



# Ledelsesresumé

Analyse af kapacitetsanvendelsen på de medicinske afdelinger i Danmark



Rapporten 'Analyse af kapacitetsanvendelsen på medicinske afdelinger' er udarbejdet for Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet og Danske Regioner af konsulenthuset Boston Consulting Group med underleverandørerne MUUSMANN og Dorthe Crüger.

Boston Consulting Group

Kalvebod Brygge 24, 8. sal

1560 København V.

Danmark

Kontakt: Andreas Malby, Partner

MUUSMANN

Palægade 3, 2. tv.,

1261 København K

Danmark

Kontakt: Mia Fruergaard, Partner

# INDHOLDSFORTEGNELSE

1. RESUME.....	4
2. BAGGRUND FOR ANALYSEN .....	8
3. OVERORDNET METODE .....	10
4. ANALYSE AF KAPACITETSUDFORDRINGER OG UNDERLIGGENDE ÅRSAGER .....	13
4.1 Udfordringer før patienten kommer ind på afdelingen .....	14
4.2 Udfordringer omkring patientens forløb på afdelingen/i ambulatoriet.....	15
4.3 Udfordringer i forbindelse med udskrivelsesprocessen .....	18
5. BEDSTE PRAKSIS INITIATIVER PÅ DE MEDICINSKE AFDELINGER.....	23
5.1 Bedste praksis initiativer .....	23
5.2 Overordnede erfaringer og oversigt over initiativer på medicinske afdelinger .....	24
5.3 Oversigt over bedste praksis initiativer uden for de medicinske afdelinger .....	33
5.4 Barrierer for implementering af initiativer .....	34
6. INITIATIVERNES EFFEKT PÅ KAPACITETEN .....	36
6.1 Initiativernes effekt på kapaciteten på nationalt niveau .....	37
6.2 Oversigt over hvert initiativs effekt på kapaciteten.....	39
6.3 Overvejelser om fasning af implementering af initiativer .....	43
7. TRE ANBEFALINGER PÅ BAGGRUND AF BEDSTE PRAKSIS INITIATIVER .....	44
8. OVERVEJELSER OM VIDERE ANALYSE: SAMSPIL MED PRIMÆRSEKTOR .....	46
APPENDIX 1. INITIATIVER .....	48
APPENDIX 2. EFFEKTBeregninger .....	54
APPENDIX 3. TIDSSTUDIER.....	102

# 1. Resume

Kapitel 2

En voksende generation af ældre og et stigende antal kronikere og multisyge, øger antallet og kompleksiteten af patientforløbene på de medicinske afdelinger. Samtidig oplever de medicinske afdelinger perioder med overbelægning og udsving i tilgangen af patienter. Der er allerede gjort en indsats for at imødekomme den stigende aktivitet, fx er der arbejdet med Sikker Patientflow, der har et fokus på daglige tavlemøder og kapacitetskonferencer, og Danmark har i dag en lavere liggetid end andre europæiske lande såsom Sverige og Storbritannien<sup>1</sup>. Der er dog fortsat et behov for at optimere anvendelsen af kapaciteten på medicinske afdelinger.

Derfor har Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og Finansministeriet iværksat en analyse af kapacitetsanvendelsen på de medicinske afdelinger. Formålet med analysen er a) at give et indblik i den nuværende kapacitetsanvendelse, og b) at afdække bedste praksis i forhold til initiativer, der kan forbedre og optimere arbejdsgangene på afdelingerne og derigennem optimere anvendelsen af den nuværende kapacitet.

Kapitel 3

Analysen er kvalitativt funderet og baseret på syv udvalgte case-afdelinger på tværs af medicinske specialer (lungemedicin, geriatri, intern medicin), de fem regioner og specialiseringsgrader i form af regionshospitalet og et universitetshospital, som tilsammen repræsenterer medicinske afdelinger generelt i Danmark. Resultaterne fra analysen er primært baseret på 35 indledende interviews med afdelingerne; seks workshops med klinisk personale, der fokuserede på vurdering af effekten af en række gode initiativer til at forbedre ressourceanvendelsen, samt opfølgende interviews med afdelingsledelser fra case-afdelingerne. Inputs fra workshops og interviews er underbygget med analyser baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsen, et tidsstudie med >500 respondenter på de syv case-afdelinger samt indsamling af bedste praksis initiativer på tværs af sygehuse i hele landet.

Kapitel 4

Analysen har kortlagt ni gennemgående udfordringer i relation til kapacitetsudnyttelsen på de medicinske afdelinger. Udfordringerne fordeler sig på tværs af det medicinske patientforløb, og kan opdeles i tre overordnede temaer.

- For det første oplever personalet på medicinske afdelinger at have indlagte patienter, som i stedet kunne være behandlet enten i primærsektoren, ambulant eller i modtagelsen.
- For det andet gælder det, for forløbet på afdelingen og i ambulatorier, at der er udfordringer med at håndtere de flere og mere komplekse patienter. Særligt set i lyset af, at nogle afdelinger oplever udfordringer med rekruttering og fastholdelse.
- Slutteligt er identificeret en række udfordringer i relation til udskrivningsprocessen. Eksempelvis opleves det, at indlæggelser forlænges på grund af udfordringer i forbindelse med samarbejdet på tværs af afdelinger og med kommuner. Fire af de ni udfordringer, der er identificeret i workshops og interviews, afspejler sig også i resultater fra tidsstudiet (hhv. udfordring nr. 3, 6, 7, 8). Eksempelvis underbygges og konkretiseres udfordringen om en uoverensstemmelse mellem patientbehov og personaleresourcer af, at en relativ lille andel af personalets tid bruges på pleje. For sygeplejersker gælder, at ~10% af tiden går med grundlæggende pleje, mens SOSU-assistenternes bruger 21% af deres tid på pleje. Dette skal ses i lyset af, at plejepersonalet ser dette som en af deres primære opgaver.

Kapitel 5

De syv case-afdelinger har i workshops og interviews fremhævet især 20 initiativer, som de har gode erfaringer med, og som de vurderer har potentiale for at forbedre og optimere kapacitetsanvendelsen. De 20 initiativer fordeler sig over tre temaer i patientforløbet – fra før patienten modtages på sygehuset til udskrivelse:

- **Tema 1: Flyt behandling ”tættere på hjemmet”.** Dette har til formål at spare patienterne for indlæggelsesdøgn på medicinske afdelinger gennem a) alternative tilbud til indlæggelse og b) forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser og overbehandling



- **Tema 2: Optimering af arbejdsgange internt på afdeling.** Dette skal bidrage til at sikre et optimalt patient-flow igennem den medicinske afdeling gennem a) omlægning af processer for patientforløb inkl. bedre tværgående samarbejde, b) bedre anvendelse af personaletid og c) fuld udnyttelse af tilgængelig ambulatoriekapacitet
- **Tema 3: Smidig og holdbar udskrivningsproces.** Dette fokuserer på at forebygge u hensigtsmæssige sengedøgn og genindlæggelser på medicinske afdelinger gennem a) tidligere udskrivning af medicinsk færdigbehandlede patienter og b) ved at sikre tilstrækkelig hjælp og støtte efter udskrivelse.

For case-afdelingerne gælder, at flere har arbejdet med mange af initiativerne i større eller mindre grad, og de vurderer, at 4 ud af 20 initiativer relativt let kan implementeres og, at 9 ud 20 initiativer er relativt svære at implementere. Denne vurdering skal ikke ses som et udtryk for initiativets potentiale eller den generelle opbakning fra personalet, men kan bl.a. henføres til en række centrale barrierer for implementering. Således er der tale om yderst relevante initiativer med stor effekt, men som kræver en tydelig ledelsesmæssig prioritering af udviklingsarbejdet.

Fire initiativer<sup>1</sup> underbygges og konkretiseres af tidsstudiet. Eksempelvis peger tidsstudiet på konkrete forslag til mulig opgaveglidning af opgaver såsom træning og mobilisering (initiativ 11). Ligeledes bidrager tidsstudiets resultater til at sandsynliggøre effekten af en mere standardiseret dokumentationspraksis (initiativ 14).

Der er desuden identificeret tre initiativer, som vurderes at kunne påvirke de medicinske afdelingers kapacitet, men som tager udgangspunkt uden for de medicinske afdelinger. Eksempelvis initiativ om *Øget behandling i hjemmet*<sup>2</sup>, som indebærer, at relevante patienter kan udskrives tidligere fra den medicinske afdeling, fordi de overgår til videre behandling i hjemmet. Initiativerne er af en mere transformativ karakter, og kræver et bredt samarbejde med primærsektoren, hvis afdelingerne skal lykkes med dem.

Flere initiativer indgår i kommende og igangværende handlingsplaner, hvor der allerede er tilført midler. Andre initiativer er allerede aftalt i regi af økonomiaftalerne. For disse initiativer gælder, at der er foretaget andre studier og forarbejde.

Der er blevet identificeret fem barrierer, der skal arbejdes rundt om for at opnå initiativernes fulde effekt på kapaciteten. Barriererne vedrører blandt andet, at afdelingerne oplever organisatoriske udfordringer, som kan hæmme et nødvendigt samarbejde mellem sygehus og primærsektor. Dette dækker fx over mulighederne for registrering af information med relevans for begge sektorer. Et andet eksempel på en barriere er begrænsninger i forbindelse med vagtplanlægning, hvor hensyn til fx feriedage og antallet af nattevagter per uge vanskeliggør implementeringen af initiativer, som har til formål at øge kontinuiteten af personalet på afdelingen.

Initiativernes samlede effekt er beregnet for at estimere, hvordan initiativerne vil påvirke medicinske afdelingers kapacitet samlet set og for at fokusere afdelingernes indsats mod initiativer, der har størst effekt.

Effekt mål baserer sig på case-afdelingernes kvalitative vurderinger af, hvilken effekt hvert enkelt initiativ vil have. For hvert initiativ har ~20-30 klinikere givet deres faglige vurdering af effekten i både workshops, som efterfølgende er blevet underbygget af drøftelse med afdelingsledelserne. En gennemsnitlig effekt for hvert initiativ er beregnet på denne baggrund. I lyset heraf kan effekten ses med en grad af usikkerhed. Heroverfor står, at 14 ud af 20 initiativer er trianguleret med eksisterende studier af lignende tiltag, som underbygger

---

<sup>1</sup> Initiativ 11. *Opgaveglidning*, Initiativ 13. *Kontinuitet af læge og plejepersonale for patient*, initiativ 14. *Standardisering af faste opgaver/arbejdsgange*, initiativ 18. *Tværasektorielt samarbejde om udskrivningsproces*

<sup>2</sup> Initiativ 21

klinikernes faglige vurdering (se appendix 2E). Case-afdelingernes samlede effektmål er dermed udtryk for størrelsesordenen på den samlede effekt.

I beregningerne fokuseres udelukkende på effekten på medicinske afdelinger. Der tages højde for, at initiativernes effekt ikke realiseres via en forskydning af omkostningerne indenfor det enkelte hospital, mens henholdsvis afledte gevinster/omkostninger udenfor sygehuset (fx i primærsektoren) og potentielle implementeringsomkostninger ikke indgår i beregningerne.

- Hvis alle 20 initiativer over en årrække implementeres på medicinske afdelinger vil det påvirke kapacitetsanvendelsen på landsplan med en reduktion på samlet set:
  - 9-15% sengedøgn, dvs. 164.000-284.000 sengedøgn, svarende til en reduktion i national liggetid fra 4,1 til 3,8-3,5 døgn
  - 5-9% indlæggelser, dvs. 21.000-43.000 indlæggelser
  - 0,3-0,5% ambulante besøg, dvs. 18.000-25.000 ambulante besøg
  - 54-149 ÅV for læger og 195-571 ÅV for plejepersonale i form af sygeplejersker og SOSU-assistenten. Det er op til regionerne at beslutte, hvad de frigivne årsværk omprioriteres til indenfor sundhedsvæsenet. Dette kan fx være en prioritering af opgaver relateret til at styrke samarbejdet med primærsektoren, et bedre samarbejde mellem afdelinger og/eller en styrket kvalitet
- Omsat til danske kroner (målt i produktionsværdi og lønkroner) svarer initiativernes **effekt på kapaciteten til 650-1.350 mio. danske kroner** over en fireårig periode, hvilket udgør ~2,4-5,0% af den adresserede samlede produktionsværdi for medicinske afdelinger. Langt størstedelen af initiativernes effekt stammer fra en reduktion i aktiviteten ved fx at forebygge behandling på sygehuset. Reduktionen i aktiviteten har en produktionsværdi på ~560-1.100 mio. kr., mens frigivelsen af personalets tid svarer til ~90-250 mio. lønkroner. Såfremt alle initiativer, som omfatter indlæggelser og sengedøgn implementeres fuldt ud kan opnås en samlet reduktion i produktionsværdi på ~510-1022 mio. danske kroner over en fireårig periode svarende til 80% af det samlede potentiale

Initiativernes totale effekt er resultatet af en omfattende analyse af estimeret overlap mellem initiativer, hvor effekten rammer på samme trin i patientforløbet. Der tages hensyn til dette ved at gruppere initiativer, hvor der vurderes at være en medium/høj risiko for, at effekter overlapper. Denne summeringsmetode betyder, at det der svarer til 13 af de 20 initiativer, indgår i den totale effektberegning.

Ud af de 20 initiativer gælder for fem initiativer<sup>3</sup>, at realiseringen af initiativets *fulde* effekt forudsætter et bedre samarbejde med primærsektoren. Samlet har disse fem initiativer en total produktionsværdi på ~310-680 mio. danske kroner. For disse gælder, at der, afhængigt af initiativets udformning, kan forekomme en mindre forskydning af omkostningerne til behandling fra det specialiserede sygehusvæsen til primærsektoren. Der er i effektberegningerne ikke taget højde for disse alternativomkostninger. Det er dog vurderingen, at omkostningerne ikke overstiger effekten i produktionsværdi for nogen af initiativerne, givet at behandling flyttes fra det specialiserede sygehusvæsen til et lavere omkostningsniveau i primærsektoren.

For 18 ud af 20 initiativer er vurderingen, at disse kan igangsættes med det samme<sup>4</sup>, og det vurderes, at ni af disse initiativer kan implementeres inden for en etårig periode, mens ni initiativer kan implementeres inden for to år. Initiativerne skal dog ses i sammenhæng med de øvrige tiltag, der er igang i regionerne (fx Sikkert

---

<sup>3</sup> Initiativ 2. *Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling*, initiativ 4. *Sikre rette behandling i patientens sidste tid*, initiativ 18. *Tværsektorielt samarbejde om udskrivningsproces*, initiativ 19. *Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale* og initiativ 20. *Sikker overgang til eget hjem for udskrevet patient*.

<sup>4</sup>Undtagelserne er initiativ 3. *Tværfaglige kompetencer fra medicinske stamafdelinger i front* og initiativ 11. *Opgaveglidning*

Patientflow). Dette betyder, at alle 20 initiativer ikke vil skulle igangsættes fra ny. Det vil variere på tværs af hospitaler og afdelinger, hvor udbredte de enkelte initiativer er, og derfor også hvilke initiativer, det er mest oplagte for hver afdeling at implementere først.

Det er konsulenternes vurdering, at det samlede potentiale, hvis der arbejdes med en indfasning på en periode over fire år, i år 1-4 kan realiseres som 30% det første år, 30% det andet år, 30% det tredje år, 10% det fjerde år. Denne vurdering beror på case-afdelingernes input på vurderingen af implementeringsperioden for *hvert enkelt initiativ* samt observationer på case-afdelingerne, hvor der eksempelvis er igangsat programmer bestående af 4-5 initiativer samtidigt<sup>5</sup>. Ligeledes bygger vurderingen på konsulentteamets kliniske og ledelsesmæssige erfaring med større forbedringsprojekter i sundhedsvæsenet. Vurderingen skal dog ses i lyset af, at kapacitetsanalysens fokus har været at identificere bedste praksis initiativer fremfor en dybdegående implementeringsanalyse.

Analysens arbejde med de 20 bedste praksis initiativer har ført til tre overordnede anbefalinger, som kobler sig til patientforløbet.

- For det første anbefales det at fokusere på at sikre den rette behandling for patienter med uhelbredelige og dødelige sygdomme i deres sidste tid for at undgå u hensigtsmæssige indlæggelser for patienten.
- For det andet anbefales det at omlægge arbejdsgange internt på afdelingen med fokus på udskrivelser for at nedbringe liggetiden. Dette gøres fx ved tidligt i forløbet at fastsætte et estimeret udskrivningstidspunkt og tilrettelægge arbejdsgange omkring dette.
- For det tredje anbefales det, at styrke samarbejdet med kommuner herunder særligt ift. udskrivningsprocesser for at undgå sengedøgn for medicinsk færdigbehandlede patienter og u hensigtsmæssige genindlæggelser. Dette gøres fx via følge-hjem ordninger og øget inddragelse af terapeuter.

Analysen peger slutteligt på, at fremtidige analyser med fordel kan fokusere på at øge kapaciteten på tværs af *hele* sundhedssystemet. Det forventes, at initiativer, som forbedrer samspillet og dermed patientforløbet mellem hospitaler og primærsektoren, vil have en transformativ indflydelse på sundhedssystemet som helhed. Dette skal bl.a. ses i lyset af borgernes kontaktmønstre, hvor der ofte er tværsektorielle snitflader.

\*\*\*

Som supplement til dette ledelsesresumé er der udviklet et *Initiativkatalog* med detaljerede beskrivelser af de identificerede initiativer. Kataloget er gjort tilgængeligt for ledelser på de medicinske afdelinger og deres nærmeste samarbejdspartnere, eksempelvis akutafdelinger. Hensigten med initiativkataloget er at sikre praksisnære, handlingsorienterede initiativer, der repræsenterer bedste praksis for at optimere kapacitetsudnyttelsen, herunder hvordan der konkret trin-for-trin er arbejdet med implementeringen af initiativerne på andre afdelinger.

---

<sup>5</sup> Eksempelvis kører Hospitalsenheden Vest et forbedringsprojekt på M2, som sammenlagt indeholder flere af nærværende analyses initiativer [indenfor emne], jf. appendix 2E.

## 2. Baggrund for analysen

Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og Finansministeriet har iværksat en analyse af kapacitetsanvendelsen på de medicinske afdelinger. Formålet med analysen er, at:

- Give et indblik i den nuværende kapacitetsanvendelse
- Afdække bedste praksis i forhold til initiativer, der kan optimere udnyttelsen af den nuværende kapacitet samt yderligere forbedre og optimere arbejdsgangene på afdelingerne

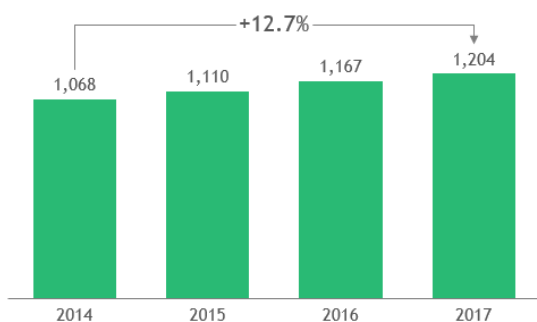
### Stigende aktivitet på de medicinske afdelinger

Baggrunden for analysen er et stigende antal patienter på det medicinske område. Fra 2014 til 2017 er antallet af unikke patienter steget med 12,7%, mens antallet af indlæggelser har været relativt konstant, jf. *Figur 1*.

*Figur 1: Antal unikke patienter og kontakter<sup>ii 6</sup>*

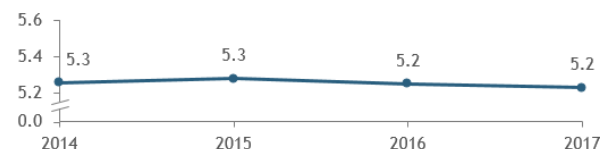
Antallet af unikke patienter på medicinske afdelinger er stigende..

Antal unikke patienter på medicinske afdelinger (unikke CPR) ('000)

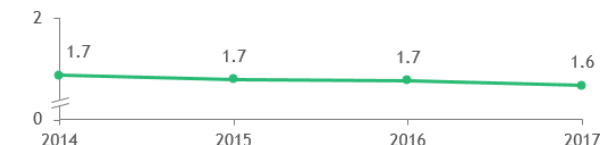


.. Mens antallet af kontakter per unik patient er relativt stabilt

Antal ambulante besøg per unikke antal patienter med ambulante besøg



Antal indlæggelser per unikke antal indlagte patienter



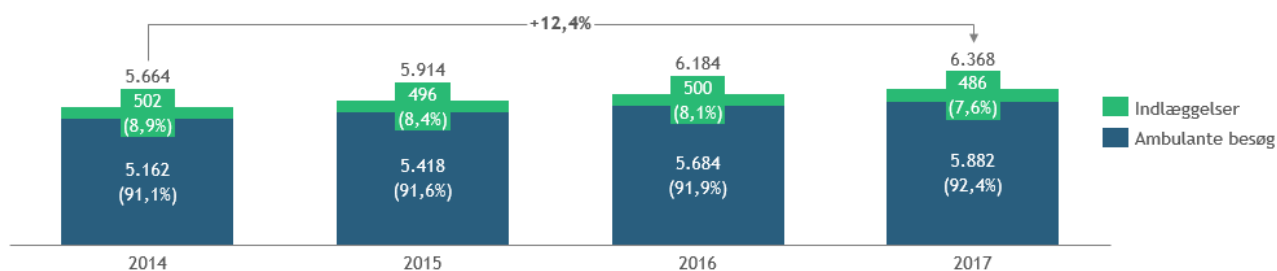
Medicinske afdelinger har gjort en indsats for at håndtere det stigende antal patienter bl.a. via en målrettet indsats mod en omlægning fra stationær til ambulante behandling jf. *Figur 2*. Resultatet af denne indsats afspejles i en stigning i antallet af ambulante besøg på 14%, mens antallet af indlæggelser er faldet med 3% fra 2014-2017 jf. *Figur 2* på trods af et stigende antal unikke patienter jf. *Figur 1*. Dette er bl.a. gjort ved, at mindre pleje- og behandlingskrævende patienter i dag håndteres ved ambulante besøg fremfor en indlæggelse.

<sup>6</sup> Opgørelsen inkluderer patienter behandlet i det danske sundhedsvæsen på offentlige sygehuse på sygehusafdelinger med medicinske specialer. Opgørelsen er afgrænset til patienter med kendt dansk bopælsregion på behandlingstidspunktet. Patienter med en udenlandsk eller ukendt dansk bopæl indgår ikke i opgørelserne. Ligeledes er raske nyfødte og raske ledsagere ikke med i opgørelserne. Medicinske afdelinger afgrænses til de medicinske specialer 1-28 og 39. De medicinske afdelingerne er opgjort på baggrund af deres organisatoriske navne og placeringer pr. 1 januar i opgørelsesåret og defineres på baggrund af det primære speciale på afdelingen, men afdelingen kan udføre behandling inden for andre medicinske specialer

Figur 2: Antal ambulante besøg og indlæggelser<sup>iii</sup>

Der er sket en stigning i antal ambulante besøg, mens antallet af indlæggelser har været relativt stabilt

Antal ambulante besøg og indlæggelser på medicinske afdelinger (2014-2017). Kontakter i ('000)



Ligeledes er der gjort en indsats for at nedbringe indlæggelsestiden. Dermed har medicinske patienter i dag en gennemsnitlig liggetid på 4,1 dage. Til sammenligning har Sverige en liggetid på 4,9 dage og Storbritannien 7,6 dage<sup>7iv</sup>. Den kortere indlæggelsestid på de medicinske afdelinger i Danmark kan betyde, at den ressourcetunge proces omkring indlæggelse og udskrivning optager en større andel af medarbejdernes tid sammenlignet med tidligere.

De flere patienter kombineret med færre senge kan betyde, at der er en risiko for overbelægning på de stationære afsnit. Dog skal dette ses i lyset af, at patienterne også er indlagt kortere tid jf. ovenstående. På landsplan var der i 2014-2018 således en gennemsnitlig belægning på 87-89% indenfor den medicinske specialeblok<sup>v</sup>. Dette dækker dog også over, at der kan være dage med overbelægning. Af nationale mål på sundhedsområdet for 2017 fremgår det, at overbelægningen på medicinske afdelinger på de offentlige sygehuse er steget fra 0,46 pct. i 2016 til 0,59 pct. i 2017<sup>vi</sup>.

### Mere komplekse patientforløb

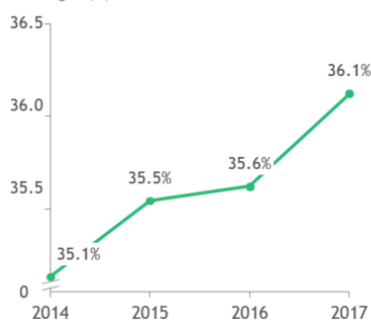
Samtidig med et stigende antal patienter, er de enkelte patientforløb blevet mere heterogene, komplekse og plejekrævende grundet flere ældre, kronikere og multisyge jf. *Figur 3*. Fra 2008 til 2018 er antallet af borgere på +65 år steget med ~30%<sup>vii</sup> og andelen af ældre (+65) forventes at vokse markant i fremtiden – særligt for borgere over 80 år, som har et større og mere ressourcetrækkende forbrug af sundhedsydelser i de sidste leveår<sup>viii</sup>. Samtidig lever en voksende andel af ældre over 65 år med kroniske sygdomme. Frem imod 2030 forventes antallet af borgere med KOL og type 2 diabetes at stige med henholdsvis 31% og 85%. Samtidig er ca. to ud af tre borgere med KOL multisyge, mens dette gælder for ca. halvdelen af borgere med type 2-diabetes<sup>ix</sup>. Patientforløb med øget kompleksitet stiller større krav til kompetencerne på både hospitaler og i primærsektoren, idet disse patienter ofte går på tværs af afdelinger og sektorer. Set i dette lys kan en forbedring af kapacitetsanvendelsen bidrage til at frigøre ressourcer og tid til at fokusere på bl.a. den stigende kompleksitet i kerneopgaverne.

<sup>7</sup> Opgørelsen dækker over udvalgte diagnoser indenfor den medicinske specialeblok fx diabetes og KOL. Ifølge OECD opgørelsen fra 2016 har Danmark en gennemsnitlig liggetid for de pågældende diagnoser på 4,8 dage. Såfremt samtlige diagnoser medtages har Danmark ifølge OECDs opgørelse en gennemsnitlig liggetid på 4,8 dage, mens Sverige har en gennemsnitlig liggetid på 5,7 dage og Storbritannien 9,2 (2016 data).

Figur 3: Andel patienter over 65 år, kronikere og multisyge<sup>8</sup>

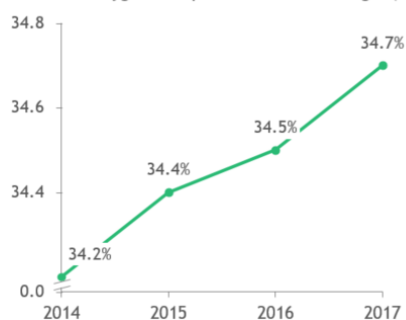
### En stigende andel af patienter på medicinske afdelinger er over 65 år..

Andel af patienter på +65 år på medicinske afdelinger (%)



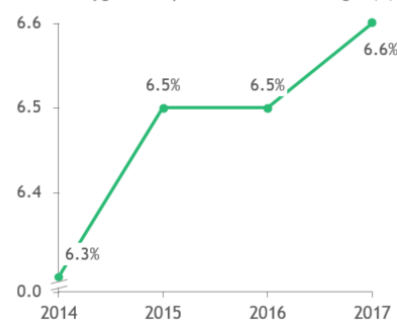
### .. Og et stigende antal patienter har en kronisk sygdom

Andel af patienter med en eller flere udvalgte kroniske sygdomme på medicinske afdelinger (%)



### .. Og flere patienter med multisygdomme

Andel af patienter med to eller flere udvalgte kroniske sygdomme på medicinske afdelinger (%)



## Tværsætorielle overgange

Ligeledes er der behov for at skabe bedre overgange mellem primær- og sekundærsektoren. Blandt borgere som indlægges akut på en medicinsk afdeling, har halvdelen en kontakt med sundhedsvæsenet samme dag (ambulant kontakt på sygehus, vagtlæge/uden for dagstid, speciallæge og almen praksis)<sup>xi</sup>. Samtidig gælder, at i månederne før indlæggelse stiger andelen af kontakter til både det primære og specialiserede sundhedsvæsen. Omkring 94% af borgere med KOL eller type 2-diabetes har kontakt med sundhedsvæsenet 30 dage inden en indlæggelse, mens halvdelen af borgere, der indlægges akut har kontakt til sundhedsvæsenet samme dag<sup>xii</sup>. Dette indikerer, at en bedre kapacitetsudnyttelse er afhængig af et effektivt samspil med primærsektoren.

# 3. Overordnet metode

## Overordnet metode for analysen

Analysen er overvejende kvalitativ med udgangspunkt i interviews og workshops, men bygger også på kvantitative elementer såsom tidsstudie og aktivitetsdata. Der udarbejdes sideløbende en udelukkende kvantitativ analyse på området af Sundhedsdatastyrelsen.

## Analysens udgangspunkt

For at sikre en dybdegående og detaljeret analyse af arbejdsgange på de medicinske afdelinger, er analysen baseret på input og resultater fra syv case-afdelinger jf. *Figur 4*. Case-afdelingerne er udvalgt i samarbejde med den regionale følgegruppe og går på tværs af regioner, specialer (lungemedicin, geriatri og intern medicin), og afdelingstyper (regions- og universitetshospital). Case-afdelingerne repræsenterer dermed medicinske afdelinger generelt i Danmark og en signifikant del af den samlede patient-volumen samt både ambulant og stationær aktivitet. Ligeledes repræsenterer de udvalgte specialer forskellige patienttyngder for at opnå et indblik i varierende behandlingsforløb. Eksempelvis gælder for geriatrien, at det ofte er stærkt plejkrævende patienter med en stor kontaktflade med primærsektoren og med en høj andel af stationære patientforløb, mens lungemedicinske patienter oftere følges i et ambulant forløb. Fælles for disse specialeblokke gælder dog, at der er en stor andel af ældre medicinske patienter, kronikere og multisyge, hvilket bringer et naturligt fokus på komplekse patientforløb. Baggrunden for dette er en forventning om, at der for komplekse patientforløb er

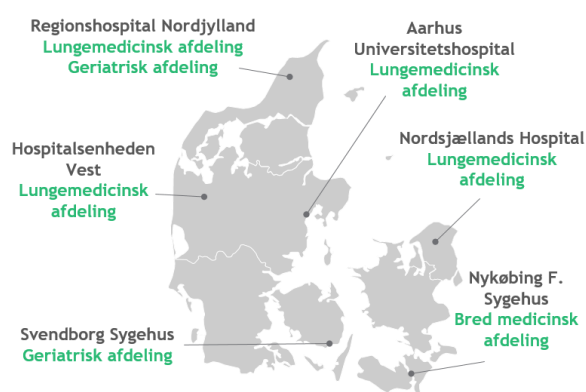
<sup>8</sup> Kroniske sygdomme dækker i denne analyse kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, knogleskørhed, type 1-diabetes, type 2-diabetes og astma

det største potentiale for en bedre kapacitetsanvendelse. Dette skal dels ses i lyset af, at der allerede har været et fokus på at optimere simple patientforløb med en mindre grad af koordinering og dels, at disse patienttyper forventes at udgøre en større andel af patientgrundlaget fremadrettet.

Givet at afdelingerne tilsammen repræsenterer de medicinske afdelinger i Danmark er det muligt at betragte analysens konklusioner fra et generelt perspektiv. Dette er centralt, idet analysens opdrag har været at identificere initiativer, der er relevante på tværs af medicinske afdelinger i Danmark.

Figur 4: Oversigt over case-afdelinger

Case-afdelinger på 6 hospitaler i 5 regioner er udvalgt i samarbejde med regionerne



De udvalgte case-afdelinger repræsenterer de typiske patientgrupper på medicinske afdelinger



Analysen tager udgangspunkt i flere patientgrupper

- Lungemedicinske patienter
- Geriatriske patienter



Flere typer af afdelinger indgår

- Bredere intern medicinske afdelinger på regionshospitaler, med udgangspunkt i det afsnit, der behandler lungemedicinske eller geriatriske patienter
- Specialiseret lungemedicinsk afdeling, på Århus Universitetshospital

## Tilgang til analysen

For at opnå indblik i den nuværende kapacitetsanvendelse er der indledningsvis identificeret en række udfordringer og underliggende årsager, som skal adresseres for at opnå en bedre kapacitetsudnyttelse. På baggrund af disse udfordringer er der identificeret en række initiativer til yderligere forbedring og optimering.

Analysen er tilrettelagt med henblik på at sikre praksisnære, handlingsorienterede initiativer, hvorfor der har været en høj grad af inddragelse af afdelinger samt kliniske eksperter. Analysen bygger videre på eksisterende tiltag på området<sup>9</sup>, og der er derfor indsamlet bedste praksis initiativer både på case-afdelinger og udenfor de valgte case-afdelinger.

## Dataindsamling

### Interviews og workshops på case-afdelinger

Kvalitative data fra de 7 case-afdelinger er indsamlet igennem tre primære interaktioner med ansatte på afdelingerne:

1. Der er afholdt **35 indledende interviews** med 38 klinikere (overlæger, yngre læger, sygeplejersker, SOSU-assistent, terapeuter, sekretærer og kapacitetskoordinatorer/ flow managers) på case-afdelingerne med fokus på udfordringer og underliggende årsager samt gode initiativer fra afdelingen

<sup>9</sup> Blandt andet "Projekt Sikker Patientflow" og "Handlingsplan for Den Ældre Medicinske Patient (DÆMP)"



2. **Seks<sup>10</sup> efterfølgende workshops er afholdt på tværs af personalegrupper** mhp. at indsamle klinikernes vurdering af de identificerede initiativers generelle relevans, implementerbarhed og effekt
3. **Seks<sup>5</sup> opfølgende interviews med afdelingsledelser** har givet mulighed for at teste fund fra interviews og workshops med afdelingsledelserne samt validere og justere vurderinger af initiativernes implementerbarhed og effekt hvor nødvendigt

Prioriteringen af de 20 initiativer til inklusion i det endelige initiativkatalog er pågået undervejs i projektet. På baggrund af indledende interviews og yderligere dataindsamling, er der identificeret en bruttoliste med 52 initiativer. For at sikre effektiv udnyttelse af tid i workshops, er de 52 initiativer fra bruttolisten indledningsvis blevet prioriteret efter implementerbarhed og effekt. Dette er gjort med hjælp fra kliniske eksperter og resulterede i en liste på 25 initiativer, som blev inkluderet i workshops. I workshops blev det kliniske personale bedt om at vurdere relevans, implementerbarhed og effekt af de tilbageværende initiativer. På baggrund af denne vurdering, samt en validering med afdelingsledelserne på de 7 case-afdelinger, blev de endelige 20 initiativer til initiativkataloget udvalgt. Metoden for udvælgelse af de 20 bedste praksis initiativer gennemgås i dybden i Appendix 1A.

#### *Tidsstudie på case-afdelinger*

For at belyse tidsanvendelsen og opgavefordelingen mellem forskellige faggrupper er gennemført et tidsstudie, hvor fem personalegrupper har udfyldt spørgeskemaer i 14 dage i både dag, aften og nattevagter. I alt har 581 besvaret spørgeskemaet ud af 800 adspurgte, hvilket giver en samlet svarrate på 73%. Svarraterne er udregnet under hensyntagen til, hvor mange respondenter, der potentielt kunne have udfyldt spørgeskemaet ift., hvad der er aftalt med afdelingen<sup>11</sup>. I Appendix 3 beskrives tidsstudieprocessen, der vises et eksempel på et spørgeskema og detaljerede svarrater fremgår. Tidsstudierne bidrager til at underbygge og kvalificere tre udfordringer og fire initiativer identificeret i interviews og workshops samt en generel indsigt i tidsanvendelsen på medicinske afdelinger. Tidsstudiet kan ikke anvendes isoleret som en oversigt for det totale tidsforbrug på medicinske afdelinger. Dette skal ses i lyset af, at tidsstudiet ikke repræsenterer alle ansvarsområder indenfor hver personalegruppe (fx udskrivningskoordinator, stuegangsfunktion mv.).

#### *Aktivitets- og personaledata*

Kvantitative aktivitets- og personaledata fra de syv case-afdelinger er indsamlet via Sundhedsdatastyrelsen og lokale dataansvarlige. Aktivitetsdata omfatter bl.a. opgørelser over antal patienter, indlæggelser, ambulante besøg samt en række af de nationale mål som fx forebyggelige indlæggelser<sup>12</sup> og akutte somatiske genindlæggelser<sup>13</sup>. Personaledata dækker bl.a. over sygefravær, årsværk samt fremmødeprofiler.

#### *Yderligere dataindsamling*

Udover direkte input fra de syv case-afdelinger, er der indsamlet bedste praksis initiativer og mål for effekten af initiativer via kontakt til de enkelte regioner, samt sygehusledelser og stabsfunktioner som økonomi, kvalitet og planlægning for case-afdelingernes respektive sygehuse. Der er desuden trukket på konsulentteamets

---

<sup>10</sup> Samlet workshop afholdt for de 2 afdelinger på Regionshospital Nordjylland (Hjørring)

<sup>11</sup> Udgangspunktet var én besvarelse per vagt per personalegruppe i 14 dage og to i dagvagt for sygeplejersker og læger. Der har dog været følgende afvigelser fra udgangspunktet, som svarraterne er justeret ud fra: Hospitalsenheden Vest har udfyldt en for hver personalegruppe i alle vagter; AUH har ansat 3 SOSU-assistenten i alt, hvorfor der kun er en SOSU-assistent på arbejde per dag, som har kunne besvare spørgeskemaet; Svendborg har de første 10 dage besvaret én i dagvagt for alle personalegrupper, mens der for de resterende fire dage er udfyldt af to sygeplejersker; Nordsjællands Hospital har udsendt spørgeskemaet bredt til lægerne, hvorfor der er over 100% besvarelser. Det har ikke været muligt at korrigerer for dette i svarprocent; Regionshospital Nordjylland har grundet en høj aktivitet på afdelingen udfyldt én for hver personalegruppe i dagvagt, mens der kun er besvarelser fra én sygeplejerske per aften og nattevagt for hhv. geriatrisk og lungemedicinsk afdeling og ingen for læger. Lungemedicinsk afdeling har også besvarelser fra SOSU-assistenten i aften og nattevagt. Lungemedicinsk og geriatrisk afdeling har hver udfyldt i 7 dage.

<sup>12</sup> Nationale mål 2018

<sup>13</sup> Nationale mål 2019

erfaringer, herunder BCG's internationale erfaringer på sundhedsområdet og Dorthe Crügers erfaring som mangeårig leder i det danske sundhedsvæsen, samt MUUSMANN's erfaringer fra projekter i Danmark (inkl. Sikkert Patientflow).

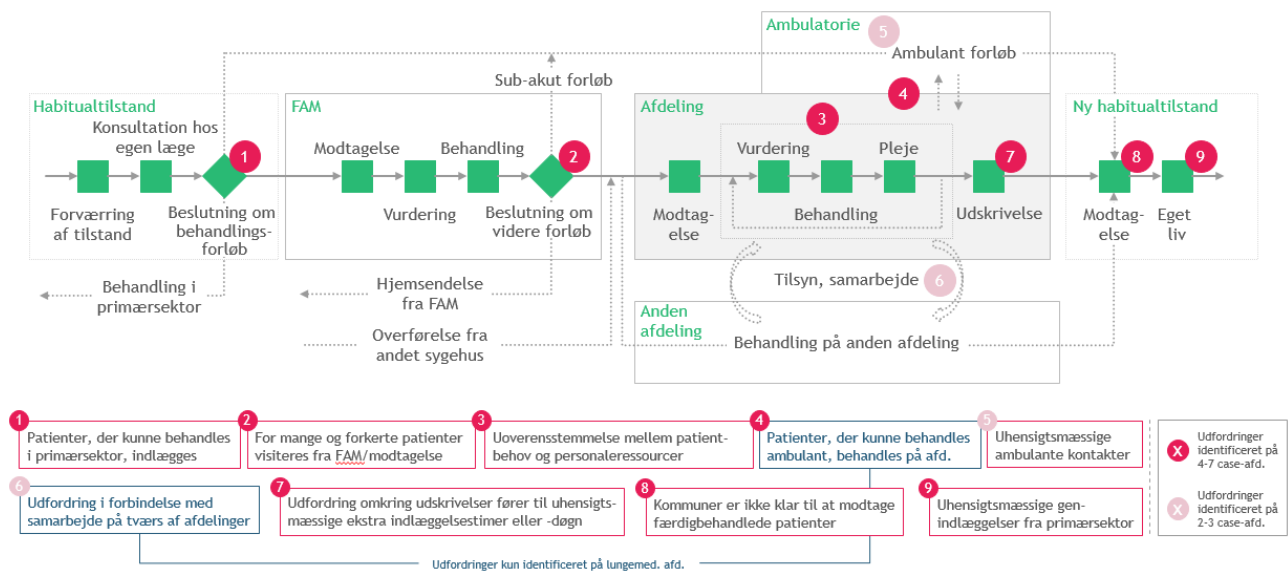
### Validering af resultater

For at sikre validering af projektets fund undervejs i processen, er der foruden en styregruppe med repræsentanter fra Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet og Danske Regioner, etableret en Følgegruppe med repræsentanter fra de fem regioner. Ligeledes er aktivitetsdata valideret med Sundhedsdatastyrelsen og lokale data valideret med dataansvarlige fra regioner og case-afdelinger. Initiativbeskrivelser er desuden valideret med afdelingerne.

## 4. Analyse af kapacitetsudfordringer og underliggende årsager

Der er identificeret ni gennemgående kapacitetsudfordringer på baggrund af interviews, som er trianguleret med tidsstudier og data fra Sundhedsdatastyrelsen. Det er vurderingen, at de identificerede udfordringer er gældende for alle medicinske afdelinger, idet case-afdelingerne tilsammen repræsenterer de medicinske afdelinger i Danmark.

Figur 5: Interviews og workshops identificerede ni gennemgående udfordringer på tværs af case-afdelinger



Udfordringerne relaterer sig til forskellige dele af et typisk patientforløb jf. ovenstående Figur 5. Udfordring 1 og 2, omhandler perioden før patienten kommer ind på afdelingen; udfordring 3-6, vedrører patientens forløb på afdelingen/i ambulatoriet; og udfordring 7-9 omhandler udskrivelsesprocessen. Overordnet ses de samme udfordringer på tværs af geriatriske og lungemedicinske afdelinger. Udfordringer relateret til overgange med

primærsektoren vurderes dog at være mere udtalte på geriatriske afdelinger givet, at geriatriske patienter har en større kontaktflade med primærsektoren. På samme vis vurderes udfordring fem, som relaterer sig til en effektiv ambulatoriedrift, primært at være relevant for lungemedicinske patienter, da disse patienter oftere behandles ved et ambulat forløb sammenlignet med geriatriske patienter. Udfordringer i samarbejdet mellem afdelinger gør sig ligeledes primært gældende for lungemedicinske afdelinger, da der fx oftere er behov for tilsyn fra andre specialafdelinger.

