

**Analyse af plejeopgaver i relation til personalenormeringen
på medicinsk center
Landssygehuset i Torshavn**

DSI 2. august 2002

Indholdsfortegnelse

1. Baggrund og formål	3
1.1 Baggrund	3
2. Metode og datagrundlag	3
3. Afdelingsbeskrivelser	5
3.1 Afdelingsbeskrivelse for Medicinsk afdeling B6	5
3.2 Afdelingsbeskrivelse for Medicinsk afdeling B8	9
3.3 Afdelingsbeskrivelse E2 / E3 Rehabiliterings-/ Plejehjemsafdeling	14
4. Analyseresultater	22
4.1 Økonomi	22
4.2 Aktivitet	24
4.3 Personaleforbrug	29
4.4 Ambulant aktivitet og indlæggelsestider	30
4.5 Identifikation af problemområder	34
5. Benchmarking med medicinske afdelinger på Svendborg og Sønderborg Sygehuse	38
5.1 Intern medicinske afdelinger	39
5.2 Kardiologiske afdelinger	42
5.3 Apoplexiafdelinger	46
6. Konklusion	50
6.1 Økonomistyring	50
6.2 Patientforløb og arbejdsrutiner	51
6.3 Forholdet mellem plejeopgaver og plejenormering	51
7. anbefalinger	55
7.1 Forslag til reduktion af plejepersonalets belastning	55
7.2 Andre forslag	58

Bilag I. Afdelingsbeskrivelser for medicinske afdelinger på Sønderborg og Svendborg sygehuse

Bilag II. Ambulante besøg på medicinsk center 2000

Bilag III. Kort beskrivelse af intensiv/opvågningsafdeling på Svendborg Sygehus og Bornholms Centralsygehus

1. Baggrund og formål

1.1 Baggrund

Det medicinske center på Landssygehuset i Torshavn har igennem de seneste år haft vanskeligt ved at overholde budgetterne. Årsagen hertil er ifølge de medicinske afdelinger en stigning i plejetyngden og en som følge deraf manglende sammenhæng mellem plejetyngde og plejeressourcer.

På baggrund af denne udvikling har sygehusledelsen ønsket bistand til gennemførelse af en analyse af nuværende og kommende opgaver i de medicinske afdelinger, især inden for plejeområdet. Endvidere har sygehusledelsen ønsket, at den gennemførte analyse danner grundlag for en fastlæggelse af behovet for plejeressourcer inden for de medicinske afdelinger.

Den gennemførte analyse har konkret haft til formål at:

- analysere om der er et rimeligt forhold imellem de opgaver de medicinske afdelinger løser og de plejeressourcer afdelingerne råder over
- analysere om den nuværende tilrettelæggelse af arbejdsrutiner og patientforløb er hensigtsmæssig
- analysere økonomistyringen i relation til de medicinske afdelinger, herunder den historiske udvikling i aktivitet, budget og regnskaber.

Endelig har man ønsket udarbejdet forslag til eventuelle ændringer i arbejdsrutiner og patientforløb, samt forslag til eventuelle ændringer i plejeressourcer.

Analysen ønskedes gennemført for 3 af de 5 medicinske afdelinger: Almen medicinsk afdeling B6, Kardiologisk/Intensiv afdeling B8 og Rehabiliterings-/plejehjemsafdeling E2/E3.

Ligeledes ønskes det, at der i analysen indgik en benchmarking med andre tilsvarende afdelinger. Specifikt blev ønsket en sammenligning med medicinske afdelinger på Sønderborg Sygehus og Svendborg Sygehus.

2. Metode og datagrundlag

Der er gennemført 6 delanalyser:

1. Afdelingsbeskrivelser af de 3 afdelinger omfattende bl.a. personalenormering, arbejdsopgaver, fysiske rammer, arbejdstilrettelæggelse, vagtbemanding. Afdelingsbeskrivelserne er baseret på oplæg udarbejdet af afdelingerne.
2. Analyse af udvikling i budget og regnskaber i perioden 1994 – 2001. Endvidere en beskrivelse af de anvendte økonomistyringsprincipper. Analysen er baseret på oplysninger fra sygehusets løn- og regnskabssystem, suppleret med mundtlig information indhentet i administrationen.

3. Analyse af afdelingernes aktivitet, i form af udskrivninger, sengedage m.m. baseret på oplysninger fra sygehusets patientregistreringssystem. Analysen omfatter perioden 1994 – 2001.
4. Analyse af personaleforbrug og fravær i 2001. Analysen er baseret på opgørelser udarbejdet af sygehusets administration.
5. Benchmarking af plejenormeringen på de tre medicinske afdelinger på Landssygehuset med sammenlignelige afdelinger på hhv. Sønderborg og Svendborg sygehuse. Til brug for benchmarkingen er indhentet data vedr. arbejdsopgaver, aktivitet, diagnoseprofiler m.v. samt personaleforbrug fra de to sygehuse.
6. Analyse af tilrettelæggelsen af patientforløb, belyst ved forholdet mellem ambulans aktivitet og stationær aktivitet for relevante patientkategorier på Svendborg og Sønderborg sygehuse. Analysen er baseret på udtræk for de patient administrative systemer. Da Landssygehuset ikke har edb-registrering af den ambulante aktivitet har en tilsvarende analyse ikke kunnet gennemføres for så vidt angår Landssygehuset.
7. Interview med plejepersonale (ledende såvel som ansatte) på involverede afdelinger. Der er således gennemført interviews med de 3 afdelingssygeplejersker, 2 repræsentanter for plejepersonalet fra hver afdeling, centerledelsen, 2 repræsentanter for lægerne i det medicinske center samt en repræsentant for fysioterapien.

3. Afdelingsbeskrivelser

3.1 Afdelingsbeskrivelse for Medicinsk afdeling B6

3.1.1 Overordnet beskrivelse af afdelingen

B6 er en almen medicinsk afdeling. Indtil 1. april 2001 var afdelingen normeret til 24 senge, men herefter er normeringen reduceret til 18 senge.

3.1.2 Patienter

Medicinsk afdeling B6 modtager følgende patientkategorier, både akutte og indkaldte:

Gastroenterologiske patienter, bortset fra patienter til scopiundersøgelse af mave og tarm, samt patienter med blødninger i mave-/tarmkanalen, som fra april 2001 er blevet behandlet i kirurgisk afdeling. Dog indlægges patienter med blødninger i afføring og opkast uden for akut livsfare nu igen i afdelingen.

Neurologiske patienter, dog deles B6 og B7 om apoplexi-patienter i den akutte fase.

Endokrinologiske og hæmatologiske patienter.

Onkologiske patienter, idet B6 og B7 dog deles om de gynækologiske patienter og patienter med brystkræft.

Afdelingen modtager akutte patienter i alle døgnets 24 timer.

Afdelingen modtager ambulante- og dagpatienter til kemoterapi, blodtransfusioner, intravenøs medicin og skylning af diverse katetre.

Pårørende kan i særlige tilfælde medindlægges/overnatte på afdelingen.

3.1.3 Fysiske rammer

Afdelingen har 7 stuer med 3 senge på hver stue. Én stue opdelt i 2 enestuer. Hver stue har toilet og brusebad.

Der findes én undersøgelsesstue på afdelingen. Stuen anvendes dog for det meste til modtagelse af patienter. I forbindelse med sengereduktionen per 1. april 2001 er en tre-sengsstue blevet omdannet til konferencerum.

Afdelingen er efter personalets opfattelse nedslidt, og bærer præg af dårlig vedligeholdelse.

Specifikt peges på følgende mangler og ulemper:

- Der er et rent skyllerum uden stinkskaab.
- Skabe i afdelingen er højt placeret, således at en del af personalet må anvende skammel for at nå de øverste skabe.
- Det snavsede skyllerum ligger midt i afdelingen og har dårlig ventilation. Der er ingen mulighed for ekstra ventilation f.eks. ved at åbne et vindue.
- Vinduer er utætte. Når det regner lægges lagner og andet i vinduskarmerne.
- Afdelingen mangler dekoration.
- I stedet for gardiner er der rullegardiner for vinduerne på sygestuerne. En del af rullegardinerne er dog i stykker.
- Opholdsstuen har dårligt lys og dårlige antenneforhold til TV. Møblerne er gamle og slidte, og der er ingen dekorationer.
- Sengebordene er fra 1967 og nedslidte.
- Afdelingens 6 plejesenge fra omkring 1987 er ikke vedligeholdte. Sengene mangler bremsere
- Bækkenstolene nedslidte.
- Der findes kun én patientlift på sygehuset.
- Bækkenkøgen er dårligt fungerende.

Afdelingen har igennem flere år søgt om penge til diverse forbedringer. Der er nu som følge af en tillægsbevilling til sygehuset, bevilget penge til indkøb af gardiner, 2 nye bækkenstole, 4 dropstativer og trådløs telefon. Desuden er der bevilget penge til en gradvis udskiftning af gamle plejesenge.

3.1.4 Organisation/ledelse

Ledelse:

Ledelsen på B6 består af en afdelingssygeplejerske og en 1. assistent. Nærmeste overordnede er oversygeplejersken.

Beslutninger træffes hovedsageligt på afdelingsmøder og til sygeplejekonferencer. Alle sygeplejersker og sygehjælpere som arbejder på B6 kan sætte ønsker m.v. op på en opslagstavle. Disse ønsker vil herefter blive drøftet på afdelingsmøderne.

Afdelingen har udarbejdet en døgnrytmeplan for personalet.

Der er overlap mellem dagvagt og aftenvagt og mellem aftenvagt og nattevagt.

Der gives både mundtlig og skriftlig rapport mellem vagtholdene. Dagvagten læser rapport, men på grund af stort arbejdspress er nattevagten ofte nødt at give mundtlig rapport.

Afdelingen har ikke fast telefontid for pårørende.

Afdelingen har faste besøgstider for pårørende mellem kl. 15 og kl. 16, og mellem kl. 19 og kl. 20, men disse tider overholdes ikke altid, især hvis patienter er døende, alvorligt syge, eller hvis der kommer pårørende på besøg fra andre øer.

Faste møder:

Onkologiske tværfaglige møder hver 14. dag, af ca. en halv times varighed. Tilstede er røntgenlæger, medicinske læger, kirurgiske læger, gynækologiske læger og sygeplejersker.

Fysioterapeutkonference en gang om ugen af ca. en halv times varighed. Tilstede er fysioterapeuter, ergoterapeuter, medicinske læger og sygeplejersker.

Personalemøder holdes en gang om måneden. Mødet varer ca. 2 timer. Desuden er der sygeplejekonference hver dag i ca. en halv time hvor de sygeplejersker, som er på vagt deltager.

3.1.5 Personale

Afdelingens lønbudget svarer til en normering på 16,7 stillinger. I perioden 1.1.-1.7. 2002 er afdelingens normering midlertidigt forhøjet med 1,8 stilling.

Normeringen er fordelt på

- 1 afdelingssygeplejerske
- 1,1 assistent
- 13,2 sygeplejersker
- 1,5 sygehjælpere

Afdelingen har følgende planlagte fremmøde:

	Hverdage	Lør-/søndage og helligdage
Dagvagt	7,5	4-5
Aftenvagt	3	3
Nattevagt	2	2

Sygehjælperne arbejder ikke i plejen, men har en sekretær og piccolinefunktion. Sygehjælperne arbejder skiftevis i dag og nattevagt en måned ad gangen.

Tillidsrepræsentantens arbejde omfatter ½ - 1 time den første tirsdag og onsdag hver måned. Derudover samarbejdsudvalgsmøder af 1½ til 2 timers varighed en gang om måneden. Fagforeningsarbejde udgør ca. en dag om måneden. På B6 er ansat sygeplejersker som deltager i tillidsrepræsentantopgaver, samarbejdsudvalg og fagforeningsarbejde. Der er ikke normeret timer til tillidsrepræsentantens arbejde, samarbejdsudvalg og fagforeningsarbejde.

3.1.6 Arbejdsopgaver

Til daglig starter dagen med en prækonference hvor sygeplejersker, studerende og læge mødes kort for at diskutere den enkelte patient i forhold til pleje og behandling. Derefter er der stuegang til hver enkelt patient. Sygeplejerske og studerende deltager i stuegangen. Efter stuegang administrerer sygeplejersken den ordinerede behandling.

Det er sygeplejerskerne der planlægger patientens udskrivelse, tager kontakt med primærsektoren, ambulatorier, diætist, psykolog, præst, fodpleje m.m.

Plejepersonalet varetager bl.a. følgende konkrete arbejdsopgaver:

Opgaver i relation til patienter:

- Hygiejne og personlig pleje.
- Observationer, pleje og behandling ved sår, stomi, venflon, og diverse katetre.
- Observationer i forhold til temperatur, blodtryk, blodsukker, respiration, cirkulation, bevidsthed, blødning, smerter, urin, fæces, mobilitet og den psykiske tilstand.
- Ernæring. Sonde- og parenteralernæring.
- Medicinering og opfyldning af tabletdoseringsæsker. Indgivning af intravenøs medicin, blodtransfusioner, behandling med kemoterapi samt andre injektioner. Også insulin gives af sygeplejersken.
- Diverse prøver. Blodprøver fra forskellige typer CVK katetre. Prøver til blodtykning tages i samarbejde med læge. Indsamling af diverse prøver f.eks. urin-, fæces- og expectoratprøver. Assistance til læger ved punkterer af pleura, acitis, crista, lumbal og andre biopsier.
- Mobilisation og flytning af immobile patienter i og uden for sengen. Lejring, forebyggelse af tryksår.
- Information og telefonkontakter til patienter og pårørende.

Alle plejeopgaver dokumenteres via plejekardeks.

Pårørende inddrages i plejen af terminale patienter, samt i plejen af akutte og kroniske patienter hvor patienter/pårørende har behov for det. De pårørendes opgaver er individuelle, men vil dog oftest være psykisk støtte. I nogle tilfælde ved kronisk sygdom inddrages pårørende i plejen f.eks. oplæring til senere udskrivelse.

Servicefunktioner:

Beskrivelse af funktion	
Telefonpasning	Sekretær 1)
Hente / bringe post	Piccoline/ Sekretær 1)
Hente / bringe journaler	Sekretær 1)
Viderebringe medicinbestilling	Sekretær 1)
Bestille patientundersøgelse	Sekretær 1)
Indkalde personale	Sekretær 1)
Bestille mad	Plejepersonale
Levering af mad	Portør
Udportionering /servering af mad/indsamling af madbakker	Plejepersonale /rengøringspersonale
Bestilling af depotvarer	Plejepersonale
Sætte depotvarer på plads	Depotet
Opfyldning af linned i skabe og depoter	Linneddepotet
Opfyldning af linned på stuerne	Plejepersonale
Bestille senge til nye patienter	Sekretær 1)
Transport af tomme senge og patienter til undersøgelser og behandling	Portør

1) sekretæren/telefonvagten er en sygehjælper der er en del af plejenormeringen

3.1.7 Problemområder

Personalet har gjort opmærksom på følgende problemområder:

- Plejetyngden er steget de seneste år. Afdelingen registrerer patienternes plejetyngde inddelt i 4 kategorier. Ifølge denne registrering har antallet af patienter i gruppe 4, som er den tungeste gruppe, været større i 2001 end i foregående år. Afdelingen udfører et stigende antal kemoterapier.
- Afdelingens personalenormering er ikke tilpasset herefter. Personalenormeringen på afdelingen blev således i 1992 reduceret med 1,2 sygeplejerske, 1 rengørings-/køkkenassistent samt afspadsering af søndagstimer svarende til 1 stilling. Samtidig blev det normerede sengetal dog reduceret fra 24 til 18. Det normerede sengetal blev imidlertid igen øget til 24 året efter uden at personalenormeringen blev forøget. Sengetallet er i 2001 igen reduceret til 18 senge.
- Da der ikke er døgnpleje i hjemmeplejen, og da der er mangel på plejehjemspladser, har afdelingen ofte indlagt flere patienter som venter på plejehjemsplads.
- De mange akutte indlæggelser i afdelingen vanskeliggør planlægningen.
- Udskrevne patienter og pårørende ringer til afdelingen hele døgnet.
- Der er stort sygefravær blandt personalet og dermed konstant personalemangel.
- Manglende kompensation for sygdom, afspadsering, tillidsrepræsentant, samarbejdsudvalg, og fagforeningsarbejde.
- Af økonomiske grunde mangler personalet faglig udvikling, ligesom kursusaktiviteten har været begrænset.
- Afdelingen har konstant haft budgetproblemer som følge af at bugetoverskridelser er blevet fratrukket det følgende års budget.

3.2 Afdelingsbeskrivelse for Medicinsk afdeling B8

3.2.1 Overordnet beskrivelse af afdelingen

Afdeling B8 består af en kardiologisk afdeling med 12 senge og en intensiv afdeling med 6 senge. Intensivafdelingen dækker hele Færøerne. Afdelingen modtager derudover alle former for akutte medicinske patienter der ofte omvisiteres til andre afdelinger.

3.2.2 Patienter

Det kardiologiske afsnit behandler patienter med hjertekarsygdomme i forskellig sværhedsgrad, f.eks. patienter med rytmeforstyrrelse, angina pectoris og blodtryksforhøjelse. I afdelingen indlægges desuden patienter til kardiologisk vurdering, medicinregulering og terminale hjertepatienter. Endvidere indlægges patienter, der er overflyttet fra Rigshospitalet efter en by-pass operation. Endelig indlægges patienter med akutte kardiologiske lidelser.

Intensivafdelingen, der er den eneste på Færøerne, modtager alle patienter med behov for intensiv observation, behandling og pleje:

Medicinske pt.: F.eks. patienter med hjertestop, hjertetilfælde (AMI), akut astma, og andre lungesygdomme. Patienter med blodforgiftning. Diabetes mm.

Kirurgiske pt.: F.eks. patienter der har været udsat for en færdsels-, drukneulykke eller forbrændinger. Endvidere opvågningspatienter.

Neurologiske pt.: Fx status epilepticum, polyradiculitis, forhøjet intrakranielt tryk/-blødninger, cerebrale katastrofer.

Psykiatriske pt.: F.eks. patienter der har forsøgt selvmord, patienter med delirium.

