

# En analyse af sygehuskapaciteten i hovedstadsområdet

Delbetænkning fra  
Sygehuskommissionen

BETÆNKNING NR. 1324



## Indholdsfortegnelse

|                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Kapitel 1. Indledning.....                                                                                     | 3  |
| 1.1 Sygehuskommissionens nedsættelse.....                                                                      | 3  |
| 1.2 Hovedstadsanalyse.....                                                                                     | 3  |
| Kapitel 2. Problemstillingerne.....                                                                            | 5  |
| Kapitel 3. Sygehusvæsenets organisering og historiske udvikling<br>i                    hovedstadsområdet..... | 8  |
| 3.1 Historie.....                                                                                              | 8  |
| 3.2 Hovedstadens Sygehusfællesskab.....                                                                        | 10 |
| Kapitel 4. Ambulant og stationær undersøgelses- og<br>behandlingskapacitet i hovedstadsområdet.....            | 12 |
| 4.1 Sygehusudgifter.....                                                                                       | 13 |
| 4.2 Udviklingen i personaleressourcer.....                                                                     | 14 |
| 4.3 Antal sengepladser på sygehusene.....                                                                      | 15 |
| 4.4 Sammenligninger med Oslo og Stockholm.....                                                                 | 17 |
| 4.5 Sygehusenes produktion.....                                                                                | 18 |
| 4.6 Udveksling af behandlingskapacitet mellem amterne.....                                                     | 21 |
| 4.7 Produktionsomkostninger.....                                                                               | 24 |
| 4.8 Sammenfatning af beskrivelsen af sygehuskapaciteten i<br>hovedstadsområdet.....                            | 27 |
| Kapitel 5. Udviklingen i demografi, sygdomsmønster og<br>sengedagsbehov.....                                   | 29 |
| 5.1 Demografisk sengedagsfremskrivning.....                                                                    | 30 |
| 5.2 Fremskrivning af behovet for sengepladser med et fald i den<br>gennemsnitlige liggetid på 2% årligt.....   | 33 |
| 5.3 Sygehusplanerne og de demografiske forskydninger.....                                                      | 34 |
| 5.4 Sammenfatning.....                                                                                         | 39 |
| Kapitel 6. Samarbejde og koordinering af opgavevaretagelsen<br>i hovedstadsregionen.....                       | 41 |
| 6.1 Samarbejdsaftaler.....                                                                                     | 41 |
| 6.2 Specialeplanlægning herunder varetagelsen af lands- og<br>landsdelsfunktioner i Østdanmark.....            | 42 |
| 6.2.1 Varetagelsen af basisfunktioner.....                                                                     | 44 |
| 6.2.2 Varetagelse af de højt specialiserede funktioner.....                                                    | 45 |
| 6.3 Planlægning baseret på patientforløb frem for diagnoser.....                                               | 47 |
| 6.4 Fordelingen af lands- og landsdelsspecialer i hovedstadsområdet<br>samt planlagte ændringer.....           | 48 |
| 6.5 Sammenfatning.....                                                                                         | 51 |

|                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
| Kapitel 7. Varetagelse af akutberedskabet .....                       | 53        |
| 7.1 Beredskabet i dag på skadestuer mv. i Københavns Amt og H:S... 54 |           |
| 7.1.1 Overvejelser om ændringer i skadestuebetjeningen m.v. .... 54   |           |
| 7.2 Akutberedskabet på sygehusafdelingerne.....                       | 55        |
| 7.3 Sammenfatning .....                                               | 58        |
| <b>Kapitel 8. Organisering af uddannelsesaktiviteterne</b>            |           |
| <b>i hovedstadsområdet.....</b>                                       | <b>59</b> |
| 8.1 Den prægraduate kliniske lægeuddannelse i hovedstadsområdet..     | 59        |
| 8.2 Den postgraduate kliniske lægeuddannelse i Hovedstadsområdet.     | 60        |
| 8.3 Grunduddannelser inden for sygeplejen.....                        | 62        |
| 8.4 Andre uddannelser, der benytter sygehuse i uddannelsespraktik     | 62        |
| 8.5 Sammenfatning .....                                               | 63        |
| Kapitel 9. Forskning på sygehuse i H:S og Københavns Amt....          | 64        |
| 9.1 Forskningsaktiviteten.....                                        | 64        |
| 9.2 Samarbejde om og koordination af forskningen i                    |           |
| hovedstadsområdet.....                                                | 65        |
| Kapitel 10. Sammenfatning og konklusioner.....                        | 67        |
| 10.1 Organisatoriske modeller for styrkelse af sygehussamarbejdet     |           |
| i Østdanmark.....                                                     | 70        |
| 10.1.1 Samarbejdsmodellen.....                                        | 71        |
| 10.1.2 Sammenlægningsmodellen.....                                    | 72        |
| 10.1.3 Incitamentsmodeller.....                                       | 74        |

## Kapitel 1. Indledning

### 1.1 Sygehuskommissionens nedsættelse

Det blev som led i aftalen af 29. november 1995 mellem regeringen og Det Konservative Folkeparti om finansloven for 1996 aftalt at nedsætte en sygehuskommission, der skal undersøge om det danske sygehusvæsen kan tilrettelægges på en mere hensigtsmæssig måde.

Sundhedsministeren nedsatte på den baggrund den 15. januar 1996 en Sygehuskommission med følgende sammensætning:

**Jørgen Grønnegård Christensen**, Professor, Aarhus Universitet.

**Lone Christiansen**, Afdelingschef, Amtsrådsforeningen.

**Helle Havgaard**, Kontorchef, Arbejdsgiverforeningen for Handel, Transport og Service.

**Erik Juhl**, Adm. direktør. Hovedstadens Sygehusfællesskab.

**Per Bay Jørgensen**, Adm. direktør, International Health Insurance danmark.

**Jan Lindsten**, Professor, Karolinska Sjukhuset Stockholm.

**Jørgen Lotz**, Afdelingschef, Finansministeriet.

**Lone Neerhøj**, Specialkonsulent, Økonomiministeriet.

**Kjeld Møller Pedersen**, Direktør, LEGO A/S.

**Ib Valsborg** (Formand), Departementschef, Sundhedsministeriet.

Kommissionen skal afgive betænkning senest den 31. december 1996.

Sekretariatsfunktionerne varetages af Sundhedsministeriet, Finansministeriet og Økonomiministeriet.

### 1.2 Hovedstadsanalyse

I marts bad regeringen Sygehuskommissionen om yderligere at gennemføre en særskilt analyse af sygehuskapaciteten i hovedstadsområdet inden den 1. oktober 1996, jf. Statsministeriets pressemeddelelse af 12. marts 1996 "Hovedstadsreformen - et bredere beslutningsgrundlag".

Det fremgik af pressemeddelelsen, at regeringen på baggrund af denne analyse og efter forhandling med sygehusmyndighederne vil fremlægge forslag til den bedst mulige patientbehandling og ressourceudnyttelse i regionens samlede sygehusvæsen, herunder sikre grundlaget for uddannelse og forskning.

Med denne delbetænkning fremlægger sygehuskommissionen sin analyse af sygehuskapaciteten i hovedstadsområdet.

Analysen omfatter sygehusene i Hovedstadens Sygehusfællesskab samt Københavns, Frederiksborg og Roskilde amter.

Kommissionen har herudover fundet det hensigtsmæssigt i et vist omfang at inddrage sygehuskapaciteten i de øvrige amter i Ost Danmark (Vestsjælland, Storstrøm og Bornholm), idet der består en række væsentlige samarbejdsflader mellem hovedstadsområdets sygehusvæsen og disse amter.

I forbindelse med analysearbejdet nedsatte kommissionen en arbejdsgruppe, der fik til opgave at udarbejde baggrundsmateriale og udkast til analysen af sygehuskapaciteten i hovedstadsområdet.

Arbejdsgruppen blev sammensat af repræsentanter fra Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Statsministeriet, Finansministeriet, Økonomiministeriet, Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Københavns Amt, Frederiksborg Amt, Roskilde Amt og Vestsjællands Amt.

Kommissionen modtog primo september fra arbejdsgruppen et værdifuldt materiale, som har dannet grundlag for væsentlige dele af analysen.

Det skal imidlertid understreges, at sygehuskommissionen alene er ansvarlig for den foreliggende samlede analyse, konklusionerne og de udarbejdede forslag. For så vidt angår de skitserede forslag, har det ikke ligget inden for kommissionens kommissorie at pege på et bestemt forslag.

## Kapitel 2. Problemstillingerne

Regeringen har anmodet om en særlig redegørelse om hovedstadsområdets sygehuse ud fra ønsket om en stærk hovedstadsregion med den bedst mulige patientbehandling og ressourceudnyttelse.

Der er en række vilkår og problemer, som er særegne for hovedstadsområdet.

Mest grundlæggende adskiller hovedstadsregionen sig fra det øvrige land ved sin langt højere befolkningstæthed. I regionen (d.v.s. Københavns og Frederiksberg kommuner og Københavns, Frederiksborg og Roskilde amter) bor ca. 1,7 mio. mennesker eller 1/3 af hele landets befolkning på ca. 1/15 af arealet. Heraf er endda ca. 1,2 mio. mennesker koncentreret på et lille område i det indre hovedstadsområde (Københavns og Frederiksberg kommuner og Københavns Amt).

Administrativt er området karakteriseret ved, at hovedstadens sammenhængende byområde er opdelt på fem amtskommunale enheder og mange kommuner. Hovedstadsområdet adskiller sig herved fra det øvrige land, hvor der med kommunalreformen i 1970 blev gennemført en mere vidtgående samling i færre administrative enheder. På sygehusområdet har staten yderligere været driftsansvarlig for Rigshospitalet indtil udgangen af 1994. Efter oprettelsen af H:S den 1. januar 1995 er der dog "kun" 4 sygehusmyndigheder mod tidligere 6 i regionen.

Der har ikke været et tilstrækkeligt - og et tilstrækkeligt forpligtende - samarbejde mellem parterne til effektivt at råde bod på denne opsplitning.

Befolkningsudviklingen i de fem enheder har været meget forskellig. Navnlig har Københavns og Frederiksberg kommuner indtil for få år siden haft en kraftig befolkningstilbagegang, som hænger sammen med boligmassens alder og standard. Nettoafvandringen fra de to kommuner, som i øvrigt er ophørt i de sidste par år, har tillige medført en meget skæv alderssammensætning og en skæv social sammensætning - både i forhold til andre dele af landet og i forhold til omegnskommunerne i hovedstaden.

Sygehuskommissionen finder, at de særlige vilkår i hovedstadsregionen på sygehusområdet medfører nogle problemstillinger, der kan sammenfattes således:

Den store befolkningstæthed i det indre hovedstadsområde indebærer, at der inden for ganske korte afstande er befolkningsgrundlag for i dansk sammenhæng meget store sygehuse. Seks af Danmarks største sygehuse ligger således i dette område med få kilometers afstand.

Sygehusstørrelsen synes i sig selv at have konsekvenser for funktionen: Der er en klar tendens til, at store sygehuse også er højt specialiserede sygehuse.

I hovedstadsområdet har de tre sygehusmyndigheder - staten, Københavns Kommune og Københavns Amt - alle drevet højt specialiserede lands- og landsdelsafdelinger med tilknytning til lægeuddannelsen ved Københavns Universitet. Det kan være en medvirkende årsag til, at en uforholdsmæssig stor del af sygehuskapaciteten i forhold til befolkningens behov findes på højt specialiserede afdelinger - også selvom det tages i betragtning, at hovedstadens sygehuse varetager de højt specialiserede funktioner for hele Østdanmark og i nogle tilfælde hele landet. Det kan f.eks. konstateres, at patienter i de øvrige sjællandske amter - set i forhold til forbruget i den øvrige del af landet - efterspørger en forholdsmæssig stor del lands- og landsdelsydeler.

Der er således behov for at reducere antallet af specialafdelinger. Det kræver imidlertid en stærkere koordination i det samlede område, end det hidtil er lykkedes at etablere. Først og fremmest er de specialiserede afdelinger centrale i den lægelige videreuddannelse. Af hensyn til uddannelsens kapacitet, vil det være hensigtsmæssigt i højere grad at inddrage centralsygehusniveauet i hele Østdanmark i disse opgaver.

Koordinationsbehovet på basisniveau på tværs af amtsgrænserne er ligeledes betydeligt. Den administrative inddeling sammenholdt med sygehusenes placering gør, at de naturlige oplande for en række sygehuse går på tværs af amtsgrænserne. Tre sygehuse ligger endog i "fremmed" amt. De samarbejdsbehov, dette skaber, bør søges løst bedre end det hidtil har været tilfældet.

Som nævnt er der meget stor forskel på befolkningsudviklingen i hovedstadsregionens enkelte dele. De relative forskydninger i sygehusbehovene, det giver anledning til, peger klart på, at der er behov for en koordineret kapacitetsplanlægning.

En anden virkning af befolkningsudviklingen er som nævnt den skæve befolkningssammensætning i Københavns og Frederiksberg kommuner. De to kommuner (nu H:S) har et meget stort sygehusforbrug og store sygehusudgifter, som for en del, men ikke fuldt ud, kan forklares med den skæve aldersfordeling og sociale sammensætning.



Et af de dominerende problemer i dansk sygehusvæsen er, at de seneste 20 års ændringer i arbejdsmiljøregler og arbejdstidsaftaler har gjort opretholdelsen af døgndækkende akutberedskaber meget personalekrævende. Sammen med bl.a. specialiseringen i sygehusvæsenet har det medført, at en uforholdsmæssig stor del af sygehusvæsenets ressourcer går hertil. Det går bl.a. ud over de planlagte ikke-akutte aktiviteter. Problemet kan kun løses ved at reducere antallet af akutte beredskaber og overføre ressourcerne til arbejde i dagtiden. Hovedstadens særlige vilkår - navnlig befolkningstætheden og dermed de korte afstande - er i denne sammenhæng en fordel, idet geografien giver sygehusmyndighederne særligt gode muligheder for at løse dette problem.

Det er kommissionens opfattelse, at disse muligheder imidlertid ikke har været udnyttet i tilstrækkelig grad. Tværtimod har regionen p.g.a. specialiseringen mange døgndækkende beredskaber.

Der kan opstilles forskellige modeller, som formodes at kunne bidrage til at løse de skitserede problemer. De modeller, Sygehuskommissionen finder at burde pege på, er præsenteret i kap. 10.

### Kapitel 3. Sygehusvæsenets organisering og historiske udvikling i hovedstadsområdet

Sygehusvæsenet varetages i dag i hovedstadsregionen af Københavns, Frederiksborg og Roskilde amter samt Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S).

Betegnelsen "amt" dækker i det følgende også Hovedstadens Sygehusfællesskab med mindre andet er nævnt.

Der er i hovedstadsregionen i alt 17 sygehuse, hvoraf 7 er placeret i H:S, 4 i Københavns Amt, 3 i Frederiksborg Amt og 3 i Roskilde Amt. Med lukningen af Kommunehospitalet i løbet af 1998 vil der være 16 sygehuse i området, heraf 6 i H:S. Inden for H:S er Hvidovre Hospital geografisk placeret i Københavns Amt og Skt. Hans Hospital i Roskilde Amt. Tilsvarende er Københavns Amts Hospital Skt. Elisabeth på Amager placeret inden for H:S-området.

En række af sygehusene har afdelinger, der varetager lands- og landsdelsfunktioner, jf. Sundhedsstyrelsens Vejledning vedrørende lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet fra 1996. Inden for H:S drejer det sig om Rigshospitalet, Hvidovre Hospital og Bispebjerg Hospital. I Københavns Amt gælder det KAS Gentofte, KAS Herlev og KAS Glostrup.

#### 3.1 Historie

På landsplan var kommunalreformen i 1970 et vendepunkt i sygehusvæsenets administrative og politiske organisering.

På sygehusområdet betød udviklingen i retning af et mere specialiseret sygehusvæsen et behov for at dimensionere de enkelte sygehuse til at betjene et større befolkningsgrundlag end hidtil.

Et hovedsigte med de 14 nye amtskommuner var derfor - sammen med Københavns og Frederiksberg kommuner - at etablere tilstrækkeligt bæredygtige enheder i forhold til den ønskede udvikling i sygehusstrukturen. Ansvar for udarbejdelsen af sygehusplaner blev henlagt til de nye sygehuskommuner, men underlagt en statslig godkendelsesbegrænsning, der først senere i 1985 blev ophævet.

I hovedstadsområdet fik Hovedstadsrådet ved oprettelsen i 1973 til opgave at udarbejde en overordnet sygehusplan **for** det samlede hovedstadsområde med udgangspunkt i de enkelte amtskommuners planer.

Udarbejdelsen af en samlet plan blev imidlertid forsinket gennem flere år. Årsagen var bl.a. usikkerhed om det statslige Rigshospitals indplacering i den samlede sygehusbetjening samt kommunale protester mod en statslig tilkendegivelse i 1977 om, at amtsgrænserne i forbindelse med visitations-ordningerne ikke skulle opfattes som sygehusgrænser.

I sommeren 1979 godkendte Indenrigsministeriet en "*Grovskitse til hovedstadsområdets fremtidige sygehusbetjening*", men først i maj 1983 blev Hovedstadsrådets overordnede sygehusplan godkendt.

Hovedstadsrådets kompetence i relation til sygehusplanlægningen blev formelt opretholdt frem til rådets nedlæggelse med udgangen af 1989. Men ganske betegnende for udviklingen var Hovedstadsrådets sygehusplanlægningsudvalg blevet nedlagt allerede i 1986.

Erfaringerne med Hovedstadsrådet som planlægningsmyndighed er behandlet i betænkning nr. 988, som kommissionen om Hovedstadsrådet afgav i 1983. Det blev i betænkningen konkluderet:

"at lægger man vægt på de ideelle mål, der opstilledes i sygehusloven (fra 1973), og som kom til udtryk i lovforslagets bemærkninger, må man sige, at disse efter al sandsynlighed kun ville kunne have været gennemført i den forløbne periode under forudsætning af, at de amtskommuner var blevet lagt sammen til en storamtskommune".

Der blev i betænkningen videre peget på to forhold af betydning for rådets muligheder for at gribe ind og præge planlægningsforløbet:

"For det første den omstændighed, at rådet ikke har noget ansvar for driften af sygehusvæsenet i regionen, og for det andet, at dets personelle ressourcer og finansielle handlemuligheder er så begrænsede, som tilfældet er".

I 1990 udarbejdede Københavns Amtskommune, Københavns Kommune og Rigshospitalet et fælles "*Forslag til special for deling i det storkøbenhavnske område*". Baggrunden var en fælles erkendelse af, at der var blevet etableret for mange specialiserede afdelinger i hovedstadsområdet. Et revideret forslag til specialefordeling, hvori Frederiksberg Kommunes sygehusvæsen også indgik, blev fremlagt i 1993.

En række af forslagene blev gennemført, men skønt der var tale om et fælles forslag kan det alligevel konstateres, at ikke alle forslag efterfølgende blev gennemført.

### 3.2 Hovedstadens Sygehusfællesskab

Hovedstadens Sygehusfællesskab blev etableret den 1. januar 1995, hvor sygehusopgaven for borgerne i Københavns og Frederiksberg kommuner blev overført til den nye selvstændige forvaltningsenhed - H:S. De to kommuners hospitaler samt det statslige Rigshospital blev overført til H:S. Tre sygehusmyndigheder blev herved samlet til én.

Sygehusfællesskabet er en offentlig myndighed.

H:S ledes af en bestyrelse på 15 medlemmer, heraf 7 udpeget af Københavns Kommune, 2 udpeget af Frederiksberg Kommune og 6 udpeget af sundhedsministeren. De kommunale medlemmer udpeges blandt kommunalbestyrelsernes-/magistratens medlemmer. Fra statslig side er udpeget embedsmænd og erhvervsledere.

Det blev i loven om H:S og de ledsagende bemærkninger angivet, at målet for den nye sygehusmyndighed er at sikre en bedre udnyttelse af den samlede sygehuskapacitet i hovedstadsområdet gennem fælles planlægning og drift af sygehusfællesskabets sygehuse.

Videre blev der peget på mulighederne for at samle specialiserede lands- og landsdelsafdelinger, at etablere afdelinger/sygehuse, der kun udfører planlagte undersøgelser/operationer, at reducere antallet af afdelinger med døgnvagt, m.h.p. at skaffe flere lægetimer i dagarbejdstiden, en styrkelse af forskning, undervisning samt en udvikling af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats.

