

DAGSORDEN

Sundhedsudvalget - mødesager

## SUNDHEDSUDVALGET

### MØDETIDSPUNKT

15-01-2020 18:30

### MØDESTED

Mødelokale på regionsgården, H2

### MEDLEMMER

Niels Høiby	Medlem
Christine Dal	Medlem
Christoffer Buster Reinhardt	Formand
Leila Lindén	Næstformand
Annie Hagel	Medlem
Randi Mondorf	Medlem
Finn Rudaizky	Medlem
Jesper Clausson	Medlem
Karin Friis Bach	Medlem
Karoline Vind	Medlem
Lars Gaardhøj	Medlem
Line Ervolder	Medlem

# INDHOLDSLISTE

1. Beslutning: Analyse af kapaciteten på det nye Nordsjællands Hospital
2. Orientering: Aktuelle orienteringer
3. Beslutning: Høring af retningslinjer for svangreomsorgen
4. Drøftelse: Status for udskudte hjerteoperationer
5. Drøftelse: Udvikling i brystkræft, lungekræft og blærekræft
6. Orientering: Konsekvenser for patienterne ved delvis lukning af Rygcenteret i Københavns Kommune
7. Orientering: Status for arbejdet i Center for Komplekse Symptomer
8. Orientering: Status på afvikling af ventelister til høreapparatbehandling
9. Orientering: "Veje til bedre diagnose" - rapport af Patienterstatningen og Dansk Selskab for Patientsikkerhed
10. Beslutning: Fællesmøde om sundhedshuse i planområde Nord
11. Eventuelt

# 1. BESLUTNING: ANALYSE AF KAPACITETEN PÅ DET NYE NORDSJÆLLANDS HOSPITAL

---

## INDSTILLING

Administrationen indstiller, at sundhedsudvalget over for forretningsudvalget og regionsrådet anbefaler:

1. **at** godkende kapacitetsanalysen af det nye Nordsjællands Hospital.
2. **at** godkende, at udviklingen i sengeaktivitet på Nordsjællands Hospital følges politisk halvårligt frem mod ibrugtagelse af det nye Nordsjællands Hospital.

## POLITISK BEHANDLING

### BAGGRUND

Regionsrådet besluttede i juni 2019 at igangsætte en analyse af, om der er tilstrækkelig fysisk kapacitet på det nye Nordsjællands Hospital. Formålet med analysen er at sikre, at den fremtidige hospitalsaktivitet kan rummes på det nye hospital, når det tages i brug i forventelig 2024. Der er udarbejdet en analyserapport, der belyser det fremtidige kapacitetsbehov, og analysens resultater er gennemgået i sagen.

Kommissoriet for analysen blev godkendt på møde i regionsrådet den 25. juni 2019.

### SAGSFREMSTILLING

Det blev besluttet i Hospitalsplan 2025, at kapaciteten på det nye Nordsjællands Hospital og udnyttelse af den samlede sengekapaletet i regionen skal følges. Baggrunden for at igangsætte en analyse er blandt andet regionens fremskrivning, der peger på en demografisk udvikling med en aldrende befolkning i planområde Nord, der kan give et kapacitetspres på det nye hospital. Derudover blev det nye hospital nedskaleret i forbindelse med dispositionsforslaget for byggeriet i juni 2016, der indebar en reduktion på 92 senge og 25 ambulatorierum.

På mødet i sundhedsudvalget vil den politiske følgegruppe for Nyt Hospital Nordsjælland deltage i drøftelsen. På mødet vil administrationen kort opridse analysens resultater, mens hospitalsdirektør Bente Ourø Rørth og vicedirektør Henrik Schødt fra Nordsjællands Hospital vil præsentere, hvordan hospitalet vil arbejde med den beskrevne reduktion af sengeaktiviteten.

### Behov for reduktion af sengeaktiviteten

Analysen viser, at der har været et stabilt antal sengedage på Nordsjællands Hospital i de foregående år, også selvom hospitalet har varetaget flere patienter over årene. Men analysen peger også på, at selv hvis antal sengedage holdes stabilt i de kommende år, vil der være behov for at reducere sengeaktiviteten, hvis hospitalet skal kunne rumme patienterne i planområde Nord.

Som en del af analysen er der udarbejdet en såkaldt sengetrappanalyse, der viser, hvilken årlig reduktion af sengeaktiviteten, der er nødvendig i de kommende år for at sikre tilstrækkelig fysisk kapacitet. Det er administrationens vurdering på baggrund af analysen, at det kræver en markant reduktion af aktiviteten svarende til en reduktion fra 616 senge i 2019 til 570 senge i 2024. Det vil sige en reduktion på 46 senge over en kortere årrække. Hvis fremskrivningen om flere ældre i planområdet i de kommende år holder stik, forventes et yderligere pres på aktiviteten, hvormed behovet for reduktion bliver endnu større i de kommende år.

I arbejdet med at planlægge det nye hospitalsbyggeri har Nordsjællands Hospital haft fokus på, at den demografiske udvikling med en større andel ældre borgere stiller krav til samarbejdet mellem kommuner, praksissektoren og hospitalet. Flere borgere får behov for at komme i kontakt med sundhedsvæsenet, enten via egen læge, via hospitalet eller via kommunale tilbud om pleje og forebyggelse. Nordsjællands Hospital er i færd med at håndtere denne udvikling i projekt Livskraft. Projektet består blandt andet af en række spor om akutte, indlagte og ambulante patienter samt patienter uden for hospitalet, der skal forberede hospitalet til at tage de nye rammer i brug. I Livskraft lægges der især vægt på samarbejdet mellem akutmodtagelsen, de praktiserende læger og de kommunale sundhedstilbud, som bliver

omdrejningspunktet for hospitalets nye rolle.

En udvikling med en reduktion af sengeaktiviteten forudsætter, at den ikke vil medføre overbelægning, og at den giver fagligt mening, hvor der fortsat sikres høj kvalitet i behandlingen og gode patientforløb. Muligheden for at opnå denne reduktion i de kommende år vil især afhænge af igangværende og kommende indsatser i projekt Livskraft. Administrationen finder, at Nordsjællands Hospital har igangsat en række relevante indsatser med Livskraft, som skal understøtte denne omstilling løbende, men indsatserne er vanskelige at kvantificere.

Som en del af analysen har repræsentanter fra kommuner og almen praksis i Nordsjælland deltaget i en temadrøftelse om fremtidens sundhedstilbud, herunder styrker, udfordringer og udviklingsperspektiver i det tværsektorielle samarbejde i planområde Nord. Hospitalets planområde omfatter kommunerne Allerød, Fredensborg, Frederikssund, Halsnæs, Gribskov, Helsingør, Hillerød samt Hørsholm. Formålet med temadrøftelsen var at få værdifulde input til kapacitetsanalysen og perspektiver på det videre samarbejde på tværs af sektorer. Her blev det blandt andet fremhævet, at de kommunale døgndækkede pladser bør ses som en del af den samlede kapacitet i planområdet, og at der i den organisatoriske udvikling af Nordsjællands Hospital også bør være fokus på det tværsektorielle samarbejde.

### **Yderligere indsatser for at imødekomme kapacitetspres**

På baggrund af analysen finder administrationen ikke på nuværende tidspunkt, at der er behov for at igangsætte yderligere indsatser end dem, som er planlagt på Nordsjællands Hospital med Livskraft. En reduktion af sengeaktiviteten vurderes at kræve en særlig indsats, men der er relevante tiltag sat i gang. Samtidig rummer analysen nogle usikkerheder, der er beskrevet nedenfor under risikovurdering.

Administrationen foreslår derfor, at udviklingen i sengeaktivitet på Nordsjællands Hospital følges politisk frem mod ibrugtagelse af det nye Nordsjællands Hospital. I den forbindelse vil det være relevant at følge op på erfaringer med andre hospitalsbyggerier, for eksempel akuthusene på Herlev og Gentofte Hospital, Amager og Hvidovre Hospital samt det nye Aarhus Universitetshospital i Skejby og det kommende Regionshospitalet Gødstrup. Dette vil give et indblik i, hvilke muligheder de nye byggerier giver for en mere effektiv anvendelse af hospitalets samlede kapacitet.

Hvis det viser sig, at reduktionen af sengeaktiviteten ikke realiseres planmæssigt, er der i analysen peget på flere mulige tiltag, der er gennemgået i rapporten:

- Ændret patientgrundlag ved at ændre i optageområdet for hospitalet
- Fornyet undersøgelse af muligheden for at opretholde sengepladser på hospitalsmatriklen i Frederikssund
- Flytning af funktioner til andre hospitaler
- Mere borgernær hospitalsbehandling, herunder i sundhedshuse

Analysen peger herudover på muligheden for at planlægge med 90 % belægning af sengene på det nye Nordsjællands Hospital i stedet for 85 %, hvis ikke hele reduktionen af sengeaktivitet opnås planmæssigt. De fysiske rammer på det nye hospital giver mulighed for en mere rational drift, hvor blandt andet sengeafsnit opføres som en 'sengeslange', der giver en højere grad af fleksibilitet og mulighed for udnyttelse af senge på tværs af afdelinger, for eksempel i perioder hvor en afdeling kan have behov for flere senge. Der peges også på muligheden for at omlægge ambulatorierum til sengestuer på det nye Nordsjællands Hospital, idet den ambulante fysiske kapacitet på hospitalet vurderes at være tilstrækkelig.

Alle disse mulige tiltag vil skulle analyseres nærmere og træffes beslutning om politisk, såfremt der bliver behov for at gå videre med nye tiltag.

Nordsjællands Hospital arbejder sideløbende med en analyse af nære tilbud, herunder hvilken hospitalsbehandling, der kan flyttes fra det nye hospital til sundhedshusene. Det er forventningen, at analysen skal være en del af grundlaget for en regional proces med politiske drøftelser, som skal føre til en politisk beslutning om rammerne for etablering af sundhedshuse i planområde Nord.

## **KONSEKVENSER**

En status for udviklingen i sengeaktivitet på Nordsjællands Hospital forelægges politisk halvårligt frem mod ibrugtagelse af det nye Nordsjællands Hospital. Hvis det viser sig, at reduktionen af sengeaktivitet ikke realiseres planmæssigt, er der i rapporten identificeret mulige tiltag, som vil skulle undersøges nærmere og drøftes politisk.

Nogle af de mulige tiltag vil have afledte konsekvenser. Der er et stærkt og veletableret samarbejde mellem kommuner, hospital, almen praksis og brugere i planområdet, og en ændring i den nuværende struktur kan eksempelvis betyde, at en kommune skal samarbejde med et andet hospital.

## **RISIKOVURDERING**

Analysen rummer nogle usikkerheder. Det gælder i forhold til den forventede befolkningsudvikling med en aldrende befolkning, der baserer sig på en fremskrivning, som pr. definition altid vil rumme usikkerheder. Tilsvarende baserer vurderingen af kapaciteten på det nye hospital sig på, at der er igangsat en række indsatser i projekt Livskraft, som løbende skal understøtte en reduktion af sengeaktiviteten. Det er imidlertid vanskeligt at kvantificere og dermed estimere de enkelte indsatsers effekt på kapaciteten på det nye Nordsjællands Hospital. Dette understøtter behovet for en tæt opfølgning i de kommende år.

## **KOMMUNIKATION**

Der er planlagt en særskilt kommunikationsindsats, der fortæller om de udfordringer på Nordsjællands Hospital, som analysen peger på.

## **POLITISK BESLUTNINGSPROCES**

Sagen forelægges sundhedsudvalget d. 15. jan., forretningsudvalget d. 28. jan. og regionsrådet d. 4. feb. 2019

## **DIREKTØRPÅTEGNING OG KONTAKTPERSON**

Anne Skriver / Charlotte Hosbond

## **JOURNALNUMMER**

19013211

## **BILAGSFORTEGNELSE**

- ① 1. Analyse af kapaciteten på Nyt Hospital Nordsjælland
- ② 2. Bilag. Kommissorium for analyse af kapaciteten på Nyt Hospital Nordsjælland

## **2. ORIENTERING: AKTUELLE ORIENTERINGER**

---

### **BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE**

Sundhedsudvalget har på deres første møde den 31. januar 2018 aftalt, at udvalgets møder altid indledes med et fast punkt, hvor administrationen orienterer om aktuelle sager.

### **INDSTILLING**

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- At tage status for aktuelle orienteringer til efterretning.

### **POLITISK BEHANDLING**

#### **SAGSFREMSTILLING**

Sundhedsudvalget har aftalt, at der på udvalgets møder indledningsvist er et fast punkt om aktuelle orienteringer, der vedrører udvalgets opgaveområde.

#### **KONSEKVENSER**

Såfremt udvalget ønsker yderligere behandling af en sag vil administrationen gå videre med sagen.

#### **RISIKOVURDERING**

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke risici.

#### **BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER**

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

#### **KOMMUNIKATION**

Ingen særlig kommunikationsindsats er planlagt.

#### **TIDSPLAN OG VIDERE PROCES**

Sagen forelægges fast som første punkt på udvalgets møder fremadrettet.

#### **DIREKTØRPÅTEGNING**

Anne Skriver / Mette Kofod Kahr

#### **JOURNALNUMMER**

18000993

### **3. BESLUTNING: HØRING AF RETNINGSLINJER FOR SVANGREOMSORGEN**

---

#### **INDSTILLING**

Administrationen indstiller over for sundhedsudvalget, at forretningsudvalg og regionsråd anbefales:

- At godkende Region Hovedstadens hørings svar på "Retningslinjer for svangreomsorgen" til Sundhedsstyrelsen (vedlagt i bilag).

#### **POLITISK BEHANDLING**

#### **BAGGRUND**

Sundhedsstyrelsen har sendt udkast til "Retningslinjer for svangreomsorgen" i høring. Region Hovedstaden er høringspart, og der er udarbejdet et forslag til hørings svar. De nye retningslinjer erstatter "Anbefalinger for Svangreomsorgen" fra 2010.

#### **SAGSFREMSTILLING**

Høringsudkastet til "Retningslinjer for svangreomsorgen" har været sendt til kommentering på hospitalerne, i sundhedsfagligt råd for gynækologi og obstetrik m.fl., og der er på den baggrund udarbejdet et forslag til hørings svar fra Region Hovedstaden. Danske Regioner har bedt om at få regionernes hørings svar tilsendt den 2. januar 2020 med henblik på, at høringen kan drøftes i Danske Regioners Sundhedsudvalg den 9. januar 2020. Administrationen har derfor sendt vedlagte forslag til hørings svar til Danske Regioner den 2. januar 2020 med forbehold for politisk behandling i regionen.

Link til høringsudkast: [https://prodstoragehoeringspo.blob.core.windows.net/0478112d-db3c-4733-9a38-07afde4e9a43/H%C3%B8ringsudkast%20retningslinjer%20for%20svangreomsorgen%202019\\_.pdf](https://prodstoragehoeringspo.blob.core.windows.net/0478112d-db3c-4733-9a38-07afde4e9a43/H%C3%B8ringsudkast%20retningslinjer%20for%20svangreomsorgen%202019_.pdf)

I høringsudkastet til "Retningslinjer for svangreomsorgen" lægges der stor vægt på en individuel og behovsorienteret indsats og med stort fokus på sårbare grupper og tæt samarbejde med kommuner og almen praksis. Det er positivt, og det er helt i tråd med målsætningerne i regionens Sundhedsaftale 2019-23. Overordnet er de beskrevne retningslinjer fagligt velfunderet, ambitiøse og med gode intentioner. Beskrivelsen af indsatsen for svangreomsorgen fremstår imidlertid som meget detaljeret og omfangsrig. Detaljeringsgraden i sig selv bliver forventningsskabende, og det synes ikke som om, der er rum for den individuelle og behovsorienterede tilrettelæggelse af fx jordemoderkonsultationer, fødselsforberedelse og hjemmebesøg.

I forhold til de nuværende anbefalinger er det ikke omfattende ændringer, der sker med de nye retningslinjer. Men der er nogle nye og udvidede tiltag, som er positive, men som kan skabe øget travlhed på fødegangen, og som er et generelt serviceløft, der har rekrutteringsmæssige og økonomiske konsekvenser for regionen. Det er en udfordring, om alle tiltag kan realiseres i en tid med mangel på jordemødre samtidig med, at der ikke synes at være mulighed for den individuelle tilpasning, som der generelt lægges op til i retningslinjerne.

I den sammenhæng kan følgende tiltag fremhæves:

- Der lægges op til en individuel og behovsorienteret indsats, og der opereres med et grundforløb for gravide og med flex-jordemoderkonsultationer. Grundforløbet omfatter to konsultationer hos egen læge og 5-7 konsultationer og 2 flexkonsultationer hos jordemoder. I de nuværende svangreanbefalinger tilbydes mellem 4-7 jordemoderkonsultationer, mens der med de nye retningslinjer sker en væsentligt forøgelse med op til 9 besøg hos jordemoder. Det fremstår uklart, hvornår der er mulighed for dynamisk tilpasning af det individuelle behov. Der lægges også et jordemoderbesøg i uge 10, hvilket er uhensigtsmæssigt, bl.a. fordi henvisningerne fra egen læge typisk først kommer omkring uge 10. Flere besøg hos jordemoder end i dag har betydelige økonomiske konsekvenser for regionen.
- Det er positivt, at der er stort fokus på et styrket tværsektorielt samarbejde om sårbare og socialt

udsatte gravide med bedre kommunikation, tværfaglige møder allerede i graviditeten og fælles fødsels- og forældreforberedelse. Det er helt i tråd med målsætningerne i regionens Sundhedsaftale 2019-23. Det er positivt og har betydning for ulighed i sundhed med etablering af tværfaglige team (netværksmøder) med kommuner og almen praksis, etablering af tovholderfunktion og tidligt hjemmebesøg sammen med sundhedsplejen. Der bør være opmærksomhed på om det er muligt at realisere idet det vil kræve tid og jordemoderressourcer. Herudover fremgår det, at kendt jordemoderordning er basistilbud til sårbare og udsatte gravide. Kendt jordemoderordning har været afprøvet med varierende resultater, og det vil kræve flere jordemødre at implementere.

- Fødsels- og forældreforberedelse er skærpet i forhold til de tidligere anbefalinger. Alle skal tilbydes fødselsforberedelse, det skal tilrettelægges i mindre hold og med et minimum på 10 timer. Imidlertid synes det ikke hensigtsmæssigt med et minimum på 10 timer, idet de unge har forskellige behov samtidig med at få flergangsfødende deltager. Endelig skal fødselsforberedelsen planlægges i samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste. Det er retningslinjer, som i dag ikke praktiseres, idet der tilbydes auditorieundervisning. En implementering vil kræve flere ressourcer, herunder jordemødre ressourcer, såfremt opgaven skal varetages af jordemødre.
- Som noget nyt anbefales obstetrisk færdighedstræning i CTG-overvågning og håndtering af akutte obstetriske tilstande. Fødestederne varetager allerede færdighedstræning, men hvis der ønskes en målrettet indsats, hvor al relevant personale på fødeafdelingerne modtager færdighedstræning, har det økonomiske konsekvenser for regionen.
- Som noget nyt skal praktiserende læger tilbyde en rådgivende samtale til kvinder mellem 18 og 30 år, om hvilke sundhedsmæssige tiltag de med fordel kan gøre, inden de bliver gravide. Det kan afføde behov for fornyede aftaler med PLO. Det bør således overvejes om tilbuddet skal gives til alle.
- Retningslinjerne har ændret navn fra ”Anbefalinger”, og der er behov for en nærmere definition af betegnelsen ”retningslinjer” og konsekvensen for regionerne. Med andre ord er det et spørgsmål, hvilken karakter retningslinjerne har i forhold til de tidligere anbefalinger.

Som nævnt indledningsvis er der pres på fødestederne som følge af det stigende antal fødsler, herunder mangel på jordmødre. Som følge af mangel på tid og ressourcer er der nogle områder, hvor det ikke har været muligt for fødestederne i de seneste år at efterleve de nuværende svangreanbefalinger og regionens fødeplan. Udover retningslinjerne for svangreomsorgen er sundhedsstyrelsen ved at udarbejde anbefalingerne for organisering af fødeområdet. Når de endelige retningslinjer og anbefalinger udkommer, skal regionen udarbejde en ny fødeplan for regionen.

### **KONSEKVENSER**

Konsekvensen af at godkende høringssvaret er, at det med de givne bemærkninger fremsendes til sundhedsstyrelsen. Hvorvidt sundhedsstyrelsen tager højde for regionens bemærkninger vides ikke.

Det må forventes, at sundhedsstyrelsen efterfølgende udsender endelige retningslinjer, og på den baggrund skal regionen udarbejde en ny fødeplan. Der vil være tæt politisk inddragelse i arbejdet med ny fødeplan.

### **RISIKOVURDERING**

Det er uklart, om regionerne skal efterleve de nye retningslinjer, i så fald vil der være økonomiske konsekvenser for regionerne.

### **ØKONOMI**

Det vides ikke for nærværende, om regionerne vil blive kompenseret for de økonomiske udgifter ved implementeringen af de nye retningslinjer.

### **POLITISK BESLUTNINGSPROCES**

Sagen forelægges Sundhedsudvalget den 15. januar 2020 og forretningsudvalget den 28. november og i regionsrådet den 4. februar 2020.

### **DIREKTØRPÅTEGNING OG KONTAKTPERSON**



Anne Skriver / Hanne Rasmussen

**JOURNALNUMMER**

17016649

**BILAGSFORTEGNELSE**

1. Høringssvar til retningslinjer for svangreomsorgen 7 januar 2020.docx

## 4. DRØFTELSE: STATUS FOR UDSKUDTE HJERTEOPERATIONER

### INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- At status for udsatte operationer på Rigshospitalets Hjertecenter drøftes.

### POLITISK BEHANDLING

### BAGGRUND

Sundhedsudvalget har siden sommeren 2017 fulgt antallet af udsatte hjerteoperationer på Rigshospitalet, idet udvalget ikke fandt antallet af udsatte operationer acceptabelt for patienterne. Med denne sag forelægges status om udviklingen i udsatte operationer.

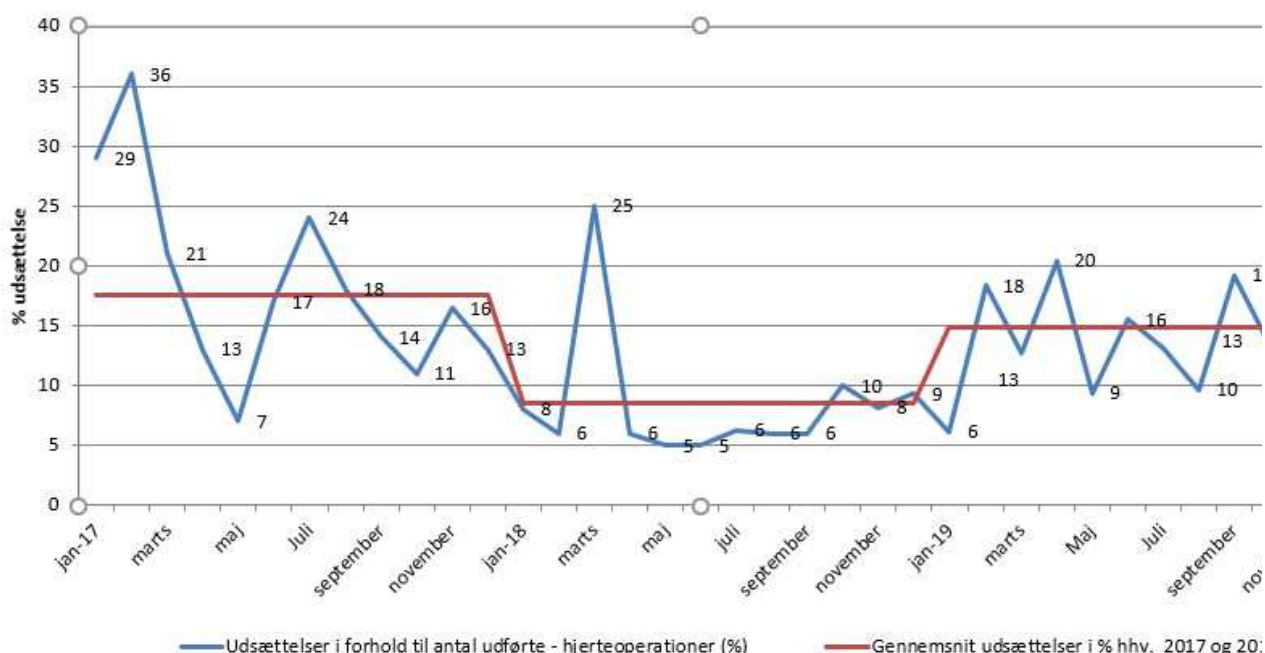
På mødet deltager Rasmus Møgelvang, centerdirektør i Center for Hjerter-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme.

### SAGSFREMSTILLING

På Rigshospitalet har patienter fået udsat deres hjerteoperation til et senere tidspunkt. Årsagen er, at det har været tilstræbt at få en høj udnyttelse af kapaciteten på tværs af operationsstuer, intensivafsnit og sengeafsnit, og derfor er operationsprogrammet over de seneste år blevet tættere pakket. Det har reduceret muligheden for at absorbere operationer, der trækker ud, og akutte patienter i operationsprogrammet.

Figuren nedenfor viser andelen af udsatte operationer i forhold til udførte operationer. Den gennemsnitlige andel udsættelser for 2019 er knapt 15 %. Der har i november måned været et højt antal udsatte hjerteoperationer, idet der var 37 patienter, som fik udsat deres operation, svarende til 28 % aflysninger.

Udsættelser i forhold til antal udførte hjerteoperationer - 2017-2019



Når en patient udsættes, fastsættes et nyt operationstidspunkt efter en konkret og individuel vurdering. Det tilstræbes at give en indlagt patient, som har fået sin operationstid udskudt, en tid dagen efter, mens man for ikke-akutte planlagte patienter (der er indkaldt fra hjemmet) kan vælge at udskyde patienten længere end den indlagte patient. Patienter med størst og mest akut behandlingsbehov kommer til først.

Årsagerne til udsættelser i november måned fordeler sig således:

- 22 patienter pga. manglende plads på intensivafdelingen (59 %)
- 10 patienter pga. anden akut patient (27 %)
- 2 patienter pga. manglende kirurg (5 %)
- 2 patienter pga. deres tilstand (5 %)
- 1 patient pga. sygdom på operationsgangen (1 %)

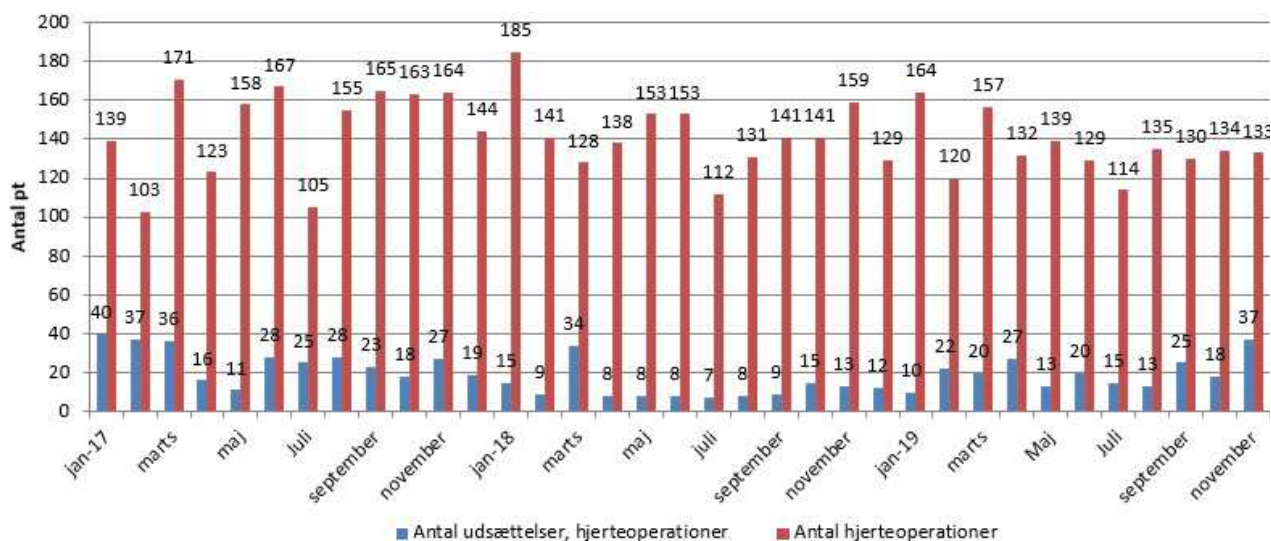
Manglende plads på intensivafdelingen var den hyppigste årsag til aflysninger i november måned. Sammenlignet med de øvrige måneder i 2019 er antallet usædvanligt højt. I de øvrige måneder af 2019 er mellem 0-8 patienter pr. måned blevet aflyst pga. manglende plads på intensiv mod 22 patienter i november 2019.

En af årsagerne er, at antallet af akutte patienter har været ujævnt fordelt hen over måneden. I perioden 11. november til 30. november, er der udført 6 transplantationer og 8 akutte aortadissektioner (Bristninger af hovedpulsårens inderste lag). Dette er operationer som kræver længere tids ophold på intensiv efter operationen. Intensivafdelingen har derfor i denne periode haft færre pladser til de planlagte operationer.

I samme periode har Intensiv- og Fast Trackafsnittet været under ombygning, hvilket har berørt antallet af disponible sengepladser. Ombygningen er færdig i marts 2020.

Figuren nedenfor viser antallet af hjerteoperationer og antallet af udsatte operationer hos patienter pr. måned i 2017, 2018 og 2019.