Pædiatriske pt.: F.eks. børn med kighoste, meningitis og medicinske forgiftninger

Neonatale pt.: Nyfødte, der har behov for respirationsbehandling.

Afdelingen har patienter i respirator ca. 260 døgn om året.

Afdelingen fungerer derudover som akut modtageafdeling for alle typer af medicinske patienter.

Afdelingen behandler ikke ambulante -, dag- eller endagspatienter.

Der er ikke faciliteter til at pårørende kan overnatte på afdelingen, men pårørende har mulighed for at hvile sig på en briks. Pårørende til børn får altid muligheden for at blive indlagt sammen med disse.

3.2.3 Fysiske rammer

På det kardiologiske afsnit er alle stuer tresengsstuer med eget toilet. Intensivafdelingen har to stuer med plads til henholdsvis tre og to patienter. Intensivafdelingen har desuden en enestue.

Der er ingen undersøgelsesstue eller samtalerum på afdelingen.

Det er personalets opfattelse, at afdelingen generelt har pladsmangel. Oppegående patienter og pårørende har kun én lille opholdsstue, hvorfor de opholder sig meget på gangarealet.

Derudover anføres følgende problemer i relation til de fysiske rammer:

- Der er kun ét personalerum, som også bliver brugt til stuegang og rapportgivning på coronarafsnittet.
- Vagtrummet, hvor arbejdsskærmene til overvågning og telemedicinske overvågning befinder sig, bliver også brugt til intensiv stuegang, rapportgivning og opholdsrum for personale på intensivafsnittet.

- Medicinskabene befinder sig i samme kontor som afdelingens PC. I samme kontor befinder sig desuden afdelingens sygeplejeseekretær ("telefonvagten"), ligesom rummet anvendes til samtaler med patienterne.
- Afdelingsygeplejersken mangler kontor.
- Det rum, hvori overvågningsskærmene er placeret, er relativt lille, hvilket medfører dårligt indeklima. Dette er påpeget af sikkerhedsudvalget og arbejdstilsynet, men problemet er endnu ikke løst.
- Der er kun ét brusebad på afdelingen.
- Patienttelefonen er ikke afskærmet, således at alle omkringværende kan følge med i enhver personlig telefonsamtale.

Kardiologisk afsnit:

- Sengestuerne er for små til tre senge og diverse hjælpemidler.
- Toiletterne er for små til patienter, der har brug for hjælp til personlig hygiejne.
- Der er ingen enestue.
- Forvagternes vagtstue befinder sig på etagen ovenover afdelingen. Adgang til afdelingen foregår gennem en brandtrappe lige over for stue 2, hvis dør larmer meget.

Intensiv afsnit:

- På grund af ressourcemangel befinder den akutte modtageplads sig på samme stue, som de dårligste patienter (respiratorpatienter) og patienter med fast vagt.
- Adgang til vagtrummet sker gennem stue 6 og 7. Dette skaber megen uro på disse stuer.
- Det er kun muligt at afskærme patienterne med sengeskærme. Derfor ligger mænd, kvinder, børn, døende, dårlige og mindre dårlige patienter, i skøn sammenblanding på samme stue.

3.2.4 Organisation/ledelse

Afdelingen ledes af en afdelingssygeplejerske og to 1. assistenter (en til hvert afsnit). Nærmeste overordnede er oversygeplejersken for det medicinske center.

Plejepersonalet har 8 timers vagt med en halv times overlap mellem vagtholdene.

Der er udarbejdet en kombineret døgnrytmeplan for personale og patienter. Men der udleveres ikke døgnrytmeplan til indlagte patienter.

Der er ikke fast telefontid for pårørende, men fast besøgstid, mellem kl. 15-16 og 19-20.

Der afholdes ikke tværfaglige møder på afdelingen. Der er personalemøder en gang om måneden af ca. 1½ times varighed.

Stuegang udføres hver formiddag. Desuden er der en kort stuegang om aftenen.

3.2.5 Personale

Afdelingens lønbudget svarer til en normering på 23,34 stillinger.

Stillingerne er fordelt på følgende måder:

- 1 afdelingssygeplejerske
- 2 1. assistenter
- 18,04 sygeplejersker
- 2,3 sygehjælpere

Afdelingen har følgende planlagte fremmøde:

	Hverdage	Lør-/søndag og helligdage
Dagvagt	8	5
Aftenvagt	5	5
Nattevagt	3	3

Dagvagt og aftenvagt er på 8 timer, nattevagten på 8,5 timer.

Fremmødet er fordelt på de 2 afsnit på følgende måde:

	Intensiv	Kardiologisk
Dagvagt*	3	3
Aftenvagt	3	2
Nattevagt	3	

*hertil kommer afdelingssygeplejersken og 1 sygeplejeseekretæren

Hvis der med kort varsel er behov for flere plejeresressourcer på intensivafsnittet, flyttes disse fra det kardiologiske afsnit.

En sygehjælper (den såkaldte telefonvagt) varetager sekretærfunktioner for plejepersonalet.

Der er ikke normeret timer til tillidsrepræsentantarbejde eller lignende, men der er en tillidsrepræsentant blandt afdelingens ansatte. Til disse hverv anvendes ca. 6 timer per måned udenfor arbejdstid.

Afdelingen har to sygeplejestuderende fra september til maj. Disse er skiftevis 2. og 3. årsstuderende.

3.2.6 Arbejdsopgaver

Nogle af plejepersonalets konkrete arbejdsopgaver:

Opgaver i relation til patienter:

- Pleje, omsorg for patienterne.
- Opretholdelse af hygiejne så patienterne ikke får tilført infektioner.
- Observation af patienterne.
- Administration af medicingivning og anden behandling samt observation af virkninger og bivirkninger. Indgivelse af intravenøs medicin og blodtransfusioner.
- Assistere ved diagnostisering.
- Anlæggelse af diverse katetre f.eks. blærekateter. Assistere ved intubation, anlæggelse af eksternt pace-maker, epiduralkateter, lumbalpunktur.
- Tage og tyde EKG. Tyde telemetri og MIDA overvågningen.

- Give hjertestopbehandling ved behov (hjertemassage/stød, maskeventilere).
Hjerteovervågning af afdelingens patienter Førstehjælp til dårlige patienten indtil lægen kommer, herefter udførelse af dennes ordinationer.
- Information af patienter og pårørende.

Andre opgaver: Rengøre og kontrollere af delingens 3 respiratorerne. Rengøring af tilbehør til respiratorer. Daglige vedligeholdelse af andet apparatur, som til enhver tid skal være klar til brug. Opfyldning af linned og depotvarer på stuerne. Aflevere medicinske journaler til skrivning og hente kirurgiske journaler efter skrivning. Aflevere sedler til bestilling af undersøgelser (Der anvendes dog mest telefonbestilling). Rekvirere kontorartikler, mad og medicin.

Patienttransporter til Rigshospitalet ledsages oftest af sygeplejersker fra afdelingen. Kun hvis patienten er meget dårlig, tager læge og narkosepersonale med. På grund af øgede behandlingsmuligheder indenfor det kardiologiske område, er antallet af transporter til Rigshospitalet steget fra godt 30 i 2000 til knap 60 i 2001. En patient transport varer 2 dage, og afdelingen har ikke fået tilført øgede ressourcer hertil.

De udførte plejeopgaver dokumenteres ved hjælp af sygeplejecardeks. Der er ikke fælles journal. Medicinordinationer har fælles ordinationsark.

De pårørende inddrages ikke direkte i plejen, men får lov til at være så meget de ønsker hos deres nærmeste, hvis de er meget syge.

Servicefunktioner:

Beskrivelse af funktion	
Telefonpasning	Telefonvagt 1)
Hente / bringe post	Piccoline/ Plejepersonale
Hente / bringe journaler	Plejepersonale
Viderebringe medicinbestilling	Plejepersonale
Bestille patientundersøgelse	Plejepersonale
Indkalde personale	Plejepersonale/ Telefonvagt 1)
Bestille mad	Plejepersonale
Levering af mad	Portør
Udportionering / servering af mad/indsamling af madbakker	Plejepersonale/- rengøringspersonale
Bestilling af depotvarer	Depotet
Sætte depotvarer på plads	Depotet
Opfyldning af linned i skabe og depoter	Linneddepotet
Opfyldning af linned på stuerne	Plejepersonale
Bestille senge til nye patienter	Plejepersonale
Transport af tomme senge og patienter til undersøgelser og behandling	Portør

1) sekretæren/telefonvagten er en sygehjælper der er en del af plejenormeringen

3.2.7 Problemområder

Plejepersonalet har fremhævet følgende problemområder:

- De øgede behandlingsmuligheder inden for det kardiologiske område har medført en stigning i antallet af transporter til Rigshospitalet. Hver transport svarer til to arbejdsdage.
- Plejepersonalet passer de dårligste respiratoriske patienter og modtager de dårligste patienter, og da det er en medicinstuderende, som er forvagt, føler personalet ansvaret i vagterne meget tungt. I sådanne situationer savnes kvalificeret lægebistand.
- De øgede undersøgelses- og behandlingsmuligheder medfører flere respiratorpatienter og flere intensive patienter. F.eks. komplicerede postoperative patienter og komplicerede kardiologiske patienter.
- Øgede behandlingsmuligheder har medført, at patientkategorien i kardiologisk afdeling er blevet ældre. Dette har medført øget plejetyngde, da ældre patienter ofte, foruden kardiologiske sygdomme, har aldersrelaterede sygdomme.
- I forbindelse med ferielukning på andre afdelinger, har afdelingen svært ved at få patienter flyttet fra afdelingen. Dette medfører høj belægningsprocent, og problemer med at frigøre plads til akutte patienter.
- Telemedicinsk overvågning fra Klaksvik Sygehus (KS) og Suderø Sygehus (SS) er installeret på afdelingen for 3 år siden. Det er ikke pålagt plejepersonalet at observere denne overvågning, men det er svært at lade være, da overvågningsskærmen er placeret lige ved siden af afdelingens egen overvågning.
- Det er ikke altid en overlæge i specialet, der går stuegang på coronarafdelingen. Dette kan medføre, at ordinationer og beslutninger vedrørende patienten først bliver taget på middagskonferencen, hvilket kan hindre effektiv udnyttelse af hele arbejdstiden i dagvagten.
- Udlån af personale fra kardiologisk afsnit til intensivafsnittet, går ud over aktiviteten i kardiologisk afdeling, bla. oplæring af nyt personale og løbende undervisning af fast personale.

3.3 Afdelingsbeskrivelse E2 / E3 Rehabiliterings-/ Plejhjemsafdeling

3.3.1 Overordnet beskrivelse af afdelingen

Afdeling E3/E2 er en kombineret rehabiliterings- og plejhjemsafdeling, der er tilknyttet det medicinske center. Afdelingen er normeret med i alt 19 senge, fordelt med 9 senge i rehabiliteringsafsnittet E3 og 10 senge i plejhjemsafsnittet E2.

3.3.2 Patienter

Patienter på E3:

Afdelingen er en rehabiliteringsafdeling for apoplexipatienter og patienter med dissemineret sklerose. Patienter, hvor det vurderes at optræning ikke er mulig, har i stedet behov for forebyggende behandling og pleje. I forbindelse med udskrivning af patienten, tilbydes enkelte status som dagpatienter af nogle ugers varighed.

To gange årlig modtager afdelingen ca. 4 patienter med dissemineret sklerose til udredning og optræning af 4 ugers varighed. Unge sklerosepatienter bliver indlagt til oplæring i selvmedicinering i forbindelse med opstart af interferon-behandling.

Udover ovenstående modtager afdelingen patienter med tuberkulose i isolation, patienter med AIDS, og patienter til tjærebehandling for hudsygdomme.

I forbindelse med ferielukning af de andre medicinske afdelinger modtager afdelingen almen medicinske patienter.

Der er ikke officielt mulighed for overnatning for pårørende, men i enkelte tilfælde er det nødvendigt at åbne muligheden for overnatning (terminale patienter).

Afdelingen modtager næsten kun patienter der overflyttes fra andre medicinske afdelinger. Enkelte patienter indlægges dog fra hjemmet. På grund af afdelingens beliggenhed modtager afdelingen ikke akutte patienter.

Patienter på E2:

Afdelingen er en plejehjemsafdeling med 10 fastboende patienter. Mange af patienterne er overflyttet fra E3 efter en lang rehabiliteringsperiode og har følger efter Apopleksi.

De fleste af patienterne er ældre mennesker som har aldersbetingede problemer. Enkelte beboere er midaldrende og har specielle behov for pleje.

3.3.3. Fysiske rammer

Beliggenhed:

Afdelingen ligger som en selvstændig enhed, ca. 50-100 m fra det centrale sygehus, ved en meget trafikeret hovedvej. Bygningen er et ca. 90 m langt etplanshus opdelt i 4 afsnit.

Afdelingen har 10 sengestuer, hvoraf 9 stuer har 2 senge og 1 stue er én-sengs stue.

Beliggenheden fra den centrale sygehusbygning er efter personalets opfattelse uheldig i forbindelse med modtagelse af akutte patienter og samarbejdet med andre faggrupper. Personalet påpeger ligeledes at bygningen, der er af ældre dato, har dårlig akustik og dårlig lydisolation, hvilket har en stressende indvirkning på patienter og personale. For år tilbage havde afdelingen besøg af Arbejds

tilsynet med henblik på støjmåling. Målingen viste ifølge personalets oplysninger, at støjniveauet var for højt.

Afsnit E3

På E3 er sengestuerne små og lavloftede. Stuerne har et klædeskab til hver patient, en fælles håndvask og tre hylder til sengelinned og diverse. Muligheden for den rigtige placering af senge og borde er meget begrænset, hvilket vanskeliggør en hensigtsmæssig placering i forhold til de træningsprincipper, der benyttes.

Der findes ikke toilet og bad på stuerne. E3 har ét brusebad og ét kombineret toilet og brusebad. Derudover et lille toilet, hvor der ikke er plads til kørestol. Fælles for bad og toiletter er, at disse ikke er handicapvenlige. Personalet kan derfor kun hjælpe patienten fra den ene side og ikke anvende de optræningsprincipper afdelingen generelt benytter.

Et kombineret rum, beliggende midt i det geriatriske afsnit, bruges til undersøgelser, fysioterapi, taleterapi, samtaler mm.

Afsnit E2:

På E2 findes 5 rimeligt store tosengsstuer med et klædeskab til hver beboer, et skab til sengelinned og en fælles håndvask. Der er plads til et lille møbel som er beboerens private. Der er én fælles kombineret spise/opholdstue i afsnittet. Beboernes muligheder for privatliv er dog begrænsede idet de bor sammen to og to på værelserne, og fordi der ikke er andre lokaler, hvor de kan være alene eller sammen med pårørende.

Der er ikke toilet og bad på sengestuerne. På afsnittet findes der to toiletter, hvor det ene har brusebad og ét badeværelse med badekar.

Afdelingen er meget trafikeret, da den ligger i den sydlige del af bygningen, hvor der er hovedindgang. Patienter og personale der skal til ergoterapi eller i ambulatoriet i den nordlige del bruger afdelingen som gennemgang.

Afdelingen ligger ud til en hovedvej med meget larm fra biler og med mange forbigående mennesker. Vinduerne på den side af bygningen, der vender ud til vejen/fortovet kan ikke åbnes på grund af bilrøg og på grund af at forbipasserende fodgængere vil gå ind i de åbne vinduer. Det er sket flere gange at forbipasserende er kommet til skade.

3.3.4 Organisation/Ledelse

Afdelingen ledes af en afdelingssygeplejerske og en 1. assistent. Nærmeste overordnede er oversygeplejersken for Medicinsk Center.

Patientvisitering til afdelingerne foregår i et samarbejde mellem oversygeplejersken for Medicinsk Center, og afdelingssygeplejersken.

Rehabiliteringsforløb for hver enkelt patient bliver drøftet og besluttet på ugentlige tværfaglige konferencer med læge, fysioterapeuter, ergoterapeuter og sygeplejersker.

Mandag: Stuegang med overlæge.
Onsdag: Tværfaglig konference/stuegang.
Fredag: Stuegang med 1. reservelæge.

Plejepersonale har sygeplejefagligt møde dagligt, hvor hver enkelt patient bliver drøftet, og hvor der bliver truffet sygeplejemæssige fælles beslutninger.

Arbejdstilrettelæggelse:

Afdelingssygeplejersken, 1. assistenten og en sygeplejerske udarbejder personalets arbejdstidsplan. Der er ikke overlap mellem vagtholdene.

Der er ikke fast telefontid for pårørende. Besøgstiden for pårørende er kl. 15.00 – 16.00 og 19.00 – 20.00

Faste møder:

Der holdes afdelingsmøder ca. 1 gang månedligt.
Der holdes visitationsmøder 1 gang ugentligt, hvor afdelingssygeplejersken deltager.
Tillidsrepræsentanter mødes 1. tirsdag i hver måned.
For hver patient holdes der mindst 3 samtaler med patient og pårørende i et tværfagligt regi.
Patienter i Interferonbehandling møder til samtale og medicinudlevering hver 3. måned.

3.3.5 Personale

Lønbudgettet for E3/E2 svarer til en normering på i alt 20,1 stillinger. Der er for øjeblikket ansat følgende personale på afdelingen:

1 Afdelingssygeplejerske
1 Assistent (sygeplejerske)
10,8 Sygeplejersker
6,9 Sygehjælpere

Planlagt fremmøde:

	Hverdage	Lør-/søndage og helligdage
Dagvagt	7-8	6
Aftenvagt	4	4
Nattevagt	2	2

Fremmødet i dagvagten er fordelt med 4 personer i rehabiliteringsafsnittet og 3,5 person i det geriatriske afsnit.

Alle vagter er eksklusiv afdelingssygeplejerske og inklusiv 1. assistent.

Der er ikke normeret timer til tillidsrepræsentant- og sikkerhedsrepræsentantopgaver.

Begge afdelinger har studerende, både sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistenter.

Første assistenten har praktikvejlederuddannelse og varetager opgaverne i forbindelse med den sygeplejestuderende.

Afdelingen har fået en ny opgave i forbindelse med oplæring af social- og sundhedsassistentelever, der kommer fra Danmark. Dette har medført en hel del mere arbejde, måske specielt fordi skolen hvor eleven kommer fra ikke er beliggende på Færøerne, hvorfor den teoretiske uddannelse foregår i Danmark.

