

Hospitalsudvalget: Yderligere belysninger af forslag og emner til budget 2022



Indledning

På de stående udvalgs møder i maj 2021 om budget 2022 og på regionsrådets budgetseminar

17. maj aftaltes det, at de forslag og emner, der skulle belyses nærmere af administrationen forelægges på de stående udvalgs møder i august 2021.

Dato 06-07-2021

I dette notat fremgår besvarelser vedrørende følgende forslag og emner:

Sagnr: 1-21-78-2-21

A. Plasmaferesecenter, **side 2**

B. Styrkelse af fødeområdet:

Side 1

B.1 Notat vedr. udviklingen i aktivitet og kapacitet på fødselsområdet, **side 6**

B.2 Notat vedr. belysning af forslag om etablering af fødeklinikker, **side 26**

C. Styrkelse af kapacitet til højtspecialiseret neurorehabilitering, **side 35**

D. Udviklingsplan for Regionshospitalet Silkeborg, **side 37**

E. Styrkelse af palliationsområdet i Region Midtjylland, **side 38**

F. Funktionelle lidelser, **side 45**

G. Udgifter til teknologi på diabetesområdet i 2022 og årene frem, **side 47**

A. Baggrundsnotat: Plasmaferese udbygning – budget 2022

Administrationen har udarbejdet emneforslag til budget 2022. Heri er under "uafviselige forslag" beskrevet et behov for udvidelse af plasmaferesetafninger i Region Midtjylland.

Baggrund

Når en bloddonor tappes, så deles blodet op i (røde)blodlegemer og blodplasma. Blodplasmaet bruges af medicinindustrien til fremstilling af medicin, mens blodlegemerne bruges ved blodtransfusioner ved behandling af traumer eller operationer med stort blodtab.

Oprindeligt blev alle behov dækket ved konventionel donortapning. Men ændringer i både den kirurgiske tilgang (kikkertoperationer) og retningslinjerne for anvendelse af blodtransfusion har gjort, at behovet for blodtransfusioner er faldet i de seneste år. Dette har betydet, at mængden af donortapninger er faldet og mængden af blodplasma derved også er faldet.

Samtidig har udviklingen inden for medicin betydet, at der i dag er flere mediciner, som fremstilles på baggrund af blodplasma og flere sygdomme kan behandles med mediciner fremstillet på baggrund af blodplasma. Dette har betydet, at behovet for blodplasma er steget – samtidig med at mængden af blodplasma fra konventionelle donortapninger som nævnt er faldet.

Bestyrelsen for Danske Regioner besluttede i maj 2017, at regionerne skal arbejde for, at Danmark bliver selvforsynende med plasmabaserede lægemidler.

Med henblik på at opfylde Region Midtjyllands forpligtelse på området, besluttede regionsrådet den 18. december 2019 at Aarhus Universitetshospital skulle udvide plasmafereseaktiviteten. Det skete ved at etablere et stort plasmaferesetappecenter.

Ved en plasmaferesetafning tappes kun blodplasmaet fra donoren, i det blodlegemerne adskilles fra blodplasmaet i forbindelse med selve tapningen og gives tilbage til donoren. Da blodplasmaet dannes hurtigere end blodlegemerne er donoren mindre påvirket af en plasmaferetafning end af en konventionel blodtapning – selvom tapningen tager cirka dobbelt så lang tid.

På trods af beslutningen i Danske Regioners bestyrelser i 2017, så er det stadig nødvendigt at købe en stor del af den plasma, som bruges i Danmark, på det internationale marked – især fra USA.

Siden 2019 er efterspørgslen på plasma og plasmabaserede lægemidler steget yderligere – både i Danmark og globalt. Selvom der også tappes mere plasma, kan udbuddet ikke følge med efterspørgslen.

Situationen er blevet forværret af COVID-19, da pandemien har medført færre blodtapninger globalt. Mange lande, herunder Danmark, oplever derfor nu, at producenterne ikke kan skaffe den mængde lægemidler, som hospitalerne efterspørger.

På den baggrund besluttede Danske Regioners bestyrelse den 16. juni, at opfordre regionerne til at gå i gang med at udbygge kapaciteten til fremstilling af blodplasma svarende til regionens andel af målet for selvforsyning.

Ifølge oplægget til Danske Regioners beslutning, så betyder det, at produktionen i Region Midtjylland tilnærmelsesvis skal fordobles.

Organiseringen i Region Midtjylland

Et tappecenter er en enhed, som er dedikeret til plasmaferesetapninger, således at der i centeret alene udføres plasmaferesetapninger. I et center er antallet af tappelejer og personalenormeringer tilpasset og optimeret hinanden, således at driften er optimalt organiseret og tilrettelagt.

Der arbejdes med tappecentre i to størrelser: et lille center med 12 lejer og et stort center med 24 lejer.

I dag er der som nævnt etableret et stort tappecenter i Aarhus med 24 lejer i relation til Aarhus Universitetshospital (fysisk placeret i lejede lokaler uden for hospitalsområdet). Der udføres i dag ikke plasmaferesetapningen andre steder i Region Midtjylland.

Det er muligt at etablere et mindre antal plasmaferetappelejer uden for et decideret center, men driften af disse lejer er ikke på samme måde optimeret, og der er ikke de samme stordriftsfordele.

Beslutningen i Danske Regioner, betyder at der i Region Midtjylland skal arbejdes hen imod en samlet udvidelse på yderligere 24 plasmafereselejer i regionen.

Donorgrundlaget er med det eksisterende store tappecenter i Aarhus kraftigt udfordret i Aarhus. Derfor er det nødvendigt at etablere udvidelsen af plasmaferesetapningerne i Region Midtjylland andre steder

Det kan umiddelbart organiseres på flere måder:

1. to små centre med hver 12 lejer – for eksempel Herning/Holstebro og Silkeborg/Viborg
2. ét lille center med 12 lejer (et af ovennævnte steder) og et ikke nærmere defineret antal lejer på flere hospitalsmatrikler

3. et ikke nærmere defineret antal lejer på flere hospitalsmatrikler

Fordele og ulemper ved de tre forslag fremgår nedenstående:

Model:	Fordele	Ulemper
To små centre - på 12 lejer hver	• Højere produktionseffektivitet • Hurtigere kompetenceopbygning blandt tappepersonalet • Enklere logistik ved varemodtagelse og plasmaafhentning	• Bygge- og etableringsomkostninger for to centre • Der vil fortsat være "udækkede" geografiske områder med lang transportafstand for donor • Ulighed mellem donorkorpsene, da de korps, der ikke hører til et plasmacenter, kun vil modtage donorgebyr som nu. • Donorgrundlaget kan stadig være skrøbeligt
Ét center og decentrale lejer – center på 12 lejer og 12 lejer fordelt på flere hospitaler	• Bredere geografisk dækning og bedre donorrekrutteringsmuligheder • Større opbakning fra de små donorkorps	• Produktionseffektiviteten vil forringes og primært være båret af det mindre center • Bygge- og etableringsomkostninger for et center • Det kan være vanskeligt at sikre nødvendigt kompetenceniveau hos en tilstrækkelig del af personalet ved de decentrale lejer. • Donorgrundlaget kan måske stadig være skrøbeligt omkring plasmacenteret • Transportomkostninger til fordeling af varer og indsamling af plasma.
Flere decentrale lejer – 24 lejer fordelt på hospitalerne	• Etableringsomkostningerne er begrænsede • Man vil måske kunne udnytte de eksisterende tappelokaler på tidspunkter, hvor der ikke foretages konventionelle donortapninger. • Taping, hvor donorerne er, og dermed yderligere forbedret donorrekruttering • Flere donorkorps vil få gav af plasmaferesetapninger	• Driftseffektiviteten vil være udfordret. • Udfordringer i at konsolidere driften med en tilstrækkelig og kyndig personalemængde ved de decentrale lejer. • Kompliceret logistik ved vareforsyning og plasmaafhentning.

Der er på nuværende tidspunkt ikke taget stilling til, hvilken af de ovennævnte modeller der arbejdes videre med.

Fra et driftsøkonomisk hensyn og med blik på uddannelse af personalet er to mindre plasmacentre at foretrække, men det vil være nemmest at rekruttere donorer til decentrale plasmafereselejer i de eksisterende blodbanker.

Det er nødvendigt at få klarlagt, hvilke muligheder der er for at placere såvel tappecentre som decentrale lejer fysisk. Dette skal blandt andet afklares efter dialog med hospitalerne.

Endvidere vil det være hensigtsmæssigt at få redegjort for, hvorledes plasmaferesetapningerne vil påvirke den konventionelle bloddonortapning - herunder udredt donorgrundlaget for begge typer tapninger, samt indvirkningen på organiseringen den konventionelle bloddonortapning. Dette bør ske i dialog med bloddonorerne i Region Midtjylland og hospitalerne.

Økonomi

Af beslutningen i Danske Regioners bestyrelse fremgår det, at regionerne får 1.350 kr. per kilo plasma ved salg til AMGROS.

I den pris er det forventningen at driftsomkostningerne - inklusiv "almindelig" huslejeudgifter og afskrivning af apparatur - er dækket. Det er således alene etableringsomkostninger - ombygning og førstegangs indkøb af apparatur, der er behov for at få dækket.

Behovet kendes ikke på nuværende tidspunkt, i det organiseringen endnu ikke er klarlagt.

Såfremt det ender med en model med to eller ét center vil det forventeligt være nødvendigt med lokaler uden for de eksisterende bygninger, hvorfor der vil være leje- eller byggeudgifter.

Bliver det en model med decentrale tappelejer, så vil det måske være muligt at etablere lejerne inden for eksisterende bygningsrammer, men driftseffektiviteten vil som nævnt være udfordret.

Der er således stadig usikkerhed om etableringsudgifterne, men det foreslås, at der afsættes XX. mio. kr., som kan tages i anvendelse til etablering, når der foreligger en endelig plan for organiseringen. Etableringen forventes påbegyndt medio 2022.

B.1 Notat vedr. udviklingen i aktivitet og kapacitet på fødselsområdet

Indhold

1. Formål og baggrund.....	6
2. Historisk udvikling i aktiviteten.....	6
2.1. Fødselsaktiviteten ved regionens fødesteder.....	8
3. Status vedr. kapacitet og belægning	10
3.1. Fødestuekapacitet	10
3.2. Belægning på barselsafsnit.....	12
3.3. Flow	13
3.4. Omvisiteringer/overflytninger	13
4. Forventninger til fremtidig udvikling på fødselsområdet	15
4.1. Status – medio 2021	15
4.2. Fremskrivning af antallet af fødsler og aktivitet ved fødestederne.....	15
5. Personaleressourcer	20
5.1. Udvikling i personaleforbrug på gyn/obs-området.....	20
5.2. Udviklingen inden for jordemødrenes arbejdsområde.....	21
5.3. Vakance- og rekrutteringssituationen.....	23
6. Sammenfatning	23

1. Formål og baggrund

Dette notat indeholder en redegørelse for den historiske udvikling i fødselsaktiviteten i Region Midtjylland. Dernæst analyseres kapacitet og belægning på fødestederne. Endelig rummer notatet en analyse af forventningerne til den fremtidige udvikling inden for området.

Notatet er udarbejdet til støtte for arbejdet med budget 2022. Hertil kommer, at Hospitalsudvalget på møde 1. marts 2021 i forbindelse med behandling af udkast til den nu vedtagne fødeplan for Region Midtjylland har anmodet om bl.a. en belysning af den bemandings- og belægningsmæssige situation på regionens fødeafdelinger.

2. Historisk udvikling i aktiviteten

Tabel 1a nedenfor indeholder oplysninger om antallet af levendefødte børn fra kommunerne i Region Midtjylland

Tabel 1a. Antal levendefødte fordelt på kommuner

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Favrskov	566	593	562	551	499	480	423	481	450	482	473	470	491	485
Hedensted	571	543	550	512	449	425	438	430	420	412	459	431	401	398
Horsens	941	1033	1037	1043	981	977	934	919	924	1015	931	977	980	993
Norddjurs	358	335	338	327	324	331	320	286	316	307	303	314	265	280
Odder	230	243	183	223	172	180	148	172	163	184	194	206	205	197
Randers	1030	1084	1057	1028	978	970	898	902	917	1001	1013	951	978	973
Samsø	29	32	29	21	29	27	23	14	15	22	28	27	18	20
Silkeborg	1136	1075	1091	1025	971	870	895	849	873	892	959	1017	1048	1095
Skanderborg	718	694	724	614	628	612	534	594	588	613	668	723	755	754
Syddjurs	425	402	401	421	359	353	329	281	309	319	338	383	345	390
Aarhus	3925	3920	3943	4098	4049	3973	3920	4109	4389	4721	4550	4677	4591	4787
Herning	1048	995	986	1006	955	914	880	893	884	944	984	929	903	934
Holstebro	723	701	656	647	663	599	581	595	620	726	655	663	619	644
Ikast-Brandø	453	485	471	486	466	419	405	430	393	422	409	411	432	395
Lemvig	213	197	182	185	170	162	147	137	148	154	172	164	146	153
Ringkøbing-Skjern	623	679	631	595	569	503	505	528	516	572	553	516	522	509
Skive	520	521	504	509	449	451	402	391	387	424	412	372	377	385
Struer	233	246	227	220	210	182	176	141	164	173	195	176	149	155
Viborg	1129	1185	1149	1120	1065	1026	955	925	947	963	996	962	918	920
Total for Region Midtjylland	1487 1	1496 3	1472 1	1463 1	1398 6	1345 4	1291 3	1307 7	1342 3	1434 6	1429 2	1436 9	1414 3	1446 7
Kommuner uden for Region Midtjylland	4921 1	5007 5	4809 7	4878 0	4501 2	4446 2	4296 0	4379 3	4478 2	4726 8	4710 5	4710 7	4702 4	4647 0
Hele landet	6408 2	6503 8	6281 8	6341 1	5899 8	5791 6	5587 3	5687 0	5820 5	6161 4	6139 7	6147 6	6116 7	6093 7

Kilde: Danmarks Statistik, 28. april 2021.

<https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1536>

Note: Antal fødte i 2017 er rettet med 125 flere fødte den 21. februar 2018.

Tallene i tabel 1a er opgjort efter kvindens/moderens bopæls-kommune for at vise den demografiske udvikling uafhængigt af, hvordan fødestedernes optageområder er planlagt i dag eller tidligere. Tallene for antal levendefødte siger altså ikke noget om, hvor fødslen har fundet sted.

Fra 2007 til 2013 faldt antallet af levendefødte børn i Region Midtjylland. Herefter var der en stigning igen frem til 2016, hvorefter antallet af levendefødte de seneste 4-5 år har stabiliseret sig på et niveau omkring ca. 14.300 levendefødte pr. år. Udviklingen i resten af landet ligner udviklingen i Midtjylland.

I tabel 1b nedenfor er antal levendefødte i de 19 kommuner i Midtjylland omregnet til indekstal for at give et nemmere overblik over udviklingen i de forskellige dele af regionen.

Tabel 1b. Antal levendefødte fordelt på kommuner i Midtjylland
(2007 = indeks 100)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Favrskov	100	105	99	97	88	85	75	85	80	85	84	83	87	86
Hedensted	100	95	96	90	79	74	77	75	74	72	80	75	70	70
Horsens	100	110	110	111	104	104	99	98	98	108	99	104	104	106
Norddjurs	100	94	94	91	91	92	89	80	88	86	85	88	74	78
Odder	100	106	80	97	75	78	64	75	71	80	84	90	89	86
Randers	100	105	103	100	95	94	87	88	89	97	98	92	95	94
Samsø	100	110	100	72	100	93	79	48	52	76	97	93	62	69
Silkeborg	100	95	96	90	85	77	79	75	77	79	84	90	92	96
Skanderborg	100	97	101	86	87	85	74	83	82	85	93	101	105	105
Syddjurs	100	95	94	99	84	83	77	66	73	75	80	90	81	92
Aarhus	100	100	100	104	103	101	100	105	112	120	116	119	117	122
Herning	100	95	94	96	91	87	84	85	84	90	94	89	86	89
Holstebro	100	97	91	89	92	83	80	82	86	100	91	92	86	89
Ikast-Brande	100	107	104	107	103	92	89	95	87	93	90	91	95	87
Lemvig	100	92	85	87	80	76	69	64	69	72	81	77	69	72
Ringkøbing-Skjern	100	109	101	96	91	81	81	85	83	92	89	83	84	82
Skive	100	100	97	98	86	87	77	75	74	82	79	72	73	74
Struer	100	106	97	94	90	78	76	61	70	74	84	76	64	67
Viborg	100	105	102	99	94	91	85	82	84	85	88	85	81	81
Region Midtjylland	100	101	99	98	94	90	87	88	90	96	96	97	95	97

Antallet af levendefødte for Region Midtjylland som helhed ligger i 2020 endnu ikke på samme niveau som i 2007.

