

Notat

Analyse af behovet for socialrådgiverydelser på OUH Odense Universitetshospital

Indholdsfortegnelse

Baggrund	2
Struktur	2
Analyseresultater	2
Brug af socialrådgivere på andre sygehuse	2
Spørgeskemaundersøgelse blandt primære brugere af socialrådgiverydelser på OUH.....	3
Mulige besparellesmodeller	4
Forudsætninger:.....	4
Model 1:	4
Besparellespotentiale i Socialrådgiverafdelingen	6
Model 2:	6
Besparellespotentiale i Socialrådgiverafdelingen	8
Model 3:	8
Besparellespotentiale i Socialrådgiverafdelingen	9
Indstilling og den videre proces	9
Bilag 1: Socialrådgivernes organisation og opgavesæt	11
Afdelingsbeskrivelse	11
Økonomi.....	11
Løn og øvrig drift (kontrakt 2009)	11
Normeringer	12
Bilag 2: Spørgeskemaundersøgelse på OUH	13
Bilag 2.1, Afd. R	13
Bilag 2.2, Afd. H	16
Bilag 2.3, Afd. O	19
Bilag 2.4, Afd. Y	20
Bilag 2.5, Afd. X	22
Bilag 2.6, Afd. C	24
Bilag 2.7, Afd. N	25
Bilag 2.8, Afd. Z	28
Bilag 2.9, Afd. Q	31
Bilag 2.10, Afd. V	35
Bilag 2.11, Afd. D	37
Bilag 2.12, Afd. U	37
Socialrådgiverydelser i dag – Afd. U	37
Bilag 2.13, Afd. M	38
Bilag 3: Socialrådgivernes perspektiver på spørgeskemaundersøgelsen	39
Vedr. de afdelinger der ikke indgik i spørgeskemaundersøgelsen.....	39
Vedr. decentralisering	39
Bilag 4: Socialrådgiverfunktioner på andre somatiske sygehuse	40
Bilag 5: Normeringsmæssig beskrivelse af modeller	40

Baggrund

Direktionen igangsatte i december 2009 en proces, med henblik på at afklare eventuelle muligheder for, at reducere ydelser fra socialrådgiverafdelingen ud over et lovgivningsbestemt eller driftsøkonomisk nødvendigt niveau, som en del af den samlede handleplan for opnåelse af økonomisk balance på OUH.

Det er af direktionen besluttet, at eventuelle reduktioner og heraf afledte omstruktureringer, skal hvile på et beslutningsgrundlag der bl.a. skal omfatte en analyse af de kliniske afdelingers vurderede behov, perspektiveret af hvorledes disse behov dækkes på andre sygehuse.

Af hensyn til både ledelsens og berørte medarbejders behov for en hurtig afklaring af områdets fremtid, blev det aftalt mellem direktionen og centerchefen for Servicecentret, at sidstnævnte skulle sikre analysen gennemført i løbet af en 2-ugers periode mellem d. 15. og 29. januar, mhp. behandling i direktionen på ordinært møde d. 3. februar.

Analysen er nu gennemført og præsenteres i nærværende notat.

Struktur

Notatet er opbygget med en kortfattet beskrivelse af analyseresultaterne, en præsentation af forskellige mulige besparelsesmodeller med en vurdering af konsekvenserne ved hver model, samt en indstilling fra Servicecentret med anbefaling af en videre proces. Her ud over er notatet vedlagt et antal bilag, der beskriver:

1. Socialrådgiverafdelingens organisation og opgavesæt
2. Spørgeskemasvar fra de kliniske afdelinger der er adspurgt om konsekvenser ved evt. besparelser og evt. decentralisering
3. Socialrådgiverafdelingens perspektiver ifht. spørgeskemaundersøgelsen
4. Beskrivelse af anvendelsen af socialrådgivere på øvrige sygehuse
5. Normeringsberegninger af foreslåede besparelsesmodeller

Analyseresultater

Der er gennemført to analyser: En spørgeskemaundersøgelse blandt de primære brugere af socialrådgiverydelser på OUH mhp. at afdække vurderet behov for socialrådgiverfaglige ydelser og en undersøgelse af brugen af socialrådgivere på andre sygehuse i og udenfor Region Syddanmark.

Brug af socialrådgivere på andre sygehuse

Resultaterne af den gennemførte analyse af brugen af socialrådgivere på andre sygehuse er anført i bilag 4. Det har ikke været muligt indenfor de givne tidsmæssige rammer at gennemføre en egentlig benchmarkanalyse mellem sygehuse. I stedet er der gennemført en kvantitativ undersøgelse af antallet på forskellige sygehuse, perspektiveret med en kvalitativ vurdering af opgavesættene på udvalgte sygehuse, ved brug af internetbeskrivelser og korte interviews.

En umiddelbar vurdering af forskelle i opgaver og normeringer mellem sygehuse både indenfor og udenfor Region Syddanmark indikerer, at der er en sammenhæng mellem antallet af socialrådgivere på et sygehus og hvorvidt og i hvilket omfang sygehuset varetager højt specialiserede funktioner.

I jo højere grad der er konsekvenssammenhæng mellem den enkelte patients sociale- og helbreds-mæssige situation, desto mere behov er der for at inddrage det sociale aspekt i behandlingsregimet – og dermed for at inddrage socialrådgiverfaglige kompetencer. Da de alvorligste diagnoser, samt bør-

neområdet er overrepræsenteret på højt specialiserede sygehuse, afføder dette et større behov for socialfagligt personale her i forhold til mindre specialiserede sygehuse.

Ligeledes vurderes det, at de enkelte kommuners evner til at varetage socialrådgiverfaglige opgaver for patienter er faldende med kompleksiteten og specialiseringen. Jo mere kompliceret en sag er og jo sværere det er for patienten at få adgang til en ydelse, desto mere behov er der for, at sygehuset kan guide den enkelte patient det rigtige sted hen. Der er således ikke nødvendigvis tale om, at sygehuset løser en kommunal opgave, men at sygehuset guider den enkelte patient det rette sted hen i kommunerne, når det giver mening for patientens behandlingsforløb.

Her kan det isoleret set også have betydning, hvor mange kommuner der er patienter fra, da det alt andet lige er lettere at skabe samarbejdsrelationer mellem en given afdeling og et lille antal kommuner¹.

Den gennemførte analyse indikerer, at forskelle i antallet af socialrådgivere endvidere kan forklares med forskelle i serviceniveauet, samt forskelle i arbejdsdelingen mellem socialrådgivere og klinikere, idet der er gråzoner, hvor en given opgave både kan løses af en kliniker og en socialfaglig generalist².

Adspurgt hvorvidt der løses opgaver der ellers ville have ligget i kommunalt regi, er det gennemgående svar blandt respondenterne fra andre sygehuse, at der ikke leveres ydelser der alternativt kunne rekvireres herfra. Der leveres udelukkende den dokumentation til kommunerne, som sygehuset er forpligtet til at levere, samt råd og vejledning til patienterne om, hvordan de navigerer i det kommunale system. I forhold til sidstnævnte vurderes der forskelle i serviceniveauet, idet rådgivning i forskellig grad leveres ved dialog og struktureret opfølgning eller ved oplysning og passiv information.

Spørgeskemaundersøgelse blandt primære brugere af socialrådgiverydelse på OUH

I nærværende afsnit søges de primære temaer i de i bilag 2 anførte spørgeskemasvar anført.

• Patientoplevelt kvalitet og driftøkonomi

Generelt svarer alle adspurgte afdelinger, at nedlæggelse eller reduktion af socialrådgiverfunktionen i de enkelte afdelinger, vil betyde dels et fald i patientoplevelt kvalitet og dels at opgaver overflyttes til det kliniske personale. Sidstnævnte betyder, at der ikke kan forventes fuld effekt af besparelser på socialrådgiverområdet, da besparelserne i værste fald betyder en tilsvarende omkostningsforøgelse i de kliniske afdelinger.

Ud over egentlig opgaveløsning nævnes også, at socialfaglig sparring om erklæringer til kommunerne og betalingsspørgsmål, sparer lægetid og i nogle tilfælde også besparelser driftsbudgettet (se bl.a. afdeling N)

• Vurdering af serviceniveau

Enkelte afdelinger (C for så vidt angår stationære patienter og O) vurderer ikke, at det ud over opgaveflytning til klinisk personale, vil medføre problemer ikke længere at have adgang til socialrådgiverfagligt personale.

De øvrige afdelinger vurderer det nuværende niveau passende (eksempelvis Z, R og H) eller for lavt (Y, X, Q og jf. bilag 3 også AMA, der dog ikke deltog i spørgeskemaundersøgelsen).

Afdeling Z påpeger, at hvis der skal spares, kan der bedst reduceres på de ydelser, hvor socialrådgiverne udfylder ansøgninger for patienter, idet denne opgave vurderes at kunne varetages af patienterne selv.

¹ 32% af patienterne henvist til Socialrådgiverafdelingen på OUH er bosiddende udenfor Fyn. Af disse er 27% bosat udenfor Region Syddanmark (FPAS 2009).

² Dog ikke nødvendigvis med samme tidsforbrug og/eller kvalitet

- **Konsekvens for patientforløb**

Fire har svaret, at socialrådgiverne er en integreret del af behandlingsforløbet på primære kerneydelser (eksempelvis patientskoler m.m.). Socialrådgiverne udfører ikke sagsbehandling på eksempelvis kommunens vegne, men bygger en vidensmæssig bro mellem klinikerne eller en patient og de relevante offentlige myndigheder, således at socialfaglige aspekter ikke influerer unødigt på patientforløbet. Her peger nogle afdelinger bl.a. på, at den socialfaglige indsats kan have betydning for hurtig udskrivning, sikring af behandlingsmæssig compliance m.m..

- **Organisering**

I forhold til en eventuel decentralisering af socialrådgiverne, er svarene ikke entydige. Enkelte afdelinger ser det som en fordel, idet der således kan ske yderligere integration i patientforløb, mens andre peger på problemer omkring fysisk placering, dækning ved sygdom, faglig sparring m.m.. Relevante forhold omkring decentralisering er endvidere belyst i bilag 3, hvor der ud over de anførte problemer, bl.a. peges på problemer omkring tilgængelighed, vedligeholdelse af det faglige niveau og problemer med at rekruttere til decentralt organiserede stillinger uden fagligt fællesskab.

Mulige besparellesmodeller

Med baggrund i de i bilag 2 vedlagte spørgeskemasvar og analysen af socialrådgiverfunktioner på andre sygehuse, er der i nærværende afsnit anført 3 mulige besparellesmodeller, der er udarbejdet under inddragelse af Socialrådgiverafdelingens ledelse og medarbejdere.

Spørgeskemasvarene giver ikke i sig selv anledning til at pege på besparelser, så de tre modeller er udarbejdet ud fra det kriterium, at der opnås størst mulig driftsøkonomisk gevinst af de anvendte ressourcer i de enkelte forslag.

Det har ikke været muligt at afdække afledte driftsøkonomiske konsekvenser i de kliniske afdelinger ved de enkelte modeller. De i modellerne anførte besparelser er alene på de ressourcer der i dag anvendes i Socialrådgiverafdelingen. I det omfang den enkelte model medfører overvæltning af opgaver eller har u hensigtsmæssige konsekvenser for den øvrige driftsøkonomi, er det alene anført, hvis spørgeskemaanalysen specifikt adresserer det, men med det foreliggende materiale har det ikke været muligt at prissætte disse konsekvenser.

Forudsætninger:

Som det fremgår af bilag 1 og 5 er der i alt 17,6 normeringer i Socialrådgiverafdelingen.

Heraf anvendes 0,9 normering til administration af respiratorpatienter, ½ normering i palliativt team er givet som normering til R (amtsrådsbeslutning i 2005), yderligere ½ normering i palliativt team er finansieret ved intern afregning fra afdeling R, ½ normering i indvandrermedicinsk klinik er finansieret af Odense Kommune og ophører 31/3 og ½ normering er tilført fra direktionen til rådgivning for ansatte som administrativ bevilling i 2010.

Af de 17,6 normeringer, er der således 14,7 normeringer der fra Servicecentret kan indstilles til besparelse. Den ½ normering tilført fra Odense Kommune kan ikke bespares, mens eventuelle besparelser på de resterende 2,4 normeringer kan besluttes af direktionen.

Model 1:

Model 1 er den mest vidtgående af de tre foreslåede modeller og er udarbejdet med udgangspunkt i, at socialrådgivernormeringen på OUH tilnærmes omfanget på de øvrige sygehuse i Region Syddanmark, OUH's størrelse taget i betragtning. Modellen tager således ikke højde for de strukturelle forskelle anført i afsnittet om socialrådgiverfunktioner på andre sygehuse.

På baggrund af de gennemførte analyser, vurderes det uomgængeligt at fastholde de vigtigste socialrådgiverydelser på kræft- og børneområdet. Det betyder at alle ydelser til andre afdelinger end R, H og X bortfalder. Børn og kræftpatienter på øvrige afdelinger betjenes ikke. Eksternt finansierede ydelser fastholdes jf. ovenfor anførte forudsætninger. På afdeling R, X og H tilpasses ydelserne i forhold til de i bilag 2 anførte, som beskrevet herunder.

For ikke udeladte opgaver gælder, at omfanget vil skulle reduceres til, udelukkende at omfatte de sværeste tilfælde prioriteret af det kliniske personale ved morgenkonference. De letteste sager vil skulle løses af det kliniske personale.

For så vidt angår sekretærunderstøttelse, skal denne ydelse enten varetages af afdelingernes sekretariat eller løses af den enkelte socialrådgiver. Ved sidstnævnte løsning, vil omfanget af opgaveløsning i forhold til de bibeholdte opgaver naturligt blive indskrænket.

Socialrådgiverydelser i dag – Afd. R

De enkelt overstregede ydelser vil skulle løses af det kliniske personale.

De dobbelt overstregede ydelser vil bortfalde.

- Deltager i ugentlige konferencer i 6 teams (G, T, M, U, H, Tværfagligt Palliativt Ambulatorium)
- ~~Patientskoler 3 (underlivskræft, brystkræft, lungekræft)~~
- Personaleundervisning og sparring med læger om besvarelse af lægeerklæringer til kommunerne.
- Vejledning og udarbejdelse af ansøgning vedrørende pleje- og pasningsorlov for pårørende til alvorligt syge og døende
- ~~Terminale patienter: Koordinering af samlede ydelser ved terminalerklæring (kontakt til kommunale myndigheder mv.)~~
- ~~Sikring af forsørgelsesgrundlag og arbejdsfastholdelse~~
- ~~Sikre helhedsforløb for patienterne (pårørendes vilkår, børn, bolig, private pensionsordninger, medicin)~~
- ~~Tandbehandlinger efter kemo- og strålebehandlinger~~
- ~~Juridisk rådgivning til patienter og pårørende (værgemål, fuldmagter, testamenter, legatansøgninger)~~
- Optimering af komplicerede udskrivningsforløb
- ~~Socialfaglig hotline~~
- ~~Understøttende sekretærbistand ift. ovenstående ydelser~~
- Underleverandør af 1 socialrådgivernormering til Palliativt Team Fyn

Socialrådgiverydelser i dag – Afd. X

De enkelt overstregede ydelser vil skulle løses af det kliniske personale.

De dobbelt overstregede ydelser vil bortfalde.

