

Bilag 1.

## Kommissorium

### Regions-MEDudvalgets dialogforum vedrørende overbelægning på akut og medicinske afdelinger i Region Midtjylland

**midt**  
regionmidtjylland

#### Baggrund

På Regions-MEDudvalgets møde den 21. februar 2013 blev det - på baggrund af drøftelser af bl.a. den aktuelle overbelægningssituation på det medicinske område og den hidtidige og forventede fremtidige udvikling vedr. antallet af sengepladser - aftalt at nedsætte et dialogforum med repræsentanter fra både leder og medarbejderside. Nedsættelsen af dialogforum skal også ses i sammenhæng med de oplevede arbejdsmiljøproblemer, henvendelser fra Arbejdstilsynet og eksempler på utilfredsstillende personale- og patientforhold.

#### Opgave

Dialogforummet skal - med afsæt i kendte fakta og kendt viden regionalt, nationalt og internationalt - analysere og drøfte overbelægningen på akut og medicinske afdelinger, herunder belyse overbelægningens omfang og karakter og sætte fokus på hvad der allerede gøres og kan gøres fremadrettet på kort og langt sigt for at forebygge problemer for patienter og personale som følge af overbelægning.

Dato 15.4.2013

Jakob Olesen

jol@rm.dk

1-13-4-21-13

Side 1

Der lægges op til at etablere to spor, henholdsvis et hospitalsspor og et tværsæktorielt spor, med fokus på at analysere og drøfte nedenstående dialogtemaer:

#### Hospitalssporet

1. Udviklingen i antallet af medicinske senge og akutafdelingsenge/kapacitet samt udviklingen i den gennemsnitlige liggetid fra 2009 til nu og den forventede fremadrettede udvikling i antal senge, der er forudsat i kvalitetsfundsprojekterne og de øvrige nybyggerier.
2. Fastlæggelse af metode til beregning af belægningsprocenter og afklaring af hvornår der tales om overbelægning?
3. Patientflow i løbet af året, ugen, dagen. Kan der konstateres systematiske variationer og kan det belyses hvordan fremmødet af personale er koordineret med fremmødet af patienter?
4. Hvad viser "patientinventeringer" og "waste-runder" om patienterne på de medicinske afdelinger og hvad vurderes omfanget af genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser at være? Er der kortsigtede gevinster at hente i arbejdet internt på hospitalerne og i samarbejdet med andre parter?
5. Hvilke initiativer har hospitalerne allerede taget – både internt og i samarbejde med almen praksis og kommuner – for at reducere indlæggelserne, f.eks. omlægning fra stationær til ambulans aktivitet, herunder mulighed for subakut udredning som alternativ til indlæggelse. Det indbefatter også en beskrivelse af tiltag på kort og langt sigt, der er taget for at udnytte et hospitals samlede sengekapacitet bedst muligt, herunder retningslinjer/aftaler mellem afdelinger

i tilfælde af overbelægning i en afdeling. Er disse initiativer kendt af alle, således at ikke alle skal opfinde egne løsninger? Hvordan kvantificeres disse initiativer mht. indlæggelser og sengedage?

#### Tværasektorielt spor

1. Samspillet mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet med henblik på at reducere antal indlæggelser, både uhensigtsmæssige indlæggelser og uhensigtsmæssige genindlæggelser, og herunder beskrivelse af tiltag i kommuner, almen praksis og på hospitaler, der styrker overgangene mellem sektorerne og dermed medvirker til at begrænse antallet af genindlæggelser.
2. Samarbejdende ledelse (herunder forløbsledelse) mellem hospital, praksissektor og kommuner organiseres – hvordan organiseres det og hvad er det velegnet til at understøtte?
3. Hvordan kan det sekundære sundhedsvæsen understøtte udvikling af opgaverne i primærsektoren, og fastholde patienten i det primære sundhedsvæsen?
4. Regionernes rådgivnings- og forskningsforpligtelse som middel til at understøtte udviklingen af ydelserne i den primære sektor.
5. Udbredelse af de bedste – eksisterende – tværasektorielle løsninger.

For begge spor gælder, at der som udgangspunkt tages afsæt i analyser af foreliggende data og kendt viden om indsatser i Region Midtjylland på kort og langt sigt, men blikket rettes også udad mod kilder til viden og inspiration i ind- og udland.

Dialogtemaerne vil løbende kunne præciseres og eventuelt suppleres i dialogforummet, og der vil være en naturlig sammenhæng mellem flere af dialogtemaerne på tværs af de to spor.

Dialogforummet kan formulere anbefalinger til Strategisk Sundhedsledelsesforum og direktionen om fremadrettede indsatsområder på kort og langt sigt.

#### **Baggrundsviden**

Som baggrundsviden for dialogen kan eksempelvis inddrages:

- Sundhedsaftalerne – de væsentligste aftaler vedr. målgruppen – evaluering af sundhedsaftalerne (foreligger juni 2013) – arbejdet med næste generation af sundhedsaftaler.
- Kronikerprojekterne – de væsentligste erfaringer vedr. målgruppen (evaluering foreligger maj 2013).
- Sundhedskoordinationsudvalgets idékatalog – og status for arbejdet i klyngerne.
- Task Force for innovation af det nære sundhedsvæsen – indsatser indenfor målgruppen.
- National handlingsplan for den ældre medicinske patient. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2011.
- Analyse om de medicinske afdelinger som offentliggøres af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i løbet af marts måned. Analysen udspringer af den nationale handleplan for den ældre medicinske patient.
- Status vedr. udmøntning af satspuljen vedr. den ældre medicinske patient.
- Andre satspuljeinitiativer for målgruppen eller generelt, der understøtter en ny type tværasektorielt samarbejde (for eks tværasektoriel forløbsledelse i Randers-klyngen).
- Ulighed i sundhed - årsager og indsatser, Sundhedsstyrelsen 2011.
- Status vedr. opfølgende hjemmebesøg.

- Status vedr. forløbsprogrammer for målgruppen.
- Tilgængelige fakta om kommunernes sundhedsindsats (herunder om færdigbehandlede patienter).
- Tilgængelige data om genoptræningsområdet for målgruppen.
- Det kommunale initiativ med 4 strategiske indsatsområder.
- "Hvordan har du det" og evt. "forbrugsvariationsprojektet".
- Nationale og internationale erfaringer, herunder erfaring med tværsektorielle telemedicinske projekter i for eks Region Nordjylland og telemedicinsk sårbehandling (den nationale handlingsplan for telemedicin).
- Danske Regioners bidrag til en ny sundhedspolitik.
- Materiale fra DSR som blev præsenteret på det første møde i dialogforum.

### **Dialogforummets sammensætning**

Dialogforummets medlemmer er udpeget af Regions-MEDudvalget.