Eindvidere fremgår det, at H:S som universitetssygehusvæsen i tæt samarbejde med det øvrige danske sundhedsvæsen skal sikre, at det danske sundhedsvæsen på et højt fagligt niveau kan varetage undersøgelse, behandling og pleje af patienter, forsknings- og udviklingsarbejde samt uddannelse af sundhedspersonale. H:S er samtidigt pålagt at sikre Rigshospitalet som et sundhedsvidenskabeligt udviklingscenter med særlige opgaver inden for patientbehandling, forskning og uddannelse.

H:S finansieres af Københavns og Frederiksberg kommuner, der betaler svarende til deres forbrug, samt af staten. **Endvidere** får H:S indtægter fra **amtskommunerne** i forbindelse med behandling af patienter med bopæl uden for H:S-området.

Det statslige tilskud, der i 1996 udgør 720,6 mill. kr., svarer til den bevilling, som staten i henhold til Rigshospitalets 4-årige budgetaftale for perioden 1993-96 skulle have ydet til Rigshospitalet i de pågældende år. Tilskuddet er til og med 1997 fastsat i loven om H:S. Fra 1998 skal tilskuddet fastsættes på de årlige finanslove.

Statens bidrag til H:S skal finansiere særlige opgaver inden for patientbehandling, forskning og udvikling og uddannelse. Herudover finansierer bidraget en pulje, som H:S årligt udbetaler til Københavns og Frederiksberg kommuner, amtskommunerne samt Grønlands og Færøernes Hjemmestyre. Puljen svarer til den såkaldte bonuspulje, hvormed Rigshospitalets brugere blev delvist kompenseret for forhøjelsen af Rigshospitalets takster ved overgangen til bruttotakster den 1. januar 1994. Endvidere finansierer statens bidrag en speciel bonuspulje, der udbetales til Bornholms Amt, som kompensation for overgang til betaling for benyttelse af Rigshospitalet.

Staten yder endvidere et midlertidigt bidrag til driften af sygehusvæsenet i hovedstadsområdet. I 1996 udgør tilskuddet 1 mia. kr., der fordeles på en sådan måde, at det aflaster Københavns Kommunes sygehusudgifter med 840 mill. kr. og Frederiksberg Kommunes sygehusudgifter med 160 mill. kr.

Tilskuddet nedtrappes med 100 mio. kr. årligt frem til og med år 2005, dog således at første reduktion sker i 1997.

H:S er ikke selvstændig forhandlingspart ved de årlige forhandlinger om den kommunale økonomi, men udgifter til H:S indgår sammen med andre kommunale udgifter i forhandlingerne mellem staten og Københavns og Frederiksberg kommuner.

## Kapitel 4. Ambulant og stationær undersøgelses- og behandlingskapacitet i hovedstadsområdet

Indledningsvist kan der være grund til at understrege, at sygehuskapacitet bør anskues som et tierdimensionalt begreb. Og der kan ikke opstilles et enkelt mål, som på dækkende vis sammenfatter, hvad behandlingskapaciteten er.

På den baggrund har kommissionen valgt at beskrive sygehuskapaciteten med en række forskellige nøgletal. I de følgende afsnit beskrives i rækkefølge:

- de økonomiske ressourcer, der er tildelt sygehusene,
- de personalemæssige ressourcer på sygehusene og
- antal senge.

Det er ikke muligt at fastlægge den produktion som en given fysisk, personalemæssig og økonomisk kapacitet muliggør. Derfor inddrages en beskrivelse af udviklingen i produktionen også i analysen af kapaciteten. Produktionen på sygehusene er beskrevet ved:

- udskrivninger
- sengedage
- gennemsnitlige liggetider
- ambulante besøg

Endvidere beskrives udvekslingen af sygehuskapacitet på tværs af amtsgrænserne.

Kompleksiteten i kapacitetsbegrebet indebærer, at der vil være problemer mht. at sammenligne kapaciteten de enkelte amter/sygehuse imellem uanset hvilket mål, der vælges.

Kommissionen finder imidlertid, at det med en beskrivelse af kapaciteten på flere variable er muligt at tegne et rimeligt dækkende billede af den eksisterende kapacitet i hovedstadsområdet og af den ydelsesproduktion, som finder sted inden for disse kapacitetsmæssige rammer.

## 4.1 Sygehusudgifter<sup>1</sup>

Nedenstående tabel 1 viser udviklingen i bruttodriftsudgifter i faste priser fordelt på amterne og H:S-området, 1984-1995.

Opgørelsen i bruttodriftsudgifter indebærer, at der ikke foretages en modregning af udgifter og indtægter vedr. udenamtspatienter. Tallene viser derfor ikke de pågældende amters nettoudgifter til sygehusvæsenet. Ved omregningen til faste 1995-priser er anvendt en særlig sygehus-deltator udarbejdet af Sundhedsministeriet svarende til den, der blev anvendt i rapporten fra udvalget vedrørende sygehusvæsenets økonomi (SØK-rapporten, 1994).

**Tabel 1:** Bruttodriftsudgifterne i 1995 og indeks beregnet på faste 1995-priser.

Udviklingen i bruttodriftsudgifter i Østdanmark, 1995-priser (1984=100)

|      | H:S-området | København's Amt | Frederiksborg Amt | Roskilde Amt | Vestsjællands Amt | Storstrøms Amt | Bornholms Amt | I alt |
|------|-------------|-----------------|-------------------|--------------|-------------------|----------------|---------------|-------|
| 1984 | 100,0       | 100,0           | 100,0             | 100,0        | 100,0             | 100,0          | 100,0         | 100,0 |
| 1985 | 95,4        | 103,8           | 99,3              | 102,7        | 99,8              | 102,1          | 103,0         | 98,8  |
| 1986 | 98,3        | 106,3           | 102,0             | 102,1        | 95,4              | 103,8          | 104,6         | 100,6 |
| 1987 | 88,6        | 104,2           | 98,5              | 108,7        | 93,8              | 99,1           | 97,9          | 94,8  |
| 1988 | 87,3        | 106,0           | 98,6              | 115,3        | 98,0              | 94,9           | 94,7          | 94,9  |
| 1989 | 87,7        | 107,8           | 97,6              | 128,8        | 99,9              | 96,4           | 95,8          | 96,2  |
| 1990 | 87,4        | 108,8           | 96,6              | 133,9        | 99,5              | 94,3           | 96,1          | 96,2  |
| 1991 | 86,9        | 107,2           | 98,3              | 135,9        | 95,2              | 95,2           | 94,2          | 95,5  |
| 1992 | 88,6        | 107,6           | 99,0              | 139,3        | 95,3              | 96,3           | 96,2          | 96,7  |
| 1993 | 91,2        | 108,4           | 101,9             | 151,3        | 95,2              | 98,8           | 96,9          | 99,1  |
| 1994 | 91,8        | 108,8           | 103,7             | 157,1        | 98,0              | 100,1          | 99,9          | 100,3 |
| 1995 | 93,9        | 111,6           | 107,2             | 162,6        | 102,8             | 104,4          | 103,7         | 103,2 |

| Bruttodriftsudgifter i Østdanmark mill. kr., 1995 |             |                 |                   |              |                   |                |               |        |
|---------------------------------------------------|-------------|-----------------|-------------------|--------------|-------------------|----------------|---------------|--------|
|                                                   | H:S-området | København's Amt | Frederiksborg Amt | Roskilde Amt | Vestsjællands Amt | Storstrøms Amt | Bornholms Amt | I alt  |
| 1984                                              | 7.341       | 2.998           | 1.252             | 636          | 1.548             | 1.148          | 189           | 15.112 |
| 1995                                              | 6.892       | 3.345           | 1.342             | 1.034        | 1.592             | 1.199          | 196           | 15.600 |

Kilde: "Personale- og økonomistatistik for sygehusvæsenet" diverse årgange. Sundhedsstyrelsen

Note: Det skal bemærkes, at udgiftsniveauet i de enkelte amter har været forskelligt fra udgangspunktet og at befolkningsudviklingen har været forskellig i perioden. Endvidere henvises til tabel 11.

Data stammer fra sygehusenes regnskaber, der indberettes til Danmarks Statistik, og tallene stemmer dermed overens med Sundhedsstyrelsens udgivelser, Personale- og økonomistatistik for sygehusvæsenet, diverse årgange.

Inden for hovedstadsregionen er bruttodriftsudgifterne i perioden samlet faldet i H:S-området, medens der i Københavns Amt og Frederiksborg Amt har været en mindre stigning. Roskilde Amt har som følge af oprettelsen af amtssygehuset Fjorden og en øget aktivitet på RASK Køge - begge til erstatning for hidtil anvendt udenamtsbasisaktivitet - ikke overraskende den største stigning i udgifterne. Siden begyndelsen af '90'erne har der dog overalt været tale om stigende udgifter.

#### 4.2 Udviklingen i personaleressourcer

I tabel 2 er vist udviklingen i personaleressourcerne i perioden 1985 - 1994.

**Tabel 2:** Personaleforbruget 1985-1994 på sygehusene i Østdanmark, faktiske tal.

| År   | Læger | Andre aka.. | Sygeplejersker | Andet pleje udd. pers. | Andet sundhedsfagl. udd. pers. | Adm. Pers. | Øvrigt pers. | I alt  |
|------|-------|-------------|----------------|------------------------|--------------------------------|------------|--------------|--------|
| 1985 | 4.420 | 94          | 9.907          | 9.308                  | 6.456                          | 1.712      | 12.560       | 44.457 |
| 1986 | 4.468 | 81          | 10.012         | 9.261                  | 6.419                          | 1.639      | 12.171       | 44.051 |
| 1987 | 4.549 | 93          | 10.204         | 8.530                  | 6.407                          | 1.716      | 11.647       | 43.146 |
| 1988 | 4.526 | 106         | 10.294         | 8.389                  | 6.380                          | 1.682      | 11.440       | 42.817 |
| 1989 | 4.616 | 104         | 10.669         | 8.347                  | 6.647                          | 1.708      | 10.830       | 42.921 |
| 1990 | 4.687 | 43          | 10.955         | 8.185                  | 6.481                          | 1.656      | 10.210       | 42.217 |
| 1991 | 4.788 | 45          | 11.381         | 7.906                  | 6.676                          | 1.568      | 9.726        | 42.089 |
| 1992 | 4.753 | 43          | 11.785         | 7.603                  | 6.747                          | 1.565      | 9.553        | 42.049 |
| 1993 | 4.738 | 51          | 12.064         | 7.310                  | 6.927                          | 1.457      | 9.112        | 41.660 |
| 1994 | 4.808 | 46          | 12.112         | 7.339                  | 7.091                          | 1.685      | 8.939        | 42.020 |

Kilde: Personale og økonomi statistik for sygehusvæsenet, div. årgange. Sundhedsstyrelsen.

Det fremgår, at antallet af læger er vokset markant.

Gruppen af sygeplejersker og andet sundhedsfagligt uddannet personale er ligeledes vokset markant i perioden.

Inden for plejeområdet er der sket en betydelig ændring i personalesammensætningen over til personale med en længere uddannelse. Stigningen i antallet af sygeplejersker modsvarer således stort set af et fald i gruppen af andet plejepersonale, der især omfatter sygehjælperne.



Sammenlignelige data for personaleforbruget fordelt på personalekategorier foreligger kun frem til og med 1994. Det kan dog nævnes, at den seneste lægetælling foretaget af Sundhedsstyrelsen i april 1996 viser en fortsat beskeden stigning i antallet af hospitalsansatte læger i hovedstadsområdet i perioden 1994 til 1996.

Det kan i øvrigt bemærkes, at gruppen af administrativt personale er næsten uændret gennem perioden. Gruppen omfatter bl.a. ledende administrativt personale, fuldmægtige, HK-personale m.v. Lægesekretærer er dog ikke omfattet.

For det samlede personaleforbrug på sygehusene i Østdanmark ses et mindre fald i perioden 1985 - 1990, hvorefter personaleforbruget set under ét stort set har være stabilt til og med 1994. Udviklingen er bl.a. påvirket af rationaliseringer på især serviceområdet, nedlæggelse af sygehuse og i mindre omfang udlicitering.

#### **4.3 Antal sengepladser på sygehusene**

Tabel 3 viser en oversigt over antal normerede senge i hovedstadsområdet og det øvrige land i 1994.

Det fremgår, at hovedstadsområdet i 1994 havde i alt 8.300 somatiske sengepladser, hvoraf ca. halvdelen var placeret i det nuværende H:S-område.

Endvidere havde hovedstadsområdet i alt 1.862 psykiatriske sengepladser i 1994, hvoraf de 1.012 var placeret i H:S-området.

**Tabel 3:** Normerede sengepladser på sygehuse i hovedstadsområdet samt Oslo og Stockholm, 1994.

|                              | Kirurgisk blok |                    | Medicinsk blok |                    | Andet          |                    | Somatiske senge i alt |                    | Psykiatrisk blok |                    | Indbyggere<br>pr. 1/1 95 | Belæ-<br>ningspct. |
|------------------------------|----------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------|--------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|--------------------------|--------------------|
|                              | Antal<br>senge | pr. 1.000<br>indb. | Antal<br>senge | pr. 1.000<br>indb. | Antal<br>senge | pr. 1.000<br>indb. | Antal<br>senge        | pr. 1.000<br>indb. | Antal<br>senge   | pr. 1.000<br>indb. |                          |                    |
| H:S-området                  | 1.566          | 2,8                | 2.283          | 4,1                | 314            | 0,6                | 4.163                 | 7,4                | 1.012            | 1,8                | 559.302                  | 91 %               |
| Københavns.Amt               | 1.091          | 1,8                | 970            | 1,6                | 282            | 0,5                | 2.343                 | 3,9                | 547              | 0,9                | 605.868                  | 79 %               |
| Frederiksb. Amt              | 482            | 1,4                | 536            | 1,5                | 121            | 0,3                | 1.139                 | 3,3                | 169              | 0,5                | 350.236                  | 83 %               |
| Roskilde Amt                 | 299            | 1,3                | 297            | 1,3                | 59             | 0,3                | 655                   | 2,9                | 134              | 0,6                | 224.052                  | 92 %               |
| Hovedstads-<br>området i alt | 3.437          | 2,0                | 4.086          | 2,3                | 776            | 0,4                | 8.300                 | 4,8                | 1.862            | 1,1                | 1.739.458                |                    |
| Østdanmark                   | 4.309          | 1,9                | 5.048          | 2,2                | 1.206          | 0,5                | 10.563                | 4,6                | 2.392            | 1,0                | 2.320.157                |                    |
| Region Syd                   | 2.358          | 1,9                | 2.163          | 1,7                | 406            | 0,3                | 4.954                 | 3,9                | 841              | 0,7                | 1.274.864                |                    |
| Region Nord                  | 2.794          | 1,8                | 2.803          | 1,8                | 519            | 0,3                | 6.116                 | 3,8                | 1.027            | 0,6                | 1.601.621                |                    |
| Hele landet                  | 9.488          | 1,8                | 10.013         | 1,9                | 2.131          | 0,4                | 21.632                | 4,2                | 4.259            | 0,8                | 5.196.642                |                    |
| Oslo                         |                |                    |                |                    |                |                    | 3.455                 | 3,7                | 829              | 0,9                | 928.587                  |                    |
| Stockholm                    | 2.129          | 1,3                | 4.005          | 2,3                | -              | -                  | 6.134                 | 3,6                | 1.320            | 0,8                | 1.708.502                |                    |

Kilde: "Virksomheden ved sygehuse 1994" Sundhedsstyrelsen.

For Oslo: Norsk Institutt for sykehusforskning.

For Stockholm: Landstingsförbundet.

Note 1: Østdanmark: H:S, Københavns Amt, Frederiksborg Amt, Roskilde Amt, Vestsjællands Amt, Storstrøms Amt og Bornholms Amt.

Region Syd: Fyns Amt, Sønderjyllands Amt, Ribe Amt og Vejle Amt.

Region Nord: Ringkøbing Amt, Århus Amt og Nordjyllands Amt.

Note 2: Ved beregning af sengepladser tæller 5-døgnsenge 5/7.

Note 3: Roskilde Amt har desuden 83 1-døgnsenge.

Note 4: Den registrerede belægningsprocent er beregnet af de normerede senge. I forbindelse med ombygninger, ferielukninger m.v. vil en beregning af belægningsprocenten

Antallet af somatiske senge pr. 1.000 indbyggere er i hovedstadsområdet 4,8, mens det i landet som helhed er 4,2. H:S-området ligger med et gennemsnit på 7,4 markant højere, mens de 3 amter i hovedstadsområdet alle ligger under landsgennemsnittet.

Hovedforklaringen er Rigshospitalets betjening af især de østdanske amter, særlige sygehusbehov som følge af befolkningsstrukturen i Københavns og Frederiksberg kommuner. I H:S-området er der endvidere relativt mange sengepladser i den medicinske og psykiatriske blok i forhold til den kirurgiske blok, hvilket muligvis indikerer et strukturelt problem, hvor sygehuse løser sociale funktioner inden for pleje og omsorg.

Det fremgår videre af tabel 3, at belægningsprocenterne varierer mellem 79 og 92. Det skal hertil bemærkes, at sygehusvæsenet i sagens natur skal være dimensioneret til at klare en vis variation over året i patienttilgangen. Meget høje belægningsprocenter kan således afspejle perioder med overbelægning, d.v.s. senge på gangene.

På afdelingsniveau vil omfanget af den nødvendige "buffer-kapacitet" variere dels efter hvilket speciale, der er tale om, dels af om afdelingen skal kunne modtage akutte indlæggelser eller alene varetager planlagte (elektive) funktioner.

Som et gennemsnit har en belægningsprocent på ca. 85 - 95% for de somatiske senge gennem flere år været anvendt som en "tommelfingerregel" inden for dansk sygehusplanlægning.

#### **4.4 Sammenligninger med Oslo og Stockholm**

Betingelserne for at drive sygehuse vil naturligvis være påvirket af de geografiske og befolkningsmæssige forhold.

Hovedstadsområdet er i den henseende karakteriseret ved, at 1/3 af landets befolkning svarende til 1,7 mill. indb. bor på et areal, der er mindre de fleste af landets øvrige amter. Alene i H:S-området og Københavns Amt bor der 1,2 mill. indb.

Kommissionen har derfor fundet det relevant at supplere sammenligningerne mellem hovedstadsområdet med de øvrige Østdanske amter og landet som helhed med nogle få sammenligninger med to andre storbyområder - Oslo og Stockholm.

Sengetal for de to byer fremgår af tabel 3.

Indledningsvist skal det bemærkes, at hvor der på landsplan var 4,2 somatiske senge pr. 1.000 indbyggere i Danmark er det tilsvarende tal i Sverige 4,0 og i Norge 3,4. Når Norge ligger noget lavere, skyldes det et væsentligt færre antal senge på det medicinske område.

Oslo-området med en befolkning på 928.587 har 14 sygehuse, der drives af staten samt Oslo Kommune og Akershus Fylke. Sengekapaciteten var i 1994 på 3.455 somatiske senge, hvilket giver 3,7 senge pr. 1.000 indb. Det norske hovedstadsområde har således på samme måde som det danske lidt flere senge pr. indb. end resten af landet.

På landsplan er der sammenlignet med Sverige kun en mindre forskel i antallet af senge i forhold til befolkningens størrelse, men for hovedstadsområderne tegner der sig en noget større forskel.

Stockholms län omfatter ligesom det danske hovedstadsområde ca. 1.7 mill indb. Länet driver 11 sygehuse med 6.134 somatiske senge, hvilket giver 3.6 senge pr. 1.000 indb. I følge Landstingsförbundet i Sverige hænger de færre senge i Stockholm sammen med, at omlægningen til ambulante behandling der er længere fremme end i det øvrige land.

#### 4.5 Sygehusenes **produktion**

En traditionel indfaldsvinkel til beskrivelsen af produktionen på sygehusene er opgørelser af antal sengedage, ambulante besøg, udskrivninger og gennemsnitlig liggetid.

Sengedage og udskrivninger repræsenterer meget forskellige "produkter" lige fra meget omfattende og kostbare behandlinger til ganske simple indlæggelser. Tilsvarende kan ambulante besøg ligeledes spænde over simpel kontrol til mere omfattende behandling.

Det betyder, at som udtryk for en anvendt kapacitet kan der være tale om endog meget store variationer mellem den enkelte sengedag, udskrivning og det enkelte ambulante besøg.

Antallet af sengedage og de dertil knyttede normerede senge afspejler imidlertid uanset ovenstående bemærkninger en kapacitet på sygehusene herunder også det til sengekapaciteten knyttede personale.

Tabel 4 viser en oversigt over antallet af udskrivinger, sengedage og gennemsnitlige liggetider på somatiske afdelinger i Østdanmark i 1994.

