

REGIONERNES INVESTERINGS- OG SYGGEHUSPLANER

- SCREENING OG VURDERING



Afgivet af regeringens ekspertpanel
NOVEMBER 2008

Kolofon

Regionernes investerings- og sygehusplaner
- screening og vurdering

Udarbejdet af: Regeringens ekspertpanel vedr. sygehusinvesteringer

Copyright: <Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tillad mod tydelig kildeangivelse>.

Udgivet af:

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K.
Telefon: 72 26 90 00
Telefax: 72 26 90 01
E-post: sum@sum.dk
EAN –lokationsnummer: 5798000362055

Finansministeriet
Christiansborg Slotsplads 1
1218 København K
Telefon: 33 92 33 33
Telefax: 33 32 80 30
E-post: fm@fm.dk

Grafisk design: 1508 A/S

Udgivelsesår: 2008

ISBN: 978-87-7601-273-1 (elektronisk version)

Version: 1. version

Versionsdato: 27. november 2008

Publikationen er tilgængelig på <http://www.sum.dk> og <http://www.fm.dk>

Indholdsfortegnelse

Forord.....	5
1. Ekspertpanelets nedsættelse og baggrund	6
1.1 Baggrund og kommissorium	6
1.2 Panelets og sekretariatets sammensætning.....	7
1.3 Arbejdets tilrettelæggelse	8
2. Sammenfatning	10
2.1 Synspunkter, kriterier og metode	10
2.2 Screening, vurderinger og indstillinger	12
3. Nogle synspunkter på fremtidens sygehusstruktur.....	20
3.1 Faglig bæredygtighed og fortsat specialisering.....	20
3.2 En styrkelse af den præhospitale indsats.....	21
3.3 Den teknologiske udvikling og ændrede arbejdsgange.....	22
3.4 Effektiv vidensspredning og -deling	23
3.5 En grovskitse for det danske sygehusvæsen i år 2020	23
4. Ekspertpanelets metode og tilgang.....	25
4.1 Operationalisering af vurderingsprincipper.....	25
4.1.1 Vurderingskriterier for sygehusplanerne.....	25
4.1.2 Vurderingskriterier for de enkelte investeringsprojekter	27
4.2 Ekspertpanelets dimensioneringsovervejelser.....	30
4.2.1 Fremskrivning	32
4.2.2 Kapacitetsudnyttelse.....	35
4.2.3 Arealstandarder	39
4.2.4 Økonomi.....	43
5. Gennemgang og vurdering af de enkelte regioners større anlægsprojekter og sygehusplaner.....	49
5.1 Fakta om de fem regioner.....	49
5.2 Region Nordjylland.....	51
5.2.1 Fakta om regionen.....	51
5.2.2 Samling af funktioner og specialer på færre enheder	51
5.2.3 Særligt om akutområdet og den præhospitale indsats	52
5.2.4 Sammenhæng med andre regioner	54
5.2.5 Planlægnings- og prognosefremskrivning.....	54
5.2.6 Produktivitetsforbedringer og driftsrationaliseringer	55
5.2.7 Større strukturelle anlægsprojekter i regionen	56
5.3 Region Midtjylland	59
5.3.1 Fakta om regionen.....	59
5.3.2 Samling af funktioner og specialer på færre enheder.....	59
5.3.3 Særligt om akutområdet og den præhospitale indsats	60
5.3.4 Sammenhæng med andre regioner	62
5.3.5 Planlægnings- og prognosefremskrivning.....	63
5.3.6 Produktivitetsforbedringer og driftsrationaliseringer	63
5.3.7 Større strukturelle anlægsprojekter i regionen	64
5.4 Region Syddanmark	69
5.4.1 Fakta om regionen.....	69
5.4.2 Samling af funktioner og specialer på færre enheder.....	69
5.4.3 Særligt om akutområdet og præhospital indsats.....	71
5.4.4 Sammenhæng med andre regioner	73
5.4.5 Planlægnings- og prognosefremskrivning.....	74
5.4.6 Produktivitetsforbedringer og driftsrationaliseringer	75
5.4.7 Større strukturelle anlægsprojekter i regionen	75
5.5 Region Sjælland	79
5.5.1 Fakta om regionen.....	79

5.5.2 Samling af funktioner og specialer på færre enheder	79
5.5.3 Særligt om akutområdet og den præhospitale indsats	80
5.5.4 Sammenhæng med andre regioner	82
5.5.5 Planlægnings- og prognosefremskrivning	83
5.5.6 Produktivitetsforbedringer og driftsrationaliseringer	84
5.5.7 Større strukturelle anlægsprojekter i regionen	84
5.6 Region Hovedstaden	87
5.6.1 Fakta om regionen	87
5.6.2 Samling af funktioner og specialer på færre enheder	87
5.6.3 Særligt om akutområdet og den præhospitale indsats	89
5.6.4 Sammenhæng med andre regioner	90
5.6.5 Planlægnings- og prognosefremskrivning	90
5.6.6 Produktivitetsforbedringer og driftsrationaliseringer	91
5.6.7 Større strukturelle anlægsprojekter i regionen	92
5.7 Sammenfatning	96
6. Ekspertpanelets indstilling til regeringen	98
Bilag	106

Forord

Regeringen og Danske Regioner tilkendegav i aftalen om regionernes økonomi for 2008, at der er behov for strukturændringer i sygehusvæsenet og heraf følgende investeringer i fysiske tilpasninger, ny teknologi og apparatur for at realisere målsætningen om et tidssvarende og bæredygtigt sygehusvæsen.

Parterne aftalte samtidig en række vigtige principper for de kommende strukturændringer for at realisere målsætningerne. Det er nødvendigt at samle flere behandlinger på færre enheder for at sikre kvaliteten og de faglige standarder, udnytte fordelene ved specialisering samt sikre en optimal anvendelse af ressourcerne, herunder knappe personalemæssige ressourcer. Samling af funktioner på færre enheder er således den overordnede forudsætning for ændringer i sygehusstrukturen.

Endvidere aftalte parterne at nedsætte et ekspertpanel med den opgave at vurdere de konkrete større anlægsprojekter fra regionerne i forhold til principperne og på baggrund af dialog med de enkelte regioner.