## 4.1 Udfordringer før patienten kommer ind på afdelingen

### Udfordring 1: Patienter, der kunne behandles i primærsektoren, indlægges

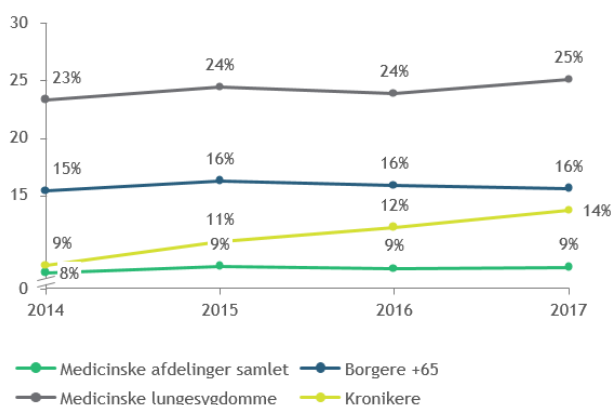
Case-afdelingerne oplever, at patienter, der kunne have modtaget behandling i primærsektoren, indlægges. Dette drejer sig om patienter med et uændret behandlingsbehov, fx svage og skrøbelige ældre samt patienter med en uændret habitualtilstand, som i stedet kunne være tilset af praktiserende læge førstkomme hverdag. Ligeledes gælder det for patienter med et ikke akut medicinsk behandlingsbehov, fx borgere med psykosociale problemstillinger. Endeligt er der tale om, at patienter som kunne have modtaget behandling i hjemmet, indlægges. Dette drejer sig fx om nogle af de patienter, der modtager længerevarende IV-antibiotika behandling. Udfordringen underbygges af en relativ stor andel af forebyggelige indlæggelser på medicinske afdelinger, fx lunge- eller urinvejsinfektion. For medicinske lungesygdomme er 25% af indlæggelser således forebyggelige, mens det gælder for 16% af ældre (+65 år) og 14% for kronikere jf. *Figur 6*<sup>xiii</sup>. Forebyggelige indlæggelser er en betegnelse for indlæggelser der har et forebyggeligt element, men det vil ofte kræve en indsats enten i primær eller sygehussektoren at undgå indlæggelsen.

Case-afdelingerne har fremhævet særligt fire underliggende årsager til udfordringen. **For det første** har de kommunale medarbejdere ikke i alle tilfælde de nødvendige redskaber og kompetencer til at tage hånd om patienternes tilstand uden for hospitalet og oplever derfor en utryghed ved at håndtere patienten i hjemmet. Her er det dog centralt at bemærke, at dette ikke nødvendigvis er udtryk for, kompetenceniveauet er faldet, men snarere at kommunerne i nogle tilfælde skal håndtere patientgrupper, som tidligere modtog pleje og behandling på hospitalet. Dette er et led i omlægningen mod en øget behandling i hjemmet, som stiller krav til øgede kompetencer i primærsektoren.

Figur 6: Forebyggelige indlæggelser på medicinske afdelinger<sup>xiv</sup>

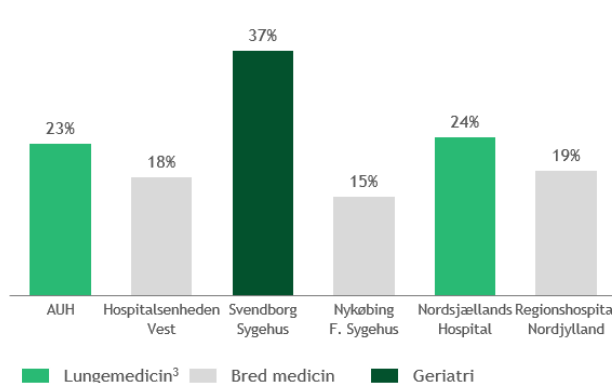
Andel forebyggelige indlæggelser er højest for lungesygdomme og ældre patienter.

Andel forebyggelige indlæggelser (2014-2017)



.. Hvilket også gør sig gældende for case-afdelingerne

Andel forebyggelige indlæggelser (2017)



**For det andet** peges der blandt case-afdelingerne på, at udfordringen afspejler en utilstrækkelig eller manglende "gatekeeper funktion" i almen praksis og lægevagten. Ifølge afdelingerne fører dette til uhensigtsmæssige indlæggelser, som kunne være undgået med de rette tilbud. Særligt gør det sig gældende uden for praktiserende lægers normale åbningstid i aften og nattetimer. Ligeledes fremhæves **for det tredje**

manglende klarhed om aftaler og regler ift. arbejdsdeling og behandlingsansvar imellem hospitaler og primærsektor som en årsag til indlæggelser. I tråd med dette forekommer det **for det fjerde**, at patienter, som har frabedt sig behandling i deres sidste tid, indlægges alligevel. Dette skyldes bl.a. manglende koordinering og kommunikation mellem sygehus og almen praksis samt kommunalt plejepersonale.

## Udfordring 2: For mange og forkerte patienter visiteres fra FAM/akutmodtagelse

Case-afdelingerne oplever, at patienter, som kunne være udredt og færdigbehandlet i modtagelsen, indlægges på de medicinske sengeafsnit for blot at have et kort ophold på specialafdelingen<sup>14</sup>. Mens dette kan være nødvendigt for at frigøre kapacitet i modtagelsen, som er afgørende for den samlede hospitalsdrift, repræsenterer det en udfordring på de medicinske afdelinger.

Case-afdelingerne har fremhævet tre primære årsager til udfordringen. **For det første** kan dette forklares ved et periodevist stort inflow af patienter i modtagelsen. Af hensyn til kapaciteten i modtagelsen og hospitalets samlede flow, kan dette i nogle situationer håndteres ved, at patienter visiteres videre til et medicinsk sengeafsnit uden at være færdigudredt for at frigøre kapacitet til inflow af nye patienter. Derudover forekommer det, at patienter indlægges på et sengeafsnit, hvor det ikke er det relevante speciale for den pågældende patientgruppe. En forklaring på dette kan være, at patienter, i tilfælde af kapacitetsmangel på relevante specialafdelinger, bliver indlagt, hvor der er ledig plads og altså i mindre grad med skelen til, om det er det relevante speciale for den pågældende patient eller ej. **En anden underliggende årsag** er en til tider utilstrækkelig intern medicinsk speciallægedækning i modtagelsen. Dette skal ses i lyset af manglen på speciallæger, men kan også hænge sammen med et utilstrækkeligt samarbejde mellem specialafdelinger og modtagelsen om tilsyn samt den generelle bemanning af modtagelsen. Dette kan betyde, at patienter visiteres uden at være blevet tilset af en speciallæge, idet der særligt i aften- og nattevagt samt weekender er en lav speciallægedækning. Dermed har yngre læger ikke altid mulighed for sparring med speciallæger om den enkelte patient og kan på grund af manglende erfaring og beslutningskraft have en tendens til i højere grad at indlægge patienter på sengeafdelinger, herunder patienter som kunne være håndteret i hjemmet eller på plejehjem. I forlængelse heraf opleves en mangel på klare visitationskriterier, som kan være en hjælp til at sikre korrekt visitation til specialafdelinger, som særligt er gavnligt for mindre erfarne læger. Udfordringen med en lav speciallægedækning er desuden et udtryk for, at akutreformen endnu ikke er fuldt effektueret, idet hensigten med denne bl.a. var at samle specialister i den fælles akutmodtagelse. Hertil skal det bemærkes, at det er besluttet at etablere et nyt speciale i akutmedicin, hvilket på sigt vil bidrage til at styrke modtagelsen. På nuværende tidspunkt gælder dog, at nogle afdelinger endnu ikke har akutmedicinere ansat i modtagelsen. Slutteligt er en **tredje underliggende årsag** til de uhensigtsmæssige indlæggelser, en knaphed på alternativer i hospitals- eller kommunalt regi. Dette gælder for patienter med sub-akutte behandlingsbehov eller patienter som har et plejebehov, men hvor der ikke er tale om et konkret hospitaliseringsbehov.

## 4.2 Udfordringer omkring patientens forløb på afdelingen/i ambulatoriet

### Udfordring 3: Uoverensstemmelse mellem patientbehov og personaleressourcer

Case-afdelingerne oplever generelle kapacitetsudfordringer internt på afdelingen, hvilket overordnet skyldes kombinationen af flere og mere komplekse patienter samtidig med, at der på personalesiden er udfordringer med rekruttering og fastholdelse.

Case-afdelingerne har fremhævet, at den primære årsag til udfordringen er kompleksiteten af patienter - at det gennemsnitlige ressourcetræk for hver patient er øget. Tidligere var patienter oppegående og selvhjulpne på medicinske afdelinger, mens den typiske patient i dag er sengeliggende og har større grundlæggende

---

<sup>14</sup> Dette baserer sig på kvalitative interviews og workshops, da det ikke har været muligt at indsamle kvantitativt data vedrørende visitationen og patientflowet fra FAM/modtagelsen til afdelingerne.

plejebefov fx til personlig hygiejne, hjælp til mad og drikke og mobilisering. Derfor kræver hver enkelt patient mere af personalet. Ligeledes forudsætter den relativt korte liggetid og det hurtige flow, som der tilstræbes, at patientforløb komprimeres. Dette stiller stigende krav til personalet om hurtig og effektiv koordinering af patientforløb internt på hospitalet og på tværs af sektorer. Samtidig kan den faldende indlæggelsestid medføre, at en større andel af personalets tid går med ind- og udskrivningen. En længere liggetid vil således forventes at give sig til udslag i mindre dokumentation, idet en afdeling med relativ lang liggetid i gennemsnit vil gennemføre færre udskrivinger per dag sammenlignet med andre. Det har dog ikke været muligt at påvise en klar sammenhæng i tidsstudierne mellem gennemsnitlig liggetid og andelen af tid, der går med dokumentation. Hertil kommer, at der er sæsonudsving over året, som der skal tages højde for i planlægningen for at sikre en effektiv kapacitetsanvendelse. I perioden 2014-2017 var der en variation i indlæggelser på op til 12 procentpoint over året både på landsplan og på case-hospitalerne med det højeste antal indlæggelser i januar til marts<sup>xv</sup>.

På personalesiden oplever case-afdelingerne, at det er svært at rekruttere og fastholde personalet på de medicinske afdelinger, hvilket **for det første** kan henføres til en mangel på visse speciallæger og sygeplejersker på nationalt niveau. Af denne grund er der ubesatte stillinger på nogle medicinske afdelinger, hvilket er i tråd med opgørelser over arbejdsmarkedsbalancen fra Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering på tværs af alle regioner<sup>xvi</sup> 15. Her fremgår bl.a. en 'omfattende mangel på arbejdskraft' for sygeplejersker, SOSU-assistenten og overlæger, men at rekrutteringssituationen for social- og sundhedspersonale og sygeplejersker ikke afviger nævneværdigt fra rekrutteringssituationen på arbejdsmarkedet i øvrigt<sup>xvii</sup>. Hertil opleves langtidssygemeldinger<sup>16</sup>, som bidrager yderligere til, at bemanningen til tider opleves som utilstrækkelig til at håndtere patienterne på afdelingen. **For det andet** kan en årsag til den generelle kapacitetsudfordring på afdelingerne på personalesiden henføres til personalesammensætningen. Der er ofte tale om personale med mindre erfaring og anciennitet, hvilke hænger sammen med, at der ikke er den samme efterspørgsel efter stillingerne i de medicinske sengeafdelinger. Dette giver sig til udslag i, at erfarne sygeplejersker søger over til andre funktioner og specialer. Afdelingerne har derfor en høj andel af nyuddannede, hvilket indebærer en udfordring i forhold til at sikre den rette beslutningskraft. Yderligere er oplæring og supervision af nyt personale tidskrævende for de mere erfarne læger og sygeplejersker, hvilket igen øger ressourcetrækket på dette personale. Dette forstærkes af en stor udskiftning i personalet, idet det ofte opleves, at særligt plejepersonalet skifter til mere profilerede specialer efter at have opbygget erfaring på en medicinsk afdeling.

#### *Tidsstudiets underbygning af udfordringen*

Udfordringen om en generel ressourceudfordring på afdelingerne underbygges af resultater fra tidsstudier, hvor det fremgår, at en relativ lille andel af personalets tid bruges på pleje. For sygeplejersker gælder, at ~10% af tiden går med grundlæggende pleje, mens SOSU-assistenternes bruger 21% af deres tid på pleje. Dette skal ses i lyset af, at plejepersonalet ser dette som en af deres primære opgaver.

Derudover fremgår det, at læger overordnet bruger ~20% af deres tid på at læse op på patientjournaler samt, at der er forskelle på tværs af case-afdelingerne. Dette kan skyldes kombinationen af, at nogle afdelinger har mere komplekse patienter, som derfor tager længere tid at læse op på, samtidig med, at nogle afdelinger har en større uddannelsesforpligtelse, og mindre erfarne læger nødvendigvis må anvende mere tid på at læse op på patientjournaler. Fx anvender reservelæger og 1. reservelæger på AUH 27% af deres tid på at læse op på patientjournaler, hvilket er over gennemsnittet for personalegruppen på tværs af afdelinger. Dette kan skyldes, at AUH er en højt specialiseret funktion med en høj kompleksitet af patienter til følge.

---

<sup>15</sup> Af lokal data for case-afdelingerne fremgår ubesatte stillinger for læger, sygeplejersker og SOSU-assistenten.

<sup>16</sup> Jævnfør interviews med case-afdelinger

## Udfordring 4: Patienter, der kunne behandles i ambulant regi, behandles i stedet på afdelinger

Case-afdelinger nævner, at langt de fleste patienter, som indlægges på en medicinsk afdeling i dag er pleje- og behandlingskrævende. Men at det fortsat forekommer, at patienter med en sub-akut tilstand indlægges, som i stedet kunne have modtaget behandling i ambulant regi (eventuelt i en dagshospitalsfunktion). Dette kan være patienter, som er dårlige og har diffuse symptomer, men hvor visiterende læge vurderer, at patienten kan vente til næste hverdag med at blive tilset. Derudover er fremhævet konkrete behandlinger, som kunne foretages i hjemmet. Dette gælder fx patienter med pleuradræn<sup>17</sup>, patienter der ligger til observation efter lungebiopsi, patienter der modtager IV-behandling, blodtransfusioner og patienter, om undersøges for mistanke om blodpropper.

Case-afdelingerne har fremhævet, at der er to primære årsager til udfordringen. **For det første** peges på utilstrækkelige fysiske rammer med mangel på ambulatorietider til de patienter, som kan klare sig med behandling og observation i dagstiden. Resultatet er, at patienter, som kun behandles kortvarigt, dvs. ned til få timer, optager senge på stationære afsnit. **For det andet** fremhæves eksisterende rutiner og organisering. En øget omlægning fra stationær til ambulant behandling forudsætter en omlægning af arbejdsgange og en anderledes prioritering af personaleresourcer og ny organisering for at sikre, at relevante patienter overgår fra at være indlagt til i stedet at indgå i et ambulant forløb.

## Udfordring 5: U hensigtsmæssige ambulante kontakter

Case-afdelinger nævner, at især kronikere følges i nogle ambulatorier efter faste intervaller. Dette betyder, at patienter kommer til en række rutinekontroller, som kan vise sig at være unødvendige, samt at kontrolbesøgene ikke nødvendigvis finder sted på de tidspunkter, hvor patienterne selv oplever størst behov. Tilsvarende kan der forekomme ambulante kontroller, som i stedet kunne have fundet sted ved patientens almen praktiserende læge.

Case-afdelingerne har fremhævet to primære årsager hertil. **Den første årsag** er, at det er en større opgave at omlægge ambulante besøg til at være behovsstyret. Dette forudsætter direkte kommunikation mellem sygehus og patient og/eller almen praksis i forhold til at afklare, hvornår en ambulant kontakt er nødvendig eller ej. Desuden vanskeliggør det muligheden for at planlægge behovet på tværs af en større gruppe patienter. Yderligere gælder for multisyge patienter, at disse kan være tilknyttet flere forskellige specialeambulatorier med uafhængige behandlingsplaner. Dette betyder, at patienten kan møde til flere forskellige ambulante kontakter fordelt på flere dage. Dette er ikke blot en udfordring fra et patientperspektiv, men indebærer også, at en patient kan opleve at blive tilset af flere speciallæger end nødvendigt. **Den anden årsag** kan være en manglende kommunikation mellem afdelinger og primærsektoren om, hvilke patienter der kræver ambulante undersøgelser eller behandling. I forlængelse heraf kan afdelinger have en tendens til at beholde patienten i et ambulant forløb på sygehuset i længere tid end nødvendigt. Dette kan være i tilfælde, hvor patienten har komplekse symptomer og henvisningsgrundlaget fra almen praksis derfor er mindre specifikt. For at undgå at patienten får behov for at komme ind på afdelingen igen, beholdes patienten i et ambulant forløb indtil afdelingen føler sig sikre på, at der er en tilstrækkelig klar behandlingsplan til, at patienten kan overgå til almen praksis. Dette kan også skyldes manglende viden om tilbuddene i almen praksis, eller en oplevelse af en begrænset tilgængelighed af almen praktiserende læger og plejhjemslæger på grund af lægedækningsproblemer.

---

<sup>17</sup> Dræn anvendt til at tømme væske eller luft ud af pleurahulen for lungemedicinske patienter

## Udfordring 6: Udfordring i forbindelse med samarbejde på tværs af afdelinger

Case-afdelinger oplever, at der i nogle tilfælde er intern ventetid på tilsyn og andre interaktioner på tværs af afdelinger. Interviews og workshops har indikeret manglende transparens ift. ventetid på eksempelvis tilsyn med andre afdelinger.

### *Tidsstudiets underbygning af udfordringen*

Tidsstudier indikerer desuden begrænset interaktion afdelingerne imellem. Dette ses blandt andet ved, at afdelingslæger og læger bruger ~3-4% af deres tid på telefonisk kommunikation med læge om patient på anden afdeling og medicinsk tilsyn på andre afdelinger.

Der er identificeret to primære årsager til dette. **Den første underliggende årsag** er, at speciallæger kan prioritere at gennemgå patienter på egen afdeling over tilsyn på andre afdelinger. Særligt for specialer, hvor der er knaphed på specialistkompetencer, kan der være ventetid eksempelvis radiologi og psykiatri. I forlængelse heraf peges **for det andet** på, at en utilstrækkelig kommunikation mellem afdelingerne kan være årsag til ventetiden. Det varierer dog mellem case-afdelingerne, hvor udtalt dette er. En utilstrækkelig kommunikation betyder, at det er uigennemsigtigt for en anden afdeling, hvorfor et tilsyn trækker ud, hvilket kan føre til frustration over ventetiden på tilsyn. Dette er også et udtryk for udfordringer i samarbejdet med at fordele patienter mellem afdelinger på en måde, der er hensigtsmæssig for hospitalets samlede kapacitetsudnyttelse. Udover at dette er problematisk for kapacitetsudnyttelsen, kan det medføre, at patienter oplever unødige afdelingskift for at frigøre kapacitet, hvilket er belastende – særligt for skrøbelige patienter.

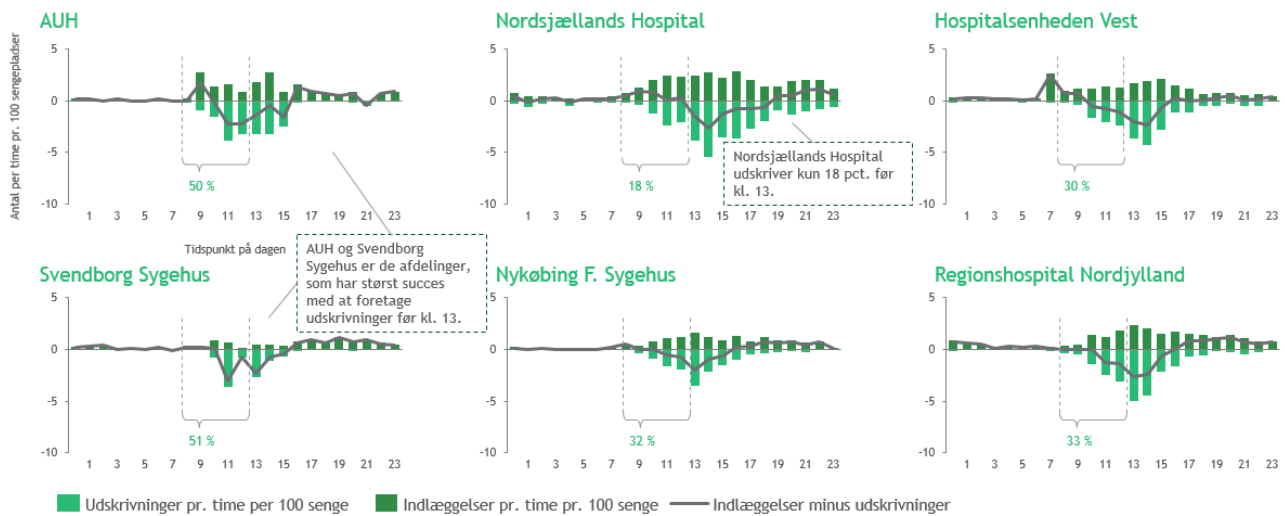
## 4.3 Udfordringer i forbindelse med udskrivelsesprocessen

### Udfordring 7: Udfordring omkring udskrivelser fører til uhensigtsmæssige ekstra indlæggelsestimer eller -døgn

Case-afdelingerne oplever, at udskrivelse af patienter er en tidskrævende opgave på tværs af faggrupper, særligt for patienter, som kræver koordinering med primærsektoren. Planlægning og koordinering af udskrivelser kan derfor føre til uhensigtsmæssige ekstra indlæggelsestimer eller -døgn, såfremt der ikke tages hånd om dette i tide. Særligt opleves en udfordring med sengepladser midt på dagen, da mange patienter først udskrives sent på dagen. Dette understøttes af, at kun 31% af de medicinske patienter registreres udskrevet før klokken 13 jf. *Figur 7* i nedenstående 8<sup>xviii</sup>. Klokken 13 er sat som skæringstidspunkt, da flere afdelinger fremhæver dette tidspunkt som afgørende i forhold til at sikre en tilstrækkelig kapacitet til at tage imod nye patienter senere på dagen. Når udskrivninger finder sted efter dette tidspunkt kan det således bevirke, at der ikke er tilstrækkeligt med frie sengepladser til at tage imod de relevante patienter. Planlægning af udskrivelser er således centralt for at sikre et ordentligt flow på afdelingen og frigøre kapacitet til at modtage patienter fra modtagelsen. Ligeledes er udskrivelse tidligt på dagen hensigtsmæssig for at sikre sammenhæng i den tværsektorielle indsats, idet tilbud i primærsektoren ofte er mindre tilgængelige efter klokken 16.



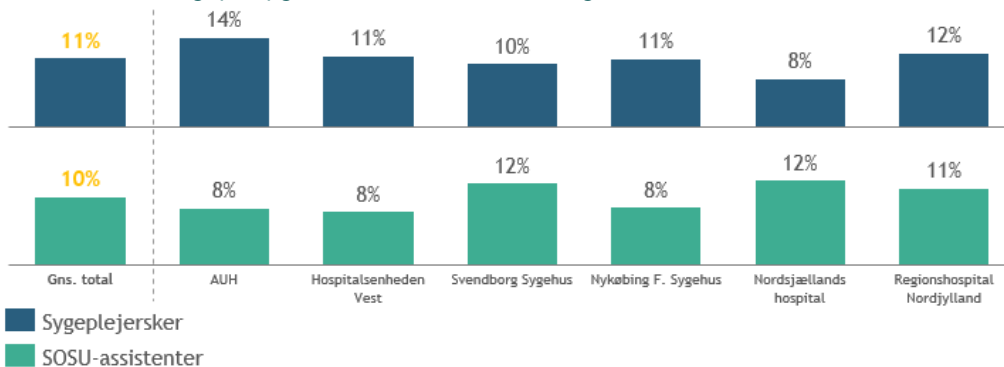
Figur 7: Forskellen mellem indlæggelser og udskrivelser på medicinske afdelinger på timebasis pr. 100 senge<sup>xix</sup>



### Tidsstudiets underbygning af udfordringen

Af tidsstudiet fremgår, at ~10-11% af sygeplejersker og SOSU-assistenters samlede tid kan henføres til opgaver relateret til udskrivelser jf. Figur 8. Dette omfatter koordinering med primærsektoren, udskrivningskonferencer, dokumentation og praktiske opgaver relateret til udskrivningen (fx pakke medicin).

Figur 8: Andel tid brugt på opgaver relateret til udskrivelser<sup>1819</sup>



Case-afdelingerne har fremhævet tre overordnede årsager til udfordringen. **For det første** kan udfordringen hænge sammen med interne arbejdsgange på afdelingen. Dette kan fx dække over, at udskrivelser forsinkes på grund af en manglende plan for udskrivelsen. Ligeledes kan stuegang sprede sig over hele dagen grundet knaphed af speciallægeressourcer, som betyder, at plejepersonalet må vente på en lægelig beslutning. Dette er særligt udtalt i aften-, nat og weekendvagter. Derudover kan uheldige ekstra indlæggelsestimer være drevet af årsager, som de medicinske afdelinger har en mindre grad af indflydelse på. **Den anden identificerede årsag** er således afhængigheder til andre afdelinger fx i form af ventetid på blodprøver eller scanninger fra parakliniske afdelinger samt ventetid på hjemtransport af patienter. Særligt midt på dagen opleves udfordringer med transporten. Slutteligt kan uheldige indlæggelsestimer eller døgn **for det tredje** være et resultat af krav i samarbejdsaftalerne med kommunerne samt en begrænset adgang til

<sup>18</sup> Indeholder delopgaverne: møder med primærsektoren, skriftlige kommunikation med primærsektoren, telefonisk kommunikation med primærsektoren, udarbejdelse af plejeforløbsplaner, udskrivningskonferencer/ hjemmeplejekonferencer, dokumentation samt praktiske opgaver ifm. udskrivning

<sup>19</sup> Baseret på input fra klinikere, er det antaget at 50% af dokumentation vedrører udskrivelser samt, at 90% af koordineringen med primærsektoren omhandler udskrivelser

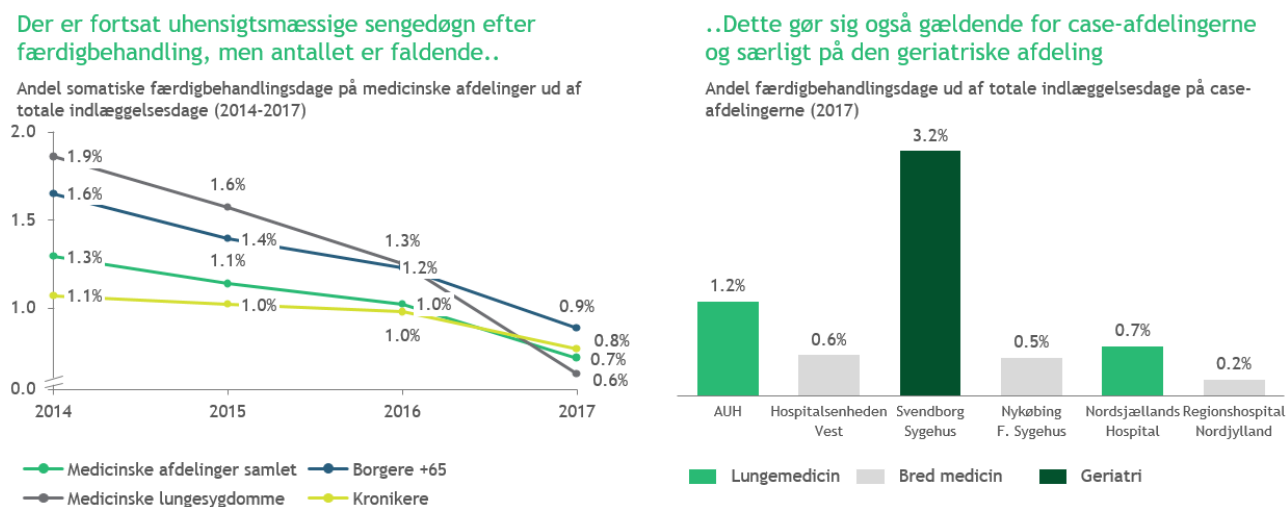
kommunale medarbejdere i forhold til at varsle udskrivelser. Krav til varsling, herunder det seneste tidspunkt for varsling af en udskrivelse, varierer på tværs af optagekommuner for et givet sygehus, men oftest gør det sig gældende, at afdelingerne skal varsle udskrivelser senest klokken 13 dagen før en udskrivelse, således at kommunen har mulighed for at forberede fx pleje og hjælpemidler i borgerens hjem. Afdelinger oplever det dog ofte vanskeligt at overholde varslingstidspunktet, hvilket bl.a. hænger sammen med, at stuegang kan strække sig til efter klokken 13.

For ovenstående udfordring gælder, at der er fokus på dette i eksisterende initiativer fx Sikker patientflow, som der er arbejdet med på alle 21 akutsygehuse. Dette gennemgås mere dybdegående i kapitel 5.2 (se bl.a. Figur 15).

## Udfordring 8: Kommuner er ikke klar til at modtage færdigbehandlede patienter

Case-afdelingerne nævner, at patienter forbliver indlagte i yderligere døgn efter, at patienter er udredt og registreret medicinsk færdigbehandlet, grundet forhold i kommunalt regi. Selvom kommunerne betaler en 'færdigbehandlingstakst', sker det fortsat, at der optages sengepladser, som kunne være benyttet af nye patienter samt, at plejepersonalet skal bruge tid på unødige ekstra pleje. Selvom antallet af færdigbehandlingsdage har været faldende, udgjorde somatiske færdigbehandlingsdage fortsat 0,7% af totale indlæggelsesdage på medicinske afdelinger svarende til 14.154 senge-dage jf. Figur 9. For borgere +65 år, som generelt har en større kontaktflade med kommuner, var andelen 0,9% svarende til 11.477 senge-dage. Hertil skal det bemærkes, at der er tale om patienter, som ikke har gavn af at være på sygehuset, og som optager plads og personaleressourcer.

Figur 9: Somatiske færdigbehandlingsdage på medicinske afdelinger<sup>xx 20</sup>



Case-afdelingerne har fremhævet tre primære årsager til, at kommunerne ikke er klar til at tage imod patienter. **For det første** opleves en mangel på aflastningspladser og **for det andet**, at de nødvendige hjælpemidler for, at borgeren kan klare sig i en ny habitualtilstand i hjemmet, ikke tilgængelige. Udfordringen med manglende hjælpemidler kan skyldes en sen varsling af udskrivningen til kommunen, hvilket forsinker fremskaffelsen. Ligeledes gælder, at visse hjælpemidler ikke kan leveres i weekenden grundet aftaler med leverandører. Fx installeres der ikke altid hjemmeilt i weekender. **Den tredje årsag** dækker over, at kommunen kan være uenig

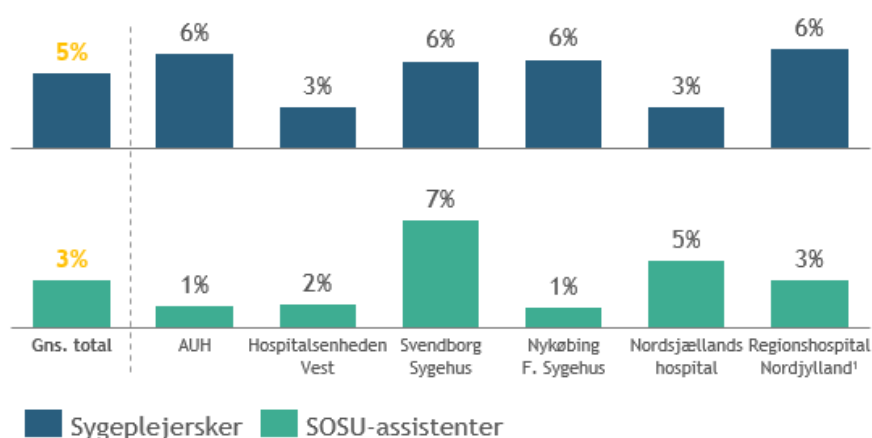
<sup>20</sup> Indikatoren er opgjort iht. nationale mål 2018, da indikatoren benyttet i nationale mål 2019 endnu ikke var godkendt på udgivelsestidspunktet. Af denne grund vil indikatoren ikke være sammenlignelig med senere opgørelser i kommende nationale mål

i vurderingen af behovet for en aflastningsplads eller hjælpemidler. I dette tilfælde afventes, at patienten visiteres af en kommunal medarbejder. Ligeledes kan der være forskellige vurderinger af patientens behov for hjælp til pleje efter udskrivelse. Her kan det forekomme, at kommunen ikke følger sygehusets vurdering. Udover at dette forlænger indlæggelsen, er det blevet fremhævet, som medvirkende til at sygehuspersonalet må bruge ekstra tid på at koordinere udskrivelsen med kommunen, herunder at begrunde vurderingen af patientens behov efter udskrivelse.

#### Tidsstudiets underbygning af udfordringen

Tidsstudiet (og interviews) viser, at sygeplejersker og SOSU-assistenten bruger ~3-5% af deres tid på koordinering med primærsektoren jf. *Figur 10*. Det skal ses i lyset af, at koordinering med primærsektoren vurderes centralt for at kunne realisere fem af de identificerede initiativer.

*Figur 10: Andel tid brugt på møder, skriftlig og telefonisk kommunikation samt plejeforløbsplaner og udskrivningskonferencer* <sup>21 22</sup>



### Udfordring 9: U hensigtsmæssige akutte genindlæggelser fra primærsektor

Case-afdelingerne oplever en udfordring med genindlæggelser af patienter, som kunne være undgået. Dette underbygges af, at en relativ stor andel af akutte indlæggelser efterfølges af en genindlæggelse indenfor 30 dage efter udskrivelse. For lungesygdomme gælder det for 22% af akutte indlæggelser, mens tallet for kronikere er 18% og 17% for ældre (+65 år) jf. *Figur 11*<sup>xxi</sup>. Genindlæggelser kan være velbegrundede, men de relativt høje andele og forskelle mellem case-afdelingerne, indikerer, at der kan være indlæggelser, som kunne være undgået ved den rette opfølgende indsats. Særligt set i lyset af, at medicinske afdelinger oplever, at genindlæggelser i mange tilfælde dækker over patienter, som der ikke er taget tilstrækkeligt hånd om i primærsektor til, at de har været i stand til at klare sig i deres nye habitualtilstand med den givne hjælp fra kommune og almen praksis.

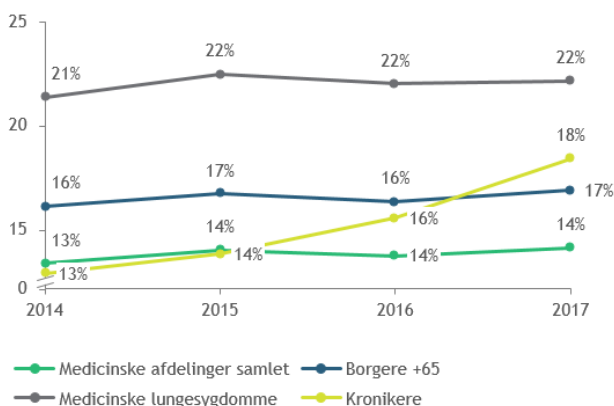
<sup>21</sup> Indeholder delopgaverne: møder med primærsektoren, skriftlige kommunikation med primærsektoren, telefonisk kommunikation med primærsektoren, udarbejdelse af plejeforløbsplaner, udskrivningskonferencer/ hjemmeplejekonferencer, dokumentation samt praktiske opgaver ifm. udskrivning

<sup>22</sup> Baseret på input fra klinikere, er det antaget at 50% af dokumentation vedrører udskrivninger samt, at 90% af koordineringen med primærsektoren omhandler udskrivninger

Figur 11: Akutte somatiske genindlæggelser på medicinske afdelinger<sup>xxii 23</sup>

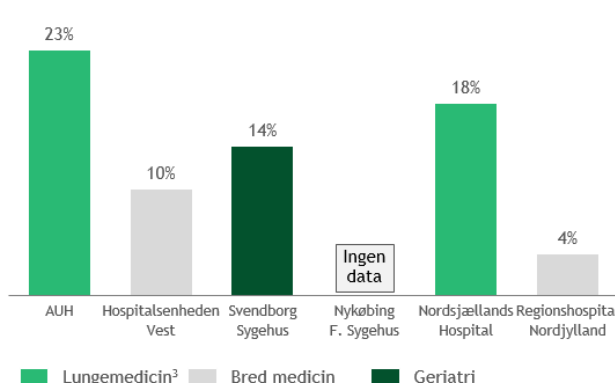
Der ses en stigende andel akutte genindlæggelser og andelen er særlig høj for lungesygdomme..

Andel akutte genindlæggelser (2014-2017)



.. Hvilket også afspejles for case-afdelingerne, særligt hvor data er for lungemedicin

Andel akutte genindlæggelser (2017)



Case-afdelingerne fremhæver, at den primære årsag hertil kan være en manglende kommunikation mellem sygehuset og kommunen. Dette ses **for det første** i form af en utilstrækkelig informering af hjemmeplejen eller hjemmesygeplejersken om patientens nye tilstand. Dette kan fx være viden om et ændret funktionsniveau i forhold til tilstanden inden indlæggelse mv. Dermed risikeres det, at den kommunale pleje reagerer på symptomer, som er at karakterisere som normale i den nye habitualltilstand, men hvor patientens tilstand bliver opfattet som forværret. Dette kan betyde, at den kommunale pleje oplever en utryghed ved situationen og derfor genindlægges patienten. **For det andet** kan det forekomme, at plejen og medicineringen efter udskrivelse ikke tilsvarende vurderede behov grundet en utilstrækkelig eller mangelfuld kommunikation i det fælles medicinkort (FMK) eller epikrisen. I tråd med dette opleves det **for det tredje**, at uhensigtsmæssige indlæggelser kan være et resultat af en mangelfuld opfølgning på patientens tilstand efter udskrivelse. Endeligt kan uhensigtsmæssige genindlæggelser **for det fjerde** være et resultat af, at de rette kompetencer ikke er tilstrækkeligt til stede i kommunerne til at håndtere borgernes behov.

For ovenstående udfordring gælder, at der er fokus på dette i kommende og igangværende handlingsplaner og initiativer fx Handlingsplan for den Ældre Medicinske Patient og Strategi for Digital Sundhed. Dette gennemgås mere dybdegående i kapitel 5.2 (se bl.a. *Figur 15*).

<sup>23</sup> Akutte somatiske genindlæggelser indenfor 30 dage er beregnet på andet datagrundlag end de øvrige tal i rapporten, jf. Nationale mål for sundhedsvæsenet, Sundheds- og ældreministeriet, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner, 2019.

# 5. Bedste praksis initiativer på de medicinske afdelinger

## 5.1 Bedste praksis initiativer

I det følgende kapitel beskrives bedste praksis initiativer for forbedring af kapacitetsudnyttelsen på medicinske afdelinger. Initiativerne er identificeret igennem fire kilder: 1) interviews med case-afdelingers klinikere og afdelingsledelser, 2) workshops med case-afdelinger, 3) indsamling af bedste praksis initiativer fra sygehusledelser i hele landet og 4) konsulentteamets dybdegående kendskab til eksisterende indsatser som Sikkert Patientflow og initiativer fra Sygehus Lillebælt. De identificerede initiativer fordeler sig i to overordnede grupper:

- (1) **20 initiativer har udgangspunkt på afdelingen/sygehuset:** Det er initiativer, som kan implementeres selvstændigt på de medicinske afdelinger. For nogle initiativer gælder, at det sker i samarbejde med primærsektoren, men med udgangspunkt i de medicinske afdelinger
- (2) **3 initiativer har udgangspunkt uden for afdelingen/sygehuset:** Det er initiativer med udgangspunkt i fx almen praksis eller kommunerne, som medicinske afdelinger kan påvirke i nogen grad. Analysens erfaringer viser, at disse initiativer har mulighed for at påvirke kapaciteten på medicinske afdelinger på mere transformativ vis.

Grundet analysens fokus på medicinske afdelinger er disse initiativer holdt adskilt fra de 20 initiativer inden for medicinske afdelinger, og deres effekt på kapacitet er ikke beregnet.

De 23 initiativer kan inddeles i fire overordnede temaer på tværs af patientforløbet jf. *Figur 12*:

- **Tema 1: Flyt behandling ”tættere på hjemmet”.** Dette har til formål at spare patienterne for indlæggelsesdøgn på medicinske afdelinger gennem a) alternative tilbud til indlæggelse og b) forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser og overbehandling
- **Tema 2: Optimering af arbejdsgange internt på afdeling.** Dette skal bidrage til at sikre et optimalt patient-flow igennem den medicinske afdeling gennem a) omlægning af processer for patientforløb inkl. bedre tværgående samarbejde, b) bedre anvendelse af personaletid og c) fuld udnyttelse af tilgængelig ambulatoriekapacitet
- **Tema 3: Smidig og holdbar udskrivningsproces.** Her fokuseres på at forebygge uhensigtsmæssige sengedøgn og genindlæggelser på medicinske afdelinger gennem a) tidligere udskrivning af medicinsk færdigbehandlede patienter og b) ved at sikre tilstrækkelig hjælp og støtte efter udskrivelse
- **Tema 4: Bedring af borgerens habitualtilstand.** Her sigtes mod at forebygge sygdomsforværring og dermed indlæggelser på medicinske afdelinger.

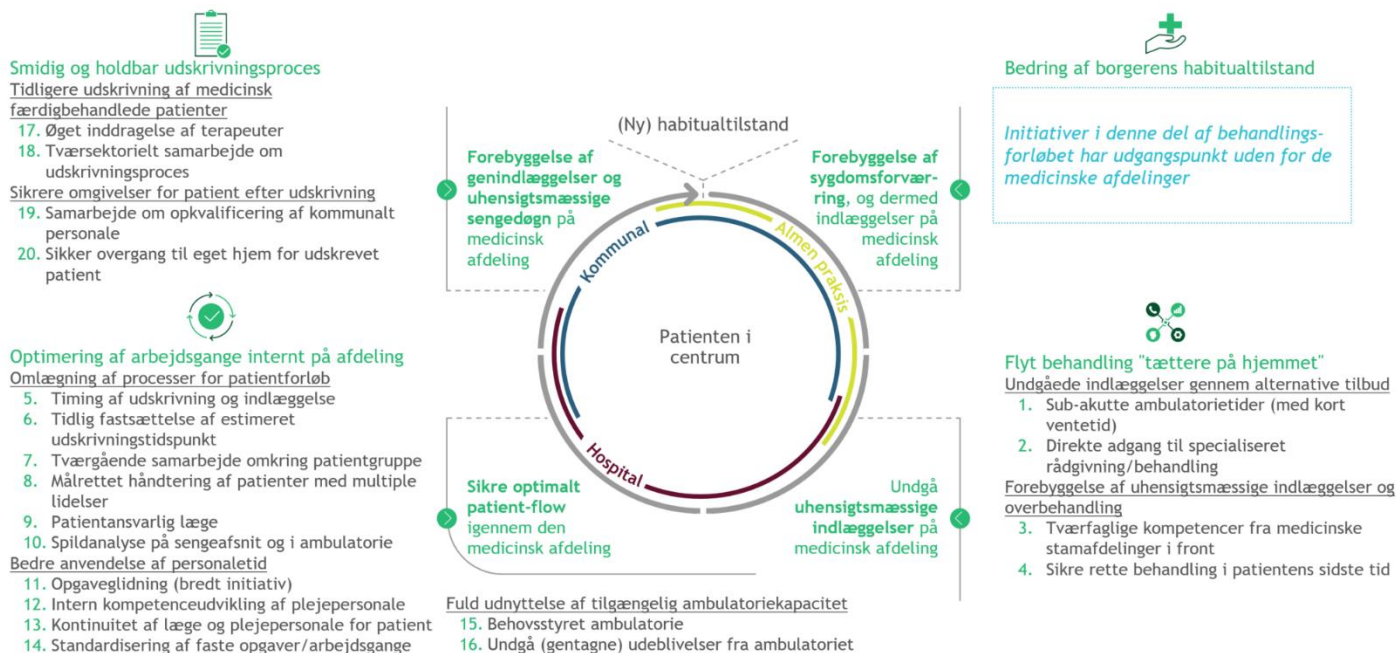
Ovenfor nævnte tema 4 indeholder de tre initiativer, som har udgangspunkt uden for de medicinske afdelinger, og de gennemgås derfor separat i afsnit 5.3.

## 5.2 Overordnede erfaringer og oversigt over initiativer på medicinske afdelinger

### 5.2.1 Oversigt over initiativer

Figur 12 viser sammenhængen mellem temaerne og de 20 bedste praksis initiativer.