Det fremgår desuden, at tre kommuner adskiller sig fra regionens øvrige kommuner ved at have oplevet en vækst i perioden fra 2007 og frem til 2020. Det drejer sig om kommunerne Skanderborg, Horsens og Aarhus, der ligger hhv. 5, 6 og 22 indekspoint højere end i 2007, mens de midtjyske kommuner under ét ligger 3 indekspoint under 2007-niveauet.

2.1. Fødselsaktiviteten ved regionens fødesteder

Ser man på fødselsaktiviteten ved regionens fødesteder, viser tabel 2 udviklingen siden regionens dannelse i 2007 og frem til 2020. Det er her vigtigt at bemærke, at der undervejs i perioden er sket ændringer af strukturen i forbindelse med lukningen af fødeafdelingen i Silkeborg i 2011, hvor de gravide som udgangspunkt blev visiteret til enten Regionshospitalet Viborg for Silkeborg Kommunes vedkommende, til Regionshospitalet Horsens for Skanderborg Kommunes vedkommende, mens fødsler fra Favrskov Kommune blev visiteret til Regionshospitalet Randers.

Omkring 2014 blev betjeningen af kommunerne Odder og Skanderborg flyttet fra Aarhus Universitetshospital til Regionshospitalet Horsens som led i en plan for aflastning af kapacitetspresset dengang på fødestedet i Aarhus. Det ses således, at stigningen i antal fødsler på Regionshospitalet Horsens fra Skanderborg Kommune forstærkes som følge af denne ændring.

Henover årene siden 2011 har der været en jævn stigning i antal fødsler ved Hospitalsenheden Vest fra Silkeborg Kommune. Særligt fra 2016/2017 og frem til 2020 tager denne udvikling fart. I 2020 er det således ca. 28 % af fødslerne fra Silkeborg Kommune, der finder sted hos Hospitalsenheden Vest (formentlig Regionshospitalet Herning).

Som det fremgår af tabel 2 nedenfor faldt antallet af fødsler på fødestederne i Region Midtjylland fra 2007 til 2013. Fra 2013 til 2016 steg antallet igen, mens der fra 2016 til 2020 kan konstateres en tendens til stagnation i antallet af fødsler. Antallet er således endnu ikke på niveau med antallet i 2007. Altså samme udvikling, der blev beskrevet ovenfor, når man så på de levendefødte.

Tabel 2. Antal fødsler i Region Midtjylland, fordelt på fødesteder, 2007-2020

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
AUH	4.777	4.845	4.820	4.975	4.893	4.764	4.642	4.490	4.719	5.027	4.750	4.858	4.844	4.997
HE Midt	3.411	3.395	3.301	3.144	2.797*	2.320	2.172	2.218	2.182	2.247	2.261	2.179	2.110	2.172
HE Vest	3.207	3.240	3.049	3.092	2.981	2.797	2.719	2.731	2.787	3.090	3.164	3.102	3.065	3.048
RHH	1.895	1.932	1.875	1.828	1.661	1.771	1.719	1.957	2.044	2.156	2.171	2.263	2.205	2.263
RHR	2.099	2.142	2.090	2.065	1.985	2.042	1.920	1.978	2.078	2.175	2.238	2.266	2.190	2.242
Total	15.389	15.554	15.135	15.104	14.317	13.694	13.172	13.374	13.810	14.695	14.584	14.668	14.414	14.722

* Antallet af fødsler i HE Midt faldt pga. lukning af fødeafsnittet i Silkeborg, hvor fødslerne blev fordelt mellem RH Horsens og RH Viborg

Kilde: Region Midtjyllands BI-datavarehus/BI-portalen, Mor - fødsel, juni 2021 (i tabellen indgår alle fødsler, dvs. både hjemmefødsler og fødsler i hospitalsregi og både fødende fra RM og fødende med bopæl uden for RM, herunder andre regioner)

For god ordens skyld bemærkes, at tallene i tabel 2 omfatter alle fødsler ved det pågældende fødested, dvs. levendefødte børn, tvillingfødsler, dødfødte børn og hjemmefødsler - uanset hvilken kommune den fødende kvinde bor i. Af disse årsager kan tallene i tabel 2 ikke sammenlignes direkte med opgørelsen over antal levendefødte i tabel 1a/1b.

Fødsler blandt kvinder bosat i andre regioner også indgår i opgørelsen i tabel 2, hvis fødslen er foregået på ét af Region Midtjyllands fem fødesteder. I 2019 udgjorde denne kategori i alt 546 fødsler (HEM: 158, HEV: 107, RHH: 79, RHR: 148 og AUH: 54), svarende til ca. 3,8 % af det samlede antal fødsler (14.414).

Hjemmefødslerne indgår også som en delmængde af det samlede antal fødsler, der er præsenteret i tabel 1. I tabellen nedenfor ses udviklingen i antallet af hjemmefødsler i perioden 2015-2020.

Tabel 3. Antal hjemmefødsler, 2015-2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
HEM	20	40	63	67	58	61
HEV	45	47	57	68	71	57
RHH	26	37	54	58	68	65
RHR	21	49	44	72	43	40
AUH	109	142	133	144	115	98
I alt	221	315	351	409	354	321

Kilde: BI datavarehuset fctfødselskontakt_mor_bred_RB maj 2019 og juni 2020. Antal fødsler, hvor barnet har en fødselsdiagnose i (DZ381*, DZ384*, DZ387*, DZ380Q*, DZ380R*), hvis ikke det er muligt at koble et barn til fødselskontakten, tjekkes om koden AAF6 er registreret på den fødendes kontakt, dette er tælleren.

Hjemmefødslerne udgjorde ca. 1,6 % af fødslerne i 2015. Der ses en stigning i perioden 2015-2018, idet hjemmefødslerne i 2018 udgjorde ca. 2,8 % af det samlede antal fødsler. Antallet faldt igen i 2019 (udgjorde ca. 2,5 % af fødslerne) og 2020 (ca. 2,2 % af fødslerne).

I en periode under COVID-19-epidemien var muligheden for hjemmefødsel dog suspenderet, hvilket forventes at have påvirket antallet af hjemmefødsler i 2020. Der synes ikke at være en tendens til voldsom vækst i hjemmefødslerne i det midtjyske område.

3. Status vedr. kapacitet og belægning

I dette afsnit beskrives kapacitet og belægning på fødselsområdet gennem en belysning af: Fødestuekapacitet, belægningen på regionens barselsafsnit, udviklingen i indlæggelsestider (flow) samt tendensen i omfanget af overflytninger af kvinder under fødslen som følge af kapacitetsproblemer.

3.1. Fødestuekapacitet

Dette afsnit beskæftiger sig med følgende spørgsmål: Hvor befinder fødestederne sig i forhold til den fysiske/lokalemæssige kapacitetsgrænse? Hvor mange fødsler vil det enkelte fødested kunne levere ekstra inden for eksisterende/planlagte fysiske rammer?

Tabel 4 giver et billede af den potentielle (fysiske/lokalemæssige) fødekapacitet, idet det antages, at en enkelt fødestues maksimums-kapacitet ligger omkring 400 fødsler pr. år. I kraft af fødestedets størrelse skønnes det, at det tilsvarende tal for Aarhus Universitets-hospitals vedkommende ligger omkring 420 fødsler pr. år. Med et større antal stuer til rådighed er det alt andet lige i højere grad muligt at flytte rundt på aktiviteter og derved undgå en situation med "overbelægning" på den enkelte stue. Disse forudsætninger beror på en fælles faglig og ledelsesmæssig vurdering fra fødestederne.

Tabel 4. Potentiel fødestuekapacitet, Region Midtjylland

	Antal fødestuer	Potentielt antal fødsler pr. år
HEM	6	2.400
HEV (Gødstrup)	8	3.200
RH Horsens	6*	2.400
RH Randers	6	2.400
AUH	12	5.040
I alt	38	15.440

* I Investeringsplan 2021-2029 er der i årene 2023-2029 prioriteret i alt 3 mio. kr. til etablering af en ekstra fødestue på Regionshospitalet Horsens (der kommer oveni de 6 fødestuer, der indgår i tabellen ovenfor).

Budgetforliget for 2021 betyder, at der prioriteres midler til en udvidelse med én fødestue i Gødstrup således, at der vil være 8 (og ikke 7) fødestuer til rådighed for betjeningen af Hospitalsenheden Vests optageområde.

For regionen under ét vil den samlede kapacitet således – under forudsætning af 8 fødestuer i Gødstrup - bestå af 38 fødestuer med en samlet kapacitet svarende til i omegnen af 15.500 fødsler årligt.

Dette svarer nogenlunde til fødselstallet i 2007/2008 forud for først en periode med faldende fødselstal 2007-2013, siden et stigende fødselstal 2013-2016 og frem til nu, hvor fødselstallet i perioden 2016-2020 er stagneret omkring et niveau, der ligger ca. 1.000 fødsler under 2007/2008. I Investeringsplan 2021-2029 er der i årene 2023-2029 prioriteret i alt 3 mio. kr. til etablering af en ekstra fødestue på Regionshospitalet Horsens. Med ovenstående forudsætninger svarer det til en udvidelse af den fysiske kapacitet med ca. 400 fødsler mere på fødestedet i Horsens (og herefter vil den samlede fødestue-kapacitet i regionen være 39, svarende til ca. 15.900 fødsler årligt).

Tabel 5 beskriver hvor mange fødsler, der i udgangspunktet varetages pr. fødestue på de forskellige fødesteder. I tabellen sammenholdes dette med det potentielle antal fødsler pr. år. Herved fremkommer et tal for hvor mange ekstra fødsler, der som udgangspunkt er plads til på det enkelte fødested ("vækstrum/buffer"). Ved spidsbelastning kan vækstrummet/bufferen medvirke til at absorbere kapacitetspresset, når der er perioder med ekstra-ordinært mange fødsler.

Tabel 5. Fødestue-kapacitet, Region Midtjylland

	Antal fødestuer	Antal fødsler 2020*	Potentielt antal fødsler pr. år	Vækstrum/buffer
HEM	6	2.111	2.400	289
HEV (Gødstrup)	8	2.991	3.200	209
RH Horsens	6	2.198	2.400	202
RH Randers	6	2.202	2.400	198
AUH	12	4.899	5.040	141
Alle	38	14.401	15.440	1.039

*Hjemmefødsler er ekskluderet

Kilde: BI-portal, Fødsel - mor, juni 2021 samt opgørelser fra hospitalerne

Der sondres i tabellen ikke mellem, om fødslerne stammer fra føde-stedets eget optageområde eller om de kommer fra andre fødesteders optageområde eller eventuelt fra andre regioner. Antallet af hjemmefødsler er fratrasket det samlede antal fødsler ved de enkelte fødesteder, da hjemmefødslerne jo ikke lægger beslag på fødestuerne inde på hospitalet.

Hvis man tager afsæt i 2020-aktiviteten og indarbejder en fremtidig forudsætning om 8 i stedet for 7 fødestuer i Hospitalsenheden Vests optageområde, befinder regionens fødesteder sig altså ca. 1.000 fødsler fra dét, som man kunne kalde kapacitetsgrænsen – altså maksimal udnyttelse af den fysiske/lokalemæssige fødekapaцитet på de obstetriske afdelinger.

Der er variation på tværs af fødestederne med hensyn til antal fødsler pr. fødestue. Gennemsnittet ligger på 379 fødsler pr. fødestue, hvis man sammenholder den faktiske aktivitet i 2020 med den kendte fødestuekapacitet efter ibrugtagningen af Gødstrup (HEM: 351, HEV: 374, RHH: 366, RHR: 367 og AUH: 408).

Presset på fødestuerne er således størst på Aarhus Universitets-hospital. Samtidig er vækstrummet/bufferen mindst på Aarhus Universitetshospital, hvilket samlet set peger i retning af, at kapaciteten er tæt ved at være brugt op.

3.2. Belægning på barselsafsnit

I forhold til belægningsprocenterne af udvikling og status for den fysiske kapacitet indeholder tabel 6 et overblik over belægningsprocenterne på regionens barselsafsnit i perioden 2017-2021. Tabellen beskriver årgennemsnittet for belægningen på de forskellige afsnit. I forhold til at vurdere kapacitetspres og -behov bemærkes det, at fødestederne, herunder barselsafsnittene, i perioder skal kunne håndtere spids-belastninger, hvilket indebærer tilsvarende højere belægning og øget belastning af fysiske rammer og bemanning.

Tabel 6. Belægningsprocent på barselsafsnittene ved Region Midtjyllands fødesteder, 2017-2020

	2017	2018	2019	2020
RH Horsens, Afsnit for Mor og Barn	68%	69%	80%	76%
AUH, Familieafsnittet	68%	65%	76%	71%
AUH, Afsnit for Mor og Barn	97%	90%	114%	116%
HE Midt, Afsnit for Kvindesygdomme og Barslende (Viborg)	72%	68%	76%	80%
HE Vest, Svangre- og Barselsafsnit (Herning)	69%	65%	73%	74%
HE Vest, Barselsafsnittet (Holstebro)	36%	37%	35%	30%
RH Randers, Familieafsnittet	35%	42%	49%	45%
RH Randers, Kvindesygdomme og Barsel Sengeafsnit		83%	92%	96%
Gennemsnitlig belægning	72%	70%	82%	83%

Kilde: BI-portalen, Belægning og belastning, juli 2021 (inkl. egne tal for disponible senge på HE Vest/Holstebro: 4 disponible senge i stedet for 6)

På Regionshospitalet Horsens er barselsafsnittet dedikeret til barselsfamilier (inkl. for tidligt fødte børn), som dels kommer fra hospitalets egen fødegang samt operationsgang efter kejsersnit, og dels er overført fra Aarhus Universitetshospital (komplicerede fødsler fra Regionshospitalet Horsens' optageområde, hvor selve fødslen er foregået på Aarhus Universitetshospital, mens barselsforløbet foregår på barselsafsnittet i Horsens).

Mor og Barn-afsnittet på Aarhus Universitetshospital varetager komplicerede forløb, herunder i tilfælde af sygdom hos mor eller barn, indlagte efter kejsersnit, ved behov for tættere observation relateret til f.eks. diabetes, tvillingefødsel, psykiske eller sociale problematikker mv. Familieafsnittet rummer hovedsageligt barselsfamilier med ukomplicerede forløb.

Sengene på Afsnit for Kvindesygdomme og Barslende på Regions-hospitalet Viborg (Hospitalsenhed Midt) bruges til både komplicerede og ukomplicerede barselsforløb samt til gynækologiske patienter. Belægningsprocenten påvirkes altså ikke udelukkende af barsels-aktiviteten, men også af andre patientgruppers sengeforbrug og flow.

I Hospitalsenheden Vest arbejdes der ud fra konceptet "hjem efter en nat". Hvis parret vælger at tage hjem, tager personalet efter-følgende ud på hjemmebesøg. I forhold til barselsophold på hospitalet benyttes Svangre- og Barselsafsnittet på Regionshospitalet Herning til både komplicerede og ukomplicerede forløb. Regionshospitalet

Holstebro har under 500 fødsler pr. år (kun ukomplicerede fødsler). Dette giver store udsving i belægningsprocenten pr. døgn på barselsgangen.

Kvindesygdomme og Barsel Sengeafsnit ved Regionshospitalet Randers varetager betjeningen af komplicerede, indlagte gravide, komplicerede barselsfamilier og gynækologiske patienter. Dermed er belægningsprocenten påvirket af forskellige patientkategoriers sengeforbrug og flow. Familieafsnittet rummer hovedsageligt barselsfamilier med ukomplicerede forløb.

3.3. Flow

Tabel 7a og 7b indeholder oplysninger om den gennemsnitlige indlæggelsestid opgjort i timer for hhv. første- og flergangsfødende.