Regeringen afsatte efterfølgende som led i kvalitetsreformen 25 mia. kr. i en kvalitetsfond til investeringer i en ny og forbedret sygehusstruktur i perioden 2009 til 2018, som bidrag ud over regionernes almindelige anlægsrammer. I forbindelse med økonomiaftalen for 2009 aftalte regeringen og Danske Regioner, at udmøntningen af midlerne til sygehusinvesteringer i perioden 2009 til 2018 opdeles i to faser. I første fase udmøntes 15 mia. kr. Det giver mulighed for, at de resterende 10 mia. kr. senere kan anvendes i forbindelse med yderligere behov. Det er aftalt, at første fase udmøntes 1. februar 2009 efter drøftelse med Danske Regioner og på grundlag af ekspertpanelets screening og vurdering af regionernes projekter. Panelet forventer i 2010 at foretage en indstilling til regeringen om, hvordan kvalitetsfondens resterende midler til sygehus skal udmøntes.

Ekspertpanelet afgiver hermed sin screening, vurdering og indstilling til regeringen. Arbejdet i ekspertpanelet har givet mulighed for at vurdere regionernes projektplaner i et langsigtet perspektiv, hvor der har været lejlighed til at betragte det danske sygehusvæsen som en helhed.

Det er vort håb, at panelets indstilling, som afgives i enighed, kan bidrage til at tilvejebringe et velfunderet, åbent og velbelyst grundlag for de kommende vigtige beslutninger om investeringer i det danske sygehusvæsen. Der er nu en sjælden mulighed for at skabe et fremtidsikkert sygehusvæsen af høj kvalitet og effektivitet til glæde for patienterne og det danske samfund.

København
27. november 2008

Ragnhild Aslaksen

Bo Brismar

Hans Kirk

Kjeld Møller Pedersen

Erik Juhl, formand

1. Ekspertpanelets nedsættelse og baggrund

1.1 Baggrund og kommissorium

Kommunalreformen giver med nedlæggelsen af amterne og dannelsen af regionerne en historisk mulighed for at fremtidssikre sundhedsvæsenet og skabe bedre vilkår for patienterne.

Dels har regionerne en særdeles vigtig opgave med at samle og samordne de tidligere amters sundhedsvæsen.

Dels er der som en udmøntning af sundhedsloven i regi af Sundhedsstyrelsen iværksat en gennemgang af de enkelte specialer for, at Sundhedsstyrelsen på den baggrund kan fastsætte anbefalinger og krav til specialeplanlægningen. Akutberedskabet er det første område, som blev gennemgået, bl.a. fordi store ændringer her vil få konsekvenser for gennemgangen af de fleste andre specialer samt for de fysiske rammer.

Regeringen og Danske Regioner blev i forbindelse med aftalen om regionernes økonomi for 2008 enige om, at der er behov for strukturændringer i sygehusvæsenet og heraf følgende investeringer i fysiske tilpasninger, ny teknologi og apparatur for at realisere målsætningen om et tidssvarende og bæredygtigt sygehusvæsen. Det er nødvendigt at samle flere behandlinger på færre enheder for at sikre kvaliteten og de faglige standarder, udnytte fordelene ved specialisering samt sikre en optimal anvendelse af ressourcerne, herunder knappe personalemæssige ressourcer. Der er således enighed om, at samling af funktioner på færre enheder er den overordnede forudsætning for ændringer i sygehusstrukturen.

Regeringen og Danske Regioner aftalte endvidere at nedsætte et ekspertpanel, der skal vurdere de konkrete større anlægsprojekter i forhold til en række i økonomiaftalen fastlagte principper vedrørende samling af enheder, driftsøkonomisk rentabilitet, effektivitet og kvalitet.

Regeringen har efterfølgende som led i kvalitetsreformen afsat 25 mia. kr. i perioden 2009 til 2018 til investeringer i en ny og forbedret sygehusstruktur. Af regeringsgrundlaget *Mulighedernes samfund* fra november 2007 fremgår det endvidere, at regeringen ved udmøntningen af midlerne systematisk vil tilgodese de regioner og sygehusprojekter, som får mest ud af pengene.

Endelig har regeringen og Danske Regioner i forbindelse med økonomiaftalen for regionernes økonomi for 2009 aftalt en proces for udmøntningen af midlerne til sygehusinvesteringer. Udmøntningen af den samlede ramme på i alt 25 mia. kr. i perioden 2009-18 opdeles i to faser, hvor der udmøntes 15 mia. kr. i første runde. Der er med de resterende 10 mia. kr. mulighed for i en anden senere omgang at håndtere yderligere behov.

Konkret fremgår det af økonomiaftalen for 2009:

"Regeringen og Danske Regioner er enige om følgende køreplan for udmøntningen af i første omgang 15 mia. kr. af fondens samlede midler:

- *Ekspertpanelet gennemfører og afslutter i efteråret 2008 en screening af de fem regioners større strukturelle anlægsprojekter.*
- *Ekspertpanelet afgiver på grundlag af denne screening i november 2008 indstilling til regeringen om, hvorvidt regionernes større strukturelle anlægsprojekter lever op til principperne for en moderne sygehusstruktur og understøtter en sammenhængende sygehusstruktur.*
- *Regeringen udmelder 1. februar 2009, efter drøftelse med Danske Regioner, en samlet tilsagnsramme til de enkelte regioner.*

- *Fra 1. februar kvalificerer og detaljerer regionerne konkrete projekter på baggrund af den udmeldte tilsagnsramme. Projekterne forelægges ekspertpanelet i en løbende proces, hvor panelet indstiller til regeringen, hvilke projekter der lever op til kravene om en moderne sygehusstruktur.*
- *Regeringen giver efter drøftelse med Danske Regioner et tilsagn om midler til de konkrete investeringsprojekter.*

Udmøntningen af den samlede ramme på i alt 25 mia. kr. i perioden 2009-18 er således opdelt i to omgange, hvor der som skitseret udmøntes 15 mia. kr. i første runde. Der er med de resterende 10 mia. kr. mulighed for i en anden senere omgang at håndtere yderligere behov.”

Af kommissoriet for ekspertpanelets arbejde fremgår det bl.a.:

”Ekspertpanelet skal vurdere de konkrete større strukturelle anlægsprojekter i forhold til principperne i bilag 2 i økonomiaftalen for 2008, herunder bl.a. samling af enheder, driftsøkonomisk rentabilitet, effektivitet og kvalitet. Det skal bl.a. ske på baggrund af dialog med de enkelte regioner om de konkrete projektforslag og antagelserne heri.

...

Ekspertpanelet afgiver indstilling til regeringen om, hvorvidt de enkelte projekter opfylder målsætningerne og principperne, jf. bilag 2, med henblik på gennem en løbende drøftelse med Danske Regioner at tage stilling til udmøntning og finansiering af de prioriterede projekter, der vedrører fremtidens sygehusstruktur.

...