#### Medarbejderside

Else Kayser, Kredsformand DSR  
 Helle Engelsen, RH Viborg, FTF  
 Jette Ohlsen, FOA Aarhus, DSR  
 Nethe Lunden, Aarhus Universitetshospital, 3F  
 Mikkel Seneca, RH Viborg, AC  
 Jakob Lager, Aarhus Universitetshospital, AC

#### Ledelsesside

Ole Thomsen, koncerndirektør  
 Anne Jastrup, koncerndirektør  
 Henning Vestergaard, hospitalsdirektør  
 Christian Møller-Nielsen, cheflæge  
 Vibeke Krøll, chefsygeplejerske

#### Sekretariat:

Kjeld Martinussen, vicedirektør  
 Christian Boel, vicedirektør  
 Jakob Olesen, sekretariatschef, Koncern HR

### **Arbejdsform og tidsramme**

Der forventes at blive afholdt 3-4 møder i dialogforum. Arbejdet forventes afsluttet senest i august 2013. Alle møder forventes afholdt sidst på eftermiddagen/først på aftenen.

Regions-MEDudvalget og andre relevante ledelses- og samarbejdsfora orienteres løbende om status.

Bilag 2.

## Bilag vedr. beregning af belægningsprocenter



Dato 29.08.2013

Helge Moustsen

Tel. +45 7841 2034

[Helge.Moustsen@stab.rm.dk](mailto:Helge.Moustsen@stab.rm.dk)

Søren Bisgaard-Frantzen Petersen

Tel. +45 7841 2037

[Soeren.Petersen@stab.rm.dk](mailto:Soeren.Petersen@stab.rm.dk)

Journalnr. 1-30-11-06-V

Side 1

### 1.0 Indledning

I det følgende beskrives beregning af fire overordnede belægningsopgørelser. De to første opgørelsesmetoder fremkommer ved, at beregning af belægning enten kan ske på dagsbasis opgjort på stamafdeling (som viser belastningen for lægepersonalet), eller adresseophold (som ser på belastningen af plejepersonalet). De to sidste opgørelsesmetoder tager udgangspunkt i en timebasisopgørelse, som enten opgøres på adresseophold eller opgøres på et bestemt tidspunkt på dagen.

Årsagen til, at der er behov for minimum de tre første opgørelsesmetoder (dagsbasis + stamafdeling, dagsbasis + adresseophold, timebasis + adresseophold) er, at det er nødvendigt at se på arbejdsbelastningen for både læge- og plejepersonalet. Og så er det vigtigere at kende arbejdsbelastningen for plejepersonalet på timebasis, end for lægepersonalet. Endelig sikrer opgørelserne på dagsbasis, at det er muligt at sammenligne belægningerne på tværs af regionerne.

I det følgende forklares, hvordan de forskellige belægningsprocenter udregnes. Først indledes med en definition af belægningsprocenten og de elementer som beregningen af belægningsprocenten bygger på. Dvs. hvad sengedage, disponible og normerede senge er.

Dernæst præsenteres det samme eksempel med 6 medicinske patienter (Benny, Pia, Søren, Hans, Sofie og Kalle), som bruges på tværs af de fire belægningsopgørelser.

Selvom de 6 patienter bliver ind- og udskrevet på samme tidspunkt, medfører de forskellige metoder til beregning, at belægningsprocenterne svinger fra 67-167 %. Pointen er, at de fire belægningsopgørelser fortæller forskellige historier. Og at ingen af metoderne kan stå alene, men forudsætter, at man er opmærksom på, hvad det er man undersøger, og sammenholder resultatet med

patientflowet.

## 2.0 Gennemgang af beregning af belægningsprocent

Belægningsprocenten er mål for den gennemsnitlige belægning på sengeafdelingerne. Den kan både opgøres for en kortere periode (fx dag/time), og for en længere (fx et år).

Når man beregner belægningsprocenten ser man på, hvor mange sengedage, der er ydet i en periode. Dette holdes op mod, hvor mange sengedage afdelingen havde mulighed for at yde i samme periode. Det mulige antal sengedage beregnes ud fra det antal senge, der er tilknyttet afdelingen.

Dvs.

$$\frac{\text{Sengedage ydet i perioden}}{\text{Antal senge} * \text{antal dage i perioden}}$$

Dette forhold udtrykkes i procent.

Umiddelbart er dette en enkel beregning, men både det ydede og det mulige antal sengedage er ikke simple størrelser.

### Sengedage ydet i perioden

Der er forskellige metoder til at beregne antallet af sengedage. De fordeler sig på tre hovedtyper:

1. Opgjort ud fra en beregning på dage
2. Opgjort ud fra en beregning på timer
3. Opgjort på dage ud fra et bestemt tidspunkt på dagen

De forskellige metoder giver forskellig information, men ingen af metoderne kan bruges til, at fastslå om der er senge på gangene.

### Mulige antal sengedage

Det mulige antal sengedage tager udgangspunkt i det antal senge, som er knyttet til afdelingen.

Der kan være senge, som ikke er til rådighed i en given periode. Midlertidige lukninger kan fx skyldes ferielukning eller ombygninger. For at håndtere dette, er der to sengebegreber, nemlig normerede senge og disponible senge. De disponible senge, er de senge, som reelt er til rådighed.

Antal normerede senge er oftest højere end antal disponible senge. Det betyder, at belægningsprocenter baseret på normerede senge typisk er lavere, end når de baseres på disponible senge.

## 2.1 Afdelingsbegrebet

Alle patienter er knyttet til en stamafdeling, som har det lægelige ansvar for patienten. Det sker, at en patient rent fysisk ligger på en anden sengeafdeling end stamafdelingen. Et eksempel er overbelægningsituationer, hvor afdelingerne hjælper hinanden. Her er stamafdeling og opholdsafdeling ikke den samme.

Man kan med andre ord både se på belægning ud fra hvem, der har det lægelige ansvar for patienten (stamafdeling), og ud fra hvem, der har plejeansvaret (adresseophold). I Region Midtjylland er det muligt at opgøre begge former for belægningsprocenter i InfoRM.

Når man ser på belægningsprocenter, som tager udgangspunkt i stamafdelingen, vil sengedage for alle patienter, som afdelingen har det lægelige ansvar for, blive knyttet til afdelingen. Dette gælder også, hvis patienten har ophold på en anden afdeling. Dvs. hvis der er overbelægning på medicinsk afdeling, og der derfor er patienter, som opholder sig på kirurgisk afdeling, så kan belægningsprocenten være høj på medicinsk afdeling, trods det, at der på de medicinske sengeafdelinger isoleret set ikke er overbelægning. Belægningsprocenten på kirurgisk afdeling vil samtidig ikke afspejle den plejemæssige aktivitet, som afdelingen reelt har som følge af, at den har hjulpet medicinsk afdeling.