**Tabel 4:** Antal udskrivinger, sengedage, ambulante besøg, ambulante besøg pr. udskriving og gennemsnitlige liggetider, på somatiske afdelinger i Østdanmark. 1994.

| 1994                                           | H:S-<br>området | København<br>Amt | Frederiksborg<br>Amt | Roskilde<br>Amt | Vestsjællands<br>Amt | Storstrøms<br>Amt | Bomholms.<br>Amt | Østdanmark<br>i alt |
|------------------------------------------------|-----------------|------------------|----------------------|-----------------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| Antal udskrivinger på somatiske afd.           | 180.100         | 119.516          | 61.366               | 42.696          | 53.464               | 44.700            | 7.903            | 509.746             |
| Antal sengedage på somatiske afd. (Produktion) | 1.410.314       | 702.873          | 358.261              | 230.659         | 319.010              | <b>297.456</b>    | 51.859           | 3.370.432           |
| (jns. liggetid på somatiske afd.               | 7,4             | 5,8              | 5,8                  | 5,4             | 5,9                  | 6,6               | 6,5              | 6,6                 |
| Antal ambulante besøg                          | 913.333         | 554.342          | 219.119              | 159.616         | <b>181.729</b>       | <b>166.774</b>    | 21.237           | 2.216.150           |
| Ambulante besøg pr. udskriving                 | 5,07            | 4,64             | 3,57                 | 3,74            | 3,36                 | 3,73              | 2,69             | 4,35                |

Kilde: Virksomheden ved sygehuse 1994, Sundhedsstyrelsen.

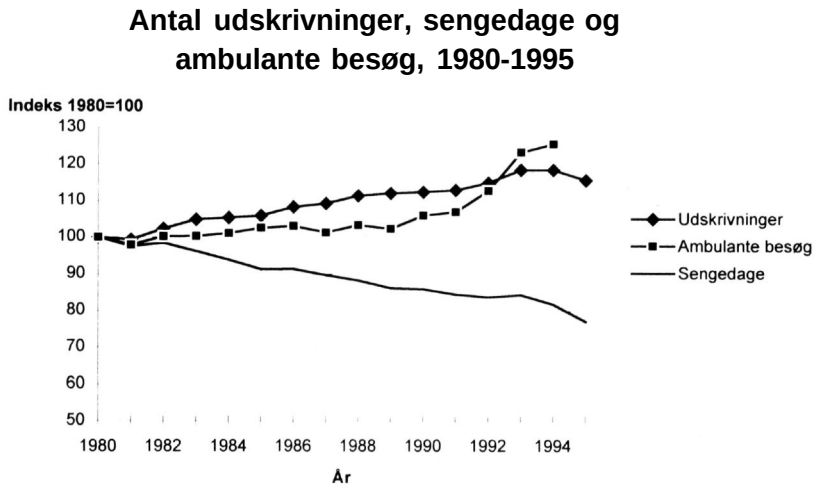
Det fremgår, at de største sygehusvæsenere, som betjener de største befolkninger, H:S og Københavns Amt naturligt nok har det største antal udskrivinger og sengedage. H:S-området har, som det fremgår de længste gennemsnitlige liggetider.

Bag tallene for 1994 ligger en udvikling, hvor antallet af udskrivinger og ambulante besøg i Østdanmark er steget ganske betydeligt, som det fremgår af fig. 1.

Produktionen af sengedage i Østdanmark faldt i samme periode. Faldet er fordelt på alle amter med undtagelse af Roskilde Amt, hvilket skal ses i sammenhæng med den tidligere omtalte hjemtagning af basisopgaver til egne sygehuse.

Den beskrevne udvikling er slået igennem på de gennemsnitlige liggetider, der også er reduceret i perioden.

Fig. 1:



Kilde: "Virksomheden ved sygehuse" diverse årgange. Sundhedsstyrelsen.

Sammenfattende afspejler tallene den generelle udvikling i det danske sygehusvæsen, hvor der år for år ydes stadig flere undersøgelser og behandlinger.

Borgernes forbrug af sygehusydelser varierer bl.a. med alder og køn. I tabel 5 er der udregnet et indeks, der viser forventet (køns- og aldersbetinget) antal sengedage pr. indbygger. Det fremgår således, at indbyggerne i H:S-området p.g.a. befolkningssammensætningen kunne forventes at have et forbrug pr. indbygger på 15% over landsgennemsnittet i 1995. Der er ikke korigeret for sociale forhold og sygelighed.

Det fremgår endvidere, at borgerne i H:S-området i 1995 havde et sengedagsforbrug, som lå 38% over det forventede efter befolkningssammensætningen, mens Storstrøms og Bornholms Amt samt Vestsjællands Amt havde færre sengedage end forventet.

**Tabel 5:** Indeks for det faktiske sengedagsforbrug pr. indbygger og det forventede forbrug, når der korrigeres for køns- og alderssammensætning. 1994-1995.

| År                    | Indeks type                                     | H:S | København<br>Amt | Frederiks-<br>borg<br>Amt | Roskilde<br>Amt | Vest-<br>sjællands<br>Amt | Stor-<br>strøms<br>amt | Born-<br>holms<br>amt | Hele<br>landet |
|-----------------------|-------------------------------------------------|-----|------------------|---------------------------|-----------------|---------------------------|------------------------|-----------------------|----------------|
| — Hele landet = 100 — |                                                 |     |                  |                           |                 |                           |                        |                       |                |
| 1994                  | Faktisk antal sengedage i forhold til forventet | 142 | 96               | 101                       | 103             | 102                       | 96                     | 102                   | 100            |
|                       | Forventet antal sengedage                       | 116 | 99               | 91                        | 87              | <b>100</b>                | 107                    | 108                   | <b>100</b>     |
| 1995                  | Faktisk antal sengedage i forhold til forventet | 138 | 96               | <b>101</b>                | 102             | 98                        | 99                     | 106                   | 100            |
|                       | Forventet antal sengedage                       | 115 | 99               | 91                        | 87              | 100                       | 107                    | 108                   | 100            |

Kilde: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

#### 4.6 Udveksling af behandlingskapacitet mellem amterne

Der foregår overalt i sygehusvæsenet en udveksling af sygehuskapacitet på tværs af amtsgrænserne. Det hænger dels sammen med, at de højt specialiserede afdelinger ikke alene betjener beliggenhedsamtets borgere, dels i de senere år også borgernes brug af det frie sygehusvalg.

Det betyder, som det fremgår af tabel 6, at de enkelte amters (egne borgeres) forbrug af sygehusvæsenet er forskellig fra egen produktions omfang.

**Tabel 6:** Det enkelte amts produktion og forbrug af sengedage 1994.

| 1994                                                      | H:S-<br>området | København<br>Amt | Frederiks-<br>borg<br>Amt | Roskilde<br>Amt | Vest-<br>sjællands<br>Amt | Stor-<br>strøms<br>amt | Born-<br>holms<br>amt | Ost-<br>danmark<br>i alt |
|-----------------------------------------------------------|-----------------|------------------|---------------------------|-----------------|---------------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Antal sengedage somatiske afd. (Produktion)               | 1.410.314       | 702.873          | 358.261                   | 230.659         | 319.010                   | 297.456                | 51.859                | 3.370.432                |
| Antal sengedage, somatiske afd. efter bopælsamt (Forbrug) | 1.151.645       | 729.629          | 406.062                   | 250.800         | 372.528                   | 333.888                | 63.174                | 3.307.726                |
| Forhold mellem produktion og forbrug                      | 1,22            | 0,96             | 0,88                      | 0,92            | 0,86                      | 0,89                   | 0,82                  | 1,02                     |

Kilde: Virksomheden ved sygehuse 1994, Sundhedsstyrelsen.

Fordelt efter bopælsamt er forbruget af sengedage for patienter med bopæl i H:S-området lavere end den samlede produktion på sygehusene i H:S-området.

Det er især Rigshospitalet, der har mange udenamtspatienter. Foreløbige tal for 1995 viser dog, at H:S får en mindre andel af udenamtspatienter i 1995. Borgerne i de øvrige amter forbruger mere end hjemamtets sygehuse producerer.

Tabel 7 viser sengedagsudvekslingen mellem amterne i 1994.

**Tabel 7:** Sengedagsudvekslinger mellem amterne for heldøgnspatienter, 1994.

| Patientens bopæl  | Sygehus amt |                            |                           |                 |                           |                        |                       | SUM     |
|-------------------|-------------|----------------------------|---------------------------|-----------------|---------------------------|------------------------|-----------------------|---------|
|                   | H:S-området | København-<br>havns<br>Amt | Frederiks-<br>borg<br>Amt | Roskilde<br>Amt | Vestsjæl-<br>lands<br>Amt | Stor-<br>strøms<br>Amt | Born-<br>holms<br>Amt |         |
| H:S               | -           | 56.719                     | 2.764                     | 2.165           | 2.530                     | 1.478                  | 326                   | 65.982  |
| Københavns Amt    | 96.113      |                            | 2.671                     | 2.152           | 1.629                     | 938                    | 200                   | 103.703 |
| Frederiksborg Amt | 47.399      | 7.250                      | -                         | 1.224           | .567                      | 217                    | 100                   | 56.757  |
| Roskilde Amt      | 25.820      | 7.471                      | 522                       | -               | 1.436                     | 942                    | 46                    | 36.237  |
| Vestsjællands Amt | 46.619      | 2.035                      | 329                       | 4.636           | -                         | 9.380                  | 74                    | 63.073  |
| Storstrøms Amt    | 40.815      | 2.138                      | 354                       | 5.243           | 2.256                     | -                      | 46                    | 50.852  |
| Bornholms Amt     | 12.525      | 308                        | 116                       | 24              | 24                        | 24                     |                       | 13.021  |
| Sum               | 269.291     | 75.921                     | 6.756                     | 15.444          | 8.442                     | 12.979                 | 792                   |         |

Kilde: Landspatientregisteret 1994.

Videre viser tabellerne 8 og 9 henholdsvis amternes udgifter til forbrug ved andre sygehuse og andre amters forbrug ved det enkelte amts sygehuse

Når H:S og Bornholms Amt ikke indgår i tabellerne 8 og 9, skyldes det for så vidt angår H:S opgørelsesmæssige problemer jf. noterne til de to tabeller og for Bornholms Amt, at dette amt indtil 1994 havde en **fri** indlæggelsesret på Rigshospitalet.



**Tabel 8:** Forbrug (Køb) ved andre amters sygehuse samt til andre serviceydelser.

| <b>Forbrug (køb) ved andre amters sygehuse samt til andre serviceydelser inden for amternes sundhedsvæsen, faste 1995-priser (indeks 1991=100)</b> |                       |                          |                     |                          |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------|
|                                                                                                                                                    | <b>Københavns Amt</b> | <b>Frederiksborg Amt</b> | <b>Roskilde Amt</b> | <b>Vestsjællands Amt</b> | <b>Storstrøms Amt</b> |
| 1991                                                                                                                                               | 100,0                 | 100,0                    | 100,0               | 100,0                    | 100,0                 |
| 1992                                                                                                                                               | 104,6                 | 106,5                    | 98,8                | 115,1                    | 121,1                 |
| 1993                                                                                                                                               | 126,7                 | 121,0                    | 105,8               | 140,9                    | 127,3                 |
| 1994                                                                                                                                               | 131,5                 | 126,9                    | 100,9               | 139,0                    | 141,7                 |
| 1995                                                                                                                                               | 173,5                 | 123,4                    | 100,9               | 141,1                    | 142,9                 |
| <b>Udgift i 1.000 kr.</b>                                                                                                                          |                       |                          |                     |                          |                       |
| 1995                                                                                                                                               | 297.461               | 331.073                  | 192.396             | 307.019                  | 293.813               |

Kilde: Amtskommunale regnskaber diverse årgange.

Note 1: H:S er ikke medtaget, fordi kontoen forbrug ved andre amters sygehuse inkluderer betalinger mellem Frederiksborg kommune og Københavns kommune. Forbruget bliver derfor misvisende.

Note 2: Tallene skal tages med forbehold, idet der er tale om køb af samtlige serviceydelser og ikke alene patientbehandling ved de somatiske sygehuse, en også de psykiatriske sygehuse og andre institutioner i amterne er medtaget. Derudover er varekøb også inkluderet.

Note 3: Frederiksborg Amt havde i 1995 et udenamtsforbrug for såvidt angår lands- og landsdelfunktioner på ca. 316 mio. kr.

Note 4: Roskilde Amt udenamtsforbrug var i 1995 fordelt med ca. 170. mio. kr. til lands- og landsdel, 16 mio. kr. til psykiatri og 7 mio. kr. til rest (Frit valg, 3-amts og serviceydelser)

**Tabel 9:** Andre amters forbrug (salg til andre amter) ved amtets sygehuse samt til andre serviceydelser.

| <b>Andre amters forbrug (salg til andre amter) ved amtets sygehuse samt til andre serviceydelser inden for amtets sundhedsvæsen, faste 1995-priser (indeks 1991=100)</b> |                       |                          |                     |                          |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------|
|                                                                                                                                                                          | <b>Københavns Amt</b> | <b>Frederiksborg Amt</b> | <b>Roskilde Amt</b> | <b>Vestsjællands Amt</b> | <b>Storstrøms Amt</b> |
| 1991                                                                                                                                                                     | 100,0                 | 100,0                    | 100,0               | 100,0                    | 100,0                 |
| <b>1992</b>                                                                                                                                                              | 100,2                 | 68,7                     | 297,0               | 99,9                     | 134,2                 |
| 1993                                                                                                                                                                     | 114,9                 | 240,3                    | 472,2               | 110,7                    | <b>158,1</b>          |
| 1994                                                                                                                                                                     | 128,2                 | 273,6                    | 652,4               | 106,1                    | 174,1                 |
| 1995                                                                                                                                                                     | 136,0                 | 315,6                    | 710,5               | 102,9                    | 176,3                 |
| NOTE: For Bornholms Amt er 1992 = 100                                                                                                                                    |                       |                          |                     |                          |                       |
| <b>Udgift i 1.000 kr.</b>                                                                                                                                                |                       |                          |                     |                          |                       |
| 1995                                                                                                                                                                     | 179.247               | 21.206                   | 77.751              | 218.701                  | 75.059                |

Kilde: Amtskommunale regnskaber diverse årgange.

Note 1: Tallene skal tages med forbehold, idet der er tale om køb af samtlige serviceydelser og ikke alene patientbehandling ved de somatiske sygehuse, men også de psykiatriske sygehuse og andre institutioner i amterne er medtaget. Derudover er varekøb også inkluderet.

Note 2: H:S er ikke medtaget, fordi kontoen forbrug ved andre amters sygehuse inkluderer betalinger mellem Frederiksborg kommune og Københavns kommune. Forbruget bliver derfor misvisende.

Som det fremgår, har især Frederiksborg Amt relativt store udgifter til forbrug på andre amters sygehuse i forhold til indtægter i form af andre amters forbrug på egne sygehuse.

Frederiksborgs og Roskilde amters udenamtsforbrug vedr. helt overvejende lands- og landsdelsfunktioner.

#### 4.7 Produktionsomkostninger

Med de eksisterende informationssystemer er det ikke muligt at foretage en opgørelse af enhedsomkostningerne inden for sygehusvæsenet - eksempelvis omkostningerne pr. indlæggelse, ambulant besøg eller sengedag.

Traditionelt er det derfor forsøgt at give et indtryk af variationen i enhedsomkostningerne over tid og mellem institutioner ved at sammenholde forskellige produktionstal med de samlede driftsudgifter. Det sker også i det følgende, om end oplysningernes værdi som produktivitets-indikator er begrænset.

Med de DRG-analyser, der er under udvikling, vil der til dels blive rådet bod på problemet, for så vidt angår den stationære behandling. Der mangler dog fortsat et produktionsmål, som tillader sammenvejning af stationære og ambulante ydelser for at kunne foretage mere valide analyser af produktiviteten. Udviklingen af et sådant mål er nødvendigt for at kunne foretage mere nøjagtige vurderinger af de ressourcemæssige konsekvenser af den forskydning af virksomheden fra stationær til ambulant behandling som indebærer en substitution af dyre behandlinger med mindre kostbare og ofte tillige mere patientvenlige behandlingsformer.

Til at belyse omkostningerne ved produktionen er nettodriftsudgiften i 1994 pr. faktisk sengedag samt pr. indlæggelse for de 14 amter samt Københavns og Frederiksberg kommune vist i tabel 10.

Som det fremgår af tabellen har Københavns kommune og Bornholms Amt de laveste nettodriftsudgifter pr. faktisk sengedag mens Fyns, Nordjyllands og Århus Amt har de højeste.

**Tabel 10:** Nettodriftsudgifter pr. faktisk sengedag/indlæggelse, 1994

| Amtskommune           | Nettodriftsudgift pr. faktisk<br>sengedag | Indeks 100 | Pris pr. indlæggelse 25.614 =<br>Gnst.= indeks 100 |
|-----------------------|-------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------|
| Københavns kommune    | 3.290                                     | 90         | 147                                                |
| Frederiksberg kommune | 3.302                                     | 92         | 110                                                |
| Københavns Amt        | 3.518                                     | 96         | 98                                                 |
| Frederiksborg Amt     | 3.303                                     | 90         | 79                                                 |
| Roskilde Amt          | 3.749                                     | 100        | 90                                                 |
| Vestsjællands Amt     | 3.400                                     | 93         | 107                                                |
| Storstrøms Amt        | 3.414                                     | 93         | 100                                                |
| Bornholms Amt         | 3.281                                     | 90         | 91                                                 |
| Fyns Amt              | 4.205                                     | 115        | 109                                                |
| Sønderjyllands Amt    | 3.318                                     | 91         | 85                                                 |
| Ribe Amt              | 3.711                                     | 102        | 90                                                 |
| Vejle Amt             | 3.718                                     | 102        | 87                                                 |
| Århus Amt             | 4.042                                     | 111        | 99                                                 |
| Ringkjøbing Amt       | 3.539                                     | 97         | 77                                                 |
| Viborg Amt            | 3.744                                     | 102        | 100                                                |
| Nordjyllands Amt      | 4.121                                     | 113        | 93                                                 |
| Hele landet *)        | 3.653                                     | 100        | 100                                                |

\*) Hele landet excl. Rigshospitalet

Kilde: Indenrigsministeriets kommunale nøgletal 1996.

Note 1: Rigshospitalet, nøgletal 1994.

Ukorrigerede driftsudgifter i 1994: 2.294.869.000 kr.

Nettodriftsudgifter pr. indlæggelse: 34,008,-kr.

Nettodriftsudgifter pr. sengedag: 4,962,-kr.

Bemærkninger til nøgletal.: Rigshospitalet har nettodriftsudgifter til forskningsudgifter m.v. på omkring 600 mio. kr. Forskningsudgifterne alene udgør 1/4 af de 600 mio. kr.

Note 2: Tallene vedrører amtskommunernes udgifter i 1994 til sygehuse korregeret for mellemamtslige betalinger. Herved fas et udtryk for, hvad en sengedag i gennemsnit koster på amtskommunens sygehuse.

Produktionsomkostningerne kan også belyses ved at beregne prisen pr. indlæggelse som ligeledes vist i tabel 11.

Gennemsnitsprisen pr. indlæggelse var godt 25.000 kr., og tallene varierer mellem godt 37.000 kr. i Københavns kommune og ned til knap 20.000 i det billigste amt Ringkøbing.

Omkostningerne ved en indlæggelse kan være højere end gennemsnittet, hvis der produceres forholdsvis mange dyre behandlinger, hvor særligt lands- og landsdelsspecialer er dyrere end basisbehandlinger.

Lange liggetider vil generelt medvirke til at trække omkostningerne pr. indlæggelse op. Ligeledes vil omlægninger af mindre ressourcetunge undersøgelser og behandlinger til den ambulante virksomhed medvirke til at trække omkostninger pr. indlæggelse op.

I tabel 11 er for 1994 vist en beregning af amternes forventede udgifter, når der er taget hensyn til alderssammensætning og kønsfordeling for de enkelte aldersgrupper.

Som det fremgår, har Københavns kommune et forbrug, der er 1.460 mio. kr. højere end befolknings sammensætningen skulle tilsige. Lavest er Ringkøbing amt, der bruger 260 mio. kr. mindre end forventet.