For at få overblik over investeringsbehovet i de enkelte regioner samt den samlede og overordnede sygehusstruktur for hele landet skal ekspertpanelet foretage en grundig gennemgang af de fem regioners planer for fremtidens sygehusstruktur med udgangspunkt i bl.a. samling af funktioner på færre enheder, som vurderes at være den overordnede forudsætning for ændringerne i sygehusstrukturen i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger. Gennemgangen skal sikre panelet det bedst mulige grundlag for at kunne vurdere de konkrete projekter, så de samlet set understøtter en rationel sygehusstruktur.

...

Panelets vurdering af de enkelte projekter skal ske i forhold til de fastsatte principper vedr. produktivetsforbedringer, driftsøkonomisk rentabilitet, medfinansiering, kvalitet mv. Det forudsættes, at panelets arbejde sker i tæt dialog med de enkelte regioner om de konkrete projekter og antagelserne heri.

...

Panelets medlemmer skal besidde en kombination af kompetencer, der tilsammen udgør stor indsigt inden for sygehusdrift både vedr. bl.a. faglig bæredygtighed, økonomisk drift, logistik og større sygehusbyggerier”.

I bilaget findes ekspertpanelets kommissorium i sin fulde ordlyd.

1.2 Panelets og sekretariatets sammensætning

Adj. professor, CBS, dr. med. Erik Juhl er formand for ekspertpanelet. Erik Juhl har tidligere været direktør for Københavns Kommunes Sundhedsvæsen og senere Hovedstadens Sygehusfællesskab og har en baggrund som overlæge i en årrække. Senest har Erik Juhl i foråret 2007 været udpeget som statsministerens personlige repræsentant under arbejdet med kvalitetsreformen.

Ekspertpanelet består desuden af Bo Brismar, Ragnhild Aslaksen, Kjeld Møller Pedersen og Hans Kirk. Bo Brismar er cheflæge i landstinget i Stockholm Len, og han har været tæt involveret i planlægningen af sundhedsvæsenet i Stockholm og i planlægningen af det nye Karolinska Universitetssjukhuset. Ragnhild Aslaksen er chefarkitekt i Helsebygg Midt-Norge og har i flere år arbejdet med sygehusplanlægning, bl.a. med retningslinier for design og arkitektur i forbindelse med opførelsen af det nye Universitetshospital i Trondheim, St. Olavs Hospital. Kjeld Møller Pedersen er professor i sundhedsøkonomi og -politik ved Syddansk Universitet. Kjeld Møller Pedersen har endvidere tidligere været amtssundhedsdirektør i Vejle Amt. Hans Kirk er tidligere koncerndirektør for Danfoss. Hans Kirk har endvidere været involveret i implementeringen af LEAN på Odense Universitetshospital.

Jesper Fisker, administrerende direktør i Sundhedsstyrelsen, deltager som observatør ved ekspertpanelets møder.

Endvidere har følgende repræsentanter for parterne bag økonomiaftalen deltaget i ekspertpanelets møder: Vagn Nielsen, afdelingschef i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, John Erik Pedersen, kontorchef i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Ib Valsborg, kommitteret i Finansministeriet samt Lone Christiansen, sundheds- og socialpolitisk direktør i Danske Regioner.

Sekretariatet for ekspertpanelet består af chefkonsulent i Finansministeriet Søren Varder, specialkonsulent Charlotte Hougaard Møller (indtil november 2007), specialkonsulent i Finansministeriet Peter Henneberg (fra februar 2008), chefrådgiver i Danske Regioner Anne Skriver (indtil 1. oktober 2008), kontorchef i Danske Regioner Tommy Kjeldsgaard (fra 1. oktober 2008), seniorkonsulent i Danske Regioner Christina Carlsen (fra 1. oktober 2008), chefkonsulent i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse Søren Lindemann Aagesen, chefkonsulent i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse Hanne Agerbak (leder af sekretariatet indtil 7. november 2008), samt fuldmægtig i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse Jesper Myrup (leder af sekretariatet fra 8. november 2008).

1.3 Arbejdets tilrettelæggelse

Ekspertpanelet blev nedsat i oktober 2007. Panelet har været på to heldagsbesøg i hver af de fem regioner samt afholdt en række møder. Herudover har regionerne indsendt et omfangsrigt materiale vedrørende sygehus-, psykiatri- og investeringsplaner til ekspertpanelet, og panelet har bedt regionerne om at svare på en række specifikke spørgsmål vedrørende planlægningsgrundlag, arealforbrug, egenfinansiering, effektivisering og udnyttelsesgrader mv. til brug for screeningen af regionernes investerings- og sygehusplaner.

Planlægningen af sygehusprojekter har i alle regioner pågået siden de politiske vedtagelser af sygehusplaner/akutplaner. Regionerne er på nuværende tidspunkt ikke lige langt i anlægsprocessen, men ingen af projekterne er nået længere end idé- eller programfasen.

Første besøgsrunde i regionerne fandt sted i foråret 2008 og havde primært til formål at give eksperterne et bedre indblik i de enkelte regioners hospitals- og investeringsplaner som supplement til det af regionerne indsendte materiale. Det skriftlige materiale bestod dels af de vedtagne sygehusplaner med bilag, dels supplerende materiale udarbejdet af de enkelte regioner. Ved møderne med regionerne i foråret så ekspertpanelet typisk et eller to af regionens sygehuse.

Ekspertpanelet gennemførte i maj-juni 2008 en anden besøgsrunde i alle regioner. Ved disse besøg havde ekspertpanelet udvalgt specifikke temaer og problemstillinger i de enkelte regioner, som panelet ønskede en uddybning af. Endvidere havde ekspertpanelet ved denne anden besøgsrunde i hver region udpeget nogle hospitaler (typisk to til tre hospitaler), som panelet ønskede at besøge. Ekspertpanelet havde forud for besøgene bedt den enkelte region om at belyse de relevante temaer og problemstillinger, og regionerne udarbejdede på den baggrund supplerende skriftligt materiale, som panelet fik fremsendt forud for besøgsrunderne eller fik udleveret i forbindelse med besøgsrunden.

Det er ekspertpanelets vurdering, at regionerne har gjort en særdeles stor indsats i forbindelse med de to besøgsrunder i regionerne, og panelet har fået et stort udbytte af besøgene.

Primo juni 2008 anmodede panelet regionerne om en række yderligere, detaljerede oplysninger om regionernes behovsfremskrivning og forudsatte udvikling i antal matrikler og senge mv., samt om arealforbrug, økonomi og forudsætninger vedrørende effektivisering og kapacitetsud-

nyttelse for de enkelte investeringsprojekter. Regionerne fremsendte de ønskede oplysninger til panelet ultimo august 2008. De faktuelle oplysninger, der ligger til grund for panelets analyser, er efterfølgende clearret i en dialog med de enkelte regioner.