Antal hjerteoperationer og antal udsatte hjerteoperationer - 2017-2019



Antallet af udsatte hjerteoperationer har de seneste fem år været følgende:

- 2019: 220 (januar-november)
- 2018: 146 patienter
- 2017: 308 patienter
- 2016: 250 patienter
- 2015: 255 patienter
- 2014: 192 patienter

### Initiativer for at få færre aflysninger

Hjertecentret har igangsat en analyse af problemstillingerne omkring aflysninger og planlægning af operationsprogrammet. Formålet er at opnå en bedre og mere realistisk/valid planlægning med fokus på at balancere mellem behov og kapacitet.

Foreløbigt har analysen vist en tendens til overbooking ift. de fysiske- og personale-mæssige kapaciteter.

På denne baggrund har hjertecenteret truffet beslutning om, at der skal planlægges med én patient mindre pr. dag, for at undgå at en planlagt patient udskydes.

Denne beslutning vil medføre, at ventetiden på planlagte operationer forlænges. Ventetiden er aktuelt 20 dage.

Ombygningen af Intensivafsnittet betyder, at der marts 2020 både vil være genåbning af sengekapaaciteten og en ekstra intensiv seng. Det forventes derfor at flaskehalsen mht. intensiv senge vil reduceres og antallet af planlagte operationer per dag kan øges igen ud fra en vurdering af ventetider.

Herudover arbejder hjertecentret med at oprette et ekstra operationsleje i foråret 2020 for at opnå større fleksibilitet i planlægningen af de forskellige typer af hjerteoperationer (med forskellige forventet antal liggedage på intensiv, forskellig kompleksitet og forskellige ventetider). Et ekstra leje giver mulighed for at reducere skiftetider mellem operationer og øger samtidig bufferkapaciteten til de akutte operationer.

Det er som hovedregel ikke muligt at overføre hjerteopererede patienter til intensivafdelinger på andre hospitaler, da der er behov for den højt specialiserede intensive behandling. Kun ganske få af de øvrige intensivpatienter, f.eks. patienter som skal udfases af respiratorbehandling, vil kunne overføres til andre intensivafdelinger. Det er derfor sjældent muligt at opnå plads på intensiv ved at overføre patienter til andre hospitaler.

#### **KONSEKVENSER**

Rigshospitalet følger antallet af udsatte operationer tæt.

#### **POLITISK BESLUTNINGSPROCES**

Sundhedsudvalget får en ny status for udsatte hjerteoperationer i april 2020.

#### **DIREKTØRPÅTEGNING OG KONTAKTPERSON**

Anne Skriver Andersen/ Kirsten Maria Lorentzen

#### **JOURNALNUMMER**

17007861

## **5. DRØFTELSE: UDVIKLING I BRYSTKRÆFT, LUNGEKRÆFT OG BLÆREKRÆFT**

---

### **INDSTILLING**

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- At drøfte udviklingen i målopfyldelsen for pakkeforløbene for brystkræft, lungekræft og blærekræft.

### **POLITISK BEHANDLING**

#### **BAGGRUND**

Sundhedsudvalget besluttede ved mødet den 20. marts, at udvalget ved hvert udvalgsmøde skal have en opdateret status for, om patienterne behandles inden for de anbefalede forløbstider i kræftpakkerne. Sundhedsudvalget har haft særligt fokus på udviklingen inden for tre kræftformer henholdsvis brystkræft, lungekræft og hoved- og halskræft. Formandskabet i sundhedsudvalget har besluttet, at udvalget fremadrettet skal følge udviklingen i blærekræft fremfor hoved- og halskræft.

Baggrunden for at følge brystkræft, lungekræft og blærekræft er, at Region Hovedstaden i en længere periode har haft udfordringer med at overholde forløbstiderne i pakkeforløbene for blandt andet disse kræftformer.

#### **SAGSFREMSTILLING**

Regionens samlede overholdelse af forløbstiderne i kræftpakkerne var i december 84 % (pr. 6. januar). Sammenlignet med målopfyldelsen for november (81 %) er der dermed fortsat en positiv udvikling i regionens målopfyldelse, og en stor andel af patienterne behandles inden for de anbefalede forløbstider i kræftpakkerne.

Forretningsudvalget har på deres møde i november fastsat et nyt delmål om, at regionen skal have en samlet målopfyldelse på 85 % ved udgangen af oktober 2020.

Sundhedsudvalget har siden foråret 2019 fulgt udviklingen i målopfyldelsen. Nedenfor gives en status for udviklingen i overholdelsen for de tre udvalgte kræftformer og igangsatte initiativer.

#### **Status for brystkræft**

I december blev 91 % af patienterne behandlet for brystkræft inden for forløbstiden. Det er således en markant større andel af patienterne, sammenlignet med de foregående måneder (bilag 1). Hospitalerne forventer at kunne fastholde det høje niveau i overholdelsen af forløbstiden i pakkeforløbet.

Udfordring	Initiativ	Tidshorisont
Kapacitetsudfordringer i radiologien pga. bl.a. øget antal henviste patienter	På kort sigt er der lavet aftaler om frivilligt ekstraarbejde (FEA) for at holde ventetiden nede. På længere sigt er der fokus på rekruttering af mammaradiologer.	Løbende
Manglende operationskapacitet - både operationslejer og personale	Åbning af ekstra operationslejer til afvikling af ventetidspukkel til operation. Permanent udvidelse af operationskapacitet ved ekstra operationslejer.	Ventetidspuklen blev afviklet ultimo oktober.  Løbende
Bedre patientforløb og udnyttelse af kapaciteten	Der er igangsat en analyse af patientforløb for brystkræft med henblik på optimering af forløbene.  Alle relevante specialer, afdelinger og fagpersoner deltager i arbejdet.	Primo 2020. Interviews med relevante aktører er igang, og i januar samles alle relevante afdelinger og specialer til en afsluttende workshop.
Driftudfordringer med apparatur, der bruges til udredning af patienter med brystkræft	Indkøb af nyt apparatur.	Medio 2020
Optimering af brystkræftforløb	Samling af brystkirurgi inkl. mammaradiologi på Gentofte-matriklen jf. HOP2025	

### Status for lungekræft

Bilag 2 viser, at målopfyldelsen for kirurgisk behandling af lungekræft var 65 % i december sammenlignet med 33 % i november. I december var overholdelsen for medicinsk behandling 73 % og i november 81 %. I december fik 52 % af patienterne strålebehandling inden for forløbstiden, mens det var 48 % af patienterne i november. Det er fortsat store udsving i overholdelsen af forløbstiderne i kræftpakken for lungekræft fra måned til måned.

Udfordring	Initiativ	Tidshorisont
Bedre patientforløb og udnyttelse af kapaciteten	Der er udarbejdet en analyse af patientforløb for lungekræft med henblik på optimering af forløbene. Alle relevante specialer, afdelinger og fagpersoner har deltaget i arbejdet. Der er nedsat arbejdsgrupper, der arbejder videre med identificerede udfordringer og initiativer.	Udarbejdet i medio 2019
For få ugentlige MDT-konferencer	Afholdelse af flere MDT-konferencer	September 2019
Unødig ventetid ifm. MDT-konferencer	Direkte onkologisk visitation af patienterne på MDT-konferencer samt direkte henvisning af patienter med småcellet lungekræft til onkologisk afdeling.	Oktober 2019
Uensartethed på tværs af de udredende afdelinger.	Ensartede retningslinjer for brug af udstyr til udvidet lungefunktionsundersøgelse ifm. udredning. Der arbejdes på at muliggøre udveksling af udredningsforløb på tværs af de to udredende afdelinger med henblik på bedre at kunne håndtere perioder med spidsbelastning.	Primo 2020
Der er i udredningen ofte lang ventetid på CT-vejledte biopsier, hvor kapaciteten ikke er tilstrækkelig.	De relevante afdelinger hhv. radiologer, klinisk fysiologi og patologer arbejder hele tiden på at udnytte den tilgængelige kapacitet bedst muligt.	Løbende
Ventetid inden for patologien medvirker til forlænget udredningstid.	Sundhedsfagligt Råd for Patologisk Anatomi håndterer sagen, og derudover ser hospitalerne på fordelingen af prøver for praksis.  Der er indkøbt nyt udstyr, som vil kunne sikre diagnostik i front og dermed hurtigere svartider.	2019/2020  1. marts

### Status for blærekræft

Bilag 3 viser, at målopfyldelsen for kirurgisk behandling af blærekræft var 82 % i december sammenlignet med 43 % i november. I december var overholdelsen for medicinsk behandling 40 % og i november 55 %. I december fik alle patienterne (100 %) med blærekræft strålebehandling inden for forløbstiden, mens

det var 50 % af patienterne i november. Det er store udsving i overholdelsen af forløbstiderne i kræftpakken for blærekræft fra måned til måned. Det er værd at bemærke, at der er få patientforløb hver måned, og få ikke-overholdte forløb kan derfor give store udsving i målopfyldelsen (se bilag 3).

Udfordring	Initiativ	Tidshorisont
Forsinkelser i udredningen skyldes bl.a. kapacitetsmæssige udfordringer, såsom manglende personale, ambulante tider og lokaler til diverse undersøgelser.	Der er etableret et 'fast track', som betyder, at de samarbejdende afdelinger dagligt er i kontakt vedr. bestilte undersøgelser mv. Dette mhp. hurtigere udredningsforløb.	Efterår 2019
Mange patienter med blærekræft har flere samtidige sygdomme (komorbiditet), og der kan derfor behov for yderligere undersøgelser før, at patienten er udredt og kan behandles. Det kan have betydning for overholdelsen af forløbstiden.	Sundhedsstyrelsen har forlænget forløbstiderne i kræftpakkeforløbet. Det er derfor forventningen, at målopfyldelsen for blærekræft forbedres.	Fra januar 2020
Forløbstiderne til kirurgisk behandling af blærekræft er ofte overskredet pga. manglende operationskapacitet, herunder mangel på operationssygeplejersker.	Hospitalerne arbejder løbende på at rekruttere og fastholde operationssygeplejersker, og særligt Rigshospitalet er lykkedes med at rekruttere personale, som er under oplæring.	Løbende
For medicinsk- og strålebehandling er der også kapacitetsmæssige udfordringer, herunder mangel på personale, ift. at kunne håndtere udsving i henvisningsmønstret af patienter.	Hospitalerne arbejder på at omlægge de interne arbejdsgange og visitation af patienter, og forventes at forbedre overholdelsen af forløbstiderne. Derudover holder hospitalerne ventetiden nede med aftaler om frivilligt ekstraarbejde med personalet (FEA), hvilket ikke er en holdbar løsning på længere sigt.	Løbende

## KONSEKVENSER

Administrationen tager sundhedsudvalgets drøftelser med i det videre arbejde med at følge udviklingen og sikre opfølgning på de igangsatte initiativer. Det skal sikre, at flere patienter fremadrettet bliver udredt og behandlet inden for forløbstiderne i kræftpakkerne.

## POLITISK BESLUTNINGSPROCES

Sagen forelægges sundhedsudvalget den 15. januar 2020. Udvalget får status til hvert møde i 2020.

## DIREKTØRPÅTEGNING /KONTAKTPERSON

Anne Skriver og Charlotte Hosbond

## JOURNALNUMMER

19022852

## BILAGSFORTEGNELSE

- 1. Brystkræft
- 2. Lungekræft
- 3. Blærekræft

## **6. ORIENTERING: KONSEKVENSER FOR PATIENTERNE VED DELVIS LUKNING AF RYGCENTERET I KØBENHAVNS KOMMUNE**

---

### **INDSTILLING**

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- **at** orienteringen om Region Hovedstadens overtagelse af patienter i forbindelse med den delvise lukning af Rygcenteret i Københavns Kommune tages til efterretning.

### **POLITISK BEHANDLING**

#### **BAGGRUND**

Københavns Kommune (KK) har i forbindelse med forhandlingerne om budget 2020 vedtaget et effektiviseringsforslag om at ophøre med at drifte dele af tilbuddet på Rygcenteret i KK. Dele af opgaverne, der udfases i besparelsen, ligger i regionalt regi og arbejdsdelingen mellem kommuner og regioner er beskrevet i forløbsprogrammet for lænderyglidelser. Det er historisk betinget, at opgaven for københavnske borgere har været varetaget kommunalt. Københavns Kommunes beslutning betyder, at regionen skal forvente et øget antal patienter med lænderyglidelser, som skal behandles ved egen læge, praktiserende speciallæge (reumatolog) eller ved hospitalet.

Sundhedsudvalget er tidligere orienteret om sagen i forbindelse med nogle henvendelser til udvalget i september 2019 fra ansatte ved Rygcenteret og Sundheds- og Omsorgsborgmesteren i KK, Sisse Marie Welling. Med denne sag beskrives, hvordan regionen må forvente et øget antal patienter, samt hvilket tilbud disse patienter vil få i regionen.

#### **SAGSFREMSTILLING**

Københavns Kommune har siden 2000 haft et udrednings- og behandlingstilbud til patienter med nakke- og lænderyglidelser, som efter planen ophører pr. 30. juni 2020, hvor patienterne i stedet vil skulle tilbydes udredning og/eller behandling i regionen. Den primære konsekvens af, at Københavns Kommune delvist lukker deres Rygcenter er, at regionen skal varetage opgaven med at udrede og/eller behandle de patienter, som tidligere har haft mulighed for at blive henvist fra f.eks. deres egen læge til Rygcenteret i kommunen.

Det betyder, at regionen skal forberede sig på et øget antal patienter fra sommeren 2020 og frem. Det er administrationens vurdering, at vi ikke skal indgå en aftale om finansiering af denne regionale opgave på Københavns Kommunes Rygcenter. I stedet vil regionen sikre, at københavnske patienter med nakke- og lænderyglidelser fra sommeren 2020 får et godt behandlingstilbud svarende til regionens øvrige borgere.

#### **Flere patienter med nakke- og lænderyglidelser i regionen**

Københavns Kommune har oplyst, at de i 2018 fik henvist 3.456 borgere, hvoraf ca. 3.200 kom fra egen læge.

Det er meget sparsomt med oplysninger fra Københavns Kommune om de konkrete patientforløb, og administrationen har kun viden på overordnet niveau. Administrationen har ikke oplysninger om de nøjagtige tilbud til patienterne og hvilke udredende undersøgelser og behandling patienterne i Rygcenteret er blevet tilbudt, samt hvor mange patienter der f.eks. har fået foretaget billeddiagnostiske undersøgelser i forbindelse med deres forløb i Rygcenteret.

Af patientgrupper har Københavns Kommune oplyst, at de f.eks. har set:

- patienter med mistanke om rodtryk (fx diskusprolaps)
- patienter, som har haft forløb i privat praksis uden tilstrækkelig effekt
- kroniske patienter, som kan få akut opblussen sygdom.

Nogle af patienterne har haft behov for yderligere billeddiagnostik (røntgen eller MR-scanning) for at kunne få foretaget den nødvendige udredning og behandling, og nogle patienter har også haft behov for



at blive henvist fra det kommunale Rygcenter til rygkirurgisk vurdering i hospitalsregi.

Det er vurderingen, at de fleste patienter vil kunne varetages enten hos egen læge eller henvises til udredning og behandling i hospitalsregi. Det er vurderingen, at det er et fåtal af patienterne, som vil skulle omkring reumatologisk speciallægepraksis.

Regionens Videncenter for Reumatologi og Rygsygdomme (VRR) på Rigshospitalet forbereder sig på at kunne tilbyde flere patienter med nakke- og lænderyglidelser udredning i 2020, når Københavns Kommunes tilbud i Rygcenteret ophører fra sommeren 2020.

I forhold til de oplyste patientgrupper er det vurderingen, at patienter med mistanke om rodtryk primært skal ses på hospital. Nogle vil dog også kunne ses i reumatologisk speciallægepraksis. Disse patienter vil få foretaget billeddiagnostik, hvis den ikke foreligger som led i udredningen. Ved behov vil de som beskrevet i det regionale forløbsprogram for lænderyglidelser fortsætte direkte i behandlingsforløb. I praksis håndteres patienter med rodtryk i nakken på samme måde. Disse patienter kan også tidligere have været henvist til behandling i regionalt regi.

Endelig må det forventes, at en mindre del af de kroniske patienter vil blive henvist til hospitalet, da kroniske patienter kan have akut opblussende sygdom. Langt de fleste kroniske patienter vil dog skulle varetages i primærsektoren af enten egen læge eller egen læge i samarbejde med reumatologisk speciallægepraksis.

VRR på Rigshospitalet varetager al reumatologisk funktion på hospitalsniveau i regionen fra ambulatorier placeret på matriklerne Frederiksberg, Gentofte, Glostrup, Hillerød og Blegdamsvej. De patienter, som fremover bliver henvist til hospitalet, vil blive håndteret af funktionen på Frederiksberg, da borgerne er bosat i planområde Byen.

### **Hvilken betydning det får for patienterne**

En stor del af de patienter, som tidligere er blevet henvist til Rygcenteret i Københavns Kommune, vil fra sommeren 2020 blive varetaget i primærsektoren ved egen læge eller reumatologisk speciallægepraksis eller henvist til VRRs reumatologiske funktion på Frederiksberg jf. ovenstående.

En del af de patienter VRR vil få henvist, vil indgå i egentlige forløb, som har karakter af et tværfagligt integreret udrednings- og behandlingsforløb under forløbsprogrammet, som strækker sig over 4-8 uger. De øvrige patienter vil primært blive lægeligt udredt ved en forundersøgelse og en eventuel opfølgende samtale, hvorpå de henvises tilbage til videre håndtering i primærsektoren og kommunen.

Det er vurderingen, at patienterne på en række områder vil få en fordel af at være tilknyttet det regionale tilbud. Alle patienter vil blive lægeligt vurderet. Der er kortere vej til billeddiagnostik, og den radiologiske ekspertise er mere specialiseret. Det tværfaglige tilbud er bredere, og afdelingen rummer hele regionens rygkirurgiske tilbud til patientgruppen, hvorfor en rygkirurg kan involveres ved behov som en del af forløbet. Der er tilbud om sygeplejerskeopfølgning primært med sigte på vejledning i egenomsorg og smertebehandling. Der er personale med kompetencer inden for manuel behandling, herunder kiropraktor. Ved behov kan der etableres kontakt til ergoterapeut, ligesom udvalgte patienter kan have gavn af og tilbydes behandling i varmtvandsbassin. De relativt få patienter, der viser sig at fejle noget helt andet end ukomplicerede rygsmerter (kræft, rygsøjlegigt), vil lettere kunne komme videre i relevant forløb med tilknytning af en patientansvarlig læge, der kan sikre, at det videre forløb koordineres indtil det eventuelt overtages af anden instans. Ved behov for genoptræning vil Københavns Kommune fortsat varetage træningsforløb, som er en kommunal forpligtelse, og denne del vil fortsat være en del af Rygcenteret i Sundhedshus Nørrebro.

De patienter, som fremover vil blive henvist til udredning og/eller behandling på hospitalet, vil være bedre stillet i forhold til deres patientrettigheder, da de vil være omfattet af udrednings- og behandlingsretten. Den reumatologiske afdeling på Frederiksberg overholder aktuelt udredningsretten for 94 % af patienterne – og alle patienter med subakut behandlings- og eller udredningsbehov vurderes senest næstkommende hverdag.

Rygcenteret er et tilbud som Københavns Kommune har drevet siden år 2000 efter en samling af en række mindre kommunale tilbud. De borgere og patienter, som har været henvist til Rygcenteret, har haft deres sundhedsfaglige og sociale tilbud samlet ét sted. Der er en del af disse patienter med lænderyglidelser, som har mange smerter, hvilket udfordrer deres livskvalitet og tilknytning til arbejdsmarkedet. Den tætte opkobling til social- og beskæftigelsesområdet i kommunen med bl.a. socialrådgivere ved Rygcenteret har været et godt tilbud til disse patienter. Når regionen fremover skal varetage udrednings- og behandlingsforløbene for disse patienter, vil der derfor også være behov for en særlig opmærksomhed på samarbejdet med Københavns Kommune om disse patienter.

#### **Hvad det kræver for regionen at løfte denne opgave**

For at kunne vurdere et eventuelt behov for ressourcetilførsel, vil det være nødvendigt at følge området og afvente, hvor mange ekstra patienter reumatologisk afdeling på Frederiksberg vil få henvist i 2. halvår af 2020, når den delvise lukning af Rygcenteret i Københavns Kommune gennemføres.

#### **KONSEKVENSER**

Administrationen vil følge området og se udviklingen af antallet af patienter på reumatologisk afdeling på Frederiksberg i 2. halvår af 2020, når den delvise lukning af Rygcenteret i Københavns Kommune gennemføres.

#### **KOMMUNIKATION**

Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats.

#### **POLITISK BESLUTNINGSPROCES**

Sagen forelægges sundhedsudvalget den 15. januar 2020.

#### **DIREKTØRPÅTEGNING OG KONTAKTPERSON**

Anne Skriver/Charlotte Hosbond

#### **JOURNALNUMMER**

19042973

## **7. ORIENTERING: STATUS FOR ARBEJDET I CENTER FOR KOMPLEKSE SYMPTOMER**

---

### **INDSTILLING**

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- **at** tage status for arbejdet i Center for Komplekse Symptomer til efterretning.

### **POLITISK BEHANDLING**

#### **BAGGRUND**

Sundhedsudvalget har ønsket at følge arbejdet med at etablere Center for Komplekse Symptomer. Sundhedsudvalget fik i april 2018 en orientering på et tidspunkt, da centret var i den tidlige fase, og endnu ikke var begyndt at tage nye patienter ind. Nu er centret godt i gang – og næsten oppe på fuld bemanning.

#### **SAGSFREMSTILLING**

Et stort antal mennesker lider af kroniske sygdomme, der er svære at behandle, eller hvor der ikke kendes effektiv behandling. Det anslås af Sundhedsstyrelsen, at 10-15 % af befolkningen har funktionelle lidelser. En del af disse kan have behov for at blive set i hospitalsregi af en afdeling med et bredere syn på patienten end det, der normalt kendetegner de organ-specifikke afdelinger.

Derfor blev der i forbindelse med Region Hovedstadens budgetforhandlinger for 2018 besluttet at oprette et regionalt Center for Komplekse Symptomer. Der blev afsat 2 mio. kr. i 2018 og 4 mio. kr. om året fra 2019 i nye varige midler. Endvidere blev det i forbindelse med oprettelsen af Center for Komplekse Symptomer besluttet, at Liaison-klinikken skulle indgå i centret. Centret har et samlet budget på ca. 9 mio. kr.

#### **Center for Komplekse Symptomer**

Center for Komplekse Symptomer hører under Socialmedicinsk Center under Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Centret deltager i en tværregional koordinationsgruppe med tilsvarende centre/klinikker i de øvrige regioner. Det var forventningen fra start, at centret kunne se ca. 350 nyhenviste patienter årligt. Centret startede medio 2018 med at overtage patienter fra Liaison-klinikken samt tage nye patienter ind i det omfang, det var muligt at rekruttere klinikere.

Centret har været udfordret på en række områder i forhold til at rekruttere tilstrækkeligt personale og ledelse. I primo 2020 forventes centret at have ansat det nødvendige antal medarbejdere.

Erfaringerne er endnu for få til at komme med en konkret vurdering af nytten af behandlingen. De daglige tilbagemeldinger fra patienter er ifølge centret dog generelt gode.

#### **Patientgruppen**

Centret modtager patienter, der er alvorligt funktionsbegrænsede af fysiske symptomer, og hvor en medicinsk årsagsforklaring ikke kendes. Derudover modtages patienter med sygdomsangst. De patienter, der henvises til Center for Komplekse Symptomer, kan også opfylde kriterierne for en række forskellige syndromdiagnoser som f.eks. irriterbar tyktarm, piskesmæld, fibromyalgi, ME/myalgisk encefalomyelitis eller kronisk træthedssyndrom.

Langt de fleste patienter er medicinsk veludredt, inden de kommer til centret, så det er sjældent, at der er behov for yderligere biomedicinsk udredning i centrets regi. Hvis der alligevel er behov for specialiseret udredning og behandling, er der samarbejdsaftaler med relevante lægelige specialer. Det kan konstateres, at mange af patienterne har betydelige udfordringer udover deres sygdom. Det gælder ikke mindst afklaringer i fht forsørgelsesgrundlag, aktiveringsaktiviteter i kommunerne m.m.

#### **Tilgang til behandlingen i Center for Komplekse Symptomer**

Grundlæggende tager udredning og behandling udgangspunkt i en bio-psyko-social tilgang. Det

biologiske skal være udredt og behandlet, så langt den nuværende viden rækker. I forhold til det psykologiske lægges vægt på en anerkendende og lyttende tilgang. Desuden får hver patient tilknyttet en forløbskoordinator (socialrådgiver) i hele forløbet, der bl.a. skal være koordinerende i forhold til kommune og arbejdsplads.

Et typisk patientforløb omfatter undersøgelser med lægefaglig gennemgang og sammenfatning af sygdomsforløb samt inddragelse af socialrådgiver, blandt andet med gennemgang af sociale forhold, forsørgelsesgrundlag.

Et behandlingsforløb varierer mellem 3–12 uger. Væsentligste behandlingsmodaliteter er gruppeforløb ved fysioterapeut og psykologer. Psykologisk tages der udgangspunkt i kognitiv adfærdsterapi. Er det relevant, kan yderligere suppleres med farmakologisk behandling.

### **Aktivitet og ventetider**

Aktiviteten for 2018 (start 1/7) og 2019 (1/1 - 18/11) ses i skemaet nedenfor. Det forventede antal patienter er 350 patienter om året.

Antal patienter i nystartede forløb – opdelt på helbredsangst og funktionelle lidelser:

	2018: 1/7 – 31/12	2019: 1/1 – 18/11
<b>Helbredsangst</b>	34	66
<b>Funktionelle lidelser</b>	154	300

Der er således igangsat forløb for flere patienter, end det fra starten var forventet.

Der er lange ventetider for nyhenviste, hvilket primært skyldes udfordringer med at rekruttere personale. Således er første ledige tid for patienterne først i 2021, og ventetiden for at komme i behandling i centret er over 1 ½ år. Dette er selvfølgelig ikke acceptabelt. I de øvrige regioner ses samme lange ventetider.

Centret forventer at få henvisninger af 400-450 patienter om året, hvilket er 50-100 patienter over det forudsatte. Det er derfor vigtigt, at der gøres en indsats for at reducere ventetiden. I første omgang har centret fokus på at kunne varetage det antal patienter, som har været forudsat, når der er fuld bemanning.

Sideløbende arbejdes der på at nedbringe ventetiden. Der er bl.a. igangsat et arbejde med at etablere kortere og mere effektive patientforløb, som stadig lever op til faglig standard. I regi af Sundhedsstyrelsen arbejdes der på at præcisere regionernes tilbud med en trappemodell, hvor indsatserne tydeliggøres, herunder også gradueringen i hvilke patienter med funktionelle lidelser, der bør ses hvor. Trappemodellen går ud på, at tilbuddet på hovedfunktionsniveau præciseres - dvs. den basale behandling, som også involverer bl.a. almen praksis. I den sammenhæng er indsatsen for at kompetenceudvikle alment praktiserende læger også vigtig, så flere patienter vil kunne ses hos egen læge. I trappemodellen indgår også en præcisering og udbygning af det specialiserede niveau, idet der ud over en regionsfunktion (centerfunktion) i hver region også peges på behovet for at etablere højt specialiseret funktion i landet.

### **Formidling, undervisning og forskning**

Centret formidler viden til kommuner, andre hospitalsafdelinger og almen praksis. Der holdes jævnligt møder med patientorganisationer. Der forestår en meget stor opgave med at undervise alment praktiserende læger, så en så stor del af patienter som muligt med funktionelle lidelser kan behandles i almen praksis. Blandt andet af hensyn til forskningen har centret taget initiativ til at etablere en landsdækkende klinisk database, der løbende skal dokumentere aktiviteter og eventuel outcome.

### **KONSEKVENSER**

Center for Komplekse Symptomer arbejder videre med at forankre behandlingstilbuddet til patientgruppen og nedbringe ventetiden i det omfang, det er muligt inden for de givne rammer.

### **POLITISK BESLUTNINGSPROCES**

Sagen forelægges sundhedsudvalget den 15. januar 2020.

**DIREKTØRPÅTEGNING OG KONTAKTPERSON**

Anne Skriver/Nikolaj Mors

**JOURNALNUMMER**

19085296

## 8. ORIENTERING: STATUS PÅ AFVIKLING AF VENTELISTER TIL HØREAPPARATBEHANDLING

### INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- At tage status på afvikling af ventelister til høreapparatbehandling til efterretning.

### POLITISK BEHANDLING

#### BAGGRUND

Rigshospitalet og Nordsjællands Hospital fik med Økonomirapport 3 i 2018 tildelt midler til afvikling af ventelister og har desuden fået finanslovsmidler i 2019. Forretningsudvalget har bedt sundhedsudvalget om at følge op på udviklingen i antallet af patienter på ventelisten, ventetiden og udviklingen i antal udleverede høreapparater.

#### SAGSFREMSTILLING

Regionen har haft lange ventetider på høreapparatbehandling på hospitalerne, hvor patienterne tilbage i juni 2018 ventede mellem 40 og 60 uger.

I forbindelse med økonomirapport 3 i 2018 blev der udmøntet 7,1 mio. kr. til pukkelafvikling af ventelister til høreapparatbehandling på henholdsvis Rigshospitalet og Nordsjællands Hospital. Nordsjællands Hospital fik bevilliget 2,5 mio. kr., mens Rigshospitalet fik 4,6 mio. kr.

I forbindelse med udmøntning af finansloven for 2019 blev Rigshospitalet tildelt 6,7 mio. kr., og Nordsjællands Hospital blev tildelt 1,07 mio. kr., hvoraf 0,6 mio. kr. blev udmøntet til en høreboks.

