

Oversigt over RYK's høringssvar og administrationens kommentarer hertil

Skemaet nedenfor er opbygget efter samme kronologi som RYK's høringssvar. I høringssvaret anvender RYK vendingerne "*Denne betragtning er i forhold til udredningen ny*" (markeret med tal fra 1-18 nedenfor) og "*Denne oplysning er ny*" (markeret med romertal I-XXIX).

Pkt.	RYK	Administrationen
	Sundhedsfaglige aspekter	
1, side 9	RYK er enig i udredningens beskrivelse af, at der sundhedsfagligt er flest fordele ved et Spinalcenter ved Skejby model 2. Fordelene er: • Samling af en række højt specialiserede funktioner, som vil medføre en stærk behandlingsmæssig og forsknings- og udviklingsmæssig profil • Neurokirurgisk behandling kombineret med specialiseret paraplegi-genoptræning vil i DNU kunne startes i den første uge efter skadedebut hos de fleste rygmarvsskadede personer, og et tæt samspil mellem neurokirurger, plejepersonale og de specialiserede terapeuter kan bevares gennem hele forløbet. • Visitationen vil kunne udføres i det første døgn, og det vil formentlig være muligt at reducere antallet af komplikationer. Samtidig vil det sandsynligvis være muligt at forkorte det samlede behandlingsforløb. Udviklingsmæssigt vil den rygmarvsskadede få gavn af et tilbud om deltagelse i et større antal forskningsprojekter med adgang til det avancerede apparatur i DNU.	Sundhedsstyrelsen bemærker i deres høringssvar af 3. marts 2011, at man er enig i arbejdsgruppens generelle anbefalinger, som anføres som essentielle for at sikre en høj faglig kvalitet. Sundhedsstyrelsen er endvidere enig i, at der i disse år foregår en rivende udvikling på området, og man kan således tilslutte sig, at der arbejdes videre med styrkelse og udvikling af den brede og højt specialiserede faglige kvalitet i det samlede tilbud med udgangspunkt i de generelle anbefalinger. Sundhedsstyrelsen udtrykker i denne sammenhæng også forståelse for, at arbejdsgruppen i dens anbefaling af model 1 (Viborg) har lagt vægt på, at der er afsat økonomiske ressourcer til model 1, og at tidshorisonten for model 1 er kortere end for model 2. Det skal dog bemærkes, at Sundhedsstyrelsen her udtaler sig på baggrund af arbejdsgruppens antagelser om tidshorisonten og anlægsøkonomien, som administrationen efterfølgende har revurderet. Se også senere svar. I forbindelse med forskning og udvikling på rygmarvsskadeområdet henvises der til side 45-48 i udredningen, hvor der er en udførlig beskrivelse af den igangværende og planlagte forskningsaktivitet. Hospitalsledelsen på Regionshospitalet Viborg, Skive er meget fokuseret på at skabe et tættere fagligt fællesskab mellem

	Som ulemper ved model 2 anføres: • Det må forventes at det vil tage tid at opbygge et tilsvarende fagligt miljø i en ny organisation.	Neurologisk Afdeling, Hammel Neurocenter og Paraplegifunktionen. Et fællesskab, som kan medvirke til kompetenceudvikling og erfaringsudveksling, og hvor Paraplegifunktionen bl.a. vil kunne styrke sin egen forskningsaktivitet i et samarbejde med Hammel Neurocenter og centrets forskningsaktiviteter. Sundhedsstyrelsen bemærker også, at en forudsætning for valget af model 1 er, at samarbejdet mellem funktionerne intensiveres og styrkes, bl.a. i forhold til tilrettelæggelsen af sammenhængende patientforløb. I tillæg hertil skal nævnes, at beslutningen om at fusionere RH Silkeborg, Hammel med RH Viborg, Skive også vil give organisatoriske rammer for yderligere at udvikle patientforløbene på et højt specialiseret niveau. Heri ligger således et potentiale for synergi på rehabiliteringsområdet. RYK forudsætter, at personalet vil flytte med til Aarhus, hvis funktionen placeres dér. Selvom der er tale om et meget engageret personale i Viborg, taler tidligere erfaringer for, at det næppe er tilfældet for terapeuter og plejepersonale. Derfor vil der mistes værdifuld specialviden og specialuddannelse, der er opbygget i alle personalegrupper gennem en lang årrække, og som er af afgørende betydning for patienternes rehabilitering.
2, side 10	RYK ønsker et spinalcenter, der skal være en selvstændig neurologisk afdeling, som er placeret ved Det Nye Universitetshospital (DNU). Et rygmarscenter benævnes internationalt et <i>spinalcenter</i>, hvor med der menes en sammenhængende geografisk enhed: - Som gennem hele	Spinalcentermodellen (model 2) har også været overvejet af arbejdsgruppen bag udredningen "Rygmarvsskadebehandling og -rehabilitering i Vestdanmark" (2010).

	behandlingsforløbet varetager alle faser af para- og tetraplegibehandlingen (akut-, genoptrænings- og den livslange behandlingsfase). - Med direkte adgang til alle relevante specialer. (...) Og henviser til, at RYK finder støtte for deres synspunkt i Sundhedsstyrelsens "Redegørelse om para- og tetraplegi – organisation af behandling og kontrol" fra 1994.	Det skal bemærkes, at Sundhedsstyrelsens redegørelse fra 1994 har været en del af arbejdsgruppens arbejdsgrundlag. I 1994-redegørelsen (side 3) fremgår Sundhedsstyrelsens indstilling: <i>"- at der med baggrund i den hidtidige organisation og patientgruppens størrelse, etableres 2 funktionelle landsdelscentre henholdsvis for Østdanmark (...) og for Vestdanmark: Århus Universitetshospital/Paraplegikerfunktionen Viborg, Viborg Sygehus."</i>
3, side 11	RYK ønsker at Paraplegifunktionen i højere grad end i dag skal opfylde deres opsamlings- og formidlingsfunktion – primært overfor andre hospitaler.	Paraplegifunktionen har i dag ikke kapacitet til at modtage flere patienter, men den planlagte udvidelse af sengeantallet imødekommer behovet for flere sengepladser. Der vurderes ikke at have været nødvendigt med mere aktiv "markedsføring", da flere og flere patienter med sygdomsbetingede rygmarvsskader i alle aldre og med alle diagnoser bliver henvist til Paraplegifunktionen fra stort set alle hospitaler i Vestdanmark.
4, side 12	RYK �nsker Paraplegifunktionen i en mere aktiv udadvendt rolle over for det øvrige sundhedssystem i Vestdanmark, så alle med rygmarvsskader bliver behandlet på Paraplegifunktionen. Udredningen forholder sig ikke til en lang række særlige problemstillinger, for rygmarvsskadede ved indlæggelse	Jf. svaret ovenfor. De af RYK nævnte specielle forholdsregler vedr. indlæggelser af rygmarvsskadede, har været omtalt