## 2.2 Belægningsprocent opgjort på stamafdeling

Datadefinitionsgruppen i Region Midtjylland med repræsentanter fra alle hospitalsenheder, vedtog i 2011 følgende datadefinitioner.

Belægningsprocenten for stamafdeling, opgjort på normerede senge beregnes ved:

$$\frac{\text{antal sengedage i perioden på stamafdeling}}{\text{antal normerede senge i perioden på stamafdeling} * \text{antal døgn}}$$

Belægningsprocenten for stamafdeling, opgjort på disponible senge beregnes ved:

$$\frac{\text{antal sengedage i perioden på stamafdeling}}{\text{antal disponible senge i perioden på stamafdeling} * \text{antal døgn}}$$

Metoden ser på, hvor mange indlagte patienter, der hører til en bestemt afdeling (stamafdeling), hvortil det lægefaglige ansvar knytter sig.

Opholdsafdeling kan ikke indberettes til Landspatientregisteret. Det betyder, at de statslige opgørelser altid er baseret på stamafdeling. Nationale tal viser derfor ikke den reelle belægning set fra plejesiden. Hvis afdelingerne hjælper hinanden i overbelægningssituationer vil nationalt opgjorte belægningsprocenter være for høje for overbelagte afdelinger og for lave for afdelinger, som hjælper.

I forbindelse med overbelægninger forsøger afdelingerne at undgå at placere senge på gangarealer. Dette kan fx ske ved hjælp fra andre afdelinger, rykke senge sammen på de eksisterende sengestuer og åbning af midlertidigt lukkede stuer. Placeringen af en seng indgår ikke i beregningen af belægningsprocenten. Det betyder, at belægningsprocenten ikke siger noget om, hvorvidt en patient fx er indlagt i en seng, som står på et gangområde.

Sengedagene beregnes som indlæggelsesdato minus udskrivningsdato på afdelingsudskrivningen (udskrivningsdatoen tæller ikke med). Da ind- og udskrivningsdagen typisk har været halve dage, har man valgt kun at tælle dem som én. Hvis indlæggelse og udskrivning (afdelingsudskrivning) sker på samme dag vil det tælle som én dag. Det medfører, at antallet af sengedage er ens uanset om patienten er indlagt én dag eller to dage, da de begge tæller som én dag.

Hvis patienten i løbet af en dag først bliver indlagt på en akut afdeling, derefter udskrevet og så indlagt på en medicinsk afdeling, vil det tælle som 2 dage.

Nedenstående eksempel med 6 patienter vil blive brugt på til at vise konsekvensen af de forskellige beregninger. Afsnit M har 3 senge og vi beregner en belægningsprocent på en enkelt dag for M. Alle patienter har stamafdeling på M, og er således medicinske patienter.

### Eksempel 1: Belægning opgjort på dagsbasis + stamafdeling

Medicinske patienter	indlæggelse	udskrivning	Antal sengedage dage, opgjort på stamafdeling M
Benny	8.00	12.30	1
Pia	10.00	Er der til næste dag	1
Søren	9.00	Er der til næste dag	1
Hans	Kommer fra dagen før	10.00	0
Sofie	Kommer fra dagen før	Er der til næste dag	1
Kalle (ligger på kirurgisk afdeling)	Kommer fra dagen før	Er der til næste dag	1 (Ligger på kirurgisk afdeling)
Samlet			5

Belægningsprocent (stamafdeling): 5 divideret med 3 gange med 100= 167 %

#### 2.2.1 Belægningsprocent opgjort på dagsbasis + adresseophold

Belægningsprocenten opgjort på adresseophold opgjort ved disponible senge beregnes ved:

$$\frac{\text{antal sengedage i perioden på adresseophold}}{\text{antal disponible senge i perioden på adresseophold} * \text{antal døgn}}$$

Sengedagene beregnes som oven for beskrevet, hvor sengedag er lig indlæggelsesdato minus udskrivningsdato på afdelingsudskrivningen (udskrivningsdatoen tæller ikke med). Hvis indlæggelse og udskrivning (afdelingsudskrivning) sker på samme dag, vil det tælle som én dag. Hvis patienten flyttes i løbet af dagen (uden udskrivning), vil patienten kun tælle som en dag, og det er det afsnit, hvor patienten er sidst på dagen, der får tildelt dagen.

Med denne definition er det afsnittet, hvor patienten har opholdt sig sidst, der får tildelt sengedagen. En patient kan have flere sengedage på én dag, når patienten fx udskrives fra akutafdelingen til den medicinske afdeling.

Beregningsmetoden viser arbejdsbelastningen for plejepersonalet, fordi alle patienter tæller med i belægningsopgørelsen på fx en medicinsk afdeling, også selvom de tilhører et kirurgisk speciale. Konsekvensen af denne opgørelsesmetode er, at afdelinger med stort patientflow får høje belægningsprocenter, fx akutafdelinger eller medicinske visitationsafsnit.

Hvis patienter flyttes mellem afdelinger på samme dag, vil der være afsnit, der ikke får "del" i patienten.

Flere af hospitalerne ville gerne beholde beregningen.

### **Eksempel 2: Belægning opgjort på dagsbasis + adresseophold**

Medicinske patienter	indlæggelse	udskrivning	Antal sengedage dage M (adresseophold )
Benny	8.00	12.30	1
Pia	10.00	Er der til næste dag	1
Søren	9.00	Er der til næste dag	1
Hans	Kommer fra dagen før	10.00	0
Sofie	Kommer fra dagen før	Er der til næste dag	1
Kalle (ligger på kirurgisk afdeling)	Kommer fra dagen før	Er der til næste dag	0 (Ligger på kirurgisk afdeling)
Samlet			4

Belægningsprocent (adresseophold):  $4 \text{ divideret med } 3 \text{ gange med } 100 = 133 \%$

### **2.2.2 Belægningsprocent opgjort på timebasis + adresseophold**

Belægningsprocenten beregnes ved antal sengetimer opgjort på adresseafsnittet over en tidsperiode. Ved udskrivning tælles kun de timer med, der er inden for perioden. Der tælles 1 time for hver hele time patienten har ophold på afsnittet. Ved flytning mellem 2 afsnit vil patienten tælle en time på begge afsnit.

Der er i datadefinitionsgruppen bred enighed om, at denne definition er det bedste udtryk for belastningen for plejepersonalet på et sengeafsnit. Med definitionen vil "ind- og udskrivningsfejlen" være nede på timeniveau. Definitionen tager hensyn til, at udskrivningsdagen ikke tæller med. Yderligere vil det med denne definition være muligt at lave belægningsprocenter ned på timeniveau.