#### Udvikling i ventetider 2019

Som det fremgår af tabel 1, er ventetiden til høreapparatbehandling på de audiologiske afdelinger faldet væsentligt. På Nordsjællands Hospital er ventetiden faldet fra 48 uger til 28 uger, og på Rigshospitalet er ventetiden faldet fra 47 uger til 17 uger.

Tabel 1: Udviklingen i ventetiden til høreapparatbehandling på audiologisk afdeling i 2019

Ventetid (antal uger)	1. marts	1. april	1. maj	1. juni	1. Juli	1. Aug	1. Sep	1. Okt	1. nov	1. dec.
Nordsjællands Hospital	48	44	40	42	40	40	38	28	28	28
Rigshospitalet	47	46	40	35	25	23	20	19	17	17

Begge hospitaler har i perioden oplevet en betydelig patienttilgang, hvilket har betydning for nedbringelse af ventetiden.

#### Udvikling i antal udleverede høreapparater

Som det fremgår af tabel 2, er antallet af udleverede høreapparater steget væsentligt fra 2018 til 2019.

Tabel 2: Udviklingen i antallet af udleverede høreapparater 2016-2019

	2016	2017	2018	2019
Nordsjællands Hospital	4.307	3.586	3.261	4.818
Rigshospitalet	9.700	9.885	7.770	10.228

#### Forventninger til afvikling af ventetid i 2020

Pr. 26 januar 2020 sker der flytning af 4 kommuner fra Rigshospitalets optageområde til Nordsjællands Hospitals optageområde som led i implementering af Hospitalsplan 2020, hvor Nordsjællands Hospital skal varetage behandlingen af Øre-næse-halssygdomme inkl. audiologi for planlægningsområderne Midt og Nord. Begge hospitaler forventer i den forbindelse, at der vil være en nedgang i produktionen i 1. halvår 2020, som vil påvirke ventetiden. Hospitalerne estimerer dog, at det samlet set vil være muligt at nå det samme antal høreapparatbehandlinger i 2020 som i 2019.

Rigshospitalet er i forbindelse med budget 2020 blevet tildelt 7. mio. kr., som medfører, at de vil kunne udføre 1.600 høreapparatforløb ekstra, idet den audiologiske afdeling har de nødvendige fysiske rammer til pukkelaflvikling og kan benytte personale, som alternativt forventes at ville søge væk fra hospitalet, idet der i københavnsområdet er andre jobmuligheder hos eksempelvis praktiserende ørelæger eller private høreklinikker.

#### **KONSEKVENSER**

Administrationen vil fremadrettet følge udviklingen i antal udleverede høreapparater, antallet af patienter på venteliste og ventetiden.

#### **RISIKOVURDERING**

En faldende ventetid kan øge patienttilgangen til de audiologiske afdelinger og dermed ventetiden, selvom der udføres flere høreapparatbehandlinger på hospitalerne.

#### **POLITISK BESLUTNINGSPROCES**

Sagen forelægges sundhedsudvalget den 15. januar 2020. Sundhedsudvalget vil blive forlagt en ny status på ventetider til høreapparatbehandling ultimo 2020.

#### **DIREKTØRPÅTEGNING OG KONTAKTPERSON**

Anne Skriver/Bettina Skovgaaard

#### **JOURNALNUMMER**

19007578

## **9. ORIENTERING: "VEJE TIL BEDRE DIAGNOSE" - RAPPORT AF PATIENTERSTATNINGEN OG DANSK SELSKAB FOR PATIENTSIKKERHED**

---

### **INDSTILLING**

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- At tage til efterretning, at administrationen følger op på Patienterstatningen og Dansk Selskab for Patientsikkerheds rapport "Veje til bedre diagnose" med henblik på eventuelle tiltag.

### **POLITISK BEHANDLING**

#### **BAGGRUND**

Patienterstatningen og Dansk Selskab for Patientsikkerhed offentliggjorde den 6. december 2019 rapporten "Veje til bedre diagnoser". Rapporten forelægges sundhedsudvalget, da udvalget har patientsikkerhed som ansvarsområde.

#### **SAGSFREMSTILLING**

Den nationale rapport "Veje til bedre diagnoser" blev den 6. december 2019 udsendt af Patienterstatningen og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Rapporten beskriver mønstre og mulige årsager til, at patienter ikke altid får den rette diagnose.

Region Hovedstaden har de seneste år haft stort fokus på den diagnostiske proces i arbejdet med patientsikkerhed. Dette er bl.a. sket i forbindelse med sikker diagnosticering af meningitis, hvor man har haft fokus på mere grundlæggende faktorer i arbejdet med at udrede akutte patienter – hvordan man lytter til pårørende, hvordan man samarbejder og kommunikerer, hvordan klinikken forholder sig til fejl, og hvilken kultur der er for at italesætte disse. Senest er der også udarbejdet en måling af patientsikkerhedskulturen i regionen.

I tråd med Patienterstatningen og Dansk Selskab for Patientsikkerheds rapport arbejder regionen allerede på at systematisere klage- og erstatningssagerne, så de proaktivt kan benyttes i arbejdet med patientsikkerheden.

#### **Rapporten "Veje til bedre diagnoser"**

I rapporten har Patienterstatningen og Dansk Selskab for Patientsikkerhed set nærmere på 213 sager i forhold til, hvornår fejl opstår i processen med at stille den rette diagnose. Sagerne er udvalgt bredt fra alle sektorer i sundhedsvæsenet og fra alle geografiske områder. Baggrunden er 7.600 sager, hvor Patienterstatningen i perioden fra 2009 – 2018 tilkendte patienter 2/4 milliarder kr. i erstatning i forbindelse med at stille den rette diagnose (mellem 147,2 mio. – 278,9 mio. kr. om året).

Hovedparten af de 7600 sager falder inden for følgende fem store sygdomsområder:

- Læsioner (især brud og forstuvninger)
- Kræftsygdomme
- Muskel- og ledsygdomme (især diskusprolaps)
- Hjertekarsygdomme (især blodprop i hjertet og blodprop i hjernen/hjerneblødning)
- Mavetarmsygdomme (især tarmslyng og blindtarmsbetændelse)

Når man stiller en diagnose, består det af flere faser, som samlet kan beskrive den diagnostiske proces. Rapporten viser, at den mest kritiske fase er den indledende vurdering, som sker, når patienten har sit første møde med en læge/sundhedsvæsenet. Det kan f.eks. være i almen praksis eller akutafdeling. De to næstmest kritiske faser er henholdsvis fortolkning af resultater fra undersøgelser samt viderehenvielse og sparring mellem sundhedsfagligt personale om diagnosen.

Rapporten anbefaler blandt andet følgende:



- Den diagnostiske proces skal være et teamsamarbejde. En læge skal ikke være alene om denne, men skal understøttes i at inddrage informationer fra andre faggrupper og patienten og pårørende
- Uddannelse og træning i den diagnostiske proces, fx ved simulationsbaseret træning
- IT-understøttelse, fx ved tjeklister, der er indarbejdet i systemet eller kunstig intelligens, som kan hjælpe med at fortolke røntgen- og scanningsbilleder
- Læring af diagnosticeringsfejl, fx gennem utilsigtede hændelser rapporteret i Dansk Patientsikkerhedsdatabase
- Kultur, der understøtter den diagnostiske proces, så som at skabe psykologisk tryghed hvor der er plads til tvivl og sparring

Administrationen vil i 2020 se på rapportens forslag til tiltag i forhold til den indledende diagnostiske vurdering, da den beskrives som den mest kritiske.

Rapporten kan læses på Dansk Selskab for Patientsikkerheds hjemmeside:

<https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2019/12/vejtilbedrediagnoserdec2019.pdf>

### **KONSEKVENSER**

Administrationen vil følge op på rapporten og inddrage udvalgets input i dette.

Sundhedsudvalget vil på mødet den 24. februar få forelagt status for anvendelsen af de diagnostiske enheder.

### **POLITISK BESLUTNINGSPROCES**

Sagen forelægges sundhedsudvalget den 15. januar 2020.

### **DIREKTØRPÅTEGNING OG KONTAKTPERSON**

Anne Skriver / Anna Murphy

### **JOURNALNUMMER**

## **10. BESLUTNING: FÆLLESMØDE OM SUNDHEDSHUSE I PLANOMRÅDE NORD**

---

### **INDSTILLING**

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

1. **At** godkende, at holde et fællesmøde med udvalget for forebyggelse og sammenhæng om rammerne for etablering af fælles sundhedshuse i planområde Nord mandag den 24. februar 2020 kl. 17.15 - 18.15 og i forlængelse af dette,
2. **At** godkende, at det planlagte møde i sundhedsudvalget den 24. februar 2020 afholdes kl. 17.15 - 20.15 i stedet for kl. 18.00 - 21.00.

### **POLITISK BEHANDLING**

#### **BAGGRUND**

Som en del af planen omkring byggeri af Nyt Hospital Nordsjælland besluttede regionsrådet i forbindelse med hospitalsplan 2020, at der skal etableres sundhedshuse i Helsingør og Frederikssund.

Nyt Hospital Nordsjælland er ved at udarbejde en aktivitetsanalyse, der afdækker hvilke ambulante aktiviteter, der potentielt vil kunne flyttes fra hospitalet til de fælles sundhedshuse i Helsingør og Frederikssund.

Sundhedsudvalget har en politikudviklende rolle i forhold til planlægningen af kapaciteten på regionens hospitaler, og udvalget for forebyggelse og sammenhæng har en politikudviklende rolle i forhold til at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen i borgerens nærmiljø. Dertil kommer, at udvalget for forebyggelse og sammenhæng har ansvar for politikopfølgning på arbejdet med sundhedshusene i regionen. Begge udvalg har således en politikudviklende rolle på området.

#### **SAGSFREMSTILLING**

Med udgangspunkt i aktivitetsanalysen vil sundhedsudvalget og udvalget for forebyggelse og sammenhæng på fællesmødet drøfte rammerne for etablering af sundhedshuse i planområde Nord. Resultatet af analysen vil blive præsenteret på mødet.

Udvalget for forebyggelse og sammenhæng har planlagt at holde møde den 24. februar 2020 kl. 15.30 - 17.30, og sundhedsudvalget har planlagt at holde møde den 24. februar kl. 18.00 - 21.00. Administrationen foreslår at holde fællesmødet fra kl. 17.15 til kl. 18.15.

#### **KONSEKVENSER**

Sundhedsudvalget og udvalget for forebyggelse og sammenhæng tager en fælles drøftelse af rammerne for etablering af fælles sundhedshuse i planområde Nord. På baggrund af input fra den fælles drøftelse udarbejder administrationen en beslutningssag om regionens arealbehov i sundhedshuset i Helsingør og regionale funktioner i de fælles sundhedshuse i planområde Nord, som forelægges parallelt i de to udvalg den 18. marts 2020. Derefter forelægges sagen for forretningsudvalget og regionsrådet.

Der afsættes en time til fællesmødet og udvalgets mødetidspunkt flyttes til kl. 17.15 - 20.15.

#### **POLITISK BESLUTNINGSPROCES**

Sagen forelægges parallelt i sundhedsudvalget og udvalget for forebyggelse og sammenhæng den 15. januar 2020.

#### **DIREKTØRPÅTEGNING OG KONTAKTPERSON**

Anne Skriver Andersen / Jesper Lihn

#### **JOURNALNUMMER**

19088115



## 11. EVENTUELT

---

### EVENTUELT

Tomt indhold

## SUNDHEDSSUDVALGET

### MØDETIDSPUNKT

15-01-2020 18:30

### MØDESTED

Mødelokale på regionsgården, H2

### MEDLEMMER

Niels Høiby	Medlem
Christine Dal	Medlem
Christoffer Buster Reinhardt	Formand
Leila Lindén	Næstformand
Annie Hagel	Medlem
Randi Mondorf	Medlem
Finn Rudaizky	Medlem
Jesper Clausson	Medlem
Karin Friis Bach	Medlem
Karoline Vind	Medlem
Lars Gaardhøj	Medlem
Line Ervolder	Medlem

# INDHOLDSLISTE

1. Meddelelser - status på hospitalernes overbelægning i vinterperioden

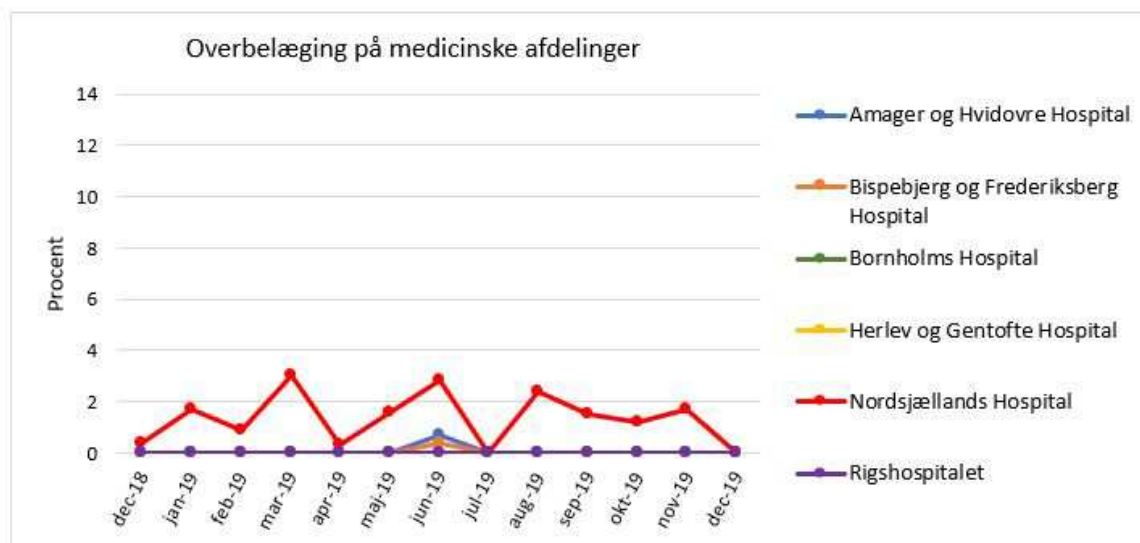
# 1. MEDDELELSER - STATUS PÅ HOSPITALERNES OVERBELÆGNING I VINTERPERIODEN

## MEDDELELSER

Sundhedsudvalget vil ligesom sidste år følge udviklingen i overbelægningen i vinterperioden, da der traditionelt kan opstå situationer med overbelægning i denne periode på regionens hospitaler.

Overbelægningen opgøres som andel af patienter, der oplever overbelægning for hele den medicinske blok for hvert hospital opgjort pr. måned. Den medicinske blok omfatter afdelinger såsom gastroenheder, lungemedicinske afdelinger og infektionsmedicinske afdelinger. For nogle hospitaler indgår akutmodtagelserne som en del af medicinsk blok, men det gælder ikke for alle hospitaler, da det afhænger af, hvordan akutmodtagelserne er blevet klassificeret. Når der ses på opgørelserne for overbelægningsindikatoren skal det bemærkes, at den ikke kan sige noget om overbelægningen på de enkelte afdelinger. Det skyldes, at når overbelægningen udregnes samlet for de afdelinger, der er indgået i medicinsk blok, kan overbelægningen på en afdeling udlignes af underbelægning på en anden afdeling.

Opgørelsen for overbelægningen viser, at den samlede overbelægning for hele regionen er 0 % i december. Det er et fald siden november måned, hvor overbelægningen var 0,3 %. Grafen nedenfor viser udviklingen i overbelægningen for de enkelte hospitaler. Det kan ses heraf, at der er ingen af regionens hospitaler, som har haft overbelægning i december måned. Det bemærkes, at Nordsjællands Hospital pr. 1. december har omlagt sengenormeringen, hvilket indgår i opgørelsen for december.



## JOURNALNUMMER

18050926

**Region Hovedstaden**  
Center for Sundhed

**REGION**

# Analyse af kapaciteten på Nyt Hospital Nordsjælland



## Indhold

<b>1. Indledning</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Resumé</b> .....	<b>4</b>
<b>3. Formål og metode</b> .....	<b>7</b>
3.1. Vurdering af det fremtidige kapacitetsbehov .....	7
3.2. Vurdering af behov for yderligere tiltag .....	8
3.3. Dialogmøde med kommuner og almen praksis .....	8
<b>4. Et nyt hospital i Nordsjælland</b> .....	<b>10</b>
4.1 Dispositionsforslag for Nyt Hospital Nordsjælland .....	10
4.1.1 Dimensionering af Nyt Hospital Nordsjælland .....	11
4.2 Visionerne for Nyt Hospital Nordsjælland .....	13
4.2.1 Udvidelsesstrategi.....	14
<b>5. Vurdering af det fremtidige kapacitetsbehov</b> .....	<b>15</b>
5.1 Forventet demografisk udvikling i planområde Nord .....	15
5.2 Forventet udvikling i sengeaktivitet .....	17
5.2.1 Forventet udvikling i indlæggelsestid.....	18
5.3 Forventet udvikling i ambulansaktivitet .....	19
5.4. Samlet vurdering af kapaciteten .....	21
5.4.1 Faktisk udvikling i sengeaktivitet.....	22
5.4.2 Ændret belægning af senge.....	23
5.4.3 Behov for reduktion af sengeaktiviteten.....	25
5.4.4 Vurdering af ambulatoriekapacitet .....	28
5.5. Bevægelse mod mere borgernær behandling.....	30
5.6 Igangsatte initiativer på Nordsjællands Hospital .....	31
5.6.1. Livskraft .....	31
5.6.2. Nærhedsfinansiering.....	34
5.7. Opsummering .....	35
<b>6. Vurdering af behov for yderligere tiltag</b> .....	<b>36</b>
6.1. Ændret patientgrundlag ved at ændre optageområde .....	36
6.2. Opretholdelse af sengepladser på hospitalsmatriklen Frederikssund .....	38
6.3. Flytning af funktioner til andre hospitaler .....	39
6.4. Fokus på borgernær behandling .....	41
6.4.1. Analyse af aktivitet, der kan varetages i de fælles sundhedshuse .....	43
<b>7. Konklusion</b> .....	<b>44</b>

## **1. Indledning**

Der bygges et nyt hospital i Nordsjælland, som skal være akuthospital for planområde Nord. Når hospitalet er færdigbygget og klar til at blive taget i brug i 2024, sammenlægges de eksisterende hospitalsmatrikler i Hillerød og Frederikssund på det nye hospital.

Regionsrådet besluttede i juni 2019 at igangsætte en analyse af, om der er tilstrækkelig fysisk kapacitet på Nyt Hospital Nordsjælland. Resultatet af analysen præsenteres i denne rapport.

Baggrunden for at igangsætte en analyse er blandt andet, at dispositionsforslaget for det nye hospital blev tilpasset i juni 2016. Det indebar en reduktion på 92 senge og 25 ambulatorierum, hvilket indebærer, at der vil være den samme fysiske sengekapaцитet til rådighed på det nye hospital som på det eksisterende hospital. Dog har det eksisterende hospital et større antal buffersenge, som ikke vil være tilgængelige på det nye hospital.

Derudover har de regionale opgørelser af overbelægning givet det indtryk, at Nordsjællands Hospital har været udfordret af overbelægning, og der har været bragt flere historier i medierne herom.

Med Hospitalsplan 2025 blev det besluttet at følge den fysiske kapacitet på det nye hospital og udnyttelsen af den samlede kapacitet i regionen. Regionens fremskrivninger peger på, at der generelt set må forventes tilstrækkelig kapacitet på hospitalerne i regionen til at rumme den forventede aktivitetsudvikling, men at der særligt forventes et kapacitetspres på Nyt Hospital Nordsjælland. Det skyldes især den demografiske udvikling med en aldrende befolkning i planområde Nord, som indebærer, at der bliver flere ældre borgere med for eksempel kroniske og livstruende sygdomme, der typisk har et større behov for at blive behandlet på hospitalet.

Analysen forelægges sundhedsudvalget i januar og regionsrådet i februar 2020.

## **2. Resumé**

I 2024 forventes Nyt Hospital Nordsjælland at blive taget i brug. Hospitalet skal være akuthospital i planområde Nord og vil rumme en fuldt udbygget akutmodtagelse og 20 lægefaglige specialer til behandling af både akutte og planlagte patienter.

I juni 2016 blev et tilpasset dispositionsforslag for byggeriet godkendt, der indebar en reduktion på 92 senge og 25 ambulatorierum. Dermed vil der være den samme normerede sengekapa­citet til rådighed på det nye hospital som på det eksisterende hospital. Den samlede fysiske sengekapa­citet på det nye hospital vil dog være mindre, fordi hospitalet i dag råder over et antal buffersenge, som ikke vil være til rådighed på det nye hospital

Regionens fremskrivninger peger på, at der særligt i planområde Nord forventes en udvikling med en aldrende befolkning. Udviklingen med flere ældre borgere kan skabe et kapacitetspres på det nye hospital, da især borgere i alderen 80+ typisk har flere sygdomme, ofte bliver akut indlagt og har komplekse forløb på tværs af sektorer. Hertil kommer at de regionale opgørelser af overbelægning har givet det indtryk, at Nordsjællands Hospital har været udfordret af overbelægning, særligt i vintermåneder.

På baggrund af dette blev det med Hospitalsplan 2025 besluttet at se nærmere på det fremtidige kapacitetsbehov på Nyt Hospital Nordsjælland.

Analysen belyser følgende to hovedemner:

1. Vurdering af det fremtidige kapacitetsbehov på Nyt Hospital Nordsjælland med det nuværende optageområde og funktioner.
2. Vurdering af yderligere tiltag end dem, der allerede er igangsat, for at rumme den forventede aktivitetsudvikling på Nyt Hospital Nordsjælland.

I vurderingen af det fremtidige kapacitetsbehov på det nye hospital er taget udgangspunkt i regionens fremskrivning fra 2018. For at give en opdateret vurdering af udviklingen på Nordsjællands Hospital er det kortlagt i analysen, om den faktiske udvikling siden 2015 svarer til forventning i fremskrivningen om en stigende sengeaktivitet. Sammenligningen viser, at Nordsjællands Hospital har holdt et stabilt antal sengedage på trods af et øget antal patienter. På ambulatoriesiden viser udviklingen i antal ambulante besøg i 2018 og 2019 et mindre fald, som dækker over en stigning på ca. 4 % på medicinske afdelinger og et fald på ca. 3 % på øvrige afdelinger.

På ambulatorieområdet tyder analysen på, at der er tilstrækkelig kapacitet på Nyt Hospital Nordsjælland. Ved behov for at udvide ambulatoriekapaciteten er der mulighed for at

ændre i åbnings- og konsultationstid samt rumudnyttelse, der kan udvide kapaciteten betragteligt.

Som beskrevet ovenfor råder hospitalet i dag over et større antal senge, som ikke vil være tilgængelige på det nye hospital, og den samlede sengekapacitet vil derfor være mindre i det nye hospital. Til analysen af kapaciteten på Nyt Hospital Nordsjælland er udarbejdet en såkaldt sengetrappeanalyse, der beskriver, hvilken årlig omstilling af sengeaktiviteten og dermed antal senge, der er nødvendig i de kommende år, for at sikre tilstrækkelig fysisk kapacitet på Nyt Hospital Nordsjælland. Sengetrappeanalysen viser, at det kræver en markant omstilling af aktiviteten svarende til en reduktion på 46 senge fra 616 senge i 2019 til 570 senge i 2024. Hvis fremskrivningen om flere ældre i planområdet i de kommende år holder stik, forventes et yderligere pres på aktiviteten, hvormed behovet for reduktion bliver endnu større i de kommende år. Hospitalet er allerede i færd med at håndtere den udvikling i projektet Livskraft, som vil understøtte en omstilling af aktiviteten, der stemmer overens med kapaciteten i det nye byggeri.

En reduktion af sengeaktiviteten stiller krav til især mere effektive patientforløb, hvor unødige indlæggelser undgås, og patienter ikke indlægges længere end fagligt nødvendigt, samt til samarbejdet mellem kommuner, praksissektoren og hospitalet. En udvikling med en gradvis reduktion af sengeaktiviteten forudsætter, at omstillingen ikke medføre overbelægning, og at den giver fagligt mening, hvor der fortsat sikres høj kvalitet i behandlingen og med udgangspunkt i patientens situation. Muligheden for at omstille sengeaktiviteten i de kommende år vil især afhænge af indsatserne i Nordsjællands Hospitals organisationsudviklingsprojekt, Livskraft. Livskraft indeholder en række projekter inden for hospitalet og i forhold til patienter uden for hospitalet, herunder omkring ibrugtagning af ny teknologi og omlægning til bedre og mere effektive patientforløb inden for hospitalets drift.

Det er ikke muligt for nuværende at estimere de enkelte projekters konkrete effekt på kapaciteten, hvorfor det ikke er muligt at vurdere, om indsatserne kan matche behovet for reduktion af sengeaktiviteten. Det er dog vurderingen, at indsatserne er relevante.

Med analysen finder administrationen, at der er behov for en markant reduktion af sengeaktiviteten, hvis fremtidens patientbehandling i planområde Nord skal kunne rummes på Nyt Hospital Nordsjælland. Det vil være vigtigt i arbejdet med at reducere sengeaktiviteten, at fortsat høj kvalitet og gode patientforløb opretholdes. Administration finder ikke på nuværende tidspunkt, at der er behov for at igangsætte yderligere indsats end dem, som er planlagt på Nordsjællands Hospital med projekt Livskraft. Administrationen lægger dog op til, at aktivitetsudviklingen følges tæt frem til ibrugtagningen af Nyt Hospital Nordsjælland.

Behovet for en omstilling af sengeaktiviteten på Nordsjællands Hospital skal ses i sammenhæng med, at der samlet set i Region Hovedstaden er tilstrækkelig kapacitet til at rumme den forventede aktivitetsudvikling. Der er således forskellige greb, der vil

reducere behovet for at omstille aktiviteten. En sådan ændring kan implementeres frem til ibrugtagningen af det nye hospital, hvis hele reduktionen i sengeaktivitet ikke opnås.

Hvis det viser sig, at reduktion af sengeaktiviteten ikke realiseres planmæssigt eller ikke kan ske med fortsat høj kvalitet og gode patientforløb, er der i analysen peget på flere mulige tiltag, der er gennemgået i rapporten. Det drejer sig blandt andet om følgende mulige tiltag, som også indgik i kommissoriet for analysen:

- Ændret patientgrundlag ved at ændre optageområdet for hospitalet
- Fornyet undersøgelse af muligheden for at opretholde sengepladser på hospitalsmatriklen i Frederikssund
- Flytning af funktioner til andre hospitaler
- Mere borgernær hospitalsbehandling, herunder i sundhedshuse

På dette grundlag finder administrationen, at der samlet set i regionen er muligheder for at omlægge sengeaktiviteten. Det er væsentligt at være opmærksom på, at nogle tiltag vil have afledte konsekvenser, der er belyst i rapporten.

I analysen peges der herudover på følgende muligheder for at imødekomme et for stort pres på sengekapaciteten på Nyt Hospital Nordsjælland:

- At planlægge med en 90 % belægning af sengene i det nye hospital i stedet for 85 %, hvis ikke hele reduktionen i sengeaktiviteten opnås planmæssigt, inden Nyt Hospital Nordsjælland tages i brug. Det vil betyde, at sengene vil være mere udnyttede, og at hospitalet vil være mere sårbart i perioder med stort pres på kapaciteten, hvilket kan udfordre målet om at undgå overbelægning. Omvendt kan det vise sig, at 90 % belægning er tilstrækkelig i et nyt hospital med nyere og mere effektive rammer og patientforløb.
- Eftersom analysen peger på tilstrækkelig ambulant aktivitet, kan muligheden for at omlægge ambulatorierum til sengestuer på Nyt Hospital Nordsjælland afdækkes. Alternativt kan det afklares, om der er andre muligheder på det nye hospital for at omlægge til flere sengestuer.

### **3. Formål og metode**

Analysen skal sikre et grundlag for politisk beslutning om eventuelle tiltag, der kan sikre, at den fremtidige aktivitet i hospitalets optageområde kan rummes, når Nyt Hospital Nordsjælland tages i brug i 2024.

Denne analyserapport er opdelt i to hovedemner, som analysen ifølge kommissoriet (bilag 1) skal belyse:

1. Vurdering af det fremtidige kapacitetsbehov på Nyt Hospital Nordsjælland med det nuværende optageområde og funktioner.
2. Vurdering af yderligere tiltag end dem, der allerede er igangsat, for at rumme den forventede aktivitetsudvikling på Nyt Hospital Nordsjælland.

De to hovedemner er beskrevet kronologisk i rapporten. Først gives et indblik i dimensioneringen af Nyt Hospital Nordsjælland. Herefter vurderes det fremtidige kapacitetsbehov på det nye hospital (kapitel 5) efterfulgt af en vurdering af behovet for yderligere tiltag end dem, der allerede er igangsat (kapitel 6). Nedenfor er metoden for analysen beskrevet.

Der henvises til kapitel 2 for et resumé af analysens konklusioner.

#### **3.1. Vurdering af det fremtidige kapacitetsbehov**

Udgangspunktet for at vurdere det fremtidige kapacitetsbehov på Nyt Hospital Nordsjælland er regionens fremskrivning fra 2018. Fremskrivningen er baseret på udviklingen på hospitalerne i 2012-2015, altså en udvikling der ligger flere år tilbage. For at give en opdateret vurdering af udviklingen på Nordsjællands Hospital kortlægges det i analysen, om den faktiske udvikling siden 2015 svarer til forventning i fremskrivningen om en stigende sengeaktivitet.

Som metode til analyse af kapaciteten på Nyt Hospital Nordsjælland er udarbejdet en såkaldt sengetrappanalyse, der beskriver, hvilken årlig omstilling af sengeaktiviteten og dermed antal senge, der er nødvendig i de kommende år, for at sikre tilstrækkelig fysisk kapacitet på Nyt Hospital Nordsjælland. Muligheden for at gennemføre denne omstilling bliver nuanceret med en gennemgang af de væsentligste tiltag, der er igangsat på Nordsjællands Hospital for dermed at kunne give en nuværende status for arbejdet med omstilling af sengeaktiviteten.