Tabel 7a. Gennemsnitlig indlæggelsestid (timer) for førstegangsfødende

	2017	2018	2019	2020
RHH	56	54	55	54
AUH	66	62	64	64
HEM	71	69	65	65
HEV	54	51	50	49
RHR	60	65	63	62
Gennemsnit	62	60	60	59

Kilde: FctFoedselskontakt_mor_bred, juni 2021

Note: Opgørelsen tager ikke højde for hvorvidt fødslen var kompliceret og inkluderer også for tidligt fødte.

Tabel 7b. Gennemsnitlig indlæggelsestid (timer) for flergangsfødende

	2017	2018	2019	2020
RHH	23	19	19	19
AUH	27	28	26	26
HEM	26	25	23	24
HEV	22	21	20	20
RHR	26	29	26	26
Gennemsnit	25	25	23	23

Kilde: FctFoedselskontakt_mor_bred,
juni 2021

Note: Opgørelsen tager ikke højde for hvorvidt fødslen var kompliceret og inkluderer også for tidligt fødte.

Ændringer i flowet på fødestederne har betydning for kapacitets-situationen, idet en reduktion af indlæggelsestiden alt andet lige vil øge den tilgængelige kapacitet (fødestuer, barselsenge mv.), mens stigende gennemsnitlige indlæggelsestider alt andet lige vil reducere den tilgængelige kapacitet.

Tabel 7a og 7b indikerer, at indlæggelsestiden for de fødende/ barslende på regionens fødesteder som helhed og for de enkelte fødesteder har været relativt stabil i perioden 2017-2020.

3.4. Omvisiteringer/overflytninger

Fødsler er altid akut arbejde. Omvisiteringer/overflytninger, som ikke er sundhedsfagligt begrundet, sker primært uplanlagt. Langt de fleste omvisiteringer sker, når kvinden/parret ringer til fødestedet og oplyser, at fødslen er begyndt. Jordemoderen med koordinerings-

ansvaret vurderer, om der er tilstrækkelig kapacitet i form af jordemoderfaglige ressourcer og fysiske lokaliteter til at modtage den fødende. I nogle tilfælde kan den fødende have været inde på fødegangen forud for en eventuel omvisitering/overflytning. Det kunne f.eks. være et igangsættelsesforløb, hvor kvinden sendes hjem og når hun så kommer tilbage og fødslen er gået i gang, så er der på grund af travlhed opstået behov for at foretage en omvisitering. Et andet eksempel kunne være en fødende, som tidligt i fødslen er kommet ind på fødegangen til en vurdering, og derefter er taget hjem igen for at afvente tiltagende veer. Når kvinden/parret så ringer igen med tiltagende veer, kan der i mellemtiden være opstået behov for at visitere kvinden til et andet fødested.

Fødestederne strækker sig langt, inden der iværksættes en omvisitering/overflytning. For eksempel øges den enkelte jordemoders arbejdsbelastning, der udskrives eller flyttes andre kvinder/par til barselsafsnit, så hurtigt som det er fagligt forsvarligt og/eller der tilkaldes jordemødre/læger, som har fri eller varetager andre funktioner. Når der er travlt på fødegangen med risiko for omvisitering, kontaktes de omkringliggende fødesteder for at afsøge, om de har ledig kapacitet.

På nuværende tidspunkt foretages ikke en registrering af omvisiteringer/overflytninger i det patientadministrative system, som muliggør et samlet udtræk vedrørende udviklingen i antallet af overflytninger i forbindelse med fødsler.

I forhold til 2020 er det bedste estimat på baggrund af fødestedernes egne opgørelser, at der er omvisiteret ca. 144 fødende i Region Midtjylland. Fordelingen på fødeafdelingerne er således:

- AUH: 83, svarende til 1,6 %
- HEV: 31, svarende til 1 % (stort set alle omvisiteringer sker mellem Holstebro og Herning)
- Horsens, Randers og HEM: ca. 10 pr. sted, svarende til 0,5 %

Omvisiterings-/overflytningsfrekvensen er således størst på Aarhus Universitetshospital.

Der er primært tre årsager til at omvisitere kvinder i forbindelse med fødsel:

- Manglende jordemoderfaglige ressourcer i forhold til antallet af fødende
- Manglende fysisk kapacitet i form af fødestuer og udstyr
- Manglende kapacitet på børneafdeling

Det generelle billede synes at være, at den hyppigst forekommende årsag til omvisiteringer/overflytninger er mangel på jordemoder-ressourcer i den konkrete situation.

Der vil altid være spidsbelastninger og udsving i fødselsaktiviteten. Men en øget frekvens af overflytninger opfattes normalt som en indikator for mangel på tilstrækkelig kapacitet. Ifølge chefjorde-mødrene i Region Midtjylland er der de seneste år oplevet en stigning i antallet af situationer, hvor det har været nødvendigt at omvisitere en fødende.

4. Forventninger til fremtidig udvikling på fødselsområdet

I de følgende afsnit findes dels en aktuell prognose for den forventede fødselsaktivitet i 2021, dels en fremskrivning af aktiviteten på fødselsområdet i Region Midtjylland fra nu og frem til henholdsvis 2025 og 2030.

4.1. Status – medio 2021

Tabellen nedenfor indeholder en vurdering af den aktuelle aktivitets- og kapacitetssituation i 2021. Man kan se dels det faktiske antal fødsler på regionens fødesteder i 2020, dels det forventede antal fødsler på regions fødesteder i 2021.

Tabel 8. Prognose for antal fødsler i 2021, fordelt på fødesteder

	RH Horsens	AUH	HEM	HEV	RH Randers	Total
2020	2.263	4.997	2.172	3.048	2.242	14.722
2021 forventet	2.470	5.176	2.196	3.267	2.285	15.394
Forventet stigning fra 2020-2021, procent	9%	4%	1%	7%	2%	5%

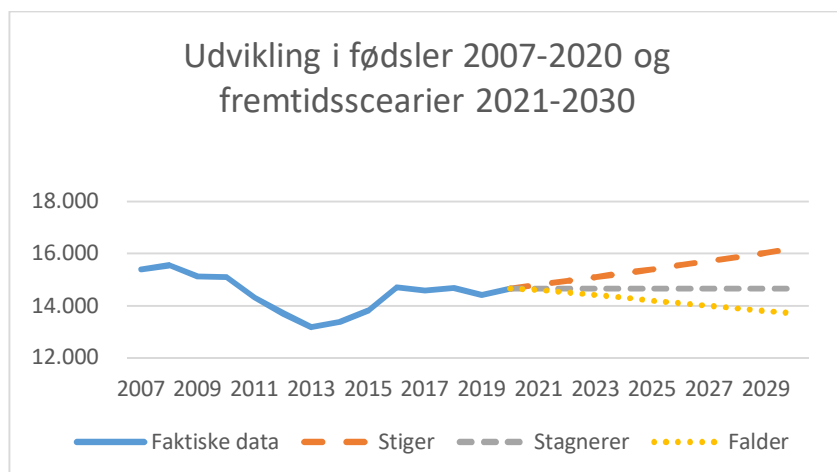
Kilde: BI-portalen, Fødsel - mor og Terminsdato, 29. juni 2021

Den forventede aktivitet i 2021 er fremskrevet på baggrund af det forventede antal fødsler ud fra terminsdato for de gravide. Som det fremgår, forventes det, at alle fødesteder vil opleve en stigning i antal fødsler i år sammenlignet med det foregående år.

4.2. Fremskrivning af antallet af fødsler og aktivitet ved fødestederne

Som beskrevet i notatets indledende afsnit har fødselstallet været varierende i regionens levetid. Figur 1 præsenterer tre forsimplede, men principielt mulige scenarier for den fremadrettede udvikling i antallet af fødsler ved Region Midtjyllands hospitaler/fødesteder, nemlig; Stigning, stagnation eller fald.

Figur 1. Faktisk udvikling i fødselstal 2007-2020 samt tre principielt mulige scenarier for fremtidig udvikling



Når man ser på den faktiske, historiske udvikling fra 2007-2020 (den blå del af grafen), synes alle tre udviklingstendenser at være sandsynlige.

Danmarks Statistik laver løbende befolkningsfremskrivninger, der bl.a. omfatter en fremskrivning af antallet af levendefødte børn. Fremskrivningerne bygger på historiske data om befolkningens sammensætning på køn, alder og herkomst samt fertilitet, dødelighed, ind- og udvandring og flytninger. Ifølge denne fremskrivning forventes der i de kommende år i Region Midtjylland

- i lighed med resten af landet - et stigende antal levendefødte børn.

Danmarks Statistiks model forudsiger, at der i 2025 vil være 16.236 levendefødte børn med bopæl i Region Midtjylland og i 2030 vil tallet være 17.307, svarende til en samlet stigning på 2.840 levendefødte i forhold til 2020.

De løbende opdateringer af Danmarks Statistiks prognosegrundlag medfører erfaringsmæssigt relativt betydelige udsving i fremskrivningerne. Fremskrivningerne her i notatet er derfor behæftet med en vis usikkerhed.

Usikkerheden illustreres ved en sammenligning mellem tidligere prognoser baseret på Danmarks Statistiks prognosegrundlag og det faktiske antal levendefødte børn i Region Midtjylland:

Præcision af prognoser for antal levendefødte fra Danmarks Statistik			
	2018	2019	2020
Prognose	14.903	14.579	14.418
Faktisk antal fødsler	14.369	14.143	14.467
Forskel	534	436	-49

Kilde: Danmarks Statistik

Note: Prognoserne færdiggøres hvert år i maj. Prognosen for 2018 er således lavet i maj 2018, prognosen for 2019 er lavet i maj 2019 osv.

Den forventede udvikling opdelt på kommuner præsenteres nedenfor i tabel 9. Som det fremgår, er der forskelle i udviklingen på tværs af regionens geografi.

Tabel 9. Forventet antal levendefødte børn, absolut antal og indekstal (2020 = indeks 100).
Baseret på Danmarks Statistiks prognosegrund-lag fordelt på kommuner

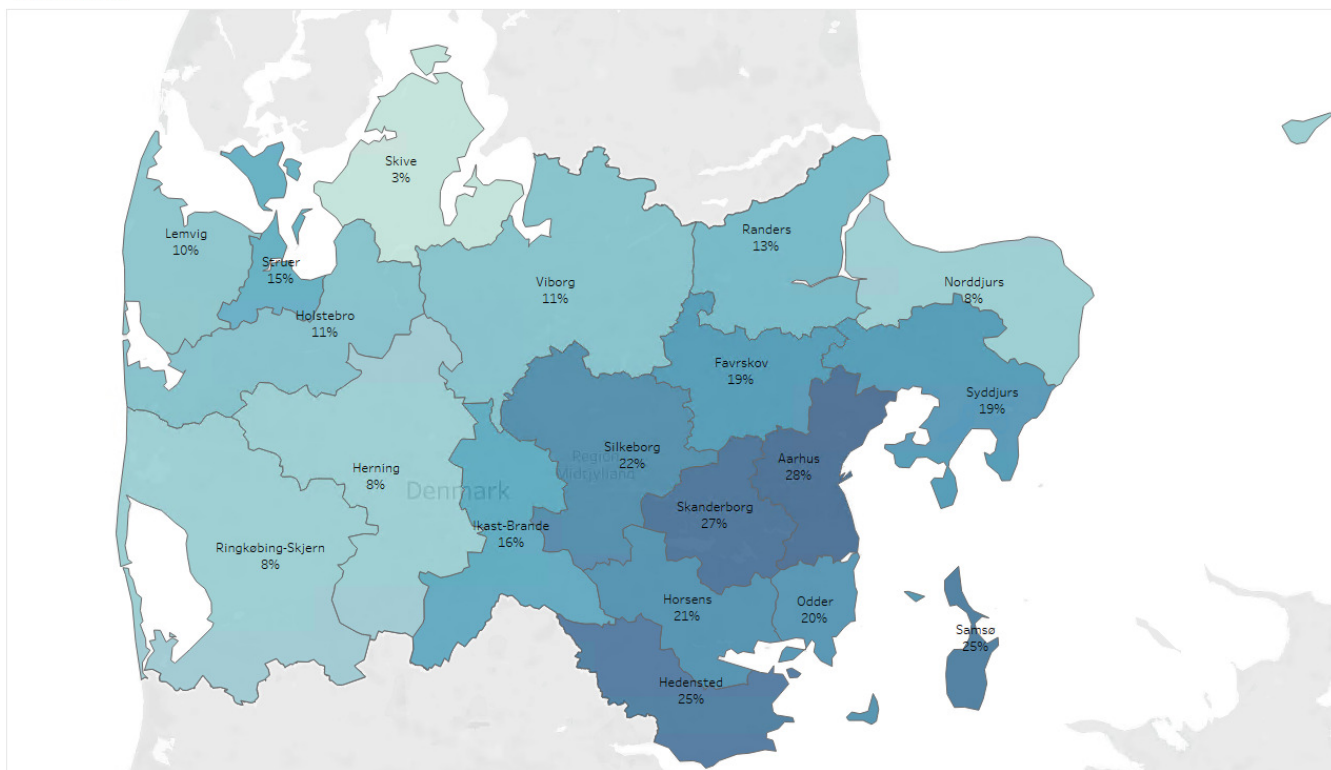
	Antal levendefødte 2020	Indeks 2020	Forventet antal levendefødte 2025	Indeks 2025	Forventet antal levendefødte 2030	Indeks 2030
Favrskov	485	100	540	111	578	119
Hedensted	398	100	469	118	497	125
Horsens	993	100	1.125	113	1.200	121
Norddjurs	280	100	295	105	303	108
Odder	197	100	223	113	236	120
Randers	973	100	1.052	108	1.095	113
Samsø	20	100	23	115	25	125
Silkeborg	1.095	100	1.252	114	1.341	122
Skanderborg	754	100	882	117	959	127
Syddjurs	390	100	427	109	463	119
Aarhus	4.787	100	5.592	117	6.139	128
Herning	934	100	984	105	1.012	108
Holstebro	644	100	688	107	714	111
Ikast-Brande	395	100	437	111	458	116
Lemvig	153	100	165	108	169	110
Ringkøbing-Skjern	509	100	537	106	552	108
Skive	385	100	387	101	395	103
Struer	155	100	173	112	179	115
Viborg	920	100	985	107	1.023	111
I alt	14.467	100	16.236	112	17.338	120

Kilde: Danmarks Statistik, 29. juni 2021

I figur 2 nedenfor er de relative ændringer præsenteret på et kort over Region Midtjylland, idet der her fokuseres på lidt længere sigt i form af den forventede udvikling i de enkelte kommuner i perioden 2020 til 2030.

Figur 2. Forventet udvikling i fødselstal 2020-2030.

Prognose: Forventet udvikling i antal levendefødte pr. kommune i 2030, opgjort i procent
Basisår = 2020



Farverne på regionens 19 kommuner afspejler den forventede ændring i antallet af levendefødte fra den pågældende kommune (moderens bopælskommune). Jo mørkere farve, jo større forventet stigning.

Som det fremgår af både tabel 9 og figur 2, forventes den fremtidige vækst i antallet af levendefødte at være størst i den østlige del af regionen.

Det bemærkes for god ordens skyld, at man ved læsningen af både tabel 10 og figur 2 skal være opmærksom på, at store procentvise ændringer kan dække over små absolutte ændringer. F.eks. dækker en forventet stigning i antal levendefødte børn på 20 % fra 2020 til 2030, hvor moderen har bopæl i Odder Kommune, over en forventet stigning i antal levendefødte på 39. Til sammenligning dækker den forventede stigning fra 2020 til 2030 i Aarhus Kommune på 28 % over en stigning på 1.352 levendefødte børn.

Udviklingen i antallet af levendefødte følges med udgangspunkt i borgernes bopæl (moderens bopæl). Dette siger ikke helt præcist noget om hvilken aktivitet, de enkelte hospitaler/fødesteder kan forvente. Der er således ikke en 1:1 sammenhæng mellem bopælskommune og fødested. For eksempel blev der i optageområdet for Regionshospitalet Randers omfattende Randers, Favrskov, Norddjurs og Syddjurs kommuner i 2020 født 2.105 børn, mens der på Regionshospitalet Randers (inkl. hjemmefødsler) blev registreret 2.242 fødsler. Nettoforskellen på 137 fødsler dækker over, at Regionshospitalet Randers varetog 394 fødsler for borgere fra andre optageområder (inkl. andre regioner og udlandet), mens 257

borgere fra Randers optageområde blev født andre steder end på Regions-hospitalet Randers. Det beskrevne er også illustreret i tabellen nedenfor:

	RH Randers	Andre hospitalet	Total optag
Optag Randers	1.848	257	2.105
Andre optageområder	394		
Total hospitaler	2.242		

Det vil være den forventede udvikling i aktiviteten ved de forskellige fødesteder/hospitaler, som vil være interessant i relation til en eventuel tildeling af ressourcer i forbindelse med en opdrift i fødselsaktiviteten.

