Regionshuset
Viborg

Koncernøkonomi
Hospitalsøkonomi

Skottenborg 26
8800 Viborg
Tlf. 87 28 50 00
www.regionmidtjylland.dk

Spørgsmål vedr. omstillingsplan – del 2

28. januar 2011

Introduktion

I det følgende notat er oplistet spørgsmål modtaget efter d. 20. januar 2011.

Det drejer sig om spørgsmål fra,
Anders P. Vistisen, Bente Nielsen, Poul Müller, Susanne Buch Nielsen, Michael Thomsen, Mette Rohde Terp, John Thorsø samt spørgsmål stillet på Regionsrådets budgetseminar den 25. januar 2011

Notatet er struktureret således:
I 1. afsnit er Anders P. Vistisens spørgsmål oplistet (spm. nr.39-40) samt besvarelser.
I 2. afsnit er oplistet Bente Nielsens spørgsmål (spm. nr.41) samt besvarelser.
I 3. afsnit er oplistet Poul Müllers (spm. nr.42-44) samt besvarelser.
I 4. afsnit er oplistet Susanne Buch Nielsens spørgsmål (spm. nr.45-50) samt besvarelser.
I 5. afsnit er oplistet Michael Thomsens spørgsmål (spm. nr.51-53) samt besvarelser.
I 6. afsnit er oplistet Mette Rohde Terps spørgsmål (spm. nr.54) samt besvarelse.
I 7. afsnit er oplistet John Thorsøs spørgsmål (spm. nr.15) samt besvarelse.
I 8. afsnit er oplistet spørgsmål (spm. nr.56-62) stillet på Regionsrådets budgetseminar den 25. januar 2011 samt besvarelser.

I forlængelse heraf følger 3 bilag:
Bilag A - "Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen - 75/25-reglen".
Bilag B - " Forskel på de beregnede sparepotentialer på det nuværende forslag om at lukke for fødsler i Silkeborg og Holstebro og spareforslaget fra foråret 2010".
Bilag C – "Perspektiveringen af Hospitalsdirektør Per Askholm Madsen om strukturovervejelser og perspektiver for laboratorieområdet i Region Midtjylland".

1. Anders P. Vistisen – spørgsmål/svar:

Spm. 39: På borgermødet i Grenå udtalte direktionens repræsentant, Ole Thomsen, på forespørgsel af Jørgen Winther om hvorfor en lukning af pædiatrien i Viborg angiveligt var taget ud af kataloget kort før dets offentliggørelse, at "det var fordi vi så muligheden for at lave en 3 strenget spor i den fremtidige hospitalsstruktur". Jeg vil derfor gerne bede direktionen uddybe hvad denne strategi nærmere indebærer. Skal det forstås således, at der ligger en strategisk beslutning om, at der fremtidigt skal være 3 "a-hospitaler" og 2 "b-hospitaler" på akutområdet, eller hvad er rækkeviden af udtalelsen.

Svar (Administrationen): Det er korrekt, at arbejdsgruppen, der har udarbejdet spareforslag 4.1, undervejs i processen har overvejet en lukning af børneafdelingen i Viborg. Dette har været én blandt flere overvejelser for at finde besparelser på området. I det endelige spareforslag er der lagt vægt på faglige argumenter, sparepotentialet samt borgernes tryghed og serviceniveauet, og her spiller ikke mindst den geografiske beliggenhed ind. Ud fra disse overordnede hensyn har koncernledelsen fremlagt et forslag, som man har vurderet kan bidrage til en mere hensigtsmæssig organisering på området. Koncernledelsens spareforslag 4.1 indebærer således, at børneafdelingen i Randers lukkes, hvorved den vestlige, den østlige og midterste del af regionen hver vil være dækket af én børneafdeling.

I rammerne for arbejdet med omstillingsplanen ligger det fast, at der skal være fem bæredygtige akuthospitaler i Region Midtjylland. Derfor har koncernledelsen i opstartsfasen af arbejdet med omstillingsplanen drøftet, hvad det kræver at være akuthospital. Et akuthospital skal nemlig ikke nødvendigvis rumme alle specialer. F.eks. er RH Horsens et velfungerende akuthospital uden selvstændig urologisk eller pædiatrisk afdeling. Der er således ikke overvejelser om henholdsvis A- og B-hospitaler.

I arbejdet med spareforslagene er der dog samtidig skelet til kvalitetsfondsmidlerne, hvor der er givet tilsagn fra Erik Juhl-udvalget om midler til udvidelse af RH Viborg og nybyggerierne DNU og DNV Gødstrup. Ligeledes har det været et overordnet fokus i arbejdet med omstillingsplanen, at Region Midtjylland er en region i balance. Disse forhold har givet et naturligt fokus på sammensætningen af specialer mellem hospitalerne i henholdsvis øst, vest og midt, herunder at der netop ligger et potentiale i en 3-strenget struktur med en pædiatrisk afdeling i hver del af regionen. Denne tendens understøttes af Sundhedsstyrelsens specialeplan, hvor der typisk opereres med, at en regionsfunktion højest kan placeres tre steder i en region. Udenfor AUH er der placeret flest regionsfunktioner ved henholdsvis HE Vest og RH Viborg.

Spm. 40: Hvilket beløb opskrives ny dyr medicin og nye behandlinger med i budgetforudsætningerne der ligger til grund for den beskrevne besparelse og reservepulje?

Svar (Administrationen): På regionsrådets møde d. 17. november 2010 behandledes under pkt. 2 ”Kompenserende besparelser i 2011 og fremover som følge af merudgifter på vanskeligt styrbare områder og ændrede forudsætninger for regionens bloktilskud”. I dagsordenspunktet blev det beskrevet, at den strukturelle ubalance inden for ny/dyr medicin og nye behandlinger kan opgøres til i alt -72,7 mio. kr.

Som bilag til punktet var vedlagt ”Notat om merudgifter på vanskeligt styrbare områder”. Det beskrives heri, hvordan den strukturelle ubalance fremkommer, jf. tabellen og følgetekst nedenfor.

”

Mio. kr. i 2011 p/l	2011 - 2014
Afsat i budgetlægningen 2011	113,6
Udmøntning i 2. kvartalsrapport 2010 (inkl. 10 mio. kr. i forventet indtægt vedr. avanceprocent)	-18,6
Omlægning af lungecancerudredningen	-5,5
Tilførsel fra samhandelskontoen som følge af hjemtrækning af onkologi til Århus Sygehus	22,0
Restbudget 2011	111,5
Budgetbehov 2011 - heraf helårseffekt af igangsatte i 2010 - heraf helårseffekt af igangsætning i 2011	184,2 75,5 108,7
Strukturel ubalance	-72,7

På regionsrådets møde den 29. september 2010 blev der i forbindelse med kvartalsrapporten pr. 30. juni 2010 givet en tillægsbevilling til ny dyr medicin på 22,8 mio. kr. (2010 p/l) og på 5,4 mio. kr. (2010 p/l) til nye behandlinger. Desuden forventes en avancerefusion på 10 mio. kr. inden udgangen af 2010. I alt en nettomerudgift på 18,6 mio. kr. (2011 p/l).

På regionsrådets møde den 29. september 2010 blev det i forbindelse med omlægning af lungecancerudredningen besluttet, at driftsudgifterne på årligt 5,5 mio. kr. indarbejdes i den kommende udmøntning af puljen til ny dyr medicin og nye behandlinger.

Der er i skønnet taget hensyn til hjemtrækning af onkologi fra Syddanmark, der medfører udgifter på Århus Sygehus, der finansieres af en tilførsel på 22 mio. kr. fra samhandelskontoen.

Hospitalerne har i forbindelse med indmeldingerne for 3. kvartalsrapport 2010 foretaget en vurdering af de forventede udgifter til nye behandlinger og ny dyr medicin i 2011. Det forventes, at udgifterne i 2011 samlet set vil udgøre ca. 184,2 mio. kr. Heraf vedrører de 75,5 mio. kr. (48,1 mio. kr. ny dyr medicin og 27,4 mio. kr. nye behandlinger) udgifter til nye behandlinger og ny dyr medicin igangsat i 2010, som får fuld effekt i 2011. De resterende 108,7 mio. kr. (61 mio. kr. ny dyr medicin og 47,7 mio. kr. nye behandlinger) vedrører nye behandlinger og ny dyr medicin, som ventes igangsat i 2011."

Som det fremgår af tabellen oven for, er den varige, strukturelle ubalance på -72,7 mio.kr., der blev beskrevet på regionsrådets møde d. 17. november 2010, baseret på et indmeldt udgiftspresfelt på 184,2 mio.kr. sammenholdt med et disponibelt budget på 111,5 mio.kr.

Dækning af denne varige, strukturelle ubalance var en af årsagerne til, at regionsrådet på mødet d. 17. november 2010 besluttede, at der skulle udarbejdes et sparekatalog på 200 mio. kr. i budget 2011 og yderligere 300 mio. kr. i budget 2012 og frem.

Et af omstillingsplanens forslag er, jf. planens afsnit 8.2., at udgifterne til ny/dyr medicin og nye behandlinger kan reduceres med -55 mio.kr. som følge af en særlig kritisk gennemgang af de indmeldte behov.

Budgettet til ny/dyr medicin og nye behandlinger kan dermed – inklusive beslutningen d. 17. november 2010 og forslag 8.2. i omstillingsplanen – opgøres til 111,5 mio.kr. + (72,7 mio.kr. - 55,0 mio.kr. =) 129,2 mio.kr. i budget 2011 og frem.

2. Bente Nielsen – spørgsmål/svar:

Spm. 41: Som opfølgning på spørgsmål 23 til omstillingsplanen om antallet af medicinske senge pr. 1000 indbyggere for det enkelte hospital pr. 1.1.2011, er der anmodet om en opgørelse, hvor hospitalerne i Viborg og Silkeborg er opgjort hver for sig.

Svar (Administrationen): Der er taget udgangspunkt i de samme tal og forudsætninger, som er indeholdt i tabellen i spørgsmål/svar notatet af 21. januar 2011.

Nedenstående tabel viser, med udgangspunkt i omstillingsplanens foreslåede hospitalsenheder, tre kolonner med senge og tre kolonner med antal senge pr. 1000 indbyggere, opgjort efter henholdsvis antal disponible senge i perioden januar-december 2010, hospitalernes egne indmeldinger pr. 1.1.2011, og antallet af senge efter omstillingsplanen.

Det bør fremhæves, at der er en række forhold, som man bør tage hensyn til i en sammenligning af antallet af medicinske senge pr. 1000 indbyggere:

- For det første indeholder hospitalsenhederne forskellige specialer, med forskellige indlæggelsesmønstre og sengebehov.
- For det andet har de medicinske afdelinger forskellig specialiseringsgrad, f.eks. ved at universitetshospitalerne varetager de fleste regions- og højtspecialiserede funktioner. Der er foretaget et skøn over antallet af højtspecialiserede senge (75 senge) på universitetshospitalerne i Århus, som de respektive hospitalsledelser er blevet forelagt. De 75 højtspecialiserede senge fratrækkes derfor i sengeantallet, før beregningen over antal senge pr. 1000 indbyggere foretages for universitetshospitalerne. Begrundelsen er, at de højtspecialiserede senge dækker alle borgerne i Region Midtjylland. Der er formentlig tale om et for lavt skøn. Der henstår en nærmere analyse heraf. Der henvises endvidere til spørgsmål 59. Der ibrugtages pr. 1. januar 2011 nye koder til angivelse af specialiseringsgrad for de enkelte behandlinger, således at det bliver muligt at opgøre aktiviteten på hovedfunktions-, regionsfunktions- og højt specialiseret niveau.
- For det tredje er der taget udgangspunkt i det optageområde, som akuthospitalerne dækker korrigeret for, at universitetshospitalernes medicinske afdelinger pt. basisbetjener skønsmæssigt ca. 1/3 af befolkningen i Favrskov og Skanderborg Kommune.

Hospitalsenhed	Disponible senge jan-dec 2010 (InfoRM)	Hosp. egne indmeldinger pr.1/1-2011	Senge efter omstillings-planen	Optage-område 2010	Senge pr. 1.000 ind-byggere			Bemærkninger
					Disp 2010	pr.1/1-2011	efter omstil-lings-planen	
RH Horsens og Brædstrup	103	95	102	187.862	0,55	0,51	0,54	Tilføres 7 senge i Omstillings-planen
RH Viborg, Skive	134	130	110	141.447	0,94	0,92	0,78	20 senge i Silke-borg er lukket pr. 1.1.2011.
RH Silkeborg	104	87	60	88.481	1,17	0,98	0,68	
Viborg-Silkeborg samlet	237	217	170	229.928	1,03	0,94	0,74	Der reduceres med 47 senge i Omstillings-planen
AUH, Skejby	126	135						
AUH, Århus Sy-gehus	271	283						
AUH, samlet	397	418	378	345.271	0,93	0,99	0,88	Antaget at 75 er højtspecialiserede, reduktion 40 sen-ge i Omstillings-planen
RH Randers, Grenaa	171	169	157	205.309	0,83	0,82	0,76	12 senge i Grenaa lukkes i Omstil-lings-planen
Hospitalsenheden Vest	190	169	151	285.628	0,66	0,59	0,53	Reduktion på 20 senge pr. 1.1.2011 samt 18 senge i Ringkø-bing lukkes i Om-stillings-planen
Sum optage-område RM	1.097	1.068	958	1.253.998	0,87	0,85	0,76	Der lukkes i alt 40 senge pr. 1.1.2011, og net-to 110 i Omstil-lings-planen

3. Poul Müller – spørgsmål/svar:

Spm. 42: Jeg vil gerne bede om en uddybning af svaret til Bente Nielsens spørgsmål nr. 29. Spørgsmålet vedrører hvilke forslag man har ovevejet/beregnet udover de fremlagte forslag. Svaret synes jeg alene forholder sig til processen og ikke konkret til, hvilke forslag man har haft med i overvejelserne, men ikke fremlagt.

Svar (Administrationen): Det er de nedsatte arbejdsgrupper/temagrupper, der har haft ansvaret for udarbejdelse af konkrete forslag til besparelser. Hver temagruppe har haft et opgavekommissorium.

De enkelte temagrupper har analyseret forskellige muligheder for besparelser. Temagruppernes forskellige overvejelser har været drøftet på 3 arbejdsseminarer for koncernledelsen i november til januar. På baggrund af disse drøftelser er der herefter truffet nogle valg af hvilke konkrete modeller, som skal gennemarbejdes, og indgå i Omstillingsplanen.

Det er korrekt, at der i denne proces er ændret på indholdet af konkrete forslag. F.eks. arbejdede temagruppen omkring pædiatrien indtil slutningen af december ud fra et forslag om to pædiatriske afdelinger. Dette blev ændret til 3 pædiatriske afdelinger, fordi direktionen så muligheden for at lave tre stærke zoner i Vest, Midt og Øst. Der er også regnet på besparelserne ved at have 4 fødeafdelinger og ikke 5 afdelinger. Der er findes imidlertid ikke gennemarbejdet materiale for disse overvejelser.

Administrationen har ikke overblik over alle de muligheder, som temagrupperne har overvejet, og som i ufærdigt form er blevet præsenteret på de 3 arbejdsseminarer for koncernledelsen. De enkelte formænd for temagrupperne kan nærmere beskrive gruppens overvejelser om andre sparemuligheder.

Spm. 43: Jeg vil gerne have oplysninger om egentlig hæmatologisk aktivitet fordelt på regionens hospitaler. Altså data vedr. vel – uden at jeg kan afgrænse det/definere det præcist, data vedrørende patienter og DRG-værdi på vel først og fremmest hæmatologisk cancerbehandling.

Svar (Administrationen): I forbindelse med udarbejdelse af Administrationens forslag til besparelsesforslag er der for hæmatologiens vedkommende taget udgangspunkt i nedenstående opgørelse over aktiviteten opgjort i antal patienter og DRG-værdi (mio. kr. 2009) fordelt på ambulante besøg og stationær behandling og på hospitaler. Opgørelsen er baseret på hospitalernes registrerede aktionsdiagnoser.

	Ambulante besøg		Stationær behandling		Total Sum af
	Antal	Sum af DRG	Antal	Sum af DRG	DRG
Regionshospitalet Grenaa	52	65.260	88	1.503.590	1.568.850
Regionshospitalet Herning	159	213.989	195	4.031.696	4.245.685
Regionshospitalet Holstebro	5.626	30.589.293	341	8.605.535	39.194.828
Regionshospitalet Horsens	1.144	1.377.553	126	3.398.570	4.776.123
Regionshospitalet Randers	1.675	5.472.503	288	6.414.308	11.886.811
Regionshospitalet Ringkø-bing	30	32.389	89	1.569.523	1.601.912
Samsø Sygehus, Samsø	139	164.433	9	291.630	456.063
Regionshospitalet Silkeborg	1.043	2.802.145	356	7.031.664	9.833.809
Århus Universitetshospital Skejby	269	310.460	42	1.655.501	1.965.961
Regionshospitalet Viborg	6.569	17.579.365	525	11.926.446	29.505.811
Århus Sygehus, Tage Han-sens Gade	19.907	83.539.719	2.094	84.635.132	168.174.851
Århus Sygehus	2.739	8.428.287	266	5.888.592	14.316.879
Hovedtotal	39.352	150.575.396	4.419	136.952.187	287.527.583

De hæmatologiske patienter har dels ondartede hæmatologiske sygdomme, f.eks. leukæmi, og dels godartede hæmatologiske sygdomme, f.eks. blodmangel. Der indgår også palliative patienter. Hæmatologien omfatter akut og elektiv diagnostik og behandling på hovedfunktions- regionsfunktions- og højt specialiseret niveau. Der vil uden for Hæmatologisk Afdeling, AUH Århus Sygehus og de hæmatologiske afsnit i Viborg og Holstebro være en del aktivitet registreret som hæmatologi. Det vil næsten udelukkende være godartede hæmatologiske sygdomme, jævnfør at der på alle medicinske og kirurgiske afdelinger er patienter med blodmangel eller blødninger, der ofte registreres som en hæmatologisk aktionsdiagnose.

Spm. 44: Det er blevet oplyst flere gange allerede nu under dagens budgetkonference, at flere forslag ikke giver den anslåede besparelse, hvilket medfører at de behandlende hospitaler skal finde kompenserende besparelser. Jeg beder nu skriftlig om, at få svar på hvilken konkret besparelse de enkelte forslag vil give, da det er en vigtig forudsætning for at kunne lave en ordentligt funderet politisk beslutning. Herunder bedes begrundet, hvordan beløb for forslag, som også var med i budgettilpasningen i juni 2010, er ændret til væsentligt større beløb.

Svar (Administrationen): Der henvises til Bilag A "Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen - 75/25-reglen" til besvarelse af forudsætningerne bag beregningen af sparepotentialet.
I bilag B " Forskel på de beregnede sparepotentialer på det nuværende forslag om at lukke for fødsler i Silkeborg og Holstebro og spareforslaget fra foråret 2010" og i besvarelsen til spørgsmål 19 er der redegjort for ændringer i forslagene, som også var med i budgettilpasningen i juni.

4. Susanne Buch Nielsen – spørgsmål/svar:

Samling af hæmatologien i Viborg
Spm. 45: Hvor mange overlæger, speciallæger og uddannelseslæger er tilknyttet det hæmatologiske område i dels Vest og dels Viborg?

Svar (Administrationen): Den hæmatologiske funktion er en del af den medicinske afdeling i såvel Holstebro som Viborg. En del uddannelseslæger vil have funktion på tværs af de forskellige områder på den medicinske afdeling og er ikke knyttet til et bestemt medicinsk speciale/en bestemt medicinsk funktion. Nedenstående vedrører derfor kun de læger, der er direkte knyttet til hæmatologi.

Medicinsk afdeling, Viborg: 1 specialeansvarlig overlæge og yderligere 2 overlæger samt 2 læger i hoveduddannelsesstilling (1. reservelæge).

Medicinsk afdeling, Holstebro: 1 specialeansvarlig overlæge og yderligere 3 overlæger samt 1 afdelingslæge samt 1 læge i hoveduddannelsesstilling (1. reservelæge). Den anden uddannelsesstilling er vakant.

Spm. 46: Hvordan er aktiviteten på årsplan i hæmatologisk ambulatorium de to steder (aktivitet i 'ren' hæmatologi og ikke onkologi generelt)?

Svar (Administrationen): Der henvises til svaret og tabellen i spørgsmål 43.

Spm. 47: Hvad er DRG værdien dels i Viborg dels i Vest?

Svar (Administrationen): Der henvises til svaret og tabellen i spørgsmål 43.

Spm. 48: Der står i materialet at der periodevis er rekrutteringsvanskeligheder til dels speciallægestillinger dels uddannelsesstillinger; hvordan og hvilken dokumentation er der for det i Vest og Viborg?

Svar (Administrationen): Der har ikke været rekrutteringsproblemer til hoveduddannelsesstillinger i Intern medicin: hæmatologi i Viborg, mens en af de to hoveduddannelsesstillinger i Holstebro har været ubesat fra 2010 og vil være ubesat frem til 2013 på grund af to ubesatte forløb.

Det hæmatologiske specialeråd har oplyst, at der generelt er få eller ingen ansøgere, når der er opslag af speciallægestillinger (særligt afdelingslægestillinger) i regionen. Der er i øjeblikket ikke ubesatte speciallægestillinger på de to afdelinger i Viborg og Holstebro.

Samling af fødsler
Spm. 49: Hvor mange penge vil man spare ved at sammenlægge fødslerne i Herning?

Svar (Administrationen): I det fremlagte spareforslag er der medtaget en kompensation for den interne sparerunde, som Hospitalsenheden Vest har gennemført i 2010/2011. Med 75/25-regnereglen giver det følgende besparelse:

Aktivitet, fødeafdeling, RH Holstebro i 2009	37,6 mio. kr.	
Bruttobesparelse, fødeafdeling, RH Holstebro		- 28,2 mio. kr.
Afregning, modtagende enhed, RH Herning		9,4 mio. kr.
Intern sparerunde, HE Vest		4,5 mio. kr.
Nettobesparelse		- 14,3 mio. kr.

En flytning af fødslerne fra RH Holstebro til RH Herning er ud fra ovenstående anslået at bidrage med en nettobesparelse på 14,3 mio. kr.

Spm. 50: Tidligere har vi drøftet problemer med plads i Herning - hvad tænker man om det nu knapt 4 måneder senere?

Svar (Administrationen): Det er korrekt, at de nuværende fødsler fra Holstebro ikke uden videre kan indpasses på RH Herning. RH Herning meddelte i foråret 2010, at det ikke kræver nyanlæg, men tilpasning af de eksisterende fysiske rammer for at kunne varetage de ca. 1000 fødsler fra RH Holstebro. I spareforslaget 4.1 er der anslået 4-5 mio. kr. i anlægsomkostningerne til en udbygning af kapaciteten til ca. 3000 fødsler på RH Herning.

5. Michael Thomsen – spørgsmål/svar:

Mikrobiologi
Spm. 51: Holder det vand med besparelsen på 3,5 mio. kr. som Viborg og Vest har fremsat? Hvad vil den samlede besparelse være i forhold til forslaget om at samle det hele i Skejby, når det modregnes mindre transport fra Viborg/Herning til Skejby?

Svar (Administrationen): Administrationen kender ikke de nøjagtige forudsætninger for de økonomiske beregninger, som ligger til grund for forslaget fra de klinisk mikrobiologiske afdelinger i HE Vest (og RH Viborg). Men de indeholder langt hen af vejen mange af de samme overvejelser, som gør sig gældende i koncernledelsens forslag om at samle mikrobiologien et sted.

Forskellen ligger i antallet af ledelser og vagt i weekenderne, samt at stordriftsfordelene i samkøringen af analyser bliver mindre i det alternative forslag fra afdelingerne i Vest og Viborg.

Det er i omstillingsforslaget fra Koncernledelsen forudsat, at det arbejde som følger "Udredning af den interne transport i Region Midtjylland", som blev færdig i september 2010, sikrer transportbehovet dækket uden tilførsel af yderligere ressourcer. Der er således ikke ekstra udgifter til transport, som skal modregnes.

Omstillingsforslaget fra koncernledelsen giver således en nettobesparelse på 7,8 mio. kr. fra 2012 mod afdelingernes forslag på 3,5 mio. kr.

Spm. 52: Hvad er den akutte kørsel med taxi uden for vagten fra Viborg/Herning til Skejby i dag? Hvad vil den blive hvis vagten udvides til 07-21?

Svar (Administrationen): Det er meget svært svare helt præcist på dette spørgsmål, da der ikke registreres data for, hvordan og præcist på hvilket klokkeslæt prøverne ankommer til Skejby fra de øvrige hospitaler.

Der er lavet et estimat over antallet af taxa-transporter fra hospitalerne i Viborg, Herning og Holstebro, i de 2/3 af døgnet, hvor mikrobiologien varetages af afdelingen i Skejby, ved at se på antallet af akutte prøvekategorier modtaget fra disse hospitaler.

I 2010 var der i alt 33 prøver af denne type. Det samlede antal taxakørsler i vagttiden fra disse tre hospitaler estimeres derfor til maksimalt 30-35 pr. år.

Da der lige efter udtagning af akut prøvemateriale under alle omstændigheder skal opstartes en bredt dækkende antibiotisk behandling, er få timers prøve-transporttid af haste-prøver til mikrobiologisk afdeling ikke afgørende for patientbehandlingen. I dagtiden vil denne transport af haste-prøver altovervejende kunne foregå med de almindelige planlagte kørsler, og der vil kun meget sjældent være behov for specialtransport med taxa.

Da der to gange dagligt skal køre planlagte transporter, skønnes det, at der i forhold til ovenstående antal kørsler på 30-35 årligt kun vil blive brug for ekstra taxatransport i dagtiden fra hospitalerne i Viborg, Herning og Holstebro ganske få gange om året.

For mikrobiologiske prøver ligger det ”akutte” primært i, at prøven skal behandles, mikroskoperes og svares til afdelingen indenfor samme dag. Prøverne skal mærkes ”haste”, så de prioriteres foran andre prøver i laboratoriet.

Spm. 53: Hvad vil besparelsen være hvis mikrobiologien er én enhed administrativt, men på 3 matrikler (Skejby/Herning/Viborg)? Eller på 2 matrikler? Ved denne løsning kan det komme på tale med ny teknologi. Kan det hele samles på én matrikel når teknologien er tilgængelig?

Svar (Administrationen): Der vil være en meget begrænset besparelse ved at samle mikrobiologien til én enhed med tre (eller to) laboratorier. Der skal være en form for lokal ledelse, og besparelsen ved at ”transformere” ledende overlæge og ledende bioanalytiker til ansvarlig overlæge og bioanalytiker ligger på omkring 0,3 mio. kr. og yderligere ca. 0,2 mio. kr. ved at lade disse afdelingsansvarlige indgå i produktionen (hvilket de vil få tid til – i et vist omfang – når nogle af de administrative opgaver samles).

Ved en administrativ enhed og tre matrikler vil der kunne spares ca. 1 mio. kr.

Ved en administrativ enhed og to matrikler, vil der kunne spares – med de forudsætninger som ligges til grund i det alternative forslag fra afdelingerne i Vest og Viborg – ca. 4,0 mio. kr.

Der er tale om meget usikre bud, som bygger på generelle antagelser. Der er således behov for en nærmere udredning, inden et endelig bud på besparelsespotentialet kan ligges fast.

I forhold til automatiseringen kan det oplyses, at der i de mikrobiologiske laboratorier findes flere forskellige funktioner, der er ved at blive automatiseret. Det apparatur, der i de danske mikrobiologiske afdelinger bruges til identifikation (artsbestemmelse) af bakterier, har en kapacitet, der væsentligt overstiger de største afdelingers behov.

Til analyse af for eksempel kønssygdommen chlamydia (prøver der fylder kvantitativt meget i afdelingerne) har Klinisk Mikrobiologisk afdeling, Skejby automatiseret apparatur med en prøvekapacitet, der er mere end det dobbelte af Region Midtjyllands samlede behov.

Det første element i automatiseringen af den traditionelle mikrobiologiske dyrkning er en robot til udsåning af dyrkningsprøver. Sådanne robotter findes i flere udgaver fra flere fabrikanter. Kapaciteten af de tre mest anvendte, ligger på mellem 120.000 og 400.000 prøver pr. år ved normal drift i dagarbejdstiden 6 dage om ugen.

Udstyr til automatisering af den traditionelle mikrobiologiske dyrkning er ved at blive installeret på Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Hvidovre. Ifølge den ledende bioanalytiker er prøvekapaciteten af den installation, de er ved at opsætte, 460.000 prøver/år. Mindste udgave af dette system skulle have en prøvekapacitet på ca. 230.000 prøver pr. år ved drift indenfor normal arbejdstid.

Kapacitetsbehovet afhænger af, hvor mange prøvetyper robotterne kan håndtere. Ifølge en opgørelse for 2008 ligger kapacitetsbehovet i Region Midtjylland samlet på mellem 150.000 til 220.000 prøver pr. år (KMA, Herning: 33.000-45.000; KMA, Viborg: 37.000-49.000; KMA, Skejby: 87.000-130.000).

En optimal udnyttelse af teknologien fordrer således meget store analysemængder – meget store afdelinger.

6. Mette Rohde Terp – spørgsmål/svar:

Spm. 54: Vedr. sparekatalogets forslag nr. 4.5.5 har jeg brug for, at få en mere præcis beregning på, hvor stor den formodede besparelse vil være ved opsigelse af §2-aftale om centrifugering af blodprøver.

Det fremgår, at udgiften p.t. er 26 mio. kr. Heraf regner man med at skulle kompensere hospitalerne med 50%, som skal gå til at fragte blodprøver fra praksis til laboratorium, idet blodprøverne nu ikke længere kan holde sig ret længe. Vi har dermed i første omgang en nettobesparelse på 13 mio. kr.

Videre i forslaget er anført: "Der kan blive opgaver til de klinisk biokemiske afdelinger".

Jeg vil derfor gerne have en beskrivelse af hvilke opgaver, der tænkes på, hvor store personalemæssige og tekniske ressourcer, der skal bruges herpå, og hvad merudgiften for regionens klinisk biokemiske afdelinger således vil være, hvis nævnte §2-aftale opsiges.

Svar (Administrationen): Nettobesparelsen ved forslaget er 13 mio. kr. fra 2012.

Der er i forslaget tale om beregninger, som tidligere er fortaget i en sondring af mulighederne for opsigelse af aftalen med de praktiserende læger.

Der er lagt op til en stor del af metodefrihed for hospitalerne i forhold til at løse den opgave, de bliver pålagt. De tilføres midler til at løse opgaven, men hvilke opgaver, som kan blive pålagt de biokemiske afdelinger, vil være afhængig af det enkelte hospitals tilgang til opgaveløsningen.

Ved eksempelvis en henteordning skal hospitalerne hente prøverne og gerne to gange om dagen af hensyn til kvalitet. Dette betyder, at der er prøver, som skal analyseres på de biokemiske afdelinger uden for "normal åbningstid", altså i vagttiden hvor personalet dog er til stede alligevel.

Primærprøverør kan ofte anvendes ved henteordning, således at praksis ikke skal overføre prøvemateriale til et andet glas. Dette betyder færre fejlkilder, mindre arbejde og mindre utensilieforbrug i praksis.

Laboratorierne skal til gengæld centrifugere prøverne, når de kommer til laboratorierne. På de fleste laboratorier og for mange af prøverne er centrifugen en automatiseret del af analyseudstyret, hvilket medfører, at prøverne også ofte bliver analyseret i samme arbejdsgang som centrifugeringen.

Der vil med en sådan ordning være begrænsede ekstra arbejdsopgaver til laboratoriet, men opgaver i forbindelse med afhentning.

7. John Thorsø – spørgsmål/svar:

Klinisk Immunologi i Region Midtjylland
Spm. 55: Efter dagens debat foreligger der stadig uklarhed hvordan opgavefordelingen i forbindelse med blodbanksfunktionen skal fordeles ved analysering på transfusionskrævende patienter med irregulære erytrocytantistoffer. Disse analyser og blodkomponentudvælgelse kræver særlig indsigt i forskellige blodtypesystemer og varetages derfor i dag af personale på Klinisk Immunologisk afdelinger. Mener man at denne kompetencekrævende opgave skal overtages af personale på et andet speciale og dermed også ændret speciallægedækning eller skal prøver fra disse patienter sendes til Skejby med længere ventetid til følge. Hvordan sikres kvaliteten og patientsikkerheden ved denne opgaveflytning?

Svar (Administrationen): I det første udkast til specialeplanlægning fra Sundhedsstyrelsen var der på det kliniks immunologiske område lagt op til en langt større centralisering, end det endte op med i den endelig udmelding fra Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning forudsætter stadig en langt mere centralisering, end det tidligere har været tilfældet.

Det gælder således, at nævnte funktioner kun kan udføres på RH Viborg og HE Vest under et formaliseret samarbejde med Klinisk Immunologisk afdeling på AUH, Skejby Sygehus.

Det kan oplyses, at personalet, der nu er ansat i de klinisk immunologiske afdelinger, fortsat vil kunne dække disse opgaver i dagtiden efter en sammenlægning. Samlingen af de klinisk immunologiske afdelinger fordrer ikke at personalet samles, men de skal netop blive decentralt for at udføre immunologiske opgaver lokalt. I specialerådets høringssvar foreslås, at vagten i klinisk biokemisk afdeling bemandes med personale med hhv. biokemisk og immunologisk baggrund.

Videre er det hensigten, at den akutte transfusionsmæssige rådgivning i Viborg og HEV kan dækkes fra lægevagtholdet på klinisk immunologisk afdeling, SKEJBY. Speciallægedækning i vagten er dog ikke etableret endnu i Region Midtjylland.

I forhold til ventetiden på hospitalerne så gælder det, at blodtypeserologiske specialanalyser og selektion af forligelige blodkomponenter til immuniserede patienter kræver særlige kompetencer. Hvis disse ikke er til stede lokalt, må prøverne sendes til Skejby. Det kan medføre ventetid på transfusionsbehandling.

I det tidligere Århus Amt gælder det, at blodprøver fra immuniserede patienter i Randers, Silkeborg og ÅS-THG sendes til Skejby, som også udfører såkaldt "serologiske forlig" på de udvalgte blodkomponenter. I dagtid udføres serologiske forlig på Klinisk Immunologisk Afdelings satellit-afdeling på ÅS-NBG.

Kvaliteten og patientsikkerheden er der stor fokus på, og den skal opretholdes. Det er endnu ikke endeligt afklaret, men i specialerådets høringssvar foreslås, at vagten i klinisk biokemisk afdeling bemandes med personale med henholdsvis biokemisk og immunologisk baggrund, ligesom audiovisuel telekommunikation mellem laboratorierne og lægevagtholdet foreslås som støtte til de decentrale laboratorier.

8. Spørgsmål stillet på Regionsrådets budgetseminar den 25. januar 2011

Spm. 56: Der blev under budgetseminaret bedt om oplysninger om antallet af kørsler med akutlægebiler.

Svar (Administrationen): Antallet af kørsler tager udgangspunkt i faktiske tal for 1/1 – 31/10-2010. Disse tal er omregnet til skønnede årstal.

Døgndækkende:

Akutlægebil Silkeborg	ca. 2200
Akutlægebil Viborg	ca. 3200
Akutlægebil Århus	ca. 5400
Akutlægebil Lemvig	ca. 700
Akutlægebil Herning*	ca. 450
Akutlægebil Holstebro*	ca. 340

** Begge biler er alene bemandet med læge, som i perioder ikke er til rådighed på grund af aktivitet på hospitalet.*

Dagdækkende:

Akutlægebil Randers	ca. 680
Akutlægebil Horsens 1)	268 (2 måneders aktivitet)

1) Startet 1/9. dvs. der er opgjort aktivitet for 2 mdr. (faktiske tal), de faktiske tal for 2 mdr. 2010 er opgjort ovenfor.

Spm. 57: Hvorfor er der en højere besparelse i omstillingsplanen på lukning af sengene i Ringkøbing og Grenaa i forhold til forårets sparerunde, hvor forslagets også blev fremlagt?

Svar (Administrationen): I forårets sparerunde blev der regnet med en genplacering af sengene i Ringkøbing og Grenaa og med afsætning af penge til det. I omstillingsplanen er det en forudsætning at patientbehandlingen kan varetages af Hospitalsenheden Vest og Regionshospitalet Randers uden tilførsel af penge, og dermed uden at sengene åbner et andet sted.

Nedenstående tabeller viser forskellene i sparepotentialet.

Forslag i forårets sparerunde (mio. kr.)	**Ringkøbing**	**Grenaa**
Omkostninger sengeafsnit	-22,7	-10,8
Genplaceringsomkostninger	11,4	4,0
Besparelse	**-11,3**	**-6,8**

Forslag i omstillingsplanen (mio. kr.)	**Ringkøbing**	**Grenaa**
Omkostninger sengeafsnit	-22,7	-10,8
Andel af fælles omkostninger	-2,0	
Budgetforlig 8. september 2010	4,0	-2,0
Budget til Medicinsk ambulatorium	1,5	
Omregning til 2011 p/l	-0,1	-0,1
Besparelse	**-19,3**	**-8,9**

Spm. 58: Der blev under budgetseminaret bedt om en vurdering af det alternative forslag i høringssvar afgivet af LMU, Gynækologisk-obstetrisk afdeling, RH Silkeborg.

Svar (Administrationen): LMU, Gynækologisk obstetrisk afdeling på Regionshospitalet Silkeborg, har i deres høringssvar vedr. koncernledelsens høringsudkast til Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland foreslået en nytænkning af svangreomsorgen i Silkeborg Kommune, hvis fødeafdelingen i Silkeborg lukkes. Forslaget indebærer, at der oprettes 7 lokale kendt jordemoderordninger, der varetager:

- Graviditetskontroller.
- Fødslen på det fødested, parret vælger (som udgangspunkt skal gravide i Silkeborg visiteres til fødsel i Viborg).
- Barsel i Silkeborg, hvis kvinden er førstegangsfødende, har haft en kompliceret fødsel, eller tidligere har haft problemer i barselsperioden.

I forslaget argumenteres for, at denne nytænkning vil bidrage til tryghed for de gravide/fødende, høj patienttilfredshed, og det vil generelt være en "særdeles fordelagtig løsning for patienterne i Silkeborg Kommune, som mister deres lokale fødeafdeling."

Barselsgang på RH Silkeborg
Administration vurderer, at denne del af forslaget umiddelbart vil føre til uhensigtsmæssige patientforløb med tanke på, at der vil være tale om en del transport samtidig med, at der er tale om ofte meget korte patientforløb. Udviklingen på landsplan går tilmed i retning af endnu kortere forløb. Det kan derfor ikke anbefales at arbejde videre med denne del af forslaget om nytænkning af svangreomsorgen.

Udvidelse af tilbuddet om kendt jordemoderordning
Forslaget om en udvidelse af tilbuddet om kendt jordemoderordning rummer interessante elementer, men mulighederne for udvidelsen og økonomien skal undersøges nærmere. Det kan i den forbindelse overvejes, hvorvidt tilbuddet skal tænkes udbredt til at omfatte hele regionen.

Kendt jordemoderordningen sigter mod øget tryghed for de gravide/fødende. Ordningen betyder, at de gravide møder 2 jordemødre i løbet af graviditeten. Alle konsultationer, henvendelser, fødselsforberedelsen, undersøgelser på fødegangen, fødslen og barselsbesøg varetages af en af de to jordemødre. Hver kendt jordemoderordning kan varetage ca. 120 fødsler.

Under forudsætning af at fødestederne i Silkeborg og Holstebro lukkes, kan det løseligt skønnes, at der vil kunne tilbydes dækning af hele regionen med ca. 30-35 ordninger, men dette skal udredes nærmere. Ligeledes vil en opgørelse af økonomien i en udbredelse af kendt jordemoderordning kræve nærmere dialog med de enkelte afdelinger, der skal tilbyde ordningen, idet der hverken er en ens organisering eller normering på fødeafdelingerne. Det kan således ikke afvises, at der skal ske en opnormering af det samlede antal af jordemødre i regionen.

Spm. 59: På budgetseminaret den 25. januar 2011 blev der stillet en række spørgsmål vedr. senge på det medicinske område, herunder beregningsmetode, belægningsprocenter.

Svar (Administrationen): Der henvises også til svar på spm.41.

Administrationen gør opmærksom på, at de belægningstal for de medicinske senge, som blev refereret på budgetseminariet den 25. januar 2011, stemmer overens med tallene i belægningsrapporterne fra InfoRM. Belægningstallene stammer fra notat vedrørende medicinsk oversigt for 2010 til Bente Nielsen fra 11. januar 2011 med kopi til Regionsrådet.

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus har indvendt, at deres belægningsprocent på de medicinske senge er påvirket af, at de indeholder hotelsenge. Der indgår også hotelsenge i opgørelsen af belægningsprocent i andre medicinske afdelinger, hvorfor belægningen på hotelsengene vil blive udredt nærmere.

Der er lavet flere bud på, hvordan antal senge pr 1.000 indbyggere kan beregnes. Det er vanskeligt at foretage præcise sammenligninger af forholdet mellem sengekapacitet og befolkningsgrundlag. Det skyldes blandt andet, at såvel Århus Universitetshospital som andre hospitaler varetager højt specialiserede funktioner og regionsfunktioner for et større befolkningsgrundlag end hospitalernes sædvanlige optageområde.

De inkluderede medicinske afdelinger på Århus Universitetshospital har større kapacitet til højt specialiseret behandling, end det første skøn på 75 senge tilsiger. Således har Århus Universitetshospital vurderet omfanget til omkring 180 senge på baggrund af et skøn for hver enkelt afdeling. En anden analyse viser i størrelsesordenen 95 senge. Beregningerne viser, at der er brug for nærmere undersøgelser.

Analysearbejdet peger på, at der er et grundlag for en reduktion i sengekapaciteten på universitetshospitalet. Og der er en erkendelse af, at der skal tages fat på omstillingen frem mod ibrugtagningen af DNU, hvor dimensioneringen forudsætter færre senge. På kort sigt skal i medfør af omstillingsplanen tilpasses for 30 mio. kr.

Der ibrugtages pr. 1. januar 2011 nye koder til angivelse af specialiseringsgrad for de enkelte behandlinger, således at det bliver muligt at opgøre aktiviteten på hovedfunktions-, regionsfunktions- og højt specialiseret niveau.

På grund af usikkerhed i forhold til afgrænsning mellem specialiseringsniveau og angivelse af hospitalernes optageområder foreslås det, at der udføres en nærmere analyse af sengeforbruget på det medicinske område i løbet af 2011.

Spm. 60: Der blev under budgetseminaret anmodet om et generelt metodenotat om 75/25.

Svar (Administrationen): Der henvises til Bilag A "Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen - 75/25-reglen".

Spm. 61: På budgetseminaret d. 25. januar 2011 stillede medlem af regionsrådet Laila Munk Nielsen et spørgsmål om besparelsen ved en flytning af neurorehabiliteringssengene fra Regionshospitalet Lemvig til Regionshospitalet Skive.

Svar (Administrationen): I den faglige gruppe i koncernledelsen, der har arbejdet med omlægning af senge inden for neurorehabiliteringen, har det været prioriteret, at der uanset valg af model skulle ske en styrkelse af Hammel Neurocenter med 2 senge. Driften af disse 2 senge vil koster 1,8 mio.kr.

Udgifterne ved at drive de 20 neurorehabiliteringssenge på Regionshospitalet Lemvig er opgjort til 24,8 mio.kr. Dette svarer til en gennemsnitlig sengepris på 1,24 mio.kr.

Regionshospitalet Viborg og Skive har oplyst, at det vil være muligt at drive en neurorehabiliteringsseng på Regionshospitalet Skive til en pris på 750 t.kr. pr. år. De 18 senge vil dermed have årlige driftsudgifter på 13,5 mio.kr.

De samlede udgifter ved at drive yderligere 2 senge i Hammel Neurocenter og 18 nye senge på Regionshospitalet Skive kan dermed beregnes til (1,8 mio.kr. + 13,5 mio.kr.) =15,3 mio.kr.

Besparelsespotentialet ved at flytte 2 senge fra Lemvig til Hammel Neurocenter og de resterende 18 senge til Regionshospitalet Skive kan dermed opgøres til (24,8 mio.kr. – 15,3 mio.kr.) = 9,5 mio.kr.

Der blev på budgetseminaret også spurgt til, hvorfor der er forskel på de besparelsespotentialer, der er beregnet ved udarbejdelsen af sparekataloget i foråret 2010 og i omstillingsplanen.

Svaret herpå er, at der ved budgetforliget, der blev vedtaget d. 8. september 2010, blev vedtaget besparelser på hhv. 14 mio.kr. på neurorehabiliteringen i Regionshospitalet Skive og 6 mio.kr. på neurorehabiliteringen i Regionshospitalet Lemvig.

Disse budgetreduktioner var ikke inkluderet i forårets spareforslag, men har skullet tælles med i de besparelsesforslag, der har været fremlagt i forbindelse med arbejdet med omstillingsplanen.

Spm. 62: På budgetseminariet blev laboratorieudredningen omtalt, og der blev efterspurgt en status.

Svar (Administrationen): På den baggrund kan følgende oplyses om laboratorieudredningen:

Laboratorieudredningen består af to dele. Udredning af de enkelte specialer og den overordnede Laboratorieudredning 2010.

Udredningerne af de enkelte specialer blev varetaget af sundhedsfagligt personale fra afdelingsledelserne inden for de enkelte specialer.

Den overordnede laboratorieudredning er en sammenskrivning af de specialespecifikke udredninger, samt en perspektivering over strukturovervejelser og perspektiver for laboratorieområdet i Region Midtjylland.

I eftersommeren 2010 har udredningen været til høring i først i de administrative instanser Klinik forum og Leder forum for Økonomi internt i Region Midtjylland. Efterfølgende i høring hos de arbejdsgrupper, som har bidraget med de specialespecifikke udredninger.

Høringsmaterialet fra arbejdsgrupperne er endnu ikke indarbejdet i udredningen. Dette arbejde afventer – indtil videre – omstillingsplanen, da denne kan ændre en række forudsætninger for udredningen.

<u>Anbefalingerne som de ligger nu</u>
De væsentligste anbefalinger i laboratorieudredningen er, at der nedsættes arbejdsgrupper, som skal forholde sig til identificerede udfordringer inden for laboratorieområdet.

Der er – i overskrifter – identificeret udfordringer inden for:

- IT
- Transport/logistik/forsendelsesmateriale
- Personalerekruttering
- Økonomi

- ❖ Øvrige anbefalinger

Afslutning

Det er planlagt, at udredningen forelægges for Regionsrådet med anbefalinger til det videre arbejde med at sikre optimal drift og organisering af Laboratoriespecialerne. Udredningen vil inden da blive gennemskrevet på baggrund af høringssvarene og omstillingsplanen.

Som bilag C er vedlagt perspektiveringen af Hospitalsdirektør Per Askholm Madsen om strukturovervejelser og perspektiver for laboratorieområdet i Region Midtjylland (den udgør kapitel 7 i udredningen).

Bilag A - Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen - 75/25-reglen

Dette notat omhandler 75/25-reglen, som er anvendt i forbindelse med beregningerne af besparelserne i omstillingsplanen. Dette notat skal således ses i sammenhæng med bilag 2.5 i omstillingsplanen.

Det er en betydelig del af omstillingen til fremtidens sundhedsvæsen, at der foretages en samling af aktiviteten på færre matrikler.

På en lang række områder er anvendt en relativt simpel beregningsmodel kaldet 75/25-reglen. Metoden er, at når en funktion flyttes fra et regionshospital til et andet, så afleverer det afgivende hospital økonomi svarende til 75 % af aktivitetsværdien.

Det modtagende hospital modtager 25 % af aktivitetsværdien. Den samlede besparelse ved flytningen er således beregnet til 50 % af aktivitetsværdien.

Der vil være en række af temaerne i omstillingsplanen, hvor den anførte model ikke er velegnet. Det gælder de områder, hvor DRG-systemet ikke beskriver aktivitetsomfanget. På disse områder vil besparelserne tage udgangspunkt i driftsudgifterne for de pågældende funktioner og enheder.

Endvidere kan det i enkelte tilfælde være nødvendigt at angive besparelsen opgjort ved andre metoder. Dette er der redegjort for i omstillingsplanens bilag 2.5.

Problemstillinger vedrørende 75/25-reglen
Den anvendte 75/25-regneregel er ikke uden problemer. Reglens anvendelse kan medføre afledte besparelser både for det afgivende og det modtagende hospital.

De afledte besparelser skal i denne sammenhæng forstås på den måde, at der er en risiko for, at det modtagende hospital ikke får tilført tilstrækkeligt på økonomisiden, til at den modtagende funktion umiddelbart kan opretholdes.

Der er således behov for omstilling på det modtagende hospital. Denne omstilling kan foretages og iværksættes på flere forskellige måder og kombinationer af disse:

- Det kan være snævert i den funktion/afdeling, som flyttes, at der rationaliseres og omstilles. Det kan være en omlægning til ambulant behandling af en del af de patienter som flyttes, og at der kan spares et vagtlag i forhold til de indlagte patienter.
- Det kan være i kliniske serviceafdelinger, at omstillingen foretages, som muliggør at patientforløb optimeres. Det kan eksempelvis være billeddiagnostisk afdeling, som kan ændre på arbejdsgange eller lignende således, at patientforløbet i afdelingen bliver kortere.
- Det kan være inden for hele den nye samlede funktion/afdeling, at omstillingen finder sted. Den nye afdeling har en større volumen, som kan muliggøre stordriftsfordele, og ændringer i arbejdsgange, som igen kan føre til optimering af patientforløb.
- Det kan være på andre afdelinger, end de afdelinger som er involveret i flytningen af en funktion. Det er en hospitalsledelses opgave, at sikre et tilstrækkeligt budgetgrund-

lag for alle afdelinger og udjævne evt. særlige pressede områder ved at lave intern omfordeling af budgettet.

Det er en opgave for hospitalsledelserne, at få disse mulige konsekvenser håndteret, så budgetbalancen sikres.

Der er en tilsvarende problemstilling for det hospital, som afgiver en funktion/afdeling. Her kan metoden overvurdere besparelsespotentialet. Det er dog vurderet, at denne problemstilling ikke er gældende i samme omfang, som for de modtagende enheder. Derfor er der ikke synliggjort tal for denne problemstilling.

Omstillingsplanen er således en omstillingsplan på flere niveauer – dels foreslås en omstilling i forhold til hvilke funktioner de enkelte regionshospitaler varetager, dels en omstilling internt på de enkelte regionshospitaler i forhold til patientforløbene.

I nogle tilfælde vil opgaven være knap så stor som i andre, men for alle hospitalerne vil der være en opgave, som skal løses. Det har hospitalsledelserne udtrykt sig parat til.

Opgørelse af de "Anslåede mulige afledte besparelser for de modtagende hospitaler"
I bilag 2.5 er opgjort de "Anslåede mulige afledte besparelser for de modtagende hospitaler". De er opgjort som forskellen mellem 25 % og 50 % af den samlede aktivitetsværdi for den funktion/afdeling som flyttes, og hvor 75/25-beregningsmodellen er anvendt.

Det samlede niveau er opgjort til 169,8 mio. kr.

Som det er beskrevet ovenfor, så vil besparelserne kunne håndteres på forskellig vis.
Det er ikke umiddelbart muligt at opgøre de afledte konsekvenser for omstillingsprojekterne.
Det vil kræve en meget præcis gennemgang af alle hospitalerne i regionen i forhold til økonomi, aktivitet, personale, vakancer, vagtplanlægning mv.

Pulje til imødegåelse af problemstillingerne
Der er afsat en pulje på godt 28,1 mio. kr. i 2011 og 36,1 i 2012 og frem til at imødegå de største uretfærdigheder ved beregningsmodellen og omstillingsplanen i almindelighed.

Tillæg - beskrivelse af 75/25-modellen
Der er behov for en model som beskriver regnereglerne for disse flytninger af aktivitet. En sådan model beskrives i det følgende.

A. Aktivitetsværdien for den samlede aktivitet opgøres ved DRG-takster. Her skal den aktivitet som er omfattet af ændringen/flytningen afgrænses.
B. Modellen forudsætter, at de indirekte udgifter (f.eks. administration, teknisk afdeling og el, vand og varme) ikke kan spares på den afgivende enhed. De indirekte udgifter forudsættes at udgøre 25 % af beløbet i pkt. A.
C. Modellen forudsætter derfor, at den afgivende enhed kan spare 75 % af aktivitetsværdien opgjort under pkt. A. Dette reguleres i budgettet. På aktivitetssiden flyttes 100 % af DRG-værdien.

D. Modellen forudsætter at den modtagne enhed på budgetsiden modtager 25 % af aktivitetsværdien opgjort under pkt. A. På aktivitetssiden modtages 100 % af aktivitetsværdien.
E. I det omfang, at en betydelig del af driftsudgifterne til den aktivitet som ændres/flyttes udgøres af særligt dyre præparater eller implantater, så flyttes disse midler direkte fra den afgivende enhed til den modtagne enhed. Aktivitetsværdien i pkt. A reduceres med dette beløb inden pkt. B, C og D beregnes.

Det er en forudsætning, at Region Midtjylland har samme aktivitetsniveau før og efter omstillingen til fremtidens sundhedsvæsen. Aktivitetsniveauet vil dog blive korrigeret for omlægninger fra stationær til ambulant behandling samt andre ændringer, der kan godkendes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Modellen, som er beskrevet ovenfor i pkt. A-E, benævnes 75/25-modellen. Det er en teknisk beregningsmodel, som i et vist omfang efterlader primært det modtagende hospital med en afledt besparelse.

Dette begrundes med følgende:

- For det modtagne hospital er det ikke i alle sammenhænge realistisk, at funktionen/afdelingen kan overtages til en økonomi svarende til 25% af aktivitetsværdien. Det betyder, at det modtagne hospital skal realisere besparelser indenfor eget budget på andre områder, for at kunne udføre den funktion/afdeling, som modtages.
- For det afgivende hospital kan besparelsen på 75% af aktivitetsværdien i nogle situationer være mere end driftsbudgettet for den pågældende funktion/afdeling. Det betyder, at det afgivende hospital skal realisere en besparelse i hospitalets budget på andre områder, end det berørte, for at kunne aflevere 75 % af aktivitetsværdien for den funktion, som berøres af forslaget.

For at synliggøre de udfordringer som det modtagne hospital står overfor ift. den afledte besparelse, så beregnes en afledt besparelse, som forskellen på 50 % af aktivitetsværdien og 25 % af aktivitetsværdien for det modtagne hospital.

Baggrunden for denne betragtning er, at der sædvanligvis flyttes 50 % af aktivitetsværdien, hvilket også gælder ift. aktivitetsstyringsmodellen.

I forhold til det afgivende hospital, synliggøres der ikke en afledt besparelse. Dette begrundes med, at en række eksempler viser, at de 75% af DRG-værdien er nogenlunde på niveau med driftsudgifterne til funktionen/afdelingen.

På nogle områder, hvor der er markant forskel, er dette forsøgt håndteret på anden vis.

Betragtningerne ovenfor er udtryk for gennemsnitsbetragtninger, hvilket betyder, at der er spareforslag hvor %-satserne ikke vil være gældende, men alene forudsættes gyldige som en gennemsnitsbetragtning.

Der gives i det følgende to eksempler på beregningsmetoden A-E.

Eksempel I:

Der flyttes en aktivitet på 10 mio. kr. fra enhed A til B.

A: 10 mio. kr.	Samlet aktivitets omfang
B: 2,5 mio. kr.	Forudsættes at være udgifter som ikke kan spares på enhed A
C: 7,5 mio. kr.	Der spares dermed 7,5 mio. kr. på enhed A.
D: 2,5 mio. kr.	Der tilføres 2,5 mio. kr. til enhed B.

Besparelsen udgør 5 mio. kr. (svarende til 50 % af de 10 mio. kr.)

Den afledte besparelse beregnes til 2½ mio. kr. for enhed B.

Eksempel II:

Der flyttes en aktivitet på 10 mio. kr. fra enhed A til B. Heraf udgør særlig dyr medicin 4 mio. kr.

A: 6 mio. kr.	Samlet aktivitets omfang fratrukket medicinudgiften.
B: 1,5 mio. kr.	Forudsættes at være udgifter som ikke kan spares på enhed A (25 % af 6 mio. kr.)
C: 8,5 mio. kr.	Der spares dermed 8,5 mio. kr. på enhed A (75 % af 6 mio. + 4 mio. kr.)
D: 5,5 mio. kr.	Der tilføres 5,5 mio. kr. til enhed B. (25 % af 6 mio. + 4 mio. kr.)

Besparelsen udgør 3 mio. kr. (svarende til 50 % af de 6 mio. kr.)

Den afledte besparelse beregnes til 1½ mio. kr. for enhed B.

Bilag B - Forskel på de beregnede sparepotentialer på det nuværende forslag om at lukke for fødsler i Silkeborg og Holstebro og spareforslaget fra foråret 2010

I spareforslaget fra foråret 2010 om at lukke for fødsler i Silkeborg og Holstebro blev der taget udgangspunkt i, at hospitalet skulle aflevere afdelingsbudget + skønnet overhead. Modtagende hospitaler blev herefter afregnet med 50 % af DRG-værdien, der blev produceret på de afgivende afdelinger, og restbeløbet ville være den fælles strukturelle besparelse. Besparelserne blev opgjort således:

Tabel 2. Opgørelse af nettobesparelse, RH Silkeborg, p.a, mio. kr.

Emne/aktivitet	
Lukning af gyn/obs afdeling	55,935
50% DRG overføres til modtagende enheder	-36,284
Nettobesparelse	**19,651**

Tabel 3. Opgørelse af nettobesparelse, HEV,p.a., mio. kr.

Emne/aktivitet	
Lukning af fødeafdeling, RH Holstebro	26,985
50% DRG overføres til modtagende enhed	-18,238
Samlet besparelse	**8,747**
Allerede indarbejdet besparelse*	-3,500
Nettobesparelse	**5,247**

*Det skal oplyses, at Hospitalsenheden Vest som konsekvens af beslutningen om at flytte komplicerede fødsler fra RH Holstebro til RH Herning som led i akutforliget allerede har indregnet en besparelse på 3,5 mio. kr. i hospitalets handlingsplan for budgetbalance. Dette beløb skal således fratrækkes besparelsen på 8,747 mio. kr., hvorefter nettobesparelsen udgør 5,247 mio. kr. Der henvises til Regionsrådets beslutning på mødet den 24.02.10, pkt. 21.

Det vurderes, at der vil være afledte anlægsudgifter forbundet med dette forslag svarende til 5-10 mio. kr. på RH Herning.

Tabel 4. Samlet opgørelse af nettobesparelse,p.a., mio. kr.

Emne/aktivitet	
Lukning af gyn/obs afdeling, RH Silkeborg	19,651
Lukning af fødeafdeling, RH Holstebro*	5,247
Samlet besparelse	**24,898**

* Besparelsen er reelt 8,747 mio. kr., men som førnævnt har HEV indregnet en besparelse på 3,5 mio. kr. i sin handleplan for budgetbalance.

I spareforslagene er der denne gang taget udgangspunkt i opdaterede tal for den samlede aktivitet på de berørte afdelinger, og der er anvendt den omtalte 75/25-regneregel med udgangspunkt i aktiviteten i 2009. Den var for pågældende afdelinger på:

- Fødeafdelingen, RH Holstebro 37,6 mio. kr.
- Gynækologisk/obstetrisk afdeling, RH Silkeborg 67,7 mio. kr.

For Silkeborgs vedkommende er der herefter korrigeret for, at der allerede er flyttet fødsler fra Skanderborg Kommune til RH Horsens. Ligeledes er der taget højde for en intern besparelse på HE Vest. Det giver følgende besparelser for henholdsvis lukning af fødsler i Holstebro og Silkeborg:

	2011	2012	Varigt
Bruttobesparelse, 75 % af aktivitet, fødeafdeling, RH Holstebro	- 11,3	- 28,2	- 28,2
Afregning modtagende enhed, fødsler fra Holstebro	3,8	9,4	9,4
Intern sparerunde, HE Vest	4,5	4,5	2,6
Nettobesparelse, lukning af fødsler Holstebro	**- 3,0**	**- 14,3**	**- 14,3**

	2011	2012	Varigt
Bruttobesparelse, 75 % af aktivitet, Gyn/obs, RH Silkeborg	- 20,3	- 50,8	- 50,8
Afregning modtagende enhed, fødsler fra Silkeborg	6	17,5	17,5
Nettobesparelse, lukning af gyn/obs RH Silkeborg	**-14,3**	**-33,3**	**-33,3**

I spareforslag 4.1 ligger også et forslag om opjustering af den neonatale transport- og assistanceordning til en udgift på 2,6 mio. kr. Nettobeparelserne for de to spareforslag er opgjort herunder:

	Spareforslag, forår 2010	Spareforslag, januar 2011
Lukning af gyn/obs, RH Silkeborg	- 19,7	- 33,3
Lukning af fødeafdeling, RH Holstebro	- 5,2	- 14,3
Opjustering neonatal transport- og assistanceordning		2,6
Samlet besparelse	**- 24,9**	**- 45,0**

Ud fra ovenstående kan det sammenfattes, at opdaterede aktivitetstal og anvendelsen af 75/25 regnereglen giver en forskel på den beregnede nettobesparelse på ca. 20 mio. kr.

Bilag C - Perspektiveringen af Hospitalsdirektør Per Askholm Madsen om strukturovervejelser og perspektiver for laboratorieområdet i Region Midtjylland (den udgør kapitel 7 i udredningen).

7. Strukturovervejelser og perspektiver

Arbejdsgrupperne bag de specialespecifikke udredninger fik i deres opdrag at vide, at det var tilladt at behandle de "ømtålige" udfordringer, at udfordre det nuværende planmateriale og afklare om specialet var kommet fra "business as usual" til en fremtidssikker organisering.

De fik ligeledes at vide, at såfremt de stødte på udfordringer, hvor de ikke kunne opnå enighed i arbejdsgruppen, så ville mindretalsudtalelser være velkomne.

Det gælder dog, at der er indikationer i udredningerne på, at der er forhold som med rette kan ses efter i sømmene, uden at arbejdsgrupperne er kommet med anbefalinger.

I de specialespecifikke udredninger for klinisk mikrobiologi og patologisk anatomi drøftes den fremtidige organisering af specialerne – uden der dog kommer en entydig anbefaling fra nogen af arbejdsgrupperne.

Selvom den klinisk immunologiske arbejdsgruppe anfører, at der inden for deres specialer er taget hensyn til regionsdannelsen i den nuværende organisering, så vil Sundhedsstyrelsens specialeudmelding – hvis den foreløbige udmelding fastholdes – medføre krav om en omstrukturering af rigtig mange forhold inden for specialet og måske derved også en reorganisering.

Klinisk biokemi er i høj grad bestemt af kravet om tilstedeværelse ved akutmodtagelser, og klinisk genetik er i den her sammenhæng igen lidt for sig selv.

Fælles for specialerne er videre, at personaleressourcerne for særligt speciallæger ikke dækker det ønskede behov. Det kunne – som tidligere nævnt – medføre at der skulle gøres noget for rekrutteringen til specialerne, men det kunne tillige være et forslag at se på antallet af matrikler, hvor specialerne skal være til stede, eller hvordan organiseringen af specialerne skal være, de steder hvor de hører hjemme.

7.1 Økonomisk og faglig bæredygtighed

De enkelte specialer er i udredningen blevet udfordret på at forholde sig til, om den eksisterende struktur og opgaveglidning påfører regionen ekstraomkostninger, der kunne undgås ved at ændre på struktur og arbejdsdeling, og om der var områder, hvor investeringer i ny teknologi var rentable. I kort begreb var opgaven altså at opspore strukturomkostninger og/eller rationaliseringsmuligheder: "Er strukturen økonomisk bæredygtig?"

Som det fremgår af udredningen, er der identificeret en række levn fra forskellig praksis i de enkelte amter, som bør harmoniseres, da de gør livet mere besværligt end nødvendigt. Det drejer sig i hovedsagen om almindelige interne driftsforhold i genren logistik, afregning, etc., hvor udredningen har forsøgt at adressere det rette sted i driftssystemet, der bør håndtere disse problematikker.

Der ligger dog ikke store besparelsesmuligheder i en ændret praksis.

I det følgende er det alene den for udredningen ansvarlige hospitalsdirektørs vurderinger, der lægges til grund, som ingen andre, der har deltaget i laboratorieudredningen har del i eller har haft mulighed for at drøfte. Vurderingerne er dog ikke grebet ud af den blå luft, men hviler på en række præmisser og en virkelighed, der er almindelig enighed om.

Disse kan bedst sammenfattes i besvarelsen af spørgsmålet: "Er den nuværende struktur fagligt bæredygtig?"

Det fremgår af stort set alle specialernes bidrag, at der forudsættes en vis minimumsbemanding af speciallæger for at kunne indfri specialiseringens behov og den nødvendige kritiske masse af viden, der skal være til stede, for at der kan ske den nødvendige faglige udvikling/forskning.
Opgørelsen af forskningsaktiviteten i de forskellige afdelinger understreger dette synspunkt.

Ser man på den aktuelle bemanding af speciallæger, er der allerede i dag et markant underskud ift. de normerede stillinger, og ses på aldersprofilen på de i dag ansatte speciallæger, vil dette problem forstørres og man vil dermed fjerne sig endnu længere fra specialernes egen målsætning for den nødvendige kritiske masse.

Sagt på en anden måde er der ikke speciallæger nok til at bemande de eksisterende afdelinger. Og selv hvis der var nok, ville de på en række områder få for lidt at rive i og dermed fordyre produktionen. Mange afdelingen satser på, at de via udenlandske speciallæger og et øget antal uddannelsespladser vil kunne besætte det stigende antal ledige speciallægestillinger, men selv hvis det lykkes, vil man ikke kunne indfri egne faglige krav.

Der er derfor ingen anden vej at gå end at åbne strukturdiskussionen. Ikke med det formål at spare penge, men for at sikre faglig bæredygtighed. De grundlæggende præmisser for en sådan drøftelse er:

- At man indenfor specialerne immunologi og biokemi, og sandsynligvis mikrobiologi, kan lave velfungerende rutinelaboratorier uden lægelig tilstedeværelse, men betjent via konsulenttjeneste og/eller teleløsninger. Herved undgås forsinkelser som følge af transporttid og den lokale service kan i vid udstrækning bevares
- Endelig bør der kunne realiseres stordriftsfordele i "back office" - altså de ressourcer, der bruges til kvalitetssikring, opsætning af nye analyser, udarbejdelse af instrukser, etc.
- At der vil ske en udvikling af metoder og teknologi, som vil muliggøre en øget automatisering af produktionen, eksempelvis PCR-teknik[1] indenfor større dele af mikrobiologien, og sandsynligvis også patologien

[1] **PCR-teknik**
Forkortelse for Polymerase Chain Reaction. På dansk: Polymerase kædereaktion. En teknik, der anvendes indenfor genteknologien, hvor man i et laboratorium hurtigt kan mangedoble små stykker DNA (cellers arvematerialet) ved en kædereaktion, så DNA-stykket kopieres i flere millioner eksemplarer i løbet af et par timer. Metoden kan bl.a. bruges til at påvise mikroorganismer eller ændringer i generne.

- ❖ At en større samling af funktioner vil blive nødvendig for at få økonomi i investeringer i automatisering i de ikke automatiserede specialer
- ❖ At større omlægninger ikke er muligt på kort sigt pga. begrænsede anlægsmidler, men bør planlægges, så de kan indgå som præmisser i de eksisterende byggeprojekter.

7.2 De enkelte specialer

I det følgende præsenteres der overordnede forslagsskitser til den fremtidige struktur for de enkelte specialer, som skal opfattes som oplæg til den videre strukturdebat.

7.2.1 Klinisk Biokemi

Specialet vil ikke kunne bemandes med 3 overlæger pr. afdeling. I forvejen er der ingen overlæger i Horsens og om kort tid heller ikke i Silkeborg. Specialet er afgørende for hurtig diagnostik og behandling, og bør grundet volumen og hastighed være repræsenteret på alle hospitaler, der modtager akutte patienter. Disse hospitaler tilknyttes med formentlig lægeligt ansvar hhv. ÅUH og Viborg. Den daglige ledelse varetages af ledende bioanalytikere. På de store akuthospitaler kan produktionsapparatet formentlig tilpasses en lille håndfuld standardmaskiner, der med højt volumen og høj hastighed kan servicere klinikernes behov.

For at minimere vagtbelastning for bioanalytikere og minimere transport, vil det være hensigtsmæssigt at akuthospitalerne fortsat varetager praksisanalyserne for området.

7.2.2 Klinisk Immunologi

Specialet er nyligt reorganiseret i regionalt regi i en velfungerende struktur, som yderligere understøttes, når nyt fælles blodbankssystem tages i brug 2010-2011.

Sundhedsstyrelsens specialeplan lægger dog op til en yderligere centralisering. Det foreslås derfor, at den lægelige del af specialet fuldt og helt samles på ÅUH, Skejby, men at donortapning, fraktionering og udlevering fortsat foregår lokalt. At fraktionering skal foregå lokalt skyldes hensyn til transport og arbejdspladser.

Det bør herefter være muligt at nedlægge den immunologiske vagtfunktion på bioanalytikerniveau og lade udleveringen overgå til den lokale klinisk biokemiske afdeling, sandsynligvis suppleret med intelligente blodkøleskabe placeret på særligt blodforbrugende steder, såsom operationsafdelinger.
Det er en kendt sag, at blodforbruget i Danmark er højt sammenlignet med andre lande, og mange bestræbelser med ringe effekt er gjort for at nedbringe det. Det ser nu ud til, at en IT-løsning, der køber en bestilling på blod sammen med patientens seneste måling af blodprocenten med advarsels-advis, kan give en reduktion i blodforbruget på 15-20 %. Selvom langstidseffekt er ukendt, bør dette dog undersøges nærmere.

7.2.3 Klinisk Mikrobiologi

De i dag 3 afdelinger i hhv. Herning, Viborg og Skejby vil næppe kunne bemandes op til de ønskede 18 mikrobiologer og vil i givet fald blive for uproduktiv. Det vil derfor være nærliggende at slå Herning og Viborg sammen, hvorved de vil kunne nå op på et volumen på godt det halve

af Skejbys og opnå en nødvendig kritisk masse. Hvorvidt dette på sigt er tilstrækkeligt volumen til at drage nytte af de dyre automatiseringsforsøg, der gøres indenfor området, kan dog være tvivlsomt.

På den anden side ses en bevægelse, hvor PCR overtager en del af mikrobiologiens hidtidige analyser, der herved bliver kvantificerbare og automatiske, således at store investeringer i klassisk mikrobiologi måske bliver overflødige.

7.2.4 Patologisk Anatomi

Specialet har store rekrutteringsproblemer grundet stigende subspecialisering og kritisk aldersprofil og ledige stillinger, og vil næppe kunne bemande de 4 afdelinger, der eksisterer i dag, og hvis lokalisering er bestemt af, hvor der forefindes mammakirurgi. Da specialet er uløseligt knyttet til kræftbehandling, som samles mere og mere, bør noget tilsvarende ske for patologien i takt hermed, således at det ender med 2 (3) afdelinger.

Grundet det tætte tværfaglige samarbejde bør der eksistere et fagligt fællesskab på samme matrikel mellem patologer, onkologer, kræftkirurger (og hæmatologer). De mest oplagte placeringer vil ud fra dette være ÅUH samt Vest (og Viborg). En mulig overgangsløsning for specialets markante rekrutteringsudfordring, som vil true eksistensen af 1-2 afdelinger på kortere sigt kunne være en skarpere arbejdsdeling samt telepatologi, hvor præparatet efter klargøring beskrives fra en anden matrikel.

7.3 Afslutning

Det siger sig selv, at ovennævnte løse skitser ikke kan danne grundlag for egentlige strukturbeslutninger. De skal modsiges, udfordres og valideres.

På enkelte områder vil der på 2-3 års sigt kunne tages visse skridt, mens der for de væsentligste ændringer må påregnes en + 5-årig periode grundet behovet for større ændringer i den fysiske kapacitet. Det vurderes imidlertid, at nogle afdelinger risikerer at gå en uskøn visnedød i møde, hvorfor en proaktiv handleplan kunne være gavnlig.