På ambulatorieområdet beskrives ambulatoriekapaciteten på Nyt Hospital Nordsjælland i analysen ud fra forskellige forudsætninger om eksempelvis daglig åbningstid og gennemsnitlig konsultationstid. Derved kan det vurderes, om der er tilstrækkelig kapacitet til at rumme den forventede udvikling på ambulatorieområdet.

Det konsoliderede dispositionsforslag for Nyt Hospital Nordsjælland fra 2016 havde ikke konsekvens for antal operationsstuer, og operationsstuer er på den baggrund udeladt af analysen.

### 3.2. Vurdering af behov for yderligere tiltag

Det er i kommissoriet for analysen fastlagt en række mulige løsningsmodeller, der skal vurderes, hvis der er behov for yderligere tiltag end dem, der allerede er igangsat på Nordsjællands Hospital. I vurderingen af mulige løsningsmodeller indgår:

- a) Ændret patientgrundlag for Nyt Hospital Nordsjælland, enten ved ændring i hospitalets planområde eller optageområder for enkelte specialer.
- b) Muligheden for at opretholde sengepladser på Frederikssund Hospital
- c) Flytning af funktioner fra Nyt Hospital Nordsjælland til andre hospitaler i regionen
- d) Fokus på borgernær behandling og pleje, herunder udflytning til sundhedshusene i Helsingør og Frederikssund

### 3.3. Dialogmøde med kommuner og almen praksis

En del af opdraget i kommissoriet for analysen er at vurdere behovet for at inddrage perspektiver om borgernær behandling og pleje i overvejelserne omkring at sikre tilstrækkelig kapacitet for borgere i planområde Nord.

I Nordsjælland er der allerede et godt tværsektorielt samarbejde mellem hospitalet og kommunerne omkring etablering af de to fælles sundhedshuse i Frederikssund og Helsingør.

Administrationen her derudover som en del af processen inviteret repræsentanter fra kommuner og almen praksis i Nordsjælland til en temadrøftelse om fremtidens sundhedstilbud, herunder styrker, udfordringer og udviklingsperspektiver i det tværsektorielle samarbejde. Formålet med temadrøftelsen var at få værdifulde input til kapacitetsanalysen og perspektiver på det videre samarbejde på tværs af sektorer.

På mødet fremkom en række perspektiver og pointer, og nedenfor oplistes hovedbudskaberne fra dialogen:

- Ved udarbejdelse af en kapacitetsanalyse er det nødvendigt at vurdere den samlede kapacitet i optageområdet og ikke kun kapacitet på hospitalet. Der er i alt ca. 275 midlertidige døgnbemandede pladser i de nordsjællandske kommuner, som eksempelvis benyttes inden eller i forlængelse af et hospitalsophold. Pladserne er organiseret forskelligt i kommunerne, og de benævnes forskelligt, herunder akutpladser, kommunale midlertidige døgnpladser og rehabiliteringspladser. På et midlertidigt døgnophold kan borgerne modtage en specialiseret sygeplejefaglig indsats. Målgrupperne er ofte borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, for eksempel demens, alvorligt syge og/eller døende samt borgere med akut opstået sygdom eller akut forværring af kendt sygdom. Forventningen er således, at de midlertidige døgndækkede pladser kan understøtte hurtig hjemtagning fra hospitalet og være medvirkende til at reducere andelen af genindlæggelser. Hvis kommuner og almen praksis er en væsentlig del af udviklingen, bør de også være inddraget i planlægningen.
- I udviklingen mod mere borgernær behandling og pleje er man generelt set også nødt til at skele til, om udflytning af patienter/behandlinger fra hospitaler til kommuner og almen praksis reducerer omkostningerne samlet set.
- Det er væsentligt, at den organisatoriske udvikling af Nordsjællands Hospital, blandt andet i form af Livskraft (gennemgås i afsnit 5.6.1), også har fokus på det tværsektorielle samarbejde.
- Hvis opgaver flyttes fra hospitaler til kommuner og almen praksis, er det vigtigt at sikre de rette kompetencer til varetagelse af patientgrupperne. Der skal derfor være tydelig dialog omkring, hvilke kompetencer de enkelte områder kræver.
- Der kan være behov for opgave- og kompetencefællesskaber på tværs af hospital, kommuner og almen praksis.
- Kommuner og almen praksis har behov for at kunne komme i kontakt med relevant speciallæge for at kunne modtage og behandle borgere.
- I overgangene mellem hospital, kommuner og almen praksis kan der være behov for ikke blot at være god til at give stafetten videre og modtage den, men også at indsatser i nogle tilfælde bliver nødt til at overlape hinanden.



## **4. Et nyt hospital i Nordsjælland**

Nyt Hospital Nordsjælland er et ud af seksten kvalitetsfondsprojekter og regionens eneste barmarksprojekt. Det nye hospital bliver på 118.000 m<sup>2</sup>, der opføres ved Overdrevsvejen i Hillerød Syd (Favrholm). Projektets samlede investeringsramme er på 4,6 mia. kr. og dermed den største investering i nye hospitaler i Region Hovedstaden i disse år. Det nye hospital vil forventelig blive taget i brug i 2024.

Nyt Hospital Nordsjælland skal være akuthospital for planområde Nord, der omfatter kommunerne Allerød, Fredensborg, Frederikssund, Halsnæs, Gribskov, Helsingør, Hillerød samt Hørsholm med ca. 330.000 borgere i 2024. Det nye hospital vil have de samme lægefaglige specialer og funktioner som det nuværende Nordsjællands Hospital.

Hospitalet skal varetage såvel de akutte som de planlagte funktioner for planområde Nord inden for eksempelvis kirurgi, led- og knoglekirurgi, hjerne- og nervesygdomme, det medicinske område, kvinde-barn området samt øre-, næse- og halskirurgi inkl. høresygdomme for planområde Midt og Nord. Derudover skal hospitalet varetage en række specialfunktioner inden for blandt andet led- og knoglekirurgi, kræftsygdomme (medicinsk behandling), øre-, næse- og halskirurgi samt børne- og ungesygdomme. Der vil også være en række udefunktioner placeret på hospitalet, som varetages af andre hospitaler.

Det nye hospital kommer til at være fordelt på fire etager og kælder, samt en decentral serviceby forbundet med hovedbygningen. Afdelingernes forskellige funktioner er placeret lodret over hinanden med korte vandrette nærheder til relevante specialer, så der er skabt mulighed for optimal udnyttelse af standardrum. Hospitalet vil rumme en fuldt udbygget fælles akutmodtagelse med centrale diagnostiske funktioner, operationsgang med peri- og postoperative faciliteter, intensiv behandling og fødegang, samt behandling af både akutte og elektive patienter inden for en række specialer.

Ved ibrugtagelsen af det nye hospital i 2024 sammenlægges de eksisterende hospitalsmatrikler i Hillerød og Frederikssund, og der etableres et nyt sundhedshus med akutklinik i Frederikssund. Sundhedshuset i Helsingør, som rummer en akutklinik og en række ambulatoriefunktioner, vil fortsat høre under hospitalet.

### **4.1 Dispositionsforslag for Nyt Hospital Nordsjælland**

I 2015-2016 blev dispositionsforslaget for det nye byggeri revideret, og i juni 2016 godkendte regionsrådet et konsolideret dispositionsforslag, hvor hospitalets areal blev

reduceret fra 124.000 til 112.500 m<sup>2</sup> (arealet er sidenhen øget til 118.000 m<sup>2</sup>). Det indebar en reduktion på 92 senge og 25 ambulatorierum.

Arealet blev tilpasset på de medicinske ambulante funktioner, mens akutmodtagelse, operationsstuer, intensivsenge, énssengstuer og fødeområdet ikke indgik i arealreduktionen. Desuden blev antallet af operationsstuer og intensivsenge bibeholdt for at sikre en tilstrækkelig kapacitet. Bortset fra de ovenfor nævnte ændringer er strukturen og de bærende arealbenyttelsesprincipper fra konkurrenceprogrammet og byggeprogrammet for det nye hospital uændret.

Det blev vurderet af projektorganisationen Nyt Hospital Nordsjælland, at hospitalet med et reduceret areal kan tilbyde samme behandling og rumme den forventede aktivitet, som var forudsat i det oprindelige projekt. Dog med den bemærkning, at det vil blive en stor omstilling for hospitalet at opretholde kapaciteten, og tilpasningen forudsætter, at der sker en væsentlig optimering af hospitalsdriften. Dette skal ske ved at udnytte en række muligheder:

- Reducerede liggetider og/eller en højere belægningsprocent, blandt andet i forbindelse med etableringen af akutmodtagelsen, som med ny organisering og ændrede arbejds gange er med til at sikre et bedre flow af patienterne.
- Øget udnyttelsesgrad af ambulatorierum ved øget åbningstid og reduceret konsultationstid.
- Fleksibelt samspil mellem det nye hospital og de fælles sundhedshuse i Helsingør og Frederikssund.

I juni 2017 godkendte Regionrådet det endelige projektforslag, hvilket betød at projektets endelige udformning var fastlagt.

#### **4.1.1 Dimensionering af Nyt Hospital Nordsjælland**

Nyt Hospital Nordsjælland vil rumme en fuldt udbygget akutmodtagelse og 20 lægefaglige specialer til behandling af både akutte og planlagte patienter. Hospitalet får 570 enestuer, 24 operationsstuer og 159 rum, som kan anvendes til at håndtere ambulante aktivitet (standard ambulatorierum, samtalerum til ambulante patienter og ambulatorierum på operationsgang samt kemoterapipladser). Samlet set har hospitalet mere end 4.000 rum, hvoraf mere end 90 % er standardiserede.

Sengeafsnittene på de to øverste etager bliver opført som en 'sengeslange', hvor de enkelte senge ikke nødvendigvis tilhører en bestemt afdeling. Derved sikres mere fleksibilitet og mulighed for udnyttelse af senge på tværs af afdelinger og specialer, for eksempel i perioder hvor visse afdelinger kan have behov for flere senge.

Dimensioneringen af Nyt Hospital Nordsjælland bygger på de overordnede dimensioneringsforudsætninger fra ansøgningen om endeligt tilsagn til regeringens Ekspertpanel i 2013. Grundlæggende fokuserer ekspertpanelets krav til dimensioneringen af det nye hospital på tre områder: Behandlingsbehovet, kapacitetsudnyttelsen og arealstandarderne. Dimensionering af hospitalet bygger dog også på panelets anbefaling om en generel tilbageholdenhed, set i lyset af den usikkerhed der knytter sig til behovsfremskrivninger.

- Behandlingsbehov

I endeligt tilsagn er aktiviteten fremskrevet med en stigning på 3,2 % årligt i ambulante besøg, svarende til en stigning på ca. 50 % i perioden 2007-2020, samt et fremskrevet fald på 1,7 % årligt i sengedage, svarende til et fald på 20 % fra 2007-2020. Disse fremskrivninger er ikke relateret til den regionale fremskrivning.

- Kapacitetsudnyttelse

I endeligt tilsagn forudsættes en kapacitetsudnyttelse med en driftstid på 7 timer i døgnet og 245 dage årligt, en gennemsnitlig konsultationstid i ambulatorier på 30 min. for medicinske specialer og 45 min. for kirurgiske specialer inkl. dokumentation, samt belægning af sengene på 85 %.

I forbindelse med konsolideringen af dispositionsforslaget i 2016 blev der opstillet en række forudsætninger for at kunne imødekomme den forventede aktivitet med et reduceret areal. Forudsætningerne i det konsoliderede dispositionsforslag var en øget belægningsprocent fra 85 % til 90 %, et fald i gennemsnitlig indlæggelsestid til 2,0 dage samt en øget åbningstid i ambulatorie fra 7 til 8-9 timer.

- Arealstandarderne

Arealtildelingen for funktioner er beregnet på baggrund af Ekspertpanelets anbefalede arealstandarder og en fast brutto/netto-faktor på 2. Det nye hospital er dimensioneret med 34 m<sup>2</sup> til sengestue, 30 m<sup>2</sup> til standardambulatorie og 120 m<sup>2</sup> til operationsstuer.

Herudover der det forudsat i endeligt tilsagn, at 70 % af patienterne udskrives direkte fra akutmodtagelsen.

Overordnet set er dimensioneringen af det nye hospital tilpasset på baggrund af dels en forventning om en væsentlig mere effektiv kapacitetsudnyttelse i fremtiden, dels en usikkerhed med hensyn til de fremtidige kapacitetsbehov, der tilsiger tilbageholdenhed i dimensioneringen mod til gengæld at bygge fleksibelt med en høj grad af standardisering samt mulighed for senere udvidelse.

#### 4.2 Visionerne for Nyt Hospital Nordsjælland

Som første skridt i planlægningen af Nyt Hospital Nordsjælland satte den daværende hospitalsdirektion en visionsproces i gang i 2010. Formålet var at etablere et værdigrundlag, som var tilstrækkelig robust til både at styre planlægningen og senere driften af det nye hospital. I et samspil mellem hospitalsdirektionen, personalet, borgerne og patienterne blev der udarbejdet fem bærende værdier.

På baggrund af de bærende fem værdier udarbejdede projektorganisationen 10 principper for, hvordan det nye hospital skal udnytte sit areal. Arealbenyttelsesprincipperne er tydelige retningslinjer for, hvordan arealrammen skal disponeres i forhold til indretning og funktioner i det nye byggeri, så der sikres høj funktionalitet, og at patienterne får en behandling af høj kvalitet. I tæt kobling til de fem værdier og de 10 arealbenyttelsesprincipper udviklede projektorganisationen 20 koncepter, der beskriver det nye hospitals samlede funktion. De stiller nye krav til både indretning, organisering og arbejdsgange og til patienter, pårørende og personale. For eksempel er der et koncept for akutmodtagelse, ambulatorier samt service og logistik.

Værdigrundlaget har siden projektets start været styrende for planlægningen og tilrettelæggelsen af projektet og guidet de væsentligste til- og fravalg. Det vil fortsat være et afgørende pejlemærke for organisationsudviklingsprojektet, Livskraft, der skal drive udvikling af organisationen frem mod indflytning og ibrugtagning af de nye rammer, jf. afsnit 5.6.1.

Arealbenyttelsesprincipperne omhandler blandt andet følgende:

- at det nye hospital skal være åbent 24/7/365 med den fælles akutmodtagelse som omdrejningspunktet for behandling, flow, personaledekning og indretning.
- at defunktionerne skal maksimeres, så kapaciteten udnyttes optimalt, for eksempel ved at rum har flerfunktionalitet, at samme funktion har flere brugere, og at opgaverne gentænkes, så de ikke kræver særskilt areal
- at indretning og opbygning skal være fleksibel til fremtiden og understøtte mulighed for udvidelser og ændringer af funktion uden at gå på kompromis med kvaliteten og uden driftstab
- at arealbenyttelsen og funktioner tager udgangspunkt i forskellige zoner, for eksempel adskilte flows for varer, patienter og pårørende, on-stage/off-stage zoner, og at funktionszoner i rum og afdelinger rettes mod henholdsvis patienten, pårørende og personale samt zoneinddeling af områder i forhold til behov for individuel adgang

- at mest muligt foregår hos patienten, blandt andet at énsengsstuer udnyttes optimalt til for eksempel til prøvetagning, samtaler, genoptræning, undersøgelser, diktering, bespisning, stuegang og registreringer mm.
- at hospitalet betragtes som én samlet enhed med brugsret frem for ejerskab som det centrale omdrejningspunkt, så der sikres en høj udnyttelse af funktionerne, for eksempel ved at afdelingen 'ejer' patienten frem for sengen, at kontorpladser er til rådighed, men ikke personlige, og at blandt andet receptioner, supportrum, birum, køkkener, opholdsrum og udstyr deles på tværs af afdelinger i fællesskaber
- at tværgående funktioner, kliniske som ikke-kliniske, samles og organiseres centralt, men med udgående opgaver, hvor princippet om, at mest muligt foregår hos patienten, imødekommes
- at standardisering forekommer i videst mulige udstrækning, for eksempel i forhold til rumstørrelse, indretning og installationsniveauer mv., så der sikres fleksibilitet til flerfunktionalitet
- at arbejdsopgaver og processer i videst mulig udstrækning automatiseres og digitaliseres, hvor der er relevant, så der opnås en optimeret hospitalsdrift
- at de løsninger der implementeres, er enkelte, indlysende og optimeret, således at planlægning, indretning og organisering er præget af klar systematik og logiske sammenhænge

#### **4.2.1 Udvidelsesstrategi**

En grundlæggende præmis for designet og udformningen af det Nyt Hospital Nordsjælland er muligheden for at kunne imødekomme skiftende kapacitetsbehov ved hjælp af en høj grad af fleksibilitet, standardisering og strategier for udvidelse.

Projektet arbejder med to udvidelsestilgange: En mulighed for en 50 % kapacitetsudvidelse i terræn af de tværgående og specialiserede funktioner og en mulighed for 20 % kapacitetsudvidelse for hospitalets øvrige funktioner ved for eksempel at udfylde 'bladene' under sengeetagerne eller udbygge taghaven yderligere. Derudover er servicebyen placeret og udformet med mulighed for en udvidelse til et fuldt produktionskøkken, uden at det påvirker øvrig drift eller bygninger. En udvidelse vil dog forudsætte yderligere anlægsinvesteringer.

Bygningens modulære opbygning og vægt på standardisering tillader ligeledes om disponering af rum eller funktioner uden større driftstab eller behov for omfattende ombygning. For eksempel kan kontorareal i sengeområderne inddrages og indrettes til sengestuer med samme indretning og faciliteter som de øvrige.

## **5. Vurdering af det fremtidige kapacitetsbehov**

Som en del af hospitalsplanlægningen i Region Hovedstaden følges befolkningsudviklingen og udviklingen i hospitalsaktivitet. Der udarbejdes løbende fremskrivninger, der synliggør den forventede aktivitetsudvikling på hospitalerne - og dermed det fremtidige kapacitetsbehov på de enkelte hospitaler.

Den seneste fremskrivning er fra 2018, der blev udarbejdet som forberedelse til Hospitalsplan 2025. Den viser, at der samlet set for regionen er tilstrækkelig fysisk kapacitet til at rumme den forventede aktivitetsudvikling frem til 2025, men der forventes et øget pres på kapaciteten særligt på Nordsjællands Hospital.

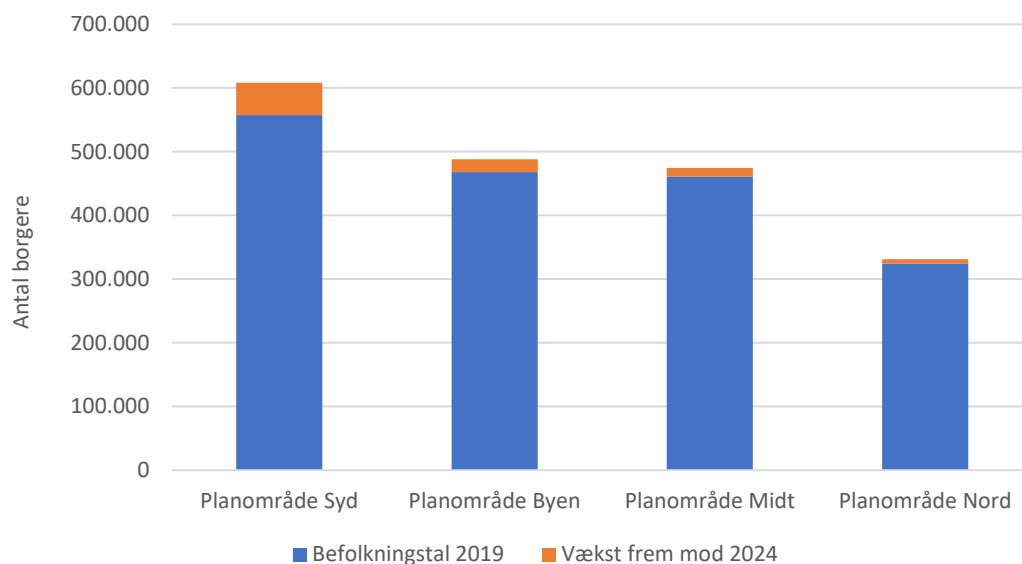
Nedenfor præsenteres den forventede udvikling i befolkning og hospitalsaktivitet på Nordsjællands Hospital. Der er anvendt nyere aktivitetsdata, og det kortlægges, om den faktiske aktivitetsudvikling de senere år svarer til forventningen i fremskrivning for Nordsjællands Hospital.

### **5.1 Forventet demografisk udvikling i planområde Nord**

Der forventes ca. 90.000 flere borgere i Region Hovedstaden frem til 2025. Stigningen er størst i den sydlige del af regionen, og den aftager, jo mere nordligt man bevæger sig op i regionen, jf. figur 1.

Der bor ca. 324.000 borgere i planområde Nord i dag, og der forventes kun en mindre stigning i befolkningstallet på ca. 7.000 borgere frem til 2025.

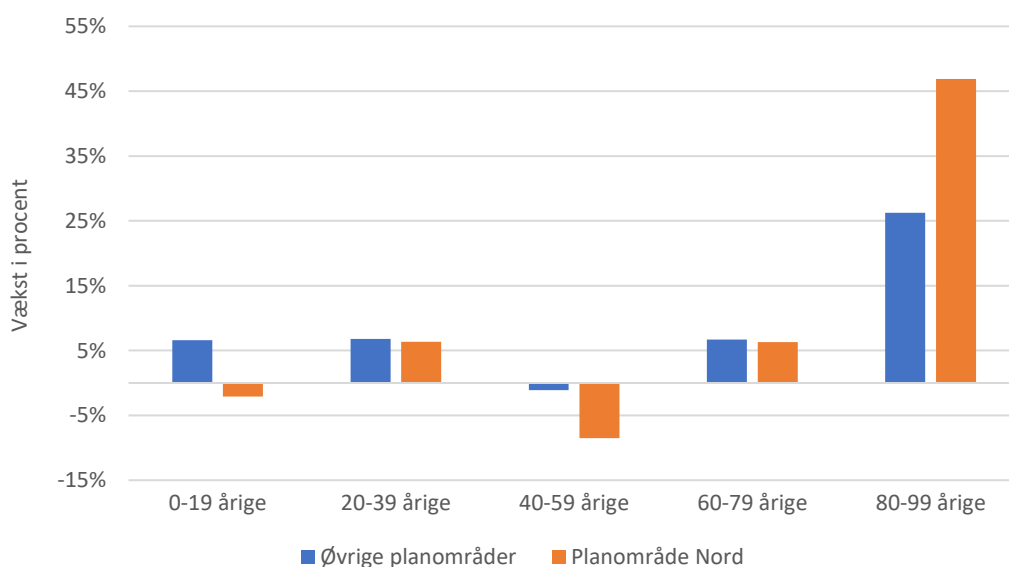
Figur 1. Udvikling i befolkningstallet pr. planområde frem til 2025



Befolkningen i planområde Nord adskiller sig dog fra de øvrige planområder ved at have en større andel ældre borgere, for eksempel udgør de 60+ årige ca. 30 % i planområde Nord, men kun ca. 17 % i planområde Syd i 2019. I 2025 forventes andelen at udgøre ca. 33 % af befolkningen i planområde Nord.

Der forventes et fald på ca. 6.000 borgere under 60 år og en stigning på ca. 13.000 borgere over 60 år i planområdet frem til 2025. Det fremgår af figur 2, at den største procentvise stigning ses inden for 80+ årige, der stiger fra ca. 17.000 til 25.000 borgere.

Figur 2. Udvikling i aldersfordelingen i planområde Nord i perioden 2019-2025



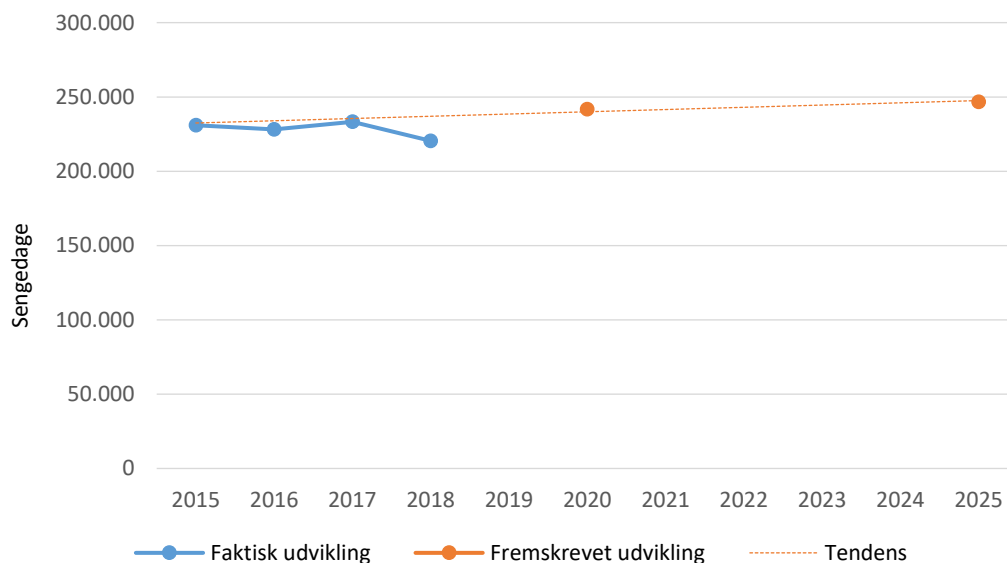
Udviklingen med flere ældre borgere kan skabe et kapacitetspres på det nye hospital, da især borgere i alderen 80+ typisk har flere sygdomme, ofte bliver akut indlagt og har komplekse forløb på tværs af sektorer. Det skal samtidig bemærkes, at der ses en tendens, hvor en større andel af ældre borgere oplever en sund aldring og flere gode leveår med godt helbred. Det betyder, at for eksempel en 80-årig ikke nødvendigvis er lige så pleje- og behandlingskrævende i fremtiden som i dag.

## 5.2 Forventet udvikling i sengeaktivitet

Ifølge fremskrivningen forventes en stigning i antal sengedage og dermed i behov for sengekapacitet på hospitalet på 7 % frem til 2025, hvilket især skyldes ovenstående demografiske udvikling med flere ældre. Hvis man alene ser på fremskrivningen, kan der forventes et pres på kapaciteten som følge af en stigning i antal sengedage.

I figur 3 ses den faktiske udvikling i sengedage i perioden 2015-2018 på Nordsjællands Hospital, samt hvordan antal sengedage forventes at udvikle sig frem til henholdsvis 2020 og 2025 ifølge fremskrivningen.

**Figur 3. Udvikling i sengedage på Nordsjællands Hospital**



Den faktiske udvikling viser et stabilt antal sengedage i perioden 2015-2017 og et fald i antal sengedage i 2018. I 2. halvår 2017 påbegyndte hospitalet en ændret registreringspraksis, hvor lette akutte indlæggelser ikke længere registreres som indlæggelseskontakter, selv om patienterne fortsat optager sengekapacitet. Når der korrigeres for den ændrede registreringspraksis, er antal sengedage i 2018 på samme niveau som i 2015-2017.

På den baggrund kan det konkluderes, at udviklingen i antal sengedage på Nordsjællands Hospital har været stabilt de seneste 4 år. Den faktiske udvikling i antal sengedage svarer således ikke til forventningen i fremskrivningen om et stigende pres på sengekapaciteten



(tendenslinje i figuren). Hvis udviklingen med et stabilt antal sengedage fortsætter, er fremskrivningens forventning om et pres på sengekapaciteten således ikke retvisende.

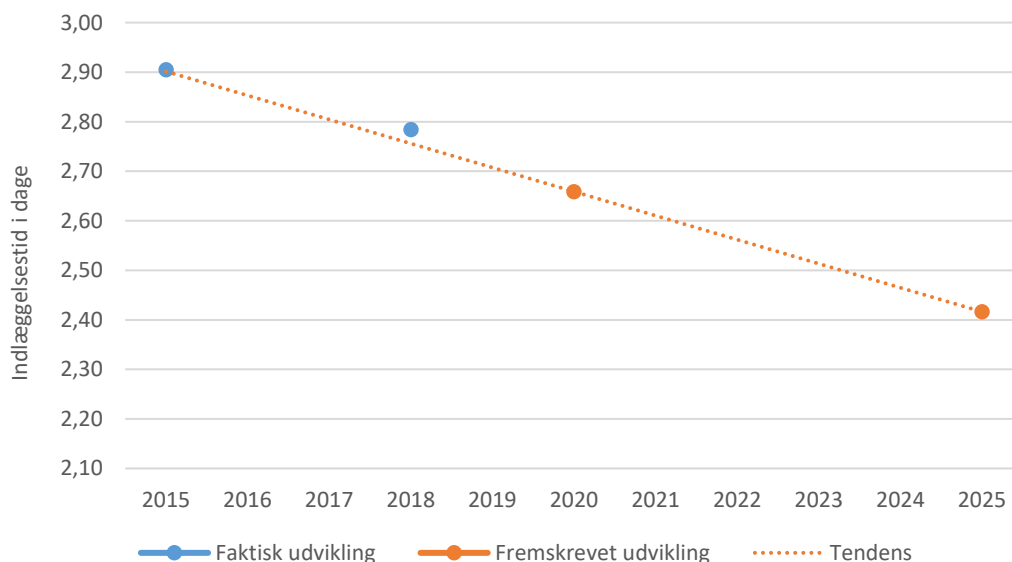
### 5.2.1 Forventet udvikling i indlæggelsestid

Den gennemsnitlige indlæggelsestid på hospitalet er én blandt flere indikatorer for graden af udnyttelse af sengekapaciteten. En høj indlæggelsestid er i sig selv ikke udtryk for høj behandlingskvalitet, da det kan skyldes eksempelvis ventetid til blodprøver eller scanninger i forbindelse med udredning, eller udfordringer i samarbejdet med patientens kommune ved udskrivningen, der forlænger indlæggelsen.

