentil	83%	83%	100%
	Belægningspct. gns.	80%	79%	85%
Medicinsk afd. M	Belægning	95,6	97,8	90,8
	Disp. senge	93,0	93,0	93,0
	Andel dage > 95%	87%	96%	58%
	Andel dage >100%	65%	75%	48%
	Andel dage >105%	42%	46%	42%
	Andel dage >115%	3%	0%	13%
	Belægningspct. 75-percentil	109%	112%	108%
	Belægningspct. gns.	103%	105%	98%
Neurologisk afd. N	Belægning	92,0	87,3	93,4
	Disp. senge	103,1	105,0	104,0
	Andel dage > 95%	13%	7%	23%
	Andel dage >100%	3%	0%	6%
	Andel dage >105%	3%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	93%	90%	94%
	Belægningspct. gns.	89%	83%	90%
Respirationscenter øst	Belægning	6,1	6,3	6,5
	Disp. senge	12,5	14,0	14,0
	Andel dage > 95%	3%	0%	0%
	Andel dage >100%	3%	0%	0%
	Andel dage >105%	3%	0%	0%
	Andel dage >115%	3%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	64%	54%	64%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 4 - Side -17 af 28

Glostrup Hospital

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Respirationscenter øst	Belægningspct. gns.	49%	45%	46%
Traumatisk hjerneskade	Belægning	18,7	18,1	16,9
	Disp. senge	22,0	22,0	22,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	86%	86%	77%
	Belægningspct. gns.	85%	82%	77%
Videncenter reum/ryg VRR	Belægning	29,2	30,8	29,9
	Disp. senge	40,0	40,0	40,0
	Andel dage > 95%	3%	4%	3%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	83%	85%	85%
	Belægningspct. gns.	73%	77%	75%
Øjenafdeling RH, børn	Belægning	0,3	0,4	0,4
	Disp. senge	0,7	0,7	0,9
	Andel dage > 95%	10%	11%	10%
	Andel dage >100%	0%	4%	0%
	Andel dage >105%	0%	4%	0%
	Andel dage >115%	0%	4%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	100%	50%
	Belægningspct. gns.	45%	50%	39%
Øjenafdeling RH, voksne	Belægning	0,7	0,7	0,7
	Disp. senge	0,8	1,0	1,2
	Andel dage > 95%	29%	32%	26%
	Andel dage >100%	13%	4%	10%
	Andel dage >105%	13%	4%	10%
	Andel dage >115%	13%	4%	10%
	Belægningspct. 75-percentil	150%	100%	100%
	Belægningspct. gns.	96%	71%	64%
Øjenafdeling Ø	Belægning	6,9	6,5	6,9
	Disp. senge	11,0	11,0	11,0
	Andel dage > 95%	13%	11%	6%
	Andel dage >100%	10%	4%	3%
	Andel dage >105%	10%	4%	3%
	Andel dage >115%	6%	0%	3%

(Continued)

Punkt nr. 12 - **Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne**
 Bilag 4 - Side -18 af 28

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2015 - kl.23
 Månedlige gennemsnit

18

Glostrup Hospital

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Øjenafdeling Ø	Belægningspct. 75-percentil	91%	82%	73%
	Belægningspct. gns.	63%	59%	63%
Total:				
Belægning total		281,5	277,0	276,5
Disp. senge total		329,3	335,7	335,1
Afd.overbelæg gns.		5	6	5
Belægningspct.		86%	83%	83%

Herlev Hospital

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Akutmodtagelsen	Belægning	30,7	33,0	31,7
	Disp. senge	37,0	37,0	37,0
	Andel dage > 95%	32%	32%	32%
	Andel dage >100%	26%	29%	16%
	Andel dage >105%	23%	25%	13%
	Andel dage >115%	6%	4%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	103%	104%	100%
	Belægningspct. gns.	83%	89%	86%
Anæstesiologisk afdeling I	Belægning	9,2	8,9	8,9
	Disp. senge	12,0	12,0	12,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	83%	83%	83%
	Belægningspct. gns.	77%	74%	74%
Brystkirurgisk afd. F	Belægning	1,3	1,4	1,2
	Disp. senge	5,4	5,7	5,7
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	38%	38%	38%
	Belægningspct. gns.	24%	25%	22%
Børneafdeling E sengeafd.	Belægning	55,7	54,2	50,2
	Disp. senge	76,0	76,0	76,0
	Andel dage > 95%	6%	4%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	80%	81%	75%
	Belægningspct. gns.	73%	71%	66%
Gastroenheden Kir. Med D, sengea	Belægning	97,5	92,4	99,9
	Disp. senge	96,0	96,0	96,0
	Andel dage > 95%	81%	57%	84%
	Andel dage >100%	52%	29%	74%
	Andel dage >105%	35%	7%	48%
	Andel dage >115%	3%	0%	10%
	Belægningspct. 75-percentil	107%	102%	110%

(Continued)

Herlev Hospital

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Gastroenheden Kir. Med D, sengea	Belægningspct. gns.	102%	96%	104%
Gynækologisk afdeling G-1	Belægning	12,8	11,6	11,6
	Disp. senge	22,7	21,0	23,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	74%	63%	61%
	Belægningspct. gns.	56%	55%	50%
Kardiologisk afdeling S	Belægning	26,5	27,7	29,8
	Disp. senge	28,0	28,0	28,0
	Andel dage > 95%	45%	71%	87%
	Andel dage >100%	32%	43%	68%
	Andel dage >105%	29%	25%	55%
	Andel dage >115%	3%	7%	16%
	Belægningspct. 75-percentil	107%	105%	114%
	Belægningspct. gns.	95%	99%	106%
Medicinsk afdeling O sengeafd.	Belægning	89,8	94,4	87,6
	Disp. senge	92,0	92,0	92,0
	Andel dage > 95%	55%	82%	52%
	Andel dage >100%	42%	57%	35%
	Andel dage >105%	32%	43%	13%
	Andel dage >115%	0%	4%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	107%	109%	102%
	Belægningspct. gns.	98%	103%	95%
Medicinsk hæmatologisk afd. L	Belægning	51,0	52,5	53,5
	Disp. senge	52,0	52,0	52,0
	Andel dage > 95%	42%	82%	74%
	Andel dage >100%	42%	50%	52%
	Andel dage >105%	32%	36%	39%
	Andel dage >115%	6%	0%	13%
	Belægningspct. 75-percentil	108%	106%	108%
	Belægningspct. gns.	98%	101%	103%
Nefrologisk afdeling B	Belægning	21,5	24,9	24,3
	Disp. senge	22,0	22,0	22,0
	Andel dage > 95%	65%	93%	97%
	Andel dage >100%	35%	75%	71%
	Andel dage >105%	26%	64%	61%
	Andel dage >115%	10%	43%	32%

(Continued)

Herlev Hospital

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Nefrologisk afdeling B	Belægningspct. 75-percentil	109%	125%	118%
	Belægningspct. gns.	98%	113%	110%
Neurologisk afdeling N, sengeafd	Belægning	50,9	52,1	43,5
	Disp. senge	55,8	56,0	56,0
	Andel dage > 95%	35%	32%	3%
	Andel dage >100%	19%	18%	0%
	Andel dage >105%	6%	11%	0%
	Andel dage >115%	3%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	98%	99%	89%
	Belægningspct. gns.	91%	93%	78%
Obstetrisk afdeling G-2	Belægning	19,0	19,6	26,3
	Disp. senge	24,0	24,0	24,0
	Andel dage > 95%	16%	29%	48%
	Andel dage >100%	6%	18%	39%
	Andel dage >105%	6%	14%	39%
	Andel dage >115%	3%	4%	39%
	Belægningspct. 75-percentil	88%	96%	158%
	Belægningspct. gns.	79%	82%	110%
Onkologisk afd. R	Belægning	28,6	23,7	24,4
	Disp. senge	30,3	30,8	30,7
	Andel dage > 95%	48%	14%	16%
	Andel dage >100%	35%	0%	16%
	Andel dage >105%	32%	0%	13%
	Andel dage >115%	19%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	112%	85%	91%
	Belægningspct. gns.	94%	77%	79%
Ortopæd-kirurgisk afdeling T	Belægning	61,1	60,9	63,0
	Disp. senge	62,5	61,4	62,5
	Andel dage > 95%	61%	75%	81%
	Andel dage >100%	45%	46%	48%
	Andel dage >105%	26%	39%	35%
	Andel dage >115%	0%	0%	10%
	Belægningspct. 75-percentil	105%	107%	109%
	Belægningspct. gns.	98%	99%	101%
Palliationsenheden seng	Belægning	4,6	4,3	3,3
	Disp. senge	5,6	6,0	5,8
	Andel dage > 95%	29%	18%	6%
	Andel dage >100%	10%	0%	0%
	Andel dage >105%	10%	0%	0%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
 arbejdsmiljøet på hospitalerne
 Bilag 4 - Side -22 af 28

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2015 - kl.23
 Månedlige gennemsnit

22

Herlev Hospital

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Palliationsenheden seng	Andel dage >115%	10%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	83%	67%
	Belægningspct. gns.	83%	72%	57%
Patienthotellet PH	Belægning	13,3	12,6	13,1
	Disp. senge	19,0	19,0	19,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	6%
	Andel dage >100%	0%	0%	6%
	Andel dage >105%	0%	0%	6%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	84%	79%	84%
	Belægningspct. gns.	70%	66%	69%
Plastikkirurgisk afdeling V	Belægning	8,9	10,2	9,3
	Disp. senge	17,6	18,0	17,6
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	61%	67%	67%
	Belægningspct. gns.	51%	57%	53%
Urologisk afd. H	Belægning	61,5	60,7	57,8
	Disp. senge	71,8	64,9	64,7
	Andel dage > 95%	26%	43%	26%
	Andel dage >100%	13%	39%	16%
	Andel dage >105%	10%	25%	10%
	Andel dage >115%	3%	4%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	96%	104%	97%
	Belægningspct. gns.	86%	94%	89%
Total:				
Belægning total		644,0	645,3	639,4
Disp. senge total		729,6	721,8	724,0
Afd. overbelæg gns.		17	18	25
Belægningspct.		88%	89%	88%

Hospitalerne i Nordsjælland

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
FS Akutklinik, senge	Belægning	8,3	9,8	8,1
	Disp. senge	10,0	10,0	10,0
	Andel dage > 95%	26%	50%	29%
	Andel dage >100%	16%	43%	26%
	Andel dage >105%	16%	43%	26%
	Andel dage >115%	10%	25%	10%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	115%	110%
	Belægningspct. gns.	83%	98%	81%
FS Kardio-Endokrin Afd., senge	Belægning	32,9	31,0	30,8
	Disp. senge	30,0	30,0	30,0
	Andel dage > 95%	94%	82%	77%
	Andel dage >100%	81%	54%	58%
	Andel dage >105%	74%	39%	45%
	Andel dage >115%	23%	11%	6%
	Belægningspct. 75-percentil	113%	112%	110%
	Belægningspct. gns.	110%	103%	103%
FS Kir. Afd., Med. Gas., senge	Belægning	28,0	28,5	28,1
	Disp. senge	27,0	27,0	27,0
	Andel dage > 95%	94%	82%	81%
	Andel dage >100%	68%	61%	61%
	Andel dage >105%	45%	54%	48%
	Andel dage >115%	3%	11%	16%
	Belægningspct. 75-percentil	107%	113%	111%
	Belægningspct. gns.	104%	105%	104%
FS Lunge- & Infmed. Afd, senge	Belægning	29,3	23,2	26,3
	Disp. senge	27,0	27,0	27,0
	Andel dage > 95%	100%	43%	68%
	Andel dage >100%	87%	29%	26%
	Andel dage >105%	61%	18%	26%
	Andel dage >115%	6%	4%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	115%	104%	107%
	Belægningspct. gns.	109%	86%	97%
FS Neurorehab. Afd.,senge	Belægning	15,3	17,2	13,9
	Disp. senge	19,0	19,0	19,0
	Andel dage > 95%	6%	21%	3%
	Andel dage >100%	0%	7%	0%
	Andel dage >105%	0%	7%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	89%	95%	84%

(Continued)

Hospitalerne i Nordsjælland

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
FS Neurorehab. Afd.,senge	Belægningspct. gns.	80%	91%	73%
FS Palliativ Afd.,senge	Belægning	8,7	9,0	8,1
	Disp. senge	9,6	10,0	9,6
	Andel dage > 95%	42%	36%	23%
	Andel dage >100%	0%	0%	13%
	Andel dage >105%	0%	0%	13%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	100%	90%
	Belægningspct. gns.	91%	90%	85%
HI Børne- og ungeafd., senge	Belægning	34,9	40,1	39,1
	Disp. senge	48,0	48,0	48,0
	Andel dage > 95%	3%	14%	16%
	Andel dage >100%	0%	7%	3%
	Andel dage >105%	0%	4%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	79%	90%	90%
	Belægningspct. gns.	73%	84%	81%
HI Gynækologisk Afd., senge	Belægning	7,7	7,2	7,7
	Disp. senge	12,4	12,7	12,7
	Andel dage > 95%	6%	11%	10%
	Andel dage >100%	6%	7%	3%
	Andel dage >105%	6%	7%	3%
	Andel dage >115%	6%	4%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	73%	69%	80%
	Belægningspct. gns.	62%	56%	61%
HI Intensiv Afd., senge	Belægning	20,1	21,0	21,2
	Disp. senge	24,0	24,0	24,0
	Andel dage > 95%	0%	25%	23%
	Andel dage >100%	0%	4%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	88%	94%	92%
	Belægningspct. gns.	84%	87%	88%
HI Kard-Nefro-Endo Afd., senge	Belægning	67,6	67,0	63,6
	Disp. senge	69,0	69,0	69,0
	Andel dage > 95%	65%	68%	42%
	Andel dage >100%	45%	25%	23%
	Andel dage >105%	19%	14%	16%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%

(Continued)

Hospitalerne i Nordsjælland

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
HI Kard-Nefro-Endo Afd., senge	Belægningspct. 75-percentil	103%	101%	100%
	Belægningspct. gns.	98%	97%	92%
HI Kirurgisk Afd., senge	Belægning	51,7	49,2	53,2
	Disp. senge	57,0	57,0	57,0
	Andel dage > 95%	48%	25%	42%
	Andel dage >100%	29%	0%	29%
	Andel dage >105%	16%	0%	19%
	Andel dage >115%	0%	0%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	102%	96%	104%
	Belægningspct. gns.	91%	86%	93%
HI Lunge- & Infmed. Afd, senge	Belægning	47,2	45,6	44,3
	Disp. senge	45,0	45,0	45,0
	Andel dage > 95%	90%	79%	74%
	Andel dage >100%	68%	50%	35%
	Andel dage >105%	55%	36%	16%
	Andel dage >115%	10%	7%	6%
	Belægningspct. 75-percentil	109%	109%	102%
	Belægningspct. gns.	105%	101%	98%
HI Neurologisk Afd., senge	Belægning	42,2	41,3	39,7
	Disp. senge	41,0	41,0	41,0
	Andel dage > 95%	81%	68%	61%
	Andel dage >100%	58%	54%	42%
	Andel dage >105%	39%	50%	29%
	Andel dage >115%	3%	7%	6%
	Belægningspct. 75-percentil	110%	112%	107%
	Belægningspct. gns.	103%	101%	97%
HI Obstetrisk Afd., senge	Belægning	18,9	18,4	20,2
	Disp. senge	20,0	20,0	20,0
	Andel dage > 95%	45%	36%	52%
	Andel dage >100%	35%	25%	48%
	Andel dage >105%	35%	25%	48%
	Andel dage >115%	29%	7%	32%
	Belægningspct. 75-percentil	115%	103%	120%
	Belægningspct. gns.	94%	92%	101%
HI Onkologisk Afd., senge	Belægning	21,0	22,6	20,5
	Disp. senge	20,0	20,0	20,0
	Andel dage > 95%	74%	89%	61%
	Andel dage >100%	58%	71%	48%
	Andel dage >105%	58%	71%	48%

(Continued)

Hospitalerne i Nordsjælland

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
HI Onkologisk Afd., senge	Andel dage >115%	26%	43%	26%
	Belægningspct. 75-percentil	115%	125%	115%
	Belægningspct. gns.	105%	113%	103%
HI Ortkir. Afd., senge	Belægning	51,7	51,5	50,3
	Disp. senge	57,0	56,0	57,8
	Andel dage > 95%	39%	43%	32%
	Andel dage >100%	23%	29%	10%
	Andel dage >105%	16%	11%	6%
	Andel dage >115%	6%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	102%	97%
	Belægningspct. gns.	91%	92%	87%
HI Patienthotel Afd., senge	Belægning	8,3	8,1	9,6
	Disp. senge	14,9	13,0	13,3
	Andel dage > 95%	0%	0%	3%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	69%	69%	85%
	Belægningspct. gns.	56%	62%	72%
HI Øre-næse-halsafd., senge	Belægning	10,7	10,3	9,7
	Disp. senge	13,0	13,1	13,1
	Andel dage > 95%	26%	21%	13%
	Andel dage >100%	16%	14%	6%
	Andel dage >105%	16%	14%	6%
	Andel dage >115%	3%	4%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	93%	91%
	Belægningspct. gns.	82%	78%	74%
HI, Akutafd., senge	Belægning	43,5	46,8	42,8
	Disp. senge	44,0	44,0	44,0
	Andel dage > 95%	61%	82%	48%
	Andel dage >100%	39%	64%	42%
	Andel dage >105%	35%	54%	39%
	Andel dage >115%	19%	25%	23%
	Belægningspct. 75-percentil	111%	115%	114%
	Belægningspct. gns.	99%	106%	97%
Total:				
Belægning total		547,9	547,6	537,2
Disp. senge total		588,0	585,8	587,5

(Continued)

Hospitalerne i Nordsjælland

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Afd.overbelæg gns.		22	20	18
Belægningspct.		93%	93%	91%

Bornholms Hospital

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Afdeling				
Kirurgisk sengeafs.	Belægning	24,4	29,2	28,2
	Disp. senge	34,2	34,7	34,7
	Andel dage > 95%	3%	25%	16%
	Andel dage >100%	0%	4%	10%
	Andel dage >105%	0%	0%	6%
	Andel dage >115%	0%	0%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	81%	94%	89%
	Belægningspct. gns.	71%	84%	81%
Medicinsk sengeafs.	Belægning	54,8	52,7	48,0
	Disp. senge	57,0	57,0	61,0
	Andel dage > 95%	58%	36%	6%
	Andel dage >100%	29%	14%	0%
	Andel dage >105%	23%	14%	0%
	Andel dage >115%	3%	4%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	104%	97%	85%
	Belægningspct. gns.	96%	92%	79%
Total:				
Belægning total		79,1	81,9	76,3
Disp. senge total		91,2	91,7	95,7
Afd.overbelæg gns.		1	1	0
Belægningspct.		87%	89%	80%

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 5 - Side -1 af 17
Speciale: Akut

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23

Månedlige gennemsnit

1

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Hospital:													
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital	Belægning	48,1	50,9	50,8	47,9	48,1	44,9	48,1	43,8	43,9	46,7	49,8	52,9
	Disp. senge	72,0	72,0	72,0	63,3	63,0	63,9	64,0	64,0	64,0	68,0	70,0	72,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	72%	76%	76%	84%	81%	77%	78%	75%	73%	74%	75%	78%
	Belægningspct. gns.	67%	71%	71%	76%	76%	70%	75%	68%	69%	69%	71%	73%
Hvidovre/Amager Hospital	Belægning	35,1	38,8	34,6	37,7	35,3	34,8	35,3	34,7	34,8	36,5	35,5	33,9
	Disp. senge	42,0	42,0	42,0	42,0	42,0	42,0	42,0	42,0	42,0	42,0	42,0	42,0
	Andel dage > 95%	61%	96%	42%	70%	61%	53%	52%	48%	63%	58%	50%	39%
	Andel dage >100%	45%	61%	26%	43%	29%	33%	26%	19%	37%	32%	37%	19%
	Andel dage >105%	45%	50%	23%	40%	26%	30%	26%	19%	27%	23%	33%	19%
	Andel dage >115%	26%	29%	3%	20%	10%	20%	13%	3%	17%	16%	23%	10%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	106%	93%	100%	100%	98%	97%	93%	100%	100%	95%	92%
	Belægningspct. gns.	84%	92%	82%	90%	84%	83%	84%	83%	83%	87%	84%	81%
Gentofte Hospital	Belægning	17,0	18,6	19,3	21,2	18,6	17,0	17,3	17,4	18,7	18,4	15,9	16,8
	Disp. senge	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0
	Andel dage > 95%	26%	43%	39%	77%	35%	20%	16%	19%	47%	29%	10%	10%
	Andel dage >100%	6%	14%	32%	47%	13%	10%	6%	6%	17%	13%	3%	3%
	Andel dage >105%	3%	4%	19%	27%	10%	3%	3%	0%	13%	6%	3%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	10%	3%	3%	0%	3%	0%	3%	0%	3%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	95%	100%	105%	110%	95%	90%	90%	90%	100%	95%	86%	86%
	Belægningspct. gns.	81%	88%	92%	101%	88%	81%	82%	83%	89%	87%	76%	80%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 5 - Side -2 af 17
Speciale: Akut

Belægningsgraden af disponible senge på onholdsafdelinger 2014 - kl.23

Månedlige gennemsnit

2

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Hospital:													
Herlev Hospital	Belægning	23,3	24,6	26,1	30,5	25,8	27,2	25,5	28,8	27,9	26,6	27,7	29,6
	Disp. senge	37,0	37,0	37,0	37,0	37,0	37,0	37,0	37,0	37,0	37,0	37,0	37,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	6%	27%	6%	7%	3%	19%	7%	6%	17%	26%
	Andel dage >100%	0%	0%	3%	7%	3%	7%	3%	10%	0%	0%	10%	13%
	Andel dage >105%	0%	0%	3%	3%	0%	3%	0%	3%	0%	0%	7%	6%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	73%	74%	78%	97%	78%	86%	78%	89%	84%	84%	92%	97%
	Belægningspct. gns.	63%	66%	70%	82%	70%	74%	69%	78%	75%	72%	75%	80%
Hospitalet i Nordsjælland	Belægning	45,9	48,6	43,5	46,2	46,6	43,2	45,5	49,3	48,4	48,7	45,1	49,5
	Disp. senge	54,0	54,0	54,0	54,0	54,0	54,0	54,0	54,0	54,0	54,0	54,0	54,0
	Andel dage > 95%	19%	36%	19%	27%	26%	17%	23%	39%	27%	29%	13%	55%
	Andel dage >100%	6%	32%	6%	13%	19%	7%	6%	26%	20%	26%	7%	32%
	Andel dage >105%	6%	21%	3%	13%	6%	3%	0%	19%	10%	19%	7%	26%
	Andel dage >115%	6%	4%	0%	7%	3%	3%	0%	3%	3%	3%	3%	6%
	Belægningspct. 75-percentil	93%	104%	94%	96%	96%	89%	93%	104%	96%	104%	89%	106%
	Belægningspct. gns.	85%	90%	81%	85%	86%	80%	84%	91%	90%	90%	83%	92%
Total:													
Belægning total		169,4	181,4	174,3	183,5	174,4	167,1	171,6	174,0	173,7	177,0	173,8	182,8
Disp. senge total		226,0	226,0	226,0	217,3	217,0	217,9	218,0	218,0	218,0	222,0	224,0	226,0
Afd.overbelægn.gns.		2,8	4,1	2,4	4,0	2,4	1,8	1,5	2,7	3,2	3,2	2,4	3,8
Belægningspct.		75%	80%	77%	84%	80%	77%	79%	80%	80%	80%	78%	81%

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 5 - Side -3 af 17
Speciale: Børn

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23

3

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Hospital:													
Rigshospitalet	Belægning	108,2	113,9	107,5	102,3	97,2	90,8	79,0	96,5	103,6	102,2	100,2	97,0
	Disp. senge	149,7	146,0	150,1	143,9	149,8	146,2	123,0	135,5	150,4	145,6	150,0	143,2
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	76%	82%	76%	75%	68%	66%	68%	74%	74%	74%	71%	72%
	Belægningspct. gns.	72%	78%	72%	71%	65%	62%	64%	71%	69%	70%	67%	68%
Hvidovre/Amager Hospital	Belægning	58,2	78,1	69,7	68,4	62,5	59,2	51,1	49,7	51,1	47,2	51,6	52,3
	Disp. senge	77,0	75,8	77,0	77,0	77,0	76,6	66,5	77,0	77,0	75,9	77,0	76,5
	Andel dage > 95%	3%	71%	35%	30%	10%	3%	3%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	3%	61%	19%	17%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	3%	43%	16%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	21%	6%	7%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	79%	110%	99%	97%	90%	84%	85%	71%	71%	67%	71%	75%
	Belægningspct. gns.	76%	103%	90%	89%	81%	77%	77%	65%	66%	62%	67%	68%
Herlev Hospital	Belægning	46,0	57,2	44,7	49,8	50,4	40,9	32,9	38,5	46,0	45,4	53,7	54,7
	Disp. senge	75,5	76,0	76,0	76,0	76,0	75,5	62,0	68,3	76,0	76,0	76,0	76,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	7%	3%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	67%	83%	66%	74%	75%	58%	58%	66%	66%	64%	78%	86%
	Belægningspct. gns.	61%	75%	59%	66%	66%	54%	53%	56%	61%	60%	71%	72%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 5 - Side -4 af 17
Speciale: Børn

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23

Månedlige gennemsnit

4

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Hospital:													
Hospitalerne i Nordsjælland	Belægning	37,8	47,2	40,3	34,1	31,5	39,4	30,2	37,9	40,4	34,0	37,8	34,7
	Disp. senge	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0
	Andel dage > 95%	16%	61%	29%	7%	0%	10%	0%	0%	13%	10%	17%	6%
	Andel dage >100%	3%	46%	10%	0%	0%	3%	0%	0%	7%	6%	3%	0%
	Andel dage >105%	0%	32%	6%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	3%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	7%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	88%	106%	96%	75%	75%	88%	71%	88%	94%	81%	88%	81%
	Belægningspct. gns.	79%	98%	84%	71%	66%	82%	63%	79%	84%	71%	79%	72%
Total:													
Belægning total		250,1	296,4	262,2	254,6	241,5	230,3	193,1	222,7	241,0	228,7	243,3	238,7
Disp. senge total		350,3	345,7	351,1	344,9	350,8	346,3	299,5	328,9	351,4	345,5	351,0	343,7
Afd.overbelægn.gns.		0,8	7,4	2,2	2,9	0,7	0,9	1,2	2,7	0,9	0,8	0,2	0,1
Belægningspct.		71%	86%	75%	74%	69%	66%	64%	68%	69%	66%	69%	69%

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 5 - Side -5 af 17

Speciale: Gyn/obs

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Hospital:													
Rigshospitalet	Belægning	77,5	77,2	61,8	67,8	66,0	74,8	67,5	76,2	73,9	75,8	77,5	67,2
	Disp. senge	100,8	99,5	101,0	99,0	101,0	99,4	95,0	96,4	101,0	99,6	101,0	98,7
	Andel dage > 95%	3%	4%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	82%	82%	68%	73%	70%	83%	76%	83%	77%	83%	85%	78%
	Belægningspct. gns.	77%	78%	61%	68%	65%	75%	71%	79%	73%	76%	77%	68%
Hvidovre/Amager Hospital	Belægning	62,2	59,4	57,6	62,3	57,4	58,0	58,5	58,9	59,9	61,4	61,8	56,7
	Disp. senge	67,3	66,2	67,1	64,3	64,2	64,3	63,0	64,0	64,5	64,7	65,0	64,5
	Andel dage > 95%	39%	32%	10%	57%	39%	33%	32%	48%	47%	48%	50%	23%
	Andel dage >100%	26%	7%	6%	50%	26%	13%	13%	29%	23%	29%	30%	16%
	Andel dage >105%	6%	0%	0%	20%	6%	7%	10%	16%	10%	19%	17%	16%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	10%	0%	0%	0%	3%	3%	3%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	101%	98%	90%	105%	102%	97%	97%	103%	100%	103%	105%	94%
	Belægningspct. gns.	92%	90%	86%	97%	89%	90%	93%	92%	93%	95%	95%	88%
Herlev Hospital	Belægning	35,6	34,7	37,2	34,1	34,1	36,2	36,0	36,0	35,7	37,0	33,9	29,2
	Disp. senge	50,7	44,7	47,0	44,9	45,5	46,5	38,2	41,2	46,8	45,7	47,0	44,4
	Andel dage > 95%	3%	7%	10%	7%	16%	3%	42%	32%	10%	6%	3%	0%
	Andel dage >100%	0%	4%	3%	0%	0%	3%	26%	19%	0%	6%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	19%	16%	0%	6%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	10%	6%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	78%	88%	85%	87%	87%	87%	102%	100%	83%	87%	85%	77%
	Belægningspct. gns.	70%	78%	79%	76%	75%	78%	94%	87%	76%	81%	72%	66%

(Continued)

**Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne**

Bilag 5 - Side -6 af 17

Speciale: Gyn/obs

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Hospital:													
Hospitalet i Nordsjælland	Belægning	25,2	26,9	24,7	26,0	26,1	27,9	28,4	26,8	29,0	28,7	27,4	22,4
	Disp. senge	35,7	35,7	35,4	35,1	35,2	35,3	33,9	35,4	35,9	35,9	35,3	35,4
	Andel dage > 95%	0%	7%	3%	7%	6%	13%	19%	13%	10%	10%	13%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	7%	3%	7%	13%	3%	7%	3%	10%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	3%	0%	3%	6%	3%	7%	0%	7%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	6%	0%	3%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	79%	82%	79%	84%	87%	90%	90%	92%	87%	89%	90%	74%
	Belægningspct. gns.	71%	75%	70%	74%	74%	79%	84%	76%	81%	80%	78%	63%
Total:													
Belægning total		200,5	198,3	181,3	190,3	183,6	196,9	190,4	198,0	198,5	202,9	200,6	175,4
Disp. senge total		254,4	246,1	250,5	243,2	245,8	245,5	230,0	236,9	248,1	246,0	248,3	243,0
Afd.overbelægn.gns.		1,5	1,1	0,8	3,4	2,2	2,8	5,2	3,5	2,9	5,0	3,4	1,7
Belægningspct.		79%	81%	72%	78%	75%	80%	83%	84%	80%	82%	81%	72%

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 5 - Side -7 af 17
Speciale: Kirurgi

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Hospital:													
Rigshospitalet	Belægning	322,9	327,4	332,3	301,8	312,2	310,6	247,6	276,4	328,6	305,0	314,4	292,8
	Disp. senge	437,5	423,1	439,9	422,8	443,2	429,8	317,6	355,6	437,2	420,6	436,6	406,4
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	77%	81%	78%	75%	75%	75%	82%	83%	77%	75%	75%	77%
	Belægningspct. gns.	74%	77%	76%	71%	70%	72%	78%	78%	75%	73%	72%	72%
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital	Belægning	138,2	145,7	145,3	135,0	139,1	147,5	117,1	117,5	144,8	148,6	147,0	127,7
	Disp. senge	203,2	204,4	200,2	191,0	197,1	195,9	153,7	171,6	203,9	199,0	200,2	183,9
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%	0%	3%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	74%	78%	81%	78%	76%	83%	85%	74%	76%	81%	79%	77%
	Belægningspct. gns.	68%	71%	73%	71%	71%	75%	76%	68%	71%	75%	73%	69%
Hvidovre/Amager Hospital	Belægning	165,6	155,5	160,3	165,1	162,7	162,4	141,1	150,6	170,4	156,7	167,8	163,1
	Disp. senge	196,6	204,5	208,7	193,2	195,6	195,8	159,7	183,6	200,0	199,2	204,0	189,5
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%	20%	3%	3%	10%	3%	10%	0%	10%	23%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	3%	0%	0%	0%	3%	10%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	89%	83%	82%	94%	88%	88%	93%	91%	91%	88%	91%	95%
	Belægningspct. gns.	84%	76%	77%	85%	83%	83%	88%	82%	85%	79%	82%	86%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 5 - Side -8 af 17
Speciale: Kirurgi

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Hospital:													
Gentofte Hospital	Belægning	23,9	18,9	21,9	17,9	18,5	18,1	14,5	15,2	22,7	19,1	22,0	18,8
	Disp. senge	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	29,6	18,0	24,2	30,0	30,0	30,0	30,0
	Andel dage > 95%	42%	18%	29%	27%	16%	27%	19%	16%	33%	19%	33%	29%
	Andel dage >100%	29%	14%	23%	13%	13%	10%	16%	13%	20%	16%	30%	19%
	Andel dage >105%	26%	11%	19%	7%	10%	0%	16%	13%	17%	16%	27%	13%
	Andel dage >115%	16%	7%	10%	7%	3%	0%	10%	0%	10%	10%	7%	6%
	Belægningspct. 75-percentil	107%	82%	100%	97%	83%	100%	94%	93%	100%	93%	107%	97%
	Belægningspct. gns.	80%	63%	73%	60%	62%	61%	81%	63%	76%	64%	73%	63%
Herlev Hospital	Belægning	227,9	216,8	233,2	229,6	227,0	222,5	189,1	219,8	215,7	218,1	219,3	202,0
	Disp. senge	233,2	229,1	236,2	230,4	240,3	240,7	216,9	210,7	236,3	234,2	248,9	241,5
	Andel dage > 95%	65%	46%	81%	73%	45%	30%	16%	84%	33%	42%	20%	0%
	Andel dage >100%	55%	21%	39%	50%	19%	10%	3%	71%	7%	16%	3%	0%
	Andel dage >105%	13%	4%	6%	13%	10%	0%	0%	45%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	10%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	103%	100%	103%	103%	100%	96%	94%	109%	96%	99%	94%	89%
	Belægningspct. gns.	98%	95%	99%	100%	94%	92%	87%	104%	91%	93%	88%	84%
Hospitalerne i Nordsjælland	Belægning	117,8	118,7	111,9	97,0	105,1	94,5	98,5	98,3	114,9	99,9	107,2	112,6
	Disp. senge	126,6	124,6	128,5	126,3	128,0	129,2	116,9	118,8	130,5	128,2	129,3	124,2
	Andel dage > 95%	52%	50%	10%	7%	10%	0%	6%	13%	20%	3%	7%	35%
	Andel dage >100%	29%	29%	0%	0%	0%	0%	6%	0%	7%	0%	0%	13%
	Andel dage >105%	6%	14%	0%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	102%	101%	93%	84%	89%	82%	91%	90%	93%	84%	86%	97%
	Belægningspct. gns.	93%	95%	87%	77%	82%	73%	84%	83%	88%	78%	83%	91%

(Continued)

**Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne**
Bilag 5 - Side -9 af 17
Speciale: Kirurgi

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Hospital:													
Bornholms Hospital	Belægning	29,3	26,4	25,1	25,6	23,2	26,4	23,8	22,6	24,0	23,3	19,6	23,5
	Disp. senge	35,7	37,0	37,0	37,0	37,0	36,7	29,0	30,3	34,9	34,9	34,3	33,4
	Andel dage > 95%	13%	11%	0%	3%	3%	0%	26%	0%	0%	3%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	92%	81%	73%	78%	73%	78%	97%	86%	76%	76%	62%	81%
	Belægningspct. gns.	82%	71%	68%	69%	63%	72%	82%	75%	69%	67%	57%	70%
Total:													
Belægning total		1.025,5	1.009,4	1.029,8	972,1	987,8	981,9	831,8	900,3	1.021,1	970,7	997,3	940,5
Disp. senge total		1.262,9	1.252,7	1.280,6	1.230,7	1.271,2	1.257,8	1.011,9	1.094,8	1.272,7	1.246,1	1.283,3	1.208,8
Afd.overbelægn.gns.		21,8	21,5	24,7	28,4	18,4	13,4	18,6	35,2	18,0	12,8	8,4	8,7
Belægningspct.		81%	81%	80%	79%	78%	78%	82%	82%	80%	78%	78%	78%

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 5 - Side -10 af 17
Speciale: Medicin

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23
Månedlige gennemsnit

10

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Hospital:													
Rigshospitalet	Belægning	263,4	261,1	259,2	240,6	242,7	246,0	199,6	227,6	249,5	242,7	244,1	226,5
	Disp. senge	333,8	331,1	334,6	324,6	334,4	331,8	264,5	308,3	335,1	330,2	332,2	314,5
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	83%	82%	80%	79%	78%	78%	80%	77%	79%	77%	77%	77%
	Belægningspct. gns.	79%	79%	77%	74%	73%	74%	75%	74%	74%	74%	73%	72%
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital	Belægning	189,7	198,5	188,9	202,6	195,5	179,7	166,4	170,8	182,8	183,4	189,2	193,3
	Disp. senge	211,0	211,0	211,0	207,0	201,7	192,8	180,4	193,2	207,0	199,0	205,1	208,0
	Andel dage > 95%	23%	43%	19%	83%	74%	30%	35%	6%	7%	19%	27%	35%
	Andel dage >100%	6%	11%	6%	50%	19%	7%	19%	0%	0%	0%	7%	13%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	6%	0%	0%	0%	3%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	95%	97%	95%	102%	100%	96%	98%	92%	92%	95%	96%	97%
	Belægningspct. gns.	90%	94%	90%	98%	97%	93%	92%	88%	88%	92%	92%	93%
Hvidovre/Amager Hospital	Belægning	235,0	234,2	220,4	230,5	221,5	216,2	219,3	225,6	230,8	231,2	229,2	220,4
	Disp. senge	238,0	232,7	228,0	230,0	231,8	232,8	227,0	229,1	231,4	234,5	234,6	229,1
	Andel dage > 95%	148%	189%	129%	150%	113%	90%	129%	148%	153%	165%	143%	119%
	Andel dage >100%	87%	111%	61%	100%	39%	20%	61%	71%	100%	77%	70%	48%
	Andel dage >105%	19%	39%	16%	47%	10%	0%	19%	29%	53%	19%	27%	26%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	103%	104%	102%	105%	99%	98%	101%	102%	107%	102%	102%	100%
	Belægningspct. gns.	99%	101%	97%	100%	96%	93%	97%	98%	100%	99%	98%	96%

(Continued)

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Hospital:													
Gentofte Hospital	Belægning	137,3	139,6	145,7	142,5	142,5	135,6	125,5	135,1	149,5	139,7	137,0	142,1
	Disp. senge	171,4	172,0	172,0	169,0	168,1	161,5	145,7	155,8	169,0	165,4	169,0	169,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	3%	7%	3%	7%	13%	13%	13%	0%	0%	10%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	3%	3%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	3%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	85%	85%	88%	91%	89%	89%	91%	90%	92%	88%	86%	88%
	Belægningspct. gns.	80%	81%	85%	84%	85%	84%	86%	87%	88%	84%	81%	84%
Glostrup Hospital	Belægning	88,2	87,1	92,1	86,6	89,1	85,3	76,8	82,4	87,3	91,2	86,5	93,8
	Disp. senge	93,0	93,0	93,0	93,0	93,0	93,0	80,1	86,5	93,0	93,0	93,0	89,6
	Andel dage > 95%	35%	50%	65%	37%	55%	27%	52%	52%	47%	71%	43%	77%
	Andel dage >100%	26%	29%	45%	20%	39%	13%	29%	39%	27%	29%	20%	71%
	Andel dage >105%	19%	11%	29%	10%	16%	7%	13%	26%	17%	13%	17%	58%
	Andel dage >115%	3%	4%	6%	0%	0%	0%	3%	6%	0%	3%	0%	16%
	Belægningspct. 75-percentil	102%	102%	106%	99%	104%	96%	103%	107%	102%	101%	99%	113%
	Belægningspct. gns.	95%	94%	99%	93%	96%	92%	96%	95%	94%	98%	93%	105%
Herlev Hospital	Belægning	217,3	210,0	212,0	210,0	212,0	204,6	188,7	191,1	202,1	191,0	206,9	211,4
	Disp. senge	223,7	224,0	223,7	223,4	224,4	221,2	185,0	196,0	223,0	225,1	220,3	219,4
	Andel dage > 95%	74%	43%	48%	53%	48%	37%	94%	68%	30%	6%	53%	58%
	Andel dage >100%	29%	0%	10%	23%	6%	10%	68%	29%	3%	0%	0%	26%
	Andel dage >105%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	23%	3%	0%	0%	0%	10%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	103%	96%	97%	100%	99%	97%	105%	101%	95%	89%	96%	101%
	Belægningspct. gns.	97%	94%	95%	94%	95%	93%	102%	98%	91%	85%	94%	96%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 5 - Side -12 af 17
Speciale: Medicin

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23

12

Månedlige gennemsnit

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Hospital:													
Hospitalerne i Nordsjælland	Belægning	233,0	236,0	210,5	210,4	214,6	211,6	209,6	211,0	212,9	221,6	214,1	211,5
	Disp. senge	240,0	240,0	231,6	227,8	227,0	225,2	219,0	219,7	222,0	228,0	228,0	227,0
	Andel dage > 95%	61%	79%	32%	43%	55%	40%	55%	58%	60%	58%	40%	45%
	Andel dage >100%	32%	29%	0%	13%	26%	10%	16%	26%	33%	42%	10%	16%
	Andel dage >105%	10%	7%	0%	0%	0%	3%	6%	3%	0%	3%	0%	6%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	103%	100%	96%	98%	100%	97%	98%	101%	100%	102%	97%	99%
	Belægningspct. gns.	97%	98%	91%	92%	95%	94%	96%	96%	96%	97%	94%	93%
Bornholms Hospital	Belægning	50,4	49,1	43,5	47,4	40,2	49,4	37,9	42,1	46,8	47,5	45,1	51,9
	Disp. senge	61,0	61,0	61,0	61,0	61,0	61,0	61,0	61,0	61,0	61,0	61,0	61,0
	Andel dage > 95%	13%	7%	3%	3%	0%	13%	0%	0%	7%	13%	0%	13%
	Andel dage >100%	3%	0%	3%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	3%	0%	3%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	89%	87%	75%	85%	74%	89%	70%	77%	85%	85%	82%	92%
	Belægningspct. gns.	83%	81%	71%	78%	66%	81%	62%	69%	77%	78%	74%	85%
Total:													
Belægning total		1.414,3	1.415,6	1.372,2	1.370,6	1.358,2	1.328,5	1.223,9	1.285,6	1.361,7	1.348,3	1.352,1	1.351,0
Disp. senge total		1.571,8	1.564,8	1.555,0	1.535,8	1.541,4	1.519,3	1.362,6	1.449,6	1.541,5	1.536,2	1.543,2	1.517,6
Afd. overbelægn. gns.		26,5	27,0	21,4	31,2	23,6	15,3	27,7	26,1	23,8	21,4	22,5	30,8
Belægningspct.		90%	90%	88%	89%	88%	87%	90%	89%	88%	88%	88%	89%

