

Notat



Indledning

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

1. Udvikling i antal medicinske senge og akutafdelingsenge i perioden 2007-2012

For perioden 2007-2012 er antallet af normerede senge jævnfør bilag 1 faldet med 502 senge, fra 1745 til 1243 senge svarende til en reduktion på 29 %.

Afgrænsningen af medicinske senge er sket med udgangspunkt i de ni intern medicinske grenspecialer. Endvidere er der medtaget oplysninger for specialerne onkologi, neurologi og dermatologi og venerologi.

1.1 Antal medicinske senge i 2018, som forudsat i kvalitetsfundsbyggerierne

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

Dato 03.05.2013

Søren Bisgaard-Frantzen Petersen

Tel. +45 7841 2037

Soeren.Petersen@stab.rm.dk

Og

Helge Moustsen

Tel. +45 7841 2034

Helge.Moustsen@stab.rm.dk

Journalnr. 1-30-11-06-V

Side 1

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 kvalitetsfundsprojekter. Kvalitetsfundsprojekterne omhandler ny- og ombygning af Regionshospitalet Viborg, et nyt hospital i Gødstrup samt Det Nye Universitetshospital i Aarhus. Outputtet 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 ambulans behandling. Der tillægges tre ambulante besøg pr. omlagt indlæggelse
- Hotelsenge medfører en reduktion i antallet af stationære senge

Ud over resultatet af ovenstående kapacitetsberegninger, er projekternes anlægsramme en medbestemmende faktor i forhold til sengeantallet i 2018. Kvalitetsfundsprojekterne er underlagt en fast anlægsøkonomisk ramme, som er fastsat fra Staten. Denne ramme er regionen nødt til at tage med i betragtning, når hospitalerne skal dimensioneres. Eksempelvis er anlægsrammen til Det Nye Universitetshospital i Aarhus lavere end forudset, hvilket har gjort det nødvendigt at justere i planerne for byggeriet.

Med udgangspunkt i de dimensioneringsforudsætninger, der arbejdes med på nuværende tidspunkt og som indebærer en belægning på 85 %, fremgår det af bilag 1, at der i 2018 vil være 1253 medicinske senge i Region Midtjylland, hvilket er en stigning på 10 senge fra 1243 senge i 2012.

For de enkelte hospitaler ser billedet dog forskelligt ud. Aarhus Universitetshospital mangler at reducere deres sengeantal med 115 senge, og Regionshospitalet Randers vil reducere med yderligere 9 senge. For de øvrige regionshospitaler er der tale om, at de skal åbne senge. Det Nye Hospital i Gødstrup får 44 senge mere end Hospitalsenheden Vest har i dag, Hospitalsenheden Horsens forventer 47 flere senge, og Hospitalsenhed Midt forventer 43 flere senge.

1.2 Udviklingen i gennemsnitlig liggetid

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

Figur 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

Figur 2 viser nedenfor den gennemsnitlige indlæggelsestid i dage for medicinske patienter, opgjort på afdelingsudskrivinger. Figuren 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 figur 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.

Figur 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. Metoder til beregning af belægningsprocenter

Beregning af belægningsprocenter har været diskuteret i datadefinitionsgruppen i Region Midtjylland med repræsentanter fra alle hospitalsenheder. Der blev i 2011 vedtaget følgende datadefinitioner.

2.1. Belægningsprocent E-Sundhed (stamafdeling, både normerede og disponible senge)

Belægningsprocenten beregnes ved antal sengedage (på stamafdeling) i perioden for udvælgelsesniveauet / antal normerede senge for udvælgelsesniveauet x periodelængde opgjort i døgn.

Metoden ser på, hvor mange indlagte patienter, der hører til en bestemt afdeling, kaldet stamafdeling, og det er uanset om den medicinske patient ligger på en medicinsk eller kirurgisk afdeling. Det lægelige ansvar ligger på stamafdelingen, og derfor giver det mening i forhold til behandlerpersonalet at se på, hvor mange patienter det lægelige personale har ansvar for. Beregningen svarer til den belægningsprocent Statens Serum Institut vil opgøre på baggrund af E-sundhed.

Med denne belægningsudregning vil der typisk ikke blive opgjort flere dage pr. patient end de dage patienten er indlagt, hvilket kan ske i belægningsopgørelser beregnet ud fra adresseophold jf. afsnit 2.2.