**Tabel 11:** Amternes faktiske nettodrifudsudgifter og forventede udgifter ved korrektion for alderssammensætning og kønsfordeling (Mill, kr.) samt antal kontakter til praktiserende læger i forhold til det forventede, 1994 tal.

| 1994                | Forventet udgift | Faktiske udgifter | Faktiske udgifter i forhold til forventede. Forventede = 100 | Faktiske antal kontakter til praktiserende læger i forhold til forventede. Forventede = 100 |
|---------------------|------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Københavns kom.     | 3.020            | 4.480             | 148                                                          | 94                                                                                          |
| Frederiksberg kom.  | 620              | 740               | 119                                                          | 108                                                                                         |
| H:S                 | 3.640            | 5.220             | 143                                                          | 96                                                                                          |
| Københavns amt      | 3.445            | 3.310             | 96                                                           | 91                                                                                          |
| Frederiksborg amt   | 1.865            | 1.730             | 93                                                           | 103                                                                                         |
| Roskilde amt        | 1.145            | 1.140             | 99                                                           | 96                                                                                          |
| Vestsjællands amt   | 1.660            | 1.685             | 101                                                          | 104                                                                                         |
| Storstrøms amt      | 1.565            | 1.445             | 92                                                           | 110                                                                                         |
| Bornholms amt       | 275              | 265               | 95                                                           | 100                                                                                         |
| <b>Øst Danmark</b>  | <b>13.595</b>    | <b>14.795</b>     | <b>109</b>                                                   | <b>98</b>                                                                                   |
| Fyns amt            | 2.745            | 2.700             | <b>98</b>                                                    | 104                                                                                         |
| Sønderjyllands amt  | 1.435            | 1.295             | 90                                                           | 96                                                                                          |
| Ribe amt            | 1.225            | 1.190             | 97                                                           | 100                                                                                         |
| Vejle amt           | 1.915            | 1.755             | 92                                                           | 101                                                                                         |
| Ringkøbing amt      | 1.490            | 1.230             | <b>83</b>                                                    | 106                                                                                         |
| Århus amt           | 3.390            | 3.045             | 90                                                           | 97                                                                                          |
| Viborg amt          | 1.355            | 1.315             | 97                                                           | 110                                                                                         |
| Nordjyllands amt    | 2.830            | 2.745             | 97                                                           | 106                                                                                         |
| <b>Vest Danmark</b> | <b>16.385</b>    | <b>15.275</b>     | <b>93</b>                                                    | <b>93</b>                                                                                   |
| <b>Hele landet</b>  | <b>30.070</b>    | <b>30.070</b>     | <b>100</b>                                                   | <b>100</b>                                                                                  |

Kilde: Indenrigsministeriets kommunale nøgletal 1996.

De relativt høje sygehusudgifter i H:S-området var bl.a. baggrunden for, at der i forbindelse med aftalerne mellem staten og Københavns og Frederiksberg kommuner om den kommunale økonomi for 1992 til 1994 blev nedsat et udvalg, der skulle undersøge forskellene i sygehusudgifterne mellem de to kommuner og det øvrige land.

Udvalget tog bl.a. udgangspunkt i en opgørelse af det somatiske sygehusforbrug i 1989 udtrykt ved antal sengedage, der viste, at dette i København lå godt 60 pct. over landsgennemsnittet og på Frederiksberg var mere end dobbelt så højt.

På den baggrund undersøgte udvalget i hvilken udstrækning, disse tal kunne forklares ud fra forskelle i befolkningssammensætningen m.h.t. køn, alder og en række socio-økonomiske faktorer, såsom bolig-, indkomst- og formuemæssige forhold samt sociale og erhvervsmæssige forhold.

Sædvanlig korrektion for køns- og alderssammensætning bragte merforbruget i 1989 opgjort i sengedage ned på 32 procent i København og 20 procent på Frederiksberg. Når der yderligere blev korrigeret for registrerbare socio-økonomiske forhold blev merforbruget målt i sengedage i Københavns og Frederiksberg kommuner reduceret til henholdsvis 12 procent og 13 procent.

Det skal i tilknytning hertil bemærkes, at tabel 5 viste, at det samlede H:S-område i 1995 stadig havde et merforbrug af sengedage pr. indbygger nu på 38%, når der er korrigeret for køns- og alderssammensætning.

Det bør i øvrigt bemærkes, at København har et mindre forbrug af sygesikringsudgifter.

#### **4.8 Sammenfatning af beskrivelsen af sygehuskapaciteten i hovedstadsområdet**

Gennemgangen af sygehuskapaciteten ved brug af forskellige nøgletal har bl.a. vist at:

- bruttodriftsudgifterne i -90'erne generelt har været moderat stigende i hovedstadsområdet,
- når der tages hensyn til alderssammensætning og kønsfordeling er sygehusudgifterne i H:S-området højere end de forventede udgifter, mens udgifterne omvendt generelt er lavere i det øvrige Østdanmark i forhold til de forventede udgifter.

- antallet af læger og sygeplejersker har været stigende, men på plejesiden modsvares væksten i sygeplejersker stort set af et fald i andet plejepersonale,
- hovedstadsområdet som helhed har 4.8 senge pr. 1.000 indbyggere, hvor landsgennemsnittet er 4,2,
- H:S-området ligger med et sengetal på 7.4 markant over landsgennemsnittet, mens det øvrige hovedstadsområde ligger under landsgennemsnittet,
- Stockholm og Oslo har tilsvarende henholdsvis 3,6 og 3,7 senge pr. 1.000 indb.
- den registrerede belægningsprocent beregnet af de normerede senge varierer fra 91 i H:S-området og 92 i Roskilde Amt til 83 i Frederiksborg Amt og 79 i Københavns Amt.
- antallet af ydelser i form af udskrivinger og ambulant aktivitet er vokset,
- antallet af sengedage og dermed de gennemsnitlige liggetider har været faldende,
- den ambulante aktivitet er generelt stigende,
- H:S har den højeste ambulante aktivitet pr. udskriving samt at
- H:S producerer flere sengedage end eget forbrug, mens de øvrige amters forbrug overstiger egen produktion.

Målt i produktion i form af udskrivinger og ambulant aktivitet har der således været tale om en vækst i behandlingsaktivitet gennem flere år.

Sygehuskommissionen finder, at sammenligninger med sengekapaciteten i Stockholm og Oslo samt opgørelserne af belægningsprocenter i hovedstadsområdet kan indikere, at der fortsat er muligheder for omstillinger i hovedstadsområdets samlede sygehusvæsen, som kan formindske behovet for sygehussenge. Kommissionen skal i den forbindelse understrege, at en nedbringelse af sengekapaciteten forudsætter en tæt koordinering med primærkommunerne i hovedstadsområdet og primærsektoren.

## Kapitel 5. Udviklingen i demografi<sup>2</sup>, sygdomsmønster og senge- dagsbehov

I det følgende gennemgås primært en række demografiske forhold, der har eller kan få betydning for udviklingen på sygehusområdet i Østdanmark. Desuden omtales den forventede udvikling i sygdomsmønsteret kort.

Befolkningstallet i Østdanmark var i -80'erne let faldende efterfulgt af en svagt stigende tendens i de senere år. Danmarks Statistiks fremskrivning viser endvidere, at befolkningstallet vil være moderat stigende frem til år 2020.

Udviklingen dækker over væsentlige forskelle mellem de forskellige dele af regionen. Således udviser Roskilde, Frederiksborg og Vestsjællands amter en konstant befolkningstilvækst og tendensen fortsætter i fremskrivningsperioden.

Udviklingen i Københavns Amt og Storstrøms Amt er stabil, medens Bornholms Amt har et konstant fald.

Frederiksberg og Københavns kommuner har oplevet et fald i befolkningstallet i 1980'erne. Udviklingen er imidlertid i starten af 1990'erne vendt til en beskeden vækst i befolkningstallet. Denne udvikling fortsætter ind i fremskrivningsperioden.

Når det gælder befolkningssammensætningen er den generelle tendens for Østdanmark som helhed en vækst i aldersgrupperne over 40 år og et fald i grupperne under 40 år.

Også her er der imidlertid tale om forskelle mellem de forskellige områder.

Mens der i størsteparten af Østdanmark - med variationer - kan konstateres en udvikling, der svarer til gennemsnittet, oplever H:S-området en udvikling, der afviger væsentligt herfra. Der er her et fald i aldersgrupperne over 60 år (for aldersgruppen over 80 år dog først efter en stigning i 1980'erne). Samtidig kan der konstateres en vækst i aldersgrupperne fra 20 til 60 år og i aldersgruppen under 15 år. Tendensen fortsætter i fremskrivningsperioden.

Den samlede befolkning i Østdanmark forventes at være stor set uændret eller svagt stigende i perioden frem til år 2020.

<sup>2</sup>Til beskrivelse af befolkningsudviklingen i regionen bruges data fra Danmarks Statistik. I årene 1980-1995 er opgørelsen over befolkningen pr. 1. januar anvendt for de pågældende år, medens perioden 1996-2020 bygger på prognosetal.

Udviklingen i befolkningssammensætningen viser to modsatrettede tendenser, som ligger på linje med den generelle tendens for hele landet. Aldersgrupperne over 60 år vil vokse samtidig med, at aldersgrupperne under 30 år bliver stadig mindre.

Dette vil få konsekvenser for sygehusvæsenet i form af et øget behov for ældre-relateret behandlingskapacitet. Alene H:S-området oplever som nævnt en modsatrettet tendens og vil få en større andel af unge.

Ændringer i alderssammensætningen i befolkningen vil indebære forskydninger i det sygdomsmønster, som sygehusenes behandlingskapacitet skal tilpasses.

Kommissionen forventer at belyse udviklingen i befolkningens sygdomsmønster og konsekvenserne heraf nærmere i den endelige betænkning. Det skal dog kort anføres, at der ikke synes at være markante ændringer undervejs i sygdomsmønsteret i de nærmeste år. Dog tegner der sig for enkelte sygehustunge lidelser som kræft en betydelig stigning.

## **5.1 Demografisk sengedagsfremskrivning**

Der bliver i det følgende foretaget en fremskrivning af befolkningens sygehusforbrug målt i antal sengedage med udgangspunkt i prognoserne over den demografiske udvikling.

Sengedage er valgt som indikator for den befolkningsbetingede udvikling i sygehusbehovet. Fremskrivningen kan navnlig belyse den relative udvikling i behovet, f.eks. mellem unge og ældre, mellem medicin og kirurgi og mellem de enkelte amter. Derimod er fremskrivningen ikke et realistisk udtryk for det antal senge, der faktisk vil være behov for, fordi der kun tages hensyn til befolkningsudviklingen.

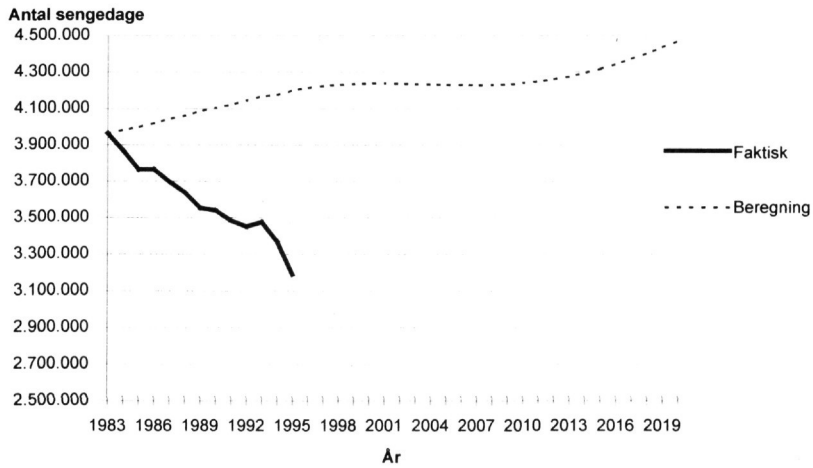
Øvrige faktorer, der påvirker sygehusforbruget såsom den medicinsk-teknologiske udvikling, ændringer i sygdomsbilledet, økonomiske ressourcer m.v.. er udeladt. I afsnit 5.2 er forsøgt summarisk at korrigere herfor m.h.p. et mere realistisk udtryk for det absolute sengetalsniveau.

Figur 2 indeholder udover en fremskrivning til år 2020 også en sammenligning med den faktiske udvikling i årene 1983-1995.



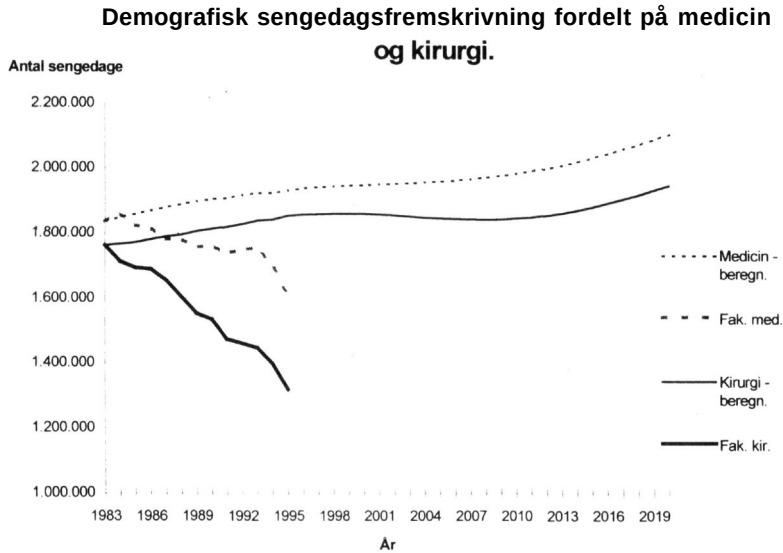
Fig.2:

### Demografisk fremskrivning af sengedagsforbruget



Det fremgår, at den forventede demografiske udvikling kun i begrænset omfang vil øge behovet for sengepladser. Den stigning, der forudsiges skyldes, at der som foran beskrevet samlet bliver flere ældre i Østdanmark.

Figur 3 viser tilsvarende en demografisk fremskrivning fordelt på medicin, kirurgi og andet samt den faktiske udvikling i årene 1983-1995.

**Fig. 3:**

Inden for medicin ses en stigende tendens i behovet. Ved en opdeling på aldersgrupper, vil det fremgå, at det er de ældste grupper, der har det største sengedagsforbrug.

Inden for kirurgi, der også udviser en stigende tendens, er der en mere ensartet fordeling i sengedagsforbruget aldersgrupperne imellem.

En nærmere analyse af tallene afslører ganske store regionale forskelle. H:S kan således forvente et relativt fald i det demografisk betingede forbrug, Københavns Amt kan forvente en moderat relativ stigning mens især Frederiksborg amt og Roskilde amt kan forvente en kraftig vækst.

Ved alene at foretage en demografisk sengedagsfremskrivning fremgår det, at samlet set vil det befolkningsbetingede behov for sygehusydelse være stigende.

Bag udviklingen ligger en forskydning i befolkningssammensætningen mod større ældregrupper og dermed et øget behov for sundhedsydelse herunder især på det medicinske område. Inden for kirurgi er det kun sidst i perioden, der ses en stigning.

De generelle udviklingstendenser dækker imidlertid over betydelige regionale forskelle. På grund af den demografiske sammensætning kan **H:S-området** forvente et aftagende sygehusbehov inden **for** både det medicinske og kirurgiske område, hvorimod Frederiksborg Amt og Roskilde Amt har en befolkningssammensætning, der kan skabe et endog kraftigt øget behov for sygehusydelser. Københavns Amt kan forvente en moderat stigning.

## 5.2 Fremskrivning af behovet for sengepladser med et fald i den gennemsnitlige liggetid på 2% årligt

Som tidligere understreget tegner en "rent" demografisk fremskrivning ikke det fulde billede.

Der er som nævnt en række andre faktorer med betydning for sengedagsbehovet, som også bør inddrages i vurderingen af det fremtidige behov. Der er nævnt den medicinske teknologiske udvikling, ændringer i sygdomsbilledet, økonomiske ressourcer m.v.

Kommissionen forventer som tidligere nævnt at belyse disse forhold nærmere i den endelige betænkning. Det vil dog ikke være muligt at kvantificere disse forhold i et omfang som tillader en samlet detaljeret beregning af effekten på sengepladsbehovet.

Men i et forsøg på at inddrage effekten af disse faktorer er der i stedet foretaget en yderligere fremskrivning af behovet for somatiske senge, hvor den gennemsnitlige liggetid baseret på udviklingen gennem de senere år forudsættes at falde med 2 % årligt.

Tabel 12 viser, at sengebehovet i de næste 10 år vil falde i hele hovedstadsområdet ved en fortsat reduktion i liggetiderne på 2 % pr. år.

Ved beregningen er der taget udgangspunkt i et beregnet sengepladsbehov på grundlag af en belægningsprocent på 87%. Det beregnede sengepladsbehov i 1994 afviger derfor fra de i tabel 3 anførte faktiske sengetal. Afvigelsen forøges jo mere den faktiske belægningsprocent afviger fra de 87%.

**Tabel 12:** Beregnet udvikling i det somatiske sengeforbrug.

|                          | Beregnet sengepladsbehov i 1994 | Sengepladsbehovet i år 2000 ved nedskrivning af den gns. liggetid med 2% | Sengepladsbehovet i år 2005 ved nedskrivning af den gns. liggetid med 2% |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| H:S                      | 4.443                           | 3.533                                                                    | 3.031                                                                    |
| Københavns Amt           | 2.215                           | 2.012                                                                    | 1.839                                                                    |
| Frederiksborg Amt        | 1.129                           | 1.043                                                                    | 995                                                                      |
| Roskilde Amt             | 727                             | 676                                                                      | 645                                                                      |
| Hovedstadsregionen i alt | 8.514                           | 7.265                                                                    | 6.512                                                                    |
| Hele landet              | 20.933                          | 18.914                                                                   | 17.160                                                                   |

Note 1: I beregningen af sengepladsbehovet tages der ikke højde for, at nogle af de normerede sengepladser er 5-døgnsenge. Tages der højde for et vist antal 5-døgnsenge, ville sengepladsbehovet være større end det beregnede, hvilket især vil få betydning for Roskilde Amt, hvor der er relativt få senge.

Note 2: Sengepladsforbruget er fremkommet på følgende måde:  $1.15 \cdot \text{Sengedage} / 365$

Samlet fremgår det, at der kan forventes et fald i behovet for somatiske sengepladser på sygehusene i alle amter samt H:S. Den største nedgang vil finde sted i H:S.

Ud over en forventet fortsat udvikling hen mod mere skånsomme behandlingsmetoder forudsætter et fortsat fald i liggetiderne også en yderligere styrkelse af samarbejdet mellem sygehusene, primærsektoren og kommunerne, således at der fortsat kan ske en udflytning af plejeopgaver og visse lettere dele af behandlingen til patienternes eget hjem. I overvejelserne herom må samtidigt indgå, hvorvidt den mest patientvenlige og økonomiske løsning altid er en afkortning af indlæggelsestiden.

Kommissionen forventer at vende tilbage til dette mere generelle spørgsmål senere i den endelige betænkning.

Ovenstående fremskrivning er som nævnt baseret på en antagelse om et ensartet fald i liggetiderne på 2% pr. år. I lyset af de markant højere liggetider i H:S i dag forekommer det nærliggende, at der inden for H:S vil kunne ske en endnu større reduktion i senge-massen end i ovenstående fremskrivning.

### 5.3 Sygehusplanerne og de demografiske forskydninger

I det følgende redegøres for, hvilke overvejelser sygehusplanerne i hovedstadsområdet rummer vedr. den fremtidige kapacitet i lyset af den forventede udvikling i sengebeho-vet.

H:S har i sin sygehusplan H:S 2000 fra 1. januar 1996 fremlagt en omstruktureringsplan, hvor det bærende princip er at skabe et sygehusvæsen, som er bedre tilpasset borgernes nuværende og fremtidige behov i H:S-området, og som samtidigt vedkender sig de særlige forpligtigelser H:S har, som en integreret del af det samlede sygehusvæsen i Danmark.

Som grundlag for en vurdering af den fremtidige sygehusstruktur har H:S bl.a. taget udgangspunkt i områdets forventede demografiske og sygdomsmæssige udvikling.

Mens indbyggertallet i perioden frem til år 2000 forventes at være stort set uændret, kan der forventes ændringer i befolkningens alderssammensætning. Som nævnt vil H:S få en større andel af unge, mens antallet af borgere over 60 år vil falde.

H:S havde i 1994 et beregnet somatisk sengepladsbehov på 4.443 senge, jf. tabel 12. Det faktiske tal var 4.163. Forskellen skal ses i sammenhæng med, at den gennemsnitlige belægningsprocent i H:S lå over de 87%, som ligger bag det beregnede sengetal.

Ved en nedskrivning af den gennemsnitlige liggetid med 2% pr. år vil det beregnede sengepladsbehov i H:S i år 2000 være ca. 3.534 og i år 2005 ca. 3.031.