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Hospital:													
Rigshospitalet	Belægning	24,7	27,4	26,8	22,9	26,6	30,1	20,5	25,9	28,7	30,2	27,2	22,2
	Disp. senge	37,2	37,4	37,4	36,5	37,4	36,5	28,0	34,4	37,5	37,5	37,3	37,5
	Andel dage > 95%	0%	7%	0%	0%	0%	10%	10%	3%	10%	16%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	7%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	10%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	10%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	82%	84%	82%	71%	79%	87%	82%	87%	84%	89%	84%	68%
	Belægningspct. gns.	66%	73%	72%	63%	71%	82%	73%	75%	77%	81%	73%	59%
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital	Belægning	51,7	54,4	54,3	58,9	56,6	55,1	44,8	44,5	64,0	63,5	59,1	55,3
	Disp. senge	63,0	63,0	68,0	68,0	68,0	69,2	67,4	66,0	66,0	65,0	70,2	71,0
	Andel dage > 95%	10%	21%	10%	17%	6%	17%	0%	3%	67%	65%	13%	0%
	Andel dage >100%	3%	11%	0%	0%	3%	7%	0%	0%	20%	48%	7%	0%
	Andel dage >105%	0%	7%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	10%	23%	3%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	3%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	89%	90%	88%	93%	91%	90%	73%	79%	100%	105%	87%	85%
	Belægningspct. gns.	82%	86%	80%	87%	83%	80%	66%	67%	97%	98%	84%	78%
Glostrup Hospital	Belægning	91,7	91,9	88,3	75,5	84,8	86,4	66,3	82,4	85,0	92,5	83,4	71,6
	Disp. senge	105,6	108,0	108,0	103,0	108,0	108,0	94,9	103,2	106,0	100,0	100,0	94,2
	Andel dage > 95%	23%	0%	6%	3%	3%	0%	0%	0%	0%	42%	10%	0%
	Andel dage >100%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	23%	0%	0%
	Andel dage >105%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	16%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	94%	90%	89%	80%	85%	85%	75%	87%	87%	100%	91%	84%
	Belægningspct. gns.	87%	85%	82%	73%	79%	80%	70%	80%	80%	93%	83%	76%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 5 - Side -14 af 17
Speciale: Neurologi

Belægningsgraden af disponible senge på onkologiske afdelinger 2014 - kl.23

14

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Hospital:													
Herlev Hospital	Belægning	33,6	31,9	31,7	32,3	31,8	33,5	20,6	28,1	30,5	38,6	47,6	45,1
	Disp. senge	41,0	41,0	41,0	41,0	41,0	40,8	34,0	38,7	41,0	48,3	50,0	50,0
	Andel dage > 95%	16%	7%	6%	7%	3%	23%	0%	6%	13%	19%	47%	29%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	3%	3%	7%	0%	3%	7%	10%	33%	16%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	10%	13%	10%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	90%	85%	88%	88%	88%	93%	71%	88%	85%	94%	104%	98%
	Belægningspct. gns.	82%	78%	77%	79%	78%	82%	61%	72%	74%	80%	95%	90%
Hospitalet i Nordsjælland	Belægning	60,3	55,4	58,9	53,0	58,5	53,1	49,1	55,7	51,9	55,9	54,5	52,4
	Disp. senge	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0	59,0	59,0	59,0	59,0	59,0	59,0
	Andel dage > 95%	65%	39%	58%	20%	61%	27%	6%	45%	23%	45%	27%	32%
	Andel dage >100%	61%	18%	48%	13%	39%	3%	3%	39%	10%	26%	17%	23%
	Andel dage >105%	42%	4%	26%	0%	13%	0%	3%	29%	0%	16%	13%	6%
	Andel dage >115%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	10%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	108%	99%	105%	95%	103%	97%	90%	105%	95%	102%	97%	100%
	Belægningspct. gns.	100%	92%	98%	88%	97%	88%	83%	94%	88%	95%	92%	89%
Total:													
Belægning total		262,0	260,9	260,0	242,6	258,4	258,2	201,4	236,6	260,2	280,7	271,8	246,5
Disp. senge total		306,7	309,4	314,4	308,5	314,4	314,5	283,3	301,3	309,5	309,7	316,5	311,7
Afd. overbelægn. gns.		3,7	0,9	1,9	0,2	1,6	2,1	0,4	2,5	1,8	5,8	3,5	2,9
Belægningspct.		85%	84%	83%	79%	82%	82%	71%	79%	84%	91%	86%	79%

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Hospital:													
Rigshospitalet	Belægning	38,6	39,4	38,1	33,7	36,0	31,1	27,8	28,5	31,0	33,8	34,1	28,2
	Disp. senge	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	41,5
	Andel dage > 95%	42%	39%	42%	23%	23%	3%	0%	0%	0%	3%	20%	6%
	Andel dage >100%	26%	29%	19%	3%	6%	3%	0%	0%	0%	3%	3%	3%
	Andel dage >105%	16%	7%	6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	102%	102%	100%	94%	94%	75%	65%	69%	75%	85%	90%	81%
	Belægningspct. gns.	81%	82%	79%	70%	75%	65%	58%	59%	65%	70%	71%	68%
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital	Belægning	59,7	67,1	63,2	63,7	65,8	67,3	53,0	54,8	55,1	57,9	38,3	35,5
	Disp. senge	80,5	81,0	81,0	81,0	81,0	80,5	64,3	64,4	76,9	76,0	59,1	52,2
	Andel dage > 95%	0%	4%	0%	0%	0%	13%	3%	13%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	80%	86%	80%	83%	86%	90%	89%	88%	78%	82%	68%	70%
	Belægningspct. gns.	74%	83%	78%	79%	81%	84%	82%	85%	72%	76%	65%	68%
Hvidovre/Amager Hospital	Belægning	12,5	14,6	13,6	12,0	13,7	13,1	14,1	13,9	14,3	13,3	13,8	14,8
	Disp. senge	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	3%	3%	6%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	78%	89%	83%	78%	83%	78%	83%	83%	89%	83%	83%	89%
	Belægningspct. gns.	70%	81%	76%	66%	76%	73%	78%	77%	79%	74%	77%	82%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 5 - Side -16 af 17
Speciale: Øvrige

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2014 - kl.23

16

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Hospital:													
Gentofte Hospital	Belægning	4,9	4,6	4,9	5,0	5,0	4,4	4,1	4,9	5,2	4,9	4,9	5,2
	Disp. senge	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
	Andel dage > 95%	26%	14%	26%	33%	29%	27%	6%	29%	33%	32%	23%	42%
	Andel dage >100%	3%	0%	6%	3%	0%	0%	0%	3%	7%	6%	7%	10%
	Andel dage >105%	3%	0%	6%	3%	0%	0%	0%	3%	7%	6%	7%	10%
	Andel dage >115%	3%	0%	6%	3%	0%	0%	0%	3%	7%	6%	7%	10%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	83%	100%	100%	100%	100%	83%	100%	100%	100%	83%	100%
	Belægningspct. gns.	81%	76%	82%	84%	83%	74%	68%	81%	87%	81%	82%	87%
Glostrup Hospital	Belægning	106,2	108,1	111,7	103,2	111,0	106,6	81,6	92,5	111,4	103,6	98,4	83,2
	Disp. senge	145,2	146,3	145,7	137,2	140,4	140,0	103,1	124,4	145,7	142,1	137,3	123,5
	Andel dage > 95%	42%	18%	26%	70%	65%	43%	58%	39%	43%	45%	70%	55%
	Andel dage >100%	13%	0%	10%	0%	6%	7%	0%	0%	20%	13%	3%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	10%	0%	6%	3%	0%	0%	20%	13%	3%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	10%	0%	6%	3%	0%	0%	20%	13%	3%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	91%	82%	91%	95%	93%	88%	91%	91%	90%	89%	95%	91%
	Belægningspct. gns.	73%	74%	77%	75%	79%	76%	79%	74%	76%	73%	72%	67%
Herlev Hospital	Belægning	28,3	28,2	27,6	24,6	26,5	26,7	24,4	24,2	24,3	25,5	26,4	24,7
	Disp. senge	36,9	37,0	37,0	36,0	37,0	37,0	34,6	34,0	37,0	37,0	37,0	36,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	86%	84%	84%	77%	78%	81%	79%	76%	73%	76%	76%	78%
	Belægningspct. gns.	77%	76%	75%	68%	72%	72%	70%	71%	66%	69%	71%	69%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 5 - Side -17 af 17
Speciale: Øvrige

Belægningsgraden af disponible senge på onkologiske afdelinger 2014 - kl.23

17

		Måned											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Hospital:													
Hospitalerne i Nordsjælland	Belægning	27,3	28,1	29,5	24,2	25,2	24,0	21,7	32,7	30,6	28,6	30,9	27,2
	Disp. senge	40,0	40,0	40,0	36,3	40,0	40,0	31,7	40,0	40,0	40,0	40,0	35,9
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	75%	73%	83%	75%	68%	65%	75%	88%	80%	78%	83%	85%
	Belægningspct. gns.	68%	70%	74%	67%	63%	60%	68%	82%	77%	72%	77%	76%
Total:													
Belægning total		277,6	290,0	288,6	266,5	283,2	273,3	226,7	251,5	271,9	267,6	246,7	218,7
Disp. senge total		374,6	376,3	375,7	362,5	370,4	369,5	305,7	334,7	371,6	367,1	345,4	313,2
Afd.overbelægn.gns.		2,7	3,4	2,9	2,2	3,2	2,0	2,3	3,8	2,1	1,0	0,8	0,7
Belægningspct.		74%	77%	77%	74%	76%	74%	74%	75%	73%	73%	71%	70%

Punkt nr. 12 - Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2015, kl.23
 Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
 arbejdsmiljøet på hospitalerne
 Bilag 6 - Side -1 af 12

1

Speciale: Akut

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Hospital:				
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital	Belægning	56,7	58,0	54,2
	Disp. senge	72,0	72,0	72,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	83%	83%	82%
	Belægningspct. gns.	79%	81%	75%
Hvidovre/Amager Hospital	Belægning	46,4	47,1	45,2
	Disp. senge	46,8	48,0	48,0
	Andel dage > 95%	116%	100%	106%
	Andel dage >100%	81%	89%	48%
	Andel dage >105%	81%	75%	42%
	Andel dage >115%	42%	39%	19%
	Belægningspct. 75-percentil	111%	111%	100%
	Belægningspct. gns.	99%	98%	94%
Gentofte Hospital	Belægning	19,8	20,7	18,2
	Disp. senge	21,0	21,0	21,0
	Andel dage > 95%	58%	68%	39%
	Andel dage >100%	32%	36%	13%
	Andel dage >105%	19%	29%	6%
	Andel dage >115%	0%	4%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	105%	110%	100%
	Belægningspct. gns.	94%	99%	87%
Herlev Hospital	Belægning	30,7	33,0	31,7
	Disp. senge	37,0	37,0	37,0
	Andel dage > 95%	32%	32%	32%
	Andel dage >100%	26%	29%	16%
	Andel dage >105%	23%	25%	13%
	Andel dage >115%	6%	4%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	103%	104%	100%
	Belægningspct. gns.	83%	89%	86%
Hospitalerne i Nordsjælland	Belægning	51,7	56,5	50,9
	Disp. senge	54,0	54,0	54,0
	Andel dage > 95%	52%	79%	42%
	Andel dage >100%	35%	61%	35%
	Andel dage >105%	26%	50%	26%
	Andel dage >115%	10%	18%	19%
	Belægningspct. 75-percentil	107%	113%	106%

(Continued)

Punkt nr. 12 - **Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne**

Bilag 6 - Side -2 af 12

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2015 - kl.23
Månedlige gennemsnit

Speciale: Akut

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Hospital:				
Hospitalerne i Nordsjælland	Belægningspct. gns.	96%	105%	94%
Total:				
Belægning total		205,4	215,3	200,3
Disp. senge total		230,8	232,0	232,0
Afd.overbelægn.gns.		8,1	10,5	6,8
Belægningspct.		89%	93%	86%

Punkt nr. 12 - Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2015, kl.23
 Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
 arbejdsmiljøet på hospitalerne
 Bilag 6 - Side -3 af 12

3

Speciale: Børn

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Hospital:				
Rigshospitalet	Belægning	101,4	98,2	104,3
	Disp. senge	143,5	142,3	144,6
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	74%	74%	76%
	Belægningspct. gns.	71%	69%	72%
Hvidovre/Amager Hospital	Belægning	49,2	57,0	48,9
	Disp. senge	76,4	75,9	77,0
	Andel dage > 95%	0%	4%	0%
	Andel dage >100%	0%	4%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	68%	79%	69%
	Belægningspct. gns.	64%	75%	64%
Herlev Hospital	Belægning	55,7	54,2	50,2
	Disp. senge	76,0	76,0	76,0
	Andel dage > 95%	6%	4%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	80%	81%	75%
	Belægningspct. gns.	73%	71%	66%
Hospitalerne i Nordsjælland	Belægning	34,9	40,1	39,1
	Disp. senge	48,0	48,0	48,0
	Andel dage > 95%	3%	14%	16%
	Andel dage >100%	0%	7%	3%
	Andel dage >105%	0%	4%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	79%	90%	90%
	Belægningspct. gns.	73%	84%	81%
Total:				
Belægning total		241,2	249,5	242,5
Disp. senge total		343,9	342,2	345,6
Afd.overbelægn.gns.		0,3	0,3	0,5
Belægningspct.		70%	73%	70%

Speciale: Gyn/obs

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Hospital:				
Rigshospitalet	Belægning	66,9	68,5	81,2
	Disp. senge	100,2	99,1	100,2
	Andel dage > 95%	0%	0%	6%
	Andel dage >100%	0%	0%	3%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	73%	74%	89%
	Belægningspct. gns.	67%	69%	81%
Hvidovre/Amager Hospital	Belægning	64,7	61,6	63,7
	Disp. senge	64,7	65,0	65,0
	Andel dage > 95%	74%	50%	61%
	Andel dage >100%	45%	29%	42%
	Andel dage >105%	23%	18%	26%
	Andel dage >115%	3%	11%	6%
	Belægningspct. 75-percentil	105%	102%	106%
	Belægningspct. gns.	100%	95%	98%
Herlev Hospital	Belægning	31,8	31,3	37,9
	Disp. senge	46,7	45,0	47,0
	Andel dage > 95%	3%	11%	29%
	Andel dage >100%	3%	0%	26%
	Andel dage >105%	3%	0%	16%
	Andel dage >115%	0%	0%	13%
	Belægningspct. 75-percentil	81%	77%	102%
	Belægningspct. gns.	68%	70%	81%
Hospitalerne i Nordsjælland	Belægning	26,5	25,6	27,9
	Disp. senge	32,4	32,7	32,7
	Andel dage > 95%	19%	11%	29%
	Andel dage >100%	6%	11%	19%
	Andel dage >105%	3%	11%	16%
	Andel dage >115%	0%	4%	10%
	Belægningspct. 75-percentil	94%	86%	96%
	Belægningspct. gns.	82%	78%	85%
Total:				
Belægning total		190,0	187,0	210,7
Disp. senge total		244,1	241,8	244,9
Afd.overbelægn.gns.		3,9	3,2	11,2
Belægningspct.		78%	77%	86%

Speciale: Kirurgi

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Hospital:				
Rigshospitalet	Belægning	302,3	299,8	318,7
	Disp. senge	418,4	410,3	421,1
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	75%	77%	78%
	Belægningspct. gns.	72%	73%	76%
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital	Belægning	149,3	146,4	141,0
	Disp. senge	194,7	199,9	196,0
	Andel dage > 95%	3%	0%	0%
	Andel dage >100%	3%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	86%	80%	79%
	Belægningspct. gns.	77%	73%	72%
Hvidovre/Amager Hospital	Belægning	171,1	162,5	166,8
	Disp. senge	198,9	196,7	194,8
	Andel dage > 95%	23%	14%	19%
	Andel dage >100%	3%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	94%	90%	94%
	Belægningspct. gns.	86%	83%	86%
Gentofte Hospital	Belægning	21,2	21,2	19,7
	Disp. senge	30,0	30,0	30,0
	Andel dage > 95%	32%	21%	29%
	Andel dage >100%	26%	21%	13%
	Andel dage >105%	23%	21%	6%
	Andel dage >115%	10%	7%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	103%	88%	97%
	Belægningspct. gns.	71%	71%	66%
Herlev Hospital	Belægning	230,3	225,6	231,3
	Disp. senge	253,3	246,0	246,5
	Andel dage > 95%	42%	25%	35%
	Andel dage >100%	0%	7%	13%
	Andel dage >105%	0%	0%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	97%	95%	98%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 6 - Side -6 af 12

Speciale: Kirurgi

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Hospital:				
Herlev Hospital	Belægningspct. gns.	91%	92%	94%
Hospitalet i Nordsjælland	Belægning	114,2	110,9	113,2
	Disp. senge	127,0	126,1	128,0
	Andel dage > 95%	23%	14%	19%
	Andel dage >100%	10%	4%	3%
	Andel dage >105%	3%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	95%	93%	93%
	Belægningspct. gns.	90%	88%	88%
Bornholms Hospital	Belægning	24,4	29,2	28,2
	Disp. senge	34,2	34,7	34,7
	Andel dage > 95%	3%	25%	16%
	Andel dage >100%	0%	4%	10%
	Andel dage >105%	0%	0%	6%
	Andel dage >115%	0%	0%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	81%	94%	89%
	Belægningspct. gns.	71%	84%	81%
Total:				
Belægning total		1.012,7	995,7	1.018,9
Disp. senge total		1.256,5	1.243,7	1.251,0
Afd.overbelægn.gns.		12,8	9,3	13,5
Belægningspct.		81%	80%	81%

Punkt nr. 12 - Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2015, kl.23
 Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
 arbejdsmiljøet på hospitalerne
 Bilag 6 - Side -7 af 12

7

Speciale: Medicin

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Hospital:				
Rigshospitalet	Belægning	236,6	240,0	237,0
	Disp. senge	322,5	321,3	325,7
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	77%	78%	77%
	Belægningspct. gns.	73%	75%	73%
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital	Belægning	203,3	208,9	188,7
	Disp. senge	208,0	208,0	209,9
	Andel dage > 95%	77%	89%	26%
	Andel dage >100%	29%	54%	3%
	Andel dage >105%	0%	11%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	103%	95%
	Belægningspct. gns.	98%	100%	90%
Hvidovre/Amager Hospital	Belægning	228,1	224,4	220,0
	Disp. senge	217,7	217,8	216,7
	Andel dage > 95%	194%	193%	181%
	Andel dage >100%	168%	139%	126%
	Andel dage >105%	113%	75%	71%
	Andel dage >115%	0%	14%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	109%	109%	107%
	Belægningspct. gns.	105%	103%	102%
Gentofte Hospital	Belægning	154,9	162,4	154,5
	Disp. senge	170,0	169,6	165,5
	Andel dage > 95%	32%	50%	32%
	Andel dage >100%	6%	25%	13%
	Andel dage >105%	0%	0%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	96%	100%	98%
	Belægningspct. gns.	91%	96%	93%
Glostrup Hospital	Belægning	95,6	97,8	90,8
	Disp. senge	93,0	93,0	93,0
	Andel dage > 95%	87%	96%	58%
	Andel dage >100%	65%	75%	48%
	Andel dage >105%	42%	46%	42%
	Andel dage >115%	3%	0%	13%
	Belægningspct. 75-percentil	109%	112%	108%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
 Bilag 6 - Side -8 af 12

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2015 - kl.23
 Månedlige gennemsnit

8

Speciale: Medicin

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Hospital:				
Glostrup Hospital	Belægningspct. gns.	103%	105%	98%
Herlev Hospital	Belægning	217,5	223,2	219,6
	Disp. senge	224,3	224,8	224,7
	Andel dage > 95%	55%	68%	65%
	Andel dage >100%	35%	46%	29%
	Andel dage >105%	16%	11%	16%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	102%	104%	101%
	Belægningspct. gns.	97%	99%	98%
Hospitalet i Nordsjælland	Belægning	234,8	226,9	221,7
	Disp. senge	227,6	228,0	227,6
	Andel dage > 95%	97%	79%	65%
	Andel dage >100%	68%	50%	35%
	Andel dage >105%	35%	11%	3%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	107%	102%	103%
	Belægningspct. gns.	103%	100%	97%
Bornholms Hospital	Belægning	54,8	52,7	48,0
	Disp. senge	57,0	57,0	61,0
	Andel dage > 95%	58%	36%	6%
	Andel dage >100%	29%	14%	0%
	Andel dage >105%	23%	14%	0%
	Andel dage >115%	3%	4%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	104%	97%	85%
	Belægningspct. gns.	96%	92%	79%
Total:				
Belægning total		1.425,5	1.436,3	1.380,4
Disp. senge total		1.520,2	1.519,4	1.524,2
Afd. overbelægn. gns.		53,0	55,9	39,1
Belægningspct.		94%	95%	91%

Speciale: Neurologi

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Hospital:				
Rigshospitalet	Belægning	24,6	22,8	23,3
	Disp. senge	37,4	37,4	37,0
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	74%	65%	69%
	Belægningspct. gns.	66%	61%	63%
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital	Belægning	58,3	58,5	55,4
	Disp. senge	71,0	71,0	67,0
	Andel dage > 95%	3%	7%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	90%	87%	88%
	Belægningspct. gns.	82%	82%	83%
Glostrup Hospital	Belægning	92,0	87,3	93,4
	Disp. senge	103,1	105,0	104,0
	Andel dage > 95%	13%	7%	23%
	Andel dage >100%	3%	0%	6%
	Andel dage >105%	3%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	93%	90%	94%
	Belægningspct. gns.	89%	83%	90%
Herlev Hospital	Belægning	50,9	52,1	43,5
	Disp. senge	55,8	56,0	56,0
	Andel dage > 95%	35%	32%	3%
	Andel dage >100%	19%	18%	0%
	Andel dage >105%	6%	11%	0%
	Andel dage >115%	3%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	98%	99%	89%
	Belægningspct. gns.	91%	93%	78%
Hospitalet i Nordsjælland	Belægning	57,5	58,5	53,6
	Disp. senge	60,0	60,0	60,0
	Andel dage > 95%	55%	61%	29%
	Andel dage >100%	32%	43%	16%
	Andel dage >105%	16%	36%	13%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	103%	107%	97%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 6 - Side -10 af 12

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2015 - kl.23
 Månedlige gennemsnit

10

Speciale: Neurologi

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Hospital:				
Hospitalerne i Nordsjælland	Belægningspct. gns.	96%	98%	89%
Total:				
Belægning total		283,2	279,2	269,1
Disp. senge total		327,3	329,4	324,1
Afd. overbelægn. gns.		3,4	3,4	1,7
Belægningspct.		87%	85%	83%

Speciale: Øvrige

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Hospital:				
Rigshospitalet	Belægning	32,4	37,5	37,3
	Disp. senge	45,6	48,0	48,0
	Andel dage > 95%	3%	29%	10%
	Andel dage >100%	0%	11%	0%
	Andel dage >105%	0%	4%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	83%	96%	88%
	Belægningspct. gns.	71%	78%	78%
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital	Belægning	42,0	44,0	40,8
	Disp. senge	52,2	53,0	53,0
	Andel dage > 95%	3%	4%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	87%	90%	81%
	Belægningspct. gns.	80%	83%	77%
Hvidovre/Amager Hospital	Belægning	14,9	15,3	15,5
	Disp. senge	18,0	18,0	18,0
	Andel dage > 95%	6%	0%	16%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	89%	89%	94%
	Belægningspct. gns.	83%	85%	86%
Gentofte Hospital	Belægning	5,0	5,2	4,7
	Disp. senge	6,0	6,0	6,0
	Andel dage > 95%	32%	43%	19%
	Andel dage >100%	3%	4%	0%
	Andel dage >105%	3%	4%	0%
	Andel dage >115%	3%	4%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	100%	100%	83%
	Belægningspct. gns.	83%	87%	78%
Glostrup Hospital	Belægning	93,9	92,0	92,4
	Disp. senge	133,2	137,7	138,1
	Andel dage > 95%	32%	18%	26%
	Andel dage >100%	6%	7%	3%
	Andel dage >105%	6%	7%	3%
	Andel dage >115%	6%	7%	3%
	Belægningspct. 75-percentil	86%	82%	81%

(Continued)

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 6 - Side -12 af 12

Belægningsgraden af disponible senge på opholdsafdelinger 2015 - kl.23
Månedlige gennemsnit

12

Speciale: Øvrige

		Måned		
		Jan	Feb	Mar
Hospital:				
Glostrup Hospital	Belægningspct. gns.	71%	67%	67%
Herlev Hospital	Belægning	27,2	25,8	25,3
	Disp. senge	36,6	37,0	36,8
	Andel dage > 95%	0%	0%	3%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	81%	78%	74%
	Belægningspct. gns.	74%	70%	69%
Hospitalet i Nordsjælland	Belægning	28,4	29,1	30,8
	Disp. senge	38,9	37,0	37,3
	Andel dage > 95%	0%	0%	0%
	Andel dage >100%	0%	0%	0%
	Andel dage >105%	0%	0%	0%
	Andel dage >115%	0%	0%	0%
	Belægningspct. 75-percentil	80%	84%	89%
	Belægningspct. gns.	73%	79%	83%
Total:				
Belægning total		243,7	248,9	246,6
Disp. senge total		330,5	336,7	337,2
Afd.overbelægn.gns.		0,7	1,6	0,7
Belægningspct.		74%	74%	73%

Region Hovedstaden Center for Sundhed

Organisering af Akutmodtagelserne og Akutklinikkerne

REGION

August 2014

Indholdsfortegnelse

1. Anbefalinger.....	3
2. Indledning.....	5
3. Akutte patientforløb.....	6
3.1 Akutte patientforløb	6
3.2 Indgang og primær vurdering.....	6
3.3 Allokering	8
3.4 Eksempler på patientforløb	10
4. Sundhedsfaglig organisering	10
4.1 Ledelse og organisering	11
4.2 Bemanding	12
4.3 Diagnostiske muligheder.....	14
4.4 Introduktion og kompetenceudvikling/uddannelse	15
5. Udvisitering	17
6. Fordele og ulemper ved et speciale i akutmedicin?.....	19
Bilag 1: Kommissorium for arbejde med	
akutmodtagelsernes funktion og visitation.....	22
Bilag 2: Justerede principper for akutmodtagelse	24
Bilag 3: Definition af tider for ankomst, behandlingsstart og	
behandlingsslut.....	31

1. anbefalinger

Denne rapport rummer anbefalinger til mere ensartet organisering af regionens akutmodtagelser og akutklinikker. Formålet er at sikre kvaliteten i patientbehandlingen og at sikre ensartede arbejdsforhold for personalet på tværs af regionens hospitaler.

Anbefalingerne er baseret på regionens rapport "Fremtidens Kliniske Grundstruktur" fra februar 2011 og regionens "Justerede principper for akutmodtagelser" fra marts 2013.

Anbefalinger

Indgang og primær vurdering:

- Akutte somatiske patienter skal triageres og allokeres til relevant patientforløb i AKM/AKK efter fælles nationale/regionale principper
- Der skal udarbejdes en fælles model for børnetriage
- Behandlingsansvaret allokeres umiddelbart efter patienterne er ankommet til AKM/AKK
- Behandling af psykiatriske patienter skal afklares
- Speciallæge med i front: Patienten skal kunne tilses af og/eller konfereres bed-side med relevante speciallæger uagtet tidspunkt på døgnet.
- Telemedicin på tværs af hospitaler bør overvejes som redskab.

Allokering

- For hyppige diagnoser og akutte kirurgiske indgreb skal relevante tidsrammer defineres
- Der skal i AKM/AKK beskrives operationelle planer for patienterne, eventuelt forudgået af en MDT konference. Ledelsen i AKM/AKK afgør hvilke specialer, der skal være til stede
- Den kliniske ledelse på akutafdelingen, herunder flowmasterfunktionen skal have klare beføjelser til at sikre gode patientforløb, fx ved at tilkalde speciallæger fra andre afdelinger, henvise til sub-akut ambulante tider den efterfølgende dag, indskrivning på patienthotel til overnatning og foretage relevant visitation på hospitalet

Ledelse og organisering

- Der skal være entydig ledelse og flowmasterfunktion
- Der skal være ensartede klare og entydige samarbejdsaftaler mellem AKM/AKK, stamafdelingerne og hospitalets øvrige afdelinger
- Hospitalsledelsen skal være aktivt involveret i at sikre et velfungerende samarbejde mellem AKM/AKK og stamafdelingerne. Det sikres ved at etablere et Ledelsesråd med repræsentanter fra afdelingsledelserne for de funktioner, der er involveret i de akutte patientforløb og med direktionen som formand

Bemanding

- Der skal være ensartet bemanding med én sammensætning på akuthospitalerne og én anden på specialhospitalerne
- Der skal sikres fagligt forsvarlig normering i AKM/AKK

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 7 - Side -4 af 32

Diagnostiske muligheder

- Der skal være ensartede diagnostiske muligheder på akuthospitalerne og en anden ensartethed på specialhospitalerne

Introduktion og kompetenceudvikling/uddannelse

- Der skal være ensartet og systematisk introduktion til akutmodtagelserne og en anden ensartethed til akutklinikkerne
- Der skal holdes tværfaglige træningssessioner med faste intervaller
- Den tværregionale uddannelse i akutsygepleje og i fagområdet akutmedicin skal tilbydes personalet

Udvisitering

- Der skal være entydige og klare retningslinjer for udvisitering
- Patienten meldes efter principperne for ”Sikker Mundtlig Kommunikation”
- Akutmodtagelsen/-klinikken har det endelige ansvar for og kompetence til udvisitering

Fordele og ulemper ved et speciale i akutmedicin?

Der er i de seneste år sket betydelige organisatoriske forandringer på akutområdet ved at etablere store nye akutmodtagelser og akutklinikker, som er blandt de største afdelinger på hospitalerne. Det er et spørgsmål om området nu har en størrelse og organisatorisk placering der gør, at det vil være en fordel med et selvstændigt speciale. Der er set på mulige fordele og ulemper herved.

2. Indledning

Region Hovedstaden udsendte marts 2013 justerede principper for akutmodtagelserne i regionen. De indeholder bl.a. principper for de fysiske rammer og funktioner, ledelse og bemanning. Der blev taget udgangspunkt i rapporterne ”Anbefalinger om fælles akutmodtagelser” fra 2007, ”Anbefalinger om akutklinikker” fra 2008, ”Anbefalinger for funktionsplanlægning af fælles akutmodtagelser” fra 2009 og ”Fremtidens kliniske grundstruktur” fra 2011. Formålet var at sikre ensartethed i service og kvalitet i det akutte patientforløb på regionens akuthospitaler.

Der går nogle år før de bygningsmæssige rammer fuldt ud kan understøtte de justerede principper. Koncerndirektionen ser dog et behov for allerede nu at undersøge mulighederne for mere ensartet organisering af regionens akutmodtagelser (AKM) og akutklinikker (AKK). Det er vigtigt af hensyn til både patienterne og arbejdsbetingelserne for personalet, der enten arbejder i akutområdet eller bliver tilkaldt fra de kliniske afdelinger. Akutklinikkerne i denne rapport omhandler Gentofte Hospital og Glostrup Hospital.

Koncerndirektionen ser også et behov for at undersøge, om området nu har en størrelse og organisatorisk placering, der gør, at det vil være en fordel med et selvstændigt speciale. Der er i de seneste år sket betydelige organisatoriske forandringer på akutområdet i takt med, at de nye akutmodtagelser og akutklinikker er etableret. De er blandt de største afdelinger på hospitalerne, og der er øget interesse for fagområdet ”akutmedicin”.

En arbejdsgruppe har set på muligheder og behov for klare retningslinjer for organiseringen af regionens akutmodtagelser og akutklinikker. Der er taget udgangspunkt i de ovenfor nævnte rapporter, og der har været afholdt en workshop med repræsentanter fra ledelse og medarbejdere fra regionens akutmodtagelser og akutklinikker.

Kommissorium og sammensætning af arbejdsgruppe fremgår af bilag 1.

Rapporten indeholder en række anbefalinger til ensartet organisering. Der er imidlertid behov for yderligere præciseringer på en række områder, hvilket også fremgår af anbefalingerne.

Det skal understreges, at der er grundlæggende forskel i forudsætningerne for organiseringen af en akutmodtagelse og en akutklinik i regionen. Der er stor forskel i de planlagte akutfunktioner og derfor også stor forskel i patient- og specialesammensætningen.

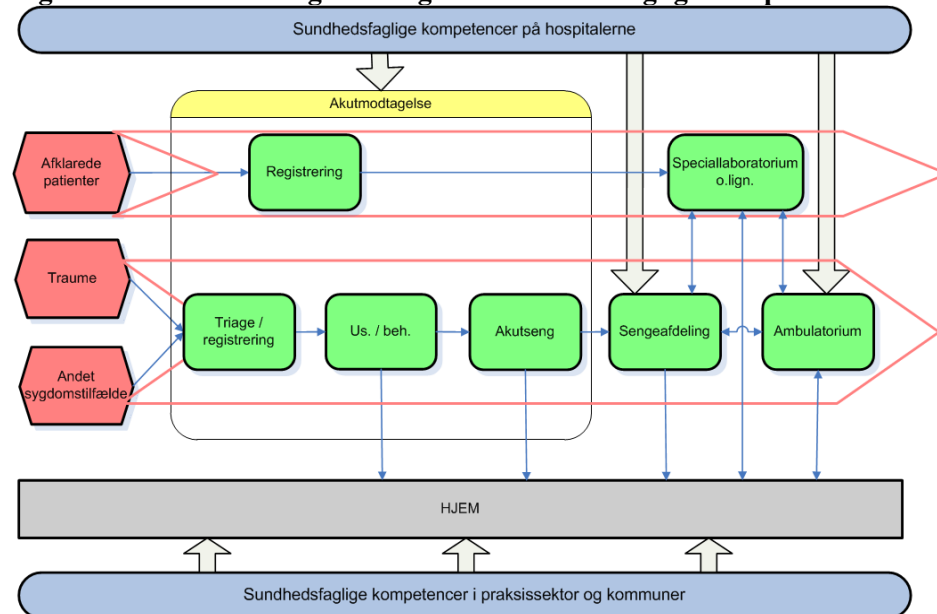
Akutmodtagelsen på Bornholms Hospital forudsættes at implementere retningslinjerne i det omfang, det er meningsgivende, samtidig med at der sikres et højt fagligt niveau.

3. Akutte patientforløb

3.1 Akutte patientforløb

Al modtagelse af akutte patienter er enstrengt. Generiske akutte og sub-akutte patientforløb er skitseret i figur 1 og nærmere beskrevet i afsnit 3.2.

Figur 1. Patientforløb og tildelingen af sundhedsfaglige kompetencer



Akut syge patienters forløb starter ofte præhospitalt via egen læge, akuttelefonen 1813 eller 1-1-2, som har vurderet, eventuelt behandlet og visiteret. I akutmodtagelserne og akutklinikkerne skal logistikken tilrettelægges, så at diverse diagnostiske undersøgelser er umiddelbart tilgængelige, og at det relevante personale er til stede, når patienterne har behov for det. Hospitalernes drift skal understøtte den diagnostiske og behandlingsmæssige proces, så at der hurtigst muligt kan etableres en diagnose og iværksættes en relevant behandlingsplan.

3.2 Indgang og primær vurdering

Anbefaling

- Akutte somatiske patienter skal triageres og allokeres til relevant patientforløb i AKM/AKK efter fælles nationale/regionale principper
- Der skal udarbejdes en fælles model for børnetriage
- Behandlingsansvaret allokeres umiddelbart efter patienterne er ankommet til AKM/AKK
- Behandling af psykiatiske patienter skal afklares
- Speciallæge med i front: Patienten skal kunne tilses af og/eller konfereres bed-side med relevante speciallæger uagtet tidspunkt på døgnet. Telemedicin på tværs af hospitaler bør overvejes som redskab.

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne

Bilag 7 - Side -7 af 32

På de fleste akuthospitaler er der i dag etableret en fælles akutmodtagelse (AKM) med selvstændig afdelingsledelse. Der planlægges med nybyggeri af akutmodtagelser på alle akuthospitaler, hvor det i nye fysiske rammer bliver muligt at optimere den kliniske logistik for alle akutte patienter.

På specialhospitalerne er der etableret akutklinikker (AKK) i medicinsk regi under en medicinsk afdelingsledelse.

Triage

Den indledende triage, der foretages ved alle akutte henvendelser i AKM/AKK (dog undtaget behandlerspor) understøtter prioriteringen af undersøgelsesprogrammet og den diagnostiske proces (se afsnit 3.3 Allokering). Region Hovedstaden anvender den fællesregionale triagemodel udarbejdet af Danske Regioner (DaR-Triage) suppleret med Danish Emergency Proces Triage (DEPT) for allokering af patienter til relevant patientforløb i AKM/AKK.

Der udestår en opgave med at harmonisere triagering af børn.

Der er fastlagt ensartet definition af tider for ankomst, behandlingsstart og behandlingsslut, hvilket fremgår af bilag 3.

Psykiatriske patienter

Region Hovedstaden er opmærksom på Sundhedsstyrelsens anbefaling om, at der på lang sigt bør ske en samling af akutmodtagelserne indenfor somatik og psykiatri. En fysisk samling forudsætter imidlertid betydelige anlægsinvesteringer. Der udestår en opgave med at beskrive behandling af psykiatriske patienter, der ankommer til en AKM/AKK.

Senge

Der skal være senge opdelt i zoner til at observere og udrede patienter, der forventes at kunne udskrives eller visiteres til specialafdeling inden for 1-2 døgn.

Beslutningskompetencer

Speciallægerne skal have den operationelle ledelse af patientforløb og flow af patienter i AKM/AKK, varetage og kvalitetssikre de indledende kliniske nøglebeslutninger om diagnostik, observation og behandling og supervisere yngre kolleger. I tråd med ovenstående skal diagnostiske undersøgelser kunne udføres og kliniske beslutninger kunne træffes på speciallægeniveau på alle tider af døgnet. Telemedicin på tværs af hospitaler bør overvejes som redskab på AKM/AKK, hvor specialer ikke er til stede. Det kan fx være pædiatri og gynækologi/obstetrik på Bispebjerg Hospital eller kirurgi på Glostrup Hospital

Speciallæge med i front

Kravet om speciallæger i tilstedeværelse er ofte omtalt som ”speciallæge i front”, fordi selve meningen med tilstedeværelsen på akuthospitalerne og akutklinikkerne er, at speciallæger er med helt fremme i den akutte

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne

Bilag 7 - Side -8 af 32

patientbehandling. Hele reformarbejdet på akutområdet er et opgør med tidligere tiders hverdag i akutarbejdet, hvor nyuddannede og uerfarne læger ofte stod alene aften og nat med den akutte modtagelse af patienter. Fokus er nu på ensartet høj kvalitet i diagnostik og behandling døgnet rundt, patientsikkerhed, supervision af yngre læger i det akutte arbejde samt effektivitet i patientforløb og tryghed for patienterne.

Opgaven for speciallægerne er at have ansvar for og indgå i konkret patientbehandling, at støtte og supervisere yngre læger og at have overblik over patienterne. Speciallægerne er således ansvarlige for og involveret i alle patientforløb, men tager sig ikke nødvendigvis selv af al diagnostik og behandling. Det er derfor mere dækkende at tale om speciallæge *med* i front.

Definition af speciallæge med i front

Modtagelse, udredning og initial behandling af de akutte patienter sker altid under ansvar og med involvering af en eller flere speciallæger. Dette betyder, at ansvarlig speciallæge og eventuelle speciallæger fra andre specialer er aktivt involveret ved den tidlige vurdering af en akut patient, samt lidt senere (inden for få timer) ved fastlæggelse af den/de visiterende og behandlingsstyrende diagnoser og igangsætning af den videre behandling.

Ved betegnelsen speciallæge forstås i denne sammenhæng læge med speciallægeanerkendelse eller læge i sidste år af speciallægeuddannelsen.

3.3 Allokering

Anbefaling

- For hyppige diagnoser og akutte kirurgiske indgreb skal relevante tidsrammer defineres, herunder afklarede patienter
- Der skal i AKM/AKK beskrives operationelle planer for patienterne, eventuelt forudgået af en MDT konference. Ledelsen i AKM/AKK afgør hvilke specialer, der skal være til stede
- Den kliniske ledelse på akutafdelingen, herunder flowmasterfunktionen skal have klare beføjelser til at sikre gode patientforløb, fx ved at tilkalde speciallæger fra andre afdelinger, henvise til sub-akut ambulante tider den efterfølgende dag, indskrivning på patienthotel til overnatning og foretage relevant visitation på hospitalet

Akut påvirkede patienter (triagekategori rød og orange)

En væsentlig del af disse patienter visiteres videre fra AKM/AKK i løbet af få minutter til 1 time til specialafsnit f.eks. trombolyse, akut operation, intensiv terapi. Der er ingen ventetid på diagnostiske undersøgelser, som foretages "bedside" i AKM/AKK og CT skal foretages uden ventetid. Det vil ofte være en forudsætning, at de nødvendige speciallægekompetencer er til stede til f.eks. akut resuscitation, akut ekkokardiografi, akut udførelse og beskrivelse af billeddiagnostiske undersøgelser og akut klinisk vurdering f.eks. med henblik på kirurgisk intervention.

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne

Bilag 7 - Side -9 af 32

Afklarede patienter

Enkelte akutte patientkategorier har specialiserede behandlingsbehov, hvor tidsfaktoren tilmed er af stor vigtighed. Disse patienter visiteres hurtigst muligt direkte til det relevante specialiserede behandlingstilbud. Der skal i tråd med målsætningen om ens behandling på tværs af regionen fastlægges fællesregionale retningslinjer for afgrænsning af disse patientkategorier. Eksempler på disse patientkategorier er patienter med STEMI, iskæmisk apopleksi og fødende kvinder.

Mindre akut påvirkede patienter (triagekategori gul og grøn)

Diagnostisk afklarede patienter håndteres initialt i AKM/AKK, f.eks. kirurgiske patienter, der skal til akut operation. Alle patienter skal have en behandlingsplan indenfor 4 timer efter triage.

