

**NOTAT**

Til: Forretningsudvalget

**Telefon** 38665000  
**Direkte** 38665207  
**Mail** [csu@regionh.dk](mailto:csu@regionh.dk)  
**Web** [www.regionh.dk](http://www.regionh.dk)Journal-nr.: 20027289  
Ref.: clin, mger

Dato: 7. maj 2020

# Region Hovedstadens omstilling til øget aktivitet

Hospitalerne i Region Hovedstaden er ved at omstille sig til en situation, hvor der forventes en epidemi med et mere langstrakt forløb. Det betyder, at de over en længere periode skal have kapacitet til test og udredning af borgere med mistanke om COVID-19 samt etablere faste medicinske isolationspladser og intensivpladser til behandling af patienter med COVID-19. Samtidig skal hospitalerne skabe mest mulig kapacitet til at øvrige patientgrupper kan blive udredt og behandlet.

Udgangspunktet for denne omstilling er det princippapir, som administrationen fremlagde for forretningsudvalget og Liberal Alliance den 22. april 2020. Heraf fremgår det, at Region Hovedstaden har følgende overordnede principper for prioritering af patienter:

1. Patienter med akut eller livstruende behov vil blive undersøgt og behandlet uændret.
2. Patienter med andre sygdomme/tilstande udredes og behandles i videst mulig udstrækning - under hensyntagen til smittefare og til behovet for at opretholde beredskabet til patienter med COVID-19.

Endvidere fremgår det, at hospitalerne herudover vil prioritere patienter ud fra følgende principper:

3. De mest syge og behandlingskrævende skal undersøges og behandles først.
4. Undersøgelser og diagnostik vægter højere end behandling af ikke-kritisk sygdom. Patienterne bliver løbende vurderet ud fra behov.

5. Udredning og behandling inden for 30 dage er vigtige målsætninger at arbejde hen imod – dog under hensyntagen til behovet for at opretholde og eventuelt opskalere beredskabet til patienter med COVID-19.
6. Der skal være særlig opmærksomhed på at sikre lighed i sundhed i prioriteringen af patienterne.

Det er en stor planlægningsopgave med mange afhængigheder, som hospitalerne står overfor. Der skal både tages hensyn til prioritering af patienter på tværs af specialer, bedst mulig anvendelse af personale, skærpede krav til indretning og arbejdsgange grundet øget smitterisiko samt tilgængelige fysiske rammer. Tilmed skal planlægningen være fleksibel, så der løbende kan skrues op og ned for kapaciteten til henholdsvis COVID-patienter og øvrige patienter.

Planlægningsopgaven er på nogle områder blevet vanskeligere af, at vi ser ind i et langstrakt forløb. Nogle af de løsninger, der kunne lade sig gøre i epidemiens første fase, hvor hospitalerne planlagde efter en kurve med højt og kortvarigt toppunkt, er ikke længere anvendelige. De fleste patienter kan fx ikke vente på udredning og behandling over en længere periode, ligesom det er vanskeligt at forvente den samme fleksibilitet af personalet over længere tid.

Det billede, der tegnes i statusnotatet, er et udtryk for den aktuelle situation og den viden, som administrationen og hospitalerne for nuværende har. Der vil løbende blive arbejdet på at forbedre kapacitetsudnyttelsen, ligesom nogle af de forudsætninger, der er lagt til grund for hospitalernes planlægning, kan ændre sig. Det kan betyde, at billedet ændrer sig.

Statusnotatet er inddelt i nedenstående afsnit:

1. Region Hovedstadens mulighed og plan for at nedbringe udskudt aktivitet
2. Status for aktivitet under COVID-19-epidemien
3. Faktorer af betydning for omstilling til øget aktivitet
4. Kapacitet til varetagelse af øvrige opgaver på de enkelte hospitaler
5. Lighed på tværs af sygdom og planområder samt tværgående samarbejde
6. Tiltag på hospitalerne for at øge kapaciteten
7. Øvrige muligheder for at øge kapaciteten
8. Løbende opfølgning på omstilling til øget aktivitet

## **1. Region Hovedstadens mulighed og plan for at nedbringe udskudt aktivitet**

Hospitalernes omstilling til øget aktivitet skal så vidt muligt imødekomme, at den aktivitet, der er udskudt de foregående uger, kan indhentes. Samtidig skal

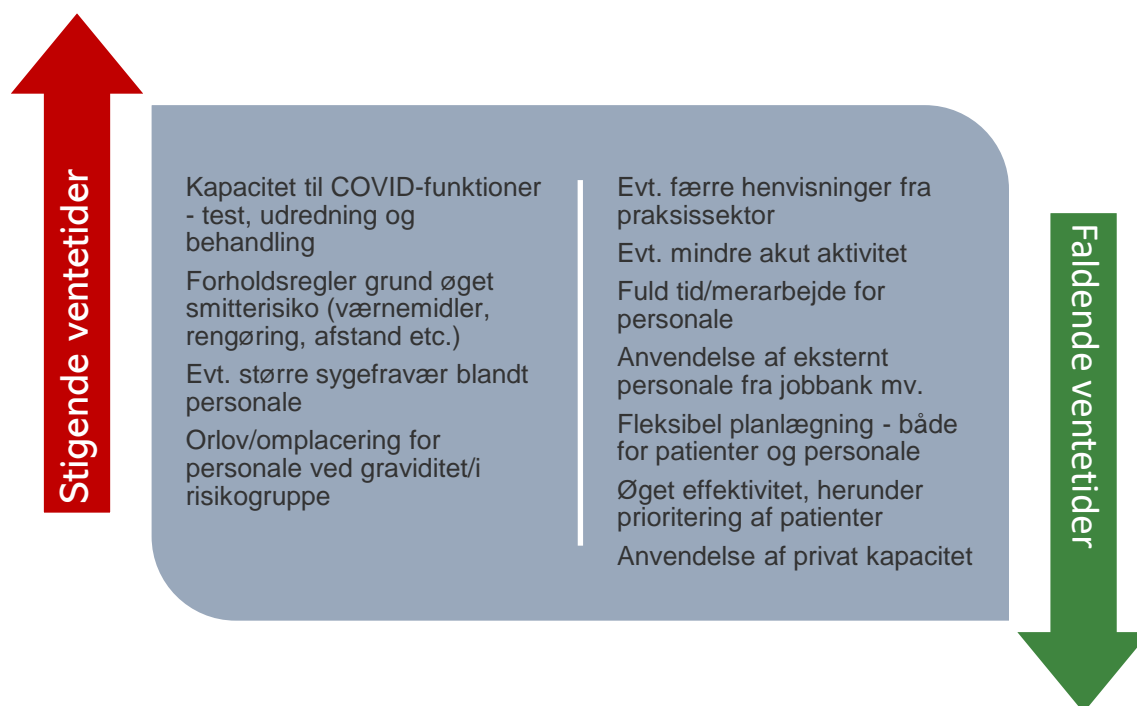
der være tilstrækkelig kapacitet til de patienter, som planlagt og akut har behov for udredning og behandling i tiden fremover, herunder patienter med COVID-19.

I Region Hovedstaden vurderes der til og med uge 17 at være udskudt operationer svarende til cirka 3,5 ugers fuldt operationsprogram, og ambulante aftaler svarerende til cirka 2,5 ugers fuldt ambulatorieprogram. For de ambulante aftaler gælder dog, at det langt fra er alle aftaler, hvor det er relevant med en ny tid, hvorfor den reelle udskudte aktivitet er mindre.