Efterfølgende har ekspertpanelet på en række heldagsmøder drøftet regionernes konkrete investeringsprojekter set i lyset af regionernes hospitalsplaner. Panelet har vurderet projekterne med udgangspunkt i de principper om bl.a. kvalitet, bæredygtighed, produktivitet og hensigtsmæssig ressourceudnyttelse, der blev fastlagt i aftalen om regionernes økonomi for 2008. Det er ekspertpanelets opfattelse, at det ikke er muligt at vurdere de enkelte større anlægsprojekter løsrivet fra den kontekst, som de indgår i. Projekterne og deres potentiale i forhold til at skabe øget faglig bæredygtig og forbedret kapacitetsanvendelse bør ses i sammenhæng med såvel regionens hospitalsplaner som det billede, der tegner sig for landet som helhed.

Ekspertpanelet har i screeningen af regionernes større strukturelle anlægsprojekter fravalgt at benytte ekstern ekspertbistand. Panelet finder, at det i den efterfølgende proces, hvor regionerne kvalificerer og detaljerer de konkrete projekter på baggrund af den af regeringen udmeldte til-sagnsramme kan være relevant at benytte ekstern ekspertise i konkrete spørgsmål.

Ekspertpanelet har ved sin indstilling til regeringen valgt at lægge vægt på, at de projekter, som indstilles prioriteret, medvirker til at skabe en sammenhængende og fremtidssikret sygehusstruktur for Danmark som helhed. Indstillingerne er gengivet i sammenfatningen, *jf. kapitel 2*. Panelet har derfor gjort sig nogle overvejelser om, hvilke faktorer der ud over principperne fra økonomiaftalen for 2008 forventes at være afgørende for fremtidens sygehuse og dermed af betydning for en langsigtet sygehusstruktur, *jf. kapitel 3*. Samtidig har ekspertpanelet i forbindelse med indstillingen lagt vægt på, at der skabes mulighed for implementering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet.

Panelets metode og tilgang, herunder overvejelser om dimensionering, er nærmere beskrevet i *kapitel 4*.

Kapitel 5 indeholder en summarisk beskrivelse af de fem regioners sygehusplaner og større investeringsprojekter og ekspertpanelets vurdering heraf.

Kapitel 6 indeholder ekspertpanelets samlede indstilling til regeringen. Ekspertpanelets kommissorium er optrykt i bilaget.

2. Sammenfatning

Denne sammenfatning af ekspertpanelets rapport er struktureret i to dele. I afsnit 2.1 gennemgås kortfattet de synspunkter, kriterier og metoder, panelet har lagt til grund for sin screening og vurdering af regionernes planer og projekter. Dette afsnit er en sammenfatning af kapitlerne 3 og 4.

Afsnit 2.2 omhandler panelets screening og vurderinger af de enkelte regioners planer og projekter og panelets indstillinger herom. Screening og vurderinger sammenfattes forholdsvis kortfattet, mens panelets egentlige indstillinger til regeringen om de enkelte projekter er gengivet i deres helhed. Afsnit 2.2 sammenfatter kapitlerne 5 og 6.

2.1 Synspunkter, kriterier og metode

Kommunalreformen giver med nedlæggelsen af amterne og dannelsen af regionerne en historisk mulighed for at fremtidssikre sundhedsvæsenet og skabe bedre vilkår for patienterne.

Regeringen og Danske Regioner blev i forbindelse med aftalen om regionernes økonomi for 2008 enige om, at der er behov for strukturændringer i sygehusvæsenet og heraf følgende investeringer i fysiske tilpasninger, ny teknologi og apparatur for at realisere målsætningen om et tidssvarende og bæredygtigt sygehusvæsen. Der er enighed om, at samling af funktioner på færre enheder er den overordnede forudsætning for ændringer i sygehusstrukturen.

Der blev samtidig i aftalen fastsat en række principper for fremtidens sygehusinvesteringer. Principperne, omhandler bl.a. samling af enheder, kvalitet, driftsøkonomisk rentabilitet samt effektivitet.

Ekspertpanelets vurderinger skal medvirke til, at disse muligheder og principper realiseres i de kommende sygehusinvesteringer.

Hvordan udviklingen inden for sundhedsvæsenet vil forme sig, er naturligvis forbundet med stor usikkerhed – og det er i sagens natur ikke muligt at give et præcist bud på, hvordan denne udvikling vil influere på indretningen af sygehusvæsenet. Ekspertpanelet har i forlængelse af økonomiaftalens principper valgt at pege på nogle udviklingstendenser, som panelet vurderer, vil have betydning for sygehusvæsenet i de kommende år – og dermed også være af betydning for, hvordan en sammenhængende fremtidssikret sygehusstruktur vil se ud for landet som helhed.

Ekspertpanelet har konkret valgt at operationalisere vurderingen i to led: Dels en vurdering af selve sygehusplanerne, dels en vurdering af de konkrete projekter. For hvert led har panelet fastlagt en række ”overskrifter”, der fastlægger de centrale vurderingskriterier.

Panelets samlede prioritering af det enkelte investeringsprojekt er dermed resultatet af en sammenvejning af projektvurderingen og vurderingen af den pågældende regions sygehusplan. Denne tilgang afspejler, at de enkelte investeringsprojekter ikke kan ses adskilt fra den samlede sygehusplan. Tværtimod er det den samlede sygehusplans struktur og rationale, der bestemmer, om der ud af de samlede investeringer opnås en moderne, bæredygtig – og mere fremtidssikret – sygehusstruktur som tilsigtet.

Vurderingen af sygehusplanerne har fokuseret på:

- Samling af funktioner og specialer på færre enheder
- Efterlevelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet
- Den præhospitale indsats
- Sammenhæng til andre regioner

Vurderingen af de konkrete anlægsprojekter har taget udgangspunkt i:

- Projektets rolle i en ny sygehusstruktur, såvel regionalt som for landet som helhed
- Mulige alternativer
- Behovsfremskrivning, kapacitetsudnyttelse, arealbehov og økonomi
- Produktivitets- og driftsforbedringer

Ved planlægningen af en ny sygehusstruktur, der skal række langt frem i tiden, og hvor de største anlægsprojekter først vil stå færdige om 10-15 år, er de grundlæggende antagelser om udviklingen i behandlingsbehov, kapacitetsudnyttelse og arealstandarder helt centrale.

