

Rikke Halberg

Fuldmægtig

Tel. +45 8728 4456

email: Rikke.Halberg@stab.rm.dk

Sundhedsplanlægning • Region Midtjylland

Skottenborg 26 • DK-8800 Viborg



Dato 05.11.2010

Astrid Højgaard

Ledende overlæge

Tel. +45 89 10 2500

astrid.hoejgaard@randers.rm.dk

**Høringssvar vedrørende
benchmarkrapporten, fase 2,
Gynækologi-obstetrik**

fra

**Gynækologisk obstetrisk afdeling,
Regionshospitalet Randers / Grenå**

Side 1

Sammenhæng med Specialeplanen

Overordnet set bør benchmarkrapporten sammenholdes med specialeplanen. I denne er der en forventning om at regionshospitalet, herunder Regionshospitalet Randers (RHR) varetager hovedfunktioner og visse regionsfunktioner, hvorimod Skejby Sygehus (SKS) skal udføre højt specialiserede behandlinger. Herved må man forvente, at SKS tiltrækker et betydeligt antal patienter fra andre regioner en Region Midtjylland (RM). Imidlertid er dette ikke tilfældet, jævnfør Bilag 6 side 3. RM har i gennemsnit 6,30 % aktivitetsværdi fra andre regioner. Det ses, at SKS for nærværende udfører mange af de DRG tunge opgaver, men primært for borgere i RM og dermed kun har en DRG værdi på 4,24 % fra andre regioner trods flere højt specialiserede behandlinger (meget af specialeplanen er allerede implementeret). Eksempler på højt specialiserede funktioner er behandling af HIV smittede infertile og gravide, vaginaltops prolaps operationer, gynækologisk cancer, endokrinologiske sygdomme i svangerskabet, hypothalamus-hypofyse forstyrrelser og avanceret endometriose.

En stor del af de regionale opgaver samt hovedfunktionsopgaverne ville med fordel kunne placeres på regionshospitalet for at frigøre ressourcer til SKS, som kan anvendes til at tiltrække uden-regionale patienter og til at tilrette organisationen til specialeplanen.

I Randers har specialeplanens krav om centralisering af cancerkirurgi været implementeret allerede før specialeplanen blev meldt ud bortset fra endometriecancere (det drejer sig om få patienter, de vil fremover blive visiterede til SKS). Iflg. Bilag 6 side 6 udfører regionshospitalerne 26 % af indsatsen målt i DRG værdi, heraf udfører Randers kun 4 procentpoints til sammenligning med fx Hospitalsenheden Vest, der udfører 9 procentpoints af den samlede cancer relaterede DRG aktivitet. En høj andel cancerbehandling medfører høj DRG indtjening og produktivitet.

Det er således uklart, hvor langt de forskellige regionshospitaler er nået, hvad angår specialeplanens krav om centralisering af cancer til SKS.

Ubalancen mellem bloktilskud og DRG værdi

Ubalancen mellem bloktilskud (for lavt) og den udførte DRG bærende aktivitet (for lille) kan forklares ved flere af nedenstående modeller:

- Mangel på praktiserende speciallæger: Der mangler praktiserende speciallæger i regionen – al gynækologisk behandling i det gamle Ringkøbing Amt er derfor traditionelt varetaget ved hospitalsambulatorier.
- Finansiell forklaring: Bloktilskuddet er for lille.
- Stærekassemodellen: Der er en overkapacitet, hvad angår gynækologisk obstetriske afdelinger. Gynækologisk obstetriske speciallæger, der passer fødegangen i vagten, passer i dagtiden gynækologiske ambulatorier og operationsstuer. Hvert fødested har et vagthold af en vis størrelse, hvilket medfører en høj ambulatorie- og operations-kapacitet, der muligvis ikke kan udnyttes fuldt ud på grund af forskelle i ventelister.
- Demografisk forklaring: Muligvis er befolkningssammensætningen i RM således, at der er flere kvinder i en alder, hvor der stilles store krav til gynækologiske ydelser (fra primo 30 års alderen – 55 år). Dette bør beskrives og kommenteres i rapporten.

Aktivitetsændringer

Angående sammenhæng mellem ambulante besøg og operationer: Stigningen i værdi per udskrivning i Randers forklares formodentlig ved samarbejdet med Horsens, hvor svangre med komplicerede graviditeter overflyttedes til Randers. Det meget store fald i Horsens må muligvis forklares ved at patienterne ofte færdigbehandles med sectio o.l. i Randers. At liggetiden er 2,4 i Randers, men er 2,1 i Horsens skyldes formodentlig at der er et betragteligt antal patienter fra Horsens, der ligger længe før forløsning (Tabel 7, side 12).

Imidlertid er det balancen mellem liggetid og værdi, der er interessant. I Tabel 7 side 12 bør man således se på brøken Index Liggetid / Index Værdi pr. udskrivning, ved brøker > 1 er der tale om ubalance, dette ses ikke at være tilfælde i Randers (Brøk = 1), hvor liggetiden ganske vidst er lang, men værdien høj i modsætning til Viborg, Vest og SKS der alle har Index Liggetid / Index Værdi pr. udskrivning > 1 .

Aktivitetsfaldet i Randers (Tabel 3, side 7) vedrørende udskrivninger i særdeleshed og i mindre grad ambulante besøg skyldes formodentlig dels oprettelse af en akutstue i ambulatoriet, der omlægger akutte indlæggelser til ambulante besøg. Da afdelingen samtidigt er presset, hvad angår mulighed for at afholde den ambulante aktivitet, der efterspørges, har dette medført stigende ventetider på ambulant undersøgelse jvnf. SST.venteinfo.dk. Der har desuden været aktivitets nedlukninger på grund af udvikling af EPJ samt nedbrud af forældede ULS apparater. Det kan undre at forskellen i ændringer i regionen er så markant – det må formodentlig også være tale om ændret registreringspraksis og evt. oprettelse af efterfødsels ambulatorier på nogle hospitaler, hvor det er muligt at DRG prissætte ydelser, der ikke tidligere har kunnet afregnes i DRG.

Produktiviteten ses at være høj i Randers (Tabel 10, side 15) og er næsthøjest i RM takket være et stort fokus på dette. Der er dog kun 212 operationer per mio. lægelønkrone (Tabel 11, side 17). Dette skyldes dels at gennemsnitsalderen er endog meget høj blandt overlægerne i Randers med en deraf følgende høj løn, dels at der mangler operationskapacitet. Endelig er to af overlægerne beskæftigede med sexologiske samtaler i ca. 40 % af deres dagarbejdstid. Denne aktivitet kaster ingen operationer af sig.

Vi bemærker os at jordemødrene har flest fødsler / lønkrone i Randers, hvilket stemmer overens med det indtryk, der er af arbejdsbelastningen. Der kan næppe opnås yderligere produktivitetsøgning i Randers på fødegangen.

Kvalitetsindikatorerne.

Det kan undre, at man har valgt at fragå vanlige principper idet man har valgt at "virkelig godt" og "godt" sammen (tabel 13, side 20). Hvad Randers angår, kunne man formodentlig opnå yderligere forbedringer af tilfredsheden, hvis de meget nedslidte ambulatoriefaciliteter blev renoverede i Randers.

Angående fødselsindikatorerne er det ikke muligt, at udsige, hvad der er den bedste sectionrate (Tabel 14, side 21).

Det kan undre at behandlingsresultater indrapporteret til Dansk Fertilitetsselskab og SEI ikke er medtaget i bilag 7. RHR og Brædstrup har en overordentlig flot resultatliste hvad angår graviditeter / behandling i det satellit IVF samarbejde de to afdelinger har etableret, hvilket samfundsmæssigt er en gevinst.