

Pilotundersøgelse med nøgletal og produktivitetsindikatorer for udvalgte afdelinger i sygehussektoren.

Danske Regioner
Regionerne
Sundhedsstyrelsen
Indenrigs- og Sundhedsministeriet

December 2007

Indholdsfortegnelse

1. Indledning og sammenfatning	3
1.1 Baggrund	3
1.2. Valg af afdelinger og indikatorer	4
1.3. Resultater: nøgletal og indikatorer	7
1.4. Resultater: Validering og datakvalitet.....	13
1.5. Fremadrettet arbejde	18
2. Specialerne	21
2.1. Kirurgisk gastroenterologi	21
2.2. Gynækologi og obstetrik	25
3. Valg af afdelinger	27
3.1. Sygehuse, afdelinger og specialer	27
3.2. Afdelinger: Kirurgisk gastroenterologi	28
3.3. Afdelinger: Gynækologi og obstetrik	31
4. Valg af indikatorer	33
4.1. Hensyn ved valg af indikatorer	33
4.2. Valg af nøgletal og indikatorer	35
5. Resultater	40
5.1. Nøgletal og indikatorer: Mave-tarm kirurgiske afdelinger	40
5.2. Nøgletal og indikatorer: Gynækologisk-obstetriske afdelinger	45
5.3. Validering og datakvalitet	49
6. Videre forløb	56
Bilag 1: Kommissorium og sammensætning af arbejdsgruppen	60
Bilag 2: Definition og afgrænsning af indikatorerne	63
Bilag 3: Figurer over nøgletal og indikatorer	68
Bilag 4: Oversigt over nøgletal og indikatorer	99
Bilag 5: Sygehuse, afdelinger, specialer	109

1. Indledning og sammenfatning

1.1 Baggrund

Af økonomiaftalerne for 2006, 2007 og 2008 om amternes og regionernes økonomi fremgår, at regeringen og Danske Regioner er enige om, at der gennemføres systematiske og offentligt tilgængelige produktivetsmålinger på sundhedsområdet. Det fremgår af de to seneste aftaler, at der offentliggøres sammenlignelige målinger på bl.a. sygehusniveau samt for udvalgte sygehusafdelinger. Disse målinger har bl.a. til hensigt at danne grundlag for de enkelte regioners realisering af fremtidige produktivetsgevinster.

Arbejdsgruppen for offentliggørelse af løbende produktivetsanalyser på sundhedsområdet har fungeret siden 2005 og har bestået af repræsentanter for regionerne, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Arbejdsgruppen har bl.a. haft som opgave at udvikle forslag til ensartede, systematiske produktivetsmålinger og analyser på de forskellige niveauer i sundhedsvæsenet, herunder produktivetsindikatorer for afdelingsniveau eller andet relevant niveau på sygehusområdet.

Arbejdsgruppen har besluttet, at udarbejdelsen af indikatorer på afdelingsniveau hensigtsmæssigt kan indledes med et pilotprojekt, hvor der fokuseres på to udvalgte specialer.

På den baggrund blev der i 2006 nedsat en arbejdsgruppe med henblik på at opstille og beregne produktivetsindikatorer for to udvalgte specialer. De to udvalgte specialer har været henholdsvis kirurgisk gastroenterologi og gynækologi/obstetrik. Kommissoriet og arbejdsgruppens sammensætning fremgår af bilag 1.

Det fremgår af kommissoriet, at målsætningen med arbejdsgruppens arbejde er, at resultatet kan anvendes som udgangspunkt ved udarbejdelsen af produktivitetsindikatorer for det øvrige sygehusvæsen ved opgørelser på afdelingsniveau eller andet relevant niveau.

Arbejdsgruppen har afholdt seks møder, heraf et møde på kirurgisk-gastroenterologisk afdeling på Gentofte sygehus, bl.a. med henblik på præsentation af denne afdeling for arbejdsgruppen.

Rapporten omfatter følgende:

- Beskrivelse af de udvalgte to specialer (kapitel 2)
- Valg af afdelinger (kapitel 3)
- Valg af nøgletal og indikatorer (kapitel 4)
- Resultater (kapitel 5)
- Videre forløb (kapitel 6)

1.2. Valg af afdelinger og indikatorer

Der findes i dag ca. 68 sygehuse, godt 900 afdelinger og godt 40 specialer ifølge Sundhedsstyrelsens opgørelse på basis af sygehus-afdelingsklassifikationen. I denne rapport har udgangspunktet været afdelinger, der udfører behandlinger inden for specialerne gynækologi/obstetrik og kirurgisk gastroenterologi.

En udfordring ved afgrænsning af afdelinger inden for kirurgiske gastroenterologi er, at behandlinger inden for dette speciale udføres på en række forskellige sygehusafdelinger. Endvidere udføres behandlingerne inden for specialet i varierende omfang på de forskellige afdelinger. Der findes således ikke afdelinger, hvor der udelukkende gennemføres behandlinger inden for dette speciale.

For det kirurgisk gastroenterologiske speciale besluttede arbejdsgruppen at vælge de afdelinger, hvor omsætningen inden for området "sygdomme i fordøjelseskana-ler" i DRG-systemet havde en DRG-produktionsværdi på mindst 11 mio. kr. På den baggrund blev der udvalgt 34 mave-tarm kirurgiske afdelinger til at indgå i undersøgelsen. En oversigt over disse afdelinger findes i nedenstående tabel 1.1.

For det gynækologiske-obstetriske speciale har arbejdsgruppen udvalgt de afdelinger, som har en omsætning på 1 mio. kr. eller mere målt i DRG-produktionsværdi

inden for området "sygdomme i kvindelige kønsorganer" og området "fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab" i DRG-systemet. På den baggrund blev der udvalgt 33 afdelinger inden for dette speciale, jf. tabel 1.2.

Der kan peges på en række forskellige hensyn for, hvordan produktivetsindikatorer på afdelingsniveau skal udvælges.

I denne rapport er der lagt vægt på følgende hensyn:

- Indikatorerne bør så vidt muligt vise elementer i behandlingsforløbet, der påvirker produktiviteten
- Indikatorerne bør så vidt muligt vise ressourcetræk og aktivitet på afdelingen
- Indikatorer bør så vidt muligt basere sig på data fra centrale registre
- Der bør udvælges et begrænset antal indikatorer til offentliggørelse, der samtidig er nogenlunde enkle at fortolke.

På den baggrund har arbejdsgruppen udvalgt syv nøgletal og ni produktivetsindikatorer, som opgøres for afdelingerne, der indgår i undersøgelsen, jf. boks 1.1. Der er tale om nøgletal og indikatorer, som giver et indtryk af afdelingens aktivitet, omkostninger, personaleomfang og arbejdstilrettelæggelse mv.

I måling af produktivitet på lands-, regions- og sygehusniveau anvendes omkostningsbrøken som produktivetsindikator. Omkostningsbrøken angiver forholdet mellem værdien af aktiviteten og omkostningerne forbundet med aktiviteten.

I nærværende undersøgelse anvendes omkostningsbrøken ikke. Det skyldes, at opgørelsen af DRG-produktionsværdien og omkostninger på afdelingsniveau ikke vurderes på nuværende tidspunkt at have en datakvalitet, så de kan anvendes til beregning af en omkostningsbrøk på afdelingsniveau.

Der er ikke udvalgt indikatorer for afdelingernes behandlingskvalitet, da det ikke er omfattet af kommissoriet for arbejdet. Derfor udtrykker indikatorerne i denne pilotundersøgelse ikke noget om behandlingskvaliteten på de udvalgte afdelinger.

Nøgletal for afdelingerne

1. Afdelingsindlæggelser, antal
2. Ambulante besøg, antal
3. DRG-produktionsværdi, mio. kr.
4. Afdelingens omkostninger, mio. kr.
5. Læger, årsværk
6. Sygeplejersker, årsværk
7. Andet plejepersonale, årsværk

Indikatorer for afdelingerne

1. Liggetid, dage
2. Ambulante besøg pr. indlæggelse, antal
3. Ambulante besøg pr. ambulante operation, antal
4. Kirurgiske indgreb foretaget ambulant, andel
5. Radiologiske ydelser pr. patient
6. DRG-produktionsværdi pr. læge
7. DRG-produktionsværdi pr. sygeplejerske
8. DRG-produktionsværdi pr. plejepersonale
9. DRG-produktionsværdi pr. lønsum

1.3. Resultater: nøgletal og indikatorer

Taloversigter

Nøgletal og produktivetsindikatorerne for de udvalgte afdelinger fremgår af nedenstående tabel 1.1 og 1.2. Resultaterne er for alle nøgletal og indikatorer præsenteret i figurform i bilag 3.

Tabel 1.1. Oversigt over nøgletal og indikatorer for 34 mave-tarm kirurgiske afdelinger.

Afdelingsnavn	DRG/ DAGS- produkti- onsværdi	Omkost- ninger	Antal læger	Antal sygeple- jersker	DRG- værdi pr. læge	DRG- værdi pr. sygeple- jerske	DRG- værdi pr. andet plejepersonale	DRG- værdi pr. løn kr.	Liggetid	Antal besøg pr. indlæg- gelse	Besøg pr. am- bulant operati- on	Andel kirurgiske indgreb foretaget ambulant (%)	Antal radiolo- giske ydelser pr. pati- ent
Kirurgisk Gastroenterologisk Klinik, C, Rigshospitalet	153.476	150.993	29	69	5.292	2.224	17.053	3,1	4,7	2,0	2,7	1	2,1
Kir. gastroenterologisk afd.. K, Bispebjerg Hospital	167.342	170.354	37	107	4.542	1.564	34.936	2,7	3,5	1,7	2,5	24	1,1
Gastroenterologisk afdeling, Hvidovre Hospital	142.839	135.048	39	101	3.663	1.414	6.802	2,0	4,4	2,0	2,1	35	0,8
Kir. gastroenterologisk afdeling, Amager Hospital	63.149	62.429	16	32	3.947	1.973	12.630	2,6	4,2	1,4	1,8	42	1,0
Kirurgisk overafdeling D, Gentofte	131.549	124.244	29	99	4.536	1.329	4.385	2,0	5,2	1,9	2,1	50	1,2
Kirurgisk overafdeling D, Glostrup	111.350	111.377	26	38	4.229	2.940	6.478	2,8	4,9	1,5	2,5	40	1,1
Kirurgisk gastroenterologisk overafdeling D, Herlev	123.359	146.170	27	64	4.569	1.927	6.853	2,5	4,7	1,7	2,5	10	1,3
Kirurgisk Enhed, Frederiksborg amts sundhedsvæsen	314.558	332.177	77	120	4.085	2.621	7.149	2,9	4,2	1,4	2,1	23	0,7
Kirurgisk afd., RAS Roskilde	59.081	52.304	36	61	4.615	2.710	6.867	2,6	5,1	1,7	2,6	40	1,1
Kirurgisk afd., RAS Køge	106.489	91.639							5,4	1,3	2,2	25	0,5
Kirurgisk overafdeling, Holbæk	117.212	91.086	24	39	4.884	3.005	4.042	3,3	4,4	1,3	2,1	34	0,7
Kirurgisk overafdeling, Slagelse	146.324	159.577	40	51	3.658	2.869	6.362	3,3	4,5	1,2	1,9	16	1,2
Kirurgi, Næstved	136.606	131.688	34	45	4.018	3.036	5.464	2,6	5,1	1,3	2,1	14	1,0
Kirurgi, Nykøbing Falster	87.643	87.033	23	37	3.811	2.369	4.613	2,4	5,3	1,0	2,1	24	0,9
Kirurgisk afd. A, Odense Universitetshospital	184.419	152.734	34	92	5.392	2.013	6.489	2,7	4,1	1,4	2,3	27	0,4
Organkirurgisk afd. K, Middelfart, OUH	59.557	41.836	14	24	4.209	2.532	6.343	2,7	4,9	1,3	2,2	47	0,4
Organkirurgisk overafdeling, Sygehus Fyn	235.118	136.545	31	41	7.584	5.735	21.374	5,9	3,8	1,1	2,1	28	0,3
Parenkymkirurgisk afd. K, Sønderborg Sygehus	112.971	109.739	24	46	4.707	2.456	8.069	3,0	4,5	1,3	2,0	42	0,6
Organkirurgisk afd., Aabenraa Sygehus	132.783	94.392	30	35	4.426	3.794	10.214	3,6	3,4	0,8	1,9	31	0,8
Parenkymkirurgisk afdeling, Esbjerg	114.307	-	28	56	4.961	2.458	6.860	3,4	4,0	0,9	-	-	0,6
Parenkymkirurgisk ambulatorium, Esbjerg	22.198	-							-	-	2,3	-	0,2
Organkirurgisk afd., Horsens	107.899	83.934	16	35	6.744	3.083	11.989	4,2	4,0	1,3	2,0	38	0,7
Organkirurgisk afd., Kolding	106.397	94.878	18	31	5.911	3.432	15.200	4,0	4,1	1,3	1,9	44	0,6
Organkirurgisk afd., Vejle	121.266	89.384	23	59	5.272	2.055	10.106	3,0	3,9	1,9	2,1	38	0,7
Kirurgisk afd., Holstebro Sygehus	88.782	78.944	17	37	5.222	2.400	8.878	3,1	4,4	1,0	1,9	35	0,6
Kirurgisk afd., Herning Sygehus	228.335	191.631	38	101	6.009	2.261	6.171	3,0	4,2	1,2	2,1	39	0,6
Kirurgisk Overafdeling, Silkeborg	76.012	-	16	29	4.751	2.621	7.601	2,9	4,7	1,2	2,0	27	0,7
Kir. Gastroenterologisk Overafd. L, Århus Sygehus	154.402	91.723	37	69	4.173	2.238	7.720	2,5	4,0	1,3	2,3	56	1,5
Kirurgisk afd. L, sekt. AAS, Århus Amtssygehus	171.564	128.581	-	-	-	-	-	-	4,4	1,6	2,2	36	1,3
Organkirurgisk Overafd. K, Randers	194.213	-	32	82	6.069	2.368	8.092	3,3	3,8	1,3	2,0	50	0,6
Organkirurgisk afd. K, Sygehus Viborg	217.607	189.122	35	54	6.217	4.030	12.800	4,0	3,7	1,0	2,0	37	0,6
Organkirurgisk afd., Sygehus NORD, Nykøbing-Thisted	64.055	56.654	12	17	5.338	3.768	9.151	3,5	4,0	0,9	1,9	40	0,5
Kirurgisk område, Aalborg	271.803	241.889	45	122	6.040	2.228	6.471	3,0	4,4	0,9	2,1	30	1,1
Kirurgisk område, Vendsyssel	182.419	177.185	40	111	4.560	1.643	6.515	2,3	4,7	0,9	1,8	33	0,8
Gennemsnit	138.444	126.843	30	61	4.950	2.616	9.473	3,1	4,4	1,3	2,1	33	0,8

Anm: Indikatorerne for liggetid, ambulante besøg pr. operation og indlæggelse samt andel kirurgiske indgreb foretaget ambulant er de viste tal standardiserede. Øvrige nøgletal og indikatorer er opgjort i absolutte tal. Nøgletal for antal afdelingsindlæggelser, ambulante besøg og andet plejepersonale er ikke medtaget af pladshensyn, men fremgår af bilag 4.

Tabel 1.2: Oversigt over nøgletal og indikatorer for 33 gynækologiske-obstetriske afdelinger

Afdelingsnavn	DRG/DAGS-produktionsværdi	Omkostninger	Antal læger	Antal sygeplejersker	DRG-værdi pr. læge	DRG-værdi pr. sygeplejerske	DRG-værdi pr. andet plejepersonale	DRG-værdi pr. løn kr.	Liggetid	Antal besøg pr. indlæggelse	Besøg pr. ambulante operation	Andel kirurgiske indgreb foretaget ambulant (%)	Antal radio-logiske ydelser pr. patient
Rigshospitalet, Obs., gyn	239.538	204.205	49	86	4.889	2.785	12.607	2,0	3,1	1,3	4,0	33	0,04
Hvidovre hospital, Gyn. –obs	315.095	218.988	47	93	6.704	3.388	7.002	2,6	2,6	0,8	4,4	28	0,03
Frederiksberg hospital, Gyn. Obs	97.299	50.743	17	19	5.723	5.121	8.845	2,6	2,3	0,5	2,8	19	0,02
Gentofte sygehus, Gyn. –obst. Afd.	132.630	98.848	22	3	6.029	44.210	6.632	3,1	2,2	0,7	3,6	41	0,07
Glostrup sygehus, Gyn. –obst. Afd.	124.586	122.264	25	38	5.052	3.321	7.762	2,0	3,1	1,1	3,4	44	0,06
Herlev sygehus, Gyn.– og obst. Afd.	142.654	139.533	31	57	4.602	2.503	5.944	2,1	3,1	1,2	3,4	33	0,06
Frederiksborg amtssygehus, Gyn. –obst. Afd.	164.811	183.798	36	89	4.578	1.852	8.674	1,9	2,5	1,6	3,7	35	0,04
Roskilde amtssygehus, Gyn. –obst. Afd.	185.323	133.771	25	37	7.413	5.009	20.591	3,0	2,9	1,0	4,2	38	0,04
Sygehus Vestsjælland Holbæk, Gyn. –obst.	110.446	76.051	18	15	6.136	7.363	7.889	5,0	2,7	1,0	3,2	37	0,05
Sygehus Vestsjælland Slagelse, Gyn. –obst. Afd.	73.967	69.981	16	25	4.623	2.959	4.931	3,3	3,0	0,7	3,1	38	0,06
Storstrømmens Sygehus Næstved, Gyn. –obst. Afd.	101.281	61.594	20	25	5.064	4.051	5.331	2,3	2,5	0,7	2,7	40	0,08
Storstrømmens Sygehus Nykøbing, Gyn. –obst. Afd.	46.071	42.018	8	16	5.759	2.879	3.839	1,7	2,4	0,7	2,6	35	0,07
Odense Universitetshospital, Gyn. obs.	222.764	185.788	38	94	5.879	2.372	4.617	2,7	3,0	0,8	3,0	36	0,04
Sygehus Fyn, Gyn. –obst. Afd.	85.075	-	18	39	4.726	2.181	14.179	2,7	3,1	0,4	2,9	47	0,01
Sønderborg Sygehus, Gyn. –obst. Afd.	82.033	83.146	19	46	4.318	1.783	5.127	2,4	4,1	0,6	2,7	45	0,08
Haderslev Sygehus, Gyn. –obst. Afd.	41.925	45.901	13	27	3.225	1.553	-	2,3	3,1	0,4	2,5	38	0,24
Gynækologisk afdeling Esbjerg	24.622	-							2,8	0,5	-	0	0,15
Obstetriske afdeling Esbjerg	63.933	-	21	58	5.115	1.854	3.665	2,5	3,2	0,7	-	0	0,01
Gynækologisk ambulatorium, Esbjerg	18.858	-							-	-	3,1	59	0,08
Kirurgisk område Grindsted	48.834	-	10	17	4.883	2.873	16.278	2,9	2,7	0,7	3,0	33	-
Fredericia Sygehus, Gyn. –obst. Afd.	41.318	48.897	12	22	3.443	1.878	3.756	1,9	2,6	0,7	3,0	40	0,06
Horsens Sygehus, Gyn. –obs.	93.275	65.418	21	28	4.442	3.331	10.364	3,4	2,7	0,8	2,9	47	0,04
Kolding Sygehus, Gyn. –obst. Afd.	122.750	89.192	22	39	5.580	3.147	13.639	3,6	3,2	0,5	3,2	41	0,03
Holstebro Sygehus, kvindeklinik	43.499	41.098	-	-	-	-	-	-	2,7	0,4	2,9	53	0,01
Herning Sygehus, Gyn. –obst. Afd.	121.750	97.379	30	68	1.450	640	2.289	2,2	3,0	0,6	2,7	45	0,03
Gynækologisk Overafdeling, Silkeborg	73.308	58.650	15	27	4.887	2.715	6.664	2,1	3,0	0,8	3,1	33	0,05
Randers Centralsygehus, Gyn. –obst. Afd.	105.764	-	20	51	5.288	2.074	7.555	2,8	2,6	0,4	2,7	46	0,32
Skejby Sygehus, Gyn. –obst. Afd.	285.806	200.647	45	122	6.351	2.343	7.521	2,5	2,7	0,7	3,5	35	0,28
Sygehus Viborg, gyn.	91.452	85.252	17	47	5.380	1.946	6.532	2,6	3,0	0,3	3,0	31	0,19
Nykøbing-Thisted sygehus, Gyn. –obst. Afd.	40.629	41.485	12	18	3.386	2.257	4.514	2,1	3,1	0,6	2,7	46	0,09
Aalborg, Gyn. Obs.	203.795	143.714	34	75	5.994	2.717	5.823	3,1	3,1	0,7	3,2	40	0,07
Sygehus Vendsyssel Hjørring, Gyn. –obs.	75.929	71.501	20	21	3.796	3.616	10.847	2,8	3,2	0,7	3,3	34	0,12
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn Gyn.– Obs.	24.115	25.286	-	8	-	3.014	24.115	7,1	1,9	0,7	2,5	18	1,18
Gennemsnit	110.459	99.450	23	44	4.990	4.258	8.536	2,8	2,8	0,7	3,1	34	0,11

Anm: Indikatorerne for liggetid, ambulante besøg pr. operation og indlæggelse samt andel kirurgiske indgreb foretaget ambulant er de viste tal standardiserede. Øvrige nøgletal og indikatorer er opgjort i absolutte tal. Nøgletal for antal afdelingsindlæggelser, ambulante besøg og andet plejepersonale er ikke medtaget af pladshensyn, men fremgår af bilag 4.

Nøgletal for alle afdelinger

Nøgletallene for **aktivitet, omkostninger og personale** vedrører de enkelte afdelingers aktivitets- og behandlingsomfang.

De største mave-tarmkirurgiske afdelinger har ca. 11.000 indlæggelser, ca. 6.000 ambulante besøg, en DRG-produktionsværdi på ca. 300 mio. kr. og henholdsvis ca. 40 læger og ca. 100 sygeplejersker ansat på afdelingen. De mindste afdelinger har under 2.000 indlæggelser, mellem 4.000 og 6.000 ambulante besøg, DRG-produktionsværdi på omkring 60.000 mio. kr., mellem 10 og 20 læger og ca. 25 sygeplejersker ansat.

De største gynækologiske-obstetriske afdelinger har over 10.000 indlæggelser, over 50.000 ambulante besøg, DRG-produktionsværdi i omegnen af 300.000 og henholdsvis ca. 40 læger og ca. 100 sygeplejersker. De mindste afdelinger har under 1.500 indlæggelser og ca. 5.000 ambulante besøg, DRG-produktionsværdi på 20-30 mio. kr., omkring 10 læger og under 20 sygeplejersker.

Indikatorer for arbejdstilrettelæggelse

Produktivitetsindikatorerne kan overordnet opdeles i afdelingernes arbejdstilrettelæggelse og personalets bidrag til DRG-produktionsværdien

Indikatorerne for arbejdstilrettelæggelse omfatter patienternes liggetid, ambulante besøg pr. indlæggelse henholdsvis operation, andelen af kirurgiske indgreb, der er foretaget ambulante samt antallet af radiologiske ydelser pr. patient.

Der kan konstateres forskelle i **liggetiden** på afdelingerne for begge specialer, når der er taget højde for forskelle i patientsammensætning. For de mave-tarmkirurgiske afdelinger er der ca. 2 dages forskel mellem længste og korteste standardiserede liggetid og en gennemsnitlig liggetid på 4,4 dage. For de gynækologiske-obstetriske afdelinger er der ligeledes ca. 2 dages forskel mellem den længste og korteste standardiserede liggetid og en gennemsnitlig liggetid på ca. 2,8 dage.

Antallet af **ambulante besøg pr. indlæggelse** varierer for mave-tarm kirurgiske afdelinger mellem 0,8 besøg og 1,9 besøg pr. indlæggelse med et gennemsnit på 1,3, når tallene er standardiserede.

Generelt synes afdelinger på mindre hospitaler at have relativt færrest ambulante besøg pr. indlæggelse.

Hvad angår de gynækologisk-obstetriske afdelinger placerer de fleste afdelinger sig i spændet mellem et halvt og ét ambulante besøg pr. indlæggelse.

Når antallet af **ambulante besøg pr. ambulante operation** standardiseres varierer for de mave-tarmkirurgiske afdelinger mellem 1,8 og 2,7 med et gennemsnit på 2,1. For de gynækologiske-obstetriske afdelinger varierer det mellem 2,5 og 4,4 med et gennemsnit på 3,1.

Når der ikke tages højde for patientsammensætningen, er variationen for begge sæt af afdelinger betydeligt større. Dette indikerer alt andet lige, at patienttyngden og kompleksiteten i behandlingerne kan have stor betydning for, hvorvidt afdelingerne har relativt mange eller relativt få ambulante besøg pr. ambulante operation.

Andel af kirurgiske indgreb, der er foretaget ambulante varierer for de mave-tarmkirurgiske afdelinger mellem 0 og ca. 50 pct. med et gennemsnit på ca. 34 pct. For de gynækologiske-obstetriske afdelinger varierer det mellem 15 og ca. 50 pct. med et gennemsnit på ca. 33 pct.

Her tilnærmer afdelingerne sig ligeledes hinanden efter, at der tages højde for patientsammensætningen, om end der også efter standardisering er betydelige forskelle på tværs af afdelinger.

Antallet af radiologiske ydelser pr. patient varierer mellem 0,2 og 2,1 for mave-tarm kirurgiske afdelinger med et gennemsnit på 0,8. Ca. halvdelen af afdelingerne placerer sig i intervallet mellem 0,5 og 1 radiologisk ydelser pr. patient.

For gynækologisk-obstetriske afdelinger er antallet af disse ydelser begrænset. Således er der tale om et midterfelt af afdelinger, der kredser omkring ca. 0,1 radiologiske ydelser pr. patient.

Indikatorer for personale/DRG-produktionsværdi

For **DRG-produktionsværdi pr. ansat læge** er det gældende for begge specialer, at denne indikator varierer på tværs af afdelinger fra en DRG-produktionsværdi på ca. 3,5 mio. kr. til ca. 7,5 mio. kr. pr. læge med et gennemsnit på 5 mio. kr. pr. læge.

Overordnet er der ligeledes for begge specialers vedkommende tendens til, at mindre afdelinger (målt i DRG-produktionsværdi) generelt har den relativt laveste DRG-produktionsværdi pr. læge.

Hvad angår **DRG-produktionsværdien pr. sygeplejerske** varierer den mellem 1,3 mio. kr. og 5,7 mio. kr. med et gennemsnit på ca. 2,6 mio. kr., for mave-tarm kirurgiske afdelinger. De gynækologiske-obstetriske afdelinger varierer mellem 1,5 mio. kr. og ca. 5 mio. kr. når der bortses fra afdelingerne på Herning og Gentofte sygehuse¹.

Det overordnede billede synes at være, at der er relativt flere sygeplejersker på de største afdelinger til produktionen af produktionsværdien end på mindre afdelinger. Tendensen synes imidlertid primært at gælde for det mave-tarm kirurgiske speciale. Som det omtales nedenfor skyldes en del af forskellene sandsynligvis også dataproblemer. Til eksempel dækker de 99 sygeplejersker på mave-tarm kirurgisk afdeling i Gentofte i alt 6 specialer, operationsgang for i alt 3 specialer og endoskopi for 2 specialer og herudover afdelingens sengeafsnit og ambulatorier.

Hvad angår **DRG-produktionsværdien pr. lønkrone** kan der for begge specialers vedkommende konstateres relativt store forskelle.

Afdelingerne placerer sig generelt således, at mellem en fjerdedel og halvdelen af DRG-produktionsværdien går til lønninger. I lighed med andre indikatorer er også denne derfor primært velegnet til at sammenligne afdelinger med tilnærmelsesvis samme patientsammensætning, størrelse, personalesammensætning mv. Herved kan der opnås et bedre sammenligningsgrundlag for, hvor stor produktion der opnås pr. lønkrone. Indtil videre må en del af forskellene imidlertid også forklares med forskelle i sygehusenes måde at lave og indberette fordelingsregnskaber på.

¹ Hvad angår Gentofte Sygehus er antal sygeplejersker kun opgjort til 3, mens der på afdelingen på Herning sygehus er opgjort til 68. Dette bevirker en henholdsvis meget høj og meget lav DRG-produktionsværdi på pågældende afdelinger. Hermed adskiller disse afdelinger sig betydeligt fra øvrige afdelinger, hvilket kan indikere uregelmæssigheder/præciseringsproblemer i pågældende afdelingers personaleopgørelse.

Konklusion

Ovenstående gennemgang har vist, at der er større eller mindre variation i de opgjorte produktivetsindikatorer for de to sæt af afdelinger.

De forskellige nøgletal har givet en systematisk oversigt over, hvilke afdelinger der beskæftiger sig med de udvalgte specialer samt givet indsigt i de forskellige afdelingers størrelse, aktivitet og kapacitet.

Herudover er der bl.a. registreret store forskelle vedrørende afdelingernes gennemsnitlige liggetid.

For indikatorerne vedrørende arbejdstilrettelæggelse har en del af variationen kunnet tilskrives forskelle i patientsammensætning. Efter korrektion for patientsammensætning har der dog fortsat være variation mellem afdelingerne. Det er specielt gældende for indikatoren over andelen af kirurgiske indgreb, der foretages ambulantly, at der er stor variation mellem afdelingerne.

Hvad angår indikatorerne for personale/DRG-produktionsværdi er der ligeledes væsentlige forskelle. Dele af disse forskelle skal sandsynligvis forklares med afdelingers størrelse, patientsammensætning samt specifikke personalemæssige forhold og ligeledes med forskellig praksis på tværs af sygehuse, hvad angår udformning af fordelingsregnskab.

1.4. Resultater: Validering og datakvalitet

Indenrigs- og Sundhedsministeriet udsendte den 3. maj 2007 de data, der lægger til grund for de enkelte nøgletal/indikatorer i nærværende rapport til validering i regionerne, dog ikke aktivitetstallene vedrørende antal ambulante besøg og indlæggelser samt afdelingsomkostninger. Sundhedsstyrelsen udsendte den 9. juli 2007 omkostningerne for afdelingerne i validering. Frist for validering af alle tal var den 15. august 2007.

Samtlige regioner har meldt tilbage med validering af alle eller dele af de data, som blev udsendt. Valideringen har sammen med selve arbejdet i arbejdsgruppen ført til identifikation af en række udfordringer i forbindelse med opgørelse af nøgletal og indikatorer på afdelingsniveau. Disse udfordringer er i hovedtræk sammenfattet nedenfor, jf. boks 1.2.

Boks 1.2. Udfordringer ved opgørelse af nøgletal og produktivitetsindikatorer på afdelingsniveau	
Nøgletal/indikator	Udfordringer
DRG-produktionsværdi	<ul style="list-style-type: none"> • Præciseringsproblemer f.s.v.a., hvilken afdeling, der godskrives den skabte værdi.
Omkostninger	<ul style="list-style-type: none"> • Omkostningsdatabasens varierende kvalitet, hvilket bl.a. skyldes forskelle i registreringspraksis og forskellig indberetning af fordelingsregnskaberne. • Præciseringsproblemer f.s.v.a., hvilken afdeling der påføres de tilgæede omkostninger.
Liggetid	<ul style="list-style-type: none"> • Usikkerheder forbundet med antal genindlæggelser • Ventende færdigbehandlede patienter
Personaleopgørelser	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende præcision i opgørelser af såvel lønsum som antal årsværk. Skyldes bl.a. uklarheder med graden af afdelingers assistancer, antallet af turnuslæger (uddannelsesforpligtelse), antal barselsorlov, vikarer etc.
Sammenlignelighed	<ul style="list-style-type: none"> • Afdelingers størrelse, patientsammensætning og opgaveportefølje varierer
Standardiseringsmetode	<ul style="list-style-type: none"> • Variationen mellem afdelingernes behandlinger indenfor de forskellige DRG-grupper varierer. Analyser af standardiseringsmetodens robusthed.
Sygehusstruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Forskelle i organiseringen af behandling etc. mellem afdelinger kan have indflydelse på såvel indikatorer som nøgletal
Måling på DRG-behandlingsniveau	<ul style="list-style-type: none"> • Der er behov for også at udvikle produktivitetsindikatorer for udvalgte DRG-behandlinger og forløb
Afdelingsudskrivninger	<ul style="list-style-type: none"> • Usikkerheder i forbindelse med anvendelse af afdelingsudskrivninger bl.a. som følge af assistancer/overflytninger mellem afdelinger.
Kvalitetsindikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Rapportens nøgletal og indikatorer udtrykker intet om kvalitet. Pilotundersøgelsen siger derfor ikke noget om sammenhængen mellem høj produktivitet og kvalitet i behandlingen.

Hvad angår afdelingernes **DRG-produktionsværdi** er uoverensstemmelserne mellem det tidligere udsendte materiale og sygehusenes valideringer begrænsede og har primært været tilknyttet afgrænsningen af afdelingerne.

Dog er der i forbindelse med opgørelse af DRG-produktionsværdien et muligt præciseringsproblem. Dette skyldes, at DRG/DAGS-værdien i denne rapport opgøres ud fra afdelingsudskrivninger. Når en patient er indlagt på flere afdelinger, tilskrives taksten afdelingen med den dyreste DRG-takst, også kaldet sygehusudskrivningen. Dette implicerer, at nogle afdelinger i forbindelse med behandling undertiden tilskrives en for stor DRG-produktionsværdi, mens andre afdelinger af og til oplever det modsatte og tilskrives for lidt DRG-produktionsværdi. Dette giver naturligvis det relativt mest usikre billede af den reelle DRG-produktionsværdi på afdelinger, der enten yder mange assistancer til andre afdelinger (undervurdering af DRG-produktionsværdi) eller får mange overflytninger (overvurdering af DRG-produktionsværdi). Det kan på sigt være relevant nærmere at undersøge konsekvenserne af disse præciseringsproblemer.

I forhold til omkostningerne knytter der sig udfordringer til forskelle i hospitalernes registrerings- og regnskabspraksis, hvilket bl.a. har indflydelse på omkostningsdatabasens kvalitet. Det er dog forventningen, at fortsat arbejde med produktivetsmålinger på afdelingsniveau og hermed fokus på indberetningerne til omkostningsdatabasen også vil medvirke til forbedret kvalitet af databasen.

I forbindelse med valideringen har det været ytret, at **liggetid** ikke nødvendigvis kan tages som udtryk for produktivitet. Dette skyldes primært, at indikatoren ikke kan indfange, hvorvidt et sygehus eksempelvis har mange genindlæggelser. Det må imidlertid vurderes, at dette potentielle problem ikke systematisk favoriserer enkelte sygehuse frem for andre. Samtidig må indikatoren vurderes at give den bedst mulige indikation af liggetiden på afdelingerne, hvorfor de enkelte afdelinger over årene kan benytte indikatoren til at konkludere på egen udvikling med hensyn til hurtig patientgennemstrømning.

Endvidere er der en – om end begrænset – risiko for, at dele af den liggetid, der er beregnet for afdelingerne indeholder patienter, der er færdigbehandlede og raske, men som pga. en manglende anden offentlig foranstaltning (plejehjem etc.) ikke kan hjemsendes. Problemet er imidlertid i det store billede af begrænset omfang og problemet er endvidere ifølge opgørelser foretaget på baggrund af LPR størst i region Hovedstaden.

I forbindelse med valideringsrunden er det ligeledes påpeget, at der vedrørende **lønsummen** fordelt på afdelingerne og **antal årsværk pr. afdeling** kan opstå præcisionsproblemer vedrørende konteringen af den medgåede lønsum. Således kan det være vanskeligt præcist at opgøre, hvor stort personaleforbrug der knytter sig til afdelingen specifikt, da personalet ofte – ad hoc eller mere permanent – er tilknyttet andre afdelinger. For at sikre størst mulig præcision i opgørelsen er sygehusenes validering af lønsummen generelt anvendt i rapporten frem for de data, som fremgår af Sundhedsstyrelsens løn- og beskæftigelsesregister. Dette kan samtidig medføre manglende præcision i opgørelserne for de afdelinger, der ikke har valideret tallene.

Det er desuden gældende for såvel opgørelserne for lønsum og antal årsværk pr. afdeling, at der på tværs af afdelingerne kan være forskelle, der kan skyldes forhold som afdelingernes uddannelsesforpligtelse, anvendelse af vikarer, andelen af personalet, der er på barselsorlov etc. Afdelinger med relativ stor uddannelsesforpligtelse vil eksempelvis have relativt flere læger tilknyttet end afdelinger med lavere uddannelsesforpligtelse, hvilket naturligvis vil påvirke opgørelserne af DRG-produktionsværdi pr. årsværk.

Processen i arbejdsgruppen og valideringen har endvidere identificeret udfordringer, der ikke specifikt knytter sig til de enkelte nøgletal og indikatorer, men som er af mere generel karakter.