3.3.6 Arbejdsopgaver

E2:

Beboerne på E2 er alle fysisk handicappede og kræver grundlæggende sygepleje, både fysisk, psykisk, socialt og åndeligt.

Afdelingssygeplejersken administrerer beboernes økonomi sammen med beboeren og pårørende.

Hver beboer tildeles en kontaktperson.

Lægestuegang på E2 er ikke planlagt, men der er lægetilsyn efter behov. Dette er efter personalets opfattelse en uhensigtsmæssig ordning, som det ikke har været muligt at lave om på.

Det står frit for pårørende at være aktivt engageret i plejen af den syge, og at være hos den døende så langt de selv formår.

Plejepersonalet ser det som en vigtig opgave at hjælpe beboeren til at bevare kontakten til de pårørende, og at have omsorg fra de pårørende.

Det er målet at beboerne en gang om ugen kan få mulighed for at komme ud til aktiviteter, f.eks. kunstudstillinger, koncerter, restaurant, kirke, udflugter og andre tiltag.

Hospitalspræsten holder gudstjeneste en søndag om måneden på afdelingen, og hver mandag er der baptistgudstjeneste.

Nogle af plejepersonalets konkrete arbejdsopgaver:

- personlig hygiejne
- pleje og behandling (f.eks. sondebehandling/-pleje, medicingivning/-bestilling)
- vedligeholdelsestræning (kontrakturprofylakse og forebyggelse af spasticitet), af- og påklædning, forflytninger (fra seng i stol, fra stol til toilet, fra kørestol til hvilestol etc.)
- borddækning, servering af mad og drikke, hjælp til spisning
- oprydning på sengestuerne og i andre rum (skyllerum, tøjdepot, badeværelse, toilet etc.)
- opfyldning af klædeskabe, vask, strygning og reparationer af beboernes private tøj
- indkøb af privat tøj og andet
- vask af sengeborde, stole, kørestole, lifte, og beboernes private møbler. Til hovedrengøring er det plejepersonalets opgave at tømme skabe og flytte alt inventar ud af sengestuerne og at stille tingene på plads igen. Rengøringspersonalet vasker vinduer, loft og vægge. Plejepersonale vasker køleskabe, medicinskabe mm.

E3:

Rehabiliteringsafdelingen E3 har som formål at optræne, hovedsageligt apoplexiramte patienter. Arbejdsopgaverne er derfor specielt relaterede til denne patientkategori, men omfatter også de andre patientkategorier - indlagte så vel som ambulante. Der arbejdes i et tværfagligt team om Bobaths principper hele døgnet, dvs. at patienten motiveres til aktivt at indgå i træningen til igen at kunne mestre den almindelige daglige levevis (ADL).

Straks efter at patienten er indlagt på afdelingen, modtages denne af kontaktpersonen.

Plejepersonale har den koordinerende funktion mellem implicerede samarbejdspartnere som omfatter: Fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopæder¹, læger, psykologer, portører, laboranter, røntgenafdeling, diætist, hjemmepleje, pårørende etc. Personalet aftaler desuden de 3 obligatoriske samtaler mellem patient, pårørende og aktuelle faggrupper: En indlæggelsessamtale, en midtvejsamtale og en udskrivningssamtale.

Der udarbejdes et døgnrytmeskema for hver patient. I løbet af de første dage efter at patienten er indlagt, udarbejdes desuden en trænings/plejeplan.

Patientens træningstid sammen med henholdsvis fysio-, ergoterapeut og logopæd udgør maksimalt 2-3 timer daglig. Resten af døgnet opholder patienten sig på afdelingen hvor plejepersonale udøver den terapeutiske funktion. Dette arbejde består i obligatorisk morgentræning i sengen inden patienten guides op af sengen. Patienten guides til vask, af- og påklædning, mundstimulering, spisesituationen, flytninger til og fra stole, toilet, seng. Ligesom patienten så vidt muligt gangtrænes.

For hver enkelt patient foretages der ca. 15 forflytninger i hver dagvagt, og det samme gælder for aftenvagten. Hvert plejepersonale tildeles 3 patienter til daglig dvs. ca. 45 flytninger pr. person i dagtimerne. Det tilstræbes at motivere patienterne til selv at udføre handlinger som vedkommende ville have gjort inden vedkommende blev syg.

Pårørende har mulighed for at være aktivt engageret i optræningen/plejen af patienten i afdelingen.

Plejepersonalet planlægger patientens udskrivelse, har kontakter til den primære sektor og planlægger sammen med pårørende patientens fremtid efter udskrivelsen. Inden udskrivelsen tilbydes patienten og de pårørende hjemmebesøg, med deltagelse af henholdsvis fysioterapeut, ergoterapeut og plejepersonale. Plejepersonalet bruger mange ressourcer i forbindelse med udskrivningen af patienten, bl.a. oplæres hjemmehjælpen i håndtering, forflytning m.m. Desværre kan det dog ske, at de opnåede færdigheder ikke holdes ved lige, da der ikke er terapeuter ude i områderne.

Udover de sygeplejemæssige funktioner har plejepersonalet til opgave at udarbejde og føre arbejdsplaner, procedurer, handlingsskemaer, ajourføre viden om relevante emner, planlægge undervisning af de studerende, optælling, kontrol og bestilling og medicin. Plejepersonalet vasker sengeborde, kørestole, lifte mm.

¹ Talepædagog

Servicefunktioner:

Beskrivelse af funktion	
Telefonpasning	Plejepersonale
Hente / bringe post	Piccoline/ Plejepersonale
Hente / bringe journaler	Plejepersonale
Viderebringe medicinbestilling	Plejepersonale
Bestille patientundersøgelse	Plejepersonale
Indkalde personale	Plejepersonale
Bestille mad	Plejepersonale
Levering af mad	Portør
Udportionering / servering af mad/Indsamling af madbakker	Rengøringspersona- le/Plejepersonale
Bestilling af depotvarer	Depotet
Sætte depotvarer på plads	Depotet
Opfyldning af linned i skabe og depoter	Linneddepotet
Opfyldning af linned på stuerne	Plejepersonale
Bestille senge til nye patienter	Plejepersonale
Transport af tomme senge og patienter til undersøgelser og behandling	Portør

3.3.7 Problemområder

Personalet har derudover påpeget følgende problemområder:

Plejepersonalet varetager funktioner, der tilhører andre faggrupper. F.eks. i stor udstrækning fysio- og ergoterapeutiske opgaver, rengøringsarbejde, kontorarbejde mm.

Patientkategorien er skiftende især i de perioder hvor andre medicinske afdelinger holder lukket, dvs. i sommermånederne og til højtiderne jul og påske. De seneste par år har det været svært at få ferieafløsere for personale der skal på ferie.

Afdelingen er blevet tildelt nye arbejdsopgaver uden tilførsel af ekstra resurser – f.eks. sklerosepatienter til interferonbehandling og -opfølgning.

Et andet problemområde er den primære sektor. Patienterne indlæggelsestid forlænges af blandt andet: Ventetider på ombygning af private hjem, manglende hjælpemidler, manglende døgnpleje, manglende dagtilbud, manglende plejehjemspladser.

Desuden finder afdelingens plejepersonale det problematisk, at der mangler speciallæger, neuropsycholog, at der ikke er logopæder ansat på sygehuset, og at der ikke er fysio- og ergoterapeuter ansat på afdelingen.

Personalet oplever at de ikke har ikke fået nok information og undervisning i forbindelse med at de er blevet pålagt at oplære social og sundhedsassistentelever. Endvidere er der ikke tilført resurser til opgaven.

4. Analyseresultater

4.1 Økonomi

Der er delvist indført afdelingsbudgetter på Landssygehuset, idet lønbudgetter er decentraliseret til de enkelte centre, mens øvrige udgifter som varekøb, herunder medicin, lægelige artikler samt fremmede tjenesteydelser ikke er decentraliseret.

Centerledelsen for Medicinsk Center er således ansvarlig for lønudgifter til læger, sygeplejersker og andet personale ansat i de medicinske afdelinger. Centerledelsen har yderligere decentraliseret ansvaret for lønudgifter til plejepersonalet, til afdelingssygeplejersken for de enkelte afdelinger. Budgettet for lægelønninger er ikke yderligere decentraliseret, idet det er den administrerende overlæge for Medicinsk Center, der er ansvarlig for centrets udgifter til lægeløn.

Sygehuset har lønsumstyring, dvs. at der styres efter et kronebudget og ikke efter en fastlagt personalenormering. Dog har administrationen til hver enkelt afdeling udregnet en vejledende plejenormering, som angiver det antal fuldtidsstillinger, der er plads til inden for lønbudgettet.

Ti procent af mer/mindreudgifter i et budgetår er traditionelt blevet videreført til efterfølgende budgetår. Et merforbrug i et budgetår er således blevet modregnet i det efterfølgende års lønbudget, mens omvendt et mindreforbrug er blevet tillagt næste års budget.

Budgetterede og faktiske lønudgifter til plejepersonalet i perioden 1994 – 2001 for hver af de 3 medicinske afdelinger er vist i omstående tabel 4.4.1. Det fremgår, at der i de første år var nogenlunde overensstemmelse imellem lønbudget og lønforbrug på alle 3 afdelinger, men at der i løbet af perioden gradvist er sket et skred i forholdet mellem budget og forbrug. I 2001 havde alle 3 afdelinger en budgetoverskridelse på mellem 9 % og 26 %. Budgetoverskridelserne er opstået på forskellige tidspunkter på de 3 afdelinger. I B6 indtrådte de første alvorlige budgetoverskridelser således allerede i 1998, mens budgetoverskridelserne på B8 først startede i 2000. Afdeling E2/E3 havde for første gang budgetoverskridelser i 2001. I henhold til en foreløbig prognose kan der forventes budgetoverskridelser på alle 3 afdelinger i 2002.

Budgetoverskridelserne skal bl.a. ses på baggrund af, at afdelingernes budgetter er reduceret i forbindelse med at merforbrug fra året før er fratrukket næste års budget. Af andre mulige årsager kan nævnes at afdelingerne fra 1997 ikke længere fik refunderet lønudgifter i forbindelse med den første måned i forbindelse med langtidssygefravær. Samtidig skal budgetoverskridelserne ses på baggrund af en stigning i forbruget over hele perioden, som har været væsentlig højere end stigningen i lønbudgetterne. Specielt for B6 har der gennemsnitligt været en årlig stigning i forbruget på 6 %, mens den årlige stigning i budgetterne gennemsnitligt har været på knap 2 %. Alene fra 2000 til 2001 steg lønudgifterne i B6 med 14 %.

Vi spurgte i forbindelse med interviewene, hvad holdningen til budgetoverskridelserne var, og hvad man havde gjort for at holde budgetterne. Fra Centerledelsens afdelingssygeplejerskernes side blev der udtrykt stor bekymring over budgetoverskridelserne. Afdelingssygeplejerskerne gav imidlertid tillige udtryk for, at deres holdning til budgetoverholdelse i de senere år var ændret. Fra at have bestræbt sig på at overholde budgetterne havde de nu indtaget en mere opgivende holdning, idet lønbudgettet efter deres opfattelse var for lille i forhold til belastningen i afdelingerne; det var derfor en umulig opgave at holde budgettet. En medvirkende årsag til budgetoverskridelserne var desuden et stor sygefravær. En enkelt af de interviewede gav udtryk for, at hun som afdelingssygeplejerske ingen mulighed havde for at styre lønudgifterne.

De interviewede medarbejderne udtrykte ikke den store bekymring over budgetoverskridelserne. Dels var det ikke deres ansvar, dels var budgettet urealistisk sammenlignet med aktiviteten. Der blev givet udtryk for, at det var en dårlig politik ikke at indkalde afløsere i tilfælde af sygdom. Der blev dog også udtrykt bekymring for om budgetoverskridelser ville kunne risikere at medføre fyringer.

4.2 Aktivitet

På basis af data fra sygehusets edb-baserede patientregistreringssystem er der foretaget en analyse af udviklingen i aktiviteten på de 3 afdelinger i perioden 1994 – 2001. Analysen viser udviklingen i antal indlæggelser, sengedage og gennemsnitlig liggetider for de 3 afdelinger. Derudover belyses akutprocenter (andelen af patienter der indlægges akut) og aldersfordelingen blandt de indlagte idet disse parametre vurderes at have betydning for belastningen af plejepersonalet.

Antallet af akutte indlæggelser og antallet af gamle patienter (patienter >70 år) antages normalt at give en højere belastning af plejepersonalet. Akutte patienter tilses og observeres normalt i langt højere udstrækning end patienter med en kendt diagnose i en stabil fase. Gruppen af gamle patienter fejler ofte noget ud over indlæggelsesdiagnosen og er typisk mere utrygge ved en indlæggelse end den yngre patientgruppe. Selvfølgelig giver meget syge yngre patienter også stor belastning af personalet, ligesom et stort patientflow, mange ind- og udskrivninger belaster personalet.

Da sygehuset ikke har edb- registrering af en ambulante besøg har det ikke været muligt at analysere udviklingen i den ambulante aktivitet.

Analysen viste, at en relativt stor andel af de indlagte patienter - især på B6 - havde mindre end én sengedag. Det er antaget, at der er tale om éndagsindlæggelser. B6 har bekræftet, at en del dagpatienter registreres som heldøgnspatienter. I analysen er det derfor valgt, for alle 3 afdelinger, at betragte ikke akut indlagte patienter med 0 sengedage, der ikke er overført til anden afdeling inden for første indlæggelsesdøgn, som deldøgnspatienter.

Resultatet af analysen er vist i tabellerne på de efterfølgende sider.

Aktivitetsudvikling B6:

Tabel 4.2.1 viser, at der i perioden har været årlige udsving i antallet af udskrivinger og sengedage. Der ses ikke nogen klar tendens i aktivitetsretning hverken i opadgående eller nedadgående retning. Den gennemsnitlige liggetid er nogenlunde konstant.

Antallet af deldøgn har ligeledes varieret over perioden. Dog med en tendens til et højere niveau i årene efter 1997.

Fra 2000 til 2001 ses dog et fald i såvel antallet af indlæggelser og udskrivinger, samt en stigning i den gennemsnitlige liggetid. Til gengæld ses der en stigning i antallet af deldøgn. Denne udvikling afspejler formentlig omlægning fra stationær til deldøgsbehandling.

Mellem 50 % og 60 % af afdelingens patienter indlægges akut, hvilket er relativt lavt for en medicinsk afdeling.

Omkring en fjerdedel af afdelingens patienter er over 70 år. Der er ikke sket en forskydning i alderssammensætningen af afdelingens patienter i perioden. En opgørelse af aldersfordelingen kun omfattende patienter, der har været indlagt mere end 1 dag (d.v.s. excl. én-dagspatienter), viser at andelen af over 70-årige for denne gruppe udgør 33 % (2001).

Det er oplyst at en del af de deldøgnspatienter, der registreres i afdeling B6, er patienter der er til scopi-undersøgelse. Disse patienter kommer reelt ikke i afdelingen, og belaster derfor ikke plejepersonalet. Yderligere er det oplyst, at nogle af afdelingens patienter, mens de er registreret som indlagte på afdelingen, befinder sig i hjemmet på week-end-orlov.

Aktivitetsudvikling B8:

Tabel 4.4.2 viser at der i perioden 1994 -2001 har været en voksende patientomsætning i afdeling B8. Der er således sket en stigning i antallet af indlæggelser på 27 %, samtidig med at antallet af sengedage er faldet med 4 %. Alt i alt en udvikling der har medført en forkortelse af de gennemsnitlige liggetider på 24 %.

Akutprocenten er på ca. 75, hvilket er relativt lavt for en kardiologisk/intensiv afdeling.

Alderssammensætningen blandt afdelingens patienter har været uændret i perioden.

Afdeling E2/E3

Der har i afdeling E2/E3 i perioden generelt været en faldende patientomsætning. Antallet af udskrivinger per år er faldet, mens antallet af sengedage per udskreven er steget. Alt i alt næsten en fordobling af den gennemsnitlige liggetid. Afdelingen består imidlertid af 2 ret forskelligartede patientgrupper, nemlig genoptræningspatienter der er indlagt i ca. 1 - 2 måneder, og plejepatienter der kan have en indlæggelsestid på op til flere år.

På grund af de relativt lange liggetider for nogle af afdelingens patienter, vil udskriving af enkeltpatienter med usædvanlig lang liggetid kunne medføre store udsving i den gennemsnitlige liggetid fra år til år.

Fra 1998 til 2001 er andelen af afdelingens patienter, der er over 70 år, vokset fra 50 til knap 60 %.

4.3 Personaleforbrug

Nedenstående tabel 3.4.1 viser bruttopersonaleforbruget dvs. det totale antal plejetimer, der er blevet forbrugt (udbetalt løn for) i hver af de enkelte afdelinger. Tabellen viser endvidere omfanget af forskellige typer af fravær som f.eks. sygdom, barsel, afspadsring, ferie mv. Endelig viser tabellen nettopersonaleforbruget, som er bruttopersonaleforbruget minus alt fravær. Nettopersonaleforbruget er en opgørelse af hvor meget plejepersonale, der rent fysisk har været til stede i afdelingerne. Personaleforbruget er opgjort til fuldtidsstillinger. I tabellen vises desuden det antal fuldtidsstillinger, som svarer til lønbudgettet (Normering).

Tabel 4.3.1 Personaleforbrug 2001. Opgjort i fuldtidsstillinger

Afd.:	Netto	Fravær:					Brutto	Normering
		Afspads.	Ferie	Barsel/gr.	Sygdom	kurser		
B6	13,66	1,35	1,52	0	1,33	0,38	18,24	16,7
E2/E3	17,93	1,73	1,79	0,28	2,72	0,35	24,8	20,1
B8	20,17	2,79	2,36	1,86	0,9	0,67	28,75	23,34

Tabel 4.3.2 Fravær i % af personaleforbrug

Afd.:	Fravær i % af brutto forbrug				
	Afspads.	Ferie	Barsel/gr.	Sygdom	kurser
B6	7%	8%	0%	7%	2%
E2/E3	7%	7%	1%	11%	1%
B8	10%	8%	6%	3%	2%

Tabel 4.3.1 viser, at personaleforbruget på alle 3 afdelinger i 2001 oversteg det antal fuldtidsstillinger som svarede til deres lønbudget, hvilket er i overensstemmelse med at alle 3 afdelinger har overskredet deres lønbudget (kap. 3.2).

Tabel 4.3.2. viser forskellige former for fravær i procent af bruttopersonaleforbruget. Det ses, at der på afdeling E2/E3 har været et relativt højt sygefravær. Dette forklarer afdelingen med, at der har været en del langtidssygdom (f.eks. i forbindelse med hofteoperation), og at afdelingen generelt, på grund af en høj gennemsnitsalder blandt de ansatte, har et højt sygefravær. På afdeling B8 er der en relativ høj fraværsporcet som følge af afspadsring. Dette kan bl.a. forklares ved afspadsring i forbindelse med ledsagelse ved patienttransporter til Rigshospitalet (hver patienttransport varer 2 arbejdsdage). Der har ligeledes på B8 været et relativt højt fravær i forbindelse med graviditet og barsel.

Afdeling B6 havde som den eneste af de 3 afdelinger ferielukket i 2001. Afdelingen havde ferielukket i alt 7 uger. Ferielukning forbedrer afdelingens mulighed for at tilrettelægge personalets ferie og reducerer behovet for indkaldelse af ferievikarer. Alt i alt skulle muligheden for ferielukning således reducere afdelingens afspadsring. Ferielukningen på B6 synes dog ikke at have haft synlige konsekvenser for omfanget af afspadsring.

Med hensyn til niveauet for fravær sammenlignet med tilsvarende danske afdelinger indeholder kapitel 5 en sammenligning af sygefraværet. Med hensyn til fravær i forbindelse med kurser kan oplyses, at fravær i forbindelse med tjenestefrihed, som omfatter uddannelse/kurser men også andre

former for fravær, som f.eks. intern og ekstern mødevirksomhed, på de 3 danske afdelinger udgjorde mellem 3 og 7 procent.

4.4 Ambulant aktivitet og indlæggelsestider

Formålet med denne del af analysen har været at påpege mulige ændringer i tilrettelæggelsen af patientforløb i form af forkortelse af liggetider og konvertering fra stationær til ambulantly/deldøgnbehandling. Analysen er alene baseret på oplysninger, der kan udledes af sygehusenes patientregistreringer, herunder en sammenligning med liggetider og omfanget af ambulantly/deldøgnbehandling på hhv. Svendborg og Sønderborg sygehuse. Da Landssygehusets registrering af ambulantly/deldøgnbehandling imidlertid er mangelfuld, har det ikke været muligt at gennemføre den planlagte analyse. Afsnittets konklusioner er derfor i vidt omfang baseret på antagelser.

4.4.1 Konvertering af indlæggelser til ambulantly/deldøgnbehandling

Landssygehuset foretager ikke edb-registrering af *ambulante besøg*. Der foretages alene manuelle optællinger. Bilag II viser den manuelle opgørelse af ambulante besøg i Medicinsk Center for 2000, som er indeholdt i årsberetningen for Medicinsk Center. Det er imidlertid usikkert om denne opgørelse omfatter al ambulantly aktivitet i det medicinske center. Eksempelvis er det usikkert om ambulante besøg på "lægekontorer" er medregnet, ligesom der på E3 i et vist omfang finder ambulantly genoptræning sted, som tilsyneladende ikke registreres.

For så vidt angår *deldøgnaktiviteten* edb-registreres denne både som deldøgnbesøg og som heldøgnaktivitet. Det fremgik således af kapitel 4.2, at et stort antal indlæggelser i medicinsk afdeling (især B6) er patienter med 0 sengedage. Disse antages i et vist omfang at være deldøgnpatienter. Alle patienter med 0 sengedage er dog ikke nødvendigvis deldøgnpatienter, idet der f.eks. kan være tale om patienter, som indenfor samme døgn overføres til anden afdeling. Det kan derfor ikke med sikkerhed antages, at alle indlagte med 0 sengedage er deldøgnpatienter. Sammenfattende er det således ligeledes forbundet med nogen usikkerhed at opgøre deldøgnaktiviteten i de medicinske afdelinger.

På grund af ovennævnte usikkerhed i opgørelsen har det ikke været muligt at foretage en meningsfuld analyse af mulighederne for at omlægge fra stationær til ambulantly/dagbehandling. Ej heller har det som planlagt været muligt at sammenligne forholdet mellem ambulantly-/deldøgnbehandling og stationær behandling i Medicinsk Center på Landssygehuset med de medicinske afdelinger på Sønderborg og Svendborg Sygehuse.

Flere forhold peger imidlertid i retning af, at der på de medicinske afdelinger er et stort potentiale for omlægning til ambulantly/deldøgn. For det første fremgik det af de gennemførte interviews med såvel plejepersonale som læger, at der efter disses opfattelse var en række patientkategorier på alle afdelinger, som ville kunne behandles ambulantly frem for at blive indlagt. For det andet tyder den høje andel af planlagte indlæggelser på, at mange patienter ikke behøver indlæggelse.

På B6 er der i sidste halvdel af 2001 blevet konverteret en del indlæggelser til deldøgn, men det fremgik, at det efter såvel plejepersonalets som lægens vurdering var muligt at konvertere endnu flere patienter til ambulante behandling.

Som begrundelse for at indlægge patienter, som ville kunne behandles ambulant, blev anført lægemangel (kardiologiske patienter). Ligeledes blev anført at transportforhold gjorde at nogle patienter havde behov for overnatningsmuligheder.

En forudsætning for konvertering til ambulante behandling synes således bl.a. at være en øget lægebemanding og etablering af forbedrede overnatningsmuligheder for patienter fra øerne.

Som inspiration til afklaring af hvilke patientgrupper der ville kunne konverteres er i tabel 4.4.1-4.4.5 vist de største ambulante-/deldøgnsgupper på de medicinske afdelinger på Svendborg og Sønderborg sygehuse. Tabellerne indeholder desuden en beregning af forholdet imellem ambulante/deldøgn og stationær behandling på de 2 sygehuse for nogle store patientgrupper.

4.4.2 Liggetider

Afdeling B6 og B8:

De gennemsnitlige liggetider på B6 og B8 (excl. intensiv) synes umiddelbart at ligge på niveau med de afdelinger, de sammenlignes med (se kap 5.). Sammenligningen påvirkes imidlertid af, at en del af de indlagte patienter på Landssygehuset, formentlig kunne være blevet behandlet ambulant, og derfor har en kort liggetid. Såfremt disse patienter ikke var blevet indregnet i liggetiden (var blevet behandlet ambulant), ville den have været højere end på de afdelinger der sammenlignes med.

I en artikel om udviklingen af indlæggelsespresset på medicinske afdelinger på danske sygehuse², fremgår det, at liggetiden for alle medicinske afdelinger under ét, i perioden 1998 – 2000 er faldet med 7,5 % - fra 6,7 dage til 6,2 dage i gennemsnit - dette til trods for, at der i samme periode er sket en stigning i den ambulante aktivitet på 20 %. Analysen af udviklingen i de gennemsnitlige liggetider (kap 3.3) viser, at der ikke i samme periode (altså 1998 - 2000) er et tilsvarende fald i de gennemsnitlige liggetider i de 2 medicinske afdelinger på Landssygehuset.

Afdeling E3:

For E3 var den gennemsnitlige liggetid i 2001 på 39,2 dage. Af materialet vedrørende apoplexiaafdelingen på Sønderborg Sygehus kan det beregnes, at den gennemsnitlige liggetid for de af afdelingernes patienter, der er indlagt til rehabilitering, er på 37 dage, dvs. at den gennemsnitlige liggetid for de 2 afdelinger er på samme niveau.

4.5 Identifikation af problemområder

Problemområderne er identificeret ved hjælp af afdelingsbeskrivelser af de 3 sengeafdelinger der indgår i analysen, suppleret med interview af plejepersonale (ledere og medarbejdere) fra alle 3

² "Indlæggelsespresset på de medicinske afdelinger 1998-2000" Carl Otto Gøtze m.fl. Ugeskrift for læger 163/42

afdelinger (6 interviews), repræsentanter for andre medarbejdergrupper og den overordnede ledelse (4 interviews). I alt 14 personer er interviewet.

Der er ingen markant forskel på de problemområder, der fremgår af afdelingsbeskrivelserne, og de problemområder der beskrives under interviewene. Blandt plejepersonalet er der meget stor enighed om problemområderne, mens de andre repræsentanter og centerledelsen udtaler sig mindre markant om problemernes substans og omfang, og på mange måder ser mere nuanceret på problemstillingerne.

Både i afdelingsbeskrivelserne og under interviewene blev der talrige gange henvist til de besparelser, som blev gennemført først i 90'erne. Denne situation huskes tydeligt af alle, der var involveret, og alle senere tiltag for at ændre forholdene til det bedre synes ikke umiddelbart at give større tilfredshed eller bedre arbejdsmiljø. Eksempelvis har omlægning til ambulante behandling for nogle af de patienter, der tidligere var indlagt på B6, faktisk givet mindre belægningsprocent, men plejepersonalet kæder ikke disse ting sammen, og virkningen har ikke fået indflydelse på det beskrevne arbejdsmiljø.

Det virker som om (pleje)personalet har mistet troen på, at de kan gøre noget. De oplever, at deres henvendelser ikke ændrer situationen. Både i afdelingsbeskrivelserne og under interviewene gives der eksempler på, at plejepersonalet utallige gange har gjort opmærksom på problemerne, uden at noget bliver gjort. Det gælder både normeringen, de fysiske rammer, og arbejdet i de arbejdsgrupper, der gennem årene har været nedsat. Både ledelse og teknisk afdeling lytter; men der bliver ikke handlet, og det nævnes endda, at arbejdet i arbejdsgrupperne fader ud. Flere kan ikke huske konklusioner og/eller beslutninger, eller om der overhovedet blev truffet beslutninger. Hvis der er truffet beslutninger synes disse ikke at være ført ud i livet. Således refereres det fra den senest nedsatte arbejdsgruppe, at beslutningen blev, at afvente ibrugtagelsen af nybygningen, idet de nuværende fysiske rammer ikke kan imødekomme de behov arbejdsgruppen har skitseret.

Flere af de interviewede nævner også den hyppige udskiftning i sygehusledelsen som et problem. Det giver utryghed og hindrer den kontinuitet, der er så vigtig i forhold til forandringer. Samtidig er der dog udbredt tilfredshed med centerledelsen. Det er vanskeligt at få udpeget nogle konkrete situationer hvor afdelingsledelsen har gjort en forskel, men specielt alle inden for plejegruppen føler at de har et forum, hvor de kan bære problemerne hen, og hvor der lyttes til dem.

Under interviewene får vi oplyst, at der *er* sket forbedringer på det fysiske område. Bl.a. er der bevilliget nye senge, bækkenstole o.a. Adspurgt forventer alle, at det igangværende nybyggeri vil forbedre de fysiske rammer væsentligt, men ingen synes at vide hvordan.

Denne rapport har ikke omfattet en tilbundsående analyse af informationsniveau og kommunikationsveje på Landssygehuset, men på de bemærkninger, der er fremkommet under interviewene, virker det som om, at dette var et område, hvor der er grundlag for forbedringer.

Afdeling B6:

Afd. B6 beskriver som hovedproblemerne: Lav normering, høj plejetyngde, stigende patientflow og dårlige fysiske rammer.

Plejepersonalet oplever, at de har en lav normering. De øvrige interviewede udtaler, at de faktisk ikke har fuldt overblik over dette. Afdelingens læge udtaler at både behandlings- og plejeopgaver spænder fra helt banale ting til højt specialiseret niveau.

Plejepersonalet begrundet normeringsproblemerne med, at gruppen af ældre patienter, og at aktivitetsniveauet er steget, uden at normeringen er fuldt med. Plejepersonalet beskriver også en række opgaver, som egentligt burde være udført af andre faggrupper, specielt peges der på rengøringsopgaver.

Afdelingens overlæge har siden sin ansættelse (1. august 2001) kanaliseret flere og flere patienter over til ambulans behandling, og han siger, at endnu flere både kan - og gerne vil - behandles ambulant eller som dagpatienter. I denne sammenhæng nævnes også, at der mangler indkvartering til patienter fra de øer der besejles.

Alle interviewede er enige om, at de fysiske forhold er meget dårlige. Som nævnt er der allerede på dette område givet en bevilling (1 mill. kr. til hele sygehuset). Beløbet rækker dog langt fra til forbedring af de åbenlyse mangler, der beskrives. Det synes ikke som om der er helt overblik over de ændringer, der skal ske når nybygningen tages i brug; men alle forventer, at det vil forbedre de fysiske rammer. Der udtrykkes dog også skepsis m.h.t. om, der er penge til at udstyre nybygningen med.

Afdeling B8:

Afdeling B8 beskriver som hovedproblemer: Lav normering, tunge patienter (høj plejetyngde), mange akutte indlæggelser og dårlige fysiske rammer.

Problemerne med normeringen begrundes specielt i antallet af akutte patienter, de meget dårlige hjertepatienter og intensivpatienterne, der dækker alle diagnoser og alle aldersgrupper, med deraf følgende spredt ansvarsfordeling. Endvidere nævnes det stigende antal patienttransporter til Danmark.

Afdelingens overlæge oplyser, at et stort antal patienter kunne behandles ambulant, hvis der var rammer til det, og hvis der var flere læger. Det er svært, at besætte lægestillinger og desuden er det spørgsmålet om antallet af normerede stillinger er tilstrækkeligt til at omlægge behandlingen så den kræver større lægeintensitet.

Et meget stort "irritationsmoment" er teleovervågningen af kardiologiske patienter, der er indlagt på Klaksvig og Suderø. Både plejepersonale og læger ved hvordan aftalen om denne overvågning er; men ingen veluddannet sygeplejerske kan fagligt forsvare at negligere åbenlyse tegn på at patienter er på vej i en kardiologisk krise.

Afdelingen oplever, at alt for mange patienter fejlvisiteres, og efter et kort ophold på afdelingen må omvisiteres og flyttes til anden afdeling. Mange ind- og udskrivninger belaster personalet.

Alle interviewede er enige om, at de fysiske forhold er meget dårlige. Som nævnt er der allerede på dette område givet en bevilling (1 mill. kr. til hele Landssygehuset). Beløbet rækker dog langt fra til forbedring af de åbenlyse mangler, der beskrives. Det synes ikke som om nogen af de interviewede har fuldt overblik over de ændringer der skal ske når nybygningen tages i brug; men alle forventer,

at det vil forbedre de fysiske rammer. Der udtrykkes dog også skepsis m.h.t., om der er penge til at udstyre nybygningen med.

Afdeling E2/E3:

Afd. E2/E3 beskriver som hovedproblemer: Lav normering, fysisk og psykisk ”tunge” patienter, dårlige fysiske rammer, mangel på ”hjælpepersonale” og manglende ferieafløsning. Det er ikke kun de fysisk tunge patienter, der er et problem. De meget urolige og til tider højtråbende patienter skaber uro i afdelingen og kræver mange ressourcer.

Afdelingen oplever, at den i løbet af de sidste år har fået nye opgaver uden at de er tilført ressourcer, og uden at der er afsat tid til implementering. Afdelingen oplever det også som problematisk, at det højt kvalificerede og meget nødvendige hjælpepersonale (fysioterapeut, ergoterapeut og logopæd) er tilknyttet som konsulenter (ansat andre steder). Det giver ingen mulighed for at afdelingen kan planlægge træning og det forårsager ofte at disse funktioner bliver nedprioriteret.

Afdelingen beskriver også den manglende stuegangskontinuitet som et problem. Personalet føler at nogle af patienternes sygdomssymptomer ikke efterforskes.

Afdelingen har til huse i en ældre træbygning, som ligger ved en trafikeret vej. Tag og vinduer er utætte, ventilationen er utilstrækkelig, og der er huller i gulvet. Stuer og birum er forholdsvis små og ikke egnede til genoptræningsaktiviteter. Inventar og hjælpemidler er gammelt og nedslidt. Bygningen er desuden gennemgang til en anden afdeling, hvilket gør, at der er meget uro, og at gangarealet ikke kan udnyttes optimalt. Der er ingen, der ved, hvad der kan eller skal ske, når den nye patientbygning tages i brug. Det nævnes at det ville være optimalt at flytte apoplexiafsnittet over i de lokaler, der bliver ledige når nybygningen tages i brug; men at dette kompliceres af, at plejeafsnittet finansieres af kommunerne. Det nævnes også, at det eneste fornuftige ville være, at jævne bygningen med jorden.

Beliggenheden gør endvidere, at afdelingen ikke modtager patienterne i den akutte fase, hvorved genoptræningsindsatsen ikke altid bliver optimal fra starten. Det er plejepersonalets opfattelse, at de er Landssygehusets ekspertise inden for afdelingens speciale, og de mener der ville blive opnået bedre resultater hvis patienterne også var indlagt på afdelingen i den akutte fase.

Når de andre afdelinger lukker til ferie overflyttes patienter herfra til afdelingen. Da det er vanskeligt at rekruttere ferieafløserne er sommeren ofte en meget travl og tung periode.

5. Benchmarking med medicinske afdelinger på Svendborg og Sønderborg Sygehuse

Dette kapitel indeholder en benchmarking af de 3 medicinske afdelinger på Landssygehuset med 3 tilsvarende medicinske afdelinger på henholdsvis Svendborg og Sønderborg sygehuse. En afdelingsbeskrivelse for de afdelinger, der sammenlignes med findes i bilag I. Ved valg af de 2 sygehuse har man fra Landssygehusets side lagt til grund, at Landssygehuset, på grund af sin geografiske placering, kun i begrænset omfang har mulighed for at videresende alvorligt syge patienter, og dermed må betragtes som et specialiseret sygehus. Det var vurderingen, at samme vilkår var gældende for h.h.v. Svendborg og Sønderborg Sygehuse.

For alle 3 sygehuse gælder at afdelingernes plejenormering er en bruttonormering, hvilket indebærer at afdelingerne indenfor normeringen skal dække alt personaleforbrug, herunder ferie, sygdom, kurser, afspadsering m.v.

Selv om der ikke er samme overenskomst for sygeplejersker i Danmark og på Færøerne, er det vurderingen at den er ens i de to lande for så vidt angår forhold som er relevante for denne undersøgelse. Det gælder f.eks. regler om afspadsering. Der er dog følgende undtagelser:

Med hensyn til dækning af lønudgifter i forbindelse med barsel er reglerne i Danmark, at afdelingen får refunderet 60 % af lønudgifterne under hele barselsperioden, mens afdelingerne på Landssygehuset får dækket hele lønudgiften. Afdelingerne på Landssygehuset er således på dette punkt bedre stillet end de danske afdelinger.

For så vidt angår fravær i forbindelse med langtidssygdom skal afdelingerne i Danmark selv dække de første 14 dage, men får herefter refunderet 60 % af lønudgiften. Afdelingerne på Færøerne skal dække den første måned, men får herefter refunderet 100 %. Det skønnes, at afdelingerne samlet set er stillet nogenlunde ens for så vidt angår langtidssygdom.

Endelig er der den forskel i overenskomsterne, at den ugentlige arbejdstid i Danmark er på 37 timer, mens den på Færøerne er på 40 timer. Dette er der taget højde for ved sammenligning af personaleforbruget, idet personaleforbruget på de danske afdelinger er omregnet til fuldtidsstillinger under forudsætning af en 40 timers arbejdsuge.

Kapitlet er struktureret således, at der for hver afdeling indledningsvist foretages en sammenligning af de opgaver plejepersonalet varetager, herunder diagnoseprofil og alderssammensætning for de patienter der behandles i afdelingen. Dernæst en foretages en sammenligning af aktiviteten og personaleforbruget i afdelingerne.

Afslutningsvist beregnes et sæt nøgletal for forholdet mellem aktivitet og personaleforbrug. Der beregnes to typer af nøgletal:

- Nøgletal for personalenormering/forbrug i forhold til normerede senge i afdelingen
 - normerede fuldtidsstillinger (budgetteret personale)/normerede senge
 - brutto fuldtidsstillinger (faktisk forbrugt personale) /normerede senge
 - netto fuldtidsstillinger (personale til stede i afdelingen)/normerede senge

- Nøgletal for den faktiske aktivitet i afdelingen i forhold til personaleforbruget.
 - antal sengedage "produceret" per bruttofuldtidsstilling
 - antal sengedage "produceret" per nettofuldtidsstilling

Benchmarkingen er baseret på aktivitet og personaleforbrug i 2001.

5.1 Intern medicinske afdelinger

Der foretages en sammenligning af B6 med hhv. medicinsk afdeling MR på Svendborg Sygehus og M61 på Sønderborg Sygehus. Alle 3 afdelinger karakteriseres som almen medicinske afdelinger. Dog er der den forskel, at afdelingen på Sønderborg ud over de almen medicinske senge indeholder et akut medicinsk vurderingsafsnit.

Sammenligning af patienter i afdelingerne:

Tabel 5.1.1 Indlagte patienter procentvist fordelt på aldersgrupper.

Aldersgruppe	B6 Landssygehuset	M61 Sønderborg	MR Svendborg
0- 50 år	34	25	8
51- 70 år	41	32	26
71+ år	25	43	66
I alt	100	100	100

Det fremgår af tabel 5.1.1 at B6 har et markant yngre patientklientel end de sygehusafdelinger, der sammenlignes med. Når der ses bort fra patienter med 0 sengedage, hvoraf en stor del antages at være dagpatienter, udgør de over 70-årige på B6 33 %, altså stadig en lavere andel end på de 2 øvrige afdelinger.

Alle tre afdelinger er kategoriseret som almen medicinske afdelinger. Patientkategorien udgør derfor en gruppe, der ikke kan rubriceres under andre specialer. På alle tre afdelinger er der en meget blandet og bred kategori af patienter, der nødvendigvis må være forskellig fra afdeling til afdeling. Tabel 5.1.2 indeholder en sammenligning diagnoseprofilen på de 3 afdelinger. Den mest markante forskel er antallet af patienter med kræft i maven, der på Landssygehuset udgør 15 % af samtlige udskrevne, mens den i hhv. Sønderborg og Svendborg kun udgør 1 og 2 %. Til gengæld udgør gruppen af patienter med influenza og lungebetændelse en langt større andel i Sønderborg end på Landssygehuset og i Svendborg.

Det må antages at patienter med kræft (uanset alder) - og deres pårørende - i hvert fald psykisk udgør en større belastning for personalet end eksempelvis gamle patienter med influenza.

Tabel 5.1.2 Største diagnosegrupper på hver af de 3 afdelinger. Procent af samtlige indlagte på afdelingen.

Diagnosegruppe		B6 Landssygeh.	M61 Sønderb.	MR Svendborg
ICD	Navn	Udskr. i % af samtl. udskr.	Udskr. i % af samtl. udskr.	Udskr. i % af samtl. udskr.
C15-C26	Kræft i mave	15	1	2
E10-E14	Sukkersyge	6	2	3
Z00-Z13	Personer i kontakt mhp undersøgelse	6	4	3
I60-I69	Karsygdomme i hjernen	6	1	6
K50-K52	Ikke infektiøs tyndtarms- og tyktarmsk.	5	6	0
K20-K31	Sygd. i spiserør, mavesæk og tolvf.tarm	4	2	2
K55-K63	Andre tarmsygdomme	3	1	2
R50-R59	Almene symptomer	3	2	5
G80-G89	Sygdomme i vener og lymfesystem i.a.	3	3	1
A30-A49	Andre bakterielle sygdomme	2	7	2
D60-D64	Aplatiske og andre anæmier	2	3	7
D50-D53	Ernæringsbetingede anæmier	2	1	0
C81-C96	Kræft i lymfatisk og bloddannende væv	2	1	2
G40-G47	Episodiske og anfaldsvise lidelser	2	0	2
J40-J47	Kroniske sygdomme i nedre luftveje	1	9	9
J10-J18	Influenza og lungebetændelse	2	12	4
I30-I52	Andre former for hjertesygdom	1	5	7
A00-A09	Infektiøse tarmsygdomme	2	5	0

Note: For at gøre de 3 afdelinger sammenlignelige omfatter opgørelsen på B6 ikke patienter med 0 senge dage, da det antages, at der hovedsageligt er tale om deldøgnspatienter. De øvrige afdelinger behandler ikke deldøgn/ambulante patienter.

Sammenligning af opgaver i øvrigt:

Det er *ens* for alle tre afdelinger, at plejepersonalet varetager alle opgaver omkring patienten. Eksempelvis personlig hygiejne, medicinering, information, vejledning, mobilisering og stuegang. Det man også kan kalde kerneydelser i forhold til patienterne. På alle tre afdelinger er der mulighed for assistance af fysioterapi o.a. Rengøring foretages af rengøringsassistenter/serviceassistenter og sengetransport (med og uden patienter) udføres af portørerne.

Derudover er der områder hvor der er *forskel* på hvem der udfører arbejdet. Traditionelt sekretærarbejde udføres af sekretærgruppen. Dog er det på Landssygehuset en sygehjælper, der er taget fra plejenormeringen, der fungerer som sekretær. Bestilling af linned og depotvarer samt opfyldning af dette i afdelingens depoter er opgaver, der ikke udføres af plejepersonalet på Landssygehuset, mens det delvis indgår som arbejdsopgaver for plejepersonalet på de afdelinger, der sammenlignes med. Udportionering af mad og uddeling af denne foretages på Landssygehuset af plejepersonale og rengøringspersonale i fællesskab, mens det på de afdelinger der sammenlignes med udelukkende udføres af plejepersonalet.

Sammenligningen af de opgaver plejepersonalet varetager viser at patienterne på B6 er yngre end patienterne på de 2 øvrige afdelinger, til gengæld udgør en anden plejekrævende patientgruppe, nemlig kræftpatienter en relativt større gruppe på B6 end på de øvrige 2 afdelinger. Sammenfattende vurderes det at der ikke er en systematisk forskel i plejetyngden i de 3 afdelinger.

Sammenligning af aktivitet:

Afdeling M61, Sønderborg Sygehus består af et akut vurderingsafsnit og en almen medicinsk afdeling. Da aktiviteten er væsentlig forskellig på de 2 afsnit, er den i nedenstående tabel vist for hvert afsnit for sig.

Tabel 5.1.3 Aktivitet på de 3 afsnit.

Almen medicinsk sengeafsnit	B6 Landssygehuset	M61 Sønderborg	MR Svendborg
Normerede senge	19,5*	15	20
Indlæggelser, heldøgn	749	683	927
Sengedage, heldøgn	5264	5428	6120
Besøg, deldøgn	385	0	0
Gnstl. liggetid, heldøgn	7,0	7,9	6,6
B %	74 %**	99 %	84 %
Akut %	56 %	90 %	94 %
Akut med. vurd.afsnit			
Normerede senge		12	
Indlæggelser		1658	
Sengedage		1728	
Gnstl. liggetid, heldøgn		1,0	
B %		40 %	
Akut %		100 %	
Medicinsk afd. i alt			
Normerede senge	19,5*	27	20
Indlæggelser	749	2341	927
Sengedage	5264	7156	6120
Besøg, deldøgn	385	0	0
Gnstl. liggetid	7,0	3,1	6,6
B %	74 %**	73 %	84 %
Akut %	56 %	97 %	94 %

* 24 senge indtil 1.04, herefter 18 senge.

**Note. belægningsprocent når deldøgn inddrages i 79 %.

Tabel 5.1.3 viser, at andelen af patienter, der indlægges akut, er væsentligt lavere på B6 end på de øvrige afdelinger, hvor over 90 % af patienterne indlægges akut.

Ved vurderingen af aktiviteten på B6 bør tillige indgå, at en del af de deldøgnbesøg, der er registreret, vedrører patienter, som reelt ikke kommer i afdelingen, idet de får udført scopier et andet sted på sygehuset (i kirurgisk afdeling). Det kan opgøres, at det maksimalt i alt vil kunne dreje sig om 280 deldøgnbesøg³. Ligeledes skal det i vurderingen indgå, at en del patienter, der er registreret som indlagte i afdelingen, reelt ikke befinder sig i afdelingen i aften-/nattimerne og i week-ends. Det er ikke muligt at skønne over omfanget heraf.

³ Patienter med 0 sengedage inden for diagnoserne: Sygdomme i spiserør og tolvfingertarm, Brok, Ikke infektiøs tyndtarms og tyktarmskatarr, Andre tarmsygdomme.

Sammenligning af personaleforbrug:

Tabel 5.1.4. Personaleforbrug.

	B6 Landssygeh.	M61 Sønderborg	MR Svendborg
Brutto normering	16,7	28,0	23,6
Brutto forbrug	18,2	31,7	24,9
Netto forbrug	13,7	21,5	21,5
Sygefravær i % af bruttoforbrug	7,3	5,0	4,8

Tabel 5.1.4 viser, at sygefraværet på B6 var højere end på de 2 øvrige afdelinger.

Sammenligning af nøgletal:

B6 har som den eneste af de 3 afdelinger deldøgnspatienter i afdelingen. I nedenstående nøgletalsberegninger er deldøgn medregnet som en halv sengedag.

Tabel 5.1.5. Sammenligning af nøgletal for personalenormering og forbrug på de 3 afdelinger.

	B6 Landssygehuset	M61 Sønderborg	MR Svendborg
Bruttonormering/Seng	0,9	1,0	1,2
Bruttoforbrug/Seng	0,9	1,2	1,2
Nettoforbrug/Seng	0,7	0,8	1,1
Sengedage/Bruttoforb.	300*	226	246
Sengedage/Nettoforb.	398*	332	284

* Deldøgn medregnet som halv sengedag

Tabel 5.1.5 viser at normeringen per seng er lavere på B6 end på de 2 øvrige afdelinger. Dette gælder også hvis man sammenligner bruttoforbruget per seng (det vil sige det personale afdelingerne rent faktisk har forbrugt) og når man sammenligner nettoforbruget per seng (det personale der rent faktisk har været tilstede på afdelingen).

Tilsvarende viser en sammenligning af aktiviteten per fuldtidsstilling, at antallet af sengedage per fuldtidsstilling - på trods af en lidt lavere belægningsprocent på B6 - har været højere på B6 end på de 2 øvrige afdelinger.

Såfremt aktiviteten på B6 reduceres med de 280 deldøgn, som er det maksimale antal dagpatienter, der reelt ikke kommer i afdelingen, falder antallet af sengedage per bruttostilling og nettostilling til h.h.v. 292 sengedage og 388 sengedage - altså stadig en større aktivitet i forhold til personaleforbruget end på de 2 øvrige afdelinger.

5.2 Kardiologiske afdelinger

Der foretages en sammenligning af B8 med medicinsk afdeling MK på Svendborg Sygehus og medicinsk afdeling M41 på Sønderborg Sygehuse. Alle tre afdelinger er kategoriserede som kardiologiske afdelinger. B8 indeholder dog udover det kardiologiske afsnit et intensiv afsnit, mens afdelingen i Sønderborg har mulighed for dialyse på 2 stuer. Alle tre afdelinger modtager akutte patienter direkte i afdelingen (benævnes i Svendborg coronarskadestue).

Patienter:

Tabel 5.2.1 viser, at patienterne indlagt på B8 er væsentligt yngre end patienterne indlagt på de 2 øvrige afdelinger. Det skyldes formentlig bl.a. at B8 varetager intensivfunktion for en bred gruppe af patienter, herunder børn. Det antages normalt at børn er den mest ressourcekrævende patientgruppe.

Tabel 5.2.1 Indlagte patienter procentvist fordelt på aldersgrupper.

Aldersgruppe	B8, Landssygehuset*	M41, Sønderborg	MK Svendborg
0- 50 år	32	16	15
51- 70 år	36	42	41
71+ år	32	42	44
I alt	100	100	100

* Omfatter alle patienter på B8, incl. patienter på intensiv

Tabel 5.2.2. viser, at coronarpatienterne alle tre steder udgør en tredjedel eller mere af det samlede antal udskrivelser. Resten af patienterne udgør et meget blandet klientel der dog ikke er signifikant forskelligt. Diagnoseprofilen på B8 afspejler desuden de intensive patienter.

Tabel 5.2.2 Største diagnosegrupper på de 3 afdelinger. % af samtlige indlagte.

Diagnosegruppe		B8 Landssygeh	M41 Sønderb.	MK Svendborg
ICD10-koder	Navn	Udskr. i % af samtl. udskr.	Udskr. i % af samtl. udskr.	Udskr. i % af samtl. udskr.
I20 -I25	Iskæmiske hjertesygdomme	23	15	32
I30-I52	Andre former for hjertesygdom	21	14	30
Z00-Z13	Personer i kontakt med sygehus mhp. us.	15	7	12
I10-I15	Blodtryksforhøjelse	7	1	2
R50-R69	Almene symptomer og abnorme fund	4	3	2
Z70-Z76	Pers. i kontakt med sygehusv. u a. omst.	2	0	0
Z80-Z99	Pers. med potentielle helbredsrisici	2	0	1
F10-F19	Psyk. lidelser og a. foranl. af alkohol	2	0	1
J10-J18	Influenza og lungebetændelse	2	2	2
T36-T50	Skadelige virkninger af lægemidl. og biologiske stoffer	2	1	2

Sammenligning af opgaver i øvrigt:

Det er *ens* for alle tre afdelinger, at plejepersonalet varetager alle opgaver omkring patienten: Eksempelvis personlig hygiejne, medicinering, information, vejledning, mobilisering og stuegang. Det man også kan kalde kerneydelser i forhold til patienterne. På alle tre afdelinger er der assistance af fysioterapi o.a. Rengøring foretages af rengøringsassistenter/serviceassistenter og sengetransport (med og uden patienter) udføres af portørerne.

Derudover er der områder, hvor der er *forskel* på hvem der udfører arbejdet. Traditionelt sekretærarbejde udføres af sekretærgruppen. Dog er det på Landssygehuset en sygehjælper der er taget fra plejenormeringen, der fungerer som sekretær - kaldet telefonvagt. Bestilling af linned og depotvarer samt opfyldning af dette i afdelingens depoter er opgaver, der ikke udføres af plejepersonalet på Landssygehuset, mens det delvis indgår som arbejdsopgaver for plejepersonalet på de afdelinger der sammenlignes med. Uddeling af mad foretages på Landssygehuset både af plejeperso

nalet og rengøringspersonalet, mens det på de afdelinger der sammenlignes med udelukkende udføres af plejepersonalet.

På Landssygehuset deltager sygeplejerskerne i patienttransporter til Danmark. Denne funktion udgør efter afdelingens egen oplysninger 3/4 stilling på årsbasis. I Svendborg deltager sygeplejerskerne i udrykning til hjertestop inden for hospitalets område. Funktionen er ikke tidssat.

Det må konkluderes at B8 ikke umiddelbart er sammenlignelig med de 2 øvrige afdelinger idet afdelingen foruden den kardiologiske funktion varetager intensivfunktion, som er særdeles personalekrævende. I den følgende del af benchmarkingen er det forsøgt at foretage en særskilt opgørelse af udskrivinger og sengedage specielt for det kardiologiske afsnit, ligesom det er forsøgt at udskille den del af personaleforbruget, der vedrører det kardiologiske afsnit.

Sammenligning af aktivitet:

I nedenstående sammenligning af aktiviteten på de tre afdelinger er det søgt at udskille aktiviteten i det kardiologiske afsnit på B8. Opdelingen på kardiologiske patienter og intensive patienter er foretaget manuelt af plejepersonalet på B8 med udgangspunkt i patienternes diagnose. Da det vurderes, at denne opsplitning er forbundet med nogen usikkerhed, omfatter den følgende sammenligning, både de kardiologiske senge isoleret og hele afdelingen.

Den manuelle optalte aktivitet afviger fra den aktivitet der fremgår af edb-registreringen, idet den manuelle opgørelse viser et større antal udskrivinger og et færre antal sengedage end edb-registreringen. De aktivitetstal, der fremgår af nedenstående tabel, afviger derfor fra de aktivitetstal der fremgår af kapitel 4.2, idet opgørelsen i kapitel 4.2 er baseret på edb-registreringen.

Tabel 5.2.3. Aktiviteten på de 3 afdelinger.