Panelet har derfor foretaget en nærmere vurdering af regionernes forudsætninger vedrørende dimensionering, kapacitetsudnyttelse og økonomi. På den baggrund er det panelets vurdering, at man kan anlægge en mere restriktiv tilgang til såvel dimensioneringen som forudsætninger om kapacitets- og arealudnyttelse.

Det fremtidige behandlingsbehov: Panelet finder, at den betydelige usikkerhed, der knytter sig til udviklingen i behandlingsbehovet om 15-20 år, tilsiger, at der ved planlægningen udvises stor forsigtighed i forhold til dimensioneringen. Det er meget vanskeligt præcist at forudsige udviklingen – som vil blive påvirket af bl.a. sygdomsudvikling, udviklingen i behandlingsformer, den teknologiske udvikling osv. Som led i denne udvikling kan også tænkes et skift fra sygehuse til andre aktører, f.eks. praksissektoren og kommunerne samt øget anvendelse af hjemmebehandling og kapaciteten i den private sektor.

Det, der planlægges nu, står først klar til brug om måske 10 år – hvor behovene kan have ændret sig markant. Det er derfor centralt at undgå at overdimensionere byggeriet, da det fordyrer både anlægs- og driftssiden. I stedet bør der lægges vægt på en fleksibel struktur/byggeri, så ændringer i behov kan imødekommes.

Samlet er det panelets vurdering, at den generelle usikkerhed ved behovsfremskrivninger og et samtidigt forsigtighedsprincip tilsiger en generel reduktion i regionernes dimensionering. Panelet er herunder tvivlende over for, om der er grundlag for forøgelse af det samlede sygehusareal. Omlægningen fra flersengsstuer til en øget andel 1-sengsstuer forudsættes i den forbindelse kun at have relativt begrænset betydning arealmæssigt, når der indtænkes innovative løsninger og samtænkes med øvrige patientarealer. Den nye akutstruktur og den sammenhængende styrkede præhospitale og kommunale indsats bør også alt andet lige trække i retning af et mindre sygehusforbrug.

Det er endvidere panelets vurdering, at overvejelser i forhold til den fremtidige udvikling, sammenholdt med regionernes (forskelligartede) behovsfremskrivning, understøtter en differentieret tilpasning i regionernes dimensionering med udgangspunkt i en forventet stigning i antal ambulante behandlinger på omkring 50 pct. og en forventet sengereduktion på omkring 20 pct. i perioden fra 2007 til 2020.

Kapacitetsudnyttelse: Panelet finder, at nye investeringer skal resultere i mere effektive løsninger i arealudnyttelsen og muliggøre en mere effektiv opgaveløsning og ressourceanvendelse via bedre logistik, ny teknologi, nye arbejdsgange og høj standard. Det er et af de centrale principper i forbindelse med de nye sygehusinvesteringer. Der må om 10-20 år forudsættes bedre og mere effektive løsninger end dagens standarder.

Panelet vurderer samlet, at der er grundlag for styrkede krav i forhold til kapacitetsudnyttelsen. De anvendte dimensioneringsnormer i forhold til kapacitetsudnyttelse (der fastlægger driftstiden på et år svarende til 220 dage á 6 timer) ligger reelt under aktuelle standarder på flere sygehuse. Ekspertpanelet finder, at det bør være muligt at anlægge en mere nuanceret tilgang til kapaci-

tetsudnyttelse, og at regionerne i forbindelse med den nye sygehusstruktur – hvor funktioner samles og antallet af hospitaler med akutmodtagelse reduceres væsentligt – udnytter mulighederne for at sikre en bedre arbejdstilrettelæggelse, med øget kapacitetsudnyttelse.

Panelet finder, at en bedre kapacitetsudnyttelse har betydelige konsekvenser for dimensioneringen, og at der dermed er grundlag for en generel tilpasning af projekternes dimensionering baseret på kravet om en styrket kapacitetsudnyttelse. Alene et niveau omkring 245 dage á 7 timer svarer til en øget kapacitetsudnyttelse af behandlingsarealerne på ca. 30 pct., hvilket isoleret set svarer til en nedjustering af dimensioneringen på sygehusniveau på ca. 8 pct. – svarende til ca. 5,5 mia. kr. hvis det overføres på de af regionerne indmeldte investeringsønsker på 68 mia. kr. Hertil kommer effekten af kortere forløb for den enkelte behandling.

Arealstandarder: Samlet vurderer panelet, at der er grundlag for en øget arealeffektivitet. De fastlagte standarder ligger i den høje ende, og det er samtidig væsentligt at have tilstrækkeligt blik for de samlede arealkonsekvenser. Et for højt arealforbrug er uheldigt, såvel anlægøkonomisk som i forhold til den senere drift heraf.

Panelet vurderer dermed, at der samlet er grundlag for en tilpasning i dimensioneringen baseret på forudsætningen om en øget arealeffektivitet. Konkret finder panelet endvidere, at der bør foretages en differentieret tilpasning i dimensioneringen med udgangspunkt i en gennemsnitlig arealnorm for enestuer på omkring 33-35 m². Betydningen af en reduceret standard for enestuer afspejles i, at en ændring fra 40 til 33-35 m² nettoareal vil reducere sengearealbehovet med 13-17 pct., hvilket isoleret set svarer til en nedjustering af dimensioneringen på projektniveau på ca. 2 pct. netto, og op til ca. 4 pct. brutto. Kontorfaciliteter er et andet område, hvor der kan være potentiale for en øget arealeffektivitet. Panelet forudsætter en brutto-/nettofaktor på 2,0 for somatik og 1,8 for psykiatri.

Byggepriser: Det vurderes, at der ikke kan fastsættes et helt ensartet prisniveau. Samlet vurderes i forhold til nybyggeri, at et prisniveau på samlet maksimalt 29.000 kr./m² (totalpris inkl. apparatur mv.), heraf 5.800 kr./m² til apparatur, IT og løst inventar, svarende til 25 pct. af byggeudgift på 23.200 kr./m², kan begrundes for universitetssygehusbyggerier på barmark/barmarkslignende, herunder begrundet i ekstra udgifter til byggestyring. For øvrige nybyggerier og tilbygninger vurderes et niveau på maksimalt 27.000 kr./m² (totalpris inkl. apparatur mv.) heraf 4.500 kr./m² til apparatur, IT og løst inventar, svarende til 20 pct. af byggeudgift på 22.500 kr./m², at være tilstrækkeligt til realiseringen. For psykiatrien vurderes et niveau på indtil 22.000 kr./m² (totalpris inkl. apparatur mv.) at kunne begrundes. Ombygningsudgifterne vil variere afhængigt af den konkrete sammensætning af ombygning og renovering, og der er derfor alene foretaget en generel tilpasning (reduktion) af udgifterne med 20 pct.