Der har i mange år været en generel tendens med et fald i den gennemsnitlige indlæggelsestid. Forklaringen tilskrives især en stigning i korte indlæggelser, hvor patienten enten bliver udskrevet samme dag eller dagen efter, og et fald i lange indlæggelser (der varer mere end en uge). Det skyldes blandt andet, at færdigopererede og behandlede patienter tilbringer kortere tid som indlagt. Det mindsker risikoen for infektioner, ligesom patienter eksempelvis har gavn af at komme hurtigt i gang med genoptræning efter operationer.

I nedenstående figur 4 ses den faktiske gennemsnitlige indlæggelsestid i 2015-2018 på Nordsjællands Hospital, samt hvordan den forventes at udvikle sig frem til henholdsvis 2020 og 2025 ifølge fremskrivningen.

**Figur 4. Udvikling i gennemsnitlig indlæggelsestid på Nordsjællands Hospital**



Den gennemsnitlige indlæggelsestid på Nordsjællands Hospital er reduceret fra 2,9 dage 2015 til 2,8 dage i 2018, hvilket svarer til tendensen på de øvrige akuthospitaler i regionen. Det er dog vanskeligt at forestille sig, at der vil ske samme fald i indlæggelsestiden som forventet i fremskrivningen (tendenslinje i figuren). Det skyldes, at erfaringer peger på, at forventede gennemsnitlige fald i indlæggelsestider i

fremskrivninger ofte ikke viser sig at blive realiseret. Derudover er det en overvejelse, hvor meget indlæggelsestiden fagligt set bør reduceres, når patienterne skal være færdigbehandlede ved udskrivelse, og når man ønsker at undgå flere genindlæggelser.

De regionale opgørelser viser, at andelen af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser på Nordsjællands Hospital ligger på niveau med de øvrige akuthospitaler i regionen. Muligheden for at reducere liggetiden vil også afhænge af den kommunale indsats efter udskrivelse. Genindlæggelser kan ofte forebygges ved hjælp af en tidlig kommunal indsats.

Hvis kommunerne ikke hjemtager patienter, der er færdigbehandlet, til eget hjem eller til et relevant tilbud, kan det betyde, at patienterne er indlagt længere tid end nødvendigt, hvilket vil resultere i længere gennemsnitlige indlæggelsestider. Der har i de seneste år været en udvikling med færre færdigbehandlede patienter, der fortsat er indlagt (3-4 dage i gennemsnit) på Nordsjællands Hospital. Det er en udvikling, der også ses på de øvrige hospitaler i regionen.

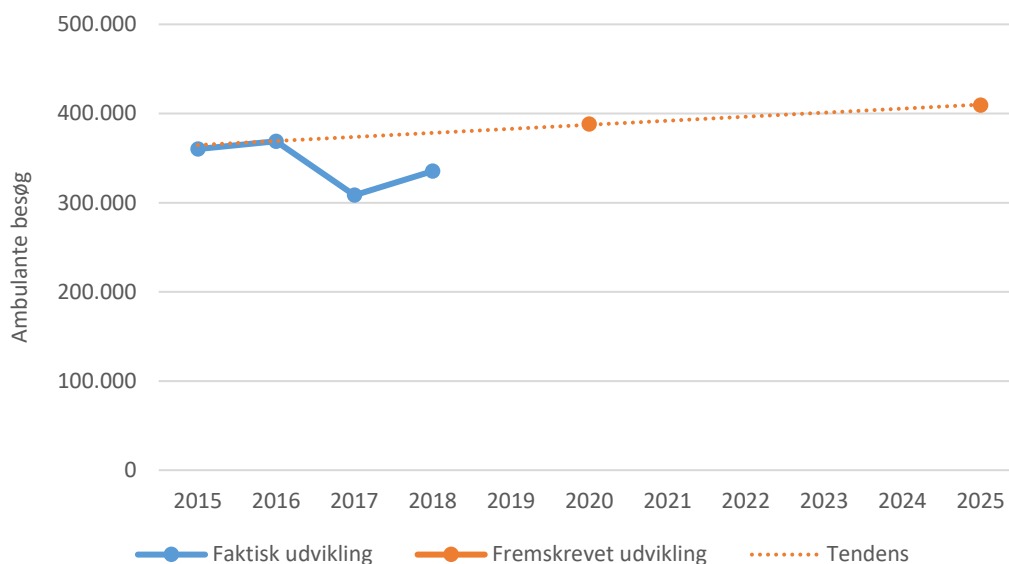
### 5.3 Forventet udvikling i ambulante aktivitet

Det har ikke været muligt at benytte den faktiske udvikling i ambulante aktivitet fra 2012 til 2015 som grundlag for fremskrivning af ambulante besøg. Det skyldes blandt andet ændret registreringspraksis og organisationsændringer i perioden, herunder etableringen af 1813.

Den ambulante aktivitet er i stedet fremskrevet med udgangspunkt i den demografiske udvikling i planområde Nord, jf. afsnit 5.1. Fremskrivningen synliggør således alene, hvordan antal ambulante besøg forventes at udvikle sig med den demografiske udvikling i planområde Nord.

I figur 5 ses den faktiske udvikling i ambulante besøg i perioden 2015-2018 på Nordsjællands Hospital, samt hvordan den vil udvikle sig frem til henholdsvis 2020 og 2025 ifølge fremskrivningen.

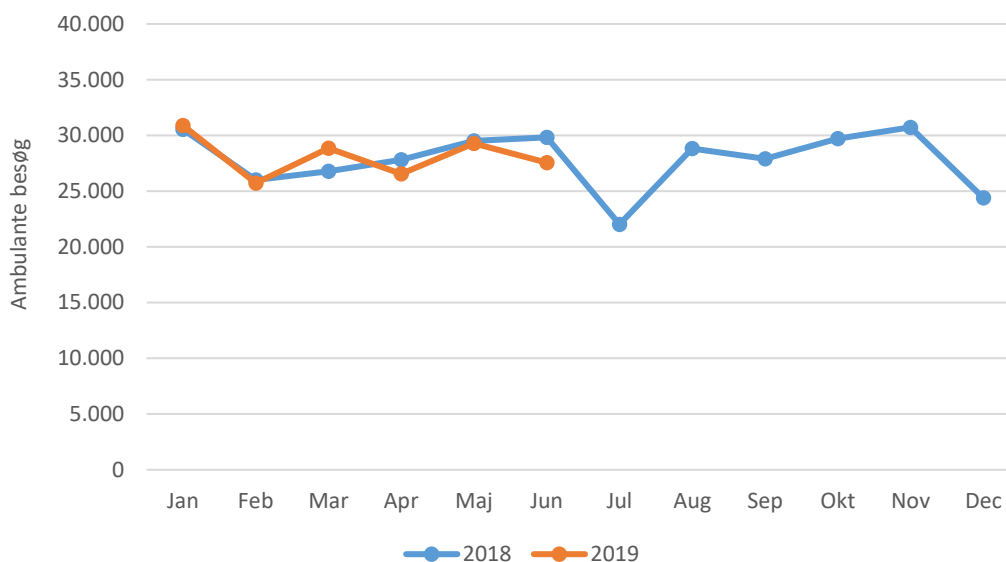
Figur 5. Udvikling i ambulante besøg på Nordsjællands Hospital



Der forventes et stigende antal ambulante besøg svarende til en samlet vækst på ca. 11 % frem til 2025 (tendensline i figuren) som følge af den demografiske udvikling i planområde Nord, hvilket kan føre til et pres på kapaciteten. Den faktiske udvikling i 2015-2018 viser derimod et fald i antal ambulante besøg på Nordsjællands Hospital. Det vurderes dog, at der er sket et mindre fald i årene 2017 og 2018 end vist i ovenstående figur. Det skyldes, at implementering af Sundhedsplatformen formentligt har påvirket indberetningen til Landspatientregistret, som opgørelsen er baseret på. Hvis udviklingen i antal ambulante besøg fortsætter, er fremskrivningens forventning om, at der vil være et kapacitetspres på ambulatorieområdet på det nye Nordsjællands Hospital, således ikke retvisende.

Det er muligt at opgøre ambulante besøg med fysisk fremmøde i 2019 i Sundhedsplatformen. Alle ambulante besøg er inkluderet, herunder også besøg af fysio-/ergoterapeut, ambulante dialyse, ambulante kemobehandling og ambulante operationer.

Figur 6. Udvikling i ambulante besøg på Nordsjællands Hospital i 2018 og 2019



I figur 6 ses antal ambulante besøg i 2018 og 1. halvdel af 2019. Udviklingen viser et mindre fald fra 170.450 ambulante besøg i 1. halvdel 2018 til 168.871 ambulante besøg i 1. halvår 2019. Udviklingen dækker over en stigning på ca. 4 % på medicinske afdelinger og et fald på ca. 3 % på øvrige afdelinger.

Med til fortolkningen af ovenstående udvikling hører, at der er aktivitetssager, som påvirker udviklingen. Optageområdet for ortopædkirurgi blev fra januar 2018 forøget, men aktiviteten løftede sig reelt først fra ca. medio 2018, hvormed at 1. halvår 2019 i opgørelsen herover således inkluderer et øget ortopædkirurgisk optageområde sammenlignet med 1. halvår 2018. Med modsatrettet virkning er udefunktioner inden for øjenområdet og reumatologi delvist flyttet retur til Glostrup Hospital fra ca. medio 2018.

Der henvises til afsnit 5.4.4, hvor udviklingen i ambulante besøg sammenstilles med ambulatoriekapaciteten på Nyt Hospital Nordsjælland.

#### 5.4. Samlet vurdering af kapaciteten

Som beskrevet i afsnit 5.2 har der været et stabilt antal sengedage på Nordsjællands Hospital siden 2015. Selv hvis denne udvikling fortsætter frem til 2024, vil der stadig være behov for at omstille sengeaktiviteten på hospitalet, hvis behandling af borgere i planområde Nord skal kunne rummes i de 570 normerede senge på Nyt Nordsjællands Hospital.

Behovet for at omstille sengeaktiviteten frem mod 2024 vil i det følgende blive vurderet med en såkaldt sengetrappanalyse, der illustrerer, hvilken årlig ændring i aktiviteten, der skal ske frem til ibrugtagningen af det nye hospital, hvis sengeaktiviteten på det nye hospital skal kunne rummes efter indflytning. Analysen tager udgangspunkt i andre datakilder end Landspatientregistret, der er anvendt i ovenstående fremskrivning. Det

giver mulighed for en mere præcis opgørelse af den faktiske aktivitet på Nordsjællands Hospital.

### 5.4.1 Faktisk udvikling i sengeaktivitet

Den faktiske udvikling i sengedage i perioden 2014-2019 er opgjort med udgangspunkt i data fra Grønt System og Sundhedsplatformen (SP), der giver mulighed for at anvende nyere aktivitetsdata. Det betyder også, at nedenstående data ikke kan sammenlignes med ovenstående gennemgang af fremskrivningen, der er baseret på data fra Landspatientregistret (LPR). Dataudtrækket i denne analyse giver mulighed for at korrigere for korttidsindlæggelser, hvor patienten kun ligger i en seng for eksempel i få timer, men tæller som én hel sengedag i LPR, samt lette akutte indlæggelser, der ikke registreres som indlæggelseskontakter, selv om disse patienter fortsat optager sengekapacitet.

I tabel 1 ses udviklingen i sengedage og normerende senge i perioden 2014-2019 på Nordsjællands Hospital.

**Tabel 1. Udvikling i sengeaktivitet i 2014-2019 på Nordsjællands Hospital**

År	Antal sengedage	Antal belagte senge	Normerende senge		Fremskrevet forventet stigning i senge
			Antal	Belægning	
2014	199.162	546	597	91%	-
2015	204.900	561	608	92%	-
2016	199.803	547	593	92%	4
2017	198.373	543	569	96%	8
2018	200.373	549	558	98%	12
2019	194.325	532	558	95%	16

Note: Tallene for 2019 er estimeret med udgangspunkt i aktivitetsopgørelse for januar-august 2019.

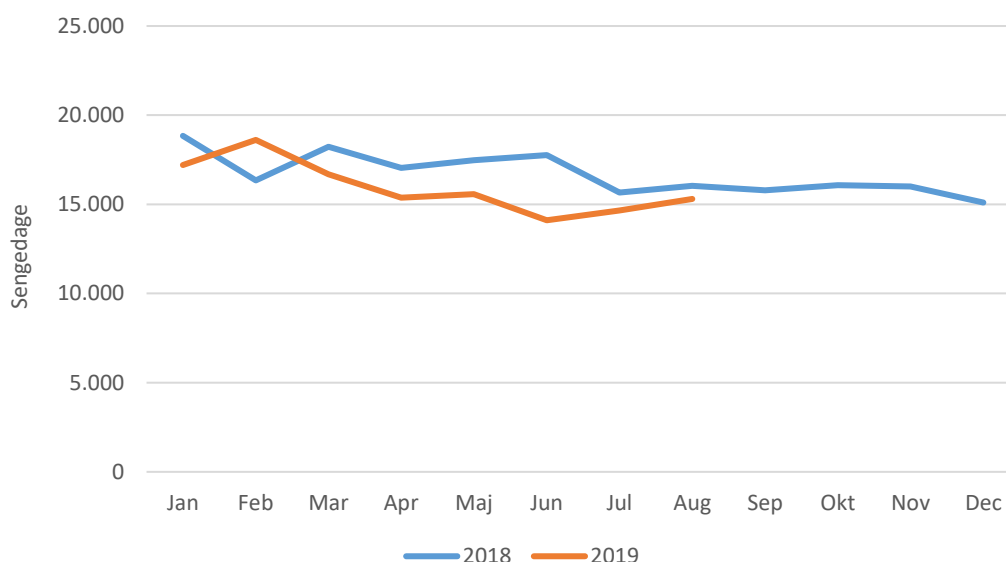
Det fremgår, at der har været et stabilt antal sengedage på ca. 200.000 årligt på Nordsjællands Hospital i 2014-2018 og et forventet fald i sengedage i 2019. Samtidig har hospitalet gradvist reduceret sengekapaciteten med 39 normerede senge i perioden. En udvikling med et stabilt antal sengedage svarer ikke til den fremskrevne udvikling i perioden 2016-2019, hvor der forventedes en samlet stigning svarende til 16 belagte senge (100 % belægning).

Som en konsekvens af sengelukninger og en uændret antal sengedage er den årlige belægning på sengene steget fra 91 % i 2014 til 98 % i 2018. Belægningen er opgjort som det årlige gennemsnit baseret på antal sengedage i forhold til antal normerede senge. Definitionen afviger fra de regionale belægningsopgørelser, hvor antal patienter udover antal disponible senge (de senge der reelt er til rådighed) dagligt opgøres kl. 23.

Selv om antal sengedage har været stabilt i perioden, har hospitalet behandlet flere patienter, fra ca. 171.000 unikke patientkontakter i 2014 til ca. 190.000 i 2018. Antal patienter er opgjort på CPR og dækker både stationære og ambulante forløb. Stigningen i patientkontakter skyldes blandt andet den demografiske udvikling frem til 2018 med 7.500 flere borgere, herunder en voksende ældrebefolkning. Derudover har Nordsjællands Hospital haft et større antal aktivitets- og optageområdeændringer, hvor hospitalet samlet set har fået ansvar for behandling af flere patienter, for eksempel et øget optageområde på kvinde-barn området og i ortopædkirurgi.

Det estimerende antal sengedage i 2019 viser et fald på 6.000 sengedage fra 2018 til 2019. I figur 6 er udviklingen i antal senge for 2018 og 2019 opgjort.

**Figur 6. Udvikling i sengedage på Nordsjællands Hospital i 2018 og 2019**



Ved et fald på ca. 6.000 sengedage vil den årlige gennemsnitlige belægningsprocent falde fra 98 % til 95 % i 2019, hvilket svarer til en reduktion på ca. 3 % i sengedage.

Historisk set er hospitalet således lykkedes med at holde et stabilt antal sengedage på trods af et øget antal patienter som følge af den demografiske udvikling. Hospitalet har således formået at imødekomme et øget kapacitetspres i de nuværende fysiske rammer. Forklaringen på denne udvikling er ifølge hospitalet, at de har haft en fokus på at arbejde med et forbedret flow i forhold til sengekapaciteten på hospitalet, herunder især den gradvise omlægning af akutte indlæggelser til akutambulante besøg i akutmodtagelsen, der bidrager til kortere akutte forløb, jf. afsnit 5.6.

#### **5.4.2 Ændret belægning af senge**

Overbelægning på hospitalerne følges i regionens driftsmålsstyring og har til formål at vise, hvor stor en andel af patienter, der oplever overbelægning. Opgørelserne viser ofte

overbelægning på Nordsjællands Hospital, især i vintermåneder og på det medicinske område.

Den opgjorte overbelægning skal dog ses i sammenhæng med, at Nordsjællands Hospital arbejder med en belægningsprocent på 100 %. I perioder er belægningen således over 100 % på nogle afdelinger, men det er ikke nødvendigvis et udtryk for egentlig overbelægning, da hospitalet har arbejdet med et andet beregningsgrundlag end de øvrige hospitaler, som har en belægningsprocent på ca. 85%.

Hospitalet har haft ekstra senge ('buffersenge'), som i praksis anvendes, men som ikke tidligere har indgået i antal normerede eller disponible senge. Dermed har sengene heller ikke indgået i opgørelse af overbelægning på hospitalet.

Det er aftalt mellem hospitalsdirektionen og koncerndirektionen, at Nordsjællands Hospital pr. 1. december 2019 formaliserer buffersengene, så de registreres som normerede senge. Hospitalets samlede antal normerede senge øges således fra 558 til 616 senge, hvilket forventes at resultere i en gennemsnitlig belægning af sengene på ca. 85 %.

Med beslutningen om at øge antal normerede senge og dermed planlægge med 85 % belægning, vil de senge, som hospitalet reelt anvender i dag, således blive synliggjort, og de regionale opgørelser af overbelægning bliver mere sammenlignelige på tværs af hospitaler, som også arbejder med belægningsprocenter på ca. 85 %.

I praksis vil det ikke betyde, at hospitalet skal behandle patienterne anderledes end hidtil, ligesom det heller ikke vil have betydning for den samlede normering på hospitalet.

De ekstra senge vil kunne tages i anvendelse som buffer som vanligt, men i praksis vil sengene ikke skulle udnyttes mere end i dag, fordi hospitalet skal arbejde med en omstilling til mindre sengeaktivitet i årene fremover.

Ekspertpanelet vedr. sygehusinvestering forudsatte en belægningsgrad på 85 % for hospitaler med en stor andel akutte patienter, eksempelvis Nordsjællands Hospital. Det blev vurderet af Ekspertpanelet, at det kan være vanskeligt for hospitaler med en stor akutandel at komme meget over en gennemsnitlig belægningsgrad på 85 %, uden at der vil være periodevis overbelægning. Denne belægningsgrad har også været anvendt som planlægningsforudsætning i nyere hospitalsbyggerier, herunder det nye Nordsjællands Hospital.

Det indgik dog som mulighed i sagen vedr. det konsoliderede dispositionsforslag for Nyt Hospital Nordsjælland i 2016 at planlægge med en øget belægningsgrad på 90 %. Det blev vurderet muligt, fordi der er en mere entydig visitation og prioritering i akutmodtagelsen og et bedre flow på afdelingerne, end da forudsætningen om en belægningsgrad på 85 % blev fastlagt af Ekspertpanelet i 2010.

I nedenstående sengetræpeanalyse indgår både 85 % og 90 % belægning af sengene for at illustrere, hvad henholdsvis 85 % og 90 % belægning vil betyde for behovet for at reducere sengeaktiviteten. 90 % belægning kan vise sig at give tilstrækkelig bufferkapacitet, men udgangspunktet er aktuelt 85 % på hospitalet fremadrettet.

### **5.4.3 Behov for reduktion af sengeaktiviteten**

Som beskrevet ovenfor har Ekspertpanelet vedr. sygehusinvestering forudsat en belægning af sengene på 85 % på de 570 senge på Nyt Hospital Nordsjælland. Denne belægningsgrad kan omregnes til en årlig sengekapacitet på ca. 176.843 sengedage på det nye hospital.

Den faktiske aktivitet i 2019 forventes at udgøre 194.325 sengedage. Det betyder, at der skal ske et samlet fald på ca. 17.500 sengedage frem til 2024. Dertil kommer, hvis der, som fremskrivningen peger på, kommer et demografisk pres, som nødvendiggør yderligere reduktion i forhold til brugen af senge på det nuværende hospital.

I tabel 2 er der taget afsæt i 85 % belægning. Tabellen viser en model for gradvis reduktion i antal sengedage, der vil være nødvendig inden ibrugtagning af det nye hospital i 2024, hvis sengeaktiviteten skal kunne rummes på det nye hospital. Der regnes baglæns fra 2024 til i dag med henblik på at opgøre det årlige gennemsnitlige fald i sengedage. Det fremgår også, hvor mange senge der vil skulle reduceres i alt, hvis både en reduktion i sengeaktiviteten for at kunne rumme aktiviteten på det nye hospital og den fremskrevne aktivitetsudvikling medtænkes.

**Tabel 2. Sengetrappeanalyse ved 85 % belægning på Nyt Hospital Nordsjælland**

År	Antal sengedage	Antal belagte senge	Antal normerede senge (85 %)	Årlig reduktion i belagte senge + fremskrevet stigning
2019	194.325	532	626	
2020	190.829	523	615	11+4
2021	187.332	513	604	11+4
2022	183.836	504	593	11+4
2023	180.339	494	581	11+4
2024	176.843	485	570	11+4

Note: Antal normerede senge for 2019 afviger fra antal senge i tabel 1. Dette skyldes, at antal normerede senge i tabellen er beregnet med udgangspunkt i en belægning på 85 % frem for den faktiske belægning på ca. 95 % i 2019 i tabel 1.

Det ses af sengetrappen i tabel 3, at det kræver en markant omstilling, hvis aktiviteten fremadrettet skal kunne rummes på Nyt Hospital Nordsjælland ved en belægningsgrad på 85 %. Her vil hospitalet skulle sikre en omstilling af sengeaktiviteten frem mod 2024 svarende til en reduktion i sengedage på 9 % i forhold til aktiviteten i 2019.

Der er i tabellen og i nedenstående gennemgang ikke taget højde for den kommende ændring af belægning af sengene, der er beskrevet i afsnit 5.4.2. Der planlægges med 616 normerede senge pr. 1. december 2019, der således er lavere end det beregnede 626 senge med 85 % belægning i 2019. Det lavere antal normerede senge skyldes, at der i forbindelse med ændring af belægningsgraden er indarbejdet effektiviseringer med en forventning om, at de 616 normerede senge vil svare til 85 % belægning. Dermed arbejder Nordsjællands Hospital allerede på at imødekomme behovet for reduktion i antal senge i



2019-2020, og herefter vil reduktionen i senge frem til 2024 udgør 46 frem for 56 normerede senge.

Det fremgår af sengetrappen, at hospitalet skal reducere i sengeaktiviteten svarende til i alt 75 belagte senge (100 % belægning) fra 2019 til 2024, hvis man både medtænker behovet for reduktion af senge på grund af færre senge i det nye hospital og det forventede demografipres. Det skal dog understreges, at fremskrivninger altid er behæftet med usikkerhed, og at den demografiske udvikling i planområde Nord i de foregående år netop ikke har resulteret i flere sengedage på hospitalet.

I tabellen er behovet for en årlig reduktion i senge opgjort til i alt 15 belagte senge i perioden 2020-2024. Tallet fremkommer ved, at hospitalet på grund af færre normerede senge i det nye hospital vil skulle reducere sengeaktiviteten årligt med ca. 3.500 sengedage svarende til ca. 11 belagte senge. Den årlig reduktion er et beregnet gennemsnitlig, mens der kan forventes udsving i den faktiske omstilling af sengeaktiviteten år for år på Nordsjællands Hospital, hvor der eksempelvis i ét år opnås en større reduktion i antal senge end i et andet år. Hvis man forudsætter, at den faktiske udvikling vil stemme overens med fremskrivningen, vil der komme et øget demografisk pres i planområde Nord, som betyder et behov for reduktion af 4 belagte senge årligt.

Hvis man for en illustrations skyld regner med en 90 % belægningsgrad i stedet for 85 %, er behovet for at reducere sengeaktivitet og antal senge mindre. En øget belægning af sengene på 90 % kan omregnes til en årlig kapacitet på ca. 187.245 sengedage i stedet for 176.843 sengedage ved 85 % belægning. Det ses i tabel 3, at behovet for et fald i sengedage reduceres fra ca. 17.500 til 7.000 sengedage frem mod 2024 ved en øget belægningsgrad fra 85 til 90 %.

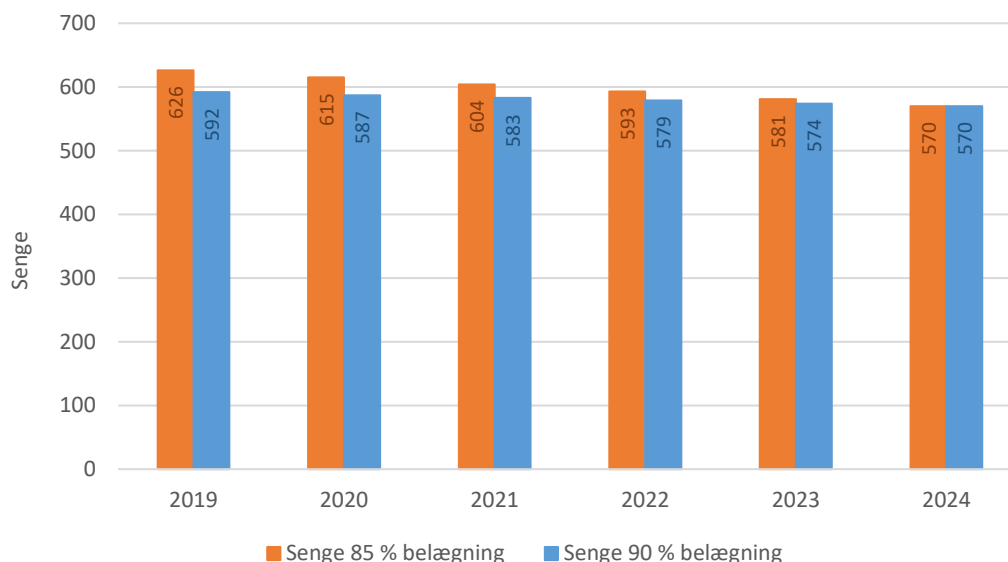
**Tabel 3. Sengetrappanalyse ved 90 % belægning på Nyt Hospital Nordsjælland**

År	Antal sengedage	Antal belagte senge	Antal normerede senge (90 %)	Årlig reduktion i belagte senge + fremskrevet stigning
2019	194.325	532	592	
2020	192.909	529	587	4+4
2021	191.493	525	583	4+4
2022	190.077	521	579	4+4
2023	188.661	517	574	4+4
2024	187.245	513	570	4+4

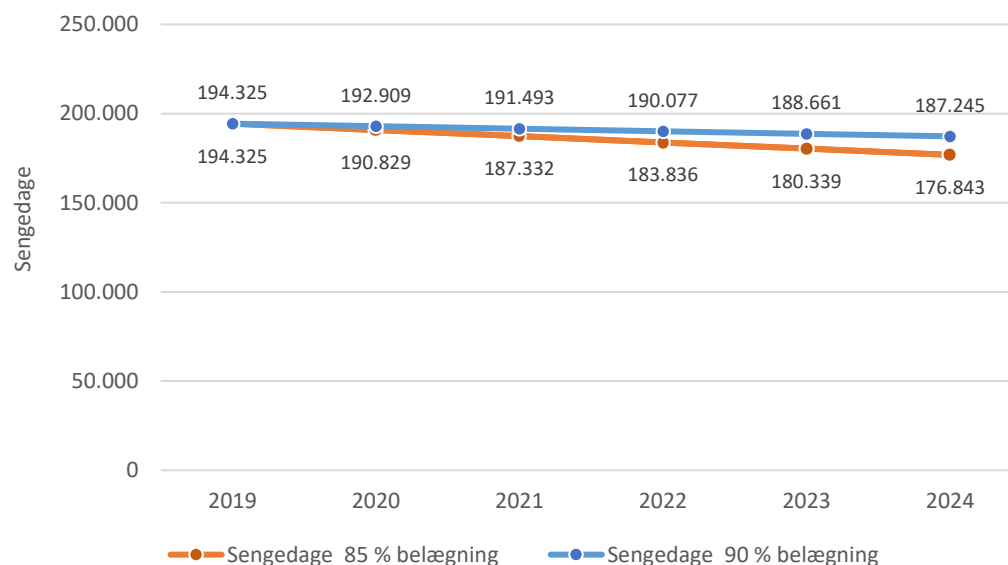
Ved 90 % belægningsgrad vil være behov for at reducere sengeaktiviteten frem mod 2024 med gennemsnitligt ca. 1.400 sengedage årligt svarende til en samlet reduktion i aktiviteten på ca. 4 %. I forhold til antal senge betyder det, at der vil være behov for årligt at reducere med samlet set 40 belagte senge (8 senge årligt frem til 2024) mod 75 belagte senge ved 85 % belægning, når der både tages højde for behovet for reduktion af sengeaktiviteten som følge af, at der er færre senge i det nye hospital, og den forventede demografiske udvikling med flere ældre.

I figur 7 og 8 ses den gradvise reduktion i antal normerede senge med en belægning af sengene på henholdsvis 85 % og 90 %, der skal opnås frem til 2024.