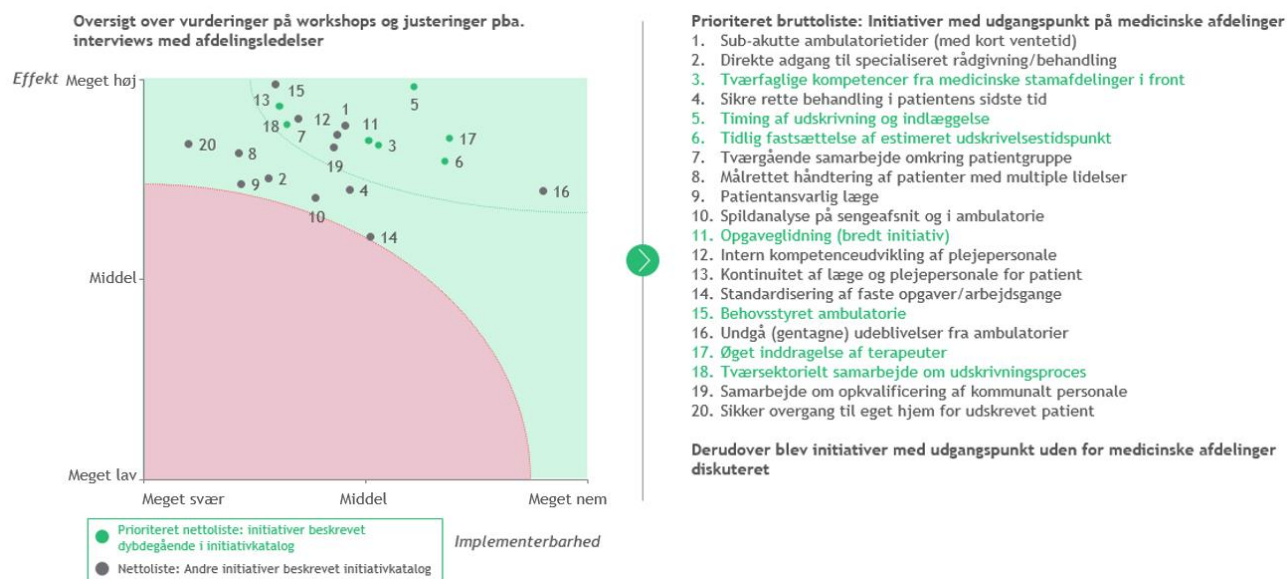
Figur 12: 20 bedste praksis initiativer fordelt på tre temaer i patientforløbet



Nettolisten på de 20 initiativer er blevet udvalgt på baggrund af vurderinger i workshops af det kliniske personale på tværs af personalegrupper og ved opfølgende interviews med afdelingsledelserne. Her vurderede klinikerne initiativerne i forhold til hhv. implementerbarhed og effekt på kapacitetsudnyttelsen (se detaljeret beskrivelse i Appendix 1). Resultatet af dette fremgår af Figur 13. De 7 initiativer, som er markeret med grønt i Figur 13, indikerer, at case-afdelinger har prioriteret at lave en dybdegående beskrivelse i initiativkataloget. Dette skyldes enten, at initiativet er komplekst, eller at kun få afdelinger kender til det.



Figur 13: Vurdering af initiativer i workshops og opfølgende interview med afdelingsledelsen gav en nettoliste på 20 initiativer



I Figur 14 vises en oversigt med beskrivelser af de 20 bedste praksis initiativer til at optimere kapacitetsanvendelsen på medicinske afdelinger. Oversigten indeholder for hvert initiativ:

**KOLONNE A:** en kort beskrivelse af initiativet inkl. samspil og påvirkning på primærsektoren. Nærmere beskrivelse af hvert initiativ kan desuden læses i Initiativkataloget.

**KOLONNE B:** en forklaring af, hvilken type kapacitet initiativet frigiver på medicinske afdelinger.

**KOLONNE C:** klinikernes vurdering af initiativernes effekt<sup>24</sup>.

**KOLONNE D:** klinikernes vurdering af, hvor let eller svært det er at implementere initiativet. En høj implementerbarhed betyder, at den adspurgte gruppe klinikere vurderer, at initiativet vil være relativt let at implementere. Det er ikke et udtryk for hverken initiativets potentiale eller generelle opbakning fra personalet.

**KOLONNE E:** hvilken type case-afdeling, initiativet er identificeret på.

<sup>24</sup> Den kvantitative effekt per initiativ fremgår i kapitel 6.3













Figur 14: Oversigt over bedste praksis initiativer på de medicinske afdelinger (1/5)

	Beskrivelse af initiativ (a)	Forklaring af effekt på kapacitet (b)	Effekt (c)	Implementerbarhed (d)	Identificeret på (e)
Flyt behandling "tættere på hjemmet"	<b>Undgåede indlæggelser gennem alternative tilbud</b>				
	<b>1. Sub-akutte ambulatorietider (med kort ventetid)</b> Der etableres en mulighed for at henvise til en subakut ambulatorietid i situationer hvor symptomer ikke kræver akut indlæggelse, men er tilstrækkeligt alvorlige til, at regulære ventetid til ambulatoriet er for lang	<ul style="list-style-type: none"> <li>Initiativet sikrer bedre udnyttelse af afdelingens sengekapa- citet ved at reducere indlæggelser, der i stedet kan håndteres i ambulante regi</li> </ul>			L, G, B
	<b>2. Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling</b> Patienter og/eller primærsektoren kan modtage telefonisk eller online rådgivning fra specialafdelingen omkring patientens symptomer og relevant behandling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gennem den direkte rådgivning afstemmes indsatsen i højere grad til patientens behov ud fra en vurdering af om patientens tilstand kan afsluttes via telefonisk råd, et ambulante besøg eller ved indlægges og derved reduceres u hensigtsmæssige indlæggelser</li> </ul>			L, G
	<b>Forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser og overbehandling</b>				
	<b>3. Tværfaglige kompetencer fra medicinske stamafdelinger i front</b> Tværfaglige kompetencer (læge, sygeplejersker, terapeuter) fra medicinske afdelinger agerer gatekeeper i FAM/ modtagelsen, og sikrer hurtig og kompetent faglig vurdering	<ul style="list-style-type: none"> <li>En effektiv modtagelse, udredning og initial behandling i FAM/modtagelsen sikrer korrekt visitation og reducerer indlæggelser på medicinske afdelinger</li> </ul>			L, G
	<b>4. Sikre rette behandling i patientens sidste tid</b> Alle patienter med uhelbredelige og dødelige sygdomme tilbydes rutinemæssigt samtaler om ønsker til behandling og palliation i den sidste levetid og ønsker koordineres på tværs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ved at efterleve patientens ønsker til behandling og indlæggelse, gennem klare aftaler og koordinering internt på sygehuset og med primærsektoren, undgås indlæggelse og behandling af patienter, som har frabedt sig dette</li> </ul>			L, G

Effekt/implementerbarhed: Meget lav/svær Lav/svær Middel Høj/nem Meget høj/nem

Identificeret på: L: Lungemedicinsk afd., G: Geriatrik afd., B: Bred medicinsk afd.

Figur 14: Oversigt over bedste praksis initiativer på de medicinske afdelinger (2/5)

	Beskrivelse af initiativ (a)	Forklaring af effekt på kapacitet (b)	Effekt (c)	Implementerbarhed (d)	Identificeret på (e)
Optimering af arbejds gange internt på afdeling (1/3)	<b>Omlægning af processer for patientforløb</b>				
	5. Timing af udskrivning og indlæggelse Arbejdsgange planlægges med fokus på at udskrivningen foregår tidligt på dagen fx ved at klargøre udskrivelse aftenen forinden (fx opdatere medicinliste) og ved vha. tavlemøder at prioritere og planlægge stuegang af patienter, der forventes udskrevet samme dag	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fokus på udskrivning tidligt på dagen reducerer sengedøgn for patienter, der ellers ville forblive indlagt en ekstra dag</li> <li>Ved at udskrive tidligt på dagen skabes plads på afdelingen til nye indlæggelser i dagvagten, hvor den personalemæssige kapacitet er størst</li> </ul>			L, G
	6. Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivestidspunkt Der fastsættes klare mål for forventet udskrivningstidspunkt tidligt i patientens forløb, som fremgår af flow-tavler. Dette fungerer som en gennemgående rettesnor for interne og eksterne arbejds gange.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klar målsætning for udskrivestidspunkt giver en klar fælles rettesnor, så det sundhedsfaglige personale i højere grad kan tænke rettidig udskrivning ind i arbejds gange og igangsætte planlægning</li> <li>Sikrer optimal indlæggelsestid og mere effektiv udskrivning</li> </ul>			L, G
	7. Tværgående samarbejde omkring patientgruppe Afdelinger arbejder i højere grad sammen om effektiv udredning/behandling af patienter, der kræver involvering af flere specialer fx ved tidligt at identificere behovet herfor. Det kan også indebære ansvar for stuegang	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gennem en effektiv involvering af relevante specialer på rette tidspunkt sikres et komprimeret patientforløb, som muliggør tidligere udskrivelse</li> <li>Gennem en helhedsorienteret indsats undgås komplikationer i patientforløbet og dermed hurtigere færdigbehandling</li> </ul>			L, G
	8. Måltrettet håndtering af patienter med multiple lidelser Der anlægges en multidisciplinær tilgang, hvor der trækkes på specialiseret viden på tværs af faggrupper, og hvor der udarbejdes én samlet handlingsplan, der sikrer en holistisk tilgang til patientens behandlings-behov og videre forløb fx via medicingennemgang, hvor alle patientens sygdomme inddrages samtidigt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gennem en helhedsorienteret multidisciplinær tilgang sikres rettidig inddragelse af relevante specialer og dermed en mere effektiv udredning og/eller behandling, som muliggør at patienten kan udskrives tidligere</li> </ul>			L
9. Patientansvarlig læge Patienter med et særligt behov for koordinering tildeles en patientansvarlig læge, som koordinerer det samlede udrednings- og behandlingsforløb. Dette indebærer bl.a. ansvar for 1) inddragelse af patient/pårørende; 2) udarbejde individuel handlingsplan; 3) sikre fremdrift i forløb og 4) sikre sammenhæng i sektorovergang	<ul style="list-style-type: none"> <li>Den patientansvarlige læge sikrer kontinuitet og effektiv koordinering af patientens forløb, hvilket bidrager til bedre og kortere indlæggelser</li> </ul>			L, B	

Effekt/implementerbarhed:  Meget lav/svær  Lav/svær  Middel  Høj/nem  Meget høj/nem

Identificeret på: L: Lungemedicinsk afd., G: Geriatrisk afd., B: Bred medicinsk afd.

Figur 14: Oversigt over bedste praksis initiativer på de medicinske afdelinger (3/5)

	Beskrivelse af initiativ (a)	Forklaring af effekt på kapacitet (b)	Effekt (c)	Implementerbarhed (d)	Identificeret på (e)
Optimering af arbejdsgange internt på afdeling (2/3)	<b>Omlægning af processer for patientforløb</b>				
	<b>10. Spildanalyse på sengeafsnit og i ambulatorie</b> Spildanalyser giver et øjebliksbillede af belægningsituation, patient-sammensætning og årsag til ventetider/ flaskehalse (fx i form af patient-inventering, waste identification tool). Indebærer overordnet at medarbejdere og ledere (evt. eksterne) gennemgår og vurderer om det er rette patient i den rette seng; om ambulatorier anvendes optimalt; om ressource-anvendelsen og behandlingen kan forbedres. Pba. dette besluttet relevant opfølgning mhp. at forbedre kapacitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Initiativet giver indsigt i hvor i patientforløbene, der er potentiale for at effektivisere og forbedre indsatsen</li> <li>Initiativet har ikke i sig selv en effekt på kapaciteten, men forudsætter en opfølgende indsats på de identificerede flaskehalse</li> </ul>			L, G
	<b>Bedre anvendelse af personaletid</b>				
	<b>11. Opgaveglidning</b> Opgaver flyttes til anden faggruppe eventuelt på et lavere specialiserings-niveau for at udnytte ressourcer bedst muligt. Kan også være ved en mere fleksibel opgavevaretagelse internt på afdelingen. Overordnet skelnes mellem tre typer af opgaveglidning: 1) En anderledes anvendelse af faggruppers tid; 2) nyansættelser af personale med lavere løn; 3) ansættelse af personale, som er bedre til specifikke opgaver. Der er identificeret mulighed for opgaveglidning indenfor a) træning og mobilisering; 2) koordinering med primærsektoren og 3) en række ikke patient-relaterede opgaver	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ved at frigøre tid for faggrupper, som der opleves mangel på, sikres tid til andre opgaver. Ligeledes kan det være en måde at imødekomme ubesatte stillinger indenfor den pågældende faggruppe</li> </ul>			L, G, B
	<b>12. Intern kompetenceudvikling af plejepersonale</b> Struktureret og målrettet kompetenceudvikling af plejepersonale. Undervisning kan planlægges som regelmæssiges ugentlige tilbud eller gå-hjem møder/temaaftener om udvalgte emner	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kompetenceudvikling bidrager til effektive og sikre arbejdsgange, som er nødvendige for et godt flow</li> <li>Erfarne medarbejdere bruger mindre tid på instruktion og vejledning, når nye kolleger har deltaget i systematisk kompetenceudvikling</li> </ul>			L, G, B

Effekt/implementerbarhed: Meget lav/svær Lav/svær Middel Høj/nem Meget høj/nem

Identificeret på: L: Lungemedicinsk afd., G: Geriatrisk afd., B: Bred medicinsk afd.

Figur 14: Oversigt over bedste praksis initiativer på de medicinske afdelinger (4/5)

	Beskrivelse af initiativ (a)	Forklaring af effekt på kapacitet (b)	Effekt (c)	Implementerbarhed (d)	Identificeret på (e)
	<b>Bedre anvendelse af personaletid</b>				
Optimering af arbejds gange internt på afdeling (3/3)	<b>13. Kontinuitet af læge og plejepersonale for patient</b> Tiltag rettet mod at sikre kontinuitet af læge og plejepersonale ifm. bl.a. stuegang for derved at sikre en mere effektiv anvendelse af personalets tid og minimere behovet for overlevering. Dette indbefatter bl.a. at nytilkomne patienter tildeles læge og plejepersonale ud fra et hensyn om, hvem der er på vagt de næstkommende dage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducerer tid brugt på at læse op på patientens sygehistorie og giver mere effektiv stuegang, hvilket frigiver personaletid på sengeafsnit</li> </ul>			L, G
	<b>14. Standardisering af faste opgaver/arbejds gange</b> Standardisering af arbejds gange via 1) mødeagendaer med faste orienterings- og beslutningspunkter; 2) tjeklister med fokus på praktiske aspekter for modtagelse, behandling og udskrivelse af patienter og 3) Standardiseret dokumentationspraksis, som sikrer at den rette information er tilgængelig	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardisering af opgaver reducerer tid brugt på den enkelte opgave og adresserer misforståelser, der kan føre til ineffektiv brug af personalekapacitet</li> <li>• Ved at indrette arbejds gange, hvor den rette beslutningskraft er tilstede (fx speciallæge) reduceres ventetid for andre faggrupper</li> </ul>			L, G
	<b>Fuld udnyttelse af tilgængelig ambulatoriekapacitet</b>				
	<b>15. Behovsstyret ambulatorie</b> Kroniske patienter tilses ved ambulante besøg ud fra en konkret vurdering af patientens behov fremfor ved fastlagte kontroller. Vurdering af behov tager udgangspunkt i kontakt mellem afdelingen og patient og/eller aktører i primærsektoren (fx almen praksis)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante besøg efter patientens behov fremfor faste intervaller reducerer besøg for kroniske patienter i et ambulante forløb</li> </ul>			L, G
<b>16. Undgå (gentagne) udeblivelser fra ambulatoriet</b> Målrettet indsats mod at reducere udeblivelser i ambulatoriet, bl.a. via proaktiv påmindelse af patienter via SMS eller opkald. Derudover besluttes et specifikt antal udeblivelser fra ambulante konsultation, hvorefter ansvaret for opfølgning overføres til almen praksis. Der etableres klare aftaler med almen praksis om relevant opfølgning ved overførsel af en patient, så det ikke risikeres at patienten 'tabes'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved at reducere udeblivelser sikres en mere effektiv anvendelse af personalets tid, idet der ikke går tid med at møde i ambulatorie og at afvente, om patienten kommer eller ej</li> <li>• Det bemærkes dog, at det ikke er hele ambulatorie-tiden der frigives, da personalet allerede så vidt muligt anvender tiden på andre opgaver</li> </ul>			L, G	

Effekt/implementerbarhed: Meget lav/svær Lav/svær Middel Høj/nem Meget høj/nem

Identificeret på: L: Lungemedicinsk afd., G: Geriatrisk afd., B: Bred medicinsk afd.



Figur 14: Oversigt over bedste praksis initiativer på de medicinske afdelinger (5/5)

	Beskrivelse af initiativ (a)	Forklaring af effekt på kapacitet (b)	Effekt (c)	Implementerbarhed (d)	Identificeret på (e)
Smidig og holdbar udskrivningsproces	<u>Tidligere udskrivning af færdigbehandlede patienter</u>				
	17. Øget inddragelse af terapeuter Terapeuter inddrages tidligt i plejeforløbet for at rehabilitering og mobilisering indtænkes i behandlingsplan. Som led i udskrivningsforløbet vurderer terapeut behov for hjælpemidler og kommunikerer og koordinerer dette med kommunen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ved at øge fokus på rehabilitering, mobilisering og patientens behov for hjælpemidler tidligt i indlæggelsen kan koordinering med kommunen om udskrivning igangsættes tidligere og kan dermed være med til at forkorte indlæggelsestiden</li> </ul>			L, G
	18. Tværsektorielt samarbejde om udskrivningsproces Bedre udskrivningsproces og overgang gennem tidlig dialog mellem kommune og afdeling via udskrivningskoordinator på hospitalet, som står for koordinering med kommune og/eller øget tilstedeværelse af kommunal visitator, som hjælper sygehuspersonalet med at koordinere udskrivning og det videre forløb	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kortere indlæggelsestid via et mere effektivt samarbejde om udskrivningsprocessen, som sikrer tidlig varsling af udskrivning</li> <li>Frigiver personaletid ved at reducere tid brugt på skriftlig og telefonisk koordinering ifm. udskrivelser</li> </ul>			L, G
	<u>Sikrere omgivelser for patient efter udskrivning</u>				
	19. Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale Sygehus tager aktiv del i at opkvalificere sundhedspersonale i kommuner, fx ved at tilbyde deltagelse i kompetenceudviklende tiltag for sygehusets egne medarbejdere fx kurser, temadage, gå-hjem møder o.l.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opkvalificering muliggør, at sundheds-personale i kommuner kan varetage opgaver, som ellers ville være blevet udført på sygehuset under en indlæggelse</li> <li>Bidrager derudover til en reduktion i gen-indlæggelser bl.a. via bedre sammenhænge</li> </ul>			L, G, B
20. Sikker overgang til eget hjem for udskrevet patient Måltrettet indsats mod at gøre overgangen fra hospital til eget hjem tryk for udskrevne patienter. Dette kan ske i forskellige udformninger, som overordnet kan opdeles i følge-hjem, hvor sygeplejerske følger patienten hele vejen hjem og gennemgår situation og behov med kommune og pårørende (sygehusansvar) og/eller følge-op ordning i form af fx opkald, hjemmebesøg eller virtuel løsning(kommunalt ansvar)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Initiativet muliggør, at patienten kan udskrives tidligere, idet der opnås sikkerhed om, at der følges op på patienten, og der ikke i samme grad skal afventes koordinering med kommunalt sundhedspersonale</li> </ul>			L	

Effekt/implementerbarhed: Meget lav/svær Lav/svær Middel Høj/nem Meget høj/nem

Identificeret på: L: Lungemedicinsk afd., G: Geriatrisk afd., B: Bred medicinsk afd.

Ud fra *Figur 14* kan der overordnet udledes fire centrale erfaringer fra analysen af de 20 prioriterede initiativer:

**For det første fremgår af 'effekt på kapacitet' jf. KOLONNE B, at de 20 initiativer frigiver kapacitet på medicinske afdelinger på fire måder:** reduktion i antallet af indlæggelser, kortere indlæggelser, reduktion af ambulante besøg samt ved at frigive personalekapacitet.

**For det andet ses det jf. KOLONNE C, at case-afdelingerne vurderer, at alle 20 initiativer har en høj til meget høj effekt.** Seks initiativer vurderes at have en meget høj effekt på kapaciteten.

**For det tredje vurderer case-afdelingerne jf. KOLONNE D om implementerbarhed, at kun 4 ud af 20 initiativer har en implementerbarhed over middel.** Omvendt vurderes 9 af 20 initiativer at have en implementerbarhed under middel. Det vil sige, at ifølge case-afdelingernes vurdering er halvdelen af de identificerede initiativer svære at implementere. Udfordringer ifm. implementering af initiativerne, herunder hvorfor nogle er sværere at implementere end andre, er opsummeret i afsnit 5.4 (se *Figur 18*).

Case-afdelingernes vurdering af implementerbarhed indikerer, at afdelingerne allerede har arbejdet med "de lavthængende frugter", hvilket understøttes af analysen i kapitel 6, som viser, at de fleste afdelinger i nogen grad har arbejdet med de 20 initiativer.

**For det fjerde vurderes det af afdelingsledelser og kliniske eksperter, at initiativerne er relevante for de fleste medicinske afdelinger** og dermed rækker udover de undersøgte specialer jf. KOLONNE E (geriatri, lungemedicin og brede medicinske afdelinger). Dette baserer sig på vurderinger fra afdelingsledelserne, som ofte er ansvarlige for flere medicinske specialer.

### 5.2.2 Initiativernes ophav i eksisterende og kommende handlingsplaner

Flere initiativer indgår i kommende og igangværende handlingsplaner, hvor der allerede er tilført midler eksempelvis initiativ 2. Andre initiativer er allerede aftalt i regi af økonomiaftalerne fx initiativ 9. Der henvises til, at der for disse initiativer er gjort andre studier og forarbejde. *Figur 15* giver et overblik over hvilke initiativer, som enten indgår i eller indeholder elementer fra eksisterende handlingsplaner:

**7 initiativer indgår i eksisterende handlingsplaner** såsom Sundhedsstyrelsens anbefalinger til indretning af akutberedskab, National Handlingsplan for den Ældre Medicinske Patient, Sikkert Patientflow, Patientansvarlig Læge og Ambuflex.

**8 yderligere initiativer indeholder desuden elementer fra disse handlingsplaner**, men indgår ikke direkte. Dette gælder eksempelvis 'Strategi for digital sundhed 2018-2022', som indeholder digitale initiativer som i høj grad kan være understøttende for en række af de 20 initiativer. Det gælder fx strategiens initiativer, som sigter mod at gøre borgeren til en mere aktiv partner i eget forløb fx ved at bruge patientrapporterede oplysninger til vurdering af, om der er behov for en konsultation eller ej. Dette er i tråd med initiativ 15 om behovsstyret ambulatorie. Derudover omfatter strategien initiativer for fælles digitale løsninger, som kan underbygge en bedre sammenhæng i patientforløbet via bl.a. bedre muligheder for digital kommunikation mellem sektorer.

Figur 15: 7 initiativer indgår i eksisterende handlingsplaner og 8 yderligere indeholder elementer herfra

Initiativer	Sundhedsstyrelsens anbefalinger til indretning af akutberedskab	National Handlingsplan for Den Ældre Medicinske Patient	Projekt "Sikkert Patient-flow"	Patientansvarlig Læge-politisk aftale	Ambuflex, udbredelse af PRO til at forberede og prioritere ambulante kontakter	Strategi for digital sundhed 2018-22
1. Subakutte ambulatorietider (med kort ventetid)	(✓)					
2. Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling		(✓)				
3. Tværfaglige kompetencer fra medicinske stamafdelinger i front	✓					
4. Sikre rette behandling i patientens sidste tid						
5. Timing af udskrivning og indlæggelse			✓			
6. Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivningstidspunkt			✓			
7. Tværgående samarbejde omkring patientgruppe						
8. Måltrettet håndtering af patienter med multiple lidelser				(✓)		
9. Patientansvarlig læge				✓		
10. Spildanalyse på sengeafsnit og i ambulatorie			✓			
11. Opgaveglidning (bredt initiativ)						
12. Intern kompetenceudvikling af plejepersonale	(✓)					
13. Kontinuitet af læge og plejepersonale for patient				(✓)		
14. Standardisering af faste opgaver/arbejdsgange			(✓)			(✓)
15. Behovsstyret ambulatorie					✓	(✓)
16. Undgå (gentagne) udeblivelser fra ambulatoriet						
17. Øget inddragelse af terapeuter						
18. Tværsektorielt samarbejde om udskrivningsproces						(✓)
19. Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale		(✓)				
20. Sikker overgang til eget hjem for udskrevet patient		✓				

✓ Initiativet indgår i handlingsplanen

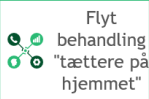

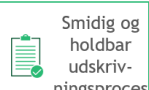
(✓) Initiativet indeholder elementer fra handlingsplanen



### 5.2.3 Initiativerne adresserer alle de identificerede udfordringer

Analysen har vist, at alle ni udfordringer, identificeret af case-afdelingerne, adresseres af de 20 initiativer. *Figur 16* nedenfor viser, at minimum to initiativer adresserer hver af de ni udfordringer, der blev fremhævet på tværs af patientforløbet. Initiativerne adresserer dermed kapacitetsanvendelsen igennem hele patientforløbet; fra før indlæggelse i FAM/modtagelsen til efter udskrivelse fra afdelingen. Nedenstående figur viser, hvilke udfordringer hvert initiativ adresserer.

Figur 16: Sammenhængen mellem de ni udfordringer, temaerne og de 20 initiativer

Initiativer	Habitualtilstand	FAM	Afdeling/ambulatorie						Ny habitualtilstand	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
 Flyt behandling "tættere på hjemmet"	1. Subakutte ambulatorietider (med kort ventetid)			✓						
	2. Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling	✓			✓					
	3. Tværfaglige kompetencer fra medicinske stamafdelinger i front		✓		✓					
	4. Sikre rette behandling i patientens sidste tid	✓							✓	
 Optimering af arbejds-gange internt på afdeling	5. Timing af udskrivning og indlæggelse			✓				✓		
	6. Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivningstidspunkt						✓	✓		
	7. Tværgående samarbejde omkring patientgruppe						✓			
	8. Målrettet håndtering af patienter med multiple lidelser			✓		✓				
	9. Patientansvarlig læge			✓		✓				
	10. Spildanalyse på sengeafsnit og i ambulatorie	✓	✓			✓				
	11. Opgaveglidning (bredt initiativ)			✓						
	12. Intern kompetenceudvikling af plejepersonale			✓						
	13. Kontinuitet af læge og plejepersonale for patient			✓						
	14. Standardisering af faste opgaver/arbejds-gange			✓						
	15. Behovsstyret ambulatorie					✓				
	16. Undgå (gentagne) udeblivelser fra ambulatoriet					✓				
 Smidig og holdbar udskrivningsproces	17. Øget inddragelse af terapeuter						✓	✓	✓	
	18. Tværsektorielt samarbejde om udskrivningsproces						✓	✓	✓	
	19. Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale	✓							✓	
	20. Sikker overgang til eget hjem for udskrevet patient						✓		✓	

X Udfordringer identificeret på 4-7 case-afd.
 X Udfordringer identificeret på 2-3 case-afd.

### 5.3 Oversigt over bedste praksis initiativer uden for de medicinske afdelinger

Case-afdelingerne har også identificeret tre bedste praksis initiativer, som er uden for de medicinske afdelinger, og som kræver et samspil mellem de medicinske afdelinger og primærsektoren. Disse initiativer fremgår af *Figur 17*. Ifølge case-afdelingerne kan initiativerne have stor betydning for kapacitetsanvendelsen på medicinske afdelinger, idet de reducerer indlæggelser og sengedøgn.

Fælles for initiativerne er, at de involverer en høj grad af tværsektorielt samarbejde og fokuserer på at flytte hospitalsfunktioner fra sygehuset tættere på patientens hjem. Det er således initiativer, som medicinske afdelinger kan arbejde med, men hvor samarbejde med primærsektoren er afgørende for at kunne realisere den fulde forbedring af kapacitetsudnyttelsen.

Figur 17: Oversigt over bedste praksis initiativer uden for de medicinske afdelinger<sup>25</sup> xxiii

Beskrivelse af initiativ	Effekt på kapacitet
<p><b>1. Øget behandling i hjemmet</b> Når patienten er udredt, og der foreligger en behandlingsplan, overgår relevante patienter til videre behandling i hjemmet, eventuelt med bistand fra afdelingens udgående team eller et kommunalt akutteam</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandling i hjemmet frigør sengedøgn på medicinske afdelinger, idet pågældende patienter kan udskrives tidligere</li> </ul>
<p><b>2. Udgående diagnostiske funktioner</b> Som alternativ til udredning på hospitalet foretages diagnostiske undersøgelser i patientens hjem. Herefter kan der træffes en mere kvalificeret beslutning om, hvorvidt der er behov for henholdsvis en indlæggelse, henvisning til subakut tilbud eller iværksættelse af behandling i hjemmet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potentiale for at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser</li> </ul>
<p><b>3. Særligt fokus på patienter med gentagne indlæggelser</b> Gennem en målrettet indsats for at forebygge gentagne indlæggelser, via en datadreven tilgang og opsøgende tilbud, reduceres indlæggelser på akutafdelinger og medicinske sengeafsnit</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En målrettet indsats overfor patienter med gentagne indlæggelser bidrager til at forebygge genindlæggelser og kan muliggøre, at aktivitet flyttes fra aften- og nattetimer til dagtid, hvor der er mere bemanning</li> </ul>

## 5.4 Barrierer for implementering af initiativer

Analysearbejdet har synliggjort, at case-afdelingerne oplever fem typer barrierer, som kan hæmme implementering af initiativer rettet mod en bedre kapacitetsanvendelse. Barriererne fremgår af figur 18 og omhandler ressourcer, rekruttering, samarbejde, opkvalificering og vagtplanlægning. Disse barrierer ligger også til grund for nogle af case-afdelingernes vurderinger af, at nogle af de 20 initiativer er svære at implementere. Ligeledes kan det være en del af forklaringen på, hvorfor der endnu ikke er opnået en fuld implementering af igangværende initiativer på case-afdelingerne. I Initiativkataloget er beskrevet relevante barrierer for hvert enkelt initiativ, samt måder at overkomme dem på. Eksempelvis fremgår, at god ledelse generelt er et centralt element i at realisere størstedelen af initiativerne. Eksempelvis er tydelig ledelsesmæssig opbakning på tværs af sektorer afgørende for at overkomme organisatoriske udfordringer i samarbejdet mellem sygehus og primærsektor og for en nødvendig opkvalificering af kompetencer i primærsektoren.

<sup>25</sup> Initiativ om udgående diagnostiske funktioner underbygges af et nyligt forskningsprojekt fra Århus Universitetshospital, hvoraf det fremgår, at hjemmebesøg for den ældre patient kan halvere antallet af genindlæggelser, forkorte indlæggelsestiden fra i gennemsnit tre til to dage og reducere dødeligheden. Forskningsprojektet omfattede 2300 patienter inkl. en kontrolgruppe.

Figur 18: Fem overordnede temaer opleves som barrierer for implementering af initiativer

Barriere for implementering	Beskrivelse	Relevante initiativer
Afdelingerne mangler de <b>nødvendige ressourcer</b> for at kunne realisere initiativernes fulde potentiale	Flere af initiativerne forudsætter, at der kan sættes tid af i en travl arbejdsdag, eller at mange personalegrupper kan involveres på samme tid. Andre initiativer kan først implementeres fuldt, hvis der er ressourcer til fx at tilknytte fast terapeut til afdeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2. Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling</li> <li>• 12. Intern kompetenceudvikling af plejepersonale</li> <li>• 17. Øget inddragelse af terapeuter</li> <li>• 19. Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale</li> </ul>
<b>Rekruttering af specifikke kompetencer</b> er en barriere for initiativer, der kræver specialister	Visse af initiativerne inddrager specifikke personalegrupper, som kan være udfordrende at rekruttere til afdelingen. Dette kan fx dreje sig om speciallæger eller sygeplejersker med et specifikt medicinsk speciale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2. Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling</li> <li>• 3. Tværfaglige kompetencer fra medicinske stamafdelinger i front</li> <li>• 5. Timing af udskrivning og indlæggelse</li> <li>• 11. Opgaveglidning (bredt initiativ)</li> </ul>
<b>Organisatoriske udfordringer hæmmer initiativer baseret på samarbejde mellem sygehus og primærsektor</b>	Initiativer baseret på tværsektorielt samarbejde vanskeliggøres af utilstrækkelige muligheder for fælles registrering af information med relevans for begge sektorer, korte telefontider/placering udenfor sygehus for kommunale visitatorer og begrænset kontakt til aktører i almen praksis. Nogle initiativer afhænger af specifikke midlertidige aftaler med kommunen, hvilket leder til stor variation i initiativudbredelse fra år til år	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4. Sikre rette behandling i patientens sidste tid</li> <li>• 18. Tværsektorielt samarbejde om udskrivningsproces</li> <li>• 19. Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale</li> <li>• 20. Sikker overgang til eget hjem for udskrevet patient</li> </ul>
For at kunne flytte behandling tættere på hjemmet forudsættes en <b>opkvalificering af kompetencer i primærsektoren</b>	Manglen på hjemmesygeplejersker med specialekompetencer er en barriere for hensigtsmæssig overdragelse af ansvar til kommunen efter udskrivelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20. Sikker overgang til eget hjem for udskrevet patient</li> </ul>
<b>Begrænsninger i forbindelse med vagtplanlægning</b> forhindrer implementering af initiativer rettet mod kontinuitet på afdelingen	Udbredelsen af initiativer relateret til vagtplanlægning begrænses af de hensyn, som der tages til fx feriedage og antallet af nattevagter per uge for det sundhedsfaglige personale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9. Patientansvarlig læge</li> <li>• 13. Kontinuitet af læge og plejepersonale for patient</li> </ul>

# 6. Initiativernes effekt på kapaciteten

Der er i analysen peget på 20 initiativer, som afdelingerne har vurderet kan reducere indlæggelser, forkorte længden af patientens indlæggelse, reducere antal ambulante besøg eller frigive noget af personalets tid. I nærværende kapitel beregnes den kvantitative effekt af disse initiativer. Kvantificeringen af effekterne er et udtryk for i hvor høj grad, det er muligt at optimere kapacitetsudnyttelsen og har til formål at synliggøre, hvilke initiativer, der er særligt effektfulde. Det er op til regionerne at beslutte, hvad de frigivne årsværk omprioriteres til indenfor sundhedsvæsenet. Dette kan fx være en prioritering af opgaver relateret til at styrke samarbejdet med primærsektoren, et bedre samarbejde mellem afdelinger og/eller en bedre bemanning i den fælles akutmodtagelse.

Beregning af effekten for hvert initiativ samt på nationalt niveau har tre formål:

- (1) At estimere graden/størrelsen af hvert initiativs effekt på kapaciteten på de medicinske afdelinger*
- (2) At muliggøre sammenligning af initiativer, der påvirker kapacitet på forskellig vis, fx reduktion af sengedøgn og frigivelse af personalekapacitet*
- (3) At sandsynliggøre hvordan kapaciteten på tværs af medicinske afdelinger påvirkes, hvis alle 20 bedste praksis initiativer realiseres på tværs af relevante specialer i hele landet*

Effektmålene baserer sig på 20-30 klinikeres faglige vurderinger af hvilken effekt hver initiativ vil have. Det ekstrapolerede effektmål skal derfor ses som udtryk for størrelsesordenen af initiativernes samlede effekt. Både indsamlingen af klinikernes vurdering af initiativernes effekt samt detaljerede beregninger fremgår i Appendix 2A. Den overordnede metode bygger på følgende tilgang og underliggende antagelser:

- 1. Udgangspunktet er afdelingernes vurdering af effekt på kapaciteten:** Klinikere fra de syv case-afdelinger vurderer den forventede effekt af hvert initiativ på baggrund af erfaringer fra deres egen afdeling. Fordi afdelingerne har arbejdet med de fleste initiativer i nogen grad, forudsættes det at de fleste klinikere kan vurdere effekten af hvert initiativ. Hvis klinikerne ikke har kendskab til det pågældende initiativ, undlader de at give input. For hvert initiativ har ~20-30 klinikere givet deres faglige vurdering af effekten i workshops, som efterfølgende er blevet underbygget af drøftelse med afdelingsledelserne. En gennemsnitlig effekt er beregnet på denne baggrund. I lyset heraf kan effekten ses med en grad af usikkerhed. Heroverfor står, at 14 af de 20 initiativer er trianguleret med eksisterende studier af lignende tiltag, som underbygger klinikernes faglige vurdering (beskrives mere detaljeret i Appendix 2E). Eksempelvis understøttes effekten for initiativ 18 af tre eksisterende studier, hvoraf der fx fremgår af et projekt i Region Nordjylland, at ansættelse af en forløbskoordinerende sygeplejerske og andre udskrivningstiltag har reduceret genindlæggelser med 20%<sup>xxiv</sup>.
- 2. Initiativernes nationale effekt på kapaciteten estimeres ved at ekstrapolere case-afdelingernes effektestimater og udbredelsesgrad til case-hospitals niveau og derefter til nationalt niveau.** Heri ligger en antagelse om, at de syv case-afdelinger på rimelig vis repræsenterer medicinske afdelinger på tværs af landet, idet de dækker en blanding af lungemedicinske, geriatriske og intern medicinske afdelinger, og dels dækker over fem regionshospitaler og ét universitetshospital på tværs af alle fem regioner. Af samme grund vurderes udbredelsesgraden at repræsentere medicinske afdelinger generelt i Danmark. Ekstrapoleringen er desuden afgrænset til de medicinske specialer, der er relevante for initiativet. Derudover tages højde for, i hvor høj grad afdelingerne har arbejdet med initiativet. I effekten på national plan er der således taget højde for, i hvor høj grad initiativerne allerede er implementeret på hospitalerne.

Derudover er tre overordnede antagelser og afgrænsninger centrale for tilgangen til effektberegningerne:

1. **Implementeringsomkostninger:** En del af initiativerne er forbundet med omkostninger i forbindelse med implementering i form af investeringsomkostninger og/eller ekstra løbende omkostninger fx i form af lønkroner. Omkostninger er belyst i initiativkataloget på baggrund af afdelingernes vurdering heraf, men ved beregning af initiativets effekt fratrækkes omkostninger ifm. implementering af initiativet *ikke*.
2. **Alternativomkostninger:** Givet analysens fokus på medicinske afdelinger og den meget høje kompleksitet forbundet med at estimere effekten af initiativer på tværs af sektorer udregnes ikke afledte gevinster eller omkostninger uden for sygehuset. Det er dog vurderingen, at omkostningerne ikke overstiger effekten i produktionsværdi for nogen af initiativerne givet, at behandling flyttes fra det specialiserede sygehusvæsen til primærsektoren og dermed et lavere omkostningsniveau. Det gælder for fem initiativer, at der afhængigt af initiativets udformning kan forekomme en delvis forskydning af omkostningerne.
3. **Der tages højde for interne forskydninger af omkostninger.** Ved beregning af effekterne i produktionsværdi tages højde for, at effekterne ikke afspejler en intern forskydning af omkostninger på sygehuset. Det antages for fire af de 20 initiativer<sup>26</sup>, at behandling delvist omlægges internt, hvilket afspejles i den valgte takst til beregning af produktionsværdi (uddybes i Appendix 2B). Eksempelvis er der i initiativ 1. *Sub-akutte ambulatorietider*, som forebygger indlæggelsen ved at indføre et ambulante tilbud, taget højde for udgifterne til en øget ambulante aktivitet via den valgte takst.

## 6.1 Initiativernes effekt på kapaciteten på nationalt niveau

Formålet med at beregne initiativernes effekt på kapaciteten på nationalt niveau, i både aktivitetstal (indlæggelser, sengedøgn og ambulante besøg), årsværk og produktionsværdi i danske kroner, er at give ét mål for den samlede mulige optimering af kapacitetsanvendelsen på de medicinske afdelinger.

Den nationale effekt tager højde for, at de fleste af initiativerne allerede er delvist implementeret på nogle hospitaler. For at undgå overestimering tages der ved summering af initiativernes effekter desuden højde for, hvordan implementeringen af ét initiativ påvirker effekten af et andet initiativ ved at gruppere initiativerne. Dette sker ud fra en vurdering af de indbyrdes afhængigheder mellem initiativerne ift. henholdsvis:

1. Overlap mellem initiativer på samme trin i patientforløbet
2. Overlap indenfor hver af de fire typer af aktivitet (indlæggelser, sengedøgn, ambulante besøg, personalekapacitet).

Eksempel: Afledte konsekvenser af effekter senere i patientforløbet. Fx vurderes det, at effekten af initiativ 1. *Sub-akutte ambulatorietider (med kort ventetid)* delvist overlapper med effekten af 2. *Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling*, da begge initiativer vedrører første trin i patientforløbet og reducerer indlæggelser på afdeling igennem sub-akutte ambulatorietider. Disse initiativer grupperes, og der tages et gennemsnit af de grupperede initiativer.

I praksis betyder metoden, at 13 af de 20 initiativer indgår i summeringen (detaljer for metode og gruppering gennemgås i Appendix 2D).

---

<sup>26</sup> Initiativ 1. Subakutte ambulatorietider, Initiativ 2. Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling, 10. Spildanalyse på sengeafsnit og i ambulatorie og 19. Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale. Valget af omregningstaksten fra aktivitet til DKK gennemgås for alle initiativer i Appendix 2B

Nedenstående *Figur 19* viser, at hvis alle medicinske afdelinger implementerede alle 20 initiativer, ville kapacitetsanvendelsen kunne optimeres med det, der svarer til en produktions- og lønkronværdi på ~650-1350 mio. danske kroner over en fireårig periode, svarende til 2,4-5,0% af medicinske afdelingers omkostninger (omkostningsbasen er defineret i Appendix 2D). Langt størstedelen af dette potentiale stammer fra en reduktion i produktionsværdien svarende til en reduktion på 560-1.100 mio. kr., mens ~90-250 mio. kr. udgøres af en reduktion i lønkroner.