2.2 Screening, vurderinger og indstillinger

Ekspertpanelet har ved sin indstilling til regeringen lagt vægt på, at de projekter, som indstilles prioriteret, medvirker til at skabe en sammenhængende og fremtidssikret sygehusstruktur for Danmark. Ekspertpanelets vurdering af de enkelte regioners sygehusplaner og anlægsprojekter og panelets indstilling til regeringen er gengivet nedenfor.

Panelets gennemgang af projekterne har dels identificeret de projekter, som panelet finder bør støttes, dels resulteret i reduktioner af projekternes dimensionering og samlede anlægøkonomi baseret på kravet om en styrket kapacitetsudnyttelse og arealeffektivitet, usikkerheden om behovsfremskrivningen og de fastlagte byggepriser.

Konkret foreslås en tilpasning via dels en differentieret tilpasning, omfattende de regioner og projekter, der skiller sig markant ud i forhold til antagelser om det fremtidige kapacitetsbehov, arealstandarder, dels en generel tilpasning afspejlende et krav om en øget arealeffektivitet og

kapacitetsudnyttelse samt den generelle usikkerhed om det fremtidige behov, der som nævnt tilsiger en afdæmpet dimensionering og fleksible løsninger.

Der er ikke med den fremkomne økonomiske ramme og forudsætningerne bag tilsigtet en detaljstyring af regionernes projekter. De forudsætninger om behovsfremskrivning, dimensionering og kapacitetsudnyttelse mv., som ligger til grund for panelets tilpasning, er således ikke hver for sig forudsat bindende for projektets realisering. Inden for den konkrete investeringsramme kan regionen i projekteringsfasen dermed fastlægge de løsninger, der er hensigtsmæssige lokalt – under iagttagelse af de generelle principper om bl.a. bedre kapacitetsudnyttelse.

At den økonomiske ramme ligger fast fra starten er efter panelets opfattelse centralt som led i at fremme de nødvendige omkostningseffektive og innovative løsninger, når regionerne går ind i den mere konkrete projektfase. Det skaber også forudsigelighed for planlæggerne.

Med tilpasningen tages der højde for kravet om effektive løsninger på anlægssiden. På driftssiden er det vanskeligt på det foreliggende grundlag at udlede det præcise effektiviseringspotentiale som følge af de nye investeringer. Man bør også derfor være forsigtig med på nuværende tidspunkt at foruddiskontere betydelige driftsbesparelser. Det vil afhænge af de mere konkrete løsninger, og et forudsat niveau kan derfor bedre fastlægges i en senere konkret tilsagnsfase.

Det er imidlertid efter panelets opfattelse centralt, at der sker en sådan målfastsættelse i forbindelse med tilsagnet, som regionen/sygehuset skal arbejde hen imod at realisere. Et på forhånd fastlagt mål for effektivitetsgevinsten vurderes således i sig selv som en væsentlig forudsætning for, at potentialet realiseres. Panelet har i den forbindelse noteret, at regionerne set på tværs har indmeldt meget få og lave bud på, hvilke driftsgevinster der kan realiseres i en ny struktur.

Samlede indstillinger

Konkret finder panelet, at der i denne første fase er grundlag for at prioritere 11 investeringsprojekter med en samlet investeringsramme på godt 25 mia. kr. Vælger regeringen at prioritere alle projekterne, vil kvalitetsfondens første udmåling på 15 mia. kr. dermed kunne realisere en medfinansiering fra staten på gennemsnitligt 60 pct. af investeringsudgiften, mens regionerne egenfinansierer 40 pct.

Andre investeringsprojekter foreslås afvist af panelet eller vurderes at forudsætte fornyede regionale overvejelser. Ekspertpanelet forventer i 2010, som angivet i finanslovsaftalen for 2009, at foretage en ny indstilling til regeringen om, hvordan de resterende midler fra kvalitetsfonden skal udmøntes.

Panelet forudsætter, at regionerne for de projekter, som regeringen vælger at meddele et foreløbigt tilsagn, vender tilbage til panelet med et uddybende projekt inden for den fastlagte samlede investeringsramme som grundlag for panelets indstilling til regeringen og regeringens efterfølgende endelige tilsagn.

Panelet indstiller, at de kommende finansieringstilsagn ledsages af en række *forudsætninger og anbefalinger*.

Forudsætningerne vedrører forhold, som efter panelets opfattelse bør være tilvejebragt, inden der gives endelige tilsagn. Der er således tale om bindende forudsætninger.

Anbefalingerne vedrører forhold, som er centrale i forhold til den fremtidige struktur, og som derfor også principielt bør være gennemført som forudsætning for de endelige tilsagn. Regionernes realisering af disse forhold kan imidlertid strække sig ud over de endelige tilsagn, og panelet har derfor valgt at fremlægge disse forhold som anbefalinger, således de ikke tidsmæs-

sigt blokerer for det endelige tilsagn. Forholdene forudsættes bragt på plads forud for regionernes eventuelle ansøgninger i en senere fase.

Region Nordjylland:

Ekspertpanelet vurderer overordnet set, at Region Nordjylland har udarbejdet en plan, der på væsentlige områder er i overensstemmelse med præmisserne om en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt. Der sker en koncentration af behandlingen på færre enheder, nogle matrikler lukkes helt, og regionen følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger for så vidt angår de fælles akutmodtagelser. Et højt specialiseret sygehus i Aalborg og i alt to fælles akutmodtagelser samt en akutfunktion i Thisted i formaliseret samarbejde med Aalborg Sygehus forekommer at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet i betragtning af befolkningens størrelse og regionens geografi.

Panelet anbefaler, at en samling af funktionerne fra Aalborg Sygehus Syd og Sygehus Nord bør prioriteres. Samlingen vurderes at kunne realisere en betydelig forbedring af patientbehandlingen og et potentiale for at opnå en væsentlig forbedring af ressourceanvendelsen. Ekspertpanelet konstaterer, at en væsentlig del af det nuværende Aalborg Syd er helt nybygget og af høj kvalitet. Panelet finder ud fra en samlet afvejning, at samlingen bør gennemføres ved nybyggeri i tilknytning til den eksisterende matrikel i Aalborg Syd. Panelet vurderer i den forbindelse ikke, at argumenterne for at realisere samlingen som et barmarksprojekt i Aalborg Øst har været tilstrækkeligt stærke til at kunne begrunde en udflytning frem for en tilbygning.