Afdelinger og sygehusenes forskellige organisering kan potentielt øve indflydelse på flere af nøgletallene og indikatorerne i rapporten. Som omtalt tidligere kan eksempelvis graden af assistancer til andre afdelinger påvirke såvel DRG-produktionsværdien, antal årsværk og lønsum mv. Dette kan således have betydning for præcisionen i opgørelserne.

Fremover vil det være relevant også at udvikle produktivetsindikatorer på DRG-behandlingsniveau og forløb. Med målinger på DRG-behandlingsniveau opnås en sammenligning af produktivetsindikatorer for en afgrænset behandling og dermed patientsammensætning. Ligeledes vil en sammenligning for de enkelte DRG-behandlinger være relevant for klinikerne på afdelingen, idet resultaterne må vurderes at blive endnu tættere koblet til de konkrete arbejdsgange ved de enkelte behandlinger.

Patientsammensætningen varierer betydeligt, både fra landsdel til landsdel og på tværs af afdelinger. For at imødekomme denne udfordring er der udformet en standardisering af indikatorerne i rapporten, hvor det er relevant. Det overordnede billede er således også, at afdelingernes indikatorer, når der tages hensyn til forskelle i patienttyngde, tilnærmer sig hinanden. På sigt vil det være relevant at foretage nærmere analyser af, hvorvidt standardiseringsmetoden tilstrækkeligt præcist korrigerer for forskelle i patienttyngde. Herved kan der også opnås større klarhed over, om forskelle mellem afdelingernes standardiserede tal er udtryk for produktivitetsforskelle.

I forlængelse af ovenstående er det således også rimeligt at konkludere, at nogle afdelinger bedre lader sig sammenligne end andre. I udvælgelsen af indikatorerne er det tilsigtet, at opnå så stor sammenlignelighed som muligt, men bl.a. afdelingernes forskellige størrelse og opgaveporteføljer bevirker, at alle afdelinger ikke fuldstændig kan sammenlignes på identiske præmisser. Der er imidlertid fra arbejdsgruppens side tiltro til, at hver afdeling er klar over, hvilke øvrige afdelinger rundt i landet det kan være mest hensigtsmæssigt at sammenligne sig selv med.

Endelig skal det igen påpeges, at denne pilotundersøgelse ikke har udgjort et forsøg på at indfange kvaliteten af behandlingen på afdelingerne.

1.5. Fremadrettet arbejde

Denne pilotundersøgelse skal indgå i afrapporteringen i forbindelse med delrapport III fra arbejdsgruppen om offentliggørelse af løbende produktivetsmålinger. Som led i offentliggørelse af delrapport III, som forventes at finde sted inden udgangen af 2007, finder arbejdsgruppen, at denne pilotundersøgelse også kan offentliggøres som en teknisk rapport.

Det fremgår af kommissoriet for arbejdsgruppens arbejde, at det er målsætningen, at resultatet af dette arbejde kan anvendes som udgangspunkt ved udarbejdelsen af produktivetsindikatorer for det øvrige sygehusvæsen ved opgørelser på afdelingsniveau eller andet relevant niveau. Det fremgår videre, at der særskilt skal være en vurdering af, om de foreslåede indikatorer kan anvendes for andre specialer og en vurdering af, om der kan ske en forbedring af produktiviteten ved offentliggørelse af de foreslåede indikatorer.

Indikatorerne i denne pilotundersøgelse er generelle, hvilket vil sige, at de i princippet kan opgøres for alle typer af specialer. Det vil således for langt de fleste afdelinger være relevant at opgøre indikatorerne anvendt i denne undersøgelse.

Aktivitetsindikatorerne med opgørelse af indlæggelser, ambulante besøg og DRG-produktionsværdi kan umiddelbart opgøres.

Afdelingsomkostningerne vil ligeledes umiddelbart kunne opgøres ud fra Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase. En validering og offentliggørelse af afdelingernes samlede omkostninger vil medføre, at der kommer øget fokus, åbenhed og gennemsigtighed omkring Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase. Herved vil en validering og efterfølgende offentliggørelse af afdelingsomkostninger kunne understøtte en forbedring af datakvaliteten i Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase. Denne forbedring vil bl.a. kunne bestå i en mere ensartet konteringspraksis på landsplan samt en opnået enighed om ens fordelingsnøgler af omkostningerne mellem hospitalerne.

Pilotundersøgelsen har endvidere vist, at oplysningerne i Sundhedsstyrelsens løn- og beskæftigelsesregister om antallet af årsværk på afdelingerne i en del tilfælde ikke stemmer overens med afdelingens egne opgørelser. En offentliggørelse af disse årsværksdata vil således være med til at sætte fokus på indberetningerne til Sundhedsstyrelsens løn- og beskæftigelsesregister.

En opgørelse af liggetid og ambulante besøg pr. indlæggelse vurderes at være relevant for samtlige afdelinger, som har stationære patienter.

I pilotundersøgelsen er Sundhedsstyrelsens sygehusafdelingsklassifikation anvendt i forbindelse med opgørelse af indikatorer. Et generelt forhold ved denne klassifikation er, at den hurtigt ikke er et aktuelt billede af sygehusorganiseringen, idet denne organisering fortsat ændres. Derfor er en generel udfordring ved opgørelse af afdelingsindikatorer at anvende så retvisende en klassifikation af afdelingerne som muligt.

Sundhedsstyrelsens arbejde med opbygning af et nyt sygehusorganisationsregister SOR forventes til dels at løse dette problem. Dette skyldes, at ideen med SOR er, at registret løbende kan opdateres i takt med, sygehusene ændrer deres organisation.

En selvstændig målsætning med hele arbejdet med løbende offentliggørelse af systematiske produktivetsmålinger har været at skabe en fælles og gennemsigtig reference for alle parter i sundhedsvæsenet lige fra de ansatte på de enkelte afdelinger til sygehus- og regionsledelser, Danske Regioner, de centrale sundhedsmyndigheder og de politiske beslutningstagere på de forskellige niveauer i sundhedsvæsenet. Dette har baggrund i, at der ikke tidligere forelå fælles produktivetsmålinger, som var offentliggjort samme sted på internettet.

Der foreligger ikke i dag opgørelser af et sæt af fælles indikatorer vedrørende aktivitet, omkostninger og personale, som gør det muligt for de forskellige afdelinger nemt at sammenligne sig med hinanden. En systematisk opgørelse og offentliggørelse af et sæt af generelle indikatorer som anvendt i denne pilotundersøgelse vil bidrage til, at klinikere, administratorer, ledelser mv. kan begynde at sammenligne sig med andre samme afdelinger. Sådanne sammenligninger kan muligvis bidrage til skabe øget læring mellem afdelingerne.

I det fremadrettede arbejde vil det også være nyttigt for særligt klinikerne, hvis arbejdet også inddrog relevante kvalitetsindikatorer. Der foreligger allerede kvalitetsindikatorer på afdelingsniveau i NIP og på sundhedskvalitet.dk. Ligeledes kan der opgøres kvalitetsindikatorer for de enkelte DRG-behandlinger.

Sammenfattende vil det for det første være relevant at videreføre arbejdet med at opgøre de udvalgte indikatorer i denne undersøgelse de næste år med data for 2006 og 2007. I dette arbejde kunne der fokuseres på at forbedre datakvaliteten i disse indikatorer og muligvis udvælge supplerende indikatorer.

For det andet vil det være relevant at udvælge et sæt af specialer og dermed afdelinger og opgøre disse indikatorer. Disse indikatorer kunne offentliggøres på sundhed.dk og derved gøres tilgængelig for de forskellige parter i sundhedsvæsenet.

For det tredje vil det være relevant at påbegynde et arbejde med at opgøre produktivitetsindikatorer på udvalgte DRG-behandlinger. Ligeledes vil det være relevant at udvikle produktivitetsindikatorer for forløb af enkelte behandlinger.

2. Specialerne

I dette kapitel beskrives relativt kort de to specialer, som har været udgangspunktet for pilotundersøgelsen af produktivitet på afdelingsniveau.

2.1. Kirurgisk gastroenterologi

Specialet kirurgisk gastroenterologi omfatter i bredeste forstand diagnostik og kirurgisk behandling af sygdomme i mavetarmkanalen, hvilket vil sige spiserør, mavesæk, tolvfingertarm, tyndtarm, tyktarm og endetarm samt endetarmsåbningen. Hertil kommer sygdomme i lever, bugspytkirtel og milt. Lidelserne omfatter både medfødte og erhvervede skavanker som f.eks. brok og galdesten, akut opståede tilstande som betændelser, blødninger og perforationer i hulorganer samt cancersygdomme og traumer.

Udover den beskrevne diagnostik og behandling indgår tillige en omfattende kontrolfunktion og i fremtiden formentlig tidlig opsporing af cancersygdom f.eks. i form af screening for kræft i tyktarm og endetarm.

Specialet kirurgisk gastroenterologi - som tidligere var et grenspeciale under kirurgi - er formelt nedlagt efter vedtagelse af den nye speciallægeuddannelse. I stedet udgør det en del af specialet kirurgi i form af fagområderne kolorektalkirurgi og øvre gastrokirurgi.

De fleste kirurgiske afdelinger har både akutte og elektive funktioner, og specialet har et tæt samarbejde med andre specialer, herunder især anæstesi, billeddiagnostik, intern medicin, kliniske biokemi og andre kirurgiske specialer. Den akutte funktion er omfattende og udgør på de fleste afdelinger op til 80 pct. af samtlige indlæggelser.

Organisation

Kirurgisk diagnostik og behandling i sygehusvæsenet varetages dels på basisniveau, dels på højt specialiseret niveau. Basisniveauet dækker ca. 90 pct. af alle indlæggelser fra en afdelings optageområde, mens det højt specialiserede niveau modtager patienter som lands-landsdelsfunktioner. På basisniveau varetages de generelle kirurgiske lidelser inkluderende akut kirurgi, traumer, den øvre gastrokirurgi, kolorektalkirurgi og herniekirurgi, mens patienter med mere komplicerede eller sjældne sygdomme henvises til behandling på lands-landsdelsniveau.

Gennem de seneste 10 år er der sket en udvikling, som flytter patientbehandlingen fra indlagt til ambulant regi gennem oprettelse af dagkirurgiske enheder eller afsnit, som skærmer de planlagte behandlinger fra de akutte indgreb.

Samtidig er der sket en udbygning af speciallægepraksis, som varetager diagnostik og mindre kirurgiske indgreb, og inden for de seneste år er der tillige åbnet en række privathospitaler, som behandler et stigende antal patienter også af mere kompleks karakter.

Diagnostik og behandling

Diagnostik er en vigtig del af den kirurgiske funktion, hvor diagnostisk endoskopi med eller uden biopsitagning udgør en meget væsentlig del af såvel den øvre gastrokirurgi som af den nedre gastrokirurgi (kolorektalkirurgi).

Udover diagnostiske endoskopier foretages også invasive endoskopiske procedurer for benigne tumorer (polypektomi). Desuden foretages der andre terapeutiske procedurer (injektionsbehandlinger, anlæggelse af stents, fjernelse af fremmedlegemer og galdesten, fjernelse af tumorvæv etc.). De diagnostiske endoskopier kan i sammenhæng med billeddiagnostiske undersøgelser være afgørende for beslutning om evt. operativt indgreb.

Hovedparten af de kirurgiske indgreb er på benign basis. Den elektive funktion omfatter operationer for galdesten, brok, refluks sygdom, fedme, benigne sygdomme i lever og bugspytkirtel, tarmbetændelser og anale funktionsforstyrrelse for at nævne de store grupper. Indgrebene kan foretages som åbne procedurer, men i stigende omfang som laparoskopiske indgreb.

Den kirurgiske behandling af cancer sygdomme er i dag meget kompleks og resourcekrævende. Kurativ behandling af patienter med malign kirurgisk lidelse behandles mest effektivt med kirurgisk behandling suppleret med kemoterapi eller strålebehandling. Dette involverer et samarbejde med andre afdelinger i team funktion. De kirurgiske afdelinger varetager ligeledes behandlingen af patienter med malign lidelse i palliative forløb, ofte i et samarbejde med palliative enheder og smertebehandlingsklinikker.

Modtagelse af den akutte patient er ligeledes en meget vigtig funktion i kirurgien, hvor de akutte forløb ofte udgør 80 pct. af alle forløb. De fleste af de akutte forløb kræver videre diagnostik for at afgøre, om der er behov for akut kirurgiske indgreb. Antallet af operative indgreb på akut indikation varierer, men udgør mange steder op til 50 pct. af afdelingens samlede operative aktivitet. Eksempler på akutte behandlinger er betændelse i blindtarm, tyktarm, galdeblære, perforeret og blødende mavesår, tarmslyng, traumer m.m.

Udvikling

Det kirurgiske fagområde gennemgår til stadighed en faglig udvikling. Minimal invasiv kirurgi vil vinde yderligere frem inden for alle kirurgiske aspekter. Laparoskopi og endoskopi vil blive forfinet med nye teknologier og medfører ændrede indikationer for gennemførelse af indgreb.

Den udvikling kan synliggøres ved følgende eksempler, hvor der pågår en aktuel udvikling:

Blødende ulcus – diagnostik og terapi udføres hos de fleste pt. som et endoskopisk indgreb i kombination med medicinsk behandling, evt. suppleret med endovaskulær embolisering. Det er derfor blevet sjældent, at der udføres operationer.

Herniekirurgi – flere patienter opereres laparoskopisk - en udvikling, der vil fortsætte, idet de åbne indgreb ofte har komplicerende smerter i efterforløbet. Det stiller større krav til anæstesi, uddannelse, ressourcer og apparatur.

Øvre gastrointestinal cancerkirurgi - flere patienter får udført "staging" (fastlæggelse af sygdommens stadie) med diagnostisk endoskopisk ulytralydsscanning og/eller laparoskopi i kombination med ultralydsscanning. Dette for at udvælge de patienter hos hvem der med stor sikkerhed kan udføres kurativ kirurgi.

Kolorektale cancer indgreb – flere patienter får udført resektioner laparoskopisk med forventet kortere rehabilitering. Det kræver ekstra ressourcer til instrumenter og uddannelse af kirurgerne.

Disse muligheder indebærer, at der for patienterne vil blive stillet krav om mere avanceret og individualiseret behandling, hvilket sammen med den faglige udvikling vil stille store krav til udstyr og specielle faglige kompetencer. Det vil kræve, at der ved de enkelte kirurgiske afdelinger/centre findes et tilstrækkelig differentieret udbud af speciallæger, der samlet dækker de nødvendige kompetencer. Tendensen er, at kirurger fremover specialiserer sig inden for delområder af kirurgien og tilstræber en faglig profilering udover det generelle specialistaniveau.

Fremtiden

Der er som ovenfor beskrevet sket en betydelig faglig udvikling indenfor de kirurgiske fagområder. Denne udvikling vil fortsætte og formentlig forstærkes af den igangværende reorganisering af sygehusvæsenet i forbindelse med regionsdannelsen og Sundhedsstyrelsens udvidede beføjelser omkring opgavefordelingen i sygehusvæsenet.

Der vil således ske en samling af opgaverne på færre enheder og samling af kræftbehandlinger og andre specialiserede behandlinger i centre med den fornødne samlede kompetence. Samtidig vil der komme en yderligere udbygning af den ambulant og dagkirurgiske aktivitet i særskilte enheder.

2.2. Gynækologi og obstetrik

Gynækologi omfatter forebyggelse, diagnostik og behandling af sygdomme og symptomer i de kvindelige kønsorganer, behandling af kvinder med kønshormonrelaterede sygdomme, diagnostik og behandling af infertilitet, svangerskabsforebyggelse, problemer i den tidlige graviditet og svangerskabsafbrydelse. Gynækologi omfatter endvidere diagnostik og behandling af kvinder med sygdomme, der skyldes forandringer i bækkenbund og nedre urinveje.

Obstetrik omfatter sundhedsfremme, forebyggelse, diagnostik og behandling under svangerskab, fødsel og barselsperiode. Desuden varetager specialet den prænatale genetiske rådgivning og de prænatale diagnostiske prøveudtagninger i et nært samarbejde med de genetiske centre.

I gynækologi er hovedopgaverne forebyggelse, diagnostik og behandling af sygdomme i de kvindelige kønsorganer, herunder:

- Almen gynækologi og gynækologisk endokrinologi: Godartede sygdomme i livmoder, æggestokke, æggeleder og skeden, tidlige graviditetskomplikationer samt hormonelle forstyrrelser som følge af sygdom eller dysfunktion i æggestokkene, i hypothalamus-hypofyse-gonade-aksen, kromosom anomalier og medfødte anomalier.
- Urogynækologi: Dysfunktion af bækkenbund, skede, blære, urinrør og endetarm.
- Fertilitetsbehandling: Barnløshed.
- Gynækologisk onkologi: Gynækologiske cancers og forstadier herunder celleforandringer i livmoderen og livmoderhalsen.

I obstetrik er hovedopgaverne sundhedsfremme, forebyggelse, observation, diagnostik og behandling under normal såvel som kompliceret graviditet, fødsel og barselsperiode, herunder:

- Indgreb i forbindelse med graviditets- og fødselskomplikationer – herunder kejsersnit, instrumentel forløsning og håndtering af blødninger m.m.

- Akutbehandling af det nyfødte, uventede dårlige barn i den korte tid der går, indtil anæstesiolog og eventuelt pædiater overtager behandlingen.
- Føtalmedicin omfattende fosterundersøgelser med screeningstilbud i 1. og 2. trimester, invasive diagnostiske metoder (moderkageprøve og fostervandsprøve) og ultralydsundersøgelse for malformationer.

På landets gynækologiske/obstetriske afdelinger er der ansat speciallæger, læger under uddannelse, sygeplejersker, andet plejepersonale, jordemødre, lægesekretærer med videre.

3. Valg af afdelinger

3.1. Sygehuse, afdelinger og specialer

Det første spørgsmål i forbindelse med opgørelse og beregning af produktivetsindikatorer for de to valgte specialer vil være at udpege de afdelinger, som skal indgå i undersøgelsen.

Generelt sker der løbende ændringer i organiseringen af de danske offentlige sygehuse, herunder bl.a. sammenlægninger af sygehuse mv.

Det centrale register med en oversigt over samtlige offentlige sygehuse og afdelinger i Danmark er Sundhedsstyrelsens Sygehusafdelingsklassifikation. En aktuell opgørelse viser, at der pt. findes 68 offentlige sygehuse i Danmark og godt 900 afdelinger, der af sygehusene betragtes som hovedafdelinger, jf. tabel 3.1. Endvidere findes der ca. specialer.

På landsplan findes henholdsvis 40 gynækologisk-obstetriske afdelinger (hoved- og biafdelinger) og 19 kirurgisk-gastroenterologiske afdelinger (hoved- og biafdelinger). Dette tal matcher ikke umiddelbart opgørelserne af afdelinger i kapitel 3. Årsagen hertil er, at der i nærværende undersøgelse er valgt at udvælge afdelinger/afsnit baseret på DRG-produktionsværdi, hvorfor der i rapporten er medtaget afdelinger, der i opgørelsen nedenfor optræder som afsnit. Dette kan som nævnt tilskrives, at afgrænsningen i denne rapport ikke specifikt går på afdelinger (SKS-kode), men i stedet på DRG-produktionsværdi. Nedenstående tabel 3.1 giver en indikation af, hvordan forskellige sygehuse organiserer sig, idet de enkelte afdelinger (seks cifrede SKS-kode) ofte er organiseret i flere afsnit (syv karacters SKS-koder). I rapporten er således medtaget "afdelinger" med såvel seks som syv cifrede SKS-koder.

Tabel 3.1. Oversigt over fordeling af sygehuse og afdelinger i regionerne						
	Region					I alt
	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	
Antal offentlige sygehuse	15	6	12	26	9	68
Antal afdelinger ^a	259	129	186	243	87	904
Gynækologi og obstetrik. Antal afdelinger ^a	9	5	10	12	4	40
Gynækologi og obstetrik. Antal afsnit	44	21	30	31	17	143
Kirurgisk gastroenterologi. Antal afdelinger ^a	7	5	2	4	1	19
Kirurgisk gastroenterologi. Antal afsnit	21	12	8	9	7	57

Kilde: Sundhedsstyrelsen

Note: Trukket med en seks-karakters SKS-kode.

3.2. Afdelinger: Kirurgisk gastroenterologi

En udfordring ved afgrænsning af afdelinger inden for det mave-tarm kirurgiske speciale er, at behandlinger inden for dette speciale udføres på en række forskellige sygehusafdelinger. Endvidere udføres behandlinger inden for specialet i varierende omfang på de forskellige afdelinger. Det findes således ikke afdelinger, hvor der udelukkende gennemføres behandlinger inden for dette speciale.

Som en metode til at undersøge udbredelsen af specialets omfang på de forskellige afdelinger er henholdsvis andelen af behandlinger og omsætning inden for sygdomme i fordøjelseskanaler (MDC-gruppe 06 i DRG-systemet) opgjort for de forskellige afdelinger, jf. tabel 3.2.

Andelen af behandlinger inden for området sygdomme i fordøjelseskanaler varierer meget mellem de forskellige afdelinger, jf. tabel 3.2. Disse forskelle kan i høj grad tilskrives forskelle i sygehusenes interne organisering. På den baggrund fandt arbejdsgruppen, at denne andel ikke kunne anvendes til at udvælge afdelingerne.

I stedet besluttede arbejdsgruppen, at et mere validt kriterium ville være at vælge afdelinger, hvor omsætningen inden for området "sygdomme i fordøjelseskanaler" havde en DRG-produktionsværdi på mindst 11 mio. kr., jf. tabel 3.2. Dette kriterium indebar, at de thorax-kirurgiske afdelinger på Skejby og Rigshospitalet og de kirurgiske afdelinger på Fakse, Kalundborg og Grindsted sygehuse blev fravalgt. Ligeledes blev de medicinske og pædiatriske afdelinger fravalgt.

De 34 afdelinger i nedenstående tabel 3.2 er sorteret efter omsætning og er samtidig de afdelinger, som arbejdsgruppen har besluttet skal indgå i undersøgelsen.

Tabel 3.2: 34 udvalgte afdelinger inden for mave-tarm kirurgiske speciale

Afdeling	Andel af pro- duktion inden- for MDC06 i pct.	Omsætning i MDC06 DRG-værdi
Kirurgisk område, Aalborg	50	108.455.438
Kirurgisk Enhed, Frederiksborg amts sundhedsvæsen	38	88.982.699
Kir. gastroenterologisk afd.. K, Bispebjerg Hospital	65	85.017.618
Kirurgisk afd. A, Odense Universitetshospital	50	78.302.567
Kirurgisk afd. L, sekt. AAS, Århus Amtssygehus	59	71.488.989
Gastroenterologisk afdeling, Hvidovre Hospital	65	70.849.300
Kirurgisk område Esbjerg	24	66.932.987
Organkirurgisk overafdeling, Sygehus Fyn (Svendborg, Nyborg)	39	65.165.775
Kirurgisk overafdeling D, Gentofte	62	63.402.618
Kirurgisk gastroenterologisk overafdeling D, Herlev	53	54.683.557
Kirurgisk område, Vendsyssel	40	50.713.776
Organkirurgisk afd., Aabenraa Sygehus	44	50.540.961
Organkirurgisk Overafd. K, Randers	33	46.679.316
Kirurgisk overafdeling, Slagelse	36	45.853.105
Kir. Gastroenterologisk Overafd. L, Århus Sygehus	35	45.717.150
Kirurgisk overafdeling D, Glostrup	51	44.203.112
Kirurgi, Næstved	40	42.736.650
Organkirurgisk afd. K, Sygehus Viborg	25	42.179.422
Kirurgisk afd., RAS Køge	49	39.079.573
Kirurgisk afd., Herning Sygehus	24	36.478.732
Organkirurgisk afd., Kolding	46	35.772.495
Organkirurgisk afd., Vejle	40	35.676.271
Rigshospitalet, Kirurgisk Gastroenterologisk Klinik, C	29	33.125.043
Kirurgisk afd., Holstebro Sygehus	47	32.728.248
Organkirurgisk afd., Horsens	42	32.464.851
Kirurgisk Overafdeling, Silkeborg	50	30.377.591
Kirurgi, Nykøbing Falster	42	27.751.219
Parenkymkirurgisk afd. K, Sønderborg Sygehus	35	27.104.355
Kir. gastroenterologisk afdeling, Amager Hospital	57	25.912.227

Kirurgisk afd., RAS Roskilde	53	25.893.550
Organkirurgisk afd. K, Middelfart, Odense Universitets-hospital	53	20.478.379
Kirurgisk overafdeling, Holbæk	24	18.680.530
Organkirurgisk afd., Sygehus NORD, Nykøbing-Thisted	43	17.896.211

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

3.3. Afdelinger: Gynækologi og obstetrik

For det gynækologiske-obstetriske speciale har arbejdsgruppen udvalgt nedenstående 33 afdelinger, som har en omsætning på 1 mio.kr. eller mere målt i DRG-værdi inden for området sygdomme i kvindelige kønsorganer (MDC-gruppe 13) og området fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab (MDC-gruppe 14), jf. tabel 3.3.

Tabel 3.3: 33 udvalgte afdelinger inden for gynækologiske-obstetriske speciale

Afdeling,	Andel af produktion i MDC13 og 14,pct.	Omsætning i MDC13 og 14
Hvidovre hospital Gyn. -obst. fertilitet Afd.	82	151.474.000
Skejby Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	77	136.151.000
Rigshospitalet, Obs., gyn.	86	109.770.000
Odense Universitetshospital, Gyn. obs.	80	103.292.000
Aalborg, Gynækologisk-Obstetrisk område	80	101.376.000
Frederiksborg amtssygehus, Gyn. -obst. Afd.	88	99.509.000
Roskilde amtssygehus, Gyn. -obst. Afd.	78	83.992.000
Gentofte sygehus, Gyn. -obst. Afd.	79	70.813.000
Herlev sygehus, Gyn.- og obst. Afd.	81	67.971.000
Herning Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	85	64.697.000
Glostrup sygehus, Gyn. -obst. Afd.	87	63.888.000
Randers Centralsygehus, Gyn. -obst. Afd.	83	57.616.000
Esbjerg Centralsygehus, Gyn. - obst afd.	21	57.426.000
Kolding Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	77	55.563.000
Storstrømmens Sygehus Nykøbing, Gyn. -obst. Afd.	74	54.594.000

Sygehus Viborg, kvindeafd, svangre amb., gyn.	85	53.602.000
Frederiksberg hospital, Gyn. –obst. Afd.	82	50.763.000
Horsens Sygehus, Gyn. –obst. Gyn/onkologisk Afd.	84	49.229.000
Sygehus Vestsjælland Slagelse, Gyn. –obst. Afd.	86	47.499.000
Sønderborg Sygehus, Gyn. –obst. Afd.	82	45.472.000
Gynækologisk Overafdeling, Silkeborg	82	38.579.000
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn Gyn.– Obst. Afd.	73	38.205.000
Sygehus Vestsjælland Holbæk, Gyn. –obst. Afd. Fertilitet.	80	35.434.000
Sygehus Fyn, Gyn. –obst. Afd.	66	34.302.000
Storstrømmens Sygehus Næstved, Gyn. –obst. Afd.	92	27.459.000
Haderslev Sygehus, Gyn. –obst. Afd.	79	24.907.000
Holstebro Sygehus, afsnit for gravide og fødende, kvindeklinik	83	24.846.000
Fredericia Sygehus, Gyn. –obst. Afd.	84	20.424.000
Nykøbing-Thisted sygehus, Gyn. –obst. Afd.	74	19.669.000
Sygehus Vendsyssel Hjørring, Gyn. –obst. Afd.	84	11.236.000
Kirurgisk område Grindsted	26	7.969.000

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

4. Valg af indikatorer

4.1. Hensyn ved valg af indikatorer

Der kan peges på en række forskellige hensyn for, hvordan indikatorer til beskrivelse af produktiviteten på afdelingsniveau skal udvælgjes.

I denne undersøgelse er der lagt vægt på følgende hensyn:

- Indikatorerne bør så vidt muligt vise elementer i behandlingsforløbet, der påvirker produktiviteten
- Indikatorerne bør så vidt muligt vise ressourcetræk og aktivitet på afdelingen
- Indikatorer bør så vidt muligt basere sig data fra centrale registre
- Der bør udvælgjes et begrænset antal indikatorer til offentliggørelse, der samtidig er nogenlunde enkle at fortolke.

For det **første** bør indikatorerne vise, hvilke elementer i behandlingsforløbet der påvirker produktiviteten.

Behandlingen af patienter foretages med indsats fra flere forskellige sider, herunder fra afdelingen selv, andre afdelinger på sygehuset og andre sygehuse. Produktivitet kan således blive påvirket både af forhold internt på afdelingen og sygehuset samt af mere udefrakommende forhold.

Internt på afdelingen kan produktiviteten påvirkes af arbejdstilrettelæggelsen. Arbejdstilrettelæggelsen kan f.eks. omfatte tilrettelæggelsen af patientforløb og anvendelsen af personalet. Tilsvarende kan arbejdstilrettelæggelsen internt på sygehuse påvirke produktiviteten. F.eks. kan arbejdstilrettelæggelsen mellem de tværgående serviceafdelinger, andre afdelinger og sygehuse indebære længere indlæggelsestid og ventetid for patienten.

Endvidere kan arbejdsdelingen i forhold til praksissektoren også have en betydning, herunder samarbejde med den praktiserende læge. Et eksempel kan være, hvorledes samarbejdet om modtagelse af henvisning fra praksissektoren fungerer.

Endelig kan patientsammensætningen have en betydning for produktiviteten på de pågældende afdelinger. Der vil således ideelt skulle tages højde for forskellige i patientsammensætning i forbindelse med beregning af de opstillede indikatorer.

For det **andet** bør indikatorerne så vidt muligt vise ressourcetræk og aktivitet på afdelingen. De opstillede indikatorer bør helt grundlæggende give en indikation af, hvor stor aktivitet, der genereres med en given resourceindsats.

I måling af produktivitet på lands-, regions- og sygehusniveau anvendes omkostningsbrøken som produktivitetsindikator. Omkostningsbrøken angiver forholdet mellem værdien af aktiviteten og omkostningerne forbundet med aktiviteten.

I nærværende undersøgelse anvendes omkostningsbrøken ikke. Det skyldes, at opgørelsen af DRG-produktionsværdien og omkostninger på afdelingsniveau ikke vurderes på nuværende tidspunkt at have en datakvalitet, så de kan anvendes til beregning af en omkostningsbrøk på afdelingsniveau.

DRG-produktionsværdien for en given sygehusudskrivning knyttes til den afdeling, hvor afdelingsudskrivningen har den højeste takst. Således flytter afregning ved sygehusudskrivninger al produktionsværdi i et givent sygehusforløb til den afdeling, der udførte den dyreste behandling i forløbet. Endvidere vil taksten give omkostningsdækning for hele sygehusudskrivningen og ikke kun den behandling afdelingen faktisk udførte.

På omkostningssiden knytter der sig usikkerheder, idet der stadig er forskelle i de metoder, som amter/regionerne anvender ved udarbejdelsen af fordelingsregnskaber. De divergerende metoder til udarbejdelse af fordelingsregnskaberne medfører, at der ikke er sikkerhed for, at det er de samme omkostninger, der tildeles de samme patienter på forskellige sygehuse.

Sammenfattende anvendes antallet af afdelingsudskrivninger og ambulante besøg samt DRG-produktionsværdien som nøgletal for aktiviteten og ressourcetrækket på de pågældende afdelinger. Trods de pointerede præciseringsproblemer hvad angår anvendelse af DRG-systemet og omkostningsdatabasen er det samtidig vurde-

ringen, at manglerne ikke er så betydelige, at brugen af registrene mister deres relevans. Snarere kan anvendelsen af registrene fremadrettet bidrage til at forbedre datakvaliteten i registrene. Derfor benyttes såvel DRG-produktionsværdi og omkostningerne i rapporten som ovenfor skitseret.

For det **tredje** bør indikatorerne så vidt muligt basere sig på data fra de centrale registre. Herved undgås, at der i forbindelse med beregning af nøgletal og indikatorer skal iværksættes nye og evt. parallelle indberetninger i forhold til de allerede eksisterende indberetninger til Sundhedsstyrelsen. Såfremt pilotundersøgelsen af-dækker registreringer i de centrale registre, som ikke er korrekt, kan en afledt effekt af nærværende undersøgelse være et bidrag til forbedring af datakvaliteten i disse registre.

Samtidig sikrer anvendelsen af de centrale registre størst mulig sammenlignelighed på tværs af afdelinger.

For det **fjerde** skal der udvælges et forholdsvis begrænset antal indikatorer til offentliggørelse, som samtidig er nogenlunde enkle at fortolke. Et centralt formål med offentliggørelse af et sæt indikatorer for afdelingerne er at skabe et grundlag for, at ansatte og ledelser på de forskellige sygehuse kan sammenligne sig med hinanden. I den forbindelse er det centralt, at oplysningerne er nogenlunde nemme at overskue og fortolke. Dette er forudsætningen for, at f.eks. klinisk personale kan benytte informationerne til selv at få ideer om, hvordan ressourceudnyttelsen på de pågældende afdelinger måske kan forbedres.

4.2. Valg af nøgletal og indikatorer

I denne pilotundersøgelse er det undersøgt, hvad mulighederne er i DRG-systemet, omkostningsdatabasen, Landspatientregistret, løn- og beskæftigelsesregistret og en række øvrige centrale registre.

I arbejdsgruppen har der været en drøftelse af, hvilke indikatorer der skulle udvælges. På baggrund heraf er der udvalgt 16 indikatorer, som er opgjort og som ligeledes har været i validering hos regionerne, jf. tabel 4.1.

Tabel 4.1: Liste over nøgletal/indikatorer som arbejdsgruppen har udvalgt		
Nøgletal og indikatorer	Hvad viser nøgletal/indikator	Datakilde
Nøgletal		
1. Afdelingsindlæggelser, antal	Aktivitet.	DRG-systemet
2. Ambulante besøg, antal	Aktivitet.	DRG-systemet
3. DRG-produktionsværdi, mio. kr.	En tyngdebaseret aktivitetsopgørelse.	DRG-systemet
4. Afdelingens omkostninger	Omkostninger.	Omkostningsdatabasen, SST
5. Læger, årsværk	Personale	Sygehusenes validerede tal på basis af løn- og beskæftigelsesregistret 2005, SST
6. Sygeplejersker, årsværk	Personale	Sygehusenes validerede tal på basis af løn- og beskæftigelsesregistret 2005, SST
7. Andet plejepersonale, årsværk	Personale	Sygehusenes validerede tal på basis af løn- og beskæftigelsesregistret 2005, SST
Indikatorer for produktivitet		
8. Liggetid, dage	Arbejdstilrettelæggelse	DRG-systemet
9. Ambulante besøg pr. indlæggelse, antal	Arbejdstilrettelæggelse	DRG-systemet
10. Ambulante besøg pr. ambulante operation, antal	Arbejdstilrettelæggelse	DRG-systemet
11. Kirurgiske indgreb foretaget ambulante, pct. -andel	Arbejdstilrettelæggelse	DRG-systemet
12. Radiologiske ydelser/pr. patient	Brug af radiologiske ydelser	DRG-systemet
13. DRG-produktionsværdi pr. læge	Personalets bidrag til DRG-produktionsværdi	DRG-systemet og løn- og beskæftigelsesregistret

14. DRG-produktionsværdi pr. sygeplejerske	Personalets bidrag til DRG-produktionsværdi	DRG-systemet og løn- og beskæftigelsesregistret
15. DRG-produktionsværdi pr. plejepersonale	Personalets bidrag til DRG-produktionsværdi	DRG-systemet og løn- og beskæftigelsesregistret
16. Lønsum pr. DRG-produktionsværdi	Lønandel på afdelingen.	DRG-systemet og løn- og beskæftigelsesregistret

Nedenfor gennemgås udvælgelse af de forskellige nøgletal og indikatorer.

Som aktivitetsnøgletal er valgt antallet af afdelingsudskrivinger, antallet af ambulante besøg og DRG-produktionsværdien. Disse tre standardnøgletal for aktivitet viser forskellene mellem afdelingerne i forhold til, hvor mange patienter der behandles.

På omkostningssiden er det valgt at opgøre afdelingens samlede omkostninger som de fremgår af Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase.

Som nøgletal for personaleomfang på de forskellige afdelinger er det valgt at anvende afdelingernes egne opgørelser af årsværk for henholdsvis læger, sygeplejersker og andet plejepersonale på basis af Sundhedsstyrelsens løn- og beskæftigelsesregister.

Indikatorer, som kan beskrive produktiviteten internt på afdelingen, kan f.eks. være afdelingens aktivitet sammenholdt med omkostninger ved udførelsen af aktiviteten.

Ligeledes kunne belægningsprocenten være en indikator for, hvor god kapacitetsudnyttelsen er på afdelingen. Denne indikator er ikke medtaget, da den primært vurderes at være udtryk for, hvor stort et aktivitetspres der er på den enkelte afdeling.