H:S vurderer, at alene udviklingen i befolkningens alderssammensætning fra 1995 til år 2000 medfører et fald i behovet for sygehusbehandling, som svarer til næsten 200 senge. I perioden fra 1995 og frem til år 2008 er reduktionen mere end 400 senge. H:S gør dog samtidig opmærksom på, at befolkningsudviklingen er den mindste af de faktorer, der påvirker behovet for sengepladser. Det forudsættes således i Sygehusplanen, at der frem til år 2000 kan ske en reduktion i antallet af somatiske senge på 650. Baggrunden for denne vurdering udover de aldersmæssige forskydninger er:

- at der i lighed med seneste mange år vil kunne opnås en effektivisering af behandlingsforløb, som reducerer den gennemsnitlige liggetid med ca. 2 % om året,
- at der ikke mindst på det kirurgiske område vil være behov for færre sengepladser, når behandlingen i betydeligt omfang kan omlægges til ambulant behandling og sammedagskirurgi,
- at samlingen af de afdelinger, der varetager højt specialiseret behandling, vil give en bedre kapacitetsudnyttelse,
- at der stilles ca. 120 senge på Hvidovre Hospital til rådighed til betjening af Hvidovre Kommune i overensstemmelse med intentionerne i Københavns Amts sygehusplan.

Københavns Amt fremlagde i 1995 sin seneste sygehusplan, der fastlægger de overordnede rammer for sygehusvæsenet i Københavns Amt de nærmeste år. Det forventes, at gennemførelsesfasen vil strække sig over perioden 1996 -1998.

Sygehusplanen indeholder en fordeling af sygehusopgaverne på 3 niveauer, henholdsvis lokalfunktioner, funktioner, der retter sig mod hele amtet samt højt specialiserede funktioner.

I følge sygehusplanen vil dimensioneringen af de enkelte afdelinger og centre blive fastlagt efterfølgende. Dimensioneringen vedrører bl.a. den enkelte afdelings sengeantal, personaleressourcer og øvrige ressourcer. Det forventes, at der vil være et løbende behov for at vurdere dimensioneringen af de enkelte afdelinger, da bl.a. ændringer af behandlingsmuligheder og -former og af behandlingsbehovet kan medføre, at der bør foretages justeringer.

Mens befolkningstallet forventes at forblive nogenlunde konstant i Københavns Amt, forventes der ændringer i befolkningens sammensætning. Befolkningstallet for aldersgrupper over 40 år forventes at stige, mens det forventes at falde for aldersgrupperne under 40 år.

Københavns Amt havde i 1994 et beregnet sengepladsbehov på 2.215 senge, jf. tabel 12. Det faktiske tal var 2.343 somatiske senge. Forskellen afspejler, at den gennemsnitlige belægningsprocent i Københavns Amt lå under de 87%.

Ved en nedskrivning af den gennemsnitlige liggetid med 2 % årligt vil sengepladsbehovet i Københavns Amt i år 2000 være ca. 2.012 og i år 2005 ca. 1.839 somatiske senge.

En egentlig plan for en sådan sengetalsreduktion indgår ikke sygehusplanen.

Det fremgår dog, at der inden for nogle specialer foreslås en reduktion af antallet af behandlingssteder. Dvs. en given aktivitet samles på et færre antal sygehuse.

Det forventes dermed, at en koncentrering af behandlingsindsatsen, som følge af stor-driftsfordele og f.eks. bedre udnyttelse af kostbart apparatur, kunne medføre at der frigøres ressourcer, som kan anvendes andre steder indenfor sygehusvæsenet.

Frederiksborg Amt vedtog i 1992 planen Frederiksborgs Amts sundhedsvæsen i 90'erne. Formålet var primært at sikre den nødvendige sundhedspolitiske samordning af amtets sygehusvæsen og praksissektoren. Frederiksborg Amt er nu ved at udarbejde en ny sundhedsplan "Sund 97".

Frederiksborg Amt havde i 1994 et beregnet sengepladsbehov på 1.129 somatiske senge, jf. tabel 12. Det faktiske tal var 1.139 senge.

Ved en nedskrivning af den gennemsnitlige liggetid med 2 % årligt vil sengepladsbehovet i Frederiksborg Amt i år 2000 være ca. 1.044 og i år 2005 ca. 995 somatiske senge.

Der vil i lighed med de øvrige amter ske en forskydning i befolkningens alderssammensætning i retning af en vækst i de ældste aldersgrupper.

Det fremgår af planen fra 1992, at Frederiksborg Amt vurderer, at befolkningsudviklingen i sig selv medfører en stigning i behovet for sundhedsydelse i 90'erne. Det forventes, at en større stigning i behovet for medicinske indlæggelser, der som følge af en stigende ældreandel, fører til en endnu større stigning i sengedage.

Frederiksborg Amt forventer, at der vil være et samlet vækst på ca. 1,5 % i sygehusvæsenet som følge af dels demografiske betingede faktorer dels øvrige faktorer som f.eks. den medicinsk teknologiske udvikling, der i sig selv forventes at medføre et vækstbehov.

Frederiksborg Amt forventer således, at den fremtidige aldersfordeling af amtets befolkning medfører et generelt øget behov for sygehusbehandling. Som følge af den stigende ældreandel vil væksten være større inden for de medicinske sygdomme end inden for de kirurgiske. Dette betyder, at der i den fremtidige struktur skal være mulighed for en løbende tilpasning af behandlingskapaciteten mellem de medicinske og kirurgiske specialer.

Det fremgår af sygehusplanen, at modellen for den fremtidige sygehusstruktur indebærer en tilpasning af sengekapaciteten mellem specialerne. Dette er et resultat af et ønske om dels at styrke den ortopædkirurgiske og den intern medicinske funktion, og dels at etablere udspecialiserede kirurgiske afdelinger, som har en bæredygtig størrelse.

Frederiksborg Amt vurderer dog, at der også inden for den ændrede sygehusstruktur vil være behov for en stadig omstilling og effektivisering af sygehusvæsenets indsats med henblik på at imødekomme det stigende behov inden for en stort set uændret samlet sengemasse. Det understreges i den forbindelse, at stigningerne i de årlige driftsudgifter ikke ville kunne imødekomme den demografisk betingede vækst i sengebehovet, som fremgår af de mekaniske fremskrivninger af sengebehovet.

I "Sund 97"-udkastet peges der på nogle hovedstrategier for en række tilpasninger og ændringer:

- Tættere samordning af specialer og funktioner,
- Opdeling af akut og planlagt (elektiv) aktivitet,
- Øget satsning på ambulant behandling.
- Tættere samarbejde med H:S og andre amters sygehuse
- Mere intensivt samarbejde med kommunerne,
- Skadecentre,
- Observationsafsnit.

I en "budgetanalyse 96" foreslås en tilpasning af strukturen i sygehusvæsenet, som kan gennemføres indenfor det idémæssige grundlag for sundhedsplanen fra 1992. hvor det væsentligste forslag er adskillelse af akut og elektiv aktivitet.

Roskilde Amt er ved at udarbejde en sundhedsplan, der bl.a. vil fokusere på kapaciteten i det somatiske sygehusvæsen i amtet samt på hvordan kapaciteten anvendes og planlægges anvendt i de kommende år.

Som led i den løbende planlægning af sygehusvæsenet har man bl.a. i lyset af faktorer som demografisk udvikling samt den medicinsk og teknologiske udvikling analyseret grundkapaciteten på egne sygehuse.

Roskilde Amt havde i 1994 et beregnet sengepladsbehov på 727 somatiske senge, jf. tabel 12. Det faktiske tal var 655 senge. Forskellen kan henføres til den høje gennemsnitlige belægningsprocent i Roskilde Amt.

Ved en nedskrivning af den gennemsnitlige liggetid med 2 % årligt vil sengepladsbehovet i Roskilde Amt i år 2000 være ca. 676 og i år 2005 ca. 645.



I den forbindelse skal det erindres, at i beregningen af det fremtidige sengepladsbehov er der ikke taget højde for, at nogle af de normerede sengepladser er 5-døgns senge. Tages der højde for dette, ville sengepladsbehovet være ca. 40 senge større end det beregnede.

I Roskilde Amt vil der være en stigning i antallet af ældre over 40 år, mens antallet yngre under 40 år vil stagnere eller falde.

Roskilde Amt fremlagde i 1994 en analyse af behovet for sygehusydelser set i lyset af den demografiske, medicinske og teknologiske udvikling. Samlet blev beregnet et underskud på 54 senge.

Denne mangel på kapacitet blev besluttet søgt afhjulpet ved øget brug af sammedagsbehandling, såvel kirurgisk som medicinsk, i stedet for at øge antallet af sengepladser.

Amtsrådet har besluttet at etablere specielle sammedagskirurgiske faciliteter dimensioneret til 3000 indgreb årligt (kirurgi, gynækologi og ortopædkirurgi) på Køge sygehus, som blev taget i brug i 1995 tillige med udvidede sammedagsmedicinske faciliteter i Roskilde og Køge.

1 forbindelse med den i 1996 igangsatte tilbygning til Amtssygehuset Roskilde skabes der udvidede rammer for sammedagsbehandling i Roskilde.

Sygehusplanrunden medførte også, at det for hvert speciale i amtets sygehusvæsen entydigt blev fastlagt, hvem der var tillagt amtsfunktionen. I praksis indebærer det, at de specialiserede behandlinger, der udføres på basisniveauet, er samlet ét sted i amtet.

## 5.4 Sammenfatning

Kommissionen finder det rimeligt at antage, at de gennemsnitlige liggetider fortsat vil falde i lighed med den hidtidige udvikling. Prognoserne, hvor der også er korrigeret for den demografiske udvikling, peger således på et faldende sengebehov i det samlede hovedstadsområde.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at en reduktion i sengetallet alene indgår eksplicit i sygehusplanen for H:S.

Med udgangspunkt i de nuværende relativt høje liggetider i H:S og den i sammenligning med de øvrige sygehusmyndigheder forholdsvis lave registrerede belægningsprocent i Københavns Amt finder kommissionen, at der vil kunne være behov for reduktioner i sengemassen ud over det niveau, som fremskrivningen i tabel 12 anslår. Sammenligningerne med Stockholm og Oslo peger i samme retning.

Udviklingen afspejler en omlægning til enten kortere indlæggelser med en mere offensiv behandlingsstrategi eller til ambulant behandling herunder sammedagskirurgi.

Disse omlægninger i behandlingsformerne kræver en udbygning af ældreplejen i kommunerne.

På sygehusene vil der være behov for en udbygning af ambulatorier, laboratorier mm. En del af de personaleressourcer og de fysiske arealer, der må forventes at kunne frigøres på sengeafdelingerne, vil medgå hertil.

Det faldende sengetal må føre til overvejelser om antallet af sygehusenheder og deres rolle.

I overvejelserne må indgå, at der vil være behov for at ændre udnyttelsen og indretningen af sygehusene m.h.p. at gennemføre de beskrevne ændringer i behandlingsformerne. Endvidere kan der nogle steder være behov for at forbedre de fysiske rammer for patienterne ved bl.a. at reducere antallet af senge på de enkelte stuer.

## Kapitel 6. Samarbejde og koordinering af opgavevaretagelsen i hovedstadsregionen

Den regionale styring af sygehusvæsenet varetages i dag inden for rammerne af et frivilligt politisk og administrativt samarbejde mellem amterne og H:S, som ikke er foreskrevet eller krævet i lovgivningen. Samarbejdet omfatter især specialeplanlægning og lægers videreuddannelse samt almindelige sundhedspolitiske spørgsmål.

Samarbejdet på sygehusområdet i Østdanmark består på det overordnede politiske, administrative og faglige niveau af ét til tre årlige møder mellem sundheds- og sygehusudvalgsformændene i amterne og bestyrelsesformanden i H:S. Forvaltningschefer, amtssundhedsdirektører og direktørerne i H:S mødes derudover en til tre gange årligt. Der nedsættes faste og midlertidige arbejdsgrupper til varetagelse af udvalgte områder. En fælles sekretariatsfunktion bestående af planlægningschefer sikrer samarbejdets kontinuitet.

### 6.1 Samarbejdsaftaler

En "Samarbejdsaftale mellem Københavns Amt og Hovedstadens Sygehusfællesskab" omfatter sygehusbetjeningen af borgere med bopæl i Københavns Amt og i København og Frederiksberg kommuner (H:S-området). Aftalen omhandler bl.a. betjeningen af borgere, som bor i områder grænsende op til hospitaler, som de ikke umiddelbart er tilknyttet p.g.a. amts- og kommunegrænserne. Ligeledes reguleres fødselsbetjeningen og afregning for ydelser parterne imellem.

Det er mellem H:S og Københavns Amt endvidere aftalt at etablere et Amager Hospital bestående af Sundby Hospital og KAS Skt. Elisabeth pr. 1. november 1997. Amagerborgernes sygehusforbrug er indtil da omfattet af den førstnævnte aftale.

H:S har indledt nærmere samarbejde med Århus Universitetshospital m.h.p. så vidt muligt at undgå unødigt overlappende funktioner inden for forskning og udvikling. I stedet søges forskellige delområder udbygget i tæt samarbejde, så landets samlede ressourcer udnyttes bedst muligt. Et tilsvarende samarbejde er etableret med Odense Universitetshospital.

Siden 1. september 1991 har borgere fra Roskilde, Vestsjællands og Storstrøms amter haft mulighed for frit at kunne vælge sig behandlet på somatiske og psykiatriske sygehuse i de tre amter (3-amtssamarbejdet).

Der er ligeledes etableret et samarbejde mellem Roskilde, Frederiksborg og Københavns amter om specialiseret onkologisk behandling, ligesom der med baggrund i gruppen af samarbejdende kræftafdelinger i Østdanmark, som omfatter alle østdanske kræftafdelinger er udarbejdet fælles behandlingsforskrifter for behandlingen af de mere almindelige kræftsygdomme. Samarbejdet mellem centrale og perifere onkologiske afdelinger betyder, at det er muligt at behandle svært syge patienter med en dårlig prognose i nærheden af patienternes hjem.

Der findes tilsvarende aftaler inden for andre områder.

## **6.2 Specialeplanlægning herunder varetagelsen af lands- og landsdelsfunktioner i Østdanmark**

Sundhedsstyrelsens *Vejledning vedr. Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet* af juni 1996 opdeler sygehusfunktionerne i 2 niveauer:

1. basisniveau
2. lands- og landsdelsniveau

Tilsvarende opereres der med funktionerne basisfunktion og lands- og landsdelsfunktion.

Sundhedsstyrelsens Vejledning, der revideres hvert andet år, er i praksis bestemmende for specialefordelingen i det danske sygehusvæsen. Vejledningen er et resultat af en omfattende dialogproces med såvel sygehusmyndighederne som de faglige selskaber.

I denne proces brydes kræfter, der trækker i retning af såvel en mere omfattende centralisering som en mere udbredt decentralisering.

Der kan i den forbindelse kort peges på, at brugeramterne i forhold til de højt-specialiserede afdelinger kan have et ønske om at hjemtage behandlinger til egne sygehuse af dels servicemæssige og økonomiske grunde, dels af hensyn til at kunne tilbyde læger attraktive stillinger. Sidstnævnte peger indirekte på, at der i forbindelse med ansættelse af færdigtuddannede velkvalificerede specialister kan være et pres for at tage mere komplicerede men også fagligt udfordrende opgaver op. I de følgende afsnit beskrives mere uddybende de hensyn, der begrunder en samling af visse undersøgelser og behandlinger.

I Østdanmark er samtlige lands- og landsdels-funktioner placeret ved sygehuse i H:S og på sygehuse i Københavns Amts sygehusvæsen med undtagelse af Sikringsanstalten i Nykøbing Sjælland og Epilepsihospitalet i Dianalund, der har landsdelsfunktion for svær epilepsi.

Sundhedsstyrelsen baserer opdelingen i lands- og landsdelsfunktioner på 3 hovedkriterier:

1. Sjældenhed, hvorved hensynet til erfaringsopsamling gør det ønskeligt at koncentrere sygdommene eller behandlingerne få steder.
2. Hvor diagnostik og/eller behandling er kompliceret og forudsætter tilstedeværelsen af mange tværgående funktioner og samarbejdspartnere, samt
3. Hvor diagnostik og/eller behandling medfører et stort ressourceforbrug f.eks. i form af Specialapparatur.

Lands- og landsdelsfunktionerne er således i vidtgående grad knyttet til sygdommes/tilstandes/procedurernes sjældenhed.

Hovedargumentet for at samle undersøgelser og behandlinger på et afgrænset antal afdelinger er en antagelse om, at kvaliteten stiger med kvantiteten. Dette gælder såvel for de højt specialiserede som basisfunktionerne. Der lægges her til grund, at der af hensyn til at oparbejde og vedligeholde en tilstrækkelig viden og erfaring skal være et tilstrækkeligt patientunderlag for afdelingen og for den enkelte læge<sup>3</sup>.

Niveauet for den nødvendige kvantitet er imidlertid kun i begrænset omfang videnskabeligt tilfredsstillende dokumenteret, jf. senere.

Det skal også understreges, at kvalitet ikke er et entydigt begreb. Kvaliteten kan opgøres i hårde data som succesrater, komplikationsfrekvenser, dødelighed etc., men involverer i lige så høj grad såkaldte bløde data som tillid, tilfredshed, fornemmelse af kontinuitet etc. Heraf følger, at det kan være vanskeligt at gøre kvalitet entydigt målbart.

Ud over kvalitetshensyn kan yderligere mere driftsøkonomiske hensyn tale for at samle varetagelsen af afgrænsede funktioner på et begrænset antal enheder.

<sup>3</sup> En mere uddybende beskrivelse heraf findes i "Rapport fra Udvalget vedrørende sygehusvæsenets økonomi". Sundhedsministeriet 1994.

Andre forhold kan imidlertid tale mod en for vidtgående centralisering. I spørgsmålet om samling eller ikke samling af behandlingsfunktioner bør der efter kommissionens opfattelse generelt sondres mellem basis- og de højt specialiserede funktioner.

### 6.2.1 Varetagelsen af basisfunktioner

Basisfunktionerne omfatter almindeligt forekommende sygehusydelser og udgør skønsmæssigt 90% af sengedagsforbruget i sygehusvæsenet.

De ovenfor anførte betragtninger vedr. sikring af kvaliteten gennem en samling af behandlingsfunktioner har på mange områder også gyldighed for basisfunktionerne. Det er således hensigtsmæssigt at samordne en række funktioner - f.eks. med en fordeling af specialopgaver mellem parallelle afdelinger inden for et amt eller en region. Eksempelvis kan nævnes: kunstige led i knæ og hofter.

En vej til en tættere samordning på basisniveau kan være tværinstitutionelle specialeråd som med udstrakt anvendelse af kvalitetsudviklingsprogrammer, understøttet af relevante databaser, kunne fremlægge hensigtsmæssige anbefalinger m.h.p. den kvalitetsmæssig bedste opgaveløsning overfor konkrete problemer.

Alternativt kan det overvejes at samle funktionerne i større og færre enheder. Dette involverer en reduktion af antallet af behandlende enheder, som derved opnår en sådan størrelse og bredde, at de fuldt kvalificeret vil kunne varetage en stor del af basisfunktionerne ét eller nogle få steder i amtet/regionen.

Sygehuskommissionen har i øvrigt noteret de forslag Dansk Kirurgisk Selskab for kort tid siden fremlagde om organisation, udvikling og kvalitet inden for kirurgien.

Selskabet har foreslået, at kirurgien samles i enheder med et befolkningsunderlag på ikke under 200.000 - 250.000 indbyggere for at sikre en effektiv drift, ressourceudnyttelse og opfyldelse af uddannelsesforpligtigelserne. Forslaget udelukker eksplicit ikke, at lægestaben ved disse enheder vil kunne udføre elektive opgaver på andre, herunder mindre sygehuse.

For basisfunktionerne bør der imidlertid også tages et særligt hensyn til, at der i et samlet behandlingsforløb ofte vil være behov for et tæt samarbejde med nære eksterne samarbejdspartnere såsom den primære lægetjeneste, de kommunale og amtslige sociale foranstaltninger, de paramedicinske behandlingsmuligheder, de sociale netværk etc. Et samarbejde, som bedre kan fungere, hvis opgaven løses lokalt. Som eksempel herpå kan nævnes en række børnepsykiatriske opgaver, en række psykiatriske opgaver samt en række kroniske sygdomme med betydelige sociale og rehabiliteringsmæssige konsekvenser.

Ved planlægningen på basisniveau bør hensynet til nærhed derfor indgå med ganske stor vægt.

I forhold til hovedstadsområdet hører det imidlertid med til det samlede billede, at de relativt korte afstande i området betyder, at mulighederne for at etablere arbejdsdelinger på basisniveau efter kommissionens opfattelse er større end det er tilfældet i andre dele af landet.

Afslutningsvis kan det nævnes, at der på et højere specialiseringsniveau er funktioner på grænsen til lands- og landsdelsfunktioner (f.eks. karkirurgi), som hensigtsmæssigt kan etableres i samarbejde mellem flere amter.