Når personalenormering af en seng vurderes/planlægges, bør man være opmærksom på, at denne definition typisk giver lavere belægningsprocenter. Og at en afdeling, der har set 24 patienter i én time ad gangen, vil få samme belægningsprocent som en afdeling, der har én patient i 24 timer. Derfor skal man være opmærksom på patientflowets størrelse. Og deraf følger, at afdelinger med meget højt patientflow som akutafdelinger bør have lavere mål for belægningsprocenter, hvis de opgøres ved timebasis opgørelsen.



På møde i Strategisk Sundhedsledelsesforum den 25. april 2013 var der enighed om, at hospitalerne bør begynde at opgøre deres belægningsprocenter på timebasis.

### Eksempel 3: Belægning opgjort på timebasis + adresseophold

Medicinske patienter	indlæggelse	udskrivning	Antal sengetimer dage M (kl. 00.01)
Benny	8.00	12.30	5
Pia	10.00	Er der til næste dag	14
Søren	9.00	Er der til næste dag	15
Hans	Kommer fra dagen før	10.00	10
Sofie	Kommer fra dagen før	Er der til næste dag	24
Kalle (ligger på kirurgisk afdeling)	Kommer fra dagen før	Er der til næste dag	0 (Ligger på kirurgisk afdeling)
Samlet			68

Antal sengetimer til rådighed:  $24 * 3 = 72$

Belægningsprocent på dagen: 68 timer divideret med 72 gange med 100 = 94 %

### 2.2.3 Beregning af belægning ud fra et bestemt tidspunkt på dagen

Antal indlagte på en afdeling kan svinge meget henover et døgn. Dvs. hvis man ser på belægningen på et bestemt tidspunkt, så kan den godt være høj uden, at den nødvendigvis er det på andre tidspunkter af dagen. Belægningsprocenten kan med andre ord svinge meget hen over et døgn.

Beregningsformen i eksempel 4, hvor beregningen sker ud fra et bestemt tidspunkt på dagen, har ikke været diskuteret eller brugt af Datadefinitionsgruppen.

### Eksempel 4: Beregning af belægning ud fra et bestemt tidspunkt på dagen

Medicinske patienter	indlæggelse	udskrivning	Antal sengedage dage M (kl. 00.01)	Antal sengedage dage M (kl. 10.00)	Antal sengedage dage M (kl. 23.59)
Benny	8.00	12.30	0	1	0
Pia	10.00	Er der til næste dag	0	1	1
Søren	9.00	Er der til næste dag	0	1	1
Hans	Kommer fra	10.00	1	1	0

	dagen før				
Sofie	Kommer fra dagen før	Er der til næste dag	1	1	1
Kalle (ligger på kirurgisk afdeling)	Kommer fra dagen før	Er der til næste dag	0 (Ligger på kirurgisk afdeling)	0 (Ligger på kirurgisk afdeling)	0 (Ligger på kirurgisk afdeling)
Samlet			2	5	3

Belægningsprocent kl. 00.01: 2 divideret med 3 gange 100 = 67 %

Belægningsprocent kl. 10.00: 5 divideret med 3 gange 100 = 167 %

Belægningsprocent kl. 23.59: 3 divideret med 3 gange 100 = 100 %

### 2.3 Opsummering af belægningsopgørelserne

Belægningsprocenten varierer i eksemplerne fra 67 til 167 %. Valget af metode er derfor afgørende for, hvor høj belægningsprocenten bliver. De forskellige metoder giver forskellige information, men ingen fortæller om der er senge på gangene.

Timebasismetoden giver det mest korrekte billede af belastningen på plejepersonalet, når man samtidig er opmærksom på patientflowet. Det skyldes, at alle de timer patienten er indlagt på en afdeling tæller med, inklusiv på udskrivningsdagen.

Derudover viser beregning af belægning på et bestemt tidspunkt, at det kan variere en del, og denne opgørelsesmetode anbefales derfor ikke.

### 3.0 Statslige initiativer vedr. beregning af belægning

I økonomiaftalen for 2014 er det aftalt, at der skal nedsættes en arbejdsgruppe, der skal kigge på belægning mv.

*"Danske Regioner og regeringen har i fællesskab nedsat en arbejdsgruppe, der skal fastlægge en bedre og mere rettidig opgørelse af antallet af sengepladser og belægningsgraden. Det forventes, at der i efteråret 2013 foreligger en revideret opgørelse af belægningsgraden på de medicinske afdelinger"*

Fra Region Midtjylland deltager Afdelingen for Kvalitet og data. Man vil som noget nyt se på belægningen på opholdsafdelingerne. I tidligere nationale belægningsopgørelser på stamafdeling, sås belægningen i forhold til det lægefaglige ansvar, herimod en opgørelse på adresseophold vil vise belastningen for plejepersonalet. Der er endnu ikke aftalt endelig beregningsmetode, men det er sandsynligt, at det bliver en dagsbaseret beregning i første omgang.

Det er ikke alle regioner, som har mulighed for at opgøre belægningen på timebasis, hvorfor timeberegningen ikke kan laves nationalt. Statens Serum Institut er gjort opmærksom på, at Region Midtjylland vil bruge timeberegningen. Arbejdsgruppens resultat forventes at være klar i efteråret 2013.

Fra 2014 og frem vil man formodentligt opgøre belægningen på adresseophold kl. 23. Tidspunktet kl. 23.00 betragtes af arbejdsgruppen som et retvisende tidspunkt at opgøre

belægningen på, da overflytninger af patienter mellem afdelinger sædvanligvis sker i løbet af dagtimerne. Opgørelsen vil sandsynligvis først træde i kraft fra januar 2014.

Bilag 3.

## **Bilag om antal medicinske senge og akutafdelingssenge, samt udvikling i indlæggelsestid**



### **Indledning**

På baggrund af mødet i Dialogforum vedrørende overbelægning, omhandler dette notat de temaer for hospitalssporet, som er blevet aftalt i kommissoriet for forummet.

Dato 29.08.2013  
Søren Bisgaard-Frantzen Petersen  
Tel. +45 7841 2037  
Soeren.Petersen@stab.rm.dk

Og

### **1. Udvikling i antal medicinske senge og akutafdelingssenge i perioden 2007-2013**

For perioden 2007- 13. august 2013 er antallet af normerede senge jævnfør tabel 3 faldet med 480 senge, fra 1733 til 1253 senge svarende til en reduktion på 28 %.

Helge Moustsen  
Tel. +45 7841 2034  
Helge.Moustsen@stab.rm.dk

Journalnr. 1-30-11-06-V

Side 1

Afgrænsningen af medicinske senge er sket med udgangspunkt i de ni intern medicinske grenspecialer, specialerne for onkologi, neurologi, dermato- og venerologi og akutafdelingssenge, som er dedikeret til medicinske senge.