Indikatorer, som kan beskrive produktiviteten internt på sygehusene, omfatter den gennemsnitlige liggetid en patient er indlagt, herunder evt. opdelt på liggetid fra indlæggelse til evt. operation og liggetid fra operation til udskriving. F.eks. kan en indikator, der viser liggetiden for en indlæggelse indikere, om arbejdet kunne tilrettelægges mere hensigtsmæssigt. Har andre afdelinger således lavere liggetid,

kunne dette f.eks. skyldes et bedre samarbejde med de tværgående serviceafdelinger eller større overblik over patientforløbet. Sammenfattende er det valgt at medtage liggetiden som indikator. Det har dog ikke været muligt at opdele liggetiden for de forskellige dele i patientforløbet.

Antallet af undersøgelser i forbindelse med en operation er betydende for afdelingens samlede ressourceforbrug i forbindelse med gennemførelse af en operation. Derfor er antallet af ambulante besøg i forbindelse med en ambulant eller stationær operation udvalgt som indikatorer.

Ligeledes er andelen af kirurgiske indgreb foretaget ambulant medtaget som en indikator, idet det er en indikator, der er betydende for ressourceforbruget. Denne indikatorer opgøres og offentliggøres i andre sammenhænge.

I arbejdsgruppen har det været et ønske om at anvende de aktivitetsoplysninger, som findes i omkostningsdatabasen til beregning af vægte i forbindelse med takstfastsættelsen. Det drejer sig bl.a. om radiologiske, patologiske og biokemiske ydelser, som kan opgøres pr. patient for de pågældende afdelinger. Omfanget af disse ydelser er bl.a. udtryk for, hvor stor afdelingens omkostninger bliver. Det har til brug for denne undersøgelse været muligt at opgøre antallet af radiologiske ydelser pr. patient. Ved at medtage denne indikator bliver det muligt at vurdere, hvad muligheder vil være for at anvende denne indikator fremadrettet i opgørelse af produktivitet.

Fordelingen af personalet mellem faggrupper (læger, sygeplejersker og andet plejepersonale) og personalets bidrag til afdelingens DRG-produktionsværdi kan indikere, hvor effektivt udnyttelse af afdelingens personale er. I bestræbelsen på at begrænse antallet af indikatorer er DRG-produktionsværdien pr. læge, sygeplejerske og andet plejepersonale samt lønsum pr. DRG-produktionsværdi valgt. Disse indikatorer vurderes at være bedre end sammensætningen af personalet, som mere er en indirekte indikator for, hvor løntung afdelingen er.

Det har været vurderet, om opgørelse af ventetider baseret på Landspatientregistret skulle indgå som en indikator.

Den erfarede ventetid – altså patientens køtid – fra modtagelse af henvisningen på sygehuset til behandlingen igangsættes kan siges at være mindre relevant i forbindelse med opgørelse af afdelingens produktivitet. Denne erfarede ventetid udtryk-

ket primært noget om afdelingens kapacitet i forhold til patienter, som visiteres til afdelingen. Derfor er disse ventetider ikke medtaget.

Sundhedsstyrelsen har påbegyndt opgørelsen og offentliggørelse af de såkaldte interne ventetider til sygehusbehandling. Der opgøres en intern ventetid til udredt, som er den samlede tid fra modtagelse af henvisningen på sygehuset til beslutning om behandling er truffet. Der opgøres endvidere en intern ventetid til behandling, som er den samlede tid fra beslutning om behandling er truffet til behandlingen igangsættes.

Set fra et produktivitetsspektiv vil det være relevant at medtage særligt den interne ventetid til udredt, idet denne ventetid - udover den rent kvalitetsmæssige aspekt i behandlingen - også vil være udtryk for, hvor hurtigt og dermed hvor mange ressourcer afdelingen benytter til at udrede patienterne.

Imidlertid er arbejdet med opgørelse og offentliggørelse af de interne ventetider ikke så fremskredet, at disse ventetider kan anvendes i denne undersøgelse.

5. Resultater

I dette kapitel præsenteres resultaterne af beregninger af nøgletal og indikatorer på afdelingsniveau for de afdelinger, som blev udvalgt af arbejdsgruppen til at indgå i undersøgelsen. Der er tale om 32 gynækologisk-obstetriske afdelinger og 34 mave-tarm kirurgiske afdelinger. I kapitlet fremstilles resultaterne på tabelform, mens bilag 3 er en kronologisk gennemgang af samtlige nøgletal og indikatorer i figurer. Kapitlet indeholder ligeledes præsentationer og problematiseringer af det anvendte datamateriale, hvilket leder til opstilling af en række udfordringer, der kan siges at være gældende i forbindelse med produktivetsopgørelser på afdelingsniveau. Disse udfordringer og erfaringerne fra pilotundersøgelsen kan således betragtes som et resultat i sig selv.

5.1. Nøgletal og indikatorer: Mave-tarm kirurgiske afdelinger

Resultaterne af opgørelsen af nøgletal og indikatorer for de mave-tarm kirurgiske afdelinger præsenteres samlet i tabel 5.1. Af tabellen fremgår alle nøgletal og indikatorer, bortset fra antal indlæggelser, antal ambulante besøg samt antal årsværk for andet plejepersonale.

Tabel 5.1. Oversigt over nøgletal og indikatorer for 34 mave-tarm kirurgiske afdelinger.

Afdelingsnavn	DRG/ DAGS- produkti- onsværdi	Omkost- ninger	Antal læger	Antal sygeple- jersker	DRG- værdi pr. læge	DRG- værdi pr. sygeple- jerske	DRG- værdi pr. andet plejepers- onale	DRG- værdi pr. løn kr.	Liggetid	Antal besøg pr. indlæg- gelse	Besøg pr. am- bulant operati- on	Andel kirurgiske indgreb foretaget ambulant (%)	Antal radiolo- giske ydelser pr. pati- ent
Kirurgisk Gastroenterologisk Klinik, C, Rigshospitalet	153.476	150.993	29	69	5.292	2.224	17.053	3,1	4,7	2,0	2,7	1	2,1
Kir. gastroenterologisk afd.. K, Bispebjerg Hospital	167.342	170.354	37	107	4.542	1.564	34.936	2,7	3,5	1,7	2,5	24	1,1
Gastroenterologisk afdeling, Hvidovre Hospital	142.839	135.048	39	101	3.663	1.414	6.802	2,0	4,4	2,0	2,1	35	0,8
Kir. gastroenterologisk afdeling, Amager Hospital	63.149	62.429	16	32	3.947	1.973	12.630	2,6	4,2	1,4	1,8	42	1,0
Kirurgisk overafdeling D, Gentofte	131.549	124.244	29	99	4.536	1.329	4.385	2,0	5,2	1,9	2,1	50	1,2
Kirurgisk overafdeling D, Glostrup	111.350	111.377	26	38	4.229	2.940	6.478	2,8	4,9	1,5	2,5	40	1,1
Kirurgisk gastroenterologisk overafdeling D, Herlev	123.359	146.170	27	64	4.569	1.927	6.853	2,5	4,7	1,7	2,5	10	1,3
Kirurgisk Enhed, Frederiksborg amts sundhedsvæsen	314.558	332.177	77	120	4.085	2.621	7.149	2,9	4,2	1,4	2,1	23	0,7
Kirurgisk afd., RAS Roskilde	59.081	52.304	36	61	4.615	2.710	6.867	2,6	5,1	1,7	2,6	40	1,1
Kirurgisk afd., RAS Køge	106.489	91.639							5,4	1,3	2,2	25	0,5
Kirurgisk overafdeling, Holbæk	117.212	91.086	24	39	4.884	3.005	4.042	3,3	4,4	1,3	2,1	34	0,7
Kirurgisk overafdeling, Slagelse	146.324	159.577	40	51	3.658	2.869	6.362	3,3	4,5	1,2	1,9	16	1,2
Kirurgi, Næstved	136.606	131.688	34	45	4.018	3.036	5.464	2,6	5,1	1,3	2,1	14	1,0
Kirurgi, Nykøbing Falster	87.643	87.033	23	37	3.811	2.369	4.613	2,4	5,3	1,0	2,1	24	0,9
Kirurgisk afd. A, Odense Universitetshospital	184.419	152.734	34	92	5.392	2.013	6.489	2,7	4,1	1,4	2,3	27	0,4
Organkirurgisk afd. K, Middelfart, OUH	59.557	41.836	14	24	4.209	2.532	6.343	2,7	4,9	1,3	2,2	47	0,4
Organkirurgisk overafdeling, Sygehus Fyn	235.118	136.545	31	41	7.584	5.735	21.374	5,9	3,8	1,1	2,1	28	0,3
Parenkymkirurgisk afd. K, Sønderborg Sygehus	112.971	109.739	24	46	4.707	2.456	8.069	3,0	4,5	1,3	2,0	42	0,6
Organkirurgisk afd., Aabenraa Sygehus	132.783	94.392	30	35	4.426	3.794	10.214	3,6	3,4	0,8	1,9	31	0,8
Parenkymkirurgisk afdeling, Esbjerg	114.307	-	28	56	4.961	2.458	6.860	3,4	4,0	0,9	-	-	0,6
Parenkymkirurgisk ambulatorium, Esbjerg	22.198	-							-	-	2,3	-	0,2
Organkirurgisk afd., Horsens	107.899	83.934	16	35	6.744	3.083	11.989	4,2	4,0	1,3	2,0	38	0,7
Organkirurgisk afd., Kolding	106.397	94.878	18	31	5.911	3.432	15.200	4,0	4,1	1,3	1,9	44	0,6
Organkirurgisk afd., Vejle	121.266	89.384	23	59	5.272	2.055	10.106	3,0	3,9	1,9	2,1	38	0,7
Kirurgisk afd., Holstebro Sygehus	88.782	78.944	17	37	5.222	2.400	8.878	3,1	4,4	1,0	1,9	35	0,6
Kirurgisk afd., Herning Sygehus	228.335	191.631	38	101	6.009	2.261	6.171	3,0	4,2	1,2	2,1	39	0,6
Kirurgisk Overafdeling, Silkeborg	76.012	-	16	29	4.751	2.621	7.601	2,9	4,7	1,2	2,0	27	0,7
Kir. Gastroenterologisk Overafd. L, Århus Sygehus	154.402	91.723	37	69	4.173	2.238	7.720	2,5	4,0	1,3	2,3	56	1,5
Kirurgisk afd. L, sekt. AAS, Århus Amtssygehus	171.564	128.581	-	-	-	-	-	-	4,4	1,6	2,2	36	1,3
Organkirurgisk Overafd. K, Randers	194.213	-	32	82	6.069	2.368	8.092	3,3	3,8	1,3	2,0	50	0,6
Organkirurgisk afd. K, Sygehus Viborg	217.607	189.122	35	54	6.217	4.030	12.800	4,0	3,7	1,0	2,0	37	0,6
Organkirurgisk afd., Sygehus NORD, Nykøbing-Thisted	64.055	56.654	12	17	5.338	3.768	9.151	3,5	4,0	0,9	1,9	40	0,5
Kirurgisk område, Aalborg	271.803	241.889	45	122	6.040	2.228	6.471	3,0	4,4	0,9	2,1	30	1,1
Kirurgisk område, Vendsyssel	182.419	177.185	40	111	4.560	1.643	6.515	2,3	4,7	0,9	1,8	33	0,8
Gennemsnit	138.444	126.843	30	61	4.950	2.616	9.473	3,1	4,4	1,3	2,1	33	0,8

Anm: Indikatorerne for liggetid, ambulante besøg pr. operation og indlæggelse samt andel kirurgiske indgreb foretaget ambulant er de viste tal standardiserede. Øvrige nøgletal og indikatorer er opgjort i absolutte tal. Nøgletal for antal afdelingsindlæggelser, ambulante besøg og andet plejepersonale er ikke medtaget af pladshensyn, men fremgår af bilag 4.

Aktivitet og omkostninger

Hvad angår nøgletal for aktivitet på de mave-tarm kirurgiske afdelinger afspejler disse primært afdelingers størrelse og kapacitet. Opgørelserne giver således et overblik over, hvor landets største mave-tarm kirurgiske afdelinger er placeret. Det er således kendetegnende, at afdelinger, der har en stor **DRG-produktionsværdi** ligeledes har relativt store **omkostninger** forbundet hermed. Således har mave-tarm kirurgisk afdeling på Hillerød Sygehus såvel de relativt højeste omkostninger som den relativt største DRG-produktionsværdi. Afdelingerne under Esbjerg Sygehus og Randers Centralsygehus er ikke med i opgørelsen, da fordelingsregnskab for disse afdelinger/sygehuse ikke foreligger. Afdelingen under Silkeborg Sygehus er ikke medtaget, da der ikke er fordelt omkostninger til denne afdeling (afd. 08).

Hvad angår antallet af **afdelingsindlæggelser** og **antal ambulante besøg** gør det sig ligeledes gældende, at disse nøgletal viser afdelingernes relative størrelse. Afdelinger med relativt mange indlæggelser og mange ambulante besøg er i det store billede ligeledes kendetegnet ved relativt store omkostninger.

Personale

Opgørelserne over personale bibringer med information omkring **antallet af læger, sygeplejersker og andet plejepersonale** på afdelingerne. Opgørelserne over de absolutte antal årsværk for andet plejepersonale fremgår af bilag 4.

Arbejdstilrettelæggelse

Indikatorerne for arbejdstilrettelæggelse omfatter patienternes liggetid, ambulante besøg pr. indlæggelse henholdsvis operation og andelen af kirurgiske indgreb, der er foretaget ambulat.

Der er relativt store forskelle på **liggetiden** mellem afdelingerne. Opgøres liggetiden i absolutte tal, har Rigshospitalet markant længere liggetid end øvrige afdelinger. Når liggetiden standardiseres for patienttyngde sker der imidlertid en generel harmonisering af liggetiden på tværs af afdelinger. Således er forskellen mellem længste og korteste liggetid mellem afdelingerne efter standardisering på omkring to dage.

Hvad angår antallet af **ambulante besøg pr. indlæggelse** er der relativt store forskelle mellem afdelingerne, specielt når der udelukkende ses på de absolutte tal. Organkirurgisk afdeling på Vejle Sygehus har således flest besøg pr. indlæggelse målt absolut, mens Rigshospitalets tilsvarende afdeling har relativt flest besøg pr.

indlæggelse, når der tages højde for patienttyngde. Generelt synes afdelinger på mindre hospitalet at have relativt færrest ambulante besøg pr. indlæggelse.

Antallet af **ambulante besøg pr. ambulat operation** varierer ligeledes meget, når de absolutte tal betragtes, idet kirurgisk-gastroenterologisk klinik på Rigshospitalet her har tre gange så mange ambulante besøg pr. operation set i forhold til tilsvarende afdelinger på eksempelvis Silkeborg Sygehus og Kolding Sygehus. Når tallene standardiseres og der hermed tages hensyn til patienternes behandlingstygde, snævreres forskellene imidlertid væsentligt ind, og afdelingerne fordeler sig generelt over et gennemsnit på to ambulante besøg pr. ambulat operation.

Betragtes den absolutte **andel kirurgiske indgreb, der er foretaget ambulat** isoleret, er der relativ stor forskel mellem afdelingerne. Mens Sygehus NORD på Nykøbing-Thisted Sygehus foretager omkring 55 pct. af de kirurgiske indgreb ambulat er det tilsvarende tal for mave-tarm kirurgisk afdeling på Rigshospitalet grænsende til 0 pct. Efter standardisering nærmer afdelingerne sig imidlertid hinanden, men der er stadig afdelinger, der benytter sig af betydeligt færre kirurgiske indgreb foretaget ambulat i forhold til øvrige afdelinger. Det er gældende for denne indikator, at afdelinger under Sydvestjysk sygehus i Esbjerg er ekskluderet, da Esbjerg Sygehus er opdelt på afdelinger, der enten foretager alle kirurgiske operationer ambulat eller alle operationer ved indlæggelse. Det er således ikke meningsfuldt at inddrage opgørelserne for Esbjerg i denne fremstilling.

For **antallet af radiologiske ydelser pr. patient** gælder, at forskellene mellem afdelingerne er relativt store. Dog placerer ca. halvdelen af afdelingerne sig i intervallet mellem 0,5 og 1 radiologisk ydelser pr. patient.

Personale og DRG-produktionsværdi

Antallet af henholdsvis læger, sygeplejersker og andet plejepersonale er opgjort i forhold til afdelingens DRG-produktionsværdi.

Hvad angår **DRG-produktionsværdi pr. ansat læge** varierer denne indikator på tværs af afdelinger fra en DRG-produktionsværdi på ca. 3,5 mio. kr. til ca. 7,5 mio. kr. pr. læge. Der synes ikke umiddelbart at være nogen systematik i, om større sygehuse, der ofte gennemfører de relativt mest komplekse behandlinger, generelt producerer relativt mere eller mindre produktionsværdi pr. læge. Dog synes der at være tendens til, at mindre afdelinger (målt i DRG-produktionsværdi) generelt har den relativt laveste DRG-produktionsværdi pr. læge.

Hvad angår **DRG-produktionsværdien pr. sygeplejerske** er det grove overordnede billede, at der er relativt flere sygeplejersker på de største afdelinger til produktionen af produktionsværdien end på mindre afdelinger. Desuden er spændet mellem afdelingerne marginalt større end tilsvarende opgørelse for lægerne, idet der på organisk kirurgisk afdeling, Sygehus Fyn i gennemsnit produceres 5,5 mio. kr. i produktionsværdi pr. sygeplejerske mod tilsvarende knap 1,5 mio. kr. pr. sygeplejerske kirurgisk afdeling, Gentofte.

Hvad angår **DRG-produktionsværdien for andet plejepersonale** er der ligeledes betydelige forskelle mellem afdelingerne. En af forklaringerne på forskellen synes at være, at nogle afdelinger substituerer andet plejepersonale for sygeplejersker. Dette synes eksempelvis at være tilfældet for afdelingerne på Bispebjerg og Holbæk hospitaler. Det er imidlertid samtidig værd at bemærke, at eksempelvis organisk kirurgisk afdeling, Sygehus Fyn også hvad angår DRG-produktionsværdi pr. andet plejepersonale ligger relativt højt. Løn- og beskæftigelsesregistrets begrænsninger – som uddybes nærmere i afsnit 5.3. – bør imidlertid i denne sammenhæng nævnes. En del af forskellene mellem afdelingerne skyldes derfor sandsynligvis data-problemer. Til eksempel dækker de 99 sygeplejersker på mave-tarm kirurgisk afdeling i Gentofte i alt 6 specialer, operationsgang for i alt 3 specialer og endoskopi for 2 specialer og herudover afdelingens sengeafsnit og ambulatorier.

Der er relativt stor forskel på, hvor stor **DRG-produktionsværdi afdelingerne producerer pr. lønkrone**. Mens afdelingerne på Gentofte og Hvidovre hospitaler bruger hvad der svarer til ca. halvdelen af DRG-produktionsværdien på lønninger bruger afdelingerne i Horsens og Kolding ca. en fjerdedel. Dette kan være udtryk for flere forhold, men en mulig forklaring på de relativt store forskelle skal muligvis findes i graden af kompleksitet i afdelingernes behandlinger. Endvidere må en del af forskellen sandsynligvis forklares med forskelle i sygehusenes måde at lave og indberette fordelingsregnskaber på.

5.2. Nøgletal og indikatorer: Gynækologisk-obstetriske afdelinger

På samme vis som i afsnit 5.1. præsenteres i nedenstående resultater af opgørelse over nøgletal og indikatorer for de valgte gynækologiske-obstetriske afdelinger, jf. tabel 5.2.

Tabel 5.2: Oversigt over nøgletal og indikatorer for 33 gynækologiske-obstetriske afdelinger

Afdelingsnavn	DRG/ DAGS- produk- tions- værdi	Omkost- ninger	Antal læger	Antal sygeple- jersker	DRG- værdi pr. læge	DRG- værdi pr. sygeple- jerske	DRG- værdi pr. andet pleje- perso- nale	DRG- værdi pr. løn kr.	Liggetid	Antal besøg pr. ind- læggelse	Besøg pr. am- bulant operati- on	Andel kirurgiske indgreb foretaget ambulant (%)	Antal radio- logiske ydelser pr. pa- tient
Rigshospitalet, Obs., gyn	239.538	204.205	49	86	4.889	2.785	12.607	2,0	3,1	1,3	4,0	33	0,04
Hvidovre hospital, Gyn. –obs	315.095	218.988	47	93	6.704	3.388	7.002	2,6	2,6	0,8	4,4	28	0,03
Frederiksberg hospital, Gyn. Obs	97.299	50.743	17	19	5.723	5.121	8.845	2,6	2,3	0,5	2,8	19	0,02
Gentofte sygehus, Gyn. –obst. Afd.	132.630	98.848	22	3	6.029	44.210	6.632	3,1	2,2	0,7	3,6	41	0,07
Glostrup sygehus, Gyn. –obst. Afd.	124.586	122.264	25	38	5.052	3.321	7.762	2,0	3,1	1,1	3,4	44	0,06
Herlev sygehus, Gyn.– og obst. Afd.	142.654	139.533	31	57	4.602	2.503	5.944	2,1	3,1	1,2	3,4	33	0,06
Frederiksborg amtssygehus, Gyn. –obst. Afd.	164.811	183.798	36	89	4.578	1.852	8.674	1,9	2,5	1,6	3,7	35	0,04
Roskilde amtssygehus, Gyn. –obst. Afd.	185.323	133.771	25	37	7.413	5.009	20.591	3,0	2,9	1,0	4,2	38	0,04
Sygehus Vestsjælland Holbæk, Gyn. –obst.	110.446	76.051	18	15	6.136	7.363	7.889	5,0	2,7	1,0	3,2	37	0,05
Sygehus Vestsjælland Slagelse, Gyn. –obst. Afd.	73.967	69.981	16	25	4.623	2.959	4.931	3,3	3,0	0,7	3,1	38	0,06
Storstrømmens Sygehus Næstved, Gyn. –obst. Afd.	101.281	61.594	20	25	5.064	4.051	5.331	2,3	2,5	0,7	2,7	40	0,08
Storstrømmens Sygehus Nykøbing, Gyn. –obst. Afd.	46.071	42.018	8	16	5.759	2.879	3.839	1,7	2,4	0,7	2,6	35	0,07
Odense Universitetshospital, Gyn. obs.	222.764	185.788	38	94	5.879	2.372	4.617	2,7	3,0	0,8	3,0	36	0,04
Sygehus Fyn, Gyn. –obst. Afd.	85.075	-	18	39	4.726	2.181	14.179	2,7	3,1	0,4	2,9	47	0,01
Sønderborg Sygehus, Gyn. –obst. Afd.	82.033	83.146	19	46	4.318	1.783	5.127	2,4	4,1	0,6	2,7	45	0,08
Haderslev Sygehus, Gyn. –obst. Afd.	41.925	45.901	13	27	3.225	1.553	-	2,3	3,1	0,4	2,5	38	0,24
Gynækologisk afdeling Esbjerg	24.622	-	-	-	-	-	-	-	2,8	0,5	-	0	0,15
Obstetrisk afdeling Esbjerg	63.933	-	21	58	5.115	1.854	3.665	2,5	3,2	0,7	-	0	0,01
Gynækologisk ambulatorium, Esbjerg	18.858	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,1	59	0,08
Kirurgisk område Grindsted	48.834	-	10	17	4.883	2.873	16.278	2,9	2,7	0,7	3,0	33	-
Fredericia Sygehus, Gyn. –obst. Afd.	41.318	48.897	12	22	3.443	1.878	3.756	1,9	2,6	0,7	3,0	40	0,06
Horsens Sygehus, Gyn. –obs.	93.275	65.418	21	28	4.442	3.331	10.364	3,4	2,7	0,8	2,9	47	0,04
Kolding Sygehus, Gyn. –obst. Afd.	122.750	89.192	22	39	5.580	3.147	13.639	3,6	3,2	0,5	3,2	41	0,03
Holstebro Sygehus, kvindeklinik	43.499	41.098	-	-	-	-	-	-	2,7	0,4	2,9	53	0,01
Herning Sygehus, Gyn. –obst. Afd.	121.750	97.379	30	68	1.450	640	2.289	2,2	3,0	0,6	2,7	45	0,03
Gynækologisk Overafdeling, Silkeborg	73.308	58.650	15	27	4.887	2.715	6.664	2,1	3,0	0,8	3,1	33	0,05
Randers Centralsygehus, Gyn. –obst. Afd.	105.764	-	20	51	5.288	2.074	7.555	2,8	2,6	0,4	2,7	46	0,32
Skejby Sygehus, Gyn. –obst. Afd.	285.806	200.647	45	122	6.351	2.343	7.521	2,5	2,7	0,7	3,5	35	0,28
Sygehus Viborg, gyn.	91.452	85.252	17	47	5.380	1.946	6.532	2,6	3,0	0,3	3,0	31	0,19
Nykøbing-Thisted sygehus, Gyn. –obst. Afd.	40.629	41.485	12	18	3.386	2.257	4.514	2,1	3,1	0,6	2,7	46	0,09
Aalborg, Gyn. Obs.	203.795	143.714	34	75	5.994	2.717	5.823	3,1	3,1	0,7	3,2	40	0,07
Sygehus Vendsyssel Hjørring, Gyn. –obs.	75.929	71.501	20	21	3.796	3.616	10.847	2,8	3,2	0,7	3,3	34	0,12
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn Gyn.– Obs.	24.115	25.286	-	8	-	3.014	24.115	7,1	1,9	0,7	2,5	18	1,18
Gennemsnit	110.459	99.450	23	44	4.990	4.258	8.536	2,8	2,8	0,7	3,1	34	0,11

Anm: Indikatorerne for liggetid, ambulante besøg pr. operation og indlæggelse samt andel kirurgiske indgreb foretaget ambulant er de viste tal standardiserede. Øvrige nøgletal og indikatorer er opgjort i absolutte tal. Nøgletal for antal afdelingsindlæggelser, ambulante besøg og andet plejepersonale er ikke medtaget af pladshensyn, men fremgår af bilag 4.

Aktivitet og omkostninger

Billedet fra opgørelsen af de mave-tarm kirurgiske afdelinger gentager sig for de gynækologisk-obstetriske afdelinger hvad angår opgørelsen over nøgletal for aktivitet og omkostninger. Aktiviteten, udtrykt i **DRG-produktionsværdi, antal indlæggelser og antal ambulante besøg** samt **omkostninger**, der medgår til denne aktivitet er en afspejling af afdelingernes størrelse og kapacitet. Igen er det derfor generelt gældende, at afdelinger med stor DRG-produktionsværdi samtidig har relativt store omkostninger. Således har eksempelvis afdelingen på Hvidovre hospital i lighed med den relativt største DRG-produktionsværdi også de relativt største omkostninger til produktionen. Afdelingerne under Esbjerg Sygehus og Randers Centralsygehus er ikke med i opgørelsen, da fordelingsregnskab for disse afdelinger/sygehuse ikke foreligger. Afdelingen under Sygehus Fyn er ikke medtaget, da der ikke er fordelt omkostninger til denne afdeling (afd. 11).

Det er af Herlev hospital bemærket, at tallene for antal besøg for Hvidovre og Herlev hospitaler er en smule overvurderede eftersom jordemoderbesøg i de første tre måneder af 2005 fejlagtigt er talt med i opgørelsen af besøg.

Personale

De rene opgørelser over antallet af antal andet plejepersonale er ikke medtaget i oversigtstabellen, men fremgår af bilag 4. I lighed med aktivitets- og omkostningsnøgletallene er opgørelserne/nøgletallene for personalet udtryk for afdelingernes størrelse, hvilket også afspejles i tallene. Således ligger afdelingerne på Rigshospitalet, Hvidovre Hospital, Skejby og Odense Universitetshospital alle i toppen, hvad angår antallet af henholdsvis læger, sygeplejersker og andet plejepersonale på afdelingerne.

Arbejdstilrettelæggelse

Hvad angår **liggetiden** er forskellene mellem afdelingerne begrænsede. Afdelingen på Sønderborg Sygehus skiller sig imidlertid ud ved at have en relativ lang liggetid såvel før som efter standardisering. Afdelingen på Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn skiller sig imidlertid en smule ud ved at have en relativ kort liggetid.

Generelt er også forskellen mellem den absolutte og standardiserede liggetid begrænset, hvilket umiddelbart også er meningsfuldt, eftersom forskellene i patient-

sammensætning ved f.eks. fødsler må forventes at være små på tværs af afdelinger.

Det er overordnet væsentligt at notere, at antallet af **ambulante besøg pr. indlæggelse** på gynækologisk-obstetriske afdelinger ligger på et ganske lavt niveau. Der er imidlertid stadig forskelle mellem afdelingerne. Således er gynækologisk-obstetriske afdeling Frederiksborg Amtssygehus både absolut og efter standardisering af tallet den afdeling med relativt flest besøg pr. indlæggelse. Modsat er f.eks. Holstebro Sygehus, kvindeklinik samt afdelingen under Viborg Sygehus kendetegnet ved relativt få besøg pr. indlæggelse. De fleste afdelinger samler sig i spændet mellem et halvt og ét ambulante besøg pr. indlæggelse.

Antallet af **ambulante besøg pr. ambulante operation** varierer relativt meget, når de absolutte tal betragtes, idet gynækologisk-obstetriske afdeling på Rigshospitalet har tre gange så mange ambulante besøg pr. operation set i forhold til tilsvarende afdelinger i eksempelvis Frederikshavn og Thisted. Når tallene standardiseres og der hermed tages hensyn til afdelingernes behandlingstæthed, snævreres forskellene imidlertid væsentligt ind, og afdelingerne fordeler sig over et spænd fra gennemsnitligt ca. 2,5 besøg til lidt over 4 besøg pr. ambulante operation.

Samme forhold gør sig gældende angående indikatoren for **andelen af kirurgiske indgreb foretaget ambulante**, hvor den relative fordeling af afdelingerne ændrer sig betydeligt, når tallene standardiseres. Gynækologisk afdeling på Holbæk Sygehus har således den største andel af kirurgiske indgreb (55 pct.), når der måles i absolutte tal, men placerer sig midt i feltet efter standardisering. Både før og efter standardisering er gynækologisk-obstetriske afdeling på Frederiksberg Hospital imidlertid den afdeling med den relativt laveste andel kirurgiske indgreb, der foretages ambulante.

Selv når der ses bort fra afdelingen under Hjørring-Brønderslev Sygehus er der stadig forskelle mellem afdelingerne hvad angår antallet af **radiologiske ydelser pr. patient**. Der tegner sig imidlertid et midterfelt af afdelinger, der kredser omkring ca. 0,1 radiologiske ydelser pr. patient, hvilket blot afspejler, at radiologiske ydelser i svagt omfang benyttes på gynækologisk-obstetriske afdelinger.

Personalet og DRG-produktionsværdi

DRG-produktionsværdi pr. ansat læge varierer - når der ses bort fra afdelingen på Herning Sygehus - fra en DRG-produktionsværdi på ca. 3,5 mio. kr. til ca. 7,5

mio. kr. pr. læge. Der må således konstateres betydelige forskelle på tværs af afdelingerne. Tendensen er, at mange mindre sygehuse generelt skaber den relativt mindste DRG-produktionsværdi pr. læge.

Vedrørende **DRG-produktionsværdien pr. sygeplejerske** er spændet endnu større, idet afdelingerne primært spreder sig i intervallet fra ca. 1,5 mio. kr. i DRG-produktionsværdi til ca. 5 mio. kr. i DRG-produktionsværdi pr. sygeplejerske. Afdelingen i Herning er atter den afdeling med relativt lavest DRG-produktionsværdi pr. ansat. Den relative fordeling af afdelingerne synes også at bære præg af, hvorvidt en afdeling har valgt/været tvunget til at substituere sygeplejersker for andet plejepersonale, idet der er flere eksempler på, at afdelinger, der har en relativ høj DRG-produktionsværdi pr. sygeplejerske, modsætningsvist har en relativ lav produktionsværdi pr. ansat andet plejepersonale.

Afledt heraf er der således også hvad angår **produktionsværdien for andet plejepersonale** betydelige forskelle mellem afdelingerne. Således er forskellen mellem afdelingen med relativt størst DRG-produktionsværdi pr. andet plejepersonale og afdelingen med relativt lavest på over 20 mio. kr. Dog placerer en stor del af afdelingerne sig i et bånd omkring 6-8 mio. DRG-produktionsværdi pr. andet plejepersonale.

Bortset fra de gynækologisk-obstetriske afdelinger på Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn og Sygehus Vestsjælland i Holbæk ligger afdelingerne i et spænd fra omkring en faktor 2 til lidt over tre, hvad angår **produktionsværdi pr. lønkrone**. Dette betyder med andre ord for de fleste afdelingers vedkommende, at mellem ca. 33 pct. og 50 pct. af hver produceret DRG-værdi går til lønninger. Denne indikator er naturligvis følsom over for personalesammensætningen og afdelinger, der oplever at have mange barselsvikariater, stor uddannelsesforpligtelse, rekrutteringsvanskeligheder etc. vil undertiden opleve, at lønudgifterne til personale vil fylde relativt meget. Derfor er denne indikator velegnet til at sammenligne afdelinger med tilnærmelsesvis samme personalesammensætning etc. for herved at opnå et bedre sammenligningsgrundlag for, hvor stor produktion, der opnås pr. lønkrone.

5.3. Validering og datakvalitet

Indenrigs- og Sundhedsministeriet udsendte den 3. maj 2007 de data, der lægger til grund for de enkelte nøgletal og indikatorer i nærværende rapport til validering i regionerne, dog ikke aktivitetstallene vedrørende antal ambulante besøg og ind-

læggelser samt afdelingsomkostninger. Fristen for tilbagemelding blev fastsat til den 26. juni 2007. Indenrigs- og Sundhedsministeriet forlængede den 28. juni 2007 fristen for tilbagemelding til den 15. august 2007.

Sundhedsstyrelsen udsendte den 9. juli 2007 omkostningerne for afdelingerne i validering med frist for tilbagemelding den 15. august 2007.

Samtlige regioner har meldt tilbage med validering af alle eller dele af de data, som blev udsendt. Specielt Region Hovedstaden har generelt haft en række forslag til, hvorledes afgrænsning af indikatorerne med fordel kunne ændres for at gøre dem mere præcise.

Selve processen og arbejdet med pilotundersøgelsen samt valideringssvarene har identificeret udfordringer, som det er nyttigt og nødvendigt at være opmærksomme på i forbindelse med forbedring af opgørelsen af nøgletal og produktivitetsindikatorer på afdelingsniveau. De væsentligste udfordringer, der knytter sig til opgørelse af nøgletal og indikatorer på afdelingsniveau er opsummeret i boks 5.1 og vil på de følgende sider blive kommenteret yderligere.

Boks 5.1. Udfordringer ved opgørelse af nøgletal og produktivitetsindikatorer på afdelingsniveau	
Nøgletal/indikator	Udfordringer
DRG-produktionsværdi	<ul style="list-style-type: none"> • Præciseringsproblemer f.s.v.a., hvilken afdeling, der godskrives den skabte værdi.
Omkostninger	<ul style="list-style-type: none"> • Omkostningsdatabasens varierende kvalitet, hvilket bl.a. skyldes forskelle i registreringspraksis og forskellig indberetning af fordelingsregnskaberne. • Præciseringsproblemer f.s.v.a., hvilken afdeling, der påføres de tilgåede omkostninger.
Liggetid	<ul style="list-style-type: none"> • Usikkerheder forbundet med antal genindlæggelser • Ventende færdigbehandlede patienter
Personaleopgørelser	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende præcision i opgørelser af såvel lønsum som antal årsværk. Skyldes bl.a. uklarheder med graden af afdelingers assistancer, antallet af turnuslæger (uddannelsesforpligtelse), antal barselsorlov, vikarer etc.
Sammenlignelighed	<ul style="list-style-type: none"> • Afdelingers størrelse, patientsammensætning og opgaveportefølje varierer

Standardiseringsmetode	<ul style="list-style-type: none"> • Variationen mellem afdelingernes behandlinger indenfor de forskellige DRG-grupper varierer. Analyser af standardiseringsmetodens robusthed.
Sygehusstruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Forskelle i organiseringen af behandling etc. mellem afdelinger kan have indflydelse på såvel indikatorer som nøgletal
Måling på DRG-behandlingsniveau	<ul style="list-style-type: none"> • Der er behov for også at udvikle produktivetsindikatorer for udvalgte DRG-behandlinger og forløb
Afdelingsudskrivninger	<ul style="list-style-type: none"> • Usikkerheder i forbindelse med anvendelse af afdelingsudskrivninger bl.a. som følge af assistancer/overflytninger mellem afdelinger.
Kvalitetsindikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Rapportens nøgletal og indikatorer udtrykker intet om kvalitet. Pilotundersøgelsen siger derfor ikke noget om sammenhængen mellem høj produktivitet og kvalitet i behandlingen.

Valideringen har resulteret i en række bemærkninger, som gengives og kommenteres nedenfor. Der er primært tale om ændringer i forhold til afgrænsninger og definitioner.