**Figur 7. Reduktion i antal senge ved 85 % og 90 % belægning af sengene**



**Figur 8. Fald i antal sengedage ved 85 % og 90 % belægning af sengene**



#### **5.4.4 Vurdering af ambulatoriekapacitet**

I det følgende gives en vurdering af den ambulante kapacitet på Nyt Nordsjællands Hospital. Hospitalets samlede kapacitet består både af sengekapaaciteten og den ambulante kapacitet, som er interessant, fordi flere patientforløb i stigende omfang omlægges til ambulante forløb, og fordi en robust ambulatoriekapacitet kan have betydning for realiseringen af en reduktion i sengekapaaciteten. Som beskrevet under afsnit 5.3 viser udviklingen i 2015-2018 et fald i antal ambulante besøg på Nordsjællands Hospital. Dette støttes af data fra årsresultatet for takstafregning på Nordsjællands Hospital, hvor der ses et fald på ca. 10.000 ambulante besøg fra 2016 til 2018. I opgørelsen af aktiviteten er der korrigeret for blandt andet aktivitetssager og produktionskrav på 2 %, så aktivitetsudtrækket er sammenligneligt over årene.

Der er flere årsager til denne udvikling, og Nordsjællands vurderer, at den primære årsag er omorganisering/tilpasning af ambulatorierne i forbindelse med indførelsen af Sundhedsplatformen, som har medført et fald i ambulante besøg.

Der er udarbejdet en kapacitetsberegning i tabel 5, der skitserer ambulatoriekapaciteten på Nyt Hospital Nordsjælland med afsæt i forskellige forudsætninger om rumudnyttelse, åbningstid og konsultationstid, som blandt andet ligger til grund for i endeligt tilsagn for det nye hospital og det konsoliderede dispositionsforslag fra 2016. Formålet med de forskellige scenarier i tabellen er at illustrere, hvordan planlægningen af hospitalets drift og tilrettelæggelse af arbejdsgange kan ændre på hospitalets kapacitet på det ambulante område, hvis hospitalet vil opleve et pres på kapaciteten. På den måde kan det vurderes, om der er tilstrækkelig kapacitet på det nye hospital i 2024.

I tabel 4 er opstillet en basismodel, som viser kapaciteten i tilfælde af at hospitalsdriften forbliver uændret i forhold til i dag. Dertil er opstillet tre tiltag, hvor hospitalsdriften ændres for at sikre en bedre udnyttelse af kapaciteten på det nye hospital.

I basismodellen er sat en driftstid på ca. 7 timer, svarende til forudsætningen i endeligt tilsagn, og en gennemsnitlig konsultationstid på 39 minutter inkl. dokumentation svarende til den nuværende situation på Nordsjællands Hospital. Dette svarer til den gennemsnitlige bookingtid i 2018 på det nuværende hospital, idet det ikke er muligt at opgøre den realiserede konsultationstid på hospitalet. I endeligt tilsagn er forudsat en konsultationstid på 30 min. for medicinske specialer og 45 min. for kirurgiske specialer.

I tiltag 1 er tillige sat en driftstid på ca. 7 timer, men en reduceret konsultationstid på 34 min. inkl. dokumentation. I scenarie 2 og 3 er sat en driftstid på henholdsvis 8 og 9 timer, der blev beskrevet som en mulighed i det konsoliderede dispositionsforslag fra 2016, samt en konsultationstid på 39 min. inkl. dokumentation.

I alle tre scenarier indgår en rumudnyttelse på 80 %. Nordsjællands Hospital har tidligere opgjort tabte ambulante tider grundet udeblivelser og sene patientaflysninger til ca. 10 % af den samlede ambulante aktivitet. Der kan naturligt findes flere scenarier end dem, der er anvendt i tabellen.

Tabel 4. Kapacitetsberegning på ambulatorieområdet på Nyt Hospital Nordsjælland

Kapacitetsberegning	Basis-model	1. tiltag	2. tiltag	3. tiltag
Kapacitet til antal ambulante besøg	330.818	379.468	383.557	431.502
Difference i forhold til 2018	+12%	+28%	+30%	+46%
<i>Forudsætninger:</i>				
Antal rum	159	159	159	159
Åbningsdage	245	245	245	245
Åbningstimer	6,9	6,9	<b>8,0</b>	<b>9,0</b>
Konsultationstid (min.)	39	<b>34</b>	39	39
Rumudnyttelse	80 %	80 %	80 %	80 %

Der vil være 159 rum til rådighed på det nye hospital, som kan anvendes til at håndtere den ambulante aktivitet. De består af standard ambulatorierum, samtalerum til ambulante patienter og ambulatorierum på operationsgang samt kemoterapipladser.

Der er opgjort 295.967 ambulante besøg i 2018, der i tabellen sammenlignes med den kapacitet, der vil være til rådighed i basismodellen og ved de tre tiltag. I opgørelsen af antal ambulante besøg i 2018 er frasorteret eksempelvis ambulante operationer, dialysepladser og ambulante fysioterapi/ergoterapi, hvoraf en væsentlig del foregår i træningssale.

I forhold til kapaciteten til behandling med dialyse bygges 33 dialysepladser på Nyt Hospital Nordsjælland, hvilket er færre pladser end de nuværende 38 dialysepladser på Nordsjællands Hospital. Hospitalet har aktuelt 4 self-care pladser, som skal etableres uden for afdelingen. Den fremtidige kapacitet på dialyseområdet sikres via kapaciteten på det nye hospital, etableringen af self-care satellitter i eksempelvis sundhedshuse, samt øget hjemmehæmodialyse hvor patienten selv varetager dialysebehandlingen i eget hjem.

Der er tillagt en registreringsmæssig usikkerhed på 3 % til aktivitetsopgørelsen for 2018 svarende til knap 10.000 ambulante besøg. Derudover er der korrigeret for aktivitetssager, så blandt andet den kommende udvidelse af øre-næse-hals aktiviteten på Nordsjællands Hospital er medregnet.

I basisscenariet vil ambulatoriekapaciteten være 12 % større end ambulatorieaktiviteten i 2018. Reduceres konsultationstiden med 5 min. eller øges åbningstimer med 1-2 timer vil kapaciteten kunne øges op til 46 %. Hertil kommer yderligere mulighed for at forøge kapaciteten, for eksempel ved at øge rumudnyttelse fra 80 til 90 %.

Der er tale om eksempler på tre særskilte tiltag, som er opgjort enkeltvis, og hver især vil de løfte den ekstra kapaciteten mellem 28-46 %. Hvis flere effektiviseringer realiseres samtidig, vil der således være en større effekt, end hvis kun de enkeltvise tiltag realiseres.

Det vurderes således, at ambulatoriekapaciteten er tilstrækkelig på Nyt Hospital Nordsjælland under forudsætning af, at der vil være samme antal ambulante besøg i 2024 som i 2018. Ved et behov for øget ambulatoriekapacitet er det muligt tilpasse kapaciteten ved at ændre i åbningstid, konsultationstid eller rumudnyttelse. Der skal dog tages højde for, at en reduktion af sengeaktiviteten fremadrettet kan resultere i flere ambulante besøg. I de senere år er der set et mindre fald i ambulatorieaktiviteten, selv om hospitalet samtidig har været underlagt et kapacitetspres som følge af den demografiske udvikling.

### 5.5. Bevægelse mod mere borgernær behandling

En af de store tendenser i sundhedsvæsenet er udviklingen mod kortere og mere intensive behandlingsforløb på hospitalerne og målretning af tilbud efter behov. Samtidig kan mere behandling varetages uden for hospitalerne enten i eller tæt på patientens eget hjem. Det betyder ændringer i hospitalsopgaven og ændringer i behovet for kapacitet på hospitalerne.

Denne omstilling af hospitalerne skal ske i takt med, at kvaliteten, kompetencerne og kapaciteten i de nære sundhedstilbud styrkes. Det betyder også, at hospitalernes mulighed for omstilling blandt andet afhænger af indsatsen i kommuner og praksissektoren. Endvidere er der også opmærksomhed omkring, hvordan omkostningseffektiviteten og sammenhængen på tværs af sektorer i hele sundhedsvæsenet kan styrkes, herunder hvor og hvordan opgaverne mest hensigtsmæssigt løses og forankres.

Et af de fire politisk vedtagne principper for Region Hovedstadens Hospitalsplan 2025, som sætter retningen for, hvordan det regionale sundhedsvæsen skal udvikle sig i de kommende år, er netop nærhed. Eftersom behandlingen i en årrække har bevæget sig i retning af mere specialisering og centralisering, er der behov for samtidig at sikre nærhed og tryghed for den enkelte borger, blandt andet ved at udvalgte behandlinger udføres så tæt på borgerne som muligt. Denne målsætning kræver et tæt samarbejde mellem de alment praktiserende læger, kommunerne og hospitalerne. Derudover er det vigtigt at undgå, at patienterne er indlagt længere tid end nødvendigt, hvilket ligeledes kræver et tæt samarbejde mellem hospital, kommune og alment praktiserende læge, så der sikres gode tilbud til patienterne i overgangen efter hospitalsindlæggelse, særligt når det gælder de ældre medicinske patienter.

Samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og almen praksis konkretiseres blandt andet i sundhedsaftalen, der beskriver rammerne for samarbejdet. Sundhedsaftalen for 2019-2023 er trådt i kraft 1. juli 2019, og en af visionerne heri er at skabe mere sundhed for pengene samlet set. I hvert planområde er der et samordningsudvalg, hvor det enkelte hospital og de kommuner, der primært benytter hospitalet, skal være med til at konkretisere indsatsen i sundhedsaftalen og at implementere aftalte indsatsen lokalt.

I Region Hovedstaden arbejder man desuden med en vision for fælles sundhedshuse. Visionen danner ramme for samarbejdet mellem de tre sektorer om at etablere nye

samarbejdsformer, for eksempel i fælles sundhedshuse. I afsnit 6.4 gennemgås dette arbejde nærmere.

Et væsentligt element i omstillingen til mere nærhed er en løbende vurdering af, om borgeren kan have gavn af, at behandlingen kan foregå på et lavere effektiviserings- og omsorgsniveau. Det kan for eksempel være at gå fra indlæggelse til ambulat behandling, fra ambulat behandling til telemedicin eller behandling i praksissektoren eller kommunen. Denne bevægelse understøttes af, at nærhedsfinansiering i de kommende år vil erstatte den aktivitetsbaserede styring. Med den ny styringsmodel (aftale om regionernes økonomi for 2019) er det nuværende fokus på sygehusaktivitet ændret til bredere mål, der understøtter sammenhæng og omstilling af behandlingen af mennesker med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter fra hospitalerne til tilbud tættere på patienten. Udvalgte initiativer forbundet med nærhedsfinansiering gennemgås nedenfor i afsnit 5.6.2.

Nordsjællands Hospital har også fokus på de øgede krav til samarbejde mellem kommuner, praksissektoren og hospitalet i deres organisationsprojekt, Livskraft, hvor der særligt lægges vægt på samarbejdet mellem akutmodtagelsen, de alment praktiserende læger og de kommunale sundhedstilbud. Udvalgte igangværende og kommende indsatser i Livskraft gennemgås nedenfor i afsnit 5.6.1.

## 5.6 Igangsatte initiativer på Nordsjællands Hospital

Nordsjællands Hospital er allerede i færd med at implementere ændringer, der skal tilgodese nære tilbud i planområde Nord og understøtte omstilling af aktiviteten, der stemmer overens med den forventede aktivitetsudvikling og de fysiske rammer i det nye byggeri. Nedenfor er de igangsatte tiltag gennemgået for dermed at have en status for arbejdet med omstilling af aktiviteten.

### 5.6.1. Livskraft

Med et barmarksprojekt som Nyt Hospital Nordsjælland er der en særlig mulighed for at forberede planområde Nord til fremtidens sundhedsvæsen.

I arbejdet med at planlægge det nye hospitalsbyggeri har Nordsjællands Hospital haft fokus på, at udviklingen med en større andel ældre borgere særligt i planområde Nord stiller krav til samarbejdet mellem kommuner, praksissektoren og hospitalet. Flere borgere får behov for at komme i kontakt med sundhedsvæsenet, enten via egen læge, via hospitalet eller via kommunale tilbud om pleje og forebyggelse. Der er således behov for nye måder at arbejde på og nye fysiske rammer, der i højere grad tager højde for udviklingen og det fremtidige behov for hospitalsydelser.

Hospitalet er allerede i færd med at håndtere den udvikling i projektet Livskraft, der skal drive hospitalet frem mod ibrugtagning af det nye byggeri. Livskraft består af fire

strategiske spor: Akutte patienter, indlagte patienter, ambulante patienter og patienter uden for hospitalet, samt fire tværgående indsatser: Service og logistik, digitale forløb, tidlig diagnostik og operativ aktivitet. Sporene og indsatserne rummer flere projekter, som tilsammen skal bidrage til at forandre organisationen. Livskraft bidrager også til kravet om 8 % effektivisering af driften, der er en forudsætning i det endelige tilsagn for Nyt Hospital Nordsjælland fra 2013.

I Livskraft lægges der især vægt på samarbejdet mellem den fælles akutmodtagelse, de praktiserende læger og de kommunale sundhedstilbud, som bliver omdrejningspunktet for hospitalets nye rolle.

I det følgende gives en kort beskrivelse af en række igangværende og kommende indsatser i Livskraft, samt øvrige relevante igangværende projekter som vurderes at have betydning for aktiviteten og kapaciteten på hospitalet.

- Omorganisering af Akutmodtagelsen

Pr. 1. maj 2019 er gennemført en omorganisering af Akutmodtagelsen baseret på følgende to tiltag, der skal sikre et forbedret flow for de akutte forløb og derigennem færre senge dage.

- Flere kompetencer i front med henblik på at sikre korrekt visitering til rette speciale samt sikre at flere patienter kan blive færdigbehandlet i Akutmodtagelsen.
- De almene senge i Akutmodtagelsen er gjort til specialespecifikke senge ledet af de specialespecifikke afdelinger, så der hurtigere kan træffes en kvalificeret beslutning om patientens videre forløb og derigennem forbedre patientflowet.

- Tværasektorielt team i Akutmodtagelsen

Der er etableret et Tværasektorielt Team med en udskrivende, udkørende og rådgivende funktion i Akutmodtagelsen, der blandt andet har til formål:

- At levere udskrivelser af høj kvalitet, der giver tryghed for patienter og pårørende, optimere overdragelsen af patienter, forebygge uhensigtsmæssige genindlæggelser og overholdelse af kommunikationsaftaler (udskrivelsesfunktionen)
- At udvikle, afprøve og implementere nye funktioner, opgaver og samarbejdsformer med kommuner, almen praksis med henblik på, at kun patienter med specialiseret behandlingsbehov indlægges (udkørende og rådgivende funktion). Dette sker ved tre tiltag:
  - i. Udlægning af patienter, som har været i Akutmodtagelsen, men hvor den resterende behandling kan foregå i eget hjem i stedet for en indlæggelse (behandlingsansvar fortsat Akutmodtagelsen)



- ii. Tidlig opsporing af sygdom i eget hjem. Her involveres det udkørende Team på baggrund af kontakt fra kommunal akutfunktion eller almen praksis
- iii. Hjælp til instrumentelle opgaver i eget hjem, som eksempelvis kateterskift eller sondeanlæggelse i stedet for, at borgeren køres i Akutmodtagelsen for at få foretaget dette.

Ovenstående tiltag er igangsat. Det udkørende team arbejder aktuelt i tre kommuner, men der arbejdes på, at det skal være et tilbud til de øvrige kommuner i planområde Nord.

- Tidlig diagnostik

Tidlig diagnostik er et spor i Livskraft, hvor et af projekterne er oprettelse af en billeddiagnostisk enhed i Akutmodtagelsen med det mål at opnå en hurtigere diagnosticering, behandling og udskrivelse.

- Operativ aktivitet

En tværgående indsats i Livskraft er operativ aktivitet, der blandt andet har snitflader til både de akutte patienter og de indlagte patienter. Med de nye fysiske rammer, hvor al kirurgisk aktivitet samles, bliver det muligt at optimere ressourcerne på tværs af kirurgiske specialer og forbedre udnyttelse af kapaciteten gennem fælles booking og arbejdstilrettelæggelse.

- Indsatser indbefatter, at der i fremtiden skal udføres mest mulig kirurgi og dagkirurgi under hensyntagen til patientens ønske. Det vil betyde, at færre patienter indlægges før og efter en operation.
- Nogle af potentialerne ved mere dagkirurgi kan eksemplificeres med opgørelser af forbruget af sengedage for specifikke operationsforløb, der i dag ikke foregår som dagkirurgiske forløb. For eksempel brugte alle indlagte patienter til primær og sekundær knæ- og hoftealloplastik i 2018 4.107 sengedage.

Det er vanskeligt at kvantificere og dermed estimere de enkelte projekters effekt på kapaciteten på Nordsjællands Hospital og på længere sigt på det nye hospital. I praksis vil indsatserne i Livskraft formentlig få gradvist større effekt – og størst effekt ved indflytning i de nye rammer på Nyt Hospital Nordsjælland. Hvorvidt der kan ske en sengereduktion i den udstrækning, der er behov for frem mod indflytning, afhænger i høj grad af disse indsatser effekt.



### **5.6.2. Nærhedsfinansiering**

I Aftale om regionernes økonomi for 2019 var der enighed om en ny styringsmodel for sundhedsvæsenet fra 2019, der afspejler, at det er en fælles hovedprioritet at styrke sammenhængen for patienterne. Det hidtil primære fokus på hospitalsaktivitet ændres dermed til bredere mål, der understøtter sammenhæng og omstilling til behandling i det nære sundhedsvæsen.

Det er de enkelte hospitaler, der tilrettelægger indsatserne ud fra, hvad der passer bedst til deres organisation og patienter. Indsatserne vedrører overordnet set:

- Bedre samarbejde på tværs af hospital, kommune og almen praksis
- Anvendelse af virtuelle løsninger
- Optimerede udredningsforløb, hvor udredningen sker med patienten i centrum
- Forebyggelse af indlæggelser og omlægning til ambulante behandling

På grund af forsinkelse i LPR3-data er det endnu ikke muligt at måle på effekterne af omstillingen, men indsatserne forbundet hermed må forventes også at have potentiel indvirkning på aktiviteten og dermed behovet for kapacitet på Nyt Hospital Nordsjælland.

Nedenfor fremgår udvalgte projekter, som Nordsjællands Hospital selv har fremhævet i forbindelse med opfølgning på implementering af nærhedsfinansiering.

- Værdibaseret sundhed på Lunge- og Infektionsmedicinsk ambulatorie  
I dette projekt omlægges hele ambulatoriet til en mere behovsorienteret tilgang. Projektet bygger i høj grad på erfaringer fra KOL-området, hvor kontrolforløb i højere grad blev tilrettelagt efter patientens behov. Omlægningen sker gennem blandt andet bedre planlagte udredningsforløb, mindre brug af faste kontroller - men i stedet kontrol ved behov - samt mere fleksibel adgang til behandling og rådgivning.
- Polyfarmaciklinik  
I Polyfarmaciklinikken er der mulighed for at få gennemgået sin medicin for at finde ud af, om der er medicin, som man ikke behøver at tage. Tilbuddene består af ambulatoriebesøg, hjemmebesøg eller indlæggelse til medicinsk detox, og de henvender sig til patienter med komplekse medicinske problemstillinger på tværs af flere specialer. Det primære er ikke antallet af lægemidler, men at patienten er motiveret til at få gennemgået og saneret i sin medicin.

Tilbuddet er tværfagligt og varetages i et samarbejde mellem farmaceuter og speciallæger, ligesom der samarbejdes med de praktiserende læger, både om henvisning og opfølgning. Der tages udgangspunkt i den enkeltes livssituation og sygdomme. Fordele og ulemper ved de enkelte lægemidler gennemgås, og der træffes beslutning i fællesskab om den videre lægemiddelbehandling

- Min forløbsassistent:  
Min Forløbsassistent er et nyt koncept for digital forløbskommunikation, der sikrer, at patienter er velforberejdede, mere selvhjulpne og mere aktive partnere i eget forløb. Samtidig får hospitalet et værktøj til at designe effektive digitale forløb, reducere udeblivelser og sene aflysninger samt optimere arbejdsgange.

Løsningen består af en patientrettet app, der er fuldt integreret med en klinikerrettet softwareløsning. App'en giver information til patienten i mindre bidder på præcis det tidspunkt i forløbet, hvor patienten har brug for informationen. Det kan eksempelvis være videoer, der forklarer, hvordan operationen foregår, og påmindelser for tidspunkt hvor faste, genoptræning mv. skal opstartes.

## 5.7. Opsummering

Aktivitetsudviklingen peger på et stabilt antal sengedage på Nordsjællands Hospital i de foregående år. På det nye hospital vil der være samme antal normerede senge som på Nordsjællands Hospital i dag. Den samlede sengekapaletet vil dog være mindre, fordi hospitalet i dag råder over et antal buffersenge, som ikke vil være til rådighed på det nye hospital. Det indebærer, at hospitalet ved en belægningsprocent på 85 % skal reducere i sengeaktiviteten frem til 2024 svarende til et fald på 46 senge. I beregningen af antal senge, der skal reduceres frem til 2024, er der taget højde for, at Nordsjællands Hospital planlægger med et lavere antal senge end beregnet i sengetrappeanalysen for 2019, når belægning af sengene ændres pr. 1. december 2019, jf. afsnit 5.4.2

Det vil kræve en markant omstilling af sengeaktiviteten, hvis aktiviteten fremadrettet skal kunne rummes på Nyt Hospital Nordsjælland. Samtidig forventes en demografisk udvikling i planområde Nord med flere ældre borgere at medføre en stigning i aktiviteten, der kan skabe et yderligere kapacitetspres på det nye hospital.

Det kræver en særlig indsats af Nordsjællands Hospital at reducere sengeaktiviteten, hvis det nye hospital skal kunne rumme planområdets patienter. Hospitalet er dog allerede i færd med at håndtere den udvikling i projektet Livskraft, som vil understøtte en omstilling af aktiviteten, der stemmer overens med kapaciteten i det nye byggeri. I Livskraft lægges især vægt på samarbejdet mellem akutmodtagelsen, de praktiserende læger og de kommunale sundhedstilbud, som bliver omdrejningspunktet for hospitalets nye rolle.

Hvis hele reduktionen i sengeaktivitet ikke opnås inden ibrugtagningen af det nye hospital, er der flere mulige tiltag end dem, der allerede er igangsat på Nordsjællands Hospital. Tiltagene er gennemgået i kapitel 6 og tager blandt andet afsæt i et regionsdækkende perspektiv. Derudover kan det være en mulighed at planlægge med en øget belægning af sengene på 90 % i stedet for 85 %, når det nye hospital tages i brug, hvis hele omstillingen ikke opnås. Ved en øget belægning kan behovet for et fald i antal senge frem til 2024 reduceres væsentligt. 90 % belægning kan vise sig at give tilstrækkelig bufferkapacitet, men udgangspunktet er aktuelt 85 % belægning på hospitalet fremadrettet.

I udgangspunktet vurderes kapaciteten på ambulatorieområdet på Nyt Hospital Nordsjælland at være tilstrækkelig under forudsætning af, at der vil være det samme antal ambulante besøg i 2024 som i 2018. Selv hvis den ambulante aktivitet skulle stige markant, vil der være tilstrækkelig kapacitet på det hospital, idet det er muligt tilpasse kapaciteten ved at ændre i for eksempel åbningstid, konsultationstid eller rumudnyttelsen.

## 6. Vurdering af behov for yderligere tiltag

Det indgik i kommissoriet for analysen, at der skulle belyses mulige veje at gå, såfremt analysen pegede på, at kapaciteten på det nye hospital var presset. Ovenstående analyse af det fremtidige kapacitetsbehov peger på, at der skal en særlig indsats til for at kunne rumme planområdets patienter på det nye hospital. Nordsjællands Hospital har dog allerede igangsat en række relevante indsatser, som skal sikre den nødvendige omstilling af sengeaktiviteten.

Det er derfor administrationens vurdering, at der ikke for nuværende er grundlag for at gå videre med at igangsætte yderligere indsatser. Administrationen lægger dog op til, at udviklingen i kapaciteten følges løbende i de kommende år. I det følgende belyses nogle af de muligheder, der er for at imødekomme en eventuel kapacitetsudfordring, såfremt omstillingen af sengeaktiviteten ikke går planmæssigt.

For et overblik over kommissoriets oplyste mulige tiltag, se bilag 1.

### 6.1. Ændret patientgrundlag ved at ændre optageområde

Såfremt der skulle opstå et kapacitetspres, er det en mulighed at imødekomme presset ved at ændre i planområder, det vil sige flytte en eller flere kommuner fra ét planområde til et andet eller ændre i optageområder for enkelte specialer. Det er en mulighed, fordi der i Region Hovedstaden er fire store, ligeværdige akuthospitaler med en bred vifte af specialer og funktioner, og at der samlet set i regionen er tilstrækkelig kapacitet til at rumme den forventede aktivitetsudvikling.

Region Hovedstaden har fastlagt en klinisk grundstruktur for hospitalsvæsenet. Den kliniske grundstruktur har afsat i, at der skal være et akuthospital med akutafdeling i hvert af regionens planområder. Regionen er inddelt i fire planområder med ét akuthospital og mindst ét psykiatrisk center i hvert område, jf. nedenstående kort.

Planområdet er det geografiske område, som akuthospitalets patienter hovedsageligt kommer fra. Inddelingen i planområder sikrer, at borgerne kan få behandlet de almindeligt og hyppigt forekommende sygdomme i nærheden af deres bopæl. Den konkrete kommunesammensætning af planområderne er baseret på en samlet betragtning, der afvejer hensyn til såvel befolkningsunderlag som regionens geografi og trafikale infrastruktur.



De fire optageområder er udgangspunktet for visitation af borgere til sundhedsfaglig behandling. Hospitalernes optageområder følger ikke altid planområderne, da det ikke er alle lægefaglige specialer, der er til stede på de enkelte akuthospitaler. Inden for specifikke områder varetages behandlingen således for patienter fra flere forskellige planområder.

Planområde Nord består af kommunerne Halsnæs, Gribskov, Helsingør, Fredensborg, Hillerød, Frederikssund, Allerød og Hørsholm.

#### Ændring i optageområde

Hvis man vælger at se nærmere på muligheden for ændring i optageområdet for enkelte specialer på Nordsjællands Hospital, vil det kræve, at flere kommuner fra planområde Nord, eksempelvis Frederikssund, Allerød og Hørsholm, indlemmes i andre optageområder. Hvis den forventede effekt af en sådan ændring skal være på niveau med

en omstilling af sengeaktiviteten frem mod 2024 svarende til et fald i sengedage på 9 % (ved en belægningsgrad på 85 %), vil det yderligere kræve ændring i optageområde for flere specialer, der hver især tegner sig for en væsentlig del af antal sengedage på Nordsjællands Hospital.

Eftersom de omfattede patienter ville skulle varetages på andre hospitaler i regionen, vil ændringer i optageområder medføre afledte konsekvenser i resten af regionen, som ville skulle kortlægges nærmere. Derudover bør det overvejes, om det er hensigtsmæssigt med længere afstande for de omfattede patienter til deres behandlingssted. Afslutningsvis bør man være opmærksom på, at ændringer i optageområder i udgangspunktet kun skal foregå i tilfælde, hvor det giver fagligt mening.

#### Ændring i planområde

Med udgangspunkt i Hørsholm Kommune som eksempel vil en ændring i planområde Nord for somatikken, hvor Hørsholm indlemmes i planområde Midt, betyde en reduktion på omkring 6 % af sengedagene på Nordsjællands Hospital. Dette skal, ligesom for en ændring i optageområde, sammenholdes med det estimerede behov for en reduktion i antal sengedage på 9 % frem mod 2024.

Ved dette eksempel er der således umiddelbart tale om en forventet reduktion, der er i nærheden af det estimerede behov for reduktion i antal sengedage. Det er vigtigt at være opmærksom på, at der ved en ændring i planområder også vil være afledte konsekvenser for planområde Midt og dermed aktivitet og kapacitet på Herlev og Gentofte Hospital.

For patienterne vil det betyde en øget transporttid, selvom Hørsholm er den kommune i Planlægningsområde Nord, der ligger tættest på hospitalerne i Planområde Midt.

Der er et veletableret samarbejde mellem kommuner, hospital, almen praksis og brugere i de enkelte planområder i forhold til arbejdsgange og udvikling af det tværsektorielle samarbejde, især i form af samordningsudvalg, der dækker det tværsektorielle samarbejde om alle målgrupper. En flytning af en kommune mellem planområder vil dermed være en ændring i de tværsektorielle samarbejdsstrukturer, og det vil kræve nærmere analyse og vurdering, hvis muligheden skal undersøges nærmere.

## 6.2. Opretholdelse af sengepladser på hospitalsmatriklen Frederikssund

Nordsjællands Hospital har siden 2013 haft hospitalsaktiviteter på to matrikler i Hillerød og Frederikssund. Flere afdelinger er organiseret på tværs af matriklerne i Hillerød og Frederikssund, og det bærende princip for arbejdsdelingen er det faglige og kvalitetsmæssige hensyn til patientbehandlingen.

Tilsagnet for kvalitetsfundsbyggeriet Nyt Hospital Nordsjælland er betinget af fusion af Frederikssund- og Hillerødmatriklerne, og dermed er det forudsat, at de nuværende hospitalsaktiviteter på matriklen i Frederikssund flytter, når det nye hospital står klar.

Efter beslutningen om at arbejde med en lavere belægningsprocent på 85 % vil der pr. 1. december 2019 være 84 normerede senge.