Beregningen på stamafdeling vil ikke kunne bruges til at vurdere det fulde træk på plejepersonalet. Fx i det tænkte eksempel med en medicinsk afdeling, som er 100 % belagt, og 20 % af patienterne udgøres af kirurgiske patienter. Hvis patienten har en kirurgisk stamafdeling, vil patienten tælle på denne afdeling, selv om patienten opholder sig på medicinsk afdeling. Belægningsopgørelsen på stamafdeling vil således vise en belægning på 80 % for det lægefaglige personale, og illustrerer slet ikke, at sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne arbejder på en 100 % belagt afdeling.

Det var datadefinitionsgruppens vurdering, at denne definition ikke skulle indgå i InfoRM rapporter, men kun ligge til grund for ad hoc træk.

2.2 Belægningsprocent (adresseophold) (opgjort i hele dage)

Belægningsprocenten opgjort på adresseophold beregnes ved antal sengedage i perioden opgjort på "adresseophold" (8 cifre) (ind- og udskrivning på samme dag tæller som en) / antal disponible senge i perioden. Denne definition ligger tæt op af definitionen, der bruges i InfoRM rapporten. Når patienten har været indlagt i flere dage tæller udskrivningsdagen ikke med, og det er uanset om patienten udskrives tidligt om morgenen eller sent på dagen. I et moderne hospitalsvæsen, hvor patienter også modtager behandling på udskrivningsdagen, er det uhensigtsmæssigt, at udskrivningsdagen ikke tæller med. Tilsvarende tager metoden heller ikke højde for, hvornår på dagen patienten indlægges. Med andre ord indebærer metoden en kendt "ind- og udskrivningsfejl".

Med denne definition får alle afsnit, hvor patienten har opholdt sig tildelt sengedage, det betyder, at en patient kan have flere sengedage på én dag, når patienten fx overflyttes 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 også, at afdelinger med stort patientflow får meget høje belægningsprocenter, fx akutafdelinger eller medicinske visitationsafsnit.

Flere af hospitalerne ville gerne beholde beregningen.

2.3. Belægningsprocent (time) (både på disponible og normerede senge)

Belægningsprocenten beregnes ved antal sengetimer opgjort på adresseafdeling (8 cifre) over en tidsperiode. Ved udskrivning tælles kun 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.

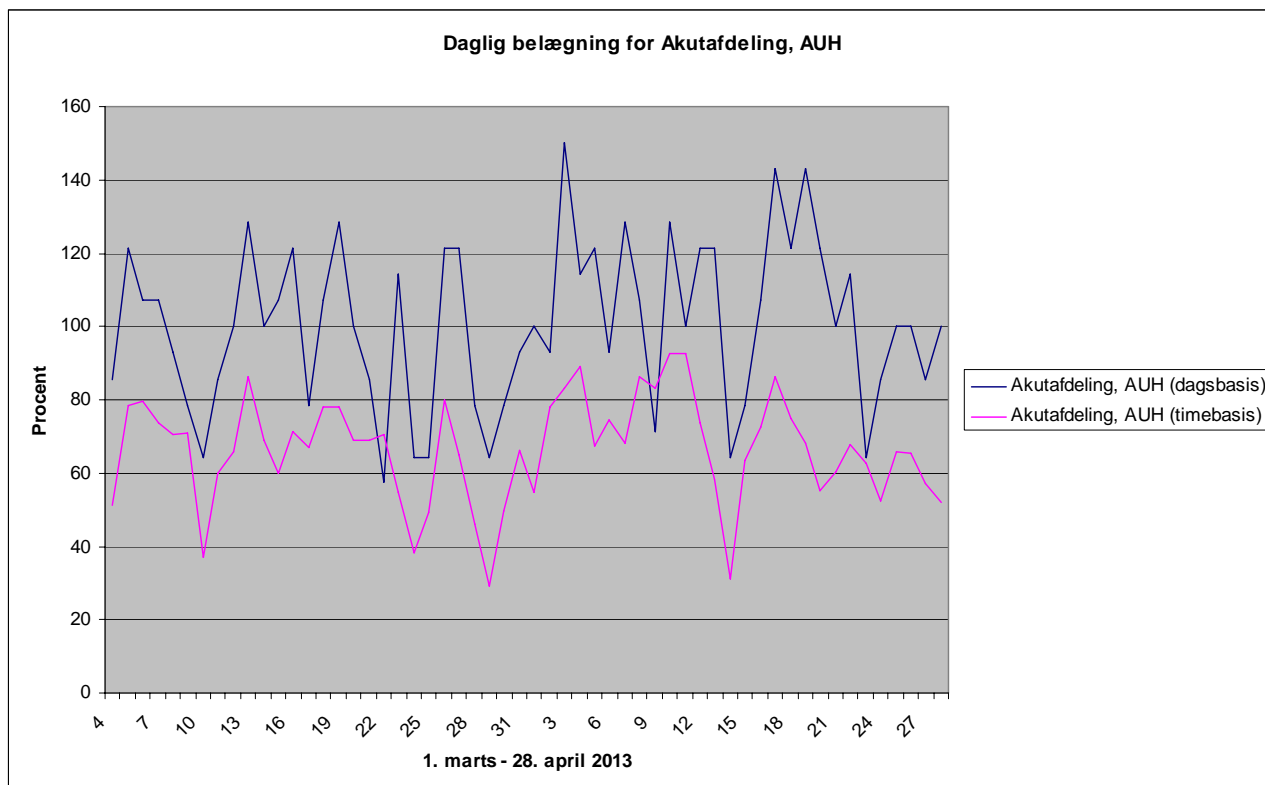
Der var i datadefinitionsgruppen bred enighed om, at denne definition ville være det bedste udtryk for belastningen for plejepersonalet på et sengeafsnit. Med definitionen vil "ind- og udskrivningsfejlen" være nede på timeniveau. Definitionen tager hensyn til, at udskrivningsdagen ikke tæller med. Yderligere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