#### **1.1 Antal medicinske senge i 2018, som forudsat i kvalitetsfondsbyggerierne**

Fra regeringens ekspertpanels (Erik Juhl-udvalget) publikation af 2008: REGIONERNES INVESTERINGS- OG SYGEHUSPLANER - SCREENING OG VURDERING, sammenfatter udvalget følgende vedrørende sengereduktion og belægningsprocent:

*"Det er endvidere panelets vurdering, at overvejelser i forhold til den fremtidige udvikling, sammenholdt med regionernes forskelligartede behovsfremskrivning, understøtter en differentieret tilpasning i regionernes dimensionering med udgangspunkt i en forventet stigning i antal ambulante behandlinger på omkring 50 pct. og en forventet sengereduktion på omkring 20 pct. i perioden fra 2007 til 2020." (side 35)*

*"Samlet vurderer panelet, at der generelt er grundlag for en bedre sengeudnyttelse i en ny og moderne struktur med moderniserede fysiske rammer med bl.a. bedre logistik og flere enestuer. For sygehuse/afdelinger med en stor akutandel vurderes det dog i praksis*

*som vanskeligt at komme meget over de 85 pct. Omvendt må der kunne forudsættes en bedre sengeudnyttelse i projekter med en stor andel elektive senge.” (side 36-37)*

Arkitektfirmaet C.F.Møller bistod i 2009 Region Midtjylland i forhold til at vurdere kapacitetsbehovet i 2018 for hospitalerne, som er omfattet af regionens kvalitetsfondsprojekter. Kvalitetsfondsprojekterne omhandler ny- og ombygning af Regionshospitalet Viborg, et nyt hospital i Gødstrup samt Det Nye Universitetshospital i Aarhus. Outputet fra kapacitetsberegningerne er blandt andet sengeantal, antal rum og arealbehov.

C.F.Møller har i deres beregninger af kapacitetsbehovet i 2018 benyttet følgende overordnede metode:

- Grunddata er 2007-aktiviteten demografisk fremskrevet på 1-års intervaller
- Liggetiden reduceres årligt med 4 % på det medicinske område og 2 % på det kirurgiske område
- De ambulante besøg fremskrives samlet set med 50 % i en 10-års periode
- Rum udnyttes 7 timer 245 dage om året
- 30 % af alle 1- og 2-dags indlæggelser omlægges til ambulante behandling. Der tillægges tre ambulante besøg pr. omlagt indlæggelse
- Hotelsenge medfører en reduktion i antallet af stationære senge

På trods af ovenstående beregninger knytter der sig knytter der sig en del usikkerhed til det antal senge de enkelte hospitaler vil have i 2018. Det skyldes fx at anlægsudgifterne i Det Nye Universitetshospital i Aarhus bliver lavere end forudset, hvilket har givet muligheder for at justere i planerne for byggeriet. Derudover mangler flere af hospitalerne at få deres generalplaner politisk forelagt og godkendt.

Med udgangspunkt i de dimensioneringsforudsætninger, der arbejdes med på nuværende tidspunkt og som indebærer en belægning på 85 %, fremgår det af tabel 3, at der i 2018 vil være 1253 medicinske senge i Region Midtjylland, det samme antal som der er i dag.

For de enkelte hospitaler ser billedet dog forskelligt ud. Aarhus Universitetshospital mangler at reducere deres sengeantal med 115 senge, og Regionshospitalet Randers mangler at lukke 9 senge. For de øvrige regionshospitaler er der tale om, at de skal åbne senge, Det Nye Hospital i Gødstrup får 38 senge mere end Hospitalsenheden Vest har i dag, Hospitalsenheden Horsens forventer 47 flere senge, og Hospitalsenhed Midt forventer 39 flere senge.

## **1.2 Udviklingen i gennemsnitlig liggetid**

Af tabel 1 fremgår antallet af sengedage pr. indlæggelse, opgjort på hospitalsudskrivninger i perioden 2008-2012 for alle patienter, dvs. både medicinske og kirurgiske patienter. Det fremgår af tabellen at indlæggelsestiden er faldet i perioden for alle regioner. Det ses endvidere, at Region Midtjylland har de korteste indlæggelsesforløb.

**Tabel 1. Udvikling i sengedage pr. indlæggelse for alle patienter 2008-2012**

Region	Gennemsnitlig indlæggelsestid i dage for alle patienter (hospitalsudskrivinger)				
	2008	2009	2010	2011	2012
Sjælland	4,5	4,3	4	3,8	3,7
Hovedstaden	4,7	4,4	4,1	3,9	3,8
Syddanmark	4,3	4	3,8	3,8	3,7
Midtjylland	4,2	3,9	3,8	3,6	3,6
Nordjylland	4,7	4,4	4,4	4,3	4,3
Hele Landet	4,5	4,2	4	3,8	3,8

Kilde: E-sundhed

Tabel 2 viser nedenfor den gennemsnitlige indlæggelsestid i dage for medicinske patienter, opgjort på afdelingsudskrivinger. Tabellen viser, at liggetiden er faldet i Region Midtjylland fra 4,9 dage i 2008 til 3,4 dage i 2012.

Opgørelsesmetoden på afdelingsudskrivinger, frem for sygehusudskrivinger – som i tabel 1, betyder, at man bør være varsom med at sammenligne indlæggelsestiden på tværs af regioner, fordi organiseringen af patientforløbet påvirker tallene. Et tænkt eksempel kan illustrere forskellen. En patient indlægges 1 dag i akutafdelingen, og overflyttes derefter til en medicinsk afdeling, hvor patienten ligger 3 dage. Opgjort på afdelingsudskrivingemetoden bliver den gennemsnitlige indlæggelsestid 2 dage ( $(1+3)/2 = 2$ ). Opgjort på sygehusudskrivingemetoden, hvor man måler tiden fra patienten træder ind på sygehuset til patienten bliver udskrevet, bliver indlæggelsestiden 4 dage.

**Tabel 2. Udvikling i sengedage pr. indlæggelse for medicinske patienter 2008-2012**

Region	Gennemsnitlig indlæggelsestid i dage for medicinske patienter (afdelingsudskrivinger)				
	2008	2009	2010	2011	2012
Sjælland	5,2	5,4	4,8	5,6	5,5
Hovedstaden	5,2	4,8	4,3	4,3	4
Syddanmark	4,8	4,4	3,9	4,3	4,5
Midtjylland	4,9	4,6	3,8	3,8	3,4
Nordjylland	5,2	5,2	4,8	4,6	4,6

Kilde: Deloitte 2013

## 2. Orientering om forbrugsvariationsprojektet

CFK-Folkesundhed og Kvalitetsudvikling står bag forbrugsvariationsprojektet og "Hvordan har du det undersøgelserne", der gennemføres i 2013.