## **6.2.2 Varetagelse af de højt specialiserede funktioner**

De kvalitetsmæssige fordele udtrykt i "øvelse gør mester-princippet" er det hensyn, der primært søges tilgodeset ved en samling af højt specialiserede funktioner. Ganske som det er tilfældet ved en samling af basisfunktioner.

På områder med mangel på kvalificeret arbejdskraft eller anvendelse af uprøvet og dyr teknologi med et endnu ikke klart afgrænset anvendelsesområde vil det endvidere ud fra en driftsøkonomisk betragtning ikke være hensigtsmæssigt med en spredning af opgaverne.

Kommissionen skal videre fremhæve, at spørgsmålet om samling af højt specialiserede funktioner ikke bør anskues isoleret speciale for speciale.

Således er der ved opgaver, som har et særligt højt ressourceforbrug og et specielt krav om meget bredt samarbejde, såvel mellem forskellige specialer og afdelinger som mellem forskellige personalekategorier, ekstra incitamenter til at koncentrere indsatsen inden for flere specialer på samme sted. Det kan dreje sig om krav om højt specialiseret medikoteknologisk udrustning eller en meget kompliceret procedure f.eks. lever- og hjertetransplantation. Sådanne procedurer kan hensigtsmæssigt samles på én eller ganske få afdelinger, selvom årsproduktionen kan nå en størrelse, som ville gøre det fagligt set forsvarligt at fordele opgaven på flere afdelinger.

Som tidligere nævnt er det ikke muligt med sikkerhed at definere den for kvaliteten nødvendige mindsteproduktion og en hensigtsmæssig maximumsproduktion pr. afdeling eller sygehusenhed.

Rekommandationerne med hensyn til samling/ikke-samling af sjældne og sjældnere sygdomme, sygdomstilstande og procedurer og anbefalingerne m.h.t. hvor mange sygehuse (afdelinger), der skal varetage disse funktioner, må derfor i lighed med megen anden planlægning hvile på kvalificerede skøn.

Usikkerheden øges bl.a. af, at de fleste sygdomme forekommer i såvel lette ukomplicerede former, som fuldt forsvarligt kan behandles lokalt, og i langvarige komplicerede former, som kræver en højere grad af specialviden.

Den omstændighed er årsagen til, at der i ovennævnte *Vejledning om specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner*, adskillige steder opereres med undergrupper af sygdomme/tilstande/procedurer i form af "svære tilfælde, særlige tilfælde, komplicerede tilfælde etc."

Mindsteproduktionens størrelse vil afhænge stærkt af den funktion (sygdom/diagnostisk procedure/operation), der er tale om. Hvis det drejer sig om varetagelse af en bestemt sygdom, vil en årlig håndtering af 25 tilfælde sandsynligvis kunne danne basis for en kvalitetsmæssig tilfredsstillende behandling. Hvis det drejer sig om en diagnostisk procedure eller en kompliceret operation, hvor opretholdelse af kvalitet kræver en vis rutine, vil kravet til mindsteproduktion være væsentlig højere.



Overvejelserne om en mindsteproduktion skal imidlertid også tage hensyn til, at mere end én person bør beherske den pågældende teknik, dels under hensyntagen til uundgåelige vakancer (ferie, sygdom etc.) dels under hensyntagen til muligheden for gensidig faglig udvikling og stimulation. Mindsteproduktionen skal derfor i visse tilfælde defineres såvel for den specialkyndige person (personer) som for produktionen pr. afdeling. Nogle eksempler: røntgenundersøgelse af galdevejs- og bugspytkirtel (endoskopisk retrograd pancreaticografi (ERCP)) eller moderkagebiopsi, hvor den årlige mindsteproduktion bør være af størrelsesordenen 100 til 200 pr. afdeling. For visse diagnostiske procedurer, f.eks. koronar-angiografi (KAG), bør mindsteproduktionen være endnu højere (flere hundrede pr. afdeling).

Hensynet til uddannelseskapacitet og forskning bør også indtage en væsentlig rolle i specialeplanlægningen. Men som det gælder for behandlingskvalitet, foreligger der heller ikke klare tal for den nødvendige minimumsproduktion eller maximumsproduktion for at opretholde en hensigtsmæssigt fungerende afdeling i relation til at sikre varetagelsen af uddannelses og forskningsopgaverne.

Dette problem er relevant for såvel basisfunktionerne som for lands- og landsdelsfunktionerne. Problemet er bedst belyst for lands- og landsdelsfunktionerne, men selv for disse hviler anbefalingen af antal behandlende afdelinger på et skøn.

### **6.3 Planlægning baseret på patientforløb frem for diagnoser**

Planlægningen af både basisfunktioner og lands- og landsdelsfunktioner hviler overvejende på diagnoser, sygdomstilstande samt diagnostiske og terapeutiske procedurer.

Omvendt opfattes sygdom for patienter og pårørende ofte mere som et forløb, hvor sygdommens sværhedsgrad og sygdommens konsekvenser for det sociale og det familiære liv veksler fra periode til periode.

En planlægning ud fra denne synsvinkel vil indebære, at der mere skal fokuseres på, hvilken institution eller hvilket system, der mest hensigtsmæssigt varetager patienten og de pårørende i de forskellige faser af sygdomsforløbet. Formålet er, at de forskellige aktører i et integreret samarbejde varetager de delfunktioner, som de har særlig kompetence til. I det nuværende system er der en tendens til, at patienten helt og fuldt håndteres alene af den ene eller den anden aktør i den samlede problemløsning.

En accept af dette synspunkt vil stille meget store krav til samarbejde og planlægning til alle de involverede parter - den primære sundhedstjeneste, den sekundære sundhedstjeneste, de amtslige og kommunale sociale systemer.

Det vil videre indebære, at de i Sundhedsstyrelsens Vejledning om specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet anvendte begreber "svære tilfælde af\*" og "visse tilfælde af\*" etc. skulle udbygges med en karakterisering af hvilke faser, hvilke typer og hvilke grader af et sygdomsforløb, der mest hensigtsmæssigt koncentrerer på færre sygehuse, afdelinger, behandlingssteder etc.

Sundhedsstyrelsens Vejledning vedr. specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet indeholder nogle betragtninger om et samarbejde i form af de såkaldte satellitaftaler, hvor lands- og landsdelsafdelingen varetager visse dele af det samlede sygdoms-/behandlingsforløb, medens det regionale sygehusvæsen efter skriftlige aftaler varetager de mere "fredelige" perioder. Dette integrerede samarbejde kunne utvivlsomt udbygges gennem en mere fleksibel definition af ansættelsessted/arbejdssted og et udvidet informations- og uddannelsessamarbejde.

Som eksempel kan nævnes at udredning og behandling af ufrivilligt barnløse par gennemføres i et amt i en fertilitetsklinik, hvor det fysiske behandlingsapparat drives af amtet, mens hele personalet er ansat ved Juliane Marie centeret på Rigshospitalet.

En variant af denne samarbejdsform kan ses ved etablering af plastikkirurgisk aktivitet i amtet, hvor behandlingsapparat og stab drives af amtet, mens speciallægerne er ansat på landsdelsafdelingen med fast tjeneste i amtet.

#### **6.4 Fordelingen af lands- og landsdelsspecialer i hovedstadsområdet samt planlagte ændringer**

Tabel 13 viser fordelingen af lands- og landsdelsspecialer i hovedstadsområdet i henhold til Sundhedsstyrelsens specialevejledning.

**Tabel 13:** Lands- og landsdelsfunktionernes fordeling i hovedstadsområdet

| <b>Speciale</b>            | <b>Sygehuse i hovedstadsområdet med lands- eller landsdelsfunktion indenfor specialet</b> |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anæstesiologi              | <b>RH</b> , Herlev                                                                        |
| Audiologi                  | Gentofte                                                                                  |
| Dermato-venerologi         | Bispebjerg, Gentofte                                                                      |
| Diagnostisk radiologi      | RH, Hvidovre, Herlev                                                                      |
| Gynækologi og obstetrik    | RH, Herlev, Glostrup                                                                      |
| Hepatologi                 | RH                                                                                        |
| Hæmatologi                 | RH, Herlev                                                                                |
| Infektionsmedicin          | RH, Hvidovre                                                                              |
| <b>Kardiologi</b>          | RH, Gentofte                                                                              |
| Medicinsk allergologi      | RH, Gentofte                                                                              |
| Medicinsk endokrinologi    | RH, Herlev                                                                                |
| Medicinsk gastroenterologi | RH, Hvidovre, Herlev Glostrup                                                             |
| Medicinske lungesygdomme   | RH, Gentofte                                                                              |
| Nefrologi                  | RH, Herlev                                                                                |
| Reumatologi                | RH                                                                                        |
| Karkirurgi                 | RH                                                                                        |
| Kirurgisk gastroenterologi | RH, Hvidovre, Herlev, Glostrup                                                            |
| Plastikkirurgi             | RH, Hvidovre, Herlev                                                                      |
| Thoraxkirurgi              | RH, Gentofte                                                                              |
| Urologi                    | RH, Herlev                                                                                |
| Endokrinkirurgi            | RH, Herlev                                                                                |
| Børnekirurgi               | RH                                                                                        |
| Klinisk Genetik            | RH                                                                                        |
| Neurokirurgi               | RH, Glostrup                                                                              |
| Neurologi                  | RH, Bispebjerg, Gentofte, Glostrup                                                        |
| Klinisk neurofysiologi     | RH , Gentofte, Glostrup                                                                   |
| Oftalmologi                | RH, Herlev                                                                                |
| Onkologi                   | RH, Herlev                                                                                |
| Ortopædisk kirurgi         | RH, Gentofte, Herlev                                                                      |
| Oto-rhino-laryngologi      | RH, Gentofte                                                                              |
| Psykiatri                  | RH, Herlev                                                                                |
| Børne- og ungdomspsykiatri | Bispebjerg, Glostrup                                                                      |
| Pædiatri                   | RH, Hvidovre, Glostrup                                                                    |
| Hospitalsodontologi        | RH, Glostrup                                                                              |

Note 1: Tallene i parentens angiver antallet af udskrivninger for de afdelinger, hvor aktiviteten for de pågældende lands- og landsdelsfunktioner er registreret i "Virksomheden ved sygehuse 1994". Det bemærkes, at denne inddeling gør, at der ikke umiddelbart kan foretages sammenligninger mellem alle specialer.

Note 2: Plastikkirurgien flyttes fra Hvidovre til RH og opretholdes på Herlev.

Hvis man sammenholder billedet fra ovenstående tabel 13 med de planlagte ændringer i fordelingen af lands- og landsdelsfunktioner, som fremgår af "Sygehusplan H:S 2000" og "Sygehusplan 1995, Københavns Amts sygehusvæsen" kan der forventes enkelte forskydninger i strukturen.

Det bemærkes, at specialerne anæstesiologi og diagnostisk radiologi på Herlev ikke er nævnt som lands- og landsdelsafdelinger i "Sygehusplan 1995", men som lokalfunktioner på alle sygehuse i amtet, ligesom kardiologi på Gentofte ikke er omtalt som lands- og landsdelsfunktion i planen.

For diagnostisk radiologi gælder i øvrigt, at det er planlagt at flytte forskningsdelen af MR-videnscenteret fra Hvidovre til Rigshospitalet (RH).

For gynækologi og obstetrik er der i Københavns Amt netop udarbejdet en plan for fordelingen af fødsler mellem amtets tre fødesteder, mens der ikke er planlagt ændringer for gynækologien.

"Sygehusplan H:S 2000" indeholder en principmålsætning om samling af de højt specialiserede funktioner på RH i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning på området. For infektionsmedicin planlægges dog opretholdt to højt specialiserede afdelinger på RH og Hvidovre. Dette begrundes med HIV/AIDS problematikken.

Medicinsk gastroenterologi opretholdes som højt specialiserede funktioner på de fire nuværende fire placeringer i regionen, dog med fuld differentiering mellem specialistfunktionerne på RH og Hvidovre. Det samme gælder den kirurgiske del af gastroenterologien.

For karkirurgien gælder, at Københavns Amt planlægger at hjemtage patienter til Gentofte fra RH. Der vil dog ikke blive tale om en lands- og landsdelsfunktion på Gentofte. Københavns Amt forventer i den forbindelse driftsbesparelser på 1,5 mio. kr., årligt og en anlægsudgift på 4 mill. kr.

Plastikkirurgien flyttes fra Hvidovre til RH og opretholdes på Herlev.

Landelsfunktionerne inden for neurologi samles primært på RH inden for H:S, dog etableres et integreret "murstensløst" center mellem Bispebjerg Hospital, neurologisk afdeling, og Rigshospitalets Neurocenter. I Københavns Amt foretages ikke ændringer i landsdelsfunktionerne på området. Det påpeges dog, at det bør overvejes, hvordan funktionsopdelingen mellem de neurologiske afdelinger i Gentofte og Glostrup optimeres. Ligeledes peges på, at der bør optages forhandling med H:S med henblik på at fastlægge en arbejdsdeling vedr. behandling af patienter med neurologiske sygdomme. Den kliniske neurofysiologi overvejes af Københavns Amt samlet på Glostrup.

For pædiatrien er det planen at samle landsdelsfunktionen på RH inden for H:S, mens Københavns Amt beholder afdelingen i Glostrup.

Hvis ovennævnte planer gennemføres vil der stadig inden for gynækologi og obstetrik, klinisk neurofysiologi og ortopædisk kirurgi være tre lands- og landsdelsafdelinger for disse specialer i hovedstadsområdet heraf to i Københavns Amt.

For medicinsk og kirurgisk gastroenterologi vil der være fire lands- og landsdelsafdelinger i området, dog med fuld differentiering af specialisopgaverne i H:S. Inden for neurologien vil der være tre til fire lands- og landsdelsafdelinger som beskrevet ovenfor.

Med undtagelse af seks specialer ud af 34 vil alle de i tabel 14 nævnte specialer være repræsenteret med mindst en lands- og landsdels afdeling i både H:S og Københavns Amt.

Københavns Amts sygehusplan peger da også på det ønskelige i et tæt samarbejde mellem sygehusejerne i det Storkøbenhavnske område, ligesom sygehusplan H:S 2000 påpeger, at H:S's ydelser på landsdelsniveau til især de østdanske amter forudsætter koordination med Københavns Amt, der har en tilsvarende funktion.

## 6.5 Sammenfatning

Af hensyn til både behandlingens kvalitet og til udnyttelsen af ressourcerne finder kommissionen, at behandlingen af en række sjældne sygdomme, alvorlige, komplicerede faser af en række sygdomme, komplicerede og ressourcekrævende procedurer såvel diagnostiske som terapeutiske herunder operationer bør samles på færre enheder.

Fordelene herved er vidensopsamling, opnåelse af nødvendig rutine, mulighed for forskning, udvikling og evaluering, mulighed for undervisning, prægraduat og postgraduat.

En række af de sjældne og komplicerede sygdomme og de komplicerede procedurer kræver også et nært samarbejde mellem forskellige faggrupper og forskellige administrative enheder (afdelinger, centre), og vil derfor med fordel kunne placeres på de større sygehuse.

Yderligere må det økonomiske hensyn til en hensigtsmæssig udnyttelse af kostbart medico-teknisk udstyr tages med i betragtningen ved diskussion om samling eller spredning af de forskellige funktioner. Ligesom nye medico-teknologiske tilbud vil kræve en teknologivurdering, der kun vil kunne etableres på større enheder med det nødvendige patientunderlag og de nødvendige samarbejdspartnere.

Gennemgangen af de aktuelle sygehusplaner i hovedstadsområdet rejser spørgsmålet om, hvorvidt der er behov for to eller flere lands- og landsdelsafdelinger inden for næsten alle specialer.

Ligeledes kan det konstateres, at Københavns Amt har fordelt landsdelsfunktionerne på tre sygehuse, således at specialer med et stort samarbejdsbehov er samlet, mens H:S vil samle de højt-specialiserede funktioner på Rigshospitalet.

Dette er udtryk for forskellige bevidste strategier i de to sygehusplaner. Men samtidigt er det et forhold, som kan komplicere samarbejdet i regionen.

Flere brugeramter ser gerne en større gennemskuelighed i forbindelse med indgåelsen af benyttelsesaftaler og herunder en samling af de højt-specialiserede funktioner.

Konkrete forslag til sammenlægninger vil forudsætte mere detaljerede analyser af aktiviteten inden for de enkelte specialer og på tværs af specialerne i relation til bagvedliggende tværgående funktioner. Kommissionen finder imidlertid, at der kan opstilles en række principper, som kan lægges til grund i en videre planlægningsproces. Der redegøres for disse principper i konklusionsafsnittet.

## Kapitel 7. Varetagelse af akutberedskabet

Det nuværende akutberedskab har i de senere år været kritiseret for at være uhensigtsmæssigt tilrettelagt - både i hovedstadsområdet og i det øvrige land. Dette er en del af baggrunden for, at betjeningen af borgere med pludselig opstået pleje- og behandlingsbehov indgår som et tema for de kommunale sundhedsplaner. I temaoplægget er formuleret følgende overordnede målsætninger for akuttilbudene:

Det samlede akutsystem bør være brugervenligt.

Der skal være let og uhindret adgang til akut hjælp.

Der bør være tale om et differentieret tilbud med henblik på at dække behovenes forskellighed.

Det samlede akutsystem bør være koordineret og fleksibelt i sin indsats.

Der bør tilstræbes optimal udnyttelse af ressourcerne.

Indsatsen bør løses på det laveste, tilstrækkelige og fagligt kompetente niveau.

Det døgndækkende akutte beredskab er principielt organiseret på samme måde i alle østdanske amter.

I dagtiden omfatter beredskabet: en telefonisk lægevisitation via egen læge, nødkaldstelefon 112, konsultation hos egen læge, skadestueenheder på sygehusene, beredskabet på de enkelte afdelinger og ambulancetjeneste med præhospitalsbehandlingsfunktion.

Uden for dagtid og på søgnehelligdage omfatter beredskabet: en telefonisk lægevagtsvisitation, nødkaldstelefon 112, kørende lægevagter, lægevagtkonsultation på sygehusene, skadestueenheder på sygehusene, beredskabet på afdelingerne og ambulancetjeneste med præhospitalsfunktion.

De væsentligste forskelle mellem amterne består i, at:

- adgangen til skadestuerne i nogle amter ikke er visiteret, mens andre amter har et principielt krav om lægevisitation før henvendelse,
- nogle amter har separate psykiatriske skadestueenheder og
- nogle amter har separat skadestuefunktion over for børn.

Der arbejdes i amterne med en kvalificering og udvidelse af præhospitalsfunktionen.

## 7.1 Beredskabet i dag på skadestuer mv. i Københavns Amt og H:S

I H:S varetages den somatiske skadestuebehandling af fem skadestuer på henholdsvis Bispebjerg, Hvidovre, Sundby og Frederiksberg Hospital samt Rigshospitalet.

Vedrørende henvendelser til skadestuer i **H:S-området** i 1994 (Bispebjerg Hospital, Hvidovre Hospital og Sundby Hospital i Københavns Kommune) er den typiske henvendelse aldersmæssigt fra børn, 20-25 årige og over 80-årige. Indtil 65-års alderen kommer den typiske henvendelse fra en mand, efter 65-års alderen fra en kvinde.

Der er typisk et begrænset antal henvendelser fra midnat til ca. kl. 7. Derefter en voldsom stigning i antallet af henvendelser omkring ca. kl. 9, som holder sig nogenlunde konstant frem til kl. ca. 18-19. Derefter et jævnt fald hen mod midnat.

I Københavns Amt er der skadestuebetjening på alle amtets sygehuse. Skadestuerne i Herlev, Gentofte og Glostrup har døgnåbent, mens skadestuen på Skt. Elisabeth er lukket fra kl. 22.00 til 7.00.

Amtet vurderer i "Sygehusplan 1995". at en reduktion af åbningstiderne blot vil koncentrere patienterne til den eller de skadestue/r med døgnbetjening med deraf følgende behov for udvidelser. Den økonomiske gevinst ved kortere åbningstid vurderes på den baggrund som begrænset.

### 7.1.1 Overvejelser om ændringer i skadestuebetjeningen m.v.

Som led i Sygehusplan 2000 skal skadestuefunktionen i H:S udbygges og ændres til akutklinikker og udskilles som selvstændig organisation på tværs af H:S.

Det vigtigste element i etableringen af et integreret akut sundhedsmæssigt beredskab er en integration af lægevagtsfunktionen og skadestuefunktionen.

Det overordnede princip er, at alle patienter med akut opstået behov for diagnostik og behandling kan henvende sig til en læge, som vejleder patienten (visiterer) til at vælge det mest hensigtsmæssige diagnosticerings- og behandlingstilbud kombineret med et let tilgængeligt tilbud til behandling ved akut opståede livstruende sygdomme.