Da registreringen af disponible senge foretages på dagsniveau, vil det ikke være muligt at lave beregninger, der tager hensyn til aftenlukninger.

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.

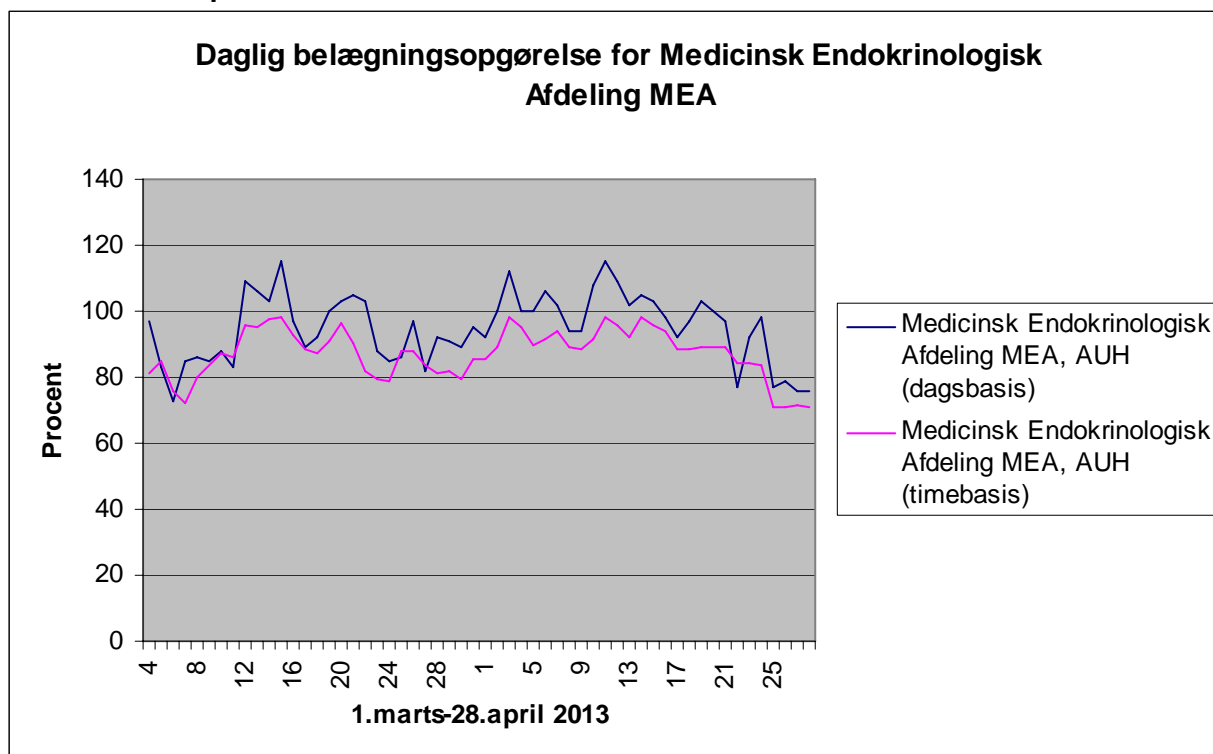
På møde i Strategisk Sundhedsledelsesforum den 25. april 2013 var der enighed om, at hospitalerne bør begynde at opgøre deres belægningsprocenter på timebasis. Forskellen på opgørelse af belægningsprocenter på time- og dagsbasis, ses af nedenstående to figurer fra Aarhus Universitetshospital, hvor figuren viser belægningen for Akutafdelingen med højt patientflow, og Medicinsk Endokrinologisk Afdeling, hvor patientflowet ligner det der optræder på en typisk medicinsk afdeling.