Diagnostisk uafklarede patienter skal forblive i AKM/AKK, indtil der er etableret arbejdsdiagnose, og der foreligger initial behandlingsplan. Der skal forelægge en udredningsplan indenfor 4 timer efter triage. Intensiteten i udredningsprogrammet skal matche sværhedsgrad og dynamik i sygdomstilstanden, men skal i udgangspunktet tildeles høj prioritet. Umiddelbar tilgængelighed af diagnostiske modaliteter kan være nødvendig og skal prioriteres i forhold til ikke akut påvirkede patienter, og patienten skal kunne tilses af og/eller konfereres ”bed-side” med relevante speciallæger uanset tidspunkt på døgnet. Etablering af diagnose og behandlingsplan skal tydeliggøres som et fælles anliggende for alle afdelinger/hele hospitalet, så at prioritering af disse patienter understøttes på alle niveauer i hospitalet.

En række patienter vil have så kompleks symptomatologi og komorbiditet, at den indledende placering i ét patientforløb ikke umiddelbart giver mening. Der skal beskrives operationelle planer for disse patienter, eventuelt suppleret med Multi Disiplinært Team (MDT) tilgang, så at dynamik i diagnostik og behandling fastholdes indtil den mest optimale placering i et patientforløb kan defineres.

Ikke akut påvirkede patienter (triagekategori blå)

Behandlersygeplejersker i AKM/AKK kan f.eks. diagnosticere og behandle mindre bløddelsskader i bevægeapparatet samme dag eller dagen efter, og dermed frigøre ortopædkirurgisk lægetid i AKM/AKK.

For såvel afklarede som uafklarede ikke akut påvirkede patienter kan det overvejes at henvise til akut ambulante tider efterfølgende hverdag eller indskrive på patienthotel til overnatning.

En multidisciplinær, diagnostisk tilgang (konferencer/teams) bør være et obligatorisk tilbud til alle patienter, som ikke har fået stillet en diagnose senest 24-48 timer efter indlæggelse i AKM/AKK. Det er ledelsen i AKM/AKK, der definerer hvilke specialer, der skal være til stede ved konferencen.

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne

Bilag 7 - Side -10 af 32

På samme vis bør der allerede i modtagelsen initieres et multidisciplinært behandlingsforløb for patienter med flere forskellige specialespecifikke diagnoser og/eller betydende komorbiditet med henblik på tentativ udskrivningsplanlægning og eventuelt ambulant efterbehandling og optimering af det samlede indlæggelsesforløb.

3.4 Eksempler på patientforløb

Det er et overordnet formål, at patienter med samme sygdom behandles ens i akutmodtagelser og akutklinikker. I nedenstående skema er vist principperne for patientforløb med eksempler på kontaktårsager, hvor patienterne er triageret rød eller orange.

Eksempler på kontaktårsag med rød/orange triagering:

- Brystsmerter
- Akut abdomen
- Respirationsinsufficiens
- Graviditet udenfor livmoder
- Febrilt barn med svære kliniske symptomer

Primær kontakt:

- 1-1-2
- 1813
- praksissektor

Ankomst og triage:

- Akutmodtagelse
- Akutklinik

Behandlingsstart indenfor 0-15 minutter med fx:

- Initial stabiliserende behandling
- Blodprøver
- EKG
- Læge-/sygeplejerskevurdering
- Konferering med speciallæge evt. bedside
- Vurderingsplan
- Evt ultralyd - billeddiagnostik
- Evt. involvering af andet speciale
- Evt. overflytning til specialafdeling

Initial behandlingsplan indenfor 90 minutter:

- Svar på blodprøver
- Svar på billeddiagnostik
- Tentativ diagnose
- Plan for observation og behandling

Udskrivning/overflytning

4. Sundhedsfaglig organisering

4.1 Ledelse og organisering

Anbefaling

- Der skal være entydig ledelse og flowmasterfunktion
- Der skal være ensartede klare og entydige samarbejdsaftaler mellem AKM/AKK, stamafdelingerne og hospitalets øvrige afdelinger
- Hospitalsledelsen skal være aktivt involveret i at sikre et velfungerende samarbejde mellem AKM/AKK og stamafdelingerne. Det sikres ved at etablere et Ledelsesråd med repræsentanter fra afdelingsledelserne for de funktioner, der er involveret i de akutte patientforløb og med direktionen som formand

AKM har entydig ledelse med afdelingsledelse for den akutte modtagelse. Der etableres endvidere en flowmasterfunktion med klare beføjelser til at sikre gode patientforløb fx ved at tilkalde speciallæger fra andre afdelinger og foretage relevant visitation på hospitalet. AKK har en afsnitsledelse med reference til en medicinsk afdelingsledelse.

Det er nødvendigt med klare samarbejdsaftaler mellem på den ene side AKM/AKK og på den anden side de specialer, der henter ydelser i og leverer personale til akutmodtagelsen. Det drejer sig eksempelvis om retningslinjer for at levere serviceydelser (fx tidsrammer for tilsyn), prioritering af arbejdsopgaver samt visitationskriterier og rettigheder.

- En akutmodtagelse ledes af en afdelingsledelse bestående af ledende overlæge og ledende oversygeplejerske med specifikke kompetencer indenfor diagnostik og terapi af akut syge patienter.
- En akutklinik ledes af en overlæge og en afdelingssygeplejerske med afsnitsansvar.
- Der etableres et ledelsesråd med repræsentanter fra afdelingsledelserne for de funktioner, der er involveret i de akutte patientforløb og med direktionen som formand.

Afdelingsledelsen har det økonomiske og personalemæssige ansvar for akutmodtagelsen/-akutklinikken med undtagelse af de læger, der leveres fra andre afdelinger. Det er ligeledes afdelingsledelsens ansvar at sikre optimale patientforløb i AKM/AKK.

Et ledelsesråd har ansvaret for at sikre, at der er det fornødne samarbejde på tværs af afdelingerne til at sikre gode patientforløb og at der udarbejdes klare og entydige samarbejdsaftaler.

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 7 - Side -12 af 32

4.2 Bemanding

Anbefaling

- Der skal være ensartet bemanding med én sammensætning på akuthospitalerne og én anden på specialhospitalerne
- Der skal sikres fagligt forsvarlig normering i AKM/AKK

Sygeplejerskebemanding

I princippet skal AMK/AKK kun bemandes med sygeplejersker.

Akutmodtagelser	Akutklinikker
Der bemandes i zoneopdelte teams for at sikre udvikling og kompetencer. Nogle sygeplejersker vil have så brede kompetencer, at de kan arbejde i forskellige teams. Observationsafsnit for kritisk syge patienter kræver højere normering.	
Alle sygeplejersker ansættes i samme afdeling under en overordnet afdelingsledelse, men med lokale ledere/ teamledere.	Alle sygeplejersker ansættes i samme afsnit med lokale ledere/ teamledere.
Triagefunktionen er et nøgleområde indenfor alle specialer og der stiles mod at 50 % af sygeplejerskerne selvstændigt kan varetage denne funktion.	

Lægebemanding

Akutmodtagelser	Akutklinikker
Der er brug for en fast stab af 6-8 speciallæger, som kan dække tidsrummet kl. 08 - 22, og som • Kender og hører til i akutmodtagelsen • Har overordnet ansvar for logistisk og flow • Har uddannelsesansvaret for yngre læger og sikrer forskning • Superviserer yngre læger og sygeplejersker • Indgår aktivt i patientbehandlingen	En afsnitsleder har sin daglige funktion i akutområdet og har de tilsvarende kompetencer, som den faste stab af speciallæger i akutmodtagelsen. Der skal være en speciallæge tilstede i AKK frem til klokken 22, som: • Har overordnet ansvar for logistisk og flow • Superviserer yngre læger og sygeplejersker • Indgår aktivt i patientbehandlingen
Øvrige speciallæger er ansat i egne specialafdelinger eller tilknyttet som konsulenter.	
Der ansættes som minimum 7 KBU'ere i AKM. Øvrige yngre læger er ansat i AKM eller i vagtrul fra specialafdeling	Yngre læger er ansat i vagtrul fra specialafdeling

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 7 - Side -13 af 32

Speciallæger i tilstedeværelsesvagt

Akuthospital	Specialhospital
• Ortopædkirurgi: Speciallæge eller læge under uddannelse til speciallæge til kl. 22. note 1 • Kirurgi • Intern medicin: Speciallæge for relevant akut medicinsk speciale. Behov for døgnvagt skal ses i sammenhæng med kardiologi / den øvrige specialebemanding på hospitalet • Kardiologi: Skal følge specialeplan. Note 2 • Anæstesiology • Pædiatri: Speciallæge eller læge under uddannelse til speciallæge, hvis hospitalet har pædiatri/gyn-obs • Radiologi: Speciallæge eller læge under uddannelse • Neurologi: Skal følge specialeplan. Tilstedeværelse hvis hospitalet har trombolysevagt • Øvrige specialer: I henhold til specialeplan	• Intern medicin: Speciallæge for relevant akut medicinsk speciale. Behov for døgnvagt skal ses i sammenhæng med kardiologi / den øvrige specialebemanding på hospitalet • Kardiologi: Skal følge specialeplan. Note 2 • Anæstesiology • Radiologi: Speciallæge eller læge under uddannelse i rådighedsvagt • Neurologi: Skal følge specialeplan. Tilstedeværelse hvis hospitalet har trombolysevagt • Øvrige specialer: I henhold til specialeplan

Note 1) Region Hovedstaden har organiseret traumebehandling så alle traumer indbringes til traumecentret på Rigshospitalet. Dette sikres ved et udbredt akutlæge system. Der kommer derfor ikke traumepatienter til akutmodtagelserne i Region Hovedstaden. Når der i sjældne tilfælde kommer en traumepatient til akuthospitalerne, bliver patienten overflyttet til Rigshospitalet med akutlæge. De sjældne tilfælde skyldes ofte selvhenvendere eller akut behov for mere omfattende behandling, end hvad der kan varetages i en ambulance. Denne organisering har betydet, at der ikke er ortopædkirurgiske speciallæger i tilstedeværelsesvagt, men i rådighedsvagt på akutmodtagelser. Det er vurderingen, at der ikke vil være fagligt arbejde til speciallæger om natten, der retfærdiggør omkostningerne.

Note 2) Hospital med specialfunktion skal have speciallæge eller læge under uddannelse til speciallæge med ekkokardiografi kompetence i tilstedeværelsesvagt. Hospital med hovedfunktion skal have speciallæge i rådighedsvagt.

Yngre læger under uddannelse

Akuthospital	Specialhospital
• Ortopædkirurgiske læger i henholdsvis KBU / intro / HU • Kirurgiske læger i henholdsvis KBU / intro / HU • Medicinske læger i henholdsvis KBU / intro / HU Andre specialer: Læger i intro / HU	• Medicinske læger i henholdsvis KBU / intro / HU Andre specialer: Læger i intro / HU

Der skal være læger tilstede døgnet rundt med et passende kompetenceniveau suppleret med KBU-læger. Hvis arbejdsbelastningen er for høj i to-skiftet vagt, skal der indføres tre-skiftet vagt.

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 7 - Side -14 af 32

Bemanding på regionsniveau

Der skal være en speciallæge i telefonisk rådgivning på en af regionens hospitaler i følgende specialer:

- Klinisk mikrobiologi: Bioanalytiker i tilkaldevagt og speciallæge med telefonisk rådgivning
- Klinisk immunologi: Speciallæge med telefonisk rådgivning
- Klinisk biokemi: Bioanalytiker i tilstedeværelsesvagt og speciallæge med telefonisk rådgivning
- Infektionsmedicin: Speciallæge med telefonisk rådgivning

Sekretariats funktion

Døgnbemanding placeret ved AKM/AKK.

Portørfunktion

Døgnbemanding.

Terapeutfunktion

Der skal i dagtid og i weekends være adgang til konkret bistand fra terapeutområdet dels til at iværksætte accelereret rehabiliteringsindsats dels til nødvendig instruktion af patienter, der udskrives.

Geriatrici

Der skal i dagtid og i weekends være geriatricisk akutfunktion.

Farmaceut/farmakonome

Der kan i forlænt dagtid være tilknyttet farmaceuter/farmakonome med henblik på medicingennemgang og støtte.

4.3 Diagnostiske muligheder

Anbefaling

- Der skal være ensartede diagnostiske muligheder på akuthospitalerne og en anden ensartethed på specialhospitalerne

Akuthospital	Akutklinik
Der skal på matriklen være mulighed for: • Konventionel røntgenundersøgelse • CT-scanning • Ultralydsscanning • Ekko kardiografi • Blodprøvetagning og arteriepunktur	Der skal på matriklen være mulighed for: • Konventionel røntgenundersøgelse • CT-scanning • Ultralydsscanning • Ekko kardiografi • Blodprøvetagning og arteriepunktur

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 7 - Side -15 af 32

Der skal være 24 timers adgang til: • MR-scanning • Teleradiologi mellem regionens hospitaler • Biokemisk laboratorium • Blodbank (som satellitfunktion)	Der skal være 24 timers adgang til: • MR-scanning • Teleradiologi mellem regionens hospitaler • Biokemisk laboratorium • Blodprodukter

4.4 Introduktion og kompetenceudvikling/uddannelse

Anbefaling

- Der skal være ensartet og systematisk introduktion til akutmodtagelserne og en anden ensartethed til akutklinikkerne
- Der skal holdes tværfaglige træningssessioner med faste intervaller
- Den tværregionale uddannelse i akutsygepleje og i fagområdet akutmedicin skal tilbydes personalet

Introduktion

Der skal udarbejdes et program for nyansatte i AKM/AKK. Programmet skal differentieres på flere niveauer afhængig af kompetencer. Det kan fx være nyansatte, erfarne sygeplejersker, KBU-læger og læger i introstillinger. Et introduktionsprogram kan indeholde:

- Gennemgang af organisationsform og ledelsesstruktur
- Program for at sikre faglige, organisatoriske og sociale kompetencer
- Kompetencekort
- Eventuel etablering af makkerpar for vejledning og sparring

Kompetenceudvikling

Der bør afholdes tværfaglige træningssessioner med faste intervaller på hospitalet indenfor:

- Akut traume modtagelse (akuthospitaler)
- Den akutte kirurgiske patient (akuthospitaler)
- Den akutte dårlige medicinske patient inkl. hjertepatienten (akuthospitaler og specialhospitaler)
- Det dårlige barn (akuthospitaler)
- Den akutte gynækologiske patient (akuthospitaler)

For hele personalet på AKM/AKK bør holdes følgende kurser:

- Kommunikationskurser
- Kurser i akut psykiatri / den voldelige patient
- Kurser i konflikthåndtering
- Kurser koordineres med primærsektoren

**Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 7 - Side -16 af 32**

Tværregional uddannelse

Der er en tværregional uddannelse til akutsygeplejerske. Uddannelsen skal medvirke til, at sygeplejerskerne i AKM/AKK har relevante kompetencer til at varetage patientbehandling på et højt niveau. Desuden understøtter uddannelsen organiseringen i akutmodtagelserne.

Den tværregionale uddannelse skal sikre ensartede kompetencer hos sygeplejerskerne samt en gensidig anerkendelse af uddannelsen på tværs af regionerne. Uddannelsen kan løbende tilpasses behovet for kompetencer i akutmodtagelserne, så uddannelsen hele tiden matcher behovet i akutmodtagelserne/regionerne. Derfor er der organiseret en smidig struktur omkring uddannelsen, der sikrer, at de nødvendige tilpasninger af uddannelsen let og fleksibelt kan finde sted. Uddannelsen indeholder moduler med simulationstræning og moduler fælles med den tværregionale uddannelse af speciallæger i fagområdet akutmedicin.

Der stiles mod at alle sygeplejersker gennemgår basismodulet i uddannelsen til akutsygeplejerske. Dog særlige forhold for det pædiatriske område. Den gruppe sygeplejersker som arbejder i et skadeteam bør alle have bestået behandlermodulet i akutsygeplejeuddannelsen og kan fungere selvstændigt som behandlere. Da triagefunktionen er et nøgleområde indenfor alle specialer stiles mod at 50 procent af sygeplejerskerne selvstændigt kan varetage denne funktion og med tiden at de består det tilsvarende modul i akutsygeplejerske uddannelsen.

Tilsvarende er det besluttet at etablere en tværregional uddannelse af speciallæger i fagområdet akutmedicin.

5. Udvisitering

Anbefaling

- Der skal være entydige og klare retningslinjer for udvisitering
- Patienten meldes efter principperne for ”Sikker Mundtlig Kommunikation”
- Akutmodtagelsen/-klinikken har det endelige ansvar for og kompetence til udvisitering

Formål

At sikre hensigtsmæssige og effektive patientforløb mellem hospitalernes akutmodtagelser/akutklinker og de stationære afsnit gennem entydige og klare retningslinjer for udvisitering.

Målgruppe og anvendelsesområde

Sundhedsfagligt personale ved akutmodtagelser/akutklinker samt stationære afdelinger.

Fremgangsmåde

Tidsrum:

- Patienter udvisiteres som hovedregel mellem kl. 8.00-20.00 alle ugens dage.
- Der skal foreligge lokale retningslinjer for udvisitering mellem akutmodtagelse/akutklinik og hospitalets enkelte specialer.
- Patienter, hvor behandlingsplan og eller lokal retningslinje for udvisitering tilsiger, at patienten behandles mest hensigtsmæssigt i specialets afdeling, kan udvisiteres hele døgnet.

Kriterier for at patient kan udvisiteres:

- Patienten har en tilgængelig behandlingsplan sanktioneret af en speciallæge, som forventes at være gældende for de kommende 12 – 24 timer.
- Journalen med behandlingsplan er tilgængelig for modtagende afdeling.
- Patientens specialeforhold er afklaret
- Udvisitering af patienten sker på baggrund af gældende overordnede og lokale retningslinjer for udvisitering til hospitalets afdelinger.

Melding af patient:

- Patienten meldes efter principperne for ”Sikker Mundtlig Kommunikation” (ISBAR = Identifikation, Situation, Baggrund, Analyse og Råd) fra ansvarshavende sygeplejerske/læge i akutmodtagelse/akutklinik til visiterende sygeplejerske/vagthavende læge i sengeafsnit. Heri skal som minimum være indeholdt:
 - Navn, cpr-nummer og diagnose

**Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejds miljøet på hospitalerne**
Bilag 7 - Side -18 af 32

- Kort gennemgang af behandlingsplan, observationsbehov samt orientering om igangværende behandling fx blod, iv-medicin og ilt
- Orientering om undersøgelser, der foretages undervejs mellem akutmodtagelse og sengeafsnit
- Aktuel EWS
- Særlige opmærksomhedspunkter / handicap / hensyn til placering i sengeafsnit
- Kontakt til pårørende
- Kontakt til primær sektor

Ansvar og organisering

Afdelingsledelsen for AKM / afsnitsledelsen for AKK er ansvarlig for, at der gennem samarbejde med hospitalets afdelingsledelser for de kliniske afdelinger udarbejdes lokale retningslinjer for udvisitering. Afdelingsledelsen ved AKM / afsnitsledelsen for AKK har det endelige ansvar for og kompetence til udvisitering fra AKM/AKK.

6. Fordele og ulemper ved et speciale i akutmedicin?

Der er i de seneste år sket betydelige organisatoriske forandringer på akutområdet ved at etablere store nye akutmodtagelser og akutklinikker, som er blandt de største afdelinger på hospitalerne. Der vil både for sygeplejersker og læger ske en udvikling indenfor akutmedicin, og det er et spørgsmål om området nu har en størrelse og organisatorisk placering der gør, at det vil være en fordel med et selvstændigt speciale.

Mulige fordele

Akutmedicin som speciale vil være et betydeligt bidrag til at styrke behandling, tidlig speciallæge involvering og forskning omkring den akutte patient. På denne måde rekrutteres og fremdyrkes dygtige speciallæger som både kan og vil arbejde i akutmodtagelserne.

Så længe akutmedicin er et fagområde vil uddannelsen inden for området alene være baseret på vejledende retningslinjer. Ved at anerkende området som selvstændigt speciale vil også de udviklings- og forskningsmuligheder blive styrket.

Erfaringer med flowmasterrollen i akutmodtagelserne viser, at der er behov for en bred og ikke mindst stærk faglighed for at have indsigten til at styre flowet – samt overhovedet at få ledelsesrum/ autoritet til denne opgave.

AKM/AKK har behov for kontinuitet i lægestaben for at sikre udviklingen af afdelingerne/området. Mange specialekompetencer for det akutte repræsenteres kun ved tilsyn. Det vil være med til at sætte den akutte patient mere på dagsordenen, give status til akutafdelingerne og ikke mindst til de, der allerede har valgt at arbejde her, hvis et speciale oprettes.

Kunne man forestille sig at i hvert fald 2 af årene i HU i de intern medicinske specialer og et eventuelt kommende speciale i akutmedicin var ens? Det ville også styrke akutmedicinen i specialerne.

Der fornemmes stor interesse fra yngre læger i at gå ind i et speciale i akut medicin. De læger som overvejer dette for øjeblikket er frustreret og ved ikke om de skal vælge almen medicin, men vel at mærke for at arbejde på hospitalet. Det er umiddelbart ikke den optimale løsning da almen medicin uddannelsen er beregnet på og sigter mod primærsektoren.

Sammenfatningsvis vil akutmedicin som speciale bl.a. kunne bidrage til

- 1) at faste erfarne speciallæger med brede akutmedicinske kompetencer er til stede i front
- 2) at rekrutterer og fastholde speciallæger (og blivende speciallæger) med interesse og lyst til AKM/AKK og i mindre grad ”presse”

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 7 - Side -20 af 32

- speciallæger med beskeden interesse/ anden profilering ned i AKM/AKK
- 3) at styrke brede akutmedicinske kompetencer – kompetencer/helhedssyn som kan være en mangelvare i AKM/AKK
 - 4) at styrke den initiale modtagelse af diagnostisk uafklarede patienter (og hermed speciale uafklarede)
 - 5) at styrke akutmodtagelsernes lægefaglige udvikling
 - 6) at øge fokus på prioritering (triage), forløbsledelse (flow) og visitation af uafklarede akutte patienter - særligt hos intern medicinske patienter
 - 7) fagligt overblik og samarbejde på tværs af specialer ved modtagelse og behandling af akutte patienter
 - 8) at give specialerne mulighed og mere ro til at fokusere på det de er bedst til
 - 9) supervision af uddannelsessøgende læger der modtager akutte patienter
 - 10) tydelig forventning til kompetencer og arbejdsområde for akut lægen, når det beskrives som speciale
 - 11) at styrke forskningen indenfor ” AKM/AKK akutmedicin”
 - 12) at styrke akutsygeplejerskernes identitet og faglighed og hermed øge fastholdelsen af velkvalificeret plejepersonale
 - 13) Akutmedicinerne får ejerskab og ansvar
 - 14) Entydigt patientansvar fra start
 - 15) Dobbeltspciale undgå

Mulige ulemper

Den brede tilgang til patienten kan siges at være indeholdt i specialet almen medicin og skal ikke gentages i et nyt speciale.

Den akutte ustabile patient varetages bedst af erfarne specialister med anæstesen som teamleder. (traume, forgiftning, hjertestop, akut obstetrik etc.)

I en AKM/AKK er der behov for flowstyring og visitation. Det kan speciallæger efteruddannes i med særlige moduler.

Argumenter mod et speciale i akutmedicin:

- 1) Den brede tilgang findes allerede i specialet almen medicin
- 2) Den akutte livsreddende specialkunnen og viden findes i anæstesen og i specialerne
- 3) Det er specialet som skal sætte dagsordenen i de akutte behandlingsstrategier
- 4) Dvs. der skal være opdateret specialiseret viden til stede i AKM/AKK
- 5) De lægefaglige kommandoveje skal være klare og entydige.
- 6) Der skal være et entydigt lægefagligt ansvar for alle akutte patienter.
- 7) Akutområdet er hele hospitalets ansvar, ikke ”akutmedicinernes” ansvar.
- 8) Alle specialer skal være forpligtiget til at yde en indsats og vide at det akutte område er lige så meget deres ansvar som de

**Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 7 - Side -21 af 32**

specialiserede ambulatorier og operationer ellers risiko for at AKM/AKK isolerer sig fra specialerne og dermed mister specialernes faglighed

- 9) Risiko for at grænserne udviskes mellem de nuværende specialer og akut medicineren, måske især anæstesilægen/intensivmedicineren og akutmedicineren og ingen dermed har ansvaret
- 10) Læge ekspertisen findes ikke på nuværende tidspunkt – der kan først opbygges et speciale, når området har haft ekspertområdefunktion gennem flere år.
- 11) Risiko for at man etablere et speciale før der er opnået en selvstændig faglighed og respekt blandt kollegaer
- 12) Akutmedicineren kommer til at stå med mange patienter, hvor kompetencerne hos akut medicineren ikke slår til
- 13) Faglig uenighed og strid om hvor snitfladerne skal ligge i forhold til specialerne, kan gå ud over kvaliteten og samarbejdet
- 14) Lægerne i et særskilt speciale vil ikke kunne opretholde kompetencer i akutte procedure som f.eks. CVK anlæggelse, ultralyd vejledte procedure og lign. da volumen af patienter i AKM/AKK er for lille. Nuværende specialer har stort volumen, da de bruger disse procedurer mange andre steder end i AKM/AKK (på operationsgangen, intensivafdelingerne osv.)
- 15) Endnu et speciale skal opnå kompetence i og dække den akutte livsreddende behandling, som nu varetages af anæstesiologien og i flere af de nuværende specialer. De nuværende specialer skal fortsat have denne kompetence til arbejdet uden for AKM/AKK.
- 16) Ny afdeling skabes og selvtilstrækkelighed risikeres
- 17) MDT-tankegangen svækkes
- 18) Svækket fokus på den akutte patient fra specialerne og patienter risikerer at ”sidde fast” i AKM/AKK uden tilsyn fra relevant speciale

Bilag 1: Kommissorium for arbejde med akutmodtagelsernes funktion og visitation

Region Hovedstaden har i 2012/13 gennemgået de akutte patientforløb i relation til regionens anbefalinger for akutmodtagelserne. Der er taget udgangspunkt i rapporterne ”Anbefalinger om fælles akutmodtagelser” og ”Anbefalinger for funktionsplanlægning af fælles akutmodtagelser”. Formålet var at sikre ensartethed i service og kvalitet i det akutte patientforløb på regionens akuthospitaler.

Arbejdet resulterede i, at der pr marts 2013 er udsendt justerede principper for akutmodtagelserne for bl.a. de fysiske rammer, ledelse og bemanning (vedlagt).

Der er i de seneste år sket betydelige organisatoriske forandringer på akutområdet ved at etablere de store nye akutmodtagelser og akutklinikker, som er blandt de største afdelinger på hospitalerne. Det er et spørgsmål om området nu har en størrelse og organisatorisk placering der gør, at det vil være en fordel med et selvstændigt speciale.

Der går endvidere nogle år før de bygningsmæssige rammer kan understøtte de justerede principper. Der er derfor behov for at undersøge mulighederne for mere ensartethed i service og kvalitet indtil da. Det er vigtigt både af hensyn til patienterne og af hensyn til arbejdsbetingelserne for personalet, der enten arbejder i akutmodtagelsen eller bliver tilkaldt fra de kliniske afdelinger.

Der er bl.a. behov for at undersøge følgende:

- Hvilke fordele og ulemper er der ved at etablere en speciallægeuddannelse i akutmedicin?
- Hvordan er speciallægen med i front?
- Hvem bestemmer leverancen fra afdelingerne?
- Kan afdelinger træde ud af ordningen?
- Hvordan er den faglige identitet?
- Er der lokale frihedsgrader?
- Hvordan introduceres yngre læger og sygeplejersker til akutmodtagelsen?
- Hvordan foregår triagering?
- Hvordan visiteres til indlæggelse i akutmodtagelsen?
- Hvem har visitationsretten fra akutmodtagelse til kliniske afdelinger?

Der nedsættes en arbejdsgruppe med en vicedirektør og en sundhedsfaglig repræsentanter fra hvert af de fire akuthospitaler, Bornholms Hospital og de to specialhospitaler til at belyse mulighederne for ensartethed i arbejdsbetingelserne på akutmodtagelserne og akutklinikkerne.

Som led i arbejdet skal personaleorganisationerne inddrages. Det kan fx være i workshops.

**Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne**
Bilag 7 - Side -23 af 32

Arbejdet afsluttes med en rapport til koncerndirektionen inden sommeren 2014.

Arbejdsgruppen er:

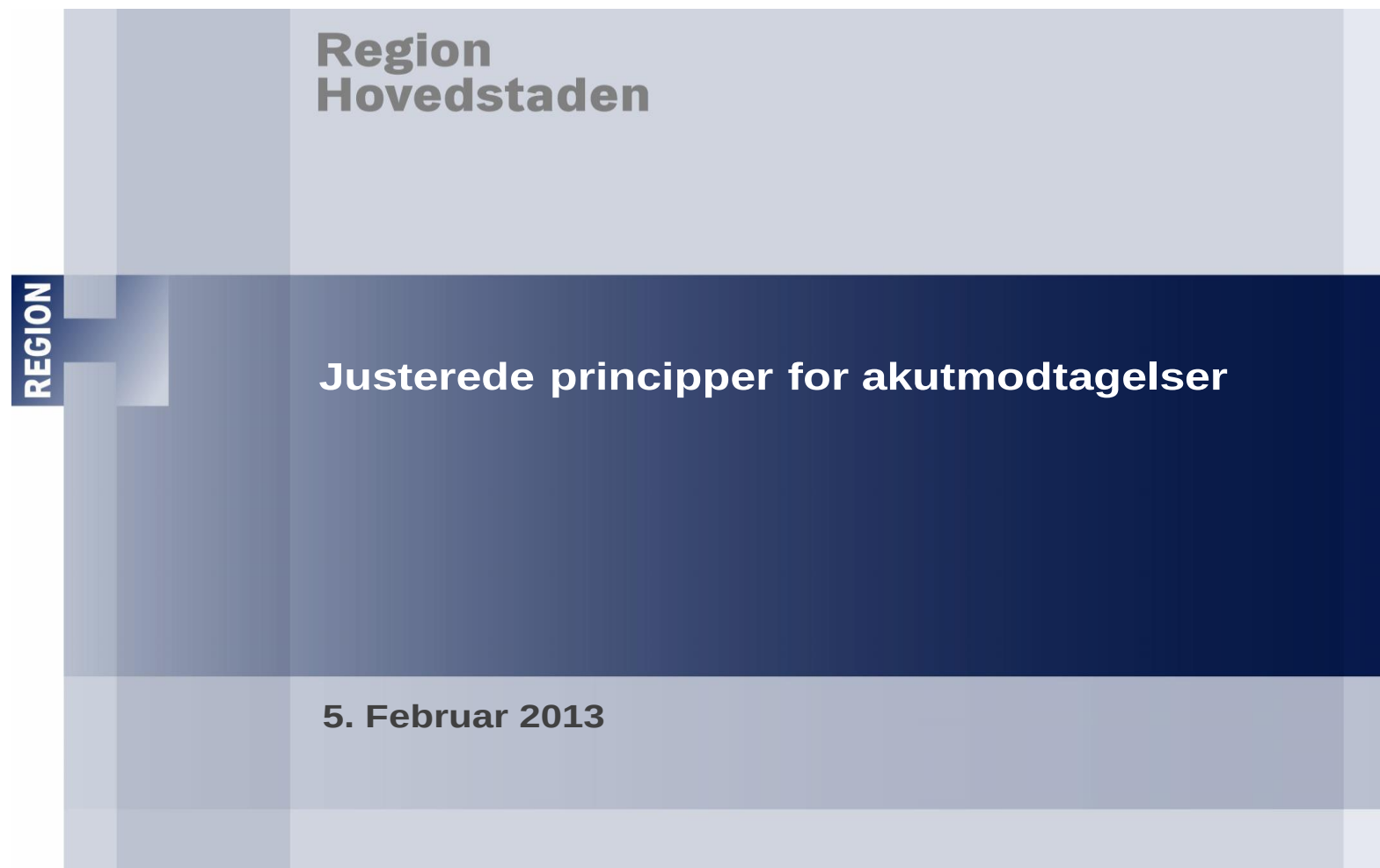
- Hvidovre Hospital
 - Vicedirektør Torben Mogensen – formand
 - Ledende overlæge Gertrude Ellekilde
- Bispebjerg Hospital
 - Vicedirektør Kristian Antonsen
 - Ledende overlæge Birgitte Nybo
- Herlev Hospital
 - Vicedirektør Steen Werner Hansen
 - Ledende overlæge Lisbet Isenberg Ravn
- Hillerød Hospital
 - Vicedirektør Leif Panduro Jensen
 - Konstitueret ledende overlæge Jakob Lundager Forberg
- Bornholms Hospital
 - Hospitalsdirektør Kurt Espersen
 - Afdelingssygeplejerske Louise Juel Pedersen
- Gentofte Hospital
 - Vicedirektør Lars Juhl Petersen
 - Specialeansvarlig overlæge Steffen Ulrik Friis
- Glostrup Hospital
 - Vicedirektør Per Jørgensen
 - Ledende overlæge Lars Bo Weywadt

Sekretær: Chefkonsulent Niels Erik Jørgensen, Enhed for
Hospitalsplanlægning, Center for Sundhed.

**Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne**

Bilag 7 - Side -24 af 32

Bilag 2: Justerede principper for akutmodtagelse



Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.

arbejdsmiljøet på hospitalerne

Bilag 7 - Side 25 af 32

RegH-anbefalinger	Justerede principper
UDE	
Adskilt indgang for ambulancer og ”gående”	
Forløb konvergerer i reception / triage	Klar adskilt triage for ambulancer og ”gående” Direkte adgang fra ambulancegård til traumerum
Kemikalierens mv. - opvarmet og afskærmet	
Direkte adgang fra ambulancegård til mors (+indefra)	
Heliport på Herlev som reserve til RH	
INDE	
Lægevagtslokaler	Indgår i AM om dagen
Morsrum med indgang udefra og indefra – vente- og pårørenderum i nærheden	
Samtalerum og møderum (fleksibilitet)	
Kommunal udskrivningskoordinator	Plads til tværsektorielt og tværfagligt samarbejde, pladsen gøres fleksibel (afventer ny kommunalreform) Exitzone med passende antal arbejdsstationer
Kontorer og personalerum	Zoneopdelte specialefællesskaber med kontorer og personalerum – meget fleksibelt
Vagtværelser	

**Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne**
Bilag 7 - Side 26 af 32

RegH-anbefalinger	Justerede principper
Triagerum – sporfordeling i hastegrader, patienter fordeles på akutsenge og skadespor. ”Akutsenge” føres uden om us-rum i modtageområdet	Triagerum (fleksible) – sporfordeling i hastegrader og patienter fordeles på akutsenge og skadespor. ”Akutsenge” føres uden om us-rum i modtageområdet Fremskudt pædiatri med egen triage
Diagnostisk afklarede stabile patienter går til specialeafdeling	Ophold i akutseng 24 timer og op til 48 timer afhængig af symptomer – fokus på patientens tilstand ikke på timer
Standard patientforløb efter fælles principper og tidsrammer - Afklares nærmere i simulationsmodel	
Ikke allokerede patienter er fælles anliggende og blive i AM indtil diagnose er stillet	
Kommandocentral	Central kommandopost og zoneopdelte specialefællesskaber
Traumerum – traumespor inkl. diagnostik	Fremskudt radiologi kan variere akuthospitalerne imellem
Venterum – adskilt voksne og børn, samlet overvågning	Venterum – adskilt voksne og børn Adskilt ventorum for udad reagerende voksne
Us. rum – skadespor inkl. diagnostik	Us. rum og specialerum til skader i ortopæd-zone. Fleksibilitet i alle behandler- og undersøgelsesrum Specialrum til øjne, ører, brand, GU, etc.

Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr. arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 7, Side 27 af 32
 Akutsenge 24 eller 48 timer?

RegH-anbefalinger	Justerede principper
Akutsenge – patienter udredes, observeres og visiteres til specialeafdeling eller hjemsendes	Akutsenge – patienter udredes, observeres og visiteres til specialeafdeling eller hjemsendes. Fysikken skal understøtte flow og MDT-dannelse, med fokus på patientforløb ikke timer, dog holdes der fast i de 48 timer som overordnet 'ramme'. Fysikken skal understøtte specialezoner og balance mellem AM og specialeafdelingerne Evt. observationspladser for dårlige patienter (intermediære sengepladser)
1-sengsstuer af hensyn til patienternes diskretion. Undersøgelse og behandling vil blive foretaget på 1-sengsstuen eller i undersøgelsesrum tilknyttet sengeafsnittet	1-sengsstuer af hensyn til patienternes diskretion suppleret med større observationsrum til flere patienter. Undersøgelse og behandling vil blive foretaget på 1-sengsstuen eller i undersøgelsesrum tilknyttet sengeafsnittet
Antal akutsenge defineres efter liggetider. Patienter ligger højst 24 timer, men patienter der forventes udskevet indenfor 48 timer kan med fordel udskrives fra akutmodtagelsen	Antal akutsenge defineres efter liggetider. Patienter ligger højst 24 timer, men patienter der forventes udskevet indenfor 48 timer kan med fordel udskrives fra akutmodtagelsen, men variation akuthospitalerne imellem (begrundet i tilknyttede specialer) i ophold mellem 24 og 48 timer
Antal us. rum defineres efter us. tider skadespor: 1 time akutsengsspor: 1,5 time	
Patienter udvisiteres som hovedregel mellem kl. 8.00 og 20.00 alle ugens dage	

**Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne**
Bilag 7 - Side -28 af 32

RegH-anbefalinger	Justerede principper
Afdelingsledelse	
Stab af speciallæger til logistik og uddannelse mv	Antal speciallæger i stab bør evalueres (Hillerød og Hvidovres organisering) – fordele og ulemper mht. faglighed og organisation. Mulighed for lokalt at tilpasse antallet
Teamledelse i sygeplejen	Sygeplejen i pædiatri refererer til afdelingsledelsen i pædiatri på Herlev og Hillerød.
Behandlerteams	
Ledelsesråd	

**Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne**
Bilag 7, Side 29 af 32

RegH-anbefalinger	Justerede principper
Diagnostiske muligheder i akutmodtagelsen	
Konventionel røntgen - antal kan variere	
CT-scanning - antal kan variere (og det kan variere hvorvidt disse er med til at betjene resten af hospitalet)	
Ultralydscanning - antal kan variere	
Ekko kardiografi - antal kan variere	
Analyse af alm. blodprøver inkl. arteriepunktur - antal kan variere	
Diagnostiske muligheder på hospitalet	
MR-scanning	
Teleradiologi mellem hospitalerne	
Fuld biokemisk laboratorium	
Blodbank som satellitfunktion	

**Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne**
Bilag 7 - Side -30 af 32

RegH-anbefalinger	Justerede principper
Sygeplejersker ansat i AM	
Sygeplejersker i rotationsordning i hele AM	Sygeplejersker i zoneopdelte teams for at bevare kompetencen Få interesserede sygeplejersker kan rotere i hele AM
Speciallæger i vagtrul fra specialeafdeling	
Yngre læger ansat i AM eller i vagtrul fra specialeafd - muligheden skal stå åben	
Ortopædkirurgi: Speciallæge eller læge under uddannelse i tilstedeværelsesvagt, KBU-læger	
Kirurgi: Speciallæge i tilstedeværelsesvagt, KBU-læger	Kirurgi: Speciallæge eller læge under uddannelse i tilstedeværelsesvagt, KBU-læger
Intern Medicin: Speciallæge i tilstedeværelsesvagt, KBU-læger	Behov for døgnvagt skal ses i sammenhæng med kardiologi
Kardiologi: Speciallæge i tilstedeværelses- eller rådighedsvagt, KBU-læger	Kardiologi: Speciallæge eller læge under uddannelse i tilstedeværelsesvagt, KBU-læger
Anæstesiologi: Speciallæge i tilstedeværelsesvagt	Anæstesiologi: Speciallæge eller læge under uddannelse i tilstedeværelsesvagt
Neurologi: Speciallæge i rådighedsvagt	Skal følge specialeplan. Tilstedeværelse hvis trombolyse 24/7
Pædiatri: Læge i tilstedeværelsesvagt, speciallæge i rådighedsvagt	Speciallæge eller læge under uddannelse i tilstedeværelsesvagt, hvis hospitalet har pædiatri / gyn/obs
Radiologi: Radiograf i tilstedeværelsesvagt og speciallæge i rådighedsvagt	Radiologi: Speciallæge eller læge under uddannelse i tilstedeværelsesvagt
Øvrige specialer på hospitalet: Læger på tilsyn og optimering af mulighed for tilsyn på tværs af hospitaler	
Sekretariatsfunktion på døgnbasis	
Portørfunktion på døgnbasis	
Terapeutfunktion i dagtid	Bør også gælde farmaceut, diætist og geriater. Skal udvides til aften (fx kl. 20 eller 22) og weekend

Note: Læge under uddannelse skal her forstås som en læge på sidste år af hoveduddannelsen

Bilag 3: Definition af tider for ankomst, behandlingsstart og behandlingsslut

Ankomst:

Ankomst er det tidspunkt, hvor patienten registreres i akutmodtagelsen /-klinikken, uanset om det er selvtransporterende eller ambulanceindbragte. For telefonvisiterede patienter er det stadig ankomsttidspunktet i akutmodtagelsen/-klinikken, der registreres, selvom patienterne ved telefonvisitation får angivet et tidspunkt at møde i akutfunktionen.

Behandlingsstart:

”Behandlingsstart” defineres som start på såvel udredning og undersøgelse som egentlig behandling så længe den *handling*, der bestemmer den videre sundhedsfaglige udredning, undersøgelse eller behandling, som fører til plan for udredning, iværksættes.

Triagefarve	Behandlingsstart
Blå	Når patienten sendes til røntgenundersøgelse eller kaldes til undersøgelsesrum, idet det forudsættes at udredning/behandling forgår i tæt relation til dette.
Grøn Gul og Orange	Når den <i>handling</i> , der bestemmer den videre specifikke undersøgelse eller behandling, som fører til plan for udredning, iværksættes.
Rød	Når den <i>handling</i> , der bestemmer den videre specifikke undersøgelse eller behandling, som fører til plan for udredning, iværksættes. Det forudsættes, at røde patienter begynder at blive udredt straks de modtages.

En *handling* der bestemmer den videre specifikke undersøgelse eller behandling er fx:

- Optage specifik anamnese med henblik på at udfærdige behandlingsplan, herunder f.eks. EKG optagelse med umiddelbar tolkning, blodprøvetagning efter specifik symptomvurdering eller fortsat observation med vitalparametre som en del af behandlingsplanen.
- Undersøge med henblik på mulig fraktur, der afføder røntgenundersøgelse
- Såfremt behandlingen er startet præhospitalt, er tidspunktet for behandlingsstart i Akutmodtagelsen defineret som ankomsttidspunkt, givet at patienten modtages og fortsat observeres for den behandling, der er givet præhospitalt.