Når man skal se på den forventede aktivitet på hospitalerne/ fødestederne er der derfor behov for at foretage en omregning. Omregningen sker ved at se på fordelingen mellem hospitaler og bopæl i 2020 (i og uden for Region Midtjylland). Fremgangsmåden betyder, at de bevægelser af fødende på tværs af optageområder og regionsgrænser, der var i 2020 som følge af det frie sygehusvalg og/eller kapacitetsbegrænsninger, forudsættes videreført fremover. Med denne omregningsmetode forventes fordelingen af fødsler på regionens hospitaler/fødesteder at blive, som det fremgår af tabel 10 (baseret på Danmarks Statistiks prognosegrundlag).

Tabel 10. Fremskrivning af fødselstal baseret på Danmarks Statistik omregnet til hospitalsaktivitet

Danmarks statistik fremskrivning årlige fødsler

	2020 faktisk	2025 prognose	2030 prognose	forventet stigning 2020 - 2025	forventet stigning 2020 - 2030
Aarhus Universitetshospital	4.997	5.801	6.344	804	1.347
He Midt	2.172	2.369	2.492	197	320
He vest	3.048	3.268	3.387	220	339
Regionshospitalet Horsens	2.263	2.598	2.782	335	519
Regionshospitalet Randers	2.242	2.449	2.590	207	348
Total	14.722	16.485	17.595	1.763	2.873

Som det fremgår af tabel 10, forventes en stigning på ca. 1.763 fødsler fra 2020 og frem til 2025, svarende til en stigning på ca. 12 %. Ser man på perioden frem til 2030 vil den forventede stigning være ca. 2.873 flere fødsler ved Region Midtjyllands fødesteder. Dette svarer til en stigning på ca. 20 %.

Der synes på baggrund af fremskrivningen baseret på Danmarks Statistiks prognosegrundlag at være belæg for en forventning om en stigende fødselsaktivitet. Der er generelt usikkerheder forbundet med opstillingen af prognoser. Som også beskrevet ovenfor kan det være vanskeligt at fastslå stigningens præcise omfang og stigningstakten fra år til år. Som anbefalet i den nye fødeplan synes det – uanset initiativer på nuværende tidspunkt – at være relevant at følge udviklingen i fødselsaktiviteten.

5. Personaleressourcer

Regionsrådet vedtog 28. april 2021 en ny fødeplan for Region Midtjylland, der skal danne rammen om svangreområdets drift og udvikling i de kommende år – og som dermed også definerer en række forventninger og ønsker til de involverede medarbejderes og leders tilgang til opgaven samt de kompetencer, der er til rådighed for opgavens løsning.

Fødeplanen lægger bl.a. vægt på, at alle gravide kvinder og familier i Midtjylland har et trygt og sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet med størst mulig sikkerhed for både mor og barn. Der anlægges et forebyggende og helhedsorienteret perspektiv på svangreomsorgen, hvor det er en central ambition at understøtte mestring og selvhjulpenhed hos kvinderne, deres partnere og dermed familien.

Forløbet for den enkelte gravide og hendes partner skal derfor tilrettelægges så individuelt som muligt. Differentiering af tilbud og indsats i forhold til behov, ønsker og forudsætninger/ressourcer skal således være en tilgang, der sikrer lige adgang til forebyggelse, udredning, behandling og pleje i relation til graviditet, fødsel og barsel samt størst mulig lighed med hensyn til resultat og udbytte for kvinden/barnet/familien. Der er i den nye fødeplan fortsat et særligt fokus på de sårbare gravide og sårbare familier, hvilket bl.a. drejer sig om tidlig opsporing og helhedsorienteret indsats til støtte for de kvinder og familier, som har særlige udfordringer af helbredsmæssig, psykisk eller social karakter.

Den stærke tradition for tæt dialog og involvering af kvinden/parret skal videreudvikles i de kommende år gennem arbejdet med fælles beslutningstagning. Mest mulig kontinuitet og 'kendthed' i relationerne mellem brugerne og sundhedspersonalet indgår også som et vigtigt hensyn. Både i de komplicerede og de ukomplicerede graviditets-, fødsels- og barselsforløb har personalet en helt afgørende betydning for, at brugerne oplever trykthed, sammenhæng og har adgang til råd og vejledning i de situationer, hvor kommende og nybagte forældre har brug for det.

I de følgende afsnit beskrives overordnet udviklingen i personale-forbruget på de gynækologisk-obstetriske afdelinger med fokus på særligt udviklingen inden for jordemødrenes opgavefelt. Afslutnings-vist gøres status for bemandings- og vakancesituationen på regionens fødesteder.

5.1. Udvikling i personaleforbrug på gyn/obs-området

I tabellen nedenfor ses udviklingen i antal fuldtidsstillinger på de gynækologisk-obstetriske afdelinger.

Tabel 11. Antal fuldtidsstillinger på de gynækologisk-obstetriske afdelinger (udvalgte personalekategorier), Region Midtjylland, pr. nov. 2016-2020

	Nov. 2016	Nov. 2017	Nov. 2018	Nov. 2019	Nov. 2020
Jordemødre	362,3	355,8	372,8	386,1	401,5
Social- og sundhedsassistenter	37,9	37,8	35,6	35,3	32,5
Sygeplejersker	258,6	269,3	267,8	258,6	263,7
Speciallæger	106,5	105,9	108,9	106,7	100,9
Alle	765,3	768,8	785,1	786,7	798,5

Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (14.06.2021), fuldtidsstillinger, overenskomstansatte og tjenestemænd, ekskl. elever, fleksjob og ekstraordinært ansatte

Det er vigtigt at være opmærksom på, at tallene i tabel 11 baserer sig på ukorrigeret personaleforbrug inden for større udvalgte fastansatte medarbejdergrupper på de afdelinger i Region Midtjylland, der både tager sig af gynækologi (kvindesygdomme og i nogle tilfælde fertilitetsbehandling) og obstetrik (graviditet/fødsel/barsel og sygdomme relateret hertil). Ikke mindst for andre faggrupper end jordemødrene betyder det, at tabellen skal læses med stor varsomhed, idet tallene slører den specifikke udvikling i tilknytning til personaleforbruget på konkrete afsnit og de opgaver, der konkret relaterer sig til fødsels-/svangreområdet. Det kan nævnes, at når man ser på regnskabsopgørelser, skønnes obstetrikens forholdsmæssige andel af de gynækologisk-obstetriske afdelingers samlede udgifter at udgøre omkring 70 %.

De to områder hænger organisatorisk og budget-/regnskabsmæssigt sammen på hospitalerne, og mange medarbejdere varetager opgaver på tværs af funktioner og afsnit i afdelingen. Det gør sig også gældende inden for det obstetriske område, f.eks. på tværs af fødeafsnit, obstetrisk ambulatorium, jordemoderkonsultation, barselsafsnit mv. Hertil kommer ændringer lokalt over tid i organisering, budgettilpasninger m.m., som kan have haft betydning for stillingsforbruget i det enkelte år. Der er i det hele taget mange lokale og historiske forhold, som bør tages med i betragtning, hvis man skal vurdere den konkrete personalesammensætning og det konkrete personale-/lønforbrug. F.eks. om der på de forskellige fødesteder vagtplanlægges således, at aften/nat- og weekendtillæg afspadseres (medfører behov for flere ansatte). En detaljeret og retvisende opgørelse af det præcise personaleforbrug ned på funktioner, afsnit eller faggruppe kræver med andre ord en ganske omfattende udredning på hvert fødested.

5.2. Udviklingen inden for jordemødrenes arbejdsområde

Det kan dog som en klar tendens konstateres, at antallet af jordemødrene over årene er vokset. Tabel 11 indeholder tal for perioden 2016-2020. Går man længere tilbage til f.eks. 2010 var der i alt ansat ca. 245 jordemødre i Region Midtjylland. Der har i de efterfølgende år været en årlig stigning i antallet.

Ser man på udviklingen inden for jordemødrenes arbejdsfelt, er det ændret og udvidet gennem de seneste 10-15 år. Kompetence-området er i dag bredere inden for graviditet, fødsel og barsel. Herudover har jordemødrene i stigende grad overtaget opgaver, der tidligere blev varetaget af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Der er derudover generelt sket et kompetenceløft inden for jordemoderområdet – blandt andet som følge af ændrede retningslinjer inden for svangreomsorgen og større fokus på kvaliteten og sikkerheden ved fødslerne.

Der er gennem årene implementeret forskellige nye faglige standarder og procedurer samt nye teknologiske muligheder, som har medvirket til nedbringelse af børnedødelighed, reduktion af risici for kvinden i forbindelse med svangerskab og fødsel samt langt færre børn født med iltmangel og følger heraf. Dette har i mange tilfælde betydet flere opgaver for jordemødrene, herunder f.eks. relateret til øget overvågning af fostret/barnets hjertelyd mv. samt iværksættelse af diverse interventioner som led i at forebygge komplikationer i fødselsforløbet.

Ud over varetagelse af fødsler, svangreomsorg og barselspleje har jordemødrene også opgaver i forhold til uddannelse af jordemoderstuderende, yngre læger, sygeplejestuderende, social- og sundhedsassistentelever og redderelever.

Forskning har endvidere vist, at den mest afgørende faktor for, at en fødsel forløber naturligt og uden komplikationer, er kontinuerlig tilstedeværelse af en fagperson under hele fødslen. Dette prioriteres derfor højt på fødestederne. For at indfri dette kvalitetsmål, der også indgår i regionens fødeplan, forudsættes det for det første, at jordemoderen ikke varetager flere fødsler på samme tid. For det andet at fødestedet har et beredskab, der er tilstrækkeligt til at kunne opretholde kvalitetsmålet selv ved store udsving i antal igangværende fødsler henover timer og døgn.

Flere fødesteder har således arbejdet med at øge antallet – og andelen – af ansatte med jordemoderfaglige kompetencer med henblik på at gøre fødeafdelingerne mere robuste i forhold til at håndtere store udsving i antal fødsler henover døgnet og samtidig leve op til kvalitetsstandarder, faglige procedurer og kontinuitet i tilstedeværelsen under den aktive del af fødslen, herunder om nødvendigt også ved at kunne tilkalde jordemødre fra sengeafsnit og klinikker samt aktivere såkaldte flexjordemødre, når der opstår stor travlhed eller (akut) sygefravær og lignende på fødeafdelingen.

Ud over konvertering af stillinger fra plejegruppen til jordemoder-gruppen er der bl.a. tilført stillinger til fødsels-/svangreområdet i kraft af budgettilførslen på ca. 11,5 mio. kr. (2020-niveau) til fødestederne i Region Midtjylland som en udløber af Finansloven for 2015, jf. projekt "Løft af kvaliteten på fødeafdelingerne".

Samspeilet mellem jordemødrene og social- og sundhedsassistenterne, som udgør de store faggrupper på fødegangene, kan være tilrettelagt forskelligt i den praktiske hverdag. Hvis et fødested har tilknyttet f.eks. fire social- og sundhedsassistenter til fødeafsnittet, kan man ikke dække både dag, aften, nat alle ugens døgn eller fravær sygdom, ferie m.m. Derfor har jordemødre ind i mellem også "SOSU-vagter". Det vil i praksis sige, at jordemoderen assisterer sine kolleger ved fødslerne.

Der er fordele og ulemper ved anvendelsen af både jordemødre og social- og sundhedsassistenter, og det vil være lokalt, at man afgør hvilken løsning, der passer bedst. Fordelene ved at have jordemødre i funktionen kan være øget fleksibilitet og mulighed for sparring med jordemoder-kolleger under fødslerne og styrkelse af kompetencer ved bl.a. at have mulighed for at se kolleger varetage en fødsel samt variation for den enkelte jordemoder. Omvendt kan social- og sundhedsassistenterne som en del af teamet på fødegangen medvirke til at sikre kontinuiteten i løsningen af bl.a. en række vigtige tværgående opgaver på fødeafsnittet, herunder eksempelvis opfyldning og klargøring af fødestuer og udstyr, bestilling af varer og håndtering af tekniske fejl og mangler mv. Dette illustrerer, at personaleopgørelserne i sig selv ikke kan beskrive tilstrækkeligt nuanceret, hvordan de involverede faggrupper samarbejder og supplerer hinanden på den enkelte afdeling, der opretholder driften og det nødvendige beredskab på alle tider af døgnet året rundt.

5.3. Vakance- og rekrutteringssituationen

Der har hidtil ikke været rekrutteringsproblemer inden for jorde-moderområdet i Region Midtjylland. Der synes dog at være tegn på, at flere jordemødre søger i retning af ansættelser uden for de offentlige fødesteder, herunder som private jordemødre, ansættelse i almen praksis, videreuddannelse mv.

Primo/medio juni 2021 var der følgende vakante jordemoderstillinger:

- Hospitalsenheden Vest: 0 – men udfordringer med at få vikarer henover sommer og efterår.
- Hospitalsenhed Midt: 0
- Regionshospitalet Horsens: 0
- Regionshospitalet Randers: 0
- Aarhus Universitetshospital: 5,5 fuldtidsstilling pr. juli 2021 - faldende til 4,8 fuldtidsstilling pr. august 2021

Nationalt og i Region Midtjylland mangler der uddannet personale med føtalmedicinske kompetencer¹, hvorfor der er behov for etablering af en permanent uddannelses- og supervisionsindsats, der løbende efteruddanner til fødestedernes behov for personale med disse kompetencer. Helt aktuelt er der bl.a. mangel på sonografer til varetagelse af scanningerne af de gravide.

6. Sammenfatning

Nedenfor er notatets væsentligste observationer og konklusioner sammenfattet:

- Antallet af levendefødte for Region Midtjylland som helhed ligger i 2020 endnu ikke på samme niveau som i 2007.
Tre kommuner – Skanderborg, Horsens og Aarhus - adskiller sig fra regionens øvrige kommuner ved at have oplevet en vækst i perioden fra 2007 og frem til 2020. Denne udvikling afspejles i aktiviteten på hospitalerne, hvor man efter en stigning i fødselsaktiviteten fra 2013 til 2016 kan konstatere, at fødselsaktiviteten i perioden 2016 til 2020 er stagneret omkring ca. 14.500 fødsler årligt. Antallet er således endnu ikke på niveau med antallet i 2007.
- Der synes ikke at være tegn på, at der sker en betydende vækst i antallet af hjemmefødsler i Region Midtjylland. Niveauet ligger aktuelt omkring 2-3 % af det samlede antal fødsler.
- Regionens fem fødesteder vurderes at befinde sig ca. 1.000 fødsler fra den fysiske kapacitetsgrænse – altså maksimal udnyttelse af den fysiske/lokalemæssige fødekapa-citet på de obstetriske afdelinger. Her skal det samtidig huskes, at en vis bufferkapacitet er nødvendig for at kunne absorbere spids-belastningsperioder. Presset på fødestuerne er størst på Aarhus Universitetshospital. Samtidig er bufferen mindst på Aarhus Universitetshospital, hvilket samlet set peger i retning af, at den fysiske

¹ Føtalmedicin omfatter screening, diagnostik og behandling af det ufødte barn og varetages i et tværfagligt samarbejde mellem certificerede sonografer (typisk jordemødre eller sygeplejersker) og fødselslæger med subspecialisering i føtalmedicin.

kapacitet er tæt ved at være brugt op. Der er her ikke taget højde for øgede driftsudgifter ved øget udnyttelse af den fysiske kapacitet i forbindelse med øget aktivitet.