Nøgletal vedrørende DRG-produktionsværdi og omkostninger

Hvad angår afdelingernes **DRG-produktionsværdi** er uoverensstemmelserne mellem det tidligere udsendte materiale og sygehusenes valideringer begrænsede. I forbindelse med valideringen har der været spurgt til, hvorvidt den ambulante produktionsværdi indgik i opgørelsen af DRG-produktionsværdien. DRG-produktionsværdien i nærværende rapport omfatter såvel stationær som ambulante DRG-produktionsværdi.

Endvidere skal der med hensyn til selve opgørelsen af DRG-produktionsværdien gøres opmærksom på et muligt præciseringsproblem. Dette skyldes, at afregningsenheden i DRG-systemet er de såkaldte sygehusudskrivninger. Dette bevirker, at patienter, der udskrives fra en afdeling og indskrives på en anden afdeling samme dag på samme sygehus, betragtes som et forløb. Forløbet slutter først, når patienten udskrives fra en afdeling på sygehuset for ikke at blive indskrevet på en anden afdeling på samme sygehus samme dag.

I denne rapport opgøres DRG/DAGS-produktionsværdien på afdelingsudskrivninger. Dette betyder, at når en patient er indlagt på flere afdelinger, f.eks. afdeling A og B, tilskrives taksten afdelingen med den dyreste DRG-takst, også kaldet syge-

husudskrivningen. Da vi i dette tilfælde alene er interesseret i afdeling A's produktivitet, er det DRG-taksten, der er tildelt afdeling A - altså afdelingsudskrivningen - som benyttes. Dette implicerer, at nogle afdelinger i forbindelse med behandling undertiden tilskrives en for stor DRG-produktionsværdi, mens andre afdelinger af og til oplever det modsatte og tilskrives for lidt DRG-produktionsværdi. Dette giver naturligvis det relativt mest usikre billede af den reelle DRG-produktionsværdi på afdelinger, der enten yder mange assistancer til andre afdelinger (undervurdering af DRG-produktionsværdi) eller får mange overflytninger (overvurdering af DRG-produktionsværdi). Størrelsen af henholdsvis assistancer og overflytninger er igen afhængig af sygehusenes specifikke organisering. Tilmed er det vanskeligt at foretage korrektioner for graden af assistancer/overflytninger, hvorfor det må accepteres, at der er en vis usikkerhed i forbindelse med opgørelse af DRG-produktionsværdi på afdelingsniveau. Det kan på sigt imidlertid være relevant nærmere at undersøge konsekvenserne af disse præciseringsproblemer.

Med hensyn til afdelingernes **omkostninger** har valideringsrunden på de enkelte hospitaler bevirket ændrede afgrænsninger af afdelinger, hvor flere/færre sengeafsnit er medtaget. Konkret har dette medført, at Amager Hospital, der i opgørelsen, der blev sendt i valideringen, udelukkende havde omkostninger fordelt på afdeling 030. Da omkostningerne vedrører hele afdelingen, er disse i den opdaterede opgørelse over omkostninger flyttet til afdeling 03.

Andre bemærkninger har vedrørt afgrænsningen af omkostningerne, herunder om omkostningerne offentliggøres todelt i henholdsvis senge- og besøgsomkostninger og ydelsesomkostninger. Region Syddanmark pointerede nogle problemer vedrørende en sådan opdeling, idet ikke alle hospitaler fordeler omkostninger mellem ydelsesomkostninger og senge- og besøgsomkostninger på samme måde, hvorfor tallene risikerer at være uegnet til sammenligninger. For Rigshospitalets (sgh. 1301, afd. 36 og 52) vedkommende er omkostningerne ikke direkte fordelt på henholdsvis senge- og besøgsomkostninger samt ydelsesomkostninger, men kan udelukkende opgøres som en sum af omkostninger. Rigshospitalets højere detaljeringsgrad i deres fordelingsregnskab har medført, at der anvendes en anden metode, som ikke giver samme mulighed for at opdele i senge-/ besøgsomkostninger og ydelsesomkostninger.

I rapporten indgår derfor udelukkende de *samlede* omkostninger, der er opgjort som summen af ydelsesomkostninger samt senge- og besøgsomkostninger.

Af andre udfordringer kan nævnes forskelle i sygehusenes registrerings- og regnskabspraksis, hvilket bl.a. har indflydelse på omkostningsdatabasens kvalitet. Det er forventningen, at fortsat arbejde med produktivetsmålinger på afdelingsniveau og hermed fokus på indberetningerne til omkostningsdatabasen også vil medvirke til forbedret kvalitet af databasen. Denne forbedring vil bl.a. kunne bestå i en mere ensartet konteringspraksis på landsplan samt en opnået enighed om ens fordelingsnøgler af omkostningerne mellem hospitalerne.

Indikatorer vedrørende aktivitet og arbejdstilrettelæggelse

I forbindelse med valideringen har det bl.a. fra Region Hovedstadens hospitaler været ytret, at **liggetid** ikke nødvendigvis kan tages som udtryk for produktivitet. Dette skyldes primært, at indikatoren ikke kan indfange, hvorvidt et sygehus eksempelvis har mange genindlæggelser. Det må imidlertid vurderes, at dette potentielle problem ikke systematisk favoriserer enkelte sygehuse frem for andre. Samtidig må indikatoren vurderes at give den bedst mulige indikation af liggetiden på afdelingerne, hvorfor de enkelte afdelinger over årene kan benytte indikatoren til at konkludere på egen udvikling med hensyn til hurtig patientgennemstrømning.

Det er desuden blevet påpeget, at tallene, der var udsendt i validering, indeholdt opgørelser over raske nyfødte børn. Da ressourcetrækket knytter sig til moderen, inkluderer tallene i denne rapport derfor *ikke* raske nyfødte børn. Det samme er gældende for antallet af raske ledsagere, der heller ikke i rapporten medregnes under antal indlæggelser og antal sengedage.

Endelig er der en – om end begrænset – risiko for, at dele af den liggetid, der er beregnet for afdelingerne, indeholder patienter, der er færdigbehandlede og raske, men som pga. en manglende anden offentlig foranstaltning (plejehjem etc.) ikke kan hjemsendes. Problemet er imidlertid i det store billede af begrænset omfang, og problemet er endvidere ifølge opgørelser foretaget på baggrund af LPR størst i Region Hovedstaden.

Hvad angår indikatoren **andelen af kirurgiske indgreb, der foretages ambulant**, er operationer, der er registreret som *deloperationer* (operationsart D), på baggrund af valideringen fra Herlev Sygehus ikke med i denne opgørelse. Dette skyldes, at deloperationer foregår som del af samme indgreb, hvor en anden operation er angivet som den primære operation.

Indikatoren **ambulante besøg pr. indlæggelse** har i forbindelse med valideringen givet anledning til bemærkninger angående afgrænsning og definitioner. Herlev Hospital har bidraget med forslag til, hvorledes indikatoren hensigtsmæssigt kan opgøres. Det er valgt i høj grad at følge dette bidrag. Den definition og afgrænsning, der anvendes i rapporten, fremgår af bilag 2.

Nøgletal og indikatorer vedrørende personale

Valideringsrunden har generelt vist større forskelle mellem tallene i løn- og beskæftigelsesregisteret og sygehusenes/afdelingernes egne tal for så vidt angår antal **årsværk pr. afdeling**. Dette skyldes formentlig primært de samme potentielle præciseringsproblemer, som knytter sig til opgørelse af lønsummen. Således kan det være vanskeligt præcist at opgøre, hvor stort personaleforbrug der knytter sig til afdelingen specifikt, da personalet ofte – ad hoc eller mere permanent – er tilknyttet andre afdelinger. I opgørelsen anvendes sygehusenes indberettede tal i forbindelse med valideringen frem for tallene i Sundhedsstyrelsens løn- og beskæftigelsesregister. Dette kan medføre manglende præcision for de afdelinger, der ikke har valideret tallene.

Det er desuden gældende for såvel opgørelserne for lønsum og antal årsværk pr. afdeling, at der på tværs af afdelingerne kan være betydelige forskelle, der kan skyldes forhold som afdelingernes uddannelsesforpligtelse, anvendelse af vikarer, andelen af personalet, der er på barselsorlov etc. Afdelinger med relativ stor uddannelsesforpligtelse vil eksempelvis have relativt flere læger tilknyttet end afdelinger med lavere uddannelsesforpligtelse, hvilket naturligvis vil påvirke opgørelserne af DRG-produktionsværdi pr. årsværk. Andre eksempler, der ligeledes vil påvirke opgørelserne af personalets aktivitet vil være antal ansatte, der er på barselsorlov og dermed stadig indgår som en del af det ansatte personale. Fremadrettet kan det således være formålstjenstligt i højere grad, at indfange den *præcise og reelle* arbejdskraft, der anvendes til produktion af afdelingernes DRG-produktionsværdi.

Sygehusstruktur, sammenlignelighed og kvalitet

Af boks 5.1 fremgår det endvidere, at processen i arbejdsgruppen og valideringen har identificeret udfordringer, der ikke specifikt knytter sig til de enkelte nøgletal og indikatorer, men som er af mere generel karakter. Dette gælder forhold som forskelle i sygehusstruktur og sygehusenes interne organisering, sammenlignelighed mellem afdelingerne og kvalitet i behandlingen.

Afdelinger og sygehusenes forskellige organisering kan potentielt øve indflydelse på flere af nøgletallene og indikatorerne i nærværende pilotundersøgelse. Som omtalt tidligere kan eksempelvis graden af assistancer til andre afdelinger påvirke såvel DRG-produktionsværdien, antal årsværk og lønsum mv. Dette kan påvirke præcisionen i omgørelserne.

Fremover vil det være relevant også at udvikle produktivetsindikatorer på DRG-behandlingsniveau og forløb. Med målinger på DRG-behandlingsniveau opnås en sammenligning af produktivetsindikatorer for en afgrænset behandling og dermed patientsammensætning. Ligeledes vil en sammenligning for de enkelte DRG-behandlinger være relevant for klinikerne på afdelingen, idet resultaterne må vurderes at blive endnu tættere koblet til de konkrete arbejdsgange ved de enkelte behandlinger.

De undersøgte afdelinger er forskellige med hensyn til bl.a. størrelse, opgaveportefølge og patientsammensætning. Patientsammensætningen varierer således betydeligt både fra landsdel til landsdel og på tværs af afdelinger. For at tackle dette problem er der udformet en standardisering af de indikatorer og nøgletal i pilotundersøgelser, hvor det er relevant. Det overordnede billede er således også, at afdelingernes nøgletal og indikatorer, når der tages hensyn til forskelle i patienttyngde, tilnærmer sig hinanden. På sigt kan det imidlertid være relevant at foretage nærmere analyser af, hvorvidt standardiseringsmetoden tilstrækkeligt præcist korrigerer for forskelle i patienttyngde. Herved kan der også opnås større klarhed over, om forskelle mellem afdelingernes standardiserede tal er udtryk for deciderede produktivetsforskelle.

I forlængelse af ovenstående er det således også rimeligt at konkludere, at nogle afdelinger bedre lader sig sammenligne end andre. I udvælgelsen af indikatorerne er det tilsigtet at opnå så stor sammenlignelighed som muligt, men bl.a. afdelingernes forskellige størrelse og opgaveporteføljer bevirker, at alle afdelinger ikke fuldstændig kan sammenlignes på identiske præmisser. Der er imidlertid fra arbejdsgruppens side stor tiltro til, at hver afdeling er klar over, hvilke øvrige afdelinger rundt i landet det kan være mest hensigtsmæssigt at sammenligne sig selv med.

Endelig skal det igen påpeges, at denne pilotundersøgelse ikke har udgjort et forsøg på at indfange kvaliteten af behandlingen på afdelingerne.

6. Videre forløb

Denne pilotundersøgelse skal indgå i afrapporteringen i forbindelse med delrapport III fra arbejdsgruppen om offentliggørelse af løbende produktivetsmålinger. Som led i offentliggørelse af delrapport III, som forventes at finde sted inden udgangen af 2007, finder arbejdsgruppen, at denne pilotundersøgelse også kan offentliggøres som en teknisk rapport.

Det fremgår af kommissoriet for arbejdsgruppens arbejde, at det er målsætningen, at resultatet af dette arbejde kan anvendes som udgangspunkt ved udarbejdelsen af produktivetsindikatorer for det øvrige sygehusvæsen ved opgørelser på afdelingsniveau eller andet relevant niveau. Det fremgår videre, at der særskilt skal være en vurdering af, om de foreslåede indikatorer kan anvendes for andre specialer og en vurdering af, om der kan ske en forbedring af produktiviteten ved offentliggørelse af de foreslåede indikatorer.

Indikatorerne i denne pilotundersøgelse er generelle, hvilket vil sige, at de i princippet kan opgøres for alle typer af specialer. Det vil således for langt de fleste afdelinger være relevant at opgøre indikatorerne anvendt i denne undersøgelse, jf. boks 6.1

Boks 6.1. Oversigt over de anvendte nøgletal og indikatorer i rapporten

Nøgletal
Afdelingsindlæggelser, antal
Ambulante besøg, antal
DRG-produktionsværdi, mio. kr.
Afdelingens omkostninger, mio. kr.
Læger, årsværk
Sygeplejersker, årsværk
Andet plejepersonale, årsværk

Produktivtetsindikatorer
Liggetid, dage
Ambulante besøg pr. indlæggelse, antal
Ambulante besøg pr. ambulat operation, antal
Kirurgiske indgreb foretaget ambulant, pct. -andel
Radiologiske ydelser pr. patient
DRG-produktionsværdi pr. læge
DRG-produktionsværdi pr. sygeplejerske
DRG-produktionsværdi pr. plejepersonale
Lønsum pr. DRG-produktionsværdi

Aktivitetsindikatorerne med opgørelse af indlæggelser, ambulante besøg og DRG-produktionsværdi kan umiddelbart opgøres for andre afdelinger.

Afdelingsomkostningerne vil ligeledes umiddelbart kunne opgøres ud fra Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase. En validering og offentliggørelse af afdelingernes samlede omkostninger vil medføre, at der kommer øget fokus, åbenhed og gennemsigtighed omkring Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase. Herved vil en validering og efterfølgende offentliggørelse af afdelingsomkostninger kunne understøtte en forbedring af datakvaliteten i Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase. Denne forbedring vil bl.a. kunne bestå i en mere ensartet konteringspraksis på landsplan samt en opnået enighed om ens fordelingsnøgler af omkostningerne mellem hospitalerne.

Pilotundersøgelsen har endvidere vist, at oplysningerne i Sundhedsstyrelsens løn- og beskæftigelsesregister om antallet af årsværk på afdelingerne i en del tilfælde ikke stemmer overens med afdelingens egne opgørelser. En offentliggørelse af disse årsværksdata vil således være med til at sætte fokus på indberetningerne til Sundhedsstyrelsens løn- og beskæftigelsesregister.

En opgørelse af liggetid og ambulante besøg pr. indlæggelse vurderes at være relevant for samtlige afdelinger, som har stationære patienter.

I pilotundersøgelsen er Sundhedsstyrelsens sygehusafdelingsklassifikation anvendt i forbindelse med opgørelse af indikatorer. Et generelt forhold ved denne klassifikation er, at den hurtigt ikke er et aktuelt billede af sygehusorganiseringen, idet denne organisering fortsat ændres. Derfor er en generel udfordring ved opgørelse af afdelingsindikatorer at anvende så retvisende en klassifikation af afdelingerne som muligt.

Sundhedsstyrelsens arbejde med opbygning af et nyt sygehusorganisationsregister SOR forventes på sigt at kunne bidrage til en løsning af dette problem. Dette skyldes, at regionerne får ansvaret for, at registret løbende er opdateret i takt med, at sygehusene ændrer deres organisation. SOR kan - i modsætning til Sygehusklassifikationen - rumme organisationsformer bestående af klinikker, centre og funktionsbærende enheder mv. og giver dermed et mere retvisende og tidstro billede af sygehusorganiseringen.

En selvstændig målsætning med hele arbejdet med løbende offentliggørelse af systematiske produktivetsmålinger har været at skabe en fælles og gennemsigtig reference for alle parter i sundhedsvæsenet lige fra de ansatte på de enkelte afdelinger til sygehus- og regionsledelser, Danske Regioner, de centrale sundhedsmyndigheder og de politiske beslutningstagere på de forskellige niveauer i sundhedsvæsenet. Dette har baggrund i, at der ikke tidligere forelå fælles produktivetsmålinger, som var offentliggjort samme sted på internettet.

Der foreligger ikke i dag opgørelser af et sæt af fælles indikatorer vedrørende aktivitet, omkostninger og personale, som gør det muligt for de forskellige afdelinger nemt at sammenligne sig med hinanden. En systematisk opgørelse og offentliggørelse af et sæt af generelle indikatorer som anvendt i denne pilotundersøgelse vil bidrage til, at klinikere, administratorer, ledelser mv. kan begynde at sammenligne sig med andre samme afdelinger. Sådanne sammenligninger kan muligvis bidrage

til skabe øget læring mellem afdelingerne og muligvis bidrage til at få øje på de afdelinger, som på udvalgte områder gør det rigtig godt. Disse nøgletal og indikatorer kunne offentliggøres på sundhed.dk og derved gøres tilgængelig for de forskellige parter i sundhedsvæsenet.

I det fremadrettede arbejde vil det også være nyttigt for særligt klinikerne, hvis arbejdet også inddrog relevante kvalitetsindikatorer. Der foreligger allerede kvalitetsindikatorer på afdelingsniveau i NIP og på sundhedskvalitet.dk. Ligeledes kan der opgøres kvalitetsindikatorer for de enkelte DRG-behandlinger. Fremadrettet vil et øget fokus på integrerede analyser af produktivitet og kvalitet således kunne vise sig at være frugtbart.

Sammenfattende vil det for det første være relevant at videreføre arbejdet med at opgøre de udvalgte indikatorer i denne undersøgelse de næste år med data for 2006 og 2007. I dette arbejde kunne der fokuseres på at forbedre datakvaliteten i disse indikatorer og muligvis udvælge supplerende indikatorer.

For det andet vil det være relevant at opgøre disse nøgletal og indikatorer for et bredere sæt af afdelinger. I den forbindelse skal der tages stilling til, hvilke sæt af klinikker, funktionsbærende enheder eller centre, der skal indgå.

For det tredje vil det være relevant at påbegynde et arbejde med at opgøre produktivetsindikatorer på udvalgte DRG-behandlinger. Ligeledes vil det være relevant at udvikle produktivetsindikatorer for forløb af enkelte behandlinger.

Bilag 1: Kommissorium og sammensætning af arbejdsgruppen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Sundhedsstyrelsen
Danske Regioner

Den 24. februar 2006

Kommissorium for arbejdsgruppe vedrørende opgørelse af produktivitet for udvalgte specialer.

Arbejdsgruppen for offentliggørelse af produktivetsanalyser på sundhedsområdet har bl.a. som målsætning at udarbejde produktivetsindikatorer for afdelingsniveau eller andet relevant niveau på sygehusområdet.

Arbejdsgruppen har vurderet, at omkostningsbrøkmetoden ikke umiddelbart kan anvendes til at opgøre produktivitet på afdelingsniveau- eller andet relevant niveau. Det vurderes derfor, at udarbejdelse af produktivetsindikatorer for afdelings- eller andet relevant niveau hensigtsmæssigt indledes med et pilotprojekt, hvor der fokuseres på to udvalgte behandlingsområder.

Det er målsætningen, at resultatet af dette arbejde kan anvendes som udgangspunkt ved udarbejdelsen af produktivetsindikatorer for det øvrige sygehusvæsen ved opgørelser på afdelingsniveau eller andet relevant niveau.

På den baggrund nedsættes en underarbejdsgruppe, som får til opgave at beregne indikatorer for produktiviteten for følgende to specialer: gynækologi/obstetrik og kirurgisk gastroenterologi samt evt. et medicinsk speciale.

Underarbejdsgruppen skal bl.a.:

- Vurdere hvordan der kan opstilles produktivetsindikatorer for afdelingsniveau eller andet relevant niveau
- Gennemgå hvilke elementer i behandlingen der har betydning for produktiviteten for de to udvalgte specialer, herunder input/output forholdet, forskelle i arbejdstilrettelæggelsen internt på sygehuset samt arbejdsdelingen i forhold til primærsektoren
- Opstille et sæt af produktivetsindikatorer, som så vidt muligt beregnes for alle sygehuse, der udfører de to udvalgte specialer
- Vurdere om de foreslåede indikatorer kan anvendes for andre specialer, og i givet fald hvilke specialer
- Vurdere mulighederne for at forbedre produktiviteten ved offentliggørelse af beregninger med de foreslåede indikatorer

Arbejdsgruppen sammensættes af 2-3 administrative repræsentanter fra sygehusejerne samt repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand). Endvidere udpeger sygehusejerne 2-3 kliniske repræsentanter fra hvert af de to specialer. Der ydes yderligere løbende konsulentbistand, som bidrager til processtyring mv. Alle parter i underarbejdsgruppen bidrager til sekretariatsbetjeningen, som aftales løbende. Arbejdet afsluttes med en afrapportering senest den 15. august 2006.

Medlemmer af arbejdsgruppen vedr. opgørelse af produktivitet for udvalgte specialer.

Henrik Grosen Nielsen, kontorchef, formand, Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Mick Bundgaard Dige, fuldmægtig, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, indtrådt den 15. august 2007
Trine Juhl Nielsen, fuldmægtig, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, udtrådt den 1. juni 2007
Rasmus Fynbo Aagaard, stud. polit, Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Poul Erik Hansen, kontorchef, Sundhedsstyrelsen
Nathja Rudolph, fuldmægtig, Sundhedsstyrelsen
Rose Marie Pedersen Ulrich, fuldmægtig, Sundhedsstyrelsen
Ebbe Brage, konsulent, Danske Regioner, udtrådt pr. 1. oktober 2007
Eva Bartels Hansen, konsulent, Region Hovedstaden
Kim Mikkelsen, økonomichef, Aalborg sygehus
Niels Nørgaard Pedersen, Sygehusdirektør, Horsens Brædstrup sygehus
Morten Klint, Planlægningschef, Herlev sygehus
Henning Lauridsen, Vicekontorchef, Herlev hospital
Charlotte Wilken-Jensen, ledende overlæge, Roskilde sygehus
Peter Hornnes, ledende overlæge, Hvidovre hospital
Lone Susanne Jensen, overlæge, Aarhus sygehus
Anders Fischer, ledende overlæge, Herlev hospital

Bilag 2: Definition og afgrænsning af indikatorerne

I det følgende redegøres for de anvendte definitioner og afgrænsninger af indikatorerne,

Antal ambulante besøg

Opgørelse over den enkelte afdelings ambulante besøg. Et ambulante besøg defineres som en ambulant kontakt i DRG-systemet, hvor "behdage" er angivet til 1. Der medregnes ikke skadestuebesøg.

Antal indlæggelser

Opgørelse over den enkelte afdelings indlæggelser. En indlæggelse defineres som alle de kontakter i DRG-systemet, hvor patienten indlægges.

DRG/DAGS- produktionsværdi

DRG/DAGS-produktionsværdien er opgjort for hver enkelt afdeling ved et udtræk i DRG-takstsystem 2005(05) pr. 20. august 2007.

DRG/DAGS-produktionsværdien er beregnet på afdelingsudskrivninger. Dette betyder, at når en patient er indlagt på flere afdelinger, f.eks. afdeling A og B tilskrives taksten afdelingen med den dyreste DRG-takst, også kaldet sygehusudskrivningen. Da vi i dette tilfælde alene er interesseret i afdeling A's produktivitet, er det DRG-taksten, der er tildelt afdeling A - altså afdelingsudskrivningen som benyttes.

Omkostninger

De samlede omkostninger er opgjort for hver enkel afdeling ved at tage summen af sengedags- og besøgsomkostningerne samt ydelsesomkostningerne på afdelingen

og er baseret på et udtræk fra Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase pr. 16. september 2007.

Sengedags- og besøgsomkostningen for en given afdeling beregnes som afdelingens samlede omkostninger fra fordelingsregnskabet (takstbasis) divideret med antallet af sengedage eller besøg. Dette giver en enhedsomkostning pr. senge- dag/besøg, der altså ikke skelner mellem patienter med forskellige plejetyngder.

Ydelsesomkostningen beregnes ved at tage takstbasis for den pågældende tværgående serviceafdeling, som for eksempel operation, anæstesi og klinisk biokemi og dividere med summen af vægten for de enkelte ydelser, der er produceret. Ydelsesomkostninger fordeles ved hjælp af pointsystemer, således at ressource- trækket afspejler den reelle omkostning.

Liggetid

Liggetiden er beregnet for alle indlæggelser inkl. patienter, som indlægges gennem skadestuen. Sengedagene beregnes som sengedagene i forløbet. Patienten kan derfor have ligget på en anden afdeling eller et andet sygehus, men være blevet opereret på den afdeling, hvor sengedagene er talt med.

Sengedagene på andre afdelinger tælles med, hvis følgende to kriterier er opfyldt:

1. Patienten har været indlagt med samme diagnose (tre cifre – f.eks. "DC5") på et andet sygehus eller en anden afdeling
2. Såfremt der er match mellem enten indskrivningsdato og udskrivningsdato eller udskrivningsdato og indskrivningsdato.

I opgørelsen indgår hverken raske nyfødte eller raske ledsagere. Det har ikke været muligt at tage højde for genindlæggelser.

Ambulante besøg pr. indlæggelse

Ambulante besøg er beregnet for alle indlæggelser bortset fra raske nyfødte. Ambulante besøg medregnes, hvis de er sket inden for 180 dage før indlæggelsesdato eller 180 dage efter udskrivningsdato.

Ambulante besøg opgøres som antal ambulante besøg i forløbet. Patienten kan derfor have haft ambulante besøg på andre afdelinger eller sygehuse, men have været indlagt på den afdeling, hvor besøgene er talt med. De ambulante besøg

tælles med, hvis patienten har samme diagnose (f.eks. "DC5") på de to afdelinger. Da en patient i forbindelse med én diagnose kan have fået foretaget flere operationer, vil nogle ambulante besøg kunne henføres til to eller flere operationer. Disse besøg er imidlertid kun talt med én gang og henføres til den operation, der ligger tidsmæssigt nærmest besøget.

Et ambulante besøg defineres som en ambulante kontakt i DRG-systemet, hvor "behdage" er angivet til 1. Patienter, der er indlagt via skadestuebesøg, frasorteres, idet der alene medregnes patienter i ambulante forløb. Det er hermed ikke forsøgt at frasortere besøg, der ligger op til en indlæggelse eller i umiddelbar forlængelse af en udskrivning.

En indlæggelse defineres som en kontakt, hvor patienten indlægges (patttype=0). En sygehusudskrivning kan således indeholde flere indlæggelser.

Ambulante besøg pr. ambulante operation

Ambulante besøg er beregnet for alle ambulante besøg (dvs. ekskl. skadestuepatienter). Ambulante besøg medregnes, hvis de er sket inden for 180 dage før indlæggelsesdato eller 180 dage efter udskrivningsdato.

Ambulante besøg opgøres som antal ambulante besøg i forløbet. Patienten kan derfor have haft ambulante besøg på andre afdelinger eller sygehuse, men have været indlagt på den afdeling, hvor besøgene er talt med. De ambulante besøg tælles med, hvis patienten har samme diagnose (f.eks. "DC5") på de to afdelinger. Da en patient i forbindelse med én diagnose kan have fået foretaget flere operationer, vil nogle ambulante besøg kunne henføres til to eller flere operationer. Disse besøg er imidlertid kun talt med én gang og henføres til den operation, der ligger tidsmæssigt nærmest besøget.

Et ambulante besøg defineres som en ambulante kontakt i DRG-systemet, hvor "behdage" er angivet til 1. Patienter, der er indlagt via skadestuebesøg frasorteres, idet der alene medregnes patienter i ambulante forløb. Det er hermed ikke forsøgt at frasortere besøg, der ligger op til en indlæggelse eller i umiddelbar forlængelse af en udskrivning.

En ambulante operation er defineret som en operation (K* procedurer) i en ambulante kontakt, der er registreret som "vigtigste" eller "primære" (V eller P i oprart). Det

betyder, at deloperationer *ikke* er medtaget. De ambulante operationer er henført til den afdeling der har behandlingsansvaret.

Andel kirurgiske indgreb foretaget ambulant

En ambulant operation defineres på samme måde som i indikatoren "Ambulante besøg pr. ambulant operation", dvs. at kun operationer registreret som "vigtigste" eller "primære" medtages. Herudover er endoskopier og biopsier (KU og KT) ikke medtaget.

Det samlede antal kirurgiske indgreb beregnes som de ambulante operationer til-lagt operationer som er udført under indlægges.

DRG-produktionsværdi i forhold til læger sygeplejersker, andet plejepersonale samt lønkroner i alt

DRG/DAGS-produktionsværdi pr. læge, sygeplejerske og andet plejepersonale er opgjort som afdelingernes DRG-produktionsværdi i forhold til antallet af hhv. læger, sygeplejersker og andet plejepersonale.

Ved at sætte DRG-produktionsværdien af de behandlede borgere i forhold til centrale personalegrupper på sygehusene opnås et udtryk for faktorproduktiviteten for de forskellige personalegrupper på afdelingerne.

Der er dog ikke nødvendigvis en direkte sammenhæng mellem de afdelinger, der overordnet set er mest produktive og afdelinger, hvor DRG-produktionsværdien er højest for personalegrupperne. For det første betyder den forskellige patientsammensætning, at afdelinger med behandlinger, som er arbejdskraftintensive, dvs. ikke kræver et stort kapitalapparat, naturligt har lavere DRG-produktionsværdi i forhold til personale. For det andet kan det være optimalt at operere med relativt meget personale for at udnytte kapitalapparatet bedre og eksempelvis nedbringe liggetiderne. For det tredje kan sammensætning af personale- gruppen påvirke de enkelte mål.

For at få et samlet mål for anvendelsen af personale er DRG-produktionsværdien i forhold til lønkroner i afdelingen endvidere beregnet.

Radiologiske ydelser pr. patient

Antallet af radiologiske ydelser er trukket fra LPR og udtrykker summen af radiologiske ydelser til ambulante patienter, skadestuepatienter og stationære patienter.

Korrektion for forskelle i afdelingernes behandling.

Alle afdelingerne udfører ikke behandlinger indenfor de samme DRG-grupper. Afdeling A kan f.eks. udføre behandling inden for fem DRG-grupper, og afdeling B udfører f.eks. behandling inden for 35 DRG-grupper. Forskellige DRG-grupper er karakteriseret ved at have patienter af forskellige tyngde og derved patienter med forskellige liggetider, forskellige antal ambulante besøg etc. To afdelinger, hvis patientsammensætning på DRG-grupper er forskellig, vil derfor ikke være direkte sammenlignelige. En kort ventetid vil f.eks. kunne skyldes, at afdelingen primært behandler patienter i DRG-grupper, som generelt har en kort liggetid.

For at lave en mere retvisende sammenligning benyttes en statistisk metode, der hedder indirekte standardisering, der forsøger at tage højde for afdelingernes patientsammensætning på DRG-grupper. Ved beregningen tages udgangspunkt i den enkelte indikator, f.eks. liggetid, på landsplan (her begrænset til de afdelinger der indgår i analysen). Herefter beregnes hvor lang liggetiden ville være på landsplan, hvis patientsammensætningen havde været som på den enkelte afdeling. Den beregnede liggetid sættes i forhold til den faktisk observerede liggetid på afdelingen.

Konkret udføres standardiseringen af liggetid på følgende måde:

1. Først beregnes liggetiden på landsplan for den enkelte DRG-gruppe.
2. Herefter ganges liggetiden på landsplan de enkelte afdelingers antal indlæggelser i hver DRG-gruppe. Dette udtrykker en slags standardiseret antal sengedage (og derved liggetid)
3. De standardiserede antal sengedage summeres på hver afdeling over DRG-grupper. Således opnås et samlet antal standardiserede sengedage for hver afdeling.
4. For hver afdeling beregnes et indeks som:

$$\frac{\text{Det faktiske antal sengedage}}{\text{Standardiseret antal sengedage}}$$

5. De enkelte afdelingers indeks normeres således, at den gennemsnitlige indekssværdi er 1.
6. Hver afdelings indeks skaleres med den samlede liggetid for hele landet, således at den standardiserede liggetid lettere kan sammenlignes med den faktiske.

Bilag 3: Figurer over nøgletal og indikatorer

I det følgende præsenteres oversigtsfigurer over samtlige nøgletal og indikatorer, der indgår i rapporten.

Mave-tarm kirurgiske afdelinger 69

Figur 1: Antal indlæggelser	69
Figur 2: Antal ambulante besøg	70
Figur 3: DRG-produktionsværdi	71
Figur 4: Omkostninger	72
Figur 5: Ansatte læger	73
Figur 6: Ansatte sygeplejersker og andet plejepersonale	74
Figur 7: Liggetid	75
Figur 8: Ambulante besøg pr. indlæggelse	76
Figur 9: Ambulante besøg pr. ambulante operation	77
Figur 10: Andel kirurgiske indgreb foretaget ambulante	78
Figur 11: DRG-produktionsværdi pr. læger	79
Figur 12: DRG-produktionsværdi pr. sygeplejerske	80
Figur 13: DRG-produktionsværdi pr. andet plejepersonale	81
Figur 14: DRG-produktionsværdi pr. lønkrone	82
Figur 15: Radiologiske ydelser pr. patient	83

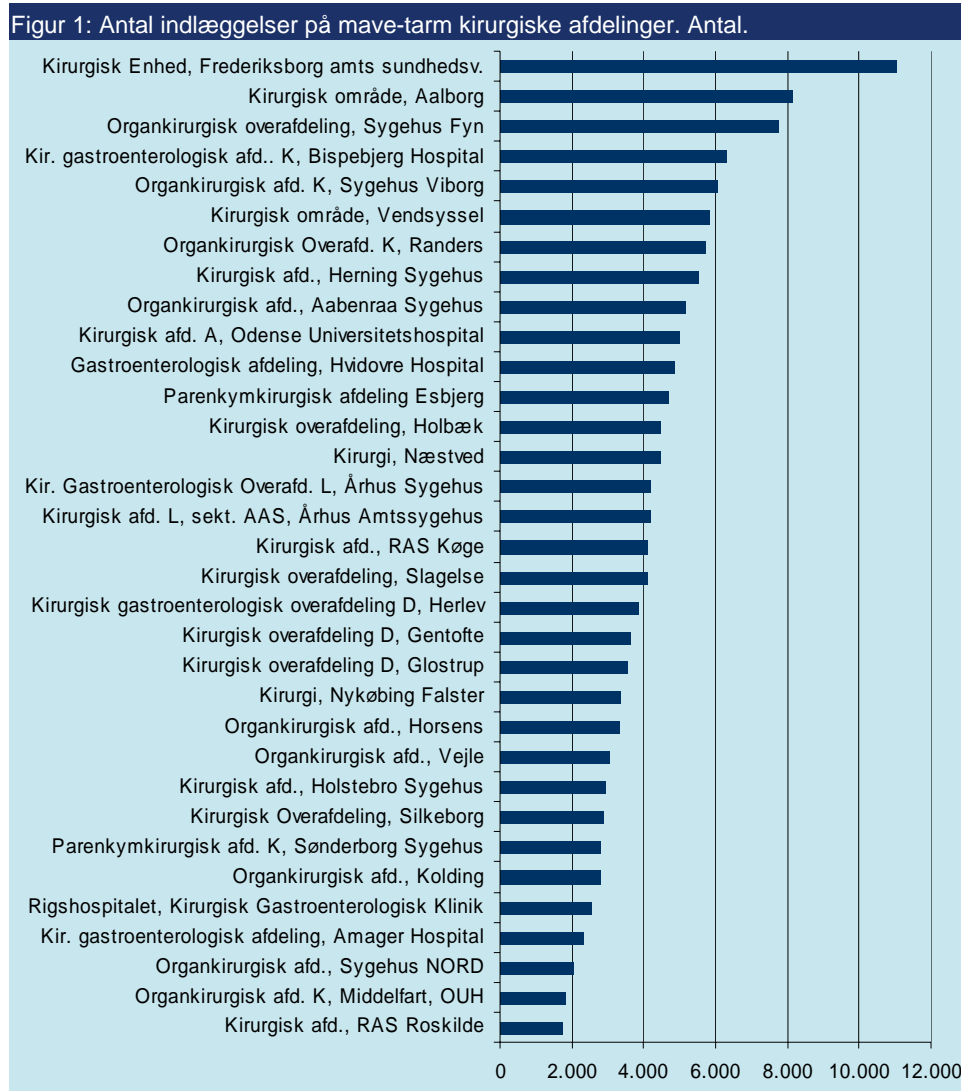
Gynækologisk-obstetriske afdelinger 84

Figur 16: Antal indlæggelser	84
Figur 17: Antal besøg	85
Figur 18: DRG-produktionsværdi	86
Figur 19: Totale omkostninger	87
Figur 20: Ansatte læger	88
Figur 21: Ansatte sygeplejersker og andet plejepersonale	89
Figur 22: Liggetid	90
Figur 23: Ambulante besøg pr. indlæggelse	91
Figur 24: Ambulante besøg pr. ambulante operation	92
Figur 25: Andel kirurgiske indgreb foretaget ambulante	93
Figur 26: DRG-produktionsværdi pr. læger	94
Figur 27: DRG-produktionsværdi pr. sygeplejerske	95
Figur 28: DRG-produktionsværdi pr. andet plejepersonale	96
Figur 29: DRG-produktionsværdi pr. lønkrone	97
Figur 30: Radiologiske ydelser pr. patient	98

Mave-tarm kirurgiske afdelinger

Antal afdelingsindlæggelser

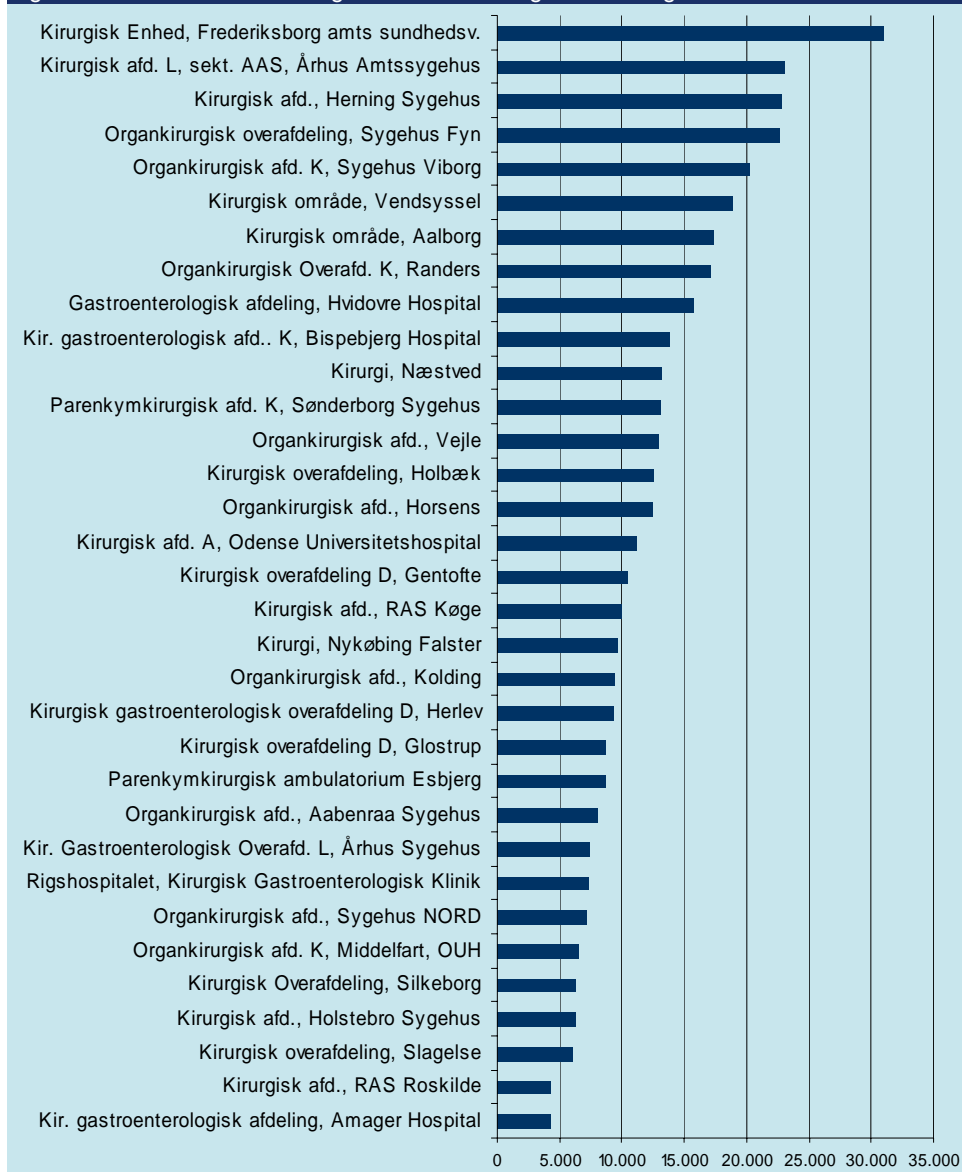
Antallet af indlæggelser pr. afdeling varierer betydeligt og er primært udtryk for afdelingernes størrelse og dermed aktivitet, jf. figur 3.