Implementeringen af de 20 initiativer påvirker kapaciteten på medicinske afdelinger på fem forskellige måder: Reduktion af 1) indlæggelser; 2) sengedøgn; 3) ambulante besøg; samt frigivelsen af personalekapacitet henholdsvis 4) på sengeafsnit og 5) i ambulatorier. De første tre beregnes som den årlige reduktion i produktionsværdi, mens de to sidstnævnte beregnes som frigivet personalekapacitet. Nedenstående viser den totale effekt på kapaciteten for hver af de fem effekttyper:

*Figur 19: Initiativernes samlede nationale effekt på medicinske afdelingers kapacitet*

	Indlæggelser	Singedøgn	Ambulante besøg	Personalekapacitet på sengeafsnit	Personalekapacitet i ambulatorie	Total
Antal grupper summeret	3	6	1	2	1	13
Nationalt kapacitetspotentiale	21.000 - 43.000 indlæggelser (5-9%)	164.000 - 284.000 singedøgn (9-15%)  <i>Gns. national liggetid reduceres fra 4,1 til 3,8-3,5</i>	18.000 - 25.000 ambulante besøg (0,3-0,5%)	Læger: 20-91 ÅV Plejepersonale: 139-474 ÅV (herunder 46-135 ÅV sygeplejersker fra opgaveglidning og 41-108 ÅV SOSU-assistenten fra opgaveglidning)	Læger: 34-58 ÅV Plejepersonale: 56-97 ÅV	n/a
Potentiale i produktionsværdi eller lønkroner (mio. kr)	179-443 (produktionsværdi)	340-590 (produktionsværdi)	45-62 (produktionsværdi)	33-162 (inkl. opgaveglidning) (lønkroner)	54-93 (lønkroner)	645-1.336 (produktionsværdi og lønkroner)
Total potentiale	560-1.100 mio. kr. (produktionsværdi)			90-250 mio. kr. (lønkroner)		650 - 1.350 mio. kr. (samlet)

Af ovenstående kan udledes to centrale observationer:

1. Der opnås den største effekt på kapaciteten via implementering af initiativer, der har fokus på at forebygge indlæggelser og reducere sengedøgn (kolonne 1 og 2). Otte ud af de 10 initiativer med størst effekt, reducerer således enten indlæggelser eller sengedøgn<sup>27</sup>. Såfremt alle initiativer, som omfatter

<sup>27</sup> 10 initiativer med største potentiale: Initiativ 4. Sikre rette behandling i patientens sidste tid; Initiativ 10. Spildanalyse på sengeafsnit og i ambulatorier; Initiativ 20. Sikker overgang til eget hjem for udskrevet patient; 19. Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale; Initiativ 6. Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivelsestidspunkt; Initiativ 14. Kontinuitet af læge og plejepersonale for patient;



indlæggelser og sengedøgn implementeres fuldt ud kan opnås en samlet reduktion i produktionsværdi på ~510-1022 mio. danske kroner (DRG-værdi) svarende til 80% af det samlede potentiale. Dette svarer til en fald på 21.000-43.000 indlæggelser og 164.000-284.000 sengedøgn. **Hertil er det værd at bemærke, at såfremt medicinske afdelinger implementerede alle 9 initiativer, der adresserer sengedøgn, vil liggetiden gå fra 4,1 døgn i dag til 3,8-3,5 døgn.**

2. Der er et stort potentiale i at optimere kapacitetsanvendelsen via initiativer, der nedbryder barrierer mellem hospital og primærsektor. Tilsammen er det vurderingen, at der er fem initiativer<sup>1</sup>, som forudsætter tiltag og prioriteringer i primærsektoren for, at den *fulde* effekt kan opnås (gennemgås nærmere i næste afsnit). En fokuseret indsats med at implementere de fem initiativer på de medicinske afdelinger kan give en reduktion på ~18.000-36.000 indlæggelser og ~67.000-122.000 sengedøgn svarende til en samlet produktionsværdi på ~310-680 mio. danske kroner (DRG værdi).

## 6.2 Oversigt over hvert initiativs effekt på kapaciteten

Dette afsnit indeholder resultaterne for hvert initiativ. Der anvendes en række tekniske termer, som er defineret i tekstboksen på s. 38. Den metodiske tilgang samt tilhørende forudsætninger og tekniske beregninger beskrives i dybden i Appendix 2A. I Appendix 2B og 2C fremgår desuden udregninger for hvert initiativ på hvert trin, inklusiv specifikke antagelser (fx valg af DRG-takst) og afdelingernes inputs til udbredelsesgrad og effekt for hvert initiativ.

*Figur 20 og 21* indeholder en oversigt over resultaterne for initiativernes effekt på kapaciteten, beregnet i fire trin:

- **Trin 1:** Indsamling af det kliniske personales vurdering af effekt og udbredelsesgrad for hvert initiativ på hver case-afdeling
- **Trin 2:** Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelsesgrad på tværs af case-afdelinger
- **Trin 3:** Ekstrapolering af initiativernes effekt fra case-afdelinger til case-hospitaler og nationalt
- **Trin 4:** Beregning af nationalt potentiale i produktionsværdi eller lønkroner for at muliggøre sammenligning på tværs af initiativer

**Eksempel:** For initiativ 1. *Sub-akutte ambulatorietider (med kort ventetid)* betyder resultaterne fra hvert trin:

- **Trin 1:** Initiativets effekt på kapacitet er en reduktion af indlæggelser af medicinske patienter på afdelingen ved omlægning til ambulant besøg
- **Trin 2: Udbredelsesgrad:** Initiativet er vurderet til gennemsnitligt at være udbredt 37% (lav/middel) for case-afdelingerne, og dette antages at være udbredelsesgraden nationalt. **Bruttoeffekt:** 15% af indlæggelser af medicinske patienter kan undgås, hvis udbredelsesgraden er 0%
- **Trin 3:** Initiativet har en effekt på kapaciteten svarende til reduktion af
  - a) *På de 7 case-afdelinger:* 420-730 indlæggelser af medicinske patienter om året
  - b) *På alle medicinske afdelinger på de 6 case-hospitaler:* 4.500-7.800 indlæggelser af medicinske patienter om året
  - c) *På alle relevante medicinske afdelinger nationalt:* 12.000-21.000 indlæggelser af medicinske patienter om året
- **Trin 4:** Den nationale effekt på kapaciteten er 50-87 mio. danske kroner (produktionsværdi)

---

Initiativ 16. Undgå (gentagne) udeblivelser fra ambulatoriet; Initiativ 1. Sub-akutte ambulatorietider (med kort ventetid); Initiativ 3. Tværfaglige kompetencer fra medicinske stamafdelinger i front; Initiativ 18. Tværsektorielt samarbejde om udskrivningsproces



## Vigtige definitioner

### Udbredelsesgrad

Et mål fra 0-100% for den grad et initiativ allerede er implementeret på case-afdelinger. Skalaen er lavet specifikt til hvert initiativ (se også Appendix 2A) og afspejler:

- **0%:** ingen aspekter af initiativer indført fx *udskrivningstidspunkt bliver ikke fastsat ved indlæggelse for patienter på afdeling*,
- **50%:** elementer af initiativet er indført, men der er fortsat mulighed for forbedring fx *udskrivningstidspunkt fastsættes ved indlæggelse for halvdelen af patienter på afdeling*
- **100%:** initiativet er fuldt indført, og yderligere fokus vil ikke optimere kapaciteten på afdelingen fx *udskrivningstidspunkt fastsættes ved indlæggelser for alle patienter på afdeling*

### Bruttoeffekt

Et mål for initiativets forbedring af kapacitetsanvendelsen ved enten at reducere aktivitet eller frigive personalekapacitet. Der er to vigtige pointer, der knytter sig til rapporteringen af bruttoeffekt:

- 1) Bruttoeffekt er den totale forbedring af kapacitetsanvendelsen, der kan opnås igennem implementeringen af et initiativ. Der tages således ikke højde for den nuværende udbredelsesgrad (svarende til en udbredelsesgrad på 0).
- 2) For at øge sammenlignelighed er bruttoeffekt angivet som relativt til den adresserbare base. Her er et eksempel:
  - i. Et initiativ reducerer 2 indlæggelser af kronisk syge patienter om ugen på en afdeling
  - ii. Afdelingen har sammenlagt 20 indlæggelser af kronisk syge patienter om ugen
  - iii. Bruttoeffekt er derfor 10% af afdelingens totale indlæggelser af kronisk syge patienter

## Potentialer

### Initiativets effekt på kapacitet

For at få et mål for den faktiske effekt af et initiativ sammenholdes **bruttoeffekten** og **udbredelsesgraden**.

**Andelen af bruttoeffekten** ved reduktion af aktivitet (for en bestemt patientgruppe) eller frigivelse af personalekapacitet (for en bestemt personalegruppe), der kan opnås ved at implementere initiativet yderligere fra den **nuværende udbredelsesgrad** til en realistisk **opnåelig udbredelsesgrad**. Størrelsen af initiativets effekt på kapacitet afhænger af, hvor mange afdelinger initiativet implementeres på. Dette udregnes på tre niveauer svarende til implementering af initiativer på:

- a) Alle **syv case-afdelinger**
- b) Alle medicinske afdelinger på de **seks case-hospitaler**, som case-afdelingerne er en del af
- c) Alle relevante medicinske afdelinger **nationalt**

Initiativets effekt på kapacitet opgøres i et spænd på baggrund af, hvad den realistiske opnåelige udbredelsesgrad antages at være:

- Den nedre værdi svarer til, at initiativet udbredes til samme udbredelsesgrad som gennemsnittet af de to case-afdelinger med højeste nuværende udbredelsesgrad
- Den øvre værdi svarer til, at initiativet udbredes til 85%. Denne udbredelsesgrad er valgt ud fra en betragtning om, at selv afdelinger, der har arbejdet intensivt med et initiativ, har svært ved at få initiativet 100% implementeret

### Potentiale i produktionsværdi eller lønkroner (DKK)

Dette er enten a) produktionsværdien af initiativets effekt på reduktion af aktivitet eller b) lønkroner for initiativets effekt på frigivelse af ÅV. Udregnes ved at gange initiativets effekt på kapacitet med en omregningstakst. For aktivitet er omregningstaksterne baseret på DRG-takster og for personalekapacitet anvendes den pågældende faggruppes gennemsnitlige realiserede lønomkostning. For færdigbehandlede sengedøgn anvendes kommunernes færdigbehandlingstakst på 2.077. DKK/døgn

Figur 20: De 20 bedste praksis initiativers effekt på kapacitetsanvendelsen på medicinske afdelinger (1/2)

	Trin 1	Trin 2	Trin 3	Trin 4	
	Initiativ og beskrivelse af effekt	Udbredelsesgrad	Bruttoeffekt	Initiativets effekt på kapacitet (reduktion i indlæggelser/ sengedøgn/ambulante besøg/ Åv)	Potentielle (mio. DKK)
Flyt behandling "tættere på hjemmet"	<b>Undgåede indlæggelser gennem alternative tilbud</b>				
	<b>1. Sub-akutte ambulatorietider (med kort ventetid)</b> Akutte indlæggelser med sub-akut behov omlægges til ambulante besøg	37%	15%	Indlæggelser af medicinske pt. Case-afd.: 420-730 Case-hosp.: 4.500-7.800 Nationalt: 12.000-21.000	50-87
	<b>2. Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling</b> Akutte indlæggelser for kroniske patienter omlægges til ambulante besøg eller løses i patientens nærmiljø	62%	27%	Indlæggelser af kroniske pt. Case-afd.: 330-420 Case-hosp.: 2.900-3.600 Nationalt: 7.300-9.300	38-48
	<b>Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser og overbehandling</b>				
Optimering af arbejdsgange internt på afdeling (1/2)	<b>3. Tværfaglige kompetencer fra medicinske stamafdelinger i front</b> Akutte indlæggelser på afdeling for medicinske patienter undgås ved at afslutte relevante patientforløb i FAM/modtagelsen	63%	27%	Indlæggelser af medicinske pt. Case-afd.: 520-680 Case-hosp.: 5.600-7.200 Nationalt: 15.000-19.000	62-81
	<b>4. Sikre rette behandling i patientens sidste tid</b> Uhensigtsmæssige indlæggelser, der ikke skaber værdi for den ældre medicinske patient, reduceres	49%	12%	Indlæggelser af ældre med. pt. Case-afd.: 100-320 Case-hosp.: 920-3.000 Nationalt: 2.300-7.300	67-214
	<b>Omlægning af processer for patientforløb</b>				
	<b>5. Timing af udskrivning og indlæggelse</b> Udskrivning tidligt på dagen skaber bedre flow og reducerer færdigbehandlet sengedøgn for medicinske patienter	59%	7%	Sengedøgn for medicinske pt. Case-afd.: 520-1.300 Case-hosp.: 4.700-11.000 Nationalt: 15.000-37.000	32-78
Optimering af arbejdsgange internt på afdeling (1/2)	<b>6. Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivningstidspunkt</b> Tilrettelæggelse af arbejdsgange og fokus på udskrivning reducerer færdigbehandlet sengedøgn for medicinske patienter	58%	13%	Sengedøgn for medicinske pt. Case-afd.: 1.600-2.500 Case-hosp.: 15.000-23.000 Nationalt: 48.000-75.000	99-155
	<b>7. Tværgående samarbejde omkring patientgruppe</b> Forbedret samarbejde på tværs af afdelinger reducerer ventetid og færdigbehandlet sengedøgn for medicinske patienter	36%	5%	Sengedøgn for medicinske pt. Case-afd.: 750-1.500 Case-hosp.: 6.800-14.000 Nationalt: 15.000-30.000	31-62
	<b>8. Målrettet håndtering af patienter med multiple lidelser</b> Samlet handlingsplan og helhedsorienteret planlægning komprimerer behandlingsforløb og reducerer færdigbehandlet sengedøgn for patienter med multiple lidelser	31%	11%	Sengedøgn for pt. med multiple lidelser Case-afd.: 270-610 Case-hosp.: 1.800-4.000 Nationalt: 3.900-8.900	8-18
	<b>9. Patientansvarlig læge</b> Patientansvarlig læge som koordinator og tovholder i patientforløb reducerer færdigbehandlet sengedøgn for medicinske patienter	39%	5%	Sengedøgn for medicinske pt. Case-afd.: 730-1.600 Case-hosp.: 6.700-15.000 Nationalt: 14.000-32.000	30-66
	<b>10. Spildanalyse på sengeafsnit og i ambulatorie</b> Rette patient i rette seng reducerer sengedøgn for medicinske patienter	37%	6%	Sengedøgn for medicinske pt. Case-afd.: 1.300-1.900 Case-hosp.: 12.000-17.000 Nationalt: 25.000-37.000	127-186

Figur 20: De 20 bedste praksis initiativers effekt på kapacitetsudnyttelsen på medicinske afdelinger (2/2)

	Trin 1	Trin 2		Trin 3	Trin 4
	Initiativ og beskrivelse af effekt	Udbredelsesgrad	Bruttoeffekt	Initiativets effekt på kapacitet (reduktion i indlæggelser/ sengedøgn/ambulante besøg/ ÅV)	Potentiale (mio. DKK)
	<b>Bedre anvendelse af personaletid</b>				
Optimering af arbejds gange internt på afdeling (2/2)	<b>11. Opgaveglidning</b> Optimal arbejdsdeling mellem faggrupper på sengeafsnit sænker personaleomkostninger og frigiver personalekapacitet for faggrupper med mangel på	n/a	n/a	Sygeplejerske og SOSU ÅV Case-afd.: 1,0-3,0 og 0,9-2,4 Case-hosp.: 12-36 og 11-29 Nationalt: 46-135 og 41-108	4-14
	<b>12. Intern kompetenceudvikling af plejepersonale</b> Effektiviserer opgaveløsning og frigiver personalekapacitet på sengeafsnit	59%	8%	Plejepersonale ÅV Case-afd.: 0,6-1,4 Case-hosp.: 7,2-17 Nationalt: 27-64	12-30
	<b>13. Kontinuitet af læge og plejepersonale for patient</b> Reducerer tid brugt på at læse op på patientens sygehistorie og giver mere effektiv stuegang, hvilket frigiver personalekapacitet på sengeafsnit	43%	11%	Læge og plejepersonale ÅV Case-afd.: 0,2-1,5 og 0,6-3,7 Case-hosp.: 2,8-18 og 7,1-45 Nationalt: 11-66 og 27-165	21-129
	<b>14. Standardisering af faste opgaver/arbejds gange</b> Optimerer tidsanvendelsen på faste opgaver/møder og håndtering af typiske patientgrupper, hvilket frigiver personalekapacitet på sengeafsnit	61%	9%	Læge og plejepersonale ÅV Case-afd.: 0,2-0,6 og 0,6-1,5 Case-hosp.: 2,6-6,8 og 6,7-18 Nationalt: 9,5-25 og 25-66	19-51
	<b>Fuld udnyttelse af tilgængelig ambulatoriekapacitet</b>				
	<b>15. Behovsstyret ambulatorie</b> Ambulante besøg efter patientens behov fremfor faste intervaller reducerer ambulante besøg for kroniske patienter	67%	9%	Ambulante besøg for kroniske pt. Case-afd.: 1.000-1.400 Case-hosp.: 9.900-14.000 Nationalt: 18.000-25.000	45-62
<b>16. Undgå (gentagne) udeblivelser fra ambulatoriet</b> Reducerer udeblivelser fra ambulante kontakter og frigiver personalekapacitet i ambulatorie	61%	12%	Læge og sygeplejerske ÅV Case-afd.: 0,9-1,5 og 1,4-2,5 Case-hosp.: 11-19 og 18-31 Nationalt: 34-58 og 56-97	53-91	
	<b>Tidligere udskrivning af medicinsk færdigbehandlede patienter</b>				
Smidig og holdbar udskrivningsproces	<b>17. Øget inddragelse af terapeuter</b> Tidlig fokus på fysioterapeutisk behandling/genoptræning og behov for hjælpemidler ved udskrivning reducerer færdigbehandlet sengedøgn for ældre medicinske patienter	70%	14%	Sengedøgn for ældre med. pt. Case-afd.: 1.100 Case-hosp.: 9.000 Nationalt: 19.000	40
	<b>18. Tværsektorielt samarbejde om udskrivningsproces</b> Forbedret samarbejde og kommunikation mellem sygehus og kommune reducerer færdigbehandlet sengedøgn for ældre medicinske patienter	33%	9%	Sengedøgn for ældre med. pt. Case-afd.: 540-2.300 Case-hosp.: 4.300-18.000 Nationalt: 9.000-38.000	19-79
	<b>Sikrere omgivelser for patient efter udskrivning</b>				
Smidig og holdbar udskrivningsproces	<b>19. Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale</b> Uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser for kroniske patienter reduceres	35%	28%	Indlæggelser af kroniske pt. Case-afd.: 360-880 Case-hosp.: 3.100-7.700 Nationalt: 8.000-20.000	65-160
	<b>20. Sikker overgang til eget hjem for udskrevet patient</b> Sikker overgang til ny habitualtilstand gør det muligt at udskrive patient tidligere og reducerer færdigbehandlet sengedøgn for ældre medicinske patienter	37%	20%	Sengedøgn for ældre med. pt. Case-afd.: 3.500-5.100 Case-hosp.: 28.000-40.000 Nationalt: 58.000-85.000	121-176

Ud af de 20 initiativer gælder for nedenstående fem initiativer, at der kan forekomme en alternativomkostning i primærsektor som følge af at arbejde med initiativet. Det er vurderingen for alle fem initiativer, at omkostningerne ikke overstiger effekten i produktionsværdi, idet behandlingen flyttes fra det specialiserede sygehusvæsen til primærsektoren og dermed et lavere omkostningsniveau. Samlet har de fem ovennævnte initiativer en total produktionsværdi på ~310-680 mio. danske kroner over en fireårig periode. Ud af de fem initiativer vurderes det, at initiativ 19 driver større omkostninger i primærsektoren, mens der for de øvrige er tale om mindre omkostninger. Den konkrete størrelsesorden vil være afhængigt af initiativets praktiske udformning. Mens der kan være omkostninger i primærsektoren forbundet med initiativ 2, 4, 18 og 20, vurderes det, at de primære effekter af initiativerne i væsentlig grad er afhængige af de medicinske afdelingers indsats og altså kun i mindre grad er afhængige af investeringer i primærsektoren.

- **Initiativ 2: Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling.** Der kan være omkostninger i primærsektoren, såfremt initiativet implementeres i en udformning, som indbefatter en opfølgning ved almen praksis, hjemmesygeplejerske eller kommunalt akutteam. Initiativets primære effekter er dog ikke afhængigt af den kommunale opfølgning.
- **Initiativ 4: Sikre rette behandling i patientens sidste tid.** Initiativet fokuserer på at afdække og efterleve patienters ønsker til behandling og palliation i deres sidste tid via samtaler afholdt af personale på de medicinske afdelinger. Derved undgås fx indlæggelser af patienter, som har frabedt sig behandling. Disse patienter kan i stedet *forblive* i eget hjem eller på plejehjem, hvilket kan betyde en mindre stigning i omkostningerne til den kommunale pleje.
- **Initiativ 18: Tværsektorielt samarbejde om udskrivningsproces.** Initiativet kan implementeres via en fast intern udskrivningskoordinator (sygehuspersonale) og/eller ved en fast kommunal visitorator (kommunalt personale). Såfremt initiativets udformning inkluderer sidstnævnte kan der forekomme en forskydning af omkostninger til primærsektoren. Det er dog overordnet vurderingen, at indsatsen i de fleste tilfælde vil være omkostningsneutral for både kommune og afdeling, idet funktionen ofte vil erstatte anden udskrivningskoordination.
- **Initiativ 19: Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale.** Initiativet forudsætter, at der frigives kommunalt personale til kursusdeltagelse og vil dermed nødvendigvis drive personaleomkostninger i primærsektoren. Mens initiativets fokus er på, hvordan medicinske afdelinger kan drive en opkvalificering af det kommunale personale, er det naturligvis en forudsætning for realiseringen af initiativets effekt, at der afsættes midler hertil i primærsektoren.
- **Initiativ 20: Sikker overgang til eget hjem for udskrevet patient.** Initiativet kan overordnet implementeres i form af en følge-hjem (sygehuspersonale) og/eller følge-op ordning (kommunalt personale). Såfremt initiativets udformning indeholder sidstnævnte vil det betyde omkostninger i primærsektoren til personale samt transport.

### 6.3 Overvejelser om fasning af implementering af initiativer

Tidshorisonten for hvert enkelt initiativ er blevet vurderet af klinikere – vurdering af tidshorisont for hvert initiativ fremgår af Initiativkataloget. Vurderingerne viser overordnet, at:

- Realiseringen af initiativernes fulde effekt på kapaciteten vil strække sig over en flerårig periode og generelt kræves en stor indsats fra medicinske afdelinger.
- For 18 ud af 20 initiativer er vurderingen at disse i princippet kan igangsættes med det samme<sup>28</sup>, og det vurderes, at ni af disse initiativer kan implementeres inden for en etårig periode, mens ni

---

<sup>28</sup> Implementeringen af initiativ 3. *Tværfaglige kompetencer fra medicinske stamafdelinger i front* kræver, at rekrutteringsudfordringen i forhold til speciallæger, mange medicinske afdelinger oplever, løses. Initiativet kan ikke implementeres fuldt ud ved at flytte nuværende speciallægekapaletet fra afdeling til FAM/modtagelse, da dette vil påvirke fx stuegang på afdeling. Implementeringen af initiativ 11.

initiativer kan implementeres inden for to år. Således kan størstedelen af initiativernes potentiale derved principielt realiseres inden for en toårig periode.

- Som helhed er det ikke realistisk, at alle medicinske afdelinger kan påbegynde implementeringen af alle 18 initiativer med det samme. Det er derfor naturligt at indfase initiativerne i en prioriteret rækkefølge over fx en fireårig periode.

En mulig måde at prioritere rækkefølgen af implementeringen er ud fra størrelsen på initiativernes effekt på kapaciteten og initiativernes tidshorizont. Overordnet vil denne prioritering betyde for implementeringsrækkefølgen, at:

- i første omgang fokuseres på initiativer, der reducerer aktivitet i form af indlæggelser og sengedøgn og nedbryder barrierer mellem hospital og primærsektor
- derefter fokuseres på initiativer, der forbedrer kapacitetsudnyttelsen i ambulatoriet
- til sidst fokuseres der på at frigive personalekapacitet på sengeafsnit

Det er konsulenternes vurdering, at det samlede potentiale, hvis der arbejdes med en indfasning på en periode over fire år, i år 1-4 kan realiseres som 30% det første år, 30% det andet år, 30% det tredje år, 10% det fjerde år. Denne vurdering beror på case-afdelingernes input på vurderingen af implementeringsperioden for hvert enkelt initiativ samt observationer på case-afdelingerne, hvor der eksempelvis er igangsat programmer bestående af 4-5 initiativer samtidigt<sup>29</sup>. Ligeledes bygger vurderingen på konsulentteamets kliniske og ledelsesmæssige erfaring med større forbedringsprojekter i sundhedsvæsenet. Konsulenternes vurdering skal dog ses i lyset af, at kapacitetsanalysens fokus har været at identificere bedste praksis initiativer fremfor en dybdegående implementeringsanalyse.

Det vil naturligvis variere på tværs af hospitaler og afdelinger, hvor udbredte de enkelte initiativer er, og derfor også hvilke initiativer, det er mest oplagte for dem at implementere i første omgang. Det er derfor først og fremmest op til den enkelte afdelingsledelse at prioritere de relevante initiativer ud fra de konkrete udfordringer, de står med, deres forudsætninger og de initiativer, der i øvrigt er igangsat. Samtidig skal implementeringen af nye initiativer naturligvis ske under hensyn til kernerdriften. I *Initiativkatalogets* kapitel 4 beskrives fokusområder og bedste praksis for implementering nærmere mhp. at guide implementeringsindsatsen.

## 7. Tre anbefalinger på baggrund af bedste praksis initiativer

Arbejdet med de 20 bedste praksis initiativer har ført til tre overordnede anbefalinger, som kobler sig til hvert af de tre temaer på tværs af patientforløbet. Som det fremgår herunder, bør fokusområder være at undgå de for patienten uhensigtsmæssige indlæggelser, forbedre udskrivningsprocessen og styrke det tværsektorielle samarbejde, så patienter kan komme hjem så snart, de er færdigbehandlet.

---

*Opgaveglidning* kræver, at personalesammensætningen på afdelinger justeres, hvilket bedst muligt realiseres igennem den naturlige udskiftning af personale over en årrække

<sup>29</sup> Eksempelvis kører Hospitalsenheden Vest et forbedringsprojekt på M2, som sammenlagt indeholder flere af nærværende analyses initiativer.



### **1. Det anbefales at fokusere på at sikre rette behandling i patientens sidste tid for at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser for patienten**

Der kan opnås en stor effekt på afdelingens kapacitet ved at undgå indlæggelser og behandling af patienter, der har frabedt sig dette. Initiativ 4. *Sikre rette behandling i patientens sidste tid* kan være et vigtigt element i at sikre dette. Initiativet centrerer sig om at afklare patientens ønsker til videre behandling og palliation for de ældste og mest syge patienter og koordinere indsatsen på tværs af sektorer. Dette muliggør, at patienter som frabeder sig yderligere behandling, og som ønsker at tilbringe den sidste tid i eget hjem, kan undgå en indlæggelse. En forudsætning for dette er, at personalet på de medicinske afdelinger kvalificeres til at tage samtaler om den sidste tid med patienten, hvilket kan opleves som vanskeligt. Ligeledes forudsætter det, at der prioriteres den nødvendige tid til at afholde samtalerne. En begrænsning for dette initiativ kan være reglerne for deling af data på tværs af sektorer. Det er således centralt at sådanne begrænsninger nedbrydes, og der etableres klare aftaler og rutiner for overlevering af information om patientens ønsker til den praktiserende læge, plejehjem mv. Dette skal bl.a. bidrage til at sikre, at patientens ønsker om sin sidste tid viderefremmes mellem sektorer.

### **2. Det anbefales at omlægge arbejdsgange internt på afdelingen med fokus på udskrivelser for at nedbringe liggetid**

Afdelingens arbejdsgange kan effektiviseres ved at komprimere patientens behandlingsforløb og undgå uhensigtsmæssige sengedøgn for patienter, der er færdigbehandlet. Dette kan opnås ved at implementere initiativ 6. *Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivelsestidspunkt*, som indebærer, at der tidligt i patientens indlæggelsesforløb fastsættes et estimeret udskrivelsestidspunkt, der kan agere rettesnor for alle arbejdsgange.

Derudover kan der med fordel fokuseres på at undgå, at patienter forbliver indlagte ekstra døgn ved at optimere afdelingens flow med et fokus på at udskrive patienter tidligt på dagen for udskrivelse. Derved undgås det også, at patienter bliver udskrevet sent om aftenen. Dette kan gøres ved at implementere initiativ 5. *Timing af udskrivning og indlæggelse*, som fx omhandler at a) prioritere tidlig stuegang for patienter, som skal udskrives samme dag, b) udføre opgaver relateret til udskrivning dagen eller aftenen forinden samt c) gå stuegang på relevante patienter i weekenden.

### **3. Det anbefales at styrke samarbejdet med kommuner og tilbyde tilstrækkelig hjælp og støtte efter udskrivelse for at undgå sengedøgn for medicinsk færdigbehandlede patienter og uhensigtsmæssige genindlæggelser**

Mens et bedre samarbejde på tværs af sektorer forudsætter en indsats af både medicinske afdelinger og aktører i primærsektoren, gælder for alle initiativer, at medicinske afdelinger har mulighed for at være en drivende kraft i realiseringen af initiativerne. Dette handler i høj grad om, at medicinske afdelinger prioriterer initiativer, som vedrører sektorovergange. Afdelingerne kan fx gøre dette ved at være mere tilgængelige og stille deres specialiserede viden til rådighed.

Dette indbefatter eksempelvis at inddrage terapeuter i højere grad både ifm. behandlingsforløbet og til koordinering med kommunen for patienter med behov for rehabilitering, mobilisering og hjælpemidler gennem initiativ 17. *Øget inddragelse af terapeuter*. Ligeledes kan medicinske afdelinger bidrage til bedre overgange via initiativ 18. *Tværasektorielt samarbejde om udskrivningsproces*, som dækker over, at afdelingerne indfører en fast intern udskrivningskoordinator. Dette kan være med til at sikre bedre koordinering med kommunen og tværasektoriel sammenhæng i patientforløb. Initiativet kan med fordel kombineres med, at der fra kommunal side investeres i en kommunal visitator på afdelingen, som kan koordinere kommunens tilbud ifm. udskrivelse og videre forløb for patient. Slutteligt er der et potentiale i, at medicinske afdelinger tager et større medejerskab for patienter, som udskrives til ny habitualtilstand. Dette kan ske via initiativ 20. *Sikker overgang til eget hjem for udskrevet patient*, som omfatter følge-hjem ordninger, hvor personale fra afdelingen

følger patienter hjem efter indlæggelse og følge-op ordninger med enten udgående team fra afdelingen, opkald eller video fra hospitalsafdeling eller gennem koordinering med primærsektor.

Udover dette kan medicinske afdelinger med fordel understøtte opkvalificeringen af kommunalt personale. Dette lægger sig op af initiativ 19. *Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale*, som omfatter, at medicinske afdelinger kan udbyde kurser, temadage, gå-hjem møder og andre aktiviteter for derved at tage en aktiv del i at sikre, at sundhedspersonalet i kommunerne har kompetencerne til at varetage opgaver, der ellers ville være blevet udført på sygehuset under indlæggelse. En forudsætning for at realisere effekten af dette initiativ er naturligvis, at aktører i primærsektoren benytte sig af sådanne tilbud.

## 8. Overvejelser om videre analyse: Samspil med primærsektor

Kapacitetsanalysens fokus har været på medicinske afdelinger. Her er det blevet påvist, at selvom der allerede er arbejdet meget med kapacitetsoptimering, og Danmark har en kort liggetid sammenlignet med andre europæiske lande, så kan medicinske afdelinger fortsat optimere kapaciteten ved at implementere de 20 bedste praksis initiativer fuldt ud.

Optimeringen af kapaciteten inden for de medicinske afdelinger har dog en karakter af inkrementelle forbedringer. Dette hænger sammen med, at analysens fokus har været at identificere initiativer, som hovedsageligt kan drives mere eller mindre selvstændigt af de medicinske afdelinger. Det er dog relevant i højere grad at fokusere på at øge kapaciteten på tværs af *hele* sundhedssystemet. Dette skal ses i lyset af borgernes kontaktmønstre, hvor halvdelen af borgere, som indlægges akut på en medicinsk afdeling, har kontakt med sundhedsvæsenet samme dag som indlæggelsen. Samtidig gælder, at i månederne før indlæggelse stiger andelen af kontakter til både det primære og specialiserede sundhedsvæsen. Særligt for kronikere, som har et stort ressourcetræk på sundhedsvæsenet, gælder, at der er en stor kontaktflade med sundhedsvæsenet forud for en indlæggelse. Dette indikerer, at der er et potentiale i at forbedre den forudgående kontakt for en indlæggelse og derved potentielt undgå en række indlæggelser. I denne forbindelse er samspillet med primærsektoren afgørende.

Det forventes, at initiativer, som forbedrer samspillet og dermed patientforløbet mellem hospitaler og primærsektoren, vil have en transformativ indflydelse på sundhedssystemet som helhed. Dette gælder særligt for områder med en stor kommunal kontaktflade fx medicin-, psykiatri- og børneområdet. Det er derfor nærliggende at fokusere fremtidige analyser på disse områder på tværs af det primære og specialiserede sundhedsvæsen.



# Appendix

APPENDIX 1. INITIATIVER .....	48
Appendix 1A. Metode for udvælgelse af de 20 bedste praksis initiativer .....	48
APPENDIX 2. EFFEKTBeregninger .....	54
Appendix 2A. Metodisk gennemgang af de fire beregningstrin i effektberegningerne .....	54
Appendix 2B. Rationale for takster brugt til at omregne initiativers effekt til DKK (Trin 4).....	64
Appendix 2C. Detaljerede effektberegninger for hvert initiativ.....	68
Appendix 2D. Summering af den nationale effekt.....	97
Appendix 2E. Triangulering af effektmål.....	99
APPENDIX 3. TIDSSTUDIER.....	102
Appendix 3A. Metode og svarrater for tidsstudier .....	102

# APPENDIX 1. INITIATIVER

## Appendix 1A. Metode for udvælgelse af de 20 bedste praksis initiativer

De 20 bedste praksis initiativer er udvalgt igennem løbende prioritering af en bruttoliste på samlet set 52 initiativer. Denne prioritering er forløbet igennem fire overordnede faser:

1. **Bruttoliste:** 52 initiativer indsamlet fra interaktioner med case-afdelinger og sygehusledelser i hele landet, samt generel erfaringsopsamling, fx gennem dybdegående kendskab til Sikkert Patientflow og Sygehus Lillebælt
2. **Den prioriterede bruttoliste:** 25 initiativer er prioriteret fra bruttolisten gennem indledende vurdering af, hvor meget initiativet forbedrer kapacitetsudnyttelsen (effekt), og hvor nemt det er at implementere (implementerbarhed) af kliniske eksperter på konsulentteamet
3. **Nettoliste:** 20 af disse initiativer er udvalgt som bedste praksis initiativer på medicinske afdelinger på baggrund af vurderinger af effekt og implementerbarhed i workshops med klinikere på tværs af personalegrupper efterfulgt af interviews med afdelingsledelser på case-afdelinger
4. **Den prioriterede nettoliste:** For 7 af de prioriterede 20 initiativer er der med afdelingerne identificeret et behov for dybdegående beskrivelse i initiativkataloget

I dette afsnit gennemgås metoden for hver fase, og hvordan hver af disse lister er udviklet.

### *Bruttolisten (52 initiativer)*

Bruttolisten er dannet på baggrund af indsamling af initiativer igennem fire kilder: 1) indledende interviews med case-afdelinger, 2) workshops med case-afdelinger, 3) indsamling af bedste praksis initiativer fra sygehusledelser i hele landet og 4) konsulentteamets dybdegående kendskab til eksisterende indsatser som Sikkert Patientflow og initiativer fra Sygehus Lillebælt. Listen inkluderer alle unikke initiativer identificeret. I tilfælde hvor to initiativer er blevet vurderet til at være sammenlignelige, er initiativerne blevet sammenlagt. Fx er initiativet *Afdelingssenge i FAM*, der blev identificeret på Nordsjællands Hospital og omhandler, at afdelingen får ansvar for senge i akutafdelingen, blevet sammenlagt med andre lignende initiativer i initiativ 3. *Tværfaglige kompetencer fra medicinske stamafdelinger i front.*

De 52 initiativer på bruttolisten er:

### Bedring af borgerens habitualltilstand

1. **Fast tilknyttet læge på plejehjem**, der varetager almen praksis opgaver og sikrer lægefagligt tilsyn (herunder medicinforbrug), hvilket har en forebyggende funktion
2. **Tilvejebringelse af almen lægekapacitet i områder med lægemangel via eksempelvis regionsklinikker**, der etableres i tilknytning til sygehuse og giver enklere forløb for patienter, som henvises til videre udredning fra egen læge
3. **Involvering af 3. sektor i rehabilitering**, hvor foreningsliv og andre frivillige organisationer overtager dele af den forebyggende og rehabiliterende indsats
4. **Datadrevet præventiv intervention ved brug af patientdata** fx gennem implementering af 'Tværspor'

### Flyt behandling "tættere på hjemmet"

5. **Sub-akutte ambulatorietider (med kort ventetid)** som alternativ til indlæggelse ved sub-akut behov
6. **Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling** så patienter, almen praksis, eller kommunalt personale kan kontakte specialister for rådgivning

7. **Tværfaglige kompetencer fra medicinske stamafdelinger i front**, hvilket sikrer specialistviden i front med forståelse af arbejdsgange "oppe i huset"
8. **Sikre rette behandling i patientens sidste tid** så uønskede indlæggelser, der ikke skaber værdi for patient, undgås
9. **Ensartet visitation fra FAM/modtagelse** gennem klare guidelines for visitation fx defineret i samarbejde mellem FAM og speciallæger fra medicinske afdelinger
10. **Øget behandling i hjemmet** ved at relevante patienter overgår til videre behandling i hjemmet fra afdeling, fx IV-antibiotikabehandling
11. **Udgående diagnostiske funktioner** der foretager undersøgelser i patientens hjem som alternativ til udredning på hospitalet
12. **Flyt opgaver relateret til kronikere fra ambulatorie til almen praksis/hjemmet** igennem fokus på at afslutte ambulante forløb til almen praksis og brugen af telemedicinsk ambulatorium
13. **Oprettelse af nye tilbud mellem primær og sekundær sektor** for patienter med akut opstået sygdom, der ikke kan klare sig i eget hjem. Fx 'akutstue'
14. **Øget præhospital indsats** for at undgå uhenigtsmæssige indlæggelser
15. **Forstærket gatekeeperfunktion i forhold til henvisende læger** gennem italesættelse af indlæggelsesret og henvisningsret og oprettelse af fælles visitation
16. **Ambulante forløb for patienter på sengeafsnit, der ikke kræver indlæggelse**, men udredes og behandles i ambulante forløb, mens de sover hjemme. Fx for demente borgere, patienter med åndenød eller multisyge med diffuse symptomer
17. **Uddannelse af patienter i egen sygdom** mhp. at øge patientinvolvering og overdrage ansvar under mulighed for hurtig og direkte adgang til råd og støtte

### Optimering af arbejdsgange internt på afdeling – stationært afsnit

18. **Timing af udskrivning og indlæggelse** så patienter udskrives tidligt på dagen for at gøre plads til nye indlæggelser
19. **Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivningstidspunkt** for at sikre fælles rettesnor for tilrettelæggelse af arbejdsgange under indlæggelsen
20. **Tværgående samarbejde omkring patientgruppe** såsom geriatiske patienter med hoftenær fraktur
21. **Målrettet håndtering af patienter med multiple lidelser** gennem indsats på tværs af specialer for at sikre optimal behandling af multisyge
22. **Patientansvarlig læge** der sikrer én ansvarlig læge som tovholder for patientens forløb
23. **Spildanalyse på sengeafsnit og i ambulatorie** evt. vha. patientinventering eller andre redskaber
24. **Opgaveglidning (bredt initiativ)** hvor opgaver overdrages til andre faggrupper eventuelt på et lavere specialiseringsniveau for at udnytte ressourcer bedst muligt
25. **Intern kompetenceudvikling af plejepersonale** evt. via "skill stations" eller tema-aftner
26. **Kontinuitet af læge og plejepersonale for patient** der frigiver tid for personalet brugt på at sætte sig ind i nye patienter
27. **Standardisering af faste opgaver/arbejdsgange** gennem faste mødeagendaer for tavlemøder og kapacitetskonferencer eller tjeklister såsom "udskrivningstjekliste"
28. **Håndtering af dag/uge/sæson-variation** gennem planlægning af bemanning for at imødekomme udsving i kapacitetsbehov
29. **Samarbejde med apoteker for at forebygge fejlmedicinering** således at farmakologisk specialviden kan udnyttes til medicin relaterede opgaver
30. **Særligt fokus på patienter med gentagende indlæggelser** ved målrettet indsats for at forebygge gentagne indlæggelser, fx via en datadreven tilgang og opsøgende tilbud
31. **Bedre overlevering af information imellem primær sektor og hospital** igennem klart og ensartet format for den information, som overleveres i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse

32. **Reduktion af overbehandling** ved at kliniske selskaber nominerer procedurer, tests og behandlinger, der er uhensigtsmæssige
33. **Special-/overlæger i stuegangsfunktion i weekender** så stuegang kan udvides til weekenden for at sikre rettidig udskrivelse af patienter
34. **Tværfaglig stuegang** hvor både læge og sygeplejerske går stuegang som en fælles opgave
35. **Lederforum for lægerne i afdelingen** hvor læger mødes ugentligt til deling af viden og for at træffe faglige beslutninger
36. **Forbedret rekruttering af speciallæger gennem øget fokus på uddannelsesfunktion** for at være mere attraktiv for speciallæger og derved komme rekrutteringsudfordringer til livs
37. **Bedre samarbejde mellem afdelinger** ved let adgang til specialister fra andre afdelinger, således at spørgsmål hurtigt kan besvares
38. **Personalarm på delirøse patienter** så patienter med dørsøgende adfærd nænsomt kan guides tilbage til afdelingen
39. **Hurtigere diagnostik** igennem reduktion af ventetid ved tech-teams eller opbyggelse af in-house kapacitet
40. **Mobiladgang til patientjournal** for læge til fx til svar på blodprøver eller ændringer i patientens forløb

### Optimering af arbejdsgange internt på afdeling – ambulatorie

41. **Behovsstyret ambulatorie** så "uhensigtsmæssige" kontroller undgås og adgang når patienten har reelt behov sikres
42. **Undgå (gentagne) udeblivelser fra ambulatoriet** evt. vha. SMS eller opkald
43. **Pakkeforløb for nyhenviste patientgrupper** igennem standardiseret diagnostisk ambulante forløb, fx 'Hostepakke'
44. **Forberedende undersøgelse ved sygeplejerske** som konsulterer med patient inden ambulante konsultation ved speciallæge
45. **"Batch-booking" af ambulatorietider** så lignende medicinske patienter samles, evt. i et etableret daghospital

### Smidig og holdbar udskrivningsproces

46. **Øget inddragelse af terapeuter** der sikrer rehabilitering og koordinering af udskrivelse
47. **Tværasektorielt samarbejde om udskrivningsproces** fx ved dedikeret udskrivningskoordinator eller kommunal visitator fremskudt til hospitalet
48. **Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale** mhp. at styrke de sundhedsfaglige kompetencer så flere patienter kan håndteres i nærmiljøet
49. **Sikker overgang til eget hjem for udskrevet patient** evt. via "følge hjem ordninger" eller opfølgning fra afdelingen
50. **"Åben indlæggelse" (eks. første 48 timer efter udskrivning)** for at sikre direkte adgang til nylige behandlere
51. **Etablering af rehabiliteringsboliger** der fungerer som mellemstation mellem afdeling og eget hjem med fokus på træning og mobilisering
52. **Ansvar for udskrivelse overgår til sygeplejersker** for patienter, der opfylder visse krav og giver til kende, at de ikke behøver tilses af læge

#### *Den prioriterede bruttoliste (25 initiativer)*

Den prioriterede bruttoliste består af 25 initiativer fra bruttolisten, og er den liste af initiativer, der blev diskuteret på workshops. Bruttolisten blev prioriteret for, at det var muligt at gennemgå alle relevante initiativer. Processen mellem opdatering af bruttoliste og prioritering af initiativer til workshop var iterativ, da nye initiativer blev identificeret på hver workshop. Disse nye initiativer blev enten a) brugt til forædling af

eksisterende initiativer eller b) indgik på bruttolisten som nye initiativer. En indledende vurdering af nye initiativer på bruttolisten efter hver workshop opdaterede derved den prioriterede liste af initiativer, der blev diskuteret i næste workshop. Ingen initiativer blandt de endelige 20 bedste praksis initiativer blev vurderet på mindre end 5 workshops.