	for anden sygdom, som ikke er forbundet med rygmarvsskaden. F.eks. må man ikke behandle et benbrud på en rygmarvsskadede med cirkulær gips. Mange rygmarvsskadede kan ikke tåle narkose. Der gælder særlige forholdsregler for lejring af rygmarvsskadede osv. De almindelige behandlingsformer i sundhedsvæsenet af ovenstående problemstillinger kan give alvorlige komplikationer og i værste fald være dødelige.	på møder i arbejdsgruppen. Udredningen har et omfang på 65 sider, og der har fra sekretariatets side været målet, at udredningen skulle indeholde et anvendeligt beslutningsgrundlag for politikerne i forhold til kommissoriets stillede opgave. Det har på den anden side også betydet, at der er områder, som selvom de er væsentlige for klinikerne, ikke nødvendigvis er det for politikerne set i forhold til den udredning, politikerne har bedt administrationen om at udføre.
I, side 12	RYK ønsker at forskning og udvikling styrkes ved, at rygmarvsskadebehandling og rehabilitering placeres som en del af et universitetshospital	Arbejdsgruppen lægger i udredningsrapporten stor vægt på, at det forskningsmæssige samarbejde styrkes, uanset placering af Paraplegifunktionen. Arbejdsgruppen fremhæver, at der er en lang række faglige problemstillinger, som er fælles for rygmarvs- og hjerneskadeområdet og derfor opfordres til et tættere samarbejde på behandlings- og forskningsområdet mellem Paraplegifunktionen og Hammel Neurocenter. Skønt der er tale om forskellige patientkategorier – hjerneskadede og rygmarvsskadede – er der en række fælles problemfelter, hvor det vil være givtigt at etablere et udviklings- og forskningssamarbejde. Eksempler herpå er bl.a. det sensomotoriske område, spasticitetsbehandling samt de psykologiske aspekter af at gå fra normal tilværelse til at leve med livslangt handicap, relationerne til de pårørende mv.
II, side 13	Rehabilitering på hjemsygehus eller i kommunalt regi strider mod specialeplan. RYK ønsker, at alle færdigrehabiliteres på Paraplegifunktionen	Paraplegifunktionen foretager den højt specialiserede rehabilitering, se nedenstående svar for yderligere nuancering.
5,	RYK mener, at udskrivning af	Alle patienter, der udskrives fra

side 13	patienter med en genoptræningsplan til fortsat træning på hjemsygehus eller i kommunalt regi er i strid med Sundhedsloven.	Paraplegifunktionen får lavet en genoptræningsplan. Paraplegifunktionen anser dette som en meget vigtig opgave, og der bruges meget energi på at få udfærdiget genoptræningsplanen. Det er korrekt, at patienterne i en væsentlig del af forløbet har behov for specialiseret genoptræning, og den får de under indlæggelsen på Paraplegifunktionen. Men det er ikke vurderingen, at patienterne nødvendigvis har et livslangt behov for højt specialiseret genoptræning. Det er en lægefaglig vurdering, om der er behov for specialiseret genoptræning i sygehusregi eller generel genoptræning, som kommunerne varetager. Kommunal genoptræning kommer kun på tale, når patienterne har genvundet så meget af deres førlighed, at enhver fysioterapeut vil kunne varetage den fortsatte træning.
III, side 13	Alder som selvstændigt visitationskriterium er ulovligt.	Paraplegifunktionen afviser ikke patienter som følge af alder og har således haft flere patienter, som er 80 år og derover.
IV, side 14	RYK ønsker, at Paraplegifunktionen behandler alle børn med et behandlingsbehov	Paraplegifunktionen modtager de børn, den får henvist. Paraplegifunktionen er ikke bekendt med, at der er børn som kunne have udbytte af rehabiliteringsophold på Paraplegifunktionen, der ikke henvises.
V, side 14	Efter RYKs opfattelse er det i strid med Sundhedsstyrelsens specialeplan, hvis tetraplegikere med høje skader behandles på Hammel. Disse patienter skal behandles på Respirationscenter Vest eller Paraplegifunktionen.	Udredningen omtaler på side 29, at Neurokirurgisk Afdeling, Paraplegifunktionen, og Regionshospitalet Hammel Neurocenter arbejder på at forbedre patientforløbene for bl.a. patientgruppen med de helt høje rygmarvsskader (1-2 patienter om året), som har dårlig eller manglende synkefunktion, kommunikations- og

	vejtrækningsproblemer. Denne patientgruppe er der gennem de sidste fem år opbygget en særlig ekspertise for på Regionshospitalet Hammel Neurocenter/NISA-funktionen (neurointensiv step down afsnit) i Silkeborg, der har specialviden og udstyr til behandling af denne patientgruppe. Flertallet af patienterne har dårlig eller helt ophørt synkefunktion, kommunikations- og vejtrækningsproblemer, der betyder, at der er behov for understøtning med f.eks. Bi-PAP ventilation. Disse behandles allerede i dag på Regionshospitalet Hammel Neurocenter, og aktuelt har der i for�ret 2011 været tre patienter i et behandlingsforløb. �n af disse patienter (med f�lge til høj l�sion som følge af tumor) er færdigbehandlet på Regionshospitalet Hammel Neurocenter, mens de øvrige, efter vurdering og behandlingstiltag er sendt videre til Paraplegifunktionen. Netop ideen med at bruge højeste ekspertise indenfor området hos en meget lille patientgruppe følger Sundhedsstyrelsens opfattelse af specialcentre. Hvis patienten kan rehabiliteres (ikke er varig respiratorbruger og komplet tetraplegisk), er der god mening i at benytte et ekspertcenter, som kan hjælpe patienten til en bedre tilværelse, og som samtidig kan udføre alle de nødvendige specialtests og undersøgelser. Patienter med høj l�sion og behov for permanent respiratorbehandling kan ikke overflyttes til Respirationscenter Vest til tidlig undersøgelse og vurdering. Denne
--	--

		patientgruppe har alle de ovennævnte problemstillinger og b�r undersøges og behandles herfor på Regionshospitalet Hammel Neurocenter.
6, side 15	RYK ønsker, at nontraumatiske patienter får samme højt specialiseret behandling og højt specialiseret rehabilitering som traumatiske patienter. Og RYK ønsker, at Region Midtjylland opbygger et system, der sikrer, at alle med behandlings- og rehabiliteringsbehov i Vestdanmark kommer på den højtspecialiserede funktion for rygm�rvsskader.	Ud over patienter med traumatisk rygm�rvsskade, hvor antallet har været ret konstant gennem årene, modtages et stigende antal patienter med ikke-progredierende sygdomsbetinget rygm�rvsskade. Den foreslåede øgede sengekapacitet vil medføre, at Paraplegifunktionen vil kunne tage sig af de nontraumatiske patienter i tilstrækkeligt og relevant omfang.
7, side 16	RYK ønsker, at Region Midtjylland opfylder sin forsyningsforpligtigelse om livslang kontrol for såvel nontraumatiske som traumatiske rygm�rvsskadede.	Det er Region Midtjyllands klare opfattelse, at man kan opfylde sin forsyningsforpligtigelse om livslang kontrol for såvel nontraumatiske som traumatiske rygm�rvsskadede ved en udvidelse af kapaciteten. Det er i det lys, at udredningen og anbefalingen om at udvide sengekapaciteten skal ses.
8, side 16	RYK ønsker, at genoptræningsophold gives efter et individuelt behov.	Af praktiske årsager opereres som udgangspunkt med 4 ugers moduler, hvor indholdet tilrettes den enkelte patient, men Paraplegifunktionen kan også tilbyde et fuldstændigt skræddersyet genoptræningsophold, hvor der f.eks. kan tilbydes 1, 1� eller 2 moduler af 4 ugers varighed.
VI, side 16	Udredningen er tavs om ventetiden til et genoptræningsophold. Ventetiden på genoptræningsophold har ifølge RYKs oplysninger til tider været et år eller mere.	I udredningen fremgår det på side 38: <i>"For patienter, der kan bo på patienthotellet, er ventetiden op til to måneder."</i> For patienter der ikke er i stand til at bo på patienthotellet er der op til to års ventetid. Det kan oplyses, at for at afhjælpe dette problem, tager Paraplegifunktionen jævnligt kontakt til alle ventende patienter for at få viden om, hvorvidt patientens tilstand har ændret sig, så de enten ikke har behov for indlæggelse eller indlæggelse er endnu mere