Figur 3. Belægningsstal for Akutafdelingen, AUH for perioden 1. marts til 28. april 2013



Kilde: Aarhus Universitetshospital

Figur 4. Belægningsstal for Medicinsk Endokrinologisk Afdeling, AUH for perioden 1. marts til 28. april 2013



Kilde: Aarhus Universitetshospital

3. Hvornår er der tale om overbelægning?

Gennemgangen i kapital to af beregningsmetoder for belægning illustrerer, at det er vigtigt at holde sig for øje, hvilken problemstilling man ønsker at belyse. Handler det om at se på ressourcetrækket på plejepersonalet eller behandlerpersonalet, og er der tale om en afdeling karakteriseret ved højt eller lavt patientflow?

Derudover er forståelsen af en normeret og disponibel seng central. En normeret seng¹ var tidligere et styringsinstrument, som forbandt en seng med et budget til overvågning og pleje. Begrebet er over tid blevet udvandet, fordi hospitalerne i en årrække har været styret efter aktivitets- og DRG-mål. Derudover har hospitalerne også individuelt ændret i normeringerne til en normeret seng. Og endelig har politikerne ind i mellem fastlagt, at der skulle være et bestemt antal senge på et hospital, fx neurologiske rehabiliteringssenge i Regionshospitalet Lemvig og Regionshospitalet Skive. Overbelægning i forhold til normerede senge er derfor endt med at blive en hybrid mellem hvad hospitalet har afsat af ressourcer, og hvad regionsrådet har bestemt hospitalet skal have af senge. Det betyder, at hvis hospitalerne ikke har afsat de samme ressourcer pr. seng for sammenlignelige afdelinger vil belægningsprocenterne vise noget forskelligt fra hospital til hospital. Og så siger overbelægning heller ikke noget om, om der er senge på gangene. Det er sjældent, at afdelinger med overbelægning medfører senge på gangene.

¹ En normeret seng, er en seng på sengeafsnit, der anvendes til indlagte patienter. I normeringen indgår sygeplejersker til overvågning og pleje. Det er forskelligt fra afdeling til afdeling, hvor mange sygeplejersker, der skal til per normeret seng afhængig af tyngden af patienter.

Erik Juhl-udvalget opererer med en belægning på 85 %, som er udtryk for en tommelfingerregel for tildelte ressourcer pr. seng. Og det er en drøftelse værd, hvad måltallet bør være, og om det fx bør være forskelligt fra afdelinger med uens patientflow. Fx vil en opgørelse af belægningen på timebasis give samme belægning for en afdeling, der har set 24 patienter i én time ad gangen, som en afdeling, der har én patient i 24 timer.

Der kan også være forskelle på afdelingers behandlingsforløb. Fx "indlægges" patienter på Onkologisk Afdeling D, Aarhus Universitetshospital når de om dagen modtager kemobehandlingen. Efter kemobehandlingen vælger de fleste patienter at tage hjem for at sove. Det betyder, at belægningen er opgjort på adresseophold på dagsbasis er meget høj, mens den er betydelig lavere på timebasis. I forlængelse af eksemplet kan det tilføjes, at der er andre områder, hvor hospitalerne adskiller sig i deres registrering af om en patient er indlagt eller fx er i et subakut ambulans forløb.