Behandlingsstart er **ikke**:

- den initiale triage/visitation, der sker før patienten sendes til venteværelset
- hvis patienten får is, smertestillende piller eller en midlertidig bandage på en skade i den initiale triage/visitation
- hvis patienten kaldes til undersøgelsesrum uden, at der egentlig begyndes udredning eller behandling i tæt relation hertil.

**Punkt nr. 12 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lise Müller (F) vedr.
arbejdsmiljøet på hospitalerne
Bilag 7 - Side -32 af 32**

Behandlingslut

Akutte ikke-indlagte patienter.

Defineres som det tidspunkt, hvor den sundhedsfaglige ydelse er afsluttet.

Hvis patienten venter på at blive hentet, har akutmodtagelsen stadig ansvar for patienten, men behandlingen er afsluttet.

Indlagte patienter:

Defineres som det tidspunkt, hvor den sundhedsfaglige ydelse er afsluttet.

Hvis en færdigbehandlet patient venter på at blive hjemtaget, har den behandlingsansvarlige afdeling stadig ansvar for patienten.

Punkt nr. 13 - Anmodning fra Mette Abildgaard (C) om drøftelse af redegørelse vedr. udenlandsk patients ophold

Bilag 1 - Side -1 af 1

Fra: Mette Abildgaard

Sendt: 12. marts 2015 08:06

Til: Sophie Hæstorp Andersen; Jesper Olsen

Emne: Notat om saudiambassadør

Hej Sophie

Jeg vil gerne bede om, at vi får redegørelsen om saudiambassadøren på dagsordenen til næste FU-møde.

--

Med venlig hilsen

Mette Abildgaard

Konservativ leder i Region Hovedstaden & Folketingskandidat i Nordsjælland

NOTAT

Telefon 38 66 50 00

Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 29 19 06 23

Dato: 10. marts 2015
J.nr. 15003113

Redegørelse vedr. behandling af udenlandsk patient på hhv. Rigshospitalet/Glostrup Hospital og Amager Hospital og Hvidovre Hospital

Der er på baggrund af artikler i Ekstra Bladet, der forholder sig stærkt kritisk til et behandlingsforløb, hvor en udenlandsk patient og dennes pårørende angiveligt skulle have modtaget særbehandling, anmodet om en redegørelse for forløbet. På denne baggrund redegøres der i nærværende notat – med respekt af tavshedspligten - for

- **det konkrete patientforløb,**
- **ligebehandling af patienter**
- **vicedirektørens deltagelse i en frokost på den saudiarabiske ambassade**

.....

Ad det konkrete patientforløb

Forløbet på Rigshospitalet

En ældre kvinde fra Saudi Arabien, som er på besøg i Danmark, bliver i november måned alvorligt akut syg. Hun indlægges den 10. november 2014 på Rigshospitalet, der iværksætter behandling.

Det fremgår af sundhedslovens § 80, at regionsrådet yder akut behandling til patienter, som ikke har bopæl her i landet, men som midlertidigt opholder sig i regionen. Efter den akutte fase er overstået, yder regionsrådet behandling, når det efter de foreliggende omstændigheder ikke skønnes rimeligt at henvise personen til behandling i hjemlandet, eller hvis patienten ikke tåler at blive flyttet til et sygehus dér.

Regionen kan efter loven opkræve betaling af patient for den behandling, der følger efter den akutte behandling. Der er truffet beslutning om opkrævning af betaling i den konkrete sag.

Det lykkedes ikke for Rigshospitalet at iværksætte den først planlagte behandling, dels fordi den relevante behandlingskapacitet anvendtes til anden behandling, dels på grund af patientens tilstand. Patientens tilstand blev gennem den herefter iværksatte behandling stabiliseret, men på et væsentligt ringere funktionsniveau end før indlæg-

Punkt nr. 13 - Anmodning fra Mette Abildgaard (C) om drøftelse af redegørelse vedr. udenlandsk patients ophold
Bilag 2 - Side -2 af 6

gelsen. Rigshospitalet har over for patientens pårørende beklaget, at der i forbindelse med den akutte behandling af patienten har været brist i kommunikationen fra hospitalet til de pårørende.

Der har efter hospitalets opfattelse ikke været tale om fejl i behandlingen, som er foretaget efter gældende standarder, men de pårørende er vejledt om muligheden for at klage til patientombuddet og om mulighederne for at søge erstatning. De pårørende har, efter det oplyste, ikke ønsket at benytte klageadgangen, men har forholdt sig kritisk over for såvel behandlings- som plejeindsatsen på Rigshospitalet. Plejepersonalet og de pårørende har været uenige om niveauet for plejen. Det har givet konflikter og ført til klager fra personalet over ubegrundet kritik af deres faglige indsats, ligesom personalet har klaget over at være blevet talt ned til af de pårørende. Ledelsen har - samtidig med opfyldelse af hospitalets behandlingsforpligtelse efter loven – støttet personalet i forbindelse med konflikterne og herunder rekvireret psykologbistand i nødvendigt omfang.

Efter en måned flyttes patienten den 10. december 2014 fra Neurointensivt afsnit på Rigshospitalet på Blegdamsvej til Rigshospitalets Afdeling for Højtspecialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade, som fysisk er beliggende på Hvidovre Hospitals matrikel. Dette afsnit har før fusionen af Rigshospitalet og Glostrup Hospital hørt under Glostrup Hospital.

Ved overflytning til denne afdeling var der behov for at etablere mulighed for særlig respiratorisk behandling af 3 patienter, hvor afdelingen normalt kun kan behandle 2 patienter af denne type. For at kunne etablere denne behandling måtte to senge på afdelingen midlertidigt lukkes ned af ressourcemæssige grunde. Det er i overensstemmelse med sædvanlig praksis og har ikke medført, at patienter med behov for behandling ikke har fået behandling.

Som følge af behandlingsforløbet på Rigshospitalet var forholdet mellem hospitalets ledelse og de pårørende belastet og kommunikationen som følge heraf vanskeliggjort. På denne baggrund, og fordi det på baggrund af plejepersonalets klager skønnedes nødvendigt af hensyn til personalet at varetage kommunikationen på direktionsniveau, aftaltes det mellem Rigshospitalet og Hvidovre Hospital, at vicedirektør Torben Mogensén, Hvidovre Hospital, skulle varetage kommunikationen mellem de pårørende og den behandelende afdeling, der fysisk er beliggende på Hvidovre Hospitals matrikel i det omfang, det var nødvendigt at inddrage det ledelsesmæssige niveau. Torben Mogensén stod herefter telefonisk til rådighed for både afdelingens personale og de pårørende med henblik på at løse konflikter og støtte personalet i arbejdet.

Torben Mogensén var ikke lægeligt ansvarlig for patientens behandling på afdelingen, men varetog i det nødvendige omfang kommunikationen med henblik på at sikre, at patientens behandling kunne varetages på en hensigtsmæssig måde. Det bemærkes, at det ikke er usædvanligt, at hospitalernes direktioner medvirker på kommunikationssiden ved patientforløb, hvor kontakten mellem patient, pårørende og afdeling er for-

Punkt nr. 13 - Anmodning fra Mette Abildgaard (C) om drøftelse af redegørelse vedr. udenlandsk patients ophold
Bilag 2 - Side -3 af 6

bundet med vanskeligheder af forskellig karakter for at undgå, at konflikter med de pårørende kommer til at gå ud over patientens behandling.

Forløbet på Hvidovre Hospital

Opholdet på Rigshospitalets Afdeling for Højtspecialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade har et rehabiliterende sigte. Da patientens behandling her afsluttes skal der tages stilling til patientens videre behandling og behandlingssted. Efter sundhedsloven har regionen som nævnt behandlingsforpligtelsen, når patienten ikke tåler at blive flyttet til et sygehus i hjemlandet. Det er tilfældet her og derfor blev andre muligheder undersøgt.

Hvis patienten var dansk statsborger eller havde bopæl i Danmark, ville det videre forløb normalt indebære tilbud om plejehjemsplads. Det er ikke muligt i det foreliggende tilfælde. Da de pårørendes relation til Rigshospitalet og hospitalets ledelse er belastet, besluttedes det efter drøftelse mellem de to hospitaler, at det vil være mere hensigtsmæssigt at overflytte patienten til en afdeling på Hvidovre Hospital.

En overflytning til Hvidovre Hospitals infektionsmedicinske afdeling overvejes, da denne afdelings læger har vagten i aften- og nattetimerne på Afdelingen for Højtspecialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade og derfor kendte patienten, men da infektionsmedicinsk afdeling har været hårdt belastet af patienter med mistanke om ebola-virus, beslutter hospitalsdirektør Torben Ø. Petersen, at anden placeringsmulighed må undersøges.

Patienten overføres herefter den 16. februar 2015 til Hvidovre Hospitals Lungemedicinske Afdeling, palliativt afsnit, som er etableret med de tekniske hjælpemidler og de hygiejniske forhold, som kræves til pasning af en patient i denne tilstand. Hertil kommer, at det palliative afsnit generelt har en lavere belægningsprocent end hospitalets øvrige afdelinger, hvilket giver afsnittet bedre mulighed for at passe patienter, hvor særlige udfordringer gør sig gældende. Patienten har under sit indlæggelsesforløb på Hvidovre Hospital været indlagt på hospitalets intensivafdeling to gange. Det har i den forbindelse været nødvendigt at flytte andre og mindre syge patienter for at varetage patientens behandling. Dette er i overensstemmelse med sædvanlig praksis.

Det videre forløb vil afhænge af patientens helbredstilstand. Mulighederne for udskrivning til de pårørendes hjem i Danmark har været drøftet med de pårørende, men er af hospitalet skønnet lægefagligt uforsvarligt. Hospitalet har i den forbindelse oplyst, at hospitalet ikke – hvis patienten udskrives til pleje i hjemmet – har mulighed for fortsat at varetage det lægelige ansvar for patientens behandling. Planen er derfor fortsat rehabiliteringsindsats med genoptræning med henblik på udskrivning, herunder eventuelt til videre behandling i hjemlandet, når dette er behandlingsmæssigt forsvarligt.

Punkt nr. 13 - Anmodning fra Mette Abildgaard (C) om drøftelse af redegørelse vedr. udenlandsk patients ophold
Bilag 2 - Side -4 af 6

Forholdet til de pårørende

De pårørende, som har opholdt sig ved patientens side i en stor del af døgnet både på Rigshospitalet og på Hvidovre Hospital, har som nævnt forholdt sig kritisk over for behandlings- og især plejeindsatsen på Rigshospitalet og på Hvidovre Hospital og har som følge deraf haft konflikter med primært plejepersonalet.

Pårørende reagerer erfaringsmæssigt forskelligt på alvorlig akut opstået sygdom og der vil derfor også være behov for, at behandlings- og plejepersonale professionelt kan forholde sig på forskellig vis til de udfordringer, der kan være forbundet med vrede og sorgfulde reaktioner. Samtidig er familien erfaringsmæssigt en vigtig faktor ved behandling af patienter med hjerneskade, hvorfor det af de behandlingsmæssige hensyn, som det er hospitalets opgave at varetage, er nødvendigt at søge en hensigtsmæssig relation til pårørende opretholdt.

De pårørende har i dette tilfælde haft sværere ved at acceptere og værdsætte plejepersonalets indsats end de behandlende lægers og terapeuters indsats, hvad plejepersonalet naturligt nok har haft svært ved at acceptere. Samtidig har de pårørende generelt ikke oplevet kontakten til plejepersonalet som specielt konfliktfyldt. Det har som i andre tilfælde ved vanskelige patientkontakter været nødvendigt at stille psykologbistand til rådighed for personalet. Efter overflytning til Lungemedicinsk Afdeling, palliativt afsnit, fungerer kommunikationen bedre mellem personale og pårørende.

Ad ligebehandling af patienter

Den forvaltningsretlige lighedsgrundsætning gælder også for regionens hospitaler. Lighedsgrundsætningen indebærer, at myndigheden (hospitalet) skal handle ud fra saglige kriterier, hvilket betyder, at en eventuel forskelsbehandling skal være sagligt begrundet – ens forhold skal behandles lige. De kriterier, som hospitalet lægger vægt på, skal være i overensstemmelse med formålet med behandlingen af patienterne. Sundhedspersonalet må ved beslutninger i relation til den enkelte patient – det være sig både positivt og negativt – ikke lægge vægt på fx køn, race, social status, statsborgerskab mv.

Ved vurderingen af behandlingstilbuddet til den enkelte patient skal der lægges vægt på en helhedsvurdering af patientens helbredstilstand, herunder hensynet til sygdommens alvor, helbredelses- og behandlingsmuligheder, risiko for komplikationer og bivirkninger mv. Det behandlingstilbud, der gives i det enkelte tilfælde, må derfor tage højde for patientens konkrete forhold. Behandlingstilbud, også til patienter med samme lidelse, kan derfor have forskelligt indhold. Forskelle i behandlingstilbud skal være baseret på faglige hensyn. At behandle patienter lige kan derfor meget vel være at behandle dem forskelligt, når der er et sagligt/fagligt belæg for det.

Det følger af ovenstående, at den konkrete fordeling af personaleressourcer på de enkelte patienter nødvendigvis må basere sig på konkrete skøn – skøn som løbende opdateres. Har en patient på et tidspunkt behov for mere bistand, må andre patienter, i det omfang det er forsvarligt, nøjes med mindre bistand.

Punkt nr. 13 - Anmodning fra Mette Abildgaard (C) om drøftelse af redegørelse vedr. udenlandsk patients ophold
Bilag 2 - Side -5 af 6

Den konkrete patient – som ikke har kunnet udskrives til kommunalt tilbud om genoptræning – har modtaget en større genoptræningsindsats end hospitalet normalt tilbyder, da dette på baggrund af manglende mulighed for at henvise til kommunalt tilbud har været behandlingsmæssigt indikeret. Udgifterne til den ekstra genoptræning opkræves efter sundhedslovens bestemmelser hos patienten. Herudover har fysio- og ergoterapeutisk personale aflastet plejepersonalet i forbindelse med patientens pleje i overensstemmelse med afdelingernes praksis for, at faggrupperne hjælper hinanden i særlige tilfælde.

Som det fremgår ovenfor kan det i nogle situationer være nødvendigt at bruge flere ressourcer på at pleje nogle patienter end andre. I det konkrete tilfælde har hospitalet haft mulighed for at kunne kompensere herfor via egenbetalingen til dækning af udgifter til ekstrapersonale, således at andre patienters behov ikke har måttet tilsidesættes ved behov for en øget indsats.

På tilsvarende vis kan det i nogle tilfælde være nødvendigt at bruge flere ressourcer på at varetage kontakten og kommunikationen med de pårørende end i andre tilfælde, når relationen mellem pårørende og personale opleves som belastende ud over det sædvanlige af enten pårørende eller personale. Som nævnt er det ikke usædvanligt på regionens hospitaler, at direktionen må medvirke til varetagelse af kommunikationen i forløb, hvor forholdet til de pårørende opleves som særligt vanskeligt af personalet.

På Hvidovre Hospital har hospitalsdirektionen aftalt med medarbejdernes fællestillidsrepræsentanter, at forløbet i den konkrete sag skal drøftes med henblik på læring fremadrettet. Hospitalsdirektionen giver i den forbindelse udtryk for, at både god patientbehandling og et godt arbejdsmiljø er meget vigtigt for hospitalet, og ”vi skal hele tiden lære - også af dette forløb”, siger hospitalsdirektør Torben Ø. Pedersen.

Retningslinjer for særbehandling af bestemte grupper?

Der er spurgt til, om der på regionens hospitaler er retningslinjer for særbehandling af fx medlemmer af kongefamilien. Sådanne retningslinjer findes ikke. Men hvis patienter skal behandles lige – og alle patienter har samme krav på at kunne modtage behandling uforstyrret – kan det være nødvendigt med særlige foranstaltninger for at kunne skærme bl.a. kendte patienter mod offentlighedens interesse. Det er administrationens opfattelse, at det hverken vil være muligt eller hensigtsmæssigt at fastlægge særlige retningslinjer for sådanne tilfælde, hvor stillingtagen altid vil bero på et konkret skøn.

Rigshospitalet, der hyppigst er i den situation at måtte overveje nødvendigheden af særlige forholdsregler, oplyser, at hospitalet på lige fod med andre hospitaler tager individuelle hensyn til patienter, der har særlige behov for diskretion – hvad der kan være tilfældet for borgere fra alle samfundslag. Der er på hospitalet heller ikke udarbejdet retningslinjer herfor, foranstaltningerne afhænger af de konkrete omstændigheder.

Punkt nr. 13 - Anmodning fra Mette Abildgaard (C) om drøftelse af redegørelse vedr. udenlandsk patients ophold
Bilag 2 - Side -6 af 6

På tilsvarende vis kan det oplyses, at der ikke er praksis for ydelse af særbehandling af udenlandske diplomater på regionens hospitaler og at der heller ikke fra Udenrigsministeriets side er udtrykt noget ønske herom.

Ad vicedirektørens deltagelse i en frokost på den saudiarabiske ambassade

Folketingets ombudsmand har bedt om en udtalelse om medarbejderes deltagelse i middag på ambassaden med ledsager. Ombudsmanden har henvist til Moderniseringsstyrelsens publikation "God adfærd i det offentlige," og dennes afsnit om modtagelse af gaver til offentligt ansatte.

Hvidovre Hospitals vicedirektør Torben Mogensen har oplyst, at ambassadøren den 6. januar telefonisk indbød ham med ægtefælle til en frokost søndag eftermiddag den 11. januar 2015. Der deltog ikke andre medarbejdere fra regionen i frokosten, idet den i ombudsmandens henvendelse omtalte læge, der bor i Århus, er ambassadørens personlige ven. Den pågældende har tidligere arbejdet på Hvidovre Hospital. Herudover deltog ambassadørens søster.

Det har fra hospitalets side ikke været overvejet at betragte frokostinvitationen som en mulig gave. Invitationen blev fra vicedirektørens side opfattet som en god mulighed for at tilvejebringe en bedre kontakt med de pårørende, og han sagde derfor ja tak til indbydelsen. Det var vicedirektørens opfattelse, at et afslag på invitationen for hans eget og/eller ægtefællens vedkommende af ambassadøren ville kunne opfattes som en uhøflighed, hvad der ikke ville være hensigtsmæssigt for kontakten til de pårørende.

Drøftelserne under frokosten havde ikke karakter af en pårørendesamtale, og levede op til vicedirektørens forventninger om frokostens karakter af en høflighedsvisit. Niveauet for serveringen gik efter vicedirektørens opfattelse ikke ud over det sædvanlige for en arbejdsfrokost i offentligt regi.

Der blev ikke drøftet spørgsmål vedrørende patientens hidtidige eller fremtidige behandling, og heller ikke spørgsmål om eventuel flytning til anden afdeling.

Samtaler med pårørende finder normalt sted på hospitalet og ikke i de pårørendes hjem. Vicedirektørens deltagelse i frokosten har givet anledning til kritik i offentligheden, men administrationen har noteret sig, at baggrunden for beslutningen om deltagelse i frokosten var et ønske om at forbedre kontakten til de pårørende i forbindelse med et vanskeligt behandlingsforløb. Det bemærkes for fuldstændighedens skyld, at vicedirektøren til jul modtog en æske chokolade af ambassadøren. Chokoladen blev stillet frem i hospitalsdirektionens forkontor.



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 27. marts 2015
Enhed: Sygehuspolitik
Sagsbeh.: SUMCVA
Sags nr.: 1501360
Dok nr.: 1675815

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 4. marts 2015 stillet følgende spørgsmål nr. 680 (Alm. del) til ministeren for sundhed og forebyggelse, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Peter Skaarup (DF).

Spørgsmål nr. 680:

"Ministeren bedes redegøre for omstændighederne omkring den helt usædvanlige særbehandling af den saudiarabiske ambassadørs mor på Hvidovre Hospital, herunder vicedirektørens middag/frokost med den saudiarabiske ambassadør den 9. januar 2015, som omtalt i adskillige artikler i Ekstra Bladet den seneste uge. Ministeren bedes desuden oplyse, om ministeren agter at sætte en stopper for særbehandlingen, herunder hvilke konsekvenser sagen får, og om ministeren vil understrege over for hospitalet og andre hospitaler under regionerne, at sådanne særbehandlinger ikke må foregå, da det skader den generelle tillid til det danske sundhedssystem.

Svar:

Det er regionernes ansvar at varetage driften af sygehusvæsenets opgaver.

Jeg kan derfor henholde mig til Region Hovedstadens redegørelse, som er vedlagt min besvarelse af dags dato på udvalgets spørgsmål 553 (alm.del).

Jeg har desuden noteret mig, at Folketingets Ombudsmand den 27. februar 2015 af egen drift har anmodet Region Hovedstaden om en redegørelse for vicedirektørens deltagelse i et møde med forplejning på Saudi-Arabiens ambassade.

Jeg skal i øvrigt henvise til min besvarelse af SUU spørgsmål 553 (alm.del).

Med venlig hilsen

Nick Hækkerup / Carlo V. Andersen



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 8. april 2015
Enhed: Sygehuspolitik
Sagsbeh.: SUMCVA
Sags nr.: 1502020
Dok nr.: 1681431

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 26. marts 2015 stillet følgende spørgsmål nr. 744 (Alm. del) til ministeren for sundhed og forebyggelse, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Peter Skaarup (DF).

Spørgsmål nr. 744:

"Ministeren bedes redegøre for, om det er korrekt, som det fremgår af artiklen Afsløring: Saudi-regning lander hos skatteborgerne", der blev bragt i Ekstra lade d. 24. marts 2015, at det er de danske skatteydere, der fremadrettet skal betale regningen for den behandling, som den saudiarabiske ambassadørs mor modtager i det danske sundhedsvæsen."

Svar:

Hverken jeg eller mit ministerium ligger inde med oplysninger, der kan verificere det anførte i Ekstra Bladets artikel om, at den pågældende er meddelt opholdstilladelse i Danmark.

Jeg kan dog generelt oplyse, at personer med bopæl i Danmark har ret til ydelser efter sundhedsloven, jf. sundhedslovens § 7, stk. 1. Ved bopæl forstås tilmelding til Folkeregisteret.

Retten til ydelser efter sundhedsloven skal dokumenteres med det gule sundhedskort, som borgeren får udleveret hos bopælskommunen, og omfatter blandt andet kommunale sundhedsydelser, ydelser i praksissektoren og sygehusydelser.

Jeg kan i øvrigt specifikt i forhold til behandling på sygehuse oplyse, at sygehusbehandling efter bestemmelserne i sundhedslovens afsnit VI, VII og VIII er vederlagsfri for patienten, jf. sundhedslovens § 81, stk. 1.

Med venlig hilsen

Nick Hækkerup / Carlo V. Andersen

[Tilbage](#)

Sundheds- og Forebyggelsesudvalget, Alm. del 2014-15: Spørgsmål og svar

• [Forrige spørgsmål](#) | [Næste spørgsmål](#) •

SUU, Alm. del spørgsmål 553

MFU spm. om kommentar til artiklen "Ambassadørfamilie tyranniserer dansk hospital" i Ekstra Bladet d. 25. februar 2015, til ministeren for sundhed og forebyggelse

Svaroversigt

Endeligt svar

Dokumentdato: 27-03-2015
Modtaget: 27-03-2015
Omdelt: 30-03-2015
Fortroligt dokument

Spørgsmål

Dokumentdato: 25-02-2015
Modtaget: 25-02-2015
Omdelt: 25-02-2015

Spørgsmålets ordlyd:

Ministeren bedes kommentere artiklen "Ambassadørfamilie tyranniserer dansk hospital" i Ekstra Bladet d. 25. februar 2015 og i sin besvarelse redegøre for sin holdning til, at den saudiske ambassadørs mor angiveligt er blevet indlagt på Hvidovre Hospitals rehabiliteringsafsnit i over en måned stik imod lægernes indstilling, og at der er blevet lukket pladser på afdelingen for at imødekomme ambassadørens families urimelige krav?

Spørger:

Peter Skaarup (DF)

[Html-version](#)

[Udvalgsspørgsmål pdf](#) 

• [Forrige spørgsmål](#) | [Næste spørgsmål](#) •

Folketinget, Christiansborg
1240 København K
Telefon: +45 3337 5500
E-mail: folketinget@ft.dk

[Cookies](#) | [Om ft.dk](#) | [Tilgængelighed](#) | [Tilpas siden](#)



Offentligt ansatte skal passe på med invitationer – men hospitalsvicedirektør frifindes

15. april 2015

Offentligt ansatte skal passe meget på med at acceptere f.eks. frokostinvitationer fra privatpersoner i tjenstlige sammenhænge. Det kan nemlig skabe mistanke om usaglig særbehandling og skade tilliden til myndighederne.

Dette princip understreger Folketingets Ombudsmand i en sag, hvor en vicedirektør på Amager og Hvidovre Hospital og hans ægtefælle tog imod en frokostinvitation fra den saudiarabiske ambassadør. Anledningen var, at ambassadørens mor var indlagt på Hvidovre Hospital. Sagen har vakt offentlig omtale, og der har været rejst spørgsmål om særbehandling af ambassadørens mor fra hospitalets side.

"Vi har i Danmark en stram linje for, hvornår offentligt ansatte må tage imod gaver og invitationer i tjenstlige sammenhænge. Det er centralt for den tillid, som vi har til vores myndigheder. Derfor er det vigtigt at holde fast i og værne om", siger ombudsmand Jørgen Steen Sørensen. Han tilføjer, at det kan blive særligt problematisk, hvis også ægtefæller til offentligt ansatte tager imod sådanne fordele.

Ekstraordinære omstændigheder i den konkrete sag

Region Hovedstaden og ledelsen på Amager og Hvidovre Hospital har over for ombudsmanden redegjort for sagen. Der var efter det oplyste tale om et helt usædvanligt, konfliktfyldt og ressourcekrævende forløb med de pårørende til ambassadørens mor, og vicedirektøren skønnede i situationen, at det var rigtigst sammen med ægtefællen at tage imod ambassadørens invitation. Hospitalet havde ikke erfaring med sådanne spørgsmål.

Disse forklaringer har været udslagsgivende for, at ombudsmanden undlader at kritisere Region Hovedstaden for ikke at skride ind over for vicedirektøren.

"Vicedirektøren har bragt sig selv og hospitalet i en situation, der kan give mistanke om usaglige fordele til ambassadørens mor på bekostning af andre patienter, ikke mindst fordi han tog sin ægtefælle med. Jeg må imidlertid samtidig konstatere, at der har været tale om et helt ekstraordinært forløb, som har været meget vanskeligt at håndtere. Men sagen bør være en vigtig gene-

NYHED

rel påmindelse om, at samvær af denne karakter som altovervejende hovedregel ikke bør finde sted", siger ombudsmanden.

Ombudsmandens undersøgelse vedrører alene vicedirektørens deltagelse i frokosten, og ikke moderens behandlingsforløb. Ombudsmanden tilføjer dog, at han ikke har grundlag for at antage, at ambassadørens mor faktisk har fået særbehandling som følge af den omhandlede frokost. Han har heller ikke grundlag for at betvivle, at vicedirektøren og hans ægtefælle alene tog imod invitationen for at understøtte en løsning på de opståede problemer.

Ombudsmandens udtalelse til Region Hovedstaden og en gengivelse af regionens redegørelse kan læses her.

Tidligere nyhed om sagen kan læses her.

Nærmere oplysninger fås hos ombudsmand Jørgen Steen Sørensen, tlf. 20 33 97 52, eller fuldmægtig Camilla Bang på tlf. 33 13 25 12.

FAKTA

En offentligt ansat bør som udgangspunkt undlade at tage imod en gave eller anden fordel, hvis den har sammenhæng med den pågældendes ansættelse i det offentlige.

Spørgsmålet om offentligt ansattes modtagelse af gaver og andre fordele reguleres af de almindelige forvaltningsretlige principper – og i sidste ende af straffeloven. Reglerne skal være med til at sikre, at der ikke skabes tvivl om den offentligt ansattes saglighed eller upartiskhed i forbindelse med arbejdets udførelse. Desuden skal reglerne være med til at sikre, at der ikke opstår en mere generel mistillid til de hensyn, der ligger bag den offentlige forvaltnings afgørelser og beslutninger.

Vejledningen God adfærd i det offentlige giver retningslinjer for offentligt ansattes adgang til at modtage gaver mv. Vejledningen bliver suppleret af generelle krav om, at forvaltningen også skal agere i overensstemmelse med god forvaltningsskik.

Region Hovedstaden
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

FOLKETINGETS
OMBUDSMAND



Gammeltorv 22
DK-1457 København K

Tlf. +45 33 13 25 12
Fax +45 33 13 07 17

www.ombudsmanden.dk
post@ombudsmanden.dk

Personlig henvendelse: 10-14
Telefonisk henvendelse:
Man.-tors. 9-16, fre. 9-15

Frokost på den saudiarabiske ambassade

15-04-2015

I en artikel i Ekstra Bladet den 26. februar 2015 blev det omtalt, at en vicedirektør på Amager og Hvidovre Hospital sammen med sin ægtefælle havde været til middag på den saudiarabiske ambassade. Det fremgik af artiklen, at ambassadørens mor var indlagt på Hvidovre Hospital.

Dok.nr. 15/00989-10/CBA
Bedes oplyst ved henvendelse

Der var angiveligt store konflikter mellem de pårørende og hospitalet, og i avisen blev hospitalet beskyldt for at give moderen og familien særbehandling.

Den 27. februar 2015 bad jeg af egen drift Region Hovedstaden om en udtalelse vedrørende vicedirektørens deltagelse i den omtalte middag på ambassaden, jf. ombudsmandslovens § 17, stk. 1.

Jeg har nu modtaget Region Hovedstadens udtalelse af 10. marts 2015 vedlagt redegørelser fra ledelsen på Amager og Hvidovre Hospital og fra Region Hovedstaden. Heraf fremgår det bl.a., at der ikke var tale om en middag, men om en frokost, på ambassaden.

Efter min gennemgang af redegørelserne har jeg ikke tilstrækkeligt grundlag for at tilsidesætte Region Hovedstadens beslutning om ikke at kritisere vicedirektørens skøn, hvorefter det i den foreliggende situation var rigtigst – sammen med ægtefælle – at deltage i den nævnte frokost.

Jeg finder imidlertid samtidig, at sagen er en anledning til at understrege, at samvær af den foreliggende karakter i tjenstlige sammenhænge som altovervejende hovedregel ikke bør forekomme.

Jeg henviser i øvrigt til min udtalelse nedenfor, og jeg foretager mig herefter ikke videre i sagen. Jeg har gjort ledelsen på Amager og Hvidovre Hospital bekendt med min opfattelse.

Der vil i dag blive offentliggjort en nyhed om sagen på min hjemmeside, hvor også dette brev vil være tilgængeligt.

Ombudsmandens udtalelse

1. Om sagens faktiske forløb og de synspunkter, som myndighederne har gjort gældende, henviser jeg til min sagsfremstilling nedenfor, hvor Region Hovedstadens notat af 10. marts 2015 er gengivet i sin helhed.

I sagsfremstillingen er der også en gengivelse af dele af redegørelse af 1. marts 2015 fra ledelsen på Amager og Hvidovre Hospital.

2. Det følger af almindelige forvaltningsretlige principper, at offentligt ansatte som udgangspunkt bør undlade at modtage gaver eller andre fordele, hvis gaven eller fordelene har sammenhæng med den pågældendes ansættelse i det offentlige.

I vejledningen "God adfærd i det offentlige" (vejledning nr. 9472 af 1. januar 2007) findes en nærmere beskrivelse af, hvad der efter gældende ret må anses for at være grænserne for offentligt ansattes modtagelse af gaver og andre fordele. Vejledningen bliver suppleret af generelle krav om, at forvaltningen også skal handle i overensstemmelse med god forvaltningsskik.

Principperne har til formål at undgå, at der opstår tvivl om offentligt ansattes saglighed eller upartiskhed i forbindelse med udførelsen af deres arbejde, og udgør derfor også en vis beskyttelse af den ansatte selv. Desuden er principperne med til at forebygge, at der opstår en mere generel mistillid til den offentlige forvaltnings afgørelser og beslutninger.

3. Det, der er anført i vejledningen "God adfærd i det offentlige", er udbygget i Personalestyrelsens notat af maj 2010 om modtagelse af gaver, invitationer og andre fordele. Notatet er tilgængeligt på Moderniseringsstyrelsens hjemmeside (hr.modst.dk) under emnet " HR og ledelse – Personalepolitik – indhold og proces".

Bl.a. er spørgsmålet om modtagelse af middagsinvitationer mv. kort berørt i notatet. Det anføres f.eks., at det normalt vil være uproblematisk, at en kreds af chefer og medarbejdere i en myndighed tager imod invitation til en årligt tilbagevendende middag med en arbejdsgiver-, personale- eller anden interesseorganisation.

I forlængelse af det anførte kan det efter min opfattelse også i visse andre tilfælde være helt naturligt, at offentligt ansatte tager imod f.eks. frokostinvitationer fra private institutioner mv., selv om det sker i tjenstlig sammenhæng.

Dette kan f.eks. gælde, hvis det sker i naturlig sammenhæng med relevante tjenstlige møder eller sammenkomster, eller hvis der i øvrigt foreligger en an-

ledning, der gør det naturligt – efter omstændighederne f.eks. tjenstligt begrundet tilstedeværelse på den pågældende institution i forbindelse med besigtigelses- eller inspektionsvirksomhed mv. Der må i alle tilfælde anlægges en konkret vurdering, hvor bl.a. værdien af den tilbudte frokost mv. må indgå.

I mange tilfælde må det omvendt anses for udelukket som offentligt ansat at tage imod frokostinvitationer mv. fra personer eller virksomheder i tjenstlige sammenhænge. En offentlig ansat, der f.eks. behandler en konkret ansøgningssag, bør selvsagt som det helt klare udgangspunkt ikke tage imod en frokostinvitation fra den pågældende part. Accept af sådanne invitationer er i almindelighed – uanset om de betragtes som gaver eller ej – egnet til skabe mistanke om, at parten kan modtage usaglige fordele mv.

En sådan mistanke vil alt andet lige blive yderligere styrket i tilfælde, hvor også den offentligt ansattes ægtefælle eller anden privat ledsager deltager i det pågældende arrangement. Det skyldes, at en sådan deltagelse er egnet til at skabe helt særlig tvivl om det tjenstligt-saglige i arrangementet.

4. Overført på det offentlige hospitalsvæsen betyder det anførte efter min opfattelse, at ansatte på hospitaler som det helt klare udgangspunkt ikke bør tage imod invitationer af den nævnte karakter fra f.eks. patienter eller pårørende.

Dette gælder både under og efter det pågældende behandlingsforløb. Men det kan i særlig grad være problematisk på tidspunkter, hvor den ansatte – eller andre på det pågældende hospital – står over for at skulle træffe beslutninger om patientens videre behandling og dermed bl.a. foretage en prioritering af behandlingsstedets ressourcer.

I tråd med det, der er anført under pkt. 3, forstærkes det problematiske efter min opfattelse yderligere i tilfælde, hvor også den hospitalsansattes ægtefælle mv. deltager i arrangementet. Den opmærksomhed, som den foreliggende sag har givet anledning til, er en illustration af dette.

Jeg er helt opmærksom på, at det i f.eks. vanskelige patient- og pårørendeforløb kan være både hensigtsmæssigt og nødvendigt med nærmere samtaler med de pågældende, og formen for sådanne samtaler må selvsagt afpasses efter de konkrete omstændigheder. Det vil imidlertid i almindelighed være klart rigtigst, at sådanne samtaler finder sted på hospitalet eller på anden måde under forhold, der ikke er egnet til at efterlade mistanke om særlige relationer til patienter og pårørende mv., og dermed om mulig særbehandling af de pågældende.

5. Om den foreliggende sag bemærker jeg herefter følgende:

Min undersøgelse angår ikke det samlede behandlingsforløb vedrørende den saudiarabiske ambassadørs mor, men alene den frokost hos ambassadøren, som vicedirektøren på Amager og Hvidovre Hospital deltog i sammen med sin ægtefælle.

I lyset af den offentlige omtale, som sagen har fået, finder jeg dog anledning til at bemærke, at jeg ikke har grundlag for at antage, at der fra hospitalets side er givet den saudiarabiske ambassadørs mor særbehandling som følge af den omhandlede frokost. Jeg har heller ikke grundlag for at betvivle vicedirektørens udsagn om, at han ikke selv opfattede frokosten som en begunstiggelse, og at han og ægtefællen alene deltog med det sigte at understøtte en løsning på de problemer, der var opstået på hospitalet.

Som følge af det, der er anført under pkt. 3-4 ovenfor, er det imidlertid min opfattelse, at vicedirektørens fremgangsmåde som udgangspunkt er klart forkert. Han har bragt sig selv og hospitalet i en situation, der – som bl.a. illustreret ved den offentlige omtale af sagen – for udenforstående er egnet til at efterlade mistanke om, at der kunne være tale om usaglige fordele til den saudiarabiske ambassadørs mor på bekostning af andre patienter. Det skyldes ikke mindst, at han tog sin ægtefælle med til frokosten.

En sådan situation må efter min opfattelse anses for principielt meget uheldig.

Samtidig må det anførte dog ses i lyset af de helt ekstraordinære omstændigheder, som er beskrevet i Region Hovedstadens redegørelse.

Jeg kan ikke vide, om de beskrevne forhold helt eller delvis kunne være undgået ved en anderledes håndtering af det samlede forløb – og dette spørgsmål indgår ikke i min undersøgelse – men jeg må efter de foreliggende oplysninger konstatere, at der forelå en helt usædvanlig, konfliktfyldt og ressourcekrævende situation, som har været meget vanskelig for hospitalet at håndtere.

Jeg forstår, at vicedirektørens vurdering har været, at det under disse omstændigheder var rigtigst at tage imod invitationen og at tage ægtefællen med. Jeg forstår også, at det har spillet ind, at der – bl.a. på grund af manglende erfaring på området – var usikkerhed om, hvad "etiketmæssige" hensyn kunne tilsige i en situation som den foreliggende, hvor den saudiarabiske ambassadør efter det oplyste tilhører sit lands kongelige familie.

Efter en samlet vurdering har jeg herefter ikke tilstrækkeligt grundlag for at tilsidesætte Region Hovedstadens beslutning om ikke at kritisere vicedirektørens skøn, hvorefter det i den foreliggende situation var rigtigst – sammen med ægtefælle – at deltage i den nævnte frokost.

6. Jeg foretager mig herefter ikke mere i sagen. Men jeg finder anledning til at understrege, at samvær af den foreliggende karakter som altovervejende hovedregel ikke bør forekomme.

Jeg har sendt en kopi af dette brev til ledelsen på Amager og Hvidovre Hospital og til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Med venlig hilsen



Jørgen Steen Sørensen

Kopi til:

Amager og Hvidovre Hospital, direktionen
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Sagsfremstilling

Den 26. februar 2015 bragte Ekstra Bladet en artikel, hvoraf det fremgik, at en vicedirektør på Amager og Hvidovre Hospital sammen med sin ægtefælle og en læge fra hospitalets specialiserede afdeling for hjerneskader havde været til middag hos den saudiarabiske ambassadør.

Det fremgik videre, at ambassadørens mor var indlagt på hospitalet og på dette tidspunkt stod til at skulle flyttes fra den specialiserede afdeling, men at hospitalsledelsen efter middagen lod moderen blive på afdelingen.

Jeg bad på den baggrund den 27. februar 2015 Region Hovedstaden om en udtalelse om medarbejdernes deltagelse i middagen på ambassaden med ledsager. Jeg bad samtidig regionen om at indhente en udtalelse fra ledelsen på Amager og Hvidovre Hospital med henblik på, at hospitalet oplyste nærmere om baggrunden for middagsinvitationen og om, hvem der deltog i middagen.

Endelig bad jeg regionen om at komme ind på, om dette forhold gav regionen anledning til at foretage sig yderligere.

Den 10. marts 2015 modtog jeg fra Region Hovedstaden en redegørelse fra ledelsen på Amager og Hvidovre Hospital af 1. marts 2015 og en redegørelse fra Region Hovedstaden af 10. marts 2015.

Region Hovedstaden skrev følgende i sin redegørelse af 10. marts 2015:

"Redegørelse vedr. behandling af udenlandsk patient på hhv. Rigshospitalet/Glostrup Hospital og Amager Hospital og Hvidovre Hospital

Der er på baggrund af artikler i Ekstra Bladet, der forholder sig stærkt kritisk til et behandlingsforløb, hvor en udenlandsk patient og dennes pårørende angiveligt skulle have modtaget særbehandling, anmodet om en redegørelse for forløbet. På denne baggrund redegøres der i nærværende notat – med respekt af tavshedspligten – for

- det konkrete patientforløb,
- ligebehandling af patienter
- vicedirektørens deltagelse i en frokost på den saudiarabiske ambassade

Ad det konkrete patientforløb

Forløbet på Rigshospitalet

En ældre kvinde fra Saudi Arabien, som er på besøg i Danmark, bliver i november måned alvorligt akut syg. Hun indlægges den 10. november 2014 på Rigshospitalet, der iværksætter behandling.

Det fremgår af sundhedslovens § 80, at regionsrådet yder akut behandling til patienter, som ikke har bopæl her i landet, men som midlertidigt opholder sig i regionen. Efter den akutte fase er overstået, yder regionsrådet behandling, når det efter de foreliggende omstændigheder ikke skønnes rimeligt at henvise personen til behandling i hjemlandet, eller hvis patienten ikke tåler at blive flyttet til et sygehus dér.

Regionen kan efter loven opkræve betaling af patient for den behandling, der følger efter den akutte behandling. Der er truffet beslutning om opkrævning af betaling i den konkrete sag.

Det lykkedes ikke for Rigshospitalet at iværksætte den først planlagte behandling, dels fordi den relevante behandlingskapacitet anvendtes til anden behandling, dels på grund af patientens tilstand. Patientens tilstand blev gennem den herefter iværksatte behandling stabiliseret, men på et væsentligt ringere funktionsniveau end før indlæggelsen. Rigshospitalet har over for patientens pårørende beklaget, at der i forbindelse med den akutte behandling af patienten har været brist i kommunikationen fra hospitalet til de pårørende.