På matriklen i Frederikssund er der for nuværende:

- Kardiologisk sengeafsnit og ambulatorium
- Lunge- og Infektionsmedicinsk sengeafsnit og ambulatorium
- Kirurgisk ambulatorium
- Neurologisk rehabilitering og fysioterapifsnit
- Palliativt sengeafsnit og udkørende palliativt team
- Akutklinik

Udover ovennævnte sengeafsnit og ambulante funktioner er der et billeddiagnostisk afsnit, et klinisk biokemisk afsnit og diverse støtteaktiviteter.

Hvis en opretholdelse af sengepladser på matriklen i Frederikssund skal afsøges nærmere, vil det være nødvendigt igen at rette henvendelse til Sundheds- og Ældreministeriet. Regionen spurgte ministeriet allerede i 2016 om tilladelse til at udsætte lukningen af Frederikssund-matriklen og dermed opretholde aktivitet efter ibrugtagning af Nyt Hospital Nordsjælland, hvilket ministeriet afviste, jf. sag på regionsrådet d. 14. juni 2016. Lukningen af Frederikssund er en væsentlig forudsætning for, at Nordsjællands Hospital kan indfri effektiviseringskravet på 8 % af hospitalets nuværende driftsudgifter. Effektiviseringskravet for et helt nyt hospital som Nyt Hospital Nordsjælland er større end for de øvrige byggerier i regionen, hvor der eksempelvis tilbygges.

I overvejelserne omkring opretholdelse af sengepladser på Frederikssundmatriklen vil det også være relevant at se dette i sammenhæng med muligheden for at flytte ellers planlagt ambulatorieaktivitet fra Nyt Hospital Nordsjælland til de fælles sundhedshuse i Helsingør og Frederikssund.

### 6.3. Flytning af funktioner til andre hospitaler

En mulighed for at skabe balance mellem den fremtidige kapacitet på Nyt Hospital Nordsjælland og den forventede aktivitetsudvikling kan være at flytte konkrete funktioner eller specialer fra Nordsjællands Hospital til andre hospitaler i regionen.

Der er et akuthospital i hvert af regionens fire planområder, og der er en intention om at sikre ligeværdige akuthospitaler, hvor størstedelen af funktionerne er til stede. Inddelingen i planområder sikrer, at borgerne kan få behandlet de almindeligt og hyppigt forekommende sygdomme i nærheden af deres bopæl.

På grund af den geografiske spredning i Planområde Nord vil flytning af funktioner formentlig have stor betydning for patienter og pårørende.



På akuthospitalerne er følgende specialer til stede: Ortopædkirurgi, kirurgi, intern medicin, kardiologi, anæstesiologi, neurologi og pædiatri. Specialerne er til stede på Nordsjællands Hospital i dag. Derudover varetager hospitalet oftalmologi, gynækologi & obstetrik, øre-næse-halskirurgi samt klinisk onkologi. Der er således, i lighed med de andre hospitaler i regionen, enkelte specialer og funktioner, som umiddelbart ikke er direkte forbundet med profilen for et akuthospital.

I overvejelserne omkring eventuel flytning af funktioner eller specialer fra Nordsjællands Hospital til andre af regionens hospitaler gennemgås en række eksempler. Eksemplerne er udvalgt ud fra aktivitetsoversigter over antal sengedage inden for de forskellige specialer og afsnit på Nordsjællands Hospital og med udgangspunkt i funktioner/specialer, som ikke direkte indgår i profilen for et akuthospital. Hvis der skal ses nærmere på muligheden for at flytte funktioner til andre hospitaler, vil det skulle analyseres nærmere.

Som tidligere gennemgået vil der med udgangspunkt i en belægningsgrad på 85 % være behov for en omstilling af sengeaktiviteten frem mod 2024 svarende til et fald i sengedage på 9 %.

Afdeling/afsnit	Antal sengedage i 2018	Andel af den samlede aktivitet på hospitalet
Onkologi	7.000	3,0%
Øre-næse-hals	5.300	2,3%
Neurorehabilitering	5.000	2,3%

- Onkologi: Der arbejdes på en regional kræftplan (forventes færdig medio 2020) og dermed den fremtidige organisering af kræftområdet, og derfor går nærværende analyse ikke nærmere ind i eksemplet.
- Øre-næse-halsafdelingen: Vurderingen er, at hvis aktiviteten overvejes flyttet til et andet hospital, vil det blandt andet på grund af pladsforhold ikke være muligt at rykke aktiviteten til Rigshospitalet, som har den eneste anden øre-næse-halsafdeling i regionen.
- Afsnit for neurorehabilitering er for nuværende placeret på hospitalsmatriklen i Frederikssund. Når Nyt Hospital Nordsjælland står færdig, skal aktiviteten på matriklerne i Hillerød og Frederikssund samles på det nye hospital. En eventuel flytning af Afsnit for neurorehabilitering til et andet hospital vil betyde afsøgning af muligheden for samling i Nyt Neurorehabiliteringshus i Glostrup.

Som det ses af ovenstående eksempler, vil det kræve, at flere specialer og funktioner flyttes fra Nordsjællands Hospital, hvis løsningen om at flytte funktioner skal imødekomme den samlede reduktion i aktivitet i antal sengedage.

Administrationen vurderer generelt set, at det er væsentligt fortsat at sikre intentionen om regionens fire ligeværdige akuthospitaler. Derudover bør det for de enkelte funktioner og

specialer overvejes, om det er hensigtsmæssigt med længere afstande til behandling og kontrol i lyset af den geografiske spredning i planområde Nord.

#### 6.4. Fokus på borgernær behandling

Et af de fire politisk vedtagne principper for Region Hovedstadens Hospitalsplan 2025, som sætter retningen for, hvordan det regionale sundhedsvæsen skal udvikle sig i de kommende år, er nærhed. Behandlingen har i en årrække bevæget sig i retning af mere specialisering og centralisering. For samtidig at sikre nærhed og tryghed for den enkelte borger er det vigtigt, at udvalgte behandlinger udføres så tæt på borgerne som muligt. Denne målsætning kræver et tæt samarbejde mellem de praktiserende læger, kommunerne og hospitalerne. Det kan blandt andet konkretiseres ved at etablere nye samarbejdsformer, for eksempel i fælles sundhedshuse.

I 2016 godkendte Region Hovedstaden en vision for fælles sundhedshuse. Visionen er udarbejdet sammen med kommunerne og de praktiserende læger. Visionen udspringer af ønsket om at skabe et stærkt nært sundhedsvæsen, som kan supplere den indsats, borgerne får på hospitalet og bidrage til at skabe sammenhængende forløb af høj kvalitet. I Planområde Nord er regionen aktuelt engageret i etablering af to fælles sundhedshuse i Helsingør og Frederikssund.

Det tværsektorielle samarbejde om etablering af de to fælles sundhedshuse i Frederikssund og Helsingør er samlet i én fælles styregruppe med deltagelse af regionsadministrationen, hospitalet, alle kommuner i planområde Nord og almen praksis med et delt formandskab mellem Frederikssund Kommune, Helsingør kommune og Nordsjællands Hospital.

##### Fælles sundhedshus i Helsingør

Nordsjællands Hospital og Helsingør Kommune har siden 2013 samarbejdet om etablering af et nyt fælles tværsektorielt sundhedshus i Helsingør Kommune ved Prøvestenscenteret med forventet ibrugtagning i 2022. Der foreligger på nuværende tidspunkt en forhåndsftale med Helsingør Kommune om, at Nordsjællands Hospital kan leje et areal på ca. 700 m<sup>2</sup>, svarende til arealet i det eksisterende sundhedshus i Murergade. Helsingør Kommune har besluttet at udvide det nye sundhedshus med en etage og tilbyde, at Nordsjællands Hospital kan leje op til ca. 2.500 m<sup>2</sup>, hvis der viser sig et behov for et væsentligt større areal, som følge af at mere aktivitet med fordel kan varetages tættere på borgeren. Regionen har været i dialog om mulighederne for flere m<sup>2</sup>, men ikke givet tilsagn eller indgået aftale herom.

På nuværende tidspunkt er det aftalt, at regionen flytter de regionale funktioner fra det eksisterende regionale sundhedshus i Murergade til det nye fælles sundhedshus. Det omfatter:

- Akutklinik
- Blodprøvetagning og EKG



- Røntgen
- Jordmoderkonsultation
- Medicinske ambulatorier (Kardiologi, Lungemedicin og Endokrinologi)
- Lymfødembehandling

Sundhedshuset vil også indeholde kommunale tilbud, for eksempel rehabiliterings-og træningscenter, ambulans genoptræning, forebyggelse og visitation, rusmiddelrådgivning m.v. og der er reserveret 500 m<sup>2</sup> til praksissektoren.

#### Fælles sundhedshus i Frederikssund

Nordsjællands Hospital har siden 2016 samarbejdet med Frederikssund Kommune om etablering af et fælles tværsektorielt sundhedshus, når hospitalsmatriklen i Frederikssund lukker ved ibrugtagningen af Nyt Hospital Nordsjælland. Det er endnu uafklaret, hvor det fælles sundhedshus i Frederikssund placeres. Som tidligere beskrevet er tilsagnsskrivelsen for kvalitetsfundsbyggeriet Nyt Hospital Nordsjælland betinget af fusion af Frederikssund- og Hillerødmatriklerne i det nye byggeri. På Frederikssund er flere af Frederikssund Kommunes tilbud allerede flyttet ind i de eksisterende hospitalslokaler. Det er planen, at der skal være de samme regionale funktioner i sundhedshusene i Helsingør og Frederikssund.

En mulighed for at skabe mere plads på Nyt Hospital Nordsjælland kan være at flytte flere regionale funktioner ud i de planlagte sundhedshuse. Her skal der dog være opmærksomhed på, at der fortsat vil være de samme pleje- og personaleresourcer til rådighed på det samlede Nordsjællands Hospital, uanset om flere funktioner placeres i et sundhedshus.

En overvejelse om at afsøge muligheden for at flytte flere regionale funktioner ud i sundhedshusene vil på grund af den geografiske spredning i Planområde Nord være mere relevant hér end i de andre af regionens planområder. Hvis det skal overvejes at imødekomme det forventede kapacitetspres på Nyt Hospital Nordsjælland via placering af flere regionale funktioner i de fælles sundhedshuse, vil det være relevant at tage udgangspunkt i løsninger, der er læge- og sundhedsfagligt meningsfulde og skaber mening og værdi for borgerne. Der skal desuden være tale om et tilstrækkeligt patientvolumen, og der bør kunne ses potentielle synergier mellem hospital, kommuner og almen praksis for de funktioner/patientgrupper, der overvejes flyttet fra hospital til sundhedshus. Såfremt flere hospitalsaktiviteter flyttes til et sundhedshus, må man overveje, om det nye hospital skal reduceres tilsvarende, eller om en sådan beslutning bør medføre yderligere fysisk kapacitet samlet set.

En eventuel flytning af regionale funktioner fra det planlagte Nyt Hospital Nordsjælland til de fælles sundhedshuse skal godkendes politisk.

Nedenfor fremgår eksempler på mulige patientgrupper og former for behandling, som vurderingen af eventuel flytning kan tage udgangspunkt i:

**Patientgrupper:**

- Voksne med akut behov for behandling på akutklinik
- Borgere med kroniske sygdomme (eks. hjerte-kar, diabetes, KOL, lænde-ryg)
- Den ældre medicinske patient
- Den terminale patient
- Den raske borger med ønske om forebyggelses- og sundhedsfremmende tilbud (rygestop, alkoholstorforbrug m.m.)
- Børn og unge
- Gravide/familier

#### **6.4.1. Analyse af aktivitet, der kan varetages i de fælles sundhedshuse**

Projektorganisationen bag Nyt Hospital Nordsjælland har i juli 2019 igangsat en analyse af, hvilken sundhedsbehandling, det kan give fagligt mening at flytte fra det nye hospital til sundhedshusene. Omfanget af aktivitet i de fælles sundhedshuse kan få betydning for kapaciteten på Nyt Hospital Nordsjælland, idet det må overvejes, om aktiviteten og kapaciteten i sundhedshusene skal være en fornyet investering i nære tilbud, eller om det skal rummes inden for det samlede hospital, hvor det nye hospitals fysiske rammer reduceres, svarende til den aktivitet, der flyttes ud i et sundhedshus, og hermed kan udflytningen understøtte Nyt Hospital Nordsjællands reserver.

På dialogmødet med kommuner og almen praksis i planområde Nord var der stor interesse for at høre nærmere om og at blive inddraget i det videre arbejde med de fælles sundhedshuse.

I september til november 2019 kvalificeres analysens resultater med input fra de kliniske afdelinger på Nordsjællands Hospital. Analysen vil derefter være en del af grundlaget for en regional proces med politiske drøftelser af rammerne for sundhedshuse i planområde Nord, som skal føre til en politisk beslutning om etablering af fælles sundhedshuse i planområde Nord. Undervejs i processen vil kommuner og almen praksis i planområde Nord desuden blive inddraget, så alle relevante parter høres.

## **7. Konklusion**

I 2024 forventes Nyt Hospital Nordsjælland at blive taget i brug. Hospitalet skal være akuthospital i planområde Nord. Der vil være den samme normerede sengekapacitet til rådighed på det nye hospital, men det nuværende Nordsjællands Hospital har et større antal buffersenge ud over de normerede senge til rådighed, hvilket ikke er tilfældet i det nye byggeri.

Samtidig peger regionens fremskrivninger på, at der særligt i planområde Nord forventes en aldrende befolkning, som kan skabe et kapacitetspres på det nye hospital.

Derfor blev det med Hospitalsplan 2025 besluttet, at der skulle ses nærmere på det fremtidige kapacitetsbehov på Nyt Hospital Nordsjælland.

Analysen viser, at der har været et stabilt antal sengedage på Nordsjællands Hospital i de foregående år, også selvom hospitalet har varetaget flere patienter over årene. Men analyser peger også på, at selv hvis antal sengedage holdes stabilt i de kommende år, vil der være behov for at reducere sengeaktiviteten, hvis hospitalet skal kunne rumme planområdets patienter. En sengetrappanalyse viser, at det kræver en markant omstilling af aktiviteten svarende til en reduktion fra 616 senge i 2019 til 570 senge i 2024, det vil sige 46 senge. Hvis fremskrivningen om flere ældre i planområdet i de kommende år holder stik, forventes et yderligere pres på aktiviteten, hvormed behovet for reduktion bliver endnu større i de kommende år. Analysen viser dog også, at den fremskrevne demografiske udvikling siden 2014 ikke har resulteret i flere sengedage på Nordsjællands Hospital.

En reduktion af sengeaktiviteten stiller krav til især mere effektive patientforløb, hvor unødige indlæggelser undgås, patienter ikke indlægges i længere tid end fagligt nødvendigt m.v., samt til samarbejdet mellem kommuner, praksissektoren og hospitalet. En udvikling med en gradvis reduktion af sengeaktiviteten forudsætter, at omstillingen ikke medføre overbelægning, og at den giver fagligt mening, hvor der fortsat sikres høj kvalitet i behandlingen og gode patientforløb. De sundhedsfaglige indsatser skal tage udgangspunkt i det enkelte menneske, når patientens forløb tilrettelægges.

Muligheden for at omstille sengeaktiviteten i de kommende år vil især afhænge af organisationsudviklingsprojekt kaldet Livskraft, der skal udvikle hospitalet, så det bliver klar til indflytningen i det nye hospital. Der er tale om gennemførelse af en række projekter inde på hospitalet og i forhold til patienter uden for hospitalet, herunder projekter omkring ibrugtagning af ny teknologi og omlægning til bedre og mere effektive patientforløb. Ny teknologi, arbejdsgange og organiseringer bliver med Livskraft udviklet, testet og implementeret.

I Livskraft arbejder Nordsjællands Hospital med det fremadrettede samarbejde mellem akutmodtagelsen, de praktiserende læger og de kommunale sundhedstilbud. Der er allerede gennemført en omorganisering af akutmodtagelsen med blandt andet flere kompetencer i front, specialespecifikke senge og tværsektorielt team, der samlet forventes at få betydning for det fremadrettede behov for kapacitet. Indsatserne vil desuden kunne få betydning for kommunerne og almen praksis i planområdet, fordi omstillingen kan betyde et tættere samarbejde om flere patienter, som før blev set på hospitalet. Der er etableret et stort antal døgndækkede pladser i de nordsjællandske kommuner i dag, der eksempelvis benyttes inden eller i forlængelse af hospitalsophold. Det er forventningen, at de døgndækkede pladser kan medvirke til at understøtte omstillingen, især i forhold til at understøtte hurtig hjemtagning fra hospitalet og være medvirkende til at reducere andelen af genindlæggelser. Det er ikke muligt for nuværende at estimere Livskraft-projekternes konkrete effekt på kapaciteten, hvorfor det ikke er muligt at vurdere, om indsatserne kan matche behovet for reduktion af sengeaktiviteten. Det er dog vurderingen, at indsatserne er relevante.

Særligt de nye akutmodtagelser på regionens hospitaler kan sikre en mere effektiv drift og mere sammenhængende patientforløb, fordi specialisterne er samlet, og patienten kan tilses med det samme uden overflytning til stamafdeling. Målet er god og hurtig udredning, så patienterne enten kan komme hurtigt hjem eller kan blive indlagt på en relevant afdeling til videre behandling. Når akuthusene på henholdsvis Herlev og Gentofte Hospital samt Amager og Hvidovre Hospital tages i brug i 2020 og 2021, kan der opnås erfaringer med, hvilke muligheder de nye akutmodtagelser giver for en effektiv anvendelse af hospitalets samlede kapacitet. Derudover kan der indhentes erfaringer fra det nye Aarhus Universitetshospital i Skejby og det kommende Regionshospitalet Gødstrup, der er barmarksprojekter ligesom Nyt Hospital Nordsjælland. Det vil være relevant løbende at følge op på disse erfaringer.

Med analysen finder administrationen, at der er behov for en markant reduktion af sengeaktiviteten, hvis fremtidens patientbehandling i planområde Nord skal kunne rummes på Nyt Hospital Nordsjælland. Det vil kræve særlige indsatser over en kortere årrække. Administrationen finder samtidig, at Nordsjællands Hospital har igangsat en række relevante indsatser med projekt Livskraft, som skal understøtte denne omstilling løbende.

På det grundlag finder administration ikke på nuværende tidspunkt, at der er behov for at igangsætte yderligere indsatser end dem, som er planlagt på Nordsjællands Hospital med projekt Livskraft. Det er dog administrationens vurdering, at analysen rummer en række usikkerheder i forhold til den forventede befolkningsudvikling og effekten af de allerede igangsatte indsatser. Der lægges derfor op til, at aktivitetsudviklingen følges tæt frem til ibrugtagningen af Nyt Hospital Nordsjælland.

Hvis det viser sig, at reduktionen af sengeaktiviteten ikke realiseres planmæssigt, er der i analysen peget på flere mulige tiltag, der er gennemgået i rapporten. Det drejer sig bl.a. om følgende mulige tiltag, som også indgik i kommissoriet for analysen:

- Ændret patientgrundlag ved at ændre optageområdet for hospitalet
- Fornyet undersøgelse af muligheden for at opretholde sengepladser på hospitalsmatriklen i Frederikssund
- Flytning af funktioner til andre hospitaler
- Mere borgernær hospitalsbehandling, herunder i sundhedshuse

Behovet for en omstilling af sengeaktiviteten på Nordsjællands Hospital skal ses i sammenhæng med, at der i Region Hovedstaden er fire store og ligeværdige akuthospitaler med en bred vifte af specialer og funktioner. Samlet set i Region Hovedstaden vurderes der på baggrund af regionens fremskrivning at være tilstrækkelig kapacitet til at rumme den forventede aktivitetsudvikling. Det vil således være muligt eksempelvis at flytte funktioner eller dele af hospitalets optageområde i planområde Nord til andre hospitaler i regionen, der vil reducere behovet for at omstille aktiviteten. En sådan ændring bør implementeres senest i årene op til ibrugtagningen af det nye hospital, hvis hele reduktionen i sengeaktivitet ikke opnås. Ændringer i varetagelse af funktioner eller i hospitalets optageområde vil medføre afledte konsekvenser i resten af regionen, hvilket ville skulle kortlægges nærmere.

Det er her væsentligt at være opmærksom på, at nogle tiltag vil have afledte konsekvenser, der er belyst i rapporten. Det handler eksempelvis om, at der i planområdet er et stærkt og veletableret samarbejde mellem kommuner, hospital, almen praksis og brugere, og en ændring i den nuværende struktur er et indgreb i de tværsektorielle samarbejdsstrukturer. Derudover kan nogle tiltag få konsekvenser for muligheden for at opretholde en rationel drift og konsekvenser for patienterne, herunder øget transporttid til behandling.

I analysen peges der på yderligere muligheder for at imødekomme et for stort pres på sengekapaciteten på Nyt Hospital Nordsjælland:

- At planlægge med en højere belægning af sengene på 90 % belægning i stedet for 85 %, eller i spændet mellem de 85 % og 90 % belægning, hvis ikke hele reduktionen af sengeomstillingen opnås planmæssigt, inden Nyt Hospital Nordsjælland tages i brug. Det vil betyde, at sengene vil være mere udnyttede, og at hospitalet vil være mere sårbart i perioder med stort pres på kapaciteten, hvilket kan udfordre målet om at undgå overbelægning. Omvendt kan det vise sig, at 90 % belægning er tilstrækkelig i et nyt hospital med nyere og mere effektive rammer og patientforløb.

- Eftersom analysen peger på tilstrækkelig ambulant aktivitet, kan muligheden for at omlægge ambulatorierum til sengestuer på Nyt Hospital Nordsjælland afdækkes. Alternativt kan det afklares, om der er andre muligheder på det nye hospital for at omlægge til flere sengestuer.

## KOMMISSORIUM

# Analyse af kapaciteten på Nyt Hospital Nordsjælland

### Baggrund

I 2013 blev Hillerød Hospital, Frederikssund Hospital og Helsingør Hospital lagt sammen til Nordsjællands Hospital. Hospitalet består af hospitalet i Hillerød og Frederikssund samt sundhedshuset i Helsingør. Der skal bygges et nyt hospital på Overdrevsvej ved Hillerød, Nyt Hospital Nordsjælland (NHN), hvor den hospitalsaktivitet, som i dag varetages i Hillerød og Frederikssund, samles, og der etableres et sundhedshus med akutklinik i Frederikssund. Det nye hospital forventes færdigbygget i 2022.

NHN skal være akuthospital for planområde Nord, der omfatter kommunerne Allerød, Fredensborg, Frederikssund, Halsnæs, Gribskov, Helsingør, Hillerød samt Hørsholm. Befolkningsprognoser viser, at der i 2025 vil bo cirka 330.000 borgere i optageområdet, der svarer til antal borgere i optageområdet i dag.

Der forventes dog en befolkningsudvikling med aldrende befolkning i planområdet, der indebærer, at der bliver flere ældre borgere med fx kroniske sygdomme, som typisk har større behov for hospitalsbehandling.

Når NHN ibrugtages, vil der være den samme kapacitet til rådighed som på det eksisterende hospital. Der er planlagt 570 sengepladser på NHN, hvilket er stort set uændret i forhold til den nuværende sengekapacitet på 573 senge. I forbindelse med tilpasning af dispositionsforslaget for NHN godkendte regionsrådet i juni 2016 at reducere byggeriet fra 124.000 til 112.500 m<sup>2</sup>. Arealet for alle funktioner blev reduceret, bortset fra akutmodtagelsen, fødeområdet, antal operationsstuer og intensivsenge, der blev friholdt for reduktion i dispositionsforslaget. Tilpasningen indebærer, at byggeriet blev reduceret med 92 sengepladser (fra 662 til 570 sengepladser) og 25 ambulatorierum (fra 130 til 105 rum). Regionens fremskrivning af hospitalsaktivitet viser, at der samlet set er

tilstrækkeligt antal sengepladser på regionens hospitaler til at rumme den forventede aktivitetsudvikling. Der forventes dog et øget pres på sengekapa-  
citeten på NHN, der især skyldes den aldrende befolkning sammenholdt med  
ovenstående reduktion i sengepladser. Nordsjællands Hospital har i forvejen  
en høj udnyttelsesgrad og en lav liggetid sammenlignet med de øvrige hospi-  
taler i regionen. På den baggrund er det besluttet i Hospitalsplan 2025 (hør-  
ringsudkast), at behovet for sengepladser vil blive fulgt tæt med henblik på at  
sikre, at den fremtidige hospitalsaktivitet kan rummes på NHN.

Nationalt ses der et stigende pres på det medicinske område, som blandt an-  
det skyldes flere ældre og flere borgere med medicinske sygdomme. Med af-  
talen om regionernes økonomi for 2018 var der enighed om at gennemføre en  
analyse af kapacitetsanvendelsen på de medicinske afdelinger med henblik  
på at understøtte regionernes arbejde med bedre kapacitetsanvendelse og en  
omstilling af patientbehandlingen med fokus på at forebygge genindlæggelser.

I Region Hovedstaden har der været politisk fokus på overbelægning på de  
medicinske afdelinger, og opgørelserne for overbelægning i 2017 og 2018 vi-  
ser, at det særligt er Nordsjællands Hospital, der sammenlignet med regio-  
nens øvrige hospitaler har udfordringer med overbelægning året rundt.

### **Formål**

Analysen skal sikre et grundlag for politisk beslutning om eventuelle tiltag, der  
kan sikre tilstrækkelig kapacitet, når Nyt Hospital ibrugtages. Der igangsættes  
en analyse af kapaciteten på NHN med følgende formål:

1. Vurdering af det fremtidige kapacitetsbehov på NHN med det nuvæ-  
rende optageområde og funktioner.
2. Vurdering af yderligere tiltag end dem, der allerede er igangsat, for at  
rumme den forventede aktivitetsudvikling på NHN

### **Opgavebeskrivelse**

I planområde Nord udgør gruppen af borgere over 60 år en større andel af  
den samlede befolkning sammenlignet med de andre planområder i Region  
Hovedstaden. Antallet af 60+ årige i planområde Nord forventes at stige med  
ca. 9 % frem til 2023, hvor det nye hospital tages i brug, mens kapaciteten på  
det nye hospital vil være uændret. Dette peger på behovet for at se på model-  
ler, der kan sikre en fortsat hensigtsmæssig varetagelse af borgere fra plan-  
område Nord.

Arbejdet skal indledningsvist afklare, om den forventede fremtidige aktivitet  
kan rummes på NHN, herunder effekterne af Nordsjællands Hospitals plan-  
lagte og igangsatte tiltag rettet mod det forventede øgede kapacitetspres.



Eftersom der er betydelige snitflader til byggeprojektet for NHN, herunder dimensioneringen af det nye hospital, vil der undervejs i processen være fokus på at sikre koblingen hertil.

Ved behov for yderligere tiltag for at sikre tilstrækkelig kapacitet på NHN er der identificeret en række mulige løsningsmodeller, der skal vurderes i analysen:

- a. Ændret patientgrundlag for Nordsjællands Hospital, enten ved ændring i hospitalets planområde eller optageområder for enkelte specialer.
- b. Muligheden for at opretholde sengepladser på Frederikssund Hospital
- c. Flytning af funktioner fra NHN til andre hospitaler i regionen
- d. Fokus på borgernær behandling og pleje, herunder udflytning til sundhedshusene i Helsingør og Frederikssund (Nordsjællands Hospital har igangsat en analyse af, hvilke funktioner der kan flytte ud i eksisterende sundhedshuse)

Det er med Hospitalsplan 2025 besluttet at udarbejde en ny kræftplan for Region Hovedstaden, der kan have betydning for kapacitetsbehovet på NHN. En samling af varetagelsen af kræftområdet vil indgå i denne analyse. Den nye kræftplan, herunder beslutning om den fremtidige organisering af kræftområdet, vil dog først foreligge efter afrapportering af kapacitetsanalysen.

### **Tidsplan**

Analysen afsluttes i oktober 2019. Analysens konklusioner afrapporteres til sundhedsudvalget i november 2019.

Afhængig af konklusionerne kan der være behov for ændringer i Hospitalsplan 2025, der kan have betydning for regionens øvrige hospitaler.

### **Organisering**

Analysen igangsættes via indledende møder med repræsentanter fra Nordsjællands Hospital for derigennem at identificere relevante områder for analysen. Opstartsmøderne skal således fungere som grundlag for vurdering af videre proces og dermed hvilke parter, som det vil være relevant at inddrage.

Nordsjællands Hospital, kommunerne i planområde Nord og almen praksis vil blive aktivt inddraget i analysen.

Styregruppe: Koncerndirektionen

**Punkt nr. 1 - Beslutning: Analyse af kapaciteten på det nye Nordsjællands Hospital**  
**Bilag 2 - Side -4 af 4**

Projektledelse: Enhed for Hospitalsplanlægning, Center for Sundhed

Sundhedsstyrelsen  
Cc: Danske Regioner

**Telefon** 3866 6000  
**Direkte** 38666015  
**Mail** hanne.s.rasmussen@regionh.dk

Journal-nr.: 17016649

Dato: 07-01-2020

## Høringssvar på "Retningslinjer for svangreomsorgen"

Sundhedsstyrelsen har fremsendt "Retningslinjer for svangreomsorgen" i høring. Region Hovedstaden takker for muligheden for at kommentere på de nye retningslinjer.

Region Hovedstaden finder, at det er meget positivt, at der i retningslinjerne lægges stor vægt på en individuel og behovsorienteret indsats og med stort fokus på sårbare grupper og tæt samarbejde med kommuner og almen praksis. Det er også rigtig positivt, at der er rum for lokal tilrettelæggelse af indsatsen fx, at der ikke fastlægges et specifikt antal dage for indlæggelsen af førstegangsfødende.