Panelet finder ikke grundlag for et nybygget elektivt sygehus i Himmerland. Panelet finder, at det vil være mest hensigtsmæssigt at bibeholde og evt. gennemføre en mindre udbygning af Farsø Sygehus med samtidig nedlæggelse af matriklen i Hobro.

Ekspertpanelet indstiller samlet til regeringen, at der for Region Nordjylland fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 3,2 mia. kr. til udbygning af Sygehus Syd i Aalborg. Ekspertpanelet indstiller samtidig, at der fastlægges en række forudsætninger for et endeligt statsligt tilsagn om kvalitetsfondsmidler:

- *at der for det prioriterede projekt udarbejdes mere detaljerede projektbeskrivelser mv. inden for den fastlagte samlede investeringsramme (jf. økonomiaftalen for 2009).*
- *at der foreligger klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospitale indsats udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver.*
- *at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede enheder, som ligger ud over de almindelige løbende produktivitetforbedringer i sygehusvæsenet. Niveaue fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.*

Herudover anbefaler ekspertpanelet:

- *at akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse, jf. Sundhedsstyrelsens akutrapport.*
- *at der ikke realiseres et nyt sygehus Himmerland.*

Region Midtjylland:

Ekspertpanelet vurderer overordnet set, at Region Midtjylland har udarbejdet en plan, der på væsentlige områder er i overensstemmelse med præmisserne om en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt. Der sker en koncentration af behandlingen på færre enheder, en del af de mindre sygehuse lukkes helt, og regionen følger i det væsentligste Sundhedsstyrelsens anbefalinger, for så vidt angår de fælles akutmodtagelser. Et universitetshospital, der samler de højt specialiserede hospitalsfunktioner, og i alt fem fælles akutmodtagelser forekommer at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet i betragtning af befolkningens størrelse og regionens geografi.

Panelet finder, at en samling af funktionerne på Århus Sygehus mv. ved en samling i tilknytning til det eksisterende Skejby Sygehus bør prioriteres. Samlingen og et tilknyttet nybyggeri vurderes at kunne realisere en betydelig forbedring af patientbehandlingen og et potentiale for at opnå en væsentlig forbedring af ressourceanvendelsen.

Ligeledes støtter ekspertpanelet, at der sker en samling af hospitalerne i Vestjylland, men finder ikke på det foreliggende grundlag, at der er rationale for at realisere det påtænkte nybyggeri ved Gødstrup. Ekspertpanelet konstaterer, at Herning Sygehus har en grundlæggende fornuftig logistik med relativt moderne bygninger, som panelet vurderer formentlig er velegnet til udbygning.

Panelet har konstateret, at Region Midtjylland planlægger at etablere fælles akutmodtagelser på tre hospitaler, der alle ligger tæt på grænsen til hhv. Region Nordjylland og Region Syddanmark, hvilket forudsætter samarbejde med de to naboregioner. Akutmodtagelserne i Horsens og Randers har et befolkningsunderlag, der ligger lige omkring Sundhedsstyrelsens minimumsanbefaling.

Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at en udbygning af en fælles akutmodtagelse på Viborg Sygehus bør prioriteres. For Horsens og Randers finder panelet ikke, at der ud fra en samlet afvejning er rationale for så betydelige investeringer som forudsat, jf. herunder befolkningsunderlaget sammenholdt med en forventet stadig øget specialisering. Udgifterne ved en efterlevelse af akutanbefalingerne vurderes af en mere begrænset størrelsesorden end af regionen anslået, og projekterne bør derfor revurderes.

Ekspertpanelet finder det generelt fornuftigt at samle den psykiatriske behandling på færre enheder samt i den forbindelse at sikre et tættere samarbejde med somatikken. Ekspertpanelet finder dog, at flytningen af Risskov til det nye universitetshospital i Skejby bør revurderes senere, således at der først sker en realisering af flytningen af somatikken.

Ekspertpanelet indstiller samlet til regeringen, at der for Region Midtjylland fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 6,35 mia. kr. til det nye universitetshospital i Århus samt en samlet investeringsramme til udbygning af en fælles akutmodtagelse på Viborg Sygehus på 1,15 mia. kr. Ekspertpanelet indstiller samtidig, at der fastlægges en række forudsætninger for et endeligt statsligt tilsagn om kvalitetsfondsmidler:

- at der for de prioriterede projekter udarbejdes mere detaljerede projektbeskrivelser mv. inden for de fastlagte samlede investeringsrammer (jf. økonomiaftalen for 2009).
- at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede enheder, som ligger ud over de almindelige løbende produktivitetsforbedringer i sygehusvæsenet. Niveaue fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.
- at der foreligger klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospitale indsats udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver.

Herudover anbefaler ekspertpanelet:

- at der beslutes yderligere reduktioner i antallet af matrikler.
- at akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse, jf. Sundhedsstyrelsens akutrapport.

Region Syddanmark:

Ekspertpanelet vurderer overordnet, at Region Syddanmark har udarbejdet en plan, der på mange områder er i overensstemmelse med præmisserne om en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt. Ekspertpanelet har bemærket, at Region Syddanmark i forbindelse med planerne for implementeringen af sygehusplanen har fremlagt nye planer om lukning af en række mindre sygehuse, som der i første omgang ikke var taget stilling til. Ekspertpanelet finder det

dog problematisk, at Region Syddanmark på akutområdet på en række punkter ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Det gælder befolkningsunderlag, modtagelse af medicinske patienter via fælles akutmodtagelser samt Sundhedsstyrelsens anbefalinger om visiteret adgang til de fælles akutmodtagelser.

Ekspertpanelet finder, at ét hospital der samler de højt specialiserede funktioner og i alt fire fælles akutmodtagelser forekommer at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet i betragtning af befolkningens størrelse og regionens geografi.

Panelet finder, at en modernisering af Odense Universitetshospital bør prioriteres. Da en høj andel af den eksisterende bygningsmasse trænger til at blive udskiftet for at opnå en moderne kvalitet og logistik, finder ekspertpanelet, at der er grundlag for at etablere et helt nyt hospital.

Panelet finder ikke grundlag for at etablere en fælles akutmodtagelse på Svendborg Sygehus. Konstruktionen med et optageområde langt inde i Odense Kommune vurderes ikke farbar og vil under alle omstændigheder kunne udhule grundlaget for Odense Universitetshospital.

Ekspertpanelet støtter, at der sker en samling af hospitalerne i Sønderjylland. Ekspertpanelet har modtaget oplysninger som følge af den reviderede beslutning om udbygning i Aabenraa meget sent i processen (i oktober 2008) og finder ikke, at det nye projekt kan prioriteres på det foreliggende grundlag. Projektet og den samlede løsning for hele Sønderjylland, inkl. beslutningen om at videreføre Sønderborg, skal overvejes nærmere.