Der har efter hospitalets opfattelse ikke været tale om fejl i behandlingen, som er foretaget efter gældende standarder, men de pårørende er vejledt om muligheden for at klage til patientombuddet og om mulighederne for at søge erstatning. De pårørende har, efter det oplyste, ikke ønsket at benytte klageadgangen, men har forholdt sig kritisk over for såvel behandlings- som plejeindsatsen på Rigshospitalet. Plejepersonalet og de pårørende har været uenige om niveauet for plejen. Det har givet konflikter og ført til klager fra personalet over ubegrundet kritik af deres faglige indsats, ligesom personalet har klaget over at være blevet talt ned til af de pårørende. Ledelsen har – samtidig med opfyldelse af hospitalets behandlingsforpligtelse efter loven – støttet personalet i forbindelse med konflikterne og herunder rekvireret psykologbistand i nødvendigt omfang.

Efter en måned flyttes patienten den 10. december 2014 fra Neurointensivt afsnit på Rigshospitalet på Blegdamsvej til Rigshospitalets Afdeling for Højtspecialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade, som fysisk er beliggende på Hvidovre Hospitals matrikel. Dette afsnit har før fusionen af Rigshospitalet og Glostrup Hospital hørt under Glostrup Hospital.

Ved overflytning til denne afdeling var der behov for at etablere mulighed for særlig respiratorisk behandling af 3 patienter, hvor afdelingen normalt kun kan behandle 2 patienter af denne type. For at kunne etablere denne behandling måtte to senge på afdelingen midlertidigt lukkes ned af ressourcemæssige grunde. Det er i overensstemmelse med sædvanlig praksis og har ikke medført, at patienter med behov for behandling ikke har fået behandling.

Som følge af behandlingsforløbet på Rigshospitalet var forholdet mellem hospitalets ledelse og de pårørende belastet og kommunikationen som følge heraf vanskeliggjort. På denne baggrund, og fordi det på baggrund af plejepersonalets klager skønnedes nødvendigt af hensyn til personalet at varetage kommunikationen på direktionsniveau, aftaltes det mellem Rigshospitalet og Hvidovre Hospital, at vicedirektør Torben Mogensen, Hvidovre Hospital, skulle varetage kommunikationen mellem de pårørende og den behandlende afdeling, der fysisk er beliggende på Hvidovre Hospitals matrikel i det omfang, det var nødvendigt at inddrage det ledelsesmæssige niveau. Torben Mogensen stod herefter telefonisk til rådighed for både afdelingens personale og de pårørende med henblik på at løse konflikter og støtte personalet i arbejdet.

Torben Mogensen var ikke lægeligt ansvarlig for patientens behandling på afdelingen, men varetog i det nødvendige omfang kommunikationen med henblik på at sikre, at patientens behandling kunne varetages på en hensigtsmæssig måde. Det bemærkes, at det ikke er usædvanligt, at hospitalernes direktioner medvirker på kommunikationssiden ved patientforløb, hvor kontakten mellem patient, pårørende og afdeling er forbundet med vanskeligheder af forskellig karakter for at undgå, at konflikter med de pårørende kommer til at gå ud over patientens behandling.

Forløbet på Hvidovre Hospital

Opholdet på Rigshospitalets Afdeling for Højtspecialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade har et rehabiliterende sigte. Da patientens behandling her afsluttes skal der tages stilling til patientens videre behandling og behandlingssted. Efter sundhedsloven har regionen som nævnt behandlingsforpligtelsen, når patienten ikke tåler at blive flyttet til et sygehus i hjemlandet. Det er tilfældet her og derfor blev andre muligheder undersøgt.

Hvis patienten var dansk statsborger eller havde bopæl i Danmark, ville det videre forløb normalt indebære tilbud om plejehjemsplads. Det er ikke muligt i det foreliggende tilfælde. Da de pårørendes relation til Rigshospitalet og hospitalets ledelse er belastet, besluttedes det efter drøftelse mellem de to hospitaler, at det vil være mere hensigtsmæssigt at overflytte patienten til en afdeling på Hvidovre Hospital.

En overflytning til Hvidovre Hospitals infektionsmedicinske afdeling overvejes, da denne afdelings læger har vagten i aften- og nattetimerne på Afdelingen for Højtspecialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade og derfor kendte patienten, men da infektionsmedicinsk afdeling har været hårdt belastet af patienter med mistanke om ebola-virus, beslutter hospitalsdirektør Torben Ø. Petersen, at anden placeringsmulighed må undersøges.

Patienten overføres herefter den 16. februar 2015 til Hvidovre Hospitals Lungemedicinske Afdeling, palliativt afsnit, som er etableret med de tekniske hjælpemidler og de hygiejniske forhold, som kræves til pasning af en patient i denne tilstand. Hertil kommer, at det palliative afsnit generelt har en lavere belægningsprocent end hospitalets øvrige afdelinger, hvilket giver afsnittet bedre mulighed for at passe patienter, hvor særlige udfordringer gør sig gældende. Patienten har under sit indlæggelsesforløb på Hvidovre Hospital været indlagt på hospitalets intensivafdeling to gange. Det har i den forbindelse været nødvendigt at flytte andre og mindre syge patienter for at varetage patientens behandling. Dette er i overensstemmelse med sædvanlig praksis.

Det videre forløb vil afhænge af patientens helbredstilstand. Mulighederne for udskrivning til de pårørendes hjem i Danmark har været drøftet med de pårørende, men er af hospitalet skønnet lægefagligt uforsvarligt. Hospitalet har i den forbindelse oplyst, at hospitalet ikke – hvis patienten udskrives til pleje i hjemmet – har mulighed for fortsat at varetage det lægelige ansvar for patientens behandling. Planen er derfor fortsat rehabiliteringsindsats med genoptræning med henblik på udskrivning, herunder eventuelt til videre behandling i hjemlandet, når dette er behandlingsmæssigt forsvarligt.

Forholdet til de pårørende

De pårørende, som har opholdt sig ved patientens side i en stor del af døgnet både på Rigshospitalet og på Hvidovre Hospital, har som nævnt forholdt sig kritisk over for behandlings- og især plejeindsatsen på Rigshospitalet og på Hvidovre Hospital og har som følge deraf haft konflikter med primært plejepersonalet.

Pårørende reagerer erfaringsmæssigt forskelligt på alvorlig akut opstået sygdom og der vil derfor også være behov for, at behandlings- og plejepersonale professionelt kan forholde sig på forskellig vis til de udfordringer, der kan være forbundet med vrede og sorgfulde reaktioner. Samtidig er familien erfaringsmæssigt en vigtig faktor ved behandling af patienter med hjerneskade, hvorfor det af de behandlingsmæssige hensyn, som

det er hospitalets opgave at varetage, er nødvendigt at søge en hensigtsmæssig relation til pårørende opretholdt.

De pårørende har i dette tilfælde haft sværere ved at acceptere og værdsætte plejepersonalets indsats end de behandlende lægers og terapeuters indsats, hvad plejepersonalet naturligt nok har haft svært ved at acceptere. Samtidig har de pårørende generelt ikke oplevet kontakten til plejepersonalet som specielt konfliktfyldt. Det har som i andre tilfælde ved vanskelige patientkontakter været nødvendigt at stille psykologbistand til rådighed for personalet. Efter overflytning til Lungemedicinsk Afdeling, palliativt afsnit, fungerer kommunikationen bedre mellem personale og pårørende.

Ad ligebehandling af patienter

Den forvaltningsretlige lighedsgrundsætning gælder også for regionens hospitaler. Lighedsgrundsætningen indebærer, at myndigheden (hospitalet) skal handle ud fra saglige kriterier, hvilket betyder, at en eventuel forskelsbehandling skal være sagligt begrundet – ens forhold skal behandles lige. De kriterier, som hospitalet lægger vægt på, skal være i overensstemmelse med formålet med behandlingen af patienterne. Sundhedspersonalet må ved beslutninger i relation til den enkelte patient – det være sig både positivt og negativt – ikke lægge vægt på fx køn, race, social status, statsborgerskab mv.

Ved vurderingen af behandlingstilbuddet til den enkelte patient skal der lægges vægt på en helhedsvurdering af patientens helbredstilstand, herunder hensynet til sygdommens alvor, helbredelses- og behandlingsmuligheder, risiko for komplikationer og bivirkninger mv. Det behandlingstilbud, der gives i det enkelte tilfælde, må derfor tage højde for patientens konkrete forhold. Behandlingstilbud, også til patienter med samme lidelse, kan derfor have forskelligt indhold. Forskelle i behandlingstilbud skal være baseret på faglige hensyn. At behandle patienter lige kan derfor meget vel være at behandle dem forskelligt, når der er et sagligt/fagligt belæg for det.

Det følger af ovenstående, at den konkrete fordeling af personaleresourcer på de enkelte patienter nødvendigvis må basere sig på konkrete skøn – skøn som løbende opdateres. Har en patient på et tidspunkt behov for mere bistand, må andre patienter, i det omfang det er forsvarligt, nøjes med mindre bistand.

Den konkrete patient – som ikke har kunnet udskrives til kommunalt tilbud om genoptræning – har modtaget en større genoptræningsindsats end hospitalet normalt tilbyder, da dette på baggrund af manglende mulighed for at henvise til kommunalt tilbud har været behandlingsmæssigt

indikeret. Udgifterne til den ekstra genoptræning opkræves efter sundhedslovens bestemmelser hos patienten. Herudover har fysio- og ergoterapeutisk personale aflastet plejepersonalet i forbindelse med patientens pleje i overensstemmelse med afdelingernes praksis for, at faggrupperne hjælper hinanden i særlige tilfælde.

Som det fremgår ovenfor kan det i nogle situationer være nødvendigt at bruge flere ressourcer på at pleje nogle patienter end andre. I det konkrete tilfælde har hospitalet haft mulighed for at kunne kompensere herfor via egenbetalingen til dækning af udgifter til ekstrapersonale, således at andre patienters behov ikke har måttet tilsidesættes ved behov for en øget indsats.

På tilsvarende vis kan det i nogle tilfælde være nødvendigt at bruge flere ressourcer på at varetage kontakten og kommunikationen med de pårørende end i andre tilfælde, når relationen mellem pårørende og personale opleves som belastende ud over det sædvanlige af enten pårørende eller personale. Som nævnt er det ikke usædvanligt på regionens hospitaler, at direktionen må medvirke til varetagelse af kommunikationen i forløb, hvor forholdet til de pårørende opleves som særligt vanskeligt af personalet.

På Hvidovre Hospital har hospitalsdirektionen aftalt med medarbejdernes fællestillidsrepræsentanter, at forløbet i den konkrete sag skal drøftes med henblik på læring fremadrettet. Hospitalsdirektionen giver i den forbindelse udtryk for, at både god patientbehandling og et godt arbejdsmiljø er meget vigtigt for hospitalet, og "vi skal hele tiden lære – også af dette forløb", siger hospitalsdirektør Torben Ø. Pedersen.

Retningslinjer for særbehandling af bestemte grupper?

Der er spurgt til, om der på regionens hospitaler er retningslinjer for særbehandling af fx medlemmer af kongefamilien. Sådanne retningslinjer findes ikke. Men hvis patienter skal behandles lige – og alle patienter har samme krav på at kunne modtage behandling uforstyrret – kan det være nødvendigt med særlige foranstaltninger for at kunne skærme bl.a. kendte patienter mod offentlighedens interesse. Det er administrationens opfattelse, at det hverken vil være muligt eller hensigtsmæssigt at fastlægge særlige retningslinjer for sådanne tilfælde, hvor stillingtagen altid vil bero på et konkret skøn.

Rigshospitalet, der hyppigst er i den situation at måtte overveje nødvendigheden af særlige forholdsregler, oplyser, at hospitalet på lige fod med andre hospitaler tager individuelle hensyn til patienter, der har særlige behov for diskretion – hvad der kan være tilfældet for borgere fra alle

samfundslag. Der er på hospitalet heller ikke udarbejdet retningslinjer herfor, foranstaltningerne afhænger af de konkrete omstændigheder.

På tilsvarende vis kan det oplyses, at der ikke er praksis for ydelse af særbehandling af udenlandske diplomater på regionens hospitaler og at der heller ikke fra Udenrigsministeriets side er udtrykt noget ønske herom.

Ad vicedirektørens deltagelse i en frokost på den saudiarabiske ambassade

Folketingets ombudsmand har bedt om en udtalelse om medarbejderes deltagelse i middag på ambassaden med ledsager. Ombudsmanden har henvist til Moderniseringsstyrelsens publikation "God adfærd i det offentlige," og dennes afsnit om modtagelse af gaver til offentligt ansatte.

Hvidovre Hospitals vicedirektør Torben Mogensen har oplyst, at ambassadøren den 6. januar telefonisk indbød ham med ægtefælle til en frokost søndag eftermiddag den 11. januar 2015. Der deltog ikke andre medarbejdere fra regionen i frokosten, idet den i ombudsmandens henvendelse omtalte læge, der bor i Århus, er ambassadørens personlige ven. Den pågældende har tidligere arbejdet på Hvidovre Hospital. Herudover deltog ambassadørens søster.

Det har fra hospitalets side ikke været overvejet at betragte frokostinvitationen som en mulig gave. Invitationen blev fra vicedirektørens side opfattet som en god mulighed for at tilvejebringe en bedre kontakt med de pårørende, og han sagde derfor ja tak til indbydelsen. Det var vicedirektørens opfattelse, at et afslag på invitationen for hans eget og/eller ægtefællens vedkommende af ambassadøren ville kunne opfattes som en uhøflighed, hvad der ikke ville være hensigtsmæssigt for kontakten til de pårørende.

Drøftelserne under frokosten havde ikke karakter af en pårørendesamtale, og levede op til vicedirektørens forventninger om frokostens karakter af en høflighedsvisit. Niveauet for serveringen gik efter vicedirektørens opfattelse ikke ud over det sædvanlige for en arbejdsfrokost i offentligt regi.

Der blev ikke drøftet spørgsmål vedrørende patientens hidtidige eller fremtidige behandling, og heller ikke spørgsmål om eventuel flytning til anden afdeling.

Samtaler med pårørende finder normal sted på hospitalet og ikke i de pårørendes hjem. Vicedirektørens deltagelse i frokosten har givet anledning til kritik i offentligheden, men administrationen har noteret sig, at bag-

grunden for beslutningen om deltagelse i frokosten var et ønske om at forbedre kontakten til de pårørende i forbindelse med et vanskeligt behandlingsforløb. Det bemærkes for fuldstændighedens skyld, at vicedirektøren til jul modtog en æske chokolade af ambassadøren. Chokoladen blev stillet frem i hospitalsdirektionens forkontor."

I sin redegørelse af 1. marts 2015 skrev ledelsen på Amager og Hvidovre Hospital bl.a. følgende:

"Ambassadøren var (...) særdeles utilfreds med den behandling, som moderen havde fået på Rigshospitalet, og forholdet til ledelsen på Rigshospitalet var meget belastet. Helt ekstraordinært aftales det derfor, at Torben Mogensen er kontaktperson til Ambassadøren, mens alle behandlingsmæssige beslutninger varetages af Rigshospitalets personale.

Opholdet på Afdelingen for Traumatisk Hjerneskade udviklede sig meget problematisk.(...)

I dette forløb havde Torben Mogensen en del kontakt med ambassadøren, og brugte mange ressourcer på at dæmpe hans vrede af hensyn til det personale, der behandlede moderen. Det var denne gentagne kontakt, der udløste ambassadørens invitation til Torben Mogensen til en frokost på ambassaden med ledsager.

Vi har på Amager og Hvidovre Hospital ingen erfaring med etiketten omkring medlemmer af kongefamilier, hverken europæiske eller arabiske, men det var Torben Mogensens klare vurdering i situationen, at et afslag på invitationen ville blive oplevet af ambassadøren som tæt på en fornærmelse.

En fornærmelse, der ville bidrage yderligere til ambassadørens vrede, var ikke, hvad Amager og Hvidovre Hospital havde brug for i situationen, hvor vi også stod til at overtage det behandlingsmæssige ansvar for moderen. Derfor vurderede Torben Mogensen i situationen det mest hensigtsmæssigt at tage imod invitationen også med henblik på under frokosten at forsøge at forbedre den professionelle relation til Ambassadøren.

Torben Mogensen har således ikke betragtet frokosten som en gave, men som en del af indsatsen for at forbedre de professionelle relationer til en meget vanskelig pårørende.

Om selve frokosten kan det oplyses, at det var en frokost og ikke en middag, som det fremgår af Folketingets Ombudsmands skrivelse. I frokosten, som varede fra kl. 14-17, og som fandt sted i ambassadørboligen, deltog udover Torben Mogensen, Torben Mogensens hustru, (...),

samt patientens søn (Ambassadøren) og datter. Der blev serveret en let arabisk anretning. Drikkevarer var alkoholfrie, og der blev ikke under frokosten diskuteret den fremtidige behandling af patienten.

I skrivelsen fra Folketingets Ombudsmand kædes frokosten sammen med hospitalsdirektionens beslutning om at undlade en planlagt flytning af patienten til et andet afsnit.

En sådan sammenhæng må klart afvises. Beslutningen om ikke at flytte patienten blev taget af [hospitalsdirektøren] (...)

(...)Torben Mogensen har derfor ikke været initiativtager til denne beslutning, men er efter vores drøftelse enig i den."

POLITIKERSPØRGSMÅL

Telefon 38 66 50 00
Direkte 38 66 50 52
Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 29 19 06 23

Dato: 27. marts 2015

Spørgsmål nr.: 051

Dato: 10. marts 2015

Stillet af: Kenneth Kristensen Berth (O)

Besvarelse udsendt den: 27. marts 2015

Spørgsmål 1:

Det fremgår af redegørelse vedrørende behandling af udenlandsk patient på hhv. Rigshospitalet/Glostrup Hospital og Amager Hospital og Hvidovre Hospital, at det er normal praksis, at patienter eller pårørende, der er besværlige henvises til hospitalsdirektionen på Amager/Hvidovre Hospital og at vicehospitalsdirektør Torben Mogensen tager sig af disse sager. Det ønskes derfor oplyst, hvor mange sager om "besværlige" patienter og pårørende, der i de sidste fem år er blevet henvist til håndtering af hospitalets direktion på Hvidovre Hospital?

Svar:

Hospitalsdirektionen på Amager og Hvidovre Hospital oplyser, at der ikke findes en statistik over den type sager, men det anslås, at Hospitalsdirektionen håndterer ca. 6-8 vanskelige patient/pårørende relationer pr. måned (heraf 1-2 længerevarende).

Spørgsmål 2:

Det ønskes oplyst, hvorledes "hospitalet har haft mulighed for at kunne kompensere herfor via egenbetalingen til dækning af udgifterne til ekstrapersonale". Har den saudiarabiske patient betalt sig fra en bedre behandling end andre (danske) patienter i en tilsvarende situation?

Svar:

Det fremgår af den tidligere udarbejdede redegørelse, jf. svar på politikerspørgsmål 039 og 041, at der af forskellige årsager kan være behov for at anvende flere ressourcer i forbindelse med nogle patienters pleje end på andres. Det har været tilfældet her og kan også være tilfældet ved behandling af danske patienter. Den konkrete patient har ikke betalt sig til en bedre behandling end andre patienter i en tilsvarende situation.

Spørgsmål 3:

Det fremgår af redegørelsen, at Region Hovedstaden i det konkrete tilfælde har truffet beslutning om opkrævning af betaling i den konkrete sag. Undertegnede ønsker oplyst, hvad beløbet andrager?

Svar:

Amager og Hvidovre Hospital oplyser, at behandlingen ikke er afsluttet, men udgiften i perioden frem til 1. marts 2015 er estimeret til godt 960.000 kr. Estimatet er baseret på DRG-taksten, og heri indgår ikke eventuelle ekstraordinære udgifter, der måtte være afholdt af Rigshospitalet og Glostrup Hospital.

Punkt nr. 13 - Anmodning fra Mette Abildgaard (C) om drøftelse af redegørelse vedr. udenlandsk patients ophold
Bilag 5 - Side -2 af 3

Rigshospitalet og Glostrup Hospital oplyser, at regningen for behandling på Rigshospitalet og Glostrup Hospital endnu ikke er opgjort, men at heldøgnstaksten for behandlingen i perioden fra 10. november 2014 til 10. december 2014 på Rigshospitalet, Blegdamsvej, var kr. 22.279 pr. døgn.

Heldøgnstaksten for selvbetalere, der indlægges på Afdeling for Højt Specialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade, var i 2014 9.880 kr. pr. døgn, mens taksten i 2015 er 10.913 kr. pr. døgn. Taksten er den samme for alle patienter.

Spørgsmål 4:

Undertegnede ønsker desuden oplyst, hvem i Region Hovedstaden, der beslutter om, der skal opkræves betaling for ikke-herboende patienter, der behandles på regionens hospitaler, hvad kriterierne er herfor, hvor mange ikke-herboende patienter, der i 2013 henholdsvis i 2014 blev behandlet på regionens hospitaler og for hvor mange af disse, der efterfølgende blev opkrævet betaling?

Svar:

Spørgsmålet besvares efterfølgende på grund af omfanget af den ønskede opgørelse.

Spørgsmål 5:

Undertegnede ønsker endvidere oplyst i hvor mange tilfælde Hvidovre Hospital har haft behov for at tilbyde deres personale psykologbistand i 2012, 2013 og 2014 efter "vanskelige patientkontakter"?

Svar:

Det fremgår af den under svaret på spørgsmål 2 nævnte redegørelse, at der på Rigshospitalet og Glostrup Hospital har været ydet psykologbistand til personalet.

Amager og Hvidovre Hospital oplyser, at der ikke for årene 2012, 2013 og 2014 er nogen central registrering af psykologbistand af den i spørgsmålet angivne karakter og at spørgsmålet derfor ikke kan besvares. Det bemærkes, at hospitalet har en aftale med Falck Healthcare, hvorefter alle medarbejdere kan henvende sig anonymt til Falck Healthcare – kategorien psykologbistand i forbindelse med "vanskelige patientkontakter" er dog ikke omfattet af aftalen.

Der søges indhentet oplysninger fra Rigshospitalet og Glostrup Hospital med henblik på mulig besvarelse af spørgsmålet for Rigshospitalet og Glostrup Hospitals vedkommende.

Spørgsmål 6:

Endvidere ønskes det oplyst i hvor mange tilfælde, at der i 2013 henholdsvis 2014 er blevet lukket senge ned på Rigshospitalets Afdeling for Højtspecialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade for at imødekomme behandling af patienter?

Svar:

Rigshospitalet og Glostrup Hospitals Afdeling for Højtspecialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade oplyser, at det har været påkrævet at tilpasse antallet af åbne sengepladser i forhold til den personalemæssige kapacitet i en periode på knap fire måneder i 2013 og i to måneder i 2014. Reduktionen i 2014 var i årets to sidste måneder og faldt dermed sammen med indlæggelsen af flere patienter end normalt med særlige respiratoriske behov.

Punkt nr. 13 - Anmodning fra Mette Abildgaard (C) om drøftelse af redegørelse vedr. udenlandsk patients ophold
Bilag 5 - Side -3 af 3

Spørgsmål 7:

Endelig ønskes det oplyst, hvilke regler regionen har for modtagelse af gaver for hospitalsdirektionerne og hvilke personalemæssige sanktioner, der naturligvis må være foretaget i relation til hospitalsdirektør Torben Mogensens middag på den saudiarabiske ambassade?

Svar:

Der er ikke fastsat særlige regler for hospitalsdirektioners modtagelse af gaver. Der henvises til Moderniseringsstyrelsens pjece om "God adfærd i det offentlige," hvoraf det fremgår, at offentligt ansatte skal være tilbageholdende med at modtage gaver i deres egenskab af offentligt ansatte. Vejledningen nævner, at gaver i visse tilfælde kan modtages, fx ved jubilæer, mindre gaver ved højtider og beskedne gaver i tilfælde, hvor det kan synes uhøfligt, hvis gaven returneres.

Som det fremgår af den under svaret på spørgsmål 2 nævnte redegørelse, blev det fra Hvidovre Hospitals side ikke overvejet at betragte en frokostinvitation som en mulig gave. Vicedirektøren tog imod invitationen for at kunne forbedre kontakten til de pårørende i forbindelse med et vanskeligt behandlingsforløb. Administrationen ser ikke grundlag for at tilsidesætte det af vicedirektøren udøvede skøn i den forbindelse.

POLITIKERSPØRGSMÅL

Telefon 38 66 50 00
Direkte 38 66 50 52
Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 29 19 06 23

Dato: 24. april 2015

Spørgsmål nr.: 070

Dato: 7. april 2015

Stillet af: Kenneth Kristensen Berth (O)

Besvarelse udsendt den: 23. april 2015 – revideret 24. april 2015

Spørgsmål:

Det ønskes oplyst, hvor meget behandlingen af den saudiarabiske ambassadørs mor har kostet, hvor stor en del heraf, der dækkes af Saudi-arabien og hvor stor en del, der skal dækkes af regionen, eftersom vedkommende er blevet udstyret med dansk cpr-nummer og bopælsadresse?

Svar:

I henhold til bekendtgørelse nr. 958 af 29. august 2014 om ret til sygehusbehandling m.v. (sygehusbekendtgørelsen) har personer, der ikke har bopæl her i landet, ret til akut sygehusbehandling m.v. i tilfælde af pludseligt opstået sygdom. Udgiften til den akutte behandling har udgjort 541.745 kr. De pågældende har i visse tilfælde ret til sygehusbehandling udover den akutte behandling, fx, hvis personen ikke tåler at blive flyttet til et sygehus i hjemlandet. Der kan opkræves betaling for behandling, der ligger ud over den akutte behandling.

Efter bekendtgørelsen har personer med bopæl i Danmark ret til vederlagsfri sygehusbehandling. Ved bopæl forstås tilmelding til Folkeregisteret. Såfremt en udenlandsk patient får opholdstilladelse i Danmark og er tilmeldt Folkeregisteret har vedkommende krav på vederlagsfri behandling.

Der er i overensstemmelse med ovenstående opkrævet betaling for den i spørgsmålet nævnte patient hos dennes forsikringsselskab for perioden indtil den 5. februar, hvor patienten blev tilmeldt folkeregisteret, med i alt 679.179 kr. Udgiften til behandling for perioden efter den 5. februar og indtil udskrivningen udgør 499.735 kr. Patienten er udskrevet den 6. april 2015.

Det bemærkes, at hospitalet først ultimo marts via de pårørende blev orienteret om, at patienten havde fået dansk cpr nummer med virkning fra den 5. februar. Det er hospitalets vurdering efterfølgende, at patienten efter normal standard i forhold til udskrivning til plejehjem formentlig ville være blevet betragtet som færdigbehandlet pr. 1. marts. Landspatientregistret og "Det Grønne System", som regionens hospitaler anvender til registrering af behandlingsudgifter opdateres ikke via cpr registret. Kommunens folkeregister er heller ikke forpligtet til at orientere hospitalerne om tildeling af cpr nummer. Hospitalet har først ved orienteringen om tildeling af dansk cpr num-

**Punkt nr. 13 - Anmodning fra Mette Abildgaard (C) om drøftelse af redegørelse vedr.
udenlandsk patients ophold
Bilag 6 - Side -2 af 2**

mer haft mulighed for at søge sine udgifter til patientens behandling begrænset – enten ved udskrivning til kommunal foranstaltning eller ved opkrævning af betaling af kommunen for færdigbehandlede patienter. Der har ikke i den konkrete sag været grundlag for at opkræve betaling fra kommunen.

Til bestyrelserne for idrætsklinikkerne

Opgang B
Telefon 3866 5000
Mail hospitalsplan@regionh.dk

Journal nr.: 14012804

Ref.: dand

Dato: 28. november 2014

Vedr. den fremtidige varetagelse af idrætsmedicinsk behandling

Den fremtidige organisering af regionens idrætsmedicinske tilbud har tidligere været drøftet i Region Hovedstaden, og området blev drøftet igen på møde i sundhedsudvalget den 25. november 2014. *Sagsfremstillingen er vedlagt som bilag.*

Det fremgår af sagsfremstillingen, at det er regionsadministrationens indstilling, at Region Hovedstaden stopper sit tilskud til idrætsklinikkerne.

Baggrunden for drøftelsen er, at regionen med idrætsklinikkerne er med til at opretholde et tilbud, som ikke er lige for alle borgere i regionen, idet tilbuddet kun gælder for borgere, der er bosat i kommuner i det tidligere Københavns Amt.

I løbet af idrætsklinikernes levetid er der indført både udredningsret og behandlingsgaranti, hvilket betyder, at patienter hurtigt kan blive udredt og behandlet uden for idrætsklinikernes tilbud.

På mødet i sundhedsudvalget den 25. november blev det besluttet, at området skal belyses nærmere.

Vi vil derfor gerne bede om jeres generelle kommentarer til regionens overvejelser - herudover jeres kommentarer til følgende spørgsmål:

- Hvilke behandlingstilbud giver idrætsklinikkerne og hvor mange patienter er blevet behandlet de seneste 5 år? (typiske skader)
- Hvilke typer patienter behandles typisk i idrætsklinikkerne? (alder etc.)
- Hvad er jeres kommentar til, at tilbuddet kun gælder borgere, der er bosat i kommuner i det tidligere Københavns Amt?
- Eksisterer der undersøgelser over den oplevede patienttilfredshed med behandling på idrætsklinikker? Hvis ja, hvilke(n)?

Hver bestyrelse bedes fremsende **én samlet besvarelse**, og bidrag bedes fremsendt senest **fredag den 12. december** på e-mail: hospitalsplan@regionh.dk

Den korte frist skyldes, at den fremtidige varetagelse af idrætsmedicinsk behandling i Region Hovedstaden skal drøftes på møde i sundhedsudvalget i januar 2015.

Til orientering er der også sendt et brev til KKR Hovedstaden.

Punkt nr. 14 - Idrætsklinikker i Region Hovedstaden
Bilag 1 - Side -2 af 22

Med venlig hilsen

Christian Worm
Centerdirektør

Kgs. Lyngby den 9.12.14

Idrætsklinik NORD understøttes af Regionen, Gladsaxe, Gentofte, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal kommuner

Klinikken er åben alle tirsdag fra kl. 15.30 - 18.00.

Den er i åbningstiden bemandet med 2 ortopædkirurger og 4 fysioterapeuter

Klinikken har eksisteret siden den 7. oktober 1982 og ledes af en bestyrelse med en repræsentant fra hver af de 4 kommuner.

Idrætsklinikkerne er ikke et hospital, men snarere at sammenligne med en lægeklinik og vores muligheder for viderehenvielse (til undersøgelser eller operation) er helt på linje med de praktiserende lægers.

Vores force ligger i vores tværfaglighed.

Klinikken tilbyder patienterne medicinsk behandling, kirurgisk behandling, fysioterapeutisk genoptræning eller blot en ændring i trænings aktivitet ved en og samme konsultation i stedet for, at patienten skal sendes fra specialist til specialist i det "traditionelle" system.

Dette er også medvirkende til at idrætsklinikkerne er et meget billigt og effektivt tilbud til borgerne.

Idrætsklinik VEST har tidligere lavet en beregning over omkostningsniveauet for idrætsklinikkerne, som tydeligt viser en samfundsmæssig gevinst ved klinikernes virke. Beregningen fremgår af vedlagte blad.

Der har gennem alle årene altid været fyldt op med patienter, og rigtig mange patienter har gennem årene været i gennem klinikken. Når vi fra bestyrelsen kommer rundt på idrætsanlæggene møder vi mange tidligere patienter, som har været meget tilfredse med behandlingen. En bemærkning der går igen er; "personalet er meget dygtige og kompetente"

Vores læger og fysioterapeuter deltager hvert år i det idrætsmedicinske årskursus, så alle er fuldt opdaterede med det sidste nye.

Vi indgår gerne i en dialog omkring fremtidens idrætsklinik, samt hvordan vi kan udbrede behandlingstilbuddet til alle borgerne i Regionen. Vi vil gerne at alle folk motionerer, men det vil også give nogle skader, som det er vigtigt at få behandlet rigtigt.

Et stort ønske fra lægerne er, at vi får mulighed for adgang til det offentlige journalsystem. Vi bruger i øjeblikket et efterhånden forældet program, som dog kan give os statistik over behandlingerne. Bilag 1

På vegne af Idrætsklinik NORD

Britta Pedersen

Antal behandlinger på Idrætsklinik NORD 2009-2013

Antal behandlinger	2009	2010	2011	2012	2013
Læger	488	518	500	532	498
Fysioterapeuter	241	252	265	282	272

Aldersfordeling af patienter

<18 år	21%	26%	25%	24%	25%
19-35 år	23%	26%	19%	21%	19%
36-67 år	53%	52%	51%	51%	51%
68>	3%	3%	5%	4%	5%

Antal Træningstimer ca. pr. uge

<18 år	8	8,5	7,5	7,5	7,5
19-35 år	8,5	8	8,5	7	7
36-67 år	4	4	5	5	5
68>	3	3	3	3,5	4

Skader fordelt efter idrætsgren

Løb	27,9%	30,3%	29%	30,5%	20,8%
Fodbold	15,4%	16,7%	17%	13,0%	15,5%
Håndbold	7,5%	7,7%	8%	6,8%	7,6%
Tennis	4,3%	5%	6%	7,9%	12,9%

Hyppigst forekommende skader

Overbelastningsskader, achillessene, løberknæ, knæskalssmerter og skinneben
8-10 % af patienterne henvises til yderligere behandling på hospitalet.

IDRÆTSKLINIK NORD-VEST

Ballerup 10.12.2014

Idrætsklinik Nord-Vest, Herlev, har eksisteret siden 1982. Den har følgende kommuner tilknyttet: Ballerup (Ballerup, Måløv og Skovlunde), Herlev samt Furesø kommune (Farum og Værløse).

Vi er udover de frivillige og ulønnede i bestyrelsen bemandet med 1 ortopædkirurgisk læge, 2 sekretærer hvoraf den ene tager sig af tidsbestilling og den anden skriver journaler samt 3 fysioterapeuter.

Vi mener, at Vestkommunernes Idrætsklinik's beregninger på, hvad en patientbehandling koster, er meget retvisende.

Vi anvender Herlev Sygehus' faciliteter udenfor deres normale åbningstid. Dette gør det også lettere for den enkelte patient, da det hele foregår udenfor normal arbejdstid.

For at blive behandlet behøver man ikke at være medlem af en klub eller forening, men blot vise sit sygesikringskort.

Ved den aftalte tid hos lægen vurderer han skaden og sørger for henvisning til den rette behandling - enten videre i systemet eller til en af vore fysioterapeuter.

Lægen har i sit arbejde mulighed for at anvende ultralyd-scanning. Patienter kan også få til opgave at genoptræne hjemme.

Efter en korrekt behandling kan den enkelte fortsætte hele livet med motionsaktiviteter som dels øger den enkeltes livskvalitet, men også sparer samfundet – herunder kommunerne – for mange penge.

Ved den rigtige vejledning, hurtig og professionel hjælp til den skadede kan denne meget hurtigere komme igang igen, både arbejdsmæssigt og idræt/motionsmæssigt.

Vi betaler til efteruddannelse af personale (kurser/konferencer).

Det vil være en fordel, hvis vi kunne benytte hospitalets offentlige journalsystem.

Vi har følgende kommentarer til stillede spørgsmål:

Behandlingstilbud:

Ved vores tidsbestilling sidder en sekretær (en sygeplejerske), som visiterer og rådgiver patienterne. Det fremgår af bilag 1, at de fleste behandlinger omfatter knæskader med 42,7%, mens 18,4% drejer sig om ankel/fodskader. Skulderskaderne er på 9,7%.

Det fremgår også af bilag 1, hvor mange patienter, der har været hos læge og fysioterapeuter.

IDRÆTSKLINIK NORD-VEST

side 2

Typen af patienter:

Aldersfordelingen i % af vore patienter er som følger:

under 18 år	24%
19-35 år	21%
36 og derover	55%

Borgere fra forskellige kommuner:

Alle borgere i Region Hovedstaden kan få gratis behandling på vores idrætsklinik. I 2013 har vi haft patienter fra over 14 kommuner. Hvis vi skal gå meget ud over vores "grænser" med hensyn til de patienter, vi tager ind, kan vi jo komme i den situation, at de bidragsydende kommuner vil gøre vrøvl over, at de skal være med til at betale for alle de andre kommuner.

Tilfredshedsundersøgelse:

Vi har ikke en decideret tilfredshedsundersøgelse, og vi har heller ikke haft klager over "behandlingen" de sidste 5 år, og vi har aldrig haft en sag i Patientklagenævnet.

Generelt møder vi stor tilfredshed både ved lægebesøg og besøg hos fysioterapeuterne, og vi roses for at være kompetenter i vores analyser/behandlinger.

På vegne af Idrætsklinik Nord-Vest

Helge Friis
formand
Viggo Barfoeds Alle 71
2750 Ballerup
mail: b.h.friis@youmail.dk

IDRÆTSKLINIK NORD-VEST

Bilag 1

Antal behandlinger på Idrætsklinik Nord-Vest 2009-2013

Antal behandlinger	2009	2010	2011	2012	2013
Læge	276	285	257	286	216
Fysioterapeuter	650	645	618	630	548
I alt	926	930	875	916	764

Typen af behandling på Idrætsklinik Nord-Vest i 2013

Læg, Achilles,skinneben	Knæ	Ankel, fod	Skulder	Hånd,finger	Lår	Albue,arm	Hofte,lyske	Ryg	Crus
6,8%	42,7%	18,4%	9,7%	4,0%	0,9%	2,0%	9,7%	4,8%	2,0%

10.12.2014

Amager Idrætsklinik

Idrætsklinikken har åbent ca. 43 uger om året.

Bemanding 2 lægetimer og 2 gange 2 timers fysioterapi, fordelt på 2 terapeuter.

I gennemsnit anslår vi at vi har ca. 3 nye konsultationer om ugen.

Dertil skal lægges fremmøder på svar på MR, UL scanninger osv. Det er varierende og afhængig af idrætsudøverens problem.

En del af dem tilbydes træning i idrætsklinikken fysioterapi. Enten sideløbende med ovenstående eller kun her. Det sker i dialog med idrætslægen.

De typiske skader er:

Forreste knæsmærter

Skulder impingement (fejlbelastning af skulderåget)

Ankeldistortioner

Muskelskader (overbelastninger og fiberskader)

Patientrespons

Samarbejdet med læge og fysioterapeuter fungerer godt.
Vores "sportsfolk" er glade for ordningen.

Jørgen Jørgensen, mob. 2081 6215, mail jjvvs@mail.dk



VESTKOMMUNERNES IDRÆTSKLINIK

GLOSTRUP SYGEHUS, afd. V
NORDRE RINGVEJ 57, 2600 GLOSTRUP

9. december 2014

Idrætsklinikkerne betaler sig

I forbindelse med Sundhedsudvalgets behandling af Idrætsklinikernes fremtid i 2012 viste beregninger, at Idrætsklinikkerne er en god business-case for Region Hovedstaden:

- En patientbehandling på Vestkommunernes Idrætsklinik kostede 633 kr. inkl. genoptræning (fysioterapi) i 2011. Til sammenligning kostede en konsultation på idrætsklinikken på Regionens sygehuse 2.624 kr. ekskl. genoptræning. Samlet set en besparelse på 1.990 kr. pr. patient eller i alt 678.000 kr. i 2011, alene for Vestkommunernes Idrætsklinik. Hvis besparelsen er af samme størrelsesorden på de øvrige idrætsklinikker, er der således tale om en samlet besparelse på omkring 2 mio. kr. årligt. Dertil kommer Region Hovedstadens udgifter til tilskud til patienternes specialiserede fysioterapibehandling i forbindelse med behandling på Regionens sygehuse. Beregningen fremgår af side 7 i "Idrætsblad 2012-13", der er vedlagt som bilag 3.
- Den billigere behandling på Idrætsklinikkerne opnås blandt andet ved, at klinikkerne pga. aftenåbning udnytter hospitalernes overskudskapacitet af lokaler og ultralydsscanner. Bestyrelserne udfører frivilligt og ulønnet arbejde, og fysioterapeuternes uddannelsestid er også ulønnet. Træningsudstyr indkøbes af og til i fællesskab mellem hospitalet og Idrætsklinikken, hvilket giver en høj udnyttelsesgrad af udstyret. Blandt andet indkøbte vi sammen en af de første ultralydsscannere. En stor del af behandlingen består desuden i, at patienterne genoptræner derhjemme.
- Idrætsklinikkerne aftager en del patienter fra det øvrige behandlingssystem i Region Hovedstaden, som alternativt skulle have været behandlet i privat regi via behandlingsgarantien. Derved opnås en endnu større besparelse. Idrætsklinikken sparer desuden Region for røntgen-undersøgelser samt MR- og CT-scanninger, fordi patienterne kan ultralydsscannes under konsultationen.

Idrætsklinikernes formål er at sikre, at patienterne diagnosticeres og genoptrænes korrekt, så patienterne hurtigst muligt kan gå fra at være passive til at være aktive mennesker igen.

Aktive mennesker har færre sygedage, indlæggelser og lægebesøg. Ud over forøget livskvalitet, er der derfor også en samfundsøkonomisk gevinst ved at reducere fraværet fra arbejdsmarkedet og gøre en ufrivillig passiv periode efter en idrætsskade så kort som mulig. Konsultationer foregår udenfor normal arbejdstid, hvilket i mange tilfælde også reducerer fraværet på arbejdsmarkedet.

Læger og fysioterapeuter samarbejder i ét samlet behandlingsforløb. Det må derfor formodes, at det samlede behandlingsforløb for patienten er kortere samt at der generelt opnås bedre resultater, fordi behandlingsforløbet løbende kan justeres.

Vi bidrager til fagligheden i det offentlige behandlingssystem

- Samarbejdet mellem specialuddannede læger og fysioterapeuter indenfor idrætsmedicin er unikt og findes ikke mange andre steder i det offentlige behandlingssystem.
- Personalet modtager meget efteruddannelse. Efteruddannelse er billigere for Idrætsklinikkerne, idet personalet selv betaler både arbejdstid og transport.
Lægerne på Idrætsklinikken har diplomeksamen i Idrætsmedicin og en del af dem er tæt knyttet til det idrætsmedicinske område via specialeselskabet DIMS (Dansk Idrætsmedicinsk Selskab), og DSSF (Dansk Selskab for Sports Fysioterapi). Blandt andet er den ene af vores overlæger formand for DIMS.
- Læger fra andre fagområder høster erfaringer og viden fra Idrætsklinikkerne, som ikke findes andre steder. Det gælder f.eks. indenfor arbejdsskader.

Hvem behandler vi for hvad? Og hvad siger patienterne?

Vores visitator (min. halvt gennemført lægeuddannelse) rådgiver alle borgere telefonisk. Dermed sparer vi klinikken og Region Hovedstaden for en del patienter. Mange havde søgt egen læge, vagtlæge eller skadestue, hvis de ikke havde modtaget den telefoniske rådgivning på Idrætsklinikken. Der kan opnås yderligere fordele, hvis Idrætsklinikkerne kan indgå i det offentlige journalsystem.

Vi behandler flest patienter, der er på arbejdsmarkedet, men også en del børn og unge, der kommer med deres forældre. I 2013 gennemførte Vestegnens Idrætsklinik 459 lægebehandlinger og 859 specialiserede fysioterapeutbehandlinger. Antallet af behandlede borgere i 2009-2013 fremgår af bilag 1.

I 2013 drejede 49% af vores behandlinger sig om knæskader, mens 22% drejede sig om ankel-/fodskader. Vores skadestatistik for 2009-2013 fremgår af bilag 1. Kræver skaden operation eller specialbehandling (eksempelvis trykmåling), sendes patienten videre til specialafdeling eller sportskirurg.

Vi får fine tilbagemeldinger fra vores patienter, se bilag 2. I en tilfredshedsundersøgelse gennemført for nyligt, får vi særlig ros for:

(Målt på en scala fra 1-5, hvor 1 er dårligst og 5 er bedst)

- Lægernes information til patienterne (score: 4,8)
- Fysioterapeuternes information til patienterne (score: 4,8)
- Instruksen og behandlingen hos fysioterapeuterne (score: 4,8)
- Patienternes generelle tilfredshed med Idrætsklinikken (score: 4,8)

Vestegnens Idrætsklinik har aldrig haft en klage i Patientklagenævnet.

Hvad med borgere, der ikke bor i "vores" kommuner?

På grund af vores økonomiske grundlag, er vi desværre nødt til at afvise patienter, der ikke bor i én af vores 8 bidragskommuner. Vores meget begrænsede åbningstid på 4½ time om ugen giver desuden en naturlig begrænsning i antallet af patienter, vi kan behandle.

Vi indgår meget gerne i en dialog med jer om, hvordan Idrætsklinikernes tilbud kan udvides til at gælde alle borgere i Region Hovedstaden. Idrætsklinikernes behandlingstilbud er en meget billig metode til at nedbringe ventelisterne på de idrætsmedicinske afdelinger på, også selvom kommunerne ikke yder tilskud til ordningen. Det skyldes, at Idrætsklinikkerne benytter hospitalernes overskudskapacitet på lokaler og ultralydsscanner, benytter sig delvist af frivillig og ulønnet arbejdskraft samt at dele af behandlingen foregår hjemme hos borgeren.

I idrætten er man vant til at yde frivillig og ulønnet arbejdskraft, og at aktiviteter foregår om aftenen. Patienterne er vant til at være aktive og selv at skulle bidrage. Med idrætsklinikkerne lægger man disse værdier ind i hospitalsvæsenet, der ønsker at gøre syge borgere raske hurtigst og billigst muligt.

Idrætsklinikkerne er et fantastisk godt eksempel på, hvordan man kan samle det bedste fra to forskellige verdener.

Kontaktperson: Leif Braunstein, Pilegårds Vænge 25, 2635 Ishøj, tlf. 28 55 97 12.

Punkt nr. 14 - Idrætsklinikker i Region Hovedstaden

Bilag 1 - Side -12 af 22

Bilag 1

Antal behandlinger på Vestkommunernes Idrætsklinik 2009-2013

Antal behandlinger	2009	2010	2011	2012	2013
Læge	490	501	417	385	459
Specialiseret fysioterapi	947	768	956	681	859
I alt	1.437	1.269	1.373	1.066	1.318

Typen af behandlinger på Vestkommunernes Idrætsklinik i 2013

%	Knæ	Læg, achilles, skinneben	Ankel, fod	Skulder	Finger, hånd	Lår	Arm, albue	Hofte	Lyske
2013	49	4	22	8	3	2	3	5	3

Bilag 2

Tilfredshedsundersøgelse 2014, Vestkommunernes Idrætsklinik

Svar venligst med et tal fra 1 til 5, hvor 1 er dårligst, og 5 er bedst.	Gennemsnitlig score
I hvor høj grad passede klinikkens åbningstider til dine behov?	4,2
I hvor høj grad var du tilfreds med det samlede indtryk ved modtagelsen i klinikken?	4,6
I hvor høj grad er du tilfreds med ventetiden, fra du skulle møde, til du blev kaldt ind?	4,1
I hvor høj grad var den mundtlige information du fik hos lægen forståelig?	4,8
I hvor høj grad fik du svar på de spørgsmål du stillede ved lægekonsultationen?	4,6
Hvor tilfreds var du med den instruktion og behandlingen du fik hos fysioterapeuten?	4,8
I hvor høj grad var den mundtlige information du fik af fysioterapeuten forståelig?	4,8
I hvor høj grad fik du svar på de spørgsmål du stillede i forbindelse med din tid hos fysioterapeuten?	4,8
Er du generelt tilfreds med dit forløb på Idrætsklinikken?	4,8
I alt	4,6
Antal respondenter: 24	

Har du eventuelt nogen ekstra bemærkninger?

- Fantastisk tilbud. Skønt at man kan få professionel hjælp med forholdsvis kort ventetid
- Dejligt at komme hen et sted, hvor man ikke bliver dømt syg. Godt at man skal træne skaden væk i stedet for at ligge stille
- Generelt tilfreds, især med fysioterapien
- Fysioterapeuterne er gode til at forholde sig til børn og instruktionen af øvelserne var gode
- Godt at man kan få en hurtig tid
- Svært at få fat på jer. Telefontiden er for kort.
- Godt at der fra starten er en læge involveret, så man ved hvad det drejer sig om inden man begynder genoptræningen
- Utroligt tilfredse. I er meget imødekommende og jeg har kun positivt at sige
- Adgang til journal og scanningsresultater må gerne være lettere. Evt. billeder også
- Meget tilfreds med at man kan henvende sig uden en henvisning fra lægen
- Tidlige tider både hos læger og fysser
- Ventetiden er for lang
- Jeg er super tilfreds. Jeg har været i forskellige udredningsforløb i 4 år uden held, og har ikke kunnet træne. Blev først diagnosticeret, da jeg kom på Idrætsklinikken.
- Svært med skiltning af klinikken. Underligt at kontoret står midt på gangen
- Telefontiden er for besværlig at komme igennem

IDRÆTTEN I REGION HOVEDSTADEN INFORMERER

Idrætsorganisationer og Idrætsråd



IDRÆTSKURSER Vinter 2012-13

Deltagelse er gratis!

Læs om kurserne på www.kaisport.dk

Idrætsklinikkerne er i fare for at lukke

Ved den forrige hospitalsplan i Region Hovedstaden var der politisk stor enighed om, at idrætsklinikkerne i Region Hovedstaden skulle bevares.

Det er nu pludseligt ændret, på trods af, at idrætsklinikordningen i Region Hovedstaden er en meget billig og effektiv ordning, den koster kun en tredjedel af behandlingen på Hospitalsidrætsklinikkerne, så overvejer regionsrådet, at lukke klinikkerne.

Hvis ikke samtlige kommuner i regionen vil deltage økonomisk i en videreførelse, hvor Region Hovedstaden tilsyneladende ikke selv har tænkt sig at udvide økonomien, således at den kvalitet, som er på de nuværende idrætsklinikker kan bevares.

Regionens forretningsudvalg har på møde den 17. august 2012 vendt idrætsklinikkerne med Kommunekontaktudvalget.

En beslutning blev udskudt til næste møde i Kommunekontaktudvalget den 9. oktober.

Vi har i dette blad valgt, at sætte fokus på idrætsklinikkerne, som bør fortsætte.

Med venlig hilsen Idrættens Samarbejdsudvalg
Jan Mogensen, ansvarshavende redaktør

Svømmeklub overtaget skolesvømningen i Gentofte

At idrætten er guld værd for sundheden, vores sociale liv, vores demokratiske opdragelse, samt vores samhørighed i lokalbefolkningen, det ved vi jo godt. Men, at

idrætten også kan spare mange penge kontant på budgettet i kommunen, det er ikke daglige tale, men det blev det i Gentofte. **Læs videre inde i bladet.**

Førstehjælpkursus i din klub?

Idrætskurset førstehjælp, 6 timer kan gennemføres ude i den enkelte klub uden udgift for klubben, hvis der kan samles min. 12 deltagere. Brug af hjertestarter bliver også demonstreret.

Hvis I kun har behov for et 3 timers opfølgningskursus i førstehjælp er det også muligt.

Tid og sted, efter aftale med
Jan Mogensen, tlf. 20 32 52 01,
mail: jan@kaisport.dk

Indholdet i dette blad

Forsvinder idrætsklinikkerne på grund af misforståede besparelser? ... 2

Svømmeklub overtaget skolesvømningen i Gentofte ... 3

Idrætskurser efterår 2012 ... 4

Idrætskurser forår 2013 ... 5

Regionsmedlem Nina Berrig fra Det Konservative Folkeparti er langt fra tilfreds med; at idrætsklinikken på Glostrup Hospital er truet. ... 6

Idrætsklinikkerne sparer millioner af kroner og forbedrer folkesundheden! ... 7

Idrætsklinikernes virke og funktioner ... 7

KAI's Hoppe og legeudstyr ... 8

Idrætsklinikker ... 8



Punkt nr. 14 - Idrætsklinikker i Region Hovedstaden Bilag 1 - Side -16 af 22

Idrætsklinikker i vores region har eksisteret de sidste 25 år, til stor gavn for breddeidrætten og dermed den almindelige befolkning.

I den tidligere Hospitalsplan fra 2007 var der tre steder i planen angivet, at idrætsklinikker skulle bevares. Endvidere var det angivet i den politiske aftale, at klinikkerne skal bevares.

Det gav derfor anledning til bekymring, når idrætsklinikkerne tilsyneladende var glemt i den nye Hospitalsplan, som er godkendt.

Den nye hospitalsplan, HOOP 2020, var i høring sidste år. Da idrætsklinikkerne ikke var nævnt i oplægget til planen, gjorde idrætten indsigelser og gjorde opmærksom på klinikernes gode virke. HOOP 2020 blev vedtaget i juni uden angivelse af, hvad der skulle ske med klinikkerne.

Via forespørgelse fra regionsrådsmedlem Per Seerup Knudsen til forvaltningen, fik vi oplyst, at regionsrådet skulle tage stilling til idrætsklinikkerne på et møde i foråret 2012. Klinikernes nuværende ordning udløber i maj 2012.

Høring i kommunerne nu

Regionens forretningsudvalg har på møde den 17. august 2012 vendt idrætsklinikkerne med Kommunekontaktudvalget. Oplægget til kommunerne var, at hvis klinikkerne skal forsætte, skal alle kommunerne betale ind til ordningen. Beslutning blev udskudt til næste møde i Kommunekontaktudvalget den 9. oktober.

Regionsrådsmedlem Nina Berrig, C, og folketingsmedlem Sophie Hæstorp Andersen, S, er i indlæg i Glostrup Folkeblad den 5. september enige i, at klinikkerne bør bevares.

Beregninger fra Vestegnens idrætsklinikker viser tilsvarende, at den nuværende ordning er langt billigere for sundhedssystemet end lukning eller en udvidelse af hospitalsidrætsklinikkerne.

Stenen i skoen og et uklart tilbud

Hvorfor overvejer Region Hovedstaden så en evt. lukning af klinikkerne?

Fordi man vil have alle kommunerne i regionen til at bidrage økonomisk. De "gamle" kommuner i det gamle København Amt kender ordningen, de betaler fortsat til klinikkerne. Men om alle vil betale ind til ordningen er uklart.

Uklarheden kan forstærkes af, at Region Hovedstaden, os bekendt, ikke har meldt ud, om hvorvidt de vil give flere midler til bl.a. lægetimer, hvis ordningen udvides til hele Region Hovedstaden. De kommuner, der i dag er med i regionen udgør 36 % af befolkningen i Region Hovedstaden. Hvis ordningen skal

dække hele Region Hovedstaden, vil det kræve flere resurser fra Region Hovedstaden, primært på lægesiden, men som det er påvist af Vestegnens idrætsklinik, vil midlerne være der via besparelser på andre konti.

Idrætten i regionen tilbyder gerne sammen med vores kommuner at bidrage til etablering af en ny ensrettet struktur på idrætsklinikområdet, vi har over 25 års erfaring i dette arbejde.

betaler i dag halvdelen af driften, hvilket de gerne bidrager med, IRH bekendt, hvis - ordningen fortsætter i den nuværende form.

Sundhedsprofilen for regionen og kommunerne, bekræfter vigtigheden af motion. Det er kun 43 % af os i Region Hovedstaden, som ikke har kroniske lidelser!

De nye tal for væksten af overvægtige borgere i Region Hovedstaden er skræmmende dels



Idrætsklinikkerne og sundheden

Idrætsklinikkerne er en lille enhed i det store hospitalssystem, men et vigtigt lille hjul, der bidrager til borgernes aktive virke i samfundet.

Det er vigtigt, at borgerne kan fortsætte hele livet med motionsaktiviteter, som dels øger den enkeltes livskvalitet, men også sparer samfundet for millioner af kr. på sygehusvæsenet, samt medvirker til at reducere fraværet fra arbejdsmarkedet.

Derfor er der behov for behandling af fagkyndige på området, den eksisterende ordning er en meget billig ordning. Kommunerne i det gamle Københavns Amts

set ud fra de økonomiske perspektiver, men i særdeleshed set ud fra den forringede livskvalitet det medfører for den enkelte, som rammes af overvægt. Derfor bør skader behandles, så borgerne fortsat kan dyrke motion.

Det skønnes, at antallet af idrætsskader andrager over 1.000.000 om året i Danmark, eller ca. 10 % af de årlige samlede behandlinger, så antalsmæssigt er det et stort område. Økonomisk et mindre belastende område, men vigtigt, hvis vi skal holde os i gang livet igennem.

Ansvarlig redaktør: Jan Mogensen, formand Idrætsråd Region Hovedstaden, Mobil 2032 5201, mail jan@kaisport.dk

Tryk: Rødgaard Grafisk Produktion, Egegårdsvej 32-34, 2610 Rødovre, Tlf.: 36 72 36 60

Punkt nr. 14 - Idrætsklinikker i Region Hovedstaden Bilag 1 - Side -17 af 22

Gentofte Svømmeklub står i samarbejde med GFO'erne for skolernes svømmeundervisning

Den første august 2011 blev den traditionelle skolesvømning i Gentofte Kommune omlagt. Nu hedder det GFO-svøm. GFO-svøm er et samarbejde mellem Gentofte Kommune, Gentofte Svømme Klub og GFO'erne på skolerne.



Formand for Gentofte Svømmeklub, Birgitte K. Schmidt, oplyser, at det allerede efter det første år er en succes.

Det særlige ved den nye organisering er, at det er instruktører fra svømmeklubben,

der tilrettelægger undervisningen. Undervisningen foregår i formiddagstimerne og de tidlige eftermiddagstimer, hvor skolernes skemaer får et "hul" på godt to timer til denne aktivitet. Da aktiviteten således ikke foregår i skoletiden, er det pædagoger og evt. pædagogmedhjælpere fra GFO'erne, der ledsager børnene, og ikke skolelærere.

Målgruppen er børn fra 2. klasse, som undervises gennem et helt skoleår. Tidligere blev skolesvømning tilbudt elever i 3. og 4. klasse. Dette har naturligvis sat nogle årgange i klemme, men alle børn, som går i 3. klasse i skoleåret 2011-2012, og alle de børn fra 4. klasse, der ikke nåede at få skolesvømning før sommerferien 2011, bliver undervist i 1/2 år i GFO-svøm.

Børnene bliver inddelt i hold svarende til deres niveau. Vi starter med fire niveauer, hvor første niveau er vandskræk, andet niveau er vandtilvænning, tredje niveau svømmere og fjerde niveau gode svømmere. Udgangspunktet for niveauindelingen er ikke så meget svømning, som deres tilgang til vand i øvrigt: Tør de springe på hovedet, tør de lege 10-20-30, tør/kan de dykke, kan de faktisk svømme.

Den første gang, børnene kommer, vurderes deres færdigheder ved en prøvesvømning. På fire forskellige poster i bassinet bliver de forskellige færdigheder vurderet af to instruktører. De bliver således set grundigt efter.

De fire niveauer symboliseres ved hver sin farve. I løbet af den første måneds tid har vi imidlertid haft succes med at få vandtilvænnet alle de børn med vandskræk, så vi i praksis kun har tre niveauer. Dette passer godt til, at GFO-svøm foregår i 25m hallen og i 50m hallen. Vi har i alt plads til 6 hold med op til ca. 16 på hvert. I 50m hallen bliver der benyttet baneopdelingsplader på de 4 yderbaner, så der kan være 4 hold i dette bassin ad gangen. De midterste baner er som altid forbeholdt publikum.

Undervisningen bygges op, så børnene tilegner sig færdigheder inden for flere områder: Svømning, livredning og vandpolo. Hvad skal de bruge vandpolo til, kan du spørge? Jo, leg med bold er sjovt både på land og i vand, og i svømmehallen er der trygge rammer, hvor man kan lære, hvor lumsk sådan en bold kan være. Desuden er det en god måde at lære at være på dybt vand uden at svømme fremad – nu er det pludseligt sjovt at træde vande.

Børnene har mulighed for at tage svømmemærker inden for de tre delområder: Distancemærke, livrednings- og vandpolomærker. Mærkerne fås på forskellige niveauer, og for 2. klasse børnenes vedkommende kommer de gennem disse emner både forår og efterår, men der er kun mulighed for et mærke i hver disciplin.

Solstrålerne fra debutåret:

Ved svøm langt i december blev der i gennemsnit svømmet knap 1000 m pr. barn på en undervisningstime (50 min). Godt gået.

Instruktørholdet består af 6 klubinstruktører, der alle har flere års undervisningserfaring fra en svømmeklub. De får hjælp af GFO-pædagogerne, idet det pædagogiske personale er med i vandet og fungerer som hjælpeinstruktører. Pædagogerne har fået et introkursus til moderne svømning, som denne aktivitet bygger på.

De seks instruktører underviser i løbet af ugen på alle tre niveauer, men de er fast på de samme hold, hvilket giver tryghed for børnene, og det giver instruktørerne mulighed for at lære børnene at kende ved navn.

I skoleåret 2011-2012 er der GFO-svøm mandag til torsdag fra kl. 8.30 til kl. 13.35. Der er beregnet 50 minutter i vandet og 15 min til at klare omklædning og bad før og efter. I de fleste tilfælde er der kun elever fra én skole og én årgang, men pga. overgangsordningen i dette første skoleår,

kan der være elever fra op til tre skoler på én gang. Det afhænger af dels klassestørrelserne, dels antallet af klasser på den enkelte skole, samt hvordan fritidsordningerne er organiseret omkring den enkelte skole.

Alle børn, undtagen eleverne fra Gentofte Skole, bliver transporteret til svømmehallen i bus.

Hvordan kan alt dette lade sig gøre

Kan andre kommuner og svømmeklubber gøre det samme? Ikke alle kan, men mange kan, specielt i de større byområder. Gentofte kommune har en god geografi til dette – alle skoler ligger inden for en køretid på 5 minutter fra Kildeskovshallen. Gentofte Svømme Klub er en relativt stor svømmeklub med ca. 1400 medlemmer under 12 år og ca. 35 trænere, der arbejder ud fra principperne i moderne svømning. Vi har en af landets bedste svømmeskolekonsulenter til at hjælpe med dette projekt: Sanne Skov. Og, sidst men ikke mindst har der været stor velvilje fra skolesystemet til at frigive skematimer til GFO-aktiviteten.

Hvorfor har vi valgt netop 2. klasse?

Børn i 2. klasse er omkring 8 år. I 2. klasse går de stadig i GFO, og de har et begrænset antal timer i skolen, men samtidig tilbringer de ofte mange timer i GFO, og langt de fleste børn går i GFO. Dette betyder, at pædagogerne kender børnene ganske godt.

Rent undervisningsmæssigt er 8 års alderen også et godt tidspunkt, hvor de er åbne for læring; jo tidligere de får lært at svømme, jo trygtere kan både børn og forældre være i forhold til badning ved sø, strand og pool om sommeren, samt sejlsport. Gentofte Kommune har en lang kyststrækning, to havne og der er mange vandsportsklubber. Det giver god mening. Og, skulle nogle børn have lyst til at gøre svømning til deres fritidsinteresse, har vi her mulighed for at integrere dem i klubregi, da vi nu kender deres niveau.

Alt i træningsudstyr til klubber, foreninger, centre, virksomheder og private.

700m² showroom i Herlev.

SAGA TRIM
WWW.SAGATRIM.DK

Tilmelding på www.kaisport.dk

- Idrætspsykologi – ja tak**, 3 timer, DIF-kursus.
Kursussted: Lyngby Dameroklub, Chr. Winthersvej 24, 2800 Lyngby.
Mandag 22. oktober
 - Ernæring**, 3 timer, træning, DIF-kursus.
Kursussted: Hillerød Stadion, Selsskovvej 76, 3400 Hillerød.
Tirsdag 23. oktober
 - Kvinder, piger og idrætsstræning**, 3 timer, KAI-kursus.
Kursussted: Fritidscenter, Christiansvej 2, 2600 Glostrup.
Torsdag 25. oktober
 - Førstehjælp**, 6 timer KAI-kursus.
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Lørdag 27. oktober
 - Med målet i tankerne, Idrætspsykologi i børne- og ungdomsidrætten**, 3 timer, DIF kursus.
Kursussted: Gammel Kirkevej 92, 2770 Kastrup.
Mandag 29. oktober
 - Generalforsamlingen, samt takling af vedtægtsændringer mm**, 3 timer, KAI-kursus.
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Onsdag 31. oktober
 - Idrætsmassage**, 12 timer, DIF-kursus.
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Fredag 2. og lørdag 3. november
 - Pulstræning**, 3 timer, KAI kursus
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Mandag 5. november
 - Stressreduktion med hjertekohæren**, 3 timer, KAI-kursus.
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Torsdag 8. november
 - Styrketræning**, 6 timer, DIF-kursus
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Lørdag 10. november
 - Ernæring**, 3 timer, træning, DIF-kursus.
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Onsdag 14. november
 - Klubbens hjemmeside med Sitecore Foundry**, 7 timer, KAI-kursus
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Lørdag 17. november
 - Trænerrollen - de personlige og menneskelige forhold**, 5 timer, DIF-kursus.
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Lørdag 17. november
 - Førstehjælp**, 6 timer, KAI-kursus
Kursussted: Hillerød Stadion, Selsskovvej 76, 3400 Hillerød.
Lørdag 17. november
 - Idrætsskader – nej tak**, 3 timer, DIF-kursus.
Kursussted: Hillerød Stadion, Selsskovvej 76, 3400 Hillerød
Tirsdag 20. november
 - Medlemssucces! - rekruttering og fastholdelse**, 3 timer, DIF-kursus.
Kursussted: Rødovrehallen, Rødovre Parkvej 425, 2610 Rødovre.
Onsdag 21. november
 - Idrætsmassage**, 12 timer, DIF-kursus.
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Fredag 23. og lørdag 24. november
 - Mental målsætning**, 3 timer, DIF-kursus.
Kursussted: Lillerød Hallerne, Banevang 7, 3450 Allerød.
Mandag 26. november
 - Klubbens regnskab**, 3 timer, KAI-kursus.
Kursussted: Gladsaxe Sportshal, Vandtårnsvej 57, 2880 Søborg.
Torsdag 29. november
 - Idrætsmassage opfølgning**, 7 timer, KAI-kursus.
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Lørdag 1. december
- Førstehjælp i jeres klub, 6 timer, KAI-kursus.
Tid og sted efter aftale med Jan Mogensen,
tlf. 20 32 52 01, mail: jan@kaisport.dk



Tilmelding på www.kaisport.dk (Alle datoerne er ikke endelige)

- 1 **Medlemssucces! - rekruttering og fastholdelse**
3 timer, DIF-kursus.
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Tirsdag 19. februar
- 2 **Idrætspsykologi – ja tak**, 3 timer, DIF-kursus.
Kursussted: Hillerød Stadion, Selsskovvej 76,
3400 Hillerød.
Onsdag 20. februar
- 3 **Ernæring**, 3 timer, træning, DIF-kursus
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Mandag 25. februar
- 4 **Pulstræning**, 3 timer, KAI-kursus
Kursussted: Gladsaxe Sportshal, Vandtårnsvej 57,
2880 Søborg.
Tirsdag 26. februar
- 5 **Idrætsskader – nej tak**, 3 timer, DIF-kursus
Kursussted: Rødovrehallen, Rødovre Parkvej 425,
2610 Rødovre.
Torsdag 28. februar
- 6 **Førstehjælp**, 6 timer. KAI-kursus.
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Lørdag 2. marts
- 7 **Stressreduktion med hjertekohæren**, 3 timer, KAI-kursus.
Kursussted: Hillerød Stadion, Selsskovvej 76,
3400 Hillerød.
Mandag 4. marts
- 8 **Klubbens regnskab**, 3 timer KAI-kursus.
Kursussted: Lyngby Dameroklub, Chr. Winthersvej 24,
2800 Lyngby.
Tirsdag 5. marts
- 9 **Spændingsregulering i praksis, idrætspsykologi**,
3 timer, KAI-kursus.
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Onsdag 6. marts
- 10 **Mental målsætning**, 3 timer, DIF-kursus.
Kursussted: Fritidscenter, Christiansvej 2, 2600 Glostrup.
Torsdag 7. marts
- 11 **Styrketræning**, 6 timer, DIF-kursus.
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Lørdag 9. marts
- 12 **Trænerrollen**, 5 timer, DIF-kursus.
Kursussted: Hillerød Stadion, Selsskovvej 76,
3400 Hillerød.
Lørdag 9. marts
- 13 **Med målet i tankerne. Idrætspsykologi i børne- og ungdomsidrætten**, 3 timer, DIF-kursus.
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Onsdag 13. marts
- 14 **FLOW i idræt og fritidsliv, idrætspsykologi**,
3 timer, KAI-kursus.
Kursussted: Hillerød Stadion, Selsskovvej 76,
3400 Hillerød.
Torsdag 14. marts
- 15 **Digitalfotografering**, 7 timer. KAI-kursus.
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Lørdag 16. marts
- 16 **Billedbehandling**, 7 timer, KAI-kursus.
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Søndag 17. marts
- 17 **Ernæring**, 3 timer, træning, DIF-kursus
Kursussted: Gammel Kirkevej 92 · 2770 Kastrup
Mandag 18. marts
- 18 **Kvinder, piger og idrætstræning**, 3 timer, KAI kursus.
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Tirsdag 19. marts
- 19 **Idrætsmassage**, 12 timer, DIF-kursus.
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Fredag 22. og lørdag 23. marts
- 20 **Klubbens hjemmeside med Sitecore Foundry, overbygning**, 7 timer, KAI-kursus.
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Lørdag 23. marts
- 21 **Førstehjælp**, 6 timer, KAI-kursus.
Kursussted: Allerød Hallerne, Banevang 7, 3450 Allerød.
Lørdag 23. marts
- 22 **Idrætsmassage**, 12 timer, DIF-kursus.
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Fredag 6. og lørdag 7. april
- 23 **Idrætsmassage opfølgning**, 7 timer, KAI-kursus.
Kursussted: Herlev Skole, Herlev Bygade 92, 2730 Herlev.
Lørdag 14. april

Førstehjælp i jeres klub, 6 timer, KAI-kursus.
Tid og sted efter aftale med Jan Mogensen,
tlf. 20 32 52 01, mail: jan@kaisport.dk

Punkt nr. 14 - Idrætsklinikker i Region Hovedstaden Bilag 1 - Side -20 af 22

Regionsmedlem Nina Berrig fra Det Konservative Folkeparti er langt fra tilfreds med, at Idrætsklinikken på Glostrup Hospital er truet.

Af Mads Louis Orry

GLOSTRUP. Er du ambitiøs amatøratlet med en forstuvet ankel; så skal du måske til at rejse til Bispebjerg Hospital for at få skattebetalt hjælp. Sådan ser scenariet ud, hvis idrætsklinikken på Glostrup Hospital må lukke, ligesom lignende klinikker på hospitalerne i Gentofte; Herlev og på Amager er lukningstruede.



Det er konservativt regionsmedlem Nina Berrig fra Vallensbæk langt fra tilfreds med. - Det er vigtigt med et lokalt tilbud; fordi tilbuddet på Bispebjerg er langt væk. I Glostrup har man fat i de mange idrætsudøvere på området; og de kender tilbuddet. De ved, at de kan henvende sig og få kvalificeret hjælp; siger Nina Berrig.

Lukningen har netop været på Forretningsudvalgets dagsorden i Region Hovedstaden, hvor lukningen blev udsat indtil Kommunekontaktrådet (KKR) er blevet inddraget. Så nu er Nina Berrig opsat på; at lukningen helt skal af bordet.

- Almindelige fysioterapeuter har ikke samme kendskab til idrætsskader som læger, sygeplejersker og fysioterapeuterne på Glostrup Hospitals Idrætsklinik. Bekymringen er, at folk, der har brug for tilbuddet; og som ikke er eliteudøvere, ikke får den samme, gode behandling. Så får de ikke tilbuddet, som de måske har brug for.

Billig hjælp

Ifølge Nina Berrig er idrætsklinikkerne på blandt andet Glostrup Hospital en billig foranstaltning, som sikrer; at folk får fagkyndig hjælp. 200.000: kroner vil den årlige besparelse ifølge hende kun være ved lukningen af alle de nævnte idrætsklinikker. Tilbage vil være regionens idrætsklinikker på Hillerød og Bispebjerg hospitaler.

Ikke godt nok, er svaret.

- Jeg er dybt bekymret for, at de andre politikere ikke ved, hvad vi siger ja eller nej til. Så siger de måske bare; at det er fint nok med en mulighed i Nordsjælland. Nina Berrig oplever lukningsplanen som modstridigt. med både regionens, statens og kommunernes ambition om, at understøtte det lokale idrætssliv. Specielt vigtigt er idrætten på Vestegnen, her under Glostrup, Brøndby og Vallensbæk, hvor sundheden ikke altid er i top.

- Vi vil jo gerne have idrætsudøvere i området, så det er dobbelt alvorligt her ude på Vestegnen, hvor vi kæmper for foreningslivet i idrætsklubberne. Så er det en kortsigtet besparelse; og folk får skader og herudover er der alle de livsstilsmæssige dimensioner, hvor vi ellers burde støtte op om i idrætten på alle de områder, vi kan. Vi skal også huske på, at folk, der er på vej i form oftere får flere skader end elitesportsfolk.

S: Konservativt selvmål

Folketingsmedlem Sophie Hæstorp Andersen, socialdemokrat og triatlet på amatørplan har lige deltaget i Europas største

triathlon for kvinder i Brøndby. Hun er valgt ind i Folketinget ved hjælp af blandt andet Brøndbys og Vallensbæks stemmer. Herudover er hun spået som den næste formand for Region Hovedstaden, hvis Socialdemokraterne får sin vilje.



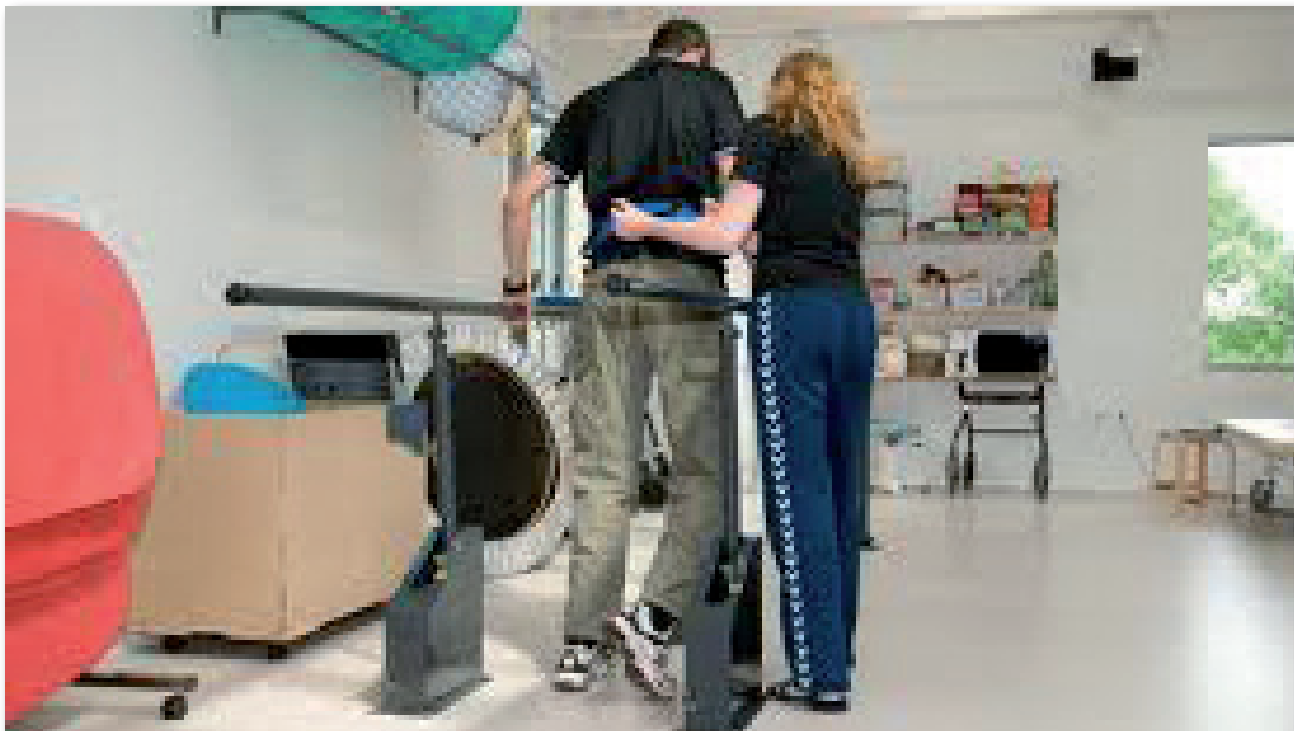
- Jeg er enig i Nina Berrigs bekymring over, at vi bør beholde idrætsklinikkerne, men kommunerne skal indover, ligesom KKR også kommer nu, siger Sophie Hæstorp Andersen.

- Jeg synes, at idrætsklinikkerne gør en vigtig indsats, fordi de har en vigtig viden uanset elite- eller motionistniveau. Man skal beholde dem så meget som muligt.

Andersen har dog en anke i forhold til den konservative kritik fra Nina Berrig, Den borgerlige regering tog ikke så meget hensyn til klinikernes placering; da de sad i regering. Og her var de konservative jo selv med til at bestemme slagets gang. Så det er lidt et selvmål,

Fremadrettet vil Sophie Hæstorp Andersen kæmpe for idrætsklinikkerne ud fra de behov, der måtte være.

- Vi skal have et godt samarbejde om vigtigheden af klinikkerne. Jeg vil tage rundt til kommunerne for at høre om, hvad der rykker sig i forhold til klinikkerne; og hvad de ser af behov.



Punkt nr. 14 - Idrætsklinikker i Region Hovedstaden

Bilag 1 - Side -21 af 22

Leif Braunstein, fra Vestkommunernes Idrætsklinik, har med nedenstående tal påvist, at de nuværende idrætsklinikker, i den gamle Københavns Amts konstruktion, er en meget billig funktion i forhold til bl.a. funktionen Idrætsklinikken Bispebjerg Hospital.

Eksempel udregnet efter Vestkommunernes Idrætsklinik (VIK) regnskab 2011

Region Hovedstaden betalte i 2011 et tilskud til VIK på	kr.	166.012
Region Hovedstaden betalte i 2011 tilskud til Glostrup Hosp. til lægelønninger	kr.	50.000
I 2011 har VIK modtaget tilskud fra Region Hovedstaden på i alt	kr.	216.012

Der har i 2011 været 341 patienter i lægeværelset, det giver en pris pr. patient	kr.	633
Denne pris er inklusiv fysioterapi.		

På Idrætsklinikken Bispebjerg, betaler Region Hovedstaden for en konsultation	kr.	1.930
For en ultralydsskanning	kr.	694
Tilskud i alt fra Region Hovedstaden pr. patient på i alt	kr.	2.624

Det betyder, at Region Hovedstaden har en besparelse pr. patient, der besøger Idrætsklinikken på:

Omkostningen ved patient på Bispebjerg	Kr.	2.624
Omkostningen ved patient på Vestkommunernes Idrætsklinik	Kr.	- 633
Det giver en besparelse pr. patient på i alt	kr.	1.990

På Vestkommunernes idrætsklinik med 341 patienter og med en besparelse pr. patient på **kr. 1.990,53** er besparelsen for Regionen **kr. 678.770,73** i 2011 for de 8 kommuner, som indgår i Vestkommunernes idrætsklinik.

Hvis denne besparelse omregnes til hele Regionen udgør besparelsen kr. 4.552.448,00!

Er den denne besparelse så reel?

Nej, det er den naturligvis ikke, for at få adgang til hospitalsklinikkerne, skal man først have en henvisning fra egen læge, en ekstra omkostning, men måske også en bremse med hensyn til at komme videre til faglig kompetent behandling.

Det kan desværre stoppe mange almindelige motionister i at fortsætte deres sunde motionsvaner. Det vil betyde besparelser på kort sigt, men vil negativt skade folkesundheden på relativt længere sigt.

For de patienter, som de praktiserende læger sender videre til hospitalsklinikkerne, vil gælde, at de ikke har resurser til at behandle denne store gruppe patienter.

De vil så være henvist til behandlingsgarantien, hvilket vil være en økonomisk gevinst for de private idrætsklinikker, men næppe for samfundet.

Eller sagt på jysk det bliver dælmerne dyrt.

Idrætsklinikernes virke og funktioner

Den vigtigste funktion er, at alle borgere, som har fået en idrætsskade, kan få stillet en diagnose af en specialist i idrætsskader. Konsultationen er åben uden for almindelig arbejdstid. Ordningen er så populær, at mange læger fra almen praksis henviser borgerne til klinikkerne.

På klinikkerne står specielt uddannede fysioterapeuter klar til at vejlede med genoptræningen. Ventetid på idrætsklinikken på Glostrup er ca. 3 uger, mod 4 til 6 måneder på Bispebjerg Hospital.

Samarbejdet mellem læger og fysioterapeuter giver begge parter et bedre fagligt grundlag for, hvordan de skal vejlede patienten. Et sådan samarbejde ses normalt kun på de private Idrætsklinikker.

Klinikkerne er alle placeret i lokaler, der normalt ikke bruges i eftermiddags og aften timer.

Eksempler fra Vestkommunernes Idrætsklinik 2011

Lægerne på klinikken

Lægerne er afsnitledende overlæge Tommy Frisgaard Øhlenschläger, idrætsklinikken Bispebjerg Hospital og overlæge Torsten Møller, reumatologisk afdeling Glostrup Hospital, har mangeårig erfaring i diagnosticering af idrætsskader.

Der er 4,5 lægetime til rådighed pr. uge,

som fordeles efter nedenstående åbnings-tider. Klinikens åbningstider er fordelt mellem tirsdage og torsdage fra kl. 16 til 20. Den halve time samles op til en kort dag én gang om måneden, fordi samarbejdet mellem læger og fysioterapeuter er vigtigt. Klinikken har lukket i skoleferier.

Fysioterapeuterne

Fysioterapeuterne gennemgår alle en Idrætsmedicinsk uddannelse, når de starter på klinikken, med afsluttende eksamen. Derudover tager de mange kurser inden for det idrætsmedicinske område. Desuden deltager mange i Idrætsmedicinsk kongres en gang om året. Læring de også kan bruge i det daglige arbejde.

Der er 18 timer til rådighed i budgettet pr. uge. Det er ikke ualmindeligt at læger og fysioterapeuter er ansat på klinikken i en ca. 10-årig periode eller mere.

Sekretæren

På Vestkommunernes Idrætsklinik bruger man lægestuderende, der starter, når de er ca. halvvejs gennem uddannelsen. Sekretærens opgave er at give tider til de patienter, der henvender sig. Derudover er sekretæren den, der frasorterer de patienter, der skal have akut behandling og henvises til skadestue/akutlinie, eller vej-

lede de, der ikke hører til på klinikken med f.eks. en arbejdsskade, og henvise dem til egen læge. Sekretæren er der altid samtidig med en læge. Det har den fordel, at den lægestuderende får et grundigt indblik i idrætsskader, da de har mulighed for at se med, når der kommer patienter med skader, der er lidt specielle. Desuden får den kommende læge en god træning med at tale med patienter om deres problem.

Samarbejde med hospitalet

Klinikken har et godt samarbejde med den afdeling, hvor vi er placeret.

Klinikens læger stiller deres erfaring til rådighed for hospitalet.

Eksempel: En læge fra Glostrup Hospital skulle til at arbejde med arbejdsskader. Var sammen med klinikens læger i en ca. 3 måneders periode for at få et indblik i overbelastningsskader.

I 2011 afsatte idrætsklinikken et beløb på kr. 20.000 til at indkøbe træningsudstyr sammen med den lokale afdeling. Udstyret skal bruges til genoptræning af knæ. Udstyr idrætsklinikken køber sammen med afdelingen, overtager hospitalet og benytter til deres behandling hele dagen. I de senere år, ca. hvert 5. år har klinikken deltaget økonomisk i indkøb af træningsudstyr sammen med afdelingen.

Punkt nr. 14 - Idrætsskoler i Region Hovedstaden

Bilag 1 - Side -22 af 22

KAISPORT OG LEGEUDSTYR

Udlejes til foreninger, institutioner,
skoler mv. i Region Hovedstaden

Hoppeborg 4 x 4 meter, 5 stk.

Med blæser,
25 m ledning
og transportvogn.
Pris udlån:
375 kr. pr. dag pr. stk.



Hoppepude 6 x 6 m

Med blæser, 25 m ledning
og transportvogn.
Pris udlån: 400 kr. pr. dag



Hoppeborg 5 x 5 meter, 3 stk.

Kan bruges ude og inde
Med blæser, 25 m ledning og
transportvogn. Pris udlån:
560 kr. pr. dag pr. stk.
Vægt ca. 100 kg.



Floorballbane 10 x 20 meter, 2 stk.

Kan gøres mindre.
Består af elementer på 2,5 m.
Der medfølger 2 mål og
transportvogn.
Pris udlån: 450 kr. pr. dag pr. stk.



Fodboldbane ca. 8,5 x 17 meter

Med blæser, 25 m ledning
og transportvogn.
Pris udlån: 450 kr. pr. dag.



Boksehandsker

2 sæt
Pris udlån: 250,- kr. pr. dag

Afhentningsgebyr kr. 125 på ovennævnte dele.

Popcornmaskine

Popcornmaskine, rustfri gryde,
aluminium kabinet.
Kapacitet ca. 125 liter popcorn i
timen.

Mål: 46x41x79cm, 220v/1220w
Pris kr. 390 den første dag, efterføl-
gende dage kr. 190.

Majscorn, salt, kokosfedt og kræm-
merhuse kan medleveres.



Nyt musikanlæg, højtaleranlæg og telte til udlån

Udstyret kan bestilles på www.kaisport.dk eller pr. tlf. til:

Møde i Forretningsudvalget d. 12.05.2015

Idrætsskoler i Region Hovedstaden

Klinikkerne er åbne for alle borgere i regionen, som
har fået en idrætsskade. Læs mere på:
www.kaisport.dk under idrætsskolerne

Amagerkommunernes Idrætsskole,
Amager Hospital, Hans Bogbinder Alle 3, Indgang 1.,
2300 København S.

Vilkår for undersøgelse og behandling på denne klinik er:
Forudgående henvisning fra en læge. Bopæl i Dragør,
Tårnby eller en anden kommune i Region Hovedstaden men
medlemskab i en idrætsforening.

Patienter indkaldes skriftligt til undersøgelse og behand-
ling en tirsdag fra kl. 15.30 på det tidligere Sct. Elisabeth
Hospital, nu Amager Hospital, Hans Bogbinders Allé,
indgang 17.

Meddelelser til klinikken, f.eks. om afbud eller ønske
om ændret tid kan sendes e-mail på adressen
Idraetsskole@amh.region.dk. Der er telefonbetjening
tirsdage mellem kl. 15.30 og 16.30 på tlf.: 3234 3578.
Udenfor nævnte tidsrum er en telefon svarer tilsluttet.

Klinikken er lukket i skolernes ferier.

Frederiksberg Hospital

Få timer om ugen, tlf. 38 16 34 79.

Institut for Idrætsmedicin København,

Bispebjerg Hospital, Bygning 8, 1. gulv, Bispebjerg Bakke
23, 2400 København NV.

Vilkår for undersøgelse og behandling på denne klinik er:
Forudgående henvisning fra en læge. Patienter indkaldes
skriftligt til undersøgelse og behandling. Tlf. 35 31 60 89.

Idrætsskolen Nord, Gentofte Hospital

Ortopædkirurgisk Ambulatorium opgang 1A,
Niels Andersens Vej 65, 2900 Hellerup.

Konsultation kun efter aftale. Tidsbestilling: Tirsdage
15.30 - 17.30 på tlf. 39 68 15 41

Idrætsskole Nord-Vest Herlev Hospital

53 P.1., Ringvejen, 2730 Herlev.

Bemærk kun adgang efter forudgående tidsbestilling.

Tidsbestilling kun pr. linikerherlev@hotmail.com

BEMÆRK: Der er ingen specifikke dage med telefoni,
men telefonsvarer aflyttes samt mails besvares.

www.kaisport.dk/inv.htm

Vestkommunernes Idrætsskole, Glostrup Hospital

Fysiurgisk Afdeling, Nordre Ringvej 57, 2600 Glostrup.

På grund af renovering af bygningen er Idrætsskolen
flyttet til bygning 8. Samme indgang som blodbanken.
Konsultation kun efter aftale: Tirsdag og torsdag:
kl. 16.00-18.00, på tlf. 43 43 08 72 fra kl. 16.30-18.00

Bornholms Hospital

Tlf.: 56 95 11 65, Overlæge John Kofod
Tirsdag (hver anden uge) 16.30-18.00.

Til

Morten Palle Christensen, Planlægnings- og Økonomichef, Amager og Hvidovre Hospital

Malene Højsted Kristensen, Økonomichef, Gentofte Hospital

Mette Schantz Schousboe, Økonomi- og Planlægningschef, Glostrup Hospital

Lise Lotte Rasmussen, Økonomi- og Planlægningschef, Herlev Hospital

Opgang Blok A
Afsnit 1. sal

Telefon 38 66 50 00

Direkte 38 66 59 13

Mail oekonomi@regionh.dk

Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 30113721

Journal nr.: 14012804

Ref.: TSCH0110

Dato: 08. januar 2015

Vedr. idrætsklinikkerne i Region Hovedstaden

Region Hovedstaden driver i samarbejde med kommunerne i det tidligere Københavns Amt fire idrætsklinikker, der er placeret på henholdsvis Amager Hospital, Gentofte Hospital, Herlev Hospital og Glostrup Hospital.

Den fremtidige organisering af regionens idrætsmedicinske tilbud har tidligere været drøftet i Region Hovedstaden, og området blev drøftet igen på møde i sundhedsudvalget den 25. november 2014. *Sagsfremstilling er vedlagt som bilag.*

På mødet i sundhedsudvalget den 25. november blev det besluttet, at området skal belyses nærmere, og regionen rettede derfor henvendelse til bestyrelserne for idrætsklinikkerne for at bede om deres kommentarer. *Kommentarer fra bestyrelserne er vedlagt som bilag.*

På baggrund af de indkomne bidrag fra bestyrelserne for idrætsklinikkerne, vil vi gerne bede om jeres kommentarer til følgende spørgsmål:

- Hvad er de årlige udgifter til lægelønninger i idrætsklinikken på hospitalet fra 2010-2014?
- Bemandes idrætsklinikken af andre speciallæger end ortopædkirurgiske speciallæger?
- Hvad er de årlige udgifter til lokaler stillet til rådighed for idrætsklinikken på hospitalet fra 2010-2014?
- Foretages der fælles indkøb af apparatur mellem hospitaler og idrætsklinikker?
- Vil det give anledning til ændringer i udgifterne til lægelønninger og lokaler, såfremt hospitalet skulle overtage idrætsklinikkenes opgaver?

I bedes hver især fremsende besvarelse vedr. eget hospital senest **fredag d. 23. januar 2015** på e-mail: tina.schelde@regionh.dk

Den korte frist skyldes, at den fremtidige varetagelse af idrætsmedicinsk behandling i Region Hovedstaden skal drøftes på møde i sundhedsudvalget i februar 2015.

Punkt nr. 14 - Idrætsklinikker i Region Hovedstaden
Bilag 2 - Side -2 af 14

Til orientering er der også sendt uddybende spørgsmål om idrætsklinikkerne til SFR Ortopædkirurgi. *Brev er vedlagt som bilag.*

Hvis I har spørgsmål, er I meget velkomne til at rette henvendelse til Tina Schelde (tina.schelde@regionh.dk eller 38 66 59 13).

Med venlig hilsen

Jette Sylow Rasmussen
Enhedschef

Punkt nr. 14 - Idrætsklinikker i Region Hovedstaden

Bilag 2 - Side -3 af 14

Kære Tina

Hermed Gentoftes bemærkninger til spørgsmål om idrætsklinikkerne i Region Hovedstaden.

SPØRGSMÅL:

- 1) Hvad er de årlige udgifter til lægelønninger i idrætsklinikken på hospitalet fra 2010-2014?
- 2) Bemandes idrætsklinikken af andre speciallæger end ortopædkirurgiske speciallæger?
- 3) Hvad er de årlige udgifter til lokaler stillet til rådighed for idrætsklinikken på hospitalet fra 2010-2014?
- 4) Foretages der fælles indkøb af apparatur mellem hospitaler og idrætsklinik-ker?
- 5) Vil det give anledning til ændringer i udgifterne til lægelønninger og lokaler, såfremt hospitalet skulle overtage idrætsklinikkenes opgaver

SVAR:

- 1) Der er ingen årlige udgifter til lægelønninger for Gentofte Hospital fra 2010 til 2014. Udgifterne til Lægelønninger dækkes af Herlev Hospital.
- 2) Idrætsklinikken bemandes af speciallæger i ortopædkirurgi samt et hold fysioterapeuter.
- 3) De årlige udgifter til lokaler er under 10.000 kroner om året.
- 4) Der er ikke udgifter til apparatur. Patienter der har brug for behandling videregives til andre afdelinger mhp. operation ,eller en egentlig genoptræning og derfor bliver der ikke brugt apparatur i forbindelse med behandling af dem.
- 5) Gentofte forventer, at kunne overtage idrætsklinikkenes opgaver med en ekstra udgift på ca. 500.000 kroner til fysioterapeuter, læger og sekretærer.

Med venlig hilsen

Henrik Kragh
Specialkonsulent

Direkte: 39 77 34 19
Mail: Henrik.Kragh@regionh.dk

Gentofte Hospital

Økonomi
Data og analyse
Kildegårdsvej 28

2900 Hellerup

Tlf.: 38673419
Web: www.gentoftehospital.dk

godtbehandlet

Denne e-mail kan indeholde fortrolige informationer. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.

CØK

Telefon 43 23 23 00
Direkte 43 23 35 81
Mail kirsten.karoline.holm@regionh.dk

Dato: 22. januar 2015

Idrætsklinikken på Glostrup Hospital

CØK har bedt om besvarelse af en række spørgsmål vedr. Vestkommunernes Idrætsklinik, som låner lokaler på Glostrup Hospital.

- Hvad er de årlige udgifter til lægelønninger i idrætsklinikken på hospitalet fra 2010-2014?
Svar: Udgiften er stabil, svarende til ca. 220.000 kr. pr. år.
- Bemandes idrætsklinikken af andre speciallæger end ortopædkirurgiske speciallæger?
Svar: Klinikken er bemandet med to reumatologer, der er ansat som konsulenter i Videncenter for reumatologi og rygsygdomme.
Herudover foregår der træning ved fysioterapeut 2 eftermiddage om ugen.
Økonomi- og planlægningsafdelingen kender ikke timetal, da disse terapeuter ikke er ansat i Fysio- og ergoterapiafdelingen på Glostrup Hospital.
- Hvad er de årlige udgifter til lokaler stillet til rådighed for idrætsklinikken på hospitalet fra 2010-2014?
Svar: Udgiften er ikke gjort op. Udgiften omfatter forbrug af el i klinikkens åbningstid i de lokaler, den anvender to eftermiddage i ugen. Der er ingen ekstra rengøring eller f.eks. portørhjælp.
Lokalerne omfatter et depotrum, hvor idrætsklinikken opbevarer sine ting. I åbningstiden etablere klinikken sit kontor på gangen og benytter fysioterapiens træningssal.
- Foretages der fælles indkøb af apparatur mellem hospitaler og idrætsklinikker?
Svar: Der er for år tilbage indkøbt fælles apparatur, fx et løbebånd. Fællesindkøb er sket højst 3 gange de sidste 15 år. Derudover har Idrætsklinikken selv indkøbt træningsredskaber.

Punkt nr. 14 - Idrætsklinikker i Region Hovedstaden

Bilag 2 - Side -5 af 14

Videncenter for reumatologi og rygsygdomme har for et par år siden finansieret en PC til klinikken, da den gamle brød akut sammen.

- Vil det give anledning til ændringer i udgifterne til lægelønninger og lokaler, såfremt hospitalet skulle overtage idrætsklinikken opgaver?

Svar: Hvis idrætsklinikken opgaver fremover skulle varetages i dagtiden i Videncenter for reumatologi og rygsygdomme, vil det kræve tilførsel af arbejdskraft i form af ca. 1 læge 1 dag ugentligt i videncenterets ambulatorium samt ressourcer til sekretærbistand. Desuden vil der formentlig være behov for et ekstra lokale i ambulatoriet på de tidspunkter idrætsklinikken har åbent. Hvis idrætsklinikken fortsat skal være åben om eftermiddagen/aften, vil hospitalet skulle betale tillæg til de involverede læger/sekretærer – i form af løn eller afspadseringsmulighed.

En anden udfordring er dog, at patienterne i idrætsklinikken er selvhenvendende – d.v.s. de kommer direkte ind fra gaden uden henvisning. Det er videncenterets indtryk, at langt de fleste patienter i idrætsklinikken slet ikke er af en karakter, som bør ses på en reumatologisk afdeling. De hører snarere til i primærsektoren – hos praktiserende speciallæger og fysioterapeuter.

Med venlig hilsen

Kirsten Karoline Holm
Planlægningskonsulent
kirsten.karoline.holm@regionh.dk

NOTAT

Til: **Region Hovedstaden
Center for Økonomi**

Direkte 3868 9758
Mail Janne.Henriksen@heh.regionh.
dk

Journal nr.: 601.72-1

Dato: 21. januar 2015

Idrætsklinikkerne i Region Hovedstaden, svar fra Herlev Hospital

Region Hovedstaden har i brev af 8. januar 2015 bedt Herlev Hospital om kommentarer til nedenstående spørgsmål i relation til Idrætsklinikkerne.

Det skal indledningsvis bemærkes, at i forhold til spørgsmålet om forbrug på lægeløn omfatter Herlev Hospitals svar både Idrætsklinikken Nord-Vest, der anvender faciliteter på Herlev Hospital, samt Idrætsklinikken Nord, der anvender faciliteter på Gentofte Hospital. Årsagen til dette er, at Herlev Hospital har finansieret lægelønforbruget på Idrætsklinikken Nord siden Herlev Hospital i 2008 i en periode finansierede lægebetjeningen af ortopædkirurgien på Gentofte Hospital.

Hvad er de årlige udgifter til lægelønninger i idrætsklinikken på hospitalet fra 2010-2014?

De årlige udgifter til lægelønninger fremgår af nedenstående skema

	2010	2011	2012	2013	2014
Idrætsklinikken Nord-Vest, lægeløn (kr.)	63.954	94.799	101.245	77.717	80.483
Idrætsklinikken Nord, lægeløn (kr.)	188.962	185.347	161.280	170.872	155.802

En del af forbruget på Idrætsklinikken Nord-Vest i 2014 er først sat til betaling omkring årsskiftet, derfor kan forbruget p.t. ikke ses i lønssystemet.

Bemandes idrætsklinikkerne af andre speciallæger end ortopædkirurgiske speciallæger?

Bemandingen er fortrinsvis ortopædkirurger, men der har også været involveret læger fra enkelte andre specialer, f.eks. en røntgenlæge og nogle fysiurger. Det skal bemærkes, at idrætsklinikken ikke altid er bemandet af speciallæger, men også kan være bemandet af læger, der er under speciallægeuddannelse.

Hvad er de årlige udgifter til lokaler stillet til rådighed for idrætsklinikken på hospitalet fra 2010-2014?

Udgifterne til lokalerne kan ikke angives, da man på Herlev Hospital anvender ambulatoriet efter almindelig arbejdstid. Der er således ingen umiddelbar merudgift til lokaler.

Foretages der fællesindkøb af apparatur mellem hospitaler og idrætsklinikker?

Det foretages ikke fællesindkøb af apparatur. Idrætsklinikken har lånt ultralydsapparat fra Røntgenafdelingen.

Vil det give anledning til ændringer i udgifterne til lægelønninger såfremt hospitalet skulle overtage idrætsklinikkens opgaver?

Der vil fortsat være udgifter til aflønning af læger, der skal varetage de opgaver, der i dag varetages i idrætsklinikken, men niveauet vil ikke overstige det nuværende forbrug på idrætsklinikken.

Det er i øvrigt hospitalets vurdering, at integrering af idrætsklinikernes opgaver i den almindelige drift af de ortopædkirurgiske afdelinger i regionen bl.a. vil kunne bidrage til mere ensartet visitation, klarere forankring af ansvaret for det lægelige arbejde og klarere forankring af ansvaret for f.eks. overholdelse af udredningsretten.

Til
Center for økonomi
Budget og byggestyring
Att. Tina Schelde

Opgang 163
Direkte 38623347

Dato: 22. januar 2015

Idrætssklinikken Amager Hospital – besvarelse af uddybende spørgsmål

Der er i brev af 8. januar 2015 anmodet om besvarelse af en række spørgsmål vedrørende idrætssklinikken på Amager Hospital. Nedenfor redegøres for de ønskede informationer:

1. Årlige udgifter til lægelønninger 2010-2014

Klinikken har lægebemanding 2 timer pr. uge. I den ønskede periode har udgifterne dertil været som det fremgår af tabel 1.

Tabel 1. Lægelønninger

	2010	2011	2012	2013	2014
Lægelønninger	42.248	44.472	46.813	49.277	51.870

2. Betjenes klinikken af andre speciallæger?

Nej.

3. Hvad er de årlige udgifter til lokaler stillet til rådighed for idrætssklinikken?

Idrætssklinikken disponerer i dag over et areal på godt 200 m². Der er ikke betalt husleje. De skønnede udgifter til varme, el og lign. udgør ca. 50.000 kr. årligt. Hvis funktionen fysisk skal etableres på Hvidovre Hospital vil der være etableringsomkostninger, og der skal tages stilling til, om der skal betales husleje svarende til andre eksterne funktioner, der findes på hospitalet.

4. Fælles indkøb af apparatur m.v.

Nej, der er ikke foretaget fælles indkøb, men idrætssklinikken har indkøbt cykler, løbebånd og lignende, som ikke fremgår af driftsregnskaber m.v.

5. Ændringer i udgifterne, hvis klinikken skal overtages af Amager Hvidovre Hospital?

Hvis hospitalet skal overtage driften vil der årligt i 2014 priser, være udgifter til fysioterapeuter, sekretær, kurser, administration og forsikring på godt 125.000 kr. samt lø-

Punkt nr. 14 - Idrætsklinikker i Region Hovedstaden

Bilag 2 - Side -9 af 14

bende udskiftning af træningsudstyr. Hvis funktionen fysisk forbliver på Amager Hospital vil der ikke være udgifter til lokaler udover ovennævnte.

Samlede udgifter

De samlede udgifter ved driften med udgangspunkt i den nuværende aktivitet er:

Tabel 2. Samlede udgifter

Udgifter	Udgift årligt (2014)
Læger	52.000
Fysioterapi	81.000
Sekretærer	24.000
Administration, kurser m.v.	20.000
Varme, el m.v. (skøn)	50.000
Træningsudstyr, kontorudstyr, vedligehold m.v. (skøn)	75.000
I alt ca.	302.000

I alt ca. 300.000 kr. plus eventuelle etableringsomkostninger ved flytning af funktionen.

Såfremt hospitalet skal overtage driften vil der også skulle tages stilling om Glostrup Hospitals optageområder for idrætsklinikken på længere sigt skal integreres i funktionen.

Til SFR Ortopædkirurgi

Opgang B
Telefon 3866 5000
Mail hospitalsplan@regionh.dk

Journal nr.: 14012804

Ref.: Ditte Rathey Andreasen

Dato: 07. januar 2015

Vedr. idrætsklinikkerne i Region Hovedstaden

Den fremtidige organisering af regionens idrætsmedicinske tilbud har tidligere været drøftet i Region Hovedstaden, og området blev drøftet igen på møde i sundhedsudvalget den 25. november 2014. *Sagsfremstillingen er vedlagt som bilag.*

Det fremgår af sagsfremstillingen, at det er administrationens indstilling, at Region Hovedstaden stopper sit tilskud til idrætsklinikkerne.

Baggrunden for drøftelsen er, at regionen med idrætsklinikkerne er med til at opretholde et tilbud, som ikke er lige for alle borgere i regionen, idet tilbuddet primært gælder for borgere, der er bosat i kommuner i det tidligere Københavns Amt.

På mødet i sundhedsudvalget den 25. november blev det besluttet, at området skal belyses nærmere, og regionen rettede derfor henvendelse til bestyrelserne for idrætsklinikkerne for at bede om deres kommentarer. *Kommentarer fra bestyrelserne er vedlagt som bilag.*

I forbindelse med bidrag til revisionen af HOPP 2020 modtog vi jeres vurdering af, hvordan aktiviteten i idrætsklinikkerne kan integreres i de ortopædkirurgiske afdelinger.

Vi vil imidlertid gerne bede om yderligere bemærkninger fra jer til følgende spørgsmål:

- Hvordan er regionens egne idrætsmedicinske behandlingsforløb (både akutte og elektive) tilrettelagt?
- Er det muligt overordnet at opdele idrætsrelaterede skader efter, om de ud fra en sundhedsfaglig vurdering:
 - kræver behandling på et hospital?
 - kræver behandling hos en alment praktiserende læge?
- Bestyrelserne fra idrætsklinikker lister følgende som de skader, der typisk ses i idrætsklinikkerne: Over- og fejlbelastninger i muskler og led, distortioner og fiberskader.

Vurderer SFR, at disse typer skader ud fra en sundhedsfaglig vurdering kræver behandling på et hospital eller behandling hos en alment praktiserende læge?

Punkt nr. 14 - Idrætsklinikker i Region Hovedstaden
Bilag 2 - Side -11 af 14

- Har SFR en vurdering af, hvor stor en andel af patienterne på hospitalerne, der har idrætsrelaterede skader?
- Tilbydes der på hospitalerne fysioterapi som en del af behandlingen af en idrætsskade? Hvis ja, vil de skader, der typisk ses i idrætsklinikkerne, også blive tilbudt fysioterapibehandling på hospitalet?

Bidrag bedes fremsendt senest **fredag den 23. januar 2015** på e-mail:
ditte.rathey.andreasen@regionh.dk

Den korte frist skyldes, at den fremtidige varetagelse af idrætsmedicinsk behandling i Region Hovedstaden skal drøftes på møde i sundhedsudvalget i februar 2015.

Til orientering er der sendt uddybende spørgsmål om de regionale udgifter til idrætsklinikkerne til Amager Hospital, Gentofte Hospital, Glostrup Hospital og Herlev Hospital.

Hvis I har spørgsmål, er I meget velkomne til at rette henvendelse til Ditte Rathey Andreasen (ditte.rathey.andreasen@regionh.dk eller 38 66 60 14).

Med venlig hilsen

Anne Skriver
Enhedschef

NOTAT

Til: **Center for Sundhed, Enhed for Hospitalsplanlægning**

Opgang 01. plan 7
Afsnit Ortopædkirurgisk Sekretariat

Telefon 4829 4929
Direkte 4829 3600
Fax 4829 3619
Web www.Nordsjaellandshospital.dk

Dato: 26. januar 2015

Vedr.: **Idrætsklinikkerne i Region Hovedstaden**

Det Sundhedsfaglige Råd har følgende kommentarer til de yderligere bemærkninger, som der er blevet anmodet om:

1. Regionens egne idrætsmedicinske behandlingsforløb er alle visiterede
 - a. Personer der kommer akut til skade i forbindelse med en idrætsaktivitet bliver visiteret via 1813 systemet, enten til egen læge, lægevagt, men i alt overvejende grad til akutafdelingerne. Her modtager de en initial undersøgelse og vurdering og i de fleste tilfælde afsluttes forløbet med en evt. opfølgende kontrol hos egen læge. Enkelte fortsætter i Ortopædkirurgisk Ambulatorium, hos læger som har speciel viden indenfor det pågældende område. Ofte visiteres en fodskade til læger som behandler fodlidelser i al almindelighed, en håndskade til læger som behandler håndlidelser etc.
 - b. Elektive forløb: Disse visiteres via egen læge til den lokale CVI, som videresender til den lokale ortopædkirurgiske afdeling. På afdelingsniveau visiteres lidelserne indenfor afdelingens fagområder. Det drejer sig alt overvejende om belastningsskader samt følgetilstand efter tilskadekomst. Patienterne kan visiteres til det fagområde der behandler lidelser af den pågældende anatomiske region, eller et fagområde som behandler idrætsmedicinske tilstande mere bredt. Såfremt der, efter endt undersøgelse, er behov for fysioterapeutisk behandling, vil der ofte være fysioterapi i kommunalt regi. Der er sjældent behov for specialiseret genoptræning.
2. Det er muligt overordnet at opdele idrætsrelaterede skader efter sværhedsgrad samt udrednings- og behandlingstilbud. Tilstande som kræver udredning med avanceret billeddiagnostisk udstyr, skal starte forløbet i hospitalsregi, mens banale overbelastningsskader uden problemer kan udredes og behandles hos alment praktiserende læger. I det øjeblik visitationen går fra primær til sekundær sektor, vil denne opdeling foregå hos den praktiserende læge, som vil va-

retage de idrætsrelaterede skader, som den pågældende praktiserende læge har uddannelse til. Resten vil blive visiteret enten til hospitalsregi eller praktiserende speciallæge.

3. Der er sket en stor udvikling siden de første idrætsklinikker blev etableret. På et tidspunkt for etablering af disse, var interessen for uddannelse af de praktiserende læger, indenfor området Idrætsmedicin, meget ringe. I de efterfølgende år er dels interessen vokset, og dels er uddannelses tilbuddet vokset, både såvel i den formaliserede uddannelse som efteruddannelse. Hovedparten af over- og fejlbelastning af muskler og led, muskelfiberskader, kan behandles hos den praktiserende læge, enkelte tilfælde er ret så behandlingsresistente og kræver ofte en større billeddiagnostisk udredning. I disse tilfælde kan den praktiserende læge henvise til den lokale ortopædkirurgiske afdeling mhp. yderligere udredning og behandling.
4. De ortopædkirurgiske afdelinger fører ikke nogen specifik registrering af hvor mange patienter der har idrætsrelaterede skader. Det vil således dreje sig om et skøn. Hvad angår de akutte skader, som ses i akutafdelingerne, drejer det sig formentlig om 10 %. Hvad angår de henviste patienter, drejer det sig om 5 % med store variationer. Eksempelvis har Bispebjerg Hospital en stor idrætsmedicinsk funktion.
5. På de ortopædkirurgiske afdelinger, får patienterne tilbudt fysioterapi på lige fod med andre sygdoms kategorier. Det vil ofte dreje sig om fysioterapi i kommunalt regi, hvortil der fremsendes en genoptræningsplan. Der tilbydes ikke specifik fysioterapi til patienter med idrætsskader. Det nuværende specifikke fysioterapeutiske tilbud i idrætsklinikkerne ophører med nedlæggelse af klinikkerne med mindre de fysioterapeutiske ressourcer reallokeres enten til de ortopædkirurgiske ambulatorier eller akutafdelingerne med det formål at afslutte de banale overbelastningsskader hurtigt og effektivt.

Med venlig hilsen

Leif Berner Hansen
overlæge

Punkt nr. 14 - Idrætsklinikker i Region Hovedstaden

Bilag 2 - Side -14 af 14

Svar på spørgsmål.

Hvordan er regionens egne idrætsmedicinske behandlingsforløb (både akutte og elektive) tilrettelagt?

Der henvises til bilag om beskrivelse af idrætsmedicinen.

Er det muligt overordnet at opdele idrætsrelaterede skader efter, om de ud fra en sundhedsfaglig vurdering:

- kræver behandling på et hospital?
- kræver behandling hos en alment praktiserende læge?

Spørgsmålet er ikke dækkende for det reumatologiske område og svært at besvare entydigt. En stor del af patienter med idrætsskader behandles hos praktiserende reumatolog og mange bliver også udelukkende behandlet af fysioterapeut eller kiropraktor.

Antal patienter der har sikkert behov for undersøgelse og behandling på hospitalsniveau indenfor det reumatologiske (ikke-kirurgiske) idrætsmedicinske område må betragtes som meget lille. Der sker dog her præciseres at idrætsmedicinsk ambulatorium, Bispebjerg hospital også foretager udredningsopgaver mhp. indikation for kirurgi (som må betragtes som en hospitalsopgave).

Bestyrelserne fra idrætsklinikker lister følgende som de skader, der typisk ses i idrætsklinikkerne: Over- og fejlbelastninger i muskler og led, distortioner og fiberskader.

Vurderer SFR, at disse typer skader ud fra en sundhedsfaglig vurdering kræver behandling på et hospital eller behandling hos en alment praktiserende læge?

Disse skader kræver ikke undersøgelse og behandling på hospital. De kan godt behandles hos alment praktiserende læge eller praktiserende speciallæge i reumatologi, evt. i samarbejde med fysioterapeut. Det skal dog anføres at kompetencen her indenfor varierer en del imellem behandlere. Ligeledes skal det anføres at der i idrætsmedicinsk ambulatorium på Bispebjerg foregår en betydelig forskningsaktivitet på højeste internationale niveau indenfor disse diagnoser.

Har SFR en vurdering af, hvor stor en andel af patienterne på hospitalerne, der har idrætsrelaterede skader?

Som beskrevet i bilag er der ca. 8500 besøg på idrætsmedicinsk ambulatorium på Bispebjerg hospital. Hvor mange patienter det drejer sig om og andel af den samlede reumatologi kan vi ikke vurdere.

Tilbydes der på hospitalerne fysioterapi som en del af behandlingen af en idrætsskade? Hvis ja, vil de skader, der typisk ses i idrætsklinikkerne, også blive tilbudt fysioterapibehandling på hospitalet?

Fysioterapi tilbydes som beskrevet i bilag til en mindre del af patienterne.

KKR Hovedstaden
Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon 38 66 50 00
Direkte .
Web www.regionh.dk

Journal nr.: 12004195
Ref.: Lis Myrup Kristensen

Dato: **23 AUG. 2012**

Fremtidigt tilbud vedr. idrætssklinikker i Region Hovedstaden

Region Hovedstaden skal hermed anmode KKR Hovedstaden om en udtalelse vedrørende den fremtidige drift af de idrætssklinikker, som på nuværende tidspunkt betjener borgerne i det gamle Københavns Amt.

De fire idrætssklinikker drives i samarbejde med kommunerne i det daværende Københavns Amt, og som ordningen fungerer i dag, er det kun borgere fra de kommuner, der ligger i det tidligere Københavns Amt, der har gratis adgang til klinikkerne og klinikfaciliteterne.

Regionsrådet i Region Hovedstaden overvejer på nuværende tidspunkt muligheden for at udvide ordningen, således at borgere i alle regionens kommuner får gratis adgang til idrætsmedicinsk behandling på klinikkerne.

Regionsrådet ønsker i denne forbindelse at høre KKR Hovedstaden om, hvorvidt der blandt kommunerne ville være tilslutning til at bidrage til finansiering af en udvidelse af klinikkernes tilbud således, at alle regionens borgere uanset bopæl og alder sikres samme tilbud. Dette indenfor rammerne af uændret regional finansiering.

Yderligere information vedrørende idrætssklinikkerne, herunder den nuværende økonomi for klinikkerne, kan findes i vedlagte notat. Forretningsudvalgets seneste behandling af sagen vedlægges til orientering.

Af hensyn til idrætssklinikkernes fremtidige virke skal man anmode om en besvarelse inden udgangen af september.

Med venlig hilsen


Svend Hartling



Region Hovedstaden
att. Svend Hartling

KKR
HOVEDSTADEN

Den 10. september 2012

Kære Svend Hartling
Tak for dit brev om det fremtidige tilbud om idrætsklinikker fra den 23. august.

Jnr 00.00.00 P35
Sagsid 000231858

Ref JEP
jep@kl.dk
Dir 43 68 76 53

Vi nåede akkurat at få Region Hovedstadens henvendelse med på dagsordenen til KKR Hovedstadens netop afholdte møde.

Albertslund Kommune
Nordmarks Alle
2620 Albertslund

Du skriver i henvendelsen at regionen gerne vil høre KKR, om der blandt kommunerne vil være tilslutning til at bidrage til en udvidelse af klinikernes tilbud, således at alle regionens borgere uanset alder og bopæl sikres samme tilbud. Det fremgår også, at dette skal ske "indenfor rammerne af uændret regional finansiering".

www.kl.dk/kkr-hovedstaden

1/1

KKR drøftede kort sagen den 3. september. KKR besluttede at bede Regionsrådet om at præcisere henvendelsen om, hvad kommunerne skal tage stilling til. KKR ønsker særligt en uddybning af konsekvenserne af, at en udvidelse skal ske med en uændret regional finansiering.

Med venlig hilsen


Mette Jeppesen
chefkonsulent

Til KKR Hovedstaden

Opgang B
Telefon 3866 5000
Mail hospitalsplan@regionh.dk

Journal nr.: 14012804

Ref.: dand

Dato: 28. november 2014

Vedr. den fremtidige varetagelse af idrætsmedicinsk behandling

Den fremtidige organisering af regionens idrætsmedicinske tilbud har tidligere været drøftet i Region Hovedstaden, og området blev drøftet igen på møde i sundhedsudvalget den 25. november 2014. *Sagsfremstilling er vedlagt som bilag.*

Det fremgår af sagsfremstillingen, at det er regionsadministrationens indstilling, at Region Hovedstaden stopper sit tilskud til idrætsklinikkerne.

Baggrunden for drøftelsen er, at regionen med idrætsklinikkerne er med til at opretholde et tilbud, som ikke er lige for alle borgere i regionen, idet tilbuddet kun gælder for borgere, der er bosat i kommuner i det tidligere Københavns Amt.

I løbet af idrætsklinikernes levetid er der indført både udredningsret og behandlingsgaranti, hvilket betyder, at patienter hurtigt kan blive udredt og behandlet uden for idrætsklinikernes tilbud.

På mødet i sundhedsudvalget den 25. november blev det besluttet, at området skal belyses nærmere.

Vi vil derfor gerne bede om jeres generelle kommentarer til regionens overvejelser.

I bedes fremsende jeres bidrag senest **fredag den 12. december** på e-mail: hospitalsplan@regionh.dk

Den korte frist skyldes, at den fremtidige varetagelse af idrætsmedicinsk behandling i Region Hovedstaden skal drøftes på møde i sundhedsudvalget i januar 2015.

Til orientering er der også sendt et brev til bestyrelserne for de fire idrætsklinikker i regionen. *Brev til bestyrelserne er vedlagt som bilag.*

Med venlig hilsen

Christian Worm
Centerdirektør



Region Hovedstaden
Att. Christian Worm

KKR
HOVEDSTADEN

Idrætssklinikker i hovedstadsregionen

Kære Christian,

Tak for henvendelsen vedrørende idrætssklinikkerne i regionen og den fremtidige varetagelse af den idrætsmedicinske behandling. Det fremgår af henvendelsen, at det er regionsadministrationens indstilling, at Region Hovedstaden stopper sit tilskud til idrætssklinikkerne. Begrundelsen er at der her gives et tilbud, som ikke er lige for alle borgere i regionen og at der samtidig er sket en udvikling på området der sikrer en hurtigere behandling, også af idrætsskader i det ordinære behandlingssystem.

Kommuner har den forståelse, at idrætssklinikkerne udgør en meget lille udgift for regionen og de medfinansierende kommuner, samtidig med at de bibringer et højt serviceniveau for regionens borgere. Ligeledes fremgår det ift. klinikernes hjemmeside, at alle borgere i regionen har mulighed for at benytte klinikkerne til idrætsrelaterede skader.

Umiddelbart kan kommunerne derfor ikke give en entydig opbakning til en lukning af klinikkerne på det forelagte grundlag.

Hvis regionen vælger at fjerne bidraget til klinikkerne (og dermed lukke dem), foreslås det at midlerne på området kan overføres til de ortopædikirurgiske afdelinger for at give mulighed for øget aktivitet. For kommunerne forudsættes det, hvis regionen vælger at gå denne vej, at det ikke medfører et forringet serviceniveau for regionens borgere. Det bør derfor præciseres, hvordan der tænkes fulgt op og sikret et serviceniveau for regionens borgere med idrætsskader fremadrettet.

Med venlig hilsen

Anne-Sofie Fischer Petersen

Den 15. december 2014

Sags ID: SAG-2014-00332
Dok.ID: 1952211

AFP@kl.dk
Direkte
Mobil 2443 7906

Albertslund Kommune
Nordmarks Alle
2620 Albertslund

www.kl.dk/kkr-hovedstaden
Side 1/2

Punkt nr. 14 - Idrætsklinikker i Region Hovedstaden
Bilag 3 - Side -5 af 5

KKR Hovedstaden

SAG NR. 19

FREMTIDIG TILRETTELÆGGELSE AF FUNKTION VEDRØRENDE IDRÆTSKLINIKKER

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. **at** regionens tilskud til de fire idrætssklinikker, som regionen driver i samarbejde med kommunerne i det tidligere Københavns Amt, ophæves pr. 1. april 2013, og
 2. **at** Kommunekontaktrådet KKR informeres herom på møde i september 2012.
-

RESUME

Region Hovedstaden driver i samarbejde med kommunerne i det daværende Københavns Amt fire idrætssklinikker. Klinikkerne er videreført uændret efter kommunalreformen.

På nuværende tidspunkt er det kun borgere fra de kommuner, der ligger i det tidligere Københavns Amt, der har adgang til klinikkerne og klinikfaciliteterne. Det vil sige, at der ikke er ensartede muligheder for regionens borgere, hvad angår idrætsmedicinske tilbud. Indenfor det seneste år har to kommuner tilkendegivet ønske om at melde sig ud af ordningen.

Region Hovedstadens direkte tilskud til klinikkerne udgjorde i 2010 0,5 mio. kr.

Spørgsmålet om den fremtidige tilrettelæggelse af funktionen vedrørende idrætssklinikker er blevet drøftet i Den tværgående arbejdsgruppe med særlige opgaver vedrørende akutområdet på møde den 24. maj 2012.

SAGSFREMSTILLING

Indledning

Region Hovedstaden driver i samarbejde med kommunerne i det daværende Københavns Amt fire idrætssklinikker. Hver klinik har sin egen bestyrelse, og klinikkerne er således ikke organisatorisk en del af de hospitaler, hvor de ligger. Klinikkerne er videreført uændret efter kommunalreformen.

Som ordningen fungerer i dag, er det i henhold til klinikkernes vedtægter kun borgere fra de kommuner, der ligger i det tidligere Københavns Amt, der har gratis

Punkt nr. 14 - Idrætsskader i Region Hovedstaden

Bilag 4 - Side 2 af 6

adgang til klinikken og klinikfaciliteterne. Det vil sige, at ordningen er et særligt tilbud til disse borgere.

Klinikkerne indgik oprindeligt ikke i Region Hovedstadens Hospitalsplan 2007. Efter høringsrunden, hvor flere høringssvar omtalte idrætsskaderne, blev det indskrevet i hospitalsplanen, at de eksisterende idrætsskader bevares.

Idrætsskaderne indgår ikke i Hospitals- og Psykiatriplan 2020. I stedet får regionsrådet lejlighed til at tage særskilt stilling til spørgsmålet om tilrettelæggelsen af Region Hovedstadens idrætsmedicinske tilbud til regionens borgere.

Nuværende tilbud ved idrætsskader

Ved idrætsskader kan borgerne i Region Hovedstaden søge hjælp hos deres praktiserende læge – og uden for dagtid hos vagtlægen.

Ved akut tilskadekomst kan borgerne ringe 1813 og få råd og vejledning, eller de kan henvende sig på en af regionens akutmodtagelser eller akutklinikker.

Alle ortopædkirurgiske afdelinger tager sig af skader, herunder idrætsskader. Der er endvidere etableret to særlige centre til idrætsrelaterede skader: Institut for Idrætsmedicin på Bispebjerg Hospital og Idrætsmedicinsk Afsnit på Hillerød Hospital.

Ved lægelig indikation for fysioterapi eller kiropraktisk behandling henvises patienten – på lige fod med andre patienter – hertil.

Supplerende tilbud til borgere i det tidligere Københavns Amt

Region Hovedstaden driver endvidere som nævnt fire idrætsskader i samarbejde med kommunerne i det daværende Københavns Amt. Klinikkerne er videreført uændret efter kommunalreformen.

Idrætsskaderne blev oprindeligt etableret for at sikre en hurtig behandling af idrætsskader, idet der ikke på daværende tidspunkt var indført behandlingsgaranti.

De idrætsmedicinske klinikker er placeret på henholdsvis Amager Hospital, Gentofte Hospital, Herlev Hospital og Glostrup Hospital. Hver klinik har sin egen bestyrelse, og klinikkerne er således ikke organisatorisk en del af de pågældende hospitaler, selvom de benytter hospitalernes lokaler.

I tabel 1 ses en oversigt over klinikkernes placering, åbningstider samt antal patienter eller besøg.

Punkt nr. 14 - Idrætsklinikker i Region Hovedstaden

Bilag 4 - Side -3 af 6

Tabel 1: Fakta om klinikkerne (2010)

Idrætsklinik:	Placering	Åbningstider	Antal patienter/besøg
Vestkommunernes Idrætsklinik	Glostrup Hospital	Tirsdag og torsdag(1) kl. 16-20	Lægebesøg: 501 Fys. besøg: 769
Idrætsklinikken Nord	Gentofte Hospital	Ikke faste tider	Lægebesøg: 518 Fys. besøg: 252
Idrætsklinik Nord-Vest	Herlev Hospital	Ikke faste tider	Antal patienter: 313
Amagerkommunernes Idrætsklinik	Amager Hospital	Tirsdag kl. 15-19	Ikke oplyst

Ad 1: Kun første torsdag i hver måned

Til hver klinik er tilknyttet ortopædkirurger og fysioterapeuter. Angående konsultation er det gældende for alle klinikkerne, at konsultation kun finder sted efter forudgående aftale. For behandling på Amagerkommunernes Idrætsklinik kræves henvisning fra læge, hvorved denne klinik ligner en almindelig ortopædkirurgisk funktion.

Nuværende økonomi

Klinikkerne finansieres af Region Hovedstaden og af kommunerne i det gamle Københavns Amt i fællesskab. Regionens tilskud udgør 75 % af udgifterne til fysioterapi, mens kommunernes tilskud udgør forholdsmæssige andele af de øvrige udgifter fordelt efter antallet af 15-34 årige indbyggere i kommunerne.

Region Hovedstaden stiller desuden vederlagsfrit klinikfaciliteter til rådighed på hospitalerne samt afholder udgifter til lægelønninger. Udgifter til læger skønnes årligt at udgøre 0,4 mio. kr.

I tabel 2 er regionens tilskud til klinikkerne i 2010 anført. Ligeledes angives de tilsluttede kommuners udgifter. Udgifter til klinikfaciliteter på hospitalerne samt udgifter til lægelønninger er ikke inkluderet i det angivne tilskud fra regionen.

Tabel 2: Idrætsklinikernes økonomi (2010)

	Nuværende udgift
Region Hovedstaden	441.053
Kommunerne	655.758
I alt	1.096.811

Efter strukturreformen er de kommuner, der er lagt sammen med kommuner fra det tidligere Københavns Amt, ligeledes inkluderet i ordningen.

Behov for revurdering af ordningen

Som ordningen fungerer i dag, er det i henhold til klinikernes vedtægter kun borgere fra de kommuner, der ligger i det tidligere Københavns Amt, der har gratis adgang til klinikken og klinikfaciliteterne. Det vil sige, at ordningen er et særtil-

Punkt nr. 14 - Idrætssklinikker i Region Hovedstaden

Bilag 4 - Side -4 af 6

bad til borgere i det tidligere Københavns Amt. Administrationen er dog bekendt med, at der er enkelte borgere fra andre kommuner i regionen, der benytter tilbudet.

Det er administrationens opfattelse, at det ud fra et hensyn til ligelig behandling af regionens borgere ikke er hensigtsmæssigt at opretholde et tilbud, som ikke sikrer ensartede muligheder for regionens borgere. Administrationen mener på denne baggrund, at to muligheder kan tages i betragtning. Enten kan sagen forelægges KKR med henblik på at udbrede ordningen til alle regionens borgere under forudsætning af en tilsvarende udvidelse af det kommunale tilskud. En anden mulighed er, at ophæve regionens tilskud til ordningen, hvormed regionens borgere sikres ensartede muligheder gennem de nuværende tilbud ved idrætsskader.

Indenfor det seneste år har to kommuner udtrykt ønske om udtrædelse af tilskudsordningen. Dette kræver umiddelbart en ændring af vedtægten for idrætssklinikkerne. Ifølge vedtægterne skal ændringer godkendes af den nu nedlagte FKKA, Foreningen af Kommuner i Københavns Amt.

Idrætssklinikernes bestyrelser har for nyligt udtrykt ønske om at få vedtægterne opdateret, således de bliver tilpasset kommunalreformen og om at få ændret fordelingsnøglen for kommunernes tilskud. Kommunernes andel af udgifterne fordeles i dag efter antallet af 15 – 34-årige indbyggere i kommunerne, men ønskes fordelt efter folketal under hensyn til, at idrætssklinikkerne modtager borgere i alle aldre.

Der er således flere forhold, der giver anledning til en vurdering af idrætssklinikernes fremtid.

Økonomi ved udbredelse af konceptet

Region Hovedstadens direkte tilskud til klinikkerne udgør i 2010 0,4 mio. kr. Ved en udbredelse af konceptet til alle kommuner skønnes det, at regionen vil få en merudgift svarende til 0,9 mio. kr. pr. år. Dette betinget af, at de kommuner, der på nuværende tidspunkt ikke er en del af konceptet, ønsker at indgå i organiseringen. Tabel 3 viser et skøn over de økonomiske konsekvenser for tilskuddet ved udbredelse af konceptet, som det er organiseret i dag.

Tabel 3 Tilskud ved udbredelse af koncept 2012-priser (mio.kr.)

	Nuværende udgift	Udgift ved resterende kommuner (skøn)	I alt
Region Hovedstaden	0,4	0,9	1,3
Kommunerne	0,7	1,3	2,0
I alt	1,1	2,2	3,3

Hertil kommer en øget udgift til lægelønninger på ca. 0,5 mio. kr. således udgifterne til lægelønninger udgør i alt 0,9 mio. kr.

Punkt nr. 14 - Idrætsklinikker i Region Hovedstaden

Bilag 4 - Side 5 af 6

Den tværgående arbejdsgruppe med særlige opgaver vedrørende akutområdet

Den tværgående arbejdsgruppe med særlige opgaver vedrørende akutområdet har på møde i arbejdsgruppen den 24. maj 2012 drøftet spørgsmålet om den fremtidige tilrettelæggelse af funktionen vedrørende idrætsklinikker.

Arbejdsgruppen anbefaler overfor regionsrådet:

- At der ydes et ensartet idrætsmedicinsk tilbud til alle borgere i Region Hovedstaden – uanset bopæl og alder,
- At tilbuddet forankres på akuthospitalerne, og
- At den specialiserede behandling tilbydes på de etablerede centre for idrætsrelaterede skader (Institut for Idrætsmedicin på Bispebjerg Hospital og Idrætsmedicinsk Afsnit på Hillerød Hospital),
- At eventuelt frigjorte midler kan bruges til generelt at styrke behandlingen af idrætsudløste skader på de ortopædkirurgiske afdelinger.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Ved ophævelse af tilskuddet til de fire idrætsklinikker spares der i 2013 0,2 mio. kr. Dertil kommer en besparelse på lægeudgifter på de fire hospitaler af samme omfang. De frigjorte midler bruges til at styrke behandlingen af idrætsudløste skader på de ortopædkirurgiske afdelinger.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

KOMMUNIKATION

Regionsrådets stillingtagen i sagen kommunikeres til bestyrelserne for de nyværende idrætsklinikker samt KKR Hovedstaden.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Forretningsudvalget besluttede efter indstilling fra regionsrådsformanden, at udsætte sagen, indtil den er yderligere oplyst.

Julie Herdal Molbech (F) deltog ikke i sagens behandling.

REGIONSRADETS BESLUTNING

Sagsnr: 12004195

Forretningsudvalget den 12. juni 2012, sag nr. 19

SAG NR. 5

FREMTIDIG TILRETTELÆGGELSE AF FUNKTION VEDRØRENDE IDRÆTSKLINIKKER

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. at regionens tilskud til de fire idrætsklinikker, som regionen driver i samarbejde med kommunerne i det tidligere Københavns Amt, ophæves pr. 1. april 2013, og
 2. at Kommunekontaktrådet KKR informeres herom på møde i september 2012.
-

Forretningsudvalget udsatte sagen den 12. juni 2012.

RESUME

Region Hovedstaden driver i samarbejde med kommunerne i det tidligere Københavns Amt fire idrætsklinikker. Klinikkerne er videreført uændret efter kommunalreformen.

På nuværende tidspunkt er det kun borgere fra de kommuner, der ligger i det tidligere Københavns Amt, der har adgang til klinikkerne og klinikfaciliteterne. Det vil sige, at der ikke er ensartede muligheder for regionens borgere, hvad angår idrætsmedicinske tilbud. Indenfor det seneste år har to kommuner tilkendegivet ønske om at melde sig ud af ordningen.

Region Hovedstadens direkte tilskud til klinikkerne udgjorde i 2010 0,5 mio. kr.

Spørgsmålet om den fremtidige tilrettelæggelse af funktionen vedrørende idrætsklinikker er blevet drøftet i Den tværgående arbejdsgruppe med særlige opgaver vedrørende akutområdet på møde den 24. maj 2012.

SAGSFREMSTILLING

Indledning

Region Hovedstaden driver i samarbejde med kommunerne i det tidligere Københavns Amt fire idrætsklinikker. Hver klinik har sin egen bestyrelse, og klinikkerne er således ikke organisatorisk en del af de hospitaler, hvor de ligger. Klinikkerne er videreført uændret efter kommunalreformen.

Punkt nr. 14 - Idrætsskader i Region Hovedstaden

Bilag 5 - Side -2 af 6

Som ordningen fungerer i dag, er det i henhold til klinikkernes vedtægter kun borgere fra de kommuner, der ligger i det tidligere Københavns Amt, der har gratis adgang til klinikken og klinikfaciliteterne. Det vil sige, at ordningen er et særtilbud til disse borgere.

Klinikkerne indgik oprindeligt ikke i Region Hovedstadens Hospitalsplan 2007. Efter høringsrunden, hvor flere høringssvar omtalte idrætsskaderne, blev det indskrevet i hospitalsplanen, at de eksisterende idrætsskader bevares.

Idrætsskaderne indgår ikke i Hospitals- og Psykiatriplan 2020. I stedet får regionsrådet lejlighed til at tage særskilt stilling til spørgsmålet om tilrettelæggelsen af Region Hovedstadens idrætsmedicinske tilbud til regionens borgere.

Nuværende tilbud ved idrætsskader

Ved idrætsskader kan borgerne i Region Hovedstaden søge hjælp hos deres praktiserende læge – og uden for dagtid hos vagtlægen.

Ved akut tilskadekomst kan borgerne ringe 1813 og få råd og vejledning, eller de kan henvende sig på en af regionens akutmodtagelser eller akutklinikker.

Alle ortopædkirurgiske afdelinger tager sig af skader, herunder idrætsskader. Der er endvidere etableret to særlige centre til idrætsrelaterede skader: Institut for Idrætsmedicin på Bispebjerg Hospital og Idrætsmedicinsk Afsnit på Hillerød Hospital.

Ved lægelig indikation for fysioterapi eller kiropraktisk behandling henvises patienten – på lige fod med andre patienter – hertil.

Supplerende tilbud til borgere i det tidligere Københavns Amt

Region Hovedstaden driver endvidere som nævnt fire idrætsskader i samarbejde med kommunerne i det tidligere Københavns Amt. Klinikkerne er videreført uændret efter kommunalreformen.

Idrætsskaderne blev oprindeligt etableret for at sikre en hurtig behandling af idrætsskader, idet der ikke på daværende tidspunkt var indført behandlingsgaranti.

De idrætsmedicinske klinikker er placeret på henholdsvis Amager Hospital, Gentofte Hospital, Herlev Hospital og Glostrup Hospital. Hver klinik har sin egen bestyrelse, og klinikkerne er således ikke organisatorisk en del af de pågældende hospitaler, selvom de benytter hospitalernes lokaler.

I tabel 1 ses en oversigt over klinikkernes placering, åbningstider samt antal patienter eller besøg.

Punkt nr. 14 - Idrætssklinikker i Region Hovedstaden

Bilag 5 - Side -3 af 6

Tabel 1: Fakta om klinikkerne (2010)

Idrætssklinik:	Placering	Åbningstider	Antal patienter/besøg
Vestkommunernes Idrætssklinik	Glostrup Hospital	Tirsdag og torsdag(1) kl. 16-20	Lægebesøg: 501 Fys. besøg: 769
Idrætssklinikken Nord	Gentofte Hospital	Ikke faste tider	Lægebesøg: 518 Fys. besøg: 252
Idrætssklinik Nord-Vest	Herlev Hospital	Ikke faste tider	Antal patienter: 313
Amagerkommunernes Idrætssklinik	Amager Hospital	Tirsdag kl. 15-19	Ikke oplyst

Ad 1: Kun første torsdag i hver måned

Til hver klinik er tilknyttet ortopædkirurger og fysioterapeuter. Angående konsultation er det gældende for alle klinikkerne, at konsultation kun finder sted efter forudgående aftale. For behandling på Amagerkommunernes Idrætssklinik kræves henvisning fra læge, hvorved denne klinik ligner en almindelig ortopædkirurgisk funktion.

Nuværende økonomi

Klinikkerne finansieres af Region Hovedstaden og af kommunerne i det tidligere Københavns Amt i fællesskab. Regionens tilskud udgør 75 % af udgifterne til fysioterapi, mens kommunernes tilskud udgør forholdsmæssige andele af de øvrige udgifter fordelt efter antallet af 15-34 årige indbyggere i kommunerne.

Region Hovedstaden stiller desuden vederlagsfrit klinikfaciliteter til rådighed på hospitalerne samt afholder udgifter til lægelønninger. Udgifter til læger skønnes årligt at udgøre 0,4 mio. kr.

I tabel 2 er regionens tilskud til klinikkerne i 2010 anført. Ligeledes angives de tilsluttede kommuners udgifter. Udgifter til klinikfaciliteter på hospitalerne samt udgifter til lægelønninger er ikke inkluderet i det angivne tilskud fra regionen.

Tabel 2: Idrætssklinikernes økonomi (2010)

	Nuværende udgift
Region Hovedstaden	441.053
Kommunerne	655.758
I alt	1.096.811

Efter strukturreformen er de kommuner, der er lagt sammen med kommuner fra det tidligere Københavns Amt, ligeledes inkluderet i ordningen.

Behov for revurdering af ordningen

Som ordningen fungerer i dag, er der som nævnt tale om et særtilbud til borgere i det tidligere Københavns Amt. Administrationen er dog bekendt med, at der er enkelte borgere fra andre kommuner i regionen, der benytter tilbuddet.

Punkt nr. 14 - Idrætssklinikker i Region Hovedstaden

Bilag 5 - Side -4 af 6

Det er administrationens opfattelse, at det ud fra et hensyn til ligelig behandling af regionens borgere ikke er hensigtsmæssigt at opretholde et tilbud, som ikke sikrer ensartede muligheder for regionens borgere. Administrationen mener på denne baggrund, at to muligheder kan tages i betragtning. Enten kan sagen forelægges KKR med henblik på at udbrede ordningen til alle regionens borgere under forudsætning af en tilsvarende udvidelse af det kommunale tilskud. En anden mulighed er at ophæve regionens tilskud til ordningen, hvormed regionens borgere sikres ensartede muligheder gennem de nuværende tilbud ved idrætsskader.

Indenfor det seneste år har to kommuner udtrykt ønske om udtrædelse af tilskudsordningen. Dette kræver umiddelbart en ændring af vedtægten for idrætssklinikkerne. Ifølge vedtægterne skal ændringer godkendes af den nu nedlagte FKKA, Foreningen af Kommuner i Københavns Amt.

Idrætssklinikernes bestyrelser har for nyligt udtrykt ønske om at få vedtægterne opdateret, således at de bliver tilpasset kommunalreformen, og om at få ændret fordelingsnøglen for kommunernes tilskud. Kommunernes andel af udgifterne fordeles i dag efter antallet af 15 – 34-årige indbyggere i kommunerne, men ønskes fordelt efter folketal under hensyn til, at idrætssklinikkerne modtager borgere i alle aldre.

Der er således flere forhold, der giver anledning til en vurdering af idrætssklinikernes fremtid.

Økonomi ved udbredelse af konceptet

Region Hovedstadens direkte tilskud til klinikkerne udgjorde i 2010 0,4 mio. kr. Ved en udbredelse af konceptet til alle kommuner skønnes det, at regionen vil få en merudgift svarende til 0,9 mio. kr. pr. år. Dette betinget af, at de kommuner, der på nuværende tidspunkt ikke er en del af konceptet, ønsker at indgå i organisationen. Tabel 3 viser et skøn over de økonomiske konsekvenser for tilskuddet ved udbredelse af konceptet, som det er organiseret i dag.

Tabel 3 Tilskud ved udbredelse af koncept 2012-priser (mio.kr.)

	Nuværende udgift	Udgift ved resterende kommuner (skøn)	I alt
Region Hovedstaden	0,4	0,9	1,3
Kommunerne	0,7	1,3	2,0
I alt	1,1	2,2	3,3

Hertil kommer en øget udgift til lægelønninger på ca. 0,5 mio. kr. således udgifterne til lægelønninger udgør i alt 0,9 mio. kr.

Punkt nr. 14 - Idrætsklinikker i Region Hovedstaden

Bilag 5 - Side 5 af 6

Den tværgående arbejdsgruppe med særlige opgaver vedrørende akutområdet

Den tværgående arbejdsgruppe med særlige opgaver vedrørende akutområdet har på møde i arbejdsgruppen den 24. maj 2012 drøftet spørgsmålet om den fremtidige tilrettelæggelse af funktionen vedrørende idrætsklinikker.

Arbejdsgruppen anbefaler overfor regionsrådet:

- At der ydes et ensartet idrætsmedicinsk tilbud til alle borgere i Region Hovedstaden – uanset bopæl og alder,
- At tilbuddet forankres på akuthospitalerne,
- At den specialiserede behandling tilbydes på de etablerede centre for idrætsrelaterede skader (Institut for Idrætsmedicin på Bispebjerg Hospital og Idrætsmedicinsk Afsnit på Hillerød Hospital),
- At eventuelt frigjorte midler kan bruges til generelt at styrke behandlingen af idrætsudløste skader på de ortopædkirurgiske afdelinger.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Ved ophævelse af tilskuddet til de fire idrætsklinikker spares der i 2013 0,2 mio. kr. Dertil kommer en besparelse på lægeudgifter på de fire hospitaler af samme omfang. De frigjorte midler bruges til at styrke behandlingen af idrætsudløste skader på de ortopædkirurgiske afdelinger.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

KOMMUNIKATION

Regionsrådets stillingtagen i sagen kommunikeres til bestyrelserne for de nuværende idrætsklinikker samt KKR.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Den 12. juni 2012: Forretningsudvalget besluttede efter indstilling fra regionsrådsformanden, at udsætte sagen, indtil den er yderligere oplyst.

Julie Herdal Molbech (F) deltog ikke i sagens behandling.

Den 14. august 2012: Udsat, idet der er enighed om forud for sagens genfremsættelse at rette henvendelse til KKR for at undersøge, om der indenfor rammerne af uændret regional finansiering blandt kommunerne er tilslutning til at bidrage til

Punkt nr. 14 - Idrætsklinikker i Region Hovedstaden

Bilag 5 - Side -6 af 6

finansieringen af idrætsklinikker, dog således at alle regionens borgere (uanset bopæl og alder) sikres samme tilbud.

Hans Toft (C) og Michael Lange (V) deltog ikke i sagens behandling.

REGIONSRÅDETS BESLUTNING

Sagsnr: 12004195

Bestyrelserne for Idrætsklinikkerne

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 36666011
Mail planogudvikling@regionh.dk

Journal nr.: 14012804
Ref.: AS

Dato: 23. februar 2015

Vedr. den fremtidige varetagelse af den idrætsmedicinske behandling.

Tak for jeres kommentarer i forlængelse af regionens seneste henvendelse fra november 2014. Svarene indgik i materialet til regionens sundhedsudvalg, som drøftede regionens tilskud til idrætsklinikkerne på deres seneste møde den 17. februar (sagen er vedlagt som bilag)

Regionens sundhedsudvalg ønskede en række spørgsmål belyst yderligere inden de ønsker at træffe beslutningen om regionens fremtidige tilskud til idrætsklinikkerne.

Vi vil derfor gerne bede om jeres kommentarer til følgende spørgsmål:

- Hvor mange af patienterne, der behandles på idrætsklinikkerne, er blevet henvist dertil af egen læge, og hvor mange henvender sig på eget initiativ?
- Hvordan føres journal over patienterne og hvordan kommunikeres med andre sundhedspersoner involveret i patientens forløb? Det forudsættes, at Idrætsklinikkerne efterlever bekendtgørelsen om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler.
- Hvad vil være idrætsklinikernes forslag til at sikre, at klinikernes tilbud udvides til alle borgere i Region Hovedstaden, således at der sikres lighed i tilbuddet.

Sundhedsudvalget ønsker at drøfte sagen på sit kommende møde i marts, og derfor skal vi bede om jeres kommentarer senest den 4. marts. Jeg beklager den korte frist.

Med venlig hilsen

Christian Worm
Centerdirektør

Den 03.03.2015

Center for Sundhed
Hospitalsplanlægning
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Att. Centerdirektør Christian Worm

Vedr. den fremtidige varetagelse af den idrætsmedicinske behandling.

Regionens sundhedsudvalg ønsker en række spørgsmål belyst yderligere inden de ønsker at træffe beslutningen om regionens fremtidige tilskud til idrætsklinikkerne jf. brev af 23. februar 2015.

Klinikkernes svar er som følger:

Spørgsmål 1.

Hvor mange af patienterne, der behandles på idrætsklinikkerne, er blevet henvist dertil af egen læge, og hvor mange henvender sig på eget initiativ?

Svar:

Amagerkommunernes Idrætsklinik

Alle vores patienter bliver henvist fra egen læge iht. vores inklusionskriterier.

Idrætsklinikken Nord

Der er kommet flere patienter, som har rundet egen læge – men der er ikke ført statistik over det og derfor ikke muligt at svare på. De fleste kommer efter anbefaling fra deres klub/træner.

Idrætsklinik Nord-Vest

Vi har ikke den nøjagtige fordeling, men anslår, at højst 15 % er henvist fra egen læge. De fleste henvender sig efter anbefaling fra venner, familie og klubkammerater og opslag i idrætsforeninger.

Vestkommunernes Idrætsklinik

Vi registrerer ikke hvor mange, der kommer fra egen læge, men anslået er det ca. 25 % af 469 patienter i 2014.

Mange henvender sig på opfordring af klubkammerater, venner eller familie, der fortæller om Idrætsklinikken. Andre patienter finder os via internettet www.idraetsklinik.dk. På grund af den lille kapacitet reklamerer vi ikke for idrætsklinikordningen.

Spørgsmål 2.

Hvordan føres journal over patienterne, og hvordan kommunikeres med andre sundhedspersoner involveret i patientens forløb? Det forudsættes, at Idrætsklinikkerne efterlever bekendtgørelsen om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler.

Svar:

Amagerkommunernes Idrætsklinik

Der føres journal i vores eget lille program, som blev lavet da klinikken startede. Der kommunikeres gennem brev til andre instanser. Vi bruger dog "Det grønne System", som også bruges i det almindelige ambulatorium. Vi har samme muligheder til henvisning til andre instanser til hjælp til diagnostikken. Ex. UL, MR scanninger.

Idrætsklinikken Nord

Journal over patienterne føres i eget lukket elektronisk system, som ligger på det fælles net.

Idrætsklinik Nord-Vest

Aktuelt opbevares journalnotater på en indelåst PC i Ortopædkirurgisk Ambulatorium. Derudover opbevares en kopi i papirform indelåst i Ortopædkirurgisk Ambulatorium.

Vi har ikke fået lov til at journalføre i OPUS og har således intet elektronisk journalsystem. Der sendes ikke epikriser til egen læge som standard, men kun på opfordring. På opfordring fra patient videregives oplysninger til andet sundhedspersonale, som patienten er i behandling hos.

Vestkommunernes Idrætsklinik

Idrætsklinikken har ikke fået adgang til at blive koblet op på hospitalets IT-system.

Vi benytter papirjournaler opbevaret i et brandsikkert skab.

Patienterne kan bede om en kopi ved personlig henvendelse.

Vi sender kopi pr. brev af journalen, når der foreligger en fuldmagt.

Spørgsmål 3.

Hvad vil være idrætsklinikernes forslag til at sikre, at klinikernes tilbud udbredes til alle borgere i Region Hovedstaden, således at der sikres lighed i tilbuddet.

Fælles svar:

At udbrede Idrætsklinikernes tilbud til alle borgere i Region Hovedstaden kan ikke løses i regi af de nuværende Idrætsklinikker, da kapaciteten er for lille og ressourcerne for få. Opgaven bør løses i et samarbejde mellem Region Hovedstaden og fagkundskaben fra de nuværende Idrætsklinikker, som kan bidrage med viden og erfaringer i den forbindelse.

Hvordan et fremtidigt system kunne komme til at se ud, bør være en beslutning, der tages efter et mere grundigt gruppearbejde, hvor der tages højde for spørgsmål som patientgrupper, geografisk placering, åbningstid, sammensætning af læger/fysioterapeuter og sammensætning af ortopæder/reumatologer.

Det er nødvendigt, at klinikkerne får en officiel tilknytning til en afdeling på det pågældende hospital (eller sundhedsklinik), så klinikkerne kan blive koblet til de eksisterende IT-systemer. IT-udviklingen er nu nået så langt i sundhedssystemet, at det ikke vil holde ret meget længere med det lille lukkede journalsystem og med brevveksling med andre sundhedsinstanser.

Behovet for behandling af idrætsskader er voksende pga. det generelle fokus på idræts positive indvirkning på sundheden, herunder skolereformen mv.

I forbindelse med en geografisk udvidelse af tilbuddet, kan der med fordel samtidigt ses på at udvide behandlingskapaciteten for de kommuner, der på nuværende tidspunkt er omfattet af ordningen, da den nuværende kapacitet er for lille. Idrætsklinik-ordningen er billig, og ubehandlede

Punkt nr. 14 - Idrætsklinikker i Region Hovedstaden
Bilag nr. 3 af 4
Idrætsråd Region Hovedstaden (tidligere KAI)

skader kan medføre slidgigt og andre livsvarige følgeskader, give behandlingskrævende smerter og kræve operationer.

På vegne af de fire Idrætsklinikker:

Amagerkommunernes Idrætsklinik, Jørgen Jørgensen, mob. 2081 6215, mail jjvvs@mail.dk

Idrætsklinikken Nord, Britta Pedersen, mob. 2177 9945, mail britta.pedersen@webspeed.dk

Idrætsklinik Nord-Vest, Helge Friis, mob. 2126 5748, mail b.h.friis@youmail.dk

Vestkommunernes Idrætsklinik, Leif Braunstein, mob.. 28 55 97 12, mail lbr@ishoejby.dk

Jan Mogensen, IRH, koordinator idrætsklinikkerne
Elverhøjen 3
2730 Herlev
Mob. 2032 52 01
jan@kaisport.dk

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
sum@sum.dk
cc. tk@sum.dk

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Mail csu@regionh.dk

Journal nr.: 15005781
Ref.: Niels Erik Jørgensen

Dato: 15. april 2015

Ansøgning om midler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses pulje til pilotprojekt om socialt udrykningskøretøj

Baggrund

I satspuljeaftale for 2015-2018 på sundhedsområdet er afsat en pulje på 5 mio. kr. i perioden 2015-2016 til et pilotprojekt med socialt udrykningskøretøj i hovedstadsområdet. Målgruppen er socialt udsatte og hjemløse, som ofte er i en sådan tilstand, at det kan være vanskeligt at vurdere, om der er behov for en primær sundhedsfaglig eller en socialfaglig ydelse.

Københavns Kommunes Socialforvaltning, Københavns Brandvæsen og Region Hovedstaden er gået sammen i et pilotprojekt omkring et socialt udrykningskøretøj. Det er besluttet, at køretøjet ikke skal køre udrykningskørsel, da det fordrer særlige kompetencer. I stedet benævnes køretøjet herefter som en sociolance.

Alle regionens kommuner har været spurgt, om de ønskede at deltage i projektet, men kun Københavns Kommune har haft ønsker herom.

På denne baggrund søger Region Hovedstaden og Københavns Kommune om midler til at gennemføre et pilotprojekt, som beskrevet nedenfor.

I bilag 1 er vedlagt en projektaftale mellem Region Hovedstaden og Københavns Kommune.

Projektbeskrivelse

Formål og målgruppe for sociolancen

Det overordnede formål med projektet er at løfte kvaliteten i den opsøgende og forebyggende indsatsen for gruppen af socialt udsatte og aflaste det præhospitale beredskab i opgaver, der vurderes at have en mere socialfaglig karakter end en akut sundhedsfaglig karakter. Ønsket er derudover, at projektet kan være med til at øge patient-

sikkerheden for målgruppen, idet man med muligheden for en kombineret social- og sundhedsfaglig indsats sikrer, at borgernes problemstilling ikke falder mellem to stole.

Projektets målgruppe er borgere, som enten selv oplever at have alvorlige problemer, eller hvor omgivelserne vurderer, at de er i en bekymrende, alarmerende situation, men som ikke har et akut sundhedsmæssigt problem. Erfaringerne fra regionens ambulance og Københavns Kommunes opsøgende indsatser fortæller, at det ofte handler om stærkt berusede mennesker, om mennesker med en akut psykisk lidelse eller om meget ensomme mennesker. En stor del af disse borgere er dertil hjemløse.

For at blive klogere på målgruppen vil borgerne, som sociolancen kommer i kontakt med, blive registreret, herunder også deres kommunale og nationale tilhørsforhold.

Ordningens udformning, køretøjet

Til brug for projektet indkøbes et brugt sygetransportkøretøj. Dette køretøj om-coates, så køretøjets funktion fremgår, og så det ikke forveksles med et almindeligt udrykningskøretøj.

Såfremt projektet fortsætter udover projektperioden vil der være behov for, at indkøbe et nyt køretøj, da et brugt ikke forventes at kunne køre ud over projektperioden.

Ordningens udformning, bemanning

Køretøjet bemandes med en socialfaglig og en sundhedsfaglig kompetence. Den socialfaglige såvel som den sundhedsfaglige kompetence bemandes i et rotationssystem, så at flest muligt opnår viden indenfor området. På denne måde vil ordningen fungere som videndelingfunktion jf. afsnittet om ordningens integration.

Ordningens udformning, udstyr

Køretøjet udstyres, så det er muligt for personalet at behandle de mest basale sundhedsfaglige forhold samt afklare vitalparametre mv. Dertil udstyres køretøjet med en række 'overlevelseshjælp', der indeholder de mest banale fornødenheder, herunder væske, sovepose/tæppe mv. Kittet kan uddeles til borgere ved behov.

Udrykningskørsel og transport

Sociolancen vil blive anvendt til at transportere borgere til eksisterende relevante tilbud i kommune og region jf. afsnit om opgaveportefølje.

Sociolancen vil ikke blive anvendt til behandlingskrævende persontransport. Hvis der er behov for behandlingskrævende transport til fx en akutmodtagelse, kan en ambulance tilkaldes. Skal borgeren transporteres til fx et socialt tilbud i kommunen, kan transporten foregå i køretøjet.

Det har været drøftet, hvorvidt køretøjet skal indrettes, så der skabes bedre samtalerammer, end hvad der er i en normalt indrettet ambulance. På nuværende tidspunkt

vurderes dette ikke nødvendigt. Muligheden indgår som et opmærksomhedspunkt i projektperioden.

Sociolancen vil ikke blive anvendt til at køre udrykningskørsel. Hvis situationen kræver en sådan hastegrad, at der er behov for at køre med udrykning, skal der altid sendes en ambulance med de rette kompetencer og træning i at køre i trafikken under disse forhold af hensyn til de øvrige borgeres sikkerhed.

Dækningsområde og dækningsperiode

Køretøjet dækker primært Københavns Kommune. I projektperioden afklares den rette balance mellem dækningsområde og behov/kapacitet. Køretøjet er i drift i et udsnit af ugens dage. Disse dage skifter hver tredje måned, så at der i projektet opnås størst mulig baggrund for at evaluere behovet fordelt på ugens dage og døgnets timer.

Opgaveportefølje

Personalet på sociolancen kan på stedet tilbyde borgeren en almen sundhedsfaglig behandling og afdækning af behov og socialfaglig rådgivning og vejledning. Såfremt borgeren har ønske om mere, kan borgeren henvises eller transporteres til de eksisterende relevante tilbud i kommune og region. Disse forventes at være:

- Væresteder
- Herberger og natcafeer (særligt i ydertimer)
- Rådgivningstilbud
- Psykiatrisk skadestue
- Afrusning på hospital

Der skal i projektperioden registreres hvilke tilbud, der gøres brug af.

Udover de kommunale tilbud og akutte regionale tilbud skal sociolancen samarbejde med socialsygeplejerskerne på sygehusene, de øvrige tilbud på gaderne (kommunens Sundhedsteam og Hjemløseenhed) og med de frivillige tilbud som fx Projekt udenfor.

Det er et selvstændigt mål for arbejdet med sociolancen at blive klog på, hvilke tilbud der er til borgere i en akut, udsat situation. Målet er at få indsigt i den samlede tilbudsvifte, udvikle en præcis henvisning til de rette hjælpemuligheder og dermed blive bedre til at udnytte de eksisterende tilbud til gavn for borgerne.

Hvis borgeren samtykker, kan der i øvrigt følges op på, om borgeren har en socialsag i kommunen, og der kan rettes henvendelse til evt. tilknyttet fagperson.

Rekvirering, visitation og disponering samt supplering

Visitation og disponeringen af sociolancen forankres som en del af Region Hovedstadens 112 AMK-Vagtcentral og Akuttefonen 1813. Sociolancen vil derfor blive integreret som en valgmulighed (respons) i de beslutningsstøttværktøjer, der benyttes af det sundhedsfaglige personale på henholdsvis 112 og Akuttefonen 1813. Denne integration vil ligeledes sikre, at køretøjet ikke går ind og erstatter det ordinære bered-

skab, men blot udfolder responsmulighederne. Det betyder, at udrykningen ikke bliver et parallelt - og måske ringere system – for de udsatte, men alene et supplement og dermed en forbedring for de udsatte, hvilket er magtpåliggende for projekterne.

Køretøjet kan rekvireres som en primær respons, hvor de sundhedsfaglige visitatorer på 112 AMK-Vagtcentralen vurderer dette. I dette tilfælde vil der ikke være behov for udrykning, og det nuværende alternativ til en sociolance vil således være ingen respons. Alternativt kan sociolancen rekvireres som en sekundær respons, hvor personalet på en primær ambulance kan rekvirere køretøjet til at overtage en situation på gaden. Personalet på sociolancen vil dertil altid have mulighed for kontakt og rådgivning fra AMK-Vagtcentrallægerne. AMK-vagtcentrallægerne er speciallæger med indgående erfaring med det præhospitale område og har særlig ekspertise indenfor bl.a. sundhedsberedskab og transport af akut syge borgere. AMK-Vagtcentrallægerne varetager ligeledes lægefaglige vurderinger og beslutninger i hverdagen og yder lægefaglig sparring til de sundhedsfaglige visitatorer på AMK-Vagtcentralen og de kørende præhospitale enheder, ambulance, lægebil mv.

Det er vigtigt, særligt i starten af projektet, at sociolancen er synlig i gadebilledet, så miljøet bliver bekendt med sociolancen og føler sig tryk ved den. Når sociolancen derfor ikke er på opgave vil personalet køre rundt og yde opsøgende og forebyggende arbejde for målgruppen.

Ordningens integration med øvrige tilbud for målgruppen

Ordningen integreres med Københavns Kommunes øvrige tilbud og tiltag via de socialfaglige medarbejdere, der arbejder på sociolancen. Disse medarbejdere skal have et bredt kendskab til Københavns Kommunes sociale tilbud og gerne regionens psykiatri og kan henvise eller hjælpe med at transportere borgeren til de relevante tilbud.

Efter den akutte indsats vil det være muligt at nå ud med en opfølgende social og /eller psykiatrisk indsats. Dette sker, hvis og når borgeren giver samtykke til, at informationer om den akutte hændelse bliver formidlet videre til de personer, som allerede hjælper borgeren (støtte- og kontaktpersoner, botilbud, opsøgende psykiatriteam) eller gennem det tilbud, som borgeren måtte blive bragt til.

Den sundhedsfaglige medarbejder og personalet på AMK-Vagtcentralen vil sikre, at sociolancen integreres med regionens øvrige tilbud, jf. også afsnit omkring rekvirering, visitation og disponering.

Ønsket er, at opgaven om muligt kan organiseres som en turnusopgave for en bredere gruppe af relevante medarbejdere. For Københavns Kommunes vedkommende kunne det være medarbejdere med udgående funktioner på voksenområdet, hvis det er praktisk og organisatorisk muligt at indgå i en turnus. Dermed vil de socialfaglige medarbejdere få indsigt i det præhospitale arbejde, og den sundhedsfaglige medarbejder vil få kendskab til kommunale tilbud gennem arbejdet i sociolancen. Både de socialfagli-

ge og de sundhedsfaglige medarbejdere vil dertil have til opgave at informere deres kolleger om sociolancens erfaringer.

Mål og succeskriterier

Målet med pilotprojektet er at hjælpe borgere i nød, men skal som projekt først og fremmest være en intensiveret læreproces for de involverede parter, så hjælpen til akut, udsatte borgere bliver kvalificeret. Det forventes derfor, at følgende er opnået, når projekt er afsluttet:

- En bedre udnyttelse af de allerede eksisterende tilbud til målgruppen
- En bredere indsigt i målgruppens behov for præhospital og akut assistance
- En større viden blandt de sundhedsfaglige leverandører om de sociale tilbud til målgruppen
- En større viden blandt de socialfaglige leverandører om de sundhedsfaglige tilbud til målgruppen
- En øget accept fra målgruppen ift. såvel sundhedsfaglige som socialfaglige tilbud

Projektet vurderes at være en succes, hvis ovenstående foreligger.

Monitorering og evaluering

Projektet bliver løbende evalueret ved hjælp af en række aktivitetsdata (antal ture, opgavens længde mv.), kvalitetsparametre (opgavens indhold, vurderet outcome, mv.), samt erfaringsopsamlinger fra de implicerede parter herunder mandskabet, de ansatte på 112 AMK-Vagtcentralen, ansatte på sociale tilbud i kommunen og om muligt de involverede borgere m.fl.

En styregruppe indsamler løbende data og sammenholder disse på hvert af dens møder. På baggrund heraf vil en række devalueringer blive foretaget.

Organisering af projektet

Projektet opbygges med en projektorganisation og forankres i en styregruppe bestående af følgende repræsentanter:

- 1 repræsentant fra Københavns Brandvæsen
- 2 repræsentanter fra Københavns Kommunes Socialforvaltning
- 3 repræsentanter fra Region Hovedstadens Akutberedskab.

Det er styregruppens opgave at sikre, at projektet udføres i overensstemmelse med projektbeskrivelsen. Styregruppen skal dertil løbende evaluere projektet. Ved projektets afslutning udformer styregruppen en samlet evaluering for hele projektperioden.

Formandskab og sekretariat i styregruppen varetages af Region Hovedstaden.

Styregruppen mødes hver tredje måned eller efter behov. Styregruppens møder har en varighed på to timer.

Punkt nr. 15 - Pilotprojekt om socialt udrykningskøretøj

Bilag 1 - Side -6 af 7

Udover styregruppen nedsættes en driftsgruppe som løbende skal sikre den daglige drift af sociolancen. Driftsgruppen består af følgende repræsentanter:

- 1 paramediciner med funktion på sociolancen
- 1 socialfaglig medarbejder med funktion på sociolancen
- 1 repræsentant fra Københavns Kommune (administrativ medarbejder)
- 1 repræsentant fra Region Hovedstadens Akutberedskab (driftsleder)

Formandskab og sekretariat i driftsgruppen varetages af Regionen Hovedstaden.

Driftsgruppen mødes hver tredje måned eller efter behov. Driftsgruppen møder har en varighed på to timer.

Den daglige projektledelse ligger i Region Hovedstadens Akutberedskab.

Tidsplan

Måned 0-4: Forberedelsesfase (4 måneder)

- Køretøjet indkøbes og coates
- Udstyr indkøbes
- 112 AMK-Vagtcentralens beslutningsstøtteværktøj udbygges
- 112 AMK-Vagtcentralens IT system (Logis CAD) udbygges, så det bliver teknisk muligt at disponere køretøjet
- Styregruppen nedsættes
- Bemandingen fastsættes og instrueres

Måned 5-21: Driftsfase (17 måneder)

- Køretøjet idriftsættes
- Køretøjet er i drift i et udsnit af ugens dage. Disse dage skifter hver 3 måned
- Styregruppen mødes hver tredje måned eller efter behov
- Delevalueringer foretages

Måned 22-24: Endelig evaluering og opsamling (3 måneder)

- En endelig evaluering af projektet foretages

Budget

De ansøgte projektmidler vil blive anvendt til indkøb og løbende driftsudgifter for køretøj og IT system og samt til dækning af lønudgifter for personalet på sociolancen. Et samlet overblik ses i nedenstående:

Funktion bemandet 77 timer/ugen med brugt køretøj	
Post	Udgift i projektperioden (17 måneder)
Indkøb og drift af køretøj	656.083,33
It og drift	194.730,95
Løn samlet	4.107.788,30
I alt	4.958.602,59

Punkt nr. 15 - Pilotprojekt om socialt udrykningskøretøj

Bilag 1 - Side -7 af 7

Da det ikke vurderes muligt, at der kan afsættes de nødvendige midler til en døgndækkende funktion, er det valgt, at køretøjet er i drift 77 timer om ugen. Timerne veksler løbende i projektperioden således, at der opnås viden omkring aktivitet og behov alle ugens dage.

Et udvidet budget kan ses i bilag 2.

Medfinansiering

Region Hovedstaden bidrager med finansiering til dækning af lønudgifter til dispatcher, AMK-læge og den nødvendige administrative assistance, herunder projektledelse.

Medfinansiering Region Hovedstaden	
3 repræsentanter i styregruppen	28.464,00
1 repræsentant i driftsgruppen	14.400,00
Projektledelse	126.880,00
Leder af driftsgruppen	188.240,00
AMK-læge	165.750,00
Dispatcher	236.785,71
I alt	760.519,71

Københavns Kommune bidrager med finansiering til dækning af lønudgifter til den nødvendige administrative assistance, dertil stiller Københavns Brandvæsen parkeringsplads til rådighed.

Medfinansiering Københavns Kommune	
3 repræsentanter i styregruppen	25.382,16
1 repræsentant i driftsgruppen	16.921,44
I alt	42.303,60

Det samlede budget kan ses i bilag 2.

Med venlig hilsen

Niels Erik Jørgensen

Punkt nr. 15 - Pilotprojekt om socialt udrykningskøretøj
Bilag 2 - Side -1 af 1

Døgnbemandet funktion med ny indkøbt køretøj

Post	Udgift i projektperioden (17 måneder)
Indkøb og drift af køretøj	949.833,33
It og drift	194.730,95
Løn samlet	11.543.000,00
I alt	12.687.564,29

Funktion bemandet 77 timer/ugen med brugt køretøj

Post	Udgift i projektperioden (17 måneder)
Indkøb og drift af køretøj	656.083,33
It og drift	194.730,95
Løn samlet	4.107.788,30
I alt	4.958.602,59

Medfinansiering Region Hovedstaden	
3 repræsentanter i styregruppen	28.464,00
1 repræsentant i driftsgruppen	14.400,00
Projektledelse	126.880,00
Leder af driftsgruppen	188.240,00
AMK-læge	165.750,00
Dispatcher	236.785,71
I alt	760.519,71

Medfinansiering Københavns Kommune	
3 repræsentanter i styregruppen	38.520,00
1 repræsentant i driftsgruppen	25.680,00
I alt	64.200,00

Telegrafvej 5
2750 Ballerup

SAMARBEJDSAFTALE

Opgang Opgang 2, 3. sal
Direkte 51 15 52 94
Web www.regionh.dk/akut

EAN-nr: 5798000384149
CVR/SE-nr: 29190623

Dato: 17. april 2015

Pilotprojekt om socialt udrykningskøretøj

Baggrund for aftalen

I satspuljeaftalen for 2015-2018 på sundhedsområdet er afsat en pulje på 5 mio. kr. i perioden 2015-2016 til et pilotprojekt med socialt udrykningskøretøj i hovedstadsområdet. Målgruppen er socialt udsatte og hjemløse som befinder sig en særlig udsat situation uden dog, at have behov for en akut sundhedsfaglig indsats

For at løfte kvaliteten i den opsøgende og forebyggende indsats for udsatte borgere i den ovennævnte situation, er Københavns Kommunes Socialforvaltning, Københavns Brandvæsen og Region Hovedstadens Præhospitale Virksomhed gået sammen i et pilotprojekt omkring et socialt udrykningskøretøj.

Aftalens indhold

Parterne skriver med denne aftale under på, at arbejdet omkring pilotprojektet med et socialt udrykningskøretøj, foregår i henhold til den vedlagte projektbeskrivelse.

For Københavns Kommunes Socialforvaltning

For Københavns Brandvæsen

For Region Hovedstadens Præhospitale Virksomhed