Overordnet er de beskrevne retningslinjer fagligt velfunderet, ambitiøse og med gode intentioner. Beskrivelsen af indsatsen for svangreomsorgen fremstår imidlertid meget detaljeret og omfangsrig. Detaljeringsgraden i sig selv bliver forventningsskabende, og det synes ikke som om, der er rum for den individuelle og behovsorienterede tilrettelæggelse af fx jordemoderkonsultationer, fødselsforberedelse og hjemmebesøg.

Region Hovedstaden skal gøre opmærksom på, at der mangler jordemødre i vores del af landet, og samtidig er antallet af fødsler i regionen stigende, og det øger behovet for flere jordemødre. Der prioriteres således hele tiden på fødestederne, og der ses på modeller for at organisere sig ud af manglen på jordemødre. Der er nogle nye og udvidede tiltag i retningslinjerne, som er positive, men som kan skabe øget travlhed på fødegangen, og som er et generelt serviceløft, der har rekrutteringsmæssige og økonomiske konsekvenser for regionen. Det er således en udfordring, om alle tiltag kan realiseres i en tid med mangel på jordemødre samtidig med, at der ikke synes at være mulighed for den individuelle tilpasning, som der generelt lægges op til i retningslinjerne.

Region Hovedstaden har herudover følgende konkrete bemærkninger:

Der savnes et større fokus på og retningslinjer for håndtering af rygere. Rygning er uden sammenligning den væsentligste risikofaktor for alvorlige gravid-

tetskomplikationer. Der nævnes intet om, hvordan man kan opspore og forbygge komplikationer hos den gruppe gravide på linje med andre risikogrupper.

Det ville være ønskeligt med mere omtale af de psykiske lidelser (prævalens, tabu, lidelse og personlige omkostninger for den gravide, kvinden i postpartumforløbet, barnet, partner og familien i det hele taget), både hvad angår indhold, men også placering i udkastet. Foranlediget af de psykobiologiske forhold omkring graviditet og fødsel kan symptomerne være lumske og kræver speciel opmærksomhed. Desværre ses det alt for ofte, at det psykiske placeres til sidst, hvilket alt andet lige er med til at placere området som mindre vigtigt. Endelig er det uheldigt med brug af ord som "fødselspsykose" og "fødselsdepression", som ikke findes i ICD-10.

Det fremgår af afsnit 2.7.1., at neonatal afdelingerne bør have familie-barnstuer, fordi mor og barn ikke skal adskilles. Region Hovedstaden er enig heri, dog giver de fysiske rammer flere steder ikke mulighed herfor, og det vil først være muligt med ibrugtagning af de nye super-sygehuse.

Det fremgår af afsnit 2.7.3 Barselssøg efter hjemmefødsel, at der bør tilbydes hjemmebesøg før og efter hjemmefødsel til alle. Dette har været målsætningen i regionen, men kan aktuelt ikke realiseres alle steder til flergangsfødende, men kun til førstegangsfødende.

Det fremgår af kapitel 3.1. om prækonceptionel rådgivning, at kvinder mellem 18 og 30 år tilbydes en rådgivende samtale af de praktiserende læger. Det bør overvejes, om tilbuddet skal gives til alle, eller der skal gøres en individuel vurdering af eventuelt behov. Det kan desuden afføde behov for fornyede aftaler med PLO.

I afsnit 3.2.1. Grundforløbets overordnede struktur står opsummering af grundforløbet som to konsultationer hos egen læge og 5-7 konsultationer og 2 flexkonsultationer hos jordemoder. Det er uklart, hvornår der er dynamisk mulighed for tilpasning af de individuelle behov. Det bør fremgå tydeligere, ligesom det ville være ønskværdigt med en tydelig defineret grundpakke, som kan udvides efter behov. I de nuværende svangreanbefalinger tilbydes mellem 4-7 jordemoderkonsultationer, mens det i de nye retningslinjer er væsentligt forøget med op til 9 besøg hos jordemoder, hvilket har betydelige økonomiske konsekvenser.

De to skanninger, som alle gravide bliver tilbudt, og som næsten alle tager imod, bør skrives ind i skemaet, idet de er et overordentligt væsentligt element i et svangre forløb.

I Afsnit 3.2.3. fremgår det, at første jordemoderkonsultation skal ske senest i uge 10. Det vil medføre store udfordringer, fordi visitationen sker via praktiserende læge i uge 6-10, og fødeafdelingerne modtager typisk henvisningerne omkring uge 10. Det vil betyde, at den gravide skal have tid indenfor samme

uge, som afdelingen modtager svangrejournalen, og med så kort frist vil det kræve en ret stor overkapacitet af tider i jordemoderkonsultationen.

Første jordemoderkonsultation er samtidig placeret inden nakkefoldskanningen, og frem til uge 10 vil ca. 10-15% af de gravide abortere og skal derfor ikke have et forløb hos jordemoder. Derudover er flerfoldsgraviditeter, syge fostre m.fl. ikke identificeret. Det er grupper, der skal visiteres til særlige forløb, og ikke almindelig 1. jordemoderkonsultation. Der vil således være store økonomiske konsekvenser ved forslaget.

Det foreslås derfor, at egen læge giver den information, som er beskrevet under 1. jordemoderkonsultation. Det bør desuden præciseres, at egen læge skal afstemme FMK.

I afsnit 3.5.1. fremgår det, at kvinden opfordres til at medbringe sin partner, når hun bestiller tid. Mange tider i almen praksis bliver bestilt elektronisk, og det skal præciseres, at opfordringen også skal ske, når kvinden bestiller tid elektronisk fx via et pop-up vindue.

Til afsnit 3.6.1. og 3.6.2. giver opremsninger af, hvilke patienter, der skal ses af "læge", og hvilke der skal ses af speciallæge, ikke mening. Dels er de enkelte afdelinger organiseret forskelligt. Dels er der ikke evidens for flere af patientgrupperne, og at de nødvendigvis skal ses af læge. Der kan stilles spørgsmålstegn ved, om der er behov for en sådan liste.

I afsnit 4 berøres det tværfaglige samarbejde. Det er naturligt, at de praktiserende læger deltager. I den eksisterende profylakseaftale der fastsætter honoreringen af de praktiserende læger, er der ingen ydelser, der honorerer lægerne for elektronisk kommunikation med kommunens sundhedspleje.

I afsnit 4 beskrives indsatsen til sårbare og socialt udsatte grupper. Det er positivt med det store fokus på et styrket tværsektorielt samarbejde for sårbare gravide med bedre kommunikation, tværfaglige møder allerede i graviditeten, fælles fødsels- og forældreforberedelse, og det er helt i tråd med målsætningerne i regionens Sundhedsaftale 2019-23. Etablering af tværfaglige team (netværksmøder) med kommuner og almen praksis, etablering af tovholderfunktion og tidligt hjemmebesøg sammen med sundhedsplejen vil kræve såvel tid som ressourcer.

Det beskrives, at regionerne skal lave fødeplaner, der beskriver det tværsektorielle, samarbejdsaftaler fx i regi af sundhedsaftalerne og med inddragelse af socialforvaltningen samt retningslinjer for et bredt og fleksibelt samarbejde mellem kommunale og regionale aktører om sårbare og socialt udsatte gravide (side 51). Det er uklart, om det skal aftales i regi af en fødeplan eller en sundhedsaftale, og hvad forskellen er. Det ville være ønskeligt, om der var en oversigt over disse forskellige aftaler og vejledninger.

Under afsnit 4.4.2. kontinuitet i jordemoderordningen beskrives kendt jordemoderordning. Det er en ordning, der er forsøgt på en del hospitaler med varierende resultat. Etablering af kendt jordemoderordning vil have økonomiske konsekvenser og kræve flere jordemødre.

I afsnit 9.10. omtales hindeløsning, men det bør afklares om der er evidens for at tilbyde alle hindeløsning.

Afsnit 10.1. om fødsels- og forældreforberedelse er skærpet i forhold til de tidligere anbefalinger. Alle skal tilbydes fødselsforberedelse, det skal tilrettelægges i mindre hold og med et minimum på 10 timer. Endelig skal fødselsforberedelsen planlægges i samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste. Det er retningslinjer, der har økonomiske konsekvenser for regionen. Det synes ikke hensigtsmæssigt at tilbyde alle fødselsforberedelse og minimum på 10 timer, da det kun er en mindre del af de 2. gangsfødende, der deltager i forberedelsen, ligesom der kunne lægges op til at arbejde med forskellige former for fødselsforberedelse fx via digitale løsninger, der bedre imødekommer unges behov i dag. Det er desuden regionens vurdering, at det er nødvendigt for at udnytte de sparsomme jordemoderressourcer bedst muligt. Regionens fødesteder har aktuelt fødselsforberedelse som auditorieundervisning.

I afsnit 11.2.4. bør det indføjes, at der ikke er evidens for doorstep CTG ved LAVRISIKO-fødende. Der skal foretages doorstep CTG ved risikofødsler.

I afsnit 11.6. Færdighedstræning anbefales obstetrisk færdighedstræning i CTG-overvågning og håndtering af akutte obstetriske tilstande. Det indgik ikke i de tidligere anbefalinger. Fødestederne har færdighedstræning, men hvis der ønskes en målrettet indsats, hvor al relevant personale på fødeafdelingerne modtager færdighedstræning, har det økonomiske konsekvenser.

Endelig har Region Hovedstaden noteret sig, at det nu hedder "Retningslinjer for svangreomsorgen", mod tidligere "Anbefalinger", og der er således behov for en nærmere definition af betegnelsen "retningslinjer" og konsekvensen for regionerne.

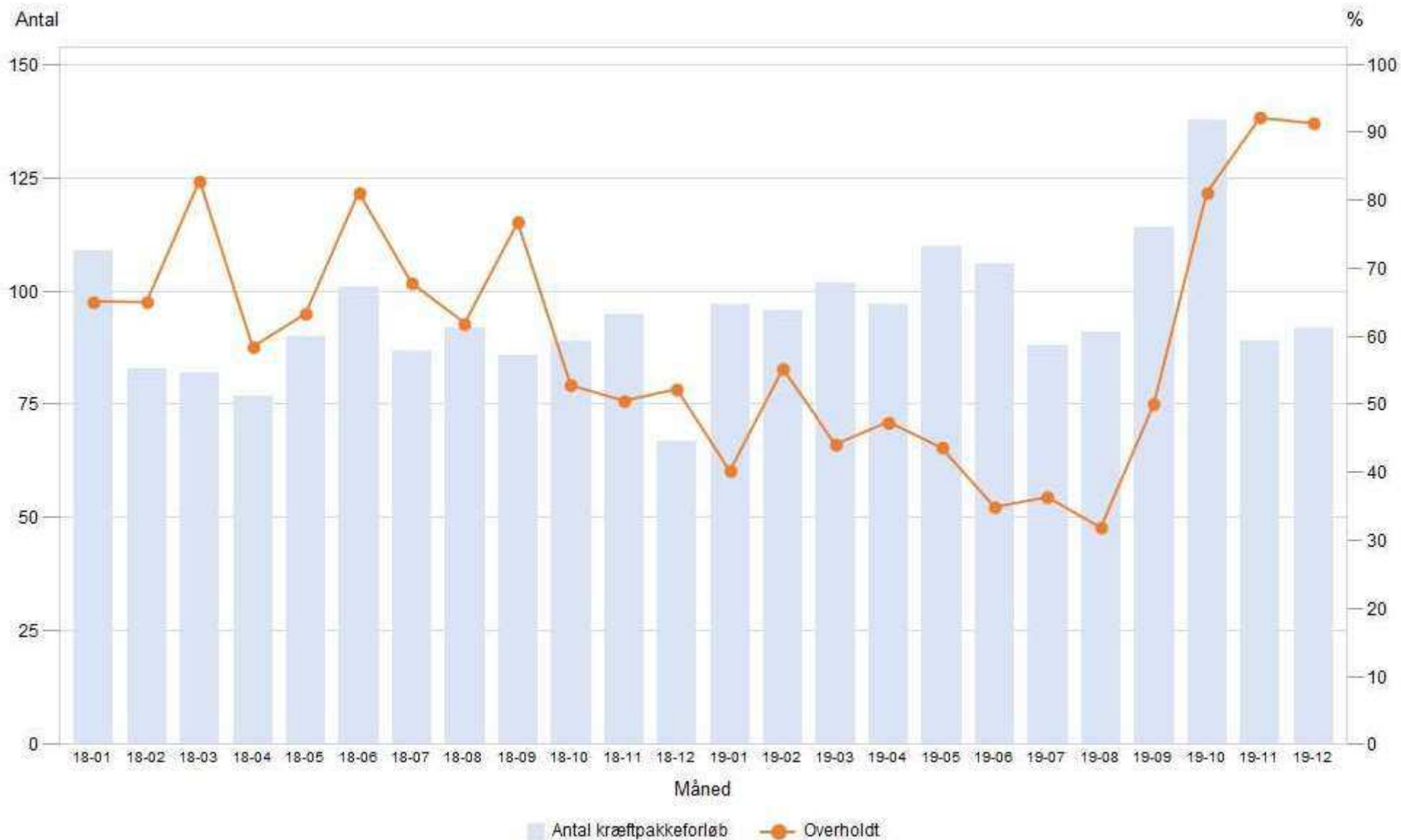
Som anført synes retningslinjerne at øge presset på fødeområdet betragteligt, og regionen kan finde det nødvendigt at rejse behov for økonomisk kompensation (DUT).

Regionsrådet i Region Hovedstaden har godkendt høringsvaret den 4. februar 2020.

Med venlig hilsen

Svend Hartling  
Koncerndirektør

## 2. Brystkræft - ALLE behandlingsmodaliteter (OF4 kirurgi) - Opdateret 06-01-2020



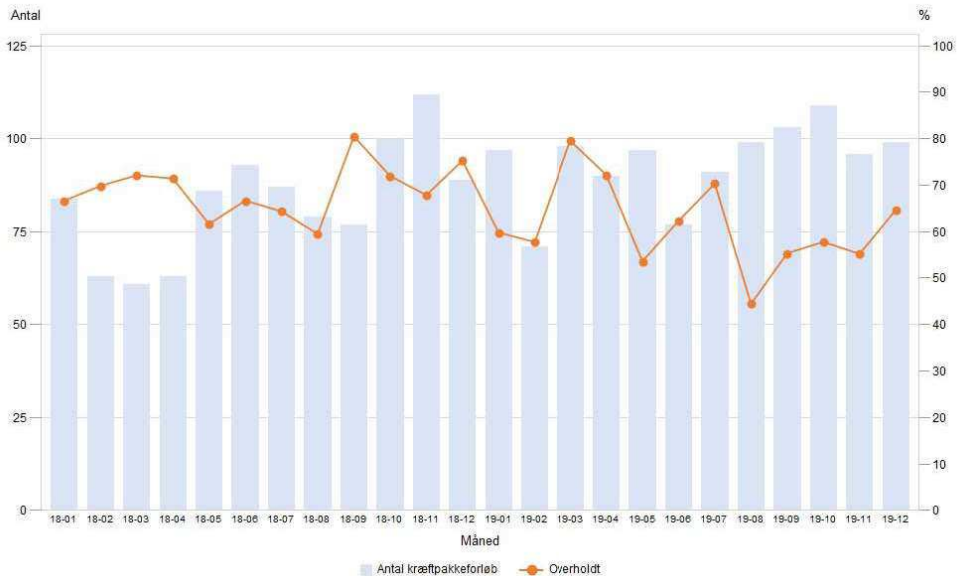
Kilde: Sundhedsplatformen Periode: Dato F-kode Organisation: Hospital F-kode

# Punkt nr. 5 - Drøftelse: Udvikling i brystkræft, lungekræft og blærekræft

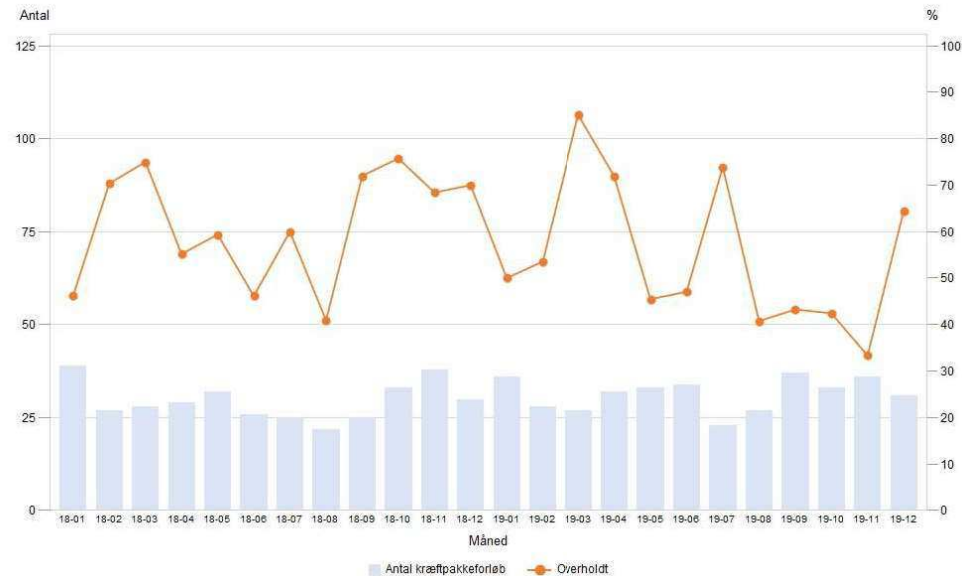
## OF4\* - LUNGEKRÆFT - REGION Hovedstaden Total

### Bilag 2 - Side -1 af 1

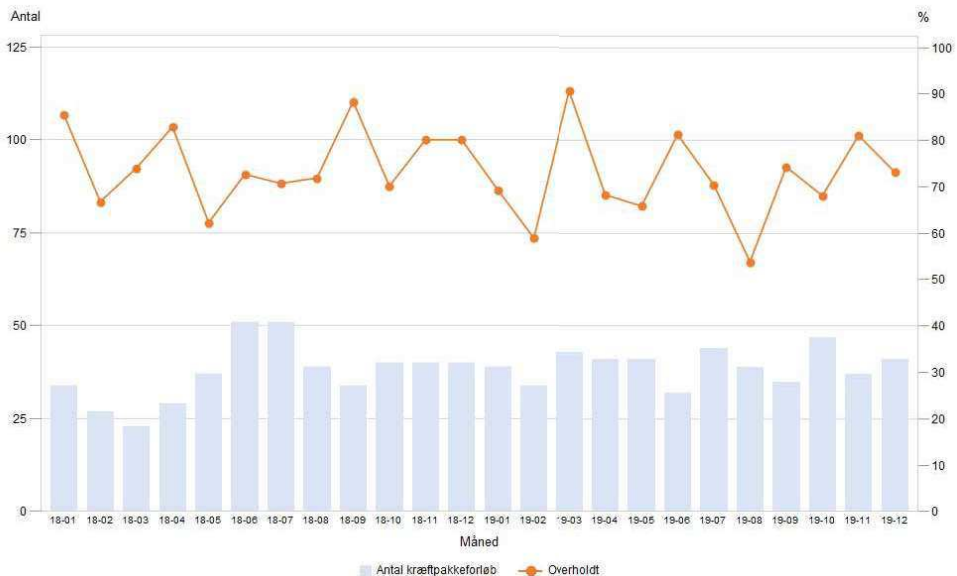
4. Lungekræft - ALLE behandlingsmodaliteter (OF4) - Opdateret 06-01-2020



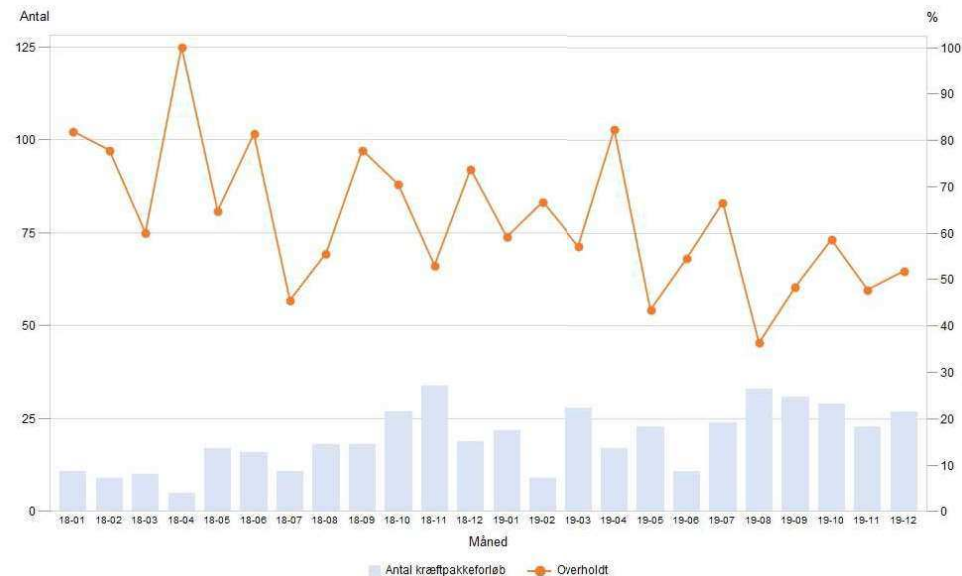
4a. Lungekræft - KIRURGI (OF4A) - Opdateret 06-01-2020



4b. Lungekræft - MEDICINSK (OF4B) - Opdateret 06-01-2020



4c. Lungekræft - STRÅLER (OF4C) - Opdateret 06-01-2020



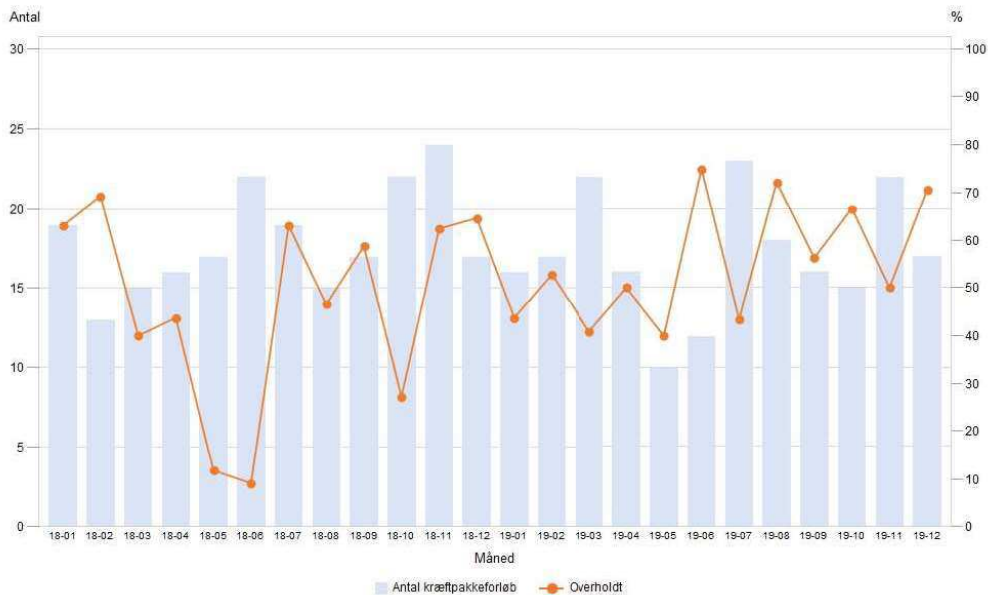
Kilde: Sundhedplatformen Periode: Dato F-kode Organisation: Hospital F-kode



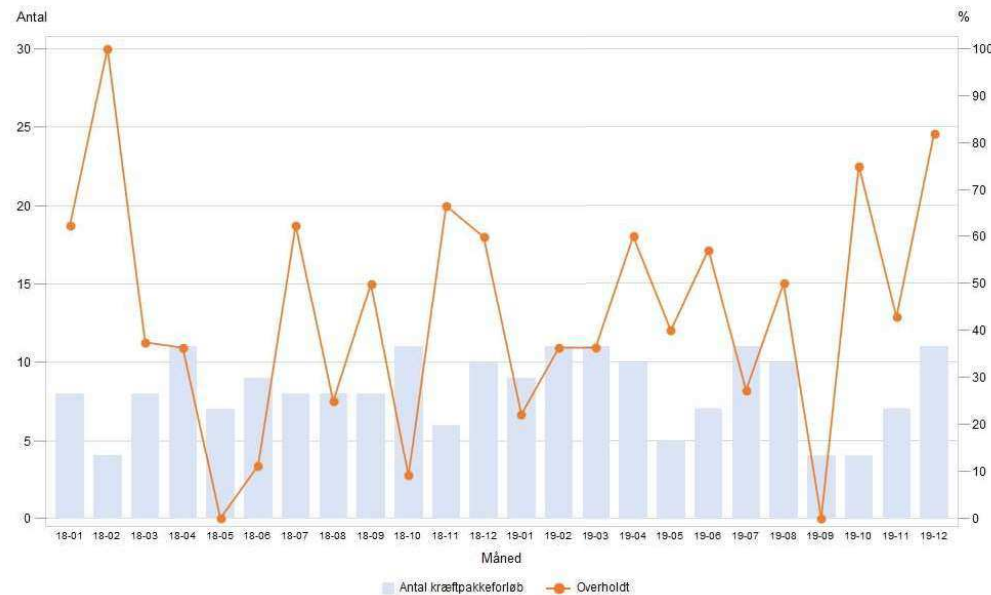
# Punkt nr. 5 - Drøftelse: Udvikling i brystkræft, kirtelkræft og prostatakræft i Hovedstaden Total

## Bilag 3 - Side -1 af 1

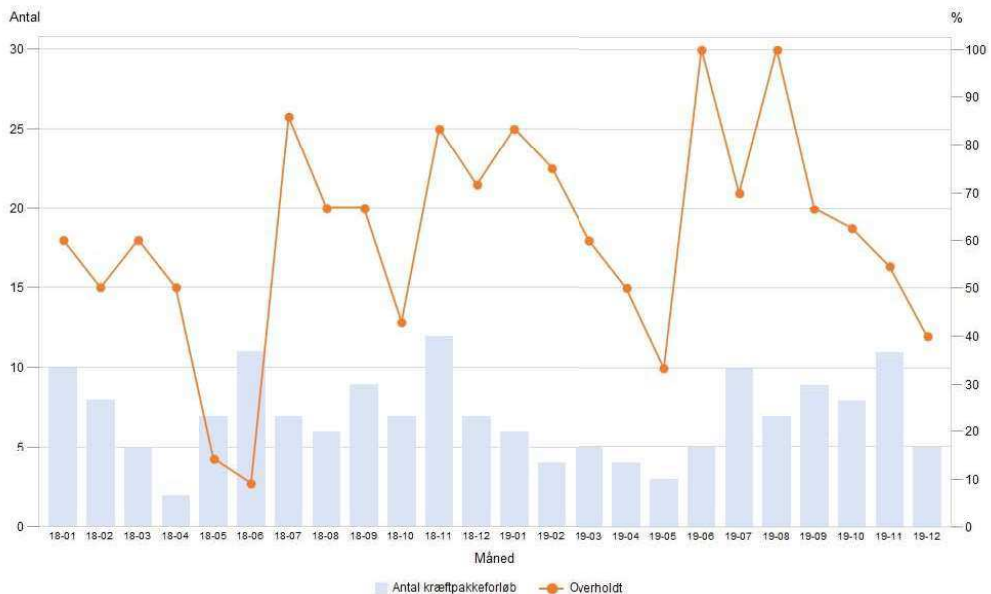
6. Blærekraft - ALLE behandlingsmodaliteter (OF4) - Opdateret 06-01-2020



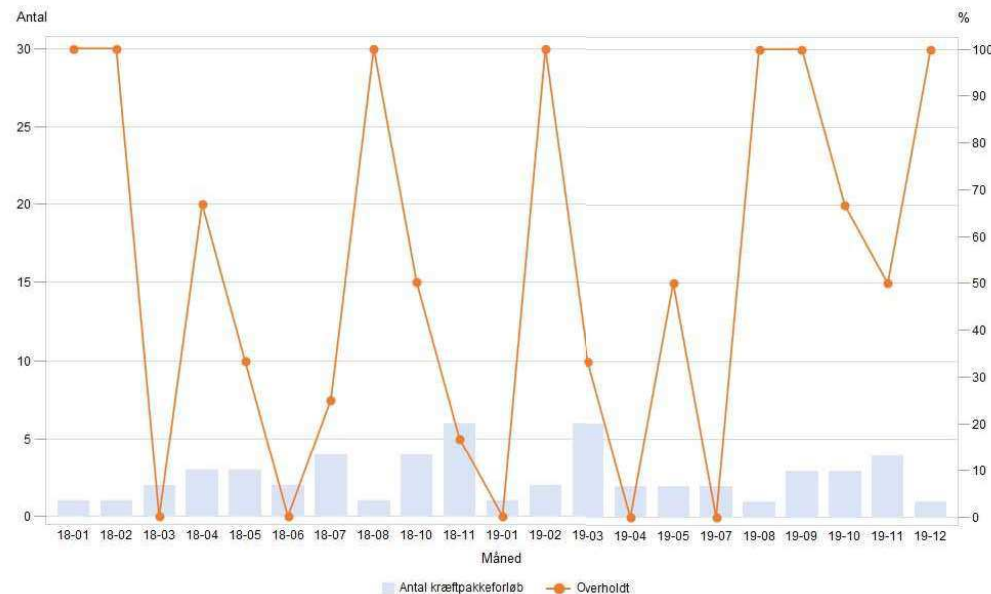
6a. Blærekraft - KIRURGI (OF4A) - Opdateret 06-01-2020



6b. Blærekraft - MEDICINSK (OF4B) - Opdateret 06-01-2020



6c. Blærekraft - STRÅLER (OF4C) - Opdateret 06-01-2020



Kilde: Sundhedsplatformen Periode: Dato F-kode Organisation: Hospital F-kode