Forbrugsvariationsprojektet fortsætter i løbet af 2013-2014, hvor man vil: 1) analysere variationen i sygehusforbruget mellem empiriske optageområder, 2) analysere forskelle i behandlingsintensitet mellem empiriske optageområder (end-of-life care), 3) undersøge variationen i udvalgte behandlings- og aktivitetsindikatorer, 4) se på læring fra *NHS Atlas of Variation in Healthcare project* og 5) analysere almen praksis bidrag til variationen i sygehusforbrug

På baggrund af data fra 2010, fandt man, at seks kommuner havde et forbrug af sundhedsydelser, der adskiller sig signifikant fra gennemsnitsforbruget, herunder har tre kommuner et markant større forbrug: Viborg, Lemvig og Hedensted. Og tre kommuner et mindre forbrug af sundhedsydelser: Herning, Skanderborg og Odder Kommuner.

Konklusionen er, at det er nærliggende at antage, at man skal søge på udbudssiden efter årsagerne til resterende afvigelser i forbruget – fx tilrettelæggelsen af indsatsen i kommuner, almen praksis, sygehuse mv.

### **3. Materiale fra Dansk Sygeplejeråd (DSR)**

Administrationen vil gerne kommentere det omfattende materiale og de notater, som DSR udleverede til administrationen på det første dialogmøde den 10. april 2013.

#### **3.1. DSR-eksempler på opgørelser af belægningsprocenter**

Tabeller med belægningsopgørelser på timebasis, som materialet præsenterer for regionshospitalet Randers og Horsens er en metode, som Strategisk Sundhedsledelsesforum også bakker op om.

Tabellerne viser et billede med høje belægningsprocenter for førnævnte hospitaler, samt Hospitalsenheden Vest. En kendsgerning Region Midtjylland løbende får indsigt i, via ugentlige udsendelse af belægningstal til regionsrådet for hver enkelt dag på samtlige medicinske afdelinger.

#### **3.2 DSR-notat vedr. patienter på gangene og i opholdsrum på hospitaler**

Undersøgelsen som DSR har vedlagt viser resultaterne på landsplan, og siger således ikke noget specifikt om de enkelte hospitaler i Region Midtjylland.

Patienter, som ligger på gangene er et fænomen, som Region Midtjylland strækker sig langt for at undgå. Det er uværdigt for patienterne, og uforeneligt med kvalitet i behandlingen, plejen og omsorgen, samt medfører utilfredsstillende arbejdsforhold for personalet.

Når der opstår et sådan pres på de medicinske afdelinger, at de må se sig nødsaget til at placere patienter i senge på gangene, er der forskellige fora, hvor denne problemstilling kan drøftes. Først og fremmest er der dialogen internt på afdelingerne om, hvordan situationen kan løses, for det andet drøftelserne mellem afdelingsledelserne og de enkelte hospitalsledelser. Dernæst kvartalsvise dialogmøder mellem hospitalsledelserne og administrationen. Og endelig er der de forskellige MED-udvalg, hvor de personalepolitiske aspekter bliver drøftet.

#### **3.3 DSR-notater om udviklingen i antal sengepladser på medicinske afdelinger, samt Erik Juhl-udvalgets anbefalinger**

DSR-materialet indeholder flere figurer og tabeller med udviklingen af sengepladser på de medicinske afdelinger, samt et notat om nedlæggelse af senge og Erik Juhl-udvalgets anbefalinger.

Region Midtjylland genkender udviklingen i antallet af sengenedlæggelser, hvilket også fremgår af tabel 3 med antallet af medicinske senge for perioden 2007-2013. Derudover kan det konstateres, at Region Midtjylland allerede i 2012 havde lukket flere senge end Erik Juhl-

udvalget anbefalede skulle ske frem mod 2020. Sengerreduktionen i perioden 2007-2013 har været på 28 %.

### **3.4 Udviklingen i antal sygeplejerske- og SOSA-normering i de midtjyske kommuner fra 2008-2012**

Region Midtjylland er optaget af et tæt samarbejde med kommunerne, og deres vigtige rolle i at sikre sammenhængende patientforløb. Denne dialog sker på jævnlige klyngemøder mellem kommuner og hospitaler, på diverse samarbejdsfora, fx Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget. Og endelig bliver der hvert fjerde år indgået sundhedsaftaler mellem kommuner og Region Midtjylland, der bl.a. har fokus på samarbejdet vedrørende indlæggelser og udskrivninger.

Region Midtjylland er opmærksom kommunernes rolle i at løse flere og mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver end tidligere. Denne udvikling har bl.a. været fulgt i en fælles kommunal og regional arbejdsgruppe med deltagelse af DSI, som mundede ud i en rapport og en aftale i Sundhedsaftalen for 2011-2014 om at gå fra uplanlagt opgaveglidning til planlagt opgaveoverdragelse. Aftalen har været brugt i forbindelse med omlægning på neurologiområdet, hvor kommunerne fik en central rolle i genoptræning af patienterne.

Opgørelsen i antal sygeplejerske- og SOSA-normeringer i de midtjyske kommuner fra 2008-2012 tager Region Midtjylland til efterretning.

Det bør nævnes, at Danske Regioner den 15. april 2013 offentliggjorde nye tal for beskæftigelsen på hospitalerne, som viser en fremgang på mere end 1.800 fuldtidsbeskæftigede fra 2011 til 2012, heraf udgør sygeplejerskerne og lægernes andel af stigningen henholdsvis 500 og 300 ekstra fuldtidsbeskæftigede.

### **3.5 DSR-tabeller med overblik over optageområder, indlæggelser, udskrivninger og genindlæggelser**

Materialesamlingen viser tal for folkesundheden fra Sundhedsprofilen 2010 i kommunerne i Region Midtjylland, og sammenholder tallene med værdierne på landsplan. Det er sådanne sammenligninger som administrationen er optaget af, fx i afdelingen for Nære Sundhedstilbud, som udarbejder kronikerprogrammer i samarbejde med de praktiserende læger, hospitalerne og kommunerne. Derudover følger administrationen også værdierne over tid for de enkelte kommuner og kroniske sygdomme.

Derudover indeholder materialet også tal for udskrivninger og genindlæggelser for borgere over 66 år med specifikke sygdomme for KOL, lungebetændelse, hjertesvigt og knoglebrud fordelt på kommunerne i regionen.

I Region Midtjylland foregår der rigtig mange initiativer på det medicinske område. Udover kronikerprogrammerne for KOL, hjerte-karsygdomme og type II diabetes er et program for lænderygsmerter undervejs.

Derudover er projektet med opfølgende hjemmebesøg, som startede i 2009 i Vestklyngen, og hvis formål det er, at reducere omfanget af u hensigtsmæssige genindlæggelser, styrke det tværfaglige samarbejde og skabe et mere sammenhængende patientforløb blevet udbredt til hele regionen.



Der kan nævnes mange andre projekter om samarbejde mellem kommuner og hospitaler, men det overlades til det "Tværsektorielle spor", at beskrive initiativerne.