Antal ambulante besøg

Antallet af ambulante besøg pr. afdeling varierer ligeledes betydeligt, hvilket igen må tages som udtryk for afdelingernes størrelse og aktivitet, jf. figur 4.

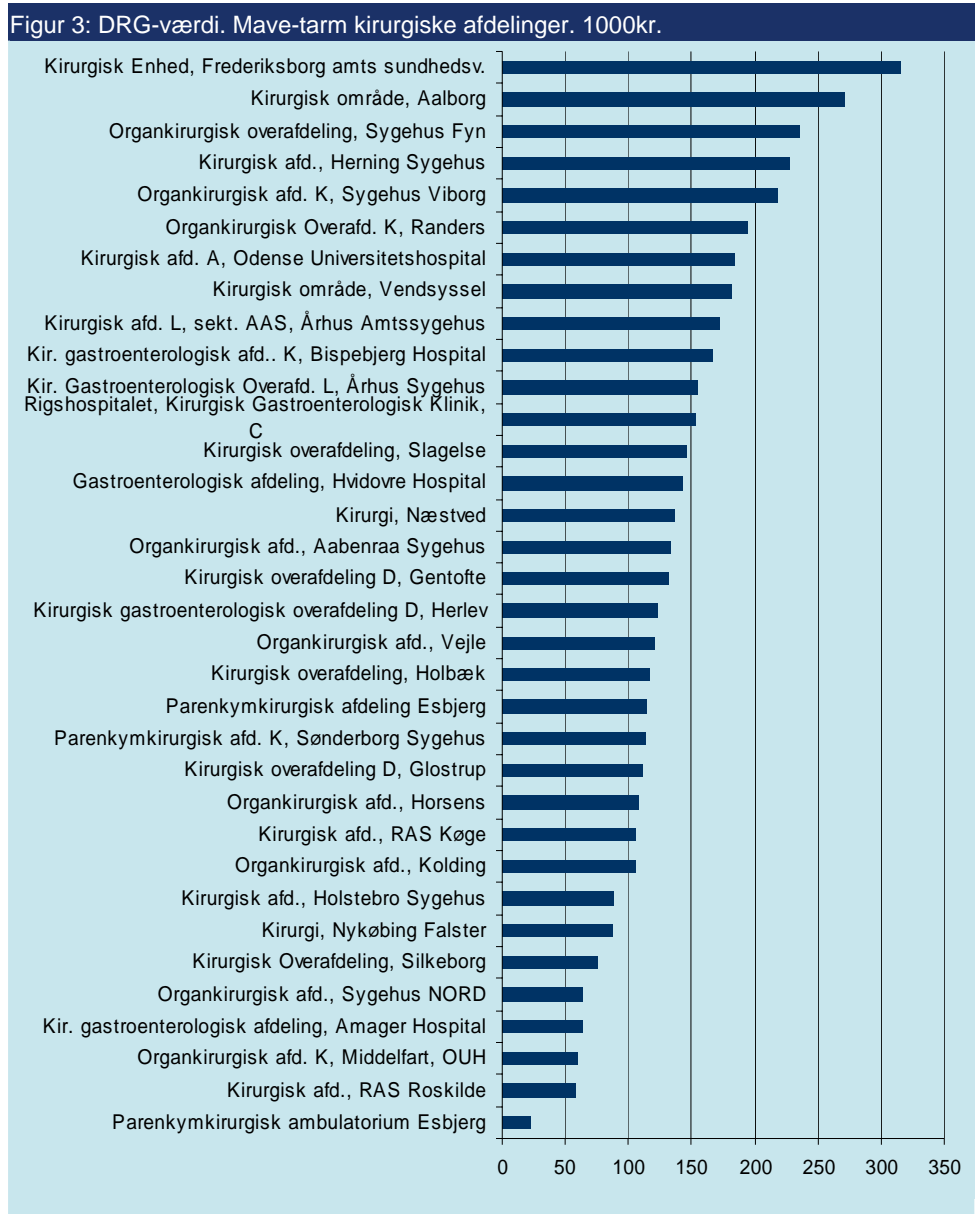
Figur 2: Antal ambulante besøg. Mave-tarm Kirurgiske afdelinger. Antal.



Note: Det har ikke været muligt at opgøre antal ambulante besøg for Parenkymkirurgisk afdeling, Esbjerg.

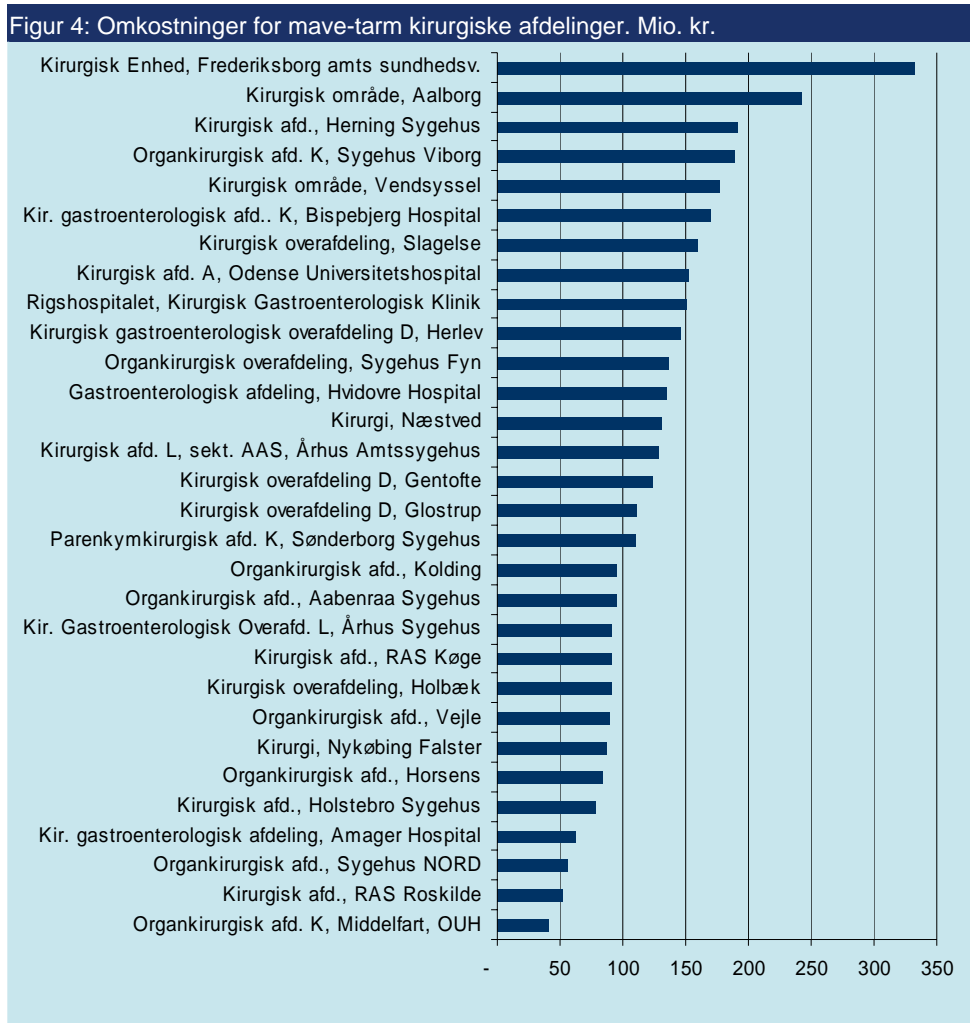
DRG-produktionsværdi

Forskellene mellem afdelingers aktivitetsniveau målt i DRG-produktionsværdi afspejler i høj grad de forskellige afdelingers størrelse.



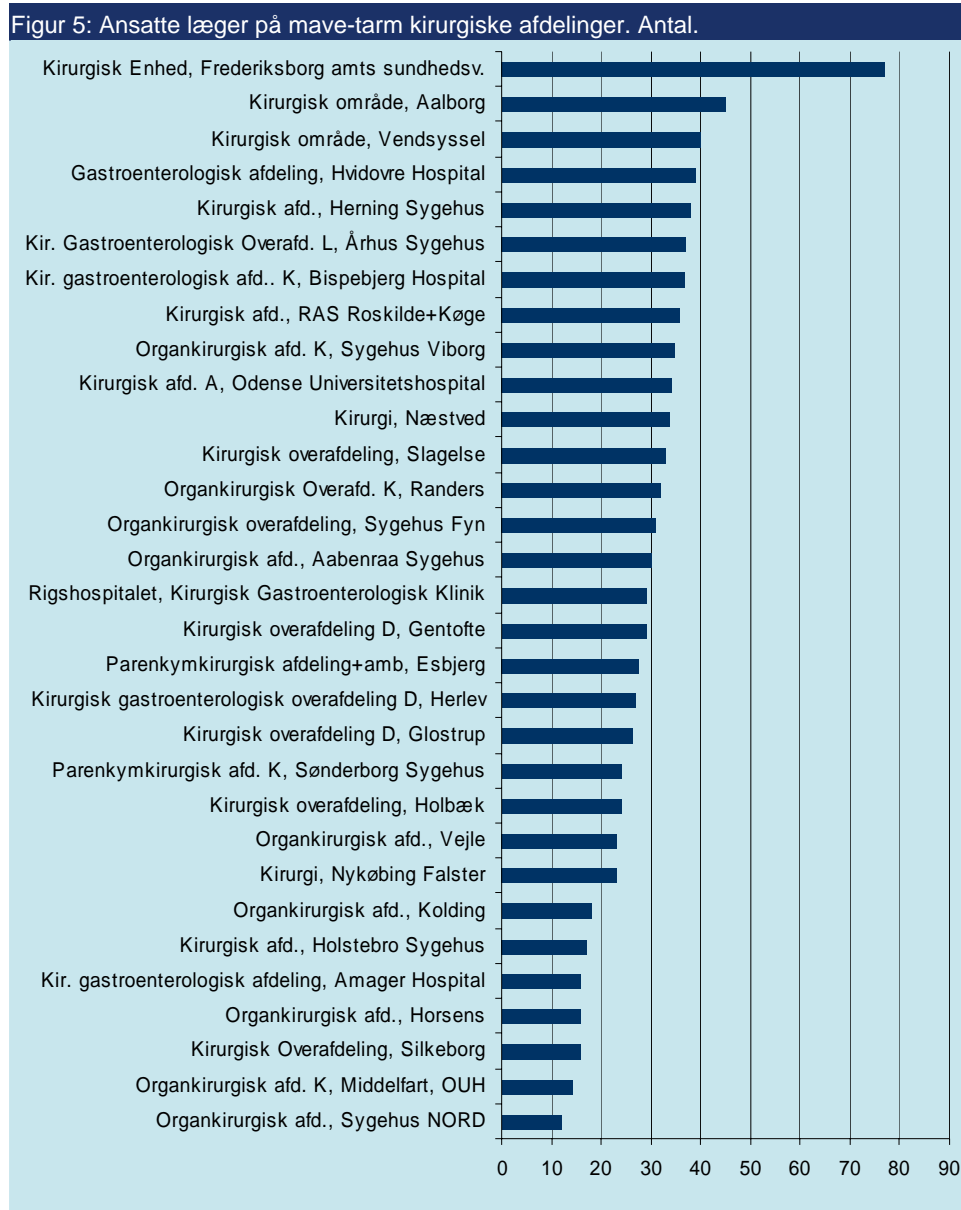
Omkostninger

Omkostningerne fordeler sig som forventet på tilsvarende måde som DRG-produktionsværdien, således at de afdelinger med relativt flest behandlinger også tenderer mod at have de højeste omkostninger. Således har kirurgisk- gastroenterologisk afdeling på Hillerød Sygehus såvel de relativt højeste omkostninger som den relativt største DRG-produktionsværdi. Afdelingerne under Esbjerg Sygehus og Randers Centralsygehus er ikke med i opgørelsen, da fordelingsregnskab for disse afdelinger/sygehuse ikke foreligger. Afdelingen under Silkeborg Sygehus er ikke medtaget, da der ikke er fordelt omkostninger til denne afdeling (afd. 08).



Antal ansatte læger

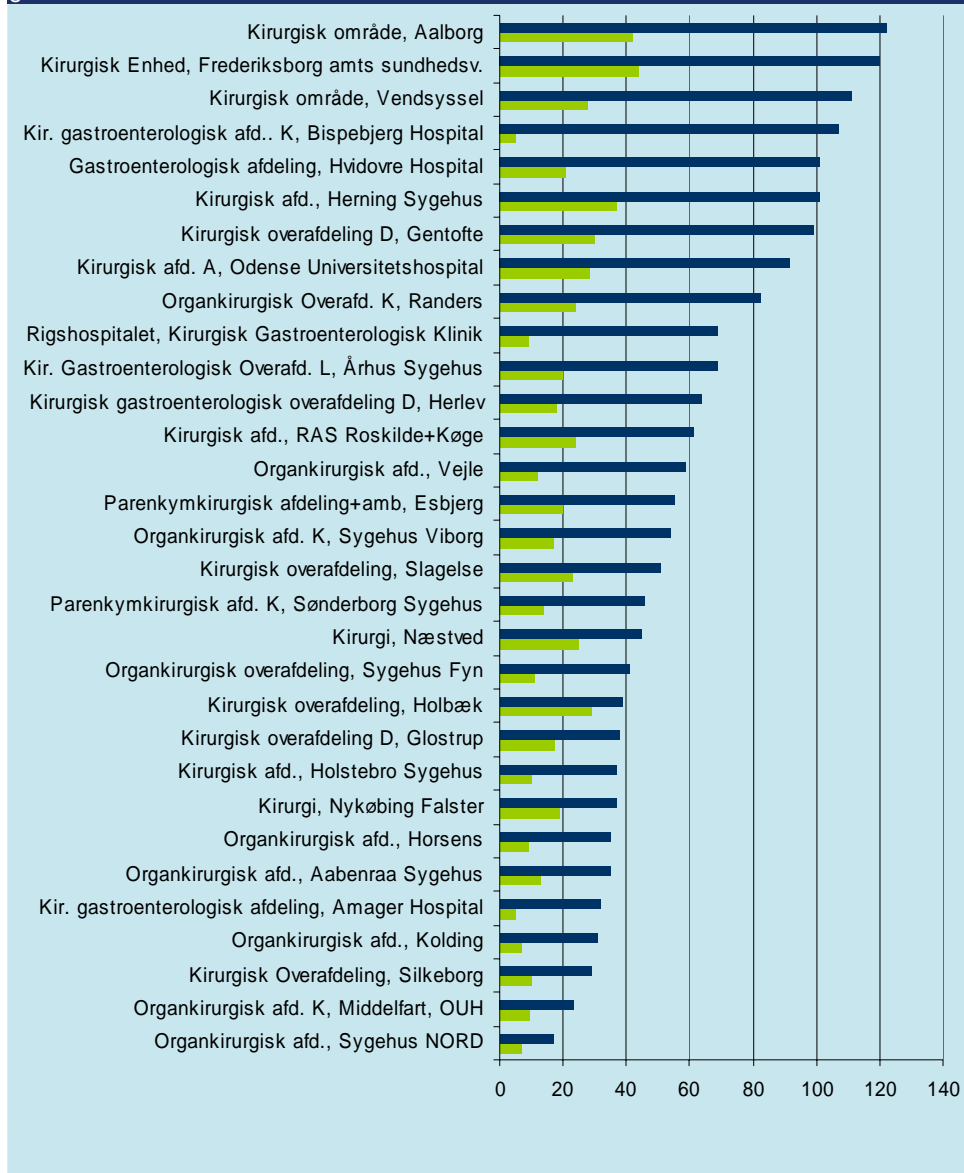
Antallet af læger varierer betydeligt mellem afdelingerne, men følger i høj grad afdelingernes aktivitet.



Sygeplejersker og andet plejepersonale

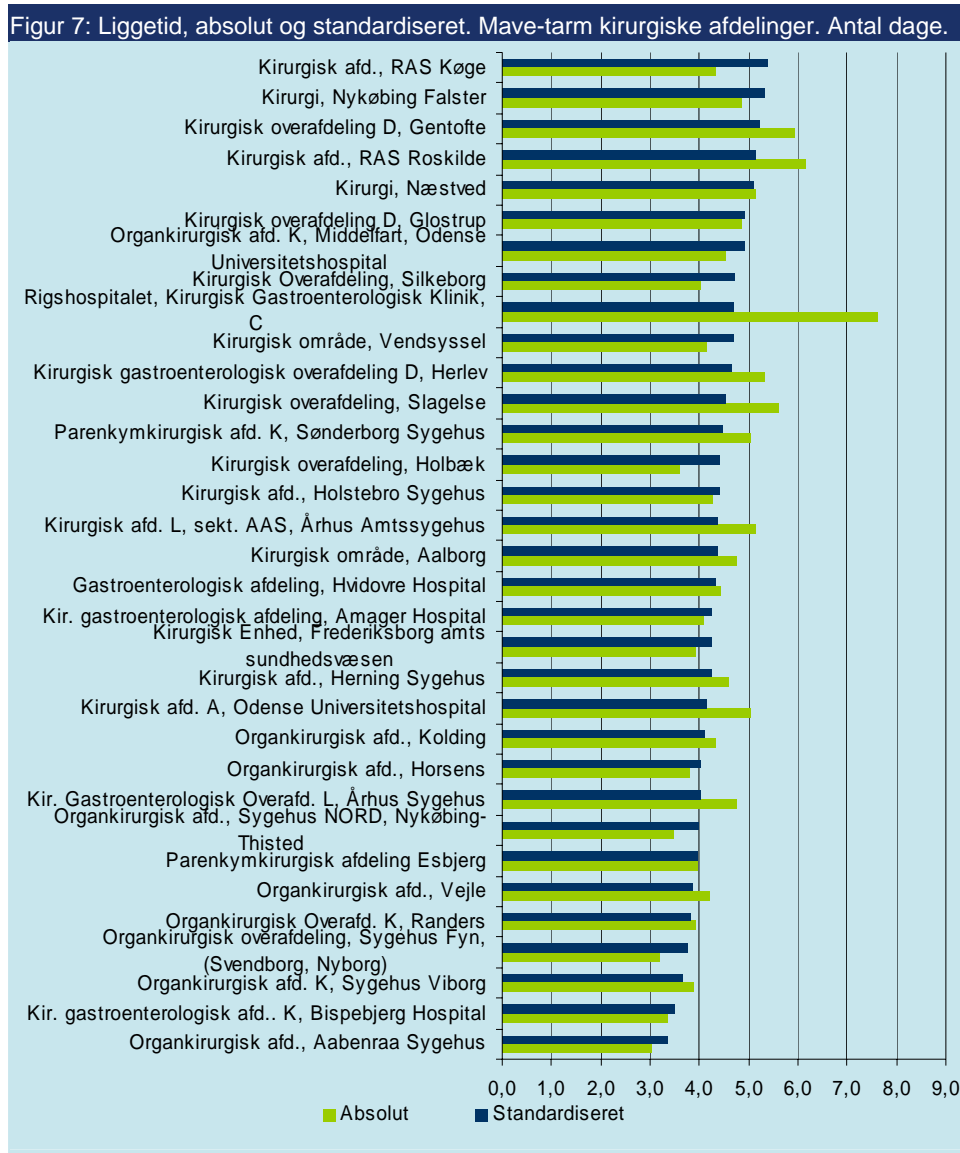
Antallet af sygeplejersker og andet plejepersonale varierer markant mellem afdelingerne. Ligeledes er der mellem afdelingerne stor forskel på, hvor stor en andel andet plejepersonale udgør af det samlede plejepersonale.

Figur 6: Ansatte sygeplejersker og andet plejepersonale på mave-tarm kirurgiske afdelinger. Antal



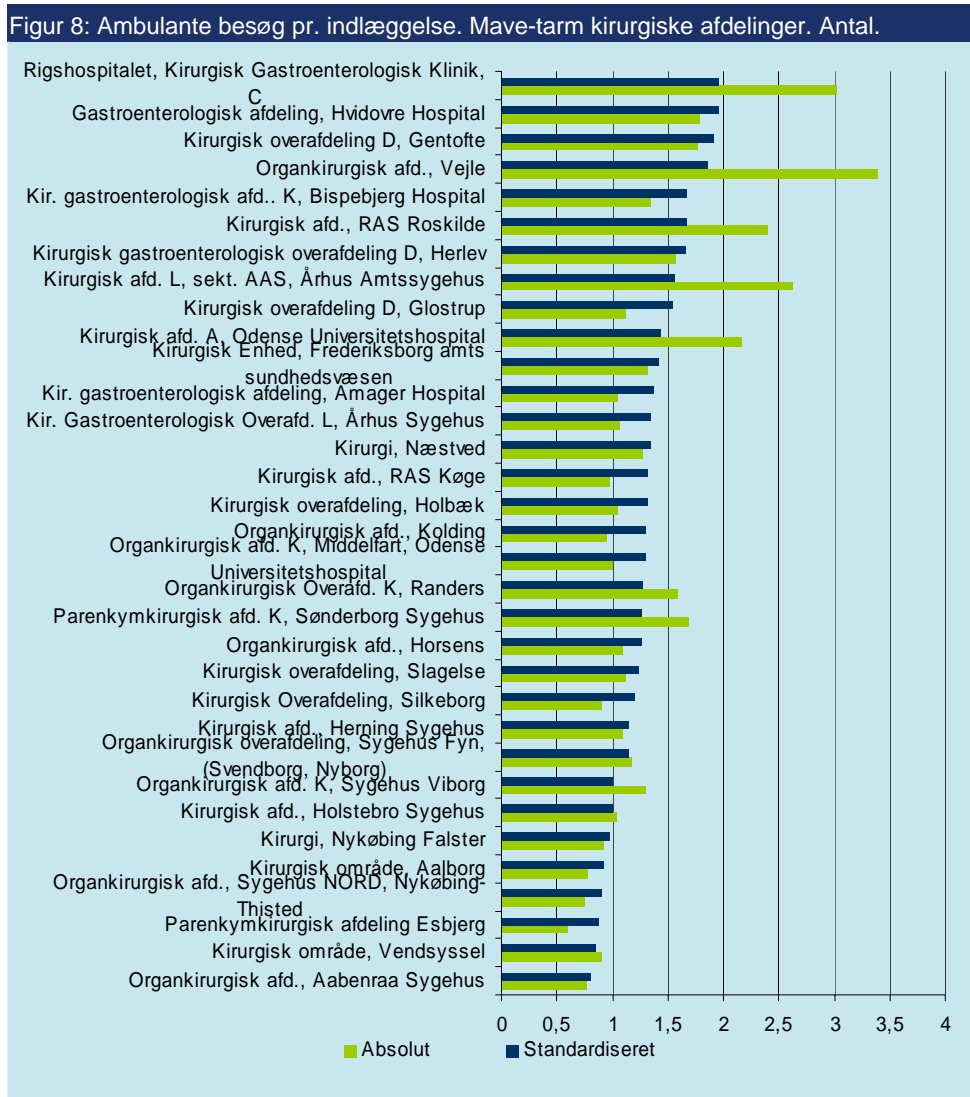
Liggetid

Der er relativt store forskelle på liggetiden mellem afdelingerne. Opgøres liggetiden i absolutte tal, har Rigshospitalet markant længere liggetid end øvrige afdelinger. Når liggetiden standardiseres for patientsammensætning sker der imidlertid en generel harmonisering af liggetiden på tværs af afdelinger. Således er forskellen mellem længste og korteste liggetid efter standardisering omkring to dage.



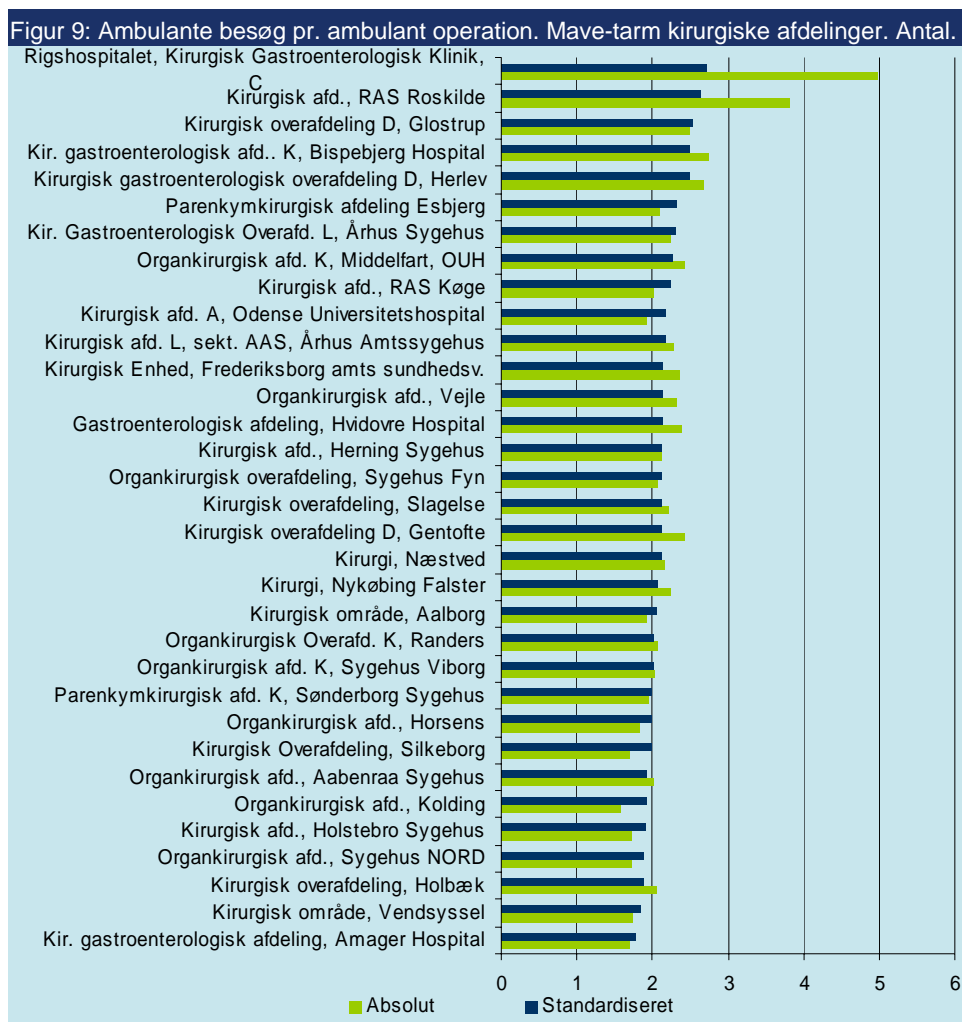
Ambulante besøg pr. indlæggelse

Der er relativt store forskelle mellem afdelingerne, hvad angår antallet af besøg pr. indlæggelse, specielt når der udelukkende ses på de absolutte tal, jf figur 8. Or-gankirurgisk afdeling på Vejle Sygehus har således flest besøg pr. indlæggelse målt absolut, mens Rigshospitalets tilsvarende afdeling har relativt flest besøg pr. indlæggelse, når der tages højde for patientsammensætning.



Ambulante besøg pr. ambulans operation

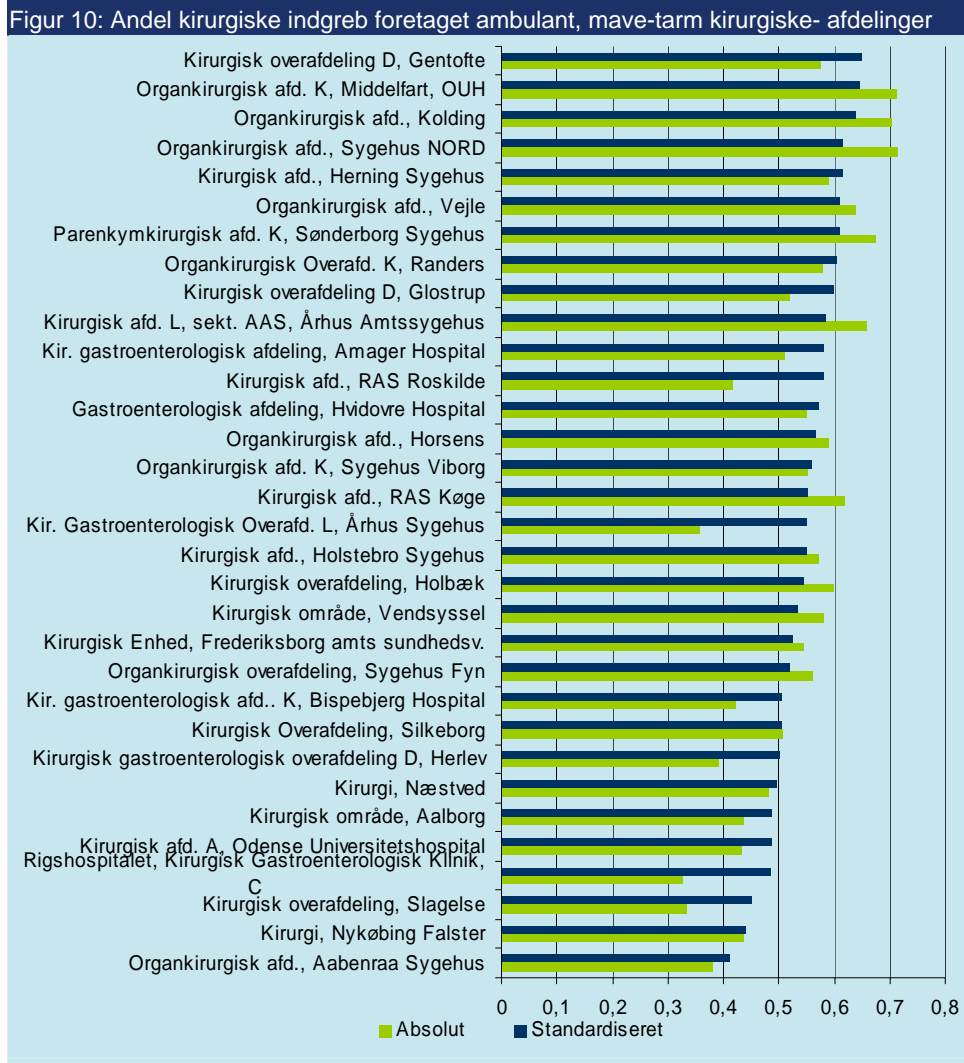
Antallet af ambulante besøg pr. ambulans operation varierer meget, når de absolute tal betragtes. Når tallene standardiseres og der hermed tages hensyn til patienternes behandlingstængde, snævreres forskellene imidlertid væsentligt ind, og afdelingerne fordeler sig generelt over et gennemsnit på to ambulante besøg pr. ambulans operation.



Note: Afdelinger under Sydvestjysk sygehus i Esbjerg er ekskluderet, da Esbjerg Sygehus er opdelt på afdelinger, der enten foretager alle kirurgiske operationer ambulans eller alle operationer ved indlæggelse. Det er således ikke meningsfuldt at inddrage opgørelserne for Esbjerg i denne fremstilling.

Kirurgiske indgreb foretaget ambulantly

Betragtes den absolutte andel kirurgiske indgreb, der er foretaget ambulantly isoleret, er der relativ stor forskel mellem afdelingerne. Efter standardisering nærmer afdelingerne sig imidlertid hinanden, om end der stadig er afdelinger, hvor en relativt meget lille procentdel af de kirurgiske indgreb foretages ambulantly.