		påkrævet. Det kan desuden oplyses, at de ventende patienter nogle gange selv udskyder deres genoptræningsophold som følge af praktiske forhold vedr. job, familie mv.
VII, side 16	RYK ønsker øget fokus på kræftområdet, fx i form af analyse af udfordringer og muligheder.	Det er i tråd med arbejdsgruppens diskussion i udredningen af det stigende antal kræftpatienter, som i dag modtages til rehabilitering.
VIII, side 17	Regeringen og Dansk Folkeparti har netop indgået aftalen Kræftplan 3 om, at alle kræftpatienter skal tilbydes rehabilitering. RYK ønsker, at man undersøger mulighederne for rehabilitering af rygmarvsskadede som følge af kræft.	I forlængelse af ovenstående har arbejdsgruppen anbefalet, at behandlingstilbud til gr�zonepatienter herunder kræftpatienter udredes på et senere tidspunkt.
IX, side 17	RYK ønsker, at alle behandlingskrævende patienter i Vestdanmark med posttraumatisk syringomyeli f�r behandling. Det sker ikke i dag. Posttraumatisk syringomyeli er en væskefyldt blære i selve rygmarven. Den kan give og over en periode forværre rygmarvsskaden.	Paraplegifunktionen modtager 1-2 nye patienter �rligt med posttraumatisk syringomyeli eller Arnold Chiari malformation, Diagnosticering af syringomyeli sker ofte i forbindelse med patienternes kontrolbesøg på patienternes symptomer eller objektive fund. Hvis der er behov for behandling, sker genoptræning på Paraplegifunktionen. Og hvis tilstanden truer patientens førlighed, kan operation komme på tale for at stoppe forværring af sygdommen, hvilket sker på Neurokirurgisk Afdeling, AUH, hvorefter genoptræning fortsætter i Viborg. Der er aftalt følgende visitationsretningslinjer mellem Paraplegifunktionen og Klinik for Rygmarvsskader i Hornbæk: a) Patienter, der tidligere har haft indlæggelse eller ambulante forløb i Paraplegifunktionen, og som udvikler syringomyeli <u>som følge af deres rygmarvsskade</u>, behandles af Paraplegifunktionen i samarbejde med

		Neurokirurgisk Afdeling, AUH b) Patienter fra Vestdanmark, der er behandlet neurokirurgisk for syringomyeli eller Arnold Chiari malformation og efterfølgende har behov for genoptræning, henvises til Paraplegifunktionen c) Patienter, der henvises til Paraplegifunktionen, med nyopdaget syringomyeli <u>af ukendt årsag</u> og som hidtil ikke har været tilknyttet Paraplegifunktionen, henvises til videre udredning og vurdering af behandlingsmulighederne i Klinik for Rygmarvsskader i Hornbæk. Hvis behandlingen er specialiseret genoptræning, kan patienterne atter henvises til Paraplegifunktionen.
X, side 17	Klinik for Rygmarvsskader i Hornbæk oplyser over for RYK, at Hornbæk også inden for det seneste år løbende kontaktes af vstdanskere (med posttraumatisk syringomyeli), herunder nordjyder, som ikke kan få behandling på Paraplegifunktionen.	I Hornbæk begyndte man for 4-5 år siden, at etablere en særlig interesse for patienter, der har syringomyeli af <u>ukendt årsag</u>. Kombineret med kapacitetsproblemer ved Paraplegifunktionen, og da der er tale om en meget lille patientgruppe, indgik man en aftale med klinikken i Hornbæk om, at patienter med syringomyeli <u>af ukendt årsag</u> henvises til dem. Da patienter med syringomyeli, <u>hvor årsagen er ukendt</u>, er en meget lille patientgruppe, kan det som led i specialeplanlægningen være relevant at overveje, om diagnosticering og udredning af disse patienter skal samles et sted i Danmark, da symptomerne kan være særdeles diffuse og vanskelige at diagnosticere. Derimod anser Paraplegifunktionen

		det for fagligt hensigtsmæssigt, at man ved Paraplegifunktionen fortsat varetager specialiseret genoptræning af alle patienter fra Vestdanmark med syringomyeli <u>som følge af deres rygmarvsskade</u> samt patienter med Arnold Chiari malformation efter operation.
XI, side 17	Arnold Chiari Malformation beskrives ikke i udredningen.	Det er rigtigt, at Arnold Chiari Malformation ikke beskrives i udredningen, og det skyldes, at der er tale om en meget lille patientgruppe (1-2) om året inkl. patienter med posttraumatisk syringomyeli, som rehabiliteres på Paraplegifunktionen.
XII, side 17	Ifølge RYKs oplysninger behandler Paraplegifunktionen ikke symptomhavende rygmarvsskadede patienter med Arnold Chiari Malformation. Hornbæk behandler denne gruppe af rygmarvsskadede.	Det kan oplyses, at patientgruppen modtages på Paraplegifunktionen.
XIII, side 18	På side 41 beskrives betydningen af det posttraumatiske (dvs. efter ulykken) fænomen syringomyeli, som værende "i lægefaglige kredse" som "usikre". Det er ikke korrekt. Fænomenet har i mange år været kendt blandt rygmarvsskadede i kørestol. Der er i l�gekredse ingen tvivl om betydningen. Der er tvivl om behandlingen.	Formuleringen på side 41, bygger på oplysninger fra to professorer, og lyder i sin helhed: "Patienter, som har fået rygmarvsskade efter en ulykke, kan opleve en komplikation, hvor der kommer et væskefyldt hulrum i selve rygmarven, kaldet posttraumatisk syringomyeli. Hulrummet kan vokse i omfang og føre til permanent tab af flere funktioner. Der er højst �n patient �rligt i Vestdanmark med behandlingsgivende symptomer, og tidligere er patienter med posttraumatisk syringomyeli blevet behandlet på Klinik for Rygmarvsskader i Hornbæk. Derudover kan man ved en MR-scanning af rygmarvsskadede mennesker finde mange, der fremviser <i>indikationer</i> for posttraumatisk syringomyeli samtidigt med, at de er <i>symptomfrie</i> . Betydningen af abnormiteterne er i lægefaglige kredse usikre. "
9,	Høringsmaterialet indeholder intet om	Paraplegifunktionen vil i

side 18	genhusning ved renovering/ombygning af Paraplegifunktionen. Problemer og omkostninger med genhusning og flytninger først frem og siden tilbage undgås, hvis man vælger nybygning i Skejby.	byggeperioden kunne genhuses i Regionshospitalet Viborgs bygningsmasse på faglig forsvarlig vis, da man i et vist omfang vil få ledig sengekapacitet i løbet af 2011, bl.a. som følge af lukning af 20 medicinske sengepladser. Finansieringen af genhusningen tages ud af de midler, der er planlagt til ombygninger. Det er en forudsætning, at de gennemførte renoveringer foretages på en sådan måde, at lokalerne bagefter kan anvendes direkte til sengestuer og ambulatorier. Det forventes således ikke, at genhusningen af Paraplegifunktionen vil føre til nogen væsentlig forhøjelse af de samlede anlægsudgifter.
XIV, side 18	Vi henleder opmærksomheden på Sundhedsstyrelsens Pr�ciseringsnotat af 2. marts 2009, side 2: "I medfør af sundhedsloven har regionerne ansvaret for at tilvejebringe behandlingstilbud til borgerne dvs. en <i>forsyningsforpligtigelse</i> . Dette omfatter også regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner."	Paraplegifunktionen har i alle årene opfattet sig som en lands- og landsdelsfunktion / højt specialiseret funktion. Og Sundhedsstyrelsen har også anerkendt dette ved at give Paraplegifunktionen sin godkendelse til at varetage rygmarvsskadebehandling på højt specialiseret niveau.
De bygningsmæssige rammer		
XV, side 19	Udredningen bygger på et 4 år gammelt byggeprojekt, som ikke kan realiseres. Det dokumenteres nedenfor. Paraplegifunktionen er nedslidt og har underkapacitet.	Bilaget til dagsordenspunktet Om- og tilbygning på Regionshospitalet Viborg: Ansøgningen om endeligt tilsagn fra kvalitetsfonden (behandlet af regionsrådet den 16/6 2010) indeholder en henvisning til et af KPF arkitekter udarbejdet dispositionsforslag fra 2006. Dispositionsforslaget viser en mulig udbygning af den eksisterende Paraplegifunktion. Dispositionsforslaget er alene en illustration af en mulig udbygning på grunden og er ikke bearbejdet i forhold til senere tilkomne arealstandarder, krav om tilg�engelighed o.l.

		I ansøgningen er der derfor taget højde for, at projektet skal omdisponeres. Der er således afsat tid og penge til, at udarbejde og planlægge en ny ud- og ombygning, som lever op til alle gældende krav og standarder. Der har ikke været intentionen, at KPF's forslag skulle anvendes direkte. I den forestående proces vil der i samarbejde med brugere og patientorganisationer blive udarbejdet et projektforslag, som efterkommer alle gældende krav til arealstandarder, tilgængelighed og funktionskrav.
side 19	Model 1 - Udbygning og renovering af bygningen i Viborg Model 1's forslag vil kræve ☐ udarbejdelse af et nyt projekt, som lever op til Region Midtjyllands nyeste krav til hospitalsbyggeri og dermed bliver arealbehovet til 35 pladser på ca. 9.300 m². (Administrationens note: Beregningen bygger på, at de 29.000 m² til sengestuer m.m., som er anført i tabel C i "Ansøgningen om endeligt tilsagn til Regionshospitalet Viborg – 26.05.10", kapitel 2, kan omregnes til 66 m²/sengestue, som derefter omregnes med en faktor 4,03 til 266 m² pr. sengestue. Dette areal benyttes herefter som argumentation for at 35 senge kræver 9.310 m²) ☐ ændring af både lokalplan 221 og lokalplan 200 på baggrund af det nye projekt, hvilket vil tage minimum 1½ år,	Arealbehovet er baseret på ekspertpanelets og regionens standarder for sygehusbyggeri, som også anvendes på de øvrige kvalitetsfondsprojekter i regionen. Baseret på disse forudsætninger er arealbehovet på 5.145 kvm. For at tage højde for, at Paraplegifunktionen ligger i en vis afstand fra hospitalet, og at der skal ombygges i eksisterende bygninger, er der regnet med et samlet areal på 6.600 kvm. brutto, sammensat af 3.300 kvm. ombygning og 3.000 kvm. nybyggeri. Udredningen anbefaler, at Paraplegifunktionen udvides til i alt 6.600 kvm. Lokalplanen tillader en samlet udbygning på 7.500 kvm. i byggefelt 2, hvilket efterlader mulighed for yderlig udvidelse af funktionen på 1.100 kvm. i dette felt. Derudover er der mulighed for at udvide funktionen med 1.800 kvm. i byggefelt 1.

	☐ anlægsudgifter på 144 mio. kr. dvs. 54 mio. kr. mere end forudsat, ☐ udgift til genhusning i byggeperioden og ☐ udgift til andre bygninger til børne- og ungdomspsykiatrien, ☐ en realiseringstid på ca. 4½ år.	På baggrund af faktiske håndværkerudgifter på netop afsluttede byggeopgaver på Regionshospitalet Viborg, kan de økonomiske forudsætninger for renoveringen og udbygningen beregnes ret præcist. Det medfører samlede håndværkerudgifter på 63 mio. kr. hvortil der tillægges bygherreomkostninger, rådgivningsomkostninger og risikoafdækning, i alt 90 mio. kr. Funktionen vil i byggeperioden kunne genhuses i hospitalets bygningsmasse på faglig forsvarlig vis, da man i et vist omfang vil få ledig sengekapacitet i løbet af 2011, bl.a. som følge af lukning af 20 medicinske sengepladser. Finansieringen af genhusningen tages ud af de midler der er planlagt til ombygninger. Det er en forudsætning, at de gennemførte renoveringer fortages på en sådan måde, at lokalerne bagefter kan anvendes direkte til sengestuer og ambulatorier, som forudsat i Ansøgningen om endeligt tilsagn. Det forventes således ikke, at genhusningen af Paraplegifunktionen vil føre til nogen væsentlig forhøjelse af de samlede anlægsudgifter. En detaljeret tidsplan som tager højde for den samlede planlægnings-, projekterings- og udførelsesperiode for udbygningen af Paraplegifunktionen viser, at realiseringstiden er 2 ½ år (31 mdr.)
side 20	Model 2 - Spinalcenter som del af DNU i Skejby Model 2's forslag vil kræve: ☐ udarbejdelse af et nyt projekt, som lever op til Region Midtjyllands nyeste	På baggrund af RYK's høringssvar har administrationen foretaget nye beregninger af anlægsøkonomien for etablering af Paraplegifunktionen i Skejby.

	krav til hospitalsbyggeri og dermed bliver arealbehovet til 35 pladser på ca. 9.300 m2, ☐ ingen behov for ændring af lokalplaner, ☐ anlægsudgifter på 131,2 mio. kr. dvs. 41,2 mio. kr. mere end forudsat ☐ en realiseringstid på 3 år.	Der er regnet på to modeller, der begge vil kræve opfyldelsen af en række forudsætninger, bl.a. flytning af kvalitetsfondsmidler og salg af bygningerne i Viborg. Modellerne og forudsætningerne er yderligere beskrevet i notatet om anlægsøkonomi for Paraplegi-funktionen 2011. Begge modeller er baseret på samme kapacitet som i Viborg og har et arealbehov på 5.145-5.895 kvm. Der vil ikke være behov for ændringer af lokalplanen. Der vil være en anslået anlægsudgift på 113,5-125,3 mio. kr. afhængig af model. Realiseringstiden forventes at være 3-5 �r afhængig af model.
side 22	Arealbehov På baggrund af "Designguide for Hospitalsbyggeri i Region Midtjylland - somatisk sengestue - version I januar 2010" og "Fælles regionale arealstandards for sygehusbyggeri - 18.09.08, Arkitektfirmaet C. F. M�ller" er arealbehovet pr. sengestue: Stuen 30 m2 Toilet og bad 10 m2 I alt pr. sengeplads 40 m2 uden vægge I alt pr. sengeplads 48 m2 inkl. vægge (+20 %)	Forudsætningerne for beregning af kapaciteter og areal for Regionshospitalet Viborg, herunder også Paraplegifunktionen, svarer til Ekspertpanelets forudsætninger for dimensionering af sygehusbyggeri jf. "Regionernes investerings- og sygehusplaner - Screening og vurdering. Afgivet af regeringens ekspertpanel november 2008". Fra Ekspertpanelet anvender en arealstandard for sengestuer på 35 kvm. netto pr. seng inkl. støttefunktioner, men ekskl. kontorer og møderum, samt de anvendte udnyttelsesgrader for senge og undersøgelses- og behandlingsrum. Øvrige arealstandards svarer til forudsætningerne i Danske Regioners udredning vedrørende arealstandards for sygehusbyggeri, jf. "Analyse af standardniveauet for fælles regionale standarder for sygehusbyggeri. Rapport 18.09.2008. Arkitektfirmaet C.F.

		Møller" Ud over krav til arealstandarder og udnyttelsesgrader stiller Ekspertpanelet også krav om en fortsat effektivisering af patientbehandlingen, blandt andet i form af reduceret liggetid, således at sengeantallet skal reduceres med 20 % uanset demografisk og anden udvikling, der typisk øger behovet. Dette princip er fraveget for Paraplegifunktionens vedkommende, idet kapaciteten foreslås forøget fra 26 til 35 senge. Dette er omfattet af det endelige tilsagn om udbygning af Regionshospitalet Viborg.
side 22	I "Ansøgning om endeligt tilsagn til Regionshospitalet Viborg – 26.05.10" fremgår det af Tabel C i kapitel 2, at man skal gange arealbehov pr. sengestue inkl. kontorer og møderum med 4,03 for at komme frem til det totale arealforbrug. Arealbehovet pr. sengeplads kan derfor beregnes således: Arealbehov pr. sengestue inkl. kontorer og møderum 66 m² Totalareal pr. sengestue (4,03 x 66 m²) 266 m²	Der henvises til ovenstående svar på indvendingen side 19 i RYK's høringssvar til model 1.
side 22	Arealbehovet i et Spinalcenter Vest kan således beregnes ud fra Regionens seneste beregningsmodeller. Det medfører, at 35 sengepladser kræver 9.310 m² 52 sengepladser kræver 13.830 m²	Arealbehovet er baseret på ekspertpanelets og regionens standarder for sygehusbyggeri, som også anvendes på de øvrige kvalitetsfondsprojekter i regionen.
side 22-23	Dispositionsforslaget fra 2006 har så store mangler, at det ikke vil kunne gennemføres. For det første er bygningsarealet 2.710 m² for lidt til 35 pladser, og der er ikke afsat midler og lavet planer for genhusning af Centret under ombygningen. Konkret er der følgende bygningsmæssige problemer:	Ansøgningen om endeligt tilsagn (behandlet af regionsrådet den 16/6 2010) indeholder en henvisning til et af KPF arkitekter. Dispositionsforslaget viser en mulig udbygning af den eksisterende Paraplegifunktion. Dispositionsforslaget er alene en

	1. Sengestuerne er for små, og er ikke rektangulære 2. Badeværelserne er for små 3. Træningslejligheden er for to personer 4. Gangbroerne i bygningerne har en hældning på ca. 10 % (Bygningsreglementet kræver max 5 %). 5. Fællesarealerne for patienterne er for små 6. Træningsarealerne er for små 7. Gangarealerne forøges med ca. 300 m² 8. Man skal ud på gangarealerne for at komme fra omklædning til bassinlokalet 9. Dispositionsforslaget medfører bygninger med forkerte dimensioner pga. byggelinjer på matriklen	illustration af en mulig udbygning på grunden og er ikke bearbejdet i forhold til senere tilkomne arealstandarder, krav om tilgængelighed o.l.
side 23	Lokalplan 221 af 30. marts 2005 indeholder byggefeltet, som viser, at lokalplanen er lavet på baggrund af Regionshospitalets oplæg til ombygning af Paraplegifunktionen, og der står i lokalplanen, at mindre udvidelser af den eksisterende bebyggelse udenfor byggefeltet kan tillades efter en konkret vurdering. Større afvigelser fra byggefeltet vil kræve en ændring af lokalplan 221. Hvis der skal udvides mod syd vil det kræve ændring af Lokalplan 200 af 3. september 2003, idet det ændrer væsentligt på lokalplanens nedrivningsplaner, byggefeltet og forudsætninger for etablering af nyt byggeri. Hvis Børne- og ungdomspsykiatriens bygning skal inddrages, vil det medføre en udgift til andre lokaler for dem.	Det beregnede arealbehov for Paraplegifunktionen bliver i udredningen anbefalet at udvide til 6.600 kvm. Lokalplanen tillader en samlet udbygning på 7.500 kvm. i byggefelt 2, hvilket efterlader mulighed for yderlig udvidelse af funktionen på 1.100 kvm. i dette felt. Derudover er der mulighed for at udvide funktionen med 1.800 kvm. i byggefelt 1.
side 23	<u>Model 1's forslag vil kræve</u> ☐ udarbejdelse af et nyt projekt, som lever op til Region Midtjyllands nyeste krav til hospitalsbyggeri og dermed vil arealbehovet til 35 pladser blive	Udarbejdelse af et projekt, som lever op til Region Midtjyllands nyeste krav til hospitalsbyggeri og ekspertpanelets forudsætninger for

	ca. 9.300 m2 og 13.800 m2 til 52 pladser, ☐ ændring af både lokalplan 221 og lokalplan 200 på baggrund af det nye projekt, hvilket vil tage minimum 1½ år, ☐ anlægsudgifter til 36 pladser: ombygning af 3.600 m2 30 mio.kr. nybygning af 5.700 m2 114 mio.kr. andre bygninger til børne- og ungdomspsykiatrien ? mio.kr. genhusning i byggeperioden ? mio.kr. I alt mere end 144 mio.kr. 52 pladser: nybygning plus 4.500 m2 mere end 234 mio.kr.	dimensionering af sygehusudbygninger indebærer, at arealbehovet for 35 senge bliver på 6.600 kvm. Renoveringen og udvidelsen af Paraplegifunktionen kan foregå inden for lokalplanernes rammer, som tillader en samlet udbygning på 7.500 m2 i byggefelt 2, og yderligere 1.800 m2 i byggefelt 1. De samlede renoverings og nybygningsudgifter er beregnet på baggrund af faktiske håndværkerpriser i forbindelse med netop overståede hospitalsbyggerier, og understøtter en samlet anlægsudgift på 90 mio. kr. Der er taget højde for genhusning af patienter, både mht. plads og økonomiske udgifter.
side 24	<u>Anlægsudgifterne til Model 2 bliver:</u> 36 pladser: Nybygning af 9.300 m2 186 mio.kr. RYK har beregnet salgsprovenu for Paraplegifunktionen: Indrettes til 25 lejligheder med et bruttoareal på 144 m2 og en salgsværdi på 3,7 mio. kr. stk. = 92,5 mio. kr. Fortjeneste til developer 2000 kr. pr. brutto-m2 = -7,2 mio. kr. Ombygningsudgift: 8.333 kr. pr. m2 = -30,0 mio. kr. Salgsomkostninger -0,5 mio. kr. Samlet gevinst ved salg = 54,8 mio.kr. I alt (186 mio. kr. - 54,8 mio. kr.) 131,2 mio. kr. 52 pladser: plus 4.500 m2 221,2 mio.kr.	Administrationens nyeste beregninger viser, at: • en integration af Paraplegifunktionen med Hoved-neuroblokken i DNU giver anlægsudgift på 113,5 mio. kr. til 5.145 kvm. • et barmarksbyggeri på 5.895 kvm. giver en anlægsudgift på 125,3 mio. kr. Administrationen har beregnet et salgsprovenu på mellem 24-37 mio. kr. ved salg af Paraplegifunktionens nuværende bygninger i Viborg. Se også administrationens bemærkninger på side 13 i dette notat samt notatet om anlægsøkonomi for Paraplegifunktionen 2011

side 24	I udredningens afsnit 8.3 står endvidere: "Derudover kan det konstateres, at l�sningen, som foreslås i model 2, ikke er indeholdt i Region Midtjyllands projektansøgning til regeringen vedr. DNU-projektet. Tidsperspektivet samt finansieringsmulighederne for modellen betyder således, at denne l�sning tidligst forventes at kunne realiseres om 10-15 år." Da model 1 heller ikke kan realiseres inden for projektansøgningen til regeringen vedr. Regionshospital Viborg, er ovennævnte argument mod model 2 ikke af betydning for valg af model. Model 2 kræver ikke lokalplan�ndringer, og vil derfor kunne realiseres 1�� �r f�r Model 1.	I udredningen er der taget udgangspunkt i, at model 2 ikke indgik i projektansøgningen vedr. DNU, hvorved der ville være en realiseringstid på 10-15 år. Projektkontoret i DNU har efterfølgende vurderet, at model 2 som en integreret del af DNU vil kunne realiseres i løbet af 2016. Model 3 (barmarksbyggeri) vil kunne realiseres i løbet af tre år. Model 1 vil kunne realiseres i 2013. Derved vil der stadig være en kortere realiseringstid ved valget af model 1. Model 1 kræver ikke ændringer i lokalplanen og kan realiseres i løbet af 31 måneder.
side 25	RYK har ekspertise i at skaffe betydelige fondsmidler, og vil gerne stille sin ekspertise til rådighed i forbindelse med et Skejby-projekt. RYK har efterfølgende (april 2011) fremsendt kopier af breve fra 3 private fonde, som ser positivt på at ville yde økonomisk støtte, udstyr eller know-how. Støtten er i alle tre tilfælde møntet på et verdensførende spinalcenter i Skejby.	De hidtidige erfaringer i Region Midtjylland er, at det primært har været muligt at skaffe fondsmidler til konkrete forsknings- og udviklingsprojekter. Der har tidligere været medfinansiering gennem fondsmidler til MR- og PET/CT-scannere samt Dansk Neuroforskningscenter bygningen i Aarhus. Det er på den baggrund Region Midtjyllands generelle vurdering, at det ikke umiddelbart vil være muligt, at skaffe fondsmidler, der kan henh�res til regionale anlægsopgaver. RYK har gjort opmærksom, at de er i kontakt med flere private fonde, der umiddelbart ser velvilligt på at yde økonomiske støtte til etablering af et spinalcenter i Skejby.
Kapaciteten		
XVI, side 26	RYK ønsker, at Paraplegifunktionen lever op til Sundhedsstyrelsens krav om at rehabilitere alle med rygm�r vsskader og dimensionere sin	Paraplegifunktionen har allerede Sundhedsstyrelsens faglige godkendelse, og fik den bekræftet i godkendelsesbrev af 26. februar

	kapacitet herefter.	2010 i forbindelse med specialeans�gningsprocessen. Region Midtjylland er fast besluttet på at leve op til Sundhedsstyrelsens krav om rehabilitering af para- og tetraplegipatienter. Og det er i det lys, at udredningen samt anbefalingerne om at udvide sengekapaciteten skal ses.
10, side 26	Det er et stort menneskeligt problem, men også et samfundsproblem, at Region Midtjylland pga. underkapacitet på Paraplegifunktionen gør, at mennesker med rygm�r vsskader får mere nedsat funktionsevne, end det er nødvendigt.	Udredningen kommer også frem til en anbefaling om at udvide kapaciteten. Det er Region Midtjyllands klare opfattelse, at de patienter, der behandles på Paraplegifunktionen f�r et fagligt tilfredsstillende forløb. Derudover er Paraplegifunktionen i gang med at implementere en database, som fremadrettet vil blive anvendt til at øge fokus på kvaliteten.
XVII, side 27	RYK har foretaget en miniunders�gelse på tilfældige navngivne rygm�r vsskadede med henblik på afkl�ring af fx, hvad det ville have betydet for hver af os, hvis vores rehabiliteringsophold var blevet forkortet med 1 måned eller 2. Indlæggelsestiden er nu på Paraplegifunktionen 119 dage og i Hornbæk 177 dage i gennemsnit. I dag ville disse personer ikke have fået mulighed for så langt et rehabiliteringsophold, og de ville så være mindre selvhjulpne og mere afhængige af kommunal hjælp.	På side 42-43 i udredningen står resultaterne af en sammenlignelig undersøgelse af behandlingen på hhv. Klinik for Rygm�r vsskader i Hornbæk, en rehabiliteringsafdeling i Vilnius i Litauen og Paraplegifunktionen: <i>"Resultaterne af rehabiliteringsindsatsen på Paraplegifunktionen i Viborg skønnes at være på sammenligneligt niveau med, hvad de andre afdelinger opnår (...)"</i>
11, side 28	Mulig årsag til underkapaciteten i Viborg. Baggrunden for, at visitationskriterierne ikke opfylder kravene i Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning for 2010, skyldes dels, at Paraplegifunktionen beskriver sig selv som regionsfunktion, dels at man kun "som hovedregel" modtager alle patienter. RYK vil understrege, at Specialevejledningen ikke taler om	Paraplegifunktionen har i alle årene opfattet sig som en lands- og landsdelsfunktion / højt specialiseret funktion. Og Sundhedsstyrelsen har også anerkendt dette ved at give Paraplegifunktionen sin godkendelse til at varetage rygm�r vsskadebehandling på højt specialiseret niveau. Hvilket skete senest i godkendelsesbrev af 26. februar 2010 i forbindelse med

	hovedregler og dermed heller ikke om undtagelser: Man skal modtage alle med behandlings- og rehabiliteringskr�vende rygmarvsskader.	specialeans�gningsprocessen.
12, side 28	Med henvisning til Sundhedsstyrelsens specialerapport om neurologi af 30/3 2009, specialevejledningen for neurologi af 22/6 2010 og pr�ciseringsnotat af 2/3 2009, skriver RYK: Det betyder, at ikke alene har Region Midtjylland ansvaret for at f�rdigrehabilitere rygmarvsskadede fra hele Vestdanmark, men man har også en forsyningsforpligtelse og en koordineringsforpligtelse. Derfor er der nu behov for, at Region Midtjylland forøger kapaciteten markant, og ikke anvender de 4- 6 år gamle overvejelser om kapacitetsbehovet. De gamle beslutninger bygger på opfattelsen af, at man udelukkende har en regionsforpligtelse. Det kan ikke danne grundlag for beslutning om den fremtidige kapacitet som højtspecialiseret funktion for hele Vestdanmark.	Udredningen lægger arbejdsgruppens faglige vurdering til grund for sin anbefaling om, at kapaciteten til rehabilitering af patienter med rygmarvsskade udvides til 35 senge + forsat råderet over 4 hotelsenge. Dermed vil Paraplegifunktionen råde over i alt 39 sengepladser. Til sammenligning indeholder Region Hovedstadens plan om placering af Klinik for Rygmarvsskader i Glostrup Neurorehabiliteringscenter 40 sengepladser til de rygmarvsskadede.
	Sengekapacitetsbehovet	
13, side 29	I udredningens side 31 står, "hvis Vestdanmark skulle have det samme antal senge pr. indbygger som Østdanmark, ville det betyde, at Paraplegifunktionens nuværende 26 senge skulle fordobles til 52 senge."	Det er korrekt, som det anføres i udredningen, at hvis Vestdanmark skal have befolkningsunderlag pr. seng som i Østdanmark, vil det det betyde, at Paraplegifunktionens kapacitet skal fordobles til 52 senge. Dette har arbejdsgruppen således været opmærksom på, men befolkningsunderlaget pr. seng har blot været �n blandt mange overvejelser, der ligger til grund for den foreslåede kapacitetsudvidelse. Arbejdsgruppen vurderer således, at den foreslåede kapacitetsudvidelse vil

	Alligevel står der på side 60, at man med udgangspunkt i et fagligt kvalificeret skøn vurderer, " at der er behov for en kapacitetsudvidelse til 35 senge + en fortsat råderet over 4 hotelsenge". Der redegøres ikke nærmere for, hvad man baserer dette skøn på, men RYK kan konstatere, at sengeantallet passer nøjagtigt til de 6 år gamle skøn, som der heller ikke er blevet redegjort nærmere for, og som dannede grundlag for lokalplan 221 og det gamle byggeprojekt ved Søndersø.	være den rette til at kunne give patientgruppen i Vestdanmark et fagligt tilfredsstillende tilbud. Med en kapacitetsudvidelse på de anbefalede 9 senge sker der samtidig en væsentlig udjævning af forskellen i befolkningsunderlaget pr. seng. Samtidig kan der i forvejen også være forskelle heri på baggrund af forskellige visiteringsregler, gr�zonepatienter, tilrettelæggelsen af patientforløb og organisering. I udredningen på side 60 står der i tredje afsnit, hvad arbejdsgruppens fagligt kvalificerede skøn bygger på: <i>"Behovet for en udvidelse af antallet af sengepladser kan begrundes med, at de demografiske forhold betyder flere ældre, bedre behandlingsmuligheder i sundhedsv�esenet, som fører til større overlevelsesrate og dermed flere patienter samt patienterne er dårligere og kræver længere indlæggelsestid. Herudover er det vigtigt at undgå ophobning og ventetid af patienter på Neurokirurgisk Sengeafdeling, undgå at patienter udskrives til hjemsygehuse frem for Paraplegifunktionen, undgå nød udskrivning på Paraplegifunktionen for at skaffe ledige senge samt at overholde en livsl�ng opf�lgningsforpligtigelse og give mulighed for at genindl�gge patienterne, ligesom på Klinik for Rygmarvsskader i Hornbæk."</i>
14, side 29	Der er ingen forklaring på, hvorfor man vurderer, at rehabiliteringsbehovet er meget lavere i Vestdanmark end i Østdanmark. Og der er ikke lavet nogen form for prognoser.	I arbejdsgruppen havde man flere diskussioner omkring, hvad der kunne være årsag til det større antal sengepladser i Østdanmark pr. indbygger i sammenlægning med Vestdanmark. Der blev nævnt forklaringer som: forskellige visiteringsregler, gr�zonepatienter, tilrettelæggelsen af patientforløb og organisering. Men derudover er

XVIII,
side
30

Sengekapaciteten i forhold til befolkningstallet ser således ud:

	Øst DK	Vest DK		
Befolk-ning	2,6 mio.	3,035 mio.		
Senge	45	26	35	52
Befolkning pr. seng (1000)	58	117	87	58
Dæk-nings-grad	100	0,5	0,67	0,99

årsagerne til forskellene ikke undersøgt og belyst nærmere, som følge af, at en dybere undersøgelse af Klinik for Rygmarvsskaders organisering og tilrettelæggelse af patientforløb ligger uden for arbejdsgruppens kommissorium.

Beregninger af sengekapaciteten i forhold til befolkningstallet, er også gengivet i udredningen på side 31.

En opdateret beregning af den normerede sengekapacitet i Hornbæk, som inkluderer sengelukning af 3 senge i 2011, som følge af en besparelsesrunde i Region Hovedstaden, samt tager højde for at det ene sengeafsnit i Hornbæk er 5-døgns senge, og at 1 seng i Hornbæk optages af patienter udenfor Hornbæks optageområde viser, at Hornbæk har 34,7 senge. Paraplegifunktionens senge er 7-døgns senge og foreslås udvidet med 9 senge til i alt 35 senge. Dertil kommer 4 hotelsenge - i alt 39 senge.

Hvis ovenstående nuanceringer af sengekapaciteten i forhold til befolkningstallet medtages, viser det, at Vestdanmark vil få stort set det samme befolkningsunderlag pr. seng som i Østdanmark.

	Øst DK	Vest DK
Indbyg-gere	2,61 mio.	3,035 mio.
Norme-rede senge, udreg-net efter om de er 5/7 døgns-senge, inkl. besparel	34,7	39

		ser, og udvidelse af senge i Vest DK mv.			
		Befolkning pr. seng (1000)	75.216	77.820	
XIX, side 30	RYK mener, at rehabiliteringsbehovet er ens i Øst- og Vestdanmark, og at der derfor er behov for 52 pladser i et fremtidigt Spinalcenter i Vestdanmark.	Selvom målgruppen for Paraplegifunktionen og Klinik for Rygmarvsskaders rehabilitering er ens, så er konsekvenserne af forskellene i visiteringsregler, gråzonepatienter, tilrettelæggelsen af patientforløb og organisering ikke undersøgt og belyst nærmere.			
15, side 31	Paraplegifunktionen har pga. manglende kapacitet nedsat indlæggelsestiden (119 dage), som er væsentlig lavere end i Østdanmark (177).	Der henvises til ovenstående svar.			
XX, side 31	Hvis man i Vestdanmark skal leve op til kravet om færdigrehabilitering vil det med udgangspunkt i de østdanske gennemsnitlige indlæggelsestider medføre, at kapaciteten skal forøges med 13 senge.	I Region Hovedstadens planer om flytning af Klinik for Rygmarvsskader til Glostrup Neurorehabiliteringscenter lægges der op til, at antallet af senge skal reduceres fra 45 til 40. Jf. ovenstående tabel som viser, at Øst- og vestdanmark får en næsten identisk sengekapacitet i forhold til befolkningstallet, hvis den anbefalede udvidelse på 9 senge i Viborg og fortsat råderet over 4 hotelsenge godkendes.			
XXI, side 32	RYK ønsker, at Paraplegifunktionen behandler alle børn med et behandlingsbehov. Med en mindre population som optageområde modtager Hornbæk 6,84 gange flere børn end Paraplegifunktionen. Med sin større population skulle Paraplegifunktionen i perioden 1991-2008 have modtaget ikke modtaget det faktuelle 10 men 79 – 80 børn.	Paraplegifunktionen modtager de børn, den får henvist. Paraplegifunktionen er ikke bekendt med, at der er børn, som kunne have udbytte af rehabiliteringsophold på Paraplegifunktionen, der ikke henvises.			
16,	Da børn indlægges sammen med	Som regel kan forældrene bo på			

side 32	forældre beslaglægger hvert barn 2 pladser. Hvis man forudsætter 3 mdr. indlæggelsestid pr. barn svarer det et udvidelsesbehov på 4 senge.	patienthotellet, men i de tilfælde det ikke er muligt, er det korrekt, at de indlægges sammen med børnene på Paraplegifunktionen. De optager dog ikke plads fra andre patienter, da der findes en l�sning med en ekstra seng på stuen. Således indebærer dette ikke ekstra behov for udvidelse af kapaciteten.
XXII, side 32	øget sengekapacitet til patienter med posttraumatisk syringomyeli I en periode og indtil sidste år blev denne gruppe vstdanske patienter efter aftale med Paraplegifunktionen behandlet på Rigshospitalets Klinik for Rygmarvsskader i Hornbæk. Denne ordning blev stoppet, fordi der viste sig i praksis at være for mange transportproblemer for patienterne. At vstdanskere blev behandlet i Hornbæk skyldtes kapacitetsproblemer på Paraplegifunktionen.	Paraplegifunktionen modtager et stadigt stigende antal patienter med nontraumatiske patienter – herunder patienter med posttraumatisk syringomyeli.
XXIII, side 32	Hornbæk har oplyst RYK, at Hornbæk også inden for det seneste år løbende kontaktes af vstdanskere, herunder nordjyder, som ikke kan få behandling på Paraplegifunktionen, men som gladelig betaler og kører den lange vej til Hornbæk for at få behandling.	Det er rigtigt, at der har været en aftale med klinikken i Hornbæk om, at patienter med syringomyeli <u>af ukendt årsag</u> henvises til dem, bl.a. fordi klinikken i Østdanmark har særlig interesse for området. Paraplegifunktionens egne patienter, som udvikler posttraumatisk syringomyeli på baggrund af deres kendte rygmarvsskade modtages af Paraplegifunktionen, hvis de har behov for det.
XXIV, side 33	Hornbæk oplyser til RYK, at de har 125 patienter med posttraumatisk syringomyeli i deres register, som Hornbæk behandler, har livslang kontrol med eller har kontakt til. 21 af disse har bopæl i Vstdanmark. Patienter fra Vstdanmark er fortrinsvis henvist via egen læge, dvs. patienten har selv henvendt sig til læge og ønsket en henvisning til Hornbæk. Dette er sket i alt 13 tilfælde af de i alt 21 personer.	I Hornbæk begyndte man for 4-5 år siden at etablere en særlig interesse for patienter, der har syringomyeli af <u>ukendt årsag</u> . Kombineret med kapacitetsproblemer ved Paraplegifunktionen, og da der er tale om en meget lille patientgruppe, indgik man en aftale med klinikken i Hornbæk om, at patienter med syringomyeli <u>af ukendt årsag</u> henvises til Hornbæk. Derudover henvises til yderligere

		kommentarer om emnet under indvending X, side 8 samt XIII, side 9
XXV, side 33	De 76 patienter med posttraumatisk syringomyeli af de 120 er tilkommet efter 1. januar 2006	Der henvises til kommentarer X, side 8 samt XIII, side 9
XXVI, side 33	Derfor kan det ikke være rigtigt, når udredningen side 41 nederst siger, at "Der højst er én patient �rligt i Vestdanmark..." Tallene stemmer ikke.	Det er vigtigt at henlede opmærksomheden på, at der er forskel på at have indikationer og være symptomfri, og så at have behandlingsgivende symptomer. På side 41 i udredningen fremgår det således: <i>"Derudover kan man ved en MR-scanning af rygmarvsskadede mennesker finde mange, der fremviser indikationer for posttraumatisk syringomyeli samtidigt med, at de er symptomfrie."</i> Og endvidere står der at: <i>"Der er højst �n patient �rligt i Vestdanmark med behandlingsgivende symptomer (...)"</i>
XXVII, side 33	Ifølge RYKs oplysninger behandler Paraplegifunktionen ikke symptomhavende rygmarvsskadede patienter med Arnold Chiari Malformation. Hornbæk behandler denne gruppe af rygmarvsskadede.	Paraplegifunktionen behandler patienter med Arnold Chiari Malformation.
17, side 33	Der er behov for et øget antal senge, s� et kommende Vstdansk Spinalcenter har kapacitet til at rehabilitere patienter med Arnold Chiari Malformation.	Arbejdsgruppen er enig i, at sengekapaciteten skal udvides.
18, side 33	På side 20 i udredningen står, at Paraplegifunktionen ikke lever op til opgaven om livslang kontrol med rygmarvsskadede. Denne meget væsentlige opgave er ikke beskrevet i udredningen, hvad opgaven består i, hvor mange patienter man �rligt kontrollerer, hvor mange man �rligt burde kontrollere, og hvor ressourcekrævende opgaven er. Det er en stor mangel, at man ikke forholder sig til, at denne opgave ikke varetages, især da den p�a. det	Udredningen er åbent omkring denne utilfredsstillende omstændighed. Og det bliver også beskrevet på side 38, hvordan man reelt ikke har mulighed for at tilbyde nontraumatiske patienter træningsophold på sengeafdelingen, idet sengene er optaget af nyttilskadede patienter. I tillæg bliver ønsket om at tilbyde "gråzone patienterne" et bedre behandlingstilbud også indgående beskrevet, ligesom det anbefales, at

	stigende antal rygmarvsskadede, vil kræve en stigende kapacitet.	området udredes nærmere. Derfor anbefales det bl.a. også, at der sker en kapacitetsudvidelse.
XXVII I, side 34	øget kapacitet så alle rygmarvsskadede i Vestdanmark kan rehabiliteres RYK har endvidere erfaret, at enkelte nytilskadekomne overflytted fra Neurokirurgisk til lokalsygehuse eller hjem, mens de venter på plads på Paraplegifunktionen. Bel�gningsstatistikkerne, som RYK har fået aktindsigt i, viser, at man modtager statistisk færre fra både Region Nordjylland og Region Syddanmark. Hvis man i årene 2007 - 2009 havde modtaget samme statistiske andel, skulle man have haft 4 senge mere.	Det er desværre rigtigt, at der har været patienter, som er blevet overflyttet til andet sted, mens de ventede på plads på Paraplegifunktionen. Dette er også en væsentlig bevæggrund bag anbefalingen om at udvide kapaciteten. Hvis man sammenligner fordeling af udskrevne patienter fra bop�lsregionerne jf. udredningens side 39, så kommer 45,4 % af Paraplegifunktionens patienter fra Region Midtjylland, 36,4 % fra Region Syddanmark og 17,4 % fra Region Nordjylland. Fordelingen af patienterne ligger tæt på regionernes relative befolkningsandel på hhv. 41,5 %, 39, 5 % og 19 %. En kapacitetsudvidelse muliggør øget opsøgende arbejde over for Region Syddanmark og Region Nordjylland.
XXIX, side 34	øge kapacitet til rehabilitering af cancerpatienter med rygmarvsskade og patienter med spinale tumorer. Eksp�rter mener, at antallet af helbredte kræftpatienter, der som følge af kræften har fået en rygmarvsskade, vil stige. Udredningen indeholder ingen prognose eller analyse herom - hverken på kort eller lang sigt. Og i Sundhedsstyrelsens specialerapport for neurologi af 30. marts 2009, side 28 står, at der �rligt er 50 - 200 patienter med primære spinale tumorer". I henhold til den nye kræftplan 3, skal alle kræftpatienter rehabiliteres. Det medfører at sengekapaciteten skal øges for at dække dette behov.	Udredningen har på side 17-21 en diskussion af afgrænsning af patientgruppen, og hvorledes den har udvidet sig - bl.a. med kræftpatienter. Der var enighed i arbejdsgruppen om, at der i dag er et udækket behov for rehabilitering af patienter med fremadskridende rygmarvssygdomme. Arbejdsgruppen var dog ikke enige omkring afgrænsning af patientgruppen. Derfor anbefaler arbejdsgruppen, at gråzone-patienter på et senere tidspunkt bliver genstand for en selvstændig udredning. Region Midtjyllands direktion anbefaler, at udredning af gr�zonepatienterne igangsættes i 2012.