Initiativer fra bruttolisten blev prioriteret ud fra en indledende vurdering af kliniske eksperter på konsulentteamet (herunder Dorthe Crüger, MUUSMANN og eksperter fra BCG Health Care) med hensyn til:

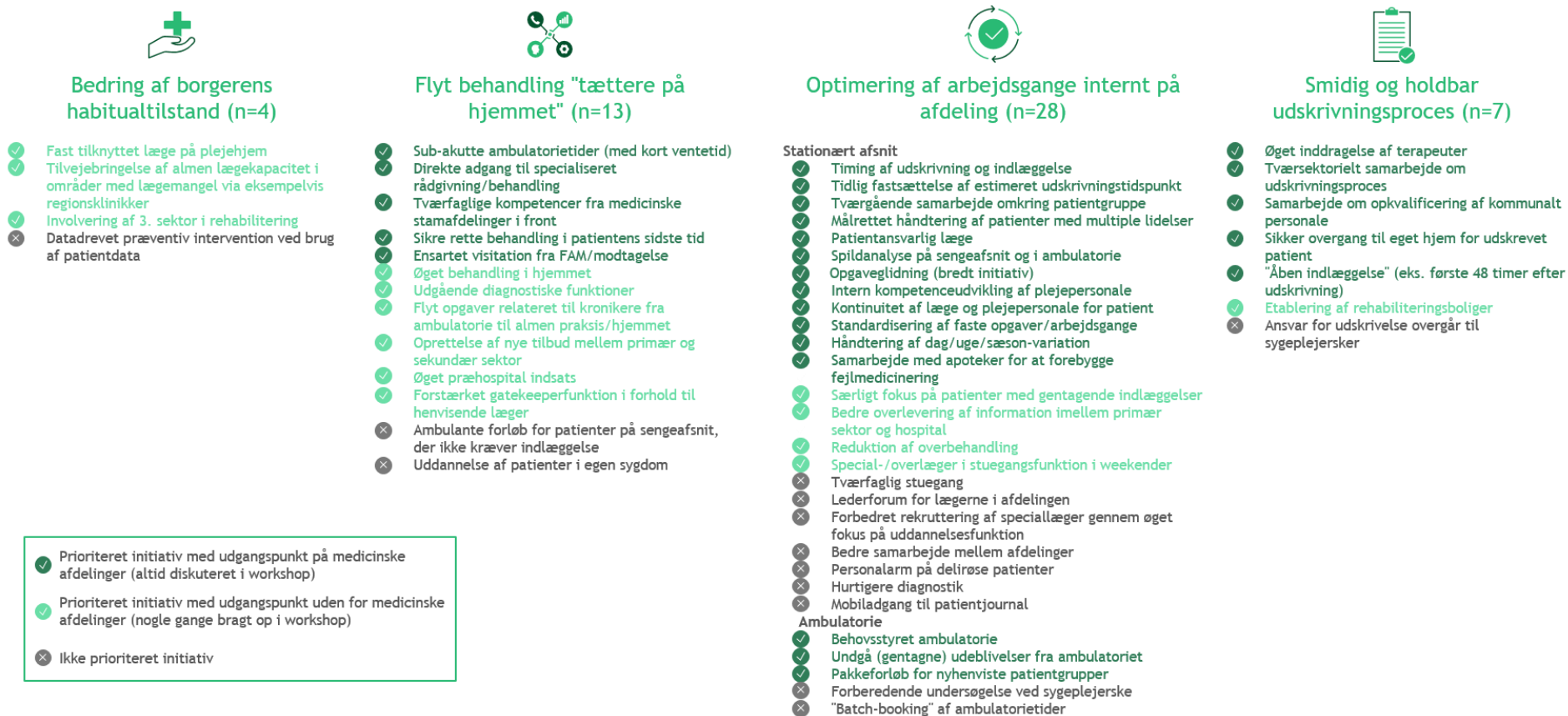
1. **Implementerbarhed**, der blev vurderet på baggrund af fem underparametre: 1) antal aktører involveret, 2) personalemæssige begrænsninger, 3) påkrævede investeringer, 4) mulighed for at trække på eksisterende erfaringer og 5) eventuelle andre væsentlige begrænsninger
2. **Effekt** på kapacitetsudnyttelsen, der blev vurderet uden at tage højde for evt. øget ressourcetræk eller påkrævede investeringer

Derudover blev prioriterede initiativer opdelt i to grupper:

1. **Initiativer med udgangspunkt på afdelingen/sygehuset.** Disse initiativer udgør de 25 initiativer på den prioriterede bruttoliste, der blev diskuteret på workshops
2. **Initiativer med udgangspunkt uden for afdelingen/sygehuset.** Disse initiativer udgør 13 initiativer, der som udgangspunkt ikke blev diskuteret i workshops grundet analysens afgrænsning til medicinske afdelinger, men som ofte kom frem under diskussion af initiativer alligevel, grundet deres store indflydelse på medicinske afdelingers kapacitet. Specielt initiativer, der kræver samspil med primærsektor som *Øget behandling i hjemmet*, blev ofte diskuteret

*Figur 22* viser bruttolisten og de 25 initiativer på den prioriterede bruttoliste.

Figur 22: Bruttolisten indeholder 52 initiativer, hvoraf 25 blev prioriteret til diskussion i workshops

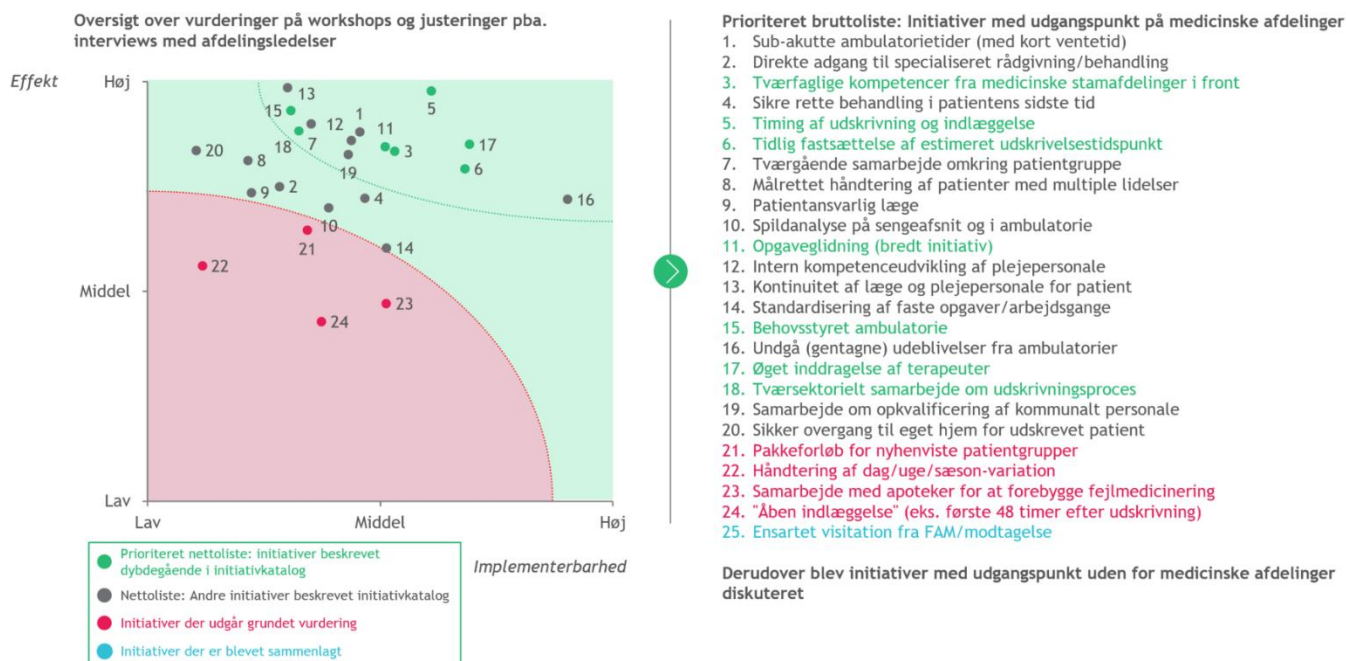




### Nettolisten (20 initiativer)

Nettolisten er de 20 bedste praksis initiativer på medicinske afdelinger, der præsenteres i afsnit 5.2 *Oversigt over 20 initiativer på medicinske afdelinger*. Listen er dannet igennem vurderinger af hvert initiativ på den prioriterede bruttoliste i workshops af det kliniske personale på tværs af personalegrupper. Ligesom i den indledende vurdering bedømte klinikerne initiativerne på implementerbarhed og effekt på kapacitetsudnyttelsen.

Figur 23: Vurdering af initiativer i workshops og opfølgende interview med afdelingsledelsen gav en nettoliste på 20 initiativer



For at sikre en helhedsvurdering blev den samlede workshopvurdering af initiativer diskuteret med de enkelte afdelingsledelser på case-afdelingerne i opfølgende interviews. De to initiativer, der primært blev påvirket af dette, var initiativ 2. *Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling* og 10. *Spildanalyse på sengeafsnit og i ambulatorie*. Begge initiativer blev opjusteret i effekt i de opfølgende interview med afdelingsledelsen og dermed inkluderet i de 20 prioriterede initiativer.

Figur 23 viser, hvordan den prioriterede bruttoliste blev omdannet til nettolisten. Under diskussion i workshops blev det desuden klart, at initiativ 25. *Ensartet visitation fra FAM/modtagelse* var et underinitiativ til initiativ 3 *Tværfaglige kompetencer fra medicinske stamafdelinger i front*, hvorved disse initiativer blev sammenlagt.

Ud over initiativer fra nettolisten beskrives tre initiativer fra den prioriterede bruttoliste, der kræver samspil med primærsektor i afsnit 5.3 *Oversigt over bedste praksis initiativer på medicinske afdelinger der kræver samspil med primærsektor*. Disse initiativer er udvalgt pba. en kvalitativ vurdering af, at de gennemgående blev nævnt som relevante for kapacitetsanvendelsen i workshops.

### Den prioriterede nettoliste (7 initiativer)

Den prioriterede nettoliste er de syv initiativer beskrevet dybdegående i Initiativkataloget. Disse initiativer er blandt de bedst vurderede initiativer i workshops og opfølgende interview med afdelingsledelsen (inde for den grønne linje i Figur 23). Det er prioriteret at lave en dybdegående beskrivelse enten pga. initiativets kompleksitet, eller at kun få afdelinger kender til det, hvorfor det prioriteres at uddybe.

# APPENDIX 2.

## EFFEKTBEREGNINGER

### Appendix 2A. Metodisk gennemgang af de fire beregningstrin i effektberegningerne

I dette afsnit gennemgås metoden for potentialeberegninger trin for trin med alle tilhørende forudsætninger og et beregningseksempel. Der anvendes en række tekniske termer for effekt og potentialer, der er defineret i nedenstående tekstboks for at sikre, at gennemgangen af metoden er stringent.

#### Definitioner af effekt og potentialer

##### Effekt

Effekt er et mål for initiativets forbedring af kapacitetsanvendelsen ved enten at reducere aktivitet eller frigive personalekapacitet. I potentialeberegningerne bruges tre typer af effektmål:

- (1) **Realiseret effekt** er forbedringen af kapacitetsudnyttelsen opnået ved, at et initiativ er implementeret fra 0% udbredelsesgrad til den nuværende udbredelsesgrad
- (2) **Resterende effekt** er den potentielle tilbageværende forbedring ved at implementere initiativet yderligere fra den nuværende udbredelsesgrad til 100% udbredelsesgrad.
- (3) **Bruttoeffekt** er summen af realiseret og resterende effekt og derved den samlede forbedring af kapacitetsudnyttelse, der kan opnås igennem implementeringen af et initiativ.

Effekt kan være a) absolut og b) relativ i forhold til en adresserbar total (fx totale indlæggelser af kroniske patienter). For et initiativ, der reducerer indlæggelser af kroniske patienter, er et eksempel på forskellen mellem absolut og relativ effekt derved:

- a) **Absolut effekt:** Initiativet reducerer 2 indlæggelser af kronisk syge patienter om ugen
- b) **Adresserbar total:** Afdelingen har 20 indlæggelser af kronisk syge patienter om ugen
- c) **Relativ effekt:** 10% af afdelingens totale indlæggelser af kronisk syge patienter

En absolut effekt gøres relativ ved at dividere med den adresserbare total. Ligeledes gøres en relativ effekt absolut ved at gange med den adresserbare total.

##### Potentialer

**Kapacitetspotentiale** anvendes om initiativers resterende effekt på kapacitet ift. til enten reduktion af en aktivitetstype eller frigivelse af personalekapacitet, hvor der tages højde for maksimalt opnåelig udbredelsesgrad.

**Potentiale** anvendes om kapacitetspotentiale udtrykt i produktionsværdi eller lønkroner.

*Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse*

*Forudsætninger og afledte usikkerheder*

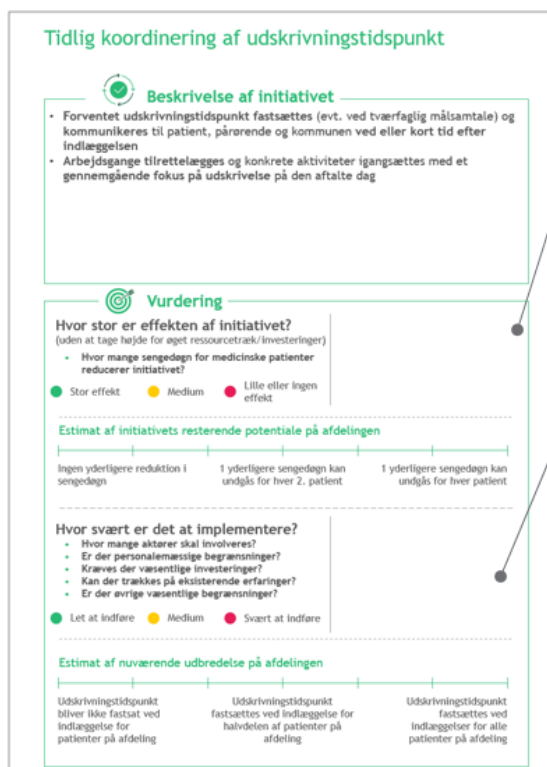
Der er to forudsætninger for, hvordan effektmålet for hvert initiativ er defineret:

- (1) Effekten af hvert initiativ kan afgrænses til én hoveddriver. Dvs. at det antages, at initiativernes effekt på de medicinske afdelingers kapacitet giver sig til udslag i en reduktion i én af tre typer aktiviteter (indlæggelser, sengedøgn, ambulante besøg), eller frigivelse af personalekapacitet. Således vil bruttoeffekten af de initiativer, der både reducerer aktivitet og frigiver personalekapacitet; eller reducerer flere typer aktivitet (fx indlæggelser og sengedøgn) på samme tid, være underestimeret. Sekundære effekter af initiativer, fx reduktion af sengedøgn for et initiativ, der primært påvirker indlæggelser, måles ikke, men er opgjort i initiativkataloget for hvert initiativ
- (2) Effekten af hvert initiativ kan afgrænses til at påvirke én patient- eller personalegruppe. Dette betyder, at initiativer der reducerer aktivitet, afgrænses til at adressere én af følgende tre patientgrupper: 'alle medicinske patienter', 'alle ældre medicinske patienter'<sup>30</sup> eller 'alle patienter med mindst én kronisk sygdom'<sup>31</sup>. Ligeledes afgrænses initiativer, der frigiver personalekapacitet, til at frigive tid for én eller flere af følgende tre personalegrupper: læger, plejepersonale og lægesekretærer på enten sengeafsnit eller i ambulatorier. Da effekten af initiativerne bedømmes på den valgte patient- eller personalegruppe, vurderes det, at denne forudsætning ikke medfører stor usikkerhed

For indsamling af udbredelsesgrader forudsættes det, at udbredelsesgraden på en skala fra 0-100% afspejler den faktiske grad, et initiativ er implementeret. Denne forudsætning er adresseret ved, at skalaen, som udbredelsesgrader måles på, er specifik for hvert initiativ og afspejler konkrete aspekter i implementeringen af initiativet.

I nedenstående figur 24 fremgår et eksempel på materiale anvendt i workshops til vurdering af effekt og udbredelsesgrader for et af de 25 prioriterede initiativer.

Figur 24: Det kliniske personale vurderede overordnet effekt og implementerbarhed i workshops



### Initiativets effekt på afdelingen estimeres

- Initiativets effekter måles på reduktion i personaletid (per personalegruppe) og/eller på reduktion i aktivitet (singedøgn, ambulante besøg, indlæggelser)
- Workshop-deltagere sætter hver især krydser på spektret uden at diskutere indbyrdes
- Til sidst på workshop kvalificeres/justeres effektmål for hvert initiativ via fælles diskussion

### Initiativets udbredelsesgrad på afdelingen estimeres

- Udbredelsesgrad måles på et spektrum fra 'initiativet er overhovedet ikke implementeret' til 'initiativet er fuldt ud implementeret'. Spektret er konkretiseret for hvert initiativ, fx svarer "Udskrivningstidspunkt fastsættes ved indlæggelse for halvdelen af patienter på afdeling" til 50% udbredelse
- Workshop-deltagere sætter hver især krydser på spektret uden at diskutere indbyrdes
- Til sidst på workshop kvalificeres/justeres effektmål for hvert initiativ via fælles diskussion
- Det er interessant, at de fleste afdelinger i nogen grad har beskæftiget sig med de fleste initiativer (se illustration på foreløbigt data nedenfor)

<sup>30</sup> Defineret som medicinske patienter over 65 år

<sup>31</sup> Borgere som er identificeret med mindst én kronisk sygdom i registeret for udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (RUKS). Kronisk sygdom dækker over kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma

## Omregning fra resterende effekt til bruttoeffekt

Sammenhængen mellem bruttoeffekt  $E_{brutto}$ , realiseret effekt  $E_{realiseret}$  og resterende effekt  $E_{resterende}$  er per definition:

$$E_{brutto} = E_{realiseret} + E_{resterende} \quad (1)$$

Ligeledes er sammenhængen mellem bruttoeffekt  $E_{brutto}$ , realiseret effekt  $E_{realiseret}$  og udbredelsesgraden  $U$  per definition:

$$E_{realiseret} = E_{brutto} \cdot U \quad (2)$$

Da udbredelsesgraden defineres som et mål mellem 0-100% gælder desuden:

$$E_{resterende} = E_{brutto} \cdot (1 - U) \quad (3)$$

Absolutte resterende effekter målt i workshop kan derved omregnes til sammenlignelige bruttoeffekter ved at omskrive ligning (3):

$$E_{brutto} = \frac{E_{resterende}}{1 - U} \quad (4)$$

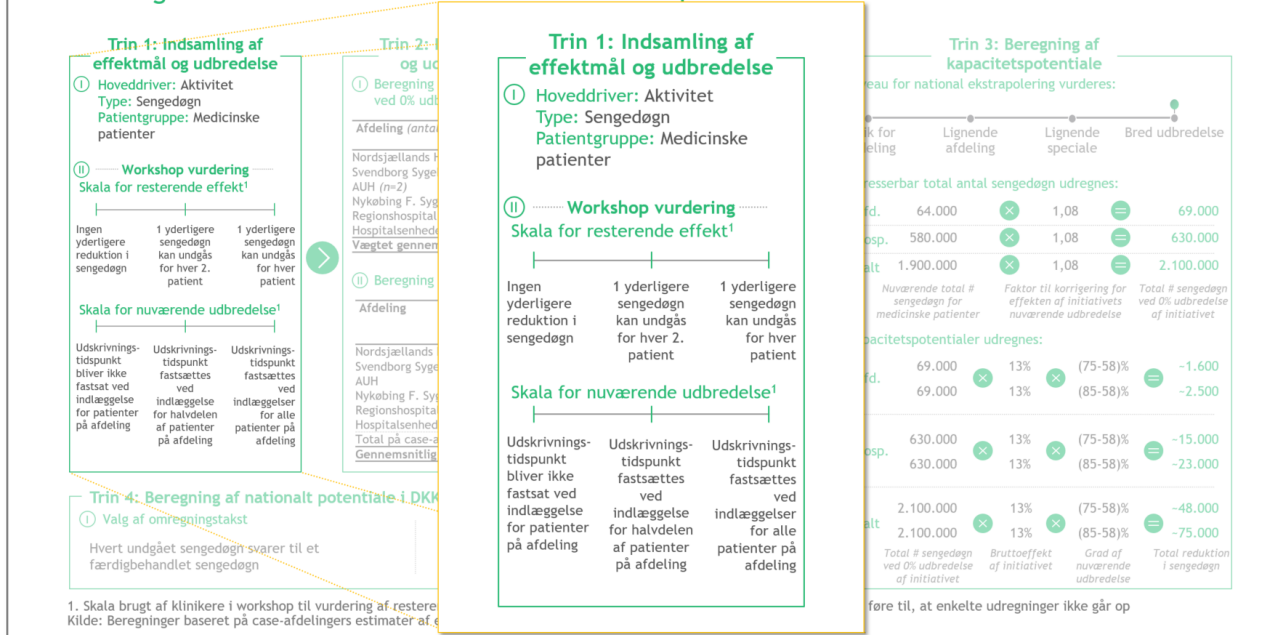
### Beregninger

① For hvert initiativ identificeres hoveddriver (aktivitet eller personalekapacitet) bag effekten, typen af hoveddriver (indlæggelser, sengedøgn, ambulante besøg eller ÅV) og den patient- eller personalegruppe, som påvirkes af initiativet. I beregningseksemplet i *Figur 25* er hoveddriveren identificeret som aktivitet, typen er sengedøgn og patientgruppen alle medicinske patienter.

② I workshops vurderede klinikere (læger, sygeplejersker, SOSU-assistenten, og lægesekretærer) individuelt resterende effekt og udbredelse af hvert initiativ ved at sætte krydser på initiativspecifikke skalaer. Som det fremgår af *Figur 25*, angav de initiativspecifikke skalaer et spænd for hhv. resterende effekt fx fra *ingen yderligere reduktion i sengedøgn* til *1 yderligere sengedøgn kan undgås for hver patient* og udbredelsesgrad fx fra *udskrivningstidspunkt bliver ikke fastsat ved indlæggelse for patienter på afdeling* til *udskrivningstidspunkt fastsættes ved indlæggelser for alle patienter på afdeling*. For at undgå misforståelser blev vurderingen med krydser efterfulgt af en fælles diskussion. På baggrund af gennemsnittet af resterende effekt og nuværende udbredelsesgrad beregnes den estimerede bruttoeffekt af hvert initiativ på hver afdeling. Metoden til dette gennemgås i tekstboksen *Omregning fra resterende effekt til bruttoeffekt*.

*Figur 25: eksempel på trin 1 i potentialeberegningen for initiativ 6. Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivningstidspunkt*

## 6. Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivelsestidspunkt



### Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

#### Forudsætninger og afledte usikkerheder

Potentialeberegningerne tager udgangspunkt i klinikeres erfaring og ekspertise. En forudsætning for effektmål og udbredelsesgrader indsamlet fra workshops er således, at disse mål er valide. Dette baseres på en antagelse om, at de deltagende er i stand til at vurdere effekten og udbredelsen af initiativerne, dvs. om de kender til initiativerne og deres effekter. Dette imødekommes igennem a) indsamlingsmetoden og b) beregningsmetoden:

- Indsamlingsmetoden:** På workshops havde klinikerne mulighed for at undlade at vurdere initiativer, de ikke havde erfaring med eller tilstrækkeligt kendskab til. Efterfølgende er vurderinger fra workshops valideret gennem opfølgende interviews med afdelingsledelserne og sammenholdt med realiserede effektmål fra andre tilgængelige kilder, herunder økonomiske controllere fra case-hospitaler, projektevalueringer fra bedste praksisinitiativer, offentlige rapporter o.l.
- Beregningsmetoden:** Udbredelsesgrader af initiativer har vist, at alle afdelinger i nogen grad har implementeret de fleste initiativer, hvorfor det antages, at de har tilstrækkeligt kendskab til den mulige effekt. En gennemsnitlig bruttoeffekt af hvert initiativ på tværs af de syv case-afdelinger udregnes derfor (~20-30 krydser fra workshops og afdelingsledelser per initiativ) for at styrke reliabiliteten af effektmålene

#### Beregninger

① I dette beregningstrin skelnes der mellem a) initiativer, der reducerer aktivitet og b) initiativer, der frigiver personalekapacitet:

a) For initiativer, der reducerer aktivitet, udregnes den gennemsnitlige bruttoeffekt på tværs af case-afdelinger som et gennemsnit vægtet med antallet af vurderinger. I beregningseksemplet i *Figur 26* estimeres bruttoeffekten til at være 13%. For at gøre absolutte bruttoeffektmål på tværs af afdelinger sammenlignelige, gøres de relative ved at dividere med den afdelingsspecifikke adresserbare total, fx bliver et antal indlæggelser

af kronikere om ugen til en procentdel af afdelingens totale indlæggelser af kronikere. Dette beskrives i dybden i tekstboksene *Justering af aktivitetsdata i potentialeberegninger* og *Omregning fra absolut bruttoeffekt til relativ bruttoeffekt*.

b) For initiativer, der frigiver personalekapacitet, divideres den absolutte bruttoeffekt med længden af en gennemsnitlig dagvagt. Der tages derfor kun højde for reduktion af årsværk i dagstid ud fra en vurdering af, at aften og nat er vagtberedskab. Den relative bruttoeffekt for hver afdeling omregnes til en absolut bruttoeffekt på frigivelse af ÅV i dagvagt på enten sengeafsnit eller i ambulatorier.

② En gennemsnitlig udbredelsesgrad for hvert initiativ udregnes som et vægtet gennemsnit af udbredelsesgraderne fra de enkelte case-afdelinger. Gennemsnittet vægtes efter hvilken andel, case-afdelingen udgør af den nationale total for hoveddriveren. I *Figur 26* beregnes udbredelsesgraden for initiativet til 58%.



## Justering af aktivitetsdata i potentialeberegninger

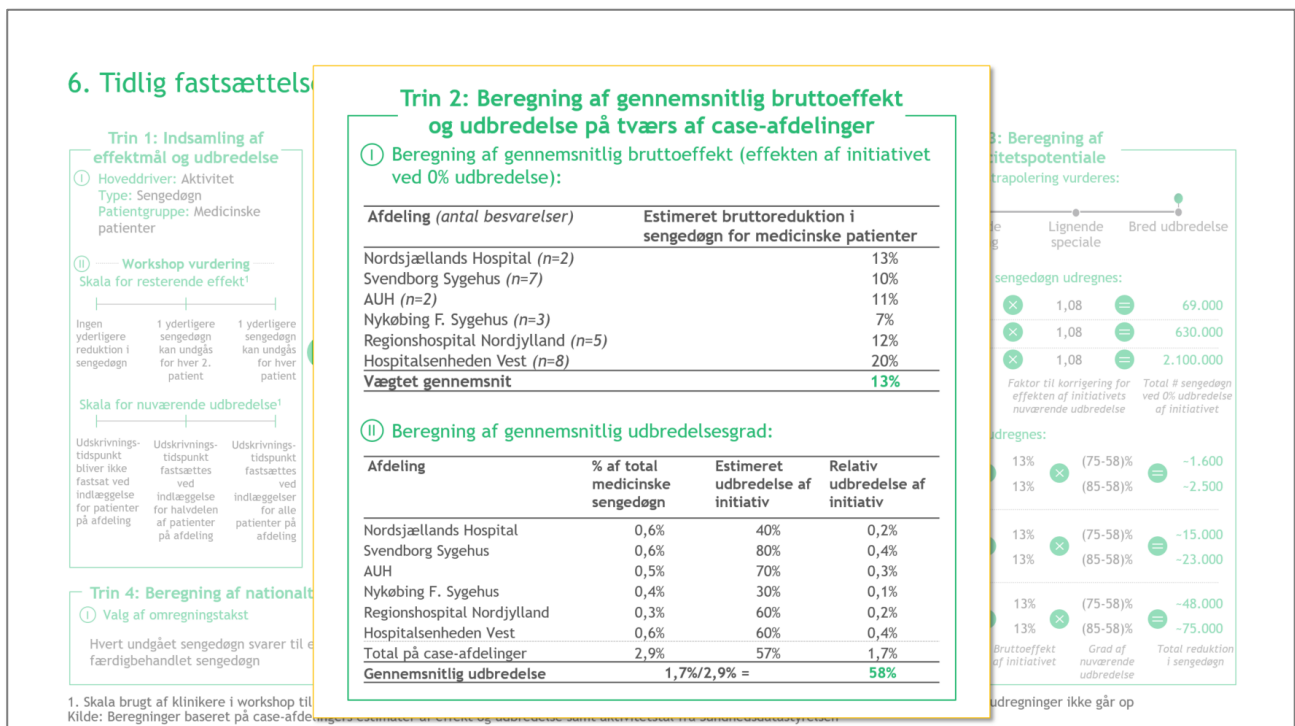
Den adresserbare total for de enkelte initiativer på de enkelte afdelinger er baseret på aktivitetsdata fra Landspatientregisteret leveret af Sundhedsdatastyrelsen. Dette data justeres af to årsager: a) Landspatientregisteret opgør ikke aktivitetsdata på case-afdelingsniveau for alle case-afdelinger og b) aktivitetsdata for case-afdelingerne afspejler ikke i alle tilfælde det grundlag, det absolutte effektmål blev givet ud fra på workshop, fx hvis deltagere var fra et enkelt afsnit på en større afdeling. Justeringerne er foretaget med afdelings- og aktivitetsspecifikke fordelingsnøgler udregnet på baggrund af lokal aktivitetsdata eller antal senge. Følgende justeringer er foretaget:

- Nordsjællands Hospital og Hospitalsenheden Vest er nedjusteret med lokal aktivitetsdata fra overordnet afdeling til case-afdeling
- Aarhus Universitetshospital er opjusteret med antal senge for at reflektere en udvidelse af afdelingen
- Nykøbing F. Sygehus er nedjusteret med antal senge fra bred medicinsk afdeling til afsnitsniveau
- Regionshospital Nordjylland er nedjusteret fra overordnet afdeling til en gennemsnitlig afdeling mellem lungemedicinsk og geriatrisk afsnit
- Svendborg Sygehus er ikke justeret

Det er en grundlæggende antagelse i disse justeringer, at fordelingsnøgler lavet på baggrund af totale indlæggelser eller senge kan anvendes til at justere aktivitet for alle patienttyper. Denne antagelse er nødvendig grundet datagrundlaget, men er behæftet med en vis grad af usikkerhed.

Der tages kun udgangspunkt i akutte indlæggelser ved udregningen af den adresserbare total for initiativer, der reducerer indlæggelser. Dette skyldes, at det vurderes, at ingen initiativer reducerer elektive indlæggelser

Figur 26: eksempel på trin 2 i potentialeberegningen for initiativ 6. Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivelsestidspunkt



## Omregning fra absolut bruttoeffekt til relativ bruttoeffekt

For at omregne absolut bruttoeffekt  $E_{brutto,absolut}$  til en sammenlignelig relativ bruttoeffekt  $E_{brutto,relativ}$  divideres med en adresserbar total  $AT$ :

$$E_{brutto,relativ} = \frac{E_{brutto,absolut}}{AT} \quad (5)$$

Den adresserbare total skal tage højde for den realiserede effekt af initiativet grundet den nuværende udbredelsesgrad. Dette skyldes, at den nuværende adresserbare total allerede er reduceret af initiativets effekt qua initiativets nuværende udbredelsesgrad. Der kan derfor kun sammenlignes på tværs af forskellige afdelinger med forskellige udbredelsesgrader, hvis den adresserbare total justeres for dette. Sammenhængen mellem den adresserbare total ved 0% udbredelsesgrad  $AT_{0\% \text{ udbredelse}}$ , den adresserbare total ved den nuværende udbredelsesgrad  $AT_{nuværende \text{ udbredelse}}$  og den realiserede effekt  $E_{realiseret}$  er:

$$AT_{0\% \text{ udbredelse}} = AT_{nuværende \text{ udbredelse}} + E_{realiseret} \quad (6)$$

Ved at indsætte ligning (2) kan den adresserbare total ved 0% udbredelsesgrad  $AT_{0\% \text{ udbredelse}}$  derved udregnes for et initiativ på baggrund af den nuværende adresserbare total  $AT_{nuværende \text{ udbredelse}}$ , den absolutte bruttoeffekt af initiativet  $E_{brutto,absolut}$  og udbredelsesgraden af initiativet  $U$ :

$$AT_{0\% \text{ udbredelse}} = AT_{nuværende \text{ udbredelse}} + E_{brutto,absolut} \cdot U \quad (7)$$

Ved at indsætte ligning (7) i (5) fås et udtryk til at udregne den relative bruttoeffekt af et initiativ  $E_{brutto,relativ}$ :

$$E_{brutto,relativ} = \frac{E_{brutto,absolut}}{AT_{nuværende \text{ udbredelse}} + E_{brutto,absolut} \cdot U} \quad (8)$$

### Trin 3: Beregning af det totale kapacitetspotentiale

#### Forudsætninger og afledte usikkerheder

En forudsætning ifm. beregning af det totale kapacitetspotentiale er, at bruttoeffekter og udbredelsesgrader identificeret på udvalgte case-afdelinger kan bruges til at udregne kapacitetspotentialer på andre medicinske afdelinger på tværs af landet. Derved indebærer analysen en grundlæggende forudsætning om, at case-afdelinger repræsenterer medicinske afdelinger på to niveauer:

- 1) Case-afdelingerne repræsenterer medicinske afdelinger generelt i Danmark. Denne usikkerhed er forsøgt imødekommet ved, at de syv case-afdelinger består af fire lungemedicinske, to geriatriske og én bred medicinsk afdeling
- 2) Case-afdelinger er repræsentative på nationalt niveau. Denne usikkerhed er forsøgt imødekommet ved, at case-afdelingerne er fordelt på fem regionshospitaler og ét universitetshospital, på tværs af alle fem regioner og ved at tage højde for patientsammensætningen

Generelle usikkerheder ifm. ekstrapolering til nationalt niveau adresseres ved, at:

- a) Ekstrapoleringen foregår i tre skridt for at skabe transparens: a) til de syv case-afdelinger, b) til alle medicinske afdelinger på de seks case-hospitaler og c) nationalt
- b) Ekstrapoleringen til afdelinger nationalt afgrænses til ét ud af fire niveauer: **a)** initiativet er unik for case-afdelingen og kan ikke ekstrapoleres, **b)** initiativet kan kun ekstrapoleres til afdelinger inde for det samme speciale (lungesygdomme eller geriatrisk speciale), **c)** initiativet kan ekstrapoleres til

afdelinger inde for lignende medicinske specialer<sup>32</sup> eller **d**) initiativet kan ekstrapoleres bredt til medicinske afdelinger med undtagelse af onkologi og hæmatologi<sup>33</sup>. Dette niveau afgøres på baggrund af en klinisk vurdering af hvert initiativ. Størstedelen af initiativerne bliver ekstrapoleret til c) 'lignende specialer', da de har effekt udenfor lungemedicin og geriatri, men ikke er relevante for samtlige medicinske afdelinger som fx kardiologi og neurologi.

### Beregninger

① Det vurderes for hvert initiativ, hvilket niveau den nationale ekstrapolering skal afgrænses til ud af de fire niveauer. I beregningseksemplet i *Figur 27* vurderes det, at initiativet kan udbredes bredt til alle medicinske afdelinger.

② Dette trin afviger mellem a) initiativer, der reducerer aktivitet og b) initiativer, der frigiver personalekapacitet:

a) For initiativer, der reducerer aktivitet, udregnes den adresserbare total for a) case-afdelinger, b) case-hospitaler og c) nationalt. Den adresserbare total justeres med en korrigeringsfaktor, der tager højde for, at totalen allerede er reduceret på baggrund af realiseret effekt af initiativet jævnfør den nuværende udbredelsesgrad. I beregningseksemplet i *Figur 27* er korrigeringsfaktoren 1,08, hvilket opjusterer det nationale antal sengedøgn fra 1.900.000 til 2.100.000, svarende til at den nuværende implementering af initiativet allerede har reduceret 200.000 sengedøgn. I tekstboksen *Udregning af korrigeringsfaktor* udledes og beskrives korrigeringsfaktoren i dybden.

b) For initiativer, der frigiver personalekapacitet, udregnes en ekstrapoleringsfaktor som forholdet mellem antal indlæggelser (for personalekapacitet på sengeafsnit) eller ambulante besøg (for personalekapacitet i ambulatorie) på afdelinger med effektmål og a) alle case-afdelinger, b) case-hospitaler og c) nationalt.

③ I dette trin udregnes først den absolutte bruttoeffekt og derefter kapacitetspotentialet. Fremgangsmåden for at udregne bruttoeffekten afviger mellem a) initiativer, der reducerer aktivitet og b) initiativer, der frigiver personalekapacitet:

a) For initiativer, der reducerer aktivitet, udregnes bruttoeffekten ved at gange de justerede adresserbare totaler, der blev udregnet i trin II, med den relative bruttoeffekt af initiativet. I beregningseksemplet i *Figur 27* er denne udregning på nationalt niveau  $2.100.000 \text{ sengedøgn} * 13\% = 270.000 \text{ sengedøgn}$ .

b) For initiativer, der frigiver personalekapacitet, ekstrapoleres den absolutte bruttoeffekt fra afdelinger ved at gange med ekstrapoleringsfaktorerne, der blev udregnet i trin II.

I begge tilfælde omregnes bruttoeffekten derefter til et kapacitetspotentialt, der tager højde for den nuværende udbredelsesgrad af initiativet. Dermed beregnes kapacitetspotentialt som den del af bruttoeffekten, der ikke allerede er realiseret. Det samlede kapacitetspotentialt på nationalt niveau opgøres i et spænd:

- Den nedre værdi svarer til, at initiativet udbredes til samme udbredelsesgrad som gennemsnittet af de to case-afdelinger med højeste nuværende udbredelsesgrad. I *Figur 27* er dette 75%.
- Den øvre værdi svarer til, at initiativet udbredes til 85%. Data på udbredelsesgrader viste, at udbredelsesgraden på de syv case-afdelinger kun i et tilfælde kom over 85%. Den øvre værdi er derfor

---

<sup>32</sup> Lignende medicinske specialer defineret som intern medicin, geriatri, infektionsmedicin, endokrinologi, gastroenterologi, lungesygdomme, nefrologi, reumatologi og akut medicin

<sup>33</sup> Onkologi og hæmatologi er udeladt, da det vurderes, at der er for stor forskel i patientpopulationen og problemstillinger mellem case-afdelinger og disse afdelinger til, at der kan ekstrapoleres uden risiko for overestimering af potentialt

fastsat ud fra en betragtning om, at selv afdelinger, der har arbejdet utroligt intensivt med et initiativ, har svært ved at få initiativet 100% implementeret.

I *Figur 27* betyder dette, at det nationale kapacitetspotentiale svarer til 17-27% af bruttoeffekten på 270.000 sengedøgn. For initiativ 17 *Øget inddragelse af terapeuter* er den gennemsnitlige nuværende udbredelsesgrad for de to afdelinger med den højeste nuværende udbredelse 85%, hvorved der ikke beregnes et spænd.

### Udregning af korrigeringsfaktor

Da bruttoeffekten gøres relativ med en adresserbar total, der tager højde for den nuværende udbredelse af initiativet, skal den adresserbare total, der ekstrapoleres til, ligeledes tage højde for nuværende udbredelse af initiativet. Dette sikres ved at gange den med en korrigeringsfaktor  $K$ . Den adresserbare total ved 0% udbredelsesgrad  $AT_{0\% \text{ udbredelse}}$  som funktion af den adresserbare total ved den nuværende udbredelsesgrad  $AT_{\text{nuværende udbredelse}}$ , den absolutte bruttoeffekt af initiativet  $E_{\text{brutto,absolut}}$  og udbredelsesgraden af initiativet  $U$  er tidligere givet som:

$$AT_{0\% \text{ udbredelse}} = AT_{\text{nuværende udbredelse}} + E_{\text{brutto,absolut}} \cdot U \quad (9)$$

En omskrivning af ligning (5) giver for den absolutte bruttoeffekt af initiativet  $E_{\text{brutto,absolut}}$ :

$$E_{\text{brutto,absolut}} = E_{\text{brutto,relativ}} \cdot AT_{0\% \text{ udbredelse}} \quad (10)$$

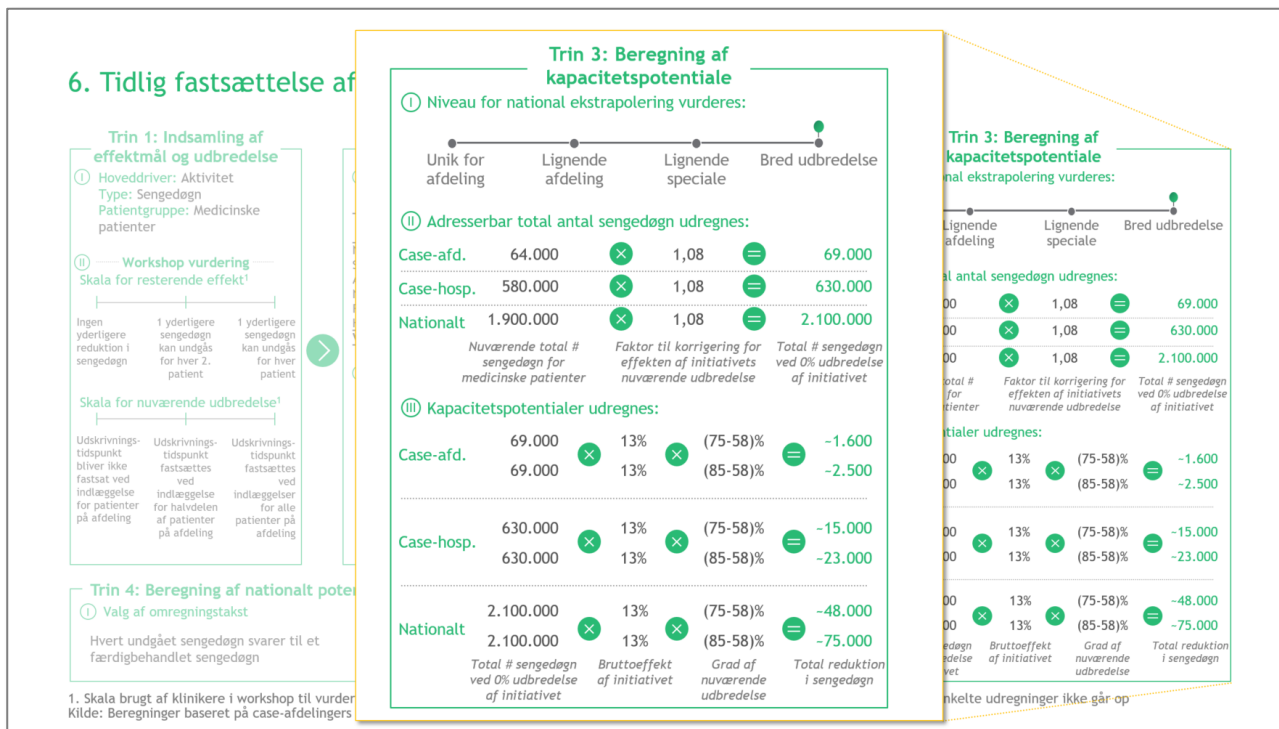
Ved at indsætte ligning (10) i ligning (9) fås:

$$AT_{0\% \text{ udbredelse}} = AT_{\text{nuværende udbredelse}} + E_{\text{brutto,relativ}} \cdot AT_{0\% \text{ udbredelse}} \cdot U \quad (11)$$

Dette kan omskrives til et udtryk for korrigeringsfaktoren  $K$ , der er forholdet mellem den adresserbare total ved 0% udbredelsesgrad og den adresserbare total ved nuværende udbredelsesgrad:

$$K = \frac{AT_{0\% \text{ udbredelse}}}{AT_{\text{nuværende udbredelse}}} = \frac{1}{1 - E_{\text{brutto,relativ}} \cdot AT_{0\% \text{ udbredelse}} \cdot U} \quad (12)$$

Figur 27: eksempel på trin 3 i potentialeberegningen for initiativ 6. Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivelsestidspunkt



#### Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

##### Forudsætninger og afledte usikkerheder

I dette trin udregnes initiativernes effekt på kapaciteten til danske kroner i form af produktionsværdi eller lønkroner. Dette gøres dels for at kunne sammenligne størrelsen af forskellige effekttyper (fx sengedøgn vs. frigivelse af SOSA-tid); og dels for at kunne sandsynliggøre den totale effekt på medicinske afdelingers kapacitet, hvis alle 20 initiativer blev implementeret fuldt ud.