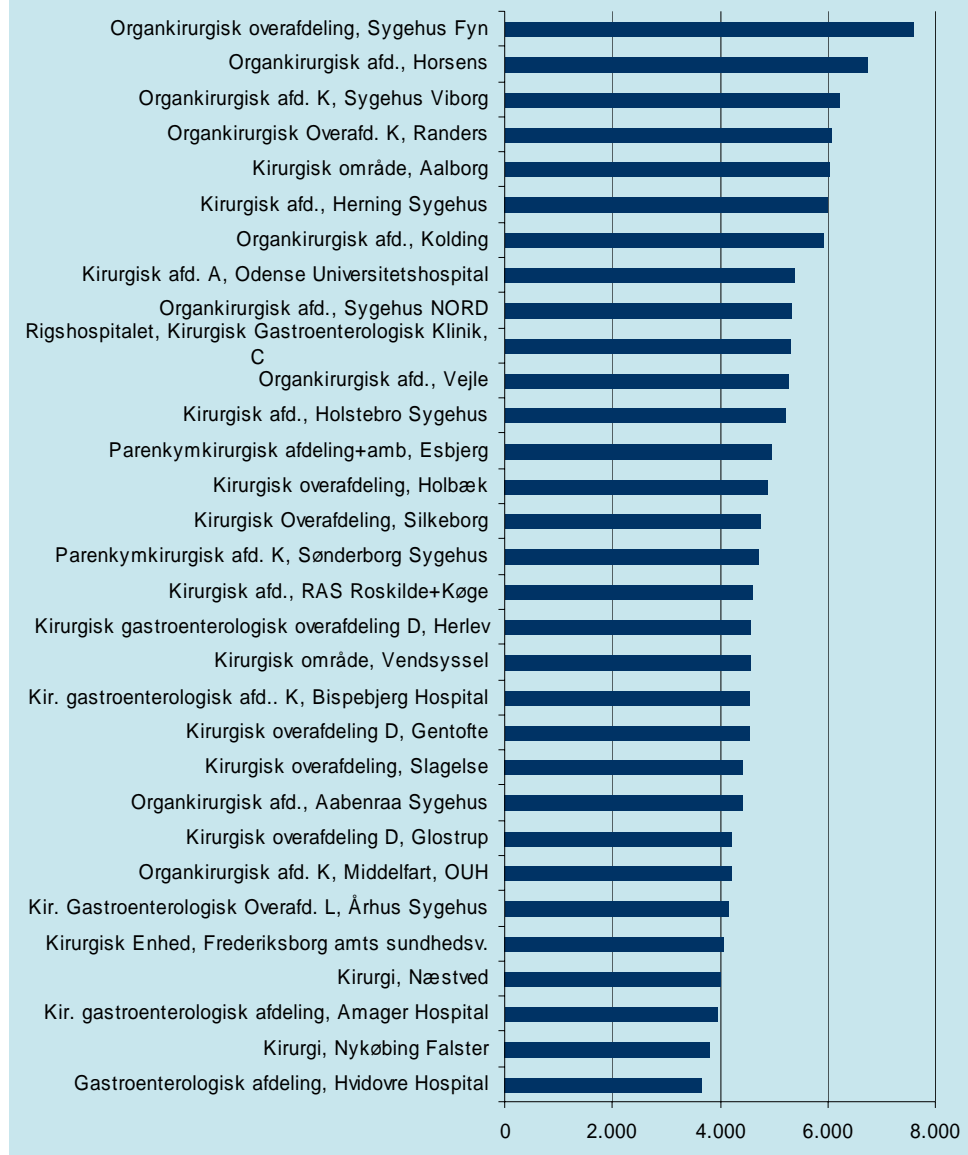


Note: Afdelinger under Sydvestjysk sygehus i Esbjerg er ekskluderet, da Esbjerg Sygehus er opdelt på afdelinger, der enten foretager alle kirurgiske operationer ambulantly eller alle operationer ved indlæggelse. Det er således ikke meningsfuldt at inddrage opgørelserne for Esbjerg i denne fremstilling.

DRG-Produktionsværdien pr. læge

Hvad angår aktivitet, målt som DRG-produktionsværdi, pr. ansat læge varierer denne indikator fra en DRG-værdi på ca. 3,5 mio. til ca. 7,5 mio. pr. læge.

Figur 11: DRG-produktionsværdi pr. læge. Mave-tarm kirurgiske afdelinger. Værdier angivet i 1000kr.

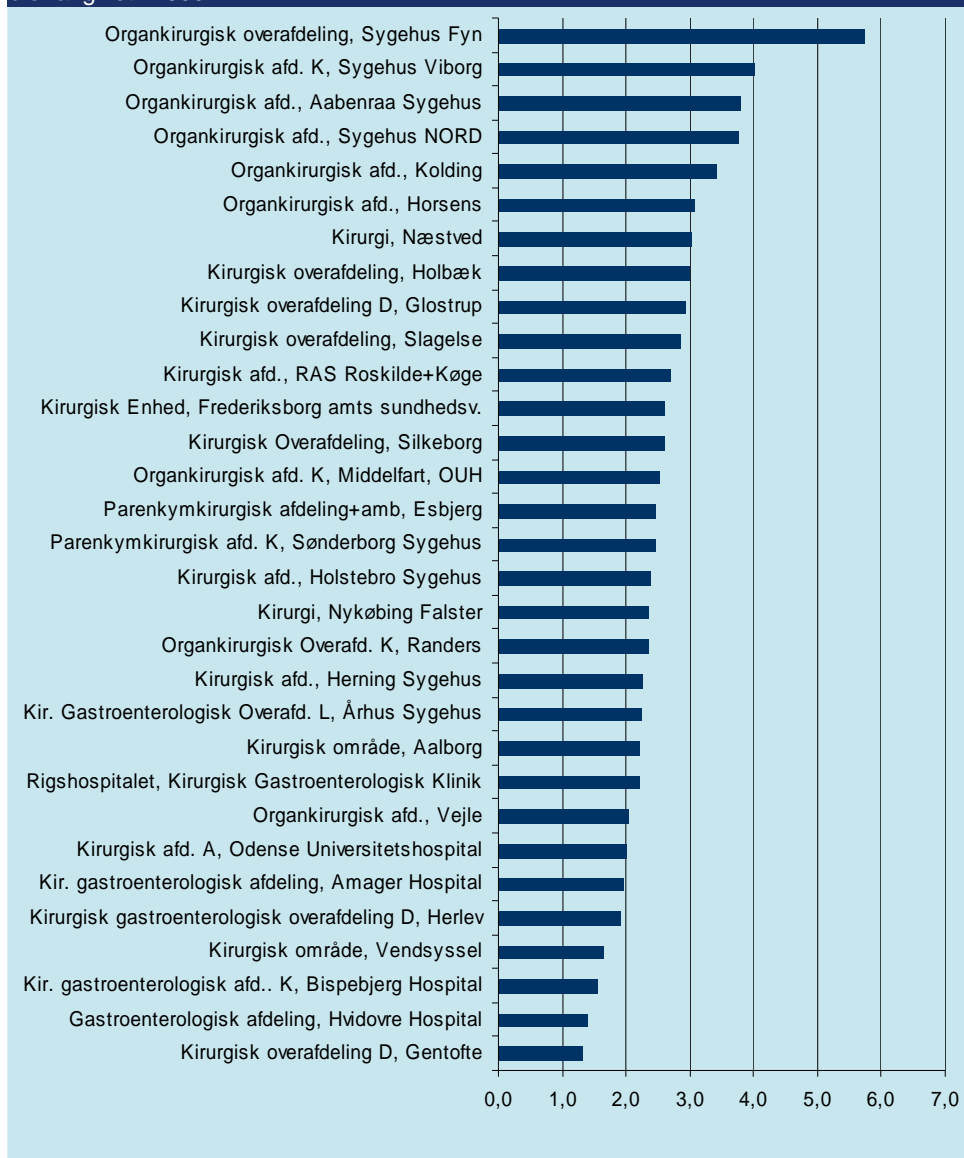


Note: Afdelingen på Århus Amtssygehus fremgår ikke af opgørelsen, da antal årsværk ikke er opgjort.

DRG-produktionsværdi pr. sygeplejerske

Forskellene mellem afdelingerne er betydelige, hvor primært mindre sygehuse er de, der har den største DRG-produktionsværdi pr. sygeplejerske.

Figur 12: DRG-produktionsværdi pr. sygeplejerske. Mave-tarm kirurgiske afdelinger. Værdier angivet i 1000kr.

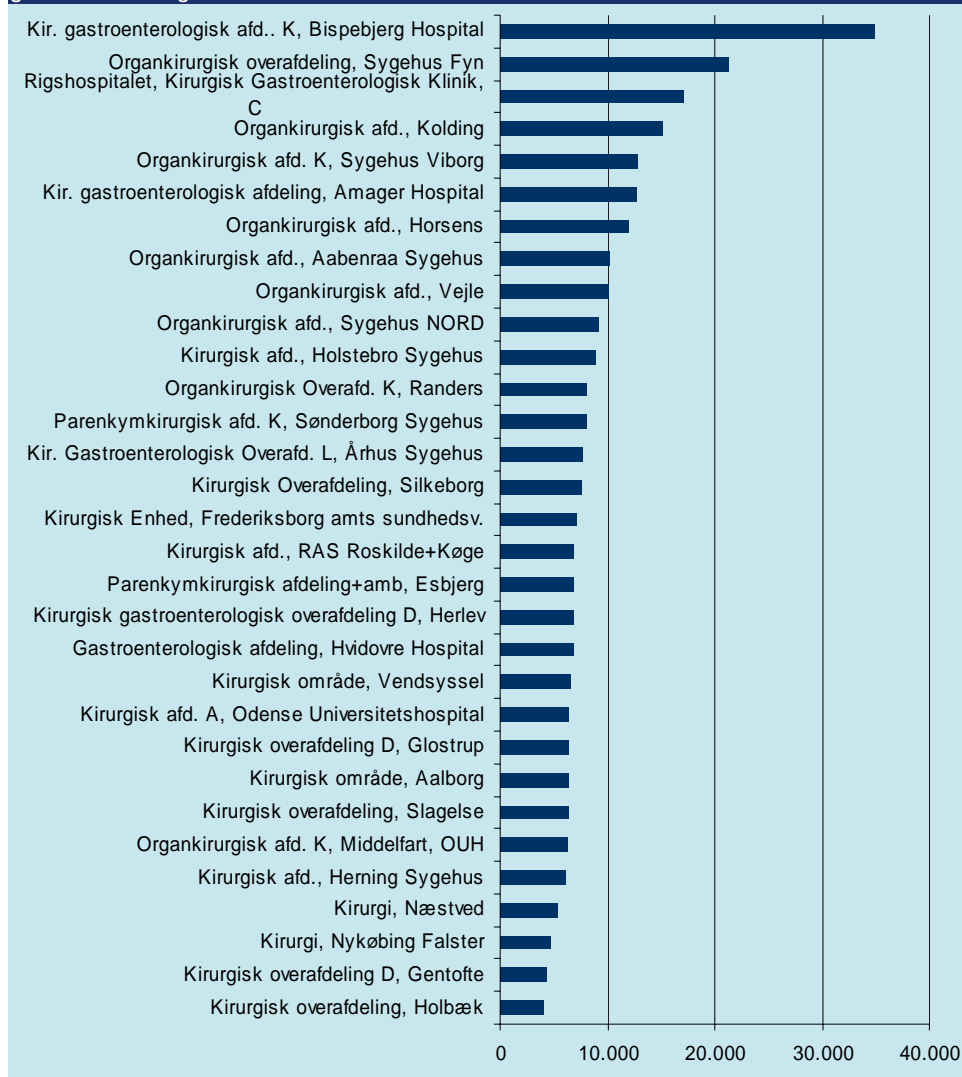


Note: Afdelingen på Århus Amtssygehus fremgår ikke af opgørelsen, da antal årsværk ikke er opgjort.

DRG-produktionsværdi pr. andet plejepersonale

Forskellene mellem afdelingerne er betydelige, dog placerer flertallet af afdelingerne sig i spændet mellem en DRG-produktionsværdi på 5.000 og 10.000 pr. andet plejepersonale.

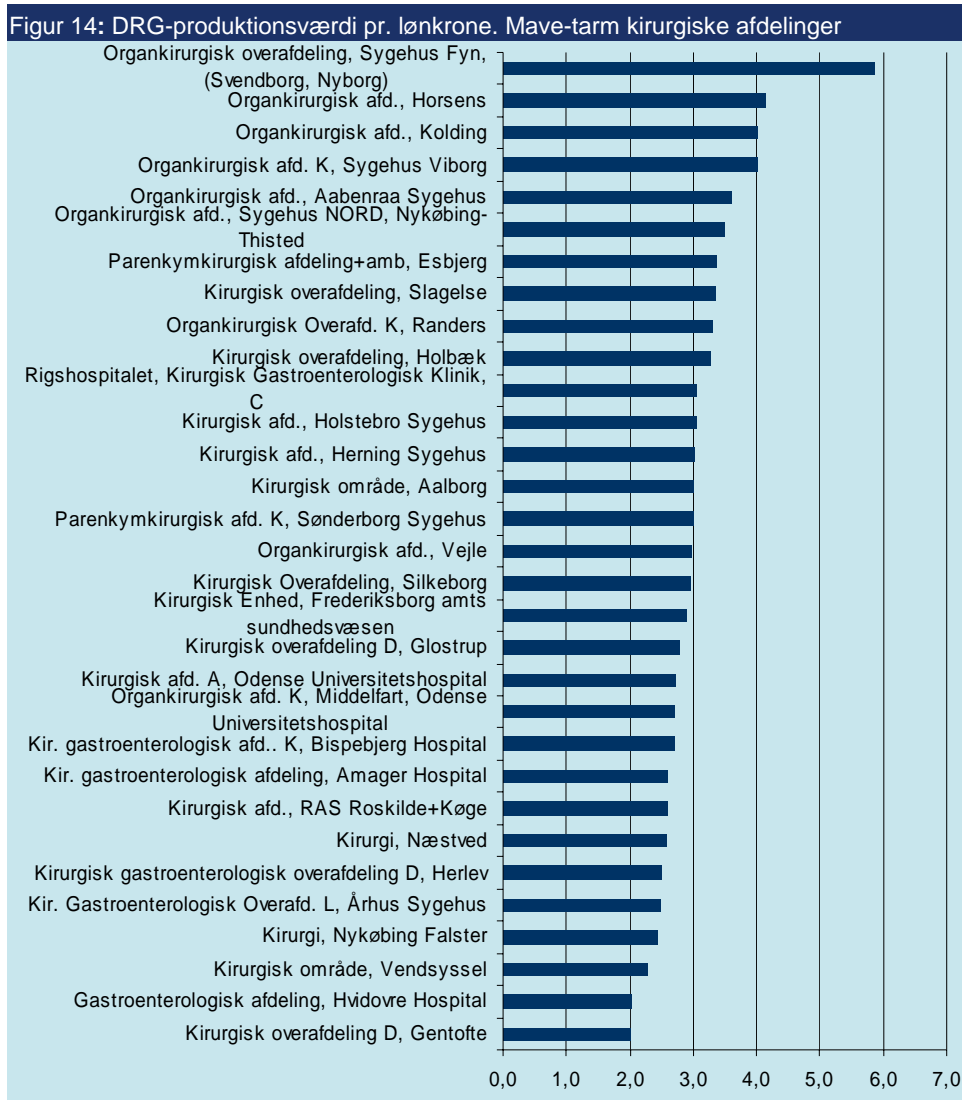
Figur 13: DRG-produktionsværdi pr. andet plejepersonale. Mave-tarm kirurgiske afdelinger. Værdier angivet i 1000kr.



Note: Afdelingen på Århus Amtssygehus fremgår ikke af opgørelsen, da antal årsværk ikke er opgjort.

DRG-produktionsværdi i forhold til lønsum

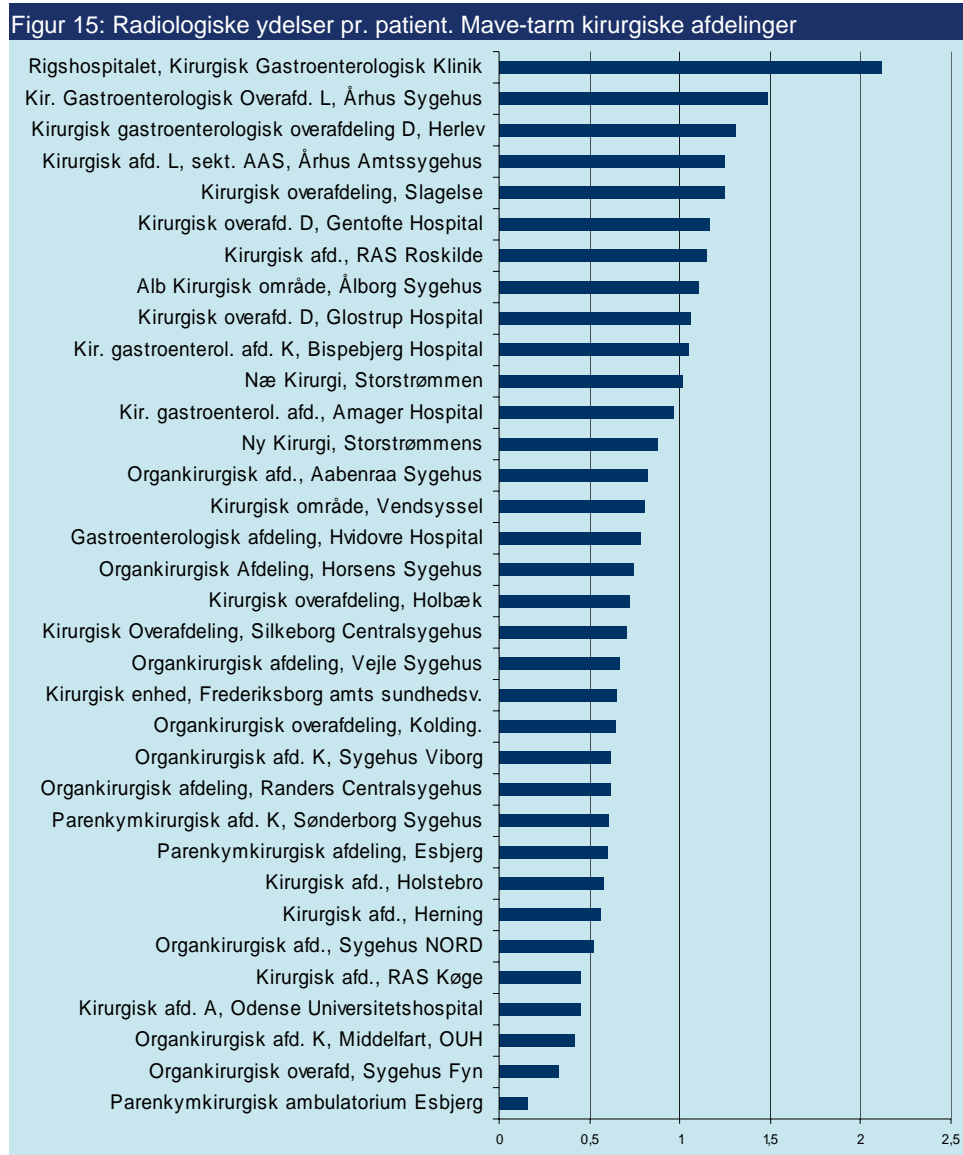
Der er relativt stor forskel på, hvor stor DRG-produktionsværdi de mave-tarm kirurgiske afdelinger producerer pr. lønkrone. Mens afdelingerne på Gentofte og Hvidovre hospitaler bruger hvad der svarer til ca. halvdelen af DRG-produktionsværdien på lønninger bruger afdelingerne i Horsens og Kolding ca. en fjerdedel.



Note: Afdelingen på Århus Amtssygehus fremgår ikke af opgørelsen, da antal årsværk ikke er opgjort.

Radiologiske ydelser pr. patient

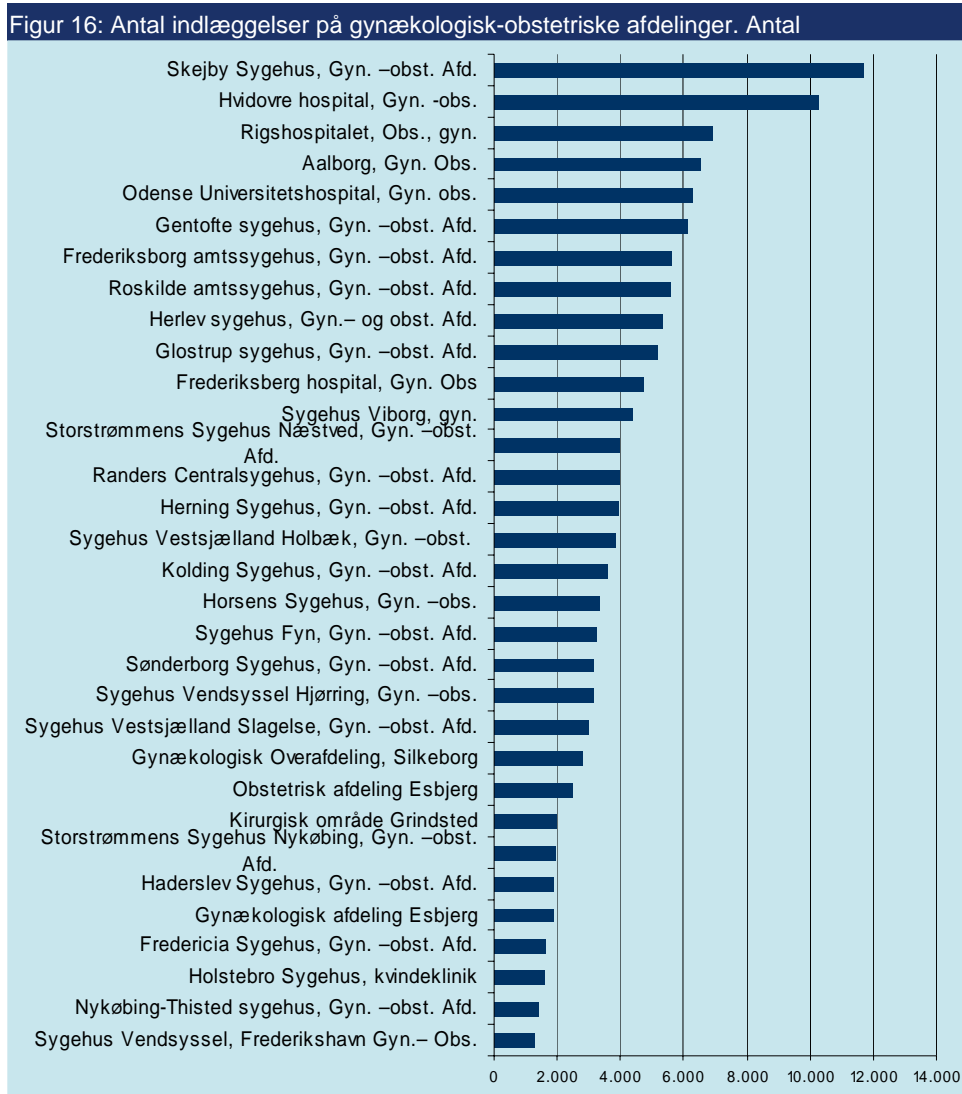
Forskellene mellem afdelingerne er relativt store. Dog placerer ca. halvdelen af afdelingerne sig i intervallet mellem 0,5 og 1 radiologisk ydelser pr. patient.



Gynækologisk-obstetriske afdelinger

Antal afdelingsindlæggelser

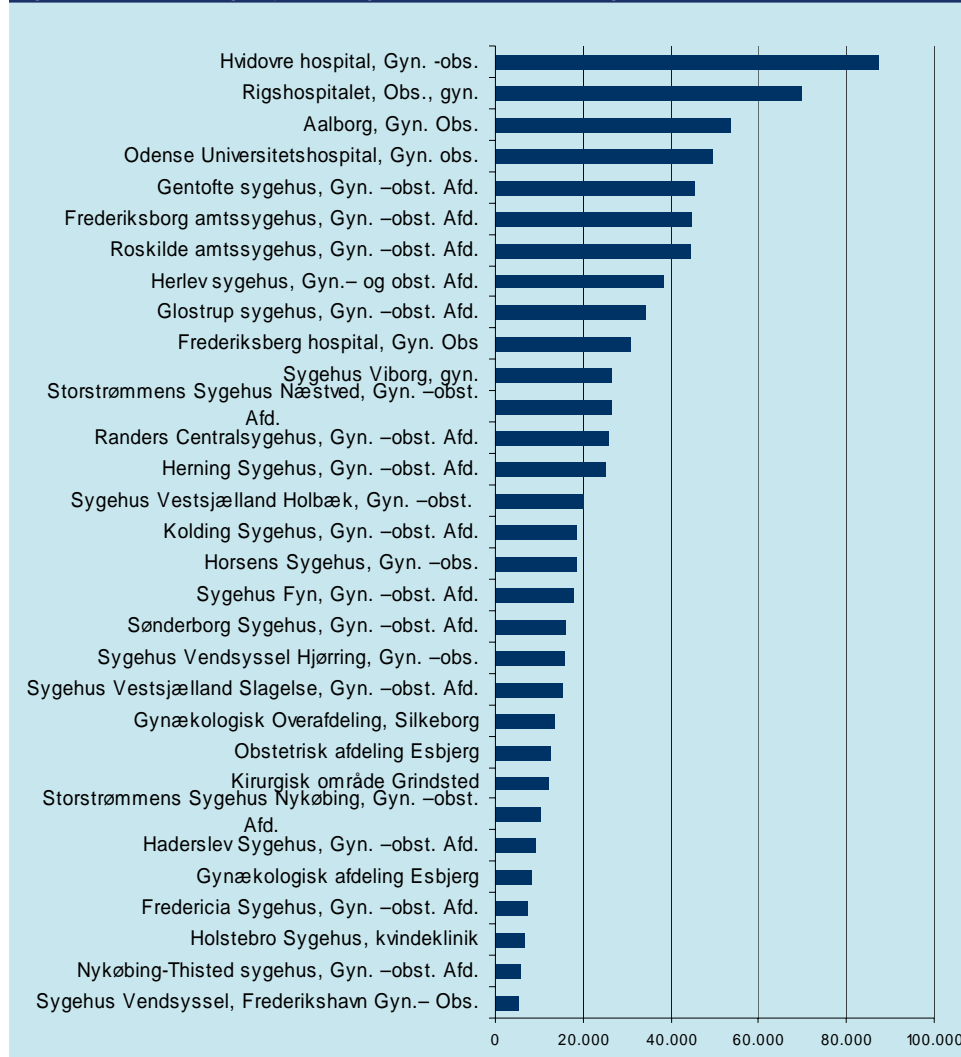
Antallet af afdelingsindlæggelser er et aktivitetsmål, der afspejler sygehusafdelingers størrelse.



Antal ambulante besøg

Opgørelsen af antal ambulante besøg pr. afdeling afspejler ligeledes den enkelte afdelings aktivitetsniveau og størrelse.

Figur 17: Antal besøg, Gynækologisk-obstetriske afdelinger. Antal

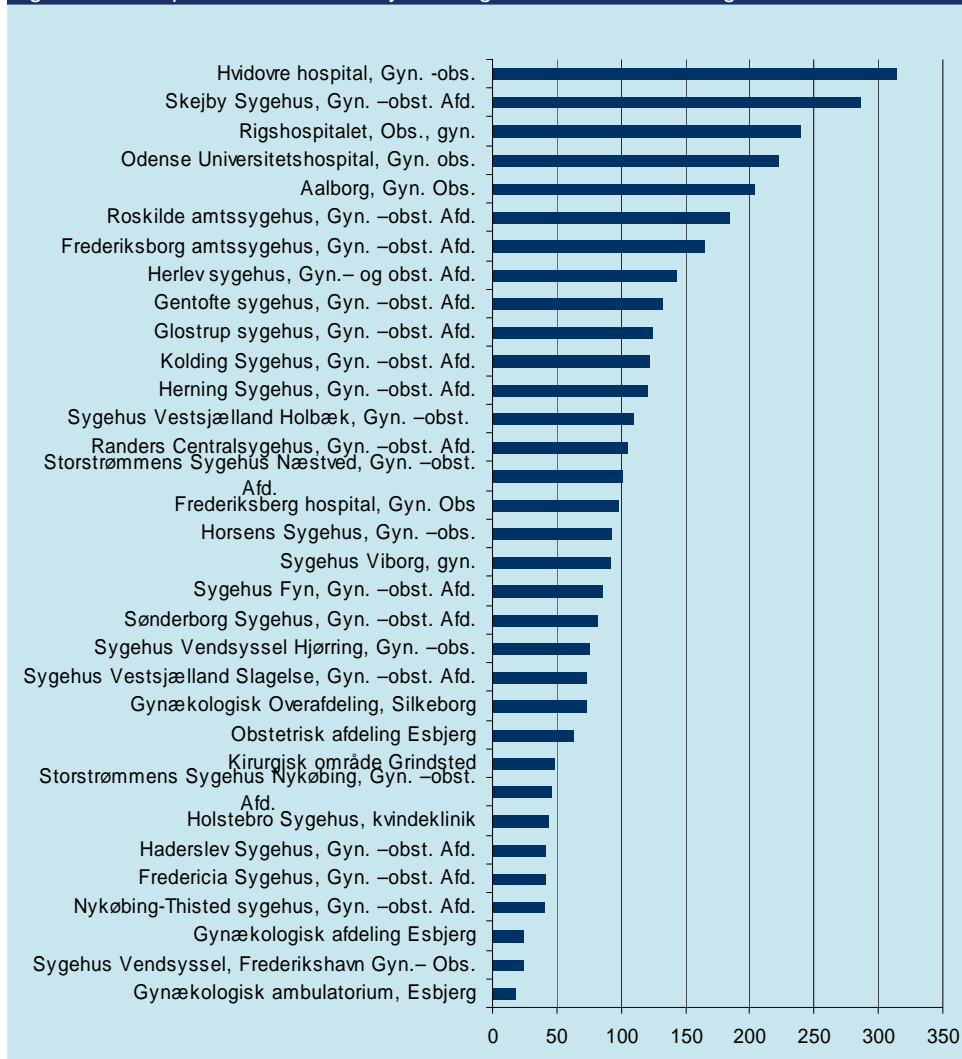


Note: Antal besøg er ikke opgjørt for afdelinger under Esbjerg Sygehus

DRG-produktionsværdi

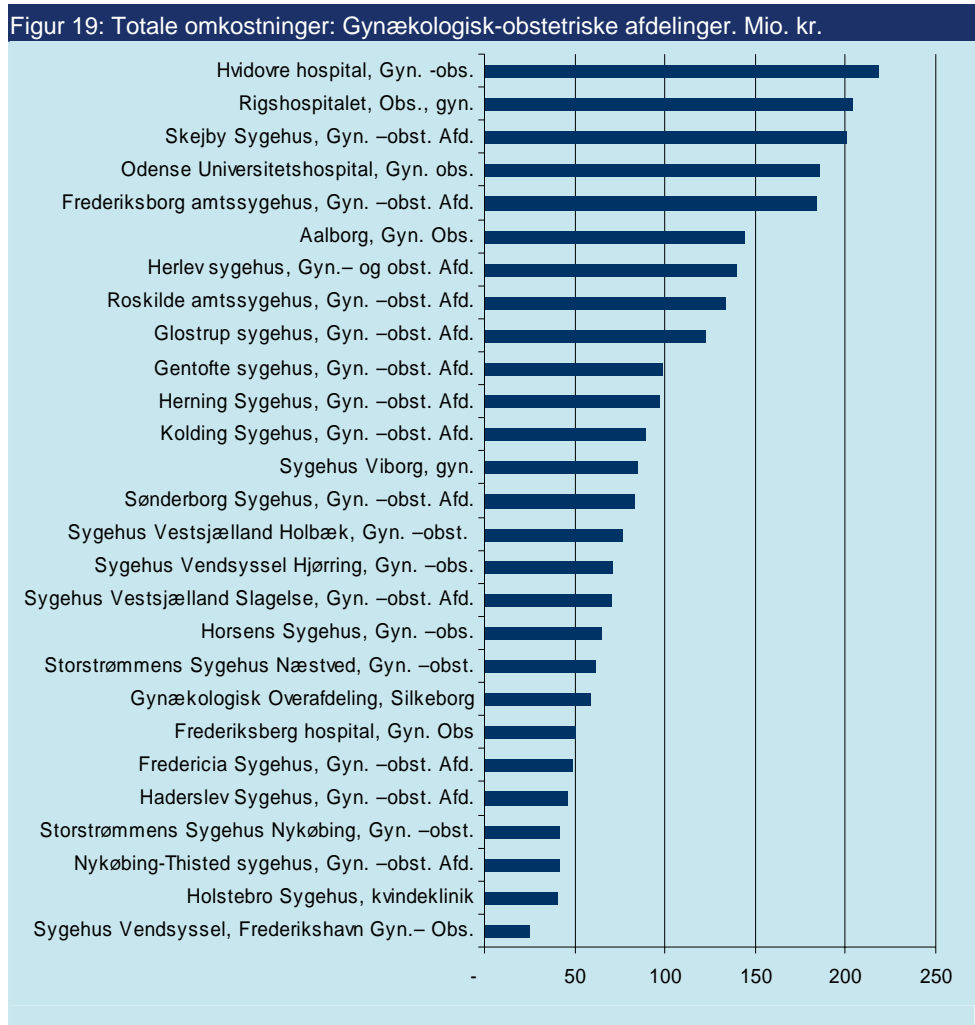
DRG-produktionsværdien udtrykker afdelingens samlede aktivitet og afspejler dermed afdelingens størrelse.

Figur 18: DRG-produktionsværdi. Gynækologisk-obstetriske afdelinger. 1000 kr.



Omkostninger

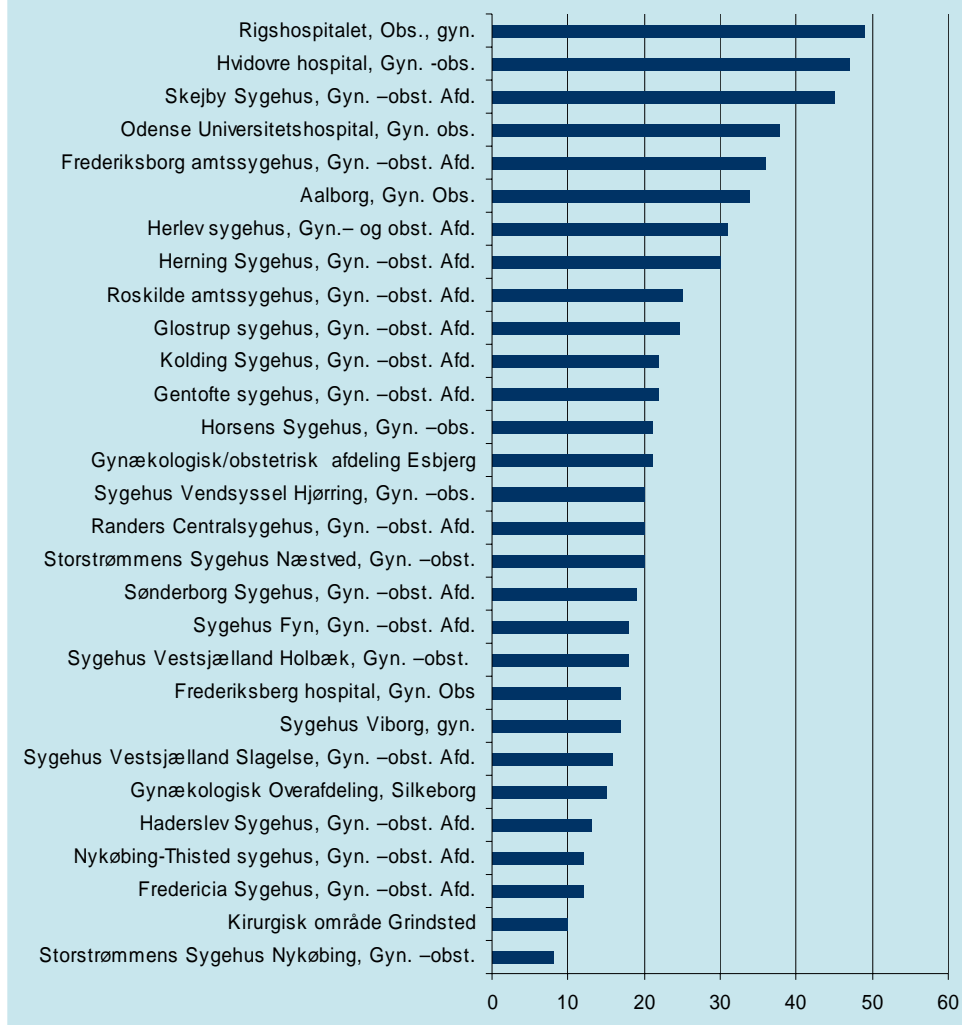
En umiddelbar sammenligning af fordelingen af omkostninger mellem afdelinger med opgørelsen over DRG-produktionsværdien viser, at afdelingerne fordeler sig tilnærmelsesvis identisk i de to opgørelser. Således har afdelingen på Hvidovre hospital i lighed med den relativt største DRG-produktionsværdi også de relativt største omkostninger til produktionen. Afdelingerne under Esbjerg Sygehus og Randers Centralsygehus er ikke med i opgørelsen, da fordelingsregnskab for disse afdelinger/sygehuse ikke foreligger. Afdelingen under Sygehus Fyn er ikke medtaget, da der ikke er fordelt omkostninger til denne afdeling (afd. 11).



Antal ansatte læger

Antallet af læger varierer betydeligt mellem afdelingerne, men følger i høj grad afdelingernes aktivitet.