	Landssygehuset		Sønderborg	Svendborg
	Kardiologi	Hele afd.		
Normerede senge	12*	18**	16	17
Indlæggelser	567	1590	1438	1442
Sengedage	2351	5144	6882	4875
Gnstl. liggetid	4,1	3,2	4,8	3,4
B %	55 %	78 %	86 %	79 %
Akut %		74 %	100 %	95 %

* kardiologi

** kardiologi plus intensiv

Tabel 5.2.3 viser at der er en relativt lav belægningsprocent på de kardiologiske senge i B8. Samtidig ses det, at akutprocenten er lavere på B8 end på de 2 øvrige afdelinger.

Sammenligning af Personaleforbrug:

Tabel 5.2.4 viser personaleforbruget på de 3 afdelinger opgjort i fuldtidsstillinger. For så vidt angår B8 er der både vist personaleforbruget for hele B8, dvs. incl. intensivafsnittet og en anslået andel af personaleforbruget i det kardiologiske afsnit. Fordelingen af personalet på intensivsenge og kardiologiske senge er foretaget med udgangspunkt i en oplysning om, at det fremmødte personale dagligt fordeler sig ligeligt på de 2 afsnit. Dvs. at det er anslået at 50 % af personaleforbruget på B8 vedrører de kardiologiske senge.

Tabel 5.2.4. Personaleforbrug.

	Landssygehuset		Sønderborg	Svendborg
	Kardiologi	Hele afd.		
Bruttonormering	11,7	23,3	23,7	21,3
Brutto forbrug	14,4	28,6	27,2	21,6
Nettoforbrug	10,1	20,2	18,4	17,0
Sygefravær i % af bruttoforbrug		3,1	6,8	4,0

Tabel 5.2.4 viser, at B8 havde det laveste sygefravær blandt de 3 afdelinger.

Ved vurderingen af personaleforbruget på det kardiologiske afsnit bør indgå, at afsnittet ofte i forbindelse med akut belastning udlåner personale til intensivafsnittet. Det reelle personaleforbrug er derfor mindre end det fremgår af tabel 5.2.4.

Sammenligning af nøgletal

Tabel 5.2.5 Sammenligning af nøgletal for personalenormering og forbrug på de 3 afdelinger

	Landssygehuset		Sønderborg	Svendborg
	Kardiologi	Hele afd.		
Normering/Seng	1,0	1,3	1,5	1,2
Bruttoforbr./Seng	1,2	1,6	1,7	1,3
Nettoforbr./seng	0,9	1,1	1,1	1,0
Sengedage/Bruttoforbr.	163	179	253	209
Sengedage/Nettoforbr.	233	255	374	266

Tabel 5.2.5 viser, at det kardiologiske afsnit havde en lavere normering per seng end de 2 afdelinger, der sammenlignes med. Ser man på det faktiske forbrug af personale i forhold til sengenormeringen, ligger det kardiologiske afsnit på B8 ligeledes under begge de 2 afdelinger der sammenlignes med.

Sammenligner man bruttopersonaleforbruget med den faktiske aktivitet i afdelingerne, viser det sig dog, at den kardiologiske afdeling, har et færre antal sengedage per forbrugt fuldtidsstilling. Årsagen hertil er den relativt lave belægning af sengene i afdelingen. Sammenligner man nettopersonaleforbruget (det vil sige, det personale der rent faktisk har været *tilstede* i afdelingen) indsnævres forskellen imellem de 3 afdelinger imidlertid. Dette skyldes et stort fravær i B8 - ikke som følge af sygdom- men bl.a. som følge af afspadsering af overarbejdstimer optjent i forbindelse med patienttransporter til Rigshospitalet og fravær i forbindelse med barsel og graviditet. (jf. kap. 3.4 vedr. personaleforbrug).

Det har ikke været muligt inden for projektets rammer, at gennemføre en egentlig benchmarking af det intensive afsnit på B8 med andre intensivafdelinger. I stedet er der indhentet oplysninger om personalenormering for intensiv-/opvågningsafdelinger på h.h.v. Svendborg sygehus og Bornholms Centralsygehus. Normeringen per seng på de 2 afdelinger (der kort er omtalt i bilag III) udgør h.h.v. 2,4 og 2,3 fuldtidsstillinger (omregnet til 40 timers arbejdsuge). Til sammenligning udgør normeringen per seng på B8 1,9 fuldtidsstilling. Normeringen på B8 er med andre ord som udgangspunkt væsentligt lavere end normeringen på de to øvrige afdelinger. Det har ikke været muligt at foretage

en sammenligning af normeringen/det faktiske forbrug i forhold til den gennemførte aktivitet på de 3 afdelinger.

Sammenlignes den samlede aktivitet og det samlede personaleforbrug på B8 (dvs. inklusiv de 6 intensive senge) med de 2 "rene" kardiologiske afdelinger ses det at normeringen på B8 lavere end normeringen på den kardiologiske afdeling i Sønderborg. Aktiviteten i den samlede afdeling per forbrugt fuldtidsstilling er lavere end i de rent kardiologiske afdelinger. Forskellen er dog kun marginal når man ser på aktiviteten i forhold til nettoforbruget.

5.3 Apoplexiafdelinger

Der foretages en sammenligning af E2/E3 med hhv. medicinsk afdeling MXH, Svendborg Sygehus og medicinsk afdeling M11 på Sønderborg Sygehus. Alle tre afdelinger er kategoriseret som apoplexiafdelinger. Patientkategorien udgør dels patienter der har fået stillet diagnosen apoplexia cerebri, dels for afdelingerne i Sønderborg og Svendborg patienter til observation for denne diagnose – altså patienter i den akutte fase.

Afdelingen på Landssygehuset adskiller sig fra de andre ved ikke at have apoplexipatienterne i den akutte fase, men alene til genoptræning. Desuden består afdelingen på Landssygehuset udover genoptræningsafsnittet (E3) af en plejehjemsafdeling (E2).

Sammenligning af patienter i afdelingen:

Tabel 5.3.1 viser, at aldersfordelingen blandt de indlagte patienter er nogenlunde ens på de 3 afdelinger.

Tabel 5.3.1 Indlagte patienter procentvist fordelt på aldersgrupper.

Aldersgrupper	E2/E3 Landssygeh. *	M11 Sønderborg	MXH Svendborg
0- 50 år			
51- 70 år	17	5	13
71+	25	37	35
	58	58	53
I alt	100	100	100

* omfatter samtlige indlagte på E2/E3

Tabel 5.3.2 Største diagnosegrupper på hver af de 3 afdelinger. Procent af samtlige indlagte på afdelingen.

Diagnoser		E3 Landss.	M11 Sønderb.	MXH Svendb
ICD10-koder	Navn	Udskr. i % af samtl. udskr.	Udskr. i % af samtl. udskr.	Udskr. i % af samtl. udskr.
I60-I69	Karsygdomme i hjernen	34	65	50
G35-G37	Demyeliserende sygdomme i c.nerv.syst.	11	0	0
L20-L30	Dermatit og eksem	2	0	0
L40-L45	Papulo	2	0	0
G40-G47	Episodiske og anfaldsvise lidelser	0	12	13
Z00-Z13	Pers. i kontakt med sygeh. mht. undersø.	0	6	9
R50-R69	Almene symptomer og abnorme fund	0	2	5
E70-E90	Stofskiftesygdomme	0	1	3

Tabel 5.3.2 viser, at der på afdelingerne udover apoplexipatienter, der udgør den største gruppe i alle 3 afdelinger, indlægges en blandet gruppe patienter inden for kategorierne optræning, hjerne-skader, sygdomme i hjerne og nerver. At apoplexipatienter ikke indlægges på E3 i den akutte fase fremgår af, at antallet af patienter, der udskrives efter episodiske og anfaldsvise lidelser er 0 på E3, mens disse patienter figurerer i hhv. Sønderborg og Svendborg med 12 % og 13 %.

Sammenligning af opgaver i øvrigt:

Det er *ens* for alle tre afdelinger, at plejepersonalet varetager alle opgaver omkring patienten: eksempelvis personlig hygiejne, medicinering, information, vejledning, mobilisering og stuegang. Det man også kan kalde kerneydelser i forhold til patienterne. Der er tilknyttet fysioterapeut og ergoterapeut til alle tre afdelinger. Rengøring foretages af rengøringsassistenter/serviceassistenter og sengetransport (med og uden patienter) udføres af portørerne.

Derudover er der områder hvor der er *forskel* på hvem der udfører arbejdet. Traditionelt sekretærarbejde udføres af en sekretær, disse funktioner varetages på Landssygehuset af plejegruppen i fællesskab.

Bestilling af linned og depotvarer samt opfyldning af dette i afdelingens depoter er opgaver, der ikke udføres af plejepersonalet på Landssygehuset, mens det delvis indgår som arbejdsopgaver for plejepersonalet på de afdelinger, der sammenlignes med. Udportionering af mad og uddeling af denne foretages på Landssygehuset af både plejepersonale og rengøringspersonalet, mens det på de afdelinger, der sammenlignes med, udelukkende udføres af plejepersonalet.

Det må konkluderes, at de 3 afdelinger ikke umiddelbart er sammenlignelige, idet afdelingen på Landssygehuset udover genoptræningsafsnittet indeholder et plejehjemsafsnit. Hertil kommer, at afdelingen i modsætning til de 2 øvrige afdelinger ikke modtager akutte patienter. I et forsøg på at gøre afdelingerne sammenlignelige er der i det følgende foretaget en opsplittning af afdelingens aktivitet og personaleforbrug på de 2 afsnit, ligesom der er foretaget en skønmæssig fordeling af personaleforbruget på de 2 afsnit.

Sammenligning af aktivitet:

Da der i Landssygehusets elektroniske patientregistrering ikke skelnes imellem patienter indlagt på E2/E3 er nedenstående aktivitetstal for E3 baseret på en manuel optælling foretaget af plejepersonalet i afdelingen.

Tabel 5.3.3 Aktiviteten i de 3 afsnit.

	E3 Landssygehuset	M11 Sønderborg	MXH Svendborg
Normerede senge	9	18	12
Indlæggelser	74	366	411
Sengedage	2902	5455	4189
Gnstl. liggetid	39,2	14,9	10,19
B %	88%	83 %	96%
Akut %	0%	98 %	99%

Den markant længere gennemsnitlige liggetid i E3 og det faktum at akutprocenten er 0. afspejler at afdeling E3 i modsætning til de 2 øvrige afdelinger ikke modtager akutte apoplexipatienter (patienter til observation for apoplexi), og at afdelingen kun varetager genoptræning.

Sammenligning af Personaleforbrug:

Plejhjemsafsnittet og rehabiliteringsafsnittet har fælles personale. Nedenstående opgørelse af andelen af personaleforbruget, der vedrører E3, er baseret på oplysninger om den normale daglige fordeling af fremmødet på de 2 afsnit. I følge disse oplysninger er fordelingen 4 personer i rehabiliteringsafsnittet og 3,5 personer i plejefafsnittet.

Tabel 5.3.4 Personaleforbrug.

	E3 Landssygehuset	M11 Sønderborg	MXH Svendborg
Normering	10,7	18,8	10,4
Brutto forbrug	13,1	20,2	15,3
Nettoforbrug	9,5	12,9	11,9
Sygefravær i % af bruttoforbrug	11,0*	8,3	3,6

*Opgjort for hele afdeling E2/E3

Tabel 5.3.4 viser at afdeling E2/E3 har et markant højere sygefravær end de to øvrige afdelinger.

Sammenligning af nøgletal:

Tabel 5.3.5 Sammenligning af nøgletal for personalenormering og personaleforbrug på de 3 afdelinger.

	E3 Landssygehuset	M11 Sønderborg	MXH Svendborg
Normering/seng	1,2	1,0	1,0
Brutto/Seng	1,5	1,1	1,3
Netto/seng	1,0	0,7	1,0
Sengedage/Bruttoforbr.	221	271	274
Sengedage/Nettoforbr.	305	423	352

Tabel 5.3.5 viser at afdeling E3 har en højere plejenormering pr seng end de 2 øvrige afdelinger. Når man sammenligner bruttoforbruget (dvs. det antal stillinger der rent faktisk er forbrugt) ligger E3 ligeledes over de to øvrige afdelinger. Når man kun ser på nettoforbruget per seng (dvs. det personale der rent faktisk har været til stede i afdelingen) indsnævres forskellen, hvilket skyldes det relativt høje sygefravær i afdeling E3.

Når personaleforbruget sammenlignes med den faktiske aktivitet i afdeling E3, ses det, at antal sen-
gedage per forbrugt fuldtidsstilling - brutto såvel som netto - ligger under de to øvrige afdelinger.

6. Konklusion

6.1 Økonomistyring

Der har siden 1998 fundet stadig voksende budgetoverskridelser sted på de medicinske afdelinger. Budgetoverskridelserne startede på B6, men fra 2000 har der også været budgetoverskridelser i B8 og i 2001 på E2/E3.

På B6 har der gennem flere år været tale om overskridelser på op til ca. 30 % af budgettet. Der har i perioden været en langt højere stigning i lønforbruget end i lønbudgettet. Fra 2000 til 2001 steg lønforbruget således med 13 %. Stigningen kan ikke begrundes i en tilsvarende stigning i antallet af behandlede patienter.

På B8 er budgetoverskridelserne noget lavere, og kan bl.a. begrundes i en stigende aktivitet og en stigende patientomsætning.

På E2/E3 har der kun fundet budgetoverskridelse sted i 2001. Budgetoverskridelsen kan delvis forklares ved et stort sygefravær i afdelingen.

En række forhold kan forklare årsagen til de voksende budgetproblemer: Regler om at mer-/mindreforbrug overføres til næste års budget har både fordele og ulemper. Fordelene er indlysende (stærke incitamenter til at undgå budgetoverskridelser og mulighed for at spare op - undgå panikindkøb ved afslutningen af året etc.).

Ordnningen har dog også ulemper i tilfælde hvor en afdeling har et meget stort underskud, og hvor afdelingen gentagne år har underskud: Et stort fradrag i budgettet (som følge af et overført underskud) medfører selvsagt store problemer for en afdeling. Det kan virke som en umulig opgave at overholde budgettet. Og kan medføre at afdelingen på forhånd giver op. Den overordnede ledelse (sygehusledelsen og afdelingsledelsen) bør i den situation støtte den budgetansvarlige med iværksættelse af de fornødne foranstaltninger, enten i form af en aktivitetsreduktion eller i form af styring af personaleforbruget (fremmøde, regler om anvendelse af vikar etc.). Det synes ikke at have været tilfældet i forbindelse med de medicinske afdelingers budgetoverskridelser. De gentagne budgetoverskridelser har tilsyneladende ikke haft konsekvenser. Først i 2001 er der skredet ind for at ændre på aktivitet/personaleforbrug.

De manglende konsekvenser og den manglende opbakning i forbindelse med budgetoverskridelserne har medført en opgivende holdning over for budgetoverholdelse - såvel på B6 som på de øvrige afdelinger. I stedet fremgår det, at personalet (såvel de budgetansvarlige som medarbejderne) er af den opfattelse, at den manglende budgetoverholdelse er endnu et bevis på afdelingernes problemer.

Det bør endvidere nævnes, at de budgetansvarlige, nemlig afdelingssygeplejerskerne, ikke har mulighed for på egen hånd at påvirke aktiviteten i afdelingen. Først i 2001 har man fra centerledelsens side besluttet at lukke et antal senge på B6, med det formål at reducere aktiviteten og dermed reducere overforbruget på personalebudgettet.

6.2 Patientforløb og arbejdsrutiner

Hverken afdelingsbeskrivelser eller interview peger på, at arbejdet på Landssygehuset som helhed tilrettelægges uhensigtsmæssigt. De fleste rutiner og arbejdsprocesser fremstår som velgennemtænkte og tåler sammenligning med de 2 sygehusafdelinger i Danmark, der sammenlignes med. Både afdelingsbeskrivelser og interview afslører dog nogle områder, hvor det synes relevant at foreslå ændringer. Nogle af områderne er ganske små ting hvor ændringerne bare behøver en beslutning på et afdelingsmøde; mens andre kræver samarbejde mellem flere faggrupper på flere ledelsesniveauer og tilførsel/omlægning af ressourcer. Nogle ændringer griber ind i andre faggruppers tilrettelæggelse af disses arbejde. I kapitel 7 gennemgås disse forslag til ændringer.

Flere forhold peger i retning af, at en del patientindlæggelser ville kunne konverteres til ambulante behandling. Det har ikke været muligt på grundlag af de foreliggende data at pege på specifikke patientgrupper, hvor den ambulante behandling kan øges. Dog tyder det store antal planlagte indlæggelser på, at mange patienter, som i dag indlægges, ville kunne behandles ambulant. Dette bekræftes af udtalelser fra såvel læger som plejepersonale i forbindelse med interviewene.

Det er et almindeligt træk ved sygehusvæsenet i alle vestlige lande, at der igennem de seneste 10 år er sket et markant fald i liggetiden, samtidig med at flere og flere patienter behandles ambulant. På danske medicinske afdelinger er der således fra 1998 til 2000 sket en reduktion i den gennemsnitlige liggetid på 7,5 %, samtidig med at antallet af ambulante besøg/deldøgnsbesøg er steget med 20 %. Der er tilsyneladende ikke sket den samme reduktion i liggetiden på de medicinske afdelinger på Landssygehuset.

De gennemsnitlige liggetider på de medicinske afdelinger på landssygehuset er tilsyneladende på niveau med de afdelinger de sammenlignes med. Gennemsnittet trækkes imidlertid ned af de patienter, der kunne have været behandlet ambulant, således at liggetiden for de resterende formentlig er længere end på de 2 tilsvarende danske afdelinger. Det fremgår af de gennemførte interviews at der tilsyneladende ikke er flaskehalse internt på sygehuset som forlænger liggetiden, men at der kan være problemer med at udskrive færdigbehandlede patienter på grund af manglende plejetilbud i primærsektoren. De relativt lange liggetider kan desuden skyldes de lave belægningsprocenter, der bevirker, at der ikke er et stort pres på at udskrive patienterne.

6.3 Forholdet mellem plejeopgaver og plejenormering

Såvel i afdelingsbeskrivelser som i interviews giver plejepersonalet udtryk for, at der er et misforhold imellem plejeopgaver og plejenormering.