I H:S etableres akutklinikker, dvs. en udvidet skadestue, hvor vagtlægeklinikkerne er integreret på alle fem akutte hospitaler, dvs. Amagerhospitalet, Bispebjerg, Frederiksberg, Hvidovre og Rigshospitalet. Akutklinikken betjenes primært af speciallæger i almen medicin.

Som led i Sundhedsplanen for Frederiksborg Amt, hvor et af sygehusenes døgndækkende kirurgiske beredskab nedlægges, og aktiviteten omlægges til udelukkende planlagte indgreb, skal der etableres skadecentre efter den integrerede ordning på alle 4 sygehusenheder. Samtidig søges alarmering via 112 integreret mere hensigtsmæssigt i det samlede sundhedsmæssige beredskab.

Baggrunden for integrationen af skadestuer og vagtlægeklinikker er, at 60% af patienterne på skadestuerne vurderes at kunne behandles i lægeklinikkerne og i almen praksis i dagtiden.

Akutklinikernes opgave er fortsat at tage sig af de borgere, som henvender sig på hospitalet med pludseligt opståede skader eller sygdom. Antallet, som henvender sig direkte, forventes imidlertid med den beskrevne sammenkædning at blive mindre.

Akutklinikkerne er principielt åbne, men visiteret kontakt gennem sundhedsvagten telefon skal ifølge sygehusplanen fremmes som den mest rigtige og servicevenlige adgang til akut hjælp (henvisning til mest relevante hjælp, tidsbestilling, kortere ventetid mv.)

Det kan i relation hertil bemærkes, at Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation p.t. har nedsat et udvalg til analyse af diverse spørgsmål vedrørende akutbetjening. Den gældende overenskomst mellem parterne åbner mulighed for, at amtet/kommunen kan organisere lægevagten i eget regi.

## **7.2 Akutberedskabet på sygehusafdelingerne**

I H:S sker akutindlæggelser almindeligvis gennem skadestuen, ved vagtlæge/praktiserende læge eller i forbindelse med en efterambulant kontrol.

På hospitalet vil den akutte modtagelse almindeligvis - hvis sådan findes - ske på såkaldte akutte modtageafdelinger, alternativt direkte på relevant medicinsk eller kirurgisk afdeling.

Som udgangspunkt har samtlige afdelinger et akutberedskab, således at patienter med et akut behandlingsbehov kan blive tilset af vagthavende og modtage den fornødne behandling.

Det er en forudsætning, at der foreligger visitation fra sygehusets skadestue eller akutte modtageafdelinger.

Der findes dog ikke et akutberedskab på afdelinger på Kommunehospitalet og Set. Hans Hospital, alle geriatriske afdelinger under H:S samt reumatologisk afdeling på Bispebjerg Hospital.

På Sundby Hospital og Frederiksberg Hospital findes kun en akut modtageafdeling på det medicinske område, og ikke på det kirurgiske. På Frederiksberg Hospital etableres i løbet af efteråret 1996 elektive funktioner.

Hospitalerne i H:S-området, havde i 1994 181.000 somatiske udskrivinger. 118.000 af disse eller 65% vedrørte patienter, der var blevet indlagt akut. Andelen af akutindlæggelser på landsplan (incl. Københavns Amt og H:S) er godt 60%.

Af de 118.000 akutte indlæggelser i H:S skete 16.000 (14%) i tidsrummet fra kl. 0.00 til 8.00, 65.000 (55%) fra kl. 8.00 til 16.00 og 37.000 indlæggelser (31%) fra kl. 16.00 til kl. 24.00.

I Københavns Amt har 53 afdelinger-/afdelings-funktioner akut døgnbetjening, som modtager akutte indlæggelser døgnet rundt.

Københavns Amt havde i 1994 119.516 somatiske udskrivinger af heldøgnspatienter. 84.577 af disse eller 70,8 % vedrørte patienter, der var blevet indlagt akut.<sup>4</sup> Af 84.577 akutte indlæggelser i Københavns Amt i 1994 skete 11.151 (13,2%) i tidsrummet fra 0.00-8.00. 47.837 (56,8%) fra kl. 8.00-16.00 og 25.223 (30%) indlæggelser fra 16.00-24.00.

<sup>4</sup> Datagrundlag for opgørelsen i såvel Københavns Amt som HS er Landspatientregisteret, 1994.

Det skal i relation hertil bemærkes, at der på områderne neurokirurgi og øjensygdomme er indgået samarbejdsaftaler om akutbetjening mellem Københavns Amt og H:S. Aftalerne indebærer, at der inden for neurokirurgi løbende opretholdes ét døgnberedskab på afdelingerne på enten KAS Glostrup eller Rigshospitalet, og at der på øjenområdet løbende opretholdes ét døgnberedskab på afdelinger på enten Rigshospitalet, Herlev Sygehus eller Frederiksberg Hospital.

Desuden har H:S og Københavns Amt godkendt en revideret skitse til fælles sygehusbetjening på Amager, herunder akutbetjening. Skitsen indebærer bl.a., at der etableres sygehusbetjening med en fælles ledelse og funktioner placeret på Amtssygehuset Set. Elisabeth og Sundby Hospital, som tilsammen benævnes Amager Hospital. Amager Hospital kommer bl.a. til at rumme en døgnåben akutklinik/skandestue, en ortopædisk kirurgisk afdeling med såvel akut som elektiv funktion mv.

Som det fremgår af tabel 14 er der i dag samlet i hovedstadsområdet akut døgnbetjening på 168 afdelinger og antallet af døgndækkende akutte vagthold af læger er 336.

**Tabel 14:** Antallet af afdelinger med akutt døgnbetjening og døgndækkende akutte vagthold, 1996.

|                   | Antallet af afdelinger med akut døgnbetjening | Antallet af døgn-dækkende akutte vagthold af læger |
|-------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| H:S               | 81                                            | 163                                                |
| Københavns amt    | 53                                            | 112                                                |
| Frederiksborg amt | 22                                            | 37                                                 |
| Roskilde amt      | 12                                            | 24                                                 |
| I alt             | 168                                           | 336                                                |

Kilde: Oplysninger indhentet hos de enkelte amters forvaltninger. Frederiksborg Amt har supplerende oplyst, at 4 døgnberedskaber planlægges nedlagt.

Meromkostningerne ved et akutberedskab knytter sig ikke mindst til opretholdelsen af vagthold, men afspejler sig også i generelt højere plejenormeringer.

Som ovenfor beskrevet, finder over halvdelen af de akutte indlæggelser imidlertid sted inden for normal dagarbejdstid. Kun i størrelsesordenen 13 - 14% indlægges i tiden fra midnat til kl. 8 morgen.

På den baggrund og set i lyset af de relativt korte afstande mellem sygehusene i hovedstadsområdet, synes der at være store muligheder for at samordne/koordinere afdelingernes akutberedskab. Dette gælder ikke mindst, hvis hele Hovedstadsregionen, dvs. Frederiksborg Amt og Roskilde Amt, inddrages i denne planlægning.

Konkrete beregningseksempler har illustreret et betydeligt potentiale for en nedbringelse af omkostningerne til akutberedskabet.

### 7.3 Sammenfatning

Meget tyder ud fra en samlet vurdering på, at niveauet for akutberedskabet i hovedstadsområdet er højere end det reelle behov. Ikke mindst i lyset af de driftsmæssige fordele, som en stor befolkningskoncentration på et relativt lille geografisk område giver.

Der er således meget, der taler for, at der kunne opnås væsentlige rationaliseringsgevinster ved en bedre koordinering af akutberedskabet m.h.p. at tilpasse kapaciteten i forhold til det aktuelle behov for akutte indlæggelser.

Kommissionen skal i den forbindelse understrege, at der ikke kun indgår driftsøkonomiske overvejelser i denne vurdering. En større koncentration af aktiviteterne uden for almindelig dagarbejdstid vil markant øge mulighederne for at vende den såkaldte vagt-pyramide, d.v.s. at patienten mødes af en speciallæge i stedet for en yngre læge under uddannelse.

Herved opnås også serviceforbedringer i forhold til borgerne, idet de herved i større udstrækning end i dag allerede ved første kontakt vil møde en speciallæge.

Yderligere vil modtagelse ved en speciallæge kunne medføre at flere patienter vil kunne undgå indlæggelse, idet der umiddelbart vil kunne foretages en kvalificeret bedømmelse af behovet herfor.

Kommissionen skal endelig anbefale etableringen af et enstrengt system, hvor lægevagts- og skadestue-funktionerne integreres, som beskrevet i H:S's og Frederiksborg Amts sygehusplaner.

## Kapitel 8. Organisering af uddannelsesaktiviteterne i hovedstadsområdet

De uddannelsesopgaver, der påhviler sygehusene, har en sådan størrelsesorden, at de nødvendigvis må medtænkes i sygehusafdelingernes arbejdsorganisering og arbejdstilrettelæggelse.

Elever og studerende indgår i forskellig udstrækning i afdelingernes bemandingsplaner samtidig med, at de forbruger det færdigtuddannede personales tid og ressourcer.

De enkelte sygehusafdelinger løser uddannelsesopgaverne på forskellig måde, idet forudsætningerne er forskellige.

### 8.1 Den prægraduate kliniske lægeuddannelse i hovedstadsområdet

For de lægestuderende indgår obligatorisk praktikant-tjeneste på sygehusene som en del af den kliniske uddannelse. Det vil sige undervisningsperioder, hvor den studerende i den fulde arbejdsuge udelukkende er beskæftiget med patientrelateret undervisning, typisk tjeneste på en sygehusafdeling og herunder vagttjeneste.

Praktikanttjenesterne gennemføres i hovedstadsområdet på Rigshospitalet med anvendelse af Frederiksberg Hospital til medicinske og kirurgiske praktikantophold, Hvidovre Hospital, Bispebjerg Hospital, Herlev Amtssygehus, Gentofte Amtssygehus og Glostrup Amtssygehus med tilknyttede psykiatriske afdelinger. I de seneste 2 år har der herudover været tilrettelagt praktikanttjeneste på Frederiksberg Hospital i gynækologi/obstetrik, Sundby Hospital i pædiatri, Amtssygehuset i Roskilde i gynækologi/obstetrik og pædiatri samt Centralsygehuset i Hillerød i pædiatri.

På grundlag af et stigende studentertal og et deraf følgende øget behov for praktikantpladser er der indgået aftaler med sygehusene i Roskilde og Hillerød om fremtidige praktikantpladser.

Det skal generelt bemærkes, at det ikke alene er en afdelings størrelse i sengeantal eller normering af læger, som er afgørende for at kunne varetage en tilfredsstillende gennemførelse af praktikanttjenesten, men snarere det spektrum af sygdomme, som afdelingen indeholder samt det engagement, som de ansatte undervisere udviser og den individuelle vejledning, der gennemføres på de enkelte afdelinger.

Behovet for praktikantpladser skønnes at ville stige fra 300 til 385 på årsbasis baseret på et optagelsestal på 550 på 1. semester, som det er ønsket fra Undervisningsministeriets side. Studienævnet ved Københavns Universitet overvejer derfor at inddrage ikke tidligere benyttede afdelinger uden for Hovedstadsområdet til praktikantophold.

Herudover har en aktuel Studieplansrevision som hovedmål en yderligere oprustning af praktikanttjenesten m.h.p. en styrkelse af indlæringen af kliniske færdigheder. Dette kan medføre, at der vil være et yderligere behov for praktikantpladser/længere praktikantophold. Eksempelvis har studienævnet peget på en oprustning af den prægraduate praktikanttjeneste i medicin og kirurgi i form af et yderligere praktikantophold på et fremtidigt studiums 11. semester.

## **8.2 Den postgraduate kliniske lægeuddannelse i Hovedstadsområdet**

Den lægelige videreuddannelse er først og fremmest en praktisk klinisk uddannelse, men også i et vist omfang teoretisk.

Nyuddannede læger gennemgår alle den såkaldte turnusuddannelse af 1 ½ års varighed. Den består af et Vi års intern medicin, et Vi års kirurgi og et Vi år i almen praksis.

Herefter gennemgår lægerne en speciallægeuddannelse i ét af de 25 grundspecialer og/eller 17 grenspecialer, som principielt er opbygget med en

introduktionsfase af 1-2 års varighed

undervisningsstilling på universitetshospitaler af 1-2/4 års varighed

endelig ansættelse som 1. reservelæge i 1,5-2,5 år.

i de fleste specialer en supplerende uddannelse af op til 2 års varighed

Specialerne almen medicin, arbejdsmedicin og samfundsmedicin har en noget anderledes opbygning.

I disse år gennemføres en videreuddannelsesreform, hvor et af elementerne er indførelsen af en enkeltstillingsklassifikation, der definerer hver enkelt uddannelsesstilling i forhold til funktionen i den lægelige videreuddannelse, eksempelvis introduktionsstilling eller supplerende stilling.

Endvidere bygger reformen på, at man sammenkobler de enkeltstillingsklassificerede uddannelsesstillinger i såkaldte blokke. Det betyder, at lægen ansættes i flere fortløbende uddannelsesstillinger, som sikrer, at de formelle krav er opfyldt, når blokken er afsluttet.

En forudsætning for gennemførelsen af videreuddannelsesreformen er den igangværende faststillingsreform, hvor de tidsbegrænsede stillinger, der ikke er behov for i uddannelsesøjemed konverteres til faste tidsbegrænsede stillinger.

Videreuddannelsesopgaven er forsøgt fordelt ligeligt ud over landet. Det gælder både turnus- og speciallægeuddannelserne.

Turnusuddannelse/introduktionsstillinger og 1. reservelægestillinger er forsøgt placeret på bredere afdelinger især på centralsygehusene, mens undervisningsstillingerne hidtil alene har været placeret på universitetssygehusafdelingerne.

En samling af de højtspecialiserede funktioner på færre afdelinger vil rejse det spørgsmål, om uddannelsesopgaverne fortsat vil kunne løftes i det nødvendige omfang.

Men da patienttallet, sygdomspanorama osv. uanset ændringer i sygehusstrukturen må anses for at være nogenlunde uændrede, bør hovedstadsområdet fortsat kunne varetage sin del af den lægelige videreuddannelse.

Der vil imidlertid være behov for at ændre placeringen af stillinger og organisationen i øvrigt. Det vil således være nødvendigt at inddrage sygehusene på centralsygehusniveau i den postgraduate lægeuddannelse i større omfang end hidtil. I hovedstadsområdet, hvor der er en række forholdsvis store centralsygehuse, vil der være gode muligheder herfor.

Omvendt kan en øget specialisering på nogle afdelinger alt andet lige betyde, at de bliver mindre egnede til den grundlæggende lægelige videreuddannelse, men måske mere egnet til den endelige overlægekvalificering.

Det vil i øvrigt ofte være nødvendigt at kombinere ansættelse på flere afdelinger indenfor én type videreuddannelsesstilling for at sikre, at målbeskrivelse og uddannelsesprogrammer kan gennemføres.

### **8.3 Grunduddannelser inden for sygeplejen**

I samtlige amter er der i dag skoler, der varetager dels de grundlæggende sundhedsuddannelser dels sygeplejerskeuddannelsen. Der er et nært samarbejde mellem skolerne og sygehusene i relation til elevernes/de studerendes praktiske/kliniske uddannelse.

Der var i 1995 i hovedstadsområdet 5 skoler med i alt 9 undervisningssteder for de grundlæggende social- og sundhedsuddannelser, hvor i alt 1.018 elever blev optaget til social- og sundhedsassistentuddannelsen.

Tilsvarende var der 6 sygeplejerskoler med i alt 7 undervisningssteder, hvor der blev optaget 947 elever.

H:S har planer om at samle sygeplejerskeuddannelsen i en fælles enhed ved en sammenlægning af de 2 tidligere skoleafdelinger under Københavns Sundhedsvæsen med Rigshospitalets sygeplejerskole. Det er endnu ikke afklaret, om Frederiksberg Sygeplejerskole også skal indgå en sådan sammenlægning.

### **8.4 Andre uddannelser, der benytter sygehusene i uddannelsespraktik**

Sygehusene skal i deres arbejdsorganisering også inddrage forpligtigelserne overfor en række andre grunduddannelser, der anvender sygehusafdelinger som praktiksted.

Rigshospitalets Jordmoderskole samarbejder således med sygehuse og fødesteder i regionen, og Radiografiskolen i Københavns Amt benytter praktikpladser på sygehusafdelinger i det storkøbenhavnske område. Derudover uddannes fysio- og ergoterapeuter, laboranter, diætister, læge/hospitalssekretærer, portør/servicemedarbejdere samt teknisk og administrativt personale.

Antallet og omfanget af ovenstående uddannelser er samlet langt mindre end inden for plejeområdet, men til gengæld er uddannelserne koncentreret på færre afdelingskategorier/funktionsområder, som således også har en væsentlig uddannelsesopgave.

I lighed med plejeområdet tilbydes ovennævnte grupper også løbende efteruddannelse, og for terapeutgruppen er der mulighed for videreuddannelse ved Videreuddannelsen for fysioterapeuter og ergoterapeuter i Århus.



## 8.5 Sammenfatning

Uddannelsesopgavernes omfang indebærer, at varetagelsen heraf selvsagt må inddrages tæt i de driftsmæssige overvejelser i forbindelse med ændringer i sygehusstrukturen - herunder arbejdsdelingen mellem de enkelte sygehuse/sygehusafdelinger.

Kommissionen vurderer imidlertid, at uanset gennemførelsen af sådanne ændringer vil der i hovedstadsområdet fortsat være særligt gode muligheder for at tilrettelægge en drift, hvor også uddannelsesopgaverne bliver løftet på kvalificeret vis. Baggrunden herfor er tilstedeværelsen af en række forholdsvis store centralsygehuse samt de korte afstande mellem disse indbyrdes og til universitetssygehuse.

## Kapitel 9. Forskning på sygehuse i H:S og Københavns Amt

### 9.1 Forskningsaktiviteten

Hovedstadsområdet er særdeles forskningstungt sammenlignet med den øvrige del af landet. Således anvendes her mere end to tredjedele (68,4% i 1993) af de ressourcer, der anvendes på forskning i sygehusvæsenet.

Oplysningerne i det følgende om udgifter og forbrug af årsværk bygger på Forskningsministeriets seneste samlede opgørelse fra 1993. Der indgår ikke oplysninger om aktiviteten på Set. Elisabeth og Sundby Hospitaler i denne opgørelse.

Det skal endvidere påpeges, at der i forbindelse med Sundhedsministeriets DRG-analyse for 1993 i flere tilfælde er rejst tvivl om rigtigheden af de ovenfor anførte tal, som også indgår i denne analyse. Der synes således at være behov for en forbedret opgørelse af forskningsindsatsen i sygehusvæsenet.

Som det fremgår af tabellerne 15 og 16 er forskningen inden for hovedstadsområdet koncentreret, idet Rigshospitalet forbruger, hvad der svarer til 56,3% (1993) af samtlige midler og 54,4% (1993) af samtlige årsværk anvendt på forskning på sygehuse i hovedstadsområdet.

**Tabel 15:** Forskningsårsværk på sygehusene 1989 - 1995.

| Forskningsårsværk fordelt på sygehuse 1989- 1995 | 1989  | 1991  | 1993   | 1995 1) |
|--------------------------------------------------|-------|-------|--------|---------|
| Amtssygehuset i Gentofte                         | 44,5  | 59,8  | 46,5   | 49,3    |
| Amtssygehuset i Glostrup                         | 53,7  | 49,3  | 59,2   | 60,4    |
| Amtssygehuset i Herlev                           | 79,8  | 83,4  | 96,4   | 98,3    |
| Bispebjerg Hospital                              | 53,9  | 46,1  | 49,8   | 57,4    |
| Frederiksberg Hospital                           | 17,1  | 8,9   | 15,6   | 17,8    |
| Hvidovre Hospital                                | 78,7  | 86,8  | 130,3  | 140,2   |
| Københavns Kommunehospital                       | 24,5  | 31,8  | 56,5   | 63,2    |
| Rigshospitalet                                   | 402,1 | 449,4 | 567,1  | 624,2   |
| Set. Hans Hospital                               | 30,6  | 25,9  | 20,3   | 20,3    |
| Sum                                              | 784,9 | 814,4 | 1041,7 | 1131,1  |

Note 1: 1995 er estimeret.