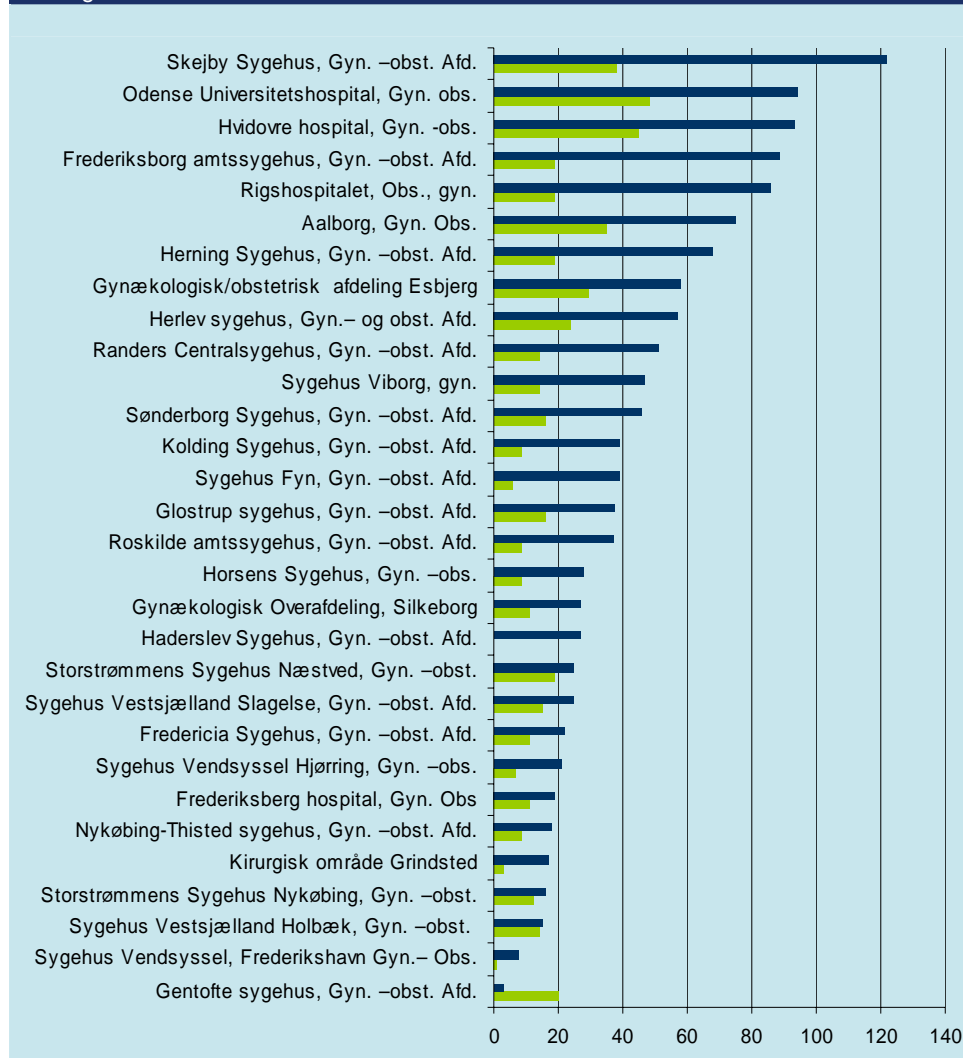
Figur 20: Ansatte læger på gynækologisk-obstetriske afdelinger. Antal.



Sygeplejersker og andet plejepersonale

Antallet af sygeplejersker og andet plejepersonale varierer markant mellem afdelingerne. Ligeledes er der mellem afdelingerne forskel på, hvor stor en andel andet plejepersonale udgør af det samlede plejepersonale.

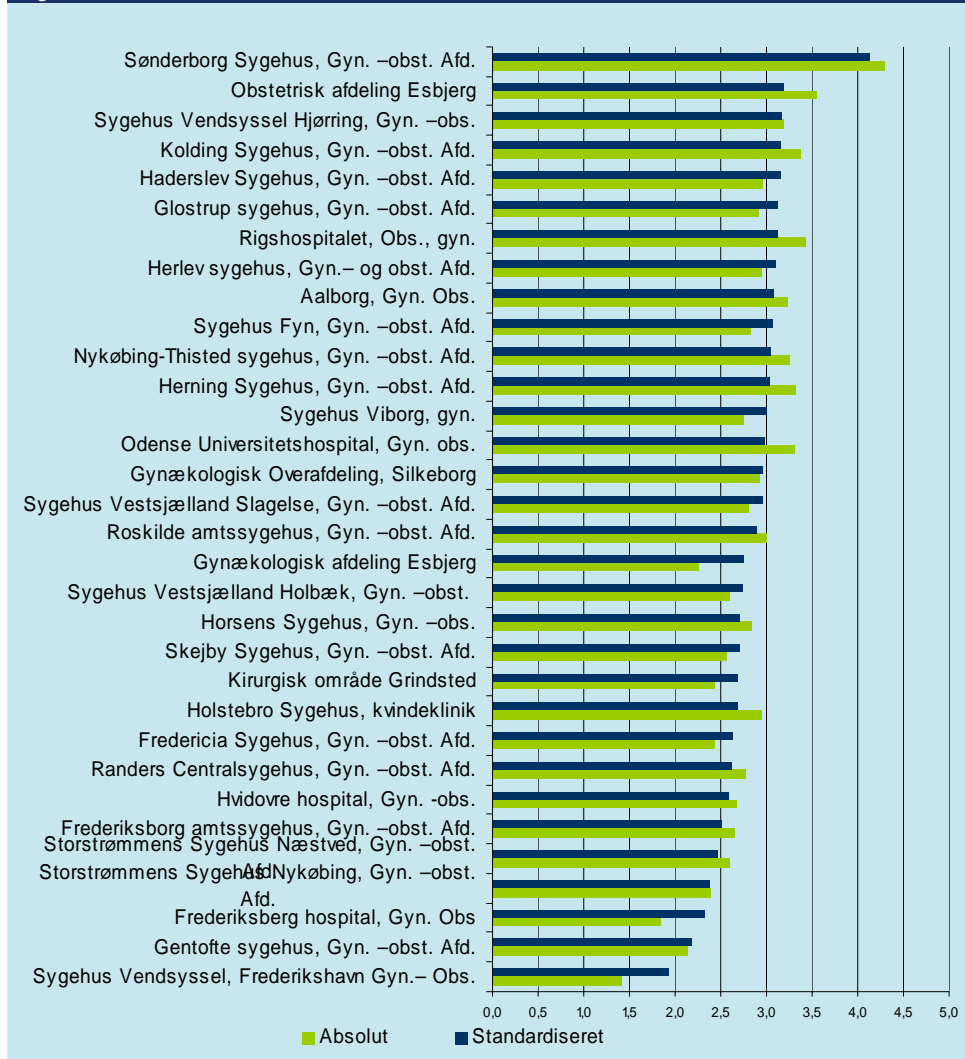
Figur 21: Ansatte sygeplejersker og andet plejepersonale på Gynækologisk-obstetriske afdelinger. Antal



Liggetid

Der er generelt ikke markante forskelle på den gennemsnitlige liggetid mellem afdelingerne, idet en stor del samler sig omkring et overordnet gennemsnit. Afdelingen på Sønderborg sygehus skiller sig imidlertid ud ved at have en relativ lang liggetid såvel før og efter standardisering. Generelt er forskellen mellem de absolutte og standardiserede liggetider begrænset.

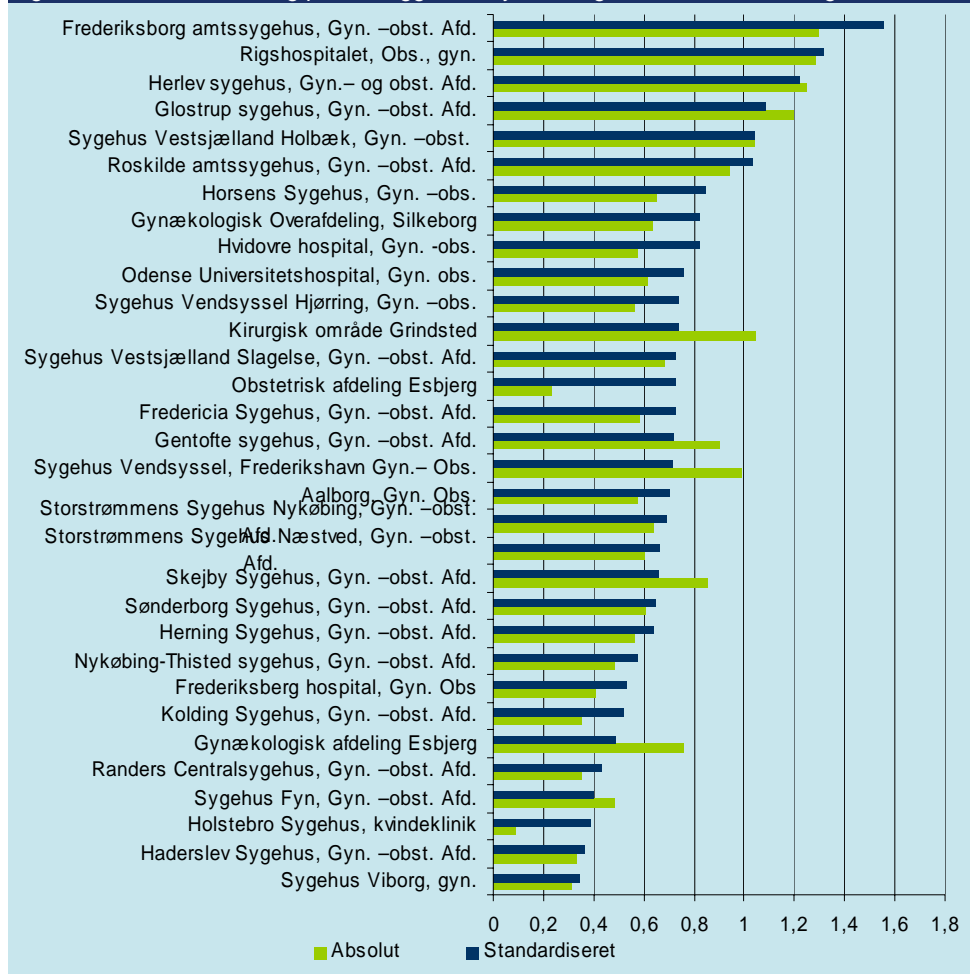
Figur 22: Liggetid, absolut og standardiseret. Gynækologiske-obstetriske afdelinger. Antal dage.



Ambulant besøg pr. indlæggelse

Det er overordnet væsentligt at notere, at antallet af besøg pr. indlæggelse på gynækologisk-obstetriske afdelinger ligger på et ganske lavt niveau. Der er imidlertid stadig forskelle mellem afdelingerne. Således er gynækologisk-obstetriske afdeling Frederiksborg Amtssygehus både absolut og efter standardisering af tallet den afdeling med relativt flest besøg pr. indlæggelse. Modsat er f.eks. Holstebro Sygehus, kvindeklinik samt afdelingen under Viborg Sygehus kendetegnet ved relativt få besøg pr. indlæggelse. De fleste afdelinger samler sig i spændet mellem et halvt og ét ambulant besøg pr. indlæggelse.

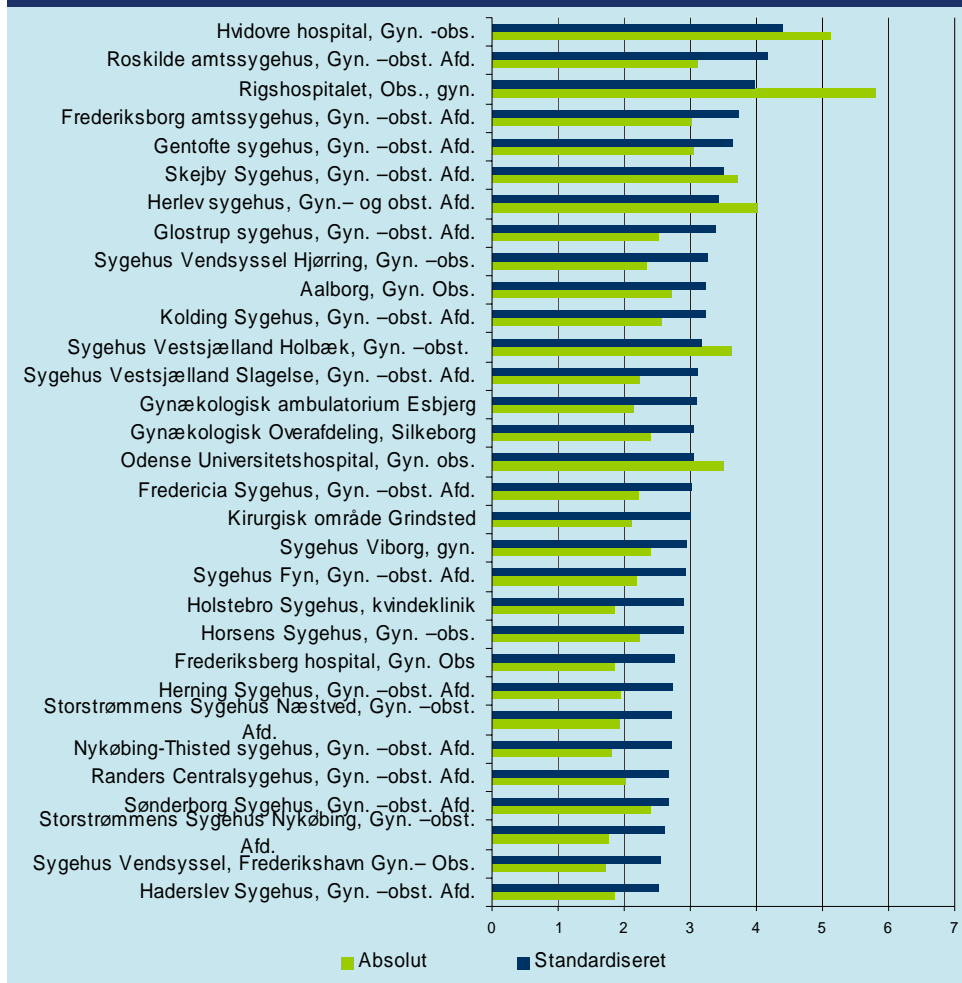
Figur 23: Ambulante besøg pr. indlæggelse. Gynækologisk-obstetriske afdeling. Antal.



Ambulante besøg pr. ambulans operation

Antallet af ambulante besøg pr. ambulans operation varierer relativt meget, når de absolutte tal betragtes, idet gynækologisk-obstetrisk afdeling på Rigshospitalet har tre gange så mange ambulante besøg pr. operation set i forhold til tilsvarende afdelinger i eksempelvis Frederikshavn og Thisted. Når tallene standardiseres og der hermed tages hensyn til afdelingernes behandlingstunge, snævres forskellene imidlertid væsentligt ind, og afdelingerne fordeler sig over et spænd fra gennemsnitligt ca. 2,5 besøg til lidt over 4 besøg pr. ambulans operation.

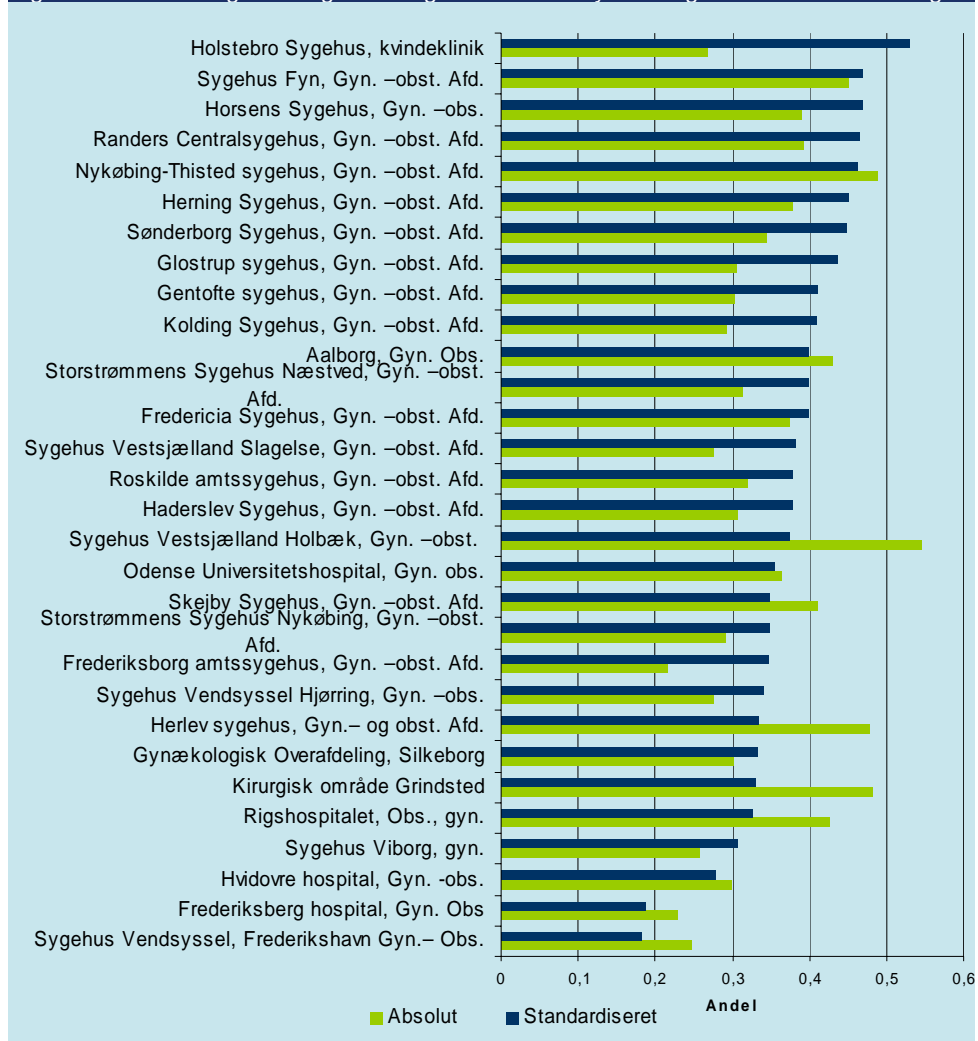
Figur 24: Ambulante besøg pr. ambulans operation. Gynækologisk-obstetrisk afdelinger. Antal.



Kirurgiske indgreb foretaget ambulantly

Den relative fordeling af afdelingerne vedrørende andelen af kirurgiske indgreb foretaget ambulantly ændrer sig betydeligt, når tallene standardiseres. Gynækologisk afdeling på Holbæk Sygehus har således den største andel af kirurgiske indgreb (55%), når der måles i absolutte tal, men placerer sig midt i feltet efter standardisering. Både før og efter standardisering er gynækologisk-obstetrisk afdeling på Frederiksberg Hospital imidlertid den afdeling med den relativt laveste andel kirurgiske indgreb, der foretages ambulantly.

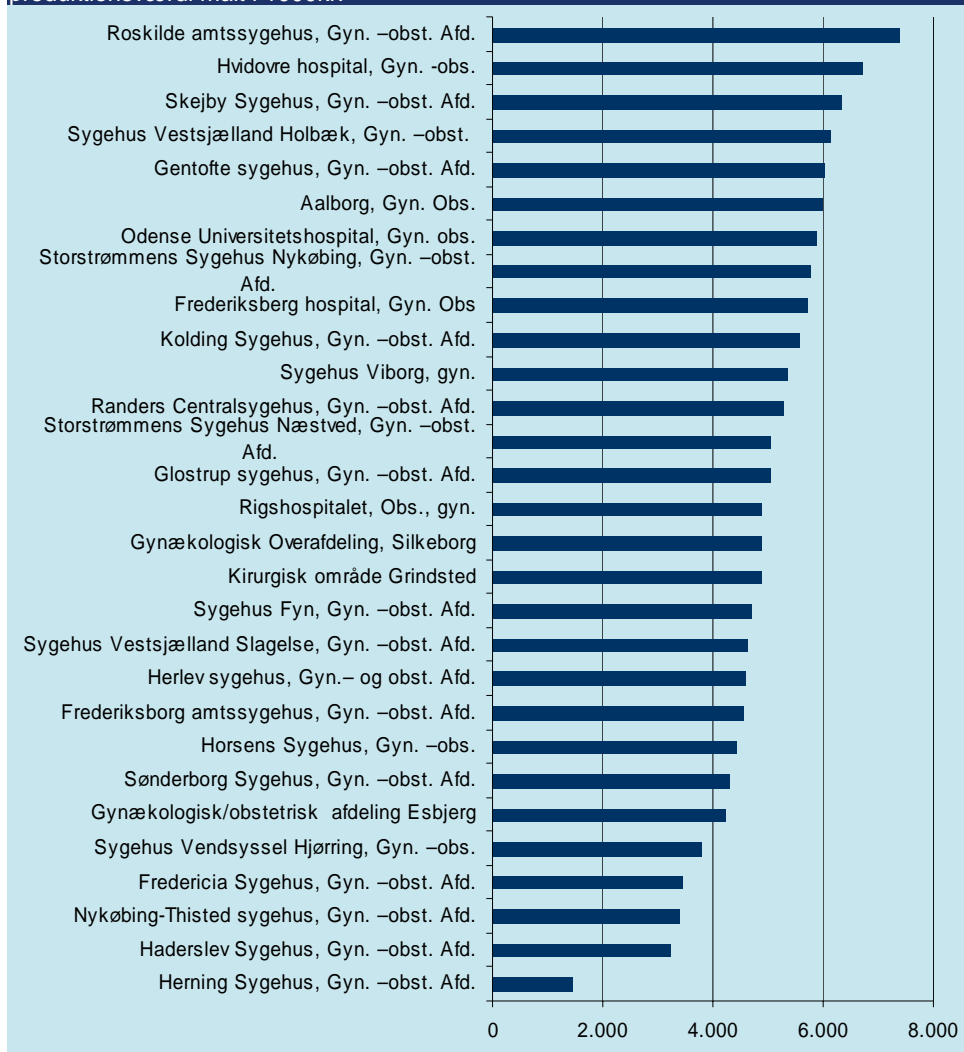
Figur 25: Andel kirurgiske indgreb foretaget ambulantly. Gynækologisk-obstetriske afdelinger.



DRG-produktionsværdi pr. læge

DRG-produktionsværdien pr. ansat læge varierer – når der bortses afdelingen på Herning Sygehus - fra en DRG-produktionsværdi på ca. 3,5 mio. til ca. 7,5 mio. pr. læge.

Figur 26: DRG-produktionsværdi pr. læge. Gynækologiske-obstetriske afdelinger. DRG-produktionsværdi målt i 1000kr.

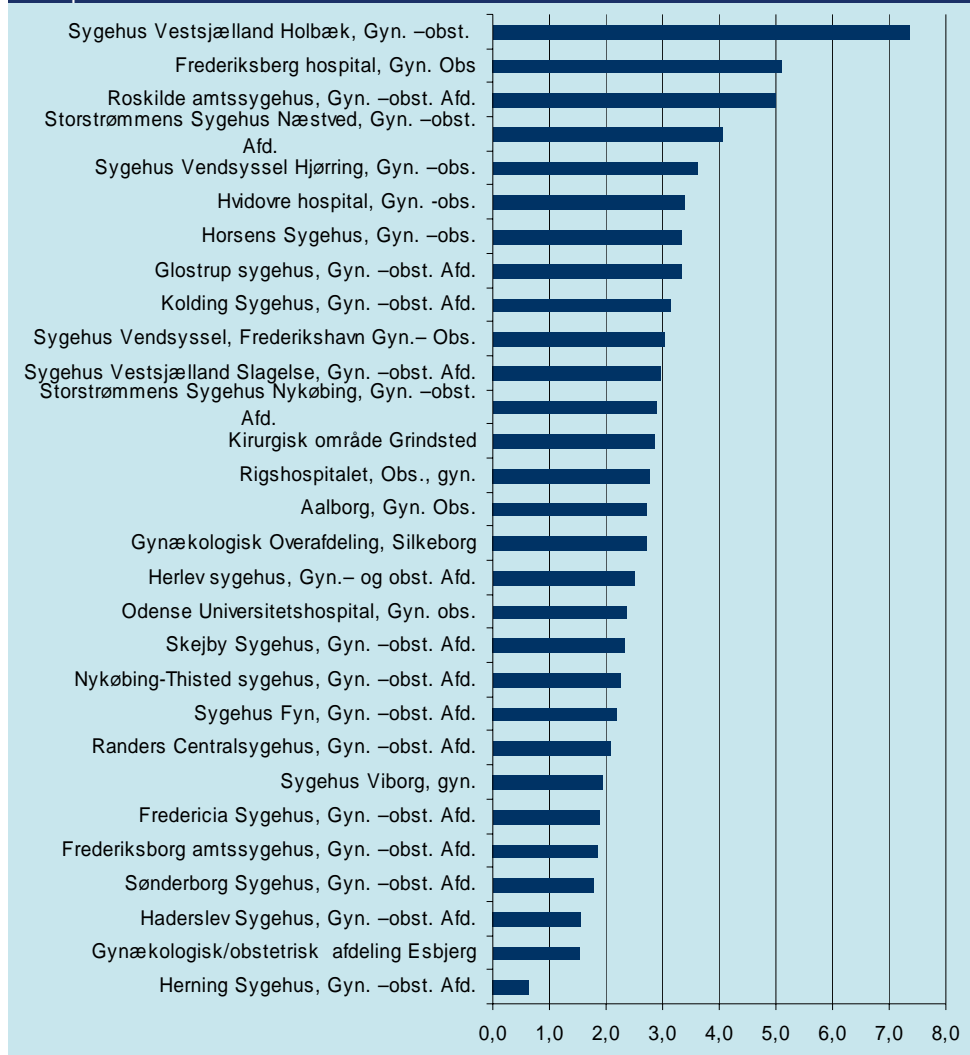


Note: Holstebro Sygehus, kvindeklinik samt afdelingen på Frederikshavn Sygehus fremgår ikke af opgørelsen, da antal årsværk ikke er opgjort.

DRG-produktionsværdi pr. sygeplejerske

Afdelingerne spreder sig i intervallet fra ca. 1,5 mio. i DRG-produktionsværdi til ca. 5 mio. i DRG-produktionsværdi pr. sygeplejerske.

Figur 27: DRG-produktionsværdi pr. sygeplejerske. Gynækologiske-obstetriske afdelinger. DRG-produktionsværdi målt i 1000kr.

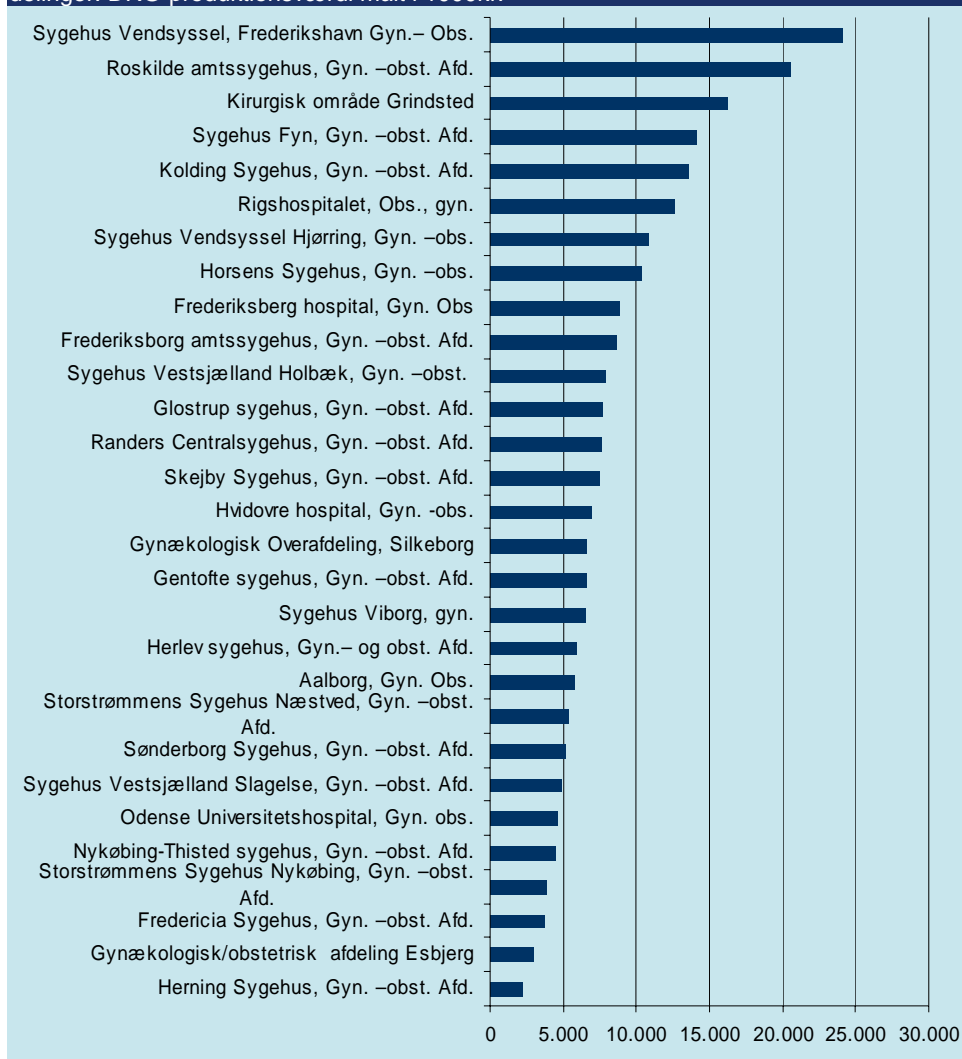


Note: Holstebro Sygehus, kvindeklinik fremgår ikke af opgørelsen, da antal årsværk ikke er opgjort. Desuden fremgår afdelingen på Gentofte Sygehus ikke af figuren, da denne afdeling har en DRG-produktionsværdi på 44mio. pr. sygeplejerske, hvilket kan tilskrives, at antallet af sygeplejersker kun er opgjort til 3.

DRG-produktionsværdi pr. andet plejepersonale

Hvad angår produktionsværdien for andet plejepersonale er der ligeledes betydelige forskelle mellem afdelingerne. Således er forskellen mellem afdelingen med relativt størst DRG-produktionsværdi pr. andet plejepersonale og afdelingen med relativt lavest på over 20 mio. Dog placerer en stor del af afdelingerne sig i et bånd omkring 6-8 mio. DRG-produktionsværdi pr. andet plejepersonale.

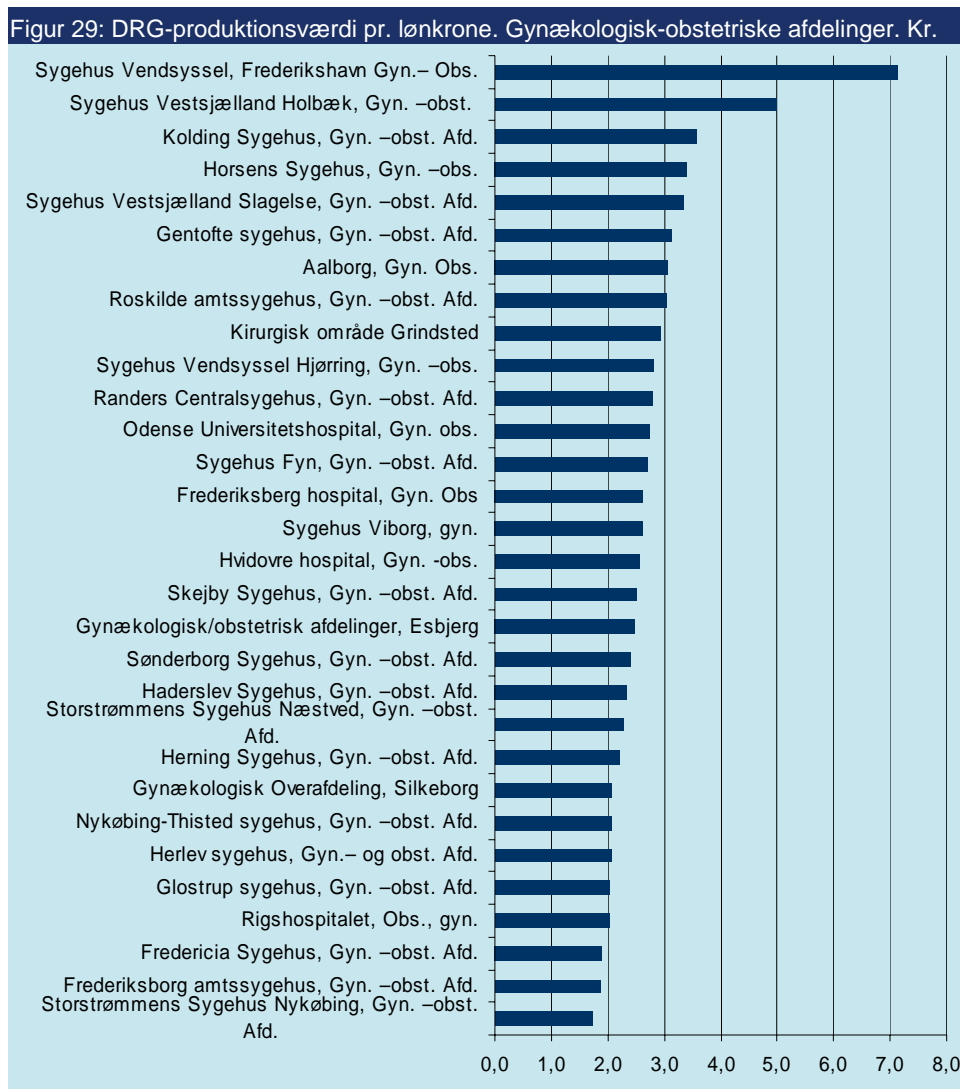
Figur 28: DRG-produktionsværdi pr. andet plejepersonale. Gynækologiske-obstetriske afdelinger. DRG-produktionsværdi målt i 1000kr.



Note: Holstebro Sygehus, kvindeklinik samt afdelingen på Haderslev Sygehus fremgår ikke af opgørelsen, da antal årsværk ikke er opgjort.

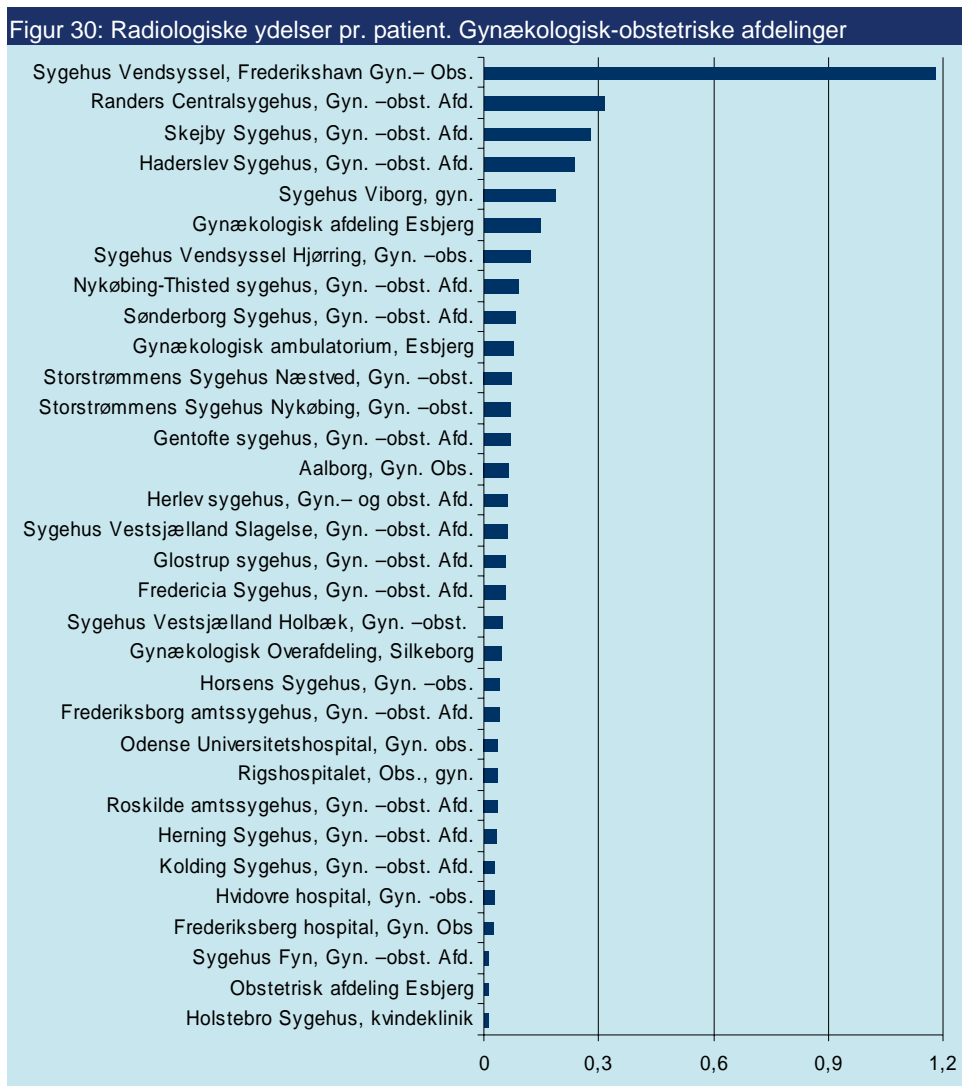
DRG-værdi i forhold til lønsum

Bortset fra de gynækologisk-obstetriske afdelinger på Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn og Sygehus Vestsjælland i Holbæk ligger afdelingerne i et spænd fra omkring en faktor 2 til lidt over tre, hvad angår produktionsværdi pr. lønkrone. Dette betyder med andre ord for de fleste afdelingers vedkommende, at mellem ca. 33% og 50% af hver produceret DRG-værdi går til lønninger.