- Deltager i ugentlig konference
- Personaleundervisning (socialfaglig introduktion for nyansatte på Afd. X samt efter behov)
- Vejledning og udarbejdelse af ansøgning vedrørende pleje- og pasningsorlov for pårørende til alvorligt syge og døende
- ~~Vejledning af patient og forældre ift. særlige problemstillinger for unge med leukæmi~~
- ~~Terminale patienter: Koordinering af samlede ydelser ved terminalerklæring (kontakt til myndigheder mv.)~~
- ~~Sikring af forsørgelsesgrundlag~~
- ~~Sikre helhedsforløb for patienterne (praktiske vilkår, børn, bolig, private pensionsordninger, medicin)~~
- ~~Tandbehandlinger efter kemobehandlinger~~
- ~~Juridisk rådgivning til patienter og pårørende (fuldmagter, testamenter, legatansøgninger mv.)~~
- Optimering af komplicerede udskrivningsforløb
- ~~Socialfaglig hotline~~

- ~~Understøttende sekretærbistand ift. ovenstående ydelser~~

Socialrådgiverydelser i dag – Afd. H

De enkelt overstregede ydelser vil skulle løses af det kliniske personale.

De dobbelt overstregede ydelser vil bortfalde.

- Deltager i 3 ugentlige konferencer (H2, diabetesteam og ~~børnepsykiatrisk team~~)
- ~~Patientskole (børn med kræft)~~
- Personaleundervisning (~~socialfaglig introduktion for nyansatte på Afd. H, efter behov samt undervisning om underretningspligt~~)
- Sikring af forældrenes tilstedeværelse i behandlingsforløbet (Via vejledning og ~~udarbejdelse af ansøgning vedr. orlov og tabt arbejdsfortjeneste~~)
- Tværfaglige og tværsektorielle netværksmøder med relevante parter omkring barnet
- ~~Underretninger, personalevejledning og konkret udarbejdelse~~
- ~~Juridisk rådgivning til forældre (Sikring af forsørgelsesgrundlag, ankemuligheder mv.)~~
- Optimering af komplicerede udskrivningsforløb
- ~~Socialfaglig hotline~~
- ~~Understøttende sekretærbistand ift. ovenstående ydelser~~

Vælges modellen, anbefales de tilbageværende socialrådgivere organiseret i to funktioner. Én funktion organiseret i afdeling R, der samtidig betjener afdeling X, og én funktion i afdeling H.

De funktioner der i dag varetages omkring administration af hjemmerespiratorområdet og personale-rådgivningen anbefales placeret i én af de centrale stabsafdelinger.

Besparelsespotentiale i Socialrådgiverafdelingen

Den samlede socialrådgivernormering ved model 1 er jf. bilag 5 på 6,8 fuldtidsstillinger, hvoraf hjemmerespiratoradministration og rådgivning til ansatte udgør 1,4 normeringer og ydelser til palliativt team 1 normering. Det modsvarer en besparelse på 69% af afdelingens basisnormering, svarende til knap 9 normeringer.

Af den samlede besparelse kan 2 normeringer realiseres pr. 1. marts, mens de øvrige vil indgå i om-placeringspuljen.

Ved en proportional besparelse på øvrig drift budgettet, spares i alt ca. 90.000 kr.

Model 2:

Model 2 er udarbejdet med udgangspunkt i, at behovene på kræft- og børneområdet tilgodeses også på tværs af sygehusets afdelinger, samt at der opretholdes en "livline" til det kliniske personale i form af en socialfaglig hotline.

Som i model 1 bortspares alle ydelser til andre afdelinger end R, H og X, bortset fra den nævnte hotline, der formentlig vil kunne bemannes et begrænset antal timer hver dag (lukket ved sygdom og i ferier), samt at der leveres følgende specifikke ydelser til børn og kræftpatienter i alle afdelinger bortset fra R, H og X:

- Vejledning og udarbejdelse af ansøgning vedrørende pleje- og pasningsorlov for pårørende til alvorligt syge og døende
- Terminale patienter: Koordinering af samlede ydelser ved terminalerklæring (kontakt til kommunale myndigheder mv.)
- Sikring af forsørgelsesgrundlag og arbejdsfastholdelse
- Sikre helhedsforløb for patienterne (pårørendes vilkår, børn, bolig, private pensionsordninger, medicin)

- Tandbehandlinger efter kemo- og strålebehandlinger
- Juridisk rådgivning til patienter og pårørende (værgemål, fuldmagter, testamenter, legatansøgninger)
- Optimering af komplicerede udskrivningsforløb

Eksternt finansierede ydelser fastholdes jf. ovenfor anførte forudsætninger.

På afdeling R, X og H tilpasses ydelserne i forhold til de i bilag 2 anførte, som beskrevet herunder. Tilpasningen for disse afdelinger vil være væsentligt mindre end i model 1.

For så vidt angår sekretærunderstøttelse, vil denne ydelse enten skulle varetages af afdelingernes sekretariat eller skulle løses af den enkelte socialrådgiver. Ved sidstnævnte løsning, vil omfanget af opgaveløsning i forhold til de bibeholdte opgaver naturligt blive indskrænket.

Socialrådgiverydelser i dag – Afd. R

De enkelt overstregede ydelser vil skulle løses af det kliniske personale.

De dobbelt overstregede ydelser vil bortfalde.

- Deltager i ugentlige konferencer i 6 teams (G, T, M, U, H, Tværfagligt Palliativt Ambulatorium)
- Patientskoler 3 (underlivskræft, brystkræft, lungekræft)
- Personaleundervisning og sparring med læger om besvarelse af lægeerklæringer til kommunerne.
- Vejledning og udarbejdelse af ansøgning vedrørende pleje- og pasningsorlov for pårørende til alvorligt syge og døende
- ~~Terminale patienter: Koordinering af samlede ydelser ved terminalerklæring (kontakt til kommunale myndigheder mv.)~~
- Sikring af forsørgelsesgrundlag og arbejdsfastholdelse
- Sikre helhedsforløb for patienterne (pårørendes vilkår, børn, bolig, private pensionsordninger, medicin)
- Tandbehandlinger efter kemo- og strålebehandlinger
- Juridisk rådgivning til patienter og pårørende (værgemål, fuldmagter, testamenter, legatansøgninger)
- Optimering af komplicerede udskrivningsforløb
- Socialfaglig hotline
- ~~Understøttende sekretærbistand ift. ovenstående ydelser~~
- Underleverandør af 1 socialrådgivernormering til Palliativt Team Fyn

Socialrådgiverydelser i dag – Afd. X

De enkelt overstregede ydelser vil skulle løses af det kliniske personale.

De dobbelt overstregede ydelser vil bortfalde.

- Deltager i ugentlig konference
- Personaleundervisning (socialfaglig introduktion for nyansatte på Afd. X samt efter behov)
- Vejledning og ~~udarbejdelse~~ af ansøgning vedrørende pleje- og pasningsorlov for pårørende til alvorligt syge og døende
- Vejledning af patient og forældre ift. særlige problemstillinger for unge med leukæmi
- Terminale patienter: Koordinering af samlede ydelser ved terminalerklæring (kontakt til myndigheder mv.)
- Sikring af forsørgelsesgrundlag
- Sikre helhedsforløb for patienterne (praktiske vilkår, børn, bolig, private pensionsordninger, medicin)
- Tandbehandlinger efter kemobehandlinger
- Juridisk rådgivning til patienter og pårørende (fuldmagter, testamenter, legatansøgninger mv.)
- Optimering af komplicerede udskrivningsforløb
- Socialfaglig hotline
- ~~Understøttende sekretærbistand ift. ovenstående ydelser~~

Socialrådgiverydelser i dag – Afd. H

De enkelt overstregede ydelser vil skulle løses af det kliniske personale.

De dobbelt overstregede ydelser vil bortfalde.

- Deltager i 3 ugentlige konferencer (H2, diabetesteam og børnepsykiatrisk team)
- Patientskole (børn med kræft)
- Personaleundervisning (socialfaglig introduktion for nyansatte på Afd. H, efter behov samt undervisning om underretningspligt)
- Sikring af forældrenes tilstedeværelse i behandlingsforløbet (Via vejledning og ~~udarbejdelse af~~ ansøgning vedr. orlov og tabt arbejdsfortjeneste)
- Tværfaglige og tværsektorielle netværksmøder med relevante parter omkring barnet
- Underretninger, personalevejledning og ~~konkret udarbejdelse~~
- Juridisk rådgivning til forældre (Sikring af forsørgelsesgrundlag, ankemuligheder mv.)
- Optimering af komplicerede udskrivningsforløb
- Socialfaglig hotline
- ~~Understøttende sekretærbistand ift. ovenstående ydelser~~

Vælges modellen, anbefales de tilbageværende socialrådgivere organiseret i to funktioner. Én funktion organiseret i afdeling R, der samtidig betjener afdeling X, og én funktion i afdeling H. Det anbefales, at afdeling R betjener de øvrige afdelinger med kræftpatienter med ½ normering, mens afdeling H betjener de øvrige afdelinger med børn med ½ normering. Hotlinefunktionen foreslås placeret i afdeling R.

De funktioner der i dag varetages omkring administration af hjemmerespiratorområdet og personale-rådgivningen anbefales placeret i én af de centrale stabsafdelinger.

Besparelsespotentialer i Socialrådgiverafdelingen

Den samlede socialrådgivernormering ved model 2 er jf. bilag 5 på 10,8 fuldtidsstillinger, hvoraf hjemmerespiratoradministration og rådgivning til ansatte udgør 1,4 normeringer og ydelser til palliativ team 1 normering. Det modsvarer en besparelse på 44% af afdelingens basisnormering, svarende til knap 5 normeringer.

Af den samlede besparelse kan 2 normeringer realiseres pr. 1. marts, mens de øvrige vil indgå i om-placeringspuljen.

Ved en proportional besparelse på øvrig drift budgettet, spares i alt ca. 57.000 kr.

Model 3:

Model 3 er den model der bedst tilgodeser de kliniske afdelingers behov i forhold til svarene anført i bilag 2. Til gengæld giver modellen den mindste besparelse og kræver samtidig en gennemgribende revision og ensretning af Socialrådgiverafdelingens ydelser til de enkelte kliniske afdelinger.

I model 3 løser Socialrådgiverne som udgangspunkt alle de i bilag 2 anførte opgaver, men indenfor de enkelte opgaver rationaliseres der kraftigt, således at den enkelte socialrådgiver og det understøttende sekretariat ikke længere

- udarbejder dokumentation i Cosmic (kun læseadgang)
- udarbejder ansøgninger, men i stedet omlægger til vejledning med øget brug af pjecer og tjek-lister
- er fysisk tilstede for patienterne på O, D-obstetrik og AMMK, dog skal personalet stadig have adgang til vejledning via hotline (O har selv tilkendegivet i spørgeskemaet at dekan løfte opgaven, D-obstetrik og AMMK er Socialrådgivernes vurdering)

- deltager i konferencer, med mindre det er nødvendigt i forbindelse med konkrete sager
- deltager på patientskoler
- er tilgængelig pr. telefon hver dag, hele dagen
- kan være fysisk tilstede på afdelingen ved tilkald (med mindre der er tale om akutte sager), men i stedet kommer på faste tidspunkter

Der vil således være tale om et reduceret og mere standardiseret tilbud til afdelingerne på OUH, hvor den enkelte patient, vil opleve et væsentligt mindre, men mere ensartet tilbud uanset afdeling.

Modellen vil betyde et ændret ydelsesregime, idet socialrådgiverne ikke længere vil have samme fokus på at udføre arbejde for klinikere og patienter, men i stedet vil fungere som vejledere, der klæder klinikere og patienter på til at løfte opgaverne selv.

Vælges modellen anbefales Socialrådgiverafdelingen bibeholdt som samlet afdeling eller funktion, idet modellen vil kræve en øget ensretning af de enkelte socialrådgiveres ydelser, samt koordinering af udarbejdelse af materiale. Ligeledes vil reduktionen af sekretariatsbetjeningen betyde øget behov for, at socialrådgiverne på tværs af specialer løfter bl.a. den telefoniske kontakt til de kliniske afdelinger.

Besparelspotentiale i Socialrådgiverafdelingen

Den samlede socialrådgivernormering ved model 3 er jf. bilag 5 på 11,58 fuldtidsstillinger og 2 sekretærnormeringer bibeholdes. Heraf udgør hjemmerespiratoradministration og rådgivning til ansatte 1,4 normeringer og ydelser til palliativt team 1 normering. Det modsvarer en besparelse på 27% af basisnormeringen, svarende til 4 normeringer.

Af den samlede besparelse kan 2 normeringer realiseres pr. 1. marts, mens de øvrige vil indgå i omplaceringspuljen.

Ved en proportional besparelse på øvrig drift budgettet, spares i alt ca. 35.000 kr.

Indstilling og den videre proces

Tilbagemeldingerne fra såvel OUH's kliniske afdelinger som socialrådgivere fra andre sygehuse i Danmark viser, at de socialrådgiverydelser der leveres i forhold til patienter og klinikere på et universitetshospital, ikke er fuldt sammenlignelige med ydelserne på sygehuse der behandler patienter med mindre komplekse patientforløb.

Konsekvensen af at vælge model 1, hvor socialrådgiverbemandingen proportionalt modsvarer niveauet på de øvrige sygehuse i regionen, vurderes således at være en forringelse i forhold til en driftsøkonomisk optimal kombination af kliniske og socialfaglige ydelser i de relevante patientforløb. Dette vurderet på, at det kliniske personale skal løfte en stor del af de opgaver der bortfalder, uden at have de nødvendige redskaber hertil, samtidig med at der nogle steder vil være risiko for forlængede patientforløb.

Model 2 imødekommer ikke de i bilag 2 anførte behov, men sikrer i højere grad end model 1 behovene i de afdelinger, hvor et bortfald af socialrådgiverydelser vurderes mest kritiske. Samtidig vil modellen være relativt let at indføre, såfremt der i de afdelinger der skal modtage socialrådgiverne er ledige ledelses- og sekretariatsressourcer.

Model 3 vil ikke i fuldt omfang imødekomme de i bilag 2 anførte behov, men vil gøre det i større omfang end de to øvrige modeller. Modellen vil kræve et paradigmeskift i Socialrådgiverafdelingen i forhold til den nuværende opgavevaretagelse.

De kliniske afdelinger, der i dag har et meget højt forbrug af meget konkret opgaveløsning for deres patienter, vil opleve det som en serviceforringelse.

Som anført i afsnittet om de kliniske afdelingers vurdering af konsekvenserne ved bortfald eller reduktion af socialrådgiverydelser, vurderes de anførte driftsbesparelser under de tre modeller i stort omfang opvejet af tilsvarende omkostningsforøgelse i de kliniske afdelinger. Det samlede nettobesparelspotentiale ved reduktionerne, vurderes således meget begrænset for OUH som helhed. De eneste områder hvor der kan forventes egentlige besparelser, er på opgaver der løses for den enkelte patient, i det omfang patienterne fremover selv kan løse opgaverne på basis af mere generelle råd og vejledninger.

På det foreliggende datagrundlag er det ikke muligt at give en præcis vurdering af forskellen i nettobesparelsen for OUH ved de enkelte modeller, men umiddelbart vurderes forskellen ikke stor, da de modeller der medfører størst besparelser i Socialrådgiverafdelingen, samtidig er de modeller hvor der overvæltet flest opgaver på klinikken.

Der kan således ikke gives en éntydig anbefaling af modelvalg alene på basis af en driftsøkonomisk vurdering.

Vurderes der i stedet på spørgeskemasvarene omkring organisering af socialrådgivere og deres fysiske placering, som anført i bilag 2, samt Socialrådgiverafdelingens betragtninger herom, som anført i bilag 3, vurderes model 3 éntydigt bedre end model 1 og 2.

Model 3 vurderes i højere grad at tilgodese de øjeblikkelige behov på tværs af sygehuset, men også mere fremtidsikkert i forhold til ændrede fremtidige behov i klinikken. I model 3 vil det således være nemmere at realisere fremtidige besparelser, som følge af eksempelvis optimeret samarbejde med kommunerne, bedre vejledningsmateriale m.m., da rationaliseringer kan høstes ét sted i stedet for i mindre, decentrale enheder.

Ligeledes vurderes modellen bedre at tilgodese behov for tilpasning af ydelser eller ressourcefordeling mellem afdelinger, ved fremtidige ændringer i behovet i de kliniske afdelinger. Således forventes bl.a. etableringen af en fælles akutmodtagelse, at give et ændret behov for, at kunne stille med det bredest mulige spekter af socialfaglige kompetencer i akutte situationer, uden at der nødvendigvis er behov for, at der til stadighed er socialrådgivere til stede FAM'en.

Vælges model 3 anbefales følgende proces:

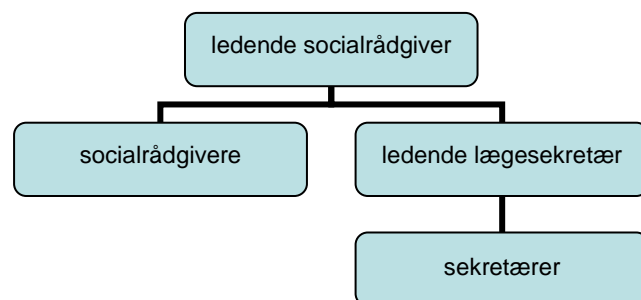
1. Ved endelig beslutning og tidligst pr. 1. marts 2010 realiseres halvdelen af de anførte besparelser (med 5/6 årseffekt) ved budgetreduktion i Socialrådgiverafdelingen
2. Ved endelig beslutning igangsætter Servicecentret i samarbejde med Socialrådgiverafdelingen en proces, hvor:
 - a. forslag til det nye, reducerede opgavesæt beskrives
 - b. forslaget afstemmes med de kliniske afdelinger
 - c. det endelige opgavesæt dokumenteres i Infonet
 - d. opgavesættet implementeres af hver enkelt socialrådgiver
 - e. de resterende lediggjorte ressourcer overføres til omplaceringspuljen

Processen forventes tilendebragt indenfor 3-4 måneder fra beslutningen er truffet. De personer der i givet fald vil blive placeret i omplaceringspuljen, vil være socialrådgivere og/eller lægesekretærer. Sidstnævnte kan forventeligt relativt nemt blive omplaceret, da der grundet personalegruppens størrelse på OUH må forventes en naturlig personaleomsætning. Den øjeblikkelige jobsituation for socialrådgivere er gunstig, så det forventes heller ikke at eventuelle socialrådgivere der indstilles til omplacering, vil forblive længe i omplaceringspuljen. Et realistisk bud vil være, at den fulde besparelse er realiseret inden årets udgang.

Bilag 1: Socialrådgivernes organisation og opgavesæt

Afdelingsbeskrivelse

Organisation



Socialrådgiverafdelingen leverer socialrådgiverydelser til OUH Odense Universitetshospitals kliniske afdelinger.

Ydelserne består primært af det direkte socialrådgiverarbejde i forhold til patienter, men også af tværfagligt samarbejde i teams på afdelingerne, patientundervisning, personaleundervisning samt hurtig formidling af relevant lovgivning til berørte afdelinger. Herudover er afdelingen en socialfaglig ressource for organisationen OUH såvel i konkrete som generelle spørgsmål samt ved løsning af udvalgte tværgående opgaver.

Det enkelte kliniske afsnit har tilknyttet én socialrådgiver og henvisninger kommer fra personale, patienter og pårørende. Hvor den kliniske afdeling finder det relevant indgår socialrådgiveren i tværfaglige konferencer, patientskoler, udarbejdelse af patientforløbsprogrammer o.a.

Sekretærgruppen er det altid tilgængelige kontaktpunkt for afdelinger og patienter og skriver journaler samt afdelingens mange ansøgninger til eksterne instanser.

En socialrådgiver er fysisk placeret i specialfunktioner udenfor socialrådgiverafdelingen, i Palliativ Team Fyn. Afdeling R har i 2005 overført ½ til Socialrådgiverafdelingen og refunderer fra 1.1.2010 lønudgiften for yderligere ½ normering.

I 2010 udlånes ½ normering til Rådgivning for personale. ASA refunderer lønudgiften.

I perioden 1. april 2009 til 31. marts 2010 udlånes ½ normering fra Odense Kommune til Socialrådgiverafdelingen, som betaler lønudgiften.

Siden foråret 2008 har Socialrådgiverafdelingen haft til opgave at koordinere udskrivning af alle respiratorpatienter med vagthold i eget hjem, lave finansieringsaftale med kommunerne og følge op på disse. Der er ikke knyttet tilfredsstillende ressourcer til denne opgave.

Økonomi

Løn og øvrig drift (kontrakt 2009)

Lønbudget i alt	6.482
Øvrig drift udgifter*	185

- heraf adm. bevilling i 2009	40
Øvrig drift indtægter**	-189
Afdelingsbudget total	6.478
Udviklings- og omstillingsforslag finansieret af centerpuljen jf. afsnit 3.3	40
I alt	6.518

Note: Alle beløb i 1.000 kr. i 2009 P/L

*Budget for 2010 er endnu ikke på plads, men i forhold til 2009 vides allerede nu, at den adm. bevilling på 40 tkr. Ikke gives i 2010, ligesom der er fratrukket 15 tkr. Til centralisering af kommunikationsudgifter. Hermed resterer for nuværende et ØD budget på 130 tkr. I 2010

**Odense Kommunes finansiering af ½ stilling jf. nedenstående.

Normeringer

Basisnormering		
	Afdelingsleder	1
	Socialrådgiver	11,56
	Sekretær inkl. Ledende	3,52
Adm bevilling til Rådgivning for ansatte		0,5
*Indtægtsbudget 0,5 til Palliativt Team Fyn		0,5
**Projektstilling betalt af Odense kommune		0,5
	I alt	14,06 3,52

Se i øvrigt bilag 5 ifht. ressourcernes fordeling på afdelinger.

Bilag 2: Spørgeskemaundersøgelse på OUH

I henhold til kommissorium for analysen, er der gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt de 13 afdelinger der modtager hovedparten af ydelserne fra Socialrådgiverafdelingen, her defineret som afdelinger med mere end 50 årlige henvendelser.

For så vidt angår de øvrige afdelinger, er Socialrådgiverafdelingens vurdering af deres behov anført i bilag 2.

Spørgeskemasvarene er indsat uredigerede i nedenstående afsnit, hvoraf de primære ydelsesområder til den enkelte afdeling også fremgår. Svar under overskriften "Generelt" er sammenstykket af overordnede betragtninger der er fremgået pr. mail i forbindelse med besvarelsen, eller tekst den responderende afdeling har anført uden for spørgeskemaet.

Bilag 2.1, Afd. R

Socialrådgiverydelser i dag – Afd. R

- Deltager i ugentlige konferencer i 6 teams (G, T, M, U, H, Tværfagligt Palliativt Ambulatorium)
- Patientskoler 3 (underlivskræft, brystkræft, lungekræft)
- Personaleundervisning og sparring med læger om besvarelse af lægeerklæringer til kommunerne.
- Vejledning og udarbejdelse af ansøgning vedrørende pleje- og pasningsorlov for pårørende til alvorligt syge og døende
- Terminale patienter: Koordinering af samlede ydelser ved terminalerklæring (kontakt til kommunale myndigheder mv.)
- Sikring af forsørgelsesgrundlag og arbejdsfastholdelse
- Sikre helhedsforløb for patienterne (pårørendes vilkår, børn, bolig, private pensionsordninger, medicin)
- Tandbehandlinger efter kemo- og strålebehandlinger
- Juridisk rådgivning til patienter og pårørende (værgemål, fuldmagter, testamenter, legatansøgninger)
- Optimering af komplicerede udskrivningsforløb
- Socialfaglig hotline
- Understøttende sekretærbistand ift. ovenstående ydelser
- Underleverandør af 1 socialrådgivernormering til Palliativt Team Fyn

Et helt bortfald af ydelserne i form af ophør af alle socialrådgiverfunktioner ift. afdelingen

	BESKRIVELSE
Konsekvenser for patienter (indlæggelsestid, genindlæggelsesrisiko, genhenvendelse i ambulatorier, compliance, patienttilfredshed etc.).	<p>Socialrådgiverfunktionen har været tilknyttet Onkologisk Afd, R med mindst ugentlige konferencer de seneste i hvert fald 30 år i erkendelse af det store behov for socialrådgiverbistand til vores kræftpatienter på vores afdeling. I dag er der en ugentlig tværfaglig konference i alle vores 5 diagnoserelaterede teams, hvor socialrådgiverne præsenteres for patienter sociale problemer. Derudover kan patienter nu få "akut" socialrådgiverbistand, hvor det er aktuelt.</p> <p>De sociale problemer bliver sædvanligvis større og mere påtrængende jo kortere forventet levetid patienterne har. Det opleves i Palliativt Team Fyn og vores interne palliative team, hvor socialrådgiverfunktionen er helt essentiel i det tværfaglige samarbejde omfattende speciallæge, palliationspsygeplejerske, psykolog, fysioterapeut, præst og</p>

	<p>socialrådgiver.</p> <p>Ca. 45-50 % af alle nydiagnosticerede kræftpatienter dør af deres kræftsygdom i løbet af en kortere eller længere årrække trods behandling. De patienter der henvises til Afd. R har en højere forventet dødelighed, idet en stor del af kræftpatienter, der er kureret ved operation ikke kræver onkologisk efterbehandling. Derfor vil mere end 2/3 af vores patienter have en forventet kort levetid.</p> <p>Patienternes sociale liv bliver derfor udsat for særdeles store udfordringer, som der skal tages hånd om hurtigst muligt. Hvordan er min arbejds-situation i et evt. langvarigt behandlingsforløb, hvordan klarer jeg og min familie sig den kommende tid, og hvordan klarer familien sig efter min død? Skal jeg hurtigst muligt gifte mig med min samlever? Hvad med mine børn, dels i parforhold men også hvis kræftpatienten er eneforsørger?</p> <p>Det kræver højt specialiseret socialrådgiverindsats, og det bærer listen ovenfor om de ydelser socialrådgiverne leverer til Afd. R også dokumentation for. Socialrådgiverne er specialiseret i service-loven og inddrager overvejelser over patientens pensionsordning og forsikringsaftaler. Den samme specialiserede viden kan ikke forventes af socialrådgiverne i kommunerne, da de ofte søger den billigste løsning for kommunen.</p> <p>Der vedlægges som bilag Sundhedsstyrelsens notat "Generelle indsatser vedr. psykosocial omsorg, pleje og symptomlindring, rehabilitering og palliation til sundhedsfaglige elementer i pakkeforløb for kræft" til yderligere understøttelse af socialrådgiverfunktionen i pakkeforløb for kræft.</p> <p>Derfor må man forvente følgende konsekvenser for patienterne:</p> <ul style="list-style-type: none">• Indlæggelsestiden forlænges, såfremt man skal afvente at en kommunal socialrådgiver skal møde op på sengeafdelingen. Det er et problem vi kender for patienter, hvor vi har skønnet et plejebæbehov efter udskrivelsen, men hvor kommunens visitator selv vil vurdere det sammen med patienten• Risikoen for genindlæggelse øges, hvis ikke de sociale forhold er sikret• Patienterne risikerer ikke at få de ydelser og hjælp de er berettiget til, hvis ikke de får tilbudt specialiseret socialrådgivning eller fordi patienterne ikke kan nå at komme til den kommunale socialrådgiver
--	---

	<p>grundet den onkologiske behandling og/eller deres fysiske tilstand p.g.a. deres kræftsygdom. Det gælder i udpræget grad patienter tilknyttet Palliativt Team Fyn, hvor hjemmebesøg af socialrådgiver sikrer patienternes rettigheder.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienterne får større medicinudgifter, da der bliver udstedt færre terminalerklæringer • Er der sociale problemer kan patienterne risikere ikke at kunne overskue og gennemføre den optimale onkologiske behandling – mindre compliance. • Rehabilitering vanskeliggøres, og vores velfungerende patientskoler må ophøre. • Patienttilfredsheden vil alt andet lige forringes.
<p>Konsekvenser for personalet / afdelingens drift (direkte og afledt opgaveoverflytning, personale-ressourcer, afledte omkostninger til medicin el. lign).</p>	<p>Er der ingen socialrådgiverfunktion på OUH vil det belaste det øvrige personale, først og fremmest sygeplejerskerne men også lægerne, der så må løse en række socialrådgiveropgaver uden at få den nødvendige socialrådgiververfaglige sparring og løsninger.</p> <p>Det medfører at der tages ressourcer fra sygeplejerskernes og lægernes kerneydelser, som er pleje og behandling og samtaler til sikring af at patienterne mestrer deres sygdom og hele situation.</p> <p>Et stort praktisk problem er, hvordan udefra kommende socialrådgivere får læse og skriveadgang til Cosmic. Hvis de ikke har det skal vel primært sygeplejersker eller sekretærer bruge tid på at printet journalmateriale og herefter skrive eller indskanne kommunale socialrådgiveres optegnelser.</p> <p>Socialrådgiverne på OUH kan have ambulante besøg uafhængig af andre besøg på OUH. Ophører disse vil der komme til at mangle ambulante besøgskakster. Om det rammer afdelingen eller OUH er vi usikre på.</p> <p>Er patienterne indlagt længere p.g.a. afventen på udefra kommende socialrådgivere kommer til afdelingen, vil medicinudgifterne kunne forøges, men det skønnes ikke at kunne afspejle sig i forhold til vores meget store medicinudgifter til kemoterapi. En længere indlæggelse vil dog alt andet lige medføre, at vi ikke kan have andre patienter liggende i sengene til aktiv onkologisk behandling, og det vil dels formindske vores DRG-indkomst og dels vil det vanskeliggøre, at vi kan overholde vores ventetidsgaranti til behandling.</p>

--	--

En reduceret videreførelse af socialrådgiverfunktionerne, decentralt ansat i den kliniske afdeling

	BESKRIVELSE
Konsekvenser for patienter (indlæggelsestid, genindlæggelsesrisiko, genhenvendelse i ambulatorier, compliance, patienttilfredshed etc.).	Konsekvenserne af en reduceret videreførelse af socialrådgiverfunktionen vil selvfølgelig blive mindre end hvis funktionen helt ophører, men konsekvenserne for patienterne vil være af helt samme type som anført ovenfor, hvortil der henvises.
Konsekvenser for personalet / afdelingens drift (direkte og afledt opgaveoverflytning, personaleressourcer, afledte omkostninger til medicin el. lign, driftssikkerhed (vikardækning etc.), sikring og udvikling af socialfaglig kvalitet, kontorfaciliteter).	<p>Konsekvenserne af en reduceret videreførelse af socialrådgiverfunktionen vil selvfølgelig blive mindre end hvis funktionen helt ophører, men konsekvenserne for personalet og afdelings drift vil være af helt samme type som anført ovenfor, hvortil der henvises. Der vil selvfølgelig så blive behov for en behård prioritering af de højest specialiserede socialrådgiverfunktioner.</p> <p>Derudover er der følgende ekstra problemer der skal håndteres i afdelingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan og hvem sikrer vikardækning ved ferie og sygdom • Hvem afholder MUS med socialrådgiverne i afdelingen og hvordan sikrer man sparring og udvikling for socialrådgiverne. Det vil være en ekstra byrde for afdelingsledelserne, som ikke har den nødvendige ekspertise hertil. • Afd. R i dag mangel på kontorfaciliteter, og vi har ikke mulighed for at stille fast kontorplads til rådighed for en socialrådgiver.

Bilag 2.2, Afd. H

Socialrådgiverydelser i dag – Afd. H

- Deltager i 3 ugentlige konferencer (H2, diabetesteam og børnepsykiatrisk team)
- Patientskole (børn med kræft)
- Personaleundervisning (socialfaglig introduktion for nyansatte på Afd. H, efter behov samt undervisning om underretningspligt)
- Sikring af forældrenes tilstedeværelse i behandlingsforløbet (Via vejledning og udarbejdelse af ansøgning vedr. orlov og tabt arbejdsfortjeneste)
- Tværfaglige og tværsektorielle netværksmøder med relevante parter omkring barnet
- Underretninger, personalevejledning og konkret udarbejdelse
- Juridisk rådgivning til forældre (Sikring af forsørgelsesgrundlag, ankemuligheder mv.)

- Optimering af komplicerede udskrivningsforløb
- Socialfaglig hotline
- Understøttende sekretærbistand ift. ovenstående ydelser

Generelt

På Børneafdeling H, H. C. Andersen Børnehospital, er socialrådgivning en nødvendighed i behandlingstilbuddet, og efter lukning af OUH's Socialrådgiverafdeling, vil der være behov for, at de tre socialrådgivere, der tidligere har haft fuldtidsbeskæftigelse i H. C. Andersen Børnehospital, tilknyttes og ansættes direkte i Børneafdeling H, H. C. Andersen Børnehospital.

Socialrådgiver Lise Keller (ansat siden 1989) har i en fuldtidsstilling serviceret Børneafsnit H3, H5 og H6.

Socialrådgiver Anne Bødker (ansat siden 1992) i en stilling på 33 timer pr. uge har serviceret Børneafsnit H2 og H7.

Herudover har to socialrådgivere henholdsvis Birgit Beck indtil fratræden den 01.09.09 og socialrådgiver Liselotte Kronlund (pt. sygemeldt) serviceret Børneafsnit H1 og H4.

Pr. 01.01.10 var der planlagt nyansættelse af en socialrådgiver som efterfølger for Birgit Beck, men denne nyansættelse skal være blevet annulleret pga. aktuelle planlagte nedlægning af Socialrådgiverafdelingen.

På H. C. Andersen Børnehospital varetager vi mange højt specialiserede funktioner (tidligere benævnt lands-landsdelsfunktioner) inden for i alt 11 subspecialer/pædiatriske fagområder. Det drejer sig især om børn med svære kroniske lidelser (se vedhæftede bilag) og akutte kritisk syge børn, især nyfødte, men også større børn med svær akut sygdom.

Socialrådgivning er en integreret og nødvendig del af behandlingstilbuddet til alle alvorligt syge børn og deres familier. I H. C. Andersen Børnehospital, har vi netop fokus på børne- og familievenlige rammer, hvor det syge barn er ledsaget af mindst en af forældrene under indlæggelsen. En stor del af vores patienter kommer langvejs fra og ca. 1/3 af vores funktioner/opgaver vedrører højt specialiseret behandling.

I fremtiden vil der fortsat være et stort behov for socialrådgiverassistance på H. C. Andersen Børnehospital, og det aktuelle behov er uændret 3 socialrådgivere. Vi har været meget glade for det hidtidige samarbejde med Socialrådgiverafdelingen og ikke mindst indsatsen fra Anne Bødker og Lise Keller, som begge er meget kyndige og kompetente inden for socialrådgivning på børneområdet. De er meget vellidte både af børn/familier og af personalet.

Vi vil derfor gerne anmode om, at Anne Bødker og Lise Keller fremover bevarer den faste tilknytning til Børneafdelingen og ansættes i H. C. Andersen Børnehospital.

Et helt bortfald af ydelserne i form af ophør af alle socialrådgiverfunktioner ift. afdelingen

	BESKRIVELSE
Konsekvenser for patienter (indlæggelsestid, genindlæggelsesrisiko, genhenvendelse i ambulatorier, compliance, patienttilfredshed etc.).	Bortfald af socialrådgiverfunktionerne i Børneafdelingen vil medføre at alle de 10 listede socialrådgiverydelser i Børneafdelingen i dag vil bortfalde, og det vil få alvorlige konsekvenser for den tværfaglige varetagelse af især de akut syge børn indlagt med livstruende alvorlig sygdom, hvor hurtige hjælpe- og støtteforanstaltninger, som etableres ved hjælp af socialrådgiverfunktionen i samarbejde med hjemkommune/-forvaltning vil blive forsinket og ofte slet ikke kan nå at blive etableret.

	<p>Endvidere vil det få alvorlige konsekvenser for den store gruppe af kronisk syge børn, hvor vi varetager højt specialiseret funktion (tidligere lands-landsdelsfunktioner). Her er vores socialrådgivere specialuddannede i at varetage udarbejdelse af ansøgninger om tabt arbejdsfortjeneste og støtteforanstaltninger til forældrene jævnfør Serviceloven under barnets sygdom og ophold på hospitalet. Mange patienter kommer langvejs fra, og ca. 1/3 af vores funktioner/opgaver vedrører højt specialiseret behandling.</p> <p>Endvidere vil ophør af socialrådgiverfunktionen betyde manglende tryghed for forældre og barn under indlæggelsen pga. usikkerhed om, hvordan og hvornår den nødvendige omsorg omkring barnet i sygdomsforløbet kan opnås, både under indlæggelse i afdelingen og i ofte meget langvarige ambulante forløbe, hvor der også skal tages særlige hensyn til barnet i hverdagen i hjemmet (skole/fritid).</p> <p>Bortfald af socialrådgiverfunktioner vil uden tvivl få alvorlige specifikke konsekvenser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Længere indlæggelsestid - Flere genindlæggelser - Flere forespørgsler både telefonisk og via mail fra forældre til afdelingen/ambulatoriet i sygdomsforløbet - Dårligere behandlingscompliance - Nedsat patienttilfredshed - Forsinkede ansøgninger til hjemkommunen vedr. orlov, tabt arbejdsfortjeneste og ansøgninger om støtteforanstaltninger - Forsinket iværksættelse af nødvendig omsorg for barnet i hjemmet - Mangelfulde ansøgninger pga. mangelfuld kompetence og indsigt (fordi vores socialrådgivere i dag har specialkompetence på området, og derfor faktisk hjælper de lokale socialrådgivere i hjemkommuner) - Kvalitetsforringelse i behandling og omsorg for omsorgssvigtede børn inkl. Underretninger
<p>Konsekvenser for personalet / afdelingens drift (direkte og afledt opgaveoverflytning, personaleressourcer, afledte omkostninger til medicin el. lign).</p>	<p>Bortfald af socialrådgiverfunktioner i Børneafdelingen vil medføre en generel overvæltning af socialrådgiveropgaver på hospitalspersonalet, både sygeplejersker, læger og psykologer og derfor et øget normeringsbehov mindst svarende til den normering, der mistes i socialrådgivere, da der skal finde oplæring og kompetenceudvikling sted</p>

	<p>for at kunne varetage de tidligere socialrådgiverfunktioner tilfredsstillende.</p> <p>Endvidere en generel kvalitetsforringelse fordi den tidligere eksisterende kompetence vil blive fordelt på mange hoveder.</p> <p>Kvaliteten af patient- og familierelateret sygepleje vil blive forringet.</p> <p>Generelle omkostninger for patientforløb vil stige pga. længerevarende indlæggelser og langsommere patient- og sagsbehandling, fordi der til et hvert kronisk sygdomsforløb knytter sig opgaver vedr. patient-/familieomsorg, også efter udskrivelse – planlægning af udskrivelse, planlægning af støtte og hjælpeforanstaltninger i hverdagen etc.</p>
--	--

En reduceret videreførelse af socialrådgiverfunktionerne, decentralt ansat i den kliniske afdeling

	BESKRIVELSE
Konsekvenser for patienter (indlæggelsestid, genindlæggelsesrisiko, genhenvendelse i ambulatorier, compliance, patienttilfredshed etc.).	Konsekvenserne vil være de samme, som anført i skema 1 under bortfald af ydelser af socialrådgiverfunktioner, men naturligvis i et mindre omfang afhængig af størrelsen af reduktionen i socialrådgivernormering. Se i øvrigt tidligere skrivelse fra den 16.12.09 vedhæftet, hvor der argumenteres for en fortsat normering af tre socialrådgivere decentralt i Børneafdeling H, H. C. Andersen Børnehospital, hvis den centrale socialrådgiverafdeling nedlægges.
Konsekvenser for personalet / afdelingens drift (direkte og afledt opgaveoverflytning, personale-ressourcer, afledte omkostninger til medicin el. lign, driftssikkerhed (vikardækning etc.), sikring og udvikling af socialfaglig kvalitet, kontorfaciliteter).	Samme konsekvenser som anført i skema 1, men naturligvis i reduceret omfang afhængig af i hvilket omfang socialrådgivernormeringen reduceres (se i øvrigt ovenfor).

Bilag 2.3, Afd. O

Socialrådgiverydelser i dag – Afd. O

- Personaleundervisning efter behov
- Sikring af forsørgelsesgrundlag og arbejdsfastholdelse
- Sikre helhedsforløb for patienterne (transport, medicinregler, hjælpemidler, praktiske vilkår, bolig, børn, forsikringer)
- Juridisk rådgivning til patienter, pårørende og personale (kontanthjælp, legatansøgninger)
- Optimering af komplicerede udskrivningsforløb (herunder udlændinge på midlertidigt ophold i DK)
- Socialfaglig hotline
- Understøttende sekretærbistand ift. ovenstående ydelser

Et helt bortfald af ydelserne i form af ophør af alle socialrådgiverfunktioner ift. afdelingen

	BESKRIVELSE
Konsekvenser for patienter (indlæggelsestid, gen-	Vi forventer ikke, at den manglende socialrådgiv-

<p>indlæggelsesrisiko, genhenvendelse i ambulatorier, compliance, patienttilfredshed etc.).</p>	<p>verydelse fra OUH vil betyde ekstra indlæggelsestid eller medføre genhenvendelser i ambulatoriet. Det er selvfølgelig afgørende, at få etableret godt samarbejde med de kommunale socialrådgivere, så de kan komme hurtigere ind over patientforløbet.</p> <p>Erfaringen fra samarbejdet med kommunernes socialrådgivere er, at de mangler specialistviden om de sygdomsspecifikke faktorer, men vi har selv kendskab til de paragraffer patienterne skal henvises til, og dette bliver de vejledt i i afdelingen.</p>
<p>Konsekvenser for personalet / afdelingens drift (direkte og afledt opgaveoverflytning, personaleressourcer, afledte omkostninger til medicin el. lign).</p>	<p>Personalet skal have etableret samarbejde med kommunernes socialrådgivere, så patienterne kan få en god vejledning. Et forslag kunne være, at kommunikere med kommunerne om dette allerede ved afsendelse af forløbsplanen.</p> <p>Vi forventer ikke at få afledte omkostninger eller yderligere arbejdsopgaver i forbindelse med nedlæggelse af funktionen på OUH.</p> <p>Arbejdsgangene skal naturligvis justeres, og aftaler udarbejdes med kommunerne</p>

En reduceret videreførelse af socialrådgiverfunktionerne, decentralt ansat i den kliniske afdeling

	BESKRIVELSE
<p>Konsekvenser for patienter (indlæggelsestid, genindlæggelsesrisiko, genhenvendelse i ambulatorier, compliance, patienttilfredshed etc.).</p>	<p>Som ovenstående</p>
<p>Konsekvenser for personalet / afdelingens drift (direkte og afledt opgaveoverflytning, personaleressourcer, afledte omkostninger til medicin el. lign, driftssikkerhed (vikardækning etc.), sikring og udvikling af socialfaglig kvalitet, kontorfaciliteter).</p>	<p>Som ovenstående</p>

Bilag 2.4, Afd. Y

Socialrådgiverydelser i dag – Afd. Y

- Patientskole (dialysepatienter)
- Sikring af forsørgelsesgrundlag og arbejdsfastholdelse
- Sikre helhedsforløb for patienterne (transport, medicinregler, merudgifter, hjælpemidler, praktiske vilkår, private pensionsordninger, bolig)
- Juridisk rådgivning til patienter og pårørende (fuldmagter, legatansøgninger, familiedonorers vilkår mv.)
- Optimering af komplicerede udskrivningsforløb
- Socialfaglig hotline
- Understøttende sekretærbistand ift. ovenstående ydelser

Generelt

Patienter med akut eller kronisk nyresygdom oplever en stor ændring i deres livsforudsætninger og forventninger. Disse har vidtstrakte betydninger for deres fremtidige liv, både i forhold til arbejdsmæssige og familiært/socialt muligheder. Social lovgivningen på området er præget af en række forhold hvor der er særrettigheder for nyresyge. Historisk har der været en række tvister om de nyresyges rettigheder, og om hvornår en række udgifter skal dækkes af primær eller sekundær kommune (region), eller af staten (eksempelvis refusion og forsikring for nyredonorer). I en række tilfælde hviler patientens rettigheder på afgørelser ved domstole, eller udtalelse fra sundheds- eller indenrigsministeriet. Det kan ikke forventes at en almindelig socialrådgiver har den indsigt der er nødvendig for at kunne dække dette felt, hvorfor vi fra nefrologisk afdeling anbefaler at funktionen videreføres som en del af universitetshospitalets tilbud.

Et helt bortfald af ydelserne i form af ophør af alle socialrådgiverfunktioner ift. afdelingen i forhold til: Patientskole (dialysepatienter) og sikring af forsørgelsesgrundlag og arbejdsfastholdelse

	BESKRIVELSE
Konsekvenser for patienter (indlæggelsestid, genindlæggelsesrisiko, genhenvendelse i ambulatorier, compliance, patienttilfredshed etc.).	<p>For prædialysepatienter har det allerede en konsekvens, at socialrådgiveren ikke har været tilgængelig både på patientskolen for prædialysepatienter og individuelle samtaler.</p> <p>Tidligere viste det sig, at 40 % af nyreskoledeltagere efterfølgende bad om en individuel samtale med afdelingens socialrådgiver.</p> <p>I prædialysefasen mangler patienten/familien information ved socialrådgiveren om sociale ydelser og muligheder i forbindelse med kronisk sygdom, forsørgelsesgrundlag og arbejdsfastholdelse, som skal bevidstgøre patienten om sine muligheder og sætte ham i stand til at handle.</p> <p>I prædialysefasen er patienten præget af træthed, og mange er sygemeldte. Patienterne giver udtryk for at de er deprimerede, fordi de er angst for fremtiden og isolerede med deres tanker og følelser omkring fremtidige jobmuligheder og økonomiske forhold.</p> <p>Konsekvenserne ved at gå til sagsbehandlere i kommunen er allerede problematisk for patienter, idet de oplever at disse ikke kender sygdomsgruppen, og derfor oplever sig "slyttet" og ikke forstået.</p> <p>Konklusion: Prædialysefasen er et kritisk tidspunkt for patienter med kronisk nyreinsufficiens, hvor der skal tages store beslutninger om behandling, som påvirker patientens ar-</p>

	<p>bejdsevne og forsørgelsesgrundlag fremover.</p> <p>Patienterne/familien i den fase har brug for hjælp fra en socialrådgiver med sygdoms-specifik indsigt på det tidspunkt, idet de ikke er i stand til at argumenterer og kæmpe for den hjælp de har brug for omkring jobmuligheder (flexjob), pension og økonomi.</p>
Konsekvenser for personalet / afdelingens drift (direkte og afledt opgaveoverflytning, personaleressourcer, afledte omkostninger til medicin el. lign).	Personalet har ikke en chance for at vejlede patienten inden for det sociale felt som jobmuligheder (flexjob), pension og økonomi...

En reduceret videreførelse af socialrådgiverfunktionerne, decentralt ansat i den kliniske afdeling i forhold til: **Patientskole (dialysepatienter) og sikring af forsørgelsesgrundlag og arbejdsfastholdelse**

	BESKRIVELSE
Konsekvenser for patienter (indlæggelsestid, genindlæggelsesrisiko, genhenvendelse i ambulatorier, compliance, patienttilfredshed etc.).	Ved at decentralisere socialrådgiverfunktionen vil det forbedre muligheden for at støtte flere patienter i forbindelse med kronisk sygdom, forsørgelsesgrundlag og arbejdsfastholdelse, som skal bevidstgøre patienten om sine muligheder og sætte ham i stand til at handle, fordi der ville være et tættere samarbejde og kortere arbejds gange.
Konsekvenser for personalet / afdelingens drift (direkte og afledt opgaveoverflytning, personaleressourcer, afledte omkostninger til medicin el. lign, driftssikkerhed (vikardækning etc.), sikring og udvikling af socialfaglig kvalitet, kontorfaciliteter).	Personalet ville få et bedre kendskab til socialrådgiverens felt og samarbejdet ville kunne kvalificeres og målrettes.

Bilag 2.5, Afd. X

Socialrådgiverydelser i dag – Afd. X

- Deltager i ugentlig konference
- Personaleundervisning (socialfaglig introduktion for nyansatte på Afd. X samt efter behov)
- Vejledning og udarbejdelse af ansøgning vedrørende pleje- og pasningsorlov for pårørende til alvorligt syge og døende
- Vejledning af patient og forældre ift. særlige problemstillinger for unge med leukæmi
- Terminale patienter: Koordinering af samlede ydelser ved terminalerklæring (kontakt til myndigheder mv.)
- Sikring af forsørgelsesgrundlag
- Sikre helhedsforløb for patienterne (praktiske vilkår, børn, bolig, private pensionsordninger, medicin)
- Tandbehandlinger efter kemobehandlinger

- Juridisk rådgivning til patienter og pårørende (fuldmagter, testamenter, legatansøgninger mv.)
- Optimering af komplicerede udskrivningsforløb
- Socialfaglig hotline
- Understøttende sekretærbistand ift. ovenstående ydelser

Et helt bortfald af ydelserne i form af ophør af alle socialrådgiverfunktioner ift. afdelingen

	BESKRIVELSE
Konsekvenser for patienter (indlæggelsestid, genindlæggelsesrisiko, genhenvendelse i ambulatorier, compliance, patienttilfredshed etc.).	<p>Hæmatologiske patienter er ofte yngre erhvervsaktive patienter med familie med børn. En malign hæmatologisk lidelse kræver ofte månedlange indlæggelser, og patienterne og deres familier oplever store psykosociale belastninger i forbindelse med sygdommen og behandlingsforløbet. Patienterne er truet på deres erhverv og i stor risiko for at miste deres job.</p> <p>Socialrådgiveren er en helt afgørende nøgleperson for disse patienter og deres familie og indgår som en væsentlig del af det behandlende team. Bortfald af socialrådgiverydelse vil medføre øget indlæggelsestid, risiko for genindlæggelse idet patienternes sociale problemstillinger ikke vil kunne håndteres ordentligt eller slet ikke.</p> <p>En ikke uvæsentlig del af hæmatologiske patienter er uhelbredeligt syge, og er tilknyttet hæmatologisk afdeling også i det terminale forløb grundet de specielle problemstillinger hæmatologiske sygdomme giver. I den sidste livsfase er socialrådgiveren en afgørende person for at sikre patienten et optimalt terminalt forløb.</p> <p>Hæmatologisk sygdom er i sig selv slem nok, men hvis man ikke får hjælp til de afledte psykosociale problemstillinger, som et sådant sygdomsforløb giver, er det yderligere en belastning og stressfaktor, som vil påvirke patienterne og deres evne til at kooperere om behandlingen og dermed medføre komplikationer og forlængede indlæggelser.</p> <p>Når patienterne skal udskrives efter et månedslangt hårdt behandlingsforløb, er det afgørende at man har taget hånd om alle aspekter af patientens livssituation for at sikre, at udskrivelsen bliver holdbar. Også her er socialrådgiveren afgørende. Udskrives patienterne samtidig med, at der er flere uløste psykosociale problemer, er situationen uholdbar og genindlæggelse er uundgåelig. Flere henvendelser i ambulatoriet må også forventes, hvis der ikke er taget godt nok hånd om patientens sociale situation.</p>
Konsekvenser for personalet / afdelingens drift (direkte og afledt opgaveoverflytning, personaleressourcer, afledte omkostninger til medicin el. lign).	<p>Da patienterne som beskrevet ovenfor har mange problemstillinger af psykosocial art vil et bortfald af socialrådgiverfunktionen betyde, at personalet i udstrakt grad vil skulle bruge megen tid på at få etableret kontakt til diverse relevante instanser i det kommunale system. Udover at det vil tage megen tid, som nødvendigvis må gå fra plejen, så vil det også betyde en forringelse for patienterne. Da patienterne og deres familiers hele livssitua-</p>

	tion er præget af sygdommen, vil et bortfald af socialrådgiverbistand medføre en klar forringelse, som igen vil betyde øget forbrug af sygeplejersressourcer til samtaler med frustrerede ulykkelige patienter og pårørende.
--	--

En reduceret videreførelse af socialrådgiverfunktionerne, decentralt ansat i den kliniske afdeling

	BESKRIVELSE
Konsekvenser for patienter (indlæggelsestid, genindlæggelsesrisiko, genhenvendelse i ambulatorier, compliance, patienttilfredshed etc.).	Det er helt afgørende, at der er ansat socialrådgiver i en hæmatologisk afdeling. Den socialrådgiverbistand, vi har haft indtil videre – ca. 8 timer ugentlig - har langtfra været tilstrækkelig. En reduceret videreførelse vil betyde en forringelse med konsekvenser som beskrevet ovenfor
Konsekvenser for personalet / afdelingens drift (direkte og afledt opgaveoverflytning, personaleressourcer, afledte omkostninger til medicin el. lign, driftssikkerhed (vikardækning etc.), sikring og udvikling af socialfaglig kvalitet, kontorfaciliteter).	En reduceret socialrådgiverbistand vil få samme konsekvenser for personalet som beskrevet ovenfor.

Bilag 2.6, Afd. C

BEMÆRK: Afdelingen har valgt ikke at anvende det fremsendte spørgeskema i besvarelsen.

Anvendelse af socialrådgivere i afdeling C

Afdeling C har et mangeårigt samarbejde med socialrådgiverafdelingen, hvor socialrådgiver ydelser indgår som en del af den tværfaglige indsats overfor afdelingens patienter med langvarige, kroniske og invaliderende lidelser.

Samarbejdet udmøntes i form af de ydelser som i punktform er beskrevet i administrationens notat. Det er ikke muligt på den korte tid der er til rådighed at give et retvisende bud på det samlede antal timer som disse ydelser dækker over.

I det følgende er beskrevet konsekvenser af bortfald af socialrådgiver ydelser for henholdsvis **stationære** patienter og for **ambulante** patienter i enten daghospital eller ambulatorium.

Stationære patienter

Socialrådgiverne deltager i den ugentlige tværfaglige konference på afdeling C, hvor også terapipersonale, plejepersonale, læger og evt. ad hoc andet personale deltager.

Socialrådgiverne er involveret i enkeltstående patientforløb særligt indenfor det reumatologiske område. Disse kan være karakteriseret ved enten at være meget lange og/eller være præget af særlige socialmedicinske problemstillinger. Det kan handle om truende tab af forsørgelses evne hos yngre individer med nyopstået gig- eller bindevævslidelse, rådgivning af patienter og pårørende om sociale ydelser, bindeled mellem patient og den primærkommunale sociale indsats, særligt komplicerede udskrivningsforløb m.v.

Selvom bortfald af socialrådgiver ydelser i enkeltstående situationer vil opleves som et tab af ekspertise og et forringet service niveau for patienter og pårørende, er det vurderingen at der ikke vil ske en væsentlig forlængelse af ligge tider m.v.. Dette hænger sammen med den generelt kortere liggetid i

afdelingen, at en del af afdelingens patienter er almen intern medicinske patienter med relativt kort liggetid og at en større og større andel af patienter med reumatologiske problemstillinger varetages ambulantly.

Ambulante patienter

Der er her et tæt tværfagligt samarbejde med socialrådgiver afdelingen, særligt indenfor grupper af afdelingens højtspecialiserede patienter. Det drejer sig hyppigt om yngre mennesker i erhvervsaktiv alder, der rammes af en alvorlig gigt- eller bindevævssygdom, der truer førlighed, arbejdsevne og forsørgelsessevne.

Særligt indenfor et af afdelingens højtspecialiserede spidskompetenceområder, nemlig patienter med systemisk lupus, fremhæves dette tværfaglige samarbejde både nationalt og internationalt som *"state-of-the-art"*, og her ligger afdeling C helt i front.

Et andet område er patienter tilknyttet afdelingens daghospital. Det drejer sig her om ofte yngre mennesker i den erhvervsaktive alder, som er under udredning for endnu ikke afklaret sygdom i bindevævet eller bevægeapparatet. Den uafklarede diagnose og et sygdomsbillede præget af smerter og dysfunktion af bevægeapparatet medfører ofte langvarigt sygefravær og truer deres arbejde og forsørgelsesgrundlag. Her er der et stort behov for både individuel rådgivning, men også at socialrådgiveren fungerer som formidlende bindeled mellem patient og det primære kommunale sociale system.

Bortfald af socialrådgiverydelser vil således samlet set være en klar forringelse af den tværfaglige service og indsats overfor afdelingens specialiserede patienter med langvarige, kroniske og ofte alvorlige sygdomsforløb. Særligt indenfor de højtspecialiserede områder som profilerer afdelingen og OUH vil det være et tilbageskridt i forhold til nationale og internationale standarder.

Et retvisende skøn over antal timer, som socialrådgiverafdelingen leverer til afdelingen kan ikke gives. Det er dog vurderingen at der ikke er basis for en fuldtids socialrådgiver i afdelingen.

Afdelingen er meget positivt indstillet til et samarbejde med andre afdelinger med langvarige, kroniske og overvejende ambulante patientforløb, f.eks. afd. M eller afd. Q om deling af socialrådgiver ydelser. Dette forudsætter en nærmere afklaring af arten og kvantiteten af ydelser, finansieringsmodel m.v. og vi står meget gerne til rådighed herfor.

Bilag 2.7, Afd. N

Socialrådgiverydelser i dag – Afd. N

- Deltagelse i tværfaglige møde vedr. komplicerede patientforløb
- Sikring af forsørgelsesgrundlag og arbejdsfastholdelse
- Sikre helhedsforløb for patienterne (praktiske vilkår, bolig, private pensionsordninger, medicin)
- Juridisk rådgivning til patienter, pårørende og personale (værgemål, fuldmagter, testamenter, legatansøgninger)
- Optimering af komplicerede udskrivningsforløb (herunder respiratorpatienter)
- Socialfaglig hotline
- Understøttende sekretærbistand ift. ovenstående ydelser

Generelt:

- Personalet er ikke uddannet til at varetage de opgaver, socialrådgiverne varetager.
- Kvaliteten bliver dårligere for patienterne.
- Længere indlæggelsestid.
- Flere møder med kommunerne.

- Fatalt for visse patientgrupper.
- Skønsmæssigt vil vi i Afd. N have behov for 1 – 2 fuldtidspersoner til at varetage opgaverne, afhængig af, hvilken model for besparelse, der vælges.

Helhed bortfald af ydelserne i form af ophør af alle socialrådgiverfunktioner ift. afdelingen Odense Universitetshospital Svendborg Sygehus	
	BESKRIVELSE
<p>Konsekvenser for patienter (indlæggelsestid, genindlæggelsesrisiko, genhenvendelse i ambulatorier, compliance, patienttilfredshed etc.).</p> <p>Patienterne mister muligheden for at få en akut afklaring og rådgivning i pludselig opstået sygdom. Rådgivningen er upartisk og uvildig. Den er professionel, rådgiveren har indsigt og forståelse for de neurologiske problematikker – fysisk - psykisk og socialt. Det optimale behandlings- og plejeforløb opnås kun ved professionel indsigt og forståelse i et helhedssyn på patienten.</p> <p>Konsekvensen ved at overlade rådgivningen til kommunernes soc. rådgiver vil blive en langt længere ekspeditionstid – manglende indsigt og forståelse for pt's neurologiske deficit og evt. sygdommens progressivitet.</p>	<p>Vores sengeafdelinger bruger soc. rådgiver i forbindelse med bl. a. alvorlige diagnoser (ALS, kræft), yngre patienter, tabt arbejdsfortjeneste, midlertidig orlov, rettigheder til hjælp og hjælpemidler, soc. problematikker i forbindelse med in-volvering af børn. Gennemsnitlig har de en kontakt pr uge, svarende til et par timer.</p> <p>I ambulatoriet er ALS den store gruppe; parkinson og MS – patienter ydes der også bistand til jævnlige.</p> <p>fx Alle vores ALS patienter tilbydes en samtale til afklaring af her og nu problematikker. Soc. Rådgiver Astrid Skotte ved ret nøjagtigt, hvilke emner der bør berøres, bl. a. fordi hun kender til sygdommens progressivitet og invaliderende forløb. Hun ved det er altafgørende for patienten at sagen ekspederes hurtigt, da tiden er knap. Hun får sat gang i processerne i hjemkommunen, samarbejder med ALS institutet og guider patienten gennem systemet..</p> <p>Eksempelvis har en af vores patienter fået afvist følgende sag hos egen kommune:</p> <p>Via vores socialrådgiverafd. har han over flere år mod Odense kommune kørt en sag vedrørende betaling af percutane knapsonder. (Mickey-sonde), som de har afvist at afholde udgifterne på. Det har derfor været sygehuset, som måtte afholde udgiften på ca. 4000 kr. årligt pr. patient. Denne sag har patienten nu langt om længe fået medhold i – hvilket har stor betydning for alle de andre med Mickeysonder i afdelingen.</p>
<p>Konsekvenser for personalet / afdelingens drift (direkte og afledt opgaveoverflytning, personaleressourcer, afledte omkostninger til medicin el. lign).</p> <p>Sygeplejepersonalet vil endnu engang komme til at lægge tid til deres administrative arbejde – ved at skulle finde rette soc. rådgiver til rette tid.</p> <p>Det vil i høj grad lægge større ansvar for at gennemskue patientens problematikker over på plejepersonalet.</p> <p>Plejepersonalet vil komme til at skulle redegøre for diverse neurologiske sygdomme for at advokere for patientens ret.</p>	<p>De neurologiske patienter med behov for socialrådgiver bistand er ofte ramt på initiativet til selv at tage hånd om deres situation – både fysisk og psykisk grundet deres neurologiske deficit.</p> <p>Den fremtidige situation er ofte pludselig fuldstændig uoverskuelig - jobmæssigt, økonomisk og socialt.</p> <p>Stor risiko for, at plejepersonalet overser hjælpeforanstaltninger, økonomiske aspekter m.m.</p>

En reduceret videreførelse af socialrådgiverfunktionerne, decentralt ansat i den kliniske afdeling

	BESKRIVELSE
Konsekvenser for patienter (indlæggelsestid, genindlæggelsesrisiko, genhenvendelse i ambulatorier, compliance, patienttilfredshed etc.).	Samme problemstillinger som ovenfor anført.
Konsekvenser for personalet / afdelingens drift (direkte og afledt opgaveoverflytning, personale-ressourcer, afledte omkostninger til medicin el. lign, driftssikkerhed (vikardækning etc.), sikring og udvikling af socialfaglig kvalitet, kontorfaciliteter).	Samme problemstillinger som ovenfor anført.

Bilag 2.8, Afd. Z

Socialrådgiverydelser i dag – Afd. Z

- Sikring af forsørgelsesgrundlag og arbejdsfastholdelse
- Sikring af forældrenes tilstedeværelse i behandlingsforløbet (Via vejledning og udarbejdelse af ansøgning vedr. orlov og tabt arbejdsfortjeneste)
- Sikre helhedsforløb for patienterne (praktiske vilkår, bolig, brand- og ulykkesforsikringer, private pensionsordninger)
- Juridisk rådgivning til patienter, pårørende og personale (legatansøgninger, afgrænsning af hjælpemidler og behandlingsredskaber mv.)
- Optimering af komplicerede udskrivningsforløb
- Diagnosehenvisning af mundhulecancerpatienter som del af forskningsprojekt
- Undervisning på afdelingens sygeplejekursus i sårpleje
- Socialfaglig hotline
- Understøttende sekretærbistand ift. ovenstående ydelser

Et helt bortfald af ydelserne i form af ophør af alle socialrådgiverfunktioner ift. afdelingen

	BESKRIVELSE
Konsekvenser for patienter (indlæggelsestid, genindlæggelsesrisiko, genhenvendelse i ambulatorier, compliance, patienttilfredshed etc.).	<p>Vi har et rigtig godt samarbejde med socialrådgiverafdelingen og ser helst at ydelserne forbliver som indtil nu.</p> <p>I det følgende beskrives fordele ved nuværende funktion og konsekvenser som vi ser ved bortfald af ydelserne</p> <p>Det er af stor betydning for pt. at socialrådgiveren arbejder i sygehusmiljøet, så vedkommende socialrådgiver har en vis form for faglig indsigt. Socialrådgiveren forstår hvordan et alvorligt og langvarigt sygdomsforløb påvirker patienterne. Pt har ofte ikke overskud til at anmode om økonomisk hjælp af den ene eller anden art, selv om man kan være berettiget til det.</p> <p>Socialrådgiveren kan være en uvurderlig hjælp når akutte pt indlægges, f.eks. efter traumer når førlighed ikke genvindes, eller ved brandskader – til helhedsvurdering af boligforhold og iværksættelse af tiltag så pt kan vende hjem. Indlæggelsestiden vil nemt kunne forlænges, hvis problemstillingen er ukendt for socialrådgiveren.</p> <p>Oftentimes indlægges socialt resurssvage pt. som ikke får de sociale ydelser de er berettiget til.</p> <p><u>Ved patienter med mundhulecancer har vi på nuværende tidspunkt et ekseptionelt samarbejde med afdelingen, som indgår i det tværfaglige tilbud vi tilbyder patienterne både under indlæggelse og i rehabiliteringsforløbet bagefter</u></p> <p>Vi oplever ofte at socialrådgiveren i kommunen ikke har indsigt i, hvad forældre og andre pårørende er berettiget til, når børn og andre patienter er indlagt.</p> <p>Forhold som socialrådgiveren tager sig af, kan i store træk ikke overtages af plejepersonalet, så pt. får en dårligere kvalitet i behandlingen og det vil højst sandsynlig medføre længere indlæggelsestid.</p> <p><u>I forhold til brandsårpatienter bruger vi også socialrådgiveren meget</u></p> <p>Total fjernelse af socialrådgiver funktion for brandsårs patienter vil resulterer i:</p> <p>Forlænget indlæggelsestid, da patientens hjem ofte er ubeboelig grundet brand skader. Tiden til at finde alternativ bolig forventes at blive betydelig længer hvis der ikke direkte og kompetent adgang til sociale myndigheder.</p> <p>Forringelse af mulighederne for at fastholde tilknytning til arbejdsmarkedet. Brandsårs patienter har lang rekonvalescens tid både af fysiske og psykiske. Rettidig vejledning omkring muligheder for sygedagpenge, arbejdsprøvning... Er vigtig for patienterne tidligt kan indstille sig på hvordan livet efter ulykken bliver, så der ikke spildes unødigt</p>

	<p>mange måneder/år på at finde den evt nye retning i livet.</p> <p>Risiko for at patienter ikke gøre opmærksom på de muligheder der findes for at få hjælpemidler i hjemmet og på evt job, som gør det muligt at vende tilbage til en "normal" tilværelse for Patient tilfredsheden falder selv sagt hvis man ikke rettidigt kan få "løst" ovenstående grundlæggende problemer der fylder rigtigt meget i patientens bevidsthed.</p> <p><u>Set i forhold til andre diagnoser i afdelingen</u> Medfødte misdannelser og andre sjældne tilstande.</p> <p>Det vil formentlig blive vanskeligere for forældre til børn med misdannelser at opnå frihed på de vilkår de har ret til det opleves ofte at kommunerne er uvidende/uforstående over for problematikken. Et andet aspekt er hjælpemiddelområdet hvor vi som afdeling står tilbage med den økonomiske byrde såfremt et tiltag ikke anerkendes som varigt hjælpemiddel. Dette er et problem man kommer ud for når det drejer sig om sjældent ordinerede hjælpemidler . Det kan nævnes at vi med hjælp fra socialrådgiverafdelingen har haft to af disse sager i ankestyrelsen og vundet begge. Generelt må det siges at decentralisering af opgaverne forventes at sænke kvaliteten væsentligt da det ikke vil kunne forventes at der i de enkelte kommuner kan skabes den samme ekspertise</p>
<p>Konsekvenser for personalet / afdelingens drift (direkte og afledt opgaveoverflytning, personale-ressourcer, afledte omkostninger til medicin el. lign).</p>	<p>Personalet kender ikke love og regler, kan ikke vejlede pt. når de beder om hjælp.</p> <p>Vi forudser at det bliver vanskeligt at finde den rette kontaktperson i kommunen til pt., at der går kostbar tid fra patientplejen, tid vi ikke har.</p> <p>Forlænget indlæggelsestid hvis forhold i hjemmet ikke ændres og tilrettes patientens nye situation.</p> <p>Total fjernelse af socialrådgiver funktion i forhold til vores komplicerede patientforløb vil resultere i: Øget mængde administrativt arbejde, inden for et område som ligger uden for personalets hoved arbejds områder. Mht skaffe oplysninger om muligheder for genhusning, sygedagpenge, omskoling, pension..... Opgaver som patienterne efter spørger svar på, og som de ikke vil kunne forstå at der ikke kan gives kvalificeret vejledning omkring. Dette vil give frustrationer hos både personale og patienter.</p> <p>Forlænget indlæggelses tid som følge af manglende genhusning vil selvsagt øge belægningen på sengeafdelingen. Med risiko for deraf følgende aflysning af elektive patienter som følge af manglende senge plads</p>

En reduceret videreførelse af socialrådgiverfunktionerne, decentralt ansat i den kliniske afdeling

	BESKRIVELSE
Konsekvenser for patienter (indlæggelsestid, genindlæggelsesrisiko, genhenvendelse i ambulatorier, compliance, patienttilfredshed etc.).	<p>Vanskeligt at besvarer, da det ikke er specificeret hvilken reduktion der er tale om.</p> <p>Konsekvenserne kan varierer ingen til hvad der er angivet i skema 1.</p> <p>En forringet pt-behandling.</p> <p>Følgende forhold kan i nogen grad varetages af plejepersonalet eller bedst undværes:</p> <p>Ansøgning vedr. orlov og tabt arbejdsfortjeneste. For de indkaldte børn, må forældrene selv arbejde med problemstillingen inden indlæggelse.</p> <p>Juridisk rådgivning til pt. vedr. legatansøgninger – vi kan f.eks. rekvirere ansøgninger fra Kræftens Bekæmpelse og hjælpe pt. med at udfylde dem.</p> <p>Socialfaglig hotline.</p> <p>Grundlæggende, bør alle indlagte børn/deres forældre, og alle indlagt med større brand skader have adgang til social rådgivning inden for uges indlæggelse hvis der skønnes behov, hvordan de er ansat er vel underordnet.</p>
Konsekvenser for personalet / afdelingens drift (direkte og afledt opgaveoverflytning, personaleressourcer, afledte omkostninger til medicin el. lign, driftssikkerhed (vikardækning etc.), sikring og udvikling af socialfaglig kvalitet, kontorfaciliteter).	<p>Tidsrøvende – og vi har ikke forstand på socialrådgiverens arbejdsområde.</p> <p>Man kunne foreslå at en socialrådgiver blev ansat / tilknyttet vores afdeling ca 1 dag om ugen. Derved ville de opgaver som plejepersonale og læger ikke kunne udføre, blive varetaget af en socialrådgiver. Dette ville dog kræve at vi fik lønmidler til at ansætte en socialrådgiver i et vist antal timer.</p>

Bilag 2.9, Afd. Q

Socialrådgiverydelser i dag – Afd. Q

I tillæg til nedenstående ydelser er der for nuværende 0,5 socialrådgivernormering i Indvandrermedicinsk Klinik, finansieret af Odense Kommune. Projektet ophører 31.3.2010.

- Deltager i ugentlig konference
- Personaleundervisning efter behov
- Sikring af forsørgelsesgrundlag og arbejdsfastholdelse
- Sikre helhedsforløb for patienterne (transport, medicinregler, hjælpemidler, praktiske vilkår, bolig)
- Koordinering af patientforløb, der kompliceres af sprogvanskeligheder

- Juridisk rådgivning til patienter, pårørende og personale (opholdstilladelse, familiesammenføring, kontanthjælp, legatansøgninger)
- Optimering af komplicerede udskrivningsforløb
- Socialfaglig hotline
- Understøttende sekretærbistand ift. ovenstående ydelser

Generelt

Direktionens beslutning om at nedlægge socialrådgiver afdelingen giver anledning til bekymring om, hvorvidt Infektionsmedicinsk Afdeling Q fremover kan sikre hensigtsmæssige patientforløb.

Nedenfor vil jeg argumentere for at Infektionsmedicinsk Afdeling Q tilføres normering svarende til at kunne ansætte en fuldtids socialrådgiver. Argumentationen fokuserer på 3 væsentlige elementer af de patientforløb, der varetages af Afdeling Q.

1. Patienten indlagt med komplicerede, svære infektionssygdomme. Disse sygdomme starter oftest som livstruende tilstande, der kan kræve langvarig indlæggelse først på intensiv afdeling (med Q som stamafdeling) og efterfølgende på selve Q sengeafsnit. Andre infektioner er forløbstruende som f.eks. infektioner i centralnervesystemet eller i rygsøjlen med nedsat hjernefunktion eller lammelser til følge. Mange af disse patienter er erhvervsaktive, og infektionen fører næsten altid til behov for midlertidige eller permanente sociale hjælpeforanstaltninger for patienten og/eller familien. Socialrådgiveren er bindeleddet til at sociale interventioner, under såvel indlæggelse og ikke mindst efter udskrivelse, etableres. Socialrådgiverfunktionen er derfor et meget vigtigt element i det helhedsorienterede patientforløb, der skal sikre rettidig udskrivelse og rehabilitering. Uden samarbejde med socialrådgiver forudser jeg, at vi taber gode patientforløb, at indlæggelser forlænges og at patienter ikke får den hjælp, de har behov for og krav på.
2. Patienter med HIV/AIDS og andre kroniske infektioner. Infektionsmedicinsk Afdeling Q varetager den regionale funktion i Region Syddanmark for HIV/AIDS patienter. Vi varetager også regionsfunktion for kronisk leverbetændelse og for patienter med anden immundefekt end HIV. Disse forløb er karakteriseret ved at være langvarige og for HIV og immundefekter livslange tilstande, der ikke kan helbredes. Dette påvirker uundgåeligt hele patientens livssituation både somatisk, mentalt og ikke mindst socialt. En række af disse patienter er samtidig såvel ressource svage som socialt udsatte. For at opnå de bedst mulige behandlingsresultater er det essentielt at kunne adressere patientens sociale problemer når og hvis de opstår i et mangeårigt forløb. Den vigtigste, enkeltstående, faktor for at opnå langvarig overlevelse hos HIV patienter er at patienterne har en høj medicincompliance. Dette betyder, at de skal tage behandlingen efter forskriften i mindst 19 ud af 20 doser igennem et behandlingsforløb på måske 40 år. Det er rigtigt svært. Nedsat compliance er dokumenteret at føre til at behandlingen bliver mindre effektiv og fører til ringere overlevelseschance. Både sociale og psykologiske forhold er afgørende for at patienten tager sin medicin helt regelmæssigt i mange år. Socialrådgivning har været og er fortsat en essentiel bestanddel af den 'pakke', der tilbydes HIV patienter i alle landets HIV-klinikker. Uden socialrådgivning i Infektionsmedicinsk Afdeling må desværre forudses, at behandlingsresultaterne bliver ringere end det nationale niveau.
3. Patienter af anden etnisk baggrund med komplekse problemstillinger. Det er veldokumenteret, at personer med en anden kulturel, etnisk eller social baggrund end dansk får et underlødigt og ringere sundhedstilbud end indfødte danskere. Disse personer/patienter akkumulerer over kort tid en mangfoldig, kompleks sygdomsproblematik, som praktiserende læger mangler ressourcer til at løse og helt konkret, dokumenteret i utallige henvisninger, giver op overfor. Symptomkomplekset indeholder betydelige somatiske elementer og gruppevækkende psykiske traumer i patientens livsforløb. Ofte medfører det, at ikke blot patienten bliver ramt, men at he-

le familier ikke fungerer både i forhold til arbejdsmarked, skole, uddannelse og sammenhængskraft. Det er også karakteristisk, at efter en indledende, men alt for kortvarig, periode, med tilsyneladende trivsel, at patienten og familien degenerer socialt med elendig livskvalitet og får en voksende stor, uindfriet, efterspørgsel på sundhedsmæssige, sociale og økonomiske ydelser. Patienten og familien har det elendigt, de efterspørger på må og få, undertiden næsten på daglig basis, sundheds- og socialhjælp og parkeres i allerbagerste række uden den grundlæggende hjælp, der kan løse problemerne og få patienten og familien til at få et bedre liv og få samfundet til at spare ressourcer. Mange professionelle yder en kæmpe indsats, men har ikke mulighed for at få et samlende overblik over, endsige koordinere, patientens ørkenvandring i systemet. I 2008 etableredes derfor i Infektionsmedicinsk Afdeling en indvandrermedicinsk klinik, der i et fagligt samarbejde mellem læge, sygeplejerske og socialrådgiver, mellem hospitalsafdelinger og praktiserende læge, mellem sociale og kommunale instanser, mellem mange sagsbehandlere, prøver at løse patientens og familiens problemer. Klinikken har tilknyttet en halvtidssocialrådgiver som forløbskoordinator. En central funktion i indvandrermedicinsk klinik er forløbskoordination, hvor mange sagsbehandlere og aktører bringes til at vide, hvilke bestræbelser, der foregår i forskellige instanser for familien og at blive enige om at arbejde efter en fælles plan. Forløbskoordination er oftest selve nøglen til at løse patienten komplekse problemstilling. Forløbskoordinationen fordrer en stor indsigt i social sagsbehandling, som en socialrådgiver har en klar kompetence til. Hvis der fremover ikke er mulighed for at have tilknyttet en socialrådgiver til indvandrermedicinsk klinik vil det betyde en utilfredsstillende marginalisering af mange mennesker, elendige liv og reducerede muligheder for at tilbyde en ordentlig integration i det danske samfund. Det vil betyde et unødvendigt overforbrug af ressourcer i samfundet. Forløbskoordinator genererer, sammen med de øvrige faggrupper, i indvandrermedicinsk klinik, nødvendig viden, der giver sundheds- og social sektoren i Danmark mulighed for at hjælpe personer, der ikke er født, opvokset og tilpasset den danske velfærdsmodel. Dermed er klinikken unik i Danmark og har potentiale til at hjælpe langt flere personer end de man har klinisk kontakt med.

Indvandrermedicinsk er, siden sin start, blevet en stor succes målt i antallet af henvisninger, som klart overskrider klinikkens kapacitet, hvorfor der er behov for også at udvide kapaciteten på socialrådgiver området.

Jeg vurderer, at det samlede behov for socialrådgivning i Infektionsmedicinsk Afdeling Q, som minimum, andrager ansættelse af en socialrådgiver på fuldtid. Det er forventningen, at socialrådgiveren skal kunne varetage alle aspekter af afdelingens behov for socialrådgivning.

Jeg ser frem til at kunne uddybe ovenstående betragtninger ved et kommende møde.

Et helt bortfald af ydelserne i form af ophør af alle socialrådgiverfunktioner ift. afdelingen

	BESKRIVELSE
Konsekvenser for patienter (indlæggelsestid, genindlæggelsesrisiko, genhenvendelse i ambulatorier, compliance, patienttilfredshed etc.).	Indledningsvis har jeg vedhæftet dette spørgeskema det notat om socialrådgiver i infektionsmedicinsk afd. Q, som jeg fremsendte til direktøren d. 18.11.2009 <i>Anført ovenfor, indsat under "Generelt"</i> . Bortfald af ydelser vil have betydelige konsekvenser for patienterne, såvel de indlagte som de ambulante. Det må forventes at indlæggelsestiden for en række patienter vil blive forlænget; at patienter ikke opnår de sociale ydelser, som de har ret til herunder muligheder for at sikre forsørgelsesgrundlag og arbejdsfastholdelse. En del indlagte patienter har komplicerede sygdomme som

	<p>kan være enten livstruende eller førlighedstruende, hvor der er risiko for længerevarende eller ofte permanent nedsat erhvervsevne, hvor der er behov for at etablere støtteforanstaltninger, ændring af boligforhold mv.</p> <p>Bortfald af social rådgiver funktionen vil svække afdelingens muligheder for at tilbyde gode patient forløb og det vil blive oplevet af patient og personale som forringelse af kvaliteten.</p> <p>Hvad angår ambulante patienter er den infektionsmedicinske patient som f.eks. HIV, hepatitis og immundefekt karakteriserede ved meget langvarige, undertiden livslange forløb, hos personer der ofte er ressourcetsvage og socialt udsatte. For at opnå tilstrækkeligt gode behandlingsresultater må vi sikre at compliance med behandlingen er meget høj. Dette betyder at også sociale problemer skal adresseres og løses. Hvis der er problemer med arbejde, økonomi, bolig osv betyder det ofte, at f.eks. HIV-patienter ikke tager deres livsvigtige medicin regelmæssigt og godt nok.</p> <p>Dårlig compliance med medicin indtag medfører at der udvikles resistens mod de ordinerede lægemidler. Dette betyder dels at behandlingsresultaterne bliver dårlige, at patientens forventede levetid bliver kortere og at det er nødvendigt at påbegynde en 'svigt-behandling' som er væsentlig dyrere end standardbehandlingen. Behandling af HIV patienter omfatter derfor forskellige fagprofessionelle grupper, der sammen skal sikre optimal behandling, og socialrådgivning er en væsentlig og nødvendig del af dette.</p> <p>I infektionsmedicinsk afdeling er etableret en indvandrermedicinsk klinik der varetager komplekse forløb, hvor primær sektoren har givet op. Det drejer sig typisk om flere år varende, ofte fastlåste tilstande, hvor somatiske, psykiske og sociale elementer er tæt vævet sammen. En nøgle til at løse op for den komplekse knude er ofte at sikre relevante sociale interventioner og hvor socialrådgiveren er forløbskoordinator i forhold til sociale og kommunale myndigheder. Hvis først nogle af de sociale problemer er løst har det vist sig lettere at få løst de øvrige problemer. Ved bortfald af socialrådgiver funktion vurderer jeg at indvandrer ikke kan løse sin opgave på et tilstrækkeligt kvalificeret niveau.</p>
<p>Konsekvenser for personalet / afdelingens drift (direkte og afledt opgaveoverflytning, personale-ressourcer, afledte omkostninger til medicin el. lign).</p>	<p>Bortfald af socialrådgiver funktion vil betyde at nødvendige opgaver i forbindelse med transport, hjælpemidler, medicintilskud, terminalerklæring skal løses af personale der ikke har samme ekspertise som en socialrådgiver. Dette vil naturligvis koste tid og måske endda mere tid end, hvis det blev løst af en socialrådgiver, fordi problemløsningen vil være mindre effektiv. Dette betyder at der skal frigøres tid fra de opgaver personalet i forvejen skal løse. Det vil samlet set forringe vores muligheder for at sikre god patientforløb med</p>

	<p>høj kvalitet. Som nævnt ovenfor må det også forudses at kunne give længere indlæggelsestid for nogle patienter og dermed et fald i afdelingens aktivitet.</p> <p>Som konklusion mener jeg at Infektionsmedicinsk afdeling fortsat har brug for et endog stigende behov for socialrådgiver.</p>
--	---

En reduceret videreførelse af socialrådgiverfunktionerne, decentralt ansat i den kliniske afdeling

	BESKRIVELSE
Konsekvenser for patienter (indlæggelsestid, genindlæggelsesrisiko, genhenvendelse i ambulatorier, compliance, patienttilfredshed etc.).	<p>Reduceret socialrådgiver funktion vil kunne medføre de samme konsekvenser som beskrevet ovenfor, afhængig af hvor stor reduktionen bliver. Hvis det fastholdes på nuværende niveau, men decentralt placeret, vil det sandsynligvis ikke have konsekvenser i forhold til nuværende situation.</p>
Konsekvenser for personalet / afdelingens drift (direkte og afledt opgaveoverflytning, personaleressourcer, afledte omkostninger til medicin el. lign, driftssikkerhed (vikardækning etc.), sikring og udvikling af socialfaglig kvalitet, kontorfaciliteter).	<p>Ved decentral ansættelse vil socialrådgiveren naturligvis blive betragtet og behandlet som en del af afdelingen med de rettigheder og pligter dette medfører.</p> <p>Decentral ansættelse medfører naturligvis sårbarhed for afdelingen ved fravær ved kurser, ferier og eventuel sygdom. Det er altid bekymrende hvis en nødvendig funktion kun kan varetages af én person og på alle andre områder i afdelingen er der back-up til at funktionen kan varetages under fravær.</p> <p>Jeg kan ikke specifikt vurdere konsekvenserne for den socialfaglig kvalitet, hvis socialrådgiver sidder alene decentralt. Men på alle områder i afdelingen opnår vi indsigt og udvikling ved vidensdeling fra fagfæller. Det samme gør sig velsagtens også gældende for socialrådgivere.</p> <p>Hvad angår kontorfaciliteter kan vi ikke tilbyde plads. Formentlig vil der være en række arbejdsstationer i den nuværende socialrådgiver afd. som kan udnyttes, selv ved en decentral ansættelse.</p> <p>Som argumenteret i det vedhæftede notat vurderes at der samlet i infektionsmedicinsk afd. Q er behov for minimum en socialrådgiver på fuld tid.</p>

Bilag 2.10, Afd. V

Socialrådgiverydelser i dag – Afd. V

Afdeling V er sjældent stamafdeling, men socialrådgiverne har samtaler med en del patienter og pårørende på BRITA/VITA/ITA/PITA.

- Sikring af forsørgelsesgrundlag

- Sikring af forældrenes tilstedeværelse i behandlingsforløbet (Via vejledning og udarbejdelse af ansøgning vedr. orlov og tabt arbejdsfortjeneste)
- Sikre helhedsforløb for patienterne (praktiske vilkår, børn, bolig, private pensionsordninger, hoteludgifter)
- Bevarelse af bolig mv. for bevidstløse patienter uden netværk
- Juridisk rådgivning til pårørende (værgemål, fuldmagter, testamenter, legatansøgninger)
- Medvirken i komplicerede patientforløb, herunder underretning vedr. børn
- Etablering af overvågning til respiratorpatienter som forudsætning for udskrivelse eller overflytning til stamafdeling
- Socialfaglig hotline
- Understøttende sekretærbistand ift. ovenstående ydelser

Et helt bortfald af ydelserne i form af ophør af alle socialrådgiverfunktioner ift. afdelingen

	BESKRIVELSE
Konsekvenser for patienter (indlæggelsestid, genindlæggelsesrisiko, genhenvendelse i ambulatorier, compliance, patienttilfredshed etc.).	<p>ITA, BRITA, PITA er ikke en stamafdeling. Børn: Ingen konsekvenser for børnenes indlæggelsestid.</p> <p>Hvis ingen socialrådgiver: Forældre mister ansøgning om tabt arbejdsfortjeneste. Forældre skal være til stede under hele barnets indlæggelse – og er en del af behandlingen.</p> <p>Voksne patienter med behov for hjemmerespirator og vagthold varetages af den aktuelle ledende socialrådgiver Dorte Sylvestersen (Den skal fortsætte).</p> <p>Såfremt kommunerne skal overtage socialrådgiverfunktionen får ITA, BRITA, PITA større arbejdsbyrde med at formidle kontakt mellem eksempelvis hjemstedskommune (Sønderborg) og forældre.</p>
Konsekvenser for personalet / afdelingens drift (direkte og afledt opgaveoverflytning, personaleressourcer, afledte omkostninger til medicin el. lign).	

En reduceret videreførelse af socialrådgiverfunktionerne, decentralt ansat i den kliniske afdeling

	BESKRIVELSE
Konsekvenser for patienter (indlæggelsestid, genindlæggelsesrisiko, genhenvendelse i ambulatorier, compliance, patienttilfredshed etc.).	
Konsekvenser for personalet / afdelingens drift (direkte og afledt opgaveoverflytning, personaleressourcer, afledte omkostninger til medicin el. lign, driftssikkerhed (vikardækning etc.), sikring og udvikling af socialfaglig kvalitet, kontorfaciliteter).	

Bilag 2.11, Afd. D

Intet svar

Bilag 2.12, Afd. U

Socialrådgiverydelser i dag – Afd. U

- Sikring af forsørgelsesgrundlag
- Sikring af pårørendes tilstedeværelse i behandlingsforløbet (Via vejledning om vilkår for sygemelding og orlov)
- Sikre helhedsforløb for patienterne (praktiske vilkår, børn, bolig, private pensionsordninger, hoteludgifter)
- Juridisk rådgivning til pårørende (forsikringer, værgemål, fuldmagter, testamenter mv.)
- Socialfaglig hotline
- Understøttende sekretærbistand ift. ovenstående ydelser

Et helt bortfald af ydelserne i form af ophør af alle socialrådgiverfunktioner ift. afdelingen

	BESKRIVELSE
Konsekvenser for patienter (indlæggelsestid, genindlæggelsesrisiko, genhenvendelse i ambulatorier, compliance, patienttilfredshed etc.).	Konsekvenserne for patienterne <i>kan</i> være manglende oplysninger om sociale og juridiske aspekter ved sygdom for sig selv og familien, manglende mulighed for pårørendes tilstedeværelse under alvorlig/kritisk sygdom i et intensivt forløb og evt muligheder for økonomisk kompensation for merudgifter forbundet hermed overses. Dårlig rådgivning for familie/patient, idet oplysninger skal gives via anden ikke-faglig person. Datatab er en risiko
Konsekvenser for personalet / afdelingens drift (direkte og afledt opgaveoverflytning, personaleressourcer, afledte omkostninger til medicin el. lign).	Pleje/behandler personalet kan være nødsaget til at påtage sig ekstra arbejde med at indhente oplysninger fra ekstern social/juridisk ekspert i hjemkommunen uden baggrund for vurdering af det oplyste.

En reduceret videreførelse af socialrådgiverfunktionerne, decentralt ansat i den kliniske afdeling

	BESKRIVELSE
Konsekvenser for patienter (indlæggelsestid, genindlæggelsesrisiko, genhenvendelse i ambulatorier, compliance, patienttilfredshed etc.).	Hvis ressourcerne reduceres kan det medføre urimelige vilkår for den enkelte patient/familie, som udsættes for akut opstået sygdom med fravær fra arbejde/nærmiljø. Juridiske/sociale forhold kan overses eller undervurderes. Adskillelse af patient fra de nærmeste pårørende, hvor medinddragelse i plejen umuliggøres.
Konsekvenser for personalet / afdelingens drift (direkte og afledt opgaveoverflytning, personaleressourcer, afledte omkostninger til medicin el. lign, driftssikkerhed (vikardækning etc.), sikring og udvikling af socialfaglig kvalitet, kontorfaciliteter).	Manglende rådgivning af behandlere/plejepersonale feks om sorggrupper, sociale/juridiske forhold/muligheder, der vanskeliggør varetagelsen af helheden i patientforløbet. Vi har ingen kontorfaciliteter pt til flere personer. Det ville være vanskeligt at supervisere vedkommende pga manglende kompetencer i funktionen

Bilag 2.13, Afd. M

Intet svar

Bilag 3: Socialrådgivernes perspektiver på spørgeskemaundersøgelsen

De i bilag 2 anførte spørgeskemasvar er udtryk for de udvalgte afdelingers isolerede vurdering af konsekvensen ved en opgavereduktion, evt. relateret til en decentralisering af socialrådgiverressourcerne.

Spørgeskemaet giver ikke et indtryk af konsekvenserne for de afdelinger der ikke er spurgt, ligesom de ikke giver et indtryk af, hvorvidt decentralisering i sig selv vil kunne have afledte konsekvenser, den enkelte afdeling ikke er bevidst om.

I nærværende afsnit er en fokusgruppe udvalgt blandt socialrådgiverne bedt om, at give deres bud på ovenstående mangler ved undersøgelsen. Nedenstående bidrag er udarbejdet af Socialrådgiverafdelingen og gengives som spørgeskemaerne uredigeret.

Vedr. de afdelinger der ikke indgik i spørgeskemaundersøgelsen

De afdelinger, der ikke er blevet spurgt, er alene valgt ud fra antal henvisninger og ikke væsentlighed. Der er kræftpatienter på afdelingerne A, I, G, J og S med behov for vejledning. Afd. J og S og har mange socialt udsatte patienter med mange genindlæggelser.

AMA har i 2009 tilkendegivet, at de ønsker socialrådgiver i et ikke uvæsentligt omfang til koordinering med kommunerne. Socialrådgiverafdelingen forventede at kunne imødekomme ønsket ved ibrugtagning af MIFAM.

De øvrige Arbejdsmedicinske klinikker i regionen og i landet har hver ansat ½-1 socialrådgiver.

Vedr. decentralisering

Fagligt fællesskab er en forudsætning for fortsat kvalitet. Hvis man bliver "ene-socialrådgiver" kan man vanskeligt opretholde og ajourføre sine kompetencer. Der mangler sparring i hverdagen; der mangler systematisk kompetenceudvikling og vidensområdet snævres ind over tid.

En faglig leder og et fagligt fællesskab er med til at sætte standarden for de faglige og metodiske ydelser, så det ikke er overladt til den enkeltes vilje og evne. Det kan også være meget vanskeligt at få penge og frihed til nødvendig uddannelse og supervision, som eneansat i en klinisk afdeling.

En central enhed sikrer den bedste ressourceudnyttelse i huset. Små specialistfaggrupper kan og skal typisk kun varetage "toppen af isbjerget" på OUH. Når et afsnit ejer sin egen specialist sker der suboptimering - en glidning mod det mindre væsentlige, så der altid er opgaver nok. Med et overordnet overblik sker der over tid fald i opgaver ét sted og nye opstår et andet, og ressourcerne omfordeles efter en faglig vurdering.

Ved decentralisering fortabes muligheden for vikardækning ved ferie, kursus og sygdom.

Som samlet enhed trækkes på alles faglige kompetencer. Afdelingen får mange henvendelser fra personale, der skal have hjælp til afklaring af spørgsmål vedr. f.eks. udlændinges rettigheder i social- og sundhedssystemet, underretning om børn, hvis trivsel er truet, betalingsspørgsmål mellem afdelinger og kommuner om visse hjælpemidler. Afdelingen bidrager med kompetente undervisere til patient-skoler, introduktion for nyansatte, vejledning om ansattes underretningspligt samt efteruddannelse/specialuddannelse for læger og sygeplejersker (afd. I A-kursus dermatologi, afd. Z sårpleje samt uddannelsesinstitutioners efteruddannelse i akutsygepleje og palliationssygepleje).

I den centrale enhed er et velfungerende sekretariat. Det sikrer at afdelingen altid er tilgængelig (spoc) og at henvisninger håndteres hurtigt. De er en forudsætning for den nuværende produktivitet for den

enkelte socialrådgiver, fordi der skrives rigtig mange breve til eksterne parter ligesom sekretærerne koordinerer en del opgaver allerede ved den første henvendelse fra patient eller afdeling.

I en stor organisation som OUH er adgangen til at give og modtage information afgørende. Opgaven for en central enhed og en leder er at følge med i faglige og organisatoriske ændringer i huset og i specialet samt sikre timing i forhold til at komme med ind i relevante opgaver, skaffe penge, eller som minimum få de faglige overvejelse med ind i andres udviklingsprojekter. Der skal udvises "rettidig omhu", så behov, kompetencer og ressourcer løbende matches. Dette kan den enkelte medarbejder ikke løfte decentralt. Det betyder i værste fald at det socialfaglige på sigt kun indtænkes på de afdelinger, der selv har socialrådgiver, og "falder ud" af andre/nye patientforløb. Det er ikke kvalitet, og set fra et patientrettighedssynspunkt kan det give stor tilfældighed i, om en patient kan få adgang til socialrådgiver.

Mange afsnit gerne ville have deres egne socialrådgivere (og psykologer o.a.) ansat, bl.a. i forventning om flere timer og mere indflydelse på hvad vi laver og hvornår. Men det er kun kortvarigt, at det er en god løsning. De reelle timer til rådighed, manglen på kompetenceudvikling og vikardækning, omkostningerne til fagmateriale samt kræfterne til ledelse, ansættelse og introduktion af uvante specialister sluger hurtigt gevinsten for den kliniske afdeling.

Ligeledes betyder en decentralisering, at muligheden for fleksibilitet i ressourceanvendelsen fortabes. Jf. bl.a. Lean-stabens arbejde med ventelistens anatomi, fremgår det at der i tilfælde af en uensartet efterspørgsel og et ensartet udbud, naturligt skabes ventetid og flaskehalse i systemet. Ved en samlet organisering, sikres muligheden for at indsætte ressourcerne fleksibelt og i henhold til det aktuelle behov – også i afdelinger der ellers ikke har arbejde til en hel socialrådgiver, men oplever enkeltstående akutte behov for socialfaglig hjælp.

Bilag 4: Socialrådgiverfunktioner på andre somatiske sygehuse

I samarbejde med Socialrådgiverforeningen er der indhentet oplysninger om det samlede antal socialrådgivere ansat på sygehuse i samtlige regioner, dog kun for så vidt angår socialrådgivere der er ansat under overenskomsten herfor. Tallene, der er anført regionsvis i tabeller nederst i dette afsnit, indeholder ikke medarbejdere ansat under andre overenskomster, der leverer socialrådgiverrelaterede ydelser, herunder eventuelle lægesekretærer ansat i centrale eller decentrale socialrådgiverfunktioner. De anførte ansatte er i personer og ikke i normeringer (FTE).

For udvalgte sygehuse (Sygehus Sønderjylland, Sydvestjysk Sygehus, Skejby og Riget) er der gennemført telefon/mailinterviews med ledende socialrådgivere/nærmeste leder for socialrådgivere, mhp. at undersøge hvorvidt opgavesæt og øvrige vilkår er rimeligt sammenlignelige. Endvidere er der for Århus Sygehus og Aalborg Sygehus gennemført vurdering af sammenligneligheden, på baggrund af de på internettet anførte oplysninger om organisering og opgavesæt for socialrådgivere.

For alle anførte sygehuse gælder, at der er egentlige socialrådgiverfunktioner, dog med et mindre antal socialrådgivere ansat decentralt. På Riget er funktionen organiseret i Klinik for psykologi, pædagogik og socialrådgivning, under ledelse af en ledende socialrådgiver med reference til klinikchefen. På Ålborg Sygehus er funktionen organiseret som selvstændig enhed i Hoved- og hjertecentret. På Skejby og Århus Sygehus er funktionen organiseret decentralt i de kliniske afdelinger, dog varetager funktionen på bl.a. Skejby også opgaver for andre kliniske afdelinger.

Der vurderes ikke at være væsentlige forskelle i de opgaver der varetages på tværs af de højt specialiserede sygehuse. Variationen vurderes hovedsageligt at være på, i hvor høj grad socialrådgiverfunktionen løser opgaver der ellers skulle være varetaget af klinisk eller administrativt personale, samt på det valgte serviceniveau det enkelte sted. På de sygehuse hvor der er få socialrådgivere, er det således indtrykket, at de opgaver der på andre sygehuse udføres af socialrådgivere, i stedet udføres af klinikere eller andre.

Det har ikke indenfor den afsatte tidsramme været muligt, at lave en tilbunds gående benchmark af fordele og ulemper ved forskellige organiseringer og forskelle i de opgavemæssige snitflader mellem klinikere og socialrådgivere, samt evt. forskelle i patientrelaterede forhold (sengedage m.m.) ved forskellige ydelsesregimer.

Oversigt over ansatte (basisedarbejdere) på hospitaler i Region Syddanmark

Arbejdsplads:	Aktuelle ansatte:
Sydvestjysk Sygehus	2
Sygehus Sønderjylland	2
Sygehus Lillebælt	2
OUH	14*
I alt	20

*2 er midlertidigt ansatte/eksternt finansierede

Oversigt over ansatte (basisedarbejdere) på hospitaler i Region Hovedstaden

Arbejdsplads:	Aktuelle ansatte:	Efter varslede besparelser:
Amager Hospital	1	1
Bornholms Hospital	1	1
Bispebjerg Hospital	6	2
Frederiksberg Hospital	2	0

Gentofte Hospital	2	2
Glostrup Hospital	3	3
Herlev Hospital	5	2
Hillerød Hospital	3,5	3,5
Hvidovre Hospital	7	7
Rigshospitalet:		
Abdominalcentret	1	1
Finsenscentret	3	
Neurocentret		
<i>Klinik for rygmarsvsskader:</i>	2	2
<i>Respirationscenter Øst</i>	2	2
<i>Tværfagligt Smertecenter</i>	1	1
<i>Neurologisk Klinik</i>	1	1
Juliane Marie Centret	11	11
Rigshospitalet i alt	21	18
Regionen i alt	51,5	39,5

Kilde: Socialrådgiverforeningen, januar 2010

Oversigt over ansatte (basismedarbejdere) på hospitaler i Region Midtjylland

Arbejdsplads:	Aktuelle ansatte:
Skejby	5
Århus Sygehus	7
Silkeborg Sygehus	1
Hammel Neurocen.	4
Viborg Sygehus	5
Horsens	1
Randers	2
Herning	1
Holstebro	1
I alt	27

Kilde: Socialrådgiverforeningen, januar 2010

Oversigt over ansatte (basismedarbejdere) på hospitaler i Region Nordjylland

Arbejdsplads:	Aktuelle ansatte:
Aalborg Sygehus	11
Øvrige	Ukendt

Kilde: Socialrådgiverforeningen, januar 2010

Arbejdsplads:	Aktuelle ansatte:
Børneafdelingen og gynækologisk/obstetrisk afd. Holbæk Sygehus	2
Korsør- Klinik for geriatri- reumatologi-neurologi	1
Køge - Socialrådgivere fælles sygehuset Køge	4
Næstved - Anæstesi Palliativ team	1
Næstved - Pædiatri	1
Ringsted - Kirurgi - Mammakirurgisk afsnit	2
Roskilde - Socialrådgivere fælles sygehus	4
Slagelse - Kirurgi Socialrådgiver Slagelse Sygehus	1

Slagelse – Medicin	1
Sygehus Syd, Næstved sygehus, neurologisk afdeling.	1
sygehuset i Nakskov	1
I alt	19

Bilag 5: Normeringsmæssig beskrivelse af modeller

Nugældende				
Socialrådgiverafdelingens normering				
Basisnormering		soc.	sekr.	i alt
Afdelingsleder		1		1
Socialrådgiver		11,56		11,56
Sekretær inkl. Ledende			3,52	3,52
Adm bevilling til Rådgivning for ansatte		0,5		0,5
*Indtægtsbudget 0,5 til Palliativt Team Fyn		0,5		0,5
**Projektstilling betalt af Odense kommune		0,5		0,5
I alt		14,06	3,52	17,58
Note: af basisnormeringen er 0,5 norm. betalt af afd. R				
Nuværende ressourcefordeling på afdelinger				
	Pt. henv. 2009	Forbrug soc.rådg.	Forbrug sekretær	Forbrug i alt
Afdelinger > 50 henvisninger årligt				
H	939	3	1	4
R	849	3	1	4
Palliativt team Fyn *		1		1
C	135	0,75	0,25	1
D	157	0,75	0,2	0,95
N	114	0,4	0,1	0,5
X	117	0,4	0,05	0,45
Q (Inkl. Indvandrermed. Klinik fra 1.4-09 **)	125	1	0,05	1,05
O (og rygcentret)	110	0,3	0,05	0,35
M	97	0,3	0,05	0,35
Z	84	0,3	0,05	0,35
Y	78	0,3	0,05	0,35
U (og NIA)	58	0,2	0,05	0,25
I alt	2863	11,7	2,9	14,6
Afdelinger 10<henvisn<50				
J	42			
B	32			
AMMK	32			
A	28			
S	27			
I	14			
Under 10 årligt:				
AMA+E+F+G+L	28			
I alt	203	0,5	0,2	0,7
Respirator pt. Uanset afdeling		0,75	0,15	0,9
Rådgivning for ansatte***		0,5		0,5
Ledelse og administration		0,61	0,27	0,88
I alt		1,86	0,42	2,28
Samlet normering		14,06	3,52	17,58
* eksternt finansieret				
** eksternt finansiering bortfalder 1/3-2010				
*** Direktionsbeslutning				

Model 1				
Socialrådgiverafdelingens normering				
Basisnormering	soc.	sekr.	i alt	
Afdelingsleder	0		0	
Socialrådgiver	5,65		5,65	
Sekretær inkl. Ledende		0,15	0,15	
Adm bevilling til Rådgivning for ansatte	0,5		0,5	
*Indtægtsbudget 0,5 til Palliativt Team Fyn	0,5		0,5	
**Projektstilling betalt af Odense kommune	0,5		0,5	
I alt	7,15	0,15	7,3	
Samlet besp. ifht. budget ekskl. ekstern fin. (i %)	61%	96%	69%	
Note: af basisnormeringen er 0,5 norm. betalt af afd. R				
Model 1 ressourcefordeling på afdelinger				
	Pt. henv. 2009	Forbrug soc.rådg.	Forbrug sekretær	Forbrug i alt
Afdelinger > 50 henvisninger årligt				
H	939	2	0	2
R	849	2	0	2
Palliativt team Fyn *		1		1
C	135	0	0	0
D	157	0	0	0
N	114	0	0	0
X	117	0,4	0	0,4
Q (Inkl. Indvandrermed. Klinik fra 1.4-09 **)	125	0	0	0
O (og rygcentret)	110	0	0	0
M	97	0	0	0
Z	84	0	0	0
Y	78	0	0	0
U (og NIA)	58	0	0	0
I alt	2863	5,4	0	5,4
Afdelinger 10<henvisn<50				
J	42			
B	32			
AMMK	32			
A	28			
S	27			
I	14			
Under 10 årligt:				
AMA+E+F+G+L	28			
I alt	203	0	0	0
Respirator pt. uanset afdeling		0,75	0,15	0,9
Rådgivning for ansatte***		0,5		0,5
Ledelse og administration		0	0	0
I alt		1,25	0,15	1,4
Samlet normering		6,65	0,15	6,8
* eksternt finansieret				
** eksternt finansiering bortfalder 1/3-2010				
*** Direktionsbeslutning				

Model 2				
Socialrådgiverafdelingens normering				
Basisnormering		soc.	sekr.	i alt
	Afdelingsleder		0	0
	Socialrådgiver	9,15		9,15
	Sekretær inkl. Ledende		0,15	0,15
	Adm bevilling til Rådgivning for ansatte	0,5		0,5
	*Indtægtsbudget 0,5 til Palliativt Team Fyn	0,5		0,5
	**Projektstilling betalt af Odense kommune	0,5		0,5
	I alt	10,65	0,15	10,8
	Samlet besp. ifht. budget ekskl. eksternt fin. (i %)	28%	96%	44%
Note: af basisnorm. er 0,5 norm. betalt af afd. R				
Model 2 ressourcefordeling på afdelinger				
Afdelinger > 50 henvisninger årligt	Pt. henv. 2009	Forbrug soc.rådg.	Forbrug sekretær	Forbrug i alt
H	939	3	0	3
R	849	3	0	3
Palliativt team Fyn *		1		1
C	135	!	0	0
D	157	!	0	0
N	114	!	0	0
X	117	0,4	0	0,4
Q (Inkl. Indvandrermed. Klinik fra 1.4-09 **)	125	!	0	0
O (og rygcentret)	110	!	0	0
M	97	!	0	0
Z	84	!	0	0
Y	78	!	0	0
U (og NIA)	58	!	0	0
	I alt	2863	7,4	7,4
Afdelinger 10<henvisn<50				
J	42	!		
B	32	!		
AMMK	32	!		
A	28	!		
S	27	!		
I	14	!		
Under 10 årligt:				
AMA+E+F+G+L	28	!		
	I alt	203	0	0
! = på øvrige afd. ydes kun bistand til:				
Kræft og børn (begrænset akuttilkald)	?	1		
Socialfaglig hotline (3-4 timer dagligt)	?	1		
	I alt	2	0	2
Respirator pt. Uanset afdeling		0,75	0,15	0,9
Rådgivning for ansatte***		0,5		0,5
Ledelse og administration		0	0	0
	I alt	1,25	0,15	1,4
Samlet normering		10,65	0,15	10,8

* eksternt finansieret

** eksternt finansiering bortfalder 1/3-2010

*** Direktionsbeslutning

Model 3				
Socialrådgiverafdelingens normering				
Basisnormering		soc.	sekr.	i alt
Afdelingsleder		1		1
Socialrådgiver		9,08		9,08
Sekretær inkl. Ledende			2	2
Adm bevilling til Rådgivning for ansatte		0,5		0,5
*Indtægtsbudget 0,5 til Palliativt Team Fyn		0,5		0,5
**Projektstilling betalt af Odense kommune		0,5		0,5
I alt		11,58	2	13,58
Samlet besp. ifht. budget ekskl. ekstern fin. (i %)		21%	43%	26%
Note: af basisnorm. er 0,5 norm. betalt af afd. R				
Model 3 ressourcefordeling på afdelinger				
Afdelinger > 50 henvisninger årligt	Pt. henv. 2009	Forbrug soc.rådg.	Forbrug sekretær	Forbrug i alt
H	939	2,4	0,75	3,15
R	849	2,4	0,75	3,15
Palliativt team Fyn *		1		1
C	135	0,6		0,6
D	157	0,6		0,6
N	114	0,32		0,32
X	117	0,32		0,32
Q (Inkl. Indvandrermed. Klinik fra 1.4-09 **)	125	0,8		0,8
O (og rygcentret)	110	0		0
M	97	0,24		0,24
Z	84	0,24		0,24
Y	78	0,24		0,24
U (og NIA)	58	0,16		0,16
I alt****	2863	9,32	1,5	10,82
Afdelinger 10<henvisn<50				
J	42			
B	32			
AMMK	32			
A	28			
S	27			
I	14			
Under 10 årligt:				
AMA+E+F+G+L	28			
I alt****	203	0,4	0,2	0,6
Respirator pt. Uanset afdeling		0,75	0,15	0,9
Rådgivning for ansatte***		0,5		0,5
Ledelse og administration		0,61	0,15	0,76
I alt		1,86	0,3	2,16
Samlet normering		11,58	2	13,58
* eksternt finansieret				
** eksternt finansiering bortfalder 1/3-2010				
*** Direktionsbeslutning				
**** Eksakt fordeling kræver nærmere analyse				