**Tabel 16:** Forskningsudgifterne på sygehusene 1989-1993.

| Forskningsudgifter fordelt på sygehuse 1989-93<br>i løbende priser (mill. kr.) | 1989        | 1991        | 1993  |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------|
| Amtssygehuset i Gentofte                                                       | 23,2        | 37,9        | 29,5  |
| Amtssygehuset i Glostrup                                                       | 22,4        | 17,1        | 25,4  |
| Amtssygehuset i Herlev                                                         | 52,2        | 52,5        | 64,1  |
| Bispebjerg Hospital                                                            | 22,9        | 18,3        | 26,8  |
| Frederiksberg Hospital                                                         | 9,4         | 5,2         | 7,7   |
| Hvidovre Hospital                                                              | 34,3        | 38,7        | 57,5  |
| Københavns Kommunehospital                                                     | 8,6         | 12,3        | 22,7  |
| Rigshospitalet                                                                 | 191,3       | 256,4       | 312,8 |
| Set. Hans Hospital                                                             | <b>11,4</b> | <b>11,1</b> | 9,2   |
| Sum                                                                            | 375,7       | 449,5       | 555,7 |

For så vidt angår de øvrige sygehuse skiller Hvidovre Hospital og Amtssygehuset i Herlev sig ud med store forskningsandele, medens de øvrige større sygehuse ligger nogenlunde på samme niveau med såvel udgifter som personaleforbrug.

Udviklingen fra 1989 til 1993 og 1995 viser en stort set ubrudt stigning i forskningsindsatsen på langt de fleste sygehuse samtidig med, at det indbyrdes forhold mellem de enkelte sygehuse ikke har ændret sig markant.

Der er således for perioden 1989-93 tale om en vækst på 23,8% i antallet af forskerårsværk og en vækst i udgifterne, der ligger væsentlig over PL-udviklingen. De estimerede 1995-tal for årsværksforbrug peger på en fortsat vækst i samme størrelsesorden.

Der foreligger imidlertid ikke i de regelmæssigt gennemførte opgørelser over omfanget af forskningen på sygehusene oplysninger om forskningsproduktion/output. En sådan (landsdækkende) opgørelse blev udarbejdet for 1991 i forbindelse NASTRA-udvalgets betænkning, men en opgørelse opdelt på amter foreligger ikke.

## 9.2 Samarbejde om og koordination af forskningen i hovedstadsområdet

Både det forhold, at en så stor del af den samlede danske sygehusbaserede sundhedsvidenskabelige forskning er koncentreret i hovedstadsområdet, og at der konstant tilføres øgede ressourcer, betyder, at der må stilles store krav til sygehusejernes planlægning og koordination af den forskningsmæssige indsats i regionen, således at der sikres en optimal ressourceanvendelse og forskning af international kvalitet.

Såvel Københavns Amt som H:S har da også som målsætning, at der udarbejdes en forskningspolitik, der sikrer en koordinering af den samlede sundhedsvidenskabelige forskningsindsats i det storkøbenhavnske område.

Forskningen er begge steder domineret af klinisk lægevidenskabelig forskning, der gennemføres i et nært samarbejde med de teoretiske institutter ved Københavns Universitet og den biomedicinske industri. Der har ikke tidligere været nogen nærværdig styring og planlægning af den forskningsmæssige indsats, hverken hvad angår emnevalg, omfang eller placering på enkelte afdelinger og sygehuse.

Der er med udarbejdelsen af Sygehusplan 1995 for Københavns Amts sygehusvæsen og med Sygehusplan H:S 2000 taget skridt til at styrke planlægning og koordination af forskningen både inden for og mellem sygehusvæsenene.

Desuden er der med såvel det etablerede Københavns Universitetshospital som med oprettelsen af et regionalt østdansk forskningsforum etableret samarbejdsorganer, der eventuelt vil kunne fremme en øget koordinering af den samlede sundhedsvidenskabelige forskningsindsats i hovedstadsområdet.

## Kapitel 10. Sammenfatning og konklusioner

Med udgangspunkt i den foreliggende beskrivelse af sygehusbetjeningen i hovedstadsområdet - og i et vist omfang hele Østdanmark - kan kommissionen konstatere, at der er en række karakteristiske træk i udviklingen, hvoraf nogle er specifikke for hovedstadsområdet, mens andre gælder for sygehusvæsenet som helhed. Det drejer sig om:

- at sygehusvæsenet år for år behandler stadig flere patienter, således at antallet af udskrivninger og ambulante besøg stiger,
- at ændrede behandlingsprincipper betyder, at de gennemsnitlige liggetider og produktionen af sengedage falder,
- at antallet af ambulante besøg har været stigende i forhold til udskrivninger i de fleste amter,
- at udviklingen i sygehusenes bruttodriftsudgifter i faste priser afspejler en stigning i udgiftsniveauet i 1990'erne,
- at antallet af læger, sygeplejersker og "andet sundhedsfagligt personale" er øget kraftigt, mens det samlede personaleforbrug på sygehusene i Østdanmark pga. et fald inden for andre grupper har været svagt faldende i perioden 1985-1990 og derefter stabilt,
- at H:S - især som følge af Rigshospitalet - producerer flere sengedage end borgerne i området forbruger, mens borgerne i de øvrige amter forbruger flere sengedage end hjemamtet producerer,
- at den samlede befolkning i regionen forventes at være stort set uændret eller svagt stigende i perioden frem til år 2020.
- at der samlet set vil ske en stigning af antallet af ældre, men at H:S-området vil få en større andel af unge, hvorimod amterne vil få en større andel af ældre,
- at den forventede demografiske udvikling med et stigende antal ældre isoleret set, dvs. forudsat at behandlingsteknik og metoder m.v. ikke ændres fra nu af, vil øge behandlingsbehovet moderat i hovedstadsområdet under ét, men ikke i H:S, hvor det befolkningsbetingede behov vil falde,
- at sengepladsbehovet reelt vil falde i hele hovedstadsområdet, under forudsætning af at den gennemsnitlige liggetid fortsat reduceres i samme grad som tidligere, dvs. med omkring 2 % om året.
- at forholdsvis høje liggetider i H:S og den i sammenligning med de øvrige sygehusvæseners lave registrerede belægningsprocent i Københavns Amt samt sammenligningen med Stockholm og Oslo peger i retning af, at sengepladsbehovet vil kunne falde ud over de 2 % pr. år.

Samtidig må kommissionen konstatere, at der eksisterer en række problemer, som er særegne for hovedstadsområdet. De knytter sig dels til sygehusvæsenets struktur, dels til dets dimensionering og organisation. Det drejer sig om:

at H:S-området har højere sygehusudgifter i forhold til resten af hovedstadsområdet og det øvrige land, og højere end hvad der kan forklares ud fra køns- og alderssammensætning,

at der eksisterer to politikker vedrørende fordeling af lands- og landsdelsfunktioner i Østdanmark, idet Københavns Amt har funktionelt sammenhængende specialer fordelt på 3 sygehuse, mens H:S - med to undtagelser - samler de højt-specialiserede funktioner på Rigshospitalet,

at hovedstadregionen har et unødvendigt stort antal specialafdelinger og akutberedskaber inden for korte afstande.

Det er kommissionens opfattelse, at den beskrevne - til dels generelle - udvikling sammenholdt med den nuværende opbygning og dimensionering af sygehusvæsenet i hovedstadsområdet skaber en række problemer, som bør løses. Det skyldes hensynet til såvel kvaliteten i sygehusvæsenets ydelser og service som til omkostninger og effektivitet. De gennemførte analyser viser, at der for at sikre dette er behov for en tættere samordning mellem områdets sygehusvæsen.

For det første bør der tages skridt til at tilvejebringe de fornødne forudsætninger i socialektoren og den primære sundhedssektor for at reducere det pres på sygehusvæsenet, der kan konstateres i Københavns og Frederiksberg kommuner i forhold til det øvrige land. Den samlede behandlingskapacitet i hovedstadsområdet bør i de kommende år løbende tilpasses behovet ved, at kapaciteten til ambulant behandling og dagbehandling styrkes samtidigt med at sengekapaciteten reduceres.

For det andet tyder meget på, at der kan opnås væsentlige rationaliseringsgevinster ved en koordineret reduktion i antallet af beredskaber på akut-området.

For det tredje er der behov for en samordning af funktionerne på basisniveau, som på den ene side tager sigte på at udnytte fordelene ved en samling af funktionerne, og på den anden side tager hensyn til mulighederne for et tæt samarbejde med den primære sundhedssektor og socialektoren

Endelig er der behov for en samling af funktionerne på lands- og landsdelsniveau, hvor hovedstadsområdet er præget af, at tre sygehusmyndigheder - staten, Københavns Amt og Københavns Kommune - i løbet af -70'erne uden væsentlig koordination opbyggede tre højt specialiserede sygehuse, det nye Rigshospital, Herlev Sygehus og Hvidovre Hospital.

For at nå disse mål må en række beslutninger træffes. Sygehuskommissionen skal i den sammenhæng foreslå, at følgende principper inddrages i de kommende forhandlinger mellem hovedstadsområdets sygehusmyndigheder:

Samling af lands- og landsdelsfunktioner på ét hospital, når der er tale om få patientgrupper, begrænset patientunderlag eller stort ressourceforbrug i forbindelse med undersøgelse og behandling.

Hvor der er mere end én lands- og landsdelsafdeling i hovedstadsområdet vurderes behovet for at opretholde flere afdelinger.

Hvis to funktioner opretholdes vurderes fordelene ved en øget arbejdsdeling mellem afdelingerne.

Opdeling af afdelinger i akutbetjening og elektive funktioner overvejes. Bl.a. med henblik på at øge den operative kapacitet på områder, hvor det er relevant. Gennemskuelige takster for behandlinger på lands- og landsdelsafdelingerne.

Samtlige afdelinger med akutmodtagelse gennemgås med henblik på at reducere antallet, enten ved at sammenlægge afdelinger eller ved at en række afdelinger alene varetager elektive funktioner.

Med brugeramterne drøftes videre mulighederne for i højere grad at tilrettelægge lands- og landsdelsfunktioner som udefunktioner, hvor speciallæger tilser og behandler patienter på de lokale sygehuse i brugeramterne, hvilket samtidigt kan medvirke til at øge uddannelseskapaciteten.

Det foreslås videre, at H:S og Københavns Amt forpligter sig til senest 1. september 1997 i fællesskab at melde takster for brugeramternes benyttelse af lands- og landsdelsfunktioner i 1998.

Københavns Amt og H:S har for Amager aftalt en skitse for en fælles sygehusbetjening med et samlet sygehus under én ledelse. Aftalen skal konkretiseres.

På lægeuddannelsesområdet bør flere uddannelsesfunktioner lægges ud fra universitetssygehuse, herunder oprettelse af undervisningsstillinger på de store centralsygehuse inden for de store specialer. Samordningen af uddannelsesfunktionerne i regionen kan bl.a. ske gennem det nyoprettede kontaktforum for den lægelige grund- og videreuddannelse.

Det bemærkes, at en del af de foreslåede omlægninger kan kræve investeringer, som først på lidt længere sigt modsvares af effektiviseringsgevinster.

### **10.1 Organisatoriske modeller for styrkelse af sygehussamarbejdet i Østdanmark**

Sygehuskommissionen har overvejet forskellige organisatoriske tiltag, som vil kunne bidrage til realisering af de principper og forslag, som er formuleret ovenfor.

Kommissionen er opmærksom på, at dette er kompliceret, idet der ikke er nogen klar og entydig sammenhæng mellem organisationsform og politisk og administrativ effektivitet.

Kommissionen er også opmærksom på, at en række forhold af politisk, administrativ, demokratisk og økonomisk art skal overvejes over for hinanden, når der skal træffes et valg med hensyn til den fremtidige organisation af sygehusvæsenet i hovedstadsområdet. Det er baggrunden for, at kommissionen har valgt at skitsere tre forskellige modeller.

De to første modeller, samarbejdsmodellen og sammenlægningsmodellen, bygger på forskellige forudsætninger m.h.t. sygehusvæsenets ejerstruktur, d.v.s. hvilke sygehusmyndigheder der bør være i hovedstadsområdet.

Den tredje model, incitamentsmodeller, vedrører styringen af de enkelte sygehuse og kan kombineres med begge modeller for ejerstrukturen.

Navnlig om sammenlægnings- og incitamentsmodellerne, gælder, at de skal specificeres og konsekvensvurderes nærmere, inden de evt. realiseres, da de indebærer mere omfattende forandringer. For alle tre modeller gælder, at der knytter sig en række forudsætninger til deres effektive gennemførelse.



Kommissionen skal i denne forbindelse pege på, at de befolkningsmæssige og geografiske særtræk i hovedstadsområdet med et stort befolkningsunderlag inden for korte afstande gør det muligt at tilbyde borgerne såvel visse basisydelser som specialiserede ydelser, uden at den geografiske lokalisering af funktionerne bør være noget tungtvejende problem. Det giver efter kommissionens opfattelse væsentlig større frihed i valget af strukturelle løsninger end andre steder. I overvejelserne om en samordning på basisniveau skal der tages hensyn til mulighederne for et tæt samarbejde med den primære sundhedssektor og socialsektoren - f.eks. for ældre patienter, der har hyppige og gentagne indlæggelser.

Kommissionen skal yderligere pege på, at det uanset valg af model må anses for hensigtsmæssigt at vælge organisations- og ledelsesformer, som giver en klarere opdeling mellem de politiske spørgsmål, som man skal tage stilling til på politisk niveau, og driftsspørgsmål.

### **10.1.1 Samarbejdsmodellen**

Samarbejdsmodellen indebærer, at der etableres nye samarbejdsorganer og -procedurer inden for den eksisterende ejerstruktur med de nuværende amter og H:S. Overvejelser om etablering af nye samarbejdsorganer og procedurer bør tage udgangspunkt i, at de fleste og tungeste koordinationsproblemer vedrører forholdet mellem sygehusene i Københavns Amt og H:S. Det er derfor mellem disse to myndigheder, at der er det største potentiale for kvalitets- og effektiviseringsmæssige gevinster ved et øget samarbejde.

Samarbejdsmodellen forudsætter en stærk vilje på politisk niveau til samarbejde.

Kommissionen finder i denne forbindelse, at erfaringerne fra tidligere samarbejdsinitiativer understreger behovet for en tæt politisk opfølgning. På den baggrund finder kommissionen, at en væsentlig forudsætning for et vellykket samarbejde vil være formuleringen af en række forpligtende mål og en overordnet tidsplan for realiseringen heraf.

Centrale elementer heri bør være en successiv udarbejdelse af en koordineret planlægning for tilrettelæggelsen af de højt specialiserede funktioner i Københavns Amt og H:S, hvor funktionerne samles på færre enheder i overensstemmelse med de foran beskrevne principper. Endvidere en fælles plan for en ændret akutbetjening, hvor antallet af beredskaber nedbringes.

Som et muligt samarbejdsforum kan oprettes et fagligt/administrativt samarbejdsorgan mellem H:S og Københavns Amt sammensat af lægefaglige og administrative repræsentanter fra de to myndigheder. Samarbejdsorganet skal have adgang til sekretariatsmæssig bistand fra de to sygehusmyndigheders administrationer. Udvalget bør eksplicit forpligtes til at samarbejde med brugeramterne.

Som led i den politiske opfølgning kan det overvejes, at sundhedsministeren får en såkaldt call-in beføjelse m.h.p. overordnede spørgsmål eller temaer i sygehusplanlægningen i hovedstadsområdet som f.eks. de nævnte fælles forslag vedr. lands- og landsdels-funktionerne og akutberedskaberne.

Ud over samarbejdet mellem H:S og Københavns Amt er der også behov for et bredere samarbejde med de øvrige sjællandske amter omkring benyttelse og økonomi på lands- og landsdelsafdelingerne. I samarbejdet fastlægges herudover på grundlag af gældende vejledning om specialeplanlægning, hvilke behandlinger, der skal finde sted på lands- og landsdelsafdelingerne, og hvilke der kan finde sted lokalt. I samarbejdet inddrages planlægning af amtsspecialer, der går på tværs af amtsgrænserne.

Samarbejdet vil kunne tilrettelægges inden for rammerne af det allerede eksisterende samarbejde. Det bør imidlertid også her overvejes at opstille en række konkrete mål for samarbejdet og tidsrammer for gennemførelsen.

### **10.1.2 Sammenlægningsmodellen**

Sammenlægningsmodellen indebærer, at hidtil adskilte sygehusmyndigheder, som har et indbyrdes koordinationsbehov, slås sammen til én myndighed. Som nævnt vedrører de fleste og de tungeste koordinationsproblemer i regionen forholdet mellem Københavns Amts sygehusvæsen og H:S. Kommissionen har derfor alene overvejet sammenlægning af disse to enheder. Det betyder, at hvis en sådan sammenlægning vælges, vil der derudover være behov for samarbejdsinitiativer med de øvrige amter i hovedstadsregionen og på Sjælland som beskrevet ovenfor.

En sammenlægning under én fælles ledelse af sygehusene i Københavns Amt og H:S kan gennemføres på to måder. Efter den ene model udskilles Københavns Amts sygehuse fra amtet og indgår i en særlig sygehusmyndighed sammen med sygehusene i det nuværende H:S.

Efter den anden model oprettes et lille hovedstadsamt bestående af det nuværende Københavns Amt og Københavns og Frederiksberg kommuner. Dette amt overtager sygehusene fra H:S, som herefter kan nedlægges.

Begge modeller vil grundlæggende have samme formål, nemlig at bringe sygehusene i området under én og samme politiske og administrative ledelse, som vil have ansvaret **for** at sikre den fornødne samordning. En sådan samling vil muliggøre, at der træffes de fornødne beslutninger, f.eks. om samling af de specialiserede funktioner, som der længe har været behov for.

Modellen med en særlig sygehusmyndighed indebærer, at den særlige konstruktion, der er valgt for Hovedstadens Sygehusfællesskab videreføres og får et udvidet område. Bestyrelsens sammensætning vil skulle tilpasses en sådan udvidelse, således at Københavns Amtsråd, Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune udpeger en forholdsmæssig andel af bestyrelsesmedlemmerne. Det vil i den forbindelse være naturligt at lade statens repræsentation i den nuværende H:S-bestyrelse ophøre.

Et nyt sygehusfællesskab kan enten finansieres efter forbrug på samme måde, som Københavns og Frederiksberg kommuner i dag finansierer H:S, eller efter beskatningsgrundlag.

Sammenlignet med en amtsmodel er modellen karakteriseret ved det indirekte valg af bestyrelsesmedlemmerne og den lovfæstede bestyrelses-direktionsmodel, der sætter fokus på en klarere opgavefordeling mellem de overordnede bestyrelsesopgaver og driftsopgaverne, som er direktionens ansvar.

Det nuværende H:S varetager alene sygehusopgaven og ikke andre amtskommunale opgaver, navnlig sygesikringsopgaven. Der vil således være behov for en koordination mellem et nyt sygehusfællesskab og sygesikringsmyndighederne, d.v.s. Københavns Amt og Københavns og Frederiksberg kommuner. En anden mulighed er, at en ny sygehusmyndighed tillige overtager sygesikringsopgaven.

Amtsmodellen indebærer, at hovedstadsområdet, hvad styringen af de amtskommunale opgaver angår, bringes mere på linje med det øvrige land.

Modellen vil endvidere ligesom fællesskabsmodellen bringe sygehusene i området under én ledelse med de muligheder, det giver, for at planlægge sygehusvæsenet ud fra overordnede synspunkter.

I øvrigt bemærkes om begge modeller, at de rejser politiske og styringsmæssige spørgsmål, der rækker ud over sygehusområdet. Der henvises i den forbindelse til betænkning nr. 1307 fra Hovedstadskommissionen, 1995.

### **10.1.3 Incitamentsmodeller**

I en række lande har man i de seneste år gennemført ændringer af sygehusvæsenets opbygning, som forsøger at give de enkelte sygehuse en økonomisk tilskyndelse til tilpasning af såvel den løbende drift som af strukturen. Det gælder bl.a. i England og i nogle svenske len. Der foreligger ikke entydige erfaringer fra disse reformer.

Incitamentsmodeller bygger på styrken i de incitamenter, som knytter sig til et system, hvor sygehusene modtager betaling for ydelser, der leveres af de enkelte sygehuse. Et vigtigt spørgsmål, der skal analyseres nærmere, er, hvordan en incitamentsmodel kan udformes således, at den kombinerer rammestyringens udgiftspolitiske effekt med præstationsbetalingens økonomiske tilskyndelser til tilpasning af driften.

Incitamentsmodeller kan udformes på forskellig vis. I relation til hovedstadsområdets problemer skal specielt peges på incitamentsmodeller, som retter sig mod basisbetjeningen i såvel sygehus- som praksisregi, idet den højt specialiserede behandling foreslås koncentreret som foreslået ovenfor.

Det bemærkes, at kommissionen påregner at vurdere incitamentsmodellers muligheder i det danske sygehusvæsen nærmere i kommissionens endelige betænkning.