#### **4. Erfaringer med patientinventering**

I forbindelse med udmøntningen af handleplanen for den ældre medicinske patient, gennemførte Deloitte på foranledning af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse en analyse af de medicinske afdelinger, som blev offentliggjort i marts 2013.

Deloitte's analyse af de medicinske afdelinger beskriver, hvordan alle hospitaler i Region Nordjylland har foretaget patientinventeringer og afdækket, at 20 % af de indlagte medicinske patienter kunne være i et andet behandlingsforløb, fx ambulante forløb eller plejeforløb i kommunen. Spildanalyser i Region Sjælland viser samme niveau. Deloitte's rapport indeholder et eksempel på en patientinventering fra Regionshospitalet Randers fra 2010<sup>1</sup>. Eftersom hospitalet efterfølgende har lukket 40 medicinske senge (130 til 90) og 8 akutsenge (34-26), er det tvivlsomt om eksemplet kan bruges til at vise andet end et historisk billede.

Nyere eksempler med patientinventeringer er to audits af indlagte patienter i Hospitalsenheden Horsens. I samarbejde med Horsens Kommune gennemførte Hospitalsenheden Horsens en audit i januar 2012 vedrørende uhensigtsmæssige indlæggelser i Akutafdelingen. Her blev det vurderet, at 17 ud af 49 indlæggelser, svarende til 35 %, kunne være undgået. Det viste sig dog, at de ældre var underrepræsenteret i auditten. Derfor blev det besluttet, at lave en ny audit i juni 2012 med fokus på ældre patienter over 75 år, idet det forventes, at der her kunne være behov for en særlig indsats. Her blev det vurderet, at 4 ud af 48 indlæggelser, svarende til 8 %, kunne være undgået under de aktuelle betingelser.

I Aarhus Universitetshospital arbejder man målrettet med patientinventeringer og har nedsat en styregruppe under Abdominalcentret. Et internt notat fra februar 2013 viser, at der er et ikke ubetydeligt potentiale for at omlægge patientforløb fra stationære til ambulante forløb. Dataene i notatet stammer fra patientinventeringer, som er gennemført på de 5 kliniske centre i perioden 2011-2012. Notatet sammenfatter en tematiseret oversigt over udviklingspotentialerne. Eksempelvis kan mange akutte forløb håndteres i ambulante regi, ligesom mange operationsforløb vil kunne omlægges til at foregå ambulante.

Imidlertid er det usikkert om omlægning til øget ambulante aktivitet vil kunne lette belægningspresset, idet Aarhus Universitetshospital som følge af udflytningen til Det Nye Universitetshospital skal nedlægge ca. 115 medicinske senge (fra 482 senge i 2013 til 367 i 2018).

---

<sup>1</sup> En patientinventering i 2010 på Regionshospitalet Randers blandt medicinske patienter viste, at 34 akutte senge og 130 afdelingssenge var belagt med henholdsvis 18 patienter og 105 patienter. Det gav en belægningsprocent på 75. (...) I alt blev det vurderet, at 28 procent af de medicinske patienter ikke behøvede at ligge i en hospitalsseng. Det vurderedes i den afsluttende afrapportering, at patientforløb indenfor alle medicinske specialer kunne omlægges, så der i højere grad blev gjort brug af patienthotel og ambulante behandling. (Deloitte, 2013, side 119)

**Tabel 3. Udvikling i antal medicinske senge og akutafdelingssenge for perioden 2007-13. august 2013. Samt det forventede antal senge i 2018.**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013		2018 med 85 % belægning
<b>Hospitalsenheden Horsens</b>									
Medicinsk overafdeling, Horsens	74	74	86	70	70	76	76		115
Akutafdeling overafdeling	-	-	-	16	16	22	22		30
Brædstrup, medicinske og geriatriske senge	24	24	8	0	0	0	0		
Brædstrup, neurorehabilitering	25	25	19	12	12	0	0		
Regionhospitalet Odder, geriatri	12	0	0	0	0	0	0		
<b>Hospitalsenheden Horsens i alt medicinske senge</b>	<b>135</b>	<b>123</b>	<b>113</b>	<b>98</b>	<b>98</b>	<b>98</b>	<b>98</b>		<b>145</b>
<b>Udvikling i senge</b>	<b>-</b>	<b>-12</b>	<b>-10</b>	<b>-15</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		<b>47</b>
<b>Udvikling i procent 2007-2013</b>							<b>-27%</b>		<b>48%</b>
<b>Aarhus Universitetshospital</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>		<b>2018 med 85 % belægning</b>
Hjertemedicinsk overafdeling B	122	122	113	113	112	92	92		54
Medicinsk Endokrinologisk overafdeling MEA	115	115	101	101	82	72	66		49
Geriatrisk overafdeling G	46	41	34	34	32	32	32		40
Medicinsk Hepato-Gastroenterologisk overafdeling V	26	26	26	26	18	18	24		12
Hæmatologisk overafdeling R	49	49	54	55	52	49	49		43
Infektionsmedicinsk overafdeling Q	32	32	30	32	31	30	30		20
Lungemedicinsk overafdeling LUB	34	34	23	23	19	19	19		15
Nyremedicinsk overafdeling C	35	35	29	29	27	26	26		24
Reumatologisk overafdeling U	14	14	14	14	10	10	10		5
Dermato-venerologisk overafdeling S	24	24	24	24	15	15	15		10
Neurologisk overafdeling F	43	46	46	46	41	38	38		17
Onkologisk overafdeling D	77	77	77	77	63	63	63		35
Akutafdeling, heraf medicinske senge	-	-	-	-	-	14	14		43
Overafdeling Samsø	9	9	4	4	4	4	4		
<b>Aarhus Universitetshospital i alt medicinske senge</b>	<b>626</b>	<b>624</b>	<b>575</b>	<b>578</b>	<b>506</b>	<b>482</b>	<b>482</b>		<b>367</b>
<b>Udvikling i senge</b>	<b>-</b>	<b>-2</b>	<b>-49</b>	<b>3</b>	<b>-72</b>	<b>-24</b>	<b>0</b>		<b>-115</b>
<b>Udvikling i procent 2007-2013</b>							<b>-23%</b>		<b>-41%</b>
<b>Hospitalsenheden Vest</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>		<b>2018 med 85 % belægning</b>
Medicinsk afd., medicinske senge Holstebro	102	98	84	79	62	64	64		178
Medicinsk afd., medicinske senge Herning	92	88	90	86	70	68	75		
Neurologisk afd., neurologiske senge Holstebro	39	39	39	37	31	31	31		26
Neurologisk afd., neurorehabiliteringssenge Lemvig	30	30	30	20	18	17	16		19
Ringkøbing medicinske senge	40	36	23	15	0	0	0		