Ekspertpanelet har drøftet problematikken vedrørende Horsens, Vejle og Kolding sygehuse, hvor der lægges op til, at Horsens (Midtjylland) og Kolding (Syddanmark) skal være akutsygehuse, mens Vejle i Region Syddanmark skal være et specialsygehus. Ekspertpanelet forudsætter, at Vejle Sygehus ophører med akutindtag af kirurgiske og ortopædkirurgiske patienter.

Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at en etablering af en fælles akutmodtagelse på Kolding Sygehus bør prioriteres.

For Esbjerg finder panelet ikke, at der ud fra en samlet afvejning er rationale for så betydelige investeringer som forudsat, og udgifterne ved en efterlevelse af akutanbefalingerne vurderes af en mere begrænset størrelsesorden end anslået af regionen. Projektet bør derfor samlet set revideres.

Panelet finder generelt, at der er gode perspektiver i Region Syddanmarks plan for psykiatrien, hvor behandlingen samles på færre enheder, og hvor specialiseringen øges. En række af projekterne er af en mere begrænset størrelsesorden, som bør indgå i en prioritering inden for regionens anlægsbudget.

Ekspertpanelet indstiller samlet til regeringen, at der for Region Syddanmark fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 6,3 mia. kr. til Odense Universitetshospital samt en samlet investeringsramme til udbygning af en fælles akutmodtagelse på Kolding Sygehus på 0,9 mia. kr. Ekspertpanelet indstiller samtidig, at der fastlægges en række forudsætninger for et endeligt statsligt tilsagn om kvalitetsfondsmidler:

- at der for prioriterede projekter udarbejdes mere detaljerede projektbeskrivelser mv. inden for de fastlagte samlede investeringsrammer (jf. økonomiaftalen for 2009).
- at der foreligger klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospitale indsats udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver.
- at det i forhold til et endeligt tilsagn vedr. Odense Universitetshospital forudsættes, at der ikke etableres en fælles akutmodtagelse i Svendborg.

- *at det i forhold til et endeligt tilsagn vedr. Kolding forudsættes en klar beslutning om, at akutindtaget af kirurgiske og ortopædkirurgiske patienter på Vejle Sygehus ophører med ibrugtagelsen af det nye Kolding.*
- *at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede enheder, som ligger ud over de almindelige løbende produktivitetsforbedringer i sygehusvæsenet. Niveaue fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.*

Herudover anbefaler ekspertpanelet:

- *at regionen efterlever Sundhedsstyrelsens udmeldinger på det akutte område, herunder anbefalingen om visiteret adgang til akutmodtagelser*
- *at akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse, jf. Sundhedsstyrelsens akutrapport.*
- *at der besluttet yderligere reduktioner i antallet af matrikler.*

Region Sjælland:

Ekspertpanelet vurderer, at Region Sjællands sygehusplan er væsentligt mere kortsigtet og mindre ambitiøs end de øvrige regioner. Der sker kun i ringe grad en samling af funktioner på færre enheder, og der lukkes kun få matrikler. Det er herunder uklart, hvordan sygehusvæsenet i regionen forventes at tegne sig på længere sigt, og planen indeholder kun få egentlige strukturændringer.

Ekspertpanelet finder det samtidig problematisk, at Region Sjælland på akutområdet på en række væsentlige punkter ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Ligeledes finder ekspertpanelet det uhensigtsmæssigt, at Region Sjælland planlægger at sprede regionsfunktionerne på to forskellige sygehuse. En spredning af regionsfunktionerne er uhensigtsmæssigt dels i forhold til at sikre en faglig bæredygtighed og sundhedsfaglig høj kvalitet. Dels for at udnytte tværgående funktioner/specialer mest hensigtsmæssigt – og for at undgå en dobbeltdækning heraf.

Sygehusplanen giver dermed ikke i panelets øjne nogen sikkerhed for bæredygtighed på sigt, herunder sikring af det fornødne faglige niveau, særligt i den specialiserede behandling.

Ekspertpanelet finder, at ét sygehus, der samler regionsfunktionerne, og i alt tre fælles akutmodtagelser samt en akutfunktion på Nykøbing Falster Sygehus i formaliseret samarbejde med en af de øvrige akutmodtagelser ville forekomme at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet i betragtning af befolkningens størrelse og regionens geografi.

På det psykiatriske område vurderer ekspertpanelet derimod, at Region Sjælland har udarbejdet en plan, der i højere grad har perspektiver i forhold til en langsigtet bæredygtighed, og som herunder samler funktioner på færre enheder.

Panelet finder, at projektet vedrørende samlingen af de psykiatriske funktioner Holbæk og Dianalund i Slagelse samt flytning af den retspsykiatriske afdeling (Sikringsanstalten) fra Nykøbing Sjælland til Slagelse i tilknytning til den øvrige retspsykiatri i regionen bør prioriteres.

Ekspertpanelet finder ikke, at projekterne vedrørende Slagelse og Næstved sygehuse bør prioriteres på det foreliggende grundlag. Her finder ekspertpanelet ud fra en samlet afvejning, at der bør forudsættes en mere langsigtet og bæredygtig sygehusplan, før der kan ske en prioritering. Panelet finder således, at det som forudsætning for større investeringer på det somatiske område bør genovervejes, hvordan der samlet set sikres en struktur i regionen, der realiserer målsætningen om en moderne, rationel og bæredygtig struktur også på langt sigt. Dog finder ekspertpanelet, at det – for at Region Sjælland kan påbegynde etableringen af en ny akutstruktur – kan prioriteres at etablere en fælles akutmodtagelse på Slagelse Sygehus.

Ekspertpanelet indstiller samlet til regeringen, at der for Region Sjælland fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 1,05 mia. kr. til samling af de psykiatriske funktioner i Slagelse samt til flytning af den retspsykiatriske afdeling (Sikringsanstalten) fra Nykøbing Sjælland til Slagelse og en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 300 mio.kr til etablering af en fælles akutmodtagelse på Slagelse Sygehus. Ekspertpanelet **indstiller** samtidig, at der fastlægges en række forudsætninger for et endeligt statsligt tilsagn om kvalitetsfondsmidler:

- at der for de prioriterede projekter udarbejdes en mere detaljeret projektbeskrivelse mv. inden for de fastlagte samlede investeringsrammer (jf. økonomiaftalen for 2009).
- at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede psykiatriske enheder, som ligger ud over de almindelige løbende produktivitetsforbedringer i sygehusvæsