

Punkt nr. 4 - Tiltrædelsesberetning fra BDO Kommunernes Revision Bilag 1 - Side 1 af 11

Tlf.: 46 37 30 33
CVR-nr. 29 79 40 30
roskilde@bdo.dk
www.bdo.dk

BDO Kommunernes Revision
Godkendt revisionsaktieselskab
Ringstedvej 18, st. th.
DK-4000 Roskilde

REGION HOVEDSTADEN

Beretning nr. 1

(side 364 - 372)

Tiltrædelsesberetning

Regnskabsår 2013

Punkt nr. 4 - Tiltrædelsesberetning fra BDO Kommunernes Revision

Bilag 1 - Side 2 af 11

BDO Kommunernes Revision
Godkendt revisionsaktieselskab
CVR-nr. 29 79 40 30
www.bdo.dk

Region Hovedstaden
Revisionsberetning nr. 1
Tiltrædelsesberetning

Indholdsfortegnelse	Side
1 OPGAVER OG ANSVAR	364
1.1 Ledelsens opgaver og ansvar	364
1.1.1 Registreringssystemer og formueforvaltning	364
1.1.2 Tilsligtede og utilsigtede fejl	365
1.1.3 Oplysninger af betydning for revisionen	365
1.2 Revisors opgave og ansvar	365
1.2.1 Årsregnskab, revisionspåtegning og revisionsberetninger	365
1.2.2 Væsentlig fejlinformation m.v.	366
2 REVISIONENS TILRETTELÆGGELSE OG UDFØRELSE	366
2.1 Revisionens tilrettelæggelse	367
2.2 Revisionens udførelse	367
2.2.1 Efterfølgende begivenheder	368
2.2.2 Ledelsens regnskabserklæring	368
3 RAPPORTERING OM DEN UDFØRTE REVISION	369
3.1 Revisionspåtegning af årsregnskabet	369
3.2 Rapportering til regionsrådet	369
3.2.1 Forbehold eller supplerende oplysninger i revisionspåtegningen	370
3.2.2 Udført assistance, rådgivning m.v.	370
3.2.3 Fremsendelse	370
3.2.4 Interne specifikationer	370
4 REVISORS ARBEJDSDOKUMENTATION	370
5 KVALITETSKONTROL	371
6 RÅDGIVNING, ASSISTANCE M.V.	371
7 OFFENTLIGGØRELSE AF ÅRSRAPPORTER, DOKUMENTER M.V.	371
8 KOMMUNIKATION VIA INTERNETTET	371
9 AFSLUTNING	372

Punkt nr. 4 - Tiltrædelsesberetning fra BDO Kommunernes Revision

Bilag 1 - Side 3 af 11

BDO Kommunernes Revision
Godkendt revisionsaktieselskab
CVR-nr. 29 79 40 30
www.bdo.dk

Region Hovedstaden
Revisionsberetning nr. 1
Tiltrædelsesberetning

Til
Regionsrådet i Region Hovedstaden

BDO Kommunernes Revision, Godkendt revisionsaktieselskab, er på regionsrådsmøde den 21. august 2012 antaget som revisor for Region Hovedstaden. Vi har i overensstemmelse med god offentlig revisionsetik i det efterfølgende redegjort for vor opfattelse af samarbejdet og for lovgivningens afgrænsning af regionsrådets og revisors opgaver og ansvar.

1 Opgaver og ansvar

1.1 Ledelsens opgaver og ansvar

Regionsrådet har ansvaret for at udarbejde årsregnskabet i overensstemmelse med lovgivningens bestemmelser om regnskabsaflæggelse, herunder at årsregnskabet giver et retvisende billede af regionens aktiver, passiver og finansielle stilling samt resultatet af regionens aktiviteter og pengestrømme.

Regionsrådet behandler det af forretningsudvalget udarbejdede forslag til årsregnskab. Regionsrådet tager stilling til, om regnskabet foreligger i foreskrevet form, hvorefter regnskabet oversendes til BDO Kommunernes Revision. Regionsrådet kan give BDO Kommunernes Revision særlige instrukser i forbindelse med revisionen af regnskabet.

Efter at revisionens bemærkninger til årsregnskabet har været meddelt forretningsudvalget, træffer regionsrådet i et møde afgørelse med hensyn til de fremkomne bemærkninger og regnskabets godkendelse.

1.1.1 Registreringssystemer og formueforvaltning

Det er regionsrådets overordnede ansvar, at der er opbygget hensigtsmæssige administrative systemer og tilrettelagt en hensigtsmæssig intern kontrol, der bl.a. skal sikre en god styring af økonomien, samt at love og andre regler overholdes.

Regionsrådet fastsætter de nærmere regler for indretningen af regionens kasse- og regnskabsvæsen i et regulativ, hvori der tillige optages forskrifter vedrørende forretningsgangen inden for kasse- og regnskabsvæsenet.

Regulativet tilstilles BDO Kommunernes Revision, som tillige skal underrettes om alle ændringer af regulativet, før de sættes i kraft.

Den administrative ledelse tilrettelægger regionens registreringssystemer, interne kontrolsystemer og procedurerne ved regnskabsaflæggelsen med henblik på at give et pålideligt grundlag for udarbejdelsen af regnskabet.

Det indebærer, at der skal tilrettelægges en forvaltning, der omfatter de nødvendige økonomistyrings- og regnskabssystemer, herunder interne kontroller, så der kan aflægges et pålideligt regnskab, der dokumenterer, at midlerne er anvendt i overensstemmelse med bevilningsmæssige forudsætninger, og at de tilsigtede resultater er opnået inden for de udstukne rammer. Det påhviler den daglige ledelse at sørge for, at regionens bogføring og arkivering af regnskabsmateriale sker under iagttagelse af Indenrigs- og Sundhedsministeriets regler.

Det er regionsrådets ansvar, at regionens mål, strategier og handlingsplaner foreligger, og at der foretages resultatopfølgning. Forretningsudvalget har ansvaret for at aflægge regnskab for anvendelsen af midlerne.

Punkt nr. 4 - Tiltrædelsesberetning fra BDO Kommunernes Revision

Bilag 1 - Side 4 af 11

BDO Kommunernes Revision
Godkendt revisionsaktieselskab
CVR-nr. 29 79 40 30
www.bdo.dk

Region Hovedstaden
Revisionsberetning nr. 1
Tiltrædelsesberetning

Ved forvaltningen er regionsrådet forpligtet til at sikre, at der tages skyldige økonomiske hensyn, og at formueforvaltningen foregår betryggende.

1.1.2 Tilsigtede og utilsigtede fejl

Det er regionsrådets opgave at påse, at tilsigtede og utilsigtede fejl eller mangler - så vidt muligt - forebygges og opdages. Det kan ske gennem hensigtsmæssige forretningsgange samt registrerings- og kontrolsystemer, herunder fastlæggelse af it-sikkerhedspolitik baseret på en vurdering af regionens it-risici. Herved opnås den bedste sikkerhed for, at alle oplysninger og transaktioner kommer korrekt til udtryk i årsregnskabet, ligesom de er det bedste værn mod fejl og uregelmæssigheder.

1.1.3 Oplysninger af betydning for revisionen

Regionsrådet skal ifølge lovgivningen give revisor de oplysninger, som anses af betydning for revisionen af regionen.

Regionsrådet skal endvidere give os ubegrænset adgang til at foretage de undersøgelser af regionen, vi finder nødvendige, samt sørge for, at vi får ubegrænset adgang til de oplysninger og den bistand, som vi anser for nødvendig for at udføre revisionen af regionen. Forpligtelsen til at tilvejebringe og meddele oplysninger til revisionen omfatter alle dele af de under regionsrådet hørende regnskabsområder.

1.2 Revisors opgave og ansvar

1.2.1 Årsregnskab, revisionspåtegning og revisionsberetninger

Det er vor opgave at revidere det årsregnskab, som regionsrådet har oversendt til revision.

I henhold til god offentlig revisionsskik skal vi regelmæssigt kritisk gennemgå regionens regnskabsføring med henblik på at påse, at regionens registreringssystemer udgør et pålideligt grundlag for årsregnskabet. Vi skal i forbindelse hermed vurdere de etablerede kontrolforanstaltninger med henblik på at efterprøve, om disse er betryggende.

Vi skal efterprøve, om regnskabet er korrekt, og om de dispositioner, der er omfattet af regnskabsaflæggelsen, er i overensstemmelse med meddelte bevillinger regionsrådets øvrige beslutninger, love og andre forskrifter samt med indgåede aftaler og sædvanlig praksis. Endvidere skal vi vurdere, om udførelsen af regionsrådets beslutninger samt den øvrige forvaltning af regionens anliggender er varetaget økonomisk hensigtsmæssigt.

Som nyvalgt revisor for Region Hovedstaden er vi forpligtet til at indhente tilstrækkeligt og egnet revisionsbevis for, at primobalancen ikke indeholder fejlinformationer, som har væsentlig indflydelse på årsregnskabet for den aktuelle periode.

Det er på grundlag af den foretagne revision vort ansvar at udtrykke konklusion om, hvorvidt årsregnskabet giver et rigtigt billede af:

- regionens aktiver, passiver og finansielle stilling
- resultatet af regionens aktiviteter

i overensstemmelse med Økonomi- og Indenrigsministeriets bestemmelser.

Punkt nr. 4 - Tiltrædelsesberetning fra BDO Kommunernes Revision Bilag 1 - Side 5 af 11

BDO Kommunernes Revision
Godkendt revisionsaktieselskab
CVR-nr. 29 79 40 30
www.bdo.dk

Region Hovedstaden
Revisionsberetning nr. 1
Tiltrædelsesberetning

1.2.2 Væsentlig fejlinformation m.v.

Hvis vi under vort arbejde identificerer væsentlig fejlinformation, der enten skyldes besvigelser, eller en formodet besvigelser eller fejl, skal vi orientere regionens øverste administrative ledelse herom.

Såfremt væsentlig fejlinformation, der er meddelt til regionens øverste administrative ledelse, ikke berigtiges eller afklares, skal vi orientere regionsrådet herom, ligesom forholdet skal beskrives i en revisionsberetning.

2 Revisionens tilrettelæggelse og udførelse

Revisionen tilrettelægges og udføres med henblik på at opnå en høj grad af sikkerhed for, at årsregnskabet ikke indeholder væsentlig fejlinformation.

Revisionen tilrettelægges og udføres i overensstemmelse med god offentlig revisionsetik og under iagttagelse af gældende lovgivning samt regionens revisionsregulativ og internationale revisionsstandarder.

Jf. regionslovens § 28 og 29 er det den kommunale styrelseslovs § 42 og regionens revisionsregulativ, som er rammerne for tilrettelæggelse og udførelse af vor revision, der omfatter

- finansiell revision
- juridisk - kritisk revision
- forvaltningsrevision.

Den finansielle revision omfatter regnskabsmæssige og bevillingsmæssige legalitetskontroller og vurderinger af de tilrettelagte interne kontroller.

Den juridisk-kritiske revision indebærer bl.a. kontrol af, at de dispositioner, der er kommet til udtryk i regnskabet, er lovlige, og at borgernes krav på retssikkerhed samtidig tilgodeses.

Ved den løbende forvaltningsrevision vurderes, om regionsrådets beslutninger samt den øvrige forvaltning af regionens anliggender er varetaget økonomisk hensigtsmæssigt.

Med henblik på at opnå en begrænset grad af sikkerhed for, at regionens administration er varetaget økonomisk hensigtsmæssigt, udfører vi forvaltningsrevision i henhold til Regionslovens bestemmelser og i overensstemmelse med INTOSAI's revisionsnormer for forvaltningsrevision tilpasset de kommunale revisionsregler vedrørende opdeling i løbende og udvidet forvaltningsrevision. INTOSAI's revisionsnormer er de europæiske retningslinier for revision, som anvendes af Rigsrevisioner internationalt.

I praksis vil de løbende forvaltningsrevisionsundersøgelser især have fokus på aspekterne sparsommelighed, produktivitet og ledelse og styring, og sjældent omfatte effektivitetsaspektet, som kræver ret omfattende undersøgelser, som hovedsageligt vil skulle udføres som større undersøgelser.

Revisionen vil hovedsageligt omfatte regnskabsposter og andre områder, hvor der er risiko for væsentlige fejl eller mangler.

Punkt nr. 4 - Tiltrædelsesberetning fra BDO Kommunernes Revision

Bilag 1 - Side 6 af 11

BDO Kommunernes Revision
Godkendt revisionsaktieselskab
CVR-nr. 29 79 40 30
www.bdo.dk

Region Hovedstaden
Revisionsberetning nr. 1
Tiltrædelsesberetning

I forbindelse med vurdering af væsentlige revisionsområder, og dermed risikoen for at væsentlige fejl kan opstå, anvender BDO Kommunernes Revision et væsentlighedssystem, og beregner et væsentlighedsbeløb.

Områder, hvor vi vurderer, at sandsynligheden for forekomsten af væsentlige fejl og mangler er lille, revideres sædvanligvis på et overordnet niveau, eksempelvis gennem analyser.

Ved enhver revision er der risiko for, at væsentlig fejlinformation ikke afdækkes, selv om revisionen udføres i overensstemmelse med god offentlig revisionssskik.

Indgås der særlig aftale med den administrative ledelse eller regionsrådet om detaljeret kontrol på bestemte områder, vil dette blive omtalt i revisionsberetningen.

2.1 Revisionens tilrettelæggelse

Tilrettelæggelsen af revisionen foretages på grundlag af vort kendskab til Region Hovedstaden samt drøftelser med ledelsen. På dette grundlag foretages en helhedsvurdering af regionen, de tilknyttede risici af væsentlig betydning for regnskabsaflæggelsen, de tilrettede forretningsgange samt interne kontroller på det regnskabsmæssige område.

Ved tilrettelæggelsen af revisionen overvejer vi risikoen for, at der kan forekomme væsentlig fejlinformation i årsregnskabet som følge af besvigelser eller fejl. Forekommer der besvigelser, er der øget risiko for, at årsregnskabet indeholder væsentlig fejlinformation, idet besvigelser sædvanligvis tilsløres eller holdes skjult.

Uanset at vi ved revisionen tager hensyn til risikoen for væsentlig fejlinformation i årsregnskabet, er vi ikke ansvarlige for at hindre dette.

Såfremt vi under revisionen konstaterer forhold, der kan indikere, at der er væsentlig fejlinformation i årsregnskabet - som følge af besvigelser eller fejl - udvides revisionen med henblik på afklaring heraf.

2.2 Revisionens udførelse

Ved tilrettelæggelse af revisionen forudsætter vi som udgangspunkt, at de etablerede forretningsgange samt kontrolsystemer er hensigtsmæssige og fungerer sikkerhedsmæssigt betryggende.

For at påse at disse forudsætninger er opfyldt, vurderes og testes udvalgte dele af de tilrettede forretningsgange samt kontroller for væsentlige områder, herunder også regionens administrative it-anvendelse.

Vi lægger vægt på ledelse og styring som indfaldsvinkel til revisionen af det enkelte område.

Vi fokuserer på regionens målsætninger og strategier for området, samt hvorvidt de tilrettede procedurer og det etablerede ledelsestilsyn understøtter disse strategier og målsætninger. Når der er sammenhæng mellem målsætninger, procedurer og ledelsestilsyn, er der tale om effektiv og hensigtsmæssig forvaltning af området.

Vi undersøger, om regnskabets udgifter og indtægter har hjemmel i de vedtagne bevillinger, og om de er i overensstemmelse med gældende love og bestemmelser samt indgåede kontrakter m.m., ligesom det undersøges, om tilsynsmyndighedens godkendelse er indhentet til dispositioner, hvortil en sådan kræves.

Revisionen omfatter endvidere en vurdering af, om den anvendte regnskabspraksis og de regnskabsmæssige skøn, som regionens ledelse har lagt til grund ved regnskabsaflæggelsen, er i overensstemmelse med formkravene i de gældende konteringsregler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Punkt nr. 4 - Tiltrædelsesberetning fra BDO Kommunernes Revision Bilag 1 - Side 7 af 11

BDO Kommunernes Revision
Godkendt revisionsaktieselskab
CVR-nr. 29 79 40 30
www.bdo.dk

Region Hovedstaden
Revisionsberetning nr. 1
Tiltrædelsesberetning

Det kontrolleres, om de i balancen opførte aktiver og passiver har været undergivet fornøden kontrol, ligesom det undersøges, om de forpligtelser, bl.a. garantiforpligtelser, eventualretigheder og leasingaftaler, der os bekendt påhviler regionen, er korrekt registreret.

Det gælder generelt, at revisionen udføres ved stikprøver og omfanget af tests fastlægges ud fra vor samlede vurdering af risikoen for væsentlig fejlinformation.

2.2.1 Efterfølgende begivenheder

Vi undersøger, om alle væsentlige begivenheder - indtil datoen for revisionspåtegning, som i henhold til gældende regnskabsregler kan kræve regulering af eller oplysning i årsregnskabet - er identificeret og korrekt indarbejdet.

2.2.2 Ledelsens regnskabserklæring

I forbindelse med regnskabsafleggelsen indhenter vi en skriftlig erklæring fra regionsformanden og regionsdirektøren om forhold af væsentlig betydning for årsregnskabet, hvor vi ikke kan forvente, at der eksisterer andet tilstrækkeligt og egnet revisionsbevis.

Den skriftlige erklæring kan eksempelvis omfatte årsregnskabets fuldstændighed, herunder oplysning om pantsætninger, kautions-, garanti-, leasing- eller dermed beslægtede forpligtelser, retssager, besvigelser, ledelsesberetning, forsikringsforhold, begivenheder efter balance-dagen samt andre vanskeligt reviderbare områder.

Erklæringen skal ligeledes indeholde udtalelse om, at det er regionsformandens og regionsdirektørens opfattelse, at effekten af eventuelle ikke-korrigerede fejlinformationer i årsregnskabet, som er fundet under revisionen, er uvæsentlige både enkeltvis og sammenlagt for årsregnskabet som helhed. Erklæringen vedhæftes en oversigt over disse forhold.

Punkt nr. 4 - Tiltrædelsesberetning fra BDO Kommunernes Revision

Bilag 1 - Side 8 af 11

BDO Kommunernes Revision
Godkendt revisionsaktieselskab
CVR-nr. 29 79 40 30
www.bdo.dk

Region Hovedstaden
Revisionsberetning nr. 1
Tiltrædelsesberetning

3 Rapportering om den udførte revision

3.1 Revisionspåtegning af årsregnskabet

Konklusionen på den udførte revision meddeles ved revisionspåtegning af årsregnskabet. En revisionspåtegning uden forbehold eller supplerende oplysninger indebærer,

- at årsregnskabet er revideret
- at årsregnskabet er korrekt opstillet på grundlag af bogføringen
- at årsregnskabet giver et retvisende billede af regionens aktiver, passiver og finansielle stilling ultimo året samt, at resultatet af regionens aktiviteter for regnskabsåret er i overensstemmelse med Økonomi- og Indenrigsministeriets bestemmelser samt andre krav til regnskabsaflæggelsen.

3.2 Rapportering til regionsrådet

Rapportering til regionsrådet om den udførte revision og konklusion herpå sker via revisionsberetninger.

Vi skal afgive en afsluttende beretning om revisionen af årsregnskabet og beretninger i årets løb, når det er foreskrevet, eller vi finder det hensigtsmæssigt.

Vi har pligt til løbende at vurdere, om der skal gives 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 må anses for tvivlsom
- der ved gennemgang af de etablerede forretningsgange konstateres væsentlige mangler i kontrolmæssig henseende, idet vi samtidig kan fremsætte forslag til udbedring af de konstaterede mangler
- de foreskrevne forretningsgange i øvrigt ikke er fulgt.

Vi rapporterer til revisionsudvalget om den forventede revisionsplanlægning og resultatet af vores revision i løbet af året. Der forventes at være 3 årlige møder i revisionsudvalget.

Vi rapporterer til den administrative ledelse i form af breve, besøgsrapporter og notater. Al løbende kommunikation sker gennem/sideordnet til Koncern Økonomi.

Vor rapportering er omfattet af Lov om offentlighed i forvaltningen.

Såfremt der konstateres væsentlige mangler i bogholderi eller regnskabsvæsen, vil revisionsberetningen indeholde en omtale heraf.

Såfremt den udførte revision giver anledning til kritiske bemærkninger, eller hvis der er oplysninger af væsentlig betydning for regionens finansielle stilling, som vi ønsker at gøre regionsrådet bekendt med, indføres disse i revisionsberetningens bemærkningsafsnit.

Vores bemærkninger i revisionsberetninger og eventuelt andre rapporter er ikke ensbetydende med, at vi begrænser vort ansvar for årsregnskabs rigtighed, idet en sådan ansvarsbegrænsning kun kan foretages ved forbehold i revisionspåtegningen på årsregnskabet.

Punkt nr. 4 - Tiltrædelsesberetning fra BDO Kommunernes Revision

Bilag 1 - Side 9 af 11

BDO Kommunernes Revision
Godkendt revisionsaktieselskab
CVR-nr. 29 79 40 30
www.bdo.dk

Region Hovedstaden
Revisionsberetning nr. 1
Tiltrædelsesberetning

3.2.1 Forbehold eller supplerende oplysninger i revisionspåtegningen

Såfremt vi bliver opmærksomme på forhold, som kan medføre forbehold eller supplerende oplysninger i revisionspåtegningen på årsregnskabet, orienterer vi regionsrådet i en revisionsberetning eller på anden vis for at give mulighed for hurtig reaktion og afhjælpning af forholdet. Dette gælder også, hvis vi får mistanke om - eller bliver opmærksom på - væsentlige besvigelser eller andre uregelmæssigheder.

3.2.2 Udført assistance, rådgivning m.v.

I revisionsberetningen omtaler vi opgaver, hvor vi har afgivet særlige erklæringer eller rapporter.

3.2.3 Fremsendelse

Fremsendelse af revisionsberetninger til regionsrådets medlemmer vil ske gennem regionen.

Jf. regionslovens § 29 skal regionsformanden sørge for, at revisionens beretninger udsendes til regionsrådets medlemmer senest 7 dage efter modtagelsen.

3.2.4 Interne specifikationer

Interne specifikationer, rapporter samt perioderegnskaber og budgetopfølgninger anvendes - i lighed med regionens øvrige regnskabsmateriale - som led i revisionen af årsregnskabet. Det anvendte materiale er ikke underlagt særskilt erklæringspligt.

4 Revisors arbejdsdokumentation

Arbejdspapirer og anden dokumentation, herunder elektroniske data, der tilvejebringes som dokumentation for den udførte revision, tilhører alene revisor.

Arbejdspapirer m.v. dokumenteres i vidt omfang elektronisk, og som følge heraf udvikles forskellige programmer og filer. Sådanne programmer og filer er alene udviklet til revisors eget brug.

Såfremt det findes hensigtsmæssigt at udlevere arbejdspapirer eller filer til regionen, sker dette under forudsætning af, at regionen alene anvender filerne til eget brug.

Vi påtager os intet ansvar for regionens - eventuelle - egen anvendelse af filerne og eventuelt indeholdte data, med mindre der indgås særskilt, skriftlig aftale om vor assistance med udvikling af filerne til regionen samt vort ansvar i tilknytning hertil.

Punkt nr. 4 - Tiltrædelsesberetning fra BDO Kommunernes Revision

Bilag 1 - Side 10 af 11

BDO Kommunernes Revision
Godkendt revisionsaktieselskab
CVR-nr. 29 79 40 30
www.bdo.dk

Region Hovedstaden
Revisionsberetning nr. 1
Tiltrædelsesberetning

5 Kvalitetskontrol

Vi er underlagt regler om lovpligtig kvalitetskontrol, hvilket bl.a. medfører, at Revisortilsynet foretager kvalitetskontrol af vores arbejde. Ligeledes er vi underlagt intern kvalitetskontrol, hvor vores kolleger foretager kvalitetskontrollen. Dette medfører, at vores arbejdsdokumentation stikprøvevis bliver udvalgt til kvalitetskontrol.

Medlemmer af Revisortilsynet og de personer, som forestår såvel den eksterne som den interne kvalitetskontrol, er underlagt tavshedspligt.

6 Rådgivning, assistance m.v.

Revisionen af årsregnskabet omfatter ikke assistance med regionens bogføring, udarbejdelse af årsregnskab eller andre regnskabsopstillinger.

BDO Kommunernes Revision vil og kan alene yde rådgivning og anden assistance, hvis dette er tilladt i henhold til gældende habilitets- og uafhængighedsregler. Jf. § 21 stk. 1 i revisorloven skal disse rådgivningsopgaver mv. oplyses i revisionsberetningerne.

7 Offentliggørelse af årsrapporter, dokumenter m.v.

Regionen er forpligtet til at indhente BDO Kommunernes Revisions forhåndstilkendegivelse, såfremt årsregnskabsmateriale, der inkluderer revisionspåtegning, ønskes offentliggjort i en form, som afviger fra den, som vi har forsynet med revisionspåtegning.

8 Kommunikation via internettet

Det følger af BDO Kommunernes Revisions it-politik, at fortroligt materiale kun må sendes over internettet, hvis det er krypteret med stærk kryptering, eller hvis modtageren skriftligt har givet os tilladelse til at sende materialet ukrypteret.

Denne kommunikationsform er forbundet med en vis risiko for brud på fortrolighed. BDO Kommunernes Revision påtager sig intet ansvar for skader af nogen art, der måtte opstå, som følge af anvendelsen af denne kommunikationsform.

Punkt nr. 4 - Tiltrædelsesberetning fra BDO Kommunernes Revision Bilag 1 - Side 11 af 11



BDO Kommunernes Revision
Godkendt revisionsaktieselskab
CVR-nr. 29 79 40 30
www.bdo.dk

Region Hovedstaden
Revisionsberetning nr. 1
Tiltrædelsesberetning

9 Afslutning


Ved rapportering til regionsrådet vil der blive henvist til nærværende revisionsberetning, som forudsættes udleveret til nye medlemmer af regionsrådet.

Revisionsberetningen tilpasses og fornyes, når der sker væsentlige ændringer i regionens eller i revisionsmæssige forhold, eller såfremt BDO Kommunernes Revision af andre årsager finder det passende.

Roskilde, den 28. august 2013

BDO Kommunernes Revision
Godkendt revisionsaktieselskab


Nicolai Forslund
Registreret revisor


Lasse Jensen
Statsautoriseret revisor

Punkt nr. 5 - Redegørelse vedrørende indberettet aktivitet, aktivitetsbestemte tilskud mv. 2012

Bilag 1 - Side 1 af 9



Koncern Økonomi

Dataenheden

Kongens Vænge 2
DK - 3400 Hillerød

NOTAT

Til: **Region Hovedstadens redegørelse vedrørende indberettet aktivitet, aktivitetsbestemte tilskud mv. 2012**

Opgang Blok A
Telefon 48 20 50 00
Direkte 4820:5060
Fax 48 20 50 97
Mail oekonomi@regionh.dk

Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 30113721

J.nr.: 13007282

Dato: 19. juli 2013

1. Baggrund

Region Hovedstaden skal senest den 1. oktober 2013 afgive en redegørelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og kommunalbestyrelserne vedrørende indberettet aktivitet for 2012. Redegørelsen skal revideres og påtegnes af regionens revisor.

Baggrunden for redegørelsen er, at det er en del af reglerne omkring aktivitetsbestemt finansiering, som er beskrevet i følgende cirkulærer:

- Cirkulære nr. 100 af 2. december 2011 om statsligt, aktivitetsafhængigt tilskud i 2012 til regionernes sygehusvæsen m.v.
- Cirkulære nr. 102 af 6. december 2011 om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet.

Dette notat udgør Region Hovedstadens redegørelse.

2. Resume

Region Hovedstaden har indberettet al aktivitet på regionens hospitaler, der i henhold til "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" skal indberettes til LPR.

Det omfatter al hospitalsbehandling, der foregår ambulant eller under indlæggelse. Indberetningen skal dokumentere, hvad der er udført af behandling.

Det gælder desuden indberetning af aktivitet for behandling på private sygehuse og klinikker, behandling i udlandet samt speciallægepraksis, der er sikret gennem aftaler med disse. Disse aktører indberetter således selv.

Og det gælder – vedrørende den kommunale medfinansiering – indberetning af aktivitet på praksisområdet til Statens Seruminstutts Sygesikringsregister.

Punkt nr. 5 - Redegørelse vedrørende indberettet aktivitet, aktivitetsbestemte tilskud mv. 2012

Bilag 1 - Side 2 af 9

Også i 2012 har der i regionen været arbejdet med at sikre kvaliteten i hospitalernes indberetninger gennem opfølgning på fejlregistreringer og arbejdet i et permanent udvalg vedrørende kvalitetssikring af den patientadministrative registrering i Region Hovedstaden – *Datakvalitetsudvalget* – og undergrupper herunder. I regi af *Afregningsgruppen* er arbejdet med forslag til tilretning af den fælles forretningsgang for kvalitetssikringen, der i december 2012 er blevet udsendt til hospitalerne og Region Hovedstadens Psykiatri på vegne af regionsdirektøren. I regi af *Registreringsgruppen* er der arbejdet med etableringen af en fælles registreringsvejledning. I den i medfør af sundhedsaftalerne nedsatte *Følgegruppen vedr. økonomi og aktivitet* drøftes også kvalitetssikring af patientregistreringen med udgangspunkt i det kommunale perspektiv.

Kommunerne har været medfinansierende på sundhedsområdet siden 1. januar 2007. Det er Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses opgave at opgøre størrelsen af den kommunale betaling til regionen hver måned på grundlag af regionernes indberetning til LPR (LandsPatientRegisteret) mv. og sikre overførslen af betalingen gennem OBS (Offentligt Betalings System).

3. Aktivitetsafhængigt tilskud i 2012 til regionernes sygehusvæsen

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i 2012 bevilget et særligt statstilskud på 2.669,6 mio. kr. til fordeling mellem regionerne til finansiering af aktivitet inden for sygehusvæsenet m.m. Region Hovedstadens andel heraf er opgjort til 838,2 mio. kr., der er indtægtsført i 2012-regnskabet.

Denne særlige tilskudsordning er beskrevet i Cirkulære nr. 100 af 2. december 2011 om statsligt, aktivitetsafhængigt tilskud i 2012 til regionernes sygehusvæsen mv. Cirkulæret fastlægger, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i 2012 udbetaler tilskud til regionerne til finansiering af aktivitet i sygehusvæsenet efter nærmere fastsatte retningslinjer.

Region Hovedstadens administration af tilskuddet

I forbindelse med Region Hovedstadens administration af aktiviteter er der fastsat en takststyringsmodel med aktivitetsbudgetter (præstationsbudgetter), der giver incitament til opfyldelse af disse, da det økonomiske råderum ved mindreaktivitet automatisk reduceres. Ved godkendte meraktivitetsprojekter udvides det økonomiske råderum, når meraktivitet finder sted.

Afregning af tilskud fra ministeriet sker på baggrund af aktivitetsregistreringer, der er indberettet til Statens Serumsinstituts Landspatientregister, behandling i udlandet samt speciallægepraksis, der er sikret gennem aftaler med disse. Afregning tager således udgangspunkt i hospitalernes samlede produktion inkl. køb fra udenregionale sygehuse, private sygehuse, aftalt aktivitet på udenlandske sygehuse (DUSAS) og substituerbarbehandling i speciallægepraksis opgjort i sygesikringsregistret.

Punkt nr. 5 - Redegørelse vedrørende indberettet aktivitet, aktivitetsbestemte tilskud mv. 2012

Bilag 1 - Side 3 af 9

Region Hovedstadens patienter behandlet i andre regioner og på private sygehuse m.v.

Borgere med bopæl i Region Hovedstaden, der modtager behandling i en anden region, vil af det behandlende sygehus blive indberettet til Landspatientregistret. Endvidere registrerer regionen lidt aktivitet på udenlandske sygehuse (DUSAS) og aktivitet på substituerbare ydelser hos speciallæger i sygesikringsregistret. Der foretages i regionen løbende opgørelser af den udenregionale aktivitet.

I Region Hovedstaden er der oprettet en *Enhed for sygehusvalg*, der varetager visitationen af borgere fra regionen, som på grund af det udvidede frie sygehusvalg er berettiget til behandling på et privat sygehus eller et udenlandsk sygehus.

For at sikre at den aktivitet, der foregår på private hospitaler, som følge af det udvidede frie sygehusvalg, bliver indberettet til Landspatientregistret, skal alle regninger, der bliver tilsendt Region Hovedstaden, være vedhæftet en kopi af anmeldelsen til LPR.

4. Region Hovedstadens aktivitet over baseline i 2012

Region Hovedstadens samlede aktivitet, korrigerede aktivitet, baseline samt den beregnede aktivitet udover baseline for 2012 fremgår af eSundhed. Den endelige opgørelse er baseret på regionernes aktivitetsindberetninger til Sundhedsstyrelsen pr. 10. marts 2012 jf. mail af 3. juni 2013 fra Statens Seruminstitut. Region Hovedstaden har udnyttet sin tilskudsramme for 2012 på 838,2 mio. kr. fuldt ud.

Inden opgørelsen af statstilskud i eSundhed har Statens Seruminstitut korrigeret for den værdistigning pr. kontakt – det såkaldte creep – der er ud over den tilladte stigningstakst, der er fastsat af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Reduktionerne foretages for at imødegå, at væsentlige ændringer af registreringspraksis udløser statstilskud uden, at der reelt ligger en meraktivitet til grund herfor.

Såfremt der sker organisatoriske eller produktionsmæssige ændringer, som giver anledning til creep, kan Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse korrigere herfor efter ansøgning fra regionen, ligesom Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse kan korrigere for dokumenterbare kodningsændringer med creep-effekt på enkeltafdelinger på sygehuse.

Den samlede aktivitet ekskl. kommunal medfinansiering, tilskud mm. for 2012 er opgjort som vist i tabel 1 jf. eSundhed.

Punkt nr. 5 - Redegørelse vedrørende indberettet aktivitet, aktivitetsbestemte tilskud mv. 2012

Bilag 1 - Side 4 af 9

Tabel 1.

Statslig aktivitetspulje 2012	1.000 kr.
Aktivitet i alt	20.789,7
Den korrigerede aktivitet inklusiv produktivetskrav	20.730,1
Creep korrigeret aktivitet i alt	20.544,6
Baseline fordelt efter aktiviteten i 2010 i takstsystem 2012	18.293,4
Baseline	18.293,4
Creep korrigeret aktivitet udover baseline i alt	2.251,3
Samlet pulje	1.119,1
Samlet pulje - opgjort i produktionsværdi	1.521,6
100 pct. Puljeloft	516,6
Afregning indenfor 100 pct. puljeloft	516,6
70 pct. puljeloft - opgjort i produktionsværdi	1.005,0
Afregning indenfor 70 pct. puljeloft - opgjort i produktionsværdi	1.005,0
70 pct. puljeloft - opgjort i puljeværdi	602,5
Afregning indenfor 70 pct. puljeloft - opgjort i puljeværdi	602,5
Creep korrigeret aktivitet ud over fuld puljeudnyttelse, opgjort i produktionsværdi	729,6

5. Den kommunale (med)finansiering

Kommunerne finansierer en andel af regionernes forbrug på sundhedsområdet.

Medfinansieringen beregnes som en andel af det forbrug, der er finansieret af regionen og udløst af kommunernes borgere i form af sundhedsydelse.

Denne særlige medfinansieringsordning er beskrevet i Cirkulære nr. 102 af 6. december 2011 om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering sundhedsområdet.

Herudover finansierer kommunerne regionernes udgifter til færdigbehandlede patienter og specialiseret ambulante genoptræning.

Det er Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses opgave at opgøre størrelsen af den kommunale betaling til regionen hver måned på grundlag af regionernes indberetning til LPR mv. og sikre overførslen af betalingen gennem OBS (Offentligt Betalings System). I Statens Informationssystem vedr. kommunal medfinansiering (eSundhed) dokumenteres overfor regioner og kommuner de aktiviteter, der ligger til grund for betalingerne.

Punkt nr. 5 - Redegørelse vedrørende indberettet aktivitet, aktivitetsbestemte tilskud mv. 2012

Bilag 1 - Side 5 af 9

Nedenfor i tabel 2 er vist ministeriets endelige opgørelse af det samlede kommunale aktivitetsbestemte bidrag vedr. 2012 - herunder også de øvrige kommunale indtægter (betaling for færdigbehandlede dage og specialiseret ambulans genoptræning), der ikke er beskrevet i ovenstående cirkulære.

Tabel 2

2012	Regnskab mio. kr
Kommunalt aktivitetsbestemt bidrag, i alt	6.218,3
- Heraf kommunal medfinansiering	6.043,2
- Heraf kommunal finansiering	175,1

I tabel 3 er beløbene fordelt på de enkelte aktivitetsområder for kommunal medfinansiering og finansiering:

Tabel 3

2011	Afregnet mio. kr.
Kommunal medfinansiering	6.043,2
Somatik – stationær	2.913,6
Somatik – ambulans	2.096,5
Somatik – stationær genoptræning	85,3
Sygesikring	642,3
Psykiatri – stationær	107,2
Psykiatri – ambulans	198,3
Kommunal finansiering	175,1
Færdigbehandlede	122,3
Specialiseret ambulans genoptræning	52,8

En række forhold gør imidlertid, at de bogførte indtægter i 2012 afviger fra den endelige opgørelse:

- Den endelige opgørelse for 2012 foreligger for sent ift. afslutningen af regnskabet for 2012, at skønnede beløb blev restancebogført – afveg fra det endelige resultat med:
 - Medfinansiering – 2,9 mio. kr., der bogføres som en ekstraordinær indtægt i regnskabet for 2013
 - Finansiering – 8,1 mio. kr., der bogføres som en ekstraordinær indtægt i regnskabet for 2013.

Punkt nr. 5 - Redegørelse vedrørende indberettet aktivitet, aktivitetsbestemte tilskud mv. 2012

Bilag 1 - Side 6 af 9

- Den endelige opgørelse for 2011 forelå også så sent ift. afslutningen af regnskabet for 2011, at skønnede beløb blev restancebogført – afveg fra det endelige resultat med:
 - Medfinansiering – -2,8 mio. kr., der er blevet bogført som en ekstraordinær udgift i regnskabet for 2012
 - Finansiering – 6,3 mio. kr., der er blevet bogført som en ekstraordinær indtægt i regnskabet for 2012
- For meget opkrævet betaling for færdigbehandlede dage (finansiering) i 2011 – godt 462.000 kr. – er i 2012 blevet returneret til Helsingør, Frederiksberg og Hillerød kommuner og bogført som en ekstraordinær udgift i 2012

Samlet er der således i regnskabet for 2012 bogført følgende indtægter, jf. tabel 4:

Tabel 4

2012	Regnskab mio. kr.
Kommunalt aktivitetsbestemt bidrag, i alt	6.210,3
- Heraf kommunal medfinansiering	6.037,5
- Heraf kommunal finansiering	172,8

6. Aktivitetsoplysninger – kvalitetssikring af registreringer i egne patientadministrative-systemer

Kontrol og kvalitetssikring af indberetninger foretages på flere måder både i samarbejde med Statens Seruminstitut, men også internt i Region Hovedstaden. Der er både tale om forskellige samarbejdsfora samt om overvågning af datasystemernes funktionalitet med henblik på den bedst mulige sikring af de patientadministrative data, der ligger til grund for regionens forskellige sundhedsindtægter.

Samarbejde med Statens Seruminstitut

I samarbejde med Statens Seruminstitut og i regi af *Koordinationsgruppen for indvidbaseret patientregistrering* drøftes løbende datakvalitet mellem Statens Seruminstitut, regionerne og Kommunernes Landsforening og Statens Seruminstitut er – udover formidling af konkrete fejl i Statens Seruminstutts Fejlregister, der blev forbedret med et nyt datasystem henover årsskifter 2009/2010 – behjælpelig med lister og oversigter, der kan belyse kvaliteten af regionernes indberetninger til LPR.

Region Hovedstaden deltager i en under Koordinationsgruppen nedsat permanent arbejdsgruppe ved navn *Referencegruppen vedr. kvalitet i LPR*, der skal fremkomme med forslag til hensigtsmæssige nationale procedurer på kvalitetssikringsområdet.

Punkt nr. 5 - Redegørelse vedrørende indberettet aktivitet, aktivitetsbestemte tilskud mv. 2012

Bilag 1 - Side 7 af 9

Endvidere deltager repræsentanter fra regionens hospitaler i en række andre arbejdsgrupper under Statens Seruminstitut, der har til formål at forbedre registreringsgrundlaget og dermed bidrage til sikring af registreringskvaliteten. Ved ét årligt møde i Koordinationsgruppen for individbaseret patientregistrering udveksler regionerne erfaringer om effekten af forskellige kvalitetssikringsinitiativer.

Internt i regionen

Der foretages løbende kontrol og rettelser af uoverensstemmelser i registreringen i et samarbejde mellem regionen og hospitalerne og efter dialog med kommunerne på de områder, der er omfattet af kommunal finansiering.

Endvidere sker der en månedlig afstemning mellem de aktivitets- og økonomioplysninger, der stilles til rådighed via Sundhedsstyrelsens informationssystem og oplysninger om de faktiske og bogførte betalinger fra OBS-systemet.

I forbindelse med udarbejdelse af input til regionens økonomirapporter og regnskabsaflæggelse vurderes indtægtsniveauet og grundlaget herfor systematisk.

Der holdes ligeledes såvel på hospitalerne som i Koncern Økonomi/Data et vågent øje med indholdet i og mængden af fejl i Sundhedsstyrelsens Fejlregister. Data fra Sundhedsstyrelsens Fejlregister downloades hver nat og stilles – supplerende til Sundhedsstyrelsens egen formidling af fejl - til rådighed for regionens hospitaler. Sundhedsstyrelsens nye datasystem til håndtering af registreringsfejl er bredt ud til hospitalerne via bl.a. samarbejdet i Datakvalitetsudvalget. I takt med denne videre kvalificering af dette system vil det blive vurderet, om der fortsat vil være behov for den regionale supplerende formidling af fejl.

De månedlige kørsler af aktivitetsbestemte finansieringsbidrag fra kommunerne afvikles inkl. data i Sundhedsstyrelsens Fejlregister. Den sidste og endelige kørsel afvikles uden fejlregisteret. Der er derfor såvel centralt som på hospitalerne særlige aktiviteter omkring oprydning i fejl op til den endelige afregningskørsel.

Datakvalitetsudvalget

Region Hovedstaden etablerede i begyndelsen af 2007 et permanent udvalg vedrørende kvalitetssikring af patientadministrative data – også kaldet *Datakvalitetsudvalget*.

Udvalget består af to repræsentanter pr. hospital samt to fra Region Hovedstadens Psykiatri samt repræsentanter for Koncern IT og Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet. Hospitalsrepræsentanterne har grundigt kendskab til henholdsvis afregnings- og registreringsområdet, og der er således tale om et tværfagligt udvalg omkring kvalitetssikring af de patientadministrative registreringer, der indgår i datagrundlaget for afregning.

Punkt nr. 5 - Redegørelse vedrørende indberettet aktivitet, aktivitetsbestemte tilskud mv. 2012

Bilag 1 - Side 8 af 9

Møder holdes hver anden måned og umiddelbart før møderne i Sundhedsstyrelsens Koordinationsgruppe for individbaseret patientregistrering og den tværregionale ER-FA-gruppe vedr. patientregistrering i regi af Danske Regioner.

Kommissoriet beskriver under formål, at udvalget skal sikre, at de patientadministrative registreringer lever op til de krav, der eksisterer fra såvel Sundheds og Forebyggelsesministeriet, Statens Seruminstitut, relevante kliniske databaser samt krav stillet af Region Hovedstaden.

Under udvalget er etableret en *Registreringsgruppe*, der mødes månedligt og drøfter mere konkrete registreringsforhold og -vilkår i regionen og bl.a. har til opgave at udarbejde, implementere og vedligeholde en fælles registreringsvejledning, som skal supplere Sundhedsstyrelsens generelle registreringsvejledning ("Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter"). De første kapitler af den fælles registreringsvejledning er udsendt til hospitalsdirektionerne i juli måned 2013. Endvidere fungerer Registreringsgruppen som et kvalificeret forum for hurtig og målrettet information om ændringer og problemstillinger i de generelle registreringsregler.

Under Datakvalitetsudvalget er også etableret en *Afregningsgruppe*, der mødes fire gange årligt og mere konkret drøfter udfordringer/vilkår omkring den mellemregionale afregning samt fælles arbejds- og forretningsgange på afregningsområdet med henblik på fornøden kvalitetssikring af afregningsområdet.

Udviklingsgruppen vedr. økonomi og aktivitet

Som ramme for samarbejdet omkring økonomi og aktivitet er der i regi af de mellem regionen og kommuner i regionen indgåede sundhedsaftaler etableret Udviklingsgruppen vedr. økonomi og aktivitet.

Udviklingsgruppen, der refererer til Den Administrative Styregruppe har til opgave at understøtte kommunernes mulighed for at opnå indsigt i aktivitets- og forbrugsudviklingen inden for de regionale sundhedsydelser. Gruppen holder 4 møder årligt og aftaler – i tæt samarbejde med andre faglige sundhedsaftalegrupper – hvilke statistikker og analyser, der skal laves til understøttelse for samarbejdet.

Også her drøftes datakvalitet og initiativer til bedring heraf.

Forretningsgang – kvalitetssikring af den patientadministrative registrering

Formålet med forretningsgangen er bl.a.:

- at beskrive regionens kvalitetssikringsorganisation vedr. patientregistrering
- at beskrive den administrative ansvarsfordeling mellem Koncerndirektionen/ Koncern Økonomi, hospitalsdirektionerne og center/klinik/afdelingsledelser

Punkt nr. 5 - Redegørelse vedrørende indberettet aktivitet, aktivitetsbestemte tilskud mv. 2012

Bilag 1 - Side 9 af 9

- at beskrive de administrative procedurer, der skal udføres som led i kvalitetssikringen

Forretningsgangen beskriver og fastlægger nærmere de arbejdsopgaver, som Koncerndirektion/Koncern Økonomi, hospitalsdirektionerne og center/klinik/afdelingsledelser er ansvarlige for vedrørende patientregistrering. Endvidere indeholder den en minimums-liste for faste oprydningrutiner i patientregistreringerne, som hospitalerne skal varetage.

Endvidere er det fastsat i forretningsgangen, at der til opfølgning på registreringskvaliteten gennemføres to audit pr. år, og hvor der i den ene fokuseres på overensstemmelse mellem foretagne registreringer i regionens patientadministrative systemer og indhold i patientjournal og i den anden fokuseres analyse/metodeorienteret.

Bl.a. baseret på erfaringerne fra den første fællesregionale registreringsaudit gennemført i 2011 er forretningsgangen blevet revideret i 2012, udsendt til hospitalerne og Region Hovedstadens Psykiatri på vegne af regionsdirektøren i december 2012.

Der er således ikke gennemført registreringsaudit i 2012 – til gengæld er det besluttet, at der gennemføres to registreringsaudit i 2013. Den første registreringsaudit er gennemført i foråret 2013 og resultaterne heraf er aktuelt under bearbejdning.

Metodeaudit

Analyse/metode-audit finder hvert år sted i foråret. Denne audit fokuserer på ensartethed i registreringspraksis, datasammenhænge og lignende.

Området for analyse/metode-audit drøftes på et års første møde i Datakvalitetsudvalget og udmeldes af Koncern Økonomi. Denne audit udføres i regi af Datakvalitetsudvalget uden inddragelse af regionens kliniske afdelinger.

I 2012 blev det besluttet at se nærmere på registreringen omkring det, der i regi af samarbejdet med kommunerne, er defineret som forebyggelige indlæggelser. En af-rapportering af denne metodeaudit er under udarbejdelse.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 1 - Side 1 af 10

Region Hovedstaden

Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet

Strategi for at nedbringe overbelægning

September 2013

REGION

Region Hovedstadens strategi for at nedbringe overbelægning, 2013

Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet Region Hovedstaden

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Region Hovedstadens strategi for at nedbringe overbelægning, 2013

Bilag 1 - Side 2 af 10

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	3
1.1 Proces.....	3
1.2 Generelt pres og spidsbelastninger på medicinske afdelinger.....	3
1.3 Overordnet strategi og dens elementer	4
2. Strategiens elementer	5
2.1 Forbedre patientflowet.....	5
2.1.1 Idékatalog til at forbedre patientflow	5
2.2 Fremme akutmodtagelsernes organisatoriske funktion ..	5
2.2.1 Idékatalog til fremme af akutmodtagelsernes organisatoriske funktion	6
2.3 Fremme regional, tværgående koordinering	6
2.3.1 Idékatalog til fremme af en regional, tværgående koordinering	7
2.4 Fremme nødberedskab ved spidsbelastning.....	7
2.4.1 Idékatalog til fremme af nødberedskab ved spidsbelastning	7
2.5 Fremme koordinationen mellem praksissektor, kommune og hospital	8
2.5.1 Idékatalog til fremme af koordinationen mellem praksissektor, kommune og hospital.....	9
2.6 Sikre ensartet monitorering af belægning.....	9
2.6.1 Idékatalog til at sikre ensartet monitorering af belægning.....	10

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 1 - Side 3 af 10

1. Indledning

1.1 Proces

Regionsrådet besluttede på mødet i marts 2013 at holde en temadebat om hvilke initiativer, der kan nedbringe overbelægningen i hele Region Hovedstaden.

Der blev nedsat en referencegruppe til Region Hovedstadens MED-udvalg til at rådgive og følge arbejdet med disse initiativer. Hospitalerne har i foråret 2013 udarbejdet handleplaner mod overbelægning, og der er indhentet data og baggrundsoplysninger om belægning, udskrivninger, indlæggelsestid og sengedage. Der er holdt en workshop om overbelægning for medarbejdere og ledere, og der har været en temadebat i Regionsrådet. På dette grundlag er ”Strategi for at nedbringe overbelægning” udarbejdet.

1.2 Generelt pres og spidsbelastninger på medicinske afdelinger

Der er en række udfordringer og dilemmaer, der skal tages i betragtning i en strategi for at nedbringe overbelægning. Sygehusvæsenet er inde i en transformationsproces, hvor især akuthospitalernes kapacitet presses af flere akutte patienter og øgede effektiviseringskrav. Desuden er der forskelle i kommunernes tilbud til den ældre medicinske patient. Alle regionens hospitaler arbejder med at effektivisere arbejdsgange og øge patientflow. Det sker bl.a. gennem kompetenceudvikling og patientrettet forebyggelse og samarbejde med kommunerne. Særligt de medicinske afdelinger har haft en stigende akut aktivitet.

Dertil kommer, at overbelægning er et tosidet problem. Der hersker på den ene side et generelt pres på de medicinske afdelinger, der i 2012 har oplevet et stigende antal udskrivninger, et stigende antal sengedage og uændret liggetid. Det betyder, at afdelingerne med øgede effektiviseringskrav presses på kapaciteten. På den anden side er det uundgåeligt, at der forekommer beredskabssituationer, hvor der er overbelægning som følge af epidemier eller lignende. Det generelle pres på de medicinske afdelinger, der er øget de seneste år, giver dels flere situationer med spidsbelastning, og dels en ringere forudsætning for at håndtere spidsbelastningsperioderne. Sammen med et oplevet højt sygefravær kan dette forklare, hvorfor belægningssituationen i vinteren 2012/13 har været ekstraordinær.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 1 - Side 4 af 10

1.3 Overordnet strategi og dens elementer

Region Hovedstadens overordnede mål er ”Ingen overbelægning”. Strategien for at nå dette mål består af seks elementer, som Region Hovedstaden vil fremme for at skabe bedre forudsætninger for at reducere overbelægning på hospitalerne:

6 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
6. Sikre ensartet monitorering af belægning

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 1 - Side 5 af 10

2. Strategiens elementer

2.1 Forbedre patientflowet

Region Hovedstaden har i rapporten om Fremtidens Kliniske Grundstruktur, februar 2011 opstillet en række anbefalinger for indretningen af den kliniske grundstruktur på regionens hospitaler. Der skal udarbejdes standardiserede patientforløbsbeskrivelser ud fra et bærende princip om, at sundhedsfaglig ubegrundet ventetid skal nedbringes mest muligt. Der er behov for at beskrive ansvarsforhold, tidsforløb og overgange mellem afdelinger i første omgang i hospitalsregi.

Dernæst er det nødvendigt at sikre, at de rette kompetencer og bemanning er til stede på de medicinske afdelinger. Afdelingerne har over de senere år fået flere patienter ind på hospitalet, mens den enkelte patient i gennemsnit har fået kortere opholdstid. Arbejdsopgaverne i et patientforløb formindskes ikke i samme omfang som liggetiden formindskes, hvilket betyder øget pres på personalet. Der er krav om hurtige og kvalificerede udskrivinger, kortere tid til at vurdere pleje- og omsorgsbehov, flere og hurtigere parakliniske undersøgelser og understøttende funktioner på grund af hurtigere omsætning.

Der er behov for at evaluere og styrke de interne arbejdsgange sammenholdt med udskrivinger og lokalt fokus på introduktion og kompetenceudvikling.

2.1.1 Idékatalog til at forbedre patientflow

- Beskrivelser af standard patientforløb
- Forbedret speciallæge- og sygeplejebemanning
- Kompetenceudvikling af det sundhedsfaglige personale
- Klar kommunikation om belægningsituationen
- Ledelsesmæssigt fokus og tilstedeværelse på de medicinske afdelinger

2.2 Fremme akutmodtagelsernes organisatoriske funktion

Akutmodtagelserne spiller en central rolle i forhold til overbelægning. De står på nogle hospitaler for daglige belægningsmøder og visiterer patienter til afdelingerne. I Region Hovedstaden er det planlagt, at der skal etableres akutmodtagelser med op til 100 akutte modtagesenge eller flere. Det er planen, at flere patienter skal behandles og udskrives fra akutmodtagelserne, men den fulde effekt af de nye akutmodtagelser kan først forventes, når byggeriet af de nye akutmodtagelser er afsluttet om fem til ti år.

Regionen har fastlagt principper for akutmodtagelsernes organisering og funktion. Det gælder de fysiske rammer, opholdstider, diagnostiske muligheder, ledelse og bemanning. Det vil betyde, at hospitalets kliniske omdrejningspunkt forstået som den diagnostiske og behandlingsmæssige ”tyngde” flytter væk fra de klassiske specialespecifikke sengeafsnit til

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 1 - Side 6 af 10

akutmodtagelsen. Dette vil understøtte et patientforløb med en tidlig planlægning af behandlingsforløbet. I takt med etableringen af akutmodtagelserne, er der behov for at

- redimensionere de specialespecifikke sengeafsnit/ambulantfunktioner
- håndtere nye mere accelererede patientforløb og dermed også
- implementere nye regler og rutiner for sundhedsfagligt samarbejde på tværs af organisatoriske enheder og specialer.

Antallet af specialespecifikke senge vil blive reduceret, mens kravet til afdelingernes specialiseringsgrad og ”ikke-sengeudløst” aktivitet må antages at øges.

I forhold til den kliniske grundstruktur bør elementer angående indgang og primær vurdering, allokering af patienter samt viderebehandling i specialeregi og udskrivning, fremmes. Dette gælder ikke blot akuthospitalerne, men også specialhospitalerne, som skal implementere anbefalingerne om klinisk grundstruktur, hvor det giver fagligt mening, og specialhospitalerne har en betydelig andel i løsningen af opgaver omkring den akutte medicinske patient.

Speciallægekompetencer i akutmodtagelsen skal øges og allokeres rationelt i forhold til patientmix og flow på hvert områdehospital. Speciallægerne skal både supervisere yngre kolleger og varetage/kvalitetssikre de indledende kliniske nøglebeslutninger om diagnostik, observation og behandling. I tråd med ovenstående skal diagnostiske undersøgelser kunne udføres og kliniske beslutninger kunne træffes på speciallægeniveau på alle tider af døgnet. Dette forventes at skabe basis for, at flere patientforløb kan afsluttes i akutmodtagelsen.

Principperne for akutmodtagelsernes funktion skal implementeres i takt med de fysiske muligheder på akuthospitalerne. Muligheder for brug af simuleringmodel for processtyrede patientforløb til dimensionering, bemanning og faktisk styring af patientflow i akutmodtagelsen undersøges.

2.2.1 Idékatalog til fremme af akutmodtagelsernes organisatoriske funktion

- Principper for akutmodtagelser implementeres i det omfang det er muligt og i takt med byggeriet af de nye akutmodtagelser
- Fortsat brug og udvikling af simulationsmodel for processtyrede patientforløb
- Forbedret pleje- og speciallægebemanning i akutmodtagelserne aften og nat
- Ledelsesmæssigt fokus og tilstedeværelse aften og weekend i akutmodtagelserne

2.3 Fremme regional, tværgående koordinering

Når det enkelte hospital er fuldt belagt skal ”kollega-afdelinger” og samarbejdende hospitaler kontaktes.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 1 - Side 7 af 10

Der bør være en ensartet definition på tværs af samtlige hospitaler af, hvornår belægningen er så høj, at det ikke kan håndteres internt på hospitalet, men bør håndteres ved samarbejde med andre hospitaler. Dette er afgørende for, hvornår patienter skal visiteres til andre hospitaler – ”overflow”.

Kriteriet bør være, at der skal tages kontakt til et andet/andre medicinske afdelinger samme dag som afdelingsledelsen erfarer, at der ikke internt på hospitalet er senge nok til de patienter, der bliver indlagt. Det kan være akutmodtagelsen, akutklinikken eller den medicinske afdeling, der har ansvaret for denne kontakt. Et grundlag herfor kan være fælles belægningsoversigter, der belyser belægningen på det enkelte hospital, i hvert planområde og samlet set i regionen. Processen skal beskrives detaljeret.

Der bør herske et princip om, at patienter ved ekstraordinær overbelægning hellere visiteres til en anden medicinsk afdeling i regionen, frem for at blive flyttet til en kirurgisk afdeling internt på hospitalet. Dette fordi kompetencerne hos plejepersonalet er meget forskellige, og patienterne formentlig alligevel vil kræve pleje fra det medicinske personale.

2.3.1 Idékatalog til fremme af en regional, tværgående koordinering

- Ensartet definition af belægningssituationer, der fordrer koordinering med andre hospitaler, planområder og AMK-vagtcentralen.
- Bilaterale aftaler mellem hospitalerne med detaljeret beskrivelse af proces for omvisitering af patienter på tværs af hospitaler. AMK-vagtcentralen inddrages heri.
- Niveaudelt koordineringen ved overbelægnings, som fx kan være skaleret i planområde internt, mellem planområder og totalt set, der varetages af AMK-vagtcentralen.
- Øget ledelsesfokus på tværs af hospitaler

2.4 Fremme nødberedskab ved spidsbelastning

Når der er tale om spidsbelastningssituationer, er der typisk også tale om ekstraordinær overbelægning, øget træk på intensive afdelinger og isolationssenge, der kræver koordination på tværs af hospitaler. Hospitalerne har sundhedsberedskabsplaner og lokale vejledninger som skal tages i brug ved overbelægning, som blandt andet involverer daglige belægningsmøder, belægningsoversigt og action cards for samarbejdet med kommunerne.

Der vil ofte være tale om situationer, hvor mulighederne for regional tværgående koordinering er udtømt.

2.4.1 Idékatalog til fremme af nødberedskab ved spidsbelastning

Udover beredskabsplaner og lokale vejledninger/procedurer bør følgende fremmes:

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 1 - Side 8 af 10

- Kommuner kontaktes for hjemtagning og muligheder for der at etablere bufferkapacitet/aflastningspladser
- Sikre ressourcer til understøttende funktioner (fx paraklinik og portører)
- Øget kontrol over in-flow af patienter via AMK-vagtcentralen og CVI kombineret med konvertering til ambulante forløb.
- Fysisk bufferkapacitet med henblik på at hindre gangbelægning.
- Tilpasning af bemanning, der kan dække årstidsvariation og spidsbelastning og bemandede fysisk buffer.
- Ledelsestilstedeværelse efter kl. 16 med henblik på at omvisitere og udskrive patienter.
- Etablering og brug af interne vikarkorps

Endelig skal der ved ekstraordinær overbelægning jf. afs. 2.3 gøres brug af tværgående/regional omvisitering af patienter.

2.5 Fremme koordinationen mellem praksissektor, kommune og hospital

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

Indlæggelser og genindlæggelser af borgere, der allerede får ydelser fra kommunerne, kan i højere grad forebygges via en proaktiv indsats i et samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis. Det er primært kommunen, der skal handle på tidlige sygdomstegn og inddrage den praktiserende læge. Praktiserende læger og hospitaler skal understøtte den kommunale indsats fx ved at tilbyde ambulant udredning og behandling i stedet for akut indlæggelse. Samarbejde om forebyggelige indlæggelser er et fokusområde i Sundhedsaftalerne for 2011-2014.

Det vigtigt at sikre, at færdigbehandlede patienter hjemtages umiddelbart af kommunerne. Kommunernes mulighed for at oprette akut- og aflastningspladser er et potentielt element i den næste sundhedsaftale gældende fra 2015, hvor nye tværsektorielle samarbejdsformer, som understøtter sundhedsydelser tæt på borgerens hjem, er i fokus.

Udskrivninger skal følges op for at forebygge genindlæggelser. For en mindre gruppe skrøbelige ældre medicinske patienter kan overgangen til hjemmet styrkes gennem forløbskoordination som fx følge hjem-ordning, opfølgende hjemmebesøg eller ringe hjem-ordning. Sundhedsfagligt personale fra de forskellige sektorer gennemgår sammen med patienten medicin, funktionsevne, hjælpemidler m.v. for at forebygge komplikationer, som kan føre til genindlæggelse.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 1 - Side 9 af 10

Der er med baggrund i sundhedsaftalerne oprettet en Tværsektoriel Forsknings Enhed (TFE) der bl.a. skal evaluere allerede iværksatte indsatser med at forebygge indlæggelser og at nedbringe genindlæggelser samt udvikle nye initiativer.

Det skal præciseres, at en reduktion i antallet af indlæggelser vil medføre et indtægtstab for hospitalerne, som alt andet lige vil tvinge hospitalerne til en tilsvarende reduktion i den medicinske sengekapacitet. En indsats for at reducere antallet af indlæggelser vil derfor kun hjælpe på overbelægningen, hvis der sikres hospitalerne mulighed for at udligne indtægtstab og fastholde ressourcerne til den medicinske sengekapacitet.

2.5.1 Idékatalog til fremme af koordinationen mellem praksissektor, kommune og hospital

- Klar og rettidig kommunikation om situationer med overbelægning på tværs af sektorer. Implementering af kommunikationsaftalen om MEDCOM-standarder vil bidrage hertil.
- Kommunale akut- og aflastningspladser som et element i næste sundhedsaftale fra 2015.
- Hotline for praktiserende læge, hvor patienter kan konfereres med en hospitalslæge for at afklare, om patienten kan behandles hjemme, i plejehjem eller på en kommunal aflastningsplads frem for at blive indlagt. Form og indhold i specialistrådgivning skal afklares.
- Klarlægge praktiserende lægers og regionens akutfunktioners opgaver i forhold til kommunale akut- og aflastningspladser.
- Give de praktiserende læger og de regionale akutfunktioners adgang til oplysninger om indgangen til de enkelte kommuners akutte tilbud.
- Bruge Tværgående Forskningsenhed til at evaluere effekten af igangværende initiativer samt udvikle nye tiltag.

2.6 Sikre ensartet monitorering af belægning

De centrale sundhedsmyndigheder ønsker en moderniseret og løbende indberetning af såvel kapacitet som belægning. I regi af Statens Seruminstitut og i samarbejde med regionerne undersøges mulighederne for at:

- bidrage til at fastlægge en moderniseret indsamling af oplysninger om sengepladser, herunder vurdere starttidspunkt for en moderniseret indsamling
- sikre en fælles forståelse af sengepladser – normerede og disponible
- sikre en fælles forståelse af og tidssvarende metode til at beregne belægningsgraden

Det forventes at den moderniserede og løbende indberetning kan begynde fra årsskiftet 2013/14. Definition af metoden til beregning af belægning er endnu ikke fastlagt.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 1 - Side 10 af 10

Region Hovedstaden har tilsluttet sig denne nationale monitorering frem for at etablere regionale tiltag til monitorering. Monitoreringen bør tilgå hospitalerne og AMK-vagtcentralen, som grundlag for tværgående koordinering.

2.6.1 Idékatalog til at sikre ensartet monitorering af belægning

- måling af kapacitet og belægning efter nationale retningslinjer

UDKAST

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 2 - Side 1 af 11



**Koncern
Plan, Udvikling og
Kvalitet**

Enhed for Hospitals- og
Psykiatriplanlægning

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

NOTAT

Til: **Forretningsudvalget/Regionsrådet**

Opgang Blok B
Telefon 3866 6000
Direkte 3866 6045
Mail planogudvikling@regionh.dk

Web www.regionh.dk

Journal nr.: 13002503
Ref.: nbre

Dato: 24. juli 2013

Aktivitetsdata i forbindelse med ”Strategi for at nedbringe overbelægning”

Indledning

Dette notat beskriver aktiviteten på regionens hospitaler. Baggrunden er vinterens problemer med stor overbelægning på regionens hospitaler, som gav anledning til, at regionsrådet drøftede situationen på sit møde den 12. marts 2013.

Der findes desværre ikke ensartede og sammenlignelige valide data om normerede og disponible senge på tværs af regionen, der kan bruges som udtryk for belægningsituationen. I stedet kan data om liggetid, udskrivinger og sengedage give et billede af udviklingen på området.

Udviklingen i aktiviteten er vist for januar måned 2010-2013 samt månedsopdelt for januar 2012-januar 2013 dels for de medicinske afdelinger, og dels for de øvrige afdelinger. I bilag er aktiviteten vist separat for de enkelte hospitaler.

Med medicinsk afdeling på Bispebjerg Hospital som eksempel er også vist variationen i aktiviteten uge for uge i perioden august 2012 til marts 2013.

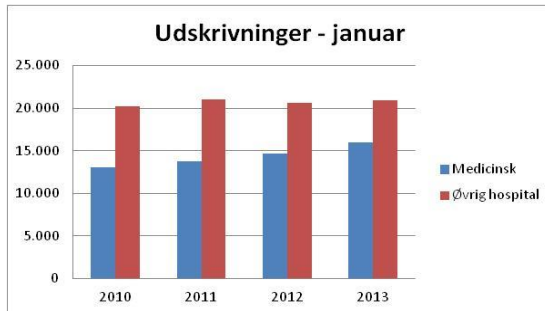
Endelig er vist en opgørelse af antal ”færdigbehandlede patienter/dage”, som Region Hovedstaden har opgjort i samarbejde med kommunerne de seneste år.

Udskrivinger

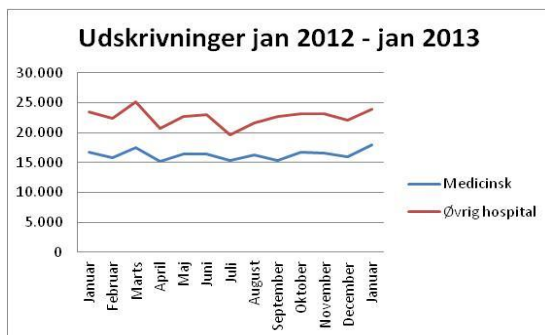
Antal udskrivinger (afdelingsudskrivinger) stiger mere markant for de medicinske specialer end for de øvrige afdelinger som helhed. De medicinske specialer udskrev 12,4 pct. flere patienter i januar 2012 end de gjorde i januar 2010, mens stigningen for de øvrige specialer i samme periode var 2,2 pct. I januar 2013 udskrev de medicinske specialer 8,6 pct. flere patienter end i januar 2012, mens de øvrige specialer udskrev 1,2 pct. flere patienter i samme periode.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 2 - Side 2 af 11

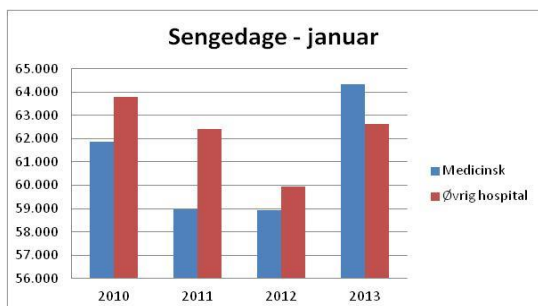


Ser man på udviklingen måned for måned det seneste år svinger udskrivningerne på det medicinske område lidt mere end for resten af det somatiske område. Der er tydelige sæsonudsving i den øvrige aktivitet, mens de medicinske specialer har en mere stabil aktivitet, men dog med et tydeligt pres om vinteren og om efteråret.



Sengedage

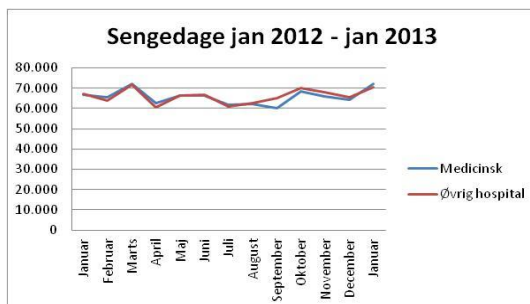
Antal sengedage i januar måned har været faldende fra 2010 til 2012 efterfulgt af en markant stigning fra 2012 til 2013 på det medicinske område og for øvrige specialer. De medicinske specialer har de første tre år haft et fald på 4,7 pct. for så at opleve en stigning på 9,2 pct. fra 2012-2013. De øvrige specialer har haft et fald på 6 pct. og derefter en stigning på 4,5 pct. fra 2012 til 2013.



Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

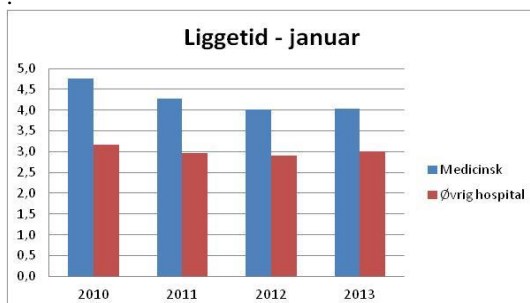
Bilag 2 - Side 3 af 11

Udviklingen måned for måned det seneste år viser samme tendens og variation som antal udskrivinger med øget aktivitet efterår og vinter. Opgørelsen viser, at januar 2013 var en særlig hektisk måned set i forhold til året før, både hvad angår sengedage og udskrivinger. Perioden juli til september har den laveste aktivitet, mens resten af månederne har relativt små udsving.



Liggetid

Liggetiden i januar er i årene 2010-12 faldet med 16 pct. for de medicinske specialer og 9,3 pct. for øvrige specialer. Fra 2012 til 2013 er liggetiden steget en smule for de øvrige specialer, mens der er status quo for de medicinske specialer.

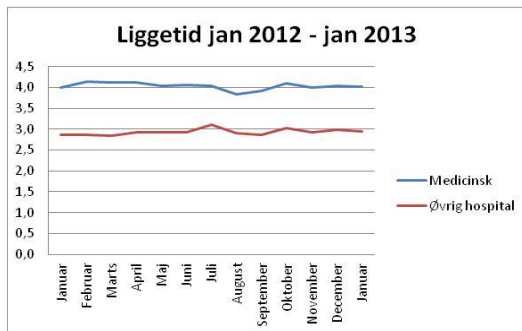


Faldet i liggetid på det medicinske område i januar måned fra knapt 5 dage til 4 dage i perioden 2010 til 2012 har mere end udlignet konsekvensen af det stigende antal indlæggelser/udskrivinger og det samlede sengedagsforbrug er derfor faldet i den periode. Det særlige ved situationen i januar 2013 er at det ikke er lykkedes at få liggetiden længere ned, og det stigende antal indlæggelser/udskrivinger har derfor resulteret i et stigende sengedagsforbrug og dermed overbelægning.

Udviklingen det seneste år viser, at liggetiden på det medicinske område falder lidt i sommermånederne og stiger lidt om vinteren. Det er også om vinteren, at antal udskrivinger og sengedage stiger, hvilket viser, at presset på kapaciteten er størst om vinteren.

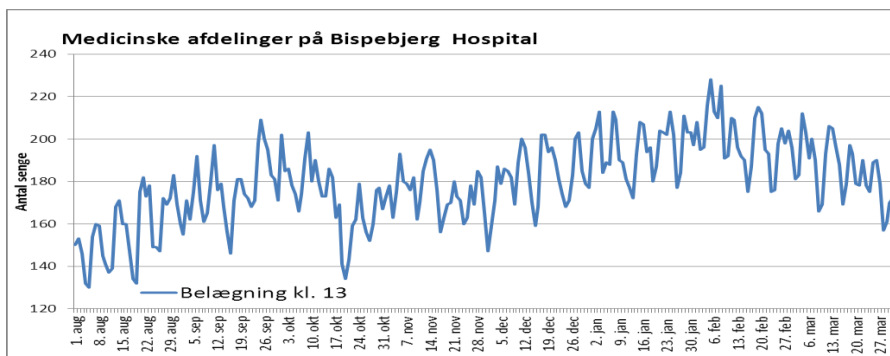
Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 2 - Side 4 af 11



Bispebjerg Hospital

Med medicinsk afdeling på Bispebjerg Hospital som eksempel vises variationen i aktiviteten uge for uge i perioden august 2012 til marts 2013. Figuren viser belægningen på de medicinske afdelinger på Bispebjerg Hospital kl. 13 i perioden 1. august til 27. marts, en periode på otte måneder. Den viser et noget mere varieret billede end figurerne med sengedage og udskrivinger i 2012 ovenfor. Oversigten viser en tydelig tendens til større belægning i januar og februar.



Belægningen på de medicinske afdelinger har generelt en tendens til at være stabil hen over ugen, mens belægningen falder ind over weekenden. Variationen kan tilskrives praksis i indlæggelsesmetoden, idet mange patienter på medicinske afdelinger indlægges af de praktiserende læger, typisk mandag til fredag mellem kl. 8 og kl. 16. Mange patienter forsøger at kontakte egen læge først, hvilket giver et pres på afdelingerne særligt mandag. Dertil kommer, at en række medicinske patienter er elektive. I weekenden er det via vagtlægen eller ved selvhenvendelse.

Belægningen varierer normalt hen over døgnet og er højest omkring middag. Dette skyldes, at nye patienter ankommer i løbet af dagen, men udskrivingen af patienter finder sted ved stuegang. Der kan derfor i pressede situationer opstå problemer med sengekapaciteten.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 2 - Side 5 af 11

Færdigbehandlede patienter

Region Hovedstaden har i samarbejde med kommunerne de seneste år opgjort antal "færdigbehandlede patienter/dage" i alt for alle patientgrupper og haft fokus på at nedbringe antal unødvendige liggedage på regionens hospitaler. Der har generelt været en positiv udvikling, om end hospitalerne finder, at der er stor forskel mellem kommunerne på dette område. En patient er færdigbehandlet, når patienten efter lægelig vurdering er færdigbehandlet, og indlæggelse dermed ikke er en forudsætning for videre behandling. Samtidig skal der ikke være nogen patientadministrative forhold, som hindrer kommunerne i at hjemtage patienten.

I perioden 2009-2012 er antal færdigbehandlede sengedage faldet med knap 8.300 - svarende til i alt 23 senge (100 pct. belægning). Samtidig er andelen af patienter, som er færdigbehandlet, faldet fra 2,5 % til 2,2 %. Antallet af færdigbehandlede patienter har i perioden 2009-2011 ligget stabilt på godt 4.600 patienter pr år, mens der er sket en lille stigning i 2012 til omkring 4.800 patienter. Det betyder alt i alt, at det gennemsnitlige antal dage, som den enkelte patient har ligget færdigbehandlet, er faldet fra 8 til 6,3 dage i Region Hovedstaden.

Antal færdigbehandlede dage er opgjort måned for måned. Det viser, at der er flest færdigbehandlede patienter på hospitalerne i vintermånederne januar-marts.

Færdigbehandlede dage i alt for alle patientgrupper

År	2009	2010	2011	2012
Januar	4.925	3.108	2.424	2.722
Februar	4.390	3.827	3.152	3.191
Marts	4.018	3.213	2.836	3.017
April	3.111	2.169	1.893	2.140
Maj	3.026	2.486	2.303	2.057
Juni	2.718	2.351	2.490	2.314
Juli	2.084	1.974	2.419	2.531
August	2.390	2.623	2.378	2.124
September	2.330	2.480	2.046	1.849
Oktober	2.310	2.017	2.206	2.500
November	2.863	2.758	2.713	2.362
December	3.281	2.308	2.106	2.379
Total	37.446	31.314	28.966	29.186

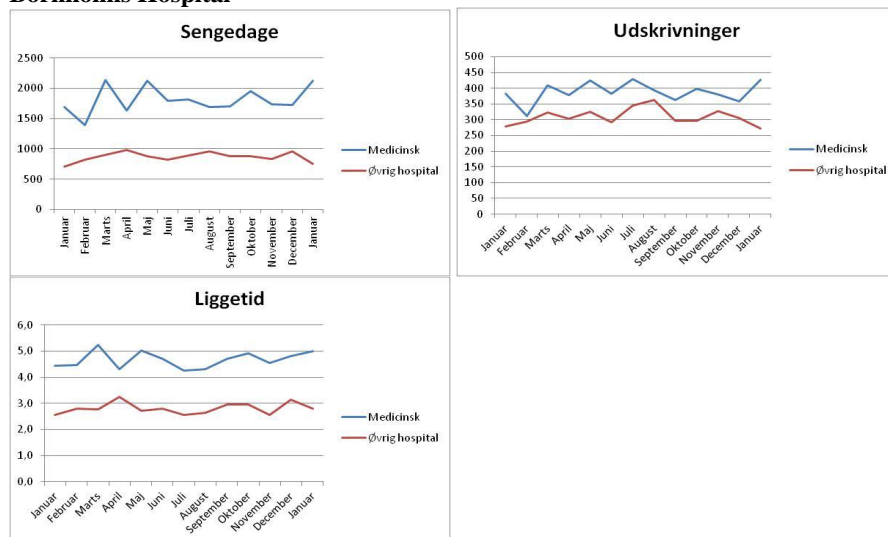
Tallene omfatter udelukkende regionens egne borgere på de somatiske hospitaler

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

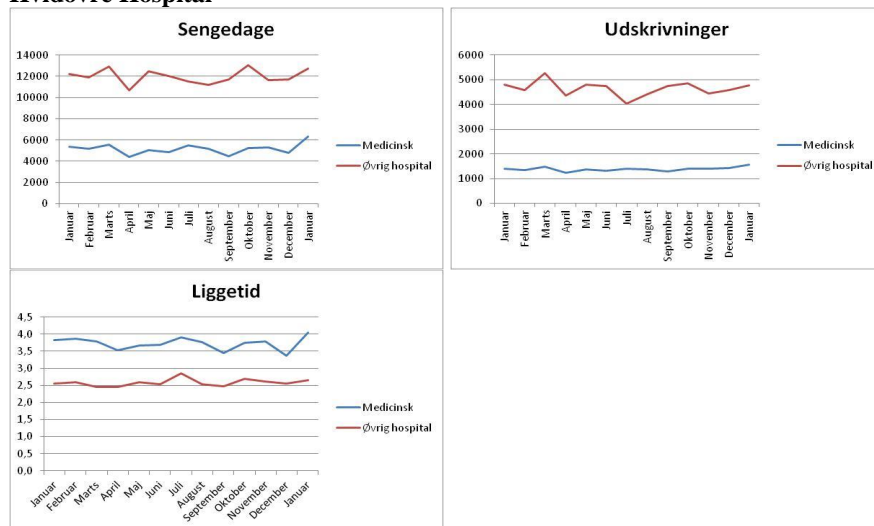
Bilag 2 - Side 6 af 11

Bilag: Aktivitet fordelt på hospitaler januar 2012 til januar 2013

Bornholms Hospital



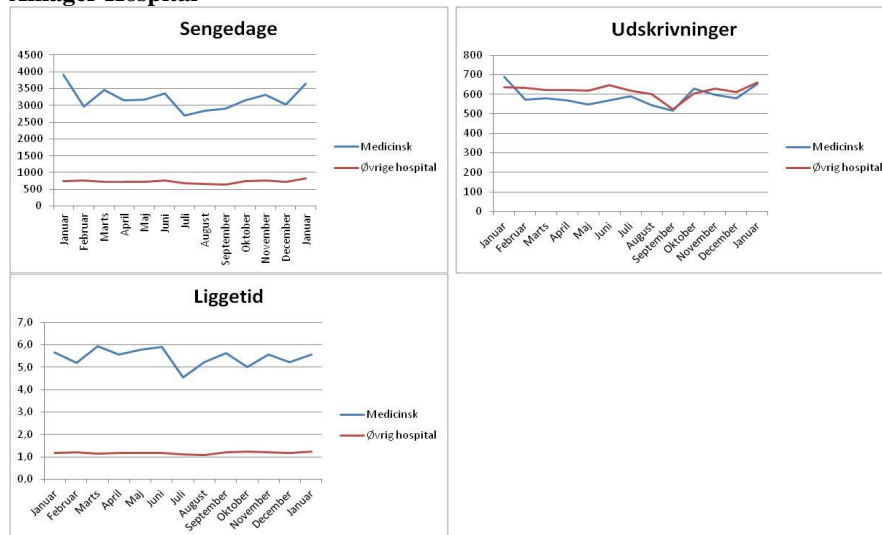
Hvidovre Hospital



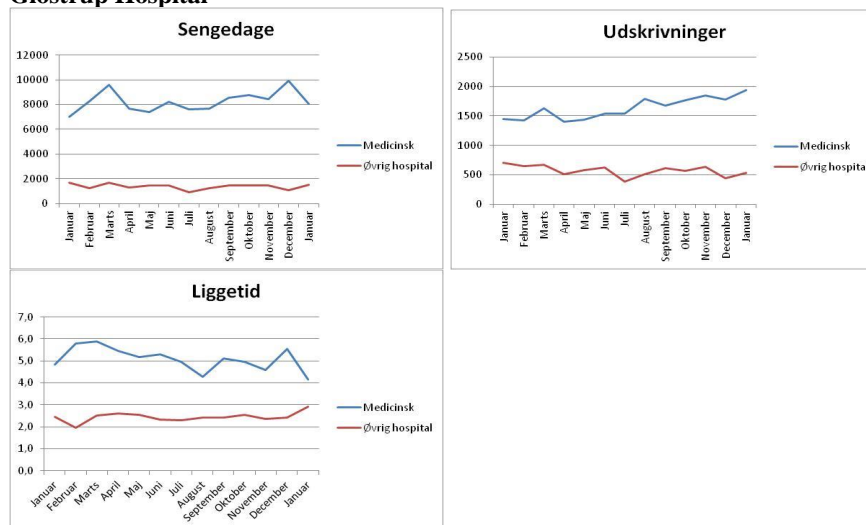
Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 2 - Side 7 af 11

Amager Hospital



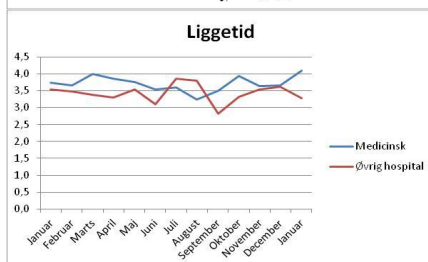
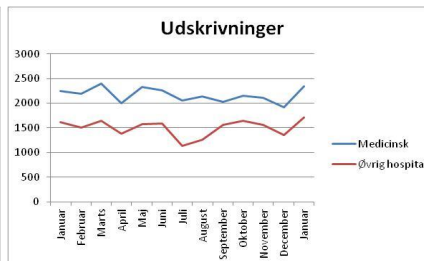
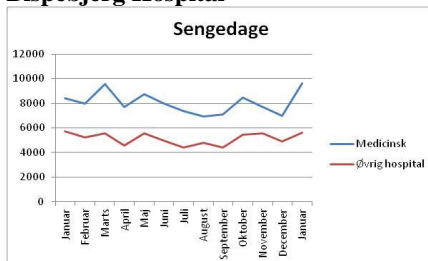
Glostrup Hospital



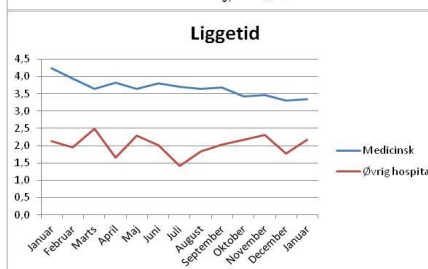
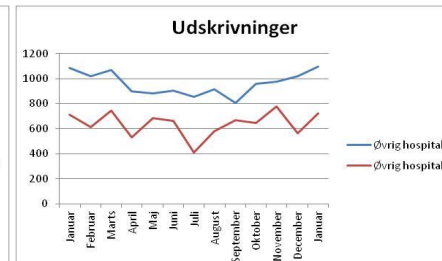
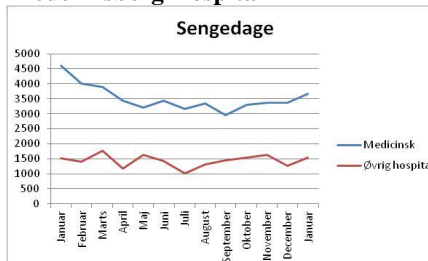
Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 2 - Side 8 af 11

Bispebjerg Hospital



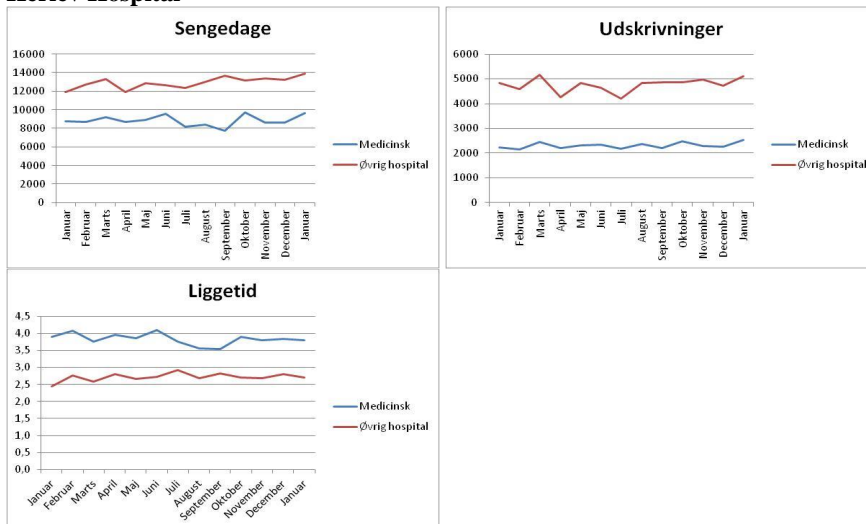
Frederiksberg Hospital



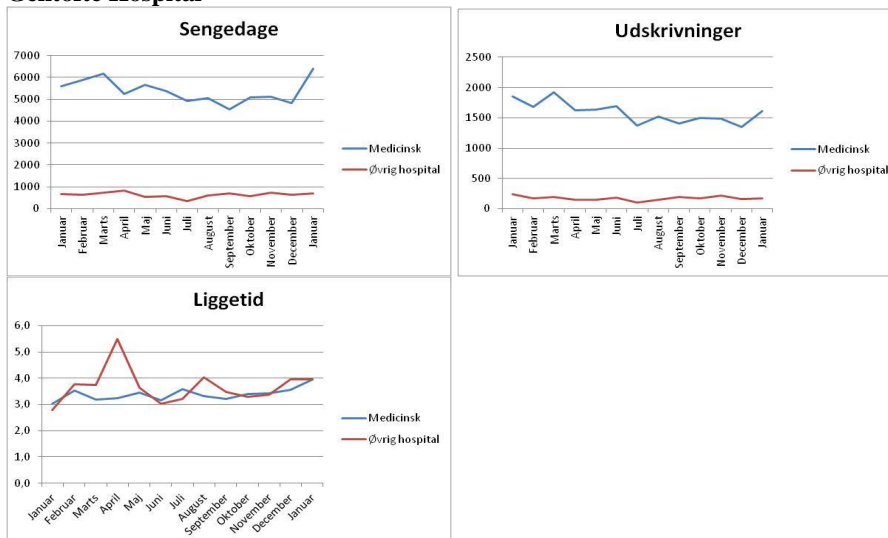
Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 2 - Side 9 af 11

Herlev Hospital



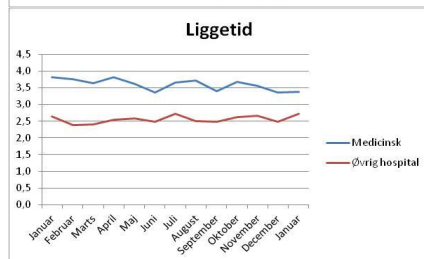
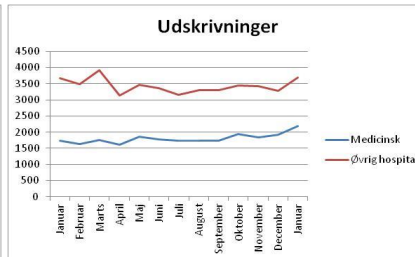
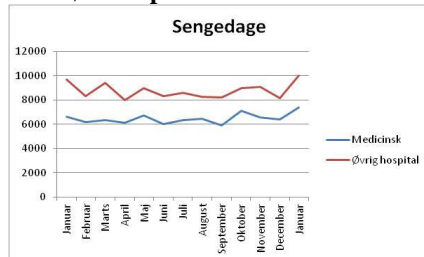
Gentofte Hospital



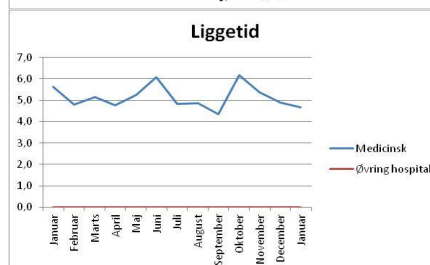
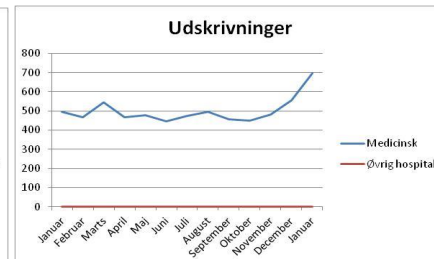
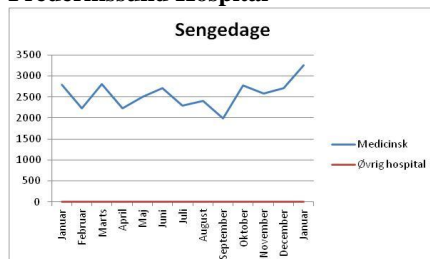
Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 2 - Side 10 af 11

Hillerød Hospital



Frederikssund Hospital

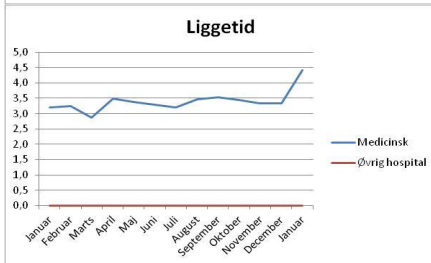
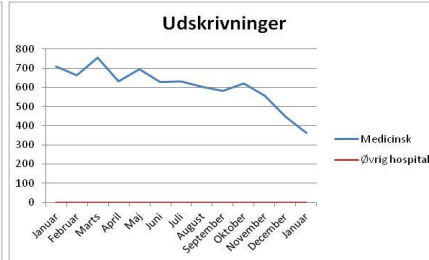
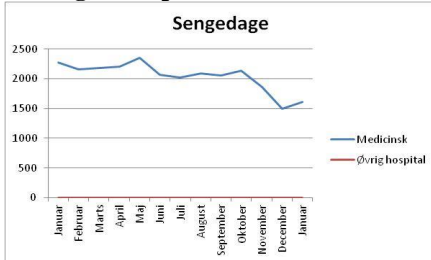


* Aktivitet på Montebello er ikke taget med for Frederikssund Hospital

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

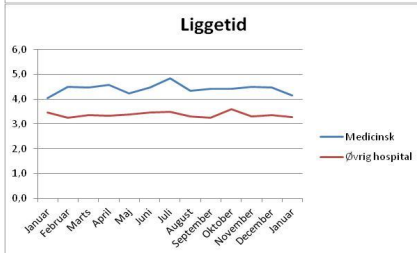
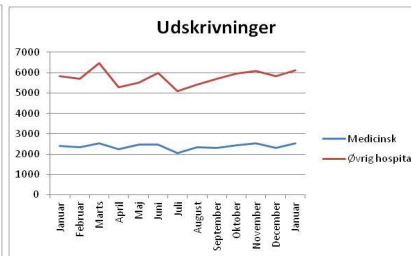
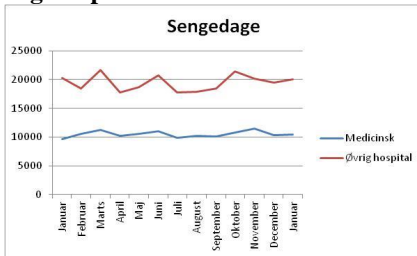
Bilag 2 - Side 11 af 11

Helsingør Hospital



*Note til Helsingør Hospital: Januar 2013 var sidste måned inden lukningen af Helsingør Hospital, derfor vil der være en faldende tendens.

Rigshospitalet



Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 1 af 42

Region Hovedstaden

Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet

Handleplan 2014 for at nedbringe overbelægning

September 2013

REGION

Region Hovedstadens handleplan 2014 for at nedbringe overbelægning

Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet
Region Hovedstaden

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Region Hovedstadens handleplan 2014 for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 2 af 42

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	3
2. Handleplan.....	4
2.1 Forbedre patientflow.....	4
2.2 Fremme akutmodtagelsernes organisatoriske funktion.....	6
2.3 Fremme intern koordinering.....	8
2.4 Fremme regional koordinering og nødberedskab ved spidsbelastning.....	9
2.5 Fremme koordinationen mellem praksissektor, kommune og hospital.....	10
2.6 Sikre ensartet monitorering af belægning.....	12
2.7 Opfølgning.....	12
Bilag 1 Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.....	13
Bilag 2 Bornholms Hospital.....	18
Bilag 3 Gentofte Hospital.....	20
Bilag 4 Glostrup Hospital.....	22
Bilag 5 Herlev Hospital.....	24
Bilag 6 Hvidovre og Amager Hospital.....	29
Bilag 7 Nordsjællands Hospital.....	34
Bilag 8 Rigshospitalet.....	38
Bilag 9 Status for udmøntning af de afsatte midler til yderligere styrkelse af akutmodtagelser, akutklinikker og akutte.....	40

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 3 af 42

1. Indledning

Regionsrådet har i september 2013 fået forelagt ”Strategi for at nedbringe overbelægning” til godkendelse. Strategien består af seks elementer, som Region Hovedstaden vil fremme for at skabe bedre forudsætninger for at fjerne overbelægningen på hospitalerne:

6 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
6. Sikre ensartet monitorering af belægning

Det overordnede mål i strategien er ”Ingen overbelægning”, og regionsrådet afsatte i juni 2013 en pulje til at styrke det akutte område og beredskab mod overbelægning.

Denne handleplan beskriver dels en status for, hvad hospitalerne har besluttet at iværksætte i 2013 med forventet helårsvirkning i 2014, dels en række konkrete forslag, som kan iværksættes i 2014 til yderligere at nå målet om at undgå overbelægning.

I bilag 1-8 fremgår status og konkrete tiltag for en styrkelse af det akutte område og beredskab mod overbelægning for de enkelte hospitaler.

I bilag 9 ses en status over udmøntning af de i budgettet afsatte midler på 25 mio. kr. til yderligere styrkelse af akutmodtagelser, akutklinikker og akutte tilbud.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 4 af 42

2. Handleplan

2.1 Forbedre patientflow

Hidtidige initiativer

Hospitalet har iværksat og gennemført en række initiativer for at forbedre patientflow og overbelægning. Hovedindsatsen har været at optimere patientflowet på det akutte område med det formål at understøtte hurtig og korrekt fagligt beslutningsgrundlag for patienternes videre diagnostik og behandling.

Hospitalet har

- øget speciallægebemandingen, primært i akutmodtagelserne og akutklinikkerne
- udarbejdet arbejdsgangsanalyser i alle akutmodtagelser/-klinikker
- etableret såkaldte "fast track", der medvirker til at opretholde flowet.
- udarbejdet forløbsbeskrivelser for få udvalgte patientforløb - fx patienter med dyb venetrombose, hoftefrakturpatienter og nyrestenspatienter
- analyseret og optimeret arbejdsgange, koordination, kommunikation og tværfagligt samarbejde
- iværksat kompetenceudvikling for sygeplejegruppen i akutmodtagelsen og akutklinikken
- øget det ledelsesmæssige fokus for at sikre den nødvendige tværfaglige involvering fra de kliniske afdelinger, som indlægger patienter gennem akutmodtagelsen/-klinikken

Enkelte hospitaler har styrket bemandingen og kontinuiteten på de medicinske afdelinger for at kunne imødekomme det øgede flow af patienter og nedsætte liggetiden.

I budget for 2013 til 2016 er der afsat 25 millioner kroner årligt til oprustning af regionens akutmodtagelser, akutklinikker og akutte tilbud. En del af midlerne, der overvejende skal anvendes til at sikre tilstedeværelse af speciallæger i de akutte modtagelser, er udmøntet, og der er iværksat ansættelsesprocesser for at udmønte de resterende midler senest september 2013 (bilag 9).

Nye initiativer der igangsættes i efteråret 2013

Regionsrådet afsatte i juni 2013 en pulje på 200 mio. kr. til påtrængende udgiftsbehov på sundhedsområdet, herunder en pulje på 5 mio. kr. til at styrke det akutte område og beredskab mod overbelægning:

I budgettet for 2013 indgår 25 mio. kr. til yderligere styrkelse af regionens akutmodtagelser og akutklinikker. Der udestår efter fordelingen af puljen fortsat fuld dækning med speciallæger i vagt i det omfang, det vurderes optimalt i akutmodtagelserne. Det er vurderingen, at der med henblik på bedre dækning i spidsbelastningsperioder er behov for en yderligere styrkelse af akutmodtagelserne ved en udvidet

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 5 af 42

bemanding aften og nat med speciallæger, samt bedre personaledekning i weekend og ferieperioder. Der skal være det nødvendige antal behandlersygeplejersker til at nedbringe ventetid. Udgiftsniveauet i 2013 vil være omkring 5 mio. kr., og en eventuel varig styrkelse af akutberedskabet vil blive behandlet i forbindelse med budgetforslaget for 2014.

Akuthospitalerne forventer i løbet af efteråret at have iværksat initiativer med en helårsvirkning i 2014 på i alt 25 mio. kr. Målet for hospitalerne er at undgå overbelægning, primært gennem at styrke akutmodtagelserne. Som det fremgår af nedenstående tabel 1 foreslås en række forskellige typer initiativer fra hospitalerne for at nå dette mål, hvilket er udtryk for at hospitalerne er forskellige og derfor har forskellige muligheder og løsningsforslag.

Tabel 1 Tiltag der iværksættes 2013 med helårsvirkning 2014 i 1.000 kr.

Bispebjerg Hospital i alt	4.276
Speciallæger til Lungemedicinsk afdeling, 1,9 årsværk – overlæger	1.791
Speciallæge til endokrinologisk afdeling, 1,0 årsværk – overlæge	994
Speciallæger til gastroenterologisk afdeling, 1,5 årsværk – overlæger	1.491
Herlev Hospital i alt	7.975
Team til blodprøvetagning i Akutmodtagelsen	1.600
Tilstedeværelse af radiograf i Akutmodtagelsen	1.383
Øget modtager- og koordinatorfkt. afd. D, O og T	4.048
Udvidelse af Sekretærfunktionen i Akutmodtagelsen	944
Hvidovre Hospital i alt	6.137
Større medicinsk sengekapacitet	3.475
Styrket plejenormering i Akutmodtagelsen	1.673
Udvidet speciallægebemanding i Akutmodtagelsen	989
Nordsjællands Hospital i alt	6.242
Speciallæger til Kardiologisk, Nefrologisk, Endokrinologisk afdeling	2.190
Speciallæger til Lungeinfektionsmedicinsk afdeling	2.645
Plejepersonale til Kardiologisk, Nefrologisk, Endokrinologisk afdeling	1.407
Iværksatte tiltag i alt med helårsvirkning i 2014	24.629

De enkelte hospitalers tiltag i 2013 er beskrevet i hospitalernes konkrete handleplaner (bilag 1 – 8)

Forslag til nye initiativer

Udover den række af initiativer, som allerede er iværksat, har hospitalerne peget på en række yderligere initiativer for ca. 17 mio. kr., som de vurderer bør gennemføres for at undgå overbelægning. Forslagene til yderligere initiativer fremgår af tabel 2 og er uddybet i hospitalernes konkrete handleplaner (bilag 1-8).

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 6 af 42

Tiltag og forslag til nye initiativer omfatter akuthospitalerne og specialhospitalet Glostrup Hospital, som har haft stor aktivitet og overbelægning i vinteren 2013.

Gentofte Hospital oplever derimod en faldende aktivitet. Ved den seneste ”overbelægningsituation” havde hospitalet generelt ikke overbelægning. Der er en generel nedgang i antallet af patienter, der visiteres til Gentofte, og hospitalet er lige nu i en proces omkring mulig nedlæggelse af medicinske senge. Det endelige antal er ikke afklaret.

Tabel 2: Forslag til nye initiativer med helårsvirkning 2014 i 1.000 kr.

Bispebjerg Hospital i alt	4.149
Speciallæger til kirurgisk afdeling, 2,0 årsværk – afdelingslæger	
Speciallæge til endokrinologisk afdeling, 1,0 årsværk – overlæge	
Speciallæger til akutmodtagelsen 2,0 årsværk	
Glostrup Hospital i alt	1.721
Speciallæger i medicin og neurologi i Akutklinikken	
Hvidovre Hospital i alt	3.696
Fastholdelse af farmakonomer i Akutmodtagelse	
Hurtigere blodprøvesvar i Akutmodtagelsen	
Udvidet røntgenkapacitet i Akutmodtagelsen	
Udvidet portørbetjening i Akutmodtagelsen	
Herlev Hospital i alt	1.396
Speciallæger til Gastroenheden	
Nordsjællands Hospital i alt	4.419
Plejepersonale til Medicinsk Blok	
Opnormering af læger i Akutklinikken i Frederikssund	
Øget anæstestilstedevær i dag tid i Frederikssund	
I alt nye initiativer	15.371

2.2 Fremme akutmodtagelsernes organisatoriske funktion

Akutmodtagelserne spiller en central rolle i forhold til at forbedre patientflow og overbelægning. Initiativer for bemanning og samarbejde med de kliniske afdelinger er beskrevet i hospitalernes handleplaner under afsnit om Forbedret patientflow.

Akuthospitalerne bygger nye store akutmodtagelser, som vil understøtte principperne for fremtidens kliniske grundstruktur. Dermed øges mulighederne for at færdigbehandle patienterne i akutmodtagelsen.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 7 af 42

Sengekapacitet i akutmodtagelsen/-klinikken

Hospitalernes nuværende senge-/lejekapacitet er vist i nedenstående tabel.

Hospital	Senge/lejer
Bispebjerg	
- Akutmodtagelsen	32/-
- Akutsenge på kliniske afdelinger	55
Frederiksberg	30/13
Bornholm	0/8
Gentofte	21/11
Glostrup	-/20
Herlev	38/26
Hvidovre	25/-
Amager	9/15
Nordsjælland	
- Hillerød	68
- Frederikssund	10

Hospitalerne har forskellige, men begrænsede, muligheder for at udvide i eksisterende akutmodtagelse for derved i endnu højere grad at kunne implementere de organisatoriske og sundhedsfaglige strukturer, som akutmodtagelser i de kommende nye byggerier vil understøtte.

På *Bispebjerg Hospital* er skadeafsnittet aktuelt under renovering, hvorved behandlingsfaciliteterne udvides og optimeres. Når opgaverne fra lægevagten overtages øges behandlingskapaciteten yderligere ved etablering af pavillon.

Herlev Hospital har udarbejdet et forslag til at optimere patientlogistikken og patientflowet i Akutmodtagelsen ved at gennemføre en række ombygninger i arealet. Forslaget omhandler en ombygning af adgangs- og venteforholdene for patienterne, som bl.a. medfører, at patienter og personale adskilles fra samme gangarealer. Desuden forbedres flowet i arbejdsgange og patientmodtagelsen ved, at modtageskranken udvides og forbedres, og der udvides med 2 lejepladser.

Ombygningsforslaget kan realiseres ved at et udeareal på ca. 420 m² i en lysgård ved behandlingsbygningen inddrages som en tilbygning til Akutmodtagelsen. Prisen er 4 mio. kr.

Hvidovre Hospital vurderer, at de ikke har mulighed for at udvide akutmodtagelsen, men ønsker at udvide antallet af senge i medicinsk afdeling, jf. ovenstående.

Derudover har *Gentofte Hospital* mulighed for at etablere yderligere kapacitet i udvendigt renoveret bygning i umiddelbar tilknytning til den nyetablerede akutklinik og sengeafsnit. Etablering af ambulatorier, 40 sengepladser og kontorfaciliteter er anslået til 90 mio. kr.

Endelig har *Nordsjællands Hospital- Frederikssund* mulighed for at udvide akutklinikken i det eksisterende byggeri med 5-10 nye sengepladser.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 8 af 42

”Fast track” i akutmodtagelsen/-klinikken

Der er etableret ”fast track” på alle akutmodtagelser og akutklinikker bortset fra Bornholms Hospital i Region Hovedstaden. ”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 periode. Disse tiltag hjælper til at holde den generelle ventetid nede. Ved mange alvorlige sygdomme/skader vil disse blive prioriteret.

Forløbsflowet er på flere hospitaler også optimeret for en række konkrete patientkategorier ved ”fast track”-forløb. Fx er der på Herlev Hospital etableret følgende forløb:

- Flowmasterfunktionen etableret i Medicinsk team i samarbejde med medicinsk afdeling
- Fremskudt involvering af speciallæger ved modtagelse af medicinske patienter i form af superviserede gennemgange
- Hoftefrakturpatienter i samarbejde med Ortopædkirurgisk afdeling
- Nyrestenspatienter i samarbejde med Urologisk afdeling
- Patienter til kateterskrift i samarbejde med Urologisk afdeling
- Apopleksipatienter i samarbejde med Neurologisk afdeling

2.3 Fremme intern koordinering

Belægningsituationen overvåges på de enkelte hospitaler ved daglige belægningsopgørelser for alle afdelinger.

Hospitalerne afholder ved behov daglige belægningsmøder mellem akutmodtagelsen/-klinikken og de kliniske afdelinger. På møderne bliver hospitalets samlede belægning vurderet, og der lægges handlingsplan for det kommende døgn. Akutmodtagelsen/-klinikken har kompetencen til at visitere patienterne. Det tilstræbes, at medicinske patienter visiteres til medicinske afdelinger og kirurgiske patienter til kirurgiske afdelinger.

De enkelte afdelingsledelser har ansvar for at sikre, at der skabes plads i afdelingerne til det følgende døgn akutte og elektive patienter. Hvis der ikke via udskrivning af patienter er skabt acceptable belægningsforhold i afdelingen, foretages en lægelig vurdering af den enkelte patient for at skabe alternative løsninger til indlæggelse f.eks. ambulant genoptræning, hurtig advisering af hjemmeplejen, ambulant forløb etc.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 9 af 42

2.4 Fremme regional koordinering og nødberedskab ved spidsbelastning

Regional, tværgående koordinering.

Der er i regi af Sundhedsfaglig Råd for Præhospitalet og Akutmodtagelse ved at blive udarbejdet en regional vejledning for hvordan situationer med overbelastning kan løses mellem hospitalerne i regionen.

Epidemier

Retningslinjer for regionernes håndtering af epidemier er beskrevet i Sundhedsstyrelsens rapport ”Beredskab for pandemisk influenza – 2012”.

Håndtering af et epidemisk udbrud som f.eks. influenza og personalemangel indgår endvidere i beredskabsplanlægningen på det enkelte hospital, og generelt drøftes håndtering af beredskabshændelser løbende i regionens beredskabsudvalg. Herudover har regionen nedsat et influenzaudvalg, der består af repræsentanter fra regionens hospitaler samt eksperter på det epidemiologiske område. Influenzaudvalget monitorerer i influenzasæsonen presset på regionens hospitaler, lægevagt og det præhospitale område og kan ved behov udsende retningslinjer for håndtering af patienter til regionens hospitaler.

Konkrete tiltag

Regionens AMK-Vagtcentral koordinerer beredskabet på tværs af regionen – herunder fordeling af patienter mellem hospitalerne. Såfremt et hospital er overbelastet, kan hospitalet kontakte AMK-Vagtcentralen for bistand til at koordinere indtag og overførsler af patienter til andre af regionens hospitaler. AMK-Vagtcentralen 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 AMK-Vagtcentralen.

AMK-Vagtcentralen kan ligeledes kontakte naboregionerne Sjælland og Skåne for overførsler af patienter hertil.

Fysisk bufferkapacitet

Hospitalerne har oplyst om deres muligheder for at etablere fysisk bufferkapacitet for at nedbringe gangbelægning, hvis der trods initiativerne opstår pres på de medicinske afdelinger.

Bispebjerg Hospital har etableret 8 buffer-senge, der skal indgå i den samlede medicinske kapacitet i perioder med stort belægningspres. De 8 senge er fysisk placeret i forlængelse af medicinsk modtageafsnit.

Bornholms Hospital kan tilvejebringe den nødvendige fysiske bufferkapacitet ved at lægge op til 6 patienter på 4-mands stuer, åbne lukkede sengestuer og udnytte kapacitet på kirurgisk afdeling ved bl.a. at aflyse elektive operationspatienter. Hospitalet har sjældent belægning på gangene.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 10 af 42

Glostrup Hospital har mulighed for at etablere bufferkapacitet på ca. 6 senge. Omkostningerne hertil er ikke belyst.

Gentofte Hospital har mulighed for at udvide sengeantallet efter behov, såfremt der er midler til at bemane disse pladser. Det kan dels foregå i de sengeafsnit, der er ledige efter flytning til den del af Sydføljen, der er renoveret (ca. 45 sengepladser), og dels ved at tage den resterende del af Sydføljen i brug, hvilket dog fordrer indvendig renovering.

Hvidovre Hospital har ikke patienter på gangene. Akutmodtagelsen benytter observationspladser ved overbelægning. Derudover har Akutmodtagelsen mulighed for at udvide med to ekstra pladser på sengestuerne. I afdelingerne kan der på flere stuer ligge tre patienter på to-sengsstuer. Afdelingen anvender tillige undersøgelsesrum ved markant overbelægning. Ved overbelægning låner Akutmodtagelsen senge i særligt det ortopædkirurgiske og gynækologiske område.

Nordsjællands Hospital vurderer, at de har tilstrækkelig fysisk bufferkapacitet på Frederikssund-matriklen til at nedbringe eventuel gangbelægning på de medicinske afdelinger. Det forudsætter dog, at patientflowet fortsat kan optimeres og udbygges, herunder også matriklerne imellem, som nævnt i afsnit om forbedret patientflow. For matriklen i Hillerød vil der være begrænsede fysiske muligheder for at etablere bufferkapacitet.

2.5 Fremme koordinationen mellem praksissektor, kommune og hospital

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 på hospitalerne er derfor, at samarbejdet kan rummes i de eksisterende aftaler.

Implementering af kommunikationsaftalen om plejehjem- og hospitalsmeddelelser (MEDCOM-standarder). Med kommunikationsaftalen sikres en hurtig og korrekt udveksling af oplysninger mellem hospital og kommuner i forbindelse med et indlæggelsesforløb. Der er desuden aftalt arbejds gange med henblik på, at der tidligt i indlæggelsesforløbet skabes dialog med kommunen for at sikre et godt og sikkert udskrivningsforløb. I kommunikationsaftalen er det desuden aftalt, hvordan patientens behov efter udskrivning formidles til og koordineres med kommunen.

15.000 medarbejdere over hele regionen er siden efteråret 2012 blevet undervist i det nye kommunikationssystem. Det har betydning for klar og rettidig kommunikation om situationer med overbelægning på tværs af sektorer.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 11 af 42

Der skal fortsat være fokus på at øge kendskabet til Kommunikationsaftalen i kommuner og på hospitaler og vigtigheden af at få indarbejdet de nye arbejds gange. Den Centrale Koordinering under DAS understøtter arbejdet. Konsolideringen pågår fra medio 2013

Kommunale akut- og aflastningspladser.

Flere kommuner tilbyder allerede akut og aflastningspladser. Dermed kan patienterne hjemtages til kommunerne, når de er færdigbehandlede på hospitalet.

For at nedbringe antallet af færdigbehandlede på hospitalerne kan kapaciteten i kommunale akut- og aflastningspladser foreslås som et element i de kommende forhandlinger om sundhedsaftaler, der skal være gældende fra 2015.

Hotline for praktiserende læger, hvor patienter kan konfereres med en hospitalslæge.

På regionens fire diagnostiske enheder er der etableret en rådgivende funktion (telefonkonsultation). Derudover har alle regionens hospitaler/afdelinger direkte telefonnumre, som praktiserende læger kan anvende. I tvivlstilfælde afklares, om patienten kan behandles i hjemmet, herunder plejehjem eller på en kommunal aflastningsplads frem for at blive indlagt.

Det foreslås, at alle hospitaler etablerer en formaliseret rådgivningsfunktion til de praktiserende læger, hvor en specialist på medicinsk afdeling eller i akutmodtagelsen kan rådgive i forhold til behov for indlæggelse. Form og indhold og kapacitet i specialistrådgivning skal afklares i relation til de nye sundhedsaftaler gældende fra 2015.

Præcisere praktiserende lægers og hospitalers rådgivning i forhold til kommunale akut- og aflastningspladser.

Det foreslås, at dette initiativ indgår i regionens praksisplan samt i de kommende forhandlinger om sundhedsaftaler for 2015

Lægers overblik over lokale subakutte/akutte kommunale tilbud.

I henhold til den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient skal alle kommuner i foråret 2013 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.

En informationsindsats omkring dette initiativ til praktiserende læger og akutfunktioner på hospitalerne kan understøtte anvendelsen af sundhed.dk til at danne overblik over kommunale tilbud.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 12 af 42

2.6 Sikre ensartet monitorering af belægning

De centrale sundhedsmyndigheder ønsker en moderniseret og løbende indberetning af såvel kapacitet som belægning. I regi af Statens Seruminstitut og i samarbejde med regionerne undersøges mulighederne for at:

- fastlægge en moderniseret indsamling af oplysninger om sengepladser
- sikre en fælles forståelse af sengepladser – normerede og disponible
- sikre en fælles forståelse af og tidssvarende metode til at beregne belægningsgraden

Den moderniserede indberetning forventes at begynde fra årsskiftet 2013/14. Definition af metoden til beregning af belægning er endnu ikke fastlagt.

Region Hovedstaden har tilsluttet sig denne nationale monitorering frem for at etablere regionale tiltag til monitorering. Monitoreringen bør tilgå hospitalerne og AMK-vagtcentralen, som grundlag for tværgående koordinering.

2.7 Opfølgning

Der vil i efteråret 2013 og i 2014 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 belægningen, udviklingen i kapacitet og belægning og antallet af færdigbehandlede patienter.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 13 af 42

Bilag 1 Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

1.1 FORBEDRET PATIENTFLOW

Hidtidige initiativer

Hospitalet har tidligere iværksat en række initiativer for at forbedre patientflowet. Siden 2011 er der etableret ”fast track” for småskadepatienter, fælles triage ved sygeplejerske og sekretær, behandlersygeplejersker er opkvalificeret, røntgenhenvisninger foretaget af behandlersygeplejersker er implementeret og udvidet, herunder er brug af beskrivende radiografer øget og udnyttelsen af erfarne lægers kompetencer optimeret.

Akutklinikken på Frederiksberg og Akutmodtagelsen på Bispebjerg har etableret et tæt dagligt samarbejde med konsekvens for belægningsforholdene. Den overordnede målsætning er at sikre optimale forløb med så få ikke fagligt betingede overflytninger, som muligt. Senest er der indgået en visitationsmæssig udligningsaftale mellem matriklerne. Endvidere er der i juli 2013 etableret online belægningsoversigt. Forventningen er, at hospitalet hermed får væsentligt bedre overblik og mulighed for rationel styring/ prioritering.

Den tildelte bevilling på 3,8 mio. kr. ud af akutupuljen på 25 mio.kr. er anvendt til øget speciallægebemandingen. Det primære indsatsområde har været speciallæger i Akutmodtagelsen, hvor der nu er speciallæge frem til kl. 18.00 på hverdage. Arbejdsindsatsen deles mellem skadeafsnit, hvor der især fokuseres på fremdrift i de komplicerede forløb, og sengeafsnittene, hvor visitation og forløbskoordinering er i højsædet. Hvis effekten skal slå yderligere igennem, vil det kræve yderligere speciallægetilstedeværelse. Det gælder såvel i Akutmodtagelsen som i øvrige afdelinger med stort akutindtag.

I perioden 4. kvartal 2012 – 1. kvartal 2013 har Akutmodtagelsen præsteret en markant fremgang i antal patienter behandlet inden for den første time.

Nye initiativer

Der er behov for at udbygge/omlægge vagtstrukturerne i afdelinger med betydelig akut funktion. Den nye overenskomst åbner fra årsskiftet for væsentlige arbejdsomlægninger af vagttjenesterne. På speciallægeområdet ønskes dels bredere fremmøde i tidsrummet mellem kl. 18.00 og 23.00 samt i dag tid weekend på begge matrikler. Her forventes lægerne især at bidrage til at optimere flow i og omkring Akutmodtagelsen og til at gå stuegang. I den egentlige vagtperiode sikres tilstedeværelse af speciallæge eller læge sent i hoveduddannelses forløb indenfor intern medicin, kirurgi, radiologi og anæstesiologi jf. SST anbefalinger. Fokus er primært på flow og kvalificeret primær vurdering ved akutindlæggelse.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 14 af 42

I den endelige model vil der være en speciallæge med særligt akut kendskab tilstede i Akutmodtagelsen 8-23 alle ugens dage, døgnilstedeværende speciallæger i kirurgi, anæstesiologi, neurologi og intern medicin samt speciallæger til kl. 21.00/22.00 i de store akutte specialer: Lungemedicin, kardiologi, gastroenterologi. Det er ensbetydende med nødvendige, men omfattende omlægninger af den nuværende struktur.

Overordnede målsætninger

Det er ambitionen at sikre en gennemsnitlig belægningsprocent på 90 % på de akutte afdelinger, eliminere overbelægning (dvs. *ingen* patienter på gangene aften og nat) og fastholde/fortsætte den positive udvikling i forhold til ventetider ved akut henvendelse i Akutmodtagelsen.

Prioriteret indsats

Forslag der iværksættes 2013 med helårsvirkning 2014 i 1.000 kr.

Speciallæger til Lungemedicinsk afdeling, 1,9 årsværk – overlæger	1.791
Speciallæge til endokrinologisk afdeling, 1,0 årsværk – overlæge	994
Speciallæger til gastroenterologisk afdeling, 1,5 årsværk – overlæger	1.491
Bispebjerg Hospital i alt	4.276

Forslag til nye initiativer med helårsvirkning 2014 i 1.000 kr.

Speciallæger til kirurgisk afdeling, 2,0 årsværk – afdelingslæger	
Speciallæge til endokrinologisk afdeling, 1,0 årsværk – overlæge	
Speciallæger til akutmodtagelsen 2,0 årsværk	
Bispebjerg Hospital i alt	4.149

Oprustningen af speciallæger på Bispebjerg Hospital:

Medicinsk Blok:

1. Ændringen i medicinske afdelinger (lungemedicin, gastroenterologi og endokrinologi) er nødvendig for at sikre, at det kun er speciallæger eller læger i sidste år af deres hoveduddannelse, der passer bagvagten. Som det er nu varetages 30-70 pct. af vagterne af læger tidligt i deres hoveduddannelsesforløb eller i introduktionsstilling. Disse vagter skal fremover kun varetages af specialekvalificerede læger.
2. Ændre tilstedeværelsen af speciallæger hverdage fra kl. 18 til kl. 21/22 i de nævnte afdelinger.
3. Øge tilstedeværelsen af speciallæger i de nævnte afdelinger i weekends, primært frem til kl. 18.
4. Når 1-3 gennemføres vil det samtidig være muligt at ”frigøre” læger i sidste år af hoveduddannelse og unge speciallæger, så at der fra de tre ovennævnte afdelinger samt fra den kardiologiske afdeling skabes et fællesvagtag med tilstedeværelse hele natten.

Den samlede effekt vil være speciallægedækning frem til kl. 21-22 alle hverdage i alle afdelinger, øget speciallæge fremmøde i weekend, og fællesvagt på speciallægeniveau alle ugens dage, tilstedeværende aften og nat jf. SST anbefalinger.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 15 af 42

Akutmodtagelsen

Ændringen er nødvendig for at kunne sikre speciallægestedeværelse i Akutmodtagelsen alle dage kl. 08-23. Speciallæger alle ugens dage (8-23) sikrer flowmasterfunktion, understøtter hurtigere og mere rationelle patientforløb og yder støtte til Yngre Læger i Akutmodtagelsen.

Kirurgisk blok

Bagvagten varetages i øjeblikket af afdelingslæger og hoveduddannelseslæger i sidste år af deres uddannelse. Bagvagten er en tilkaldevagt. Vagten ønskes konverteret til en døgn dækket tilstedeværelsesvagt. Den samlede effekt vil være døgn dækkende vagt på speciallægeniveau jf. SST anbefaling. Dette kræver opnormering med 2 årsværk, som forventes at kunne besættes med afdelingslæger.

Ændringen indebærer et generelt og tiltrængt kvalitetsløft, jf. anbefalingerne fra SST om øget speciallægestedeværelse, der daterer sig tilbage til 2007.

Konkrete mål

De konkrete forbedringer vil være forbedret, tydeligere og hurtigere initial diagnostik og behandling. Det vil kunne afklares hurtigere, hvorvidt indlæggelse i det hele taget er nødvendigt og i givet fald hvilken behandling, der skal i værksættes. Samtidig opretholdes flowet i de bagvedliggende afdelinger i en helt anden grad end nu, både i aftentid og i weekend. Det giver mere strukturerede/fokuserede stuegange, bedre forløbsplanlægning og forventeligt kortere indlæggelsesforløb.

Den samlede effekt vil således være skarpere triage/visitation ved indlæggelse, hurtigere og bedre forløbsplanlægning samt fastholdelse af forløb med korte indlæggelsestider. Speciallægen er helt central i denne proces – derfor er det dette område, der prioriteres.

Kommunesamarbejde

Hospitalet har generelt et godt og positivt samarbejde med Københavns og Frederiksberg kommuner:

- om hjemtagning af færdigbehandlede borgere
- om en Tværsektoriel UdredningsEnhed (TUE) i samarbejde med Københavns Kommune. Formålet med denne enhed er at undgå forebyggelige indlæggelser.
- om udgående sygeplejersketeam, der skal forebygge (gen)indlæggelser og sikre borgere trygge forløb.

1.2 FREMME AF AKUTMODTAGELSENS ORGANISATORISKE FUNKTION

”Senge”-kapacitet

Akutmodtagelsens sengeafsnit på Bispebjerg Hospital rummer to fysiske adskilte medicinske modtageafsnit med i alt 32 heldøgnsenge. Heraf er 10 senge placeret i et afsnit etableret i 2013, som er oprettet ved at konvertere 10

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 16 af 42

geriatrike senge til 10 modtagesenge for bedre at håndtere det store akutte indtag. Hospitalet har selv afholdt omkostningerne på ca. 5 mio. kr. hertil.

Akutmodtagelsens skadeafsnit er placeret i en anden bygning og råder udelukkende over et antal lejer, der ikke indgår i sengemassen.

Hospitalet har også 55 akutte senge fordelt med 17 senge på det kirurgiske, 9 på det ortopædkirurgiske, 18 på det neurologiske og 21 på det kardiologiske område. Disse er placeret i 3 fysisk adskilte bygninger.

De fysiske forhold definerer rammerne for akutmodtagelsen. Den er, båret af nødvendigheden, spredt på matriklen. Et forhold der i høj grad påvirker muligheden for at rationalisere driften og koncentrere ressourcerne, ikke mindst de lægefaglige, omkring de akutte forløb.

Akutklinikken på Frederiksberg har i alt 13 lejer. I tilknytning hertil har akut modtageafsnit 30 senge.

Muligheder for at udvide i eksisterende byggeri

Under de givne fysiske rammer er det umuligt at samle akutfunktionerne yderligere i en fælles akutmodtagelse. Det fulde koncept for akutmodtagelsen kan først træde i kraft, når nybyggeriet står klar. Her planlægges med en samlet akutmodtagelse med cirka 100 senge. Den mellemliggende periode på 5-6 år benyttes til at udvikle og teste nødvendige forandringer i patientforløb, patientflow og organisatorisk struktur.

Skadeafsnittet er aktuelt under renovering, hvorved behandlingsfaciliteterne udvides og optimeres. Når opgaverne fra lægevagten overtages øges behandlingskapaciteten yderligere ved etablering af pavillon.

”Fast track” i Akutmodtagelsen

Der er etableret ”fast track” forløb i akutmodtagelsen. Disse forløb angår patienter med lettere skader, som udgør ca. 50 pct. af Akutmodtagelsens samlede patientpopulation. Hidtil har ”fast track” været spredt på flere stuer, men når renoveringen af skadeafsnittet afsluttes i september 2013 vil ”fast track” benytte en dedikeret stue med 3 behandlerpladser og særskilte administrative funktioner. For yderligere at optimere ”fast track” forsøges pt. at etablere et skadekonsulenthold, der primært skal virke i ”fast track” forløbene. ”Fast track” er dog fortsat følsom for de oplevede svingninger i patientflow og tyngde. Når særligt syge patienter modtages, må ressourcerne koncentreres om disse. Det påvirker naturligvis flowet i de andre forløb. Særligt om natten, hvor hospitalet varetager akutopgaven for hele indre by, kan der være betydeligt pres.

1.3 FREMME AF INTERN OG REGIONAL TVÆRGÅENDE KOORDINERING

Der bliver ved behov afholdt daglige belægningsmøder mellem alle kliniske afdelingsledelser på Bispebjerg og Frederiksberg, ofte med deltagelse af et

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 17 af 42

direktionsmedlem. På møderne bliver hospitalets samlede belægning vurderet, og der lægges handleplan for det kommende døgn.

Belægningsituationen overvåges ved centralt udarbejdede belægningsopgørelser kl. 15, som distribueres til afdelinger, direktion og relevante nøglepersoner. Funktionen er ved at blive konverteret til et system, hvor der dannes belægningsmeldinger hver halve time. Et sådant system vurderes at være afgørende for at kunne etablere en dynamisk beslutningsmodel til støtte for klinisk beslutningstagen ved overbelægning.

1.4 Fremme af nødberedskab ved spidsbelastning

Hospitalet har hen over foråret foretaget interne rokader mellem det medicinske og kirurgiske område, der giver mulighed for en mere fleksibel sengekapacitet (akutmedicinske senge) i spidsbelastningsperioder. Der er etableret 8 buffer-senge, der skal indgå i den samlede medicinske kapacitet i perioder med stort belægningspres. De 8 senge er fysisk placeret i forlængelse af medicinsk modtageafsnit.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 18 af 42

Bilag 2 Bornholms Hospital

2.1 FORBEDRET PATIENTFLOW

Hidtidige initiativer

Hospitalet har gennem en årrække arbejdet på at forbedre patient flowet. I Akutmodtagelsen er der på det medicinske område indført visitation ved speciallæge i dag tid (kl. 8 – 17) på hverdage. Praktiserende læger har direkte telefonisk adgang til hospitalets vagthavende speciallæge. Herudover er der adgang til akutte ambulante tider i både det kirurgiske og det medicinske ambulatorium.

Der er udarbejdet forløbsbeskrivelser for få udvalgte patientforløb (f.eks. patienter med dyb venetrombose), således at forløbet kan afvikles smidigt og uden ventetider.

Hospitalet har via et LEAN projekt beskrevet og analyseret arbejdsgangene i Akutmodtagelsen. Det har ført til en proces, hvor der arbejdes med at optimere arbejdsgange, koordinering, kommunikation og tværfagligt samarbejde. Herudover er der løbende arbejdet med de fysiske rammer i afdelingen for at forbedre det fysiske arbejdsmiljø.

Hospitalet har over de seneste fire år lukket 20 sengepladser primært på medicinsk afdeling. I samme periode er belægningsprocenten bibeholdt og den gennemsnitlige indlæggelsestid er reduceret fra 4,8 dage i 2008 til 3,9 dage i 2011 og til 3,7 dage i 2012. Årsagen til dette er ikke et enkeltstående tiltag, men en samlet indsats på alle hospitalets afdelinger i forhold til at optimere patientforløbene generelt.

Hospitalet søger for de afsatte akutmidler en speciallæge med akutmedicinske kompetencer med fremmøde i dag tid på hverdage i Akutmodtagelsen.

2.2 FREMME AF AKUTMODTAGELSENS ORGANISATORISKE FUNKTION

”Senge”-kapacitet

Akutmodtagelse har ingen senge og dermed heller ingen funktion som stamafdeling. Der er 8 lejer / stuer i Akutmodtagelsen, der benyttes til triagering, udredning og behandling. Lejerne benyttes til skadepatienter, indlæggelser og ambulante forløb.

Muligheder for at udvide i eksisterende byggeri

Akutmodtagelsen kan ikke udvides med observationsfunktion/AMA i eksisterende byggeri, men kræver en tilbygning, som er beskrevet i ”*Rapport til beskrivelse af model for en Akutmodtagelse (AMA) på Bornholms Hospital*” december 2011 med tilhørende økonomisk overslag.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 19 af 42

”Fast track” i Akutmodtagelsen

Der er ikke etableret ”fast track” i Akutmodtagelsen på Bornholms Hospital. 70 % af sygeplejerskerne i Akutmodtagelsen er uddannede behandlersygeplejersker og kan derfor afvikle udvalgte patientforløb selvstændigt. Der er planer om at udvikle sygeplejerskernes kompetencer yderligere. Der er lægemangel på Bornholms Hospital trods intensiv rekruttering, og det er vanskeligt at etablere et ”fast track” spor i Akutmodtagelsen.

Lægerne i Akutmodtagelsen er primært læger i klinisk basis uddannelse og organisatorisk tilknyttet henholdsvis kirurgisk- og medicinsk afdeling og refererer lægefagligt til deres respektive afdelinger.

Siden 1. januar 2012 har Akutmodtagelsen varetaget lægevagtsfunktionen i tidsrummet kl. 22.00-08.00

2.3 FREMME AF INTERN OG REGIONAL, TVÆRGÅENDE KOORDINERING

Ved overbelægningssituationer sker der primært en koordinering mellem de forskellige afsnit på en afdeling. Når kapaciteten er opbrugt, tages der kontakt til de øvrige afdelinger for at få plads til overskydende patienter. Hvis belægningen nærmer sig de 100 %, åbnes lukkede stuer og der lægges flere end 4 patienter ind på 4-sengsstuerne. Dette sker for at undgå patienter på gangene. Der vil blive kaldt ekstra personale ind i disse situationer. I sjældne tilfælde indstilles den planlagte aktivitet.

På både medicinsk og kirurgisk afdeling registreres dagligt belægningen. Disse data tilgår også direktionen. Der laves en lokal månedlig opgørelse over belægning i form af en patientfrekvensstatistik.

2.4 FREMME AF NØDBEREDSKAB VED SPIDSBELASTNING

Hospitalet kan tilvejebringe den nødvendige fysiske bufferkapacitet ved at lægge op til 6 patienter på 4-mands stuer, åbne lukkede sengestuer og udnytte kapacitet på kirurgisk afdeling ved bl.a. at aflyse elektive operationspatienter. Hospitalet har kun meget sjældent belægning på gangene.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 20 af 42

Bilag 3 Gentofte Hospital

3.1 FORBEDRET PATIENTFLOW

Hidtidige initiativer

I foråret har hospitalet haft fokus på samarbejdet mellem hospitalets specialer, så at én indgang for patienten både sikrer hurtigere behandling, hurtigere sygepleje og speciallægevurdering samt bedre service. Den nye arbejdsgang tilstræber, at svært syge patienter tilses af speciallæge i direkte forlængelse af triageringen og transporteres til specialafsnit uden yderligere ophold i modtageområdet.

Nye initiativer

Speciallæge i front er under implementering og er en del af den samlede omlægning af arbejds gange i akutklinikken. Den nye akutklinik blev taget i brug maj 2013. Der pågår en proces, for at integrere de nye arbejds gange med resten af afdelingen, som medfører en bedre ressourceudnyttelse såvel som hurtigere behandling af skadepatienterne. For at smidiggøre aftaleprocessen tages der også højde for den nye overenskomst, der træder i kraft pr 1.1.2014, hvor ordningen vil være fuldt implementeret.

For alle akutte patienter er svartid for biokemi og røntgenundersøgelser 2 timer efter ankomst til hospitalet.

3.2 FREMME AF AKUTMODTAGELSENS ORGANISATORISKE FUNKTION

”Senge”-kapacitet

Akutklinikken er nyindrettet og blev taget i brug maj 2013. Der er 11 behandlingslejer og et tilknyttet sengeafsnit med 21 senge. Der er på nuværende tidspunkt ikke planer om at udvide sengeantallet, da hospitalet har ledig kapacitet.

For at udnytte Region Hovedstadens samlede sengekapacitet maksimalt anbefaler hospitalet, at regionen i spidsbelastningsperioder justerer på optageområder, så patienterne i større grad visiteres direkte til hospitaler med ledig kapacitet.

Muligheder for at udvide i eksisterende byggeri

Hospitalet kan etablere yderligere kapacitet i udvendigt renoveret bygning i umiddelbar tilknytning til den nyetablerede og moderne akutklinik og sengeafsnit.

Indvendig renovering og etablering af ambulatoriefaciliteter på en etage i tilknytning til den eksisterende nyetablerede akutklinik vil koste ca. 55 mio. kr., mens yderligere 2 sengeetager (40 sengepladser) og en kontoretage vil medføre en meromkostning på ca. 35 mio. kr.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 21 af 42

”Fast track” i Akutmodtagelsen

Hospitalet har ”fast track” til småskader og visse medicinske situationer. ”Fast track” er bemannet med behandlersygeplejersker og sekretær samt lægefaglig bistand efter behov.

3.3 FREMME AF INTERN OG REGIONAL, TVÆRGÅENDE KOORDINERING

Direktionen og de medicinske afdelinger, herunder Akutklinikken overvåger dagligt belægningsituationen på baggrund af belægningslister. Akutklinikken har kompetencen til at udvisitere relevante patienter til de øvrige medicinske afdelinger ved overbelægning i modtageafsnittet.

De enkelte afdelingsledelser har ansvar for at sikre, at der skabes plads i afdelingerne til det følgende døgn akutte og elektive patienter, herunder om der skal aflyses elektiv aktivitet for at håndtere det akutte. Hvis der ikke via udskrivning af patienter er skabt acceptable belægningsforhold i afdelingen, foretages en lægelig vurdering af den enkelte patient for at skabe alternative løsninger til indlæggelse f.eks. ambulante genoptræning, hurtig advisering af hjemmeplejen, ambulante forløb etc.

3.4 FREMME AF NØDBEREDSKAB VED SPIDSBELASTNING

Ved den seneste ’overbelægningsituation’ havde hospitalet ikke patienter på gangene. Der er en generel nedgang i antallet af patienter, der visiteres til Gentofte, og hospitalet er lige nu i en proces omkring mulig nedlæggelse af medicinske senge. Det endelige antal er ikke afklaret.

Hospitalet har mulighed for at udvide sengeantallet efter behov, såfremt der er midler til at bemane disse pladser. Det kan dels foregå i de sengeafsnit, der er ledige efter flytning til den del af Sydfløjen, der er renoveret (ca. 45 sengepladser), og dels ved at tage den resterende del af Sydfløjen i brug, som beskrevet ovenfor.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 22 af 42

Bilag 4 Glostrup Hospital

4.1 FORBEDRET PATIENTFLOW

Glostrup Hospital har gennem mange år arbejdet med patient flowet i akutklinikken (og i den tidligere skadestue/modtagelse). For at fastholde fokus på hurtig patientflow afreporteres ventetider en gang om måneden til hospitalsdirektionen. Akutklinikken overholder alle servicemål for de enkelte triagefarver, og de samlede resultater viser, at 98 % af patienterne bliver behandlet inden for 60 minutter.

Selvom patienterne behandles hurtigt i akutklinikken, så er vurderingen, at der fortsat indlægges for mange patienter, som med speciallæger i front også uden for dagarbejdstiden vil kunne ”vendes i døren”, alternativt sikres den kortest muligt indlæggelse. Glostrup Hospital har netop øget speciallægefremmødet af mediciner og neurologer i akutklinikken på hverdage med medicinsk speciallægefremmøde om dagen til først på aftenen, og en neurologisk speciallæge til at overløpe mellem dag- og aftenarbejdstid (tidsrum med spidsbelastning). Fremmødet er finansieret af midler fra den centrale pulje i 2013 til styrkelse af akutmodtagelser/akutlinkker kombineret med interne midler.

Der er et ønske om yderligere fremmøde af medicinsk speciallæge i akutklinikken i alle ugens dage frem til kl. 21 samt en neurologisk speciallæge i weekender og helligdage. Dette vil kræve tilførsel af ca. 2,0 speciallæger. Merudgiften skønnes til 1,721 mio. kr. Det vil tage 3-6 måneder at implementere afhængig af rekrutteringsmulighederne.

4.2 FREMME AF AKUTMODTAGELSENS ORGANISATORISKE FUNKTION

”Senge”-kapacitet

Der er i akutklinikken 20 lejer. Der er på nuværende tidspunkt ikke planer eller mulighed for at udvide denne kapacitet.

Muligheder for at udvide i eksisterende byggeri

Der har indtil videre ikke været arbejdet med at udvide akutklinikken, da de fysiske rammer har været velfungerende. Men i forbindelse med implementering af det enstrengede akutsystem kan det blive nødvendigt at kigge på de fysiske rammer, når de skal rumme ca. 25.000 ekstra årlige besøg fra vagtlægerne, som i dag har til huse i en pavillon. Hospitalet har ikke set på konsekvenserne af at patienterne nu skal i akutklinikken.

”Fast track” i Akutmodtagelsen

Der er etableret ”fast track”, der tager hånd om de rene skadepatienter. Der er på nuværende tidspunkt ikke planer om at udvide denne kapacitet.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 23 af 42

4.3 FREMME AF INTERN OG REGIONAL, TVÆRGÅENDE KOORDINERING

Glostrup Hospital har i en årrække arbejdet med at finde løsninger til håndtering af overbelægning primært på medicinsk afdeling. Hospitalet har en vejledning om visitation i overbelægningssituationer. Vejledningen beskriver retningslinjer for visitation på 5 niveauer afhængigt af overbelægningsgraden samt hvilket organisationsniveau situationen løses på:

- Niveau 1: Overbelægning i én afd. Visiterende sygeplejerske kontakter de andre afdelingers visiterende sygeplejersker.
- Niveau 2+3: Overbelægning på tværs af afdelinger. Visiterende sygeplejersker indkalder til møde. Medicinsk afdelingsledelse informeres.
- Niveau 4: Massiv overbelægning, der kan håndteres internt. Afdelingsledelserne skal iværksætte tiltag for at nedbringe belægningen.
- Niveau 5: Massiv overbelægning, der ikke kan håndteres internt. Direktionen inddrages.

Glostrup Hospital foreslår, at der nedsættes Task force grupper i de 4 planlægningsområder med henblik på, at hjælpe hinanden ved overbelægning.

4.4 FREMME AF NØDBEREDSKAB VED SPIDSBELASTNING

Hospitalet har mulighed for at etablere bufferkapacitet på ca. 6 senge. Omkostningerne hertil er ikke belyst.

Alternativt foreslår hospitalet, at der udvides med et subakut ambulatorium i henholdsvis Medicinsk afdeling og Neurologisk afdeling, hvor akutklinikken kan booke tider til dagen efter, og dermed sende patienten hjem.

Medicinsk ambulant spor:

Der ønskes tilført ressourcer til 0,48 speciallæge, 0,48 sygeplejerske, 0,24 sekretær samt øvrig drift mv. i alt 0,990 mio. kr.

Neurologisk ambulant spor:

Der ønskes tilført ressourcer til 0,79 speciallæge, 0,79 sygeplejerske og 0,40 sekretær samt øvrig drift mv. i alt 1,203 mio. kr.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 24 af 42

Bilag 5 Herlev Hospital

5.1 FORBEDRET PATIENTFLOW

Hidtidige initiativer

Herlev Hospital evaluerer og nuancerer løbende en bred vifte af områder for at optimere patientflowet på det akutte område. Det samlede formål er at understøtte hurtig og korrekt fagligt beslutningsgrundlag for patienternes videre diagnostik og behandling.

I Medicinsk afdeling O er tjenestetidsplanlægningen for såvel speciallæger som plejepersonale tilrettet, så der sikres langt bedre kontinuitet i stuegangen i den enkelte uge i det enkelte sengeafsnit (samme speciallæge og sygeplejerske 4-5 dage/uge). Kontinuiteten giver større overblik, bedre planlægning og mere effektive patientforløb, hvilket kan aflæses i faldende liggetid. Tiltaget har bidraget konkret i arbejdet med at undgå overbelægningssituationer for de medicinske patienter generelt. Weekendstuegangen i sengeafsnittene er styrket med en speciallæge, hvilket medvirker til øget antal udskrivelser.

Der er indført modtagesygeplejerskefunktion på det medicinske område, hvilket har medført langt grundigere dataindsamling og dermed bedre grundlag for tidlig planlægning af såvel pleje- genoptrænings- og udskrivelsesforløb. I weekenderne er der indført koordinatorfunktion, der medvirker til mere jævnt og hensigtsmæssigt flow til de enkelte afsnit i Medicinsk afdeling.

Akutmodtagelsen foretager på baggrund af patientregistreringsdata løbende justeringer i personalets fremmøde for at optimere den samlede fremmødeprofil i forhold til patientindtaget. Dette har bl.a. foranlediget følgende styrkelse af fremmødet for:

- Læger og sygeplejersker tilknyttet kirurgisk team og skadeteam i tidsrummet kl. 12-20 på hverdage, hvor patientkoncentrationen i gennemsnit er højest.
- Læger og sygeplejersker tilknyttet kirurgisk team og skadeteam i weekender.
- Udvidet tilstedeværelse i akutmodtagelsen af medicinske speciallæger og yngre læger i vagt (Medicinsk afdeling O).
- Fast tilstedeværelse i akutmodtagelsen af geriatrisk team incl. speciallæge i dagtid på hverdage (Medicinsk afdeling O).
- Ekstra tilstedeværelse i akutmodtagelsen af medicinsk speciallæge i dagtid helligdage og week-end (Medicinsk afdeling O).
- Ansættelse af ortopædkirurgisk overlæge med særligt ansvar for tværfaglig organisatorisk koordinering af patientforløb.

Der er etableret fælles ”tavlemøder” i Akutmodtagelsens Skadeteam for at sikre fælles koordinering samt ressourceprioritering og – udnyttelse.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 25 af 42

Der er iværksat kompetenceudviklings- og uddannelses tiltag for sygeplejerskegruppen for at styrke de faglige kompetencer i vurderingen og håndteringen af den akutte patient.

Forløbsflowet er optimeret for en række konkrete patientkategorier i Akutmodtagelsen. Dette relateres til følgende "fast track"-forløb:

- Forankring af Flowmasterfunktionen og yderligere identificering og optimering af flaskehalse i Medicinsk team i samarbejde med medicinsk afdeling
- Fremskudt involvering af speciallæger ved modtagelse af medicinske patienter i form af superviserede gennemgange
- Hoftefrakturpatienter i samarbejde med Ortopædkirurgisk afdeling
- Nyrestenspatienter i samarbejde med Urologisk afdeling
- Patienter til kateterskrift i samarbejde med Urologisk afdeling
- Apopleksipatienter i samarbejde med Neurologisk afdeling

Patientflowet er forbedret i forhold til røntgenfunktionen tilknyttet Akutmodtagelsens funktion via:

- Delegeret ordinationsret til bestilling af billeddiagnostik for at minimere ventetiden
- Opgradering af røntgenapparatet i Akutmodtagelsens areal.

Der er etableret en Akutgruppe på hospitalet med repræsentation af direktionen, afdelingsledelsen på Akutmodtagelsen og samarbejdende afdelinger, som mødes fast med det formål at sikre den nødvendige tværfaglige involvering fra de kliniske afdelinger, som indlægger patienter gennem Akutmodtagelsen og dennes personale.

Implementeringen af hospitalets hidtidige initiativer har nedbragt den gennemsnitlige liggetid for akutte patienter i Akutmodtagelsen fra ca. 12,0 timer til ca. 8,4 timer i gennemsnit.

Nye initiativer

Forslag der iværksættes 2013 med helårsvirkning 2014 i 1.000 kr.

Team til blodprøvetagning i Akutmodtagelsen	1.600
Tilstedeværelse af radiograf i Akutmodtagelsen	1.383
Øget modtager- og koordinatorfkt. afd. D, O og T	4.048
Udvidelse af Sekretærfunktionen i Akutmodtagelsen	944
Herlev Hospital i alt	7.975

Forslag til nye initiativer med helårsvirkning 2014 i 1.000 kr.

Speciallæger til Gastroenheden	
Herlev Hospital i alt	1.396

Team til blodprøvetagning i Akutmodtagelsen

Der er forsøg med et assistent-team for at sikre hurtig blodprøve- og EKG-tagning ved patienternes ankomst. Dette skaber grundlaget for hurtig og korrekt beslutningsgrundlag for den videre diagnosticering. Indsatsen udføres i tidsrummet kl. 8-23 på hverdage og kl. 12-20 i weekender. Det har

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 26 af 42

erfaringsmæssigt vist sig, at når alle relevante prøver foreligger hurtigt og korrekt om den akutte patient i Akutmodtagelsen, kan der for en række patientforløb ske en reduktion på 1 indlæggelsesdag.

Tilstedeværelse af radiograf i Akutmodtagelsen

En mere kontinuerlig radiografdækning i Akutmodtagelsen vil have betydning for flowet i afdelingen. Der ønskes derfor en radiograf i Akutmodtagelsen om aftenen fra kl. 15-23.30 samt i dagtiden i weekenderne.

Radiologisk afdeling har et vagthold, der betjener hele huset med radiologiske ydelser. Udfordringen ift. flowet i Akutmodtagelsen er, at radiograferne i vagten i stigende grad foretager scanninger, idet der fra 2010 til 2013 har været en stigning på området på 96 %. Ventetiden på røntgen af ekstremiteter og thorax, som der ofte er brug for i Akutmodtagelsen, stiger derfor. I dag er der en fast radiograf i Akutmodtagelsen i dagtiden på hverdage.

Da patientindtaget i Akutmodtagelsen topper mellem 12 og 20 vil øget tilstedeværelse og samarbejde med radiografer kunne bidrage til hurtigere og mere kvalificeret diagnostik og dermed patientflow.

Øget modtager- og koordinatorfunktion i sengeafdelinger

I 2013 har Gastroenheden samt Medicinsk og Ortopædkirurgisk afdeling hver en sygeplejerske i sengeafdelingen, der sørger for et permanent flow i afdelingens patienter for løbende at matche flowet i Akutmodtagelsen. Disse sygeplejersker har desuden fokus på at sikre, at genindlæggelsesfrekvensen ikke øges for de patienter, der løbende udskrives fra sengeafdelingen. Tiltaget ønskes permanent.

Udvidelse af sekretærfunktionen i Akutmodtagelsen

I 2013 har Akutmodtagelsen fået bevilget tre sekretærer á 30 timer for at sikre flow i patientforløbene. Gennem daglig monitorering af kvalitetsmål for skrivning af journalnotater kan det i dag konstateres, at Akutmodtagelsen generelt efterlever opstillede servicekrav til tidstro dokumentation i journalføringen mv. Antallet af patienter og dermed journalnotater er stigende, og Akutmodtagelsen har anvendt hidtidige ressourcer til at optimere arbejds gange i Sekretariatet, som varetager journalopgaven for de akutte patienter. Bevillingen søges permanent.

Speciallæge, Gastroenheden

Speciallægedækningen ønskes øget i eftermiddags-/aftentimerne for at sikre et øget flow i patientforløbene i dette tidsrum indenfor det kirurgiske område, hvor der er et relativt stort patientindtag.

Den nedbragte gennemsnitlige indlæggelsestid i Akutmodtagelsen fra > 12 timer til nu 8,4 i gennemsnit kan bl.a. tilskrives flere igangsatte tiltag i flowmasterfunktion ved bagvagt i Medicinsk team. En del-forklaring er flere og hurtigere udskrivelse direkte fra Akutmodtagelsen, som er steget fra ca. 50 til nu 63 %. Der forventes en lignende effekt for de kirurgiske patientforløb med implementeringen af forslaget.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 27 af 42

5.2 FREMME AF AKUTMODTAGELSENS ORGANISATORISKE FUNKTION

”Senge”-kapacitet

Akutmodtagelsen har på nuværende tidspunkt følgende ”senge”-kapacitet:

- 1 traumeplads med mulighed for at udvide til 3 pladser ved spidsbelastning
- 24-26 lejepladser fordelt med 6 kirurgi-lejer, 3 medicin-lejer og 16-18 lejer i skadesteamet.
- 37 sengepladser fordelt med 13 kirurgiske, 20 medicinske og 3 senge i skadeteam. Ved spidsbelastning kan udvides til i alt 38 pladser.

Den seneste udvidelse med 4 sengepladser blev gennemført medio 2012 via ombygningstiltag i arealet.

Muligheder for at udvide i eksisterende byggeri

Hospitalet har udarbejdet et forslag til at optimere patientlogistikken og patientflowet i Akutmodtagelsen ved at gennemføre en række ombygninger i arealet for 4 mio. kr.

Forslaget omhandler en ombygning af adgangs- og venteforholdene for patienterne, som bl.a. medfører, at patienter og personale adskilles fra samme gangarealer. Desuden forbedres flowet i arbejdsgange og patientmodtagelsen ved, at modtagesranken udvides og forbedres, og der udvides med 2 lejepladser.

Ombygningsforslaget kan realiseres ved, at et udeareal på ca. 420 m² i en lysgård ved behandlingsbygningen inddrages som en tilbygning til Akutmodtagelsen.

”Fast track” i Akutmodtagelsen

Nuværende ”fast track” er beskrevet i afsnit 5.1 Forbedret patientflow.

Hospitalet planlægger aktuelt et ”fast track” i Akutmodtagelsens kirurgiske team for hurtig behandling af patienter med bylder (abcesser).

Opgaven med at eksperimentere og etablere nye ”fast track” forløb og kapacitetsstyring i regi af Akutmodtagelsen er forankret i en særlig funktion (læge med ortopædkirurgisk baggrund), som er ansat via tidligere bevilgede regionale midler til styrkelse af det akutte område.

5.3 FREMME AF INTERN OG REGIONAL, TVÆRGÅENDE KOORDINERING

Der foreligger en instruks for håndtering af patientflow og overbelægning i Akutmodtagelsen, som præciserer retningslinjerne for at sikre, at alle patienter i Akutmodtagelsen modtager hurtig kvalificeret vurdering, relevant

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 28 af 42

plan for viderebehandling, og at der opnås effektivt patientflow og udvisitering til andre afdelinger.

Ved overbelægningssituationer etableres daglige koordinationsmøder i Akutmodtagelsen med relevante afdelingsledelser, hvor der planlægges så optimale patientflow som muligt i den givne situation.

Det tilstræbes, at medicinske patienter udvisiteres til medicinske afdelinger og kirurgiske afdelinger udvisiteres til kirurgiske afdelinger.

5.4 FREMME AF NØDBEREDSKAB VED SPIDSBELASTNING

Ved en længerevarende storskala overbelægningssituation foranlediger direktionen, at der er daglig ledelsesvurdering og - driftsprioritering i Akutmodtagelsen om håndteringen af patientflow og overbelægning i forhold til patientindtaget. Alle afdelinger inddrages.

Planlægningen understøttes af daglige udsendte belægningslister for de sengebærende afdelinger, hvilket nuancerer grundlaget for visiteringen af patienter ved overbelægningssituationer.

I håndteringen af storskala overbelægning indgår endvidere følgende tiltag, hvor opgavevaretagelsen koordineres af afdelingsledelsen i Akutmodtagelsen med øvrige afdelinger:

- Kontakt til kommuner for hjemtagning af patienter.
- Kontakt til praktiserende læger med orientering om den aktuelle situation.
- Klinisk Biokemisk afdeling foranlediger øget ressourcer til blodprøvetagning samt anlæggelse af perifert venekateter med udstationering i Akutmodtagelsen.
- Klinisk Mikrobiologisk afdeling foranlediger udvidet service for MRSA-screening.
- Afdeling for Intern Service og Logistik foranlediger øget ressourceallokering af portør/rengøring til Akutmodtagelsen.

Der gennemføres ad hoc justeringer i afdelingernes vagtplanlægning, som efter behov afstemmes med direktionen. Dette involverer både kliniske og tværgående afdelinger samt støttefunktioner som portør/rengøring.

Ved længerevarende storskala overbelægning eller ved akut opstået kapacitetsmangel på hospitalet beslutter hospitalsdirektionen den videre håndtering af situationen i forhold til omverdenen. Dette involverer:

- Direkte kontakt på direktionsniveau til andre hospitalsdirektioner i Region Hovedstaden og koncerndirektionen.
- Mulighed for direktionsbemyndigelse til afdelingsledelsen i Akutmodtagelsen til at foranledige løbende kontakt til andre akutmodtagelser i regionen om patienthåndteringen, herunder konkrete aftaler om patientudveksling under hensyntagen til fagligt fornuftige patientforløb.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 29 af 42

Bilag 6 Hvidovre og Amager Hospital

6.1 FORBEDRET PATIENTFLOW

Hidtidige initiativer

Hvidovre Hospital

Akutmodtagelsen har fra 2009 til 2013 øget indtaget af indlagte patienter med 50 pct. Samtidig er udskrivningsfrekvensen til eget hjem/plejehjem øget fra 45-50 pct. i 2009 til 65 pct. i 2013. Liggetiden i Akutmodtagelsen er i perioden uforandret og ligger på ca. et døgn i gennemsnit.

Triagering af ambulanceindbragte medicinske patienter har forbedret patientflowet. Fra ambulancen bliver patienterne visiteret til direkte indlæggelse (I-kontakt) i sengeområdet i stedet for først at blive registreret og modtaget som en skade-kontakt (S-kontakt). I-kontakterne bliver indlagt på særlige 'akutstuer', hvor behandlingen er mere intens.

I 2013 har Akutmodtagelsen indført et akutark, som anvendes til den mest akutte kommunikation mellem sygeplejerske og læger til dokumentation af triagefarve, vitale værdier, objektive fund, planer, så at alt kan iværksættes akut, mens der ventes på den dikterede og senere trykte journal.

Speciallæger fra Medicinsk Enhed, Geriatriisk Team og neurologer møder i Akutmodtagelsen mellem kl. 8.00-9.30. Alle patienter tilses af en speciallæge og behandlingsplanen aftales.

Der er etableret visitationsmøder hver dag kl. 12.30 med de visiterende sygeplejersker fra de medicinske afdelinger. Indsatsen styrker patientflowet gennem accelereret udvisitering fra Akutmodtagelsen til de kliniske sengeafsnit. Afdelingsledelsen og direktionen mødes jævnligt og drøfter status på patientflow fra Akutmodtagelsen til sengeafdelingerne.

Der er etableret et geriatriisk team i Akutmodtagelsen bestående af geriater, geriatriiske sygeplejersker og fysioterapeuter, som screener samtlige patienter over 65 år. Ud af disse modtager ca. 25-30 pct. en målrettet og hurtig intervention fra en eller flere faggrupper fra teamet. Patienterne har typisk flere komplicerende sygdomme og en uholdbar hjemmesituation. Indsatsen er fokuseret mod fysisk funktion, genoptræningsplaner, medicinændringer, komplicerede hjemlige forhold og behov for speciallægeopfølgning efter udskrivelse.

I 2009 etablerede Akutmodtagelsen et medicinsk konsulenthold af erfarne medicinske læger fra hospitalet, som aflastede aftenvagten fra kl. 14-23 (ekskl. søndage). I 2011 blev et ortopædkirurgisk skadestuelægehold etableret, som afvikler skadestuekontakter som 'fast track' fra kl. 15-23 alle dage. I 2013 er antallet af kirurgiske skadelæger øget fra en til to i nattevagt. Det har medført at ventetiden for S-kontakter er faldet om natten.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 30 af 42

Akutmodtagelsen har gennemført en balanceret justering af sengekapa­citeten, hvor tre-sengsstuer er konverteret til to-sengsstuer, og hvor det samlede antal stuer er udvidet, så sengeantallet er fastholdt. Ændringen har forbedret patienternes ophold i Akutmodtagelsen og forbedret personalets arbejdsvilkår.

Etablering af lægekonsulenthold, Geriatrisk Team og omlægning fra tre-sengs til to-sengsstuer har medført et større og bedre patientflow i Akutmodtagelsen og har været en forudsætning for, at aktiviteten er udvidet med 50 pct. siden 2009.

Hvidovre Hospital har ultimo 2012 gennemført en større analyse på Akutmodtagelsen om bl.a. organisering, ledelse, vagtplanlægning og arbejds­gange. Med afsæt i disse resultater er der gennemført en række udviklingsprojekter, bl.a. en ny organisering, ny lederstruktur, ændrede arbejds­gange. Ændringerne har skabt mere effektiv ressourceudnyttelse og bedre arbejdsmiljø.

Amager Hospital

Medicinsk Afdeling har gennem længere tid anvendt lean på patientforløb til at nedbringe liggetiden. En Lean gruppe er etableret i foråret 2013, som optimerer patientflowet i Akutklinikken.

Nye initiativer

Forslag der iværksættes 2013 med helårsvirkning 2014 i 1.000 kr.

Større medicinsk sengekapa­citet	3.475
Styrket plejenormering i Akutmodtagelsen	1.673
Udvidet speciallægebemanding i Akutmodtagelsen	989
Hvidovre Hospital i alt	6.137

Forslag til nye initiativer med helårsvirkning 2014 i 1.000 kr.

Fastholdelse af farmakonome­r i Akutmodtagelse	
Hurtigere blodprøvesvar i Akutmodtagelsen	
Udvidet røntgenkapacitet i Akutmodtagelsen	
Udvidet portørbetjening i Akutmodtagelsen	
Hvidovre Hospital i alt	3.696

Større medicinsk sengekapa­citet

Hvidovre Hospital vurderer, at overbelægningen i vinteren 2012/13 også skal ses i sammenhæng med, at hospitalet ikke har tilstrækkelig kapacitet til at håndtere det stigende demografiske pres, som særligt gør sig gældende i planområde Syd. Konsekvensen har været, at Akutmodtagelsen ikke kunne komme af med patienterne til de kliniske afdelinger, og at AMA og observationssengene ”sandede til” med patienter, der burde ligge oppe i huset. Resultatet var relativt kaotiske forhold i Akutmodtagelsen på grund af de snævre pladsforhold. Hvidovre Hospital søger derfor om at udvide den medicinske sengekapa­citet og dermed forbedre patientflowet fra Akutmodtagelsen. Det er muligt at udvide med femsenge i Medicinsk Enhed, Endokrinologisk sengeafsnit 222.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 31 af 42

Styrket plejenormering i Akutmodtagelsen

Akutmodtagelserne er i dag- og aftenvagter normeret med 18 henholdsvis 16 sygeplejersker i fast fremmøde. Hvidovre Hospital ønsker at øge antallet af behandlersygeplejersker med et vagtlag i dagtimerne og to vagtlag i aftentimerne. Udvidelsen sker af hensyn til at nedbringe ventetiden.

Udvidet speciallægebemanding i Akutmodtagelsen

Akutmodtagelse vil ansætte en speciallæge til at supervisere og koordinere indsatsen i afdelingen. Opgaven bliver i dag varetaget af den ledende overlæge på Akutmodtagelsen. Opnormering af afdelingens speciallægekompetencer vil styrke speciallægedækningen.

Fastholdelse af farmakonomer i Akutmodtagelsen

Akutmodtagelse har i en forsøgsperiode benyttet farmakonomer i dagvagt til at rådgive og udlevere medicin i Akutmodtagelsen. Projektet er ophørt, men viser, at indsatsen styrker patientens sikkerhed i forhold om medicingivning. Samtidig har ordningen øget flowet, fordi den specialiserede medicingivning har forkortet patientens ventetid i Akutmodtagelse. En varig fastholdelse af farmakonomer i Akutmodtagelsen koster to farmakonomer i dagtimerne (fra kl. 8.00 til 15.30).

Hurtigere blodprøvesvar i Akutmodtagelsen

Klinisk Biokemisk Afdeling betjener Akutmodtagelse med to blodprøveopsamlinger i dagtimerne (henholdsvis kl. 8.00 og 12.30). Fra kl. 15.30 til kl. 22.30 opsamlers afdelingen prøver hver time. Akutmodtagelsen vil gerne udvide ordningen i dagtimerne, så blodprøver opsamlers hver time fra kl. 8.00 til 22.30. Initiativet vil styrke patientflowet i Akutmodtagelse og reducere svartiderne. En udvidelse af prøveopsamling vil kræve 1,4 bioanalytikere, som dækker alle ugens dage fra kl. 8.00 til 15.30.

Endvidere etablerer Hvidovre Hospital i 2014 rørpostanlæg fra Akutmodtagelse til Klinisk Biokemisk Afdeling, som vil medføre, at prøver kan analyseres med betydeligt kortere svartider. Erfaringer fra andre hospitaler viser svartider på omkring 20 minutter.

Udvidet røntgenkapacitet i Akutmodtagelsen

Akutmodtagelsen har patienter i akutte/subakutte senge, som venter på billeddiagnostiske undersøgelser (særligt ultralyd, røntgen af thorax og knoglerøntgen). Ventetiden kan reduceres ved at etablere 'bufferzoner' af to timers varighed tidligt om morgenen (kl. 6.00-8.00) og sen eftermiddag (kl. 15.00-17.00), hvor undersøgelserne bliver gennemført og beskrevet. I buffertiderne er der ubrugt maskinkapacitet, men der skal tilføres 1 radiograf, ½ radiolog og ½ sekretær samt utensilier.

Udvidet portørbetjening i Akutmodtagelsen

Noget af den inerti, der opstår i behandlingen af akutte og subakutte patienter skyldes begrænset portørkapacitet. Hvidovre Hospital foreslår at udvide portørbetjeningen i Akutmodtagelsen med et vagtlag i dag- og aftentimerne, dvs. fra kl. 8.00 til 20.30. Udvidelsen koster knap 4 årsværk.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 32 af 42

6.2 FREMME AF AKUTMODTAGELSENS ORGANISATORISKE FUNKTION

”Senge”-kapacitet

Akutmodtagelsen på Hvidovre Hospital har 29 normerede senge og 6 observationssenge til korttidspatienter.

Akutklinikken på Amager Hospital har 9 observationssenge og 15 behandlingsrum med senge/lejer. Etablering af observationsafsnit i 2011 med 9 senge har haft effekt på belægning ved at 60 % af indlagte i dette afsnit udskrives indenfor 24 timer.

Muligheder for at udvide i eksisterende byggeri

Akutmodtagelsen på Hvidovre Hospital kan ikke udvide kapaciteten i de eksisterende bygninger. Tværtimod vil det i forbindelse med overtagelse af lægevagten være nødvendigt med en mindre ombygning, der vil reducere antallet af observationssenge med 1 seng.

På Amager Hospital er der ikke umiddelbart mulighed for at udvide kapaciteten i de eksisterende bygninger.

”Fast track” i Akutmodtagelsen

Hvidovre Hospital

”Fast track” er implementeret for S-kontakter, når speciallægekompetencerne er til rådighed mellem kl. 15-23. Øvrig tid på døgnet afhænger af de kompetencer, som ortopædkirurgisk afdeling stiller til rådighed for skadestueområdet.

Der er implementeret ”fast track” for patienter i accelererede hofteforløb, særligt ved mistanke om fraktur og luksation.

Bioanalytiker assistance og ventetid på røntgen og særligt akutte ultralydsundersøgelser udgør de største barrierer for at udvide ”fast track” resten af døgnet.

Amager Hospital

Der er etableret ”fast track” for de patienter, der er visiteret blå, hvor behandlersygeplejersker er uddannet til at varetage opgaven.

6.3 FREMME AF INTERN OG REGIONAL, TVÆRGÅENDE KOORDINERING

Amager-Hvidovre Hospitaler har et meget tæt samarbejde, hvor de ved overbelægning altid hjælper hinanden. Hospitalerne følger en visitationshåndbog, hvor tiltag ved overbelægning nøje er beskrevet.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 33 af 42

Der udkommer tre gange dagligt en elektronisk belægningsmelding for alle afdelinger på Amager og Hvidovre Hospitaler, hvoraf både den aktuelle belægning, den normerede sengekapacitet og den fysiske kapacitet er anført.

Hvis stamafdelingen har overbelægning og har udnyttet sin fysiske kapacitet (inkl. undersøgelsesrum o.l.) til overbelægning, kan patienten enten forblive i Akutmodtagelsen eller omvisiteres til anden afdeling. For omvisitering til anden afdeling på grund af pladsproblemer gælder følgende principper for den omvisiterede patient:

- Det laveste observationsbehov
- Udvisitering sker primært til sengeafsnit med ledig kapacitet
- Sekundært udvisiteres/omvisiteres patienter til andre afdelinger i følgende tempi:
 1. Medicinske patienter omvisiteres til andre medicinske afdelinger
 2. Kirurgiske patienter omvisiteres til andre kirurgiske afdelinger
 3. Som en sidste mulighed omvisiteres medicinske patienter til kirurgiske afdelinger eller kirurgiske patienter til medicinske afdelinger.

Når Akutmodtagelsen har overbelægning, kan AMA-bagvagten beslutte sig for at udvisitere til alle afdelinger. Overordnet ansvar for visitation ligger hos Visitationschefen, der er den ledende overlæge i Akutmodtagelsen eller dennes stedfortræder, som er AMA-bagvagten.

Amager Hospital har netop afsluttet en analyse af praksis for færdigbehandlede patienter på hospitalet med henblik på hurtigere udskrivning til kommunerne. Hospitalet er i løbende dialog med kommunerne om behovet for, at kommunerne hjemtager patienterne – også til midlertidige ophold – inden patienterne udskrives til eventuel plejebolig.

6.4 FREMME AF NØDBEREDSKAB VED SPIDSBELASTNING

Hvidovre Hospital har ikke patienter på gangene. Akutmodtagelsen benytter observationspladser ved overbelægning. Derudover har afdelingen mulighed for at udvide med to ekstra pladser på sengestuerne. I afdelingerne kan der på flere stuer ligge tre patienter på to-sengsstuer. Afdelingen anvender tillige undersøgelsesrum ved markant overbelægning. Ved overbelægning låner Akutmodtagelsen senge i særligt det ortopædkirurgiske og gynækologiske område.

Amager Hospital har igangsat en fysisk gennemgang af lokaler med Projektchef for Beredskabskomitéen for at identificere mulige overbelægningspladser og for at imødekomme krav til patientsikkerhed og brandsikkerhed.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 34 af 42

Bilag 7 Nordsjællands Hospital

7.1 FORBEDRET PATIENTFLOW

Forslag der iværksættes 2013 med helårsvirkning 2014 i 1.000 kr.

Speciallæger til Kardiologisk, Nefrologisk, Endokrinologisk afdeling	2.190
Speciallæger til Lungeinfektionsmedicinsk afdeling	2.645
Plejepersonale til Kardiologisk, Nefrologisk, Endokrinologisk afdeling	1.407
Nordsjællands Hospital i alt	6.242

Forslag til nye initiativer med helårsvirkning 2014 i 1.000 kr.

Plejepersonale til Medicinsk Blok	
Opnormering af læger i Akutklinikken i Frederikssund	
Øget anæstesitilstedevær i dag tid i Frederikssund	
Nordsjællands Hospital i alt	4.419

Opnormering af frontpersonale ved en øget speciallægedækning af Akutafdelingen.

Formålet er at sikre bedre lægedækning af Akutafdelingen, hvorved der opnås en øget acceleration af patientforløbene, som understøtter mere kvalificeret og hurtigt patientflow for de akutte patienter, og ligeledes bidrager til at reducere overbelægning.

Konkret udvides lægebemandingen for henholdsvis Kardiologisk, Nefrologisk og Endokrinologisk afdeling (KNEA) og Lungeinfektionsmedicinsk afdeling (LIA) med én speciallæge for hver af de to afdelinger i tidsrummet kl. 15.24- kl. 22.48 fra mandag til fredag hele året rundt. I dag er der dækning med én speciallæge fra hver af de to afdelinger fra kl. 08.00-15.24.

For at kunne dække vagten kræves 1,22 læge i hvert vagtlag. Samlet medfører forslaget behov for ansættelse af 2 speciallæger i begge afdelinger til en samlet udgift på 4,835 mio. kr. inkl. delevagtstillæg, svarende til en opnormering med 4,5 speciallæger.

Den ekstra normering som frigøres vil blive anvendt til følgende formål:

- styrkelse af patientgennemgangen i Akutafdelingen i tidsrummet kl. 0845-kl. 0945 med henblik på at øge patientflowet til de medicinske sengeafsnit
- dækning af manglende normering til at sikre tilstedeværelse af 1 speciallæge for LIA og KNEA i tidsrummet kl. 08.00- kl.15.24 alle ugens dage hele året rundt, som bidrager til at sikre hurtigere udskrivning af raske patienter og derved undgå overbelægning.
- udvidelse af specialelægedækning i tidsrummet kl.15.24- kl. 22.48 med en speciallæge ekstra for hvert af de to specialer LIA og KNEA, som ligeledes bidrager til at sikre hurtig afklaring og behandling.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 35 af 42

Forventningen er, at øget speciallægedækning vil accelerere strømmen af patienter fra akutafdelingen - primært videre ud på sengeafdelinger og sekundært til udskrivning, gennem hurtig afklaring og behandling i de medicinske afdelinger.

Status: Implementeret i sensommeren 2013

Opnormering af frontpersonale ved en styrkelse af plejebemandingen

Formålet er at sikre en høj professionel standard og patientsikkerhed i hospitalsbehandlingen døgnet og året rundt på de medicinske afdelinger, der tidligere har været præget af konstant overbelægning samt mange ældre og meget plejetunge patienter.

Konkret er der sket en opnormering på hvert af de medicinske afsnit (KNEA, LIA og Neurologisk Afdeling) med:

- 1 sygepl. ekstra i dagvagt alle ugens 7 dage
- 1 sygepl. ekstra i aftenvagt alle ugens 7 dage.

I alt svarende til en opnormering på ca. 22 fuldtidsstillinger på plejesiden. Forslagene omfatter 3 stillinger i Medicinsk Blok.

Forventningen er, at en opnormering på plejesiden vil skabe bedre patientsikkerhed og mere optimale forhold for modtagelse og pleje af de medicinske patienter.

Status: Implementeret i sensommeren 2013

Opnormering af akutlægerne i Akutklinikken og ansættelse af anæstesilæger i Frederikssund

Formålet er at sikre optimeret patientflow og kapacitetsudnyttelse på akutklinikken i Frederikssund, som har fælles drift med akutmodtagelsen i Hillerød. For nuværende opleves et stort pres på vagtbemandingen i eftermiddagstimerne, hvilket betyder, at speciallægen kan have vanskeligt ved at nå at tilse alle patienterne inden dagstjenesten slutter kl. 1800.

Hertil kommer ønske om at øge anæstesi tilstedeværelsen i dagtid på Frederikssund. Formålet er at håndtere tilstrømningen af akutte patienter bedre såvel som bedre kapacitetsudnyttelse af Frederikssund matriklen, og herved muliggøre bedre fordeling af patienter mellem de to matrikler i Nord og reducere overbelægningssituationer til et minimum

Konkret ønskes vagtbemandingen ændret til, at de to speciallæger, som i dag har dagstjeneste til kl. 18.00, ændres til, at to speciallæger har tjeneste til kl. 15.24, hvorefter de fortsætter i delvagt frem til kl. 21.00. Herved er der to speciallæger tilstede på matriklen til kl. 21.00. Hertil kommer tilførsel af 1,5 anæstesilæge til tilstedeværelse i dagtid på Frederikssund.

Forventningen er, at initiativet understøtter mulighederne for bedre kapacitetsudnyttelse og fordeling af akutte patienter, som sikrer, at hospitalet undgår overbelægning og optimerer patientflow samt understøtter høj professionel standard og patientsikkerhed i hospitalsbehandlingen døgnet og året rundt.

Status: Ikke igangsat

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 36 af 42

7.2 FREMME AF AKUTMODTAGELSENS ORGANISATORISKE FUNKTION

”Senge”-kapacitet

Akutmodtagelserne på Nordsjællands Hospital benytter benævnelserne ”pladser”, der dækker over både senge, lejer og hvilestole, hvorfor det ikke kan opgøres i lejer/senge. Den samlede kapacitet i Planområde Nord er 78 pladser fordelt på

- Akutmodtagelsen Nordsjællands Hospital – Hillerød: 68 pladser,
- Akutklinikken Nordsjællands Hospital – Frederikssund: 10 pladser

Muligheder for at udvide i eksisterende byggeri

På Nordsjællands Hospital- Frederikssund er der mulighed for at udvide akutklinikken i det eksisterende byggeri. Der er i foråret 2013 igangsat et projekt for at forbedre de nuværende fysiske rammer i Akutklinikken, som omfatter både behandlerområdet og sengeområdet. Dette forventes afsluttet i løbet af efteråret. Derudover kan Akutklinikken areal udvides ved at inddrage det tidligere opvågningsrum, hvor der kan indrettes 5-10 nye sengepladser.

Akutmodtagelsen på Nordsjællands Hospital - Hillerød har de seneste år gennemgået en større ud- og ombygning for at udnytte de eksisterende rammer bedre. Der er ikke muligheder for udvidelser med mindre, der er tale om en større udbygning og rokade med dertil knyttet finansieringsbehov.

En eventuel yderligere ny ombygning af Akutmodtagelsen i Hillerød eller akutklinikken i Frederikssund bør ses i lyset af den forventede flytning og samling i Nyt Hospital Nordsjælland i 2020.

”Fast track” i Akutmodtagelsen

I Akutmodtagelsen er etableret ”fast track” for ortopædkirurgiske patienter samt et ”fast track” til ikke-ortopædkirurgiske forløb med mulighed for hurtig hjemsendelse.

- ”Fast track” til ortopædkirurgiske skader er til småskader, der kan afklares klinisk eller ved et enkelt røntgenbillede og er åbent kl. 13-21. Sporet er bemannet med behandlersygeplejersker og ortopædkirurg på mellemvagtsniveau.
- Ikke- ortopædkirurgiske forløb med mulighed for hurtig hjemsendelse er ikke et dedikeret ”fast track”, da volumen ikke er stor nok. Dog forholder det sig sådan, at triagelægen behandler og afslutter ukomplicerede patienter i triagen, hvilket svarer til en ”fasttrack” funktion. Dette gælder for alle specialer. Denne funktion er blot én af triagelægens funktioner, da triagelægen er speciallæge i akutafdelingen. Funktionen bemannes kl. 08-22 i hverdage og kl. 08-16 i weekenden frem til oktober, hvor der åbent alle dage kl.08-22.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 37 af 42

7.3 FREMME AF INTERN OG REGIONAL, TVÆRGÅENDE KOORDINERING

I januar 2013 blev der udarbejdet interne retningslinjer for ”Håndtering af akutte overbelægningssituationer på Nordsjællands Hospital” for at håndtere overbelægningen akut. De interne retningslinjer gælder pt. for de medicinske afdelinger inkl. onkologi / palliation og neurologi / neurorehabilitering.

Overbelægning på det medicinske område opgøres dagligt kl. 10 i forhold til normerede belagte senge på stamafdelinger. Overbelægning beregnes som gennemsnit for den medicinske blok. Ved overbelægning på kun én afdeling udlignes med øvrige medicinske afdelinger.

Overbelægning indenfor det kirurgiske område forudsættes udlignet indenfor Ortopædkirurgi, Kirurgi, Gynækologi og Øre-Næse-Hals.

Systematisk håndtering af isolationspatienter

Der er tale om et gradueret beredskab ved henholdsvis 10, 15 eller 30 tilfælde af influenza, ”Roskilde syge” eller tilsvarende. Beredskabet er en generel foranstaltning og uafhængig af en eventuel overbelægningssituation.

Når antallet af tilfælde **overstiger 10** lukkes for yderligere indtag af patienter i et infektionsmedicinsk afsnit, og patienter med indlæggelsesdiagnosen influenza eller ”Roskilde-syge” indlægges direkte i infektionsmedicinsk afsnit. Dette vil kræve udstationering af reservelæge fra Akutafdelingen, som dermed vil mangle i akutafdelingen.

Når antallet af influenza eller ”Roskilde-syge” tilfælde **overstiger 15** inddrages yderligere et infektionsmedicinsk afsnit, som herefter lukker for yderligere indtag.

Når det samlede antal tilfælde af smitsomme sygdomme og andre relevant isolerede patienter i Lunge- og infektionsmedicinsk afdelings to afsnit **overstiger 30**, vil der være behov for at åbne yderligere et sengeafsnit i afdelingens regi.

Endvidere arbejdes der fortsat med en systematisk og logistisk mere optimal håndtering af isolationspatienter (primært influenza eller ”Roskilde-syge”), så at smitekilden hurtigere stoppes og antallet af sengedage reduceres.

7.4 FREMME AF NØDBEREDSKAB VED SPIDSBELASTNING

Hospitalet vurderer, at de har tilstrækkelig fysisk bufferkapacitet på Frederikssund-matriklen til at nedbringe eventuel gangbelægning på de medicinske afdelinger. Det forudsætter dog, at patientflowet fortsat kan optimeres og udbygges, herunder også matriklerne imellem. For matriklen i Hillerød er der begrænsede fysiske muligheder for at etablere bufferkapacitet.

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 38 af 42

Bilag 8 Rigshospitalet

FREMME AF INTERN OG REGIONAL, TVÆRGÅENDE KOORDINERING

Rigshospitalet har en hospitalsprofil der gør, at de for mange specialer har en bagstopperfunktion. Derfor skal der altid gøres plads til de allerdårligste patienter. I tilfælde af overbelægning, der ikke kan håndteres på Rigshospitalet, udskriver hospitalet de mindst syge patienter til et hospital i patientens lokale planområde. Disse hospitaler kan dermed blive belastet yderligere. Rigshospitalet er meget opmærksomme på denne mekanisme og gør hvad de kan for, at dette kun sker i yderste nødstilfælde.

BørneUngeKlinikkens afsnit for børn med onkologiske og hæmatologiske sygdomme har i 1. halvår af 2013 måttet viderevisitere 9 børn til behandling på andre hospitaler som følge af kapacitetsproblemer. Det er kendt, at antallet af nydiagnosticerede børn fluktuerer, og et behandlingsforløb kan vare mellem et halvt og to et halvt år afhængig af diagnosen. Det er ikke muligt at opnormere afsnittet med kort varsel, da området kræver erfarne og specialuddannede sygeplejersker. Det er dermed nødvendigt at have et højere beredskab for at kunne undgå en situation med viderevisitering af børn. Rigshospitalet er ved at løse problemet med den fysiske kapacitet ved en røkad og en budgetansøgning om ressourcer til at etablere yderligere to senge.

Rigshospitalet har specialer på hovedfunktionsniveau med eget optageområde. Her opstår overbelægning i perioder som på andre hospitaler. Dette håndteres internt, hvis det overhovedet kan lade sig gøre, og ellers i dialog med regionens øvrige hospitaler.

Hospitalet har særlige udfordringer på intensivområdet, hvor Rigshospitalets tre intensivafdelinger kører med maksimal belægning og indimellem også overbelægning. Hvis situationen er helt tilspidset aflyses operationer – fx på hjerteområdet. Også på intensivområdet gælder det, at hospitalet indimellem bliver nødsaget til at skabe plads til endnu mere alvorligt syge - alvorlige traumer mv. og derfor må overflytte intensivpatienter til andre hospitaler i regionen eller i andre dele af landet. På intensivområdet koordineres tæt med de øvrige intensivafdelinger i regionen.

Kapacitetsproblemerne på intensivområdet i neurokirurgien forventes løst i forbindelse med den bevilling, som aktuelt er under udmøntning

Hospitalet har på det højt specialiserede et fint samarbejde med afdelinger i regionen, i resten af Danmark og Skåne. Hvis hospitalet må afvise at tage patienter ind, vil patienten typisk blive henvist til Århus, OUH, Herlev Hospital eller Skåne.

Klinikledelser og centerledelser er løbende opmærksomme på overbelægning i egen klinik og eget center. Hvis overbelægningen når et omfang, så det får

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 39 af 42

konsekvenser for fx planlagte operationer, drøftes dette på det ugentlige møde mellem centerdirektører og hospitalsdirektion. Dette så der eventuelt kan indgås aftaler på tværs af centre.

AKC (Akut Koordinations Center) på Rigshospitalet har et samlet overblik over Rigshospitalets modtagekapacitet. Klinikkerne melder til AKC, hvis de får en ekstraordinær belastning med patientindtag, sygdom blandt personalet eller andet, der påvirker klinikkens modtagekapacitet. AKC er behjælpelig med kontakten til AMK om bl.a. visitationen til klinikken, hvis der er behov for det.

UDKAST

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 40 af 42

Bilag 9 Status for udmøntning af de afsatte midler til yderligere styrkelse af akutmodtagelser, akutklinikker og akutte

Der er ved vedtagelse af Budget 2013 – 2016 afsat en pulje på 25. mio. kr. årligt til en yderligere styrkelse af akutmodtagelser, akutklinikker og akutte tilbud.

Regionsrådet besluttede på møde den 12. marts 2013 at udmønte de afsatte midler som foreslået i mødesagen, og at Kvalitetsudvalget anmodes om at følge udviklingen. Der er på den baggrund indhentet status fra hospitalerne for udmøntning af de tildelte midler, der overvejende skal anvendes til at sikre speciallægestilstedeværelse i de akutte modtagelser. En del af midlerne er udmøntet, og der er iværksat ansættelsesprocesser mv. med henblik på udmøntning af de resterende midler i løbet af efteråret 2013.

Status for udmøntning af de afsatte midler

HOSPITAL	FORSLAG	ØKONOMI/STATUS
Hvidovre-Amager Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Udvidelse af tilstedeværelsesvagt i børneakutmodtagelsen og i akutmodtagelsen. • Øget plejenormering i akutmodtagelsen. • Udvidelse af sengekapaciteten i Medicinsk Enhed med fem senge. 	<p>I alt 6.128 i 2013 stigende til 7.721 i 2014.</p> <p>Hvidovre Hospital vil fra 2014 selv medfinansiere tiltaget med 1,6 mio. kr. årligt.</p> <p><i>Midlerne til øget plejenormering og udvidet sengekapacitet er udmøntet pr. 1. april 2013. Den udvidede tilstedeværelsesvagt i børneakutmodtagelsen og akutmodtagelsen er udmøntet pr. 1. august 2013</i></p>
Glostrup Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Udvidet medicinsk speciallægefremmøde i akutklinikken om dagen til først på aftenen. • En neurologisk speciallæge til at overløpe mellem dag- og aftenarbejdstid (tidsrum med spidsbelastning). 	<p>Udgift i alt pr år 1.825.042 kr.</p> <p>Midlerne dækker 230 hverdag om året og ikke 260 dage. Glostrup Hospital finansierer selv de 220.000 kr., som det koster at udvide ordningen til alle hverdage året rundt.</p> <p><i>Tiltagene er iværksat.</i></p>
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Trinvis udvidelse af speciallæger tilknyttet AMK, Bispebjerg Hospital. <p>Der er på nuværende</p>	<p>Udgift i alt pr år. 3 – 3,5 mio. kr. årligt.</p> <p><i>Processen er igangsat i henhold til planen, og der er aktuelt besat yderligere</i></p>

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

Bilag 3 - Side 41 af 42

	<p>tidspunkt 3 speciallæger tilknyttet AKM, Bispebjerg Hospital. Dette vagtlag foreslås udbygget med 3 – 3,5 speciallæge. Det giver mulighed for udvidet dækning i dagtid frem til kl. 18.00 på hverdage og dækning i belastede perioder weekend aftener/dagtid via lokalaftaler.</p> <ul style="list-style-type: none"> Resterende midler allokeres til arbejdsomlægninger i afdelinger med betydelig akut aktivitet omkring AKM (ortopædkirurgi, kirurgi, intern medicin og neurologi) med sigte på øget speciallægetilstedeværelse i vagtperioden. 	<p><i>1 speciallægestilling i Akutmodtagelsen. Rekruttering af yderligere speciallæger er i gang.</i></p> <p><i>Der er nedsat en arbejdsgruppe, der drøfter den faglige struktur og øget speciallægedækning i vagtperioden. De resterende midler udmøntes, når der er udarbejdet en samlet fordelingsnøgle for ressourcer, som følge af dette arbejde. Dette forventes at foreligge september 2013, men med yderligere tid inden der kan rekrutteres og ansættes.</i></p>
Gentofte Hospital	<ul style="list-style-type: none"> Udvidet tilstedeværelse af speciallæge i akutklinikken alle dage i tidsrummet 15.00-22.00. 	<p>Udgifter i alt pr. år 1.509.730 kr.</p> <p><i>Speciallæge i front er under implementering.</i></p>
Herlev Hospital	<ul style="list-style-type: none"> Gennemgående flowansvarlig speciallæge fra kl. 8-21 alle ugens dage – 3,1 stilling = 3.699.100 kr. årligt. ”Lukke- /slukkefunktion på Medicinsk Afd. O hverdage kl. 15.24-18.00 X 2 – 0,88 stilling = 793.800 kr. årligt. Ekstra weekend dagvagt kl. 8.00-15.00 i sengeafsnittet – 0,48 stilling = 670.200 kr. årligt. 1 ortopædkirurgisk reservelæge til 550.000 kr. årligt. 	<p>Udgifter i alt pr. år 5.713.100 kr., hvoraf Herlev Hospital finansierer differencen mellem dette beløb og den tildelte bevilling på 5.468.662 kr.</p> <p><i>Midlerne er udmøntet i april 2013.</i></p>
Nordsjællands Hospital	<ul style="list-style-type: none"> Ansættelse af 1 ekstra akutlæge (speciallæge) i Akutafdelingen til forlænget tilstedeværelse i weekend samt vagthonorar hertil. Årlig udgift 1,1 mio. kr., Etablering af et såkaldt bioanalytisk TechTeam, der er et specialiseret monofagligt bioanalytikersteam, som indgår i et multidisciplinært samarbejde med det øvrige personale i akutområdet. Tech-teams ansvar er at 	<p>Udgifter i alt pr. år 5,53 mio. kr.</p> <p><i>Ansættelse af akutlæge forventes gennemført pr. september 2013.</i></p> <p><i>Det bioanalytisk Tech Team er etableret.</i></p>

Punkt nr. 6 - Strategi for at nedbringe overbelægning

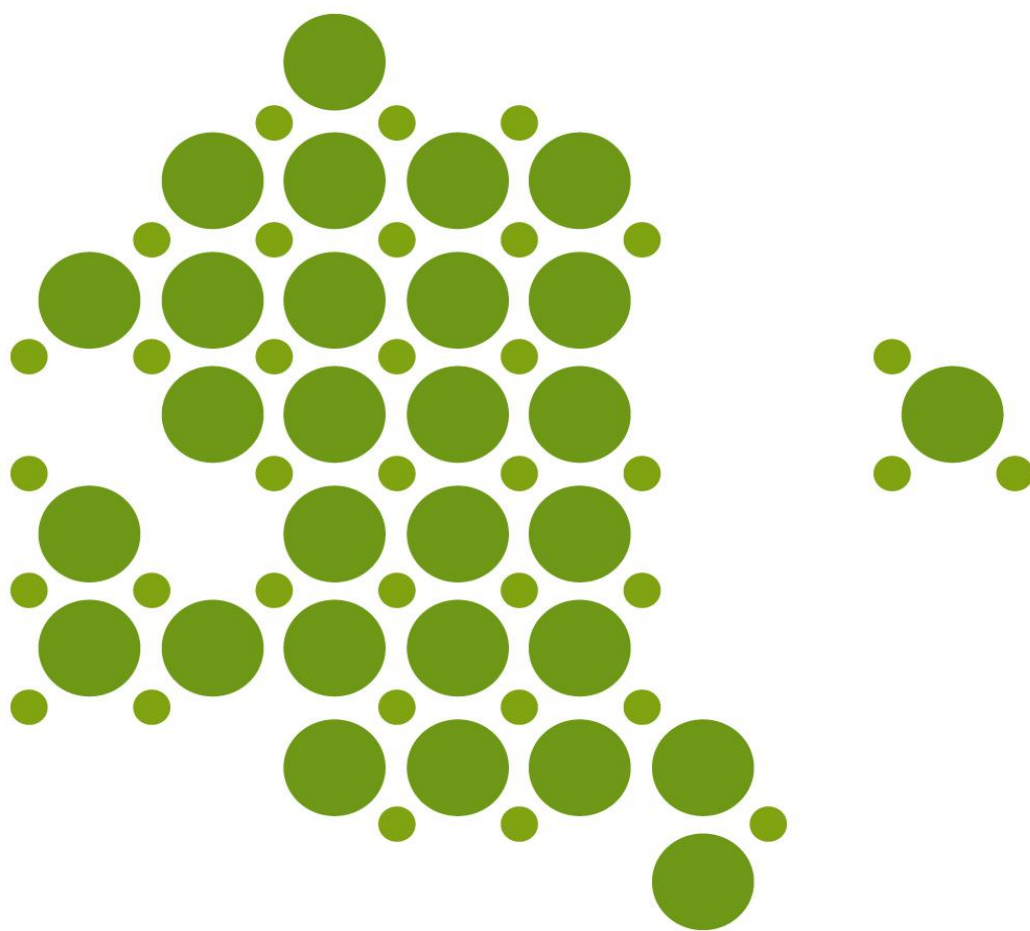
Bilag 3 - Side 42 af 42

	<p>prioritere og koordinere opgavevaretagelsen i relation til patientens behov (f.eks. triagekategorier) i stedet for "runder" som nu. Årlig udgift 1,1 mio. kr.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekstra serviceassistent i Akutafdelingen. Årlig udgift 0,33 mio. kr. • Styrkelse af Akutklinikken i Frederikssund. Der skal afsættes ressourcer til koordinatorfunktioner, triagefunktion, behandlere mv. i det tidsrum, hvor akutklinikken er åben. Derudover skal antallet af akutsygeplejersker opnormeres, og der skal være de fornødne sekretærressourcer til modtagelse, registrering og journalskrivning. Det vurderes, at der skal opgraderes med minimum 6 stillinger fordelt på ovennævnte personalegrupper. Årlig udgift 3,0 mio. kr. 	<p><i>Der er ansat en ekstra serviceassistent, og den planlagte styrkelse af akutklinikken i Frederikssund forventes implementeret i september 2013.</i></p>
Bornholms Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Nynormering af en speciallæge i Akutmodtagelsen i dagtid på hverdage. Speciallægen skal være interesseret i og uddannet indenfor det akutmedicinske område. 	<p>Udgifter i alt pr. år ca. 1,0 mio. kr.</p> <p><i>Stillingen er slået op til besættelse pr. 1. november 2013 eller snarest derefter.</i></p> <p><i>Foruden at indgå i det tværfaglige team i Akutmodtagelsen, vil speciallægen få til opgave at bemande den kommende Akutlægebil, som skal have base på hospitalet.</i></p>

Punkt nr. 8 - Rammeaftale 2014 for social- og specialundervisningsområdet - udkast til styringsaftale

Rammeaftale 2014

Styringsaftale for det specialiserede socialområde og specialundervisning



**Kommuner i hovedstadsregionen og
Region Hovedstaden**

2014

Punkt nr. 8 - Rammeaftale 2014 for social- og specialundervisningsområdet - udkast til styringsaftale

Udkast til rammeaftale for social og specialundervisning 2014
KKR Hovedstaden



INDHOLDSFORTEGNELSE

Indledning.....	3
Aftale om takstudvikling i 2014.....	4
Takstmodel.....	5
Takstmodellens omkostningselementer	5
Ens omkostningsmodeller	5
Klar skelnen mellem forskellige omkostningselementer.....	5
Fordeling af omkostningselementer i tilbud med flere takstgrupper	7
Aftale om prisstruktur	8
Beregningsgrundlaget	8
Beregning af belægningsprocent i tilbud med flere takstgrupper	8
Kendte og faste takster	9
Efterregulering.....	9
Beregning af efterregulering i tilbud med flere takstgrupper	9
Særskilt efterregulering i taksterne for 2014	9
Forhøjelse af beregningsgrundlaget.....	10
Særlige tilbud og ydelser	10
Principper for samarbejde.....	11
Frister for afregning for brug af tilbud	11
Opsigelsesvarsler.....	11
Forlænget varsel ved opsigelse af flere pladser	11
Opfølgingsmekanismer for borgeres placering i takstgrupper.....	11
Aftale om etablering og lukning af tilbud og pladser	12
Principper for etablering af tilbud	12
Principper for lukning og omlægning af tilbud	12
Kommuners overtagelse af regionale tilbud	12
Tværregional koordination af de sikrede institutioner	13
Køb og salg af pladser uden for hovedstadsregionen	13
Procedurer og tiltag i forhold til de mest specialiserede tilbud	14
Nødbremse-modellen.....	14
Task force	14
Krav til de mest specialiserede tilbud.....	15
Bilagsliste.....	16

Punkt nr. 8 - Rammeaftale 2014 for social- og specialundervisningsområdet - udkast til styringsaftale

Specialundervisning 2014
KKR Hovedstaden



INDLEDNING

Kommunerne overtog med bekendtgørelsen fra marts 2011 ansvaret for koordineringen af det specialiserede socialområde. Koordineringen af området omfatter ansvaret for udarbejdelse af en årlig rammeaftale for det specialiserede socialområde, der består af en udviklingsstrategi og en styringsaftale. Med bekendtgørelsen fra april 2012 overtog kommunerne desuden ansvaret for koordinering af specialundervisningsområdet, hvilket ligeledes omfatter udarbejdelse af en årlig rammeaftale bestående af en udviklingsstrategi og en styringsaftale. Nærværende styringsaftale for 2014 omfatter således både det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet.

Formålet er at styringsaftalen skal være med til at lægge rammerne for kapacitets- og prisudviklingen i det kommende år for de omfattede tilbud i kommunerne i hovedstadsregionen og i Region Hovedstaden.

Indførelsen af styringsaftaler har til formål at øge bevidstheden om og stillingtagen til de styringsmæssige konsekvenser af, at kommunerne på det specialiserede socialområde er afhængige af at købe og sælge pladser på sociale tilbud på tværs af kommunegrænserne og af Region Hovedstaden.

Styringsaftalen skal indeholde følgende elementer:

- ▶ Aftaler om udvikling i taksterne for tilbud omfattet af aftalen
- ▶ Aftaler om prisstruktur for de omfattede tilbud
- ▶ Aftaler om frister for afregning for brug af tilbud
- ▶ Aftaler om oprettelse og lukning af tilbud og pladser
- ▶ Aftaler om principper for evt. indregning af driftsherrens udgifter ved oprettelse og lukning af tilbud og pladser aftalt i rammeaftaleregion
- ▶ Tilkendegivelse fra kommunalbestyrelserne om overtagelse af regionale tilbud og fastlæggelse af, i hvilket omfang overtagne tilbud skal stå til rådighed for de øvrige kommuner
- ▶ Angivelse af, hvilke tilbud der er omfattet af styringsaftalen.

Styringsaftalen skal indgås årligt og senest den 15. oktober. Herefter har den virkning fra 1. januar det følgende år. Aftalen indgås mellem kommunalbestyrelserne i hovedstadsregionen og med Region Hovedstaden, for så vidt angår de tilbud, regionen driver. Alle kommuner i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden er dermed aftalepart i styringsaftalen uden hensyn til omfanget af deres køb og salg af tilbud. Loven kræver, at aftalen bliver indgået i enighed.

Denne aftale er baseret på den fælles takstmodel, som er udviklet af kommunerne i hovedstadsregionen. Styringsaftalen lægger sig dermed i forlængelse af tidligere drøftelser og aftaler mellem kommunerne. Region Hovedstaden kan løse opgaver for en kommune inden for rammeaftalens område mod fuld indtægtsdækning beregnet efter styringsaftalens principper.

Takstberegningen for de "regionsdrevne tilbud" følger principperne i den fælleskommunale takstmodel. Dog er de indirekte omkostninger beregnet konkret og holder sig inden for rammerne af den kommunalt aftalte maksimale overhead-procent. Efterregulering vil ske fuldt ud, da regionen ikke må operere med over- eller underskud på det takstfinansierede driftsområde.

Styringsaftalen er et redskab til at understøtte det kommunale samarbejde i hovedstadsregionen og samarbejdet mellem kommunerne og regionen. Der er tale om anbefalinger til kommunerne, som skal understøtte den individuelle dialog mellem brugerkommuner og driftsherrer om både kvalitet og pris, som er udgangspunktet for køb og salg af pladser.

I forhold til angivelser af, hvilke tilbud der er omfattet af styringsaftalen samt taksterne for disse henvises til www.tilbudsportalen.dk.

Punkt nr. 8 - Rammeaftale 2014 for social- og specialundervisningsområdet - udkast til styringsaftale

Specialundervisning 2014
KKR Hovedstaden



AFTALE OM TAKSTUDVIKLING I 2014

KKR Hovedstaden indgik i perioden 2011-2013 aftaler om prisudviklingen på de takstbelagte tilbud inden for det specialiserede socialområde og specialundervisningen. Aftalerne indebar fra 2010-2011 en 2 procents reduktion før p/l-regulering, og fra 2011-2013 en fastholdelse af takstniveauet fra 2011 efter p/l-regulering. KKR Hovedstaden har indgået følgende aftale om fastsættelsen af taksterne i 2014:

- At driftsherrerne i 2014 reducerer taksterne med en procent i forhold til takstniveauet i 2013 efter p/l-regulering.
- At de driftsherrer, der fra 2010 til 2013 har hævet taksterne, reducerer taksterne med to procent i 2014 i forhold til takstniveauet i 2013 efter p/l-regulering¹.

I 2014 foretages en særskilt efterregulering af overskuddet, der opstår i 2013 som følge af kommunernes overenskomstforlig med KTO (læs nærmere herom på side 9). Ovenstående reduktion af taksterne skal opnås eksklusiv den særskilte efterregulering. Reduktionen af taksterne skal derfor opnås ved at sammenligne takstniveauet for 2013, efter nedjustering af taksterne som følge af KTO-forliget, med taksterne for 2014 eksklusiv den særskilte efterregulering i 2014. Der vil blive taget højde for disse forhold i analysen af prisudviklingen fra 2013 til 2014.

Der foretages årlige analyser af takst- og udgiftsudviklingen i kommunerne, som drøftes i kommunaldirektørkredsen og i KKR.

¹ Ifølge "Analyse af prisudvikling i takster 2013" har otte kommuner i hovedstadsregionen hævet taksterne i perioden 2010-2013. Analysen, hvori de otte kommuner fremgår, kan hentes på den fælleskommunale hjemmeside: <http://www.rammeaftale-h.dk/da/rapporter/takster/>.

Punkt nr. 8 - Rammeaftale 2014 for social- og specialundervisningsområdet - udkast til styringsaftale

Specialundervisning 2014
KKR Hovedstaden



TAKSTMODEL

Takstmodellen anvendes til beregning af takster for 2014, og tager udgangspunkt i Bekendtgørelse om omkostningsbaserede takster for kommunale tilbud.

Takstmodellen omfatter alle de tilbud, som kommunerne og Region Hovedstaden har overtaget per 1. januar 2007 og andre, der efterfølgende er oprettet eller overtaget på lignende vilkår, og hvor der sker salg af pladser til andre kommuner.

Grundprincippet for takstfastsættelse er at taksterne skal svare til de samlede omkostninger.

TAKSTMODELLENS OMKOSTNINGSELEMENTER

ENS OMKOSTNINGSMODELLER

Der anvendes den samme omkostningsberegningss metode på alle typer tilbud, medmindre andet er aftalt.

Omkostningsberegningen baseres på budgettet for det år, taksten gælder.

KLAR SKELNEN MELLEM FORSKELLIGE OMKOSTNINGSELEMENTER

Der er en klar skelnen mellem direkte, indirekte og beregnede omkostninger.

Nedenstående beskrivelse af omkostningselementerne er ikke udtømmende, men angiver retningslinjer for takstberegningen.

DIREKTE OMKOSTNINGER

De direkte omkostninger består af alle de udgifter og indtægter, der direkte knytter sig til den pågældende aktivitet, dvs. som udgangspunkt de udgifter og indtægter der fremgår af tilbuddenes budget, men også andel af budgetbeløb, der entydigt kan henføres til institutionen.

Direkte omkostninger omfatter således:

- ▶ Løn til personale ansat på tilbuddene (samtlige lønandele, f.eks. pensionsbidrag, feriepenge, jubilæumsgratualer, atp, AER), samt andel af centrale lønpuljer, som ikke er udmøntet på budgetteringstidspunktet.
- ▶ Øvrige personaleudgifter til personale ansat på tilbuddene (uddannelse, udviklingsudgifter, tjenesterejser, befordring, forsikringer).
- ▶ Køb (leasing) af varer og tjenesteydelser som foretages af tilbuddene og afholdes af tilbuddenes budget.
- ▶ Tilbuddenes ejendomsudgifter (husleje, varme, el, vand, skatter, afgifter, forsikringer, vedligeholdelse, snerydning, rengøring).
- ▶ Transport af brugere, dvs. den del af brugertransport, der er omfattet af tilbuddenes transportforpligtelse og som er en del af tilbuddenes budget (f.eks. udflugter og lignende). Befordring mellem hjem og tilbud afregnes direkte med den enkelte kommune og indgår således ikke i takstberegningen.
- ▶ Administrative udgifter som budgetmæssigt er henført direkte til tilbuddet, dvs. både løn, øvrige personaleudgifter, samt køb af varer og tjenesteydelser. Det gælder også tilbuddets udgifter til konsulentbistand, supervision og rådgivning.
- ▶ Reparation og vedligeholdelse. Her kan budgettet tilpasses den enkelte tilbuds forhold, eller der kan anvendes en vejledende norm i budgetteringen svarende til 2 procent.

Punkt nr. 8 - Rammeaftale 2014 for social- og specialundervisningsområdet - udkast til styringsaftale

Specialundervisning 2014
KKR Hovedstaden



INDIREKTE OMKOSTNINGER (ADMINISTRATION, TILSYN, UDVIKLING)

De indirekte omkostninger består af de udgifter og indtægter, som er budgetteret i driftsherres budget og som er nødvendige for driften af tilbuddet, men som ikke direkte og entydigt kan fordeles på det enkelte tilbud.

Indirekte omkostninger omfatter således:

- ▶ Andel af løn og øvrige personaleudgifter til personale ansat i centrale støttefunktioner (tilsyn/visitation, rådgivning, personaleafdeling, økonomiafdeling, jura, kommunikation, politisk og administrativ ledelse m.m.).
- ▶ Hertil skal lægges øvrige udgifter der knytter sig til personalet ansat i centrale støttefunktioner (IT-udstyr, IT-systemer, møbler, inventar, kontorhold, telefon, kantine, ejendomsudgifter - jf. eksempler på ejendomsudgifter under de direkte omkostninger).
- ▶ Andel af køb af varer og tjenesteydelser der indgår i driften af tilbuddet, men som foretages af driftsherre og afholdes på det centrale/fælles budget (f.eks. andel i udviklingsomkostninger, i centrale IT-systemer og telefonanlæg, m.v.).

Den vejledende norm for beregning af de indirekte udgifter, er 7 procent af de direkte udgifter. Hvis der anvendes en højere procent, skal behovet for dette dokumenteres.

BEREGNEDE OMKOSTNINGER

Beregneede omkostninger består af de omkostninger, hvor der ikke er overensstemmelse mellem udgift og omkostning i budgetåret. Det betyder, at større anskaffelser og bygningsudgifter, der optages i driftsherres anlægskartotek kun indgår i takstberegningen med de efterfølgende års forrentning og afskrivning.

De beregnede omkostninger omfatter således:

- ▶ Beregnede *tjenestemandspensioner* (hvis pensionerne er forsikringsmæssigt afdækket, skal den beregnede tjenestemandspension anvendes og ikke udgifterne til forsikringsdækningen).
 - De fremtidige udgifter til tjenestemandspensioner for ansatte tjenestemænd indregnes i takstgrundlaget med en fast procentdel af lønsummen for de på tilbuddet ansatte tjenestemænd. Dette gælder uafhængigt af, om pensionerne er afdækket forsikringsmæssigt eller ej.
 - Der anvendes en procentsats på 20,3.
 - Det bemærkes, at det beregnede pensionsbidrag kun skal dække den del af pensionsforpligtelsen, som ligger efter 1. januar 2007. Pensionsrettigheder, som er opsparet før denne dato er udlignet ved overførslen af aktiver og passiver fra amt til kommuner og region.
- ▶ *Forrentning og afskrivning af alle de aktiver*, der medgår til driften af tilbuddet (der medtages ikke forrentning af likvide midler/driftskapital).

Den enkelte driftsherres regnskabspraksis afgør værdiansættelse og afskrivningsprofil på de aktiver, der medgår til at levere ydelsen. Der er således ikke forskellige afskrivningsmetoder indenfor samme kommune/region. Det forudsættes til gengæld også, at:

- Ingen kommuner opskriver værdien af aktiver overført fra amtet, med mindre værdiforøgelsen kan begrundes i en værdiforøgende renovering eller lignende.
- Ingen kommuner ændrer regnskabspraksis med det formål at øge takstniveauet.
- Aktiver som anskaffes (straksafskrives) over tilbuddets driftsbudget kan ikke indgå i tilbuddets kapitaludgifter (gælder også forrentning).

Punkt nr. 8 - Rammeaftale 2014 for social- og specialundervisningsområdet - udkast til styringsaftale

Specialundervisning 2014
KKR Hovedstaden



Renten på et 20-årigt fast forrentet lån i Kommunekredit anvendes til at beregne forrentningen af aktiverne. Rentesatsen opgøres per 1. april året forud for takstberegningsåret, så beregningen kan danne grundlag for den årlige rammeaftaleredeøgelse og gælde for taksten det efterfølgende år.

Det betyder, at:

- Variationen i renteniveauet bliver opfanget med ca. et års forsinkelse, men medfører en højere "prissikkerhed".
- Det er "restgælden", der forrentes. Det vil sige aktivets værdi primo året, før nedskrivningen med de afskrivninger, der foretages i takstberegningsåret.

Fra summen af direkte, indirekte og beregnede omkostninger fratrækkes indtægter fra beboerbetalning og produktionsindtægter for at få takstgrundlaget.

FORDELING AF OMKOSTNINGSELEMENTER I TILBUD MED FLERE TAKSTGRUPPER

I tilbud med flere takstgrupper skal det omkostningsbaserede budget fordeles ud på de enkelte takstgrupper. Fordelingen af omkostningerne skal afspejle det reelle ressourceforbrug inden for de enkelte takstgrupper. Driftsherren kan enten fordele de direkte, indirekte og beregnede omkostninger ud fra konkrete vurderinger af ressourceforbruget inden for hver enkelt takstgruppe, eller forholdsmæssigt efter fordelingsnøgler fastsat af driftsherren.

Punkt nr. 8 - Rammeaftale 2014 for social- og specialundervisningsområdet - udkast til styringsaftale

Specialundervisning 2014
KKR Hovedstaden



AFTALE OM PRISSTRUKTUR

I forbindelse med takstfastsættelse refererer "tilbud" til et tilbud efter bestemmelserne i Serviceloven. Et fysisk tilbud kan indeholde flere tilbud efter bestemmelserne i Serviceloven. Således kan et fysisk tilbud for eksempel både indeholde tilbud efter § 104 og § 108 i Serviceloven. Hvis et fysisk tilbud indeholder flere tilbud efter bestemmelserne i Serviceloven, skal der, jævnfør Takstbekendtgørelsen, fastsættes en takst for hvert af disse tilbud.

Taksten beregnes i udgangspunktet som en enhedstakst for den gennemsnitlige ydelse (den ydelsepakke), som tilbuddet, efter bestemmelserne i Serviceloven, tilbyder. Enhedstaksten beregnes som en pris per dag eller en pris per time.

Driftsherre kan vælge at inddele tilbuddet i to eller flere takstgrupper. Driftsherre skal tilstræbe at holde antallet af takstgrupper på et niveau, der sikrer gennemsigtighed i prisstrukturen.

En inddeling i to eller flere takstgrupper skal foretages ud fra grupperinger af brugerne med udgangspunkt i brugernes funktionsniveau og behov for ydelser. Til hver takstgruppe skal der være tilknyttet en beskrivelse af brugergruppens funktionsniveau, der skal tage udgangspunkt i den terminologi og kategorisering af funktionsniveauer, der anvendes i Voksenudredningsmetoden eller i socialfaglige metoder som ICS-metoden for tilbud på henholdsvis voksenområdet og børne- og ungeområdet. Desuden skal der til hver takstgruppe tilknyttes en ydelsesbeskrivelse, der tydeligt angiver omfanget og tyngden af de leverede ydelser (fx socialpædagogisk støtte, terapi, pleje og omsorg m.v.).

For tilbud, som er mulige at anvende i større eller mindre grad (fx dagtilbud), kan driftsherre indregne benyttelsesgraden som en procentvis afvigelse fra taksten.

Betaling for tillægsydelser bør være en undtagelse, der særskilt skal begrundes. Som udgangspunkt anvendes der ikke abonnementsordninger.

BEREGNINGSGRUNDLAGET

Taksten beregnes på grundlag af en belægningsprocent i tilbuddet.

Til beregning af takster anvendes gennemsnittet af belægningsprocenten 2 år forud for budgetåret. For 2014 anvendes eksempelvis gennemsnittet af den faktiske belægningsprocent i 2011 og 2012.

Har der været tale om en midlertidig overbelægning, kan denne udelades i beregning af belægningsprocenten. Der kan aldrig anvendes en belægningsprocent over 100.

Ved takstberegning på krise- og misbrugsområdet vil det være naturligt, at beregne en takst ud fra det forventede antal brugere (med udgangspunkt i antal brugere de to forudgående år), og betragte det som en belægningsprocent på 100 procent.

BEREGNING AF BELÆGNINGSPROCENT I TILBUD MED FLERE TAKSTGRUPPER

For tilbud med to eller flere takstgrupper beregnes belægningsprocenten på baggrund af tilbuddets samlede, gennemsnitlige belægning i 2 år forud for budgetåret, vægtet efter takstgruppernes andel af det samlede omkostningsbaserede budget. Den beregnede belægningsprocent anvendes på alle takstgrupper.

Af bilag 2 fremgår et eksempel på en model til beregning af belægningsprocenten i tilbud med flere takstgrupper. Bilag 2 kan findes som særskilt dokument på www.rammeaftale-h.dk.

Punkt nr. 8 - Rammeaftale 2014 for social- og specialundervisningsområdet - udkast til styringsaftale

Specialundervisning 2014
KKR Hovedstaden



KENDTE OG FASTE TAKSTER

Taksterne skal være kendte på budgetlægningsdatoen og kan ikke siden ændres. Risikoen for, at taksten er fejlbehæftet påhviler driftsherren.

EFTERREGULERING

Afvielser inden for 5 procent af tilbuddets omkostningsbaserede budget, der ligger til grund for takstberegningen, afholdes af driftsherren. Afvielser over +/- 5 procent af budgettet efterreguleres i taksten for tilbuddet senest 2 år efter.

Efterreguleringen beregnes som nettoresultatets afvigelse (summen af afvielser på udgifts- og indtægtsiden) fra det omkostningsbaserede budget. Efterreguleringen omfatter alene afvielser i tilbuddets direkte omkostninger samt takstindtægterne, mens der ikke medregnes afvielser på de indirekte og de beregnede omkostninger.

Da taksten det første år skal fastsættes, inden det endelige regnskabsresultat foreligger, skal efterreguleringen det første år bero på den forventede afvigelse. Eventuelle forskelle mellem den forventede afvigelse og den faktiske afvigelse skal modregnes i efterreguleringen to år efter.

Af bilag 1 fremgår et eksempel på en model til beregning af efterregulering. Modellen er illustreret med en simulering af efterregulering over en 3-årig periode. Bilag 1 kan findes som særskilt dokument på www.rammeaftale-h.dk.

BEREGNING AF EFTERREGULERING I TILBUD MED FLERE TAKSTGRUPPER

For tilbud med to eller flere takstgrupper beregnes efterreguleringen af over- og underskud på baggrund af nettoresultatets afvigelse fra tilbuddets samlede omkostningsbaserede budget. Efterreguleringen fordeles forholdsmæssigt ud på takstgrupperne ud fra deres andel af det samlede omkostningsbaserede budget.

Af bilag 2 fremgår et eksempel på en model til beregning af efterregulering ved anvendelse af flere takstgrupper. Modellen er illustreret med en simulering af efterregulering over en 3-årig periode. Bilag 2 kan findes som særskilt dokument på www.rammeaftale-h.dk.

SÆRSKILT EFTERREGULERING I TAKSTERNE FOR 2014

Som følge af KL's overenskomstforlig med KTO har KL anbefalet, at kommunerne nedjusterer lønfremskrivningen i budgetterne for 2013 med 0,9 procentpoint. KL anbefaler samtidig, at taksterne i de takstbelagte tilbud på det specialiserede socialområde og specialundervisning ikke nedjusteres tilsvarende. På denne måde vil tilbuddene alt andet lige generere et overskud, som KL anbefaler bliver efterreguleret særskilt i taksterne for 2014.

Det er i KKR Hovedstaden besluttet at følge KL's anbefaling og foretage en særskilt efterregulering af det overskud, der opstår som følge af nedjusteringen af lønfremskrivningen, i taksterne på det specialiserede socialområde og specialundervisning for 2014.

Den særskilte efterregulering er undtaget de gældende principper i styringsaftalen om efterregulering af over- og underskud. Det vil sige, at den særskilte efterregulering skal foretages, selvom overskuddet er mindre en grænseværdien på fem procent.

Udover den særskilte efterregulering i 2014 vil det stadig være muligt for kommunerne at foretage efterreguleringer som følge af årsresultatets afvigelse fra det nedjusterede omkostningsbaserede budget efter de gældende principper i styringsaftalen for efterregulering af over- og underskud.

Punkt nr. 8 - Rammeaftale 2014 for social- og specialundervisningsområdet - udkast til styringsaftale

Udkast til rammeaftale for omkostningsbaserede sociale og specialundervisning 2014
KKR Hovedstaden



Følgende principper er gældende for beregning af den særskilte efterregulering af taksterne i 2014:

- ▶ Det enkelte tilbuds omkostningsbaserede budget nedjusteres efter anbefalingen fra KL og under hensyntagen til kommunens konkrete fremskrivningsmetoder i forbindelse med budgetlægningen for 2013.
- ▶ Taksterne i tilbuddet nedjusteres ikke, hvorfor de budgetterede takstindtægter ikke ændres.
- ▶ Overskuddet som følge af den nedjusterede lønfremskrivning beregnes som afvigelsen mellem det nedjusterede omkostningsbaserede budget og de uforandrede budgetterede takstindtægter.
- ▶ Det beregnede overskud, som følge af nedjusteringen af lønfremskrivningen, efterreguleres særskilt i tilbuddets takster for 2014.
- ▶ Den almindelige efterregulering beregnes efter de gældende principper i styringsaftalen. Nettoresultatets afvigelse skal beregnes som afvigelsen mellem det *nedjusterede* omkostningsbaserede budget og de realiserede udgifter plus afvigelsen mellem det *uforandrede* indtægtsbudget og de realiserede indtægter.
- ▶ Den almindelige efterregulering skal indregnes i tilbuddets takster senest to år efter 2013.

Af bilag 3 fremgår et eksempel på en model til beregning af den særskilte efterregulering i 2014. Modellen tager udgangspunkt i ovenstående principper. Bilag 3 kan hentes som selvstændigt dokument på den fælleskommunale hjemmeside www.rammeaftale-h.dk.

Tilbud drevet af Region Hovedstaden er ikke underlagt denne efterregulering.

FORHØJELSE AF BEREGNINGSGRUNDLAGET

Budgettet, der indgår i takstberegningen, kan alene reguleres som følge af p/l, lovændringer og tilpasninger i forhold til efterspørgslen (ændringer i belægningsprocenten eller justering af målgruppe). Det betyder, at hvis brugerkommunerne ændrer deres efterspørgsel tilpasses driftsherres budget hertil. Ved væsentlige ændringer i tilbuddet, hvortil budgettet tilpasses såvel op som ned, skal driftsherre hurtigst muligt og senest ved budgetvedtagelsen varsle brugerkommunerne om ændringerne og begrundelserne herfor.

SÆRLIGE TILBUD OG YDELSER

Der er nogle tilbud, som har eller udvikler meget specialiserede ydelser, blandt andet landsdækkende tilbud. Samtidig bliver nogle tilbud specielt tilpasset den enkelte bruger eller midlertidigt tilrettelagt i forbindelse med ventetid til tilbud. I forbindelse med rammeaftalen gives mulighed for at aftale andre betalingsmodeller end de anbefalede og indgå særaftaler mellem brugerkommuner og driftsherrer.

Punkt nr. 8 - Rammeaftale 2014 for social- og specialundervisningsområdet - udkast til styringsaftale

Specialundervisning 2014
KKR Hovedstaden



PRINCIPPER FOR SAMARBEJDE

FRISTER FOR AFREGNING FOR BRUG AF TILBUD

Driftsherrerne afregner månedsvis forud, hver den 10. i måneden.

På forudbestilte aflastningspladser meldes afbud senest 14 dage før det aftalte tidspunkt. Afbud senere end 14 dage før medfører betaling for den bestilte aflastning.

OPSIGELSESVARSLER

Der er fastlagt opsigelsesvarsler for de forskellige tilbud. For alle tilbud gælder, at opsigelsesvarslet bortfalder, hvis en opsagt plads bliver besat med det samme.

- ▶ Sociale tilbud (botilbud, dagtilbud og beskyttet beskæftigelse): Løbende måned plus 30 dage.
- ▶ Akutpladser på børneområdet: Løbende måned plus 30 dage.
- ▶ Aflastning: Løbende måned plus 30 dage. Afbud for bestilt plads senest 14 dage før.
- ▶ Beskæftigelsescentre og erhvervsmæssig afklaring: Løbende måned plus 30 dage.
- ▶ Specialundervisning, børn: Løbende måned plus 90 dage.

FORLÆNGET VARSEL VED OPSIGELSE AF FLERE PLADSER

Når en brugerkommune på samme tilbud vælger at opsig tre eller flere pladser inden for en periode på 3 løbende måneder, eller pladser svarende til indtægter på 20 procent eller mere af tilbuddets takstbaserede indtægtsbudget, forlænges opsigelsesvarslene til løbende måned plus 6 måneder.

Kommunaldirektørkredsen kan aftale længere opsigelsesvarsler på enkelte, særligt sårbare tilbud. Der er for 2014 ikke aftalt længere varsler på konkrete tilbud.

OPFØLGNINGSMEKANISMER FOR BORGERES PLACERING I TAKSTGRUPPER

Handlekommune og driftsherre/tilbud har pligt til at rette henvendelse til hinanden, såfremt det vurderes, at en borger bør flyttes til enten en højere eller en lavere takstgruppe.

Én gang årligt skal der i samarbejde mellem handlekommune og driftsherre/tilbud, for eksempel i forbindelse med opfølgning på handleplaner, foretages en vurdering af borgerens funktionsniveau og behov for ydelser med henblik på borgerens placering i takstgruppe.

Handlekommune og driftsherre/tilbud kan ud fra en vurdering af borgerens funktionsniveau og behov for ydelser til enhver tid anmode om omplacering af en given borger fra én takstgruppe til en anden.

Den modsatte part skal tilstræbe at oplyse, om man er enig i denne vurdering senest ti hverdage fra, at der foreligger et tilstrækkeligt oplyst grundlag til vurdering af sagen. For at sikre fremdrift i sagsbehandlingen skal den modsatte part ved modtagelse af anmodning om omplacering hurtigst muligt indhente de nødvendige oplysninger om sagen.

I tilfælde af uenighed henstilles til, at handlekommune og driftsherre/tilbud i fællesskab, og i dialog med borgeren, hurtigst muligt finder alternative løsninger inden for samme tilbud under hensyntagen til borgerens rettigheder.

Hvis der ikke kan findes en løsning inden for tilbuddet, er det handlekommunens forpligtelse at finde alternative tilbud til borgeren.

Ved enighed om omplacering fastsættes tidspunktet for iværksættelse af omplaceringen efter konkret aftale mellem handlekommune og driftsherre/tilbud.

Punkt nr. 8 - Rammeaftale 2014 for social- og specialundervisningsområdet - udkast til styringsaftale

Specialundervisning 2014
KKR Hovedstaden



AFTALE OM ETABLERING OG LUKNING AF TILBUD OG PLADSER

KKR Hovedstaden har ikke indgået konkrete tværkommunale aftaler eller aftale med Region Hovedstaden om oprettelse og lukning af tilbud og pladser i 2014.

PRINCIPPER FOR ETABLERING AF TILBUD

Ved etablering af et nyt tilbud, der forventes at være afhængigt af salg af pladser til andre kommuner, er det driftsherres ansvar at vurdere behovet for tilbuddet og dimensioneringen af det.

Ved etablering af et nyt tilbud, som vil være afhængig af salg af pladser til andre kommuner, kan driftsherre vælge at anvende en lavere belægningsprocent i en opstartsperiode. Længden af opstartsperioden fastsættes af driftsherre, men må maksimalt være løbende år plus 12 måneder.

Driftsherre skal informere brugerkommunerne om, hvorvidt der anvendes en lavere belægningsprocent i en opstartsperiode, inden brugerkommunerne visiterer borgere til tilbuddet.

Ved anvendelse af lavere belægningsprocent i en opstartsperiode gælder følgende undtagelser fra det gældende princip om efterregulering af over- og underskud:

- ▶ Driftsherre må ikke efterregulere som følge af en negativ afvigelse fra det omkostningsbaserede budget i opstartsperioden.
- ▶ Positive afvigelser fra det omkostningsbaserede budget på mere end 5 procent skal efterreguleres over for de kommuner, der har anvendt tilbuddet i opstartsperioden.

Efter opstartsperiodens ophør skal driftsherre anvende en estimeret belægningsprocent, der er fastsat ud fra belægningsprocenten i sammenlignelige tilbud. Denne beregningsmetode må maksimalt anvendes i 3 år efter opstartsperiodens ophør. Herefter skal driftsherre anvende det gældende princip for beregning af belægningsprocenten.

PRINCIPPER FOR LUKNING OG OMLÆGNING AF TILBUD

Driftsherre skal selv afholde alle udgifter forbundet med lukning af tilbud.

Driftsherre kan indregne etableringsudgifterne ved omlægning af tilbud i taksterne fremadrettet fra næste budgetår efter gældende principper for forrentning og afskrivning, således at de takstændringer, dette måtte medføre, er kendte på forhånd.

Ved lukning og omlægning af tilbud skal driftsherre i forbindelse med varsling af ændringerne inddrage brugerkommunerne med henblik på planlægning af overgangsperioden. Planlægningen kan blandt andet omfatte konkrete planer for ind- og udslusning af borgere.

Ved lukning og omlægning af tilbud har handlekommunen ansvar for at finde alternative tilbud til borgere, som ikke længere kan rummes i tilbuddet.

For at give driftsherre mulighed for at tilpasse kapacitet og indhold i tilbuddet skal brugerkommunerne varsle om forventede markante ændringer i efterspørgslen, så snart viden herom foreligger.

KOMMUNERS OVERTAGELSE AF REGIONALE TILBUD

I henhold til reglerne i § 186 i lov om social service kan beliggenhedskommunen anmode om at overtage regionsdrevne sociale tilbud. Når kommunen fremsætter en sådan anmodning påhviler det regionen i henhold til Social- og Integrationsministeriets bekendtgørelse nr. 782 af 6. juli 2006 at fremkomme med overtagelsesvilkårene.

Punkt nr. 8 - Rammeaftale 2014 for social- og specialundervisningsområdet - udkast til styringsaftale

Specialundervisning 2014
KKR Hovedstaden



Af hensyn til overholdelse af varslingsreglerne i forhold til berørte medarbejdere, en hensigtsmæssig driftstilrettelæggelse og gennemførelse af en god overdragelsesproces er det i rammeaftalen fastlagt, at overtagelse normalt sker ved et årsskifte, og at kommunens anmodning om overtagelse senest fremsættes 1. januar året før overtagelsen, og gerne i forbindelse med kommunens godkendelse af rammeaftalen for året før overtagelsen. Anmodning til regionen om overtagelse af tilbud forudsætter behandling i kommunalbestyrelse/byråd, inden regionen udarbejder det konkrete overtagelsestilbud. Varsling af medarbejdere kan først bindende ske på grundlag af en endelig indgået aftale om overtagelsen mellem kommunalbestyrelse/byråd og Regionsrådet.

Kommunerne i hovedstadsregionen har ikke planlagt overtagelse af regionale tilbud i 2014.

TVÆRREGIONAL KOORDINATION AF DE SIKREDE INSTITUTIONER

Kommunalbestyrelserne skal i dialog med Regionsrådene sikre tværregional koordination af de mest specialiserede lands- og landsdelsdækkende tilbud samt de sikrede institutioner. Der er på den baggrund nedsat et kommunalt koordinationsforum bestående af repræsentanter fra de administrative styregrupper på det specialiserede socialområde i hvert af de fem KKR. Koordinationsforummet er ansvarlig for at udarbejde forslag til landsdækkende koordination af de berørte områder, som indgår i de enkelte rammeaftaler.

Med henblik på en udmøntning i rammeaftalen for 2015 er koordinationsforum i gang med at forberede forslag til tværgående koordination af de sikrede institutioner. Forslaget vil blive baseret på en række hensyn, som bl.a. skal sikre gennemsigtighed, budgetsikkerhed, fleksibel kapacitetstilpasning samt kvalitetsudvikling.

Arbejdet bygger på dialog med Danske Regioner og med de regionale driftsherrer.

KØB OG SALG AF PLADSER UDEN FOR HOVEDSTADSREGIONEN

Aftaler indgået i rammeaftaler kan kun binde rammeaftalens parter. Det betyder, at rammeaftalen alene regulerer køb og salg af pladser mellem brugerkommuner og driftsherrer med beliggenhed inden for samme region.

I forhold til køb og salg af pladser mellem brugerkommuner og driftsherrer med beliggenhed i forskellige regioner anbefales det, at der ved hvert køb og salg af pladser udarbejdes konkrete og individuelle købskontrakter, der regulerer forpligtelsen for såvel brugerkommune som driftsherre. Købskontrakterne bør indeholde aftaler om forhold som underskudsdeling, takst, afregning m.v.

Punkt nr. 8 - Rammeaftale 2014 for social- og specialundervisningsområdet - udkast til styringsaftale

Udviklingsstrategi 2014
KKR Hovedstaden



PROCEDURER OG TILTAG I FORHOLD TIL DE MEST SPECIALISEREDE TILBUD

I Udviklingsstrategi 2014 er ni selvstændige tilbud blevet defineret som de mest specialiserede tilbud i hovedstadsregionen. Tilbuddene er målrettet målgrupper med helt særlige karakteristika og behov for specialiseret støtte og behandling og udgør en delmængde af de højt specialiserede tilbud omfattet af Udviklingsstrategien.²

De mest specialiserede tilbud er underlagt en særlig samarbejdsmodel defineret som "nødbremsemodellen". Formålet med modellen er at sikre, at de mest specialiserede kompetencer i disse tilbud bevares og udvikles. Modellen beskrives nedenfor.

NØDBREMSE-MODELLEN

Den særlige samarbejdsmodel til at understøtte de mest specialiserede tilbud er underlagt følgende forudsætninger:

- ▶ Modellen træder alene i kraft undtagelsesvist, det vil sige, at den ikke automatisk er gældende for alle tilbud defineret som mest specialiserede.
- ▶ Modellen er dynamisk og har løbende fokus på udviklingen på det specialiserede socialområde fagligt, metodemæssigt, behovsmæssigt og økonomisk.
- ▶ Modellen har fokus på incitamenter, herunder både for brugerkommuner og driftsherrer.
- ▶ Modellen understøtter en omkostningseffektiv drift og styring af tilbuddene.

Modellen består af følgende overordnede elementer:

1. Driftsherre for et tilbud, der er defineret som mest specialiseret, har mulighed for at indstille tilbud, som driftsherre vurderer har behov for en særlig opmærksomhed, for eksempel hvis det vurderes at være lukningstruet.
2. På baggrund af indstillingen foretages en grundig afdækning af tilbuddets situation samt alternativer til tilbuddet.
3. På baggrund af den grundige afdækning foretages en vurdering af, om der er behov for særlige tværkommunale tiltag til bevarelse af tilbuddets viden og kompetencer.
4. Endelig træffes en beslutning om iværksættelse af særlige tiltag.

Den tværkommunale samarbejdsmodel samt de særlige tiltag er nærmere beskrevet i bilag 4 til Styringsaftale 2014. Bilag 4 kan findes som særskilt dokument på den fælleskommunale hjemmeside www.rammeaftale-h.dk.

TASK FORCE

Til at understøtte samarbejdsmodellen er der nedsat en permanent task force, der har følgende opgaver:

- ▶ Årlig vurdering af alle tilbud i Udviklingsstrategien, herunder særligt de mest specialiserede tilbud med udgangspunkt i de opstillede kriterier for og krav til de mest specialiserede tilbud.
- ▶ Vurdering af tilbud, der nyindstilles af driftsherrer som værende mest specialiseret.
- ▶ Konkret afdækning og vurdering af behov for særlige opmærksomhed over for et tilbud defineret som mest specialiseret på baggrund af en indstilling fra en driftsherre.

Task forcen samles med en fast kadence på to på forhånd fastsatte datoer i løbet af året, således at driftsherrer ved, hvornår det vil være hensigtsmæssigt at indstille tilbud. Derudover vil task forcen kunne samles i forbindelse med akutte behov for vurdering af tilbud.

² Kriterierne for udvælgelse af de mest specialiserede tilbud samt de udvalgte tilbud i 2014 kan findes i Udviklingsstrategi 2014.

Punkt nr. 8 - Rammeaftale 2014 for social- og specialundervisningsområdet - udkast til styringsaftale

Specialundervisning 2014
KKR Hovedstaden



Task forcen består af centrale nøglepersoner på både børne- og ungeområdet og voksenområdet, herunder fagpersoner fra både myndigheds- og driftsherrekommuner samt Region Hovedstaden.

Endelig skal task forcen hvert andet år foretage en vurdering af behov for og efterspørgsel efter de mest specialiserede tilbud blandt alle kommuner i hovedstadsregionen.

Kommissorium for den permanente task force, herunder tidspunkter for de årlige møder, kan ses i bilag 5 til Styringsaftale 2014. Bilaget kan findes som særskilt dokument på den fælleskommunale hjemmeside www.rammeaftale-h.dk.

KRAV TIL DE MEST SPECIALISEREDE TILBUD

Der stilles følgende krav til de tilbud, som lever op til kriterierne for de mest specialiserede tilbud i hovedstadsregionen:

- ▶ Tilbuddet skal efterstræbe at være på forkant og løbende udvikle sig i forhold til målgruppernes behov, metoder, velfærdsteknologi, kommunernes efterspørgsel efter ydelser og pladser m.v.
- ▶ Tilbuddets viden, ekspertise og pladser skal være tilgængelig for alle kommuner i hovedstadsregionen, og der må ikke gives forrang til borgere fra driftsherres egen kommune eller geografisk nærområde.
- ▶ Tilbuddet skal levere synlig og offentlig tilgængelig dokumentation og effekt af indsatserne i tilbuddet.

Den nedsatte task force medtager ovenstående krav i de løbende og konkrete vurderinger af de mest specialiserede tilbud.

Punkt nr. 8 - Rammeaftale 2014 for social- og specialundervisningsområdet - udkast til styringsaftale

Specialundervisning 2014
KKR Hovedstaden



BILAGSLISTE

Nedenfor fremgår en oversigt over bilag til Styringsaftale 2014:

- ▶ **Bilag 1:** Eksempel på model til beregning af efterregulering
- ▶ **Bilag 2:** Eksempel på model til beregning af efterregulering og belægningsprocent ved anvendelse af flere takstgrupper
- ▶ **Bilag 3:** Eksempel på model til beregning af den særskilte efterregulering i 2014
- ▶ **Bilag 4:** Samarbejdsmodel vedrørende de mest specialiserede tilbud
- ▶ **Bilag 5:** Kommissorium for task force vedrørende de mest specialiserede tilbud.

Alle bilagene kan findes som særskilte dokumenter på www.rammeaftale-h.dk.