Ovenstående nuancer og faldgrubber i diskussionen om belægningsprocenter viser, at det er vanskeligt at opstille et perfekt belægningsmål i en dynamisk klinisk hverdag. Derfor kunne diskussionen inddrage spørgsmål om kvalitet i plejen og et godt arbejdsmiljø. Hvordan ser det fx ud, når personalet leverer god kvalitet, og hvordan ser arbejdsmiljøet ud, som varierer med arbejdsbelastningen samtidig med, at der er tale om en tålelig og ordentlig kvalitet?

I et moderne hospitalsvæsen, hvor der tales og planlægges meget om sammenhængende patientforløb kan spørgsmålet også inddrage samarbejdet og patientflowet på tværs af sektorerne mellem praktiserende læger, hospitaler og kommunerne.

4. 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.

5. 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.

5.1. 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.

5.2 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.

5.3 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 bilag 1 med antallet af medicinske senge for perioden 2007-2012. Derudover kan det konstateres, at Region Midtjylland allerede i 2012 havde lukket flere senge end Erik Juhl-udvalget anbefalede skulle ske frem mod 2020. Sengereduktionen i perioden 2007-2012 har været på 29 %.

5.4 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.

5.5 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 lænde-rygsmerter 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.

6. 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 2010². 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 2012 til 367 i 2018). Derudover gør den almindelige kliniske udvikling, at patientinventeringen ikke automatisk medfører frigjort kapacitet.

² 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)

Bilag 1. Udvikling i antal medicinske senge og akutafdelingsenge for perioden 2007-2012. Samt det forventede antal senge i 2018.

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

Neurologisk afd., neurologiske senge Holstebro	39	39	39	37	31	31		26
Neurologisk afd., neurorehabiliteringssenge Lemvig	30	30	30	20	18	17		19
Ringkøbing medicinske senge	40	36	23	15	0	0		
Onkologisk afd., onkologiske senge Herning	6	9	9	12	15	15		16
Akutfdeling, heraf medicinske senge	-	-	-	-	10	10		10
Hospitalsenheden Vest i alt	309	300	275	249	206	205		249
Udvikling i senge	-	-9	-25	-26	-43	-1		44
Udvikling i procent 2007-2012 og 2007-2018								-34%
								-19%
Regionshospitalet Randers	2007	2008	2009	2010	2011	2012		2018 med 85 % belægning
Medicinsk sengeafdeling, Randers	178	157	164	126	109	90		79
Medicinsk sengeafdeling, Grenaa	10	10	9	8	0	0		-
Akutfdeling, heraf medicinske senge	-	-	-	34	32	26		28
Regionshospitalet Randers i alt	188	167	173	168	141	116		107
Udvikling i senge	-	-21	6	-5	-27	-25		-9
Udvikling i procent 2007-2012 og 2007-2018								-38%
								-43%
Hospitalsenhed Midt	2007	2008	2009	2010	2011	2012		2018 med 85 % belægning
Diagnostisk Center, Medicinsk afdeling, Silkeborg	106	106	114	93	61	61		61
Medicinske senge Viborg og Skive (indtil 2010)	189	189	151	112	86	86		101
Akutfafsnit A24, Viborg heraf medicinske senge	-	-	-	18	22	22		31
Neurologisk sengeafsnit N09, Viborg	28	28	28	28	24	18		24
Neurorehabiliteringssenge Skive	36	36	54	54	40	36		40
Reumatologi (Paraplegifunktionen/Vestdansk Center for Rygmarvsskadede)	26	26	26	26	-	-		-
Neurologi (Paraplegifunktionen/Vestdansk Center for Rygmarvsskadede)	-	-	-	-	26	26		35
Hammel Neurocenter, neurorehabiliteringssenge	102	102	90	86	89	93		93
Hospitalsenhed Midt i alt	487	487	463	417	348	342		385
Udvikling i senge	-	0	-24	-46	-69	-6		43
Udvikling i procent 2007-2012 og 2007-2018								-30%
								-21%
Total Region Midtjylland i alt	1745	1701	1599	1510	1299	1243		1253
Udvikling i senge	-	-44	-102	-89	-211	-56		10

Udvikling i procent 2007-2012 og 2007-2018						-29%		-28%
DSR tal fra SSI	1757	1713	1608	1525	1308	-		

Kilde: SSI for 2007-2009, og hospitalerne fra 2010-2012 samt 2018.