- Sammenholdes den gennemsnitlige belægning for alle barselsafsnit i regionen med de enkelte fødesteders belægning, ligger belægningsprocenten på Aarhus Universitetshospital relativt højt.
- I 2020 blev der omvisiteret ca. 144 fødende i Region Midtjylland, svarende til ca. 1 % af det samlede antal fødsler. Omvisiterings-/overflytningsfrekvensen er størst på Aarhus Universitetshospital. Ifølge chefjordemødrene i Region Midtjylland er der de seneste år oplevet en stigning i antallet af situationer, hvor det har været nødvendigt at omvisitere fødende.
- På tidspunktet for notatets udarbejdelse er det forventningen, at alle fødesteder i Region Midtjylland vil opleve en stigning i antallet af fødsler i 2021 sammenlignet med 2020 og de foregående år.
- Danmarks Statistiks prognosegrundlag peger i retning af, at der i 2025 vil være 16.236 levendefødte børn med bopæl i Region Midtjylland og i 2030 vil tallet være 17.307, svarende til samlet stigning i fødsler på 2.840 i forhold til 2020.
- Den prognosticerede vækst i antallet af levendefødte er ikke jævnt fordelt geografisk, men forventes at være størst i den østlige del af Region Midtjylland.
- På baggrund af en fremskrivning (baseret Danmarks Statistiks prognosegrundlag) omregnet til hospitalsaktivitet forventes en stigning på ca. 1.763 fødsler fra 2020 og frem til 2025, svarende til en stigning på ca. 12 %. Ser man på perioden frem til 2030 vil den forventede stigning være ca. 2.873 flere fødsler i Region Midtjylland i forhold til 2020. Dette svarer til en stigning på ca. 20 %.
- Fremskrivningen baseret på Danmarks Statistiks prognosegrundlag synes at berettige en forventning om stigende fødselsaktivitet i Region Midtjylland. Det kan derimod være vanskeligt at fastslå stigningens præcise omfang og stigningstakten fra år til år. Der er generelt usikkerheder knyttet til at opstille prognoser. Som anbefalet i den nye fødeplan synes det derfor – uanset initiativer på nuværende tidspunkt – at være relevant at følge udviklingen i fødselsaktiviteten i Region Midtjylland.
- Antallet af jordemoderstillinger i Region Midtjylland er vokset gennem årene, herunder i forhold til øvrige fag-/personale- grupper, når man ser bredt på udviklingen i personaleforbruget på de gynækologisk-obstetriske afdelinger. Jordemødrenes arbejdsfelt er ændret og udvidet gennem de seneste 10-15 år, herunder som følge af implementeringen af nye faglige standarder og procedurer, nye teknologiske muligheder samt overtagelse af opgaver, der tidligere blev varetaget inden for plejegruppen.
- Der har hidtil ikke været rekrutteringsproblemer inden for jordemoderområdet i Region Midtjylland. Der synes dog at være tegn på, at flere jordemødre søger i retning af

ansættelser uden for de offentlige fødesteder, herunder som private jordemødre, ansættelse i almen praksis, videre-uddannelse mv. Der er aktuelt mangel på bl.a. sonografer (jordemødre/sygeplejersker, der scanner gravide), og behov for at finde en løsning på behovet for løbende uddannelse af sonografer og føtalmedicinere (fødselslæger, der opnår særlig specialisering inden for det fostermedicinske område).

B.2 Notat vedr. belysning af forslag om etablering af fødeklinikker (budget 2022)

Dette notat indeholder bemærkninger vedrørende forslagene til prioritering i forhold til budget 2022 om etablering af fødeklinikker som en del af fødetilbuddet i Region Midtjylland.

I de forslag, der er fremsat i forbindelse med budgetprocessen, optræder fødeklinikker i forskellige former – både stand-alone fødeklinik i offentligt eller privat regi samt alongside/in-house fødeklinik beliggende på et hospital i tilknytning til fødeafdelingen.

Sundhedsstyrelsen sonder mellem fødeklinik uden for hospitalsregi (stand-alone fødeklinik) og fødeklinik i hospitalsregi (alongside/in-house fødeklinik). Målgruppen og funktionen for de forskellige typer af fødeklinikker er den samme: Fødselsforløb hos gravide med ukomplicerede graviditeter og forventet ukompliceret fødsel.

Med en alongside/in-house fødeklinik er der tale om et afgrænset afsnit, som er beliggende på et hospital med en fødeafdeling. Klinikken er bemannet af jordemødre og andet sundhedsfagligt personale som for eksempel social- og sundhedsassistenter. Der er ikke læger i den faste bemanning. Lokalerne er typisk indrettet på en måde, der i størst mulig udstrækning ligner hjemlige omgivelser. Fødeklinikken er fagligt og ledelsesmæssigt sammenhængende med fødeafdelingen. Med en stand-alone fødeklinik forstås en selvstændigt organiseret klinik typisk bemannet med jordemødre, der ikke er fagligt eller ledelsesmæssigt en del af et hospital med fødeafdeling, og som af Sundhedsstyrelsen sidestilles med hjemmefødsel.

Der henvises til bilag 1 for nærmere om Sundhedsstyrelsens beskrivelse af de forskellige former for fødeklinikker.

Der er indhentet vurderinger og rådgivning fra hospitaler/fødesteder og de tværfaglige specialeråd for hhv. gynækologi/obstetrik og pædiatri. Der henvises til bilag 2 og 3 for udtalelser fra hhv. Det Tværfaglige Specialeråd for Gynækologi og Obstetrik og Det Tværfaglige Specialeråd for Pædiatri.

1. Faglige aspekter

Grundlæggende svarer fødsel på fødeklinik til en hjemmefødsel (se bilag 1 for Sundhedsstyrelsens definitioner og krav til fødeklinik-ker/hjemmefødsler). Dermed vil målgruppen for tilbuddet være gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel af et rask barn. Der vil ikke være adgang til speciallæge-kompetencer på fødeklinikken. Der kan bl.a. ikke tilbydes medicinsk smertelindring, og der kan ikke foretages (akut) kejsersnit.

Ifølge Det Tværfaglige Specialeråd for Gynækologi og Obstetrik viser data og erfaring, at det på fødeområdet er svært at forudsige hvilke gravide, der vil få komplikationer under fødslen. Erfaringsmæssigt vil der i ca. 30 % af tilfældene opstå komplikationer i form af behov for vestimulation, smertelindring, instrumentel forløsning eller akut kejsersnit, som vil kræve overflytning til hospitalsregi. Uanset korrekt og grundig visitation vil der således opstå situationer, hvor den fødende skal overføres til hospitalsregi under fødslen, hvilket for de

fødende på fødeklinik vil medføre bl.a. transport og øget ventetid på håndtering af komplikationerne.

Det Tværfaglige Specialeråd for Gynækologi og Obstetrik anfører, at der er en tilbøjelighed til at fokusere på, at årsagen til overflytning til hospital i de fleste tilfælde er manglende fremgang i fødslen og/eller behov for smertelindring. Specialerådet henviser imidlertid til en opgørelse vedrørende overflytning i Danmark fra hjemmefødsel, hvoraf det fremgår, at ca. hver tredje overflytning skete på grund af alvorlige komplikationer som påvirket hjertelyd, at barnet efter fødslen ikke var velbefindende evt. med vejrtrækningsproblemer eller på grund af kraftig blødning hos moderen efter fødslen - alle tilstande, der er forbundet med en øget risiko for barnets og/eller moderens helbred.

Det Tværfaglige Specialeråd for Gynækologi og Obstetrik fraråder stærkt, at der etableres fødeklinikker beliggende adskilt fra hospi-talernes fødeafdelinger, jf. bilag 2.

Det Tværfaglige Specialeråd for Pædiatri angiver én ud af 10 nyfødte har behov for indlæggelse på en neonatalafdeling/afsnit for syge nyfødte. Nogle af disse børn er "kendte", før de bliver født, hvorfor moderen kan henvises til fødsel på relevant hospitalsafdeling. Men lidt under halvdelen fødes uden, at problemerne har kunnet forudsiges.

2. Tab af omkostningseffektivitet

Indførelse af fødeklinikker vil alt andet lige indebære en ringere udnyttelse af personaleressourcer og beredskaber.

Det vides ikke, hvor mange kvinder/familier, der ville benytte sig af et tilbud om fødsel på fødeklinik. Dette gør det vanskeligt at foretage et konkret overslag over den forventede driftsudgift, herunder gennemsnitsomkostningen pr. fødsel ved en stand-alone fødeklinik i Silkeborg. Uanset udnyttelsesgrad vil der være en mere eller mindre fast grundomkostning forbundet med at opretholde et givet beredskab. Udfordringen for en mindre stand-alone fødeklinik er, at det vil kunne forekomme, at der i lange perioder ikke kommer fødende, mens der i andre perioder kan komme flere fødende på én gang. Med kun en enkelt jordemoder, er det ikke muligt at udligne disse udsving. Som udgangspunkt må det derfor forudsættes, at der skal være mindst to jordemødre på vagt døgnet rundt. I tilfælde af akut sygdom eller store uventede spidsbelastninger vil det stadig kunne blive aktuelt at omvisitere eller overflytte fødende til en af fødeafdelingerne.

Der kan samtidig udelukkende forventes ganske begrænsede besparelser på de eksisterende fødeafdelinger, hvis der introduceres fødeklinikker i enten offentligt eller privat regi. Dette skyldes, at fødeafdelingerne ikke kan reducere beredskaberne, selvom en andel af de gravide måtte vælge at føde på fødeklinik. Beredskabet på nærmeste fødeafdeling skal således fortsat kunne modtage alle fødende og fungere som sikkerhedsnet/bagstopper for fødeklinikken i tilfælde af komplikationer/overflytninger. I Region Sjælland, hvor man gennem flere år har haft samarbejde med private fødeklinikker som en del af regionens fødertilbud byggede igangsættelsen af forsøgsordningen i 2012 bl.a. på den præmis, at man ikke ville kunne reducere i udgifterne til vagtberedskaber på hospitalernes fødeafdelinger. I dag dimensioneres hospitalernes beredskaber og bemanning fortsat efter at skulle kunne varetage et antal fødsler totalt set svarende til fødeafdelingens "egne" fødsler plus fødslerne fra den private fødeklinik.

Hertil kommer, at de obstetriske funktioner i hospitalsregi fortsat skal kunne betjene alle gravide med lægefaglige undersøgelser, kontroller mv.

I dag har ukomplicerede gravide tilbud om hjemmefødsel, hvor parret er knyttet til en kendt jordemoder-ordning. Dette tilbud vurderes at være et bæredygtigt alternativ til fødeklinikker, hvor fødslen foregår i parrets egne rammer, og de behøver ikke at skulle ud at køre under fødselsforløbet. Hjemmefødsler vurderes således samlet set at være et omkostningseffektivt alternativ til fødeklinikker.

En eventuel budgetmæssig prioritering af et tilbud om fødsel på fødeklinik til en (forventeligt mindre) afgrænset målgruppe vil i en situation med et stigende pres på de eksisterende fødeafdelinger reelt medvirke til at øge omstillings-/effektiviseringskravet til de eksisterende fødeafdelinger på regionens hospitaler.

I forhold til afledte konsekvenser af en indførelse af fødeklinikker, herunder økonomiske, vil der også være behov for at se nærmere på belastningen af Præhospitalet i forbindelse med flere overflytninger, jf. ambulancetjeneste og den neonatale transportordning.

3. Borgernes forventninger til en fødeklinik

Alle fødesteder i Region Midtjylland har veletablerede ordninger til hjemmefødsler. Lavrisiko gravide, som efter en drøftelse med jordemoderen, ønsker en hjemmefødsel, kan visiteres til dette.

Der er høj tilfredshed hos de familier, som har valgt hjemmefødsel. Tilbuddet ses som et godt alternativ til fødsel på fødeafdeling for den forventet spontane, ukomplicerede fødsel. Ved planlægning af hjemmefødsler oplever man på fødestederne en høj grad af forståelse og tydelig forventningsafstemning i forhold til, at der ikke er umiddelbar lægefaglig assistance til rådighed eller mulighed for at lave indgreb mv.

Der kan være behov for at have opmærksomhed på, at stand-alone fødeklinikker i regionalt regi muligvis kan give de befolkningen – herunder de gravide/fødende - en opfattelse af større sikkerhed end ved hjemmefødsler, hvilket ikke er tilfældet. Ved behov for smertelindring, lægefaglig assistance, herunder behov for indgreb, kejsersnit mv. vil der skulle tilkaldes ambulance, og den fødende vil skulle overføres til nærmeste fødeafdeling/hospital. Mange borgere vil antageligt kunne have svært ved at skelne mellem, hvad der kan forventes af en fødeklinik på Regionshospitalet Silkeborg og fødselstilbuddet på en fødegang. Der kan endvidere være en bekymring for, at der efterfølgende i forbindelse med klagesager vil kunne herske tvivl hos familierne og offentligheden om, hvorvidt der er givet den rette behandling – alene på baggrund af organiseringen.

4. Tilbuddets betydning for forskellige målgrupper

Det vides ikke hvor mange fødende, der vil vælge at benytte sig af et tilbud om at føde på en fødeklinik. Ifølge fagpersoner med daglig erfaring fra mødet med de gravide vil man ikke kunne forvente, at det er de hjemmefødende, der vil vælge et fødeklinik-tilbud. De kvinder/familier, der vælger hjemmefødsler i dag, gør det bl.a. netop, fordi de ønsker at føde i

egne omgivelser i hjemmet og netop ikke ønsker at skulle transportere sig til og fra det sted, hvor selve fødslen foregår.

Det Tværfaglige Specialeråd for Gynækologi og Obstetrik peger på, at de mindst komplicerede gravide/fødende oftere tilhører gruppen af ressourcestærke gravide/fødende end de komplicerede gravide/fødende, hvorfor etableringen af en fødeklinik vurderes at bidrage til øget ulighed i sundhed. Der kan være behov for at have opmærksomhed på, at en prioritering af ressourcer til fødeklinikker alt andet lige vil medvirke til en systematisk opprioritering af indsatsen for de ressourcestærke, ukomplicerede, raske kvinder (der har mulighed for at vælge fødeklinik), mens de syge, sårbare og komplicerede fødsler fortsat skal varetages på de eksisterende fødeafdelinger/obstetriske afdelinger i hospitalsregi.

5. Mulige afledte konsekvenser for fødeafdelingerne

Hvis spontane, ukomplicerede fødsler flyttes til fødeklinik(ker), vil der som udgangspunkt ske en øgning i andelen af de mere komplicerede og relativt mere ressourceintensive fødsler på de eksisterende fødeafdelinger. Forventeligt vil nogle af de mest erfarne jordemødre søge mod fødeklinikkerne, og dermed vil andelen af yngre og mindre erfarne jordemødre alt andet lige stige på fødeafdelingerne på hospitalerne samtidig med, at de altså skal tage sig af de mest komplicerede og tunge opgaver.

Endvidere kan en generelt højere kompleksitet i fødslerne på fødeafdelingerne reducere mulighederne for at prioritere ressourcer i spidsbelastningssituationer.

Dermed er der risiko for både en ringere udnyttelse af kompetencerne samt et mere belastende arbejdsmiljø, der giver problemer i forhold til fastholdelse og rekruttering. Denne risiko må alt andet lige være størst jo mere selvstændigt eller uafhængigt fødeklinikken bemannes. Det er muligt, at nogle af de skitserede ulemper kan afbødes i et vist omfang gennem f.eks. rotation af personale eller lignende, hvis det i praksis er muligt at etablere en grad af driftsfællesskab mellem en fødeafdeling og en fødeklinik.

Bilag 1

Sundhedsstyrelsen om fødeklinikker

Sundhedsstyrelsen sonderer mellem fødeklinik på sygehus og fødeklinik uden for sygehus (udkast juli 2020 til "Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet"):

"En fødeklinik på et sygehus er et afgrænset afsnit, som varetager fødselsforløb hos gravide med ukomplicerede graviditeter og forventet ukompliceret fødsel, og som er beliggende på et sygehus med en fødeafdeling. Klinikken er bemannet af jordemødre og andet sundhedsfagligt personale som for eksempel social- og sundhedsassistenter. Der er ikke læger i den faste bemanning. Lokalerne er typisk indrettet på en måde, der i størst mulig udstrækning efterligner hjemlige forhold. Fødeklinikken er fagligt og ledelsesmæssigt sammenhængende med fødeafdelingen, men har ikke lægeressourcer eller samme udstyr som selve fødeafdelingen, hvorfor der som udgangspunkt ikke bør foregå indgreb ved komplikationer eller gives epiduralbloade ved behov for smertelindring" (p. 27).