Som begrundelse herfor anføres stigende plejetyngde som følge af bl.a. flere ældre, mange akutte og større patientomsætning i afdelingerne. Derudover viser den måling af plejetyngden, som afdelingerne dagligt foretager, at plejetyngden i de senere år er steget.

6.3.1 Udviklingen i plejetyngden

En analyse af aktivitetsudviklingen i afdelingerne i perioden 1994 - 2001 viser, at der for så vidt angår medicinsk afdeling B6, har været tale om en stort set uændret aktivitet i perioden. På B8 har der været en stigende patientomsætning med flere, men kortere indlæggelser, hvortil kommer at B8 har haft et stigende personaleforbrug i forbindelse med patienttransporter til Rigshospitalet. På E2/E3 har der været færre men længere indlæggelser, og antallet af sengedage for de udskrevne patienter har været stigende.

Hverken på B6 eller B8 er der tale om at patientklientellet er blevet ældre, ligesom andelen af patienter, der indlægges akut, er særdeles lavt for en medicinsk afdeling. På B6 er akutandelen i perioden 1994 - 2001 steget fra ca. 40 % til ca. 60 %. På B8 har akutandelen været omkring 75 % i hele perioden.

Med hensyn til afdelingernes egne målinger af plejetyngden, er det vores opfattelse, at der endnu ikke er udviklet et plejetyngdesystem, der er så standardiseret, at det giver et validt billede af tyngden. Vi har fået plejetyngdeopgørelserne på Landssygehuset beskrevet som en metode, der er udarbejdet i forbindelse med specialeskrivning på cand.cur.-studiet. Systemet er ikke blevet justeret i flere år, og det bruges efter vores opfattelse forskelligt på afdelingerne. På denne baggrund kan vi ikke anbefale at metoden anvendes som parameter for plejetyngden.

Der har således efter vores opfattelse ikke været tale om en stigning i plejeopgaverne på B6, mens der på E2/E3 på grund af flere sengedage, og på B8 på grund af større patient omsætning har været tale om en vis stigning.

6.3.2 Niveauet for plejenormeringen

Medicinsk afdeling B6

Sammenligningen af plejenormeringen på B6 med 2 almen medicinske afdelinger på hhv. Svendborg og Sønderborg sygehuse, viser at B6 har såvel en lavere normering som et lavere forbrug af plejepersonale målt per seng. Sammenligningen af aktiviteten per fuldtidsstilling viser desuden en højere aktivitet på B6 end på de øvrige afdelinger.

Aktiviteten i forhold til personaleforbruget er ligeledes højere når der skønsmæssigt reguleres for at der i aktivitetsopgørelsen for B6 fejlagtigt er indregnet et antal deldøgnspatienter som reelt ikke belaster plejepersonalet .

Patientkategorierne på de 3 afdelinger skønnes at være lige plejkrævende idet en relativt lavt antal ældre patienter på B6 opvejes af en anden plejkrævende patientgruppe, nemlig kræftpatienter.

Ved sammenligningen af de 3 afdelinger bør det dog tages i betragtning, at andelen af akutte indlæggelser er lavere på B6 end på de øvrige afdelinger. At nogle af afdelingens patienter reelt ikke overnatter i afdelingen, samt at en del af de patienter, der indlægges kan karakteriseres som "lette" patienter der på andre afdelinger ville være blevet behandlet ambulat. Disse forhold trækker i retning af en lavere plejetyngde på B6 end på de afdelinger, der sammenlignes med.

På trods af ovennævnte forhold, som det ikke har været muligt at kvantificere, er det konklusionen at der på B6 er en lavere personalenormering set i forhold til de plejeopgaver der varetages i afdelingen end på de 2 afdelinger, der sammenlignes med.

Medicinsk afdeling B8

Medicinsk afdeling B8 består af et kardiologisk og et intensiv afsnit. Da der ikke på de 2 sygehuse der sammenlignes med findes en tilsvarende kombination af specialer, er det valgt at basere analysen på en benchmarking af det kardiologiske afsnit på B8 med de kardiologiske afdelinger på de 2 sygehuse, suppleret med en mere overordnet sammenligning af personalenormeringen på intensivafsnittet med 2 andre intensivafsnit. Til brug for analysen er der foretaget en skønsæssig opsplitning af aktivitet og personaleforbrug på B8 på hhv. kardiologiske senge og intensive senge.

Sammenligningen af normering og forbrug af personale per seng viser at det kardiologiske afsnit på B8 ligger væsentligt under de 2 øvrige afdelinger. Sammenligner man derimod præsteret aktivitet per fuldtidsstilling ses det, at aktiviteten per fuldtidsstilling på B8, på grund af en lav belægningsprocent, er lavere end på de 2 øvrige afdelinger.

Det skønnes imidlertid, at opsplitningen af aktiviteten på de 2 afsnit er forbundet med usikkerhed, og at aktiviteten i de kardiologiske senge er højere og end det fremgår af den manuelle optælling. Hertil kommer, at det ofte er tilfældet, at personalet fra det kardiologiske afsnit varetager opgaver i intensivafsnittet. Aktiviteten per forbrugt fuldtidsstilling antages derfor at være højere end det fremgår af beregningerne. Omvendt gælder dog, at en del af patienterne på B8 ville kunne behandles ambulant (og dermed er forholdsvist "lette"), og at der er en relativt lav akutprocent. Dette trækker i retning af en lavere plejetyngde end de 2 øvrige afdelinger.

En grov sammenligning af normeringen på intensivafsnittet med 2 andre intensivafdelinger viser en væsentlig lavere normeringen per seng på B8.

En samlet konklusion vedrørende niveauet for plejenormeringen på B8 skal baseres på en afvejning af, på den ene side en tilsyneladende relativt høj plejenormering på det kardiologiske afsnit, og en på den anden side en relativt lav plejenormering på intensivafsnittet. Det er vurderingen at plejenormeringen på B8 samlet set er lav i forhold til sammenlignelige afdelinger. Ved vurderingen er lagt til grund, at personaleforbruget målt i forhold til afdelingens samlede aktivitet er lavt, når det tages i betragtning, at der indgår en intensiv afdeling med 6 senge. Endvidere lægges det til grund, at afdelingen har en stor mængde afspadseringstimer der optjenes ved patienttransporter til Rigshospitalet. Dette medfører en høj belastning for det personale, der rent faktisk her være til stede i afdelingen (stor aktivitet per forbrugt nettostilling).

Afdeling E2/E3

Afdeling E2/E3 har en højere plejenormering målt per seng end de 2 afdelinger, der sammenlignes med. Når det faktiske fremmøde sammenlignes formindskes afstanden til de øvrige afdelinger, bl.a. på grund af et stort sygefravær i afdelingen.

Aktiviteten på afdelingen er lavere målt per fuldtidsstilling end på de 2 afdelinger, der sammenlignes med. Hertil kommer at afdelingen i modsætning til de øvrige afdelinger ikke modtager akutte patienter.

Sammenfattende konkluderes det, at afdelingen har en høj plejenormering i forhold til de plejeopgaver der udføres.

6.3.3 De fysiske rammer

Der fremføres en række problemer i relation til de fysiske rammer. Der mangler plads, afdelingerne er uhensigtsmæssigt indrettet og udstyr samt inventar er forældet og nedslidt. Projektet har ikke omfattet en vurdering af de fysiske rammer, men det er oplyst, at der er givet bevilling til en påbegyndelse af udskiftningen af senge, bækkenstole, gardiner m.m. Samtidig står sygehuset over ibrugtagning af en nybygning, som på sigt vil muliggøre forbedring af de fysiske rammer.

6.3.4 Andre forhold der påvirker arbejdsmiljøet

Andre forhold end plejetyngden og de fysiske rammer synes at påvirke arbejdsmiljøet i de medicinske afdelinger.

Blandt disse forhold er hyppig udskiftning af sygehusledelsen, hvilket giver manglende kontinuitet og utryghed. Ledelsen (sygehusledelsen og afdelingsledelsen) træffer ikke beslutninger, som tager stilling til eller handler i forhold til de problemer, der rejses af personalet. Der nedsættes arbejdsgrupper, som tilsyneladende ikke munder ud i konklusioner. Problemer, herunder problemer opstået i fortiden, bliver derfor ikke løst, men får lov at vokse og blive til myter.

Der er endvidere problemer med kommunikationen mellem de medicinske afdelinger og teknisk afdeling samt indkøbsfunktionen. Ved henvendelser til teknisk afdeling om udbedringer gives der ikke tilbagemelding om eller hvornår arbejdet kan forventes udført, og i mange tilfælde påbegyndes og udføres opgaver først efter gentagne henvendelser. Bestillinger af indkøb effektueres enten ikke eller først efter meget lang leveringstid.

7. anbefalinger

7.1 Forslag til reduktion af plejepersonalets belastning

Fortsætte bestræbelserne på at konvertere fra indlæggelse til ambulat behandling samt forkortelse af liggetiden

Et færre antal indlæggelser og kortere liggetider vil reducere aktiviteten i sengeafdelingerne. Det skal dog bemærkes, at den aktivitet, der forbliver i afdelingen vil være mere plejekrævende. Dels fordi det vil være de "lette" patienter, der forsvinder, dels fordi andelen af patienter der indlægges akut vil blive forøget.

I forbindelse med fastlæggelse af hvilke patientgrupper, der kan behandles ambulant foreslås det, at der gennemføres en studietur til et sygehus med stor ambulant aktivitet. Med henblik på forkortelse af liggetiden anbefales, at der indføres en regel om, at der for alle patienter inden for 24 timer efter indlæggelsen udarbejdes en plan for undersøgelse og behandling samt indlæggelsesvarigheden⁴.

Reduktion af sengetal

Den i forvejen lave belægning af sengene sammen med en konvertering til ambulant/dagbehandling og en forkortelse af liggetider, medfører mulighed for en reduktion af antallet af medicinske senge. En reduktion af sengetallet er endvidere en forudsætning for at liggetiden kan holdes nede.

I stedet for senge kan der etableres hvilepladser for patienter i dagbehandling.

Forbedring af de fysiske rammer

Reduktion i sengetallet sammen med ibrugtagning af nybyggeri vil kunne frigøre areal og dermed muliggøre en udbedring af en række af de bygningsmæssige problemer der nævnes af personalet.

Fortsat udskiftning af nedslidt inventar

Der bør udarbejdes en tidsplan for færdiggørelse af den påbegyndte udskiftning af nedslidt inventar (bækkenstole, plejesenge, sengeborde m.v.).

⁴ "Den gode medicinske afdeling. Et debatoplæg" Klaringsrapport. Ugeskrift for læger 1996;158: Supplement nr.5

Ændret arbejdsfordeling mellem personalegrupper

Afdelingsbeskrivelser og interviews beskriver en række rengøringsopgaver (vask af sengeborde, patientskabe o.a.) der udføres af plejepersonalet. Disse opgaver kunne overføres til rengøringspersonale/serviceassistenter. I den forbindelse vil det være relevant at foretage en vurdering af, om opgaverne kan ligge inden for den nuværende rengøringsnormering. Det har ligget uden for analyses rammer at foretage en vurdering af rengøringsnormeringen, men vi anbefaler at der laves en analyse af rengøringsnormeringen.

En stor del af sekretæropgaverne på de 3 afdelinger varetages i dag af plejepersonale. Det anbefales at disse funktioner ved lejlighed overgår til en egentlig sekretær der er uddannet til netop dette område.

Ændring af indlæggelsesproceduren for akutte patienter

Det synes umiddelbart uhensigtsmæssigt at så mange patienter indlægges på B8 p.g.a. en usikker visitering for kort tid efter at blive omvisiteret til anden afdeling. Da der ikke på sygehuset er en modtagelse med døgnfunktion, og da antallet af akutte patienter ikke synes stort nok til at etablere en egentlig modtageafdeling, vil vi foreslå at et antal senge på afdeling B8 indrettes og normeres til denne funktion.

Adskillelse af de to patientgrupper på E2/E3.

Sammenblandingen af patienter med stort behov for genoptræning og en plejeafdeling med fysisk og psykisk urolige patienter er uheldig. Vi anbefaler, at de to patientkategorier opdeles både fysisk og organisatorisk.

Rehabiliteringsafdelingen bør placeres på selve sygehuset, således at det bliver muligt at indlægge patienterne direkte på afdelingen (altså i den akutte fase). Dette begrundes i plejepersonalets vurdering af, at de med baggrund i deres erfaring inden for området er i stand til at vurdere patienternes behov og iværksætte nødvendig træning indtil fysioterapeuten kommer i afdelingen. Det kan også begrundes i, at hurtig opstart af genoptræning forbedrer slutresultatet.

Antallet af fysioterapitimer er så højt, at det vil være rimeligt at ansætte fysioterapeuter direkte i afdelingen.

Hvis afdelingens funktion udvides til også at modtage akutte patienter vil der formentlig blive behov for at udvide sengeantallet. Afdelingen kan dog også integreres i en afdeling sammen med andre patientkategorier.

Sommerferietilrettelæggelse over en længere periode på E2/E3

På grund af problemer med at skaffe ferievikarer opleves sommerferieperioden som specielt belastende på E2/E3. Ferieafviklingen tilrettelægges så alle medarbejdere afvikler 4 ugers sammenhæn

gende ferie i perioden juni-juli-august. Vi vil foreslå, at ferieafviklingen fordeles over en længere periode, således at færre medarbejdere afvikler ferie samtidig. Hvis der samtidig indføres en ferieturnus, således at medarbejderne på skift afvikler ferie i yderperioderne, begrænses ulemperne. En anden mulighed er, at der kun bliver afviklet 2 ugers sammenhængende ferie i løbet af juni, juli og august, mens de sidste 2 uger blev afviklet i én af ydermånederne. Det ville sikre at alle medarbejdere får mulighed for at afvikle 2 ugers samlet ferie i den attraktive periode. En tredje mulighed er, at der kun afvikles 3 ugers ferie i sommerperioden, 1 uge afvikles i perioden oktober -december og 1 uge afvikles i perioden januar-april. Alle tre løsningsmodeller vil sikre, at belastningen for det personale, der ikke holder ferie, bliver mindre.

Vi foreslår at den feriemodel der vælges kommer til at gælde for alle afdelinger på landssygehuset der ikke ferielukker.

Centerledelsens rolle

Vi har tidligere beskrevet at plejepersonalet har stor tillid til centerledelsen, og især nævnes oversygeplejersken som en ressourceperson. Det har ikke været muligt at få denne tillid konkretiseret i form af eksempler på opgaver eller problemer som er blevet løst eller kunne tænkes løst i dette regi. Vi synes imidlertid, at det er vigtigt, at bygge på denne tillid, og vil foreslå, at oversygeplejersken mere konkret går ind i problemstillinger mellem afdelingerne. Vi synes eksempelvis, at det ville være naturligt, at oversygeplejersken ved akut sygdom meget konkret foretog en ressourcefordeling mellem de medicinske afdelinger i forhold til disses belægning, belastning m.m. Det er vores opfattelse at personalet ønsker at være ansat på en specifik afdeling, og at dette umiddelbart kan være en hindring for forslaget. Hvis dette er tilfældet er vores forslag, at personalet med overenskomstmæssigt varsel varsles til ansættelse på hele medicinsk center eller evt. på hele Landssygehuset. Det bør ikke være hovedreglen, at personalet flyttes fra den afdeling det er tilknyttet, men i akutte situationer og ved spidsbelastninger giver muligheden en meget stor fleksibilitet.

Ændring af telemedicinsk overvågning

Oprettelsen af telemedicinsk overvågning af patienter med hjerteproblemer, der er indlagt på andre sygehuse udgør en stor stressfaktor for sygeplejersker der arbejder på B8. Vi vil derfor foreslå at der slukkes for skærmen, således at der kun tændes når den læge der har ansvaret for overvågningen kommer for at se på skærmen - eller når sygehusene ringer for at få be- eller afkræftet en mistanke om en unormalitet.

Vikarkorps og konvertering af udgifter vedrørende timelønnede til faste stillinger

Det fremføres fra flere sider, at afdelingernes lønudgifter belastes af, at lønnen for indkaldte vikarer (timelønnede) er højere end de normale lønninger. Endvidere fremføres det, at afdelingernes lønbudget belastes af, af personale der indkaldes på fridage skal afspadsere disse ekstravagter, eller have udbetalt overarbejdsbetaling. Det anbefales på den baggrund, at sygehuset overvejer mulighederne for at etablere et fælles vikarkorps, som kan rykke ud i tilfælde af akut behov for afløser. Alternativt foreslås det, at det undersøges hvorvidt den eksisterende lønudgift til de timelønnede/udbetalt over

arbejde kan konverteres til faste stillinger, og at man via et øget fremmøde, kan reducere behovet for vikarer.

7.2 Andre forslag

Ophør med manuel registrering af patienter og forbedring af registreringspraksis i forbindelse med sygehusets patientadministrative edb-system

Blandt andet i forbindelse med opsplitningen af aktiviteten på B8 og på E2/E3 viste det sig, at der er problemer med datakvaliteten i sygehusets patientregistreringssystem. Samtidig føres der i afdelingerne, sideløbende med edb-registreringen, en manuel patientregistrering. Det anbefales, at der strammes op i registreringsregler og registreringspraksis omkring den elektroniske patientregistrering, og at afdelingerne ophører med at føre en manuel patientregistrering.

Det anbefales endvidere at der indføres edb-registrering af sygehusets ambulante aktivitet. Eventuelt således, at der i registreringen ikke skelnes imellem ambulante- og dagbehandling.

Indførelse af mål og rammestyring

Det anbefales, at rammestyringen udvides til en mål- og rammestyring, dvs. at afdelingernes budgetramme suppleres med et mål for den aktivitet (antal sengedage, udskrivinger og ambulante besøg) der skal præsteres inden for det tildelte budget.

Det er problematisk at afdelingssygeplejerskerne er ansvarlige for et lønbudget uden at have indflydelse på den aktivitet der finder sted i afdelingen.

Kommunikation mellem afdelingerne og teknisk funktion og indkøbsfunktion

De beskrevne problemer med manglende respons eller lange ventetider på udførelse af reparationer eller indkøb kan skyldes manglende ressourcer i disse funktioner. Det foreslås, at kommunikationen forbedres ved at der indføres en arbejdsgang hvor de pågældende afdelinger "kvitterer" på henvendelser og melder tilbage om hvornår ordren kan forventes realiseret.

Bilag I

Beskrivelse af Medicinsk afsnit MR, Svendborg/Rudkøbing Sygehus

Generel beskrivelse af afsnittet

Medicinsk afsnit MR er et alment medicinsk afsnit. Afsnittet er beliggende i Rudkøbing, 20 km fra den øvrige del af medicinsk afdeling.

Patienter

Afsnittet behandler alle typer af medicinske og geriatriske patienter, undtagen patienter med AMI og akutte dårlige lunge- og hjertepatienter. Ligeledes behandler afsnittet ikke patienter der indlægges akut via ambulancekørsel (dvs. patienter der indlægges ved udrykning).

Afsnittet behandler såvel ambulante som éndagspatienter.

Fysiske rammer

Afsnittet er normeret til 20 senge, hvoraf de 4 senge er femdøgnssenge.

Afsnittet har 2 firesengsstuer, 1 tresengsstue og 6 tosenngsstuer (hvoraf de 3 kan bruges som enestuer). Der findes i afsnittet 2 undersøgelsesstuer som ligeledes anvendes til konsultationsstuegang.

Organisation/Ledelse

Afsnittet refererer til medicinsk afdelingsledelse. Afsnittets daglige ledelse består af en afdelingssygeplejerske, 1 overlæge og en stedfortræder for afdelingssygeplejersken.

Der er udarbejdet døgnrytmeplan for personalet. Der er 15 minutters overlap for hvert af de 3 vagthold.

Personale

Afsnittet har en normering på 1,07 personer pr. seng (brutto). Denne normering hæves fra 01.08.02 til 1,4 personer per seng for 10 apoplexirehabiliteringssenge.

Fordeling på faggrupper (netto):

Sygeplejersker	12,80
Social- og Sundhedsassistenter	5,15
Sygehjælpere	1,74

Planlagt fremmøde

	Hverdage	Lør-/søndage og helligdage
Dagvagt	8	6
Aftenvagt	4	4
Nattevagt	2	2

Der er normeret i alt 12 timer til tillidsrepræsentantarbejde mv. til hele den medicinske afdeling Svendborg/Rudkøbing sygehus.

Arbejdsopgaver

Sygeplejerskerne varetager bl.a. arbejdsopgaver i forbindelse med patienternes personlig hygiejne, bespisning, medicinering, blodprøvetagning, blodtransfusioner, i.v. medicin og information af patienter og pårørende.

Aktiv og passiv træning varetages af plejepersonalet suppleret med enkelte fysio- og ergoterapeut-timer. Fra 01.08. suppleres til 0,33 therapeuttimer for hver af de 10 rehabiliteringssenge.

Afsnittets personale er derudover ansvarlige for modtagelse af akutte patienter, herunder også for den geriatriske afdeling på matriklen Rudkøbing Sygehus.

Serviceydelse:

Rengøring varetages af rengøringsassistenter

Maden leveres i madvogne, plejepersonalet står for udportionering og servering

Depotvarer bestilles af plejepersonale som også fylder depoter op

Plejepersonale står for opfyldning af linnedepoter.

Beskrivelse Medicinsk afsnit MK, Svendborg Sygehus

Generel beskrivelse af afsnittet

Medicinsk afsnit MK er et koronarafsnit med akut modtagelse, overvågning i telemetri, koronar skadestue og rehabilitering i hold efter udskrivelse. Afsnittet er normeret til 17 senge.

Patienter

Afsnittet behandler alle akutte patienter samt alle elektive hjertepatienter overflyttet fra OUH efter invasive indgreb (by-pass mv.).

Afsnittet behandler ambulante patienter. Dagsenge er under opbygning.

Fysiske rammer

Afsnittet er normeret til 17 senge fordelt på 8 tosengsstuer (hvoraf 2 kan bruges som enestuer) og 1 tresengsstue.

Der findes en koronarskadestue i afsnittet. Derudover findes der et lokale til rehabilitering, geografisk adskilt fra den øvrige del af afsnittet.

Organisation og ledelse

Afsnittet refererer til medicinsk afsnitsledelse. Den daglige ledelse af afsnit MK består af 1 afdelingssygeplejerske samt 3 overlæger og 1 stedfortræder for afdelingssygeplejersken.

Der er udarbejdet døgnrytmeplan for personalet. Der er 15 minutters overlap mellem alle 3 vagthold.

Personale

Afsnittet har en normering på 1,35 personer pr. seng (brutto).

Fordeling på faggrupper (netto):

Sygeplejersker	16,53
Social- og Sygeplejeassistenter	2,35
Sygehjælpere	1,0

Planlagt fremmøde

	Hverdage	Lør-/søn- og helligdage
Dagvagt	6	5
Aftenvagt	4	4
Nattevagt	3	3

Der er normeret i alt 12 timer til tillidsrepræsentantopgaver til hele den medicinske afdeling Svendborg/Rudkøbing Sygehus.

Arbejdsopgaver

Plejepersonalet har ansvaret for overvågning af patienter i hele medicinsk afdeling (telemetri) samt ansvaret for koronarskadestuen. Personalet deltager desuden i udrykning til akutte hjertestoppa-tienter på hele matriklen.

Deltager ved optagelse af arbejds-ekg og konvertering (for arytmier).

Derudover varetager plejepersonalet opgaver i forbindelse med patienternes personlige hygiejne, bespisning, medicinering samt mobilisering, optræning og information.

Serviceydelse:

Rengøring varetages af rengøringsassistenter

Maden leveres i madvogne, plejepersonalet står for udportionering og servering

Depotvarer bestilles af plejepersonale som også fylder depoter op

Vaskeripersonale står for opfyldning af linneddepoter, plejepersonale lægger på plads.

Beskrivelse af Medicinsk afsnit MXH, Svendborg Sygehus

Generel beskrivelse af afsnittet

Medicinsk afsnit MXH er et apoplexiafsnit normeret til 12 senge. Afsnittet står for at skulle udvides og opnormeres til ensartet standard for Fyn fra ca. 1. august 2002.

Patienter

Afsnittet behandler apoplexipatienter. Afsnittet behandler ikke ambulante patienter og dagpatienter. Ambulante patienter behandles i et fællesambulatorium beliggende uden for afsnittet. Der planlægges påbegyndt behandling i dagregi i indeværende år.

Fysiske rammer

Afsnittet er normeret til 12 senge fordelt på 5 tosengsstuer og 2 enestuer. Der findes ikke undersøgelsesstuer i afsnittet.

Organisation og ledelse

Afsnit MXH er del af Medicinsk storafsnit (MX) som har i alt 49 senge, heraf 10 senge til akut medicinsk modtagelse.

Afsnittet refererer til afsnitsledelsen for Medicinsk afsnit MX og afdelingsledelsen for hele den medicinske afdeling på Svendborg/Rudkøbing Sygehus. Den daglige kliniske ledelse for MXH består af en sygeplejefaglig leder samt 2 overlæger.

Personale

Afsnittets normering udgør 1,06 personer (brutto) per seng. Denne normering udvides til 1,4 personer per seng fra 1.8.02.

Personalet er fordelt på følgende faggrupper:

Sygeplejersker	7,57
Social- og Sundhedsassistenter	6,05

Planlagt fremmøde

	Hverdage	Lør-/søn- og helligdage
Dagvagt	5	5
Aftenvagt	3	3
Nattevagt	1	1

Der er normeret i alt 12 timer til tillidsrepræsentantarbejde m.v. til hele den medicinske afdeling Svendborg/Rudkøbing Sygehus

Arbejdsopgaver

Optræning og rehabilitering af apoplexipatienter varetages af plejepersonalet i tæt samarbejde med fysio- og ergoterapeuter. Der er til afsnittet daglig knyttet 1,5 fysioterapeut og 1 ergoterapeut.

Der er planlagt en samling af apoplexipatienter 2 steder på Fyn ("Apoplexipakken"), nemlig på Svendborg Sygehus og på Odense Universitetshospital. Samtidig sker der en opnormering til 1,4 plejenormering og 0,33 terapeutnormering per seng.

Plejepersonalet varetager derudover bl.a. opgaver i relation til patienternes hygiejne, bespisning og medicinering. Endvidere information, vejledning til patienter og pårørende.

De pårørende inddrages i pleje og optræning af patienterne.

Afsnittet modtager ikke akutte patienter endnu.

Serviceydelse

Rengøring varetages af rengøringsassistenter

Maden leveres i madvogne, plejepersonalet står for udportionering og servering

Depotvarer bestilles af plejepersonale som også fylder depoter op

Personale fra vaskeri står for opfyldning af linneddepoter.

Afdelingsbeskrivelse Medicinsk afdeling M61/AMVA, Sønderborg Sygehus

Generel beskrivelse af afdelingen

Afdelingen er en almen medicinsk afdeling, der dels består af et sengeafsnit (M61) normeret med 15 senge, og et akut medicinsk vurderingsafsnit (AMVA) normeret med 12 senge.

Patienter

Patienter der indlægges akut i AMVA, skal inden for 48 timer visiteres enten til indlæggelse (i medicinsk afdeling M61 eller anden afdeling på sygehuset) eller til udskrivning.

Afdeling M61 behandler patienter med alle akutte lidelser, bortset fra visse specialepatienter (patienter med AMI, dialysepatienter og nogle onkologiske patienter i aktiv kemobehandling).

Afdelingen behandler ikke ambulante patienter og dagpatienter.

Fysiske rammer

Afdelingen er normeret til 27 senge fordelt på 6 tosengsstuer, 6 firesengsstuer og 2 undersøgelsesrum.

Organisation/ledelse

Afdelingen ledes af en teamansvarlig overlæge og en afdelingssygeplejerske.

Personale

Afdelingen har en bruttonormering på 31 fuldtidsstillinger fordelt på:

Sygeplejersker	19,3 (714 timer pr uge)
Social- og sundhedsassistenter (SSA)	9,9 (369 timer pr uge)
Sekretær	1,0

Planlagt fremmøde

	Hverdage	Lør-/søn- og helligdage
Dagvagt	6 spl. + 3 SSA	4 spl. + 2 SSA
Aftenvagt	3 spl. + 2 SSA	3 spl. + 1 SSA
Nattevagt	2 spl. + 2 SSA	2 spl. + 1 SSA

Der er ikke afsat timer til tillidsrepræsentantarbejde.

Arbejdsopgaver

Plejepersonalet varetager al pleje omkring patienterne plus stuegangsfunktion. Herudover assisterer sygeplejersker ved specielle undersøgelser på afdelingen, herunder ascitespunktur (?), lumbalpunktur (?), pleuracentese.

Sondenedlæggelse, kateteranlæggelse, venflonanlæggelse, intravenøs medicinering og blodtransfusioner foretages selvstændigt af sygeplejersker.

Information af patienter og pårørende.

Serviceydelser

Rengøring foretages af rengøringsassistenter

Maden leveres portionsanrettet fra centralkøkken, men serveres af plejepersonale

Linnedopfyldning varetages af vaskerimedarbejdere

Depotvarer bestilles, og opfyldning af depot varetages af sygeplejersker

Patienttransport til og fra afdelingen varetages af portør

Træning af patienter varetages af portører, fysio-/ergoterapi samt af plejepersonalet.

Afdelingsbeskrivelse, medicinsk afdeling M41, Sønderborg Sygehus

Generel beskrivelse af afdelingen

Medicinsk afdeling M41 er en almen medicinsk afdeling der dog hovedsageligt behandler kardiologiske patienter. Afdelingen er normeret til 16 patienter.

Patienter

Patientkategorien er primært kardiologiske og ind imellem internmedicinske. Sygeplejerskerne har ca. 4 ambulante opfølgingsaftaler om ugen på patienter udskrevet efter AMI, ballonudvidelse, by-pass m.v.

Fysiske rammer

Afdelingen er normeret til 16 patienter, men har fysisk plads til 22. Afdelingen har i alt 12 sengestuer fordelt på 5 tosengsstuer og 2 firesengsstuer samt 4 enestuer/modtagestuer (hvor man på 2 stuer kan dialysere) og et eccokardiografirum.

Organisation/Ledelse

Afdelingen ledes af teamledelse bestående af den specialeansvarlige overlæge samt afdelingssygeplejersken.

Teamledelsen holder møde en gang månedligt med repræsentanter for teamet bestående af: Den kardiologiske lægesekretær, den kardiologiske sekretær fra ambulatoriet, den tilknyttede fysioterapeut, diætister (herunder diætist fra praksissektoren), en sygeplejerske fra kardiologisk ambulatorium, en sygeplejerske fra kardiologisk sengeafsnit og en overlæge fra kardiologisk afsnit.

Personale

Afsnittet har en bruttonormering på i alt 25,6 stillinger (948 timer per uge). Normeringen er fordelt på:

Sygeplejersker	20,0
Social- og sundhedsassistenter (SSA)	5,1
Sekretær	0,5

Planlagt fremmøde

	Hverdage	Lør-/søn og helligdage
Dagvagt	5 spl. + 1 SSA	4 spl. + 1 SSA
Aftenvagt	3 spl. + 1 SSA	3 spl.
Nattevagt	2 spl. + 1 SSA	2 spl. + 1 SSA

Afsnittet har ikke personale der har tillidsposter. Afdelingen har dog hhv. 1 sygeplejerske og en SSA med uddannelsesfunktion. Der ydes ikke erstatningstimer til dette.

Arbejdsopgaver

Afsnittet modtager akutte patienter indlagt via ambulance, skadestue og fra modtagelsen.

Plejepersonalet varetager de grundlæggende plejemæssige opgaver af patienterne, samt pleje af den intensive patient der ikke kræver respirator.

Sygeplejerskerne anlægger venflon, giver alle former for intravenøs medicin, blander medicin til intravenøs infusion, giver trombolyselbehandling og blodtransfusioner, overvåger patientens hjerterytme på scop (?), kobler og overvåger patienter til 12 aflednings kontinuerlig overvågningsapparat (MIDA), klargør og medvirker ved akut og elektiv DC konvertering, giver Adenosin i samarbejde med læger, påbegynder og deltager aktivt i hjertestopbehandling, giver parenteral ernæring via ernæringspumpe, rengør telemetrier.

Efter udskrivning arrangerer sygeplejerskerne samtale, undervisning og fysisk træning af hjertepatienter.

Derudover deltager sygeplejersker i stuegang, bestemmer stuegangs rækkefølge, udfører ordinationer efter stuegang, henviser til diætist, har kontakt til hjemmepleje, arrangerer udskrivelser.

Afdelingens sekretær sørger for bestilling af undersøgelser, telefonpasning og andre administrative opgaver.

Serviceydelse:

Rengøring varetages af rengøringsassistenter

Maden leveres portionsrettet, men serveres af plejepersonalet. Rengøringsassistenter står for afrydning af det brugte service fra stuerne

Linned leveres til afsnittet af vaskeri

Depotvarer bestilles via brikssystem og leveres til afsnittet, men depotopfyldning varetages af afsnittets plejepersonale.

Afdelingsbeskrivelse for Apoplexiafsnit M11, Sønderborg Sygehus

Generel beskrivelse af afdelingen

Apoplexiafsnit M11 behandler patienter med apoplexi samt varetager genoptræning efter apoplexi. Afdelingen er normeret til 18 senge.

Patienter

I afdelingen indlægges patienter til observation for apoplexi. Endvidere indlægges patienter der har fået konstateret apoplexi, samt patienter til revurdering efter apoplexi og patienter der har behov for genoptræning efter apoplexi.

Fysiske rammer

Afdelingen har 11 stuer fordelt med 1 tosengsstue, 3 tresengsstuer og 7 enestuer.

Organisation/ledelse

Afsnittet ledes af en afsnitsledelse bestående af afdelingssygeplejerske og overlæge i neurologi med speciel interesse for apoplexi.

Personale

Afsnittet har en bruttonormering på i alt 20,3 stillinger (751 timer per uge) fordelt med:

Sygeplejersker	12,4
Social- og sundhedsassistenter	7,4
Sekretær	0,5

Planlagt fremmøde:

	Hverdage	Lør-/søn- og helligdage
Dagvagt	6-7	4
Aftenvagt	3	3
Nattevagt	2	2

Arbejdsopgaver

Plejepersonalet varetager den grundlæggende pleje af patienterne, information af pårørende og patienter. Plejepersonalet varetager i samarbejde med læger blodtransfusioner og indgivning af intravenøs medicin. Deltager i aktiv og passiv optræning sammen med fysio- og ergoterapeuter.

Serviceydelser:

Rengøring varetages af rengøringsassistenter

Maden leveres portionsanrettet, men serveres af plejepersonalet. Rengøringsassistenter står for afrydning af det brugte service fra stuerne

Linned leveres til afsnittet af vaskeri. Portører står for opfyldning af linneddepot

Depotvarer bestilles via briksystem og leveres til afsnittet, depotopfyldning varetages af afsnittets plejepersonale.

Bilag II

Bilag III

Kort beskrivelse af intensiv/opvågningsafdeling Svendborg Sygehus

Intensivfunktionen:

7 senge åbent 24 timer alle årets dage.

Opvågningsfunktionen:

12 senge i dagtimerne.

6 senge i aften-/nattimerne

0 senge i weekends.

Omregnet til heldøgnsenge giver dette en sengekapacitet på 12,7 senge.

Afdelingen er normeret med 32,5 stillinger.

Normering per fuldtidsseng: 2,6 ved 37 timers arbejdsuge og 2,4 ved 40 timers arbejdsuge.

Kort beskrivelse af intensiv/opvågningsfunktionen Bornholms Centralsygehus

Intensivfunktionen:

4 senge åbent 24 timer alle årets dage.

Opvågningsfunktionen:

4 senge alle hverdage hele døgnet

0 senge fra fredag kl. 22 til mandag kl. 8.00.

Omregnet til heldøgnsenge giver dette en sengekapacitet på 6,6 senge.

Afdelingen er normeret med 16,2 fuldtidsstillinger.

Normering per fuldtidsseng: 2,5 stillinger ved 37 timers arbejdsuger. og 2,3 ved 40 timers arbejdsuge.