For de 15 initiativer, der reducerer indlæggelser, sengedøgn og ambulante besøg, er omregningstaksterne baseret på DRG- og sengedøgnstakster. Taksterne for hvert initiativ er gennemgået og udviklet i samarbejde med arbejdsgruppen og uddybes i 2B.1. For alle takster gælder, at der tages højde for de tilfælde, hvor kapacitetsanvendelsen optimeres på medicinske afdelinger ved at forskyde kapaciteten internt på sygehuset. I sådanne tilfælde regnes effekten som nul. Det noteres også i de tilfælde, hvor optimeringen af kapacitetsanvendelsen på medicinske afdelinger medfører en delvis omlægning af behandling til primærsektor<sup>34</sup>.

For fire ud af fem initiativer, der frigiver personalekapacitet, bruges samlede lønomkostninger til personalegruppen som takst. For initiativ 11. *Opgaveglidning*, anvendes differencen mellem de realiserede lønomkostninger for de personalegrupper, opgaven overdrages til og fra. Oversigt over lønomkostninger til personalegrupperne fremgår i 2B.2.

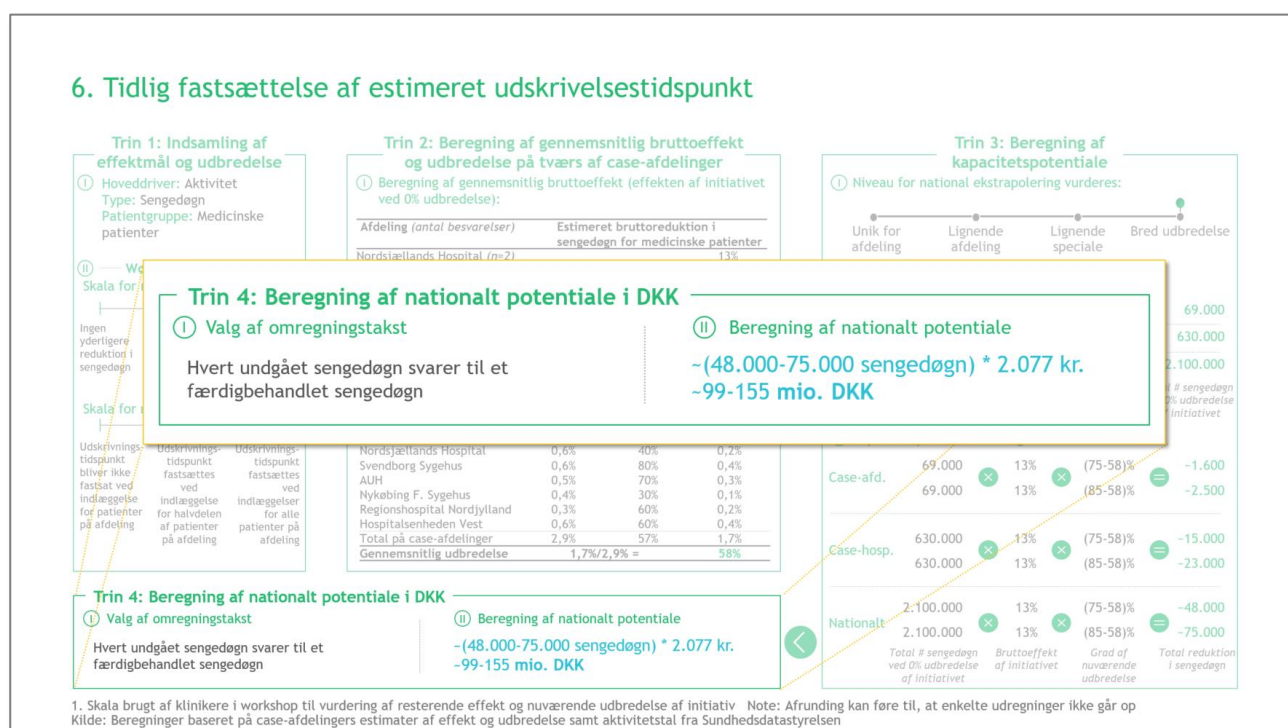
<sup>34</sup> Initiativ 2. Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling, 10. Spildanalyse på sengeafsnit og i ambulatorie og 19. Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale

## Beregninger

① Omregningstaksten fra aktivitet eller personalekapacitet justeres, så den afspejler forbedringen af kapacitetsudnyttelse. I beregningseksemplet i *Figur 28* argumenteres det, at initiativet ikke reducerer behandling, men komprimerer behandlingsforløb, hvorved kommunernes færdigbehandlingstakst på 2.077 DKK pr. sengedøgn anvendes.

② Det nationale potentiale i DKK beregnes som produktet af det nationale kapacitetspotentiale og omregningstaksten. For initiativer, hvor der er et spænd i kapacitetspotentialet, er der derved også et spænd i potentialet i DKK. I *Figur 28* ganges det nationale kapacitetspotentialets spænd på 48.000-75.000 sengedøgn med 2.077 DKK/sengedøgn, hvilket giver et nationalt potentiale på 99-155 mio. DKK.

*Figur 28: eksempel på trin 4 i potentialeberegningen for initiativ 6. Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivelsestidspunkt*



## Appendix 2B. Rationale for takster brugt til at omregne initiativers effekt til DKK (Trin 4)

### 2B.1. Justering af DRG-takster for 15 initiativer der reducerer aktivitet

15 initiativer reducerer aktivitet: Initiativ 1-10, 15 og 17-20.

*Figur 29* giver et overblik over taksterne, der tages udgangspunkt i ved udregningen af omregningstakst fra aktivitet til DKK for disse initiativer.



Figur 29: DRG-takster anvendt til udregningen af omregningstakst fra aktivitet til DKK<sup>xxx</sup>

Takst	Beløb (DKK)	Beskrivelse
Akut indlæggelse	29.525	Gennemsnitlig DRG-værdi for akut medicinsk indlæggelse
Indlæggelse	33.271	Gennemsnitlig DRG-værdi for medicinsk indlæggelse (akutte og elektive indlæggelser)
Ambulant besøg	2.517	Gennemsnitlig DRG-værdi for medicinsk ambulant besøg
Sengedøgn med behandling	8.075	Sengedøgn med behandling udregnet ved at dividere gennemsnitlig DRG-værdi for medicinsk indlæggelse (akutte og elektive indlæggelser) med gennemsnitlig medicinsk liggetid på 4,12 døgn
Færdigbehandlet sengedøgn	2.077	Kommunernes færdigbehandlingstaks. Bruges som takst for omkostningen ved et unødigt sengedøgn uden behandling

Alle taksterne i *Figur 29* er på landsplan fra 2017. Taksterne, der fremgår af *Figur 29*, justeres for hvert initiativ således, at omkostningen ved initiativets aktivitet afspejles korrekt. En oversigt over de justerede takster og ræsonnement for justering for hvert af de 15 initiativer, der reducerer aktivitet, fremgår i *Figur 30 og 31*.

Figur 30: Justerede DRG-takster anvendt til at omregne fra kapacitet til produktionsværdi (1/2)

Initiativ	Justeret takst (DKK)	Ræsonnement
<b>Undgåede indlæggelser gennem alternative tilbud</b>		
1. Sub-akutte ambulatorietider (med kort ventetid)	4.154	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandling gennem en sub-akut ambulatorietid betyder ikke, at patienten modtager mindre eller billigere behandling</li> <li>• Hver undgået indlæggelse svarer til unødigt pleje/ophold i afdelingsseng svarende til 2 færdigbehandlet sengedøgn</li> <li>• Takst = 2 * færdigbehandlet sengedøgn = 2 * 2.077 = 4.154</li> </ul>
2. Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling	5.134	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I nogle tilfælde flyttes behandling ud af sygehuset (fx ved at rådgive almen praksis eller hjemmesygeplejen), men for de fleste patienter erstattes indlæggelse med et ambulært forløb, hvor patienten ikke modtager mindre eller billigere behandling</li> <li>• Hver undgået indlæggelse svarer til et vægtet gennemsnit af sengedøgn med behandling og 2 færdigbehandlet sengedøgn for at afspejle denne forskel i udfaldet for patient</li> <li>• Takst = 25% * sengedøgn med behandling + 75% * 2 * færdigbehandlet sengedøgn = 25% * 8.075 + 75% * 2 * 2.077 = 5.134</li> </ul>
<b>Forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser og overbehandling</b>		
3. Tværfaglige kompetencer fra medicinske stamafdelinger i front	4.154	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandling i FAM/modtagelse eller ved henvisning til ambulatorietid betyder ikke, at patienten modtager ikke mindre eller billigere behandling</li> <li>• Hver undgået indlæggelse svarer til unødigt pleje/ophold i afdelingsseng svarende til 2 færdigbehandlet sengedøgn</li> <li>• Takst = 2 * færdigbehandlet sengedøgn = 2 * 2.077 = 4.154</li> </ul>
4. Sikre rette behandling i patientens sidste tid	29.525	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fulde indlæggelser med unødigt behandling undgås</li> <li>• Hver undgået indlæggelse svarer til den fulde indlæggelsestakst</li> <li>• Takst = akut indlæggelse = 29.525</li> </ul>
<b>Omlægning af processer for patientforløb</b>		
5. Timing af udskrivning og indlæggelse	2.077	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientens forløb på sengeafsnit effektiviseres og komprimeres, men patienten modtager ikke mindre eller billigere behandling</li> <li>• Hvert undgået sengedøgn svarer til et færdigbehandlet sengedøgn</li> <li>• Takst = færdigbehandlet sengedøgn = 2.077</li> </ul>
6. Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivelsestidspunkt		
7. Tværgående samarbejde omkring patientgruppe		
8. Målrettet håndtering af patienter med multiple lidelser		
9. Patientansvarlig læge		

Figur 31: Justerede DRG-takster anvendt til at omregne fra kapacitet til produktionsværdi (2/2)

Initiativ	Justeret takst (DKK)	Ræsonnement
<b>Omlægning af processer for patientforløb</b>		
10. Spildanalyse på sengeafsnit og i ambulatorie	5.076	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der identificeres to typer patienter:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patienter hvis behandling kan omlægges til primærsektor, hvorved behandling på sygehuset undgås</li> <li>- Patienter hvis behandlingsforløb kan effektiviseres og komprimeres, hvorved færdigbehandlet sengedøgn kan undgås</li> </ul> </li> <li>Hvert undgået sengedøgn svarer til et gennemsnit mellem et sengedøgn med behandling og et færdigbehandlet sengedøgn for at afspejle denne forskel i udfaldet for patient</li> <li>Takst = 50% * sengedøgn med behandling + 50% * færdigbehandlet sengedøgn = 50% * 8.075 + 50% * 2.077 = 5.076</li> </ul>
<b>Fuld udnyttelse af tilgængelig ambulatoriekapacitet</b>		
15. Behovsstyret ambulatorie	2.517	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unødige ambulante kontroller undgås</li> <li>Hvert ambulant besøg svarer til et gennemsnitligt ambulant besøg for en medicinsk patient</li> <li>Takst = ambulant besøg = 2.517</li> </ul>
<b>Tidligere udskrivning af medicinsk færdigbehandlede patienter</b>		
17. Øget inddragelse af terapeuter	2.077	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patientens forløb på sengeafsnit effektiviseres og komprimeres, men patienten modtager ikke mindre eller billigere behandling</li> <li>Hvert undgået sengedøgn svarer til et færdigbehandlet sengedøgn</li> <li>Takst = færdigbehandlet sengedøgn = 2.077</li> </ul>
18. Tværsektorielt samarbejde om udskrivningsproces		
<b>Sikrere omgivelser for patient efter udskrivning</b>		
19. Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale	8.075	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandling af afdelingens simpleste indlæggelser for kronikere omlægges til primærsektor</li> <li>Hver undgået indlæggelse svarer til et sengedøgn med behandling</li> <li>Takst = sengedøgn med behandling = 8.075</li> </ul>
20. Sikker overgang til eget hjem for udskrevet patient	2.077	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patientens forløb på sengeafsnit effektiviseres og komprimeres, men patienten modtager ikke mindre eller billigere behandling</li> <li>Hvert undgået sengedøgn svarer til et færdigbehandlet sengedøgn</li> <li>Takst = færdigbehandlet sengedøgn = 2.077</li> </ul>

### 2B.2 Løntakster for 5 initiativer, der frigiver personalekapacitet

Fem initiativer frigiver personalekapacitet: Initiativ 11-14 og 16.

Figur 32 giver et overblik over den realiseret årsløn for de personalegrupper, de fem initiativer frigiver personalekapacitet for. En generel løntakst for læger og plejepersonale er udregnet på baggrund af de specifikke personalegruppers realiseret årsløn vægtet med medarbejdersammensætningen på tværs af case-afdelingerne. Ledende overlæger og ledende sygeplejersker tælles ikke med i udregningen af generel løntakst.

Figur 32: Løntakst for generelle personalegrupper og realiseret årsløn for specifikke personalegrupper 2018<sup>xxvi</sup>

Generel personalegruppe	Løntakst (DKK)	Specifik personalegruppe	Realiseret årsløn (DKK)
Læge	782.220	Overlæge	1.013.243
		Afdelingslæge	937.440
		1. reservelæge	757.709
		Reservelæge	609.903
Plejepersonale	468.742	Sygeplejerske	476.566
		Social- og sundhedsassistent	449.135
		Fysioterapeut	435.826
		Ikke-klinisk personale (serviceassistent)	385.709

For opgaveglidning er differencen i realiseret årsløn mellem de to personalegrupper, opgaven overdrages imellem, anvendt som takst fx sygeplejerske – fysioterapeut = 476.566 – 435.826 = 40.740 DKK.

## Appendix 2C. Detaljerede effektberegninger for hvert initiativ

I dette afsnit vises detaljerede potentialeudregninger for hvert initiativ.

For initiativer, der frigiver personalekapacitet, er der mere end én potentialeudregning, da et potentiale udregnes pr. personalegruppe, fx et for læger og et for plejepersonale. For opgaveglidning er der en potentialeudregning pr. hypotese fx overdragelse af træning og mobilisering fra sygeplejersker til fysioterapeuter.

Ekstrapoleringsfaktoren fra afdelinger med effektmål til case-afdelinger for initiativer, der frigiver personalekapacitet, vil selv i tilfælde, hvor der er effektmål fra alle case-afdelinger, være større end 1. Dette skyldes, at beregningen i trin 2 bruger et gennemsnit af de to case-afdelinger på Regionshospital Nordjylland, hvorved der i ekstrapoleringen til case-afdelinger skal ekstrapoleres fra 6 til 7 afdelinger.

# 1. Sub-akutte ambulatorietider (med kort ventetid)

## Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- ① Hoveddriver: Aktivitet  
Type: Indlæggelser  
Patientgruppe: Medicinske patienter

### ② Workshop vurdering Skala for resterende effekt<sup>1</sup>

0 yderligere korttidsindlæggelser kan undgås om ugen	4 yderligere korttidsindlæggelser kan undgås om ugen	8 yderligere korttidsindlæggelser kan undgås om ugen
--	--	--

### Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>

Ingen mulighed for sub-akut ambulatorietid for afdelingens patienter	Mulighed for sub-akut ambulatorietid, men det anvendes ikke i høj grad, så der er fortsat indlæggelser på afdelingen, som kunne behandles sub-akut i ambulatorie	Sub-akut ambulatorietid gives til alle relevante patienter
--	--	--

## Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

- ① Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret bruttoeffekt i indlæggelser for medicinske patienter
Nordsjællands Hospital (n=2)	11%
Svendborg Sygehus (n=0)	
AUH (n=6)	14%
Nykøbing F. Sygehus (n=4)	13%
Regionshospital Nordjylland (n=4)	13%
Hospitalsenheden Vest (n=6)	20%
Vægtet gennemsnit	15%

- ② Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total medicinske indlæggelser	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	0,6%	50%	0,3%
Svendborg Sygehus	0,4%	20%	0,1%
AUH	0,5%	30%	0,1%
Nykøbing F. Sygehus	0,4%	20%	0,1%
Regionshospital Nordjylland	0,5%	80%	0,4%
Hospitalsenheden Vest	0,6%	20%	0,1%
Total på case-afdelinger	3,0%	37%	1,1%
Gennemsnitlig udbredelse	1,1%/3,0% =		37%

## Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

- ① Niveau for national ekstrapolering vurderes:



- ② Adresserbar total antal sengedøgn udregnes:

Case-afd.	10.000	×	1,06	=	10.000
Case-hosp.	104.000	×	1,06	=	110.000
Nationalt	280.000	×	1,06	=	295.000

Nuværende total # indlæggelser for medicinske patienter      Faktor til korrigerende effekt af initiativets nuværende udbredelse      Total # indlæggelser ved 0% udbredelse af initiativ

- ③ Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	10.000	×	15%	×	(65-37)%	=	~420
Case-afd.	10.000	×	15%	×	(85-37)%	=	~730
Case-hosp.	110.000	×	15%	×	(65-37)%	=	~4.500
Case-hosp.	110.000	×	15%	×	(85-37)%	=	~7.800
Nationalt	295.000	×	15%	×	(65-37)%	=	~12.000
Nationalt	295.000	×	15%	×	(85-37)%	=	~21.000

Total # indlæggelser ved 0% udbredelse af initiativ      Bruttoeffekt af initiativ      Grad af nuværende udbredelse      Total reduktion i indlæggelser

## Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

- ① Valg af omregningstakt

Hver undgået indlæggelse svarer til unødige pleje/ophold i afdelingsseng svarende til 2 færdigbehandlet sengedøgn

- ② Beregning af nationalt potentiale

~(12.000-21.000 indlæggelser) \* 4.154 kr.  
~50-87 mio. DKK

1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ. Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op. Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingens estimer af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen

## 2. Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling

### Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- ① Hoveddriver: Aktivitet  
Type: Indlæggelser  
Patientgruppe: Kroniske patienter

#### ② Workshop vurdering Skala for resterende effekt<sup>1</sup>

0 yderligere indlæggelser af kronikere kan undgås om ugen	5 yderligere indlæggelser af kronikere kan undgås om ugen	10 yderligere indlæggelser af kronikere kan undgås om ugen
---	---	--

#### Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>

Ingen mulighed for direkte kontakt mellem kronikere og stamafdeling	Mulighed for direkte kontakt mellem udvalgte kronikere og afdeling, men kan udbredes yderligere	Direkte kontakt til alle relevante kronikere
---	---	--

### Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

- ① Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret bruttoreduktion i indlæggelser for kroniske patienter
Nordsjællands Hospital (n=2)	18%
Svendborg Sygehus (n=0)	
AUH (n=5)	38%
Nykøbing F. Sygehus (n=0)	
Regionshospital Nordjylland (n=5)	36%
Hospitalsenheden Vest (n=8)	16%
<b>Vægtet gennemsnit</b>	<b>27%</b>

- ② Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total kroniske indlæggelser	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	0,8%	80%	0,6%
Svendborg Sygehus	0,6%	10%	0,1%
AUH	0,8%	60%	0,5%
Nykøbing F. Sygehus	0,4%		
Regionshospital Nordjylland	0,6%	80%	0,5%
Hospitalsenheden Vest	0,8%	70%	0,5%
Total på case-afdelinger	3,4%	60%	2,1%
<b>Gennemsnitlig udbredelse</b>	<b>2,1%/3,4% =</b>		<b>62%</b>

### Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

- ① Niveau for national ekstrapolering vurderes:



- ② Adresserbar total antal indlæggelser udregnes:

Case-afd.	6.000	×	1,20	=	7.000
Case-hosp.	49.000	×	1,20	=	59.000
<b>Nationalt</b>	<b>126.000</b>	<b>×</b>	<b>1,20</b>	<b>=</b>	<b>151.000</b>

Nuværende total # indlæggelser for kroniske patienter      Faktor til korrigering for effekten af initiativets nuværende udbredelse      Total # indlæggelser ved 0% udbredelse af initiativet

- ③ Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	7.000	×	27%	×	(80-62)%	=	~330
Case-afd.	7.000	×	27%	×	(85-62)%	=	~420

Case-hosp.	59.000	×	27%	×	(80-62)%	=	~2.900
Case-hosp.	59.000	×	27%	×	(85-62)%	=	~3.600

Nationalt	151.000	×	27%	×	(80-62)%	=	~7.300
Nationalt	151.000	×	27%	×	(85-62)%	=	~9.300

Total # indlæggelser ved 0% udbredelse af initiativet      Bruttoeffekt af initiativet      Grad af nuværende udbredelse      Total reduktion i indlæggelser

### Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

- ① Valg af omregningstakt

Hver undgået indlæggelse svarer til et vægtet gennemsnit af sengedøgn med behandling og 2 færdigbehandlet sengedøgn

- ② Beregning af nationalt potentiale

~(7.000-9.000 indlæggelser) \* 5.134 kr.  
~38-48 mio. DKK

1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ. Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op. Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingers estimater af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen



### 3. Tværfaglige kompetencer fra medicinske stamafdelinger i front

#### Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

① Hoveddriver: Aktivitet  
Type: Indlæggelser  
Patientgruppe: Medicinske patienter

② Workshop vurdering  
Skala for resterende effekt<sup>1</sup>

0 yderligere patienter kan "vendes" i FAM/modtagelse om ugen	10 yderligere patienter kan "vendes" i FAM/modtagelse om ugen	20 yderligere patienter kan "vendes" i FAM/modtagelse om ugen
--	---	---

Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>

Ingen kompetencer fra medicinske afdelinger til stede i FAM/modtagelse	Kompetencer fra medicinske afdelinger delvist tilstede i FAM/modtagelse, nogle patienter, der kunne vendes, indlægges på afdeling	Tværfaglige kompetencer fra medicinske afdelinger altid tilstede i FAM/modtagelse. Ingen patienter indlægges unødigt på afdelingen
--	---	--

#### Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

① Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret bruttoeffekt i indlæggelser for medicinske patienter
Nordsjællands Hospital (n=0)	
Svendborg Sygehus (n=5)	11%
AUH (n=5)	27%
Nykøbing F. Sygehus (n=4)	43%
Regionshospitalet Nordjylland (n=2)	17%
Hospitalsenheden Vest (n=6)	31%
<b>Vægtet gennemsnit</b>	<b>27%</b>

② Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total medicinske indlæggelser	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	0,6%	80%	0,5%
Svendborg Sygehus	0,4%	80%	0,3%
AUH	0,5%	70%	0,3%
Nykøbing F. Sygehus	0,4%	20%	0,1%
Regionshospitalet Nordjylland	0,5%	70%	0,3%
Hospitalsenheden Vest	0,6%	50%	0,3%
<b>Total på case-afdelinger</b>	<b>3,0%</b>	<b>62%</b>	<b>1,9%</b>
<b>Gennemsnitlig udbredelse</b>	<b>1,9%/3,0% =</b>		<b>63%</b>

#### Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

① Niveau for national ekstrapolering vurderes:

② Adresserbar total antal indlæggelser udregnes:

Case-afd.	10.000	×	1,20	=	12.000
Case-hosp.	104.000	×	1,20	=	125.000
<b>Nationalt</b>	<b>279.000</b>	<b>×</b>	<b>1,20</b>	<b>=</b>	<b>335.000</b>

*Nuværende total # indlæggelser for medicinske patienter*      *Faktor til korrigerende effekt af initiativets nuværende udbredelse*      *Total # indlæggelser ved 0% udbredelse af initiativ*

③ Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	12.000	×	27%	×	(80-63)%	=	-520
	12.000		27%		(85-63)%		-680
Case-hosp.	125.000	×	27%	×	(80-63)%	=	-5.600
	125.000		27%		(85-63)%		-7.200
Nationalt	335.000	×	27%	×	(80-63)%	=	-15.000
	335.000		27%		(85-63)%		-19.000

*Total # indlæggelser ved 0% udbredelse af initiativ*      *Bruttoeffekt af initiativ*      *Grad af nuværende udbredelse*      *Total reduktion i indlæggelser*

#### Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

① Valg af omregningstakt  
Hver undgået indlæggelse svarer til unødigt pleje/ophold i afdelingsseng svarende til 2 færdigbehandlet sengedøgn

② Beregning af nationalt potentiale  
~(15.000-19.000 indlæggelser) \* 4.154 kr.  
~62-81 mio. DKK

1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ. Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op. Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingens estimer af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen

## 4. Sikre rette behandling i patientens sidste tid

### Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- ① Hoveddriver: Aktivitet  
Type: Indlæggelser  
Patientgruppe: Ældre medicinske patienter

#### ② Workshop vurdering Skala for resterende effekt<sup>1</sup>

0 yderligere indlæggelser for ældre medicinske patienter kan undgås om ugen	1 yderligere indlæggelse for ældre medicinske patienter kan undgås om ugen	2 yderligere indlæggelser for ældre medicinske patienter kan undgås om ugen
---	--	---

#### Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>

Ingen afklaring med patienter, ingen koordination med almen praksis eller palliativt team	Delvis afklaring med patienter og koordination med almen praksis eller palliativt team. Nogle patienter behandles fortsat unødigt	Afklaring med alle patienter og god koordination. Ingen patienter behandles unødigt
---	---	---

### Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

- ① Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret bruttoeffekt i indlæggelser for ældre medicinske patienter
Nordsjællands Hospital (n=0)	
Svendborg Sygehus (n=0)	
AUH (n=3)	13%
Nykøbing F. Sygehus (n=4)	11%
Regionshospitalet Nordjylland (n=3)	9%
Hospitalsenheden Vest (n=8)	13%
<b>Vægtet gennemsnit</b>	<b>12%</b>

- ② Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total ældre medicinske indlæggelser	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	0,7%	60%	0,4%
Svendborg Sygehus	0,8%	40%	0,3%
AUH	0,5%	40%	0,2%
Nykøbing F. Sygehus	0,5%	40%	0,2%
Regionshospitalet Nordjylland	0,6%	60%	0,4%
Hospitalsenheden Vest	0,7%	50%	0,4%
<b>Total på case-afdelinger</b>	<b>3,8%</b>	<b>48%</b>	<b>1,8%</b>
<b>Gennemsnitlig udbredelse</b>	<b>1,8%/3,8% =</b>		<b>49%</b>

### Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

- ① Niveau for national ekstrapolering vurderes:



- ② Adresserbar total antal indlæggelser udregnes:

Case-afd.	7.000	×	1,06	=	7.000
Case-hosp.	64.000	×	1,06	=	68.000
<b>Nationalt</b>	<b>158.000</b>	<b>×</b>	<b>1,06</b>	<b>=</b>	<b>167.000</b>

Nuværende total # indlæggelser for ældre medicinske patienter

Faktor til korrigerende effekt af initiativets nuværende udbredelse

Total # indlæggelser ved 0% udbredelse af initiativ

- ③ Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	7.000	×	12%	×	(60-49)%	=	~100
Case-afd.	7.000	×	12%	×	(85-49)%	=	~320

Case-hosp.	68.000	×	12%	×	(60-49)%	=	~920
Case-hosp.	68.000	×	12%	×	(85-49)%	=	~3.000

Nationalt	167.000	×	12%	×	(60-49)%	=	~2.300
Nationalt	167.000	×	12%	×	(85-49)%	=	~7.300

Total # indlæggelser ved 0% udbredelse af initiativ

Bruttoeffekt af initiativ

Grad af nuværende udbredelse

Total reduktion i indlæggelser

### Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

- ① Valg af omregningstakt

Hver undgået indlæggelse svarer til den fulde indlæggelsestakt

- ② Beregning af nationalt potentiale

~(2.300-7.300 indlæggelser) \* 29.525 kr.  
~67-214 mio. DKK

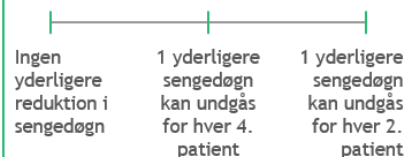
1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ. Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op. Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingens estimer af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen

## 5. Timing af udskrivning og indlæggelse

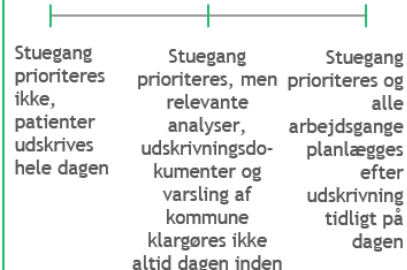
### Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- ① Hoveddriver: Aktivitet  
Type: Sengedøgn  
Patientgruppe: Medicinske patienter

#### ② Workshop vurdering Skala for resterende effekt<sup>1</sup>



#### Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>



### Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

- ① Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret bruttoreduktion i sengedøgn for medicinske patienter
Nordsjællands Hospital (n=0)	
Svendborg Sygehus (n=5)	10%
AUH (n=3)	5%
Nykøbing F. Sygehus (n=4)	6%
Regionshospitalet Nordjylland (n=4)	8%
Hospitalsenheden Vest (n=5)	6%
<b>Vægtet gennemsnit</b>	<b>7%</b>

- ② Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total medicinske sengedøgn	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	0,6%	70%	0,4%
Svendborg Sygehus	0,6%	70%	0,4%
AUH	0,5%	60%	0,3%
Nykøbing F. Sygehus	0,4%	50%	0,2%
Regionshospitalet Nordjylland	0,3%	50%	0,2%
Hospitalsenheden Vest	0,6%	50%	0,3%
<b>Total på case-afdelinger</b>	<b>3,0%</b>	<b>58%</b>	<b>1,8%</b>
<b>Gennemsnitlig udbredelse</b>	<b>1,8%/3,0% =</b>		<b>59%</b>

### Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

- ① Niveau for national ekstrapolering vurderes:



- ② Adresserbar total antal sengedøgn udregnes:

Case-afd.	64.000	×	1,05	=	67.000
Case-hosp.	580.000	×	1,05	=	610.000
<b>Nationalt</b>	<b>1.900.000</b>	<b>×</b>	<b>1,05</b>	<b>=</b>	<b>2.000.000</b>

Nuværende total # sengedøgn for medicinske patienter

Faktor til korrigerende effekt af initiativets nuværende udbredelse

Total # sengedøgn ved 0% udbredelse af initiativ

- ③ Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	67.000	×	7%	×	(70-59)%	=	-520
Case-afd.	67.000	×	7%	×	(85-59)%	=	-1.300

Case-hosp.	610.000	×	7%	×	(70-59)%	=	-4.700
Case-hosp.	610.000	×	7%	×	(85-59)%	=	-11.000

Nationalt	2.000.000	×	7%	×	(70-59)%	=	-15.000
Nationalt	2.000.000	×	7%	×	(85-59)%	=	-37.000

Total # sengedøgn ved 0% udbredelse af initiativ

Bruttoeffekt af initiativ

Grad af nuværende udbredelse

Total reduktion i sengedøgn

### Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

- ① Valg af omregningstakt

Hvert undgået sengedøgn svarer til et færdigbehandlet sengedøgn

- ② Beregning af nationalt potentiale

~(15.000-37.000 sengedøgn) \* 2.077 kr.  
~32-78 mio. DKK

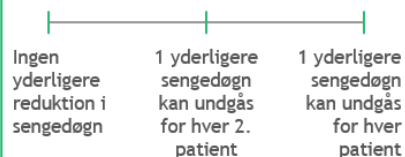
1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ. Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op. Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingens estimer af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen.

## 6. Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivelsestidspunkt

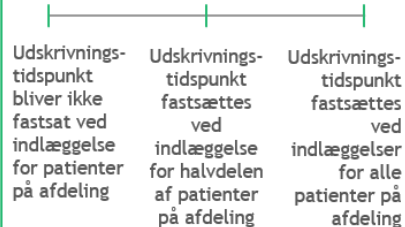
### Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- ① Hoveddriver: Aktivitet  
Type: Sengedøgn  
Patientgruppe: Medicinske patienter

- ② Workshop vurdering  
Skala for resterende effekt<sup>1</sup>



#### Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>



### Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

- ① Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret bruttoreduktion i sengedøgn for medicinske patienter
Nordsjællands Hospital (n=2)	13%
Svendborg Sygehus (n=7)	10%
AUH (n=2)	11%
Nykøbing F. Sygehus (n=3)	7%
Regionshospitalet Nordjylland (n=5)	12%
Hospitalsenheden Vest (n=8)	20%
<b>Vægtet gennemsnit</b>	<b>13%</b>

- ② Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total medicinske sengedøgn	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	0,6%	40%	0,2%
Svendborg Sygehus	0,6%	80%	0,4%
AUH	0,5%	70%	0,3%
Nykøbing F. Sygehus	0,4%	30%	0,1%
Regionshospitalet Nordjylland	0,3%	60%	0,2%
Hospitalsenheden Vest	0,6%	60%	0,4%
<b>Total på case-afdelinger</b>	<b>2,9%</b>	<b>57%</b>	<b>1,7%</b>
<b>Gennemsnitlig udbredelse</b>	<b>1,7%/2,9% =</b>		<b>58%</b>

### Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

- ① Niveau for national ekstrapolering vurderes:



- ② Adresserbar total antal sengedøgn udregnes:

	Nuværende total # sengedøgn for medicinske patienter	Faktor til korrigerende effekt af initiativets nuværende udbredelse	Total # sengedøgn ved 0% udbredelse af initiativ
Case-afd.	64.000	1,08	69.000
Case-hosp.	580.000	1,08	630.000
<b>Nationalt</b>	<b>1.900.000</b>	<b>1,08</b>	<b>2.100.000</b>

- ③ Kapacitetspotentiale udregnes:

	Total # sengedøgn ved 0% udbredelse af initiativ	Bruttoeffekt af initiativ	Grad af nuværende udbredelse	Total reduktion i sengedøgn
Case-afd.	69.000	13%	(75-58)%	~1.600
Case-afd.	69.000	13%	(85-58)%	~2.500
Case-hosp.	630.000	13%	(75-58)%	~15.000
Case-hosp.	630.000	13%	(85-58)%	~23.000
Nationalt	2.100.000	13%	(75-58)%	~48.000
Nationalt	2.100.000	13%	(85-58)%	~75.000

### Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

- ① Valg af omregningstakt

Hvert undgået sengedøgn svarer til et færdigbehandlet sengedøgn

- ② Beregning af nationalt potentiale

~(48.000-75.000 sengedøgn) \* 2.077 kr.  
~99-155 mio. DKK

1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ. Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op. Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingens estimer af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen

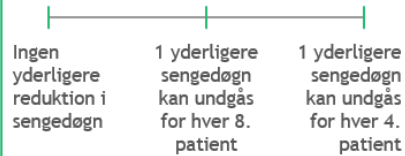


# 7. Tværgående samarbejde omkring patientgruppe

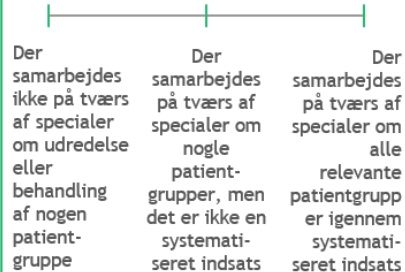
## Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- I Hoveddriver: Aktivitet  
Type: Sengedøgn  
Patientgruppe: Medicinske patienter

### II Workshop vurdering Skala for resterende effekt<sup>1</sup>



### Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>



## Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

- I Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret bruttoreduktion i sengedøgn for medicinske patienter
Nordsjællands Hospital (n=0)	
Svendborg Sygehus (n=0)	
AUH (n=3)	3%
Nykøbing F. Sygehus (n=4)	3%
Regionshospital Nordjylland (n=4)	7%
Hospitalsenheden Vest (n=5)	6%
<b>Vægtet gennemsnit</b>	<b>5%</b>

- II Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total medicinske sengedøgn	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	0,9%	10%	0,1%
Svendborg Sygehus	0,9%	50%	0,4%
AUH	0,7%	60%	0,4%
Nykøbing F. Sygehus	0,6%	0%	0,0%
Regionshospital Nordjylland	0,5%	60%	0,3%
Hospitalsenheden Vest	1,0%	40%	0,4%
Total på case-afdelinger	4,6%	37%	1,7%
<b>Gennemsnitlig udbredelse</b>	<b>1,7%/4,6% =</b>		<b>36%</b>

## Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

- I Valg af omregningstakst

Hvert undgået sengedøgn svarer til et færdigbehandlet sengedøgn

- II Beregning af nationalt potentiale

~(15.000-30.000 sengedøgn) \* 2.077 kr.  
~31-62 mio. DKK

## Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

- I Niveau for national ekstrapolering vurderes:



- II Adresserbar total antal sengedøgn udregnes:

Case-afd.	64.000	×	1,02	=	65.000
Case-hosp.	580.000	×	1,02	=	590.000
Nationalt	1.250.000	×	1,02	=	1.300.000

Nuværende total # sengedøgn for medicinske patienter

Faktor til korrigerende for effekten af initiativets nuværende udbredelse

Total # sengedøgn ved 0% udbredelse af initiativet

- III Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	65.000	×	5%	×	(60-36)%	=	~750
Case-afd.	65.000	×	5%	×	(85-36)%	=	~1.500
Case-hosp.	590.000	×	5%	×	(60-36)%	=	~6.800
Case-hosp.	590.000	×	5%	×	(85-36)%	=	~14.000
Nationalt	1.300.000	×	5%	×	(60-36)%	=	~15.000
Nationalt	1.300.000	×	5%	×	(85-36)%	=	~30.000

Total # sengedøgn ved 0% udbredelse af initiativet

Bruttoeffekt af initiativet

Grad af nuværende udbredelse

Total reduktion i sengedøgn

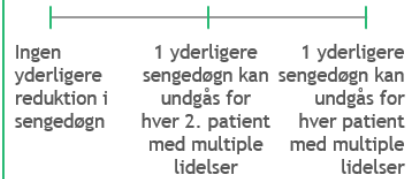
1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op  
Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingens estimer af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen

# 8. Målrettet håndtering af patienter med multiple lidelser

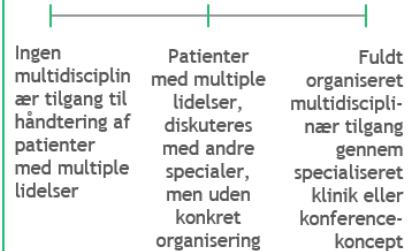
## Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- I Hoveddriver: Aktivitet  
Type: Sengedøgn  
Patientgruppe: Patienter med multiple lidelser

### II Workshop vurdering Skala for resterende effekt<sup>1</sup>



### Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>



## Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

- I Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret bruttoreduktion i sengedøgn for patienter med multiple lidelser
Nordsjællands Hospital (n=0)	
Svendborg Sygehus (n=0)	
AUH (n=3)	14%
Nykøbing F. Sygehus (n=2)	5%
Regionshospitalet Nordjylland (n=2)	13%
Hospitalsenheden Vest (n=5)	12%
<b>Vægtet gennemsnit</b>	<b>11%</b>

- II Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total multiple lidelses sengedøgn	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	1,3%	20%	0,3%
Svendborg Sygehus	1,4%	20%	0,3%
AUH	1,1%	60%	0,7%
Nykøbing F. Sygehus	0,7%	0%	0,0%
Regionshospitalet Nordjylland	0,6%	50%	0,3%
Hospitalsenheden Vest	1,2%	40%	0,5%
<b>Total på case-afdelinger</b>	<b>6,3%</b>	<b>32%</b>	<b>2,0%</b>
<b>Gennemsnitlig udbredelse</b>	<b>2,0%/6,3% =</b>		<b>31%</b>

## Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

- I Valg af omregningstakt

Hvert undgået sengedøgn svarer til et færdigbehandlet sengedøgn

- II Beregning af nationalt potentiale

~(4.000-9.000 sengedøgn) \* 2.077 kr.  
~8-18 mio. DKK

## Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

- I Niveau for national ekstrapolering vurderes:



- II Adresserbar total antal sengedøgn udregnes:

Case-afd.	10.000	×	1,04	=	10.000
Case-hosp.	64.000	×	1,04	=	66.000
<b>Nationalt</b>	<b>140.000</b>	<b>×</b>	<b>1,04</b>	<b>=</b>	<b>145.000</b>

Nuværende total # sengedøgn for patienter med multiple lidelser

Faktor til korrigerende for effekten af initiativets nuværende udbredelse

Total # sengedøgn ved 0% udbredelse af initiativ

- III Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	10.000	×	11%	×	(55-31)%	=	~270
	10.000		11%		(85-31)%		~610
Case-hosp.	66.000	×	11%	×	(55-31)%	=	~1.800
	66.000		11%		(85-31)%		~4.000
Nationalt	145.000	×	11%	×	(55-31)%	=	~3.900
	145.000		11%		(85-31)%		~8.900

Total # sengedøgn ved 0% udbredelse af initiativ

Bruttoeffekt af initiativ

Grad af nuværende udbredelse

Total reduktion i sengedøgn

1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ. Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op. Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingens estimer af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen



## 9. Patientansvarlig læge

### Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- ① Hoveddriver: Aktivitet  
Type: Sengedøgn  
Patientgruppe: Medicinske patienter

#### ② Workshop vurdering Skala for resterende effekt<sup>1</sup>

Ingen yderligere reduktion i sengedøgn	1 yderligere sengedøgn kan undgås for hver 2. patient	1 yderligere sengedøgn kan undgås for hver patient
--	---	--

#### Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>

Ingen patienter på afdelingen har en tilknyttet patientansvarlig læge	Nogle relevante patienter på afdelingen har en tilknyttet patientansvarlig læge, begrænset koordinatørrolle	Alle relevante patienter på afdelingen har en tilknyttet patientansvarlig læge, velfungerende koordinatørrolle
---	---	--

### Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

- ① Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret bruttoreduktion i sengedøgn for medicinske patienter
Nordsjællands Hospital (n=0)	
Svendborg Sygehus (n=0)	
AUH (n=4)	2%
Nykøbing F. Sygehus (n=0)	
Regionshospitalet Nordjylland (n=4)	2%
Hospitalsenheden Vest (n=6)	10%
<b>Vægtet gennemsnit</b>	<b>5%</b>

- ② Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total medicinske sengedøgn	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	0,6%		
Svendborg Sygehus	0,6%		
AUH	0,5%	70%	0,3%
Nykøbing F. Sygehus	0,4%	50%	0,2%
Regionshospitalet Nordjylland	0,3%	20%	0,1%
Hospitalsenheden Vest	0,6%	20%	0,1%
<b>Total på case-afdelinger</b>	<b>1,8%</b>	<b>40%</b>	<b>0,7%</b>
<b>Gennemsnitlig udbredelse</b>	<b>0,7%/1,8% =</b>		<b>39%</b>

### Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

- ① Valg af omregningstakst

Hvert undgået sengedøgn svarer til et færdigbehandlet sengedøgn

- ② Beregning af nationalt potentiale

~(14.000-32.000 sengedøgn) \* 2.077 kr.  
~30-66 mio. DKK

### Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

- ① Niveau for national ekstrapolering vurderes:



- ② Adresserbar total antal sengedøgn udregnes:

Case-afd.	64.000	×	1,02	=	65.000
Case-hosp.	580.000	×	1,02	=	600.000
<b>Nationalt</b>	<b>1.250.000</b>	×	<b>1,02</b>	=	<b>1.300.000</b>

Nuværende total # sengedøgn for medicinske patienter

Faktor til korrigerende for effekten af initiativets nuværende udbredelse

Total # sengedøgn ved 0% udbredelse af initiativet

- ③ Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	65.000	×	5%	×	(60-39)%	=	~730
Case-afd.	65.000	×	5%	×	(85-39)%	=	~1.600
Case-hosp.	600.000	×	5%	×	(60-39)%	=	~6.700
Case-hosp.	600.000	×	5%	×	(85-39)%	=	~15.000

Nationalt	1.300.000	×	5%	×	(60-39)%	=	~14.000
Nationalt	1.300.000	×	5%	×	(85-39)%	=	~32.000

Total # sengedøgn ved 0% udbredelse af initiativet

Bruttoeffekt af initiativet

Grad af nuværende udbredelse

Total reduktion i sengedøgn

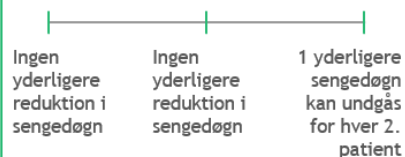
1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ. Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op. Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingens estimer af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen

# 10. Spildanalyse på sengeafsnit og i ambulatorie

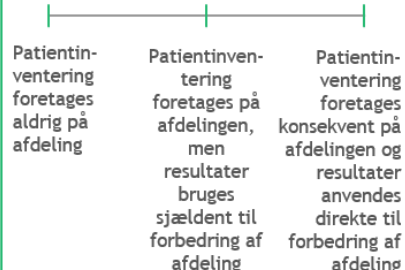
## Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- ① Hoveddriver: Aktivitet  
Type: Sengedøgn  
Patientgruppe: Medicinske patienter

### ② Workshop vurdering Skala for resterende effekt<sup>1</sup>



### Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>



## Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

- ① Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret bruttoreduktion i sengedøgn for medicinske patienter
Nordsjællands Hospital (n=0)	
Svendborg Sygehus (n=0)	
AUH (n=3)	4%
Nykøbing F. Sygehus (n=0)	
Regionshospital Nordjylland (n=3)	9%
Hospitalsenheden Vest (n=6)	3%
<b>Vægtet gennemsnit</b>	<b>6%</b>

- ② Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total medicinske sengedøgn	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	0,9%	30%	0,3%
Svendborg Sygehus	0,9%	10%	0,1%
AUH	0,7%	20%	0,1%
Nykøbing F. Sygehus	0,6%		
Regionshospital Nordjylland	0,5%	80%	0,4%
Hospitalsenheden Vest	1,0%	60%	0,6%
<b>Total på case-afdelinger</b>	<b>4,0%</b>	<b>40%</b>	<b>1,5%</b>
<b>Gennemsnitlig udbredelse</b>	<b>1,5%/4,0% =</b>		<b>37%</b>

## Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

- ① Niveau for national ekstrapolering vurderes:



- ② Adresserbar total antal sengedøgn udregnes:

Case-afd.	64.000	×	1,02	=	65.000
Case-hosp.	580.000	×	1,02	=	590.000
Nationalt	1.300.000	×	1,02	=	1.300.000

Nuværende total # sengedøgn for medicinske patienter      Faktor til korrigerende for effekten af initiativets nuværende udbredelse      Total # sengedøgn ved 0% udbredelse af initiativet

- ③ Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	65.000	×	6%	×	(70-37)%	=	~1.300
Case-afd.	65.000	×	6%	×	(85-37)%	=	~1.900
Case-hosp.	590.000	×	6%	×	(70-37)%	=	~12.000
Case-hosp.	590.000	×	6%	×	(85-37)%	=	~17.000
Nationalt	1.300.000	×	6%	×	(70-37)%	=	~25.000
Nationalt	1.300.000	×	6%	×	(85-37)%	=	~37.000

Total # sengedøgn ved 0% udbredelse af initiativet      Bruttoeffekt af initiativet      Grad af nuværende udbredelse      Total reduktion i sengedøgn

## Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

- ① Valg af omregningstakst

Hvert undgået sengedøgn svarer til et gennemsnit mellem et sengedøgn med behandling og et færdigbehandlet sengedøgn

- ② Beregning af nationalt potentiale

~(25.000-37.000 sengedøgn) \* 5.076 kr.  
~127-186 mio. DKK

1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ. Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op. Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingers estimer af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen

# 11. Opgaveglidning (bredt initiativ) (1/6)

(Træning og mobilisering fra sygeplejersker til fysioterapeuter)

## Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- I Hoveddriver: Personalekapacitet  
Type: ÅV  
Personalegruppe: Sygeplejersker på sengeafsnit

### II Antagelser

**Lavt spænd:** Andel af sygeplejersketid brugt på opgave kan reduceres til gennemsnit blandt case-afdelinger  
**Højt spænd:** Samme som lavt spænd

## Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

### I Beregning af andel af personaletid der kan opgaveglides

		Lavt spænd	Højt spænd
Min. andel af personaletid der pga. antagelser skal bruges på opgave			
		2%	2%
Afdeling	Personaletid brugt på opgave (% af total)	Personaletid opgavegledet (% af total)	
		Lavt spænd	Højt spænd
Nordsjællands Hospital	1,9%	0,0%	0,0%
Svendborg Sygehus	2,9%	0,6%	0,6%
AUH	0,4%	0,0%	0,0%
Nykøbing F. Sygehus	3,1%	0,7%	0,7%
Regionshospital Nordjylland	2,4%	0,1%	0,1%
Hospitalsenheden Vest	3,4%	1,0%	1,0%

### II Beregning af absolutt ÅV opgavegledet:

Afdeling	Personalegruppe ÅV i dagvagt	Personaletid opgavegledet (ÅV)	
		Lavt spænd	Højt spænd
Nordsjællands Hospital	10,6	0,0	0,0
Svendborg Sygehus	8,0	0,0	0,0
AUH	9,1	0,0	0,0
Nykøbing F. Sygehus	5,1	0,0	0,0
Regionshospital Nordjylland	5,7	0,0	0,0
Hospitalsenheden Vest	10,0	0,1	0,1
<b>SUM</b>		<b>0,2</b>	<b>0,2</b>

## Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

### I Valg af omregningstakst

Løndifferencen mellem sygeplejersker og fysioterapeuter anvendes

### II Beregning af nationalt potentiale

~(10 ÅV) \* 40.700 kr. ~0,4 mio. DKK

## Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

### I Niveau for national ekstrapolering vurderes:



### II Ekstrapoleringsfaktor udregnes:

Case-afd.	10.400	÷	9.100	=	1,2
Case-hosp.	125.000	÷	9.100	=	14
Nationalt	463.000	÷	9.100	=	51

Total # indlæggelser for medicinske patienter på ekstrapoleringsniveau      Total # indlæggelser for medicinske patienter på afd. med effektmål      Ekstrapoleringsfaktor til bruttoeffekt

### III Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	0,2	×	1,2	=	~0,2
Case-hosp.	0,2	×	14	=	~2,7
Nationalt	0,2	×	51	=	~10

Total ÅV opgavegledet på case-afdelinger      Ekstrapoleringsfaktor      Total ÅV opgavegledet

Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op  
Kilde: Tidsstudie på case-afdelinger samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen

# 11. Opgaveglidning (bredt initiativ) (2/6)

(Træning og mobilisering fra social- og sundhedsassistenter til fysioterapeuter)

## Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- I Hoveddriver: Personalekapacitet  
Type: ÅV  
Personalegruppe: SOSA på sengeafsnit

### II Antagelser

Lavt spænd: Andel af SOSA-tid brugt på opgave kan reduceres til gennemsnit blandt case-afdelinger  
Højt spænd: Samme som lavt spænd

## Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

### I Beregning af andel af personaletid der kan opgaveglides

		Lavt spænd	Højt spænd
Min. andel af personaletid der pga. antagelser skal bruges på opgave			
		6%	6%
Afdeling	Personaletid brugt på opgave (% af total)	Personaletid opgavegledet (% af total)	
		Lavt spænd	Højt spænd
Nordsjællands Hospital	4,7%	0,0%	0,0%
Svendborg Sygehus	9,9%	3,5%	3,5%
AUH	1,5%	0,0%	0,0%
Nykøbing F. Sygehus	7,2%	0,9%	0,9%
Regionshospital Nordjylland	9,7%	3,4%	3,4%
Hospitalsenheden Vest	5,0%	0,0%	0,0%

### II Beregning af absolutt ÅV opgavegledet:

Afdeling	Personalegruppe ÅV i dagvagt	Personaletid opgavegledet (ÅV)	
		Lavt spænd	Højt spænd
Nordsjællands Hospital	5,3	0,0	0,0
Svendborg Sygehus	5,7	0,2	0,2
AUH	1,1	0,0	0,0
Nykøbing F. Sygehus	4,0	0,0	0,0
Regionshospital Nordjylland	2,8	0,1	0,1
Hospitalsenheden Vest	3,4	0,0	0,0
<b>SUM</b>		<b>0,3</b>	<b>0,3</b>

## Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

### I Valg af omregningstakst

Løndifferencen mellem social- og sundhedsassistenter og fysioterapeuter anvendes

### II Beregning af nationalt potentiale

~(17 ÅV) \* 13.300 kr. ~0,2 mio. DKK

## Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

### I Niveau for national ekstrapolering vurderes:



### II Ekstrapoleringsfaktor udregnes:

Case-afd.	10.400	÷	9.100	=	1,2
Case-hosp.	125.000	÷	9.100	=	14
Nationalt	463.000	÷	9.100	=	51

Total # indlæggelser for medicinske patienter på ekstrapoleringsniveau      Total # indlæggelser for medicinske patienter på afd. med effektmål      Ekstrapoleringsfaktor til bruttoeffekt

### III Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	0,3	×	1,2	=	~0,4
	0,3		1,2		~0,4
Case-hosp.	0,3	×	14	=	~4,6
	0,3		14		~4,6
Nationalt	0,3	×	51	=	~17
	0,3		51		~17

Total ÅV opgavegledet på case-afdelinger      Ekstrapoleringsfaktor      Total ÅV opgavegledet

Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op  
Kilde: Tidsstudie på case-afdelinger samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen

# 11. Opgaveglidning (bredt initiativ) (3/6)

(Koordinering med primærsektoren fra sygeplejersker til fysioterapeuter)

## Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- I Hoveddriver: Personalekapacitet  
Type: ÅV  
Personalegruppe: Sygeplejersker på sengeafsnit

## II Antagelser

**Lavt spænd:** Andel af sygeplejersketid brugt på opgave kan reduceres til gennemsnit blandt case-afdelinger

**Højt spænd:** Andel af sygeplejersketid brugt på opgave kan reduceres til laveste blandt case-afdelinger

## Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

### I Beregning af andel af personaletid der kan opgaveglides

		Lavt spænd	Højt spænd
Min. andel af personaletid der pga. antagelser skal bruges på opgave			
		5%	2%
Afdeling	Personaletid brugt på opgave (% af total)	Personaletid opgavegledet (% af total)	
		Lavt spænd	Højt spænd
Nordsjællands Hospital	2,6%	0,0%	0,0%
Svendborg Sygehus	5,6%	0,8%	3,0%
AUH	6,1%	1,2%	3,4%
Nykøbing F. Sygehus	5,7%	0,9%	3,1%
Regionshospital Nordjylland	6,3%	1,5%	3,7%
Hospitalsenheden Vest	2,6%	0,0%	0,0%

### II Beregning af absolutt ÅV opgavegledet:

Afdeling	Personalegruppe ÅV i dagvagt	Personaletid opgavegledet (ÅV)	
		Lavt spænd	Højt spænd
Nordsjællands Hospital	10,6	0,0	0,0
Svendborg Sygehus	8,0	0,1	0,2
AUH	9,1	0,1	0,3
Nykøbing F. Sygehus	5,1	0,0	0,2
Regionshospital Nordjylland	5,7	0,1	0,2
Hospitalsenheden Vest	10,0	0,0	0,0
<b>SUM</b>		<b>0,3</b>	<b>0,9</b>

## Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

### I Valg af omregningstakst

Løndifferencen mellem sygeplejersker og fysioterapeuter anvendes

### II Beregning af nationalt potentiale

~(16-47 ÅV) \* 40.700 kr. ~0,6-1,9 mio. DKK

## Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

### I Niveau for national ekstrapolering vurderes:



### II Ekstrapoleringsfaktor udregnes:

Case-afd.	10.400	÷	9.100	=	1,2
Case-hosp.	125.000	÷	9.100	=	14
Nationalt	463.000	÷	9.100	=	51

Total # indlæggelser for medicinske patienter på ekstrapoleringsniveau      Total # indlæggelser for medicinske patienter på afd. med effektmål      Ekstrapoleringsfaktor til bruttoeffekt

### III Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	0,3	×	1,2	=	~0,4
	0,9	×	1,2	=	~1,1
Case-hosp.	0,3	×	14	=	~4,2
	0,9	×	14	=	~13
Nationalt	0,3	×	51	=	~16
	0,9	×	51	=	~47

Total ÅV opgavegledet på case-afdelinger      Ekstrapoleringsfaktor      Total ÅV opgavegledet

Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op  
Kilde: Tidsstudie på case-afdelinger samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen



# 11. Opgaveglidning (bredt initiativ) (4/6)

(Koordinering med primærsektoren fra social- og sundhedsassistenter til fysioterapeuter)

## Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- ① Hoveddriver:  
Personalekapacitet  
Type: ÅV  
Personalegruppe: SOSA på sengeafsnit
- ② Antagelser  
  
Lavt spænd: Andel af SOSA-tid brugt på opgave kan reduceres til gennemsnit blandt case-afdelinger  
Højt spænd: Andel af SOSA-tid brugt på opgave kan reduceres til laveste blandt case-afdelinger

## Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

### ① Beregning af andel af personaletid der kan opgaveglides

		Lavt spænd	Højt spænd
Min. andel af personaletid der pga. antagelser skal bruges på opgave			
		3%	1%
Afdeling	Personaletid brugt på opgave (% af total)	Personaletid opgavegledet (% af total)	
		Lavt spænd	Højt spænd
Nordsjællands Hospital	4,6%	1,4%	3,3%
Svendborg Sygehus	7,4%	4,1%	6,1%
AUH	1,5%	0,0%	0,1%
Nykøbing F. Sygehus	1,3%	0,0%	0,0%
Regionshospital Nordjylland	3,2%	0,0%	1,9%
Hospitalsenheden Vest	1,5%	0,0%	0,2%

### ② Beregning af absolutt ÅV opgavegledet:

Afdeling	Personalegruppe ÅV i dagvagt	Personaletid opgavegledet (ÅV)	
		Lavt spænd	Højt spænd
Nordsjællands Hospital	5,3	0,1	0,2
Svendborg Sygehus	5,7	0,2	0,3
AUH	1,1	0,0	0,0
Nykøbing F. Sygehus	4,0	0,0	0,0
Regionshospital Nordjylland	2,8	0,0	0,1
Hospitalsenheden Vest	3,4	0,0	0,0
SUM		0,3	0,6

## Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

### ① Valg af omregningstakst

Løndifferencen mellem social- og sundhedsassistenter og fysioterapeuter anvendes

### ② Beregning af nationalt potentiale

~(16-30 ÅV) \* 13.300 kr. ~0,6-1,2 mio. DKK

## Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

### ① Niveau for national ekstrapolering vurderes:



### ② Ekstrapoleringsfaktor udregnes:

Case-afd.	10.400	÷	9.100	=	1,2
Case-hosp.	125.000	÷	9.100	=	14
Nationalt	463.000	÷	9.100	=	51

Total # indlæggelser for medicinske patienter på ekstrapoleringsniveau      Total # indlæggelser for medicinske patienter på afd. med effektmål      Ekstrapoleringsfaktor til bruttoeffekt

### ③ Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	0,3	×	1,2	=	~0,4
	0,6		1,2		~0,7
Case-hosp.	0,3	×	14	=	~4,3
	0,6		14		~8,0
Nationalt	0,3	×	51	=	~16
	0,6		51		~30

Total ÅV opgavegledet på case-afdelinger      Ekstrapoleringsfaktor      Total ÅV opgavegledet

Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op  
Kilde: Tidsstudie på case-afdelinger samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen



# 11. Opgaveglidning (bredt initiativ) (5/6)

(Praktiske opgaver fra sygeplejersker til ikke-klinisk personale)

## Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- I Hoveddriver: Personalekapacitet  
Type: ÅV  
Personalegruppe: Sygeplejersker på sengeafsnit

### II Antagelser

**Lavt spænd:** Andel af sygeplejersketid brugt på opgave kan reduceres til gennemsnit blandt case-afdelinger

**Højt spænd:** Andel af sygeplejersketid brugt på opgave kan reduceres til laveste blandt case-afdelinger

## Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

### I Beregning af andel af personaletid der kan opgaveglides

		Lavt spænd	Højt spænd
Min. andel af personaletid der pga. antagelser skal bruges på opgave			
		6%	3%
Afdeling	Personaletid brugt på opgave (% af total)	Personaletid opgavegledet (% af total)	
		Lavt spænd	Højt spænd
Nordsjællands Hospital	7,5%	1,4%	4,6%
Svendborg Sygehus	6,0%	0,0%	3,1%
AUH	7,3%	1,3%	4,4%
Nykøbing F. Sygehus	4,3%	0,0%	1,5%
Regionshospital Nordjylland	8,3%	2,3%	5,4%
Hospitalsenheden Vest	2,9%	0,0%	0,0%

### II Beregning af absolutt ÅV opgavegledet:

Afdeling	Personalegruppe ÅV i dagvagt	Personaletid opgavegledet (ÅV)	
		Lavt spænd	Højt spænd
Nordsjællands Hospital	10,6	0,1	0,5
Svendborg Sygehus	8,0	0,0	0,2
AUH	9,1	0,1	0,4
Nykøbing F. Sygehus	5,1	0,0	0,1
Regionshospital Nordjylland	5,7	0,1	0,3
Hospitalsenheden Vest	10,0	0,0	0,0
SUM		0,4	1,5

## Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

### I Valg af omregningstakst

Løndifferencen mellem sygeplejersker og ikke-klinisk personale (serviceassistenter) anvendes

### II Beregning af nationalt potentiale

~(20-78 ÅV) \* 90.900 kr. ~1,8-7,0 mio. DKK

## Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

### I Niveau for national ekstrapolering vurderes:



### II Ekstrapoleringsfaktor udregnes:

Case-afd.	10.400	÷	9.100	=	1,2
Case-hosp.	125.000	÷	9.100	=	14
Nationalt	463.000	÷	9.100	=	51

Total # indlæggelser for medicinske patienter på ekstrapoleringsniveau      Total # indlæggelser for medicinske patienter på afd. med effektmål      Ekstrapoleringsfaktor til bruttoeffekt

### III Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	0,4	×	1,2	=	~0,5
	1,5	×	1,2	=	~1,7
Case-hosp.	0,4	×	14	=	~5,5
	1,5	×	14	=	~21
Nationalt	0,4	×	51	=	~20
	1,5	×	51	=	~78

Total ÅV opgavegledet på case-afdelinger      Ekstrapoleringsfaktor      Total ÅV opgavegledet

Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op  
Kilde: Tidsstudie på case-afdelinger samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen

# 11. Opgaveglidning (bredt initiativ) (6/6)

(Praktiske opgaver fra social- og sundhedsassistenter til ikke-klinisk personale)

## Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- ① Hoveddriver:  
Personalekapacitet  
Type: ÅV  
Personalegruppe: SOSA på sengeafsnit
- ② **Antagelser**  
  
Lavt spænd: Andel af SOSA-tid brugt på opgave kan reduceres til gennemsnit blandt case-afdelinger  
Højt spænd: Andel af SOSA-tid brugt på opgave kan reduceres til laveste blandt case-afdelinger

## Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

### ① Beregning af andel af personaletid der kan opgaveglides

	Lavt spænd	Højt spænd
Min. andel af personaletid der pga. antagelser skal bruges på opgave	11%	4%
Afdeling	Personaletid brugt på opgave (% af total)	Personaletid opgavegledet (% af total)
		Lavt spænd Højt spænd
Nordsjællands Hospital	11,3%	0,0% 7,0%
Svendborg Sygehus	6,9%	0,0% 2,5%
AUH	23,0%	11,6% 18,7%
Nykøbing F. Sygehus	10,4%	0,0% 6,1%
Regionshospital Nordjylland	12,2%	0,8% 7,8%
Hospitalsenheden Vest	4,3%	0,0% 0,0%

### ② Beregning af absolutt ÅV opgavegledet:

Afdeling	Personalegruppe ÅV i dagvagt	Personaletid opgavegledet (ÅV)	
		Lavt spænd	Højt spænd
Nordsjællands Hospital	5,3	0,0	0,4
Svendborg Sygehus	5,7	0,0	0,1
AUH	1,1	0,1	0,2
Nykøbing F. Sygehus	4,0	0,0	0,2
Regionshospital Nordjylland	2,8	0,0	0,2
Hospitalsenheden Vest	3,4	0,0	0,0
<b>SUM</b>		<b>0,2</b>	<b>1,2</b>

## Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

- ① Valg af omregningstakst  
Løndifferencen mellem social- og sundhedsassistenter og ikke-klinisk personale (serviceassistenter) anvendes

- ② Beregning af nationalt potentiale  
~(8,0-61 ÅV) \* 63.400 kr. ~0,5-3,9 mio. DKK

## Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

### ① Niveau for national ekstrapolering vurderes:



### ② Ekstrapoleringsfaktor udregnes:

Case-afd.	10.400	÷	9.100	=	1,2
Case-hosp.	125.000	÷	9.100	=	14
Nationalt	463.000	÷	9.100	=	51

Total # indlæggelser for medicinske patienter på ekstrapoleringsniveau      Total # indlæggelser for medicinske patienter på afd. med effektmål      Ekstrapoleringsfaktor til bruttoeffekt

### ③ Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	0,2	×	1,2	=	-0,2
	1,2		1,2		-1,4
Case-hosp.	0,2	×	14	=	-2,1
	1,2		14		-17
Nationalt	0,2	×	51	=	-8,0
	1,2		51		-61

Total ÅV opgavegledet på case-afdelinger      Ekstrapoleringsfaktor      Total ÅV opgavegledet

Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op  
Kilde: Tidsstudie på case-afdelinger samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen

## 12. Intern kompetenceudvikling af plejepersonale

### Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- ① Hoveddriver:  
Personalekapacitet  
Type: ÅV  
Personalegruppe:  
Plejepersonale på sengeafsnit

- ② Workshop vurdering  
Skala for resterende effekt<sup>1</sup>

Intet yderligere frigivet personale-tid	15 minutter yderligere frigivet per vagt for plejepersonale	30 minutter yderligere frigivet per vagt for plejepersonale
---	---	---

#### Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>

Ingen intern kompetenceudvikling på afdeling	Kompetenceudvikling af nyt personale, men ikke et fokusområde for afdeling	Kompetenceudvikling af nyt og eksisterende personale gennem målrettede initiativer tværs af personalegrupper
--	--	--

### Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

- ① Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret bruttoeffekt	Plejepersonale ÅV	Plejepersonale ÅV frigivet
Nordsjællands Hospital (n=0)			
Svendborg Sygehus (n=0)			
AUH (n=3)	3%	10,2	0,3
Nykøbing F. Sygehus (n=4)	10%	9,1	0,9
Regionshospital Nordjylland (n=5)	9%	8,5	0,8
Hospitalsenheden Vest (n=7)	9%	13,4	1,2
<b>SUM</b>			<b>3,2</b>

- ② Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total medicinske indlæggelser	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	0,4%	60%	0,2%
Svendborg Sygehus	0,3%	70%	0,2%
AUH	0,3%	40%	0,1%
Nykøbing F. Sygehus	0,2%	60%	0,1%
Regionshospital Nordjylland	0,3%	70%	0,2%
Hospitalsenheden Vest	0,4%	60%	0,2%
<b>Total på case-afdelinger</b>	<b>2,0%</b>	<b>60%</b>	<b>1,2%</b>
<b>Gennemsnitlig udbredelse</b>	<b>1,2%/2,0% =</b>		<b>59%</b>

### Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

- ① Valg af omregningstakst

Gennemsnitlig lønomkostning til plejepersonale baseret på plejepersonalegruppens sammensætning på case-afd. anvendes

- ② Beregning af nationalt potentiale

~(27-64 ÅV) \* 469.000 kr. ~12-30 mio. DKK

### Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

- ① Niveau for national ekstrapolering vurderes:



- ② Ekstrapoleringsfaktor udregnes:

Case-afd.	10.400	÷	5.900	=	1,8
Case-hosp.	125.000	÷	5.900	=	21
Nationalt	463.000	÷	5.900	=	78

Total # indlæggelser for medicinske patienter på ekstrapoleringsniveau

Total # indlæggelser for medicinske patienter på afd. med effektmål

Ekstrapoleringsfaktor til bruttoeffekt

- ③ Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	3,2	×	1,8	×	(70-59)%	=	~0,6
Case-hosp.	3,2	×	21	×	(85-59)%	=	~1,4
Case-hosp.	3,2	×	21	×	(70-59)%	=	~7,2
Case-hosp.	3,2	×	21	×	(85-59)%	=	~17
Nationalt	3,2	×	78	×	(70-59)%	=	~27
Nationalt	3,2	×	78	×	(85-59)%	=	~64

Total ÅV frigivet på afd. med effektmål

Ekstrapoleringsfaktor

Grad af nuværende udbredelse

Total frigivet ÅV

1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op  
Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingers estimer af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen

# 13. Kontinuitet af læge og plejepersonale for patient (1/2)

(Personalegruppe: læge)

## Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

① Hoveddriver:  
 Personalekapacitet  
 Type: ÅV  
 Personalegruppe: Læge på sengeafsnit

② Workshop vurdering  
 Skala for resterende effekt<sup>1</sup>

Intet yderligere frigivet personale-tid	30 minutter yderligere frigivet per vagt for hver personale-gruppe	60 minutter yderligere frigivet per vagt for hver personale-gruppe
---	--	--

Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>

Tilfældigt hvem der får hvilke patienter fra dag til dag	Det tilstræbes at sikre kontinuitet, men det besværliggøres af sygdom, kurser, og varierende arbejdsopgaver (stuegang, amb., FAM/Modtagelse)	Allokering af patienter er optimeret til det yderste for at sikre kontinuitet af både læger og plejepersonale
--	--	---

## Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

① Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret bruttoeffekt	Læge ÅV	Læge ÅV frigivet
Nordsjællands Hospital (n=2)	6%	4,5	0,3
Svendborg Sygehus (n=5)	13%	4,5	0,6
AUH (n=3)	19%	5,7	1,1
Nykøbing F. Sygehus (n=1)	9%	3,4	0,3
Regionshospitalet Nordjylland (n=3)	14%	3,4	0,5
Hospitalsenheden Vest (n=9)	8%	4,5	0,4
<b>SUM</b>			<b>3,1</b>

② Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total medicinske indlæggelser	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	0,4%	50%	0,2%
Svendborg Sygehus	0,3%	10%	0,0%
AUH	0,3%	50%	0,2%
Nykøbing F. Sygehus	0,2%	40%	0,1%
Regionshospitalet Nordjylland	0,3%	50%	0,1%
Hospitalsenheden Vest	0,4%	50%	0,2%
Total på case-afdelinger	2,0%	42%	0,8%
<b>Gennemsnitlig udbredelse</b>	<b>0,8%/2,0% =</b>		<b>43%</b>

## Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

① Valg af omregningstakst

Gennemsnitlig lønomkostning til læger baseret på lægegruppens sammensætning på case-afd. anvendes

② Beregning af nationalt potentiale

~(11-66 ÅV) \* 782.000 kr. ~8-51 mio. DKK

## Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

① Niveau for national ekstrapolering vurderes:



② Ekstrapoleringsfaktor udregnes:

Case-afd.	10.400	÷	9.100	=	1,2
Case-hosp.	125.000	÷	9.100	=	14
Nationalt	463.000	÷	9.100	=	52

Total # indlæggelser for medicinske patienter på ekstrapoleringsniveau      Total # indlæggelser for medicinske patienter på afd. med effektmål      Ekstrapoleringsfaktor til bruttoeffekt

③ Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	3,1	×	1,2	(50-43)%	=	~0,2
Case-hosp.	3,1	×	14	(85-43)%	=	~1,5
Case-hosp.	3,1	×	14	(50-43)%	=	~2,8
Case-hosp.	3,1	×	14	(85-43)%	=	~18
Nationalt	3,1	×	52	(50-43)%	=	~11
Nationalt	3,1	×	52	(85-43)%	=	~66

Total ÅV frigivet på afd. med effektmål      Ekstrapoleringsfaktor      Grad af nuværende udbredelse      Total frigivet ÅV

1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ. Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op. Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingers estimater af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen

# 13. Kontinuitet af læge og plejepersonale for patient (2/2)

(Personalegruppe: plejepersonale)

## Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- ① Hoveddriver: Personalekapacitet  
Type: ÅV  
Personalegruppe: Plejepersonale på sengeafsnit

### ② Workshop vurdering Skala for resterende effekt<sup>1</sup>

Intet yderligere frigivet personale-tid	30 minutter yderligere frigivet per vagt for hver personale-gruppe	60 minutter yderligere frigivet per vagt for hver personale-gruppe
---	--	--

### Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>

Tilfældigt hvem der får hvilke patienter fra dag til dag	Det tilstræbes at sikre kontinuitet, men det besværliggøres af sygdom, kurser, og varierende arbejdsopgaver (stuegang, amb., FAM/Modtagelse)	Allokering af patienter er optimeret til det yderste for at sikre kontinuitet af både læger og plejepersonale
--	--	---

## Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

- ① Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret bruttoeffekt	Plejeper-sonale ÅV	Plejepersona-le ÅV frigivet
Nordsjællands Hospital (n=2)	6%	15,9	1,0
Svendborg Sygehus (n=5)	13%	13,6	1,7
AUH (n=3)	19%	10,2	1,9
Nykøbing F. Sygehus (n=1)	9%	9,1	0,8
Regionshospitalet Nordjylland (n=3)	14%	8,5	1,2
Hospitalsenheden Vest (n=9)	8%	13,4	1,1
<b>SUM</b>			<b>7,7</b>

- ② Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total medicinske indlæggelser	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	0,4%	50%	0,2%
Svendborg Sygehus	0,3%	10%	0,0%
AUH	0,3%	50%	0,2%
Nykøbing F. Sygehus	0,2%	40%	0,1%
Regionshospitalet Nordjylland	0,3%	50%	0,1%
Hospitalsenheden Vest	0,4%	50%	0,2%
Total på case-afdelinger	2,0%	42%	0,8%
<b>Gennemsnitlig udbredelse</b>	<b>0,8%/2,0% =</b>		<b>43%</b>

## Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

- ① Valg af omregningstakst

Gennemsnitlig lønomkostning til plejepersonale baseret på plejepersonalegruppens sammensætning på case-afd. anvendes

- ② Beregning af nationalt potentiale

~(27-165 ÅV) \* 469.000 kr. ~12-77 mio. DKK

## Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

- ① Niveau for national ekstrapolering vurderes:



- ② Ekstrapoleringsfaktor udregnes:

Case-afd.	10.400	÷	9.100	=	1,2
Case-hosp.	125.000	÷	9.100	=	14
Nationalt	463.000	÷	9.100	=	52

Total # indlæggelser for medicinske patienter på ekstrapoleringsniveau      Total # indlæggelser for medicinske patienter på afd. med effektmål      Ekstrapoleringsfaktor til bruttoeffekt

- ③ Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	7,7	×	1,2	(50-43)%	=	~0,6
Case-hosp.	7,7	×	14	(85-43)%	=	~3,7
Nationalt	7,7	×	52	(50-43)%	=	~27
	7,7	×	52	(85-43)%	=	~165

Total ÅV frigivet på afd. med effektmål      Ekstrapoleringsfaktor      Grad af nuværende udbredelse      Total frigivet ÅV

1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ. Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op. Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingers estimer af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen



# 14. Standardisering af faste opgaver/arbejdsgange (1/2)

(Personalegruppe: læge)

## Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- I Hoveddriver: Personalekapacitet  
Type: ÅV  
Personalegruppe: Læge på sengeafsnit

- II Workshop vurdering  
Skala for resterende effekt<sup>1</sup>

Intet yderligere frigivet personale-tid	15 minutter yderligere frigivet per vagt for hver personale-gruppe	30 minutter yderligere frigivet per vagt for hver personale-gruppe
---	--	--

### Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>

Ingen standardiserede arbejds-gange på afdeling for faste opgaver/møder	Standardiserede og effektive arbejds-gange for faste møder som tavlemøder, men ikke for faste opgaver i relation til patienter	Standardiserede og effektive arbejds-gange for alle møder og faste opgave-typer
---	--	---

## Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

- I Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret bruttoeffekt	Læge ÅV	Læge ÅV frigivet
Nordsjællands Hospital (n=0)			
Svendborg Sygehus (n=0)			
AUH (n=2)	4%	5,7	0,2
Nykøbing F. Sygehus (n=3)	13%	3,4	0,4
Regionshospital Nordjylland (n=5)	5%	3,4	0,2
Hospitalsenheden Vest (n=6)	12%	4,5	0,5
<b>SUM</b>			<b>1,4</b>

- II Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total medicinske indlæggelser	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	0,4%	70%	0,3%
Svendborg Sygehus	0,3%	50%	0,1%
AUH	0,3%	60%	0,2%
Nykøbing F. Sygehus	0,2%	50%	0,1%
Regionshospital Nordjylland	0,3%	70%	0,2%
Hospitalsenheden Vest	0,4%	60%	0,2%
Total på case-afdelinger	2,0%	60%	1,2%
<b>Gennemsnitlig udbredelse</b>	<b>1,2%/2,0% =</b>		<b>61%</b>

## Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

- I Valg af omregningstakst

Gennemsnitlig lønomkostning til læger baseret på lægegruppens sammensætning på case-afd. anvendes

- II Beregning af nationalt potentiale

~(9,5-25 ÅV) \* 782.000 kr. ~7-20 mio. DKK

## Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

- I Niveau for national ekstrapolering vurderes:



- II Ekstrapoleringsfaktor udregnes:

Case-afd.	10.400	÷	5.900	=	1,8
Case-hosp.	125.000	÷	5.900	=	21
Nationalt	463.000	÷	5.900	=	78

Total # indlæggelser for medicinske patienter på ekstrapoleringsniveau      Total # indlæggelser for medicinske patienter på afd. med effektmål      Ekstrapoleringsfaktor til bruttoeffekt

- III Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	1,4	×	1,8	×	(70-61)%	=	~0,2
Case-hosp.	1,4	×	21	×	(70-61)%	=	~2,6
Nationalt	1,4	×	78	×	(70-61)%	=	~9,5
	1,4	×	78	×	(85-61)%	=	~25

Total ÅV frigivet på afd. med effektmål      Ekstrapoleringsfaktor      Grad af nuværende udbredelse      Total frigivet ÅV

1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op  
Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingers estimerer af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen



# 14. Standardisering af faste opgaver/arbejds gange (2/2)

(Personalegruppe: plejepersonale)

## Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- I Hoveddriver: Personalekapacitet  
Type: ÅV  
Personalegruppe: Plejepersonale på sengeafsnit

- II Workshop vurdering  
Skala for resterende effekt<sup>1</sup>

Intet yderligere frigivet personale-tid	15 minutter yderligere frigivet per vagt for hver personale-gruppe	30 minutter yderligere frigivet per vagt for hver personale-gruppe
---	--	--

### Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>

Ingen standardiserede arbejds-gange på afdeling for faste opgaver/møder	Standardiserede og effektive arbejds-gange for faste møder som tavlemøder, men ikke for faste opgaver i relation til patienter	Standardiserede og effektive arbejds-gange for alle møder og faste opgave-typer
---	--	---

## Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

- I Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret bruttoeffekt	Plejeper-sonale ÅV	Plejepersona-le ÅV frigivet
Nordsjællands Hospital (n=0)			
Svendborg Sygehus (n=0)			
AUH (n=2)	4%	10,2	0,4
Nykøbing F. Sygehus (n=3)	13%	9,1	1,1
Regionshospital Nordjylland (n=5)	5%	8,5	0,4
Hospitalsenheden Vest (n=6)	12%	13,4	1,6
<b>SUM</b>			<b>3,5</b>

- II Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total medicinske indlæggelser	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	0,4%	70%	0,3%
Svendborg Sygehus	0,3%	50%	0,1%
AUH	0,3%	60%	0,2%
Nykøbing F. Sygehus	0,2%	50%	0,1%
Regionshospital Nordjylland	0,3%	70%	0,2%
Hospitalsenheden Vest	0,4%	60%	0,2%
Total på case-afdelinger	2,0%	60%	1,2%
<b>Gennemsnitlig udbredelse</b>	<b>1,2%/2,0% =</b>		<b>61%</b>

## Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

- I Valg af omregningstakst

Gennemsnitlig lønomkostning til plejepersonale baseret på plejepersonalegruppens sammensætning på case-afd. anvendes

- II Beregning af nationalt potentiale

~(25-66 ÅV) \* 469.000 kr. ~12-31 mio. DKK

## Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

- I Niveau for national ekstrapolering vurderes:



- II Ekstrapoleringsfaktor udregnes:

Case-afd.	10.400	÷	5.900	=	1,8
Case-hosp.	125.000	÷	5.900	=	21
Nationalt	463.000	÷	5.900	=	78

Total # indlæggelser for medicinske patienter på ekstrapoleringsniveau      Total # indlæggelser for medicinske patienter på afd. med effektmål      Ekstrapoleringsfaktor til bruttoeffekt

- III Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	3,5	×	1,8	×	(70-61)%	=	~0,6
Case-hosp.	3,5	×	1,8	×	(85-61)%	=	~1,5
Case-hosp.	3,5	×	21	×	(70-61)%	=	~6,7
Case-hosp.	3,5	×	21	×	(85-61)%	=	~18
Nationalt	3,5	×	78	×	(70-61)%	=	~25
Nationalt	3,5	×	78	×	(85-61)%	=	~66

Total ÅV frigivet på afd. med effektmål      Ekstrapoleringsfaktor      Grad af nuværende udbredelse      Total frigivet ÅV

1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op  
Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingers estimer af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen

# 15. Behovsstyret ambulatorie

## Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

① Hoveddriver: Aktivitet  
Type: Ambulante besøg  
Patientgruppe: Kroniske patienter

② Workshop vurdering  
Skala for resterende effekt<sup>1</sup>

0 yderligere ambulante besøg pr. amb. for kronikere kan undgås om ugen	5 yderligere ambulante besøg pr. amb. for kronikere kan undgås om ugen	10 yderligere ambulante besøg pr. amb. for kronikere kan undgås om ugen
--	--	---

Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>

Ingen behovsstyring af ambulatorie, kronikere kommer til rutinekontrol efter faste intervaller	Delvis behovsstyring af ambulatorie, kronikere kommer til rutinekontrol, men intervaller justeres efter behov	Fuldt behovsstyret ambulatorie, hvor alle kronikere kun kommer til ambulante besøg efter behov
--	---	--

## Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

① Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret bruttoreduktion i ambulante besøg for kroniske patienter
Nordsjællands Hospital (n=2)	
Svendborg Sygehus (n=7)	
AUH (n=2)	13%
Nykøbing F. Sygehus (n=3)	
Regionshospitalet Nordjylland (n=5)	10%
Hospitalsenheden Vest (n=8)	7%
<b>Vægtet gennemsnit</b>	<b>9%</b>

② Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total kroniske ambulante besøg	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	0,9%	80%	0,7%
Svendborg Sygehus	0,2%	80%	0,1%
AUH	1,9%	60%	1,1%
Nykøbing F. Sygehus	1,7%		
Regionshospitalet Nordjylland	0,2%	50%	0,1%
Hospitalsenheden Vest	0,5%	70%	0,4%
<b>Total på case-afdelinger</b>	<b>3,7%</b>	<b>68%</b>	<b>2,5%</b>
<b>Gennemsnitlig udbredelse</b>	<b>2,5%/3,7% =</b>		<b>67%</b>

## Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

① Niveau for national ekstrapolering vurderes:

② Adresserbar total antal ambulante besøg udregnes:

Case-afd.	77.000	×	1,07	=	80.000
Case-hosp.	755.000	×	1,07	=	810.000
<b>Nationalt</b>	<b>1.360.000</b>	×	<b>1,07</b>	=	<b>1.500.000</b>

Nuværende total # ambulante besøg for kroniske patienter | Faktor til korrigerende for effekten af initiativets nuværende udbredelse | Total # ambulante besøg ved 0% udbredelse af initiativ

③ Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	80.000	×	9%	×	(80-67)%	=	~1.000
Case-afd.	80.000	×	9%	×	(85-67)%	=	~1.400
Case-hosp.	810.000	×	9%	×	(80-67)%	=	~9.900
Case-hosp.	810.000	×	9%	×	(85-67)%	=	~14.000
Nationalt	1.500.000	×	9%	×	(80-67)%	=	~18.000
Nationalt	1.500.000	×	9%	×	(85-67)%	=	~25.000

Total # ambulante besøg ved 0% udbredelse af initiativ | Bruttoeffekt af initiativ | Grad af nuværende udbredelse | Total reduktion i ambulante besøg

## Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

① Valg af omregningstakt  
Hvert ambulante besøg svarer til et gennemsnitligt ambulante besøg for en medicinsk patient

② Beregning af nationalt potentiale  
~(18.000-25.000 ambulante besøg) \* 2.517 kr.  
~45-62 mio. DKK

1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ. Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op. Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingers estimer af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen

# 16. Undgå (gentagne) udeblivelser fra ambulatoriet (1/2)

(Personalegruppe: læge)

## Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

① Hoveddriver:  
 Personalekapacitet  
 Type: ÅV  
 Personalegruppe: Læge i ambulatorie

② Workshop vurdering  
 Skala for resterende effekt<sup>1</sup>

Intet yderligere frigivet personale-tid	30 minutter yderligere frigivet per vagt for læger og sygeplejersker	60 minutter yderligere frigivet per vagt for læger og sygeplejersker
---	--	--

Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>

Ingen aktiv påmindelse for borgere; hvis patienten udebliver sendes ny tid	Borgere påmindes aktivt, men ved udeblivelser gives ny tid	Borgere påmindes aktivt og ved udeblivelse afsluttes patient til praktiserende læge (med forbehold for patienter med sociale udfordringer, e.l.)
--	--	--

## Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

① Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret bruttoeffekt	Læge ÅV	Læge ÅV frigivet
Nordsjællands Hospital (n=0)			
Svendborg Sygehus (n=0)			
AUH (n=3)	15%	14,7	2,2
Nykøbing F. Sygehus (n=0)			
Regionshospitalet Nordjylland (n=3)	9%	2,0	0,2
Hospitalsenheden Vest (n=6)	12%	3,0	0,3
<b>SUM</b>			<b>2,8</b>

② Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total amb. besøg for med. pt.	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	0,3%	70%	0,2%
Svendborg Sygehus	0,1%	70%	0,1%
AUH	0,8%	50%	0,4%
Nykøbing F. Sygehus	0,9%		
Regionshospitalet Nordjylland	0,1%	60%	0,1%
Hospitalsenheden Vest	0,3%	80%	0,2%
<b>Total på case-afdelinger</b>	<b>1,6%</b>	<b>66%</b>	<b>1,0%</b>
<b>Gennemsnitlig udbredelse</b>	<b>1,0%/1,6% =</b>		<b>61%</b>

## Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

① Niveau for national ekstrapolering vurderes:

② Ekstrapoleringsfaktor udregnes:

	Total # ambulante besøg for med. patienter på ekstrapoleringsniveau	÷	Total # ambulante besøg for med. patienter på afd. med effektmål	=	Ekstrapoleringsfaktor til bruttoeffekt
Case-afd.	136.000	÷	61.000	=	2,2
Case-hosp.	1.700.000	÷	61.000	=	28
Nationalt	5.400.000	÷	61.000	=	88

③ Kapacitetspotentiale udregnes:

	Total ÅV frigivet på afd. med effektmål	×	Ekstrapoleringsfaktor	×	Grad af nuværende udbredelse	=	Total frigivet ÅV
Case-afd.	2,8	×	2,2	×	(75-61)%	=	~0,9
Case-afd.	2,8	×	2,2	×	(85-61)%	=	~1,5
Case-hosp.	2,8	×	28	×	(75-61)%	=	~11
Case-hosp.	2,8	×	28	×	(85-61)%	=	~19
Nationalt	2,8	×	88	×	(75-61)%	=	~34
Nationalt	2,8	×	88	×	(85-61)%	=	~58

## Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

① Valg af omregningstakt  
 Gennemsnitlig lønomkostning til læger baseret på lægegruppens sammensætning på case-afd. anvendes

② Beregning af nationalt potentiale  
 ~ (34-58 ÅV) \* 782.000 kr. ~26-45 mio. DKK

1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op  
 Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingers estimer af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen

# 16. Undgå (gentagne) udeblivelser fra ambulatoriet (2/2)

(Personalegruppe: sygeplejerske)

## Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

① Hoveddriver:  
 Personalekapacitet  
 Type: ÅV  
 Personalegruppe:  
 Sygeplejerske i ambulatorie

② Workshop vurdering  
 Skala for resterende effekt<sup>1</sup>

Intet yderligere frigivet personale-tid	30 minutter yderligere frigivet per vagt for læger og sygeplejersker	60 minutter yderligere frigivet per vagt for læger og sygeplejersker
---	--	--

Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>

Ingen aktiv påmindelse for borgere; hvis patienten udebliver sendes ny tid	Borgere påmindes aktivt, men ved udeblivelser gives ny tid	Borgere påmindes aktivt og ved udeblivelse afsluttes patient til praktiserende læge (med forbehold for patienter med sociale udfordringer, e.l.)
--	--	--

## Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

① Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret bruttoeffekt	Sygeplejerske ÅV	Spl. ÅV frigivet
Nordsjællands Hospital (n=0)			
Svendborg Sygehus (n=0)			
AUH (n=3)	15%	21,0	3,2
Nykøbing F. Sygehus (n=0)			
Regionshospitalet Nordjylland (n=3)	9%	4,5	0,4
Hospitalsenheden Vest (n=6)	12%	8,5	1,0
<b>SUM</b>			<b>4,6</b>

② Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total amb. besøg for med. pt.	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	0,3%	70%	0,2%
Svendborg Sygehus	0,1%	70%	0,1%
AUH	0,8%	50%	0,4%
Nykøbing F. Sygehus	0,9%		
Regionshospitalet Nordjylland	0,1%	60%	0,1%
Hospitalsenheden Vest	0,3%	80%	0,2%
<b>Total på case-afdelinger</b>	<b>1,6%</b>	<b>66%</b>	<b>1,0%</b>
<b>Gennemsnitlig udbredelse</b>	<b>1,0%/1,6% =</b>		<b>61%</b>

## Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

① Niveau for national ekstrapolering vurderes:

② Ekstrapoleringsfaktor udregnes:

	Total # ambulante besøg for med. patienter på ekstrapoleringsniveau	Total # ambulante besøg for med. patienter på afd. med effektmål	Ekstrapoleringsfaktor til bruttoeffekt
Case-afd.	136.000	61.000	2,2
Case-hosp.	1.700.000	61.000	28
Nationalt	5.400.000	61.000	88

③ Kapacitetspotentiale udregnes:

	Total ÅV frigivet på afd. med effektmål	Ekstrapoleringsfaktor	Grad af nuværende udbredelse	Total frigivet ÅV
Case-afd.	4,6	2,2	(75-61)%	~1,4
Case-hosp.	4,6	28	(85-61)%	~18
Nationalt	4,6	88	(85-61)%	~97

## Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

① Valg af omregningstakt  
 Gennemsnitlig lønomkostning til sygeplejersker anvendes

② Beregning af nationalt potentiale  
 ~ (56-97 ÅV) \* 782.000 kr. ~ 27-46 mio. DKK

1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op  
 Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingers estimer af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen

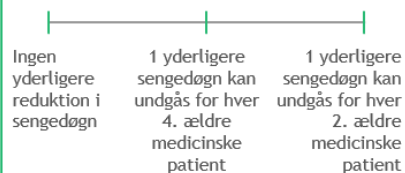


# 17. Øget inddragelse af terapeuter

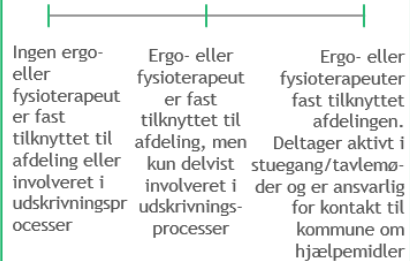
## Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- I Hoveddriver: Aktivitet  
Type: Sengedøgn  
Patientgruppe: Ældre medicinske patienter

### II Workshop vurdering Skala for resterende effekt<sup>1</sup>



### Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>



## Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

- I Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret bruttoreduktion i sengedøgn for ældre medicinske patienter
Nordsjællands Hospital (n=0)	
Svendborg Sygehus (n=0)	
AUH (n=3)	11%
Nykøbing F. Sygehus (n=4)	6%
Regionshospital Nordjylland (n=4)	13%
Hospitalsenheden Vest (n=6)	20%
<b>Vægtet gennemsnit</b>	<b>14%</b>

- II Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total ældre medicinske sengedøgn	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	1,0%	60%	0,6%
Svendborg Sygehus	1,4%	80%	1,1%
AUH	0,7%	60%	0,4%
Nykøbing F. Sygehus	0,7%	40%	0,3%
Regionshospital Nordjylland	0,6%	70%	0,4%
Hospitalsenheden Vest	1,1%	90%	1,0%
<b>Total på case-afdelinger</b>	<b>5,5%</b>	<b>67%</b>	<b>3,8%</b>
<b>Gennemsnitlig udbredelse</b>	<b>3,8%/5,5% =</b>		<b>70%</b>

## Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

- I Niveau for national ekstrapolering vurderes:



- II Adresserbar total antal sengedøgn udregnes:

Case-afd.	49.000	×	1,10	=	55.000
Case-hosp.	388.000	×	1,10	=	430.000
<b>Nationalt</b>	<b>818.284</b>	×	<b>1,10</b>	=	<b>900.000</b>

Nuværende total # sengedøgn for ældre medicinske patienter      Faktor til korrigerende for effekten af initiativets nuværende udbredelse      Total # sengedøgn ved 0% udbredelse af initiativet

- III Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	55.000	×	14%	×	(85-70)%	=	~1100
	55.000		14%		(85-70)%		~1100

Case-hosp.	430.000	×	14%	×	(85-70)%	=	~9.000
	430.000		14%		(85-70)%		~9.000

Nationalt	900.000	×	14%	×	(85-70)%	=	~19.000
	900.000		14%		(85-70)%		~19.000

Total # sengedøgn ved 0% udbredelse af initiativet      Bruttoeffekt af initiativet      Grad af nuværende udbredelse      Total reduktion i sengedøgn

## Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

- I Valg af omregningstakt

Hvert undgået sengedøgn svarer til et færdigbehandlet sengedøgn

- II Beregning af nationalt potentiale

~(19.000 sengedøgn) \* 2.077 kr.  
~40 mio. DKK

1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ. Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op. Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingens estimer af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen

# 18. Tværsektorielt samarbejde om udskrivningsproces

## Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- I Hoveddriver: Aktivitet  
Type: Sengedøgn  
Patientgruppe: Ældre medicinske patienter

### II Workshop vurdering Skala for resterende effekt<sup>1</sup>

Ingen yderligere reduktion i sengedøgn	1 yderligere sengedøgn kan undgås for hver 2. ældre medicinske patient	1 yderligere sengedøgn kan undgås for hver ældre medicinske patient
--	--	---

### Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>

Ingen dedikeret udskrivningskoordinator eller kommunal visitator på afdeling	Udskrivningskoordinator på deltid og ingen eller begrænset tilstedeværelse af kommunal visitator	Dedikeret udskrivningskoordinator på fuld tid og fast kommunal visitator på afdeling
--	--	--

## Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

- I Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret bruttoreduktion i sengedøgn for ældre medicinske patienter
Nordsjællands Hospital (n=0)	
Svendborg Sygehus (n=0)	
AUH (n=3)	9%
Nykøbing F. Sygehus (n=2)	6%
Regionshospital Nordjylland (n=5)	9%
Hospitalsenheden Vest (n=5)	9%
<b>Vægtet gennemsnit</b>	<b>9%</b>

- II Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total ældre medicinske sengedøgn	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	1,0%	40%	0,4%
Svendborg Sygehus	1,4%	50%	0,7%
AUH	0,7%	0%	0,0%
Nykøbing F. Sygehus	0,7%	20%	0,1%
Regionshospital Nordjylland	0,6%	20%	0,1%
Hospitalsenheden Vest	1,1%	40%	0,4%
<b>Total på case-afdelinger</b>	<b>5,5%</b>	<b>28%</b>	<b>1,8%</b>
<b>Gennemsnitlig udbredelse</b>	<b>1,8%/5,5% =</b>		<b>33%</b>

## Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

- I Valg af omregningstakst

Hvert undgået sengedøgn svarer til et færdigbehandlet sengedøgn

- II Beregning af nationalt potentiale

~(9.000-38.000 sengedøgn) \* 2.077 kr.  
~19-79 mio. DKK

## Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

- I Niveau for national ekstrapolering vurderes:



- II Adresserbar total antal sengedøgn udregnes:

Case-afd.	49.000	×	1,03	=	50.000
Case-hosp.	388.000	×	1,03	=	400.000
<b>Nationalt</b>	<b>818.284</b>	<b>×</b>	<b>1,03</b>	<b>=</b>	<b>840.000</b>

Nuværende total # sengedøgn for ældre medicinske patienter

Faktor til korrigerende for effekten af initiativets nuværende udbredelse

Total # sengedøgn ved 0% udbredelse af initiativet

- III Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	50.000	×	9%	×	(45-33)%	=	~540
	50.000		9%		(85-33)%		~2.300

Case-hosp.	400.000	×	9%	×	(45-33)%	=	~4.300
	400.000		9%		(85-33)%		~18.000

Nationalt	840.000	×	9%	×	(45-33)%	=	~9.000
	840.000		9%		(85-33)%		~38.000

Total # sengedøgn ved 0% udbredelse af initiativet

Bruttoeffekt af initiativet

Grad af nuværende udbredelse

Total reduktion i sengedøgn

1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op  
Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingers estimer af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen



# 19. Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale

## Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

① Hoveddriver: Aktivitet  
Type: Indlæggelser  
Patientgruppe: Kroniske patienter

② Workshop vurdering  
Skala for resterende effekt<sup>1</sup>

0 yderligere genindlæggelser for kroniske patienter kan undgås om ugen	3 yderligere genindlæggelser for kroniske patienter kan undgås om ugen	6 yderligere genindlæggelser for kroniske patienter kan undgås om ugen
--	--	--

Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>

Intet samarbejde med kommune om opkvalificering og ingen undervisningstilbud	Delvist samarbejde med kommune om opkvalificering. Få undervisningstilbud i nogle patient-grupper	Samarbejde med kommuner om opkvalificering gennem adskillige regelmæssige undervisnings tilbud
--	---	--

## Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

① Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret brutto reduktion i indlæggelser for kroniske patienter
Nordsjællands Hospital (n=0)	
Svendborg Sygehus (n=0)	
AUH (n=3)	15%
Nykøbing F. Sygehus (n=3)	45%
Regionshospital Nordjylland (n=5)	20%
Hospitalsenheden Vest (n=5)	34%
<b>Vægtet gennemsnit</b>	<b>28%</b>

② Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total kroniske indlæggelser	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	0,8%	20,0%	0,2%
Svendborg Sygehus	0,6%	20,0%	0,1%
AUH	0,8%	20,0%	0,2%
Nykøbing F. Sygehus	0,4%	40,0%	0,2%
Regionshospital Nordjylland	0,6%	50,0%	0,3%
Hospitalsenheden Vest	0,8%	60,0%	0,5%
<b>Total på case-afdelinger</b>	<b>3,9%</b>	<b>35,0%</b>	<b>1,3%</b>
<b>Gennemsnitlig udbredelse</b>	<b>1,3%/3,9% =</b>		<b>35%</b>

## Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

① Niveau for national ekstrapolering vurderes:

② Adresserbar total antal indlæggelser udregnes:

Case-afd.	6.000	×	1,11	=	6.000
Case-hosp.	49.000	×	1,11	=	54.000
<b>Nationalt</b>	<b>126.000</b>	<b>×</b>	<b>1,11</b>	<b>=</b>	<b>140.000</b>

*Nuværende total # indlæggelser for kroniske patienter*      *Faktor til korrigerende effekt af initiativets nuværende udbredelse*      *Total # indlæggelser ved 0% udbredelse af initiativet*

③ Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	6.000	×	28%	×	(55-35)%	=	~360
Case-afd.	6.000	×	28%	×	(85-35)%	=	~880
Case-hosp.	54.000	×	28%	×	(55-35)%	=	~3.100
Case-hosp.	54.000	×	28%	×	(85-35)%	=	~7.700
Nationalt	140.000	×	28%	×	(55-35)%	=	~8.000
Nationalt	140.000	×	28%	×	(85-35)%	=	~20.000

*Total # indlæggelser ved 0% udbredelse af initiativet*      *Bruttoeffekt af initiativet*      *Grad af nuværende udbredelse*      *Total reduktion i indlæggelser*

## Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

① Valg af omregningstakst

Hver undgået indlæggelse svarer til et sengedøgn med behandling

② Beregning af nationalt potentiale

~(8.000-20.000 indlæggelser) \* 8.075 kr.  
~65-160 mio. DKK

1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ. Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op. Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingens estimer af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen

## 20. Sikker overgang til eget hjem for udskrevet patient

### Trin 1: Indsamling af effektmål og udbredelse

- ① Hoveddriver: Aktivitet  
Type: Sengedøgn  
Patientgruppe: Ældre medicinske patienter

#### ② Workshop vurdering Skala for resterende effekt<sup>1</sup>

Ingen yderligere reduktion i sengedøgn	1 yderligere sengedøgn kan undgås for hver ældre medicinske patient	2 yderligere sengedøgn kan undgås for hver ældre medicinske patient
--	---	---

#### Skala for nuværende udbredelse<sup>1</sup>

Hverken følge-hjem eller følge-op ordning implementeret på afdeling	Følge-op ordning som udgangspunkt gennem opringing ved udskrivelse af alle relevante patienter	Følge-hjem eller følge-op ordning som udgangspunkt gennem hjemmebesøg ved udskrivelse af alle relevante patienter
---	--	---

### Trin 2: Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt og udbredelse på tværs af case-afdelinger

- ① Beregning af gennemsnitlig bruttoeffekt (effekten af initiativet ved 0% udbredelse):

Afdeling (antal besvarelser)	Estimeret bruttoreduktion i sengedøgn for ældre medicinske patienter
Nordsjællands Hospital (n=0)	
Svendborg Sygehus (n=0)	
AUH (n=4)	11%
Nykøbing F. Sygehus (n=2)	4%
Regionshospital Nordjylland (n=5)	18%
Hospitalsenheden Vest (n=7)	30%
<b>Vægtet gennemsnit</b>	<b>20%</b>

- ② Beregning af gennemsnitlig udbredelsesgrad:

Afdeling	% af total ældre medicinske sengedøgn	Estimeret udbredelse af initiativ	Relativ udbredelse af initiativ
Nordsjællands Hospital	1,0%	70%	0,7%
Svendborg Sygehus	1,4%	10%	0,1%
AUH	0,7%	30%	0,2%
Nykøbing F. Sygehus	0,7%	0%	0,0%
Regionshospital Nordjylland	0,6%	30%	0,2%
Hospitalsenheden Vest	1,1%	70%	0,8%
<b>Total på case-afdelinger</b>	<b>5,5%</b>	<b>35%</b>	<b>2,0%</b>
<b>Gennemsnitlig udbredelse</b>	<b>2,0%/5,5% =</b>		<b>37%</b>

### Trin 3: Beregning af kapacitetspotentiale

- ① Niveau for national ekstrapolering vurderes:



- ② Adresserbar total antal sengedøgn udregnes:

Case-afd.	49.000	×	1,08	=	53.000
Case-hosp.	388.000	×	1,08	=	420.000
<b>Nationalt</b>	<b>820.000</b>	<b>×</b>	<b>1,08</b>	<b>=</b>	<b>880.000</b>

Nuværende total # sengedøgn for ældre medicinske patienter

Faktor til korrigerende effekt af initiativets nuværende udbredelse

Total # sengedøgn ved 0% udbredelse af initiativet

- ③ Kapacitetspotentiale udregnes:

Case-afd.	53.000	×	20%	×	(70-37)%	=	~3.500
	53.000		20%		(85-37)%		~5.100
Case-hosp.	420.000	×	20%	×	(70-37)%	=	~28.000
	420.000		20%		(85-37)%		~40.000
Nationalt	880.000	×	20%	×	(70-37)%	=	~58.000
	880.000		20%		(85-37)%		~85.000

Total # sengedøgn ved 0% udbredelse af initiativet

Bruttoeffekt af initiativet

Grad af nuværende udbredelse

Total reduktion i sengedøgn

### Trin 4: Beregning af nationalt potentiale i DKK

- ① Valg af omregningstakt

Hvert undgået sengedøgn svarer til et færdigbehandlet sengedøgn

- ② Beregning af nationalt potentiale

~(58.000-85.000 sengedøgn) \* 2.077 kr.  
~121-176 mio. DKK

1. Skala brugt af klinikere i workshop til vurdering af resterende effekt og nuværende udbredelse af initiativ. Note: Afrunding kan føre til, at enkelte udregninger ikke går op. Kilde: Beregninger baseret på case-afdelingens estimer af effekt og udbredelse samt aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen

## Appendix 2D. Summering af den nationale effekt

### *Rationale bag summeringsmetode*

Initiativerne kan være indbyrdes afhængige på to måder:

1. **Overlap mellem effekter på samme trin i patientforløb:** Initiativer kan have effekt på samme hoveddriver for samme patient- eller personalegruppe på samme trin i patientforløbet. Fx to initiativer der begge reducerer sengedøgn for medicinske patienter ved at optimere arbejdsgange på afdelingen
2. **Afledte konsekvenser af effekter senere i patientforløb:** Initiativer kan påvirke udgangspunktet for andre initiativer, som ligger senere i patientforløbet. Fx vil initiativer, der reducerer indlæggelser på afdelingen, medføre, at der er færre indlæggelser at optimere kapaciteten på for de andre initiativer.

Den valgte summeringsmetode tager højde for overlap mellem effekter, men ikke for afledte konsekvenser. Dette valg er truffet af to årsager: 1) afdelingerne vil som udgangspunkt altid være belagt af patienter, også selvom initiativer reducerer indlæggelser eller sengedøgn, 2) det er i praksis meget komplekst at modellere korrekt.

Den helt optimale, men hypotetiske, metode for at udregne den korrekte total ville være følgende fremgangsmåde: 1) estimer det procentvise overlap for hvert initiativ med alle andre initiativer, 2) summer alle initiativer, 3) fratræk det samlede estimeret overlap fra den totale sum. Trin 1 i denne metode er dog metodisk udfordrende, da overlap i effekt mellem initiativer ikke er en veldefineret størrelse, og risikoen for at begå fejl vurderes at være for stor.

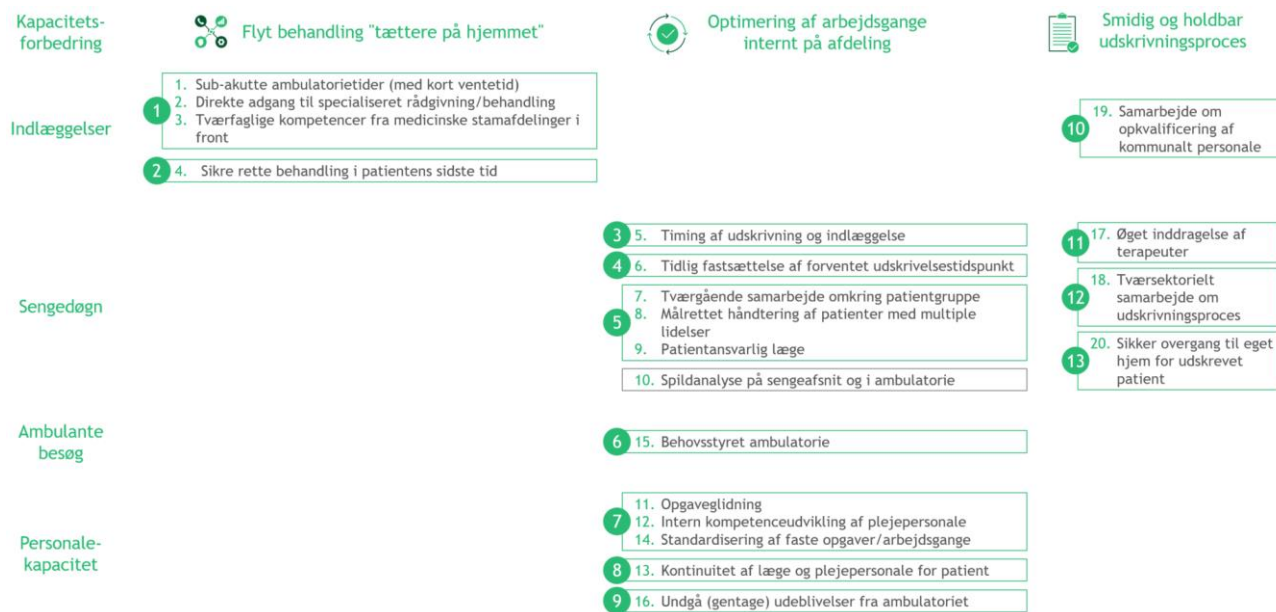
Som et alternativ tages der højde for overlap mellem initiativers effekter på samme trin i patientforløb ved at gruppere initiativer, hvor det vurderes, at der er medium/høj risiko for, at effekter overlapper. Fx vurderes det, at effekten af initiativ 1. *Sub-akutte ambulatorietider (med kort ventetid)* delvist overlapper med effekten af 2. *Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling*, da begge initiativer reducerer indlæggelser på afdeling igennem sub-akutte ambulatorietider. Omvendt overlapper effekten af initiativ 6. *Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivelsestidspunkt* ikke med 18. *Tværsektorielt samarbejde om udskrivningsproces*, selvom begge initiativer reducerer sengedøgn, da initiativ 6 komprimerer behandlingsforløb, mens initiativ 18 sikrer, at udskrivningen af færdigbehandlede patienter, der kræver samarbejde med kommunen, forløber smidigt. I hver gruppe udregnes det gennemsnitlige potentiale, og der summeres på tværs af grupperne til ét samlet potentiale.

Den valgte summeringsmetode grupperer de 20 initiativer i 13 grupper. Summeringsmetoden svarer derved til, at potentialet af 7 initiativer ikke medregnes i det samlede potentiale for at tage højde for overlap i effekt.

### *Ræsonnement for gruppering af initiativer i summeringsmetode*

*Figur 33* viser en oversigt over grupperingen af initiativer, først i 6 grupper baseret på hoveddriver og tema i patientforløb, derefter i de 13 grupper, der indgår i summeringen.

Figur 33: Gruppering af initiativer til 13 grupper for at tage højde for overlap i effekt ved summering



Rationalet bag at slå initiativerne sammen i de 13 grupper er:

- **Gruppe 1:** Reduktion af indlæggelser på medicinsk afdeling ved delvist at omlægge til sub-akut ambulatorietid eller afslutte patient "tættere på hjemmet". Der forventes overlap i effekt, da patientforløb, der kan afsluttes i FAM/modtagelsen, vil overlappes med patientforløb, hvor patienten kan behandles i nærmiljøet med korrekt rådgivning
- **Gruppe 2:** Reduktion af fulde indlæggelser med behandling, som er u hensigtsmæssige for patienten
- **Gruppe 3:** Reduktion af sengedøgn ved at optimere tidspunktet for udskrivelsen på udskrivelsesdagen
- **Gruppe 4:** Reduktion af sengedøgn ved at rette arbejdsgange imod en tidligere udskrivelsesdato
- **Gruppe 5:** Reduktion af sengedøgn gennem et form for samarbejde på tværs af medicinske afdelinger. Der forventes overlap, da det kan være svært at adskille effekten af forbedret samarbejde mellem afdelinger
- **Gruppe 6:** Reduktion af u hensigtsmæssige ambulante kontroller
- **Gruppe 7:** Frigivelse af personalekapacitet på sengeafsnit ved at forbedre personalets evner til at løse de påkrævede opgaver. Der forventes delvist overlap, da det vurderes, at kompetenceudvikling kan være en forudsætning for opgaveglidning, hvorved effekterne er svære at adskille. Ligeledes vil standardisering af opgaver formentlig reducere effekten af at kompetenceudvikle personalet
- **Gruppe 8:** Frigivelse af personalekapacitet på sengeafsnit gennem forbedret vagtplanlægning og arbejdsgange med henblik på kontinuitet for patient
- **Gruppe 9:** Frigivelse af personalekapacitet i ambulatoriet
- **Gruppe 10:** Reduktion af indlæggelser og genindlæggelser ved at flytte behandling relateret til kronikere til primærsektor
- **Gruppe 11:** Reduktion af sengedøgn ved at sikre tidligt fokus på genoptræning og behov for hjælpemidler ved udskrivelse
- **Gruppe 12:** Reduktion af sengedøgn ved generelt at forbedre samarbejde, forståelse og overleveringen af patient mellem medicinsk afdeling og kommunen
- **Gruppe 13:** Reduktion af sengedøgn ved at skabe sikre omgivelser for patient efter udskrivelse, således at patient kan udskrives tidligere

Desuden inkluderes Initiativ 10. *Spildanalyse på sengeafsnit og i ambulatorie* ikke i summeringen, da det vurderes, at dette initiativ har overlap med mange af de resterende initiativer. Dette skyldes, at effekten fra spildanalyse i høj grad er, at man identificerer og løser de udfordringer, som de resterende initiativer også adresserer.

*Omkostningsbasen som kapacitetspotentialet sættes i forhold til*

Omkostningsbasen, som det identificerede potentiale sættes i forhold til, er defineret som summen af de samlede DRG-omkostninger til ambulante besøg og akutte indlæggelser på medicinske afdelinger i 2017, der vises i *Figur 34*.

*Figur 34: DRG-værdi brugt til udregning af omkostningsbasen<sup>xxvii</sup>*

Type	Værdi (DKK)
<b>Omkostningsbase</b>	<b>26.939.356.797</b>
Samlede DRG-værdi for ambulante besøg	14.802.162.135
Samlede DRG-værdi for akutte indlæggelser	12.137.194.662

Disse værdier er beregnet på baggrund af den totale pris for somatisk behandling, men uden omkostninger til genoptræning på hospitalet

## Appendix 2E. Triangulering af effektmål

Effektmål for initiativer til triangulering af vurderinger fra workshop og opfølgende interview er blevet indsamlet gennem fire primære kilder: a) materiale fra case-afdelinger, b) materiale fra økonomiske kontrollere fra case-hospitaler, c) projektevalueringer fra bedste praksisinitiativer og d) offentlige rapporter.

*Figur 35 og 36* giver en oversigt over effektmål, der kan relateres til de 20 bedste praksis initiativer. Følgende to pointer fremgår:

1. For 14 ud af 20 initiativer er der identificeret et effektmål, mens der for 5 ud af 20 initiativer er identificeret to effektmål. Der er ikke altid et perfekt sammenhæng mellem initiativet, som et effektmål fra en rapport afspejler, og det initiativ, der er beskrevet i Initiativkataloget. Det vurderes alligevel, at effektmålene kan bruges til triangulering af vurdering i workshop, så længe det accepteres, at visse effektmål dækker over flere initiativer
2. Generelt stemmer indsamlet effektmål overens med vurderingerne fra workshop. Der kan dog argumenteres for, at visse vurderinger i workshop lader til at være konservative, fx initiativ 9. *Patientansvarlig læge*, hvis bruttoeffekt blev vurderet til 5% i workshop, mens der på Sygehus Lillebælt er realiseret en effekt på ~20% eller initiativ 7. *Tværgående samarbejde omkring patientgruppe*, der blev vurderet til at frigive 750-1.500 sengedøgn på tværs af alle case-afdelinger, selvom der alene på Svendborg Sygehus tidligere er blevet reduceret 1.290 sengedøgn igennem ortogeriatri



Figur 35: Oversigt over effektmål til triangulering af vurdering for bedste praksis initiativer (1/2)

Initiativ	Effektmål 1	Kilde	Effektmål 2	Kilde
1. Sub-akutte ambulatorietider (med kort ventetid)	For højrisiko patienter med hjertesvigt, KOL, blødende tyktarmsbetændelse og kronisk leversygdom faldt antallet af akutte indlæggelser fra <b>402 til 242 (40%)</b>	<i>Anders Damgaard Møller et al. (2018): 24-hour access outpatient clinic for patients with exacerbation of chronic disease: a before-after cohort study of differences in acute healthcare utilisation</i>	Baseret på en audit på Amager Hospital forventes ca. <b>40%</b> af de patienter, der henvises akut til FAM, at kunne håndteres i subakuttilbud	Korrespondance med Amager Hospital
2. Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling				
3. Tværfaglige kompetencer fra medicinske stamafdelinger i front				
4. Sikre rette behandling i patientens sidste tid	Undersøgelser fra udlandet har vist, at Advanced Care Planning reducerede hospitalsraten med <b>9-26%</b> blandt plejehjemboere	<i>Anne Mette Eriksen (2017): Advance care planning og den nødvendige samtale</i>		
5. Timing af udskrivning og indlæggelse	Registrering før initiativet blev implementeret viste, at <b>1-2 patienter</b> ugentligt lå <b>1-2 dage ekstra</b> på grund af manglende stuegang	<i>Region Midtjylland (2012): Projekt Stuegang</i>	Fokuseret indsats på caseafdelingen på Hospitalsenheden Vest førte til en reduktion i liggetid fra <b>5,8 døgn til 4,1 døgn</b> uden at genindlæggelser steg	Materiale fra caseafdelinger
6. Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivelsestidspunkt				
7. Tværgående samarbejde omkring patientgruppe	Ortogeriatrici sparede <b>1.290 sengedøgn</b> (efter der er taget højde for lille stigning i genindlæggelser) på Svendborg Sygehus	<i>Sygeplejersken (2011): Ortogeriatrici fik antallet af sengedage til at styrtdykke</i>		
8. Måltrettet håndtering af patienter med multiple lidelser				
9. Patientansvarlig læge	Gennemsnitlig liggetid faldt fra 7 til <b>5,5 døgn</b> efter indførelse af patientansvarlig læge på Medicinsk senge B på Sygehus Lillebælt	Ikke udgivet materiale fra sygehuset		
10. Spildanalyse på sengeafsnit og i ambulatorie				

\* Kursiv indikerer, at kilden er offentligt tilgængelig



Figur 36: Oversigt over effektmål til triangulering af vurdering for bedste praksis initiativer (2/2)

Initiativ	Effektmål 1	Kilde	Effektmål 2	Kilde
11. Opgaveglidning				
12. Intern kompetenceudvikling af plejepersonale				
13. Kontinuitet af læge og plejepersonale for patient				
14. Standardisering af faste opgaver/arbejds-gange	Standardisering og effektivisering af morgenkonference frigav en time pr. dag pr. læge	<i>Region Midtjylland (2012): Projekt Stuegang</i>		
15. Behovsstyret ambulatorie	Estimeret akkumuleret bruttopotentiale fra 2016-2020 på 153 mDKK og nettopotentiale på 101,1 mDKK	<i>PA Consulting Group (2015): Analyse af Patientrapporterede Oplysninger (PRO)</i>		
16. Undgå (gentagne) udeblivelser fra ambulatoriet	Følgende udeblivelsesrater fra ambulatorier blev målt i 2016: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thisted (medicin): 5,6%</li> <li>• Frederikshavn (medicin): 9,7%</li> <li>• AAU (lunge og allergi): 10,7%</li> <li>• Hobro (medicin): 5,1%</li> <li>• Farsø (medicin): 6%</li> </ul>	<i>Region Nordjylland (2017): Notat vedr. udeblivelser og aflysninger</i>		
17. Øget inddragelse af terapeuter				
18. Tværsektorielt samarbejde om udskrivningsproces	Forløbskoordinerende sygeplejerske og andre udskrivningstiltag har reduceret genindlæggelser med 20%	<i>Kommunal Sundhed (2019): Nordjysk projekt reducerer genindlæggelser med 20 pct.</i>	På tværs af disse initiativer og med inddragelse af akutteam er 50% af genindlæggelser for ældre medicinske patienter forhindret	
19. Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale				<i>Sygeplejersken (2016): Fælles indsats halverer antal genindlæggelser</i>
20. Sikker overgang til eget hjem for udskrevet patient	Geriatrisk team i Region Sjælland vurderer, at de har foretaget indsatser som har sparet indlæggelser i 30% af tilfældene	Ikke udgivet materiale fra regionen		

\* Kursiv indikerer, at kilden er offentligt tilgængelig

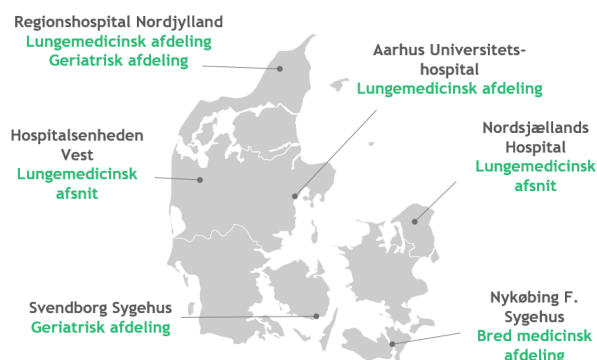
# APPENDIX 3. TIDSSTUDIER

## Appendix 3A. Metode og svarrater for tidsstudier

Tidsstudiet er gennemført med syv afdelinger på tværs af fem personalegrupper. For at sikre en god proces er spørgeskemaerne udsendt via afdelingsledelserne, som har videredistribueret baggrundsmateriale og spørgeskemaer til relevant personale.

Figur 37: Oversigt over afdelinger og personalegrupper, som har deltaget i tidsstudiet

Spørgeskemaundersøgelse er gennemført med syv medicinske afdelinger..



... På tværs af fem overordnede personalegrupper



- 1 Overlæger og afdelingslæger
- 2 Reservelæger og 1. reservelæger
- 3 Sygeplejersker
- 4 SOSU-assistentter
- 5 Lægeseekretærer

Der blev efterspurgt 1 besvarelse pr. vagt, pr. personalegruppe, og 2 besvarelser for sygeplejersker og læger i dagvagt

	Dagvagt	Aften	Nattevagt
Overlæger og afdelingslæger	1		1
Reservelæger og 1. reservelæger	1		
Sygeplejersker	2	1	1
SOSU-assistentter	1	1	1
Lægeseekretærer	1	-	-

Læger har kombineret i aften- og nattevagt

Personalet har haft mulighed for at udfylde spørgeskemaet enten elektronisk eller i papirform. Baggrunden for dette har været at give personalet mulighed for løbende at udfylde spørgeskemaet under deres vagt. Hvert skema har desuden været tilpasset den pågældende personalegruppe og vagt. I nedenstående fremgår et eksempel på et printventligt spørgeskema.

Figur 38: Eksempel på spørgeskema

**Spørgeskemaer og baggrundsmateriale:**

- 1 Link til elektronisk spørgeskema
- 2 Printventligt spørgeskema
- 3 Vejledning til udfyldelse af spørgeskema "sådan gør du" og en kort beskrivelse af formålet
- 4 Baggrundsmateriale med mere detaljeret beskrivelse af projektet

**2**

Læge  
Dagvagt fx 8-16

Sæt kryds ud for de opgaver, du har beskæftiget dig med i de pågældende tidsrum. Vælg højst 6 opgaver i hver halve time

Stilling:	<input type="radio"/> Reservelæge	<input type="radio"/> Afdelingslæge	<input type="radio"/> Overlæge	1. halvtime	2. halvtime	3. halvtime	4. halvtime	5. halvtime	6. halvtime	7. halvtime	8. halvtime	9. halvtime	10. halvtime	11. halvtime	12. halvtime	13. halvtime	14. halvtime	15. halvtime	16. halvtime	
Rolle i vagt:	<input type="radio"/> Forvagt	<input type="radio"/> Mellemvagt	<input type="radio"/> Bøgvagt	<input type="radio"/> Ikke vagt																
Antal års erfaring:	<input type="radio"/> 0-1 år	<input type="radio"/> 1-2 år	<input type="radio"/> 2-3 år	<input type="radio"/> 3-5 år	<input type="radio"/> +5 år															
Overkategori					08.00-08.30	08.30-09.00	09.00-09.30	09.30-10.00	10.00-10.30	10.30-11.00	11.00-11.30	11.30-12.00	12.00-12.30	12.30-13.00	13.00-13.30	13.30-14.00	14.00-14.30	14.30-15.00	15.00-15.30	15.30-16.00
Underkategori					Morgen/middagskonference															
Vagtoverlevering, møder og konferencer					Tværfaglig konference herunder røntgen															
					Tavlemøde på afdelingen															
Patientrelateret forberedelse, ordinerer, telefonisk konference mv.					Vagtoverlevering fra dagvagt til aften/nattevagt															
					Læse og på patientjournal inkl. kontrol af prøveresultater/billeddiagnostik															
Direkte patient og pårørende kontakt					Ordinere parakliniske/billeddiagnostiske undersøgelser															
					Ordinere medicin															
Dokumentation					Telefonisk kommunikation med læge omkring patient på egen/anden afdeling															
					Undersøgelse af og interaktion med patient og pårørende (inkl. samtale og vejledning)															
Koordinering med primærsektor					Telefonopkald med patienter og pårørende															
					Medicinsk tilsyn på andre afdelinger inklusiv FAM															
Øvrige opgaver					Opfølgning på svar på udskrivne patienter															
					Dokumentation (journalføring, behandlingsplaner mv.)															
Forskning, uddannelse og undervisning					Afstemning af fælles medicinkort (FMK)															
					Udarbejdelse af epileptisk															
Pauser					Telefonisk kommunikation med praktiserende læge															
					Øvrig kommunikation med primærsektor															
Øvrige opgaver					Øvrige administrative opgaver (e-mails, øvrige opkald praktiske opgaver mv.)															
					Forskning samt udviklings- og kvalitetsarbejde															
Øvrige opgaver					Give eller modtage supervision/undervisning (herunder til personale og studerende)															
					Pauser															
Øvrige opgaver					Hvile															
					Øvrige opgaver															

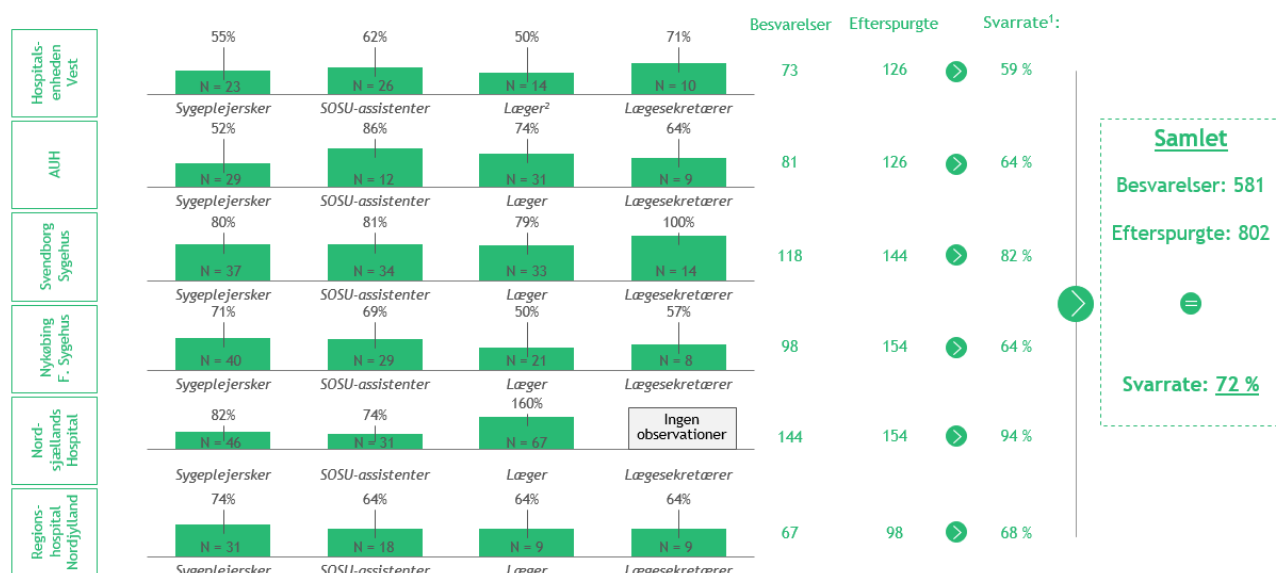
Eksempel for læge i dagvagt

102 | Titel

Der er opnået en samlet svarrate på 72% og 581 besvarelser. Nedenfor fremgår detaljerede svarrate på tværs af afdelinger og personalegrupper. Svarraterne er beregnet som antal modtagne besvarelser divideret med antal efterspurgte besvarelser.

Figur 39: Detaljerede svarrate<sup>35</sup>

## Der er en samlet svarrate på 72% og i alt 581 besvarelser



<sup>35</sup> Note: Svarraterne angiver, hvor mange besvarelser der er modtaget relativt til det efterspurgte antal besvarelser. Svarraten er justeret efter følgende afvigelse i antallet af efterspurgte besvarelser: **Hospitalsenheden Vest** har udfyldt én besvarelse for hver personalegruppe i alle vagter; **AUH** har kun en SOSU-assistent på arbejde per dag; **Svendborg** i dagvagt for sygeplejersker udfyldt én besvarelse de første 10 dage og to de sidste 4 dage; **Nordsjællands Hospital** har udsendt spørgeskemaet bredt til lægerne, hvorfor vi har en svarrate på over 100%. Det har ikke været muligt at korrigere for dette i svarprocent; På **Regionshospital Nordjylland** har lungemedicinsk og geriatrisk afdeling hver udfyldt i 7 dage. Lungemedicinsk har kun udfyldt ét spørgeskema for sygeplejersker i alle vagter og læger har kun udfyldt i dagvagt. For geriatrisk gælder, at sygeplejersker kun har udfyldt ét skema i alle vagter. SOSU-assistent og læger har kun udfyldt i dagvagt. Læger inkluderer 1. reservelæge, reservelæge, afdelingslæge og overlæge

---

# Kilder

- <sup>i</sup> Dataudtræk fra OECD d. 11/2/2019
- <sup>ii</sup> Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen
- <sup>iii</sup> Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen
- <sup>iv</sup> Dataudtræk fra OECD d. 11/2/2019
- <sup>v</sup> Dataudtræk fra eSundhed, Landspatientregisteret ”Sengepladser og belægningsgrad”
- <sup>vi</sup> Nationale mål for sundhedsvæsenet 2017 og 2018
- <sup>vii</sup> Danmarks statistik
- <sup>viii</sup> Sundheds- og Ældreministeriet (2018): Sundheds- og ældreøkonomisk analyse.
- <sup>ix</sup> Sundheds- og Ældreministeriet (2018): Sundheds- og ældreøkonomisk analyse.
- <sup>x</sup> Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen. Borgere som er identificeret med mindst én kronisk sygdom og multisyge er borgere som er identificeret med 2 eller flere kronisk sygdomme i registeret for udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (RUKS). Kronisk sygdom dækker i indikatoren over kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma.
- <sup>xi</sup> Sundhedsdatastyrelsen (2019): Analyse af de medicinske afdelinger - Ressourcetræk og forløb for patienter med tre eller flere akutte indlæggelser sammenlignet med øvrige patienter på medicinske afdelinger i 2017
- <sup>xii</sup> Sundheds- og Ældreministeriet (2018): Sundheds- og ældreøkonomisk analyse.
- <sup>xiii</sup> *Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.*
- <sup>xiv</sup> Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.
- <sup>xv</sup> Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen
- <sup>xvi</sup> Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (2019): Arbejdsmarkedsbalancen
- <sup>xvii</sup> Finansministeriet, Beskæftigelsesministeriet, Undervisningsministeriet, Uddannelses- og Forskningsministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet (2018): Kortlægning af rekrutteringsudfordringer for social- og sundhedspersonale og sygeplejersker i kommuner og regioner
- <sup>xviii</sup> Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen
- <sup>xix</sup> Egne beregninger baseret på tal fra eSundhed.dk og Sundhedsdatastyrelsen
- <sup>xx</sup> Egne beregninger baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsen.
- <sup>xxi</sup> Landspatientregisteret 12. marts 2019, Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) opdateret d. 1. september 2018, Sundhedsdatastyrelsen.

---

<sup>xxii</sup> Landspatientregisteret 12. marts 2019, Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) opdateret d. 1. september 2018, Sundhedsdatastyrelsen.

<sup>xxiii</sup> Ritzau (2019): Ældre patienter undgår indlæggelser med hjemmebesøg

<sup>xxiv</sup> Se fx <https://kommunalsundhed.dk/nordjysk-projekt-reducerer-genindlaeggelser-med-20-pct/>

<sup>xxv</sup> Landspatientregisteret (DRG-grupperet), CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

<sup>xxvi</sup> Kommunernes og Regionernes Løndatakontor

<sup>xxvii</sup> Landspatientregisteret (DRG-grupperet), CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen