

Region Midtjylland

Akutplan for Region Midtjylland

Bilag

**til Regionsrådets møde
den 24. oktober 2007**

Punkt nr. 12

Politisk aftale

Akutplan for Region Midtjylland

Regionsrådet vil med denne aftale fremtidssikre kvaliteten i behandlingen af den akutte patient og skabe balance i de tilbud, der gælder for akutte patienter i Region Midtjylland – uanset hvor man bor. Aftalen indebærer en række forbedringer i den akutte behandling. Med aftalen besluttet det også at bygge et nyt samlet hospital i den vestlige del af regionen til erstatning for Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro.

Regionsrådet besluttede den 20. juni 2007 at sende administrationens forslag til akutplan i en åben høring. Der er modtaget 175 høringssvar og Region Midtjylland har afholdt 4 borgermøder i hhv. Silkeborg, Horsens, Skive og Holstebro. Høringssvarene og indlæggene på de afholdte borgermøder har tydeliggjort, at der på en række væsentlige punkter er behov for at supplere og ændre administrationens forslag.

1. Regionsrådet vil styrke den præhospitale indsats

Den præhospitale indsats i regionen er styrket betydeligt indenfor de seneste år. Det gælder særligt ambulanceberedskabet, hvor der bl.a. er sket en opkvalificering af redderne. Dermed er der etableret et vigtigt fundament for at gennemføre store ændringer i akutberedskabet. Akutplanen giver dog anledning til en yderligere styrkelse af den præhospitale indsats i regionen. Ambulanceberedskabet udgør grundstammen i den præhospitale indsats og suppleres af en række præhospitale ordninger. Ordningerne skal sikre befolkningens tryghed og vished om, at hjælpen er nær, ligesom de skal sikre kvalitet i den påbegyndende behandling af patienten allerede på skadested/ulykkessted.

De indkomne høringssvar og indlæggene på borgermøderne har gjort det tydeligt for Regionsrådet, at der er et stort behov for en styrket præhospital indsats. Der skal sikres en hurtig og kvalificeret præhospital indsats på skadestedet og den rette behandling skal igangsættes. Akutplanen skal derfor sikre fortsat styrkelse af den præhospitale indsats.

Regionsrådet vil derfor styrke den præhospitale indsats. Lægebilen tilknyttet traumecenteret i Århus fortsætter. Der er akutbiler i Viborg, Skive/Salling, Horsens, Ringkøbing, Tarm, Silkeborg, Randers, Djursland, Herning, Holstebro og Lemvig.

Akutbilerne er under lægelig instruktion og ansvar. Akutbilerne ved de fælles akutmodtagelser er døgndækkende og bemandede med en anæstesisygeplejerske. Såfremt der er ledig anæstesilæge-kapacitet, bemander disse dog akutbilen. Akutbilen på Djursland er bemandede med en læge dag/aften med udgangspunkt i Grenå. Fra kl. 23 til 08 betjenes akutbilen af en sygeplejerske med relevant baggrund. Akutbilerne i Skive, Ringkøbing, Tarm, Holstebro og Lemvig bemandedes med en sygeplejerske, suppleret med akutbil med læge fra de fælles akutmodtagelser, hvis det er nødvendigt. Akutbilen i Silkeborg fortsætter uændret i dagtid med en læge og udvides til også at dække aften/nat som en læge-integreret ordning. Bemandingen af ordningerne skal løbende tilpasses behovet og mulighederne for at rekruttere personale.

Øvrige geografisk afgrænsede præhospitale ordninger fortsætter indtil videre.

Supplerende sundhedsfaglig rådgivning på vagtcentralen skal medvirke til at sikre, at de præhospitale ordninger sættes ind, der hvor de kan gøre en forskel. Det skal til stadighed sikres, at den præhospitale indsats er kvalificeret og effektiv. I forbindelse med udbuddet af ambulancetjenesten vil Regionsrådet styrke brugen af telemedicinske ordninger og vurdere spørgsmålet om responstider og andre servicemål på ambulancer.

Etablering af de præhospitale ordninger vil ske før omlægning i den akutte struktur.

2. Regionsrådet vil etablere fælles akutmodtagelser: Den akutte patient skal mødes af specialister

Det akutte beredskab organiseres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger med det formål at sikre og opprioritere kvaliteten i behandlingen af den akutte patient. Som det fremgår af Regionsrådets hørings svar af 27. februar til Sundhedsstyrelsen, så er der i Regionsrådet bred politisk enighed om hovedlinjerne i Sundhedsstyrelsens oplæg, herunder bred tilslutning til princippet om at øvelse gør mester og at der er sammenhæng mellem kvalitet og volumen. Specialiseret behandling kræver et vist patientvolumen for at personalet kan opretholde deres kompetence indenfor den givne behandling.

En samling af de akutte funktioner, en samling af de akutte specialer og tilstedeværelse af speciallæger og andet sundhedsfagligt personale er afgørende elementer i et sikre en høj kvalitet i modtagelse, diagnostik og behandling af den akutte patient. En ny organisering af de akutte funktioner – også internt på det enkelte hospital – vil skabe bedre rammer for at vurdere, prioritere, stabilisere og diagnosticere de akutte patienter. En lang række patienter har en mere end en sygdom og en tværfaglig diagnosticering er ofte påkrævet. Det skal sikres, at også akutte patienter med psykiske lidelser kan behandles.

Med det formål at fremtids sikre kvaliteten i modtagelsen af den akutte patient etableres der fælles akutmodtagelser på Regionshospitalet Horsens, Regionshospitalet Randers, Regionshospitalet Viborg samt i Århus som beskrevet i administrationens forslag til akutplan. Der skal udarbejdes forslag til visitationsretningslinier, der sikrer patienten det rette behandlingstilbud.

De store afstande især i den vestlige del af regionen kombineret med hensynet til borgernes sikkerhed og tryghed betinger behovet for at geografiske forhold også tages i betragtning. En lang række borgere, organisationer og sundhedsfagligt personale har afgivet hørings svar til administrationens forslag til akutplan. En stor del af hørings svarene peger på en bekymring for akutdækningen i den vestlige del af regionen, hvor der med administrationens forslag vil være borgere, der får endog meget langt til akutbehandling.

3. Regionsrådet vil bygge ét samlet hospital i Vestjylland med en central geografisk placering

Regionsrådet finder det er af afgørende betydning, at der funktionsmæssigt i den vestlige del af regionen er ét samlet hospital. Derfor vil Regionsrådet hurtigst muligt opføre et nyt fagligt ambitiøst og attraktivt hospital i Vestjylland med fuldt udbygget fælles akutmodtagelse. For øjeblikket er hospitalet spredt på en række matrikler. For at styrke udviklingsmulighederne, vil Regionsrådet lade udarbejde et beslutningsgrundlag, som beskriver forskellige muligheder for etablering af én samlet enhed som erstatning for hospitalerne i Herning og Holstebro. Beslutningsgrundlaget skal beskrive mulige placeringer mellem Herning og Holstebro ud fra en række forskellige hensyn – herunder transporttider, infrastruktur i øvrigt, økonomi, VVM m.v. Beslutningsgrundlaget præsenteres for Regionsrådet så hurtigt som muligt, dog senest juni 2008.

Der skal internt igangsættes en fælles udredning af den faglige samordning mellem Herning og Holstebro, hvor de relevante faglige fora inddrages.

Indtil et nyt samlet hospital er bygningsmæssigt etableret i Vestjylland er det vigtigt at Hospitalsenhed Vest fungerer som et samlet hospital – med høj kvalitet, klinisk udvikling og flere spydspidsfunktioner. Det betyder, at der på nogle områder skal sættes på Regionshospitalet Herning og på andre områder på Regionshospitalet Holstebro.

Regionshospitalet Herning skal fortrinsvis varetage en række avancerede kræftbehandlinger. Regionshospitalet Holstebro skal fortrinsvis varetage en række avancerede behandlinger indenfor det elektive område, herunder indenfor specialerne øre-næse-hals, urologi, mammakirurgi, øjne og ortopædi. Det er ambitionen at de nuværende forskningsfunktioner videreudvikles også i det nye hospital Vest og kan fungere som betydende videns- og udviklingsfunktioner for sundhedsvæsenet i hele landet.

Regionsrådet vil sikre, at så mange akutte patienter som fagligt muligt behandles lokalt. På den baggrund kan akutte patienter i den vestlige del af regionen fremover modtages og behandles på både Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro. Patienterne visiteres og indlægges efter visitationsretningslinier, der tager udgangspunkt i de faglige kompetencer der er til stede i de enkelte dele af hospitalsenheden. Regionsrådet igangsætter derfor en beskrivelse af en model, hvor de akutte modtagelser begge steder er bemandede med akut-medicinere. For at understøtte akutfunktionerne igangsættes et projekt med uddannelse af akutmedicinere. Dette sker i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner.

For at fastholde kræftbehandling i Hospitalsenheden Vest, er tarmkirurgi samlet med strålebehandling og onkologi i Herning. Akut kardiologi samles i Herning. Det betyder at patientkategorier i tilknytning hertil eller patienter der akut kræver specialister indenfor disse områder skal behandles på den fælles akut modtagelse i Herning.

Planlægningen af et samlet hospital i den vestlige del af regionen må ikke stå i vejen for den fagligt relevante udvikling på Hospitalsenheden Vest. Regionsrådet er enig om, at der fortsat skal ske den fagligt relevante udvikling i funktionerne til gavn for patienterne i den vestlige del. Disse ændringer skal godkendes politisk – jf. kompetencefordelingsreglerne. Der skal derfor fortsat afsættes de nødvendige midler til de bygningsmæssige tilpasninger i Holstebro og Herning.

4. Regionsrådet vil bevare de nuværende fødesteder

I forbindelse med udarbejdelse af en samlet hospitalsplan for Region Midtjylland vil Regionsrådet fastholde og bevare de nuværende syv fødesteder. Udgangspunktet er, at fødende oplyses om tilbuddet ved de enkelte fødesteder og at der sker en visitation, således at forventede komplicerede fødsler henvises til Århus Universitetshospital Skejby, Regionshospitalet Randers, Regionshospitalet Viborg og Regionshospitalet Herning. Der etableres et samarbejde mellem Regionshospitalet Randers og Regionshospitalet Horsens, mellem Regionshospitalet Viborg og Regionshospitalet Silkeborg, og mellem Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro.

5. Regionsrådet vil styrke samarbejdet med almen praksis

Regionsrådet vil styrke og intensivere samarbejdet med almen praksis. Almen praksis skal fortsat udrede og behandle almene akutte sygdomme og skader. Adgangen til den specialiserede akutte behandling, der ikke visiteres via 112, skal fortsat visiteres via egen læge. Dette suppleres med en telefonvisitation til akutmodtagelser og akutklinikker, som fungerer døgnet rundt, året rundt. Udformningen heraf skal nærmere afklares med de praktiserende læger (praksisudvalget).

Der etableres akutklinikker i samarbejde med lægevagten som beskrevet i administrationens forslag til akutplan. Regionsrådet ønsker, at akutklinikkerne i Ringkøbing, Skive og Grenå har åbent 8-22 alle dage i samarbejde med almen praksis/lægevagten. Der suppleres med ambulante funktioner i dagtid. Behovet og antallet af besøg vurderes løbende.

6. Regionsrådet vil udvikle spydspidsfunktioner til gavn for patienter

Regionsrådet ønsker et hospitalsvæsen, der til stadig udvikler bedre behandlingsformer og bedre behandlingsforløb til gavn for patienterne. Hospitaler uden fælles akutmodtagelse skal fortsat spille en væsentlig rolle for tilvejebringelse af sundhedsydelse i Region Midtjylland.

Med henblik på at sikre udviklingen af spydspidsfunktioner på tværs af regionen anmodes Regionshospitalet i Silkeborg om yderligere at konkretisere forslag til etablering af et center of excellence på det medicinske område. Regionsrådet har i øvrigt noteret sig en række konstruktive forslag fra Regionshospitalet i Silkeborg. Disse ønsker konkretiseres i forbindelse med udmøntningen af akutplanen. Regionshospitalet Silkeborg skal fortsætte med at udbygge deres styrkeposition indenfor behandling af sygdomme i bevægeapparatet (rygkirurgi, ledudskiftninger, reumatologi mv.) Der skal derfor fortsat være intensivfunktion på Regionshospitalet Silkeborg.

Hospitalsenheden Vest anmodes om at konkretisere forslag til udvikling af de avancerede behandlinger indenfor det elektive område, herunder indenfor specialerne øre-næse-hals, urologi, mammakirurgi, øjne, medicin og ortopædi og andre funktioner i Holstebro i overensstemmelse med de principper der er skitseret i denne aftale. Det er ønsket at Regionshospitalet Holstebro fastholder og udvikler sin nuværende styrkepositioner på disse områder. Regionsrådet noterer sig, at der er igangsat et udredningsarbejde omkring sundhedscenteret på Regionshospitalet Tarm. Dette videreudvikles i et samarbejde med Ringkøbing-Skjern Kommune og i et samarbejde med Hospitalsenheden Vest.

Regionsrådet noterer sig, at der er igangsat et udredningsarbejde omkring etablering af et muligt sundhedshus på Regionshospitalet Skive. Regionsrådet vil fremme dette arbejde med henblik på, at Regionshospitalet Skive kan udvikles med udgangspunkt i sundhedshus-tankegangen, således som man lokalt har drøftet det. Regionsrådet lægger til grund for den kommende hospitalsplanlægning at den nuværende neurorehabilitering i Skive fortsætter.

7. Regionsrådet vil arbejde systematisk med kompetenceudvikling og opgaveglidning

Den omstilling, som sundhedsvæsenet står overfor, vil stille store krav til personalet. Regionsrådet vil derfor sætte fokus på efteruddannelse og kompetenceudvikling. Der skal arbejdes med systematisk opgaveglidning mellem de forskellige personalegrupper.

8. Regionsrådet forudsætter at den fornødne økonomi tilvejebringes via aftaler med regeringen

Ændringerne i akutindsatsen forudsætter at der bliver økonomisk råderum til at sikre de nødvendige bygningsmæssige ændringer samt investeringer i apparatur. Forslag til bygningsmæssige ændringer som følge af akutplanen vil blive forelagt det aftalte ekspertpanel vedr. sygehusinvesteringer – jf. aftale om regionernes økonomi for 2008. Investeringer til anlæg skal tilvejebringes, således de bygningsmæssige ændringer kan påbegyndes i 2008.

Regionsrådet er enig om, at i forlængelse af akutplanen og den kommende hospitalsplans gennemførelse vil tiloversblevne m² på hospitalerne blive realiseret gennem salg, dog ikke til direkte hospitalsdrift.

9. Høring af Sundhedsstyrelsen

Regionsrådet er enig om, at Sundhedsstyrelsen høres om de aftalte ændringer forud for Regionsrådets møde den 24. oktober.

10. Regionsrådet vil sikre sammenhæng mellem akut somatisk og akut psykiatrisk behandling

Regionsrådet udsender den 22. november 2007 forslag til psykiatriplan i høring. Psykiatriplanen – herunder den endelige vedtagelse af en plan for placeringen af stationære, ambulante og mobile tilbud i psykiatrien – forventes endeligt vedtaget på Regionsrådets møde den 12. marts 2008.

De strategiske beslutninger om placering af de fremtidige psykiatriske døgnfunktioner og beredskaber skal i videst muligt omfang koordineres med planlægningen af de somatiske hospitalers akutberedskab og specialeplanlægning i øvrigt.

Forligspartierne er på den baggrund enige om at blandt andet følgende principper bør lægges til grund for organiseringen af fremtidens psykiatri i Region Midtjylland:

- Udbygning af den ambulante behandling såvel geografisk som volumenmæssigt
- Større tilgængelighed
- Senge i færre, men større behandlingsenheder
- Fysisk nærhed til akut- og specialfunktioner på de somatiske hospitaler
- Faglig specialisering.

Viborg, den 24. september 2007

På vegne af partierne:

Socialdemokraterne	Janne Allgren
Det Radikale Venstre	Belle Foss
Konservative Folkeparti	Lars Mikkelsen
Socialistisk Folkeparti	Annemette Toft
Kristendemokraterne	Per Stig Andersen
Dansk Folkeparti	Bjergstrøm
Venstre	Ulrikke Lynggaard
Enhedslisten – De Rød-Grønne	
Uden for partierne	
Gunhild Husum	Gunhild Husum

Akutplan
Region Midtjylland

Oktober 2007

Indledning	5
1. Resumé	8
2. Baggrund for ændringer i akutberedskabet	10
2.1. Faglige udviklingstendenser (volumen, kvalitet, samling af funktioner)	10
2.2. Sundhedsstyrelsens anbefalinger	11
2.3. Kompetenceudvikling og opgaveglidning	12
2.4. Effektivitet	12
2.5. Sammenhæng med hospitalsplan, præhospitalsplan og sundhedsplan	13
3. Forudsætninger for akutberedskabet i Region Midtjylland.	15
3.1. Placering af akutmodtagelser i Region Midtjylland	16
3.2. Befolkningsgrundlag	17
3.3. Speciallægebemanding i dag og fremadrettet	17
3.4. Bygningsmæssige konsekvenser som følge af akutplanen.....	18
3.5. Akutplanen og Sundhedsstyrelsens anbefalinger	19
4. Principper for akutberedskabet i Region Midtjylland.....	20
4.1. En integreret akutindsats – det sammenhængende sundhedsvæsen	20
4.1.1. De fælles akutmodtagelser som omdrejningspunkt for den akutte indsats.....	21
4.2. Akutmodtagelser i Region Midtjylland	22
4.2.1 Akutmodtagelse på højt specialiseret niveau – traumecenter.	22
4.2.2 Akutmodtagelse på hovedfunktionsniveau – fælles akutmodtagelser.	23
4.2.3. Specialrepræsentation på matrikler med fælles akutmodtagelse:	24
4.2.4. Faciliteter ved de fælles akutmodtagelser	25
4.2.5. Tilstedeværelse af speciallæger i de fælles akutmodtagelser:	25
4.2.6. Faglig profil i de fælles akutmodtagelser.....	26
4.2.7. Patientgrupper der kan indlægges udenom den fælles akutmodtagelse.....	26
4.3. Modtagelse af akutte medicinske patienter på Regionshospitalet Silkeborg	26
4.3.1. Visitation af akutte intern medicinske patienter	27
4.3.2. Specialrepræsentation	27
4.3.3. Faciliteter	28
4.3.4. Vagtfunktion	28
4.4. Etablering af akutklinikker.....	28
4.5. Skadevisitation	30
4.6. Den præhospitale indsats i Region Midtjylland	31
4.6.1. Ambulanceberedskab	32
4.6.2. Akutbil med læge ved traumecenter i Århus.....	32
4.6.3. Øvrige akutbiler.....	32
4.6.4. Helikopter-beredskab	33
4.6.5. Præhospital indsats på regionens øer	33
4.6.6. Sundhedsberedskabs- og præhospital plan	33
5. Hospitalerne og det akutte beredskab i Region Midtjylland	34
5.1. Det Nye Universitetshospital i Århus	34
5.2. Hospitalsenheden Horsens (Horsens, Brædstrup og Odder)	35
5.2.1. Profil i dag.	35
5.2.2. Profil fremover.	36
5.2.3. Bygningsmæssige forhold	36
5.2.4. Den præhospitale indsats	37
5.3. Hospitalsenhed Randers (Randers og Grenaa).....	37
5.3.1. Profil i dag.	37
5.3.2. Profil fremover.	37
5.3.3. Bygningsmassen.	38
5.3.4. Den præhospitale indsats.	38
5.4. Hospitalsenheden Viborg (Viborg, Skive og Kjellerup)	39
5.4.1. Profil i dag	39
5.4.2. Profil fremover	39
5.4.3. Bygningsmæssige forhold	40
5.4.4. Den præhospitale indsats	40

5.5. Hospitalsenheden Silkeborg (Silkeborg, Hammel Neurocenter, Skanderborg Sundhedscenter)	41
5.5.1. Profil i dag	41
5.5.2. Profil fremover	41
5.5.3. Bygningsmæssige forhold	43
5.5.4. Præhospital indsats.....	43
5.6. Hospitalsenheden Vest (Herning, Holstebro, Ringkøbing, Lemvig og Tarm)	44
5.6.1. Profil i dag	44
5.6.2. Profil fremover	44
5.6.3. Bygningsmæssige forhold	45
5.6.4. Præhospital indsats.....	46
6. Baggrundsmateriale og supplerende materiale.....	46

Indledning

Forberedelsesudvalget i Region Midtjylland besluttede ved vedtagelse af Interimsundhedsplanen den 15. november 2006, at der udarbejdes en akutplan for Region Midtjylland. Akutplanen skal ses i tæt sammenhæng med en samlet hospitalsplan. Forslag til en samlet hospitalsplan skal behandles af Regionsrådet ved årsskiftet 2007-2008.

Akutplanen for Region Midtjylland er udarbejdet med baggrund i:

- Materiale fra høringsprocessen, herunder 175 hørings svar samt sammendrag af de afholdte borgermøder
- Sundhedsstyrelsens anbefalinger i rapporten af juni 2007 "Styrket akutberedskab"
- Regionsrådets hørings svar af 27. februar 2007
- Arbejdsgrundlag for de to underudvalg på sundhedsområdet, behandlet på Forberedelsesudvalgets møde den 21. juni 2006
- Rapport fra arbejdsgruppen vedrørende akutmodtagelser, marts 2007
- Rapport fra arbejdsgruppen vedrørende skadepoliklinikker/skadestuevisitation, marts 2007
- Rapport fra arbejdsgruppen vedrørende den akutte patient i den præhospitale indsats, marts 2007

Ovennævnte materiale kan findes på www.rm.dk.

Region Midtjylland er landets næststørste region. Sundhedsvæsenet i Region Midtjylland har til opgave at levere ydelser af høj kvalitet til patienterne. Også til den akutte patient.

Formålet er bedre kvalitet

Akutplanen for Region Midtjylland har først og fremmest som formål at sikre, at den akutte patient i Region Midtjylland vil få en hurtig og højt kvalificeret diagnostik og behandling. Uanset tid og sted.

Udgangspunktet for akutplan for Region Midtjylland er at højne kvaliteten i behandlingen af den akutte patient.

Sundhedsstyrelsen har med sin rapport "Styrket akutberedskab" opstillet en række anbefalinger til, hvordan den akutte patientbehandling styrkes. Anbefalingerne omfatter bl.a. en samling af modtagelsen af akutte, uselekterede patienter i fælles akutmodtagelser, hvor flere specialer er tilstede. Samarbejdet på tværs af specialer ved modtagelsen af den akutte patient, skal sikre, at den rette diagnose og behandling igangsættes hurtigere end i dag.

Forudsætningen herfor er, at der er speciallæger indenfor de største akut-specialer tilstede døgnet rundt i akutmodtagelserne. Kravet om øget tilstedeværelse af speciallæger kolliderer med det faktum, at der er mangel på speciallæger. Der er ikke speciallæger nok til at bemande alle de nuværende akutmodtagende hospitaler med de speciallæger, der skal til for at løfte kvaliteten i behandlingen af den akut indlagte patient. For at styrke den akutte patientbehandling er det derfor nødvendigt at samle modtagelsen af akutte patienter, der skal indlægges, på færre enheder. Samtidig forstærkes indsatsen for at rekruttere speciallæger.

Akutplanen skal samtidigt tage højde for den udvikling, der foregår i sundhedsvæsenet generelt, bl.a. øget specialisering samt øget fokus på gode og effektive patientforløb.

Nye profiler for hospitalerne

Med akutplanen for Region Midtjylland tages det første skridt til formulering af nye profiler for hospitalerne i Region Midtjylland. Der er tale om den største ændring af det akutte beredskab til dato i denne del af landet.

Akutplanen bidrager til at omdefinere profilerne for alle regionens hospitaler. Nogle hospitaler vil fremover få en skærpet profil i forhold til akutte patienter, og nogle hospitaler vil få en skærpet profil i forhold til ikke-akutte patienter.

Omfattende ændringer, som skal gennemføres over en længere tidsperiode, giver store udfordringer i forhold til fastholdelse af personale og opretholdelse af kvalitet og produktivitet i et hospitalsvæsen, der i forvejen er trængt på at følge med efterspørgslen. Ændringer i akutberedskabet stiller således store krav til hospitalerne og deres ledelser. Rekruttering og fastholdelse af personale er allerede i dag en stor udfordring.

Samlet set øges befolkningens efterspørgsel efter ydelser i sundhedsvæsenet. Dette afføder, at det er stadig mere nødvendigt at sikre, at ydelserne i sundhedsvæsenet leveres på den mest effektive måde. De knappe faglige og økonomiske ressourcer skal kanaliseres der hen, hvor de gør mest nytte for patienterne.

Akutplanen har derfor også som formål som en del af hospitalsplanen at tegne en fremtidsprofil for hospitalerne i Region Midtjylland. På samme måde skal akutplanen indtænke den udvikling, der i øvrigt præger hospitalsvæsenet og udviklingen i den akutte behandling.

Uhensigtsmæssige indlæggelser

Akut indlæggelse er ikke altid den patientbehandling, der bedst modsvarer patientens behov for et godt og effektivt patientforløb. Ved akut opstået, alvorlig sygdom skal patienten indlægges akut til behandling på et hospital. Men mange akutte indlæggelser skyldes ikke-akut opstået, alvorlig sygdom. Det kan være kroniske sygdomme eller tilstande, hvor den akutte indlæggelse er udtryk for manglende rettidig behandlingsindsats. Disse akutte indlæggelser betegnes som "uhensigtsmæssige indlæggelser". Uhensigtsmæssige indlæggelser defineres som akutte indlæggelser der har "fundet sted, enten fordi der ikke var tilbud i kommunen om relevant indsats, eller fordi der manglede mulighed for vurdering af patienten på et højere lægefagligt specialiseringsniveau på et tidspunkt, hvor en afklaring kunne foretages uden indlæggelse"¹. Dette gælder f.eks. særligt de patienter der er kendt i sundhedsvæsenet, og som skal akut indlægges. Disse indlæggelser kan ses som udtryk for, at der ikke er handlet i tide.

For nogle akutte patienter – ældre såvel som yngre - vil et tilbud om akut indlæggelse således ikke være det for patienten mest optimale behandlingstilbud – og dermed heller ikke et behandlingstilbud af høj kvalitet. Det vil derimod et behandlingstilbud, der forhindrer en unødigt (akut) indlæggelse.

Hospitalssektoren kan bidrage til at reducere uhensigtsmæssige akutte indlæggelser ved eksempelvis at etablere og udvikle højt specialiserede dag-medicinske tilbud. Tilbuddet til ældre medicinske patienter, der i dag indlægges akut pga. fejlmedicinering og medfølgende utilpashed/væskemangel eller smerter, bør i stedet være sub-akutte (dvs. med dags varsel) eller planlagte ambulatorieforløb, hvor patienten sikres rette behandling f.eks. får reguleret sin

¹ Jf. eksempelvis Sundhedsministeriets bekendtgørelse om Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, 2006, samt Sundhedsministeriets vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, 2006. (Sundhedsministeriets vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, 2006, s. 28).

medicin. Et øget tilbud om sub-akut/planlagt ambulatoriekontrol af eksempelvis medicinske patienter med kredsløbssygdomme eller andre kroniske sygdomme kan reducere antallet af akutte indlæggelser – og dermed også højne kvaliteten i behandlingen af den akutte patient.

Sundhedsvæsenet står derfor overfor en markant udvikling af de akutte behandlingstilbud. Dels skal kvaliteten af behandlingen af akutte patienter styrkes og dels skal antallet af akutte uhensigtsmæssige indlæggelser reduceres bl.a. ved at styrke den subakutte/planlagte behandlingsindsats overfor eksempelvis kroniske patienter. Akutplanen for Region Midtjylland omfatter en plan for udviklingen af den akutte indsats i regionen, som styrker behandlingstilbuddet af akutte patienter på begge måder.

Del-element af hospitalsplanen

Akutplanen er et første del-element af en hospitalsplan for Region Midtjylland. Regionsrådet vil ved årsskiftet 2007-2008 behandle en samlet hospitalsplan for Region Midtjylland.

Hospitalsplanen vil beskrive fordelingen af specialer og funktioner på regionens hospitaler. Økonomien i akutplanen kan ikke isoleres fra økonomien i en samlet hospitalsplan for Region Midtjylland. Specialernes fordeling, herunder eventuel nedlukning af aktivitet på de mindre hospitalsmatrikler, har afgørende betydning for økonomien i en samlet hospitalsplan.

Som led i udarbejdelse af akutplanen er der foretaget en foreløbig administrativ vurdering af de anlægs- og investeringsmæssige konsekvenser på de enkelte hospitaler, der fremover skal have fælles akutmodtagelse. Disse fremgår af afsnit 5.

Den samlede hospitalsplan vil indeholde økonomiske konsekvensberegninger i forhold til de drift og anlægs- og investeringsmæssige virkninger for hospitalerne.

Der udestår en nærmere detailplanlægning af hvornår, og i hvilken rækkefølge de enkelte elementer i akutplanen kan og skal gennemføres. Der skal ske en gradvis flytning af akutmodtagefunktioner, når de fysiske rammer er til stede. Specialeomlægninger i forbindelse med hospitalsplanen har afgørende betydning for de fysiske rammer på hospitalerne. Da akutplanen indgår som et del-element af en samlet hospitalsplan, vil en tidsplan blive forelagt i forbindelse med den endelige behandling af en samlet hospitalsplan for Region Midtjylland.

Disposition

Oplægget består af 5 afsnit. Afsnit 1 er et kort resume af planen. Afsnit 2 beskriver baggrunden for ændringerne i akutberedskabet, herunder en række generelle udviklingstendenser indenfor sundhedsområdet. Afsnit 3 beskriver forudsætninger for akutberedskabet i Region Midtjylland, herunder placeringen af de akutte funktioner. Afsnit 4 beskriver principper for fælles akutmodtagelser, akutklinikker, skadevisitation og præhospital indsats. Afsnit 5 beskriver kort de hospitaler, hvor der vil ske ændringer i akutberedskabet, herunder den præhospital indsats der er knyttet til akutmodtagelser og akutklinikker.

Der er udarbejdet en række supplerende materialer til akutplanen:

- Notat om akutberedskab og befolkningsunderlag, maj 2007
- Oversigt over diagnostiske faciliteter på hospitalsmatrikler
- Oversigt over antallet af senge på hospitalsmatrikler
- Oversigt over akutte indlæggelser på hospitalerne i 2006
- Oversigt over døgnfordelte besøg på skadestuerne i 2006
- Notat vedrørende speciallægebehovet i Region Midtjylland
- Oversigt over speciallægedækning på hospitalerne i Region Midtjylland
- Oversigt over forventet aktivitet på det præhospital område
- Kort over eksisterende og fremtidige supplerende præhospital ordninger (excl. øerne)
- Beskrivelse af 'hvem kan hvad' på det præhospital område
- Tids- og procesplan for behandling af forslag til akutplan

Der henvises i det følgende løbende til materialet, som kan findes på www.rm.dk. Alt baggrundsmateriale, herunder de udarbejdede rapporter om akutmodtagelser, præhospital indsats og skadeklinikker og skadestuevisitation findes ligeledes på www.rm.dk.

1. Resumé

Akutplanen indebærer følgende:

- Visitation: Almen praksis skal fortsat udrede og behandle almene akutte sygdomme og skader. Adgangen til den specialiserede akutte behandling, der ikke visiteres via 112, skal fortsat visiteres via egen læge. Dette suppleres med en telefonvisitation til akutmodtagelser og akutklinikker, som fungerer døgnet rundt, året rundt. Udformningen heraf skal nærmere afklares med de praktiserende læger (praksisudvalget).
- Der etableres døgnåben akutklinik på Regionshospitalet Silkeborg, der ikke fremover skal have fælles akutmodtagelse. Behandlerteam består af behandlersygeplejersker og læge. Indenfor normal dagarbejdstid er lægen en hospitalsansat læge. Udenfor normal dagarbejdstid er lægen almen mediciner (lægevagten) med back-up fra hospitalslæge.
- Der er visiterede akutklinikker i Ringkøbing, Grenå og Skive. Akutklinikkerne fungerer i et samarbejde med almen praksis/lægevagten og har åbent alle dage 8-22
- Akutklinikernes åbningstider afpasses som hovedprincip behov og volumen. Behovet og antallet af besøg vurderes løbende.
- Akutklinikker bemannes med et behandlerteam bestående af behandlersygeplejersker og læge. Indenfor normal dagarbejdstid består behandlerteamet af behandlersygeplejersker og hospitalsansat læge. Udenfor normal dagarbejdstid består behandlerteamet af behandlersygeplejersker og almen mediciner (lægevagten)
- Skadeklinikken i Odder lukkes
- Den præhospitale indsats baserer sig på:
 - Ambulanceberedskabet
 - Døgndækkende akutbil bemandet med læge i tilknytning til traumecentret i Århus
 - Døgndækkende akutbiler bemandede med anæstesisygeplejersker på regionens fælles akutmodtagelser i Viborg, Randers og Horsens samt på akutmodtagelsen i Herning. Såfremt der er ledig anæstesilæge-kapacitet bemannes akutbilerne med læge.
 - Døgndækkende akutbiler med anæstesisygeplejerske i Lemvig, Holstebro, Ringkøbing, Tarm og Skive suppleret med akutbil med læge fra de fælles akutmodtagelser.
 - Akutbilen i Silkeborg fortsætter uændret i dagtid med en læge og udvides til også at dække aften/nat som en lægeintegreret ordning.
 - Døgndækkende akutbil på Djursland bemandet med læge dag/aften med udgangspunkt i Grenå. Fra 23.00-08.00 bemandet med sygeplejerske med relevant baggrund og med lægelig back-up fra Randers eller Århus.

- Helikopterberedskab som supplement til den landbaserede præhospitale indsats
- Der etableres hurtigst muligt et nyt hospital Vest til erstatning for Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro. Indtil et nyt hospital Vest er etableret vil der være akutmodtagelse i Herning og Holstebro.
- Der vil være 5 hospitaler i Region Midtjylland, der har fælles akutmodtagelse af akutte uselekterede patienter (inkl. skadestue)
 - Det Nye Universitetshospital, Århus
 - Regionshospitalet Horsens
 - Regionshospitalet Randers
 - Regionshospitalet Viborg
 - Det nye hospital i Vest.
- Den interne organisering af de fælles akutmodtagelser sker efter principperne i diagnosticerings- og behandlingsmodellen ('Harvard'-modellen)
- Der vil være modtagelse af visiterede akutte intern medicinske patienter på
 - Regionshospitalet Silkeborg
- Den akutte medicinske modtagelse på Regionshospitalet Skive lukkes, når der er mulighed for at integrere den fuldt på Regionshospitalet Viborg. De medicinske senge i Skive lukkes ligeledes, når det er muligt at integrere disse fuldt i Viborg. Der lægges til grund for den videre hospitalsplan, at der fortsat skal være neurorehabilitering på Regionshospitalet Skive
- Der fastholdes og bevares fødsler på de nuværende 7 fødesteder, idet der etableres et samarbejde omkring komplicerede fødsler mellem Regionhospitalet Randers og Regionshospitalet Horsens; og mellem Regionshospitalet Viborg og Regionshospitalet Silkeborg; og mellem Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro.
- Den akutte medicinske modtagelse på Regionshospitalet Ringkøbing lukkes. Der vil fortsat være medicinske senge i Ringkøbing.
- Der planlægges ikke ændringer i det akutte beredskab på Samsø og øvrige øer i regionen.

2. Baggrund for ændringer i akutberedskabet

2.1. Faglige udviklingstendenser (volumen, kvalitet, samling af funktioner).

Sundhedsvæsenet har gennem en årrække været præget af øget specialisering. Den behandling der tilbydes patienter bliver stadig mere specialiseret – ligesom lægerne og det øvrige personale, der udfører behandlingen, også bliver mere og mere specialiserede.

Der har været en geografisk samling af funktioner. Denne udvikling er sket på baggrund af bl.a. økonomiske men først og fremmest kvalitetsmæssige grunde. Det er ikke i ressourceøjemed muligt og hensigtsmæssigt – at tilbyde den specialiserede behandling på mange enheder.

Den specialiserede behandling kræver et vist patientvolumen, for at personalet kan opretholde deres kompetence indenfor den givne behandling. Jo flere typer behandlinger af en given art et behandlerteam eksempelvis udfører, des dygtigere bliver teamet til at udføre behandlingen.

Tendensen indenfor sundhedsområdet generelt har derfor været en samling af funktioner på færre og større hospitalsenheder.

Der er allerede sket en væsentlig samling af akutfunktionen på færre enheder i de tidligere amter. Der er flere faglige grunde til denne tendens også indenfor akutområdet.

Dels hænger den akutte behandling på hospitalerne sammen med den øvrige behandling, der tilbydes på hospitalerne. Behandlingen af den akutte patient er mest optimal på hospitaler, hvor mange specialer er tilstede, og hvor der er mulighed for at inddrage de relevante specialister, når diagnosticering og behandling kræver det.

Dels sikrer en placering af akutfunktionen tæt på de specialafdelinger, der kan blive relevante i den akutte patientbehandling, en minimering af unødvendige transportere i den akutte fase fra et hospital til et andet.

Endvidere har flere videnskabelige selskaber påpeget, at en høj kvalitet indenfor den akutte behandling også i sig selv fordrer en øget samling. Et tilstrækkeligt patientvolumen sikrer, at det sundhedsfaglige personale kan opretholde den erfaring og rutine, der er nødvendig for at opretholde og udvikle kompetencer og viden i behandlingen af den akutte patient.

Der skal tages højde for, at stadig flere patienter fejler flere forskellige ting samtidigt, hvilket også har en betydning, når patienterne indlægges akut på hospitalet. Når det sker, samtidigt med at lægerne bliver mere og mere specialiserede, skal der derfor ofte flere forskellige specialister til, når en akut patient skal behandles. En spredning af specialer på flere matrikler kan have negative konsekvenser for kvaliteten og for de enkelte patientforløb.

Der er derfor flere faglige argumenter, der peger på nødvendigheden af at tilpasse akutområdet til den udviklingstendens mod øget specialisering, der er generelt på sundhedsområdet.

Samtidig er det væsentligt, at der fremover arbejdes intensivt med at udvikle akut aktivitet til planlagt aktivitet. Der skal være større fokus på at omlægge uhensigtsmæssige akutte indlæggelser. Antallet af uhensigtsmæssige akutte indlæggelser i Region Midtjylland skal nedbringes gennem en koordineret sundhedsfaglig indsats i tide. De personalemæssige ressourcer udnyttes langt bedre ved planlagte behandlinger, ligesom det for mange patienter vil blive oplevet som langt mere hensigtsmæssige behandlingsforløb.

2.2. Sundhedsstyrelsens anbefalinger

Den 1. januar 2007 trådte den nye Sundhedslov i kraft. Sundhedsloven giver Indenrigs- og sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen mere vidtgående beføjelser og forpligtelser i forhold til specialeplanlægningen af specialfunktioner (tidligere lands- og landsdelsfunktioner). Sundhedsstyrelsen skal således fastsætte krav til specialfunktioner og godkende disse på regionale og private hospitaler. Herudover skal Sundhedsstyrelsen – som hidtil – udforme anbefalinger for varetagelsen af hovedfunktioner i regionerne. Indenfor disse rammer er det regionsrådenes opgave at planlægge hospitalsvæsenet i regionerne.

Sundhedsstyrelsen har nedsat et rådgivende udvalg for specialeplanlægning (sundhedslovens § 207). Udvalgets opgave er at drøfte det faglige grundlag for specialeplanlægningen og komme med oplæg til Sundhedsstyrelsens udmeldinger vedrørende specialeplanlægning.

Med henblik på at opstille krav til specialfunktioner og anbefalinger til hovedfunktioner igangsatte Sundhedsstyrelsen i 2006 en national speciale gennemgang, som forventes at løbe over ca. 2 år. Det rådgivende udvalg for specialeplanlægning var enige om, at gennemgå akutberedskabet som det første område, fordi man forventede store ændringer, også i hospitalsstrukturen, som vil få betydning for gennemgangen af de fleste andre specialer.

Sundhedsstyrelsen har med bistand fra en ekspertgruppe og en regional baggrundsgruppe ultimo 2006 udarbejdet og sendt en rapport i høring med 29 anbefalinger til organiseringen af akutberedskabet i Danmark.

Hovedanbefalingen i rapporten er en samling af de akutte funktioner på to måder – dels internt på det enkelte hospital og dels en samling af akutfunktionen på færre hospitaler end i dag. Formålet er at sikre en hurtig og bred diagnostik og behandling på tilstrækkeligt niveau døgnet rundt gennem tilstedeværelse/tilgængelighed af både faciliteter og kvalificeret personale fra de mange diagnostiske og kliniske specialer.

I Sundhedsstyrelsens rapport indgår en anbefaling om, at det præhospitale beredskab styrkes, så der tilbydes en tidlig livreddende og specialiseret indsats. På trods af stor afstand til hospitalet, skal befolkningen sikres tryghed, og patienterne skal have tidlig og effektiv behandling.

Rapporten fra Sundhedsstyrelsen indeholder endvidere specifikke krav til tilstedeværelsen af specialer på matrikler med fælles akutmodtagelser samt til bemanningen/vagtdækningen af de fælles akutmodtagelser. Anbefalingen fra Sundhedsstyrelsen til bemanningen af de fælles akutmodtagelser fordrer i sig selv, at Region Midtjylland er nødt til at ændre på antallet af akutmodtagende hospitaler, idet der ikke i regionen er tilstrækkeligt med speciallæger til at bemane de nuværende akutmodtagende hospitaler, så Sundhedsstyrelsens anbefalinger efterleves.

Det akutte beredskab i Region Midtjylland organiseres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger med det formål at sikre og opprioritere kvaliteten i behandlingen af den akutte patient. Som det fremgår af Regionsrådets høringssvar af 27. februar til Sundhedsstyrelsen, så er der i Regionsrådet bred politisk enighed om hovedlinjerne i Sundhedsstyrelsens oplæg, herunder bred tilslutning til princippet om at øvelse gør mester og at der er sammenhæng mellem kvalitet og volumen. Specialiseret behandling kræver et vist patientvolumen for at personalet kan opretholde deres kompetence indenfor den givne behandling. En fælles akutmodtagelse skal som udgangspunkt opfylde Sundhedsstyrelsens anbefaling om et befolkningsgrundlag på 200.000 idet dog geografiske forhold, herunder afstande, skal tages i betragtning.

2.3. Kompetenceudvikling og opgaveglidning

En væsentlig udfordring for sundhedsvæsenet i disse år er manglen på specialiseret arbejdskraft, særligt speciallæger og sygeplejersker med videreuddannelse eller særlig efteruddannelse.

Allerede i dag har regionens hospitaler problemer med at sikre en tilstrækkelig bemanning på alle akutte hospitalsenheder, og det har derfor været nødvendigt at flytte akutte såvel som planlagte opgaver.

For at afhjælpe speciallægemanglen har man i en årrække i de gamle amter rekrutteret udenlandske speciallæger til hospitalerne og dette arbejde fortsættes i Region Midtjylland.

Sundhedsstyrelsen har i rapporten om akutberedskabet stillet specifikke krav vedrørende bemanning med speciallæger samt øgede krav om tilstedeværelse af speciallæger på regionens akutmodtagelser. En væsentlig forudsætning for planlægning af den akutte opgave på regionens hospitaler er således muligheden for fremover at kunne rekruttere kvalificeret personale til bl.a. de fælles akutmodtagelser i regionen, så Sundhedsstyrelsens skærpede krav hertil efterleves.

Et sammenhængende fagligt miljø med forsknings- og udviklingsaktiviteter er af stor betydning for at kunne rekruttere og fastholde sundhedspersonale.

Samtidig skal der løbende arbejdes med opgaveglidning – også indenfor det akutte område. Opgaver, der traditionelt varetages af læger, kan gennem systematisk kompetenceudvikling og kvalitetsmonitorering gradvist overtages af sygeplejersker.

For at sikre den fortsatte rekruttering og fastholdelse af den nødvendige specialiserede arbejdskraft på regionens hospitaler er det derfor nødvendigt at opbygge en struktur – både for den akutte aktivitet og for den planlagte aktivitet, der gør det attraktivt at arbejde på hospitalerne i Region Midtjylland.

Den omstilling, som sundhedsvæsenet står overfor, vil stille store krav til personalet. Der skal derfor sættes fokus på efteruddannelse og kompetenceudvikling. Der skal arbejdes med systematisk opgaveglidning mellem de forskellige personalegrupper.

2.4. Effektivitet

Sundhedsvæsenet i Region Midtjylland skal være et effektivt sundhedsvæsen. Det forudsætter, at der på alle niveauer er fokus på at understøtte sundhedsfremme og forebyggelse.

Hospitalernes specialiserede tilbud om undersøgelse og behandling skal først og fremmest reserveres til de patienter, der har behov herfor. Patienter, der kan behandles af egen læge eller lægevagten, skal først og fremmest behandles der. På samme vis skal patienter, der kan yde egenomsorg, rådgives herom. Den præhospitale indsats skal først og fremmest rette sig mod de situationer, hvor indsatsen er nødvendig og hvor den gør en forskel.

Det er væsentligt, at de akutte tilbud skal gælde for de patienter, der har brug for et sådant tilbud. U hensigtsmæssige akutte indlæggelser skal nedbringes og der skal udvikles nye metoder til at forebygge disse eller alternativt omlægge dem til planlagte behandlinger.

Kvalitet og rekruttering/fastholdelse er væsentlige parametre, når den akutte indsats skal tilrettelægges. Effektivitet er lige så væsentligt. Akutberedskabet skal indrettes således, at de

knappe faglige og økonomiske ressourcer kanaliseres der hen, hvor de gør mest nytte for patienterne.

Sundhedsvæsenets aktiviteter skal tilrettelægges således, at der på både kort og langt sigt sikres effektivitet. Det betyder, at der skal være fokus på produktivitet, der handler om forholdet mellem ydelser og de hertil knyttede omkostninger. Men det betyder også, at der skal være fokus på forholdet mellem omkostninger og kvalitet, forstået som de samlede egenskaber ved ydelsen, herunder om ydelsen imødekommer behov og forventninger.

Patienternes efterspørgsel efter sundhedsydelser bliver en afgørende parameter i forhold til kapaciteten i sundhedsvæsenet i Region Midtjylland. Også i forhold til akutberedskabet i Region Midtjylland.

2.5. Sammenhæng med hospitalsplan, præhospitalsplan og sundhedsplan

Som følge af strukturreformen og regionernes dannelse har det været nødvendigt i de enkelte regioner at igangsætte et udredningsarbejde vedrørende den hospitalsstruktur og specialestruktur, der er overtaget fra amterne. Samtidigt har Sundhedsstyrelsen igangsat en national speciale gennemgang, hvori den aktuelle status samt udviklingstendenser for hvert enkelt speciale beskrives. Speciale gennemgangen vil resultere i en række anbefalinger til den fortsatte udvikling indenfor de enkelte specialer.

Hospitalsplan

I Region Midtjylland skal der ved årsskiftet 2007-2008 behandles forslag til en ny hospitalsplan. Hospitalsplanen for Region Midtjylland vil beskrive placeringen og fordelingen af specialer på hospitalsmatrikler i regionen. Der pågår hen over 2007 et udredningsarbejde, der skal ligge til grund for en samlet hospitalsplan. Alle 37 lægelige specialer er under udredning i regi af specialerådene, og den samlede hospitalsplan vil tage afsæt dels i udredningerne – dels i akutplanen for Region Midtjylland.

Hospitalsplanen vil bygge på de forudsætninger, der afstikkes i akutplanen.

Akutbehandlingen afhænger af tilstedeværelsen af fagfolk indenfor flere specialer, ligesom der skal være adgang til bestemte diagnostiske faciliteter, såsom røntgenoptagelser, scanning, laboratorieanalyser mv. Sundhedsstyrelsen har opstillet anbefalinger til, hvilke specialer der skal være repræsenteret på matrikler med akutmodtagelser, og Region Midtjyllands akutplan indeholder også krav til specialerepresentationen i forbindelse med modtagelsen af akutte patienter.

Placeringen af akutmodtagelser på hospitalerne vil således på mange områder danne grundlag for placeringen af specialer på hospitalerne generelt i regionen.

Omvendt vil placeringen af akutmodtagelser på færre hospitaler end i dag, give anledning til at der er en bygningsmasse, der kan udnyttes til andre formål.

Akutplanen er det første del-element af en samlet hospitalsplan for Region Midtjylland. Akutstrukturen er et afgørende element, når specialerådene skal udforme deres anbefalinger til den fremtidige hospitalsplan i Region Midtjylland.

Akutplanen fastlægger, at de nuværende 7 fødesteder fastholdes og bevares. Udgangspunktet er, at fødende oplyses om tilbuddet ved de enkelte fødesteder og at der sker en visitation, således at forventede komplicerede fødsler henvises til Århus Universitetshospital Skejby, Regionshospitalet Randers, Regionshospitalet Viborg og Regionshospitalet Herning. Der

etableres et samarbejde mellem Regionshospitalet Randers og Regionshospitalet Horsens, mellem Regionshospitalet Viborg og Regionshospitalet Silkeborg, og mellem Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro.

Akutplanen lægger endvidere til grund for den kommende hospitalsplan, at den nuværende neurorehabilitering i Skive fortsætter.

En række avancerede kræftbehandlinger skal fortrinsvis varetages på Regionshospitalet Herning. En række avancerede behandlinger indenfor det elektive område, herunder indenfor specialerne øre-næse-hals, urologi, mammakirurgi, øjne og ortopædi skal fortrinsvis varetages på Regionshospitalet Holstebro. Det er ambitionen at de nuværende forskningsfunktioner videreudvikles også i det nye hospital Vest og kan fungere som betydende videns- og udviklingsfunktioner for sundhedsvæsenet i hele landet.

Sundhedsberedskabs- og præhospitalplan

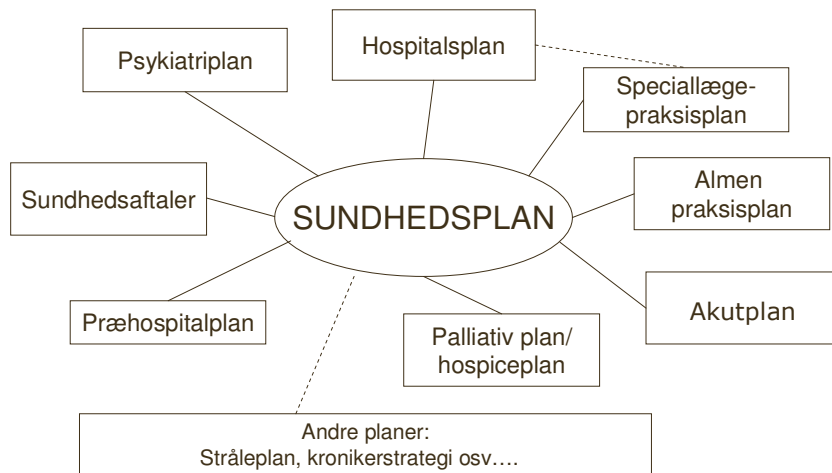
Den videre planlægning af regionens præhospital indsats beskrives og fastlægges i den samlede sundhedsberedskabs- og præhospitalplan for Region Midtjylland, som skal vedtages af Regionsrådet i 2007. Planen skal mere detaljeret fastlægge målsætninger, samarbejder og indsatser, herunder de eksisterende geografisk afgrænsede præhospital ordninger, f.eks. Karup Udrykningsbil, udrykningslæger i Hedensted, Gedved, Mols/Helgenæs og på Fur. De præhospital ordninger, der besluttet i forbindelse med akutplanen, indgår som del-elementer i en samlet sundhedsberedskabs- og præhospitalplan. En sådan behandles af Regionsrådet inden udgangen af året.

Sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen vil bygge på de forudsætninger, der afstikkes i akutplanen.

Sundhedsplan

I 2008 udarbejdes den første samlede sundhedsplan for Region Midtjylland. Sundhedsplanen samler de planmæssige initiativer, der er besluttet og igangsat på sundhedsområdet. Figuren nedenfor illustrerer sammenhængen mellem nogle af de mange planelementer på sundhedsområdet.

Sundhedsplanlægning



3. Forudsætninger for akutberedskabet i Region Midtjylland.

Akutplanen for Region Midtjylland tager afsæt i dels en vurdering af den geografisk mest hensigtsmæssige placering af de akutte beredskaber i forhold til befolkningsunderlag og afstande, dels en vurdering af mulighederne for lægefaglig bemanding, og dels betragtninger omkring de bygningsmæssige muligheder for etablering af fælles akutmodtagelse.

Der er i dag 10 akutte modtagelser i Region Midtjylland. Heraf har 8 matrikler medicinsk og kirurgisk akutmodtagelser og 2 matrikler har alene akut medicinsk modtagelse (Ringkøbing og Skive). Herudover er det allerede fastlagt, at de to akutte modtagelser i Århus skal fusioneres i forbindelse med bygningen af det Nye Universitetshospital i Århus.

Den akutte medicinske modtagelse på Regionshospitalet Ringkøbing og Regionshospitalet Skive lukkes, når der er mulighed for at integrere disse fuldt i hhv. Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Viborg. Ingen af de to enheder kan mønstre et tilstrækkeligt befolkningsgrundlag uden at skulle erstatte Viborg, Herning og Holstebro, ligesom de rent bygningsmæssigt ej heller kan rumme en fælles akutmodtagelse.

De resterende 7 hospitaler har alle afgørende betydning for hospitalsvæsenet og hospitalsdriften i Region Midtjylland. Der er ikke ledig kapacitet på hospitalerne i regionen, og en akutplan og principperne heri skal tage højde herfor.

Det akutte beredskab i Region Midtjylland organiseres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger med det formål at sikre og opprioritere kvaliteten i behandlingen af den akutte patient. Specialiseret behandling kræver et vist patientvolumen for at personalet kan opretholde deres kompetence indenfor den givne behandling.

Med det formål at fremtidssikre kvaliteten i modtagelsen af den akutte patient etableres der fælles akutmodtagelser på fem hospitaler i regionen.

3.1. Placering af akutmodtagelser i Region Midtjylland

Der etableres fælles akutmodtagelser på Regionshospitalet Horsens, Regionshospitalet Randers, Regionshospitalet Viborg samt i Århus.

Der etableres hurtigst muligt et nyt fagligt ambitiøst og attraktivt hospital i Vestjylland med fuldt udbygget akutmodtagelse. Det nye hospital til erstatning for Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro skal placeres i Vestjylland med en central geografisk placering.

Indtil et nyt samlet hospital er bygningsmæssigt etableret i Vestjylland er det vigtigt at Hospitalsenhed Vest fungerer som et samlet hospital – med høj kvalitet, klinisk udvikling og flere spydspidsfunktioner. Det betyder, at der på nogle områder skal satses på Regionshospitalet Herning og på andre områder på Regionshospitalet Holstebro.

Det skal sikres, at så mange akutte patienter som fagligt muligt behandles lokalt. På den baggrund kan akutte patienter i den vestlige del af regionen fremover modtages og behandles på både Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro. Patienterne visiteres og indlægges efter visitationsretningslinier, der tager udgangspunkt i de faglige kompetencer der er til stede i de enkelte dele af hospitalsenheden. For at fastholde kræftbehandling i Hospitalsenheden Vest, er tarmkirurgi samlet med strålebehandling og onkologi i Herning. Akut kardiologi samles i Herning. Det betyder, at patientkategorier i tilknytning hertil eller patienter, der akut kræver specialister indenfor disse områder skal behandles på den fælles akut modtagelse i Herning.

Planlægningen af et samlet hospital i den vestlige del af regionen må ikke stå i vejen for den fagligt relevante udvikling på Hospitalsenheden Vest. Der skal fortsat ske den fagligt relevante udvikling i funktionerne til gavn for patienterne i den vestlige del. Disse ændringer skal godkendes politisk – jf. kompetencefordelingsreglerne. Der skal derfor fortsat afsættes de nødvendige midler til de bygningsmæssige tilpasninger i Holstebro og Herning.

Regionshospitalet Silkeborg vil fortsat have medicinsk modtagelse af visiterede akutte intern medicinske patienter. Regionshospitalet Silkeborg skal gradvist over en årrække konvertere den akutte kirurgiske aktivitet til elektiv kirurgisk aktivitet. Sideløbende hermed skal hospitalet udvikle og nytænke de akutte medicinske funktioner, herunder omlægninger fra stationær til ambulant og omlægning fra akutte indlæggelser til elektiv og sub-akut medicinsk indlæggelse/behandling. Der etableres – jf. afsnit 5 – et center for udvikling af den ambulante medicin på Regionshospitalet Silkeborg.

Placeringen af de fælles akutmodtagelser

Placeringen af akutmodtagelserne er baseret på en helhedsvurdering og en afvejning af 4 forskellige faktorer:

- Sundhedsstyrelsens anbefalinger om befolkningsgrundlag: En fælles akutmodtagelse skal som minimum kunne mønstre et befolkningsgrundlag på 200.000 borgere
- Muligheder for at hospitalerne kan honorere Sundhedsstyrelsens anbefalinger om speciallægebemanding
- De bygningsmæssige muligheder for at rumme en fælles akutmodtagelse
- Hensynet til borgernes sikkerhed og tryghed betinger behovet for at geografiske forhold også tages i betragtning

En fælles akutmodtagelse skal således som udgangspunkt opfylde Sundhedsstyrelsens anbefaling om et befolkningsgrundlag på 200.000 idet dog geografiske forhold, herunder afstande, skal tages i betragtning.; akutmodtagelsen skal kunne rekruttere og bemande speciallægestillingerne; og der skal være bygningsmæssige muligheder for at rumme en fælles akutmodtagelse.

3.2. Befolkningsgrundlag

Af Region Midtjyllands ca. 1,2 mio. borgere vil akutmodtagelsen i Århus alene have et patientgrundlag på mindst 350.000 borgere.

Det er væsentligt for placeringen af de fælles akutmodtagelser i Region Midtjylland, at der kan mønstres et tilstrækkeligt befolkningsgrundlag, og at de fælles akutmodtagelser er geografisk hensigtsmæssigt fordelt i regionen.

De fælles akutmodtagelser skal med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger således kunne mønstre et befolkningsgrundlag på minimum 200.000 borgere.

Denne akutplan opfylder anbefalinger om befolkningsgrundlag fra Sundhedsstyrelsen, Alt afhængig af den præcise geografiske placering af det nye hospital Vest, vil der gælde følgende befolkningsunderlag for hospitaler med fælles akutmodtagelser: Regionshospitalet Horsens vil få befolkningsgrundlag på ca. 183.000-203.000; Regionshospitalet Randers ca. 232.000; Regionshospitalet Viborg ca. 228.000-241.000; Det Nye Universitetshospital i Århus ca. 366.000 og det nye hospital Vest på ca. 247.000-299.000 indbyggere. Det bemærkes, at der er tale om 2007-tal. Disse tal bygger på de tidligere beregninger – jf. scenarie B og D i Forslag til akutplan, juni 2007.

3.3. Speciallægebemanding i dag og fremadrettet

En væsentlig forudsætning for planlægning af den akutte opgave på regionens hospitaler er muligheden for at bemande akutmodtagelser. Sundhedsstyrelsen har i rapporten om akutberedskabet stillet specifikke krav vedrørende bemanding med speciallæger.

Allerede i dag har regionens hospitaler problemer med at sikre en tilstrækkelig bemanding på alle akutte hospitalsenheder, og det har af denne grund været nødvendigt at flytte akutte såvel som planlagte opgaver (se Notat vedrørende speciallægebehovet i Region Midtjylland).

Inden for en række specialer gør manglen på speciallæger det vanskeligt at opretholde en tilstrækkelig bemanding på alle nuværende akutenheder. En samling af speciallægestabe på nabohospitaler ville oftest gøre det muligt at sikre bemanding med speciallæger inden for alle de krævede specialer.

Sundhedsstyrelsens rapport stiller øgede krav om tilstedeværelse af speciallæger på regionens akutmodtagelser på hovedfunktionsniveau og på højt specialiseret niveau.

Tilstedeværelsesvagt døgnet rundt kræver en bemanding med minimum 7-8 læger. Da ikke alle speciallæger indgår lige meget i vagten af hensyn til forskning, ledelse, uddannelse, særligt specialeansvar m.v. er kravet til bemanding formentlig mindst 10-14 speciallæger afhængigt af speciale.

Placeringen af de fælles akutmodtagelser i Region Midtjylland tager højde for de rekrutteringsmæssige udfordringer (jf. Oversigt over speciallægedækning på hospitalerne i

Region Midtjylland). I Region Midtjylland er det muligt at etablere og bemane fælles akut modtagelser på hovedfunktionsniveau på op til fire matrikler udover den højt specialiserede enhed på Det Nye Universitetshospital i Århus.

En samling af de akutte funktioner, en samling af de akutte specialer og tilstedeværelse af speciallæger og andet sundhedsfagligt personale er afgørende elementer i at sikre en høj kvalitet i modtagelse, diagnostik og behandling af den akutte patient. En ny organisering af de akutte funktioner – også internt på det enkelte hospital – vil skabe bedre rammer for at vurdere, prioritere, stabilisere og diagnosticere de akutte patienter. En lang række patienter har mere end en sygdom og en tværfaglig diagnosticering er ofte påkrævet.

Det skal sikres, at også akutte patienter med psykiske lidelser kan behandles. De strategiske beslutninger om placering af de fremtidige psykiatriske døgnfunktioner og beredskabet skal i videst muligt omfang koordineres med planlægningen af de somatiske hospitalers akutberedskab og specialeplanlægning i øvrigt.

3.4 Bygningsmæssige konsekvenser som følge af akutplanen

En udvidelse af de fælles akutmodtagelsers befolkningsgrundlag samt en samling af de akutte modtage-funktioner på den enkelte matrikel kræver ombygninger og tilbygninger.

De syv største hospitaler i regionen er bygget på forskellige tidspunkter, og standarden på bygningsmassen varierer fra hospital til hospital. Fælles for hospitalerne er imidlertid, at bygningsmassen i dag er meget intensivt udnyttet.

Kapacitetsudvidelserne på hospitaler med fælles akutmodtagelse kan ske ved nybyggeri i tilknytning til de eksisterende bygninger (her ses bort fra Det Nye Universitetshospital i Århus og det nye hospital Vest).

De fælles akutmodtagelser organiseres efter principperne i behandlings- og diagnosticeringsmodellen, det vil sige at alle akutte patienter som hovedregel skal modtages i den fælles akutmodtagelse og der skal foretages en indledende diagnostik og behandling – jf. afsnit 4.2.2. Det kræver en række bygningsmæssige ændringer af de eksisterende matrikler på Regionshospitalet Horsens, Regionshospitalet Randers og Regionshospitalet Viborg. En foreløbig vurdering er, at de anlægsmæssige ændringer i Randers, Viborg og Horsens indebærer anlægsmæssige udgifter på 650-820 mio. kr. Der er her alene tale om bygningsmæssige ændringer i forbindelse med etablering af de fælles akutmodtagelser (se også afsnit 5).

Det nye hospital Vest

For øjeblikket er Hospitalsenhed Vest spredt på en række matrikler. For at styrke udviklingsmulighederne, skal der udarbejdes et beslutningsgrundlag, som beskriver forskellige muligheder for etablering af én samlet enhed som erstatning for hospitalerne i Herning og Holstebro. Beslutningsgrundlaget skal beskrive mulige placeringer mellem Herning og Holstebro ud fra en række forskellige hensyn – herunder transporttider, infrastruktur i øvrigt, økonomi, VVM m.v. Beslutningsgrundlaget præsenteres for Regionsrådet så hurtigt som muligt, dog senest juni 2008.

Der skal internt igangsættes en fælles udredning af den faglige samordning mellem Herning og Holstebro, hvor de relevante faglige fora inddrages.

Ændringer i akutindsatsen forudsætter at der bliver økonomisk råderum til at sikre de nødvendige bygningsmæssige ændringer samt investeringer i apparatur. Forslag til

bygningsmæssige ændringer som følge af akutplanen vil blive forelagt det aftalte ekspertpanel vedrørende sygehusinvesteringer – jf. aftale om regionernes økonomi for 2008. Investeringer til anlæg skal tilvejebringes således, de bygningsmæssige ændringer kan påbegyndes i 2008.

I forlængelse af akutplanen og den kommende hospitalsplans gennemførelse vil tiloversblevne m² på hospitalerne blive realiseret gennem salg, dog ikke til direkte hospitalsdrift.

3.5. Akutplanen og Sundhedsstyrelsens anbefalinger

Akutplanen for Region Midtjylland lever overordnet set op Sundhedsstyrelsens anbefalinger af juni 2007 til organisering af fælles akutmodtagelser, til bemanning, til visitation, til diagnostiske faciliteter, til befolkningsunderlag og til præhospital indsats (Styrket Akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen juni 2007; brev fra Sundhedsstyrelsen af 18. juni 2007).

Der er dog fire opmærksomhedsfelter i forhold Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

For det første opretholdes medicinsk modtagelse af visiterede akutte patienter på 1 matrikel uden fælles akutmodtagelse. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at al modtagelse af akutte patienter sker på matrikler med fælles akutmodtagelse. Sundhedsstyrelsen har efterfølgende præciseret, at såfremt det etableres akutfunktion på nærhospitaler uden fælles akutmodtagelse, bør det kun være i en overgangsperiode, indtil en anden løsning er mulig.

Sundhedsstyrelsen har i brev af 18. juni præciseret, at det kræver klare visitationsretningslinier samt forudgående telefonisk aftale mellem hospitalsvisitationen og den ansvarlige, kvalificerede, modtagende læge. Desuden bør det sikres, at der foreligger retningslinier for videre visitation til relevant afdeling/fælles akutmodtagelse, såfremt der ved indlæggelse eller derefter opstå forværring af patientens tilstand.

For det andet er befolkningsgrundlaget for Regionshospitalet Horsens meget afhængigt af Region Syddanmarks placering af akutmodtagelse. Vejle ligger ca. 5 km. fra Region Midtjyllands sydøstlige grænse. En placering af en fælles akutmodtagelse i Vejle kan betyde en reduktion i patientgrundlaget for Regionshospitalet Horsens på op til 40.000 indbyggere. Regionshospitalet Horsens har en vigtig opgave med at aflaste de nuværende hospitaler i Århus (og på sigt Det Nye Universitetshospital i Århus). Det er således en afvejning mellem på den ene side hensynet til at dække den sydøstlige del af Region Midtjylland og dermed også aflaste hospitalerne i Århus og på den anden side hensynet til Sundhedsstyrelsens krav til befolkningsgrundlag.

For det tredje lægger akutplanen op til, at der - i hvert fald i en længere overgangsperiode - ikke kan mønstres ortopædiske kirurger i tilstedeværelsesvagt på de fælles akutmodtagelser. Som påpeget i Regionsrådets høringssvar til Sundhedsstyrelsen vil et krav om tilstedeværelsesvagt af ortopædiske kirurger få konsekvenser for de opgaver, som skal løses i dagtid. Særligt inden for det ortopædkirurgiske område kan det medføre øgede ventetider og en stærkt nedsat produktivitet på hospitalerne. Sundhedsstyrelsen har i brev af 18. juni 2007 tilkendegivet, at de er opmærksomme på at den generelle lægemangel kan gøre det vanskeligt at efterleve anbefalingen. Derfor må kravene om tilstedeværelsesvagt søges opfyldt i den udstrækning som det lokalt er muligt.

For det fjerde indgår det i akutplanen, at der fortsat kan modtages akutte patienter på både Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro. Det vil ikke være muligt at bemane de to fælles akutmodtagelser i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinier i den vestlige del af regionen, ligesom akutmodtagelser i både Herning og Holstebro hver for sig ikke kan mønstre tilstrækkeligt befolkningsgrundlag. Patienter visiteres

og indlægges efter visitationsretningslinier, der tager udgangspunkt i de faglige kompetencer, der er tilstede i de enkelte dele af hospitalsenheden. Det skal sikres, at så mange akutte patienter som fagligt muligt behandles lokalt.

4. Principper for akutberedskabet i Region Midtjylland.

Akutplanen for Region Midtjylland bygger på en række principper for organisering af akutmodtagelser, akutklinikker, skadevisitation og præhospital indsats. I det følgende beskrives disse.

4.1. En integreret akutindsats – det sammenhængende sundhedsvæsen

Region Midtjylland har formuleret en række visioner for udviklingen af sundhedsvæsenet. En af visionerne er at opretholde et decentraliseret, offentlig sundhedsvæsen, som er baseret på let, lige og fri adgang til sundhedsydelser med høj kvalitet samt størst mulig nærhed og valgfrihed i forhold til ydelserne. Et sundhedsvæsen, hvor der tænkes i samarbejde mellem hospitalsenhederne og med ydelser, som for den enkelte borger fremtræder sammenhængende og veltilrettelagte.

Denne vision skal også gælde for den akutte indsats. Det er således vigtigt, at patienten, der har akut behov for sundhedsfaglig hjælp har let, lige og fri adgang til denne og at det tilbud, patienten står overfor er af høj kvalitet og fremtræder sammenhængende og veltilrettelagt.

I Region Midtjylland er det, i forbindelse med tilrettelæggelsen af akutberedskabet, derfor et vigtigt princip, at patienterne er trygge ved, at det rette behandlingstilbud tilbydes uanset hvortil den første henvendelse til sundhedsvæsenet er rettet.

Et element i at opnå denne tryghed er, at der er en entydig indgang til sundhedsvæsenet. Patienterne skal ikke være i tvivl om, hvortil de skal rette henvendelse ved akut opstået sygdom eller skade.

Et andet element er, at den videre visitation af den akutte patient er præcis og så direkte som mulig. Patienten skal ikke være i tvivl om, at den første henvendelse i systemet udløser den rigtige behandling. Derfor skal visitationen være bemandet med kvalificeret sundhedsfagligt personale, der har kompetencer til og mulighed for at visitere patienten til det rette behandlingstilbud – også på tværs af sektorer.

Det er endvidere et højt prioriteret princip, at akutplanen for Region Midtjylland skal medvirke til at højne kvaliteten for den akutte patient og højne kvaliteten i mødet mellem den akutte patient og sundhedsvæsenet.

Patienter skal ikke opleve at blive kastebold mellem forskellige sundhedsfaglige sektorer – og mindst af alt i en situation, der drejer sig om akut opstået sygdom eller skade. Når patienten har kontaktet den sundhedsfaglige visitation skal det videre patientforløb derfor foregå let og ubesværet. Ligesom den rette diagnose og behandling skal iværksættes så hurtigt som muligt.

For at sikre disse principper, skal der være høj grad af sammenhæng mellem ydelserne i de forskellige enheder i sundhedsvæsenet.

Den præhospital indsats skal organiseres og opleves som en integreret del af den samlede sundhedsmæssige behandlingsindsats, der tilbydes patienter ved akut opstået sygdom eller

tilskadekomst. Fundamentet for den præhospitale indsats er borgernes egen indsats – fx førstehjælp- samt ambulanceberedskabet. Efter fastlagte kriterier kan der endvidere kaldes supplerende præhospital hjælp – fx udrykningssygeplejerske eller ambulancelæge. I disse tilfælde er det "hospitalet som rykker ud til patienten", med det formål at sikre en hurtig og kvalificeret indsats overfor akutte tilstande, som udgør en trussel mod liv og førlighed. Det er væsentligt, at denne indsats integreres med sundhedsvæsenets øvrige akutte indsats, herunder den akutte modtagelse på hospitalerne. Det vil sikre sammenhæng mellem den præhospitale indsats og den indsats, som ydes efter ankomsten til hospitalet. Samtidig er det afgørende for den præhospitale indsats, at de præhospitale ressourcer disponeres effektivt og kan prioriteres på tværs af hele regionen.

Skadefunktioner, hvor lægevagt og hospitalsansat personale arbejder sammen om behandling af skader, er ligeledes en måde at sikre sammenhængende og smidige patientforløb på tværs af sektorer. Ligesom fælles akutmodtagelser, hvor sundhedsfagligt personale fra flere specialer er fysisk samlet ved de akutte patienters ankomst til hospitalerne, er en måde at sikre samarbejde på tværs af specialer om at stille den rette diagnose og iværksætte den rette behandling hurtigt og effektivt.

4.1.1. De fælles akutmodtagelser som omdrejningspunkt for den akutte indsats

Akutindsatsen i Region Midtjylland skal være integreret og sammenhængende på tværs af matrikler og sektorer.

De fem fælles akutmodtagelser er omdrejningspunkt for al akut indsats i Region Midtjylland, herunder den konkrete fælles akutmodtagelse, en eller flere akutklinikker og de integrerede præhospitale ordninger.

Akutklinikernes beføjelser udspringer af generel instruks fra de fælles akutmodtagelser.

De supplerende præhospitale indsatsordninger skal være en integreret del af akutmodtagelserne og sker under generel instruks fra de fælles akutmodtagelser.

Med henblik på at sikre vedligehold og udvikling af kompetencer skal der etableres et tæt samarbejde mellem de fælles akutmodtagelser, akutklinikker og de supplerende præhospitale indsatsordninger.

Hospitalsvisitation

Der etableres på hver fælles akutmodtagelse en hospitalsvisitation. Hospitalsvisitationen understøtter, at der i visitationsfasen rådes over den vifte af specialistkompetencer, som er nødvendige for at sikre det faglige grundlag for en korrekt og effektiv visitation af patienterne.

Alle akutte indlæggelser på hospitalerne i Region Midtjylland skal ske efter aftale med hospitalsvisitationen på en af de 5 fælles akutmodtagelser. Visitor på den enkelte fælles akutmodtagelse afgør, om der kan ske indlæggelse direkte på specialafdeling, om der kan ske indlæggelse på et hospital uden fælles akutmodtagelse eller om patienten skal via en fælles akutmodtagelse.

I den mellemliggende periode indtil der er etableret et nyt hospital Vest er det vigtigt, at hospitalsenhed Vest fungerer som et samlet hospital – med høj kvalitet, klinisk udvikling og flere spydspidsfunktioner.

Det skal sikres, at så mange akutte patienter som fagligt muligt behandles lokalt. På den baggrund kan akutte patienter i den vestlige del af regionen fremover modtages og behandles på både Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro. Patienterne visiteres og indlægges efter visitationsretningslinier, der tager udgangspunkt i de faglige kompetencer der er til stede i de enkelte dele af hospitalsenheden.

For at fastholde kræftbehandling i Hospitalsenheden Vest, er tarmkirurgi samlet med strålebehandling og onkologi i Herning. Akut kardiologi samles i Herning. Det betyder at patientkategorier i tilknytning hertil eller patienter der akut kræver specialister indenfor disse områder skal behandles på den fælles akut modtagelse i Herning.

Patienterne visiteres og indlægges efter visitationsretningslinier, der tager udgangspunkt i de faglige kompetencer, der er til stede i de enkelte dele af hospitalsenheden.

Der skal internt igangsættes en fælles udredning af den faglige samordning mellem Herning og Holstebro, hvor de relevante faglige fora inddrages.

4.2. Akutmodtagelser i Region Midtjylland

Der etableres i Region Midtjylland 5 akutmodtagelser (4 fælles akutmodtagelser og 1 traumecenter), hvor der modtages akutte, uselekterede patienter.

De fælles akutmodtagelser placeres på Regionshospitalet Horsens, Regionshospitalet Randers, Regionshospitalet Viborg samt på det nye hospital Vest Traumecentret ligger på Det Nye Universitetshospital i Århus.

4.2.1 Akutmodtagelse på højt specialiseret niveau – traumecenter.

Sundhedsstyrelsen anbefaler til behandling af svært kritisk syge patienter/tilskadekomne, at følgende specialer skal være tilgængelige på højt specialiseret niveau:

- Anæstesiologi med intensiv afdeling niveau 3, herunder behandling af børn
- Gynækologi og obstetrik
- Intern medicin (som bred repræsentation af medicin)
- Intern medicin: kardiologi
- Karkirurgi
- Kirurgi, herunder børnekirurgi
- Neurokirurgi
- Neurologi
- Oftalmologi
- Ortopædisk kirurgi
- Oto-rhino-laryngologi
- Plastikkirurgi
- Pædiatri, herunder neonatologi
- Thoraxkirurgi
- Hospitals odontologi – herunder speciallæge med erfaring i mund-, hals- og kæbekirurgi
- Diagnostisk radiologi
- Klinisk biokemi
- Klinisk immunologi
- Klinisk mikrobiologi

Af disse specialer anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der skal være tilstedeværelsesvagt af speciallæger fra: anæstesiologi, gynækologi og obstetrik, intern medicin, intern medicin: kardiologi, kirurgi, thoraxkirurgi, ortopædkirurgi og pædiatri.

Diagnostisk radiologi bør som minimum have speciallæger i rådighedsvagt, idet nogle funktioner kan varetages ved en telemedicinsk løsning. På matriklen skal der være døgndækkende kompetence til varetagelse af akutte ultralydsundersøgelser og ekkokardiografi. Desuden rådighedsvagt af speciallæger fra specialerne: neurokirurgi, plastikkirurgi, karkirurgi, klinisk biokemi, klinisk immunologi, klinisk mikrobiologi, neurologi, oftalmologi, oto-rhino-laryngologi, hospitalsodontologi og radiolog med neuroradiologisk ekspertise og ekspertise i invasive procedurer (fx angiografi og embolisering). Hvis børn modtages, skal der være speciallæge på det kirurgiske område med ekspertise i behandling af børn samt speciallæger med anæstesiologisk/intensiv erfaring i behandling af børn.

Sundhedsstyrelsen anbefaler for traumecentre, at følgende funktioner tilbydes døgndækkende:

- Konventionelle røntgenundersøgelser
- Ultralydsundersøgelser, herunder ekkokardiografi
- CT scanning
- MR scanning
- Interventionsradiologi
- Invasiv kardiologi
- Akutte operationsfaciliteter

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus er i dag traumecenter på højeste specialiseringsniveau.

På Det nye Universitetshospital videreudvikles traumecenter på højeste specialiseringsniveau. Traumecentret lever op til ovenstående krav.

4.2.2 Akutmodtagelse på hovedfunktionsniveau – fælles akutmodtagelser.

En fælles akutmodtagelse defineres af Sundhedsstyrelsen som "... en fælles fysisk lokalitet på et sygehus beliggende på én matrikel, hvortil akut syge eller tilskadekomne patienter kan visiteres eller indbringes, og hvor der er mulighed for diagnostik og behandling med akut lægelig bistand fra flere specialer, uanset om behandlingen kan ske i en skadestue eller kræver indlæggelse. Akutmodtagelse er bemanded med læger, sygeplejersker og andet personale". Endvidere forudsætter Sundhedsstyrelsen, at skadestuer indgår som en integreret del af de fælles akutmodtagelser.

De fælles akutmodtagelser i Region Midtjylland organiseres efter diagnosticerings- og behandlingsmodellen. I denne model modtages de akutte patienter, der skal indlægges på hospitalet, i en fælles akutmodtagelse eller for nogle afgrænsede patientgruppes vedkommende direkte på en specialafdeling. I de fælles akutmodtagelser foregår en bred og tværfaglig indledende - og evt. endelig - diagnostik og behandling af akutte uselekterede patienter før udskrivning eller overførsel til specialafdeling. En bred vifte af kompetencer vil være til stede i akutmodtagelsen.

Diagnosticerings- og behandlingsmodellen skaber således rammerne for at vurdere, prioritere, stabilisere og diagnosticere de akutte patienter, samt foretage indledende behandling målrettet af en række almindeligt forekommende akutte symptomer og sygdomstilfælde.

En lang række patienter har mere end én sygdom og en tværfaglig diagnosticering er væsentlig mere hensigtsmæssig end den monofaglige diagnosticering, der finder sted på specialafdelingerne. U hensigtsmæssige overflytninger af patienten fra en afdeling til en anden vil blive minimeret, hvilket vil smidiggøre, effektivisere og højne kvaliteten af patientbehandling og -forløb.

Skadestuen er en integreret del af den fælles akutmodtagelse.

Den fælles akutmodtagelse ledes af en selvstændig ledelse for akutmodtagelsen.

På kort sigt organiseres akutmodtagelserne således, at de speciallæger, der er tilknyttet akutmodtagelsen er ansat på de specialafdelinger, som de rent speciale mæssigt tilhører på hospitalet. Speciallægerne skal dog være fysisk tilstede i akutmodtagelsen, når de har tilstedeværelsesvagt i forhold til denne. Der kan desuden tilkaldes speciallæger fra specialafdelingerne, såfremt der er behov for speciallægetilsyn fra speciallæger, der ikke er til stede i akutmodtagelsen.

På længere sigt er det forventningen, at akutmedicin etableres som fagområde. I den forbindelse skal der ske ansættelse af speciallæger med overbygningsuddannelse i akutmedicin i de fælles akutmodtagelser.

Det bemærkes, at der også bør være adgang til psykiatrisk bistand i de fælles akutmodtagelser. Region Midtjylland har igangsat arbejdet med en samlet psykiatriplan. Det skal indgå i en samlet psykiatriplan, at der kan ydes bistand til patienter med akut psykiatrisk sygdom i regi af de fælles akutmodtagelser.

4.2.3. Specialrepræsentation på matrikler med fælles akutmodtagelse:

Følgende specialer og faciliteter vil være repræsenteret på matrikler med fælles akutmodtagelser:

- Intern medicin
- Ortopædisk kirurgi
- Kirurgi (parenkym)
- Anæstesiologi med intensiv afdeling niveau 2
- Diagnostisk radiologi
- Klinisk biokemi

Ved modtagelse af børn, bortset fra børn med mindre skader, bør der desuden også være pædiatri på matriklen. Overvejelser om specialrepræsentationen i forhold gynækologi/obstetrik og pædiatri vil indgå dels i Sundhedsstyrelsens udredning på området, dels i Region Midtjyllands forslag til hospitalsplan.

Der må gerne være specialer ud over disse på matrikler med fælles akutmodtagelse.

Ovennævnte specialer skal således være repræsenteret på Det Nye Universitetshospital i Århus, Regionshospitalet Horsens, Regionshospitalet Randers, Regionshospitalet Viborg og Regionshospitalet Herning, der alle har fælles akutmodtagelser. Dette lever op til Sundhedsstyrelsens krav til specialrepræsentation på matrikler med fælles akutmodtagelse.

For den fælles akutmodtagelse på Det nye Universitetshospital i Århus, der også er traumecenter, gælder desuden specifikke krav til specialerepræsentationen, som planen herfor efterlever.

4.2.4. Faciliteter ved de fælles akutmodtagelser

Følgende faciliteter vil være tilstede på de 5 matrikler med fælles akutmodtagelse:

- Konventionelle røntgenundersøgelser
- CT-scanning
- Ultralydsundersøgelser, herunder ekkokardiografi
- Akutte operationsfaciliteter
- Laboratorieanalyser – klinisk biokemi
- Telemedicinske faciliteter (f.eks. til brug ved trombolysе-behandling af apopleksi-patienter)

Faciliteterne skal være placeret enten i den fælles akutmodtagelse eller i nær fysisk tilknytning hertil.

I dag er de fleste akutmodtagelser på regionens hospitaler organiseret ud fra distributionsmodellen. Patienterne modtages flere forskellige steder og de diagnostiske faciliteter er derfor heller ikke fysisk samlet på hospitalet.

Dette afføder et behov for store bygningsmæssige ændringer på alle hospitaler. Det skal konkret vurderes i forhold til det enkelte akutmodtagende hospital om en flytning eller udvidelse af alle faciliteter på hospitalet er hensigtsmæssig og nødvendig.

4.2.5. Tilstedeværelse af speciallæger i de fælles akutmodtagelser:

De 5 fælles akutmodtagelser vil have speciallæger i vagt i henhold til nedenstående principper:

Tilstedeværelsesvagt for speciallæger indenfor følgende specialer:

- Intern medicin
- Kirurgi
- Anæstesiologi
- Gynækologi og obstetrik, hvis der er fødsler på matriklen

Desuden skal der være speciallæger i rådighedsvagt indenfor øvrige relevante specialer, herunder som minimum:

- Ortopædisk kirurgi
- Diagnostisk radiologi
- Pædiatri

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der skal være tilstedeværelsesvagt af speciallæger i ortopædisk kirurgi. Region Midtjylland har i sit høringssvar til Sundhedsstyrelsen anført, at et krav herom vil have betydelige negative konsekvenser for produktionen i dagtid.

Der skal ifølge Sundhedsstyrelsen være speciallæger i tilstedeværelsesvagt med kompetence til at foretage akutte hjerteundersøgelser, herunder ekkokardiografi. Der er kardiologiske speciallæger nok til at dække op til 5 akutmodtagelser i Region Midtjylland, hvis speciallægerne har rådighedsvagt.

4.2.6. Faglig profil i de fælles akutmodtagelser

De fælles akutmodtagelser vil være bemandede med personale, der tilsammen kan håndtere akutte patienter på et højt fagligt niveau.

I Region Midtjylland skabes mulighed for efteruddannelse af speciallæger med henblik på at opnå de kompetencer, der anses for nødvendige hos personalet i de fælles akutmodtagelser.

På længere sigt anbefales endvidere, at der beskrives et fagområde i akut medicin, således at speciallæger fra flere faglige specialer kan indgå i bemanningen af akutmodtagelserne. Der igangsættes en beskrivelse af en model, hvor de akutte modtagelser i Herning og Holstebro er bemandede med akut-medicinere. For at understøtte akutfunktionerne igangsættes et projekt med uddannelse af akutmedicinere. Dette sker i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner.

4.2.7. Patientgrupper der kan indlægges udenom den fælles akutmodtagelse.

Som udgangspunkt modtages og indlægges alle akutte patienter i den fælles akutmodtagelse. Der er dog følgende undtagelser:

- Patienter, der kan indlægges direkte på specialafdelinger
- Medicinske patienter, der efter visitation kan indlægges på hospitaler uden fælles akutmodtagelse

Akutte patienter med kirurgiske og ortopædkirurgiske lidelser indlægges altid via den fælles akutmodtagelse.

Følgende patientgrupper kan med fordel efter aftalte principper indlægges direkte på specialafdelinger, eller kan passere direkte videre til relevant afdeling efter modtagelsen i akutafsnittet:

- Gynækologiske patienter
- Børn (dog ikke skader)
- Patienter med åbne indlæggelser
- Patienter, der overflyttes fra andre hospitaler
- Patienter, der indlægges fra ambulatorier
- Patienter, der er visiteret via præhospital telemedicin eller af ambulancelæge

Det er visitator på den fælles akutmodtagelse, der foretager den konkrete vurdering i forhold til, hvilke patienter, der kan indlægges udenom den fælles akutmodtagelse direkte på specialafdeling.

4.3. Modtagelse af akutte medicinske patienter på Regionshospitalet Silkeborg

Der vil fortsat kunne ske indlæggelse af visiterede akutte intern medicinske patienter på Regionshospitalet Silkeborg. Regionshospitalet Silkeborg får som hovedopgave – indenfor det medicinske område – at udvikle metoder til at undgå u hensigtsmæssige akutte medicinske indlæggelser, herunder udvikling af den ambulante medicin. Visiterede akutte intern medicinske indlæggelser i Silkeborg kan ske efter aftale med Hospitalsvisitationen på en af de fælles akutmodtagelser.

I Silkeborg opretholdes såvel diagnostik og behandling af elektive patienter som modtagelse af visiterede akutte intern medicinske patienter.

Med fastlæggelse af et sæt faglige retningslinier for visitationen til modtagelsen af akutte intern medicinske patienter i Silkeborg etableres et akut tilbud, som forventes at kunne varetage op til to tredjedele af de akutte intern medicinske patienter fra området (gennemsnitligt ca. 10-12 akutte visiterede indlæggelser per døgn) vurderet ud fra DRG-udskrivningsdiagnoser. Aktuelt indlægges 15-18 akutte medicinske patienter i døgnnet på afdelingen i Silkeborg.. Ved udarbejdelse af visitationsretningslinier forventes en mere præcis vurdering af omfanget.

4.3.1. Visitation af akutte intern medicinske patienter

Alle henvendelser om akut indlæggelse sker til hospitalsvisitationen i de fem fælles akutmodtagelser på hovedfunktionsniveau.

Intern medicinske patienter kan af hospitalsvisitator i den fælles akutmodtagelse visiteres til akut indlæggelse på hospitalet med medicinsk akutmodtagelse, med mindre der er tale om følgende patientkategorier:

- patienter med hjertelidelse
- patienter med akut opstået bevidsthedspåvirkning
- patienter med svært påvirket respiration
- patienter med muligt behov for akut kirurgisk indsats, herunder blødning fra tarm og mave
- patienter med behov for intensiv observation og/eller behandling
- patienter med føleforstyrrelser/lammelser
- andre særlige lidelser

Patienter med sådanne tilstande/symptomer skal altid indlægges i fælles akutmodtagelser.

Visitator kan sammen med den henvisende læge aftale, at øvrige medicinske patienter fra Silkeborg-området indlægges på den akutte medicinske afdeling der.

Herudover kan patienter, som primært er indlagt i de fælles akutmodtagelser på hovedfunktionsniveau til Silkeborg til fortsat behandling i dagtid efter skøn fra visitator på de fælles akut modtagelser på hovedfunktionsniveau.

Patienter i nærområdet kan visiteres til en ambulant akutlinie i Silkeborg, , hvorved patienten kan blive vurderet af en speciallæge i dagtid og en indlæggelse undgås. Patienter med åbne indlæggelser, kan som udgangspunkt indlægges i Silkeborg.

4.3.2. Specialrepræsentation

Følgende specialer vil være repræsenteret på matriklen:

- Intern medicinske specialer
- Diagnostisk radiologi
- Øvrige specialer afhængigt af elektive funktioner på matriklen

På en række områder vil der være etableret udetjeneste fra andre hospitaler af hensyn til bemanning af specialambulatorier, tilsyn på indlagte patienter mv. Tilstedeværelse af specialer

vil variere afhængigt af, hvilke funktioner der er placeret på matriklen i henhold til specialeplanlægningen.

4.3.3. Faciliteter

Følgende faciliteter vil være tilstede på matriklen:

- Klinisk biokemi (prøvetagning og analyse)
- Konventionel røntgen
- Ultralyd og evt. CT-scanning i dagtid
- Evt. øvrige faciliteter i dagtid afhængig af specialeplanlægning

Der opretholdes intensivfunktion i Silkeborg

4.3.4. Vagtfunktion

Der skal være tilstedeværelsesvagt af en læge fra medicinsk afdeling (forvagt). Der vil herudover være en mere erfaren læge (speciallæge/næsten speciallæge) med speciale i medicin med vagt uden for tjenestestedet.

Det øvrige vagtberedskab skal tilpasses de elektive funktioner, der i øvrigt er på hospitalerne.

I Silkeborg vil der være behov for, at der etableres en intern funktion til at varetage akut opståede situationer med behov for livreddende behandling på både medicinske og kirurgiske/ortopædkirurgiske afdelinger. Denne funktion kan varetages af anæstesisygeplejerske, der er til stede på matriklen.

Der kan være behov for ledsagelse ved overflytning af patienter til de fælles akutmodtagelser på hovedfunktionsniveau. Denne funktion kan varetages af anæstesisygeplejerske.

Der vil i forlængelse af beslutningen om at bevare fødsler og intensivfunktion på Regionshospitalet Silkeborg ligeledes være anæstesilæge i tilstedeværelsesvagt.

4.4. Etablering af akutklinikker

En samling af akutmodtagelserne i Region Midtjylland betyder, at en række patienter vil få længere til et hospital med fælles akutmodtagelse og dermed få længere til et hospital med en traditionel skadestue. En række af disse patienter har skader af en sådan karakter, at de med fordel kan behandles på akutklinikker i nærområdet.

Akutklinikker varetager behandlingen af mindre skader - eksempelvis behandling af større sår, der kræver lokalbedøvelse, færdigbehandling af ukomplicerede brud samt behandling af lette ankel og knæleds forstuvninger. Akutklinikker kan foretage mindre røntgenoptagelser af eksempelvis fod/ankel, hænder, underarme og brystkassen. Der skal i forlængelse af hospitals-planen ske en nærmere præcisering af, hvilke typer skader, der kan varetages på den enkelte akutklinik. En sådan beskrivelse skal bl.a. ske under hensyntagen til hvilke faciliteter, aktiviteter og bemanning, der i øvrigt vil være til stede på det hospital, hvor der etableres akutklinik.

Der etableres akutklinikker på Regionshospitalet Ringkøbing, Regionshospitalet Skive, Regionshospitalet Grenå og Regionshospitalet Silkeborg. Der suppleres med ambulante funktioner i dagtid. Behovet og antallet af besøg vurderes løbende.

Det bemærkes, at der ikke planlægges ændringer i det akutte beredskab på Samsø.

Akutklinikker skal levere sundhedsydelse på et højt fagligt niveau. Det forudsætter først og fremmest:

- Klare visitationsretningslinier
- Veldefinerede kompetencer og tilbud om efteruddannelse hos behandlersygeplejersker
- Et patientflow, der kan vedligeholde kompetencerne
- Tilgængelighed af kvalificeret lægelig back-up

Behandling på akutklinik kræver forudgående visitation (dvs. der er tale om en såkaldt "lukket" skadefunktion). Med henblik på at sikre, at patienten får den rette behandling på rette niveau er det afgørende, at der sker en præcis og pålidelig visitation af patienten. En præcis og pålidelig visitation skal dels sikre, at småskader m.v. kan behandles på akutklinikken og dermed tager fra i forhold til akutmodtagelsen, dels skal visitationen sikre, at større skader kommer direkte til den fælles akutmodtagelse.

I normal dagarbejdstid har akutklinikken som basisbemanding specialuddannede behandlersygeplejersker med generel instruktion fra den fælles akutmodtagelse, som akutklinikken er koblet op på. Behandlerteamet suppleres med læge i form af lægefaglig back-up på matriklen fra hospitalsansatte læger med tilladelse til selvstændigt virke, samt mulighed for at konferere med speciallæger fra den fælles akutmodtagelse.

Om aftenen består behandlerteamet af lægevagt og specialuddannede behandlersygeplejersker. Behandlersygeplejerskerne skal assistere lægevagten i behandlingen af patienter med mindre skader samt patienter med medicinske sygdomstilfælde og arbejder på konkret instruktion af lægevagten.

For akutklinikken i Silkeborg, som har åbent om natten, gælder at den er bemandet med behandlersygeplejersker suppleret med læge i form af lægefaglig back-up på matriklen fra hospitalsansatte læger med tilladelse til selvstændigt virke, samt mulighed for at konferere med speciallæger fra den fælles akutmodtagelse.

Lægevagten og akutklinikken skal have lokalefællesskab, og behandlersygeplejerskerne og lægevagten samarbejder om behandlingen af patienter med mindre skader samt patienter med medicinske sygdomstilfælde. Samarbejdsrelationen mellem lægevagt og det hospitalsansatte personale skal afklares nærmere i dialog med almen praksis/lægevagten. En sådan model forudsætter, at der indledes dialog og kan opnås enighed med lægevagten herom.

Der er erfaringer fra skadeklinikken i Skive, som med fordel kan inddrages.

Akutklinikker har adgang til konventionel røntgenoptagelse. Lægelig vurdering af røntgenbilleder kan enten ske på den pågældende hospitalsmatrikel eller på hospital med fælles akutmodtagelse via telemedicinsk opkobling.

Akutklinikernes åbningstider er baseret på volumen, behov og øvrig aktivitet på den hospitalsmatrikel, hvor akutklinikken er placeret. En vis volumen og aktivitet er nødvendig for at sikre faglig udvikling og kvalitet i indsatsen samt en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne. Behovet og antallet af besøg vurderes løbende.

Akutklinikkerne i Skive, Ringkøbing og Grenå har åbent 8-22 alle dage i samarbejde med almen praksis/lægevagten. Akutklinikken på Regionshospitalet Silkeborg har døgnåbent – også her i et samarbejde med almen praksis/lægevagten.

Der skal udarbejdes program for kvalitetssikring i akutklinikken.

Akutklinikker er organisatorisk tæt sammenknyttet med den fælles akutmodtagelse på et andet hospital, således der sikres sammenhæng mellem indsatsen i akutklinikken og indsatsen i den fælles akutmodtagelse.

Det vurderes, at akutklinikken på Regionshospitalet Silkeborg fremover vil kunne behandle en betydelig del af de nuværende skadestuepatienter.

Skadeklinikken på Regionshospitalet Odder

Skadeklinikken på Regionshospitalet Odder lukkes som følge af meget lavt besøgstal. I 2006 havde skadeklinikken på Regionshospitalet Odder 157 besøg.

Akutklinik på Regionshospitalet Grenå

Der i dag døgnåben skadefunktion på Regionshospitalet Grenå med lægedækning fra hospitalsansatte læger. Skadefunktionen omdannes til akutklinik. Som følge af begrænset besøgstal i nattetimerne samt den øvrige begrænsede aktivitet på matriklen i Grenaa reduceres åbningstiden til 8-22 på alle dage i samarbejde med almen praksis/lægevagten.

Akutklinik på Regionshospitalet Skive

Der er i dag skadeklinik på Regionshospitalet Skive med åbningstid 8-23 alle dage. Skadeklinikken omdannes til akutklinik. Bemandingen ændres ikke, da den allerede i dag er bemandede med behandlersygeplejersker med lægelig backup i dagtid fra hospitalsansatte læger, og da lægevagten har backup og konsultationssted udenfor almindelig dagarbejdstid. Åbningstiden ændres til 8-22 idet der indledes dialog med almen praksis om samarbejde om akutklinikken.

Akutklinik på Regionshospitalet Ringkøbing

Der er i dag skadefunktion på Regionshospitalet Ringkøbing med åbningstid 8-16 på hverdage. Skadefunktionen omdannes til akutklinik og åbningstiden udvides til 8-22 alle dage i samarbejde med almen praksis/lægevagten .

Akutklinik på Regionshospitalet Silkeborg

Der etableres akutklinik på Regionshospitalet Silkeborg. Akutklinikken er døgnåben alle dage. Basisbemandingen er som ved de øvrige akutklinikker suppleret med lægelig back-up fra hospitalsansatte læger. Der skal indledes dialog med almen praksis/lægevagten om samarbejdet.

4.5. Skadevisitation

Det er væsentligt at sikre, at hospitalernes specialiserede tilbud om undersøgelse og behandling gælder for de patienter, der har behov for det. De patienter, der kan behandles af egen læge eller lægevagten, behandles der. Patienter, der kan yde egenomsorg, rådgives herom. Al henvendelse til hospitalsvæsenet i Region Midtjylland vil derfor ske via sundhedsfaglig visitation og ved akutte livstruende tilstande suppleret med alarmcentralen (1-1-2).

Adgangen til den specialiserede akutte behandling, der ikke visiteres via 112, skal fortsat visiteres via egen læge. Dette suppleres med en telefonvisitation til akutmodtagelser og akutklinikker, som fungerer døgnet rundt, året rundt. Udformningen heraf skal nærmere afklares med de praktiserende læger (praksisudvalget).

For at sikre høj faglig kvalitet og sammenhæng i de enkelte patientforløb er det væsentligt, at der er en entydig indgang til sundhedsvæsenet. Der skal ske en klar og entydig visitation til

sundhedsvæsenet, herunder også skadebehandling på akutmodtagelser og akutklinikker. Herved sikres, at patienten får det rette behandlingstilbud på rette niveau, til den lavest mulige omkostning (LEON-princippet).

Service og tilgængelighed døgnet rundt

Der skal sikres en god service fra første henvendelse til sundhedsvæsenet. Der skal være en meget høj grad af tilgængelighed døgnet rundt til skadevisitationen og der skal være klare servicemål, der sikrer, at borgere ikke har lang ventetid i telefonen. Ventetid kan betyde, at borgere enten ikke benytter sig af visitationen og dermed møder op på akutklinikker og akutmodtagelser uden forudgående visitation, eller at de benytter sig af 1-1-2 og anmoder om ambulance. Borgere, der har brug for et skadebehandlingstilbud (også ved småskader) skal nemt og hurtigt kunne komme i kontakt med en visitator. Der skal opstilles mål over maksimal gennemsnitlig ventetid fra opkald til kontakt med visitator, og denne ventetid skal løbende måles.

Høj grad af sundhedsfaglig indsigt

Visitationen til behandling i sundhedsvæsenet skal varetages af personale der er fagligt kompetente og har indsigt i sundhedsproblemer. Visitationen bør derfor foretages af sundhedsfagligt uddannede personer, der har bred kompetence til at vurdere en akut patient også ved telefonisk kontakt. Herved sikres den bedst mulige baggrund for, at patienten visiteres til det rette behandlingstilbud ved første henvendelse til sundhedsvæsenet, ligesom det vil øge patientens tryghed og tillid til, at det rette behandlingstilbud tilbydes i tilfælde af akut sygdom/skade.

Bookingsystem og overblik

Et effektivt og serviceminded visitationssystem forudsætter, udover faglig indsigt i sundhedsproblemer hos visitator, også et bookingsystem og et elektronisk overblik over ressourcer og behandlingsmuligheder i sundhedssystemet. Visitator skal have overblik over patientflowet på akutmodtagelser og akutklinikker, og visitator skal i aften/nat også have overblikket over eksempelvis kørende og konsulterende vagtlæger. Patienten skal kunne bookes til en tid i akutmodtagelsen eller akutklinikken, og patienten skal kunne bookes til en vagtlægekonsultation på et af de hospitaler, hvor der er sådanne. Visitator skal således have overblikket over, hvornår en vagtlæge er til stede på en akutklinik.

Akutplanen for Region Midtjylland skal medvirke til at højne kvaliteten for den akutte patient og højne kvaliteten i mødet mellem den akutte patient og sundhedsvæsenet. Med henblik på at sikre kvaliteten i mødet mellem den akutte patient og sundhedsvæsenet og med henblik på at undgå unødige 1-1-2-opkald som følge af, at patienter ikke kan komme i kontakt med egen læge/lægevagten, suppleres visitationen via egen læge/vagtlæge med en telefonvisitation til akutmodtagelser og akutklinikker, som fungerer døgnet rundt og året rundt.

Udformningen af den endelige visitationsmodel skal nærmere afklares med de praktiserende læger (praksisudvalget).

4.6. Den præhospitale indsats i Region Midtjylland

Ambulanceberedskabet udgør grundstammen i regionens præhospitale indsats. Regionen dækkes af et finmasket net på aktuelt 34 ambulancestationer. De danner grundlaget for den præhospitale indsats og sikrer, at ambulancen er hurtigt fremme ved patienten, så den indledende behandling kan påbegyndes.

Ambulanceberedskabet suppleres af forskellige præhospitale ordninger. Grundlæggende skal de supplerende ordninger baseres på akutbiler bemandede med læge eller en anæstesisygeplejerske med mulighed for lægefaglig back-up. Foruden læge eller

anæstesisygeplejerske bemannes akutbilen med en redder, der fungerer som chauffør og assistent. Bemandingen af ordningerne skal løbende tilpasses behovet og mulighederne for at rekruttere personale.

I Region Midtjylland er der endvidere en række lokale geografisk afgrænsede præhospitale ordninger, som fortsætter indtil videre.

Samlet set skal det præhospitale beredskab sikre en sammenhængende præhospital indsats af høj kvalitet til borgerne på tværs af hele regionen. I det efterfølgende beskrives de ordninger og den struktur, regionens præhospitale indsats skal baseres på. Ordningerne skal supplere hinanden såvel geografisk som funktionelt.

4.6.1. Ambulanceberedskab

Ambulanceberedskabet skal fortsat udgøre grundstammen i regionens præhospitale indsats. Ambulancerne er bemandede med ambulancebehandler og ambulanceassistent, som yder den første basale præhospitale indsats. Supplerende sundhedsfaglig rådgivning på vagtcentralen skal medvirke til at sikre, at de præhospitale ordninger sættes ind, der hvor de kan gøre en forskel. Det skal til stadighed sikres, at den præhospitale indsats er kvalificeret og effektiv.

Ambulancetransporter af akutte tilskadekomster eller alvorligt syge patienter køres fremover til nærmeste fælles akutmodtagelse. Dvs. at der fremover vil være modtagelse af patienter, som indbringes akut med ambulance, på Regionshospitalet i Horsens, Randers og Viborg samt på Det Nye Universitetshospital, Århus og på det nye hospital i Vest. Indtil et nyt hospital står klart i Vest, vil der fortsat være modtagelse af akutte patienter på både Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro efter fastlagte visitationsretningslinier.

I takt med at akutplanen implementeres, vil der generelt ske en løbende tilpasning af visitationsretningslinierne.

I tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal brugen af telemedicinske løsninger i den præhospitale indsats styrkes. Den teknologiske udvikling betyder, at rækken af opgaver og procedurer, som ambulancemandskabet kan varetage, vil blive udvidet. Brugen af telemedicin, fx i form af en elektronisk ambulancejournal, indgår i arbejdet med det kommende udbud af ambulancetjenesten, ligesom også spørgsmålet om responstider og servicemål på ambulancekørslerne indgår.

4.6.2. Akutbil med læge ved traumecenter i Århus

I Århus suppleres ambulanceberedskabet med en akutbil, der bemannes med læge og lægeassistent. Den lægebemandede akutbil skal fortsat være døgndækkende og skal organisatorisk fortsat være tilknyttet Århus Universitetshospital, Århus Sygehus indtil Det Nye Universitetshospital er etableret. Den videre planlægning af akutbilens sammenhæng til den fælles akutmodtagelse/traumecentret på Det Nye Universitetshospital sker som et led i etableringen af Det Nye Universitetshospital og koordineret med regionens øvrige præhospitale indsats.

4.6.3. Øvrige akutbiler

Fra de fælles akutmodtagelser på Regionshospitalet i Horsens, Randers og Viborg og fra akutmodtagelsen i Herning udgår en døgndækkende akutbil. Akutbilerne bemannes med en anæstesisygeplejerske, som kører ud med mulighed for lægefaglig back-up. Såfremt der er ledig anæstesilæge-kapacitet, bemander disse akutbilen.

Akutbilen i Silkeborg fortsætter uændret i dagtid med en læge og udvides til også at dække aften/nat som en læge-integreret ordning.

Djursland dækkes af en akutbil, som er bemanded med læge i dag/aften-tid med udgangspunkt i Grenå. Fra 23.00-08.00 bemandes akutbilen af en sygeplejerske med relevant baggrund, som har lægefaglig back-up fra nærmeste fælles akutmodtagelse.

Fra akutmodtagelse på Regionshospitalet i Holstebro samt i Ringkøbing, Skive/Salling, Lemvig og Tarm udgår en døgndækkende akutbil med anæstesisygeplejerske. Anæstesisygeplejersken har mulighed for lægefaglig back-up fra akutmodtagelsen i Herning eller den fælles akutmodtagelse i Viborg.

Alle akutbiler skal som udgangspunkt have tilknytning til en fælles akutmodtagelse. Det betyder, at de supplerende ordninger i vest på sigt skal tilknyttes den fælles akutmodtagelse på det nye hospital i Vest. Indtil det står klar, vil akutbilerne i Lemvig og Holstebro være tilknyttet akutmodtagelsen i Holstebro og akutbilerne i Ringkøbing, Tarm og Herning vil være tilknyttet akutmodtagelsen i Herning.

Akutbilen som dækker Skive/Salling tilknyttes den fælles akutmodtagelse i Viborg.

Akutbilen som dækker Djursland tilknyttet den fælles akutmodtagelse i Randers.

Med henblik på at sikre en effektiv udnyttelse af de personalemæssige ressourcer, indgår det personale, som bemander akutbilerne, som udgangspunkt i de øvrige akutte funktioner som er placeret på hospitalet. Personalet indgår i de akutte funktioner på hospitalet på en sådan måde, at de kan frigøres til akutte udrykninger.

4.6.4. Helikopter-beredskab

Hvis det besluttet, at etablere et landsdækkende helikopterberedskab, skal det supplere - og integreres med - regionens øvrige landbaserede præhospitale ordninger. En mere præcis beskrivelse af sammenhængen kan fastlægges, når disponeringskriterier for den samlede præhospitale organisation er fastlagt og udviklingen omkring et helikopterberedskab er afklaret nærmere. Helikopteren skal dels sikre transport af speciallæger og specialsygeplejersker til ulykkessteder, dels sikre transport af patienter fra ulykkessteder eller fælles akutmodtagelser og til højtspecialiseret behandling. Helikopterberedskabet skal endvidere understøtte regionens akutte indsats i forhold til øerne.

4.6.5. Præhospital indsats på regionens øer

I Region Midtjylland ligger flere øer, hvor den præhospitale indsats ikke umiddelbart kan baseres på de ordninger og alarmeringsveje, som er gældende på regionens fastland. Øerne har på forskellig vis ambulancedækning og i forhold til den akutte patient baseres den præhospitale indsats på et samarbejde med Flyver Taktisk Kommando, hvorfra der kan tilkaldes en redningshelikopter. Disse ordninger fortsætter på eksisterende vilkår og videreføres i sammenhæng med regionens øvrige planlægning, herunder den eventuelle etablering af et sundhedsfagligt bemanded helikopterberedskab.

Den præhospitale indsats på de større øer er på forskellig vis centreret omkring ø-lægen. Både på Samsø, Anholt og Endelave fungerer den praktiserende læge som udrykningslæge/tilkaldefunktion, mens der på Tunø er etableret en ordning med sygeplejerskeudrykning - med back-up fra udrykningslægerne på Samsø.

4.6.6. Sundhedsberedskabs- og præhospital plan

Den videre planlægning af regionens præhospitale indsats beskrives og fastlægges i den samlede sundhedsberedskabs- og præhospitalsplan for Region Midtjylland, som Regionsrådet

forventes at udsende i høring i december 2007. Planen skal mere detaljeret fastlægge målsætninger, samarbejder og indsatser på det præhospitale område.

5. Hospitalerne og det akutte beredskab i Region Midtjylland

Nedenfor følger en kort beskrivelse af hvert hospital i Region Midtjylland, de væsentligste kendetegn ved hvert hospital samt nogle væsentlige konsekvenser af nærværende akutplan for hospitalerne fremadrettet.

Under hver akutmodtagelse er der en kort beskrivelse af den eksisterende bygningsmasse samt et overslag over, hvilke investeringer, der kræves i forbindelse med gennemførelsen af denne akutplan. Forslagene knytter sig til ændring af de fysiske rammer for akutmodtagelserne på hospitalerne i Randers, Viborg, Horsens og Århus. Der er ligeledes foretaget et første overordnet skøn over de tilhørende anlægsomkostninger.

Som en konsekvens af tidligere rationaliseringsrunder, hvor man har flyttet senge fra de mindre til de større hospitaler, er den nuværende plads på de større hospitaler udnyttet fuldt ud.

Eventuelt nybyggeri på hospitaler med akutmodtagelse er alene erstatningsbyggeri i forbindelse med flytning af senge mellem hospitaler og i forbindelse med interne omflytninger på hospitalet for at samle akutmodtagelsen. I de anslåede omkostninger er der ikke indeholdt beløb til generelle forbedringer af standarden på hospitalerne hvad angår forhold for patienter eller medarbejdere, eksempelvis sengeudtynding til 1- og 2-sengsstuer.

Isoleret set medfører akutplanen udgifter til ombygning og apparatur, især:

- Intensiv-kapaciteten skal udbygges på hospitaler med fælles akutmodtagelse
- Udbygning af den akutte sengekapaletet på hospitaler med fælles akutmodtagelse
- Operationsfaciliteter
- Diagnostiske faciliteter

Det bemærkes, at de anlægsmæssige vurderinger i akutplanen ikke kan ses isoleret fra de anlægsmæssige ændringer, der følger i en samlet hospitalsplan for Region Midtjylland.

Som led i udarbejdelse af akutplanen er der foretaget en foreløbig administrativ vurdering af de anlægs- og investeringsmæssige konsekvenser på de enkelte hospitaler, der fremover skal have fælles akutmodtagelse. Der forestår en nærmere konkretisering og anlægsbevilling.

5.1. Det Nye Universitetshospital i Århus

Det nye Universitetshospital i Århus vil bestå af en sammenlægning af Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Århus Universitetshospital, Skejby. Det forventede anlægsbudget er på cirka 5,3 mia. kr.

Der er i dag modtagelse af akutte, uselekterede patienter på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, hvor der også er en sygeplejevisiteret skadestue.

Der er modtagelse af akutte, selekterede patienter på Århus Universitetshospital, Skejby.

Akutmodtagelsen vil fremadrettet blive samlet på Det Nye Universitetshospital i Århus. Organiseringen heraf fremgår af planen for Det Nye Universitetshospital.

Befolkningsgrundlaget for akutmodtagelsen på hovedfunktionsniveau vil ifølge planen være 366.000 borgere. Der vil være traumecenter for hele regionen.

I dag modtages akutte patienter på begge hospitaler, og for Århus Universitetshospital, Århus Sygehus's vedkommende modtages de på både Nørrebrogade og Tage Hansens Gade. Modtagesengene til de akutte patienter er placeret på forskellige afdelinger på hospitalerne.

På Det Nye Universitetshospital i Århus etableres en fælles akutmodtagelse.

Den lægebemandede akutbil i Århus by er i dag tilknyttet Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Akutbilen er døgndækkende og bemandede af en ambulancelæge og en lægeassistent, der fungerer som chauffør og assisterer lægen i den præhospitale indsats.

Den lægebemandede akutbil i Århus skal også fremover være døgndækkende og organisatorisk tilknyttet Århus Sygehus, indtil Det Nye Universitetshospital er etableret. Planlægningen af akutbilens sammenhæng til den fælles akutmodtagelse og Traumecentret sker som et led i planlægningen af Det Nye Universitetshospital.

Regionshospitalet Samsø

Regionshospitalet Samsø hører ledelsesmæssigt under Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. På Regionshospitalet Samsø er en skadestue, der har døgnåbent. Der er desuden akutmodtagelse af alle typer akutte patienter. Alvorligt tilskadekomne viderevisiteres til Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, men modtages og forberedes til transport på Regionshospitalet Samsø.

Der planlægges ikke ændringer i det akutte beredskab på Samsø.

5.2. Hospitalsenheden Horsens (Horsens, Brædstrup og Odder)

5.2.1. Profil i dag.

Hospitalsenheden Horsens består af Regionshospitalet Horsens, Regionshospitalet Brædstrup og Regionshospitalet Odder. Der er i alt 279 senge på hospitalsenheden, hvoraf de 206 er placeret på Regionshospitalet Horsens, 61 på Regionshospitalet Brædstrup og 12 er placeret på Regionshospitalet Odder. Der modtages ikke akutte patienter på Regionshospitalet Brædstrup og Regionshospitalet Odder.

Der var i 2006 11.137 akutte indlæggelser på Hospitalsenheden Horsens og ca. 1.000 akutte indlæggelser på Regionshospitalet Brædstrup, som pr. 1. januar 2007 ikke har akutfunktion længere. Der ca. 1.850 fødsler årligt på Regionshospitalet Horsens.

Der modtages i dag uselekerede akutte patienter på Regionshospitalet Horsens. Regionshospitalet Horsens har ultimo april 2007 indviet en ny fælles akutmodtagelse.

Med etableringen af den nye fælles akutmodtagelse har Regionshospitalet Horsens realiseret en del af Sundhedsstyrelsens seneste anbefalinger for akutmodtagelser i Danmark, som blandt andet skal sikre en effektiv visitation, udredning og diagnosticering af patienterne.

Regionshospitalet Horsens rummer i dag de specialer, som Sundhedsstyrelsen fordrer, der skal være i en fælles akutmodtagelse, dog ikke pædiatri. Der er dog ikke i dag tilstrækkelig specialelægebemanding i kardiologi på Regionshospitalet Horsens.

5.2.2. Profil fremover.

Regionshospitalet Horsens vil fremover være et akuthospital i den sydøstlige del af regionen. Der etableres på regionshospitalet i Horsens en fælles akutmodtagelse efter principperne i diagnostiserings- og behandlingsmodellen.

Regionshospitalet Horsens skal efter planen fremover have et optageområde på ca. 183.000, indbyggere. Afhængig af akutstrukturen i Region Syddanmark, vil Regionshospitalet Horsens også blive nærmeste akuthospital for en del borgere herfra. I alt vil optageområdet for Regionshospitalet Horsens være ca. 206.000 borgere i 2022 pga. befolkningsstiltvæksten i området.

Regionshospitalet Horsens skal fortsætte sin udvikling som et hospital med fokus på den akutte patientbehandling. Den sydlige beliggenhed i regionen med et befolkningsunderlag, der – alt efter Region Syddanmarks hospitalsstruktur – rækker ud over Region Midtjyllands geografiske område, giver hospitalet en god placering i forhold til fortsat udbygning og varetagelse af akutfunktionen. Speciallægebemandingen herunder den kardiologiske funktion på hospitalet skal styrkes.

Det vil indgå i regi af hospitalsplanen, hvordan der kan etableres en pædiatrisk dækning på Regionshospitalet Horsens.

Skadeklinikken på Regionshospitalet Odder lukkes. Besøgstallet er for lavt til at fortsætte funktionen. Den skadesbehandling, der varetages af skadeklinikken overgår til almen praksis eller til akutmodtagelsen på Regionshospitalet Horsens.

Hospitalsplanen vil omfatte en plan for de fremtidige funktioner på Regionshospitalet Odder og Regionshospitalet Brædstrup.

5.2.3. Bygningsmæssige forhold

Regionshospitalet Horsens blev bygget i slutningen af 1960'erne. I dag består hospitalet af en blanding af bygninger fra hovedhusets grundlæggelse i 1967 og frem til det nye dagkirurgiske hus, som stod færdigt i november 2005. Enkelte bygninger kan dog dateres helt tilbage til starten af 1940'erne.

På trods af løbende vedligehold og forbedringer fremstår kernen i hospitalet stort set som ved hospitalets ibrugtagning i 1967. Det betyder, at store dele af hospitalet fremstår umoderne og slidt og med væsentlige service-, drifts- og arbejdsmiljøudfordringer.

Hospitalet har en hensigtsmæssig indretning med en god funktionalitet i forhold til blandt andet modtagelse af patienter og besøgende. Bygningsmassen er meget intensivt udnyttet. Det vil derfor være nødvendigt med en arealudvidelse, hvis hospitalet skal rumme mere aktivitet, end tilfældet er i dag.

Hospitalet har allerede i dag – jf. ovenfor – en fælles medicinsk-kirurgisk akutmodtagelse. Det eksisterende akutmodtageområde er imidlertid ikke dimensioneret til et befolkningsgrundlag væsentligt ud over det nuværende. Derudover findes de anbefalede diagnostiske faciliteter og akutte operationsfaciliteter ikke inde i selve akutområdet, men i tilstødende eller nært liggende områder.

Akutmodtagelsen dimensioneres fremover til at kunne betjene et befolkningsgrundlag på 200.000-225.000 indbyggere.

Der etableres en udvidet fælles akutmodtagelse med udgangspunkt i det generelle visitationsafsnit, som udvides med arealet, hvor den stationære operationsafdeling befinder sig i dag. Operationsafdelingen genhuses i nybyggeri, hvor der også etableres ekstra sengekapacitet.

Den nødvendige opgradering af de fysiske rammer til udvidet fælles akutmodtagelse vurderes til cirka 250-275 mio. kr.

5.2.4. Den præhospitale indsats

Den supplerende præhospitale indsats i det gamle Vejle Amt er i dag primært baseret på praktiserende læger, som rykker ud i egen specialindrettet bil, og der er således ikke nogen præhospitale ordninger tilknyttet Regionshospitalet Horsens.

Med etableringen af en udvidet fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Horsens, skal der fremover udgå en døgndækkende akutbil herfra. Akutbilen bemannes med en anæstesisygeplejerske dog således, at såfremt der er ledig anæstesilægekapalet bemannes akutbilen med læge.

5.3. Hospitalsenhed Randers (Randers og Grenaa)

5.3.1. Profil i dag.

Hospitalsenheden Randers består af Regionshospitalet Randers og Regionshospitalet Grenaa. Der er i alt 384 sengepladser, fordelt med 364 ved Regionshospitalet Randers og 20 sengepladser ved Regionshospitalet Grenaa (heraf ortopædkirurgiske og 10 medicinske senge). Der modtages ikke akutte patienter på Regionshospitalet Grenaa.

Der var i 2006 22.562 akutte indlæggelser på Regionshospitalet Randers. Der er ca. 2.000 fødsler årligt.

Der modtages i dag uselekterede akutte patienter på Regionshospitalet Randers.

Regionshospitalet Randers rummer allerede i dag de specialer, som Sundhedsstyrelsen fordrer skal være i en fælles akutmodtagelse. Der er en pædiatrisk og en gynækologisk/obstetrisk afdeling.

På Regionshospitalet Grenaa er der akutbehandling i skadepolikliniken, som er bemannet med specialuddannede behandlersygeplejersker og har døgnåbent.

5.3.2. Profil fremover.

Regionshospitalet Randers vil fremover være et akuthospital i den nordøstlige del af regionen. Der etableres på Regionshospitalet Randers en fælles akutmodtagelse efter principperne i diagnosticerings- og behandlingsmodellen.

Regionshospitalet Randers vil efter planen fremover have et optageområde på ca. 232.000 indbyggere.

Regionshospitalet Randers varetager også hospitalsbehandling på hovedfunktionsniveau for borgere på hele Djursland. Beliggenheden tæt på Århus gør hospitalets akutfunktion uundværlig i forhold til at skærme Det Nye Universitetshospital i Århus imod at få et for stort befolkningsgrundlag.

Der vil fremover være akutklinik i Grenaa. Åbningstiden vil blive 8-22 alle dage i samarbejde med almen praksis/lægevagten.

I hospitalsplanen vil indgå en plan for de øvrige fremtidige funktioner på Regionshospitalet Grenaa.

5.3.3. Bygningsmassen.

Regionshospitalet Randers består af en sammenhængende bygningsmasse, hvoraf den ældste del er fra 1954. Den nyeste del er patienthotellet, som blev indviet i 2003.

Hospitalet er løbende vedligeholdt, men dele af det trænger til såvel indvendig som udvendig renoivering. Den nuværende bygningsmasse er fuldt udnyttet, særligt efter fusionen med Regionshospitalet Grenaa.

På nuværende tidspunkt er der dedikeret sengepladser til modtagelse af akutte patienter forskellige steder på hospitalet: Medicinsk afdeling, Organkirurgisk afdeling, Ortopædkirurgisk afdeling og de kardiologiske sengeafsnit.

Det vil bygningsmæssigt være muligt at opnå en tæt fysisk sammenknytning af den nye akutmodtageafdeling, skadestue, lægevagt og akutsengeafsnit. Samtidig vil der være korte afstande til intensiv, operationsafsnit og billeddiagnostisk afdeling fra hele akutenheden. Der vil være behov for tilbygning.

Samlet set estimeres det, at samlingen af den akutte modtagelse på Regionshospitalet Randers vil andrage 150-175 mio. kr.

5.3.4. Den præhospitale indsats.

Til Regionshospitalet Randers er i dag tilknyttet en døgndækkende lægebil, som rykker ud på Djursland, samt en dagtidsdækkende lægebil som udgår fra selve regionshospitalet. Lægebilerne er bemandede med ambulancelæge og lægeassistent.

Med etableringen af en fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Randers, skal der fremover udgå en døgndækkende akutbil herfra. Akutbilen bemandes med anæstesisygeplejerske, dog således, at såfremt der er ledig anæstesilægekapaicitet bemandes akutbilen med læge.

Djursland dækkes af en døgndækkende akutbil, som i dag/aften-tid bemandes med en læge, med udgangspunkt i Grenaa. Fra 23.00-08.00 bemandes akutbilen med en sygeplejerske med relevant baggrund, som har lægefaglig back-up fra nærmeste fælles akutmodtagelse. Akutbilen på Djursland tilknyttes den fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Randers.

5.4. Hospitalsenheden Viborg (Viborg, Skive og Kjellerup)

5.4.1. Profil i dag

Hospitalsenheden Viborg består af Regionshospitalet Viborg, Regionshospitalet Kjellerup og Regionshospitalet Skive. Der er i alt 570 senge på hospitalsenheden, hvoraf de 126 er placeret på Regionshospitalet Skive og de 444 er placeret på Regionshospitalet Viborg. Ved Regionshospitalet Kjellerup er der dagkirurgi samt billeddiagnostik.

Der var i 2006 23.654 akutte indlæggelser på Hospitalsenheden Viborg fordelt med 19.648 i Viborg og 4.006 i Skive. Der ca. 2.000 fødsler årligt.

Der modtages i dag akutte, uselekterede patienter på Regionshospitalet Viborg.

Der modtages i dag akutte, visiterede medicinske patienter på Regionshospitalet Skive, hvor hospitalsenhedens lungemedicinske afdeling, et hjertemedicinsk sengeafsnit samt observationsafsnit (i alt 80 senge) er placeret. 89% af alle medicinske indlæggelser i Skive er akutte indlæggelser. Der er desuden en sygeplejerskebemandet skadeklinik på Regionshospitalet Skive. Skadeklinikken varetager behandling af patienter med lettere skader, om aftenen i samarbejde med lægevagten.

Regionshospitalet Kjellerup er et dagkirurgisk center. Her modtages ikke akutte patienter.

Regionshospitalet Viborg rummer allerede i dag de specialer, som Sundhedsstyrelsen fordrer, der skal være i en fælles akutmodtagelse. Der er en pædiatrisk og en gynækologisk/obstetrisk afdeling. Hospitalet har desuden en række yderligere specialer, som er væsentlige, når man modtager akutte patienter.

5.4.2. Profil fremover

Regionshospitalet Viborg vil fremover være et akuthospital i den nordlige del af regionen. Der etableres på Regionshospitalet Viborg en fælles akutmodtagelse efter principperne i diagnostiserings- og behandlingsmodellen.

Regionshospitalet Viborg skal efter planen fremover have et optageområde på ca. 228.000 indbyggere.

Den nordlige beliggenhed i regionen med et befolkningsunderlag, der – alt efter Region Nordjyllands hospitalsstruktur – rækker ud over Region Midtjyllands geografiske område, giver hospitalet en strategisk god placering i forhold til fortsat udbygning og varetagelse af en række specialer. Bygningsmassen på Regionshospitalet Viborg er god og velegnet til yderligere udbygning.

Der er behov for at integrere den nuværende lungemedicinske afdeling, Regionshospitalet Skive i medicinsk afdeling på Regionshospitalets Viborg, når der bygningsmæssigt er mulighed herfor. I samme forbindelse lukkes den medicinske modtagelse på Regionshospitalet Skive, når denne kan fuldt integreres i Viborg.

På Regionshospitalet Skive er der udover en lungemedicinsk afdeling, et hjertemedicinsk sengeafsnit, et reumatologisk sengeafsnit, to neurorehabiliterings-sengeafsnit samt observationsafsnit. Herudover er der medicinske ambulatorier samt dagafsnit, fertilitetsklinik, arbejdsmedicinsk klinik, patologisk institut, billeddiagnostik, klinisk biokemi samt fysio- og ergoterapi. Hospitalsplanen vil omfatte en plan for disse funktioner.

Der er igangsat et udredningsarbejde omkring etablering af et muligt sundhedshus på Regionshospitalet Skive. Dette arbejde fremmes med henblik på, at Regionshospitalet Skive kan udvikles med udgangspunkt i sundhedshus-tankegangen, således som man lokalt har drøftet det. Det lægges til grund for den kommende hospitalsplanlægning at den nuværende neurorehabilitering i Skive fortsætter.

Der vil fremover være akutklinik i Skive. Indtil lungemedicinsk afdeling er flyttet til Regionshospitalet i Viborg vil åbningstiden være 8-23. Herefter vil akutklinikken i Skive have åbningstid alle dage 8-22 i samarbejde med almen praksis/lægevagten.

Hospitalsplanen vil omfatte en plan for de fremtidige funktioner på Regionshospitalet Kjellerup.

5.4.3. Bygningsmæssige forhold

Regionshospitalet Viborg er opført i 1980'erne, og bygningerne er hensigtsmæssigt indrettet. Der er løbende foretaget bygningsmæssige investeringer, og bygningerne fremtræder i god stand. Samtidig er bygningsmassen så intensivt udnyttet, at det vil være påkrævet med en arealudvidelse, hvis huset skal rumme flere aktiviteter, end tilfældet er i dag.

Det forudsættes – jf. ovenfor – at antallet af akutte patienter på hospitalet stiger – herunder at de medicinske patienter fra Regionshospitalet Skive i fremtiden skal modtages i Viborg. Den fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Viborg er således dimensioneret til et befolkningsunderlag på cirka 225.000.

Modtagelsen af akutte patienter på Regionshospitalet Viborg sker i dag efter en decentral, distribueret model, idet modtagelsens kapacitet er for lille til at klare en central modtagelse. Etablering af en fælles modtagelse for alle patienter vil skulle ske ved en arealudvidelse.

Der vil være behov for at etablere en ny fælles akutmodtagelse, hvor man samler modtagelse, kontorer, teknisk udstyr, røntgen, sengeafsnit m.v. Opførselsomkostningerne vurderes til 155-165 mio. kr.

Flytning af de medicinske senge fra Skive til Viborg kan eksempelvis løses ved etablering af et nyt medicinerhus. De forventede omkostninger vil andrage 165-185 mio. kr.

Såvel opførsel af en fælles akutmodtagelse som et medicinerhus kan ske uden nedrivninger af eksisterende bygninger og uden at reducere hospitalets aktiviteter som følge af byggeriet.

5.4.4. Den præhospitale indsats

Den supplerende præhospitale indsats i det tidligere Viborg Amt er i dag hovedsagligt baseret på et medicinsk udrykningshold, som rykker ud fra Regionshospitalet Viborg.

Med etableringen af en fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Viborg, skal der fremover udgå en døgndækkende akutbil herfra. Akutbilen bemannes med anæstesisygeplejerske dog således, at såfremt der er ledig anæstesilægekapaletitet bemannes akutbilen med læge.

Skive/Salling dækkes af en døgndækkende akutbil, som bemannes med en anæstesisygeplejerske. Akutbilen tilknyttes den fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Viborg og har lægefaglig back-up herfra.

5.5. Hospitalsenheden Silkeborg (Silkeborg, Hammel Neurocenter, Skanderborg Sundhedscenter)

5.5.1. Profil i dag

Hospitalsenheden Silkeborg består af Regionshospitalet Silkeborg, Regionshospitalet Hammel Neurocenter og Regionshospitalet Skanderborg Sundhedscenter. Der er i alt 353 senge på hospitalsenheden, hvoraf de 253 er placeret på Regionshospitalet Silkeborg og de 100 på Regionshospitalet Hammel Neurocenter. Ved Regionshospitalet Skanderborg Sundhedscenter I Skanderborg er der en række ambulatorier og funktioner, som er drevet og bemandede med personale, der i vid udstrækning også arbejder i Silkeborg.

Der modtages i dag akutte, uselekterede patienter på Regionshospitalet Silkeborg. I 2006 var der 11.374 akutte indlæggelser på Regionshospitalet Silkeborg. Der er ca. 1.500 fødsler årligt.

Regionshospitalet Silkeborg tilbyder basisbehandling inden for de mest almindelige sygdomme. Regionshospitalet Silkeborg har i dag de specialer, som Sundhedsstyrelsen fordrer, der skal være i en fælles akutmodtagelse bortset fra pædiatri. Samtidigt har hospitalet specialiseret sig i hofte- og knæoperationer, rygoperationer, idrætsmedicin, gigtsygdomme, brokoperationer og skånsom fjernelse af livmoder.

Regionshospitalet Silkeborg har i dag landets største ortopædkirurgiske afdeling, hvad angår ledudskiftninger i hofte og knæ. Hospitalet har en rygkirurgisk funktion, der ligger blandt de tre største aktivitetsmæssigt i Danmark. Funktionen er knyttet op på en stor reumatologisk funktion på Regionshospitalet Silkeborg.

5.5.2. Profil fremover

Fremover vil der ikke være akutmodtagelse for uselekterede patienter ved Regionshospitalet Silkeborg. Der vil således ikke fremadrettet være akut kirurgi på hospitalet.

Derimod vil der fremover være modtagelse af visiterede akutte intern medicinske patienter.

Med den særlige specialisering Regionshospitalet Silkeborg har gennemgået på det ortopædkirurgiske og reumatologiske område, er grundstenene lagt til, at Regionshospitalet Silkeborg fortsat udvikler sig at blive specialhospital for sygdomme i bevægeapparatet. Der vil som følge heraf fremover være en betydelig elektiv ortopædkirurgisk aktivitet i Silkeborg.

Der vil ikke fremover være organkirurgi – hverken akut eller elektiv - på Regionshospitalet Silkeborg.

Der etableres akutklinik på Regionshospitalet Silkeborg. Akutklinikken har døgnåbent. I dagtid består behandlerteamet af specialuddannede behandlersygeplejersker med læge i form af back-up fra hospitalsansat læge. Udenfor dagtid (8-23) består behandlerteamet af lægevagt og specialuddannede behandlersygeplejersker. Om natten består behandlerteamet af specialuddannede behandlersygeplejersker med lægelig back-up fra hospitalsansat læge.

Akutklinikken forventes at kunne håndtere betydelige dele af den ambulante skadevirkning, som i dag foretages i skadestuen i Silkeborg. Traumer og større skader skal til den fælles akutmodtagelse.

Udvikling fra akut til elektivt hospital

På en række områder vil det være muligt at have særlige hospitaler eller funktioner, der koncentrerer sig om den elektive – herunder den subakutte - behandling.

Antallet af akutte medicinske indlæggelser i Region Midtjylland skal nedbringes gennem en koordineret sundhedsfaglig indsats i tide.

Håndteringen af patienter med kronisk sygdomme er et indsatsområde med særlige krav til tilrettelæggelsen af udrednings- og behandlingsforløb. Der er en udfordring for det samlede sundhedsvæsen i at håndtere kronisk sygdom på en sådan måde, at patienterne i højere grad undgår akut forværring og derved undgår gentagne indlæggelser. Der skal fokuseres på at udvikle viften af muligheder for i højere grad at organisere behandlingen af kroniske patienter eksempelvis gennem øgede subakutte og elektive behandlingstilbud.

Med henblik på at udvikle dette område skal Regionshospitalet Silkeborg være et 'center of excellence', som i forbindelse med modtagelse af akut medicinske patienter skal udvikle metoder til omstilling af stationær medicinsk aktivitet til ambulante medicinske aktiviteter og omstilling fra akutte medicinske indlæggelser til elektive og subakutte medicinske indlæggelser/behandling. Målet er at udvikle metoder, der på sigt kan udbredes til hele regionen. Regionshospitalet Silkeborg vil være Region Midtjyllands spydspids i omlægningen af den medicinske aktivitet.

Regionshospitalet Silkeborg skal bibeholde og videreudvikle det stærke faglige miljø, der kendetegner hospitalet. Regionshospitalet Silkeborg har en stærk medicinsk afdeling og har derfor gunstige betingelser for at udvikle en spydspidsfunktion indenfor elektiv og subakut dagmedicin.

Det kirurgiske område er gennem de sidste mange år blevet udviklet fra i højere grad at være akut til elektiv og fra stationær til ambulante, en udvikling der også er foregået på Regionshospitalet Silkeborg. Denne udvikling vil fortsætte.

På det ortopædkirurgiske område vil det være naturligt at sætse på Regionshospitalet i Silkeborg som et særligt kompetencecenter inden for rykirurgi og ledudskiftninger i hofte, knæ og skulder. Overvejelser herom vil indgå i den kommende hospitalsplan.

På det medicinske område har man i en årrække på hospitalerne arbejdet med at undgå akutte indlæggelser ved at øge den ambulante aktivitet massivt. Der vurderes forsat at være et stort potentiale for at konvertere akutte indlæggelser til ambulante og elektive aktiviteter.

Regionshospitalet Silkeborg skal således i løbet af en årrække konvertere også de medicinske funktioner ved hospitalet fra at være præget af overvejende akut aktivitet til at alene at være præget af elektiv (herunder subakut) aktivitet.

Regionshospitalet Silkeborg får en særlig opgave omkring udviklingen af akutte/subakutte ambulante linier, f.eks. således de praktiserende læger som udgangspunkt samme dag kan få patienter undersøgt og vurderet. Denne indsats skal på sigt udbredes til regionens øvrige hospitaler. Det vil være afgørende for denne opgave, at funktionen har det fornødne patientunderlag og at enheden forsat modtager akutte visiterede intern medicinske patienter.

Konverteringen fra akutfunktion til elektiv/subakut funktion på det medicinske område vil ske gradvist. Det skal bemærkes, at akut aktivitet ikke kan konverteres til elektiv aktivitet i størrelsesordenen 1:1. Fjernelse af en akut aktivitet vil altid – alt andet lige – reducere antallet af senge.

Det er afgørende, at omstillingen foregår som en gradvis proces, der sikrer, at det er muligt samlet set at opretholde den nødvendige medicinske sengekapaletet og sideløbende udbygge funktioner, f.eks. ambulante funktioner og elektive indlæggelser, der kan medvirke til at reducere presset på akutområdet og på sengekapaleteten.

Regionshospitalet Silkeborg skal fortsætte med at udbygge deres styrkeposition indenfor behandling af sygdomme i bevægeapparatet (rygkirurgi, ledudskiftninger, reumatologi mv.) Der skal derfor fortsat være intensivfunktion på Regionshospitalet Silkeborg.

Regionshospitalet Silkeborg fastholdes og bevares som fødested (forventede normalfødsler). Udgangspunktet er, at fødende oplyses om tilbuddet ved de enkelte fødesteder og at der sker en visitation, således at forventede komplicerede fødsler henvises til Regionshospitalet Viborg. Der igangsættes et samarbejde mellem Regionshospitalet Silkeborg og Regionshospitalet Viborg herom. I forlængelse heraf indgår det i de fremtidige visitationsretningslinier og meddeles de praktiserende læger.

5.5.3. Bygningsmæssige forhold

Regionshospitalet Silkeborg har en ældre bygningsmasse hvor det oprindelige hospital daterer sig tilbage til 1902. Herefter er der løbende sket nybygning. Samlet rådes der over 33.000 m².

Størstedelen af sengemassen er placeret i bygninger, der oprindeligt er fra 50'erne og 60'erne. Der er løbende sket tilbygning/vedligehold senest i 2003, hvor dele af sengeafsnittene er renoveret. Sengeafsnittene består primært af 2- og 4 sengsstuer, og et mindre antal enestuer. Ambulatoriefaciliteterne er løbene blevet renoveret og senest udbygget i 2003 med 550m².

Der er 9 operationsstuer, hvoraf 4 er flowstuer. Dertil kommer, 4 dagkirurgiske operationsstuer. Operationsfaciliteterne er renoveret i hhv. 2004 og 2006 og dagkirurgien blev renoveret i 2000.

Der foreligger en samlet generalplan og godkendt lokalplan for Regionshospitalet Silkeborg, hvori der er taget højde for mulig nybygning af ca. 12.000m² via opkøb af eksisterende villaer i tilknytning til hospitalet. For nuværende mangler Hospitalet at opkøbe 5 af 13 villaer.

De anlægsmæssige konsekvenser i Silkeborg skal udredes nærmere.

5.5.4. Præhospital indsats

Til Regionshospitalet Silkeborg er i dag tilknyttet en dagtidsdækkende lægebil. Lægebilen er bemanded med ambulancelæge og lægeassistent.

Akutbilen i Silkeborg fortsætter uændret i dagtid med en læge og udvides til også at dække aften/nat som en lægeintegreret ordning.

5.6. Hospitalsenheden Vest (Herning, Holstebro, Ringkøbing, Lemvig og Tarm)

5.6.1. Profil i dag

Hospitalsenheden Vest består af Regionshospitalet Herning, Regionshospitalet Holstebro, Regionshospitalet Ringkøbing, Regionshospitalet Lemvig og Regionshospitalet Tarm.

Der er i alt 655 senge på hospitalsenheden, hvoraf de 270 er placeret på Regionshospitalet Herning, 293 på Regionshospitalet Holstebro, 32 på Regionshospitalet Lemvig, 46 på Regionshospitalet Ringkøbing og 14 på Regionshospitalet Tarm.

Der var i 2006 36.271 akutte indlæggelser på Hospitalsenheden Vest fordelt med 2.390 i Ringkøbing 15.600 i Holstebro og 18.281 i Herning.

På Regionshospitalet Ringkøbing modtages i dagtid ortopædkirurgiske patienter (med mindre traumer) og hele døgnet medicinske patienter – dog ikke alvorligt syge patienter.

Der modtages i dag akutte, uselektede patienter på såvel Regionshospitalet Herning som på Regionshospitalet Holstebro, dog med en vis funktionsdeling imellem de to enheder. Specialefordelingen mellem de to hospitaler er vejledende i forhold til hvilke patientgrupper der modtages akut på hospitalerne. Således modtages akutte patienter indenfor kirurgi, urologi, ortopædkirurgi, lungemedicin, hæmatologi, nefrologi, reumatologi, ofthalmologi, øre- næse- halsområdet samt neurologi på Regionshospitalet Holstebro, mens der modtages akutte patienter indenfor kirurgi, ortopædkirurgi, kardiologi, endokrinologi, gastroenterologi, infektionsmedicin, gynækologi/obstetrik, pædiatri og onkologi på Regionshospitalet Herning.

Der er fødsler på hospitalerne i såvel Herning (årligt ca. 1.950) som Holstebro (årligt ca. 1.200 fødsler). Til Regionshospitalet Holstebro visiteres alene forventede normale og ukomplicerede fødsler.

Hospitalsenheden Vest rummer både i Herning og i Holstebro i dag de specialer, som Sundhedsstyrelsen fordrer skal være i en fælles akutmodtagelse. Der er dog ikke pædiatrisk og en gynækologisk/obstetrisk afdeling på Regionshospitalet Holstebro, ligesom der ikke er ansat kardiologer i Holstebro. Hospitalsenheden Vest har desuden de nødvendige kliniske servicespecialer, som er væsentlige ved modtagelse af akutte patienter.

På Regionshospitalet Lemvig og Regionshospitalet Tarm modtages alene medicinske – og i Lemvig også patienter til neurorehabilitering, der ikke er akutte. Hospitalsplanen vil omfatte en plan for de fremtidige hospitalsfunktioner i Lemvig og Tarm.

5.6.2. Profil fremover

Indtil et nyt samlet hospital er bygningsmæssigt etableret i Vestjylland er det vigtigt at Hospitalsenheden Vest fungerer som et samlet hospital – med høj kvalitet, klinisk udvikling og flere spydspidsfunktioner. Det betyder, at der på nogle områder skal sættes på Regionshospitalet Herning og på andre områder på Regionshospitalet Holstebro.

En række avancerede kræftbehandlinger skal fortrinsvis varetages på Regionshospitalet Herning. En række avancerede behandlinger indenfor det elektive område, herunder indenfor specialerne øre-næse-hals, urologi, mammakirurgi, øjne og ortopædi skal fortrinsvis varetages på Regionshospitalet Holstebro. Det er ønsket at Regionshospitalet Holstebro fastholder og udvikler sin nuværende styrkepositioner på disse områder. Det er ambitionen at de nuværende

forskningsfunktioner videreudvikles også i det nye hospital Vest og kan fungere som betydende videns- og udviklingsfunktioner for sundhedsvæsenet i hele landet.

Det skal sikres, at så mange akutte patienter som fagligt muligt behandlet lokalt. På den baggrund kan akutte patienter i den vestlige del af regionen fremover modtages og behandles på både Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro. Patienterne visiteres og indlægges efter visitationsretningslinier, der tager udgangspunkt i de faglige kompetencer der er til stede i de enkelte dele af hospitalsenheden.

For at fastholde kræftbehandling i Hospitalsenheden Vest, er tarmkirurgi samlet med strålebehandling og onkologi i Herning. Akut kardiologi samles i Herning. Det betyder at patientkategorier i tilknytning hertil eller patienter der akut kræver specialister indenfor disse områder skal behandles på den fælles akut modtagelse i Herning.

Planlægningen af et samlet hospital i den vestlige del af regionen må ikke stå i vejen for den fagligt relevante udvikling på Hospitalsenheden Vest. Der skal fortsat ske den fagligt relevante udvikling i funktionerne til gavn for patienterne i den vestlige del. Disse ændringer skal godkendes politisk – jf. kompetencefordelingsreglerne. Der skal derfor fortsat afsættes de nødvendige midler til de bygningsmæssige tilpasninger i Holstebro og Herning.

Der er igangsat et udredningsarbejde omkring sundhedscenteret på Regionshospitalet Tarm. Dette videreudvikles i et samarbejde med Ringkøbing-Skjern Kommune og i et samarbejde med Hospitalsenheden Vest.

På Regionshospitalet Ringkøbing vil der ikke fremover være akut medicinsk modtagelse. Der vil afhængig af hospitalsplanen fortsat kunne være elektiv aktivitet på Regionshospitalet Ringkøbing samt medicinsk ambulatorium. Der opretholdes medicinske senge på Regionshospitalet Ringkøbing.

Den nuværende skadeklinik på Regionshospitalet Ringkøbing omdannes til akutklinik med udvidet åbningstid fra 8-22 på hverdage i samarbejde med almen praksis/lægevagten.

Der vil i forbindelse med hospitalsplanen blive taget stilling til de nuværende funktioner ved Regionshospitalet Lemvig og Regionshospitalet Tarm.

5.6.3. Bygningsmæssige forhold

Regionshospitalet Herning består af en blanding af nye og ældre bygninger, som både huser somatiske og psykiatriske funktioner. Psykiatrien er placeret som en enhed for sig i egne bygninger. Den interne struktur i bygningsmassen er hensigtsmæssig med logiske interne transportveje mellem bygningerne.

Der er gode udvidelsesmuligheder på hospitalet – både i højden, som på nuværende tidspunkt ikke overstiger fire etager, og i form af nybyggeri i fortsættelse af de nyeste bygninger. Sidstnævnte skal ske ved tilkøb af arealer ved hospitalet, og det vil ligge i naturlig forlængelse af den logistik, som er på hospitalet i dag. Alt i alt er der mulighed for betragtelige udvidelser.

Regionshospitalet Holstebro består ligeledes af både nye og ældre bygninger. Regionshospitalet har både somatik og psykiatri på matriklen, med psykiatrien placeret midt i bygningskomplekset. Bygningernes fleksibilitet er for hovedparten begrænset af datidens byggemetoder.

De anlægsmæssige konsekvenser i den mellemliggende periode indtil et nyt hospital står klar skal udredes nærmere i forhold til Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro.

5.6.4. Præhospital indsats

I Hospitalsenheden Vest er den supplerende præhospitale indsats i dag baseret på 5 døgndækkende udrykningssygeplejerske-biler, som er placeret på regionshospitalet i henholdsvis Tarm, Ringkøbing, Herning, Holstebro og Lemvig samt lægebiler, som bemannes af præhospitale læger i vagt fra regionshospitalet i Herning og Holstebro. Lægebildækningen er i dag organiseret således, at der er to dagtidsdækkende lægebiler, hvoraf den ene fortsætter i døgnvagt, således at der i vagttid er dækning af én lægebil. Døgndækningen varetages på skift af regionshospitalet i Herning og Holstebro.

Med etableringen af en fælles akutmodtagelse på det nye hospital i vest, vil der på sigt skulle udgå en døgndækkende præhospital ordning herfra.

Der placeres døgndækkende akutbiler i Herning, Holstebro, Lemvig, Ringkøbing og Tarm. Akutbilerne i Ringkøbing, Tarm, Holstebro og Lemvig bemannes med en anæstesisygeplejerske, suppleret med akutbil med læge fra de fælles akutmodtagelser, hvis det er nødvendigt

Fra Regionshospitalet Herning udgår en døgndækkende akutbil. Akutbilen bemannes med anæstesisygeplejerske dog således, at såfremt der er ledig anæstesilægekapalet bemannes akutbilen med læge.

6. Baggrundsmateriale og supplerende materiale

Akutplan er udarbejdet med afsæt i bl.a. tre arbejdsgruppers afrapportering.

Baggrundsmaterialet omfatter:

- Sundhedsstyrelsens anbefalinger i rapporten af 21. december 2006 "Gennemgang af akutberedskabet" (høringsforslaget)
- Regionsrådets høringssvar af 27. februar 2007
- Arbejdsgrundlag for de to underudvalg på sundhedsområdet, behandlet på Forberedelsesudvalgets møde den 21. juni 2006
- Rapport fra arbejdsgruppen vedrørende akutmodtagelser, marts 2007
- Rapport fra arbejdsgruppen vedrørende skadestuevisitation, marts 2007
- Rapport fra arbejdsgruppen vedrørende den akutte patient i den præhospitale indsats, marts 2007

Der er endvidere udarbejdet en række supplerende materialer til akutplanen:

- Notat om akutberedskab og befolkningsunderlag, maj 2007
- Oversigt over diagnostiske faciliteter på hospitalsmatrikler
- Oversigt over antallet af senge på hospitalsmatrikler
- Oversigt over akutte indlæggelser på hospitalet i 2006
- Oversigt over døgnfordelte besøg på skadestuerne i 2006
- Notat vedrørende speciallægebehovet i Region Midtjylland
- Oversigt over speciallægedækning på hospitalet i Region Midtjylland
- Oversigt over forventet aktivitet på det præhospitale område

- Kort over eksisterende og fremtidige supplerende præhospitale ordninger (excl. øerne)
- Beskrivelse af 'hvem kan hvad' på det præhospitale område
- Tids- og procesplan for behandling af forslag til akutplan

Materialet fra høringsprocessen omfatter følgende:

- 175 hørings svar, herunder en række underskriftsindsamlinger
- Oversigt over indkomne hørings svar
- Notat om de indkomne hørings svar
- Sammendrag fra fire borgermøder afholdt i hhv. Silkeborg, Horsens, Skive og Holstebro
- Resume af cafe-møde afholdt for ca. 100 medarbejdere på hospitalerne

Ovennævnte materiale findes på hjemmesiden www.rm.dk.

Udkast til administrationens tidsplan for vedtagelse af hospitalsplan

Tidsplanen for vedtagelsen af hospitalsplanen er forskudt en måned som følge af arbejdet med implementering af 48-timers reglen på kræftområdet, og den deraf følgende belastning af driftssystemet.



Dato	
November/december 2007	Møde for Regionsrådet, hvor udvalgte temaer i specialeudredningerne præsenteres
12. december 2007	Klarmelding af punkt til Forretningsudvalget
3. januar 2008	Udsendelse af dagsorden til Forretningsudvalget
3. januar 2008	Administrationens forslag til hospitalsplan præsenteres for Regions-MED-udvalget samt hospitalernes hoved-MED-udvalg.
8. januar 2008	Administrationens forslag til hospitalsplan behandles i Forretningsudvalget
16. januar 2008	Administrationens forslag til hospitalsplan behandles i Regionsrådet mhp. at forslaget sendes i høring
16. januar 2008 til 26. februar 2008 kl. 12.00	Høringsfase Hørings svar offentliggøres løbende på hjemmesiden Hospitalernes Hoved-MED-udvalg behandler forslaget i denne periode
Januar/Februar	Borgermøde i Regionsrådssalen
Januar/Februar	Administrationens forslag til hospitalsplan behandles på møde i Sundhedskoordinationsudvalget
Januar/Februar	Administrationens forslag til hospitalsplan behandles på møde i Sundhedsbrugerrådet
Januar/Februar	Der afholdes faglige høringer med deltagelse af Regionsrådet og

	medarbejderne
Medio marts	Høringssvar behandles i Regions-MED-udvalget forud for, at direktionen laver indstilling til Forretningsudvalget
1. april 2008	Høringssvar samt forslag til hospitalsplanen behandles i Forretningsudvalget
16. april 2008	Høringssvar samt forslag til hospitalsplanen behandles i Regionsrådet

Fra: Lone Winther Jensen [mailto:lwj@dadlnet.dk]

Sendt: 23. september 2007 17:04

Til: Leif Vestergaard Pedersen; Johannes Flensted-Jensen; Aleksander Aagaard; Bent Hansen

Cc: tka@lkfmidt.dk

Emne: VS: Kommentar til artikel "Nyt storsygehus på vej i Vestjylland"

Til Regionsrådet Region Midtjylland den 21.09.07

Kommentar til artikel "Nyt storsygehus på vej i Vestjylland"

En artikel i Dagens Medicin 20. september 2007 vurderer, at debatten omkring Region Midtjyllands akutplan - og regeringens udmelding om en pulje på 25 mia. til sygehusbyggeri - tilsammen har skabt potentiale for et politisk flertal mellem S og V for bygning af et nyt vestjysk storhospital. Formentlig beliggende mellem Herning og Holstebro.

Formand for regionens sundhedskoordinationsudvalg og socialdemokratisk gruppeformand Johannes Flensted-Jensen støtter en sådan løsning. Han forestiller sig, at et sådant sygehus kan stå færdigt i løbet af 5-10 år. Samtidig udtaler han, at de to nuværende sygehuse i Herning og Holstebro begge skal bevare deres akutmodtagelser indtil det ny storhospital står færdigt.

Et nyt storhospital i Vestjylland er en god ide.

På denne måde ville man få skabt en større synergi mellem specialerne og samtidig vil der skabes en forbedret platform for rekruttering af læger i fremtiden. I tråd med det allerede afgivne fælles høringssvar fra Lægekredsforeningen, Lægeforeningen m.fl. - er det opfattelsen, at det grundlæggende er en bedre ide at investere i nye bygninger - end at forsøge at lappe på en - nogle steder - nedslidt bygningsmasse.

Man skal dog huske på, at formålene med akutplanen grundlæggende er:

- 1) at hæve kvaliteten generelt i den akutte modtagelse og
- 2) at skabe en ensartet kvalitet i den akutmodtagelse overalt i Regionen.

Spørgsmålet er om det er rimeligt, at borgerne i den vestlige del af vores region skal vente (optimistisk angivne) 5-10 år på denne opgradering af akutmodtagelsen?

En bevarelse af status quo indtil byggeriet er færdiggjort, vil ikke give mulighed for et kvalitetsløft i akutbehandlingen i en lang periode.

Fremtidsplanlægningen efter akutplanen skal ikke sættes i stå.

Men planerne om et storhospital i Vestjylland – bør ikke ændre ved, at der allerede nu etableres fælles akutmodtagelse.

Ellers når man ikke akutplanens intentioner om en akutmodtagelse af forbedret og ensartet kvalitet.

I øvrigt henvises til vores øvrige kommentarer til administrationens forslag til akutplan som er fremsendt som høringssvar

Med venlig hilsen

Lone Winther Jensen
Formand for Lægekredsforeningen for Midtjylland

Susanne Nyholm Andersen

Fra: Rudy Topholm
Sendt: 25. september 2007 09:28
Til: Susanne Nyholm Andersen
Cc: Rikke Skou Jensen; Britta Norden
Emne: VS: Bent Hansen, Akutberedskabet
Opfølgingsflag: Opfølgning
Flagstatus: Rød

Fra: Familien Leth [mailto:leth@midtjydskelektro.dk]
Sendt: 24. september 2007 22:33
Til: Hovedpostkasse Region Midtjylland
Emne: Bent Hansen, Akutberedskabet

Nu må Ham Bent Hansen til at slutte, Man kan jo se at han kun har Viborg briller på, det kan da ikke passe at han skal styre hele midt og vestjyllan. Et sygehus som Viborg som har meldt sig ud af infrastrukturen, kan have et akutsygehus, nej vel. Lad os nøjes med Ålborg Århus og et i Vestjylland, omkring Aulum, så er vi dækket fornuftigt ind. Og lad så være med at lade Bent Hansen "købe" sig til sine egne interesser.
med venlig hilsen
Irene Leth

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Preben Mortensen [mailto:pm.consult@stofanet.dk]

Sendt: 25. september 2007 15:09

Til: Bent Hansen

Emne: Akutberedskab på Djursland

Følgende er sendt til alle lokale blade, og vi forventer, at I svarer samme sted.

Til Regionsrådet Midtjylland.

Det er med stor utilfredshed og frustration vi erfarer, at lægebilens læge nu skal erstattes af en behandlersygeplejerske i nattetimerne, en personalegruppe, der ikke har de samme kompetencer som en veluddannet ambulancelæge ellers har.

Og det vil man have, at Djurslands befolkning skal affinde sig med!!!? Den løsning I er fremkommet med stinker af "kassetænkning", og har efter vores bedømmelse ikke retfærdiggjort, at Djursland skal efterlades med en halv løsning, der ikke tilgodeser de patienter, der kunne reddes, hvis der i udrykningssammenhæng i alle tilfælde var en 100 % kompetent behandler tilstede.

Vi har fornemmelsen af, at der i regionen gøres et forsøg på at dele sol og vind lige mellem yderområderne, således at f. eks. Ringkøbing området ikke føler sig forfordelt i forhold til Djursland, derfor tildeler man Djursland et resultat, der kan tilfredsstille kritikere i det andet område.

På grund af de tilstedeværende økonomiske rammer, skal vi altså på Djursland igen udsættes for en mærkbar forringelse af serviceniveauet på vores akutområde. Tendensen er tydelig, næsten for tydelig.

Vi bliver altså nødt til igen at påpege, at vi betaler den samme skat som borgere i Århus og Randers og andre steder, hvor man har et fuldt udbygget akutberedskab lige om hjørnet, og vi må derfor også kunne kræve, at det akutberedskab vi er blevet efterladt med siden år 2003 ikke bliver forringet.

Den løsning I har vist os på pressemødet 25 sep. 2007 er derfor stadig dybt uanstændig, og vi må altså forlange af jer, at I lader lægen forblive i lægebilen i døgnets 24 timer året rundt.

Vores fornemmelse er, at I tror, "at hvis vi nu bare giver dem (Djurslands befolkning) en læge i lægebilen i dagtimerne, holder de nok deres kæft", men sådan er det altså ikke.

Den backup, som både praktiserende læger, vagtlæger og skadeklinik tidligere har kunnet gøre brug af fra lægebilen i nattetimerne falder nu væk, og behandlersygeplejersken skal nu være backup for sig selv og for vagtlægerne. Hvad skal vi kalde det for?

Er det i jeres øjne et kvalitetsløft eller en kvalitetsforringelse eller er det kassetænkning?

Det ser vi gerne et klart svar på.

Der er masser af eksempler på, at lige netop i lægebilen har "kunnet gøre en forskel" i de ovennævnte tilfælde, men den "forskell" er med jeres beslutning godt nok blevet halveret.

Det er, uanset hvordan I vender og drejer det, en løsning I ikke kan være bekendt på grund af de ovenfor anførte argumenter, og det er dybt utilfredsstillende og uacceptabelt for Djurslands befolkning.

I øvrigt efterlyser vi den undersøgelse, som Johannes Flensted Jensen

henviste til ved et møde i Grenaa, som iflg. ham selv ikke indeholdt beviser for, at en lægebil reddede flere liv end almindelige ambulancer.

Hr. Flensted Jensen kunne bare ikke huske, om undersøgelsen var foretaget i et område, der havde et akutberedskab i dets umiddelbare nærhed, eller om den var foretaget i et yderområde som kan sammenlignes med Djursland. Et sådant hukommelsestab indeholder ikke de bedste muligheder for befolkningens forståelse af de tagne beslutninger.

Den undersøgelsesrapport ser vi med spænding stadig frem til at modtage, og vi forventer efterhånden, at hr. Flensted Jensen vil fremsende den meget hurtigt. Lige nu er den "kun" 2 mdr. forsinket. Men den er måske ikke til at finde? Eksisterer den overhovedet?

Kort sagt med hensyn til dagens beslutning (og vær sikker på, at vi taler på hele egnens vegne):

DET ER EN "OMMER"

Preben Mortensen
Idégruppen Grenaa
Åstrupskrænten 47
8500 grenaa

Mail fra Preben Mortensen, PM CONSULT

Susanne Nyholm Andersen

Fra: Jette Kristensen
Sendt: 26. september 2007 17:04
Til: Susanne Nyholm Andersen
Emne: VS: silkeborg sygehus
Opfølgningsflag: Opfølgning
Flagstatus: Rød

Fra: Poul-Henning Pedersen [mailto:php@tv.dk]
Sendt: 25. september 2007 15:51
Til: Bent Hansen
Emne: silkeborg sygehus

Kære Bent Hansen,

Hvor ynkeligt. Som borger i Silkeborg, med et af de bedste patienttilfredshedstal kan man nu risikere, at skulle til Horsens med den største dødelighed og største fejlbehandlingsprocent. Nu er der virkelig brug for et: "Vorherre bevare os" for der bliver brug for det.

Det havde nu nok været bedre, hvis vi havde haft en socialdemokratisk borgmester.

Må jeg erindre om det gamle udtryk: En god samvittighed dækker oftest over manglende hukommelse.

Med trods alt venlige hilsener

Poul-Henning Pedersen
Boskopvej 32,
8600 Silkeborg

Susanne Nyholm Andersen

Fra: Mette Breinholdt
Sendt: 26. september 2007 11:06
Til: Jan Greve
Cc: Susanne Nyholm Andersen; Rikke Skou Jensen
Emne: VS: Akut lægemangel i Region Midtjylland
Opfølgningsflag: Opfølgning
Flagstatus: Rød

Fra: M.M. Jørgensen [mailto:mammutfest@gmail.com]

Sendt: 24. september 2007 20:31

Til: Kommunikation (Afdelingspostkasse)

Emne: Akut lægemangel i Region Midtjylland

Mit navn er Mads Jørgensen og jeg har længe fulgt med i debatten omkring sygehuse i Region Midtjylland. Senest i går hørte jeg i nyhederne, at man akut mangler 25 læger. Det er denne påstand som har fanget min opmærksomhed og dertil vil jeg gerne høre om man har dokumentation for denne påstand? og hvor den evt kan findes?

Da jeg syntes det er meget svært at finde hoved og hale i denne debat da der ofte bare blive slynget tal ud.

MVH

Mads Jørgensen

26-09-2007 15:55

Jan Greve skriver:

Kære Mads Jørgensen

Jeg forstår ikke helt, hvor du får tallet 25 fra. Men det er rigtigt, at vi mangler læger. Realiteten er desværre, at alle regioner har problemer med mangel på personale i sundhedssektoren.

Det kan være svært at sige præcist, hvor mange der mangler, men både for sygeplejersker og læger er manglen mærkbar og desværre også voksende.

Hospitalerne opgør løbende efterspørgsel efter læger og faktisk besatte lægestillinger. Ved den seneste opgørelse manglede hospitalerne i Region Midtjylland omkring 500 læger i forhold til efterspørgslen. Hertil kommer en mangel på læger i almen praksis og i speciallægepraksis, som også er stigende.

Sundhedsstyrelsen udgiver løbende oversigter over efterspurgte og besatte stillinger (kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside) og prognoser for, hvordan udviklingen bliver fremover.

Sundhedsstyrelsen forventer, at manglen på læger og især færdige speciallæger vokser de kommende 10 år, hvorefter situationen igen forbedres gradvist.

Hele sundhedsvæsenet vil være under pres de kommende 10-15 år på grund af manglen på uddannet personale. Det er blandt andet i det lys, man skal se behovet for at ændre på den akutte behandling også i Region Midtjylland

Med venlig hilsen

Jan Greve

Lægelig Uddannelse

Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland

Akutplan Region Midtjylland
Præhospitals indsats - Udkast

Forslag til model, der sikrer høj faglig kvalitet på det præhospitale område.

Ved lukning af akutmodtagelser og dermed længere afstande for nogle borgere er det vigtigt at det præhospitale system kan opfylde følgende mål.

Patienter der bliver akut **alvorligt syge** eller **kommer alvorligt til skade** skal præhospitalt vurderes, behandles og visiteres af en **speciallæge**.

Dette vil i Region Midtjylland kunne lade sig gøre ved at placere **5-6 døgnbetjente lægebiler** geografisk fornuftigt i regionen, eksempelvis

Herning/Holstebro: En lægebil placeret hvor den kan dække Herning/Holstebro samt størst mulige område/flest indbyggere på vestkysten.

Viborg: En lægebil til at dække Viborg og Salling området

Silkeborg: En lægebil til at dække Silkeborg/Horsens området

Randers: En lægebil til at dække Randers og nordlige Djursland

Århus: En lægebil som i dag til at dække Århus og sydlige Djursland samt 1 lægebil som back up.

Nr 2 lægebil kan bruges til længere ture (back up af de øvrige), overflytning mellem afdelinger i regionen (frigøre andet personale), som KOOL funktion ved storulykker, samt AMK og til at dække helikopteren, når den bliver etableret.

Alle lægebiler skal være bemandede med en speciallæge i anæstesiologi og en lægeassistent (paramediciner). Anæstesiologen skal i dagtiden tages ud af den almindelige drift på akutmodtagelse med præhospital funktion. Kan i stille perioder gå til hånd på akutmodtagelsen.

I vagten skal lægen være ansat på konsulent basis, således der ikke tages timer fra den daglige drift. Kan også i vagten gå til hånd på akutmodtagelsen, hvis der er behov herfor.

Det er vigtigt at læger der skal arbejde præhospitalt er dedikeret til opgaven (fagligt og mentalt) og det ikke bare er "tilfældige" læger, der sendes ud. Ellers gør de ingen forskel.

Lægebilerne skal decentralt suppleres med paramedicinere (evt. sygeplejersker i den vestlige del af amtet, hvor der er sygeplejersker med præhospital erfaring) i de områder hvor der gennemsnitligt vil være mere end 15(-20) min til en lægebil.

Disse decentrale ordninger skal være organisatorisk bundet op på lægebilerne, således lægen kan give konkret delegation i situationer, hvor patienterne behandles af paramediciner eller sygeplejerske.

Denne plan giver en sikring af at alle patienter der er akut alvorligt syge eller tilskadekomne bliver set af en kompetent læge.

Der bygges i vid udstrækning på indsatspersonale med allerede eksisterende kompetencer, således der ikke skal ske en væsentligt tillægs uddannelse til personale, som ikke er vant til præhospitalt arbejde.

Det er muligt med lægelig supervision af paramedicinere, at der kan på sigt ske en vis opgaveglidning fra læger til paramedicinere.

Planen vil sikre at der opnås fornøden præhospital erfaring og rutine hos den enkelte.

Susanne Nyholm Andersen

Fra: Rudy Topholm
Sendt: 2. oktober 2007 09:32
Til: Susanne Nyholm Andersen
Cc: Rikke Skou Jensen
Emne: VS: Idioter

Fra: Henrik Virring [mailto:henrik@virring.com]
Sendt: 1. oktober 2007 17:09
Til: Hovedpostkasse Region Midtjylland
Emne: Idioter

Det er da godt i lukker så mange sygehuse, at man skal bruge en hel aften på skadestuen.
Men jeg tror ikke at hvis det var jer selv, eller storrygende dronning der er så lang ventetid.
Vi andre er betaler da skat..

Med mange uvenlige hilsener

Henrik Virring

Akutplan Region Midtjylland
Præhospitals indsats – 2. udkast

Forslag til model, der sikrer høj faglig kvalitet på det præhospitale område.

Ved lukning af akutmodtagelser og dermed længere afstande for nogle borgere er det vigtigt at det præhospitale system kan opfylde følgende mål.

Patienter der bliver akut **alvorligt syge** eller **kommer alvorligt til skade** skal præhospitalt vurderes, behandles og visiteres af en **speciallæge**.

Dette vil i Region Midtjylland kunne lade sig gøre ved at placere **5-6 døgnbetjente lægebiler** geografisk fornuftigt i regionen, eksempelvis

Herning/Holstebro: En lægebil placeret hvor den kan dække Herning/Holstebro samt størst mulige område/flest indbyggere på vestkysten.

Viborg: En lægebil til at dække Viborg og Salling området

Silkeborg: En lægebil til at dække Silkeborg/Horsens området

Randers: En lægebil til at dække Randers og nordlige Djursland

Århus: En lægebil som i dag til at dække Århus og sydlige Djursland samt 1 lægebil som back up.

Nr 2 lægebil kan bruges til længere ture (back up af de øvrige), overflytning mellem afdelinger i regionen (frigøre andet personale), som KOOL funktion ved storulykker, samt AMK og til at dække helikopteren, når den bliver etableret.

Alle lægebiler skal være bemandede med en speciallæge i anæstesiologi og en lægeassistent (paramediciner). Anæstesilægen skal i dagtiden tages ud af den almindelige drift på akutmodtagelse med præhospital funktion. Kan i stille perioder gå til hånd på akutmodtagelsen.

I vagten skal lægen være ansat på konsulent basis, således der ikke tages timer fra den daglige drift. Kan også i vagten gå til hånd på akutmodtagelsen, hvis der er behov herfor.

Det er vigtigt at læger der skal arbejde præhospitalt er dedikeret til opgaven (fagligt og mentalt) og det ikke er en læger, som skal frigøres fra beredskabet i akutmodtagelsen, der sendes ud. Ambulancelæger skal være specifikt uddannede til den præhospitale opgave. Ellers gør de ingen forskel.

Lægebilerne skal decentralt suppleres med paramedicinere (evt. sygeplejersker i den vestlige del af amtet, hvor der er sygeplejersker med præhospital erfaring) i de områder hvor der gennemsnitligt vil være mere end 15(-20) min til en lægebil.

Disse decentrale ordninger skal være organisatorisk bundet op på lægebilerne, således lægen kan give konkret delegation i situationer, hvor patienterne behandles af paramediciner eller sygeplejerske.

Denne plan giver en sikring af at alle patienter der er akut alvorligt syge eller tilskadekomne bliver set af en kompetent læge.

Der bygges i vid udstrækning på indsatspersonale med allerede eksisterende kompetencer, således der ikke skal ske en væsentligt tillægs uddannelse til personale, som ikke er vant til præhospitalt arbejde.

Det er muligt med lægelig supervision af paramedicinere, at der på sigt kan ske en vis opgaveglidning fra læger til paramedicinere.

Planen vil sikre at der opnås fornødent præhospital erfaring og rutine hos den enkelte.

Uddybende kommentarer.

Placeringen af Lægebilerne bør være således at flest mulige potentielt svært syge eller tilskadekomne kan nås af lægen. Det er en fordel at Lægebilerne er placeret centralt, således de om nødvendigt kan køre rendezvous med de ambulancer der kommer fra yderområderne..

Det kan ud fra et fagligt og geografisk synspunkt være fornuftigt at placere en Lægebil i Silkeborg frem for i Horsens. I Vestjylland kan det være fornuftigt at placere en lægebil i Holstebro frem for Herning, da befolkningen på vestkysten kan dækkes bedre herfra. Herning og omegn vil i mange tilfælde kunne dækkes fra en af lægebilerne i Viborg, Silkeborg eller Holstebro.

Ved placering af lægebilerne kan der tages hensyn til mange forhold, fagligt, geografisk og politisk, det væsentlige er, at vi får 5-6 lægebiler, som samlet set dækker regionen fornuftigt.

Paramedicinere kontra sygeplejersker.

Paramedicinere og sygeplejersker (anæstesi-) kan på mange måder sammenlignes fagligt. Begge grupper har kompetencer indenfor sundhedsvæsenet og begge grupper arbejder på lægelig delegation.

Paramedicinerens spidskompetence er skadestedserfaring oparbejdet gennem mange år samt erfaring i at vurdere og håndtere syge og skadetilkomne under mange forskellige forhold.

Paramedicineren er uddannet i at behandle på en ensartet og sikker måde, de kan starte behandling af mange forskellige akutte tilstande og bliver løbende ajourført og trænet i dette. Det er nøje fastlagt hvilke typer medicin paramedicineren kan administrere. Paramedicineren kan få supervision og rutine ved at fungere som lægeassistent på en lægebil.

Anæstesisygeplejersken har generelt erfaring i luftvejshåndtering, herunder avanceret luftvejs-håndtering i ukomplicerede situationer, dvs at kunne intubere (indføre et rør i patientens luftrør). Denne procedure foretages dog meget sjældent præhospitalt, kun i 2-3 % af udrykningerne (tal fra Lægeambulancen i Århus). Anæstesisygeplejersker er primært uddannet til at arbejde på hospitalet, hvor de foretager bedøvelse af patienter, som skal opereres. De kan herunder administrere flere forskellige slags medicin. Ved komplikationer vil sygeplejersken typisk tilkalde en læge til assistance. Anæstesisygeplejersken har ikke selvstændig erfaring med akut dårlige medicinske patienter og har ikke skadestedserfaring.

Både for anæstesisygeplejersker og paramedicinere skal det sikres at de opretholder rutine ved at have en vist antal udrykninger evt ved rotation mellem højt og lavt belastede ordninger.

Man skal i øvrigt være opmærksom på at i sygeplejerske-ordninger vil det øvrige ambulancemandskabs kompetencer blive svækket, idet sygeplejersker og ambulancebehandlere "konkurrerer" om at udføre de samme behandlinger – modsat i læge-ordninger, hvor lægen superviserer ambulancebehandleren, der hermed kan opretholde og øge sine kompetencer.

Bemanding af Lægebilen i vagten.

Ud fra et fagligt synspunkt er det vigtigt at Lægebilerne hele døgnet er bemandet med højt kompetente speciallæger for at sikre, at de dårligste patienter får den bedste behandling.

I vagten bør disse læger være ansat som "konsulenter", således lægerne ikke tages fra næste dags bemanding. Konsulent begrebet betyder at lægen købes i sin fritid til at arbejde præhospitalt.

Hvis de præhospitale læger er en del af akutmodtagelsens beredskab, vil enhver udrykning svække beredskabet i akutmodtagelsen med uoverskuelige konsekvenser til følge. Alternativt skal der være flere læger med samme kvalifikationer tilstede i vagten, det vil kræve en meget høj vagtnormering, som uvilkårligt vil påvirke produktionen i dagtiden.

Læger ansat i konsulentordning kan være en ekstra ressource på akutmodtagelsen. Eksempelvis hvis der indbringes en eller flere dårlige patienter, kan ambulancelægen blive og deltage i behandlingen. Lægernes kvalifikationer skal udover speciallægeanerkendelse være relevant efteruddannelse i akutmedicin samt oparbejdelse af rutine. Det sidste skal sikres ved at stille krav om antallet af vagter samt muliggøre en vis rotation imellem lægebilerne.

Århus 1.10.2007

Troels Martin Hansen

Holstebro 8. oktober 2007

Regionsrådets medlemmer i Region Midtjylland
Regionsdirektør i Region Midtjylland Bo Johansen
Direktør i Region Midtjylland Leif Vestergaard Pedersen
Vicedirektør i Region Midtjylland Kjeld Martinussen

Overlægerådet på Regionshospitalet Holstebro har med stor interesse læst det politiske forlig vedrørende akutberedskabet i Region Midtjylland.

Vi glæder os over den visionære løsning med etablering af et nyt fælles hospital til erstatning af regionshospitalet i Herning og Holstebro, idet man derved vil forbedre mulighederne for at fastholde et højt fagligt niveau i patientbehandlingen i den vestlige del af regionen og derved er med til at skabe en region i balance.

Vi hæfter os også ved det meget tydelige politiske ønske om at bibeholde en akutfunktion tæt på borgerne i den vestlige del af regionen, og at man indtil det nye regionshospital er etableret har et veldefineret politisk ønske om at bevare akutmodtagelserne på både Regionshospitalet Herning og Holstebro som reelle akutmodtagelser på begge regionshospitalet. I den forbindelse ser vi med bekymring på, at tarmkirurgi og kardiologi samles i Herning, og frygter at det ikke er foreneligt med opretholdelse af et reelt akutberedskab på Regionshospitalet i Holstebro, og at den politiske grundtanke i forliget derved ikke kan opretholdes.

Indtil det nye hospital er etableret, har vi en fælles udfordring i at bevare velfungerende enheder i både Herning og Holstebro. Vi skal sikre, at der sker en løbende faglig udvikling samtidig med, at der kan ske nødvendige forandringer og ser frem til, at dette skal ske i tæt samarbejde med de faglige miljøer og under hensyntagen til det meget tydelige politiske ønske om en bevarelse af et reelt akutberedskab på begge matrikler. Vi bemærker også, at større ændringer i perioden frem til etableringen af det nye hospital skal politisk behandles, således at den grundtanke, der ligger bag forliget, føres igennem.

Som overlægeråd ser vi frem til at blive medinddraget i denne proces og til samarbejdet frem mod det nye regionshospital.

Med venlig hilsen

Overlægerådet
Regionshospitalet Holstebro

Kopi til Hospitalsledelsen, Hospitalsenheden Vest.

Mandag, 8-10-2007

Til Regionsmedlemmerne
Region Midtjylland

I den politiske aftale om akutplanen for Region Midtjylland står der, at akutbilerne ved Skive, Ringkøbing, Tarm, Holstebro og Lemvig skal bemandedes med en sygeplejerske.

Der er ikke præciseret, hvilken sygeplejerske der er tale om. Hvis der med sygeplejerske menes en almindelig uddannet sygeplejerske, fx en skadestue sygeplejerske, kan dette medføre alvorlige konsekvenser for den akutte patient grundet hendes manglende uddannelse og kompetence.

En anæstesisygeplejerske har uddannelse, kompetence og erfaring fra den 2-årige uddannelse til anæstesisygeplejerske og det daglige arbejde, både på sygehuset og præhospitalt hvor dette er implementeret. En anæstesisygeplejerske er oftest uddannet sygeplejerske i en længere årrække inden hun søger ind til uddannelsen som anæstesisygeplejerske og har erfaring med sig, ofte fra intensiv afdeling, skadestue og lign.

I tilfælde af, at patienten har hjertestop er en almindelig sygeplejerske ikke uddannet til fx at kunne håndtere patientens luftvej, putte et rør ned i patientens lunger (intubere) og på denne måde sikre patienten 100 % ilt til hjernen og undgå at patienten får uoprettelig hjerneskade. Dette samt intravenøs medicinering (i en blodåre) er en væsentlig del af behandlingen af et hjertestop. Det samme gør sig gældende for patienten med hovedtraume, fx barnet der falder ned fra stor højde eller påkøres på cykel.

Hun er heller ikke rutineret i og har erfaring med at skaffe adgang til patientens blodbane, hvilket er nødvendigt for at kunne give medicin og væske intravenøst til traumepatienten som måske sidder fastklemmt og med indre blødninger. En sådan patient er i livsfare og risikerer at dø, hvis ikke man hurtigt får tilført væske til erstatning af blodtab.

Det kan en anæstesisygeplejerske!

Det er alt afgørende, at den hjælp der kommer frem til borgeren med behov for akut hjælp, kan give den korrekte behandling med det samme. Minutter kan være afgørende for patientens overlevelse. Med de store køreafstande fra yderområder i regionen og til de fælles akutte modtagesygehuse kan patienten ikke vente på relevant behandling først gives ved ankomst hertil.

Det er afgørende for kvaliteten i den præhospitale behandling, at den sygeplejerske, der skal bemane akutbilerne i region Midtjylland, er en anæstesisygeplejerske, med de specielle kompetencer hun har i kraft af sin 2-årige uddannelse, erfaring og daglige rutiner.

Med Venlig Hilsen
Niels Bjørn Andersen
Anæstesisygeplejerske
Regionshospital Viborg

Susanne Nyholm Andersen

Fra: Hanne Paag**Sendt:** 11. oktober 2007 10:57**Til:** Susanne Nyholm Andersen**Cc:** Rikke Skou Jensen**Emne:** VS: Mail afsendt til Lars Løkke Rasmussen, idet - at jeg ikke bare

From: Jørgen E. Kjærside[SMTP:EUJEK@C.DK]**Sent:** Wednesday, October 10, 2007 7:42:10 PM**To:** Leif Vestergaard Pedersen; Aleksander Aagaard; Bent Hansen; Johannes Flensted-Jensen; steen.friberg@horsens.rm.dk; Kent**Subject:** Mail afsendt til Lars Løkke Rasmussen, idet - at jeg ikke bare**Auto forwarded by a Rule**

kan være umælede tilskuer til det der sker i det samfund jeg er en del af og gerne vil være med tiltro til.

Med venlig hilsen

Jørgen

----- Original Message -----

From: Jørgen E. Kjærside**To:** im@im.dk**Sent:** Wednesday, October 10, 2007 5:58 PM**Subject:** Sundhedsstyrelsen bør da se på mange ting og da ikke mindre

dette, at Region Midtjylland har meldt ud med plan for akut beredskab på sygehuse. Region Syddanmark har jo bare holdt sig i baggrunden og melder sig så først på banen nu, hvor de bare føler, de evt., ved magtmisbrug via Sundhedsstyrelsen, kan ændre på Region Midtjyllands plan, det er da luskeri og står da heller ikke i forhold til sund fornuft al den stund, at Kolding sygehus er det bedste bud for akut sygehus der er, for Region Syddanmark, af mange gode grunde.

Vil Sundhedsstyrelsen lade sig misbruge i dette spil mellem to regioner, så hører alt da op af troværdighed omkring patient sikkerhed fra dette organs side som Sundhedsstyrelsen jo er.

Horsens bør med mange gode grunde være akut sygehus her i Region Midtjylland ligesåvel som Kolding sygehus bør være det for Region Syddanmark. Vejle sygehus har da dygtige læger, men - Kolding sygehus står nok bedst rustet over en stor bredde med læger der kan magte mangt og meget mere. Og så er Kolding med så stort område, at flest vil være hjulpet bedst med Kolding sygehus som akut modtagelse. Vejle er samtidigt en flaskehals for trafik der gør, at der bør ses på fordele ved Kolding området for afvikling af trafik.

Med venlig hilsen

Jørgen E. Kjærside

Havrevænget 7, Ørting

DK. 8300 Odder.

Region Midtjylland
Skottenborg 26
8800 Viborg

9. oktober 2007
j.nr. 7-203-05-92/1/KRSB

Vedr. Region Midtjyllands akutplan

Region Midtjylland har i mail den 25. september 2007 anmodet Sundhedsstyrelsen om rådgivning forud for den politiske vedtagelse af regionens akutplan på regionsrådsmøde den 24. oktober 2007.

Sundhedsstyrelsen har tidligere givet Region Midtjylland rådgivning vedr. forslag til akutplanen forud for den politiske behandling jf. brev den 18. juni 2007. Regionsrådet i Region Midtjylland har efterfølgende indgået et forlig, og akutplanen er blevet revideret i overensstemmelse med dette forlig. Sundhedsstyrelsen tager i sin rådgivning udgangspunkt i den reviderede akutplan, men henviser i øvrigt til den tidligere rådgivning af den 18. juni 2007, som i det følgende vil blive suppleret.

Enhed for Planlægning

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 72 22 74 00
Fax 72 22 74 19
E-post info@sst.dk

Dir. tlf. 7222 7752
E-post efp@sst.dk

1. Præhospital indsats

Det beskrives i Region Midtjyllands akutplan, at den præhospitale indsats skal styrkes i regionen. Dette sker med udgangspunkt i ambulanceberedskabet og en række særlige præhospitale indsatsordninger, herunder akutbiler. Sundhedsstyrelsen finder, at disse præhospitale ordninger udgør et godt supplement til ambulanceberedskabet og kan medvirke til at afhjælpe ulemper den øgede transporttid til de fælles akutmodtagelser og derved skabe større tryghed i befolkningen og bedre behandlingstilbud.

Region Midtjylland vil anvende forskellige modeller for bemanning af akutbilerne, men de fleste forventes bemandede af sygeplejersker, herunder anæstesisygeplejersker. I Sundhedsstyrelsens akutrapport fra juni 2007 anbefales det, at al personale, som er involveret i den præhospitale indsats har modtaget målrettet undervisning, erhvervet skadestedserfaring og løbende har mulighed for at opretholde den nødvendige rutine. Det anbefales desuden, at der stilles formelle uddannelseskrav til læger, sygeplejersker og ambulancebehandlere, der indgår i den præhospitale indsats.

På baggrund af ovenstående finder Sundhedsstyrelsen det nødvendigt, at Region Midtjylland sikrer, at personalet, der bemander akutbilerne, har tilstrækkelig målrettet uddannelse og rutine i præhospital behandling. I lyset af den generelle personalemangel inden for sundhedsvæsenet – herunder blandt sygeplejersker – finder Sundhedsstyrelsen endvidere, at Region Midtjylland bør overveje, om andre faggrupper med målrettet uddannelse i præhospital behandling som fx ambulanceredere vil være en bedre udnyttelse af de eksisterende personaleresourcer. Endelig finder Sundhedsstyrelsen, at Region Midtjylland bør formulere klare retningslinier for disponering og bemanning i

de enkelte præhospitale ordninger i regionens sundhedsberedskabs- og præhospitalsplan.

2) Fælles akutmodtagelse

a) Placering

Sundhedsstyrelsen har tidligere påpeget, at placeringen af de fælles akutmodtagelser i yderområderne af Region Midtjylland bør sker i et samarbejde med de omkringliggende regioner. Placering af fælles akutmodtagelse i Randers og Viborg skal således koordineres med Region Nordjylland, mens placering af fælles akutmodtagelse i Horsens skal samtænkes med Region Syddanmarks akutplanlægning. Koordination på tværs af regioner er særlig vigtig i trekantsområdet, idet etablering af fælles akutmodtagelser i både Vejle og Horsens vil kunne medføre, at Sundhedsstyrelsens anbefalede befolkningsunderlag ikke kan opfyldes. Selvom Region Syddanmarks akutplanlægning endnu ikke er kendt, finder Sundhedsstyrelsen det forsat nødvendigt, at Region Midtjylland og Region Syddanmark koordinerer akutberedskabet i trekantsområdet.

b) Sygehus Vestjylland

Regionsrådet i Region Midtjylland har med den nye akutplan besluttet at etablere et nyt Sygehus Vestjylland, som i fremtiden skal erstatte Regionshospitalet i Herning og Holstebro. Sundhedsstyrelsen finder en samling af de to sygehuse hensigtsmæssig, idet der ikke er grundlag for opretholdelse af to fælles akutmodtagelser i Vestjylland.

Det beskrives i akutplanen, at der – indtil det nye sygehus er etableret – vil være fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Herning og akutfunktion på Regionshospitalet Holstebro. Akutte patienter vil blive visiteret og indlagt med udgangspunkt i de kompetencer, som er til stede i hhv. Herning og Holstebro. Sundhedsstyrelsen anerkender, at de store geografiske afstande i Vestjylland kan nødvendiggøre en opretholdelse af modtagelse af akutte patienter på Regionshospitalet Holstebro, indtil det nye Sygehus Vestjylland er etableret. Det fremgår ikke tydeligt, hvilke akutte patienter Regionshospitalet Holstebro vil modtage. Som tidligere påpeget finder Sundhedsstyrelsen, at, såfremt der modtages akutte patienter på sygehuse uden fælles akutmodtagelse, bør der kun modtages visiterede intern medicinske patienter. Visitationen bør ske ud fra klare retningslinier, og Sundhedsstyrelsen finder det hensigtsmæssigt, at der etableres en fælles visitation for akutfunktionerne i Herning og Holstebro. Samtidig bør der foreligge klare retningslinier for videre visitation til relevant afdeling/fælles akutmodtagelse, hvis der efter indlæggelse opstår forværring af patientens tilstand.

Sundhedsstyrelsen har bemærket, at Region Midtjylland vil igangsætte et projekt, som fokuserer på målrettet uddannelse af læger i de fælles akutmodtagelser. Sundhedsstyrelsen finder det interessant og vil se frem til at høre nærmere om resultaterne af dette projekt.

c) Fødsler

Det fremgår af Region Midtjyllands akutplan, at de eksisterende syv fødesteder fastholdes og bevares. De fødende vil blive oplyst om tilbuddet ved de enkelte fødesteder, og der sker en visitation, således at forventede komplicerede fødsler henvises til Århus Universitetshospital Skejby eller Regionsho-

spitalerne i Randers, Viborg eller Herning. Der vil blive etableret samarbejde mellem disse fire fødesteder og de øvrige tre fødesteder i regionen.

I Sundhedsstyrelsens specialeudmelding for gynækologi/obstetrik beskrives, at der på sygehuse med fødsler bør være mulighed for umiddelbar assistance fra pædiatri med neonatologisk kompetence. I tyndt befolkede områder med ø- eller ølignende geografi, hvor dette ikke kan opfyldes, vil andre løsninger være nødvendige. På fødesteder uden umiddelbar assistance fra pædiatri med neonatologisk kompetence, er det en forudsætning, at den sundhedsfaglige kvalitet sikres gennem et tæt samarbejde med alle relevante parter, samt at borgerne er informeret om det begrænsede tilbud. Sundhedsstyrelsen vurderer ikke, at Region Midtjyllands geografi umiddelbart tilsiger syv fødesteder i regionen og vil derfor opfordre til, at enkelte af regionens fødesteder sammenlægges.

3) Neurorehabilitering

Sundhedsstyrelsen har bemærket, at Region Midtjylland planlægger at bevare neurorehabilitering i Skive. I 2006 igangsatte Sundhedsstyrelsen en speciale gennemgang, som har til formål at revidere den nugældende specialevejledning fra 2001. Neurorehabilitering vil bl.a. blive drøftet i specialearbejdsgrupperne for neurologi og reumatologi. Sundhedsstyrelsen vil give tilbagemelding på konkrete forslag til specialeplanlægning, når resultatet af speciale gennemgangene foreligger.

Med venlig hilsen

Lone de Neergaard
Enhedschef

Side 3

9. oktober 2007

Sundhedsstyrelsen