Onkologisk afd., onkologiske senge Herning	6	9	9	12	15	15	15		16
Akutafdeling, heraf medicinske senge	-	-	-	-	10	10	10		10
<b>Hospitalsenheden Vest i alt</b>	<b>309</b>	<b>300</b>	<b>275</b>	<b>249</b>	<b>206</b>	<b>205</b>	<b>211</b>		<b>249</b>
<b>Udvikling i senge</b>	-	-9	-25	-26	-43	-1	6		<b>38</b>
<b>Udvikling i procent 2007-2013</b>							-32%		<b>-19%</b>
<b>Regionshospitalet Randers</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>		<b>2018 med 85 % belægning</b>
Medicinsk sengeafdeling, Randers	178	157	164	126	109	90	90		79
Medicinsk sengeafdeling, Grenaa	10	10	9	8	0	0	0		-
Akutafdeling, heraf medicinske senge	-	-	-	34	32	26	26		28
<b>Regionshospitalet Randers i alt</b>	<b>188</b>	<b>167</b>	<b>173</b>	<b>168</b>	<b>141</b>	<b>116</b>	<b>116</b>		<b>107</b>
<b>Udvikling i senge</b>	-	-21	6	-5	-27	-25	0		<b>-9</b>
<b>Udvikling i procent 2007-2013</b>							-38%		<b>-43%</b>
<b>Hospitalsenhed Midt</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>		<b>2018 med 85 % belægning</b>
Diagnostisk Center, Medicinsk afdeling, Silkeborg	106	106	114	94	61	61	61		61
Medicinske senge Viborg og Skive (indtil 2010)	179	179	142	112	86	86	85		101
Akutfafsnit A24, Viborg heraf medicinske senge	-	-	-	18	22	22	22		31
Neurologisk sengeafsnit N09, Viborg	28	28	28	28	24	18	18		24
<b>Medicinske senge i alt</b>	<b>313</b>	<b>313</b>	<b>284</b>	<b>252</b>	<b>193</b>	<b>187</b>	<b>186</b>		<b>217</b>
<b>Udvikling i senge</b>			-29	-32	-59	-6	-1		<b>31</b>
<b>Udvikling i procent 2007-2013</b>							-41		<b>-31%</b>
Neurorehabiliteringssenge Skive	36	36	54	54	40	36	38		40
Reumatologi (Paraplegifunktionen/Vestdansk Center for Rygmarvsskadede)	26	26	26	26	-	-	-		-
Neurologi (Paraplegifunktionen/Vestdansk Center for Rygmarvsskadede)	-	-	-	-	26	26	26		35
Hammel Neurocenter, neurorehabiliteringssenge	100	100	86	86	86	93	96		93
<b>Hospitalsenhed Midt i alt (medicinske senge + neurorehabiliteringssenge)</b>	<b>475</b>	<b>475</b>	<b>450</b>	<b>418</b>	<b>345</b>	<b>342</b>	<b>346</b>		<b>385</b>
<b>Udvikling i senge</b>	-	0	-25	-32	-73	-3	4		<b>39</b>
<b>Udvikling i procent 2007-2013</b>							-27%		<b>-19%</b>
<b>Total Region Midtjylland i alt</b>	<b>1733</b>	<b>1689</b>	<b>1586</b>	<b>1511</b>	<b>1296</b>	<b>1243</b>	<b>1253</b>		<b>1253</b>
<b>Udvikling i senge</b>	-	-44	-103	-75	-215	-53	10		<b>0</b>
<b>Udvikling i procent 2007-2013</b>							-28%		<b>-28%</b>

Kilde: Statens Serum Institut 2007-2011 og InfoRM 2012 - 13. august 2013, samt hospitalerne for oplysninger om 2018 tallene og generel validering.

## **Bemærkninger vedr. udviklingen i antallet af senge fra hospitalerne**

### **Aarhus Universitetshospital**

Aarhus Universitetshospital bemærker, at de på trods en sengereduktion i perioden 2007-2012 på 144 senge, heraf 48 hotelsenge, har øget antallet af udskrivninger med 11 % på de medicinske afdelinger. En udvikling der forstærkes af, at Aarhus Universitetshospital i 2012 udskrev 15 % flere unikke CPR-numre end i 2007.

### **Hospitalsenheden Horsens**

1. september 2013 åbner Hospitalsenheden Horsens 5 ekstra medicinske senge i Medicinsk Afdeling i en midlertidig periode på ét år (1. september 2013 - 31. august 2014) for at imødekomme problemstillingen vedrørende medicinsk overbelægning.

### **Hospitalsenhed Midt**

#### Bemærkninger vedr. Diagnostisk Center:

Tallene fra 2007 til 2010 indeholder 10 hotelsenge. Stigningen i sengeantallet i 2009 skete som led i beredskabet i forbindelse med (fugle)influenza. I slutningen af 2011 reduceres sengeantallet og er ved indgangen til 2012 på 61 sengepladser. Reduktionen skyldes en ændring i optageområde, ændring vedr. apopleksipatienter og omlægning fra stationær til ambulant behandling.

#### Bemærkninger vedr. Medicinsk Afdeling:

Reduktionen fra 2008 til 2009 bestod i lukning af sengepladser i Regionshospitalet Skive, medens ændringen fra 2009 til 2010 primært bestod i oprettelse af Akutafsnit A24. Reduktion fra 2010 til 2011 består i flytning af 6 onkologiske sengepladser til Hospitalsenheden Vest samt lukning af 20 sengepladser som led i Omstillingsplanen. Der reduceres i sengeantallet i september 2013 som led i flytning af 5 hæmatologiske sengepladser til Aarhus Universitetshospital/ Hospitalsenheden Vest. Som led i forberedelse af Akutafdelingen pr. 1. januar 2014 fastholdes sengeantallet dog uændret i 2013 i A24 til medicinske patienter. Sengereduktionen er fuldt implementeret den 1. januar 2014, hvor A24 indgår i Akutafdelingen med 18 medicinske sengepladser, mens 4 sengepladser lukkes.

### **Hospitalsenheden Vest**

Hospitalsenheden Vest oplyser, at der blev oprettet 8 ekstra medicinske senge i Herning den 1. februar 2013, som er midlertidigt finansieret af Hospitalsenheden Vest.

Ved neurologioplægningen er der forudsat lukning af 2 senge til akut apopleksi. Som følge af en stor forøgelse af antallet af akutte apopleksipatienter har Hospitalsenheden Vest opretholdt sengene trods en budgetreduktion på 1,5 mio. kr.

De 10 senge i Akutafdelingen er skønsmæssigt ansat. Der er ikke fast allokeret et antal senge. Efter etableringen af Akutafdelingen, er den belagt med patienter, der tidligere ville være indlagt på Medicinsk Afdeling.