Sundhedsstyrelsen om fødeklinikker

"Ved fødsel på en fødeklinik uden for sygehus er der i dag typisk tale om en klinik, som hverken geografisk, fagligt eller ledelsesmæssigt er en del af et sygehus med fødeafdeling" (p. 37).

Sundhedsstyrelsen sammenfatter sine anbefalinger i forhold til fødeklinikker i hospitalsregi således (p. 30):

- Det bør kun være gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel af et rask barn, der visiteres til at føde på en fødeklinik på sygehus.
- En fødeklinik på sygehus bør kun placeres på sygehuse, hvor der er en fødeafdeling, der som minimum har samme standarder, som anbefales til hovedfunktionsniveau i pædiatri samt gynækologi og obstetrik.
- Fødeklinikker på sygehuse bør fagligt og ledelsesmæssigt høre sammen med fødeafdelingen, og der bør sikres fælles faglige retningslinjer med fødeafdelingen.
- Der bør sikres faste rammer for, at indgreb i fødslen som udgangspunkt ikke skal foretages på en fødeklinik på sygehus, og at den fødende, såfremt der opstår komplikationer eller behov for smertelindring, skal overflyttes til en fødegang med henblik på f.eks. akut forløsning indenfor 15 min.
- Der bør udarbejdes klare aftaler og retningslinjer for overflytninger og det bør tilstræbes at sikre sammenhængende forløb for den fødende, uanset at der skulle opstå behov for overflytning.
- Der bør foreligge en klar beskrivelse af ansvarsfordelingen imellem de aktører, som er eller potentielt kan blive involveret i et fødselsforløb på en fødeklinik på et sygehus, og der bør sikres erfaringsopsamling og løbende kompetenceudvikling af de involverede aktører.

Sundhedsstyrelsens sidestiller fødsler uden for sygehus med hjemmefødsler: *"En fødsel på klinik uden for sygehus kan fagligt ligestilles med en hjemmefødsel. Anbefalinger til fødsel på klinik uden for sygehus følger således anbefalinger for hjemmefødsler" (p. 38).* Anbefalingerne

for hjemmefødsler (og dermed altså fødsler uden for sygehusregi) sammenfattes til følgende (p. 37):

- Gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel af et rask barn kan ved ønske herom visiteres til hjemmefødsel.
- Der bør ved visitation af den gravide tages udgangspunkt i den gravides paritet, således at særligt førstegangsfødende informeres om, at der kan være en forøget risiko for sjældne fødselsrelaterede komplikationer ved hjemmefødsel, men at forskellen i absolutte tal er lille.
- Såfremt en gravid med kompliceret graviditet og forventet kompliceret fødsel ønsker hjemmefødsel, bør hun tilbydes en samtale med en speciallæge i gynækologi og obstetrik, gerne i et tværfagligt team med en jordemoder.
- Ved manglende fremgang, behov for smertelindring i form af epiduralblokade eller komplikationer i øvrigt under eller efter fødslen, skal jordemoderen anbefale, at kvinden og/eller barnet overflyttes til en fødeafdeling/neonatalafdeling/børneafdeling. Der bør udarbejdes klare aftaler og retningslinjer for overflytninger, og det bør tilstræbes at sikre sammenhængende forløb for den fødende, uanset om der opstår komplikationer og behov for overflytning.
- Der bør foreligge en klar beskrivelse af ansvarsfordelingen imellem de aktører som er eller potentielt kan blive involveret i et fødselsforløb i hjemmet, og der bør sikres erfarings-opsamling og løbende kompetenceudvikling af de involverede aktører.
- Der bør etableres en samlet ordning, fx en regional hjemmefødselsordning eller kendt jordemoderordning, for dermed at sikre en stabil organisering af fødselstilbud i hjemmet.
- Der bør sikres fælles faglige retningslinjer med fødeafdelingen, og at regionens samlede fødetilbud har ensartet faglig kvalitet, herunder også hvis regionen har indgået kontrakt med private udbydere.

Bilag 2

Det tværfaglige specialeråd i Gynækologi og Obstetrik i Region Midtjylland Faglig vurdering af forslaget vedr. fødsels-/svangreområdet - budget 2022, HBN (07.05.2021)

Vi finder det særdeles positivt, at der er opmærksomhed på, at fødsels- og svangreområdet har behov for tilførsel af ekstra ressourcer, da vi oplever, at regionens fødesteder er pressede i langt højere grad end tidligere. Der mangler jordemødre, obstetrikere og sonografer. Samtidig har de gravide og fødende tiltagende komplicerede problemstillinger af såvel obstetrisk, medicinsk, psykisk og social karakter. Der er generelt alt for mange dage, hvor belastningen på den enkelte fødeafdeling er over den maksimale kapacitet, og på trods af akut tilkald af personale fra hjemmet sendes fødende ofte rundt i regionen pga. ressourcemangel på det oprindelige fødested. Flere jordemødre siger op efter blot få år på en fødegang.

Vores faglige anbefaling er dog, at der ikke arbejdes videre med forslag om etablering af fødeklinikker uden for hospitaler med fødeafdelinger i Region Midtjylland, hvorimod der bestemt bør arbejdes på at få tilført flere ressourcer til de eksisterende fødeafdelinger til imødegåelse af de tiltagende kapacitetsudfordringer på området.

Baggrund for anbefaling af ikke at arbejde videre med forslag om etablering af fødeklinikker uden for hospitaler med fødeafdelinger som en del af Region Midtjyllands fødetilbud:

1. Nedsat patientsikkerhed.

Visitationen til en fødeklinik vil være den samme som visitationen til en hjemmefødsel, dvs. det er lav-risiko gravide med en forventet ukompliceret fødsel, som ville kunne visiteres til en fødeklinik.

Data og erfaring viser dog, at det på fødeområdet er meget svært at forudsige hvilke gravide, som vil få komplikationer under fødslen. Der er erfaringer fra Region Sjælland, hvor tal fra de tre fødeklinikker under "Storkereden" viste, at der i 2017 til og med 3. kvartal var 285 indskrevne gravide på klinikkerne. Der var 57 omvisiteringer i graviditeten, dvs. at ud af de 285 indskrevne gravide var der 228 fødsler, der blev startet på klinikken. Heraf blev 81 overflyttet i forbindelse med fødslen, således at der var i alt 147 fødsler på klinikken. Det betyder, at 48% af de gravide, der blev indskrevet på klinikken, blev omvisiteret i løbet af graviditeten eller overflyttet til hospital i forbindelse med fødslen. Af de fødsler, der blev startet på klinikken, fødte 64% på klinikken, og 36% blev overflyttet under selve fødslen. Desuden blev yderligere 11% overflyttet efter barnets fødsel (ref. Region H Fødeanalyse II marts 2018).

Der er en tilbøjelighed til at fokusere på, at årsagen til overflytning til hospital i de fleste tilfælde er manglende fremgang i fødslen og/eller behov for smertelindring, og at det dermed er udramatisk. Af en opgørelse vedrørende overflytning i Danmark fra hjemmefødsel fremgår imidlertid, at ca. hver tredje overflytning skete på grund af alvorlige komplikationer som påvirket hjertelyd, at barnet var dårligt efter fødslen evt. med vejrtrækningsproblemer samt kraftig blødning hos moderen efter barnets fødsel, - alle tilstande, der er forbundet med en øget risiko for barnets og/eller mors helbred. (Ref: Blix E, Kumle M, Ingversen K, Huitfeldt AS, Hegaard H, Olafsdottir O, Oian P, Lindgren H. Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries - a prospective cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016 Apr; 95(4):420-8.)

Tid er en afgørende faktor, hvis der skulle opstå påvirket hjertelyd/tegn på iltmangel hos barnet eller blødning hos mor. På et hospital kan man foretage et meget hurtigt kejsersnit på under 15 minutter (grad 1 kejsersnit) og et hurtigt kejsersnit på under 30 minutter (grad 2 kejsersnit), ligesom man hurtigt kan indlede et operativt indgreb pga. blødning hos mor. En transporttid oven i dette øger risikoen væsentligt for barn/mor.

Gravide, der kan visiteres til fødsel på en fødeklinik, tilhører som tidligere nævnt den samme gruppe, som kan visiteres til hjemmefødsel. Der eksisterer således allerede et tilbud til gravide, som ikke ønsker at planlægge fødsel på hospital. En fødeklinik kan signalere en større sikkerhed, end der er ved en hjemmefødsel, hvilket *ikke* er tilfældet. Ved behov for smertelindring, lægefaglig assistance eller behov for operativt indgreb, vil der skulle tilkaldes en ambulance, og den fødende vil skulle overføres akut til nærmeste fødeafdeling, ligesom tilfældet er ved en hjemmefødsel.

2. Dårlig udnyttelse af ressourcer.

De ressourcer, det vil kræve at etablere 2 fødeklinikker i Region Midt og bemande disse hver med 2 jordemødre døgnet rundt, vil langt bedre kunne anvendes til at øge personalet på regionens fødeafdelinger, der har til opgave at betjene alle fødende inklusiv de mest komplicerede. Hvis man forestillede sig, at en tilsvarende normering skulle være gældende på hospitalernes fødeafdelinger, der også skal tage sig af de mere komplicerede fødende, - dvs. 2 jordemødre i vagt til 250 fødsler pr år -, ville det forudsætte en massiv opnormering.

Når der laves beregninger på udgifterne til fødeklinikker, er det vigtigt at forholde sig til, at fødende på en fødeklinik også kræver et beredskab på en fødeafdeling på nærmeste hospital, – da netop ca. 30% overflyttes akut under fødslen. Der skal således være bemanning og fysiske rammer til at modtage disse nu ikke længere ukomplicerede fødende. Desuden skal hospitalet også varetage lægekontroller og ultralydsskanninger af disse gravide i løbet af graviditeten.

3. Ulighed i sundhed.

Vi finder det tankevækkende, at der er så stor opmærksomhed på at sikre en bedre personalenormering og bedre fysiske rammer til de mindst komplicerede fødende, mens der ikke er den samme opmærksomhed på de gravide, der har en kompliceret graviditet og/eller en bestående sygdom, som komplicerer graviditet og fødsel. Da de mindst komplicerede gravide/fødende oftere tilhører gruppen af ressourcestærke gravide/fødende end de komplicerede gravide/fødende, vil etablering af en fødeklinik yderligere bidrage til øget ulighed i sundhed.

Konklusion:

Vi fraråder stærkt, at der etableres fødeklinikker beliggende adskilt fra hospitalernes fødeafdelinger, men ser frem til at der allokeres de nødvendige ressourcer til hospitalernes fødeafdelinger.

Det tværfaglige specialeråd i Gynækologi og Obstetrik i Region Midtjylland, juni 2021

Bilag 3

3. juni 2021

Vedrørende: Fødeklinikker i Region Midt

Kære Henrik Bech Nielsen og Specialeråd,

Med ovenstående forslag kan RM være med til igen at tilsidesætte anbefalinger fra Danske Børnelægers Selskab (DPS) og Sundhedsstyrelsens om at fødsler bør foregå på fødeafdelinger, som ligger på hospitaler, hvor der også findes en afdeling for syge nyfødte og dermed tæt på personale, der er specialuddannet til at tage sig af syge nyfødte.

En ud af 10 nyfødte har behov for indlægges på en neonatalafdeling (=afdeling for syge nyfødte). Nogle af disse børn er kendt før de bliver født, og moderen kan henvises til fødsel på relevant hospitalsafdeling, men lidt under halvdelen fødes uden at problemerne har kunnet forudsiges.

De seneste 10 år har den 'regionale neontale transportordning' regelmæssigt, struktureret og konsekvent undervist personalet (jordemødre, sygeplejersker, fødsels- og anæstesilæger) på fødeafdelingen i Horsens med henblik på at kunne varetage de første minutter i de akutte situationer, hvor barnet har brug for umiddelbar hjælp og transportholdet, som er et døgndækkende, akut beredskab af eksperter fra børneafdelingen AUH, står til rådighed telefonisk og kan med ambulance efter stabilisering transportere barnet til indlæggelse på afdeling for syge nyfødte på AUH. Selv med en meget stringent visitation til fødsel i Horsens hentes mellem 4-6% af børnene herfra til akut behandling på AUH. Horsens har ikke en afdeling for syge nyfødte.

Hvis forudsætningen for fødeklinikker er som ved en hjemmefødsel er det præhospitalets organisation, der skal transportere både fødende, der måtte få brug for hjælp fra fødsels- eller anæstesilæge i løbet af fødslen og syge nyfødte til et sygehus med de relevante lægelige og sygeplejemæssige kompetencer.

Regionshospitalet i Silkeborg har ikke de kompetencer, der skal til for at varetage disse opgaver.

Så hvis forudsætningen for beslutningen er, at der er et lægeligt beredskab, der akut kan tages sig af syge fødende og nyfødte i Silkeborg, må vi påpege at den forudsætning ikke er til stede.

Hvis en større andel af fødslerne i Region Midt skal omfordeles, kan det således have fatale konsekvenser for barnet, hvis ikke kvaliteten af den umiddelbare hjælp til syge nyfødte tages i betragtning.

Med venlig hilsen

Bent Windelborg, Ledende overlæge, Børn og Unge, Regionshospitalet Randers

Charlotte Søndergaard, Ledende overlæge, Børn og Unge, Regionshospitalet Herning

Rikke Monrad, Fagligt ansvarlig overlæge for syge nyfødte, Børn og Unge, Regionshospitalet Herning

Jens Peter Nielsen, Ledende overlæge, Børn og Unge, Regionshospitalet Viborg

Søren Rittig, Professor, Formand for pædiatrisk specialeråd, RM, og Børn og Unge, AUH

Tine Brink Henriksen, Professor, Fagligt ansvarlig for syge nyfødte, Børn og Unge, AUH

Jens Erik Veirum, Ledende overlæge, Børn og Unge, AUH

Klaus Birkelund Johansen, overlæge, Børn og Unge, AUH og Formand for Danske Børnelægers Forening (DPS)

C. Styrkelse af kapacitet til højtspecialiseret neurorehabilitering

Der er udarbejdet en kapacitetsanalyse af den specialiserede neurorehabilitering med henblik på at afklare et eventuelt behov for tilførsel af yderligere midler til området som led i budget 2020.

Der har i analysearbejdet bl.a. været fokus på udvikling og udsving i patientflow, på det indenregionale forbrug af specialiseret neurorehabilitering og på, hvordan den nuværende økonomimodel påvirker området. I relation til sidstnævnte er det tidligere besluttet, at modellen for det decentraliserede indtægtsbudget skal have et gennemsyn i løbet af 2021. Indtil dette er sket foreslås det, at der midlertidigt laves en yderligere underskudsdækning for Hospitalsenhed Midts indtægtsbudget for de højtspecialiserede udenregionale patienter på op til én højtspecialiseret seng. Forslaget forudsætter, at den højtspecialiserede seng i eventuelle ledige perioder ikke står tom, men fortsat medvirker til at nedbringe ventetiden for de indenregionale patienter.

Forslaget er begrundet i, at modellen for det decentraliserede indtægtsbudget forudsætter at der hurtigt kan åbnes og lukkes senge. Dette udgør en udfordring i forhold til de højtspecialiserede senge på Hammel Neurocenter, idet der historisk set er store udsving i efterspørgslen, hvorfor det ikke er hensigtsmæssigt at afskedige (specialiseret) personale, som man muligvis snart får brug for igen. Samtidig er området kendetegnet ved få patienter som for størstedelens vedkommende er indlagt i længere perioder, og der skal derfor ikke mange patienter til at flytte på regnskabsresultatet.

Derudover har regionsrådet i forbindelse med budget 2019 besluttet, at ændringer og flytninger af senge indenfor neurorehabilitering altid skal forelægges regionsrådet for en konkret beslutning. Med forslaget sikres der en midlertidig løsning, der betyder, at kapaciteten til de indenregionale patienter styrkes indtil gennemsynet er gennemført. Alt efter hvad gennemsynet viser, kan der derfor blive behov for at se på området igen.

De nuværende driftsbetingelser betyder også, at Regionshospitalet Hammel Neurocenter har behov for at lukke et antal sengepladser i forbindelse med ferier. F.eks. lukkes ca. 25% af de højtspecialiserede senge i sommerperioden. Dette betyder, at der kan være forskel på, hvor længe patienter venter alt efter, hvornår på året de pådrager sig en hjerneskade.

Til orientering modtager hospitalerne ligeså mange akutte neurologiske patienterne i sommerperioden som i resten af året. Det foreslås derfor, at der gives midler til at styrke den højtspecialiserede kapacitet i sommerperioden. Forslaget vil give mulighed for en 25 % reduktion af det nuværende behov for lukning af højtspecialiseret sengekapacitet i sommerperioden og dermed styrke Regionshospitalet Hammel Neurocenters mulighed for at indgå i det akutte flow, så patienter med behov for hospitalsbaseret neurorehabilitering oplever mindst mulig ventetid, og dermed lever op til målsætningen fra planen for neurologien og neurorehabiliteringsområdet. Forslaget vedrører alene sommerferienedlukning af de højtspecialiserede senge, idet det erfaringsmæssigt er denne nedlukning, der primært problematiseres af de henvisende afdelinger og patientforeninger.

Til orientering viser kapacitetsanalysen, at der hen over årene og særligt i de senere år er blevet arbejdet meget med at forbedre patientflowet. Det er ikke muligt at sige, hvor meget af dette, der er gjort mulig af tilførslen af ekstra kapacitet til højtspecialiseret neurorehabilitering i forbindelse med planen for neurologien og neurorehabiliteringsområdet, hvor en neuro-intensiv seng (NISA-seng) blev konverteret til en højtspecialiseret neurorehabiliteringsseng. En del af det forbedrede flow ift. bl.a. de indenregionale patienter skyldes også, at Regionshospitalet Hammel Neurocenter har anvendt ledige udenregional kapacitet til de indenregionale patienter.

Fra 2022 udvides kapaciteten til højtspecialiseret neurorehabilitering i Østdanmark, hvorfor det må forventes at de udenregionale indtægter vil falde yderligere. Det er derfor muligt, at Hospitalsenhed Midt indstiller til regionsrådet at kapaciteten til de udenregionale patienter bør reduceres. Givet at Regionshospitalet Hammel Neurocenter har anvendt den ledige kapacitet til indenregionale patienter, kan dette medføre øget ventetid til specialiseret neurorehabilitering for borgere fra Region Midtjylland. Udviklingen i ventetid følges løbende, idet hurtig adgang til et relevant tilbud om neurorehabilitering var et af fokusområderne for planen for neurologien og neurorehabiliteringsområdet.

Tidsplan:

Forslaget ønskes implementeret pr. 1. januar 2022. Forslaget vedrører både varige midler til øget højtspecialiseret kapacitet i sommerperioden og midlertidige midler til udvidet underskudsdekning ift. udenregionale indtægter i 2022).

Strategi mv:

Forslaget bidrager til at understøtte målsætningen om et sundhedsvæsen på patientens præmisser ved at medvirke til at reducere udsving i ventetid til et tilbud om specialiseret neurorehabilitering. Forslaget bidrager også til at regionens styrkeposition i forhold til rehabilitering af personer med en erhvervet hjerneskade kan opretholdes.

Økonomi:

Hospitalsenhed Midt vurderer, at en 25 % reduktion ift. den hidtidige nedlukning af højtspecialiseret kapacitet i sommerperioden vil medføre udgifter svarende til 2,0 mio. kr. pr. år. Beløbet er begrundet i fordyret driftsniveau i sommeren, da det ikke fuldt ud kan ske med fastansat personale til almindelig løn. Mere end 25 % reduktion af ferielukningen vurderes ikke praktisk muligt. I forhold til den midlertidige udvidelse af risikodækningen i 2022 vurderer Hospitalsenhed Midt, at manglende udenregionale indtægter giver et nettotab pr. seng på 3,6 mio. kr. (efter risikodækning på 25% af de tabte indtægter fra regionen). Forslaget medfører dermed mulige udgifter (alt efter niveauet af de udenregionale indtægter i 2022) svarende til 5,6 mio. kr. i 2022 og udgifter på 2,0 mio. kr. fra 2023 og frem.

Drift - Mio. kr.	2022	2023	2024	2025
Sundhed	5,6	2,0	2,0	2,0
Regional udvikling	0,0	0,0	0,0	0,0

Anlæg - Mio. kr.	2022	2023	2024	2025
Anlæg	0,0	0,0	0,0	0,0

Note: Det er ikke muligt for Regional Udvikling at lave anlægsprioriteringer

D. Udmøntning af udviklingsplan for Regionshospitalet Silkeborg

I forlængelse af arbejdet med udviklingsplan for Regionshospitalet Silkeborg foreslås det, at der afsættes midler til at igangsætte konkrete tiltag, der skal understøtte udviklingsplanen.

Det foreslås, at der afsættes følgende varige midler: 1,1 mio. kr. årligt fra 2022 og frem til etablering/udvikling af ambulatoriespor med speciale i nedtrapning af uhensigtsmæssig opioidbehandling i regi af Smerteklinikken, CPK – i samarbejde med almen praksis.

Bemærk, at der foreligger et selvstændigt budgetforslag om at afsætte midler til etablering/udvikling af tilbud på Regionshospitalet Silkeborg om behandling af funktionelle lidelser (ny regionsfunktion i Sundhedsstyrelsens specialeplan). Forslaget rækker ind i arbejdet med udviklingsplanen.

Det foreslås, at der afsættes 1,5 mio. kr. årligt på driften i tre år fra 2022 til arbejdet med implementeringsvidenskab.

Det foreslås, at der afsættes 0,5 mio. kr. årligt på driften i tre år fra 2022 til arbejde med en model for fælles beslutningstagning på det ortopædkirurgiske område, når der fx skal træffes beslutning om den rette behandling med udgangspunkt i patientens situation, kompetencer og ressourcer.

Tidsplan

Planen etableres fra 2022. Der skal eventuelt tages højde for, at initiativerne eventuelt ikke kan igangsættes på fuldt blus fra 1. januar 2022.

Strategi

Forslaget skal ses sammen med følgende: Der er 2020 afsat 30,0 mio. på anlæg kr. til investering i byggeri og andre tiltag, der kan fremme udmøntning af udviklingsplanen. De konkrete budgetforslag på driften ligger ud over de 30 mio. kr.

Hospitalsenhed Midt har afsat 3,5 mio. kr. af fremrykkede anlægsmidler til ombygning for at skabe fælles rammer for forskning på tværs af Diagnostisk Center, Center for Planlagt Kirurgi og hospitalets støttefunktioner.

Hertil kommer i 2022 og frem eventuelle yderligere midler, som hænger sammen med nuværende analyse af muligheden for at ændre 3- og 4-sengsstuer til 1- og 2-sengsstuer på RHS og andre hospitaler (sengeudtyndingsanalyse).

Økonomi

Det foreslås, at der afsættes 3,1 mio. kr. årligt på driften i perioden 2022-2024 og 1,1 mio. kr. årligt på driften i 2025 og frem til udviklingsplan for Regionshospitalet Silkeborg.

E. Styrkelse af palliationsområdet i Region Midtjylland

Baggrundsnotat: Tre forslag om styrkelse af den palliative indsats

I 2020 kom Rigsrevisionens rapport om adgang til den specialiserede palliation, hvor revisionen pegede på forbedringsmuligheder i regionernes palliative indsats. Region Midtjylland har efter rapportens udgivelse udarbejdet forslag til 3 indsatser, der kan styrke det palliative område.

De tre indsatser er:

- 1: Samarbejdsaftale om palliative indsatser
- 2: Uddannelsesindsats ift. at afholde den svære samtale
- 3: Navigatorprojekt på voksenhospicerne

1: Samarbejdsaftale om palliative indsatser

Regionsrådet behandlede Samarbejdsaftale vedrørende den palliative indsats på sit møde den 23. juni 2021. Det overordnede formål med samarbejdsaftalen er at sikre en sammenhængende palliativ indsats på tværs af sektorerne for patienterne og de pårørende og ikke mindst sikre, at patienterne tilbydes en palliativ indsats, som tager udgangspunkt i de behov og ønsker, den enkelte patient har.

De involverede aktører på tværs af almen praksis, hospitaler, kommuner og hospicer har et fælles ansvar for at sikre gode, sammenhængende forløb for patienterne.

Nogle indsatser i samarbejdsaftalen forudsætter en regional finansiering:

- a) Samarbejdsaftalen har et særligt fokus på tidlig opsporing af palliative patienter. Den tidlige opsporing skal sikre, at alle patienter uanset diagnose, der har behov for en palliativ indsats, får vurderet deres behov løbende og systematisk samt får en palliativ indsats i overensstemmelse med det rette specialiseringsbehov. Dette betyder en stigende aktivitet i de palliative teams samt behov for at sundhedspersonalet generelt uddannes i at foretage den tidlige opsporing.
- b) Det fremgår af samarbejdsaftalen, at hjemmesygeplejerskerne skal have adgang til at kontakte den palliative beredskabsvagt uden for dag tid, hvilket forudsætter en øget normering i den palliative beredskabsvagt.
- c) Samarbejdsaftalen lægger endvidere op til, at der etableres koordinerende møder mellem samarbejdspartnerne, patienten og dennes pårørende, så patienterne oplever et mere trygt og sammenhængende tilbud. Dette forudsætter, at de praktiserende læger honoreres for at deltage i møderne.

Udgiften til ovenstående 3 indsatser i Samarbejdsaftalen udgør i alt 4 mio. kr.

2: Uddannelsesindsats ift. at afholde den svære samtale

Når patienter er i et palliativt forløb, sættes patienterne og de pårørende ofte i en vanskelig situation og med svære valg. Personalet har ofte behov for redskaber til at italesætte de følsomme emner i forbindelse med et behandlingsforløb, som eksempelvis selve behandlingen, bivirkninger, effekt af behandlingen og betydning for livskvaliteten. Ved at gennemføre den svære, men nødvendige samtale kan patienterne på et oplyst grundlag være med til at træffe beslutning om det videre behandlingsforløb og pleje. Samarbejdsaftalen vedrørende den palliative indsats har fokus på den vanskelige samtale.

Det palliative råd har drøftet mulighederne for, at enhederne for lindrende behandling og hospice i samarbejde kan stå for at kompetenceudvikle personale til at kunne foretage den svære samtale. Hospicerne og Enhederne for Lindrende Behandling har gode erfaringer i at arbejde med den svære samtale, og derfor vil det være givtigt at gøre brug af disse erfaringer til udviklingen af værktøjer til brug på hospitaler, almen praksis og i kommunerne.

Uddannelsesindsatsen indeholder forskellige elementer, blandt andet e-learning og færdighedstræning samt simulation. Dette projekt skal samtænkes med Hospitalsenhed Midts projekt "Værdighed ved livets afslutning", der allerede har påbegyndt arbejdet omkring udvikling af redskaber til at varetage den svære samtale. Det er forventet at indsatsen bygges op i moduler, hvoraf det første vil være et indledende e-lærings kursus. Projektet vil først være rettet mod hospitalspersonalet, men herefter ønskes også almen praksis og kommuner inddraget, med henblik på at tilbyde kurset til dem.

Konkret foreslås det, at arbejdet omkring den nødvendige, men svære samtale, deles op i 2 moduler, hvoraf det første anbefales at være obligatorisk og modul 2 henvender sig specifikt til sundhedsfagligt personale, der arbejder på afdelinger og med patienter, hvor den svære samtale er en nødvendig del af hverdagen. Kurset og uddannelsen tager udgangspunkt i brugen af ACP-skema, der er med til at klarlægge patientens ønsker og behov for den sidste tid, når behandlingen går fra at være helbredende, til at være lindrende.

Modul 1 opdeles i to elementer; e-learning og færdighedstræning i simulationslaboratorie. E-learning er estimeret til en udviklingsudgift på 330.000, og vil være et 20-30 minutters program, hvor man introduceres til brugen af ACP-skema i forbindelse med den nødvendige samtale. Den næste del af modulet vil være en obligatorisk træning i et simulationslaboratorie på omkring 3 timer, hvor der følges op på det man lærte i e-læringsprogrammet. Begge dele vil være obligatorisk, for at kunne gennemføre kurset. Det skal yderligere afklares, hvad omkostningerne til færdighedstræningen i simulationslaboratoriet vil være, men der skal pr. færdighedstræning afsættes midler til 16 timers arbejde, fordelt på 12 timer til instruktører, samt 4 timer til tovholder. I hver færdighedstræning deltager 8 personer. Når denne del udbydes til kommuner og almen praksis, vil det følge standardpraksis i regionen, at kommune og almen praksis dækker omkostningerne ved deltagelse, og regionen vil således ikke have udgifter til dette.

Modul 2 vil være rettet mod en specifik personalegruppe, og vil være 1 dags undervisning i den nødvendige samtale, hvor der simuleres forskellige situationer med brug af skuespillere. Det drejer sig forventeligt om ca. 40 personer, der vil have gavn af dette modul, som er en udbygning af det obligatoriske modul 1.

De samlede udgifter til udvikling af denne uddannelsesindsats forventes at beløbe sig til 1,3 mio. kr, hvoraf de 330.000 er afsat til udvikling af e-læringsredskabet, og den resterende million skal udmøntes til hhv. færdighedstræningen på 3 timer og modul 2. Den endelige fordeling af udgifter mellem disse to indsatser er under afklaring, men forventes at kunne holdes indenfor rammen på 1 mio. kr.

3: Navigatorprojekt på voksenhospicerne

Ankerfjord Hospice har gennemført et 2-årigt projekt, der skulle være med til at støtte patienter, der er blevet udskrevet fra hospice. Udskrivelsen fra hospice følges typisk af en ængstelighed hos patienten og dennes familie, da der opstår en utryghed ved ikke længere at have den tilsvarende adgang til de samme faglige kompetencer.

For at imødekomme denne utryghed, og stadig give patienterne en linje ind til hospice, blev de patienterne der ønskede dette efter udskrivelsen fulgt af en navigator, der havde tæt kontakt med dem, og kunne hjælpe med det der var behov for. Navigatorerne er alle frivillige ved hospice, der ønsker at bidrage til hospice arbejdet. Ordningen har således sørget for et stort lokalengagement og aktivering af civilsamfundet generelt.

Projektet har vist mange positive resultater for de borgere og navigators der har takket ja til samarbejdet, og det forventes at en sådan indsats vil kunne sikre udskrivelse og tryghed for de borgere der ønsker at dø i hjemmet, og dermed frigive hospice-pladser til de borgere, der ønsker at dø her.

Forslaget bidrager til regionens ønske om at sikre inddragelse af civilsamfundet i Region Midtjylland, hvilket er i tråd med ønskerne og ambitionerne i arbejdet i det midlertidige udvalg vedr. samarbejde med civilsamfundet.

Det ligger samtidig i forlægnelse af Region Midtjyllands Sundheds- og Hospitalsplan fra september 2020, hvor det fremgår, at det ikke er muligt at løse fremtidens udfordringer på sundhedsområdet uden aktivt at anvende og understøtte de tilbud og kompetencer, der ligger hos borgerne og i civilsamfundet. Ved at inkludere civilsamfundet i arbejdet omkring sundhedsområdet og hospice, bevæger vi os mod et samlet sundhedsvæsen, hvor alle er aktive parter i forebyggelse og behandling. En inklusion af civilsamfundet betyder samtidig, at vi samarbejder på tværs for at sikre sundhedsfremme, forebyggelse samt muligheden for at skabe nye løsninger og formidle oplysninger og tilbud.

Det er et specifikt ønske i Region Midtjyllands Sundheds- og Hospitalsplan, at inddrage civilsamfundets foreninger, interesseorganisationer og private fonde i at udvikle og tilbyde sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter. Det vurderes at Navigatorprojektet vil kunne opfylde denne målsætning, og sikre en effektiv inddragelse af civilsamfundet arbejdet om at støtte op omkring patienter og borgere i svære livssituationer.

Der er en forventning om at projektet kan bidrage til en mere fleksibel anvendelse af hospicepladser, idet flere vil kunne profitere af kortere ophold, da de følges efter udskrivelse og stadig har kontakten til hospice, hvilket skaber den fornødne tryghed. Det anbefales, at frivilligkoordinatorerne på tværs af de 5 hospice danner et netværk, og

udveksler erfaringer på tværs, der kan udvikle og forbedre inddragelsen af civilsamfundet.

Navigatorprojektet vil løbende blive vurderet med henblik på, af hvor mange patienter der gør brug af tilbuddet. Navigatorordningen forventes at kunne træde i kraft primo 2022.

Udgiften vil være 1 mio. kr. årligt fordelt på 200.000 kr. pr. hospice. Det forventes derudover, at hospice og tilknyttede støtteforeninger vil bidrage til projektet med telefoni og kørselstilskud til de frivillige.

Det vurderes at alle tre initiativer hver for sig er med til at adressere de udfordringer som Rigsrevisionen pegede på i deres rapport. Herudover er der igangsat et arbejde med at sikre muligheden for at indskrive patienter, der er kendte af det palliative team, på hospice, på de tidspunkter hvor der ikke er tilstedeværelse af læge på hospice. Forslaget er under afklaring i det palliative råd.

Bilag 1 Samarbejdsaftale om palliative indsatser

Beskrivelse af forslaget:

Formålet med samarbejdsaftalen er at sikre en sammenhængende palliativ indsats på tværs af sektorerne for patienter og de pårørende og ikke mindst sikre, at patienterne tilbydes en palliativ indsats, som tager udgangspunkt i de behov og ønsker, den enkelte patient har. De involverede aktører på tværs af hospitaler, hospicer, almen praksis og kommuner har et fælles ansvar for at sikre gode, sammenhængende forløb for patienterne. Indsatserne omfatter: 1) Tidlig opsporing af en patient med palliative behov og henvisning til det rette specialiseringsniveau 2) Kompetenceudvikling af personalet til at sikre tidlig opsporing 3) Give hjemmesygeplejersker adgang til at kontakte den palliative beredskabsvagt uden for dag tid 4) Inddrage praktiserende læger til at deltage i planlægningsmøder i patientens hjem.

Tidsplan:

Forslaget er varigt. Aftalen planlægges politisk behandlet i Regionsrådet og kommunalbestyrelser i maj 2021 og vil kunne implementeres i takt med, at region og kommuner afsætter midler til aftalen.

Strategi mv:

Samarbejdsaftalen følger op på Regionsrådet hensigtserklæring fra budget 2021 om en værdig afslutning på livet. Samarbejdsaftalen understøtter Regionsrådets sigtelinjer om "Et sundhedsvæsen på patientens præmisser", "Tryghed – er både nærhed og specialisering" og "Sammen om borgernes sundhed".

Økonomi:

Forventninger til forslagets økonomi: Administrationen foreslår, at der afsættes 0,5 mio. kr. årligt til hver af de fem Enheder for lindrende behandling med henblik på, at de kan rumme stigningen i antallet af patienter der får behov for en palliativ indsats, samt det øgede behov for kompetenceudvikling i forhold til tidlig opsporing af palliative behov og symptomer. Administrationen foreslår, at der afsættes 0,175 mio. kr. årligt til at give hjemmesygeplejersker adgang til at kontakte den palliative beredskabsvagt uden for dag tid. Administrationen vurderer, at aftalen med de praktiserende læger om at deltage i planlægningsmøder i patientens eget hjem vil koste 1-1,5 mio. kr. De praktiserende lægers deltagelse i planlægningsmøder skal forhandles med PLO-Midtjylland. Det er et forsigtigt bud, at implementering af aftalen vil kunne komme til at koste op mod 4 mio. kr. årligt.

Drift - Mio. kr.	2022	2023	2024	2025
Sundhed	4,0	4,0	4,0	4,0
Regional udvikling	0,0	0,0	0,0	0,0

Anlæg - Mio. kr.	2022	2023	2024	2025
Anlæg	0,0	0,0	0,0	0,0

Note: Det er ikke muligt for Regional Udvikling at lave anlægsprioriteringer

Bilag 2 Uddannelsesindsats ift. at afholde den svære samtale

Beskrivelse af forslaget:

Forslaget omhandler, at hospitalspersonalet får flere redskaber til at italesætte de følsomme emner i forbindelse med et behandlingsforløb, som eksempelvis selve behandlingen, bivirkninger, effekt af behandlingen og betydning for livskvaliteten. Ved at gennemføre den svære samtale kan patienterne på et oplyst grundlag være med til at træffe beslutning om det videre behandlingsforløb og pleje. Det er ikke kun kræftafdelinger der har behov for at afholde den svære samtale, behovet for denne er også tilstede generelt i Sundhedsvæsenet, for eksempel på hjerteafdelingerne, lungeafdelingerne og afdelinger med alvorligt eller kroniske syge patienter. Der arbejdes hen mod at etablere et samarbejdsprojekt mellem regionens hospice og Enhederne for Lindrende Behandling, da begge parter har særlig erfaring med at foretage den svære samtale, og tilsammen kan udvikle værktøjer til brug i resten af regionen.

Samarbejdsprojektet indeholder forskellige elementer, blandt andet e-learning og færdighedstræning samt simulation. Dette projekt skal samtænkes med Hospitalsenhed Midts projekt "Værdighed ved livets afslutning", der allerede har påbegyndt arbejdet omkring udvikling af redskaber til at varetage den svære samtale. Projektet vil først være rettet mod hospitalspersonalet, men herefter ønskes også almen praksis og kommuner inddraget, med henblik på at tilbyde kurset til dem. Udgangspunktet for uddannelsesindsatsen er brugen af ACP-skema, der er med til at klarlægge patientens ønsker og behov for den sidste tid. Indsatsen kommer til at indeholde 2 moduler, hvoraf det ene er obligatorisk, og det andet er henvendt til en specifik personalegruppe, der arbejder på afdelinger, og med patienter, hvor den svære samtale er en nødvendig del af hverdagen. Det første modul vil bestå af et e-læringskursus, og dernæst en færdighedstræning i et simulationslaboratorie, hvor kursisterne gør brug af det de lærte i e-læringskurset. Det andet modul, der er rettet mod en specifik personalegruppe, vil bestå af en en-dags undervisning, hvor der simuleres forskellige situationer med brug af skuespillere.

Tidsplan:

Forslaget er varigt. Forslaget ønskes implementeret i 2022 og frem.

Strategi mv:

Forslaget understøtter Regionsrådets sigtelinje om "Et sundhedsvæsen på patientens præmisser" ved at have dialogen med patienterne.

Økonomi:

Forventninger til forslagets økonomi: Administrationen foreslår, at der afsættes 1,3 mio. kr. årligt til hospitalerne til uddannelse af personalet.

Drift - Mio. kr.	2022	2023	2024	2025
Sundhed	1,3	1,3	1,3	1,3
Regional udvikling	0,0	0,0	0,0	0,0

Anlæg - Mio. kr.	2022	2023	2024	2025
Anlæg	0,0	0,0	0,0	0,0

Note: Det er ikke muligt for Regional Udvikling at lave anlægsprioriteringer

Bilag 3 Navigatorprojekt på voksenhospicerne

Beskrivelse af forslaget:

Ankerfjord Hospice har gennemført et 2-årigt Navigatorprojekt. Hensigten med projektet var, at tilbyde patienter på hospice og deres pårørende støtte gennem en frivillig støtteperson i hjemmet, kaldet en navigator. Projektets formål var at fremme livskvalitet og opnåelse af tryghed, tillid og trivsel i hverdagen efter en udskrivelse fra hospice. De patienter der lindres og stabiliseres i en sådan grad, at de kan udskrives fra hospice, oplever ofte utryghed ved ikke længere at have den tilsvarende adgang til de samme faglige kompetencer og palliation. Derfor følges de borgere der ønsker det, efter udskrivelse, således at de har en fast kontakt med hospice, selv efter udskrivelse. Dette skaber tryghed for patienten, og giver mulighed for at kunne reagere på eventuel forværring. Samtidig vil der ske en inddragelse af civilsamfundet, idet de tilknyttede navigatore vil være frivillige medarbejdere. Ankerfjord Hospice har oplevet meget positive resultater for patienter og pårørende, men også de frivillige navigatore, der har hjulpet til i ordningen. På baggrund af dette, og i tråd med de andre planer om en palliativ indsats, foreslås det, at en lignende ordning implementeres på samtlige af regionens 5 voksen hospices. Regionens bidrag til projektet vil være en koordinator på 15 timer til hvert hospice, svarende til 0,2 mio. kr. pr. hospice. De 5 hospicer og deres støtteforeninger bidrager endvidere til projekterne med telefoni og kørselstilskud til de frivillige.

Tidsplan:

Projektet forventes at kunne blive implementeret primo 2022. Der er tale om varige midler.

Strategi mv:

Forslaget bidrager til regionens ønske om at sikre inddragelse af civilsamfundet i Region Midtjylland, hvilket er i tråd med ønskerne og ambitionerne i arbejdet i det midlertidige udvalg vedr. samarbejde med civilsamfundet. Det ligger samtidig i tråd med Region Midtjyllands Sundheds- og Hospitalsplan fra september 2020, hvor det fremgår, at det ikke er muligt at løse fremtidens udfordringer på sundhedsområdet uden aktivt at anvende og understøtte de tilbud og kompetencer, der ligger hos borgerne og i civilsamfundet. Ved at inkludere civilsamfundet i arbejdet omkring sundhedsområdet og hospice, bevæger vi os mod et samlet sundhedsvæsen, hvor alle er aktive parter i forebyggelse og behandling. En inklusion af civilsamfundet betyder samtidig, at man samarbejder på tværs for at sikre sundhedsfremme, forebyggelse samt muligheden for at skabe nye løsninger og formidle oplysninger og tilbud.

Økonomi:

Der er tale om driftsmidler. Driftsmidler estimeres til 1 mio. kr. årligt. Midlerne fordeler sig på kr. 200.000 årligt pr. hvert af de 5 hospice.

Drift - Mio. kr.	2022	2023	2024	2025
Sundhed	1,0	1,0	1,0	1,0
Regional udvikling	0,0	0,0	0,0	0,0

Anlæg - Mio. kr.	2022	2023	2024	2025
Anlæg	0,0	0,0	0,0	0,0

Note: Det er ikke muligt for Regional Udvikling at lave anlægsprioriteringer

F. Funktionelle lidelser

Notat. Budgetforslag vedr. funktionelle lidelser

Baggrund

"Funktionel lidelse" er en samlebetegnelse for en række lidelser, der alle er kendetegnet ved, at personen har et eller flere fysiske symptomer, der påvirker funktionsevne og livskvalitet. Funktionelle lidelser er hyppige, og de sværeste tilfælde, der rammer ca. 1-2 pct. af befolkningen, kan være invaliderende.

I 2020 besluttede Sundhedsstyrelsen, at der skal oprettes specialiserede funktioner for børn, unge og voksne med svære funktionelle lidelser. I forbindelse med Budget 2021 tilkendegav forligspartierne ønske om, at regionen skulle søge de nye specialiserede funktioner med henblik på at styrke udredningen og behandlingen af svære funktionelle lidelser.

Regionsrådet godkendte regionens ansøgninger til specialfunktioner i funktionelle lidelser i december 2020. Det drejede sig hhv. om en højt specialiseret funktion for voksne på Hammel Neurocenter i tæt samarbejde mellem AUH og HE Midt, en regionsfunktion for voksne på AUH og RH Silkeborg (i samarbejde med AUH), en højt specialiseret funktion for børn på AUH og i Børne- og Ungdomspsykiatrien, samt en regionsfunktion for børn på RH Viborg (i samarbejde med AUH og Børne- og Ungdomspsykiatrien).

Sundhedsstyrelsen har primo 2021 tildelt Region Midtjylland godkendelse til varetagelse af alle de søgte funktioner, der forventes implementeret primo 2022.

Når funktionerne er fuldt implementeret forventes der årligt følgende antal patientforløb i funktionerne:

- Højt specialiseret funktion voksne på Hammel Neurocenter: 12 patientforløb (heraf ca. 50-60 % patienter fra andre regioner)
- Regionsfunktion voksne på AUH: 800 patientforløb
- Regionsfunktion voksne på RH Silkeborg: 600 patientforløb
- Højt specialiseret funktion børn på AUH: 3 patientforløb
- Højt specialiseret funktion børn på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling: 3 patientforløb
- Regionsfunktion børn på AUH: 45 patientforløb
- Regionsfunktion børn på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling: 40 patientforløb
- Regionsfunktion børn på RH Viborg: 50 patientforløb

Forslag om gradvis indfasning

Det foreslås, at der lægges op til en gradvis indfasning af tilbuddene i 2022 med fuld implementering fra 2023.

For det første er der i lyset af prioriteringssituationen i Budget 2022 behov for skarp prioritering af de tilgængelige midler. For det andet er målgruppen af patienter med funktionelle lidelser er vanskelig at afgrænse. Samtidig er der stor efterspørgsel efter tilbud til patienter med funktionelle lidelser. Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal patienter med lette til moderate funktionelle lidelser behandles i almen praksis, mens patienter med moderate til svære funktionelle lidelser skal behandles i hospitalsregi. Det er vurderingen, at en gradvis indfasning af tilbuddet kan bidrage til at sikre, at det er de rigtige patienter – de

moderat til svært syge – der ses i hospitalsregi. Endelig forventes der (i lighed med hvad der ses på andre områder) at gå et stykke tid, før man når det forventede henvisninger fra de øvrige regioner.

Hvis der i 2022 fx ses en hurtigere stigning i antallet af patienter fra andre regioner end forventet, vil administrationen genvurdere, om der er brug for en hurtigere indfasning af tilbuddene, end der først er lagt op til.

Økonomi

Det foreslås at styrke området med 6 mio. kr. i 2022 fordelt med hhv. 2 mio. kr. til AUH, 3,5 mio. kr. til HE Midt, herunder RH Hammel Neurocenter, og 0,5 mio. kr. til Børne- og Ungdomspsykiatrien. Fra 2023 og frem foreslås årlige driftsmidler på 12 mio. kr. med hhv. 4 mio. kr. til AUH, 7 mio. kr. til HE Midt, herunder RH Hammel Neurocenter, og 1 mio. kr. til Børne- og Ungdomspsykiatrien.

Der er tale om varige driftsmidler.

Drift - Mio. kr.	2022	2023	2024	2025
Sundhed	6,0	12,0	12,0	12,0
Regional udvikling	0,0	0,0	0,0	0,0

G. Udgifter til teknologi på diabetesområdet i 2022, og årene frem

Økonomi

- *Forslaget medfører merudgifter på 20 mio. kr. i 2022, og i årene frem (plus yderligere 10 mio. kr. i 2023 og årene frem).*

Det foreslås, at der afsættes permanente midler til finansiering af diabetesteknologi i 2022, og i årene frem. I forslaget ligger, at der sker en løbende indfasning af relevant teknologi til diabetespatienter (type-1 diabetes).

Der har været nedsat en faglig arbejdsgruppe i Region Midtjylland, som har udarbejdet nogle faglige retningslinjer for hhv. børn og voksne. Administrationen og hospitalerne har efterfølgende estimeret hvad det koster at implementere retningslinjerne i Region Midtjylland. Med en gradvis implementering estimeres, at det koster 20 mio. kr. i 2022, og yderligere 10 mio. kr. i 2023 og frem (ud over permanente 20 mio. kr. til vækst på området, som indgår i budget 2021).

Den øgede udgift skal bl.a. ses som følge af, at flere voksne patienter som følge af de nye faglige retningslinjer bør have udleveret en insulinpumpe og en kontinuerlig glukosemåler (CGM).

Baggrunden for forslaget er at understøtte mere ens og effektive behandlingstilbud på tværs af behandlingsstederne i regionen. Det handler om at understøtte lige adgang til effektiv teknologi for patienterne i regionen. Det handler også om at understøtte en ensartet linje i forhold til andre regioner for brug af diabetesteknologi, herunder de regioner, som vi ofte sammenligner os med. Her har Region Hovedstaden og Region Syddanmark en højere udgift per borger til diabetesteknologi end Region Midtjylland.

Forslaget handler kun om økonomi til udlevering af diabetesteknologi til voksne. Vækst i udgifter til udlevering af diabetesteknologi til børn indgår således ikke, da disse i dag finansieres af regionens centrale medicinpulje (hospitalsmedicin). Det bemærkes, at implementering af de nye faglige retningslinjer i fht. børn ikke forventes at få større økonomiske konsekvenser. Det vurderes, at udleveringen af teknologi til børn allerede i dag svarer nogenlunde til de nye faglige retningslinjer ud fra en samlet betragtning. Der kan ske en relativ beskeden vækst på børneområdet.