Radiologiske ydelser pr. patient

Selv når der ses bort fra afdelingen under Hjørring-Brønderslev Sygehus er der markante forskelle mellem afdelingerne. Der tegner sig imidlertid et midterfelt af afdelinger, der kredser omkring ca. 0,1 radiologiske ydelser pr. patient.



Bilag 4: Oversigt over nøgletal og indikatorer

Tabel B3.1. Oversigt over nøgletal for 34 mave-tarm kirurgiske afdelinger.

Afdelingsnavn	Antal indlæggelser	Antal ambulante besøg	DRG/DAGS-produktionsværdi	Omkostninger
Rigshospitalet, Kirurgisk Gastroenterologisk Klinik, C	2.551	7.320	153.476	150.993
Kir. gastroenterologisk afd.. K, Bispebjerg Hospital	6.295	13.890	167.342	170.354
Gastroenterologisk afdeling, Hvidovre Hospital	4.856	15.715	142.839	135.048
Kir. gastroenterologisk afdeling, Amager Hospital	2.339	4.241	63.149	62.429
Kirurgisk overafdeling D, Gentofte	3.620	10.473	131.549	124.244
Kirurgisk overafdeling D, Glostrup	3.537	8.688	111.350	111.377
Kirurgisk gastroenterologisk overafdeling D, Herlev	3.848	9.372	123.359	146.170
Kirurgisk Enhed, Frederiksborg amts sundhedsvæsen	11.020	31.027	314.558	332.177
Kirurgisk afd., RAS Roskilde	1.759	4.267	59.081	52.304
Kirurgisk afd., RAS Køge	4.129	9.939	106.489	91.639
Kirurgisk overafdeling, Holbæk	4.478	12.527	117.212	91.086
Kirurgisk overafdeling, Slagelse	4.104	6.054	146.324	159.577
Kirurgi, Næstved	4.465	13.186	136.606	131.688
Kirurgi, Nykøbing Falster	3.384	9.721	87.643	87.033
Kirurgisk afd. A, Odense Universitetshospital	4.999	11.260	184.419	152.734
Organkirurgisk afd. K, Middelfart, OUH	1.852	6.572	59.557	41.836
Organkirurgisk overafdeling, Sygehus Fyn	7.767	22.652	235.118	136.545
Parenkymkirurgisk afd. K, Sønderborg Sygehus	2.793	13.129	112.971	109.739
Organkirurgisk afd., Aabenraa Sygehus	5.173	8.024	132.783	94.392
Parenkymkirurgisk afdeling Esbjerg	4.682	0	114.307	-
Parenkymkirurgisk ambulatorium Esbjerg	0	8.672	22.198	-
Organkirurgisk afd., Horsens	3.314	12.484	107.899	83.934
Organkirurgisk afd., Kolding	2.789	9.423	106.397	94.878
Organkirurgisk afd., Vejle	3.063	12.992	121.266	89.384
Kirurgisk afd., Holstebro Sygehus	2.917	6.242	88.782	78.944
Kirurgisk afd., Herning Sygehus	5.510	22.806	228.335	191.631
Kirurgisk Overafdeling, Silkeborg	2.877	6.342	76.012	-
Kir. Gastroenterologisk Overafd. L, Århus Sygehus	4.217	7.391	154.402	91.723
Kirurgisk afd. L, sekt. AAS, Århus Amtssygehus	4.193	23.090	171.564	128.581
Organkirurgisk Overafd. K, Randers	5.725	17.167	194.213	-
Organkirurgisk afd. K, Sygehus Viborg	6.023	20.327	217.607	189.122
Organkirurgisk afd., Sygehus NORD, Nykøbing-Thisted	2.050	7.236	64.055	56.654
Kirurgisk område, Aalborg	8.162	17.364	271.803	241.889
Kirurgisk område, Vendsyssel	5.828	18.945	182.419	177.185

Table B3.2. Oversigt over nøgletal for 34 mave-tarm kirurgiske afdelinger.

Afdelingsnavn	Antal læ-ger	Antal sy-geple-jersker	Antal an-det pleje-personale
Rigshospitalet, Kirurgisk Gastroenterologisk Klinik, C	29	69	9
Kir. gastroenterologisk afd.. K, Bispebjerg Hospital	37	107	5
Gastroenterologisk afdeling, Hvidovre Hospital	39	101	21
Kir. gastroenterologisk afdeling, Amager Hospital	16	32	5
Kirurgisk overafdeling D, Gentofte	29	99	30
Kirurgisk overafdeling D, Glostrup	26	38	17
Kirurgisk gastroenterologisk overafdeling D, Herlev	27	64	18
Kirurgisk Enhed, Frederiksborg amts sundhedsvæsen	77	120	44
Kirurgisk afd., RAS Roskilde	36	61	24
Kirurgisk afd., RAS Køge			
Kirurgisk overafdeling, Holbæk	24	39	29
Kirurgisk overafdeling, Slagelse	40	51	23
Kirurgi, Næstved	34	45	25
Kirurgi, Nykøbing Falster	23	37	19
Kirurgisk afd. A, Odense Universitetshospital	34	92	28
Organkirurgisk afd. K, Middelfart, OUH	14	24	9
Organkirurgisk overafdeling, Sygehus Fyn	31	41	11
Parenkymkirurgisk afd. K, Sønderborg Sygehus	24	46	14
Organkirurgisk afd., Aabenraa Sygehus	30	35	13
Parenkymkirurgisk afdeling Esbjerg	28	56	20
Parenkymkirurgisk ambulatorium Esbjerg			
Organkirurgisk afd., Horsens	16	35	9
Organkirurgisk afd., Kolding	18	31	7
Organkirurgisk afd., Vejle	23	59	12
Kirurgisk afd., Holstebro Sygehus	17	37	10
Kirurgisk afd., Herning Sygehus	38	101	37
Kirurgisk Overafdeling, Silkeborg	16	29	10
Kir. Gastroenterologisk Overafd. L, Århus Sygehus	37	69	20
Kirurgisk afd. L, sekt. AAS, Århus Amtssygehus	-	-	
Organkirurgisk Overafd. K, Randers	32	82	24
Organkirurgisk afd. K, Sygehus Viborg	35	54	17
Organkirurgisk afd., Sygehus NORD, Nykøbing-Thisted	12	17	7
Kirurgisk område, Aalborg	45	122	42
Kirurgisk område, Vendsyssel	40	111	28

Tabel B3.3. Oversigt over indikatorer for 34 mave-tarm kirurgiske afdelinger.

Afdelingsnavn	DRG-værdi pr. læge	DRG-værdi pr. sygeplejerske	DRG-værdi pr. andet plejepersonale	DRG-værdi pr. løn kr.
Rigshospitalet, Kirurgisk Gastroenterologisk Klinik, C	5.292	2.224	17.053	3,1
Kir. gastroenterologisk afd.. K, Bispebjerg Hospital	4.542	1.564	34.936	2,7
Gastroenterologisk afdeling, Hvidovre Hospital	3.663	1.414	6.802	2,0
Kir. gastroenterologisk afdeling, Amager Hospital	3.947	1.973	12.630	2,6
Kirurgisk overafdeling D, Gentofte	4.536	1.329	4.385	2,0
Kirurgisk overafdeling D, Glostrup	4.229	2.940	6.478	2,8
Kirurgisk gastroenterologisk overafdeling D, Herlev	4.569	1.927	6.853	2,5
Kirurgisk Enhed, Frederiksborg amts sundhedsvæsen	4.085	2.621	7.149	2,9
Kirurgisk afd., RAS Roskilde	4.615	2.710	6.867	2,6
Kirurgisk afd., RAS Køge				
Kirurgisk overafdeling, Holbæk	4.884	3.005	4.042	3,3
Kirurgisk overafdeling, Slagelse	3.658	2.869	6.362	3,3
Kirurgi, Næstved	4.018	3.036	5.464	2,6
Kirurgi, Nykøbing Falster	3.811	2.369	4.613	2,4
Kirurgisk afd. A, Odense Universitetshospital	5.392	2.013	6.489	2,7
Organkirurgisk afd. K, Middelfart, OUH	4.209	2.532	6.343	2,7
Organkirurgisk overafdeling, Sygehus Fyn	7.584	5.735	21.374	5,9
Parenkymkirurgisk afd. K, Sønderborg Sygehus	4.707	2.456	8.069	3,0
Organkirurgisk afd., Aabenraa Sygehus	4.426	3.794	10.214	3,6
Parenkymkirurgisk afdeling Esbjerg	4.961	2.458	6.860	3,4
Parenkymkirurgisk ambulatorium Esbjerg				
Organkirurgisk afd., Horsens	6.744	3.083	11.989	4,2
Organkirurgisk afd., Kolding	5.911	3.432	15.200	4,0
Organkirurgisk afd., Vejle	5.272	2.055	10.106	3,0
Kirurgisk afd., Holstebro Sygehus	5.222	2.400	8.878	3,1
Kirurgisk afd., Herning Sygehus	6.009	2.261	6.171	3,0
Kirurgisk Overafdeling, Silkeborg	4.751	2.621	7.601	2,9
Kir. Gastroenterologisk Overafd. L, Århus Sygehus	4.173	2.238	7.720	2,5
Kirurgisk afd. L, sekt. AAS, Århus Amtssygehus	-	-	-	-
Organkirurgisk Overafd. K, Randers	6.069	2.368	8.092	3,3
Organkirurgisk afd. K, Sygehus Viborg	6.217	4.030	12.800	4,0
Organkirurgisk afd., Sygehus NORD, Nykøbing-Thisted	5.338	3.768	9.151	3,5
Kirurgisk område, Aalborg	6.040	2.228	6.471	3,0
Kirurgisk område, Vendsyssel	4.560	1.643	6.515	2,3

Tabel B3.4. Oversigt over indikatorer for 34 mave-tarm kirurgiske afdelinger.

Afdelingsnavn	Liggetid	Liggetid (standardiseret)	Andel kirurgiske indgreb foretaget ambulant (%)	Andel kirurgiske indgreb foretaget ambulant (%) (standardiseret)
Rigshospitalet, Kirurgisk Gastroenterologisk Klinik, C	7,6	4,7	0	1
Kir. gastroenterologisk afd.. K, Bispebjerg Hospital	3,4	3,5	19	24
Gastroenterologisk afdeling, Hvidovre Hospital	4,4	4,4	30	35
Kir. gastroenterologisk afdeling, Amager Hospital	4,1	4,2	38	42
Kirurgisk overafdeling D, Gentofte	5,9	5,2	48	50
Kirurgisk overafdeling D, Glostrup	4,9	4,9	22	40
Kirurgisk gastroenterologisk overafdeling D, Herlev	5,3	4,7	6	10
Kirurgisk Enhed, Frederiksborg amts sundhedsvæsen	3,9	4,2	19	23
Kirurgisk afd., RAS Roskilde	6,2	5,1	42	40
Kirurgisk afd., RAS Køge	4,3	5,4	25	25
Kirurgisk overafdeling, Holbæk	3,6	4,4	34	34
Kirurgisk overafdeling, Slagelse	5,6	4,5	6	16
Kirurgi, Næstved	5,1	5,1	8	14
Kirurgi, Nykøbing Falster	4,8	5,3	19	24
Kirurgisk afd. A, Odense Universitetshospital	5,0	4,1	28	27
Organkirurgisk afd. K, Middelfart, OUH	4,5	4,9	46	47
Organkirurgisk overafdeling, Sygehus Fyn	3,2	3,8	38	28
Parenkymkirurgisk afd. K, Sønderborg Sygehus	5,0	4,5	44	42
Organkirurgisk afd., Aabenraa Sygehus	3,0	3,4	36	31
Parenkymkirurgisk afdeling Esbjerg	4,0	4,0	0	0
Parenkymkirurgisk ambulatorium Esbjerg	-	-	100	63
Organkirurgisk afd., Horsens	3,8	4,0	39	38
Organkirurgisk afd., Kolding	4,3	4,1	44	44
Organkirurgisk afd., Vejle	4,2	3,9	41	38
Kirurgisk afd., Holstebro Sygehus	4,3	4,4	31	35
Kirurgisk afd., Herning Sygehus	4,6	4,2	49	39
Kirurgisk Overafdeling, Silkeborg	4,0	4,7	23	27
Kir. Gastroenterologisk Overafd. L, Århus Sygehus	4,8	4,0	22	56
Kirurgisk afd. L, sekt. AAS, Århus Amtssygehus	5,1	4,4	48	36
Organkirurgisk Overafd. K, Randers	3,9	3,8	39	50
Organkirurgisk afd. K, Sygehus Viborg	3,9	3,7	40	37
Organkirurgisk afd., Sygehus NORD, Nykøbing-Thisted	3,5	4,0	54	40
Kirurgisk område, Aalborg	4,7	4,4	25	30
Kirurgisk område, Vendsyssel	4,1	4,7	44	33

Tabel B3.5. Oversigt over indikatorer for 34 mave-tarm kirurgiske afdelinger.					
Afdelingsnavn	Antal besøg pr. indlæggelse	Antal besøg pr. indlæggelse (standardiseret)	Besøg pr. ambulansoperation	Besøg pr. ambulansoperation (standardiseret)	Antal radiologiske ydelser pr. patient
Rigshospitalet, Kirurgisk Gastroenterologisk Klinik, C	3,0	2,0	5,0	2,7	2,1
Kir. gastroenterologisk afd.. K, Bispebjerg Hospital	1,3	1,7	2,7	2,5	1,1
Gastroenterologisk afdeling, Hvidovre Hospital	1,8	2,0	2,4	2,1	0,8
Kir. gastroenterologisk afdeling, Amager Hospital	1,0	1,4	1,7	1,8	1,0
Kirurgisk overafdeling D, Gentofte	1,8	1,9	2,4	2,1	1,2
Kirurgisk overafdeling D, Glostrup	1,1	1,5	2,5	2,5	1,1
Kirurgisk gastroenterologisk overafdeling D, Herlev	1,6	1,7	2,7	2,5	1,3
Kirurgisk Enhed, Frederiksborg amts sundhedsvæsen	1,3	1,4	2,4	2,1	0,7
Kirurgisk afd., RAS Roskilde	2,4	1,7	3,8	2,6	1,1
Kirurgisk afd., RAS Køge	1,0	1,3	2,0	2,2	0,5
Kirurgisk overafdeling, Holbæk	1,0	1,3	2,2	2,1	0,7
Kirurgisk overafdeling, Slagelse	1,1	1,2	2,1	1,9	1,2
Kirurgi, Næstved	1,3	1,3	2,3	2,1	1,0
Kirurgi, Nykøbing Falster	0,9	1,0	2,2	2,1	0,9
Kirurgisk afd. A, Odense Universitetshospital	2,2	1,4	2,4	2,3	0,4
Organkirurgisk afd. K, Middelfart, OUH	1,0	1,3	1,9	2,2	0,4
Organkirurgisk overafdeling, Sygehus Fyn	1,2	1,1	2,1	2,1	0,3
Parenkymkirurgisk afd. K, Sønderborg Sygehus	1,7	1,3	1,9	2,0	0,6
Organkirurgisk afd., Aabenraa Sygehus	0,8	0,8	2,0	1,9	0,8
Parenkymkirurgisk afdeling Esbjerg	0,6	0,9			0,6
Parenkymkirurgisk ambulatorium Esbjerg	-	-	2,1	2,3	0,2
Organkirurgisk afd., Horsens	1,1	1,3	1,8	2,0	0,7
Organkirurgisk afd., Kolding	1,0	1,3	1,6	1,9	0,6
Organkirurgisk afd., Vejle	3,4	1,9	2,3	2,1	0,7
Kirurgisk afd., Holstebro Sygehus	1,0	1,0	1,7	1,9	0,6
Kirurgisk afd., Herning Sygehus	1,1	1,2	2,1	2,1	0,6
Kirurgisk Overafdeling, Silkeborg	0,9	1,2	1,7	2,0	0,7
Kir. Gastroenterologisk Overafd. L, Århus Sygehus	1,1	1,3	2,2	2,3	1,5
Kirurgisk afd. L, sekt. AAS, Århus Amtssygehus	2,6	1,6	2,3	2,2	1,3
Organkirurgisk Overafd. K, Randers	1,6	1,3	2,1	2,0	0,6
Organkirurgisk afd. K, Sygehus Viborg	1,3	1,0	2,0	2,0	0,6
Organkirurgisk afd., Sygehus NORD, Nykøbing-Thisted	0,8	0,9	1,7	1,9	0,5
Kirurgisk område, Aalborg	0,8	0,9	1,9	2,1	1,1
Kirurgisk område, Vendsyssel	0,9	0,9	1,7	1,8	0,8

Table B3.6. Overview of key figures for 33 gynecological-obstetric departments.

Afdelingsnavn	Antal indlæggelser	Antal ambulante besøg	DRG/DAGS-produktionsværdi	Omkostninger
Rigshospitalet, Obs., gyn.	6.937	69.963	239.538	204.205
Hvidovre hospital, Gyn. -obs.	10.288	87.292	315.095	218.988
Frederiksberg hospital, Gyn. Obs	4.727	24.996	97.299	50.743
Gentofte sygehus, Gyn. -obst. Afd.	6.111	25.971	132.630	98.848
Glostrup sygehus, Gyn. -obst. Afd.	5.182	38.213	124.586	122.264
Herlev sygehus, Gyn.- og obst. Afd.	5.311	34.450	142.654	139.533
Frederiksborg amtssygehus, Gyn. -obst. Afd.	5.606	44.467	164.811	183.798
Roskilde amtssygehus, Gyn. -obst. Afd.	5.571	44.875	185.323	133.771
Sygehus Vestsjælland Holbæk, Gyn. -obst.	3.835	30.775	110.446	76.051
Sygehus Vestsjælland Slagelse, Gyn. -obst. Afd.	3.000	18.703	73.967	69.981
Storstrømmens Sygehus Næstved, Gyn. -obst. Afd.	4.006	17.778	101.281	61.594
Storstrømmens Sygehus Nykøbing, Gyn. -obst. Afd.	1.944	10.274	46.071	42.018
Odense Universitetshospital, Gyn. obs.	6.280	49.532	222.764	185.788
Sygehus Fyn, Gyn. -obst. Afd.	3.221	15.976	85.075	-
Sønderborg Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	3.141	13.462	82.033	83.146
Haderslev Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	1.916	5.779	41.925	45.901
Gynækologisk afdeling Esbjerg	1.911	0	24.622	-
Obstetrisk afdeling Esbjerg	2.508	0	63.933	-
Gynækologisk ambulatorium, Esbjerg	0	9.482	18.858	-
Kirurgisk område Grindsted	1.983	8.340	48.834	-
Fredericia Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	1.630	12.376	41.318	48.897
Horsens Sygehus, Gyn. -obs.	3.362	26.486	93.275	65.418
Kolding Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	3.606	26.512	122.750	89.192
Holstebro Sygehus, kvindeklinik	1.583	6.746	43.499	41.098
Herning Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	3.922	20.049	121.750	97.379
Gynækologisk Overafdeling, Silkeborg	2.793	15.536	73.308	58.650
Randers Centralsygehus, Gyn. -obst. Afd.	3.988	18.746	105.764	-
Skejby Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	11.730	53.707	285.806	200.647
Sygehus Viborg, gyn.	4.399	15.892	91.452	85.252
Nykøbing-Thisted sygehus, Gyn. -obst. Afd.	1.397	7.644	40.629	41.485
Aalborg, Gyn. Obs.	6.531	45.609	203.795	143.714
Sygehus Vendsyssel Hjørring, Gyn. -obs.	3.118	12.045	75.929	71.501
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn Gyn.- Obs.	1.319	5.230	24.115	25.286

Tabel B3.7. Oversigt over nøgletal for 33 gynækologiske-obstetriske afdelinger.			
Afdelingsnavn	Antal læger	Antal sygeplejersker	Antal andet plejepersonale
Rigshospitalet, Obs., gyn.	49	86	19
Hvidovre hospital, Gyn. -obs.	47	93	45
Frederiksberg hospital, Gyn. Obs	17	19	11
Gentofte sygehus, Gyn. -obst. Afd.	22	3	20
Glostrup sygehus, Gyn. -obst. Afd.	25	38	16
Herlev sygehus, Gyn.- og obst. Afd.	31	57	24
Frederiksborg amtssygehus, Gyn. -obst. Afd.	36	89	19
Roskilde amtssygehus, Gyn. -obst. Afd.	25	37	9
Sygehus Vestsjælland Holbæk, Gyn. -obst.	18	15	14
Sygehus Vestsjælland Slagelse, Gyn. -obst. Afd.	16	25	15
Storstrømmens Sygehus Næstved, Gyn. -obst. Afd.	20	25	19
Storstrømmens Sygehus Nykøbing, Gyn. -obst. Afd.	8	16	12
Odense Universitetshospital, Gyn. obs.	38	94	48
Sygehus Fyn, Gyn. -obst. Afd.	18	39	6
Sønderborg Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	19	46	16
Haderslev Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	13	27	0
Gynækologisk afdeling Esbjerg	21	58	29
Obstetriske afdeling Esbjerg			
Gynækologisk ambulatorium, Esbjerg			
Kirurgisk område Grindsted	10	17	3
Fredericia Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	12	22	11
Horsens Sygehus, Gyn. -obs.	21	28	9
Kolding Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	22	39	9
Holstebro Sygehus, kvindeklinik	-	-	-
Herning Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	30	68	19
Gynækologisk Overafdeling, Silkeborg	15	27	11
Randers Centralsygehus, Gyn. -obst. Afd.	20	51	14
Skejby Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	45	122	38
Sygehus Viborg, gyn.	17	47	14
Nykøbing-Thisted sygehus, Gyn. -obst. Afd.	12	18	9
Aalborg, Gyn. Obs.	34	75	35
Sygehus Vendsyssel Hjørring, Gyn. -obs.	20	21	7
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn Gyn.- Obs.	-	8	1

Tabel B3.8. Oversigt over indikatorer for 33 gynækologiske-obstetriske afdelinger.

Afdelingsnavn	DRG-værdi pr. læge	DRG-værdi pr. sygeplejerske	DRG-værdi pr. andet plejepersonale	DRG-værdi pr. løn kr.
Rigshospitalet, Obs., gyn.	4.889	2.785	12.607	2,0
Hvidovre hospital, Gyn. -obs.	6.704	3.388	7.002	2,6
Frederiksberg hospital, Gyn. Obs	5.723	5.121	8.845	2,6
Gentofte sygehus, Gyn. -obst. Afd.	6.029	44.210	6.632	3,1
Glostrup sygehus, Gyn. -obst. Afd.	5.052	3.321	7.762	2,0
Herlev sygehus, Gyn.- og obst. Afd.	4.602	2.503	5.944	2,1
Frederiksborg amtssygehus, Gyn. -obst. Afd.	4.578	1.852	8.674	1,9
Roskilde amtssygehus, Gyn. -obst. Afd.	7.413	5.009	20.591	3,0
Sygehus Vestsjælland Holbæk, Gyn. -obst.	6.136	7.363	7.889	5,0
Sygehus Vestsjælland Slagelse, Gyn. -obst. Afd.	4.623	2.959	4.931	3,3
Storstrømmens Sygehus Næstved, Gyn. -obst. Afd.	5.064	4.051	5.331	2,3
Storstrømmens Sygehus Nykøbing, Gyn. -obst. Afd.	5.759	2.879	3.839	1,7
Odense Universitetshospital, Gyn. obs.	5.879	2.372	4.617	2,7
Sygehus Fyn, Gyn. -obst. Afd.	4.726	2.181	14.179	2,7
Sønderborg Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	4.318	1.783	5.127	2,4
Haderslev Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	3.225	1.553	-	2,3
Gynækologisk afdeling Esbjerg	5.115	1.854	3.665	2,5
Obstetriske afdeling Esbjerg				
Gynækologisk ambulatorium, Esbjerg				
Kirurgisk område Grindsted	4.883	2.873	16.278	2,9
Fredericia Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	3.443	1.878	3.756	1,9
Horsens Sygehus, Gyn. -obs.	4.442	3.331	10.364	3,4
Kolding Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	5.580	3.147	13.639	3,6
Holstebro Sygehus, kvindeklinik	-	-	-	-
Herning Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	1.450	640	2.289	2,2
Gynækologisk Overafdeling, Silkeborg	4.887	2.715	6.664	2,1
Randers Centralsygehus, Gyn. -obst. Afd.	5.288	2.074	7.555	2,8
Skejby Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	6.351	2.343	7.521	2,5
Sygehus Viborg, gyn.	5.380	1.946	6.532	2,6
Nykøbing-Thisted sygehus, Gyn. -obst. Afd.	3.386	2.257	4.514	2,1
Aalborg, Gyn. Obs.	5.994	2.717	5.823	3,1
Sygehus Vendsyssel Hjørring, Gyn. -obs.	3.796	3.616	10.847	2,8
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn Gyn.- Obs.	-	3.014	24.115	7,1

Tabel B3.9. Oversigt over indikatorer for 33 gynækologiske-obstetriske afdelinger.				
Afdelingsnavn	Liggetid	Liggetid (standardiseret)	Andel kirurgiske indgreb foretaget ambulant (%)	Andel kirurgiske indgreb foretaget ambulant (%) (standardiseret)
Rigshospitalet, Obs., gyn.	3,4	3,1	43	31
Hvidovre hospital, Gyn. -obs.	2,7	2,6	28	25
Frederiksberg hospital, Gyn. Obs	1,8	2,3	15	12
Gentofte sygehus, Gyn. -obst. Afd.	2,1	2,2	28	38
Glostrup sygehus, Gyn. -obst. Afd.	2,9	3,1	30	42
Herlev sygehus, Gyn.- og obst. Afd.	3,0	3,1	49	32
Frederiksborg amtssygehus, Gyn. -obst. Afd.	2,7	2,5	21	33
Roskilde amtssygehus, Gyn. -obst. Afd.	3,0	2,9	31	36
Sygehus Vestsjælland Holbæk, Gyn. -obst.	2,6	2,7	54	35
Sygehus Vestsjælland Slagelse, Gyn. -obst. Afd.	2,8	3,0	27	36
Storstrømmens Sygehus Næstved, Gyn. -obst. Afd.	2,6	2,5	31	40
Storstrømmens Sygehus Nykøbing, Gyn. -obst. Afd.	2,4	2,4	27	34
Odense Universitetshospital, Gyn. obs.	3,3	3,0	36	33
Sygehus Fyn, Gyn. -obst. Afd.	2,8	3,1	42	45
Sønderborg Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	4,3	4,1	34	43
Haderslev Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	3,0	3,1	29	36
Gynækologisk afdeling Esbjerg	2,3	2,8	0	0
Obstetrisk afdeling Esbjerg	3,6	3,2	0	0
Gynækologisk ambulatorium, Esbjerg	-	-	100	59
Kirurgisk område Grindsted	2,4	2,7	25	22
Fredericia Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	2,4	2,6	35	37
Horsens Sygehus, Gyn. -obs.	2,8	2,7	37	44
Kolding Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	3,4	3,2	27	38
Holstebro Sygehus, kvindeklinik	3,0	2,7	25	52
Herning Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	3,3	3,0	37	43
Gynækologisk Overafdeling, Silkeborg	2,9	3,0	25	29
Randers Centralsygehus, Gyn. -obst. Afd.	2,8	2,6	35	45
Skejby Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	2,6	2,7	34	30
Sygehus Viborg, gyn.	2,8	3,0	21	27
Nykøbing-Thisted sygehus, Gyn. -obst. Afd.	3,3	3,1	46	45
Aalborg, Gyn. Obs.	3,2	3,1	42	37
Sygehus Vendsyssel Hjørring, Gyn. -obs.	3,2	3,2	24	31
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn Gyn.- Obs.	1,4	1,9	23	17

Tabel B3.10. Oversigt over indikatorer for 33 gynækologiske-obstetriske afdelinger.

Afdelingsnavn	Antal besøg pr. indlæggelse	Antal besøg pr. indlæggelse (standardiseret)	Besøg pr. ambulansoperation	Besøg pr. ambulansoperation (standardiseret)	Antal radiologiske ydelser pr. patient
Rigshospitalet, Obs., gyn.	1,3	1,3	5,8	4,0	0,04
Hvidovre hospital, Gyn. -obs.	0,6	0,8	5,1	4,4	0,03
Frederiksberg hospital, Gyn. Obs	0,4	0,5	1,9	2,8	0,02
Gentofte sygehus, Gyn. -obst. Afd.	0,9	0,7	3,0	3,6	0,07
Glostrup sygehus, Gyn. -obst. Afd.	1,2	1,1	2,5	3,4	0,06
Herlev sygehus, Gyn.- og obst. Afd.	1,2	1,2	4,0	3,4	0,06
Frederiksborg amtssygehus, Gyn. -obst. Afd.	1,3	1,6	3,0	3,7	0,04
Roskilde amtssygehus, Gyn. -obst. Afd.	0,9	1,0	3,1	4,2	0,04
Sygehus Vestsjælland Holbæk, Gyn. -obst. Afd.	1,0	1,0	3,6	3,2	0,05
Sygehus Vestsjælland Slagelse, Gyn. -obst. Afd.	0,7	0,7	2,2	3,1	0,06
Storstrømmens Sygehus Næstved, Gyn. -obst. Afd.	0,6	0,7	1,9	2,7	0,08
Storstrømmens Sygehus Nykøbing, Gyn. -obst. Afd.	0,6	0,7	1,8	2,6	0,07
Odense Universitetshospital, Gyn. obs.	0,6	0,8	3,5	3,0	0,04
Sygehus Fyn, Gyn. -obst. Afd.	0,5	0,4	2,2	2,9	0,01
Sønderborg Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	0,6	0,6	2,4	2,7	0,08
Haderslev Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	0,3	0,4	1,9	2,5	0,24
Gynækologisk afdeling Esbjerg	0,8	0,5	-	-	0,15
Obstetriske afdeling Esbjerg	0,2	0,7	-	-	0,01
Gynækologisk ambulatorium, Esbjerg	-	-	2,1	3,1	0,08
Kirurgisk område Grindsted	1,0	0,7	2,1	3,0	-
Fredericia Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	0,6	0,7	2,2	3,0	0,06
Horsens Sygehus, Gyn. -obs.	0,7	0,8	2,2	2,9	0,04
Kolding Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	0,4	0,5	2,6	3,2	0,03
Holstebro Sygehus, kvindeklinik	0,1	0,4	1,8	2,9	0,01
Herning Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	0,6	0,6	2,0	2,7	0,03
Gynækologisk Overafdeling, Silkeborg	0,6	0,8	2,4	3,1	0,05
Randers Centralsygehus, Gyn. -obst. Afd.	0,3	0,4	2,0	2,7	0,32
Skejby Sygehus, Gyn. -obst. Afd.	0,9	0,7	3,7	3,5	0,28
Sygehus Viborg, gyn.	0,3	0,3	2,4	3,0	0,19
Nykøbing-Thisted sygehus, Gyn. -obst. Afd.	0,5	0,6	1,8	2,7	0,09
Aalborg, Gyn. Obs.	0,6	0,7	2,7	3,2	0,07
Sygehus Vendsyssel Hjørring, Gyn. -obs.	0,6	0,7	2,3	3,3	0,12
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn Gyn.-Obs.	1,0	0,7	1,7	2,5	1,18

Bilag 5: Sygehuse, afdelinger, specialer

Tabel Sygehuse, afdelinger og specialer fordelt på region																
	Region														total	
	Hovedstaden			Sjælland			Syddanmark			Midtjylland			Nordjylland			
Antal offentlige sygehuse	15			6			12			26			9			68
Antal afdelinger (6-karakters SKS-koder)	259			129			186			243			87			904
Antal afsnit (7-karakters SKS-koder)	805			411			516			631			290			2653

Kilde: Sundhedsstyrelsen. Sygehus-afdelingsklassifikationen pr. oktober 2007.

Fordeling af specialer på afdelinger på 6-karakters SKS-kodeniveau																	
Kode	Specialefortegnelse (anvendt i SKS)	hoved	bi	ialt	hoved	bi	ialt	hoved	bi	ialt	hoved	bi	ialt	hoved	bi	ialt	total
000	blandet medicin og kirurgi			0			0	7		7	1		1			0	8
001	intern medicin	22	24	46	9	5	14	13	7	20	13	13	26	8	10	18	124
002	geriatri	7	5	12	5		5	3	1	4	5	1	6	1		1	28
003	hepatologi		2	2		2	2			0		1	1			0	5
004	hæmatologi	3	1	4	1	1	2	4	2	6	3	3	6	1		1	19
005	infektionsmedicin	4	1	5			0	1	3	4	2		2	1		1	12
006	kardiologi	9	10	19	2	3	5	5	5	10	4	5	9	1		1	44
007	medicinsk allergologi	1	1	2	1	3	4	1	2	3		2	2			0	11
008	medicinsk endokrinologi	5	2	7	2	4	6	5	3	8	5	3	8	1		1	30
009	medicinsk gastroenterologi	4	4	8	1	2	3	3	2	5	2	2	4	1		1	21
010	medicinsk lungesygdomme	4	4	8	1	3	4	2	2	4	1	3	4	2	1	3	23
011	nefrologi	3		3	2	1	3	3	2	5	2	1	3	1		1	15

012	reumatologi	13	4	17	5	1	6	4	3	7	4	2	6	4	3	7	43
018	dermato-venerologi	4		4	1		1	1		1	3		3			0	9
020	neurologi	9	2	11	3		3	5		5	7	2	9	2	1	3	31
022	onkologi	4	1	5		5	5	4	3	7	2	3	5	2	2	4	26
030	kirurgi	11	18	29	6		6	15	3	18	14	7	21	4	4	8	82
031	karkirurgi	2		2	2		2	5	2	7	2	2	4	1	1	2	17
032	kirurgisk gastroenterologi	7		7	3	2	5		2	2	4		4	1		1	19
033	plastikkirurgi	4		4	1		1	5	1	6	2		2	1		1	14
034	thoraxkirurgi	2		2			0	1	2	3	1		1	1		1	7
035	urologi	6		6	2	1	3	5	1	6	5		5	1		1	21
038	gynækologi og obstetrik	9		9	5		5	10		10	12		12	4		4	40

Kilde: Sundhedsstyrelsen. Sygehus-afdelingsklassifikationen pr. oktober 2007.

Note: Det bemærkes, at summen af hovedspecialer for en given region vil være større end antallet af afdelinger (6-karakters SKS-koder), da de afsnit (7-karakters SKS-koder), der er underordnet en given afdeling, kan have forskellige hovedspecialer.

Fordeling af specialer på afdelinger, dvs. på 6-karakters SKS-kodeniveau

Kode	Specialefortegnelse (anvendt i SKS)	hoved	bi	ialt	hoved	bi	ialt	hoved	bi	ialt	hoved	bi	ialt	hoved	bi	ialt	total
040	neurokirurgi	3		3			0	2		2	1		1	1		1	7
042	ortopædisk kirurgi	11	1	12	13		13	15	2	17	12	3	15	2		2	59
044	oftalmologi	7	1	8	4		4	4		4	6		6	2		2	24
046	oto-, rhino-, laryngologi	6	1	7	4		4	6		6	6		6	3		3	26
048	hospitalsodontologi	4		4	3	1	4	6		6	5	1	6	1		1	21
050	psykiatri	22	2	24	13	6	19	15	1	16	22	1	23	7	1	8	90
052	børne- og ungdomspsykiatri	4	1	5	4		4	5	1	6	9		9	1		1	25
060	klinisk biokemi	11		11	5		5	11		11	14		14	3		3	44
061	klinisk fysiologi og nuclearmedicin	8	2	10	3		3	3		3	6	2	8	1	1	2	26
062	klinisk immunologi	9		9	2		2	5		5	6		6	2		2	24
063	klinisk mikrobiologi	5		5	2		2	4		4	3	1	4	1		1	16
064	klinisk neurofysiologi	4		4			0	2	2	4	1	2	3	2		2	13
065	patologisk anatomi	7		7	3		3	5		5	6		6	2		2	23
066	diagnostisk radiologi	11		11	5		5	14		14	17		17	4		4	51
067	klinisk farmakologi	2		2			0		1	1			0			0	3
068	klinisk genetik			0			0	1	1	2	1	1	2			0	4
080	pædiatri	8	1	9	4		4	5		5	5		5	2		2	25
084	anæstesiologi	12	3	15	8		8	11		11	14		14	7		7	55
086	arbejdsmedicin	3		3	3		3	4		4	3		3	1		1	14
087	miljømedicin			0			0			0			0			0	0
090	almen medicin			0			0	1		1			0			0	1
091	samfundsmedicin	2		2			0			0			0	1		1	3
098	fysio- og ergoterapi	21	16	37	10	2	12	23	3	26	28		28	8	2	10	113
099	ikke klassificeret speciale	28	1	29	24		24	9	1	10	23		23	11		11	97
		321	108	429	162	42	204	246	58	304	281	61	342	100	26	126	1405

Kilde: Sundhedsstyrelsen. Sygehus-afdelingsklassifikationen pr. oktober 2007.

Note: Det bemærkes, at summen af hovedspecialer for en given region vil være større end antallet af afdelinger (6-karakters SKS-koder), da de afsnit (7-karakters SKS-koder), der er underordnet en given afdeling, kan have forskellige hovedspecialer.