Hvis ventetiderne ikke skal stige, forudsætter det, at der kan stilles mere kapacitet til rådighed end der fremadrettet efterspørges. Der skal altså være kapacitet i "overskud" for at nedbringe den udskudte aktivitet.

En lang række faktorer påvirker om ventetiderne fremadrettet vil falde. Dette er summeret op i figuren nedenfor og nærmere beskrevet i de efterfølgende afsnit i notatet.

Figur 1: Faktorer som påvirker kapaciteten til øvrige patienter under COVID-19-epidemien.



Det er vanskeligt at forudsige, hvor stor effekt de enkelte faktorer vil have, og dermed hvad tidshorisonten er for at indhente den udskudte aktivitet. En helt afgørende faktor er i hvilket omfang, der skal være kapacitet til COVID-funktio-

ner, og ikke mindst i hvor lang tid. Sundhedsstyrelsen justerer løbende teststrategi og prognose for epidemiens udvikling, hvormed ressourcebehovet til COVID-funktioner ændrer sig.

Det er også usikkert, hvordan fx sygefravær og henvisningsmønster vil udvikle sig. I begyndelsen af epidemien var antallet af sygemeldinger på vagter højere end på samme tidspunkt i 2019, men i hele april har niveauet været det samme som i 2019. Måske vil det stige igen i takt med stigende smittetryk i samfundet.

I begyndelsen af epidemien var befolkningen også væsentligt mere tilbageholdende med at opsøge læge, og der var betydeligt færre henvisninger til hospitalerne fra praksissektoren. De seneste data fra uge 17 viser, at antallet af henvisninger igen er på niveau med 2019. Om det betyder, at niveauet fremover vil være som før epidemiens start eller fortsat være lavere, er uvist. Hvis en del patienter har undladt at søge læge i den seneste tid, kan der også vise sig at blive et øget antal henvisninger til hospitalerne i en periode som følgeudtryk for et behov, der har ophobet sig.

### **Hospitalernes kapacitet til øvrige patienter**

Hospitalerne har hver især givet et bud på, hvor meget kapacitet de forventer at have til rådighed til øvrige patienter samtidig med at de varetager COVID-funktioner. Det er et groft skøn ud fra den aktuelle viden og organisering og under forudsætning af, at hospitalerne planlægger inden for den nuværende økonomiske ramme. Organiseringen justeres løbende i takt med, at forudsætninger og erfaringer tilsiger det.

De enkelte hospitalers skøn fremgår senere i notatet. Hospitalerne skalerer deres kapacitet til COVID-patienter i fire trin ud fra en regional skaleringsplan. Aktuelt (uge 19) anvendes omkring 50 procent af den kapacitet, som er gældende for trin 1. Jo højere trin i skaleringsplanen, jo mindre kapacitet er der til øvrige patienter.

Så længe omfanget af COVID-patienter kan håndteres inden for skaleringsplanens trin 1, vurderer hospitalerne, at deres muligheder for at afvikle planlagt aktivitet for øvrige patienter fremover er<sup>1</sup>:

- Ambulante aftaler: 80-90 procent af normalt aktivitetsniveau
- Operationer: 50-80 procent af normalt aktivitetsniveau

---

<sup>1</sup> Undtaget herfra er Bornholms Hospital, som i større omfang forventes at blive påvirket af varetagelsen af COVID-funktioner, og det kan blive relevante at undersøge, om der skal gøres særlige tiltag for at sikre udredning og behandling af øvrige patienter på Bornholm.

Hertil kommer akut og alvorlig sygdom, inklusiv kræftkirurgi, hvor hospitalerne i skaleringsplanens trin 1 kan varetage al aktivitet.

Nogle hospitaler kan opretholde nogenlunde samme kapacitet til øvrige patienter i trin 2, mens andre hospitaler forventer at kunne stille lavere kapacitet til rådighed. Sidstnævnte gælder særligt for Herlev og Gentofte Hospital og Rigshospitalet, som i større omfang varetager kræftkirurgi og specialiserede funktioner. Fra skaleringsplanens trin 3 gælder for alle hospitaler, at kapaciteten til øvrige patienter er begrænset, særligt på det kirurgiske område. Det er således meget afgørende for afvikling af udskudt aktivitet, hvor mange COVID-patienter hospitalerne skal varetage.

### **Plan for den kommende tid**

Uanset COVID-epidemien skal øvrige patienter udredes og behandles så hurtigt som muligt. Det skal ske på baggrund af en individuel sundhedsfaglig vurdering, så de samlede ressourcer prioriteres bedst muligt.

En overordnet målsætning er, at ventetiderne samlet set ikke øges den kommende tid. På det ambulante område, særligt inden for de medicinske specialer, kan ventetiderne formentlig nedbringes for de fleste patientgrupper. Dette er vanskeligere for ventetiderne til operation, hvor kapaciteten ser ud til at blive væsentligt begrænset af varetagelsen af COVID-patienter.

De økonomiske rammer vil alt andet lige være en væsentlig faktor for hospitalernes mulighed for at afvikle den udskudte aktivitet.

Der vil i den kommende tid blive arbejdet på:

- At tilvejebringe mest muligt kapacitet, ikke mindst operationskapacitet, bl.a. ved interne omorganiseringer af COVID-indsatsen på hospitalerne.
- At optimere samarbejdet på tværs af hospitalerne om varetagelsen af både COVID-patienter og patienter med andre sygdomme for at sikre en samlet set god ressourceudnyttelse.
- At udpege ansvarlige ('sponsorer') inden for de faglige specialer/områder med flest ventende planlagte patienter. Sponsorerne får til opgave at tilvejebringe et overblik over patienter, der venter, og pege på muligheder for bedre ressourceudnyttelse og øge aktiviteten. Der udpeges sponsorer inden for:
  - Kirurgiske og medicinske mavetarm-sygdomme
  - Ortopædkirurgi
  - Øjensygdomme
- At samarbejdet med privathospitaler bringes på normalt niveau.

## 2. Status for aktivitet under COVID-19

### Periode med lavere aktivitet under COVID-19 epidemien

Hospitalernes aktivitet har været lavere siden epidemiens start. Aktuelt viser opgørelser pr. 26. april 2020:

- At regionen fra uge 11, hvor epidemien startede, frem til uge 17 har udført cirka 12.000 færre planlagte operationer end normalt forventet aktivitet over samme periode (7 uger). Det vurderes at svare til cirka 3,5 ugers fuldt operationsprogram
- At regionen fra uge 11 – 17 har haft cirka 214.000 færre planlagte ambulante aftaler end normalt forventet aktivitet over samme periode (7 uger). Det vurderes at svare til cirka 2,5 ugers fuldt ambulatorieprogram.

Den faldende operationsaktivitet er både et udtryk for, at patienter ikke er blevet indkaldt til operation, og at patienter har fået udskudt en allerede planlagt tid til operation. Det kan enten være hospitalet, der har udskudt operationen eller patienten, der selv har ønsket det fx grundet bekymring for smitterisiko. Opgørelsen giver en forventning om, hvor mange operationer, som skal indhentes på operationsgangene. En del patienter er allerede indkaldt og booket med ny tid til operation.

Opgørelsen over antallet af færre ambulante aftaler er mere vanskelig at tage som et billede på, hvor meget aktivitet, der skal indhentes. En stor del af de ambulante aftaler, som ikke er gennemført under epidemiens første 7 uger, er fx aftaler med kronikere i kontrolforløb eller patienter i træningsforløb, som allerede i forvejen har en booket ambulant aftale lidt længere fremme i tid. På den måde vil patienten i praksis 'springe en tid over', fordi en ny tid alligevel ville have ligget omkring den allerede bookede tid. Hvor stor en andel af patienter, dette er tilfældet for, kendes ikke aktuelt, men et foreløbigt overblik fra et enkelt hospital peger på, at det gælder omkring halvdelen af de patienter, der har fået udskudt en ambulant aftale.

Der har også været færre henvisninger under epidemien, hvilket naturligvis også har indflydelse på den lavere aktivitet – både ambulant og kirurgisk.

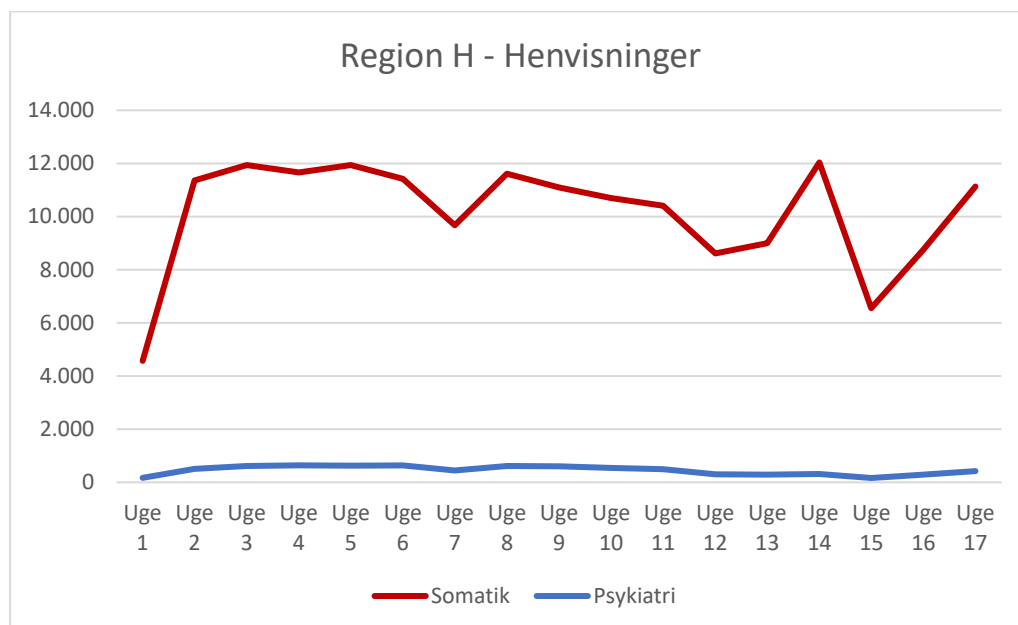
Foruden et lavere niveau af planlagt aktivitet, ses også et fald i den akutte aktivitet siden epidemiens start i uge 11. Samlet er der fx udført cirka 1.000 færre akutte operationer i uge 11-17 sammenlignet med forventet normalt niveau over samme periode. Dog viser seneste data for uge 17, at antallet af akutte operationer nærmer sig niveauet før epidemiens start, hvilket kan hænge sammen med den gradvise genåbning af samfundet.

### Udviklingen i aktivitet under COVID-19 epidemien

For at illustrere den aktuelle status og udvikling i hospitalernes aktivitet vises nedenfor udviklingen i antal henvisninger, udførte operationer og ambulante aftaler i somatikken.

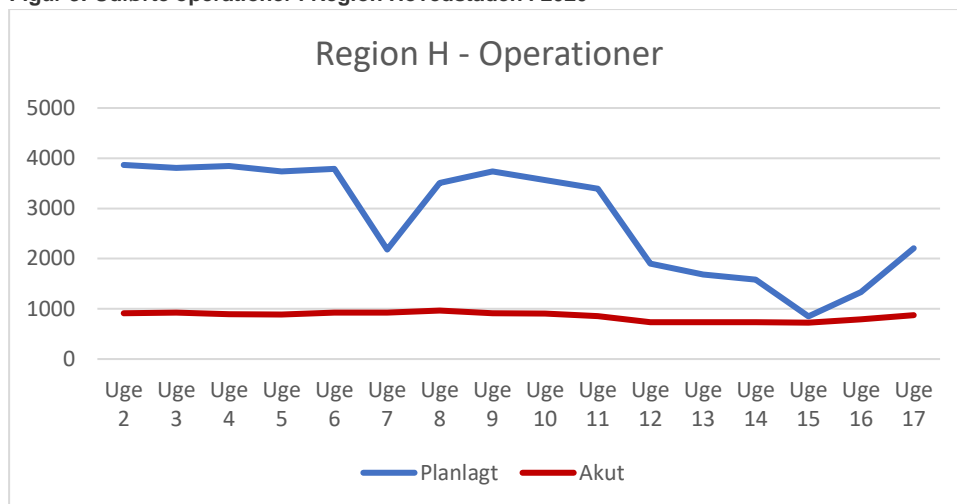
Som det fremgår af figur 2, har antallet af såkaldte eksterne henvisninger (henvisninger, som ikke er interne mellem regionens afdelinger eller Region Sjælland) været faldende fra epidemiens start, dog med noget udsving. Figuren viser også, at antallet af henvisninger ser ud til at være på vej opad, og i uge 17 på niveau med de første uger af året, det vil sige før epidemiens start.

Figur 2: Henvisninger til somatikken og psykiatrien i 2020



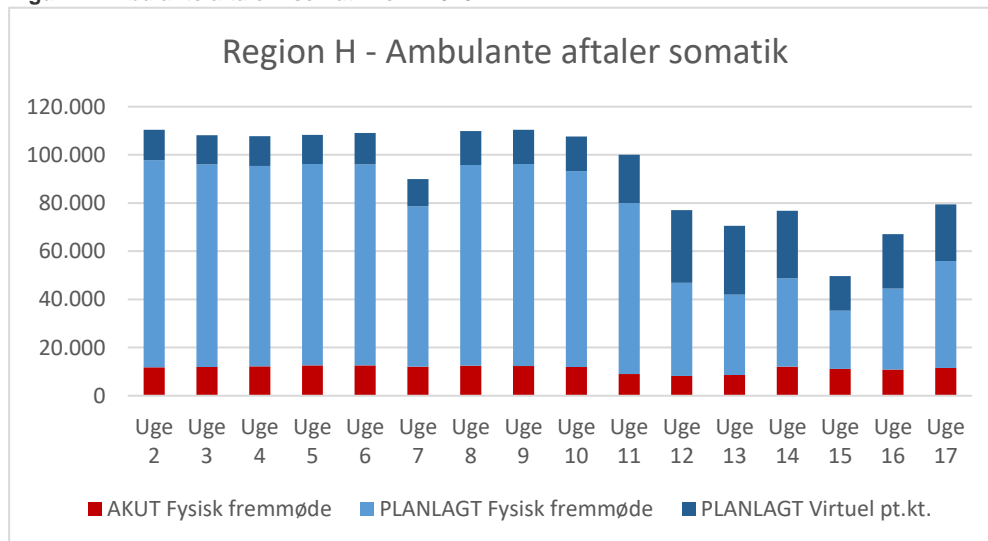
I figur 3 ses antallet af udførte planlagte operationer og akutte operationer. Der ses et markant fald i de planlagte operationer, dog med opadgående kurve fra uge 15. Antallet af akutte operationer har fra uge 11 også ligget på et lidt lavere niveau, dog også stigende de seneste par uger.

Figur 3: Udførte operationer i Region Hovedstaden i 2020



Figur 4 viser udviklingen i ambulante besøg i somatikken, og det fremgår, at der har været et væsentligt fald, dog med opadgående tendens. Enkelte typer af ambulante kontakter er ikke medtaget i diagrammet, da der udgør en meget lille andel. Det drejer sig om udekontakter (akut og planlagt) og virtuelle akutte patientkontakter. Der har fra uge 12 og frem været en betydelig stigning i antallet af planlagte virtuelle ambulante kontakter.

Figur 4: Ambulante aftaler i somatikken i 2020





### 3. Faktorer af betydning for omstilling til øget aktivitet

Test, udredning og behandling for COVID-19 er ekstra opgaver for hospitalerne og kræver ekstra bemanning. En stor del af den ekstra bemanning går fra andre opgaver og dermed andre patienter på hospitalerne. De enkelte hospitaler planlægger aktuelt, hvordan de bedst kan løse deres samlede opgaveportefølje den kommende tid.

Generelt bidrager mange forskellige afdelinger og faggrupper til løsningen af COVID-opgaver. Hver gang personale fra andre afdelinger bidrager til løsning af COVID-opgaver, må afdelingen tilpasse den planlagte aktivitet i eget speciale i overensstemmelse hermed.

Ressourcebehovet relateret til COVID-kapaciteten, herunder særligt intensivkapaciteten, er kendetegnet ved:

- At det er kompetencer, der er knappe i forvejen (intensiv- og anæstesi-læger, sygeplejersker suppleret af anæstesipersonale).
- At det er kompetencer, der er afgørende for operationskapaciteten, som udgør en meget stor andel af hospitalets aktivitet.
- At det kræver et meget højt ressourcetræk per seng sammenlignet med andre patientgrupper på grund af sygdommens sværhedsgrad, behovet for indlæggelse i isolation og brug af værnemidler med mere.

Når der allokeres personale til COVID-opgaverne, sker det under hensyntagen til hvordan de samlede personaleressourcer udnyttes bedst muligt. I den sammenhæng er der også opmærksomhed på at benytte jobbanken, hvor mange har meldt sig som interesserede. I de fleste udrednings- og behandlingsforløb indgår flere funktioner/faggrupper, som alle er nødvendige brikker i puslespillet. Når en funktion/faggruppe overgår til at varetage COVID-opgaver, mangler der en brik. Det kan have store konsekvenser for aktiviteten i en afdeling, når der fjernes en eller flere nøglemedarbejdere.

Et godt eksempel er, når anæstesisygeplejersken ansat på operationsgangen skal hjælpe til med at passe COVID-patienter og derfor ikke længere kan assistere med operationer. Som konsekvens heraf vil der være behov for at allokerer en række medarbejdere til andre opgaver, fx:

- Kirurgen, der ikke længere kan foretage operere.
- Sygeplejersken, der skulle have passet patienten på et sengeafsnit efter operationen.
- Fysio-/ergoterapeuten, der skulle have genoptrænet patienten efter operationen.

Det er således en kompliceret planlægningsopgave for hospitalerne løbende at udnytte de samlede personaleressourcer bedst muligt.

Herudover har den øgede smitterisiko i samfundet på flere måder betydning for aktiviteten i hospitalsvæsenet og dermed for mulighederne for omstilling til øget aktivitet. Nedenfor opridses de væsentligste.

- Der vil fortsat være patienter i risikogruppe, som så vidt muligt bør undgå at møde fysisk op.
- Der er krav om test af patienter inden indlæggelse og aerosolproducerende indgreb.
- Der er krav til rengøring, indretning af og ophold i venteværelser, hvilket for nogle ambulatorier og diagnostiske funktioner er en begrænsende faktor i forhold til at komme op i fuld drift.
- I forhold til ophold i venteværelser er Falck-transport en særlig udfordring i det patienterne kan komme to-tre timer før den planlagte tid. Taxakørsel for udvalgte patientgrupper kan eventuelt være en regional løsning i en begrænset periode.
- Øget sygefravær grundet COVID-19 blandt personalet.

### **Personaleforbrug ved tests for COVID-19 på regionens hospitaler**

Hospitalerne har etableret podede klinikker samt vurderingsspor som led i den nationale teststrategi vedrørende COVID-19. På nuværende tidspunkt gennemføres cirka 4.000 tests dagligt.

Det samlede personaleforbrug til testfunktionerne på hospitalerne udgør på nuværende tidspunkt cirka 340 fuldtidsstillinger fordelt på cirka 70 læger og cirka 280 fuldtidsstillinger med anden klinisk baggrund. Hertil kommer personale til ledelse, rengøring, transport og logistik mv.

I denne opgørelse indgår ikke personale til test af indlagte patienter samt personale, der bidrager med håndtering af test i laboratorieafdelingerne, og heller ikke personale, som varetager indlagte COVID-patienter. Herudover bidrager regionen med personale til test i Testcenter Danmark, hvor der i regionen er opsat fem telte. Testcenter Danmark-teltene forsøges dog dækket med eksternt personale fra blandt andet jobbanken for at påvirke hospitalernes kapacitet mindst muligt.

De mange ekstra opgaver inden for diagnostikken i forbindelse med COVID, giver et øget pres på den diagnostiske del af patientforløbene og har betydning for udredning og behandling af patienter med andre sygdomme/tilstande.

Hvis antallet af test opskales afledt af den nationale teststrategi, må personaleforbruget alt andet lige forventes at stige yderligere.

### **Betydning af øget sygefravær grundet COVID-19 blandt personale**

Sygefravær grundet COVID-19 blandt personalet kan også være en begrænsende faktor for at kunne øge aktiviteten på hospitalerne. Opgørelser pr. 29. april 2020 viser, at 1,8 procent af regionens medarbejdere er bekræftet smittet med COVID-19, hvoraf mange er raskmeldte igen. Antallet af vagter med sygemeldinger lå fra midten af marts til midten af april 2020 lidt højere end sammenlignet med samme periode sidste år. Siden midten af april 2020 har der ikke været væsentlig forskel sammenlignet med sidste år. Sygefraværet må dog forventes stige såfremt smittetrykket generelt stiger i samfundet.

Foruden sygemelding blandt personalet er der også øvrige personalegrupper, som ikke kan varetage deres normale vagtarbejde. Det vedrører fx medarbejdere i risikogruppe, som er hjemme, men ikke er syge og derfor muligvis kan lave andet arbejde. Endelig er der også gravide i 3. trimester, som ikke kan indgå i vagter.

Samlet svarer det til, at regionen har 500 medarbejdere, som ikke kan varetage deres vanlige arbejde og funktioner. Sundhedsstyrelsen kommer dog løbende med nye udmeldinger om, hvilke medarbejdere, der ikke kan deltage i vagtarbejde, fordi de selv eller deres pårørende er i forhøjet risiko for at blive alvorligt syge af COVID-19. Billedet kan således ændre sig over tid.

## **4. Kapacitet til varetagelse af øvrige opgaver på de enkelte hospitaler**

For at sikre en balanceret planlægning, hvor den samlede kapacitet til enhver tid udnyttes bedst muligt, arbejder Region Hovedstaden ud fra en trinvis skaleringsplan, så det løbende og fleksibelt er muligt at tilpasse kapaciteten i takt med, at prognoser og faktisk kapacitetsudnyttelse tilsiger det. Jo lavere trin, jo mere kapacitet er der til andre patienter end COVID-patienter og omvendt.

Det er ikke muligt at lave en fælles plan for omstilling til øget aktivitet for hospitalerne, da hospitalerne har forskellige forudsætninger for planlægning af opgaven. En række lokale forhold er afgørende for hvilket personale, der bedst bemander COVID-opgaverne, og dermed også hvilke andre patientgrupper, der kan varetages. Eksempelvis har det betydning, hvor stor planlagt kirurgisk aktivitet hospitalet har, og i hvilket omfang de varetager specialiserede funktioner og kræftkirurgi.

Alle regionens hospitaler har kontaktet ventende patienter med henblik på at vurdere, om de fortsat har behov, om der er ændrede indikationer og prioriterede behov, eller om patienter med fordel kan konsultere egen læge.

Nedenfor er et kort oprids af, hvordan de enkelte hospitaler planlægger den øgede omstilling, og i hvilket omfang øvrig aktivitet kan varetages. Det er et groft skøn af mulig kapacitet ud fra den aktuelle viden og organisering og under forudsætning af, at hospitalerne skal planlægge inden for den nuværende økonomiske ramme. Hospitalerne justerer deres organisering løbende i takt med, at forudsætninger og erfaringer tilsiger det.

### **Amager og Hvidovre Hospital**

Placering og bemanning af COVID-funktionerne er på Amager og Hvidovre Hospital afgjort af muligheden for at reducere planlagt behandling. Hospitalets COVID-afsnit er placeret i ortopædkirurgisk afdeling, da det er her, hospitalet har flest patienter til planlagt indlæggelse.

Den seneste tid har hospitalet haft relativt mange indlagte COVID-19 patienter sammenlignet med flere af de andre hospitaler. Der arbejdes på en gradvis udjævning på tværs af hospitalerne, og det kan betyde, at hospitalet fremover vil kunne have mere planlagt behandling, end det aktuelt er tilfældet.

Det er aktuelt muligt at øge aktiviteten med cirka 200 planlagte ambulante besøg pr. dag, hvorefter der samlet vil være 950 ambulante besøg pr. dag svarende til knap 50 procent af den planlagte ambulante aktivitet før COVID-19. Dertil kommer cirka 400 telefon- og videokonsultationer, som erstatter tidligere ambulante besøg. Samlet svarer det til cirka 80 procent af det normale aktivitetsniveau for ambulante behandling.

Fra uge 19 åbnes operationslejer til planlagt aktivitet således, at den planlagte operative aktivitet øges med cirka 30 procedurer om dagen i hverdage. Herefter vil den planlagte operative aktivitet være på cirka 50 procent af det normale niveau.

Ventetiderne for kirurgiske patienter er øget betragteligt de sidste par måneder, men det er vanskeligt at åbne for alle operationslejer, da der ikke er ortopædkirurgiske og mave- og tarmkirurgiske senge til at håndtere de afledte indlæggelser.

Ved trin 3 og 4 vil det være nødvendigt at nedlukke en del planlagt ambulante og kirurgisk aktivitet igen for at kunne bemane de ekstra intensivpladser og de medicinske COVID-pladser.

Tabel 1: Skøn over kapacitet til øvrige patienter i trin 1-4 på AHH fordelt på akut og planlagt aktivitet

	Akut og alvorlig sygdom	Planlagt*
<b>Trin 1</b>	100% (inkl. kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: 80% af normalt aktivitetsniveau Planlagt kirurgi: 50% af normalt aktivitetsniveau
<b>Trin 2</b>	100% (inkl. kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: 80% af normalt aktivitetsniveau Planlagt kirurgi: 50% af normalt aktivitetsniveau
<b>Trin 3</b>	100% (inkl. kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: 40% af normalt aktivitetsniveau Planlagt kirurgi: 40% af normalt aktivitetsniveau
<b>Trin 4</b>	100% (inkl. kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: 40% af normalt aktivitetsniveau Planlagt kirurgi: 40% af normalt aktivitetsniveau

\*Forkortelse OP kapacitet i tabel betyder 'operationskapacitet'

### Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital kan aktuelt nærme sig 70-80 procent af den aktivitet, der var før COVID-19. Den seneste tid har hospitalet haft relativt mange indlagte COVID-19 patienter sammenlignet med flere af de andre hospitaler. Der arbejdes på en gradvis udjævning på tværs af hospitalerne, og det kan betyde, at hospitalet fremadrettet vil kunne have mere planlagt behandling, end det aktuelt er tilfældet.

For nogle ambulante funktioner som fx dele af området med hjerne- og nervesygdomme, er 100 procent af almindelig aktivitet genoptaget, mens andre ambulante funktioner ikke forventes at komme over 80 procent af almindelig aktivitet. De ambulante funktioner forventes at have indhentet deres efterslæb inden sommerferien.

På det kirurgiske område anslås det, at cirka 50 procent af almindelig aktivitet kan gennemføres i den nuværende situation, og efterslæbet på det kirurgiske område vil derfor tage længere tid at indhente.

På det diagnostiske område forventes afdelingerne ikke at komme op på fuld aktivitet, så længe der skal tages hensyn til afstand mellem patienterne, ekstra rengøring i undersøgelsesrum mv.

Som det fremgår af tabellen nedenfor, forventes en opskalering til trin 3 og 4 at have omfattende konsekvenser, blandt andet må al planlagt kirurgi indstilles.

Tabel 2: Skøn over kapacitet til øvrige patienter i trin 1-4 på BFH fordelt på akut og planlagt aktivitet

	Akut og alvorlig sygdom	Planlagt
<b>Trin 1</b>	100% (inkl. kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: 85-90% af normalt aktivitetsniveau Planlagt kirurgi: 60-80% af normalt aktivitetsniveau
<b>Trin 2</b>	100% (inkl. kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: 75% af normalt aktivitetsniveau Planlagt kirurgi: 50% af normalt aktivitetsniveau
<b>Trin 3</b>	100% (inkl. kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: 30% af normalt aktivitetsniveau Planlagt kirurgi: 0% af normalt aktivitetsniveau
<b>Trin 4</b>	100% (inkl. kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: 30% af normalt aktivitetsniveau Planlagt kirurgi: 0% af normalt aktivitetsniveau

### Herlev og Gentofte Hospital

Herlev og Gentofte Hospital er begyndt at øge aktiviteten i uge 17 og vil øge aktiviteten efterhånden, som personalet udlånt til COVID-opgaver kommer retur til deres vanlige afdelinger. Der vil fortsat være udlånt personale i maj måned, men der arbejdes på at finde løsninger på personaleressourcer, hvor behovet for ekstra personale ikke påvirker hospitalets kapacitet, for eksempel ved at ansætte ventilatørhold og FADL-vagter (medicinstuderende).

I uge 17 steg antallet af fysiske fremmøder med cirka 12 procent i forhold til ugen før. Der er stor variation i, hvordan ambulatoriedriften er påvirket. Nogle ambulatorier kører med op til 80-90 procent af almindelig drift.

Der sker en gradvis øgning af operationskapaciteten, efterhånden som anæstesi- og operationspersonalet kommer tilbage. Operationslejerne til planlagt kirurgi på Gentofte-matriklen kører fra den 29. april 2020 med 65 procent af normal kapacitet for urinvejssygdomme og ortopædkirurgi, 100 procent for ablationer (behandling af atrieflimren) og 70 procent for mavetarmkirurgi. Herlev-matriklen kører som normalt bortset fra dagkirurgi, der er inddraget til ekstra COVID-intensivpladser.

Grundet hospitalets profil med akut- og kræftbehandling er mulighederne for at reducere planlagt aktivitet begrænset for flere afdelinger. Det får store konsekvenser for øvrig aktivitet i fase 3 og 4, jf. tabellen nedenfor.

Tabel 3: Skøn over kapacitet til øvrige patienter i trin 1-4 på HGH fordelt på akut og planlagt aktivitet

	Akut og alvorlig sygdom	Planlagt
<b>Trin 1</b>	100% (inkl. kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: 80% af normalt aktivitetsniveau Planlagt kirurgi: 80% af normalt aktivitetsniveau
<b>Trin 2</b>	100% (inkl. kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: 50% af normalt aktivitetsniveau Planlagt kirurgi: 20% af normalt aktivitetsniveau <i>Afhænger dog af hvor i trin 2 vi befinder os</i>
<b>Trin 3</b>	100% akut sygdom (25-50% kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: beskeden aktivitet Planlagt kirurgi: 0% af normalt aktivitetsniveau <i>Den reducerede kræftkirurgi forventes kun at være i de cirka 2 uger der forventes spidsbelastning</i>
<b>Trin 4</b>	100% akut sygdom (men ingen kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: beskeden aktivitet Planlagt kirurgi: 0% af normalt aktivitetsniveau

### Nordsjællands Hospital

Nordsjællands Hospital er påbegyndt omstillingen til øget aktivitet. På det kirurgiske område er operationskapaciteten aktuelt øget til cirka 70 procent af det normale niveau, inklusiv akut aktivitet og aktivitet i aften, nat og weekend. Dette vil falde til cirka 50 procent i trin 4.

Som følge af den mindre operative aktivitet er aktiviteten i de kirurgiske ambulatorier også nedsat. Der er relativt mange ventende planlagte kirurgiske patienter som følge af COVID-19, især inden for ortopædkirurgi og øre-næse-hals. En række kirurgiske afdelinger forventer at komme i mål med den udskudte aktivitet i løbet af efteråret, men især øre-næse-hals-afdelingen har en stor opgave, hvorfor det vil tage længere tid at tilse alle ventende patienter. Hvis man ser en stigende henvisningstakt, så vil det dog tage længere tid, og afhængigt af stigningstakten, kunne øge antallet af ventende patienter.

I de medicinske ambulatorier forventes aktiviteten at nærme sig normalt aktivitetsniveau i trin 1, dog modificeret af afdelingernes bidrag til COVID-funktionerne. Det er især afdeling for hjertesygdomme, hormon- og stofskiftesygdomme og nyresygdomme, samt afdeling for hjerne- og nervesygdomme, hvis ambulante aktivitet er reduceret som følge heraf. Det er forventningen, at hovedparten af de udskudte patienter vil være håndteret inden sommerferien, idet nogle afdelinger har udskudt et større antal kontroller til senere.

Angående de tværgående specialer, så er Klinisk Biokemisk Afdeling ved omstillingen til øget aktivitet i normal drift og i Billeddiagnostisk Afdeling forventes aktiviteten at nå cirka 70-80 procent af normal kapacitet.

Tabel 4: Skøn over kapacitet til øvrige patienter på NOH fordelt på akut og planlagt aktivitet

	Akut og alvorlig sygdom	Planlagt
Trin 1	100% (inkl. kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: 80-90% af normalt aktivitetsniveau Planlagt kirurgi: 60% af normalt aktivitetsniveau
Trin 2	100% (inkl. kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: 80% af normalt aktivitetsniveau Planlagt kirurgi: 50% af normalt aktivitetsniveau
Trin 3	100% (inkl. kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: 60% af normalt aktivitetsniveau Planlagt kirurgi: 30% af normalt aktivitetsniveau
Trin 4	100% (inkl. kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: 60% af normalt aktivitetsniveau Planlagt kirurgi: 30% af normalt aktivitetsniveau

### Rigshospitalet

Rigshospitalet har påbegyndt den gradvise øgning af planlagt aktivitet i uge 17. En stor del af det udlånte personale er tilbage i vanlige afdelinger, men der vil fortsat være reduktion i den planlagte aktivitet, hvilket dels skyldes fortsat udlån til COVID-funktioner og smittereducerende tiltag, som for eksempel afstandskrav, der er vanskelige at tilgodese i Rigshospitalet i forvejen pressede fysiske rammer.

Det er på baggrund heraf Rigshospitalets forventning, at den ordinære aktivitet over resten af året igen vil stige, men at det ikke umiddelbart bliver muligt at indhente efterslæbet eller at komme op på fuldt aktivitetsniveau, så længe COVID-aktiviteter lægger beslag på betragtelige ressourcer.

Rigshospitalet tilstræber, at kritiske funktioner rammes så sent i skaleringsplanen som overhovedet muligt, men hospitalet vurderer samtidig, at varetagelse af COVID-funktionerne vil kunne medføre udskydelse af højt specialiserede operationer. Det bør i den sammenhæng nævnes, at en stor del af Rigshospitalets patienter ikke har andre behandlingsmuligheder.

På Rigshospitalet ses en meget stor afhængighed til operationsafsniternes aktivitet, som påvirkes væsentligt allerede i slutningen af trin 1, hvor der skal udlånes personale til oprettelse af nye intensivsenge i Nordfløjen. På operationsafsnitene ses en lang række patienter, som ikke kan varetages andre steder, og hvor ventetiderne derfor stiger. Fx kan nævnes tand-mund-kæbekirurgi, hjerne- og nervekirurgi, samt højtspecialiserede funktioner på børneområdet og i ortopædkirurgien. Hvor det er muligt, planlægger Rigshospitalet derfor at afvikle den udskudte aktivitet hen over de næste måneder. Det gælder fx på øjenområdet.



Herudover gælder det, at intensivområdet bliver udfordret, fordi den kapacitet, der skal reserveres til COVID, påvirker mulighederne for behandling af øvrige patienter.

Tabel 5: Skøn over kapacitet til øvrige patienter på RH fordelt på akut og planlagt aktivitet

	Akut og alvorlig sygdom	Planlagt
<b>Trin 1</b>	100% (inkl. kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: 80% af normalt aktivitetsniveau Planlagt kirurgi: 70% af normalt aktivitetsniveau
<b>Trin 2</b>	100% (inkl. kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: 55% af normalt aktivitetsniveau Planlagt kirurgi: 35% af normalt aktivitetsniveau
<b>Trin 3</b>	90% akut 80% kræftkirurgi (der vil skulle prioritere mellem kræftpatienterne på flere områder)	Ambulant aktivitet: 30% af normalt aktivitetsniveau Planlagt kirurgi: 25% af normalt aktivitetsniveau
<b>Trin 4</b>	30% akut Meget beskeden kræftkirurgi (der vil skulle prioriteres mellem kræftpatienterne på alle områder og ventetiderne vil øges)	Ambulant aktivitet: meget beskeden aktivitet Planlagt kirurgi: meget beskeden aktivitet

Note til tabel: Der ses meget store forskelle mellem de enkelte centre. Derfor opgøres det samlede billede for Rigshospitalet i intervaller.

### Bornholms Hospital

Bornholms Hospital er påbegyndt den gradvise øgning af aktivitet. Medicinske ambulatorier kører med op mod 100 procent, mens kirurgisk afdeling kører med op mod 50 procent.

Bornholm er særlig afhængig af eksterne konsulenter, som varetager konsultationer på Bornholms Hospital, hvorfor visse ambulante aktiviteter ikke er startet op endnu.

Bornholms Hospital forventer at kunne håndtere ambulante og planlagte aktiviteter som planlagt på trin 1 og 2. På trin 3 og 4 vil der være brug for omfattende omfordeling af ressourcerne, fx at bruge personale fra ambulatorier og operationsafsnit til at bemande et ekstra COVID-afsnit samt varetage øvrige COVID-relaterede opgaver.

Uanset trin er tiden til svar på podning ved mistanke om COVID af stor betydning for belastningen på Bornholms Hospital, idet disse patienter kræver både meget plads og meget sygepleje på grund af behov for isolation enkeltvis. Ydermere kan selv mindre udsving i fx antallet af henvisninger, antal af intensiv COVID-patienter og overflytning af patienter have betydning for øvrig aktivitet.

Tabel 6: Skøn over kapacitet til øvrige patienter i trin 1-4 på BOH fordelt på akut og planlagt aktivitet

	Akut og alvorlig sygdom	Planlagt
<b>Trin 1</b>	100% (inkl. kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: 75-100% af normalt aktivitetsniveau på medicinske ambulatorier og 25-50% af normalt aktivitetsniveau på kirurgisk ambulatorium Planlagt kirurgi: 25-50% af normal planlagt OP aktivitet
<b>Trin 2</b>	100% (inkl. kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: 75-100% af normalt aktivitetsniveau på medicinske ambulatorier og 25-50% af normalt aktivitetsniveau på kirurgisk ambulatorium Planlagt kirurgi: 25-50% af normalt aktivitetsniveau
<b>Trin 3</b>	100% (inkl. kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: 25% af normalt aktivitetsniveau på medicinske ambulatorier og 0-10% af normalt aktivitetsniveau på kirurgisk ambulatorium Planlagt kirurgi: 0-10% af normalt aktivitetsniveau
<b>Trin 4</b>	100% (inkl. kræftkirurgi)	Ambulant aktivitet: 10-25% af normalt aktivitetsniveau på medicinske ambulatorier og 0-10% af normalt aktivitetsniveau på kirurgisk ambulatorium Planlagt kirurgi: 0-10% af normalt aktivitetsniveau

### Region Hovedstadens Psykiatri

Region Hovedstadens Psykiatri har – på nær i et par uger lige efter nedlukningen – fastholdt kapaciteten tæt på det sædvanlige niveau. Der har under epidemien været 50 procent færre henvisninger af nye patienter til såvel psykiatri som børne- og ungdomspsykiatri. Under epidemien er antallet af nye henvisninger til såvel psykiatri som børne- og ungdomspsykiatri faldet med op til 50 procent i en periode. Alle nye henviste har fået tilbudt en tid til udredning eller behandling. Samlet set skønnes det, at der med den midlertidige nedgang i antal henvisninger er opbygget et udækket behov for behandling svarende til 1,5-2 ugers aktivitet.

Hvis antallet af henvisninger på den baggrund stiger i den kommende periode, vil det således udfordre muligheden for at tilbyde udredning og behandling som nu, fordi der vil være flere patienter end normalt. Særligt børne- og ungdomspsykiatrien forventes berørt, da de henvisende instanser, særlig PPR, har været lukket i en længere periode.

I den stationære del har der været et fald i sengedage, der både kan tilskrives færre indlæggelser, og at en del patienter har ønsket sig udskrevet tidligere end planlagt. Enkelte planlagte indlæggelser har været udsat i kort tid, men kapaciteten er nu tæt på normalt niveau. Der er planer for etablering af særlige afsnit for COVID-19-syge patienter, hvis antallet skulle stige markant. Dette vil påvirke øvrig kapacitet negativt, idet disse afsnit kræver en høj bemanning.

I Region Hovedstadens Psykiatri arbejdes der med andre trin end på de somatiske hospitaler, fordi patientgruppen er en anden. Der tages dog på samme måde udgangspunkt i en 4-trins-model.

På trin 1 forventes situationen ikke at kræve ekstraordinære personaleresourcer som følge af indlagte patienter med COVID-19, men den planlagte aktivitet vil fortsat være påvirket af behovet for at begrænse smitterisiko. Trin 4 er en mulig situation med stort sygefravær, og hvor personale fra ambulatorier og almindelige sengeafsnit er flyttet til afsnit med en stor andel patienter med COVID-19.

**Tabel 7: Skøn over kapacitet til øvrige patienter i trin 1-4 i RHP fordelt på akut og planlagt aktivitet**

	Akut	Planlagt
<b>Trin 1</b>	100%	90-95%
<b>Trin 2</b>	100%	75-80%
<b>Trin 3</b>	75% (hurtigere udskrivninger)	40-60%
<b>Trin 4</b>	Begrænset til patienter omfattet af psykiatrilovens bestemmelser om anvendelse af tvang	0%

## 5. Lighed på tværs af sygdom og planområder samt tværgående samarbejde

Nogle planområder vil have flere COVID-patienter i forhold til deres befolkningsandel end andre, og det kan variere over tid. Herudover er hospitalernes profil forskellig, fx i forhold til, hvor meget kirurgi de varetager. Begge forhold har betydning for, hvor meget hospitalerne kan øge deres kapacitet til patienter med andre sygdomme/tilstande end COVID.

Hertil kommer, at der er en række funktioner, som kun varetages på nogle hospitaler, blandt andet en lang række specialiserede funktioner. Der skal så vidt muligt sikres lighed i udredning og behandling uanset, hvilken sygdom patienterne fejler, og hvilket planområde, de bor i. Der arbejdes med at sikre lighed i sundhed og bedre samlet ressourceudnyttelse ved at udbygge samarbejde og prioritering af patienter på tværs af hospitaler, herunder sikre fuld udnyttelse af tilgængelig operationskapacitet.

Dette gøres blandt andet ved:

- At sikre løbende fordeling af patienter med COVID på tværs af hospitalerne, jævnfør skaleringsplan for fordeling af indlagte patienter med COVID, herunder også intensivpatienter. Dette gøres via løbende overblik på hospitalerne og tværgående koordination.
- At udpege ansvarlige ('sponsorer') inden for de faglige specialer/områder med flest ventende planlagte patienter. Sponsorerne får til opgave at tilvejebringe et overblik over patienter, der venter, og pege på muligheder for bedre ressourceudnyttelse og øge aktiviteten. Der udpeges sponsorer inden for:
  - Kirurgiske og medicinske mavetarm-sygdomme
  - Ortopædkirurgi
  - Øjensygdomme

Derudover kan det også være relevant at se nærmere på lunge- og infektionssygdomme, hvor der er særlige udfordringer med at øge aktiviteten til normalt niveau, idet de er direkte involveret i behandlingen af patienter med COVID-19.

På Bornholm er der, grundet den geografiske placering, også begrænsede muligheder for at tilbyde patienterne udredning eller behandling andre steder, og det kan være relevant at afdække, om man inden for fx udvalgte ortopædkirurgiske områder og udvalgte intern medicinske områder kan aftale, at der sendes ekstra speciallæger og specialsygeplejersker til Bornholm for at håndtere patienter på ventelisterne.

For de højt specialiserede funktioner er der et særligt opmærksomhedspunkt i tilfælde af, at der ikke sker en udligning af antallet af COVID-patienter ved overførsel mellem regionerne. Konsekvensen vil være, at der skal overføres højt specialiserede patientgrupper fra blandt andet Rigshospitalet til primært Odense Universitetshospital subsidiært til Sydsverige. Dette vil udover store omkostninger for patienterne også have konsekvenser for Rigshospitalets og Region Hovedstadens økonomi.

## 6. Hospitalernes tiltag for at øge kapaciteten

Der har indtil videre under epidemien sket hurtige omstillinger i hospitalsvæsenet, og hospitalerne arbejder hele tiden på at skabe mest mulig kapacitet til at øvrige patientgrupper kan blive udredt og behandlet.

Der er flere steder i hospitalsvæsenet blevet arbejdet på nye måder og blandt andet har hospitalerne afviklet flere patientkontakter pr. telefon eller video, jævnfør tidligere figur 4. Omstillingen er sket ud fra flere hensyn, dels for at

skabe luft i ambulatorierne, undgå smitte af sårbare patienter, samt for at sikre, at patienterne kan have pårørende med til de svære samtaler. Omstillingen til øget virtuel vurdering og behandling har været under udvikling længe, da den kan understøtte en fortsat bedre samlet anvendelse af ressourcerne i hospitalsvæsenet.

Der arbejdes på alle hospitaler med fleksibel planlægning, hvor patienterne indkaldes med kort varsel, og aftaler kan tilsvarende udskydes med kort varsel, hvis der bliver behov for dette. Dette er for at sikre bedst mulig udnyttelse af den samlede kapacitet.

Personalet er i høj grad den begrænsende ressource i omstillingen til øget aktivitet. Der vil være personale, der i perioder varetager andre funktioner end de er vant til, ligesom personale kan blive flyttet mellem funktioner med kort varsel. Der er alle steder dog også en opmærksomhed på, at vi ser ind i en læn- gerevarende periode, hvor det også er nødvendigt at sikre mere langsigtet planlægning for personalet.

Lokalt er der nogle steder indgået aftaler om merarbejde inden for de gæl- dende overenskomster. Studerende, herunder også Ph.d.-studerende enkelte steder, og personale i jobbank anvendes i det omfang det er muligt og rele- vant samlet set at øge kapaciteten.

## 7. Øvrige muligheder for at øge kapaciteten

Der har under COVID-epidemien været stort fokus på hurtig omstilling og samarbejde i sundhedsvæsenet på tværs af sektorer. Der er etableret et godt samarbejde med almen praktiserende læger og kommunerne, og det er et stort fokus at fastholde gode nye initiativer.

### **Prioritering af patienter i almen praksis og speciallægepraksis**

Der har under COVID-epidemien generelt været færre henvisninger til hospi- talsbehandling fra almen praksis, som det også er beskrevet i tidligere afsnit. I takt med, at der i samfundet genåbnes mere, er det forventningen, at patien- terne i højere grad end tidligere igen tager kontakt egen læge og speciallæger i primærsektoren, og også vil blive henvist til hospitalerne – præcis som antal- let af henvisninger i de seneste uger viser. Denne udvikling vil ske oveni de al- lerede udskudte undersøgelser og behandlinger.

### **Udredning og behandling ved privathospitaler og speciallægepraksis**

Regionen tilstræber, at flest mulige patienter udredes og behandles så hurtigt som muligt. Privathospitaler og speciallægepraksis vil kunne bidrage til udred- ning og behandling af patienter som supplement til regionens hospitaler.

Regionen tilstræber at henvise patienter til privathospitaler i samme omfang som før COVID-epidemien. Regionen vil starte med at henvise patienter til vores samarbejdshospitaler, hvor vi har en udbudsftale inden for en række specialer/områder. Det gælder fx flere af de store specialer som ortopædkirurgi, øjne, øre-næse-hals kirurgi, MR-scanninger, urologi med flere. På flere områder vil regionen begynde at henvise patienter til privathospitaler fra uge 18. Hvilke patienter, der kan henvises til privathospitaler, skal bero på en konkret og individuel lægefaglig vurdering, jævnfør regionens notat af 23. april 2020 om 'Principper for kapacitetsplanlægning og omstilling til øget aktivitet på hospitalerne'.

Danske Regioners aftaler med privathospitaler forventes også snarest at kunne tages i brug, men der udestår aktuelt en afklaring på nationalt niveau om brugen af disse i en tid, hvor reglerne om det udvidede frie sygehusvalg er suspenderet.

Danske Regioner har pr. 1.april 2020 indgået aftale med Foreningen af Praktiserende Speciallæger, der giver hospitalerne mulighed for at viderevisitere ambulante behandlinger på hovedfunktionsniveau til speciallægepraksis, hvis hospitalerne, som følge af COVID-epidemien, bliver ekstraordinært presset på afdelingerne. Indtil videre har Herlev og Gentofte Hospital ønsker til viderevisitering af opgaver fra følgende afdelinger: Afdeling for mave-tarm og leversygdomme, afdeling for plastikkirurgi, afdeling for hjerne- og nervesygdomme samt afdeling for lungesygdomme.

## **8. Løbende opfølgning på omstilling til øget aktivitet**

Det vil være relevant, at forretningsudvalget løbende får data som led i at følge udviklingen i omstillingen til øget aktivitet på hospitalerne samt omfanget af patienter, der venter på udredning og behandling. Der arbejdes på en datapakke, som omfatter:

- Patienter henvist til udredning med opgørelse af, om udredningen er startet, og hvis ikke om der er en fremtidig aftale eller ej
- Patienter henvist til behandling med opgørelse af, om der er en fremtidig aftale i behandlingsforløbet eller ej
- Patienter henvist til kræftpakker med angivelse af, om patienten har haft første fremmøde eller ej
- Antal operationer udskudt på grund af COVID-19 med opgørelse af, om der er booket ny tid til operation

Der arbejdes aktuelt på en national monitorering, og der vil derfor skulle sikres tæt sammenhæng mellem den regionale og nationale datapakke og monitorering.

Som supplement til ovenstående vil forretningsudvalget få data for patienter i udredningsforløb og pakkeforløb for kræft som normalt.

Det kan desuden være relevant, at forretningsudvalget følger udviklingen i virtuelle kontakter som et innovativt tiltag, der kan give patienterne nye muligheder for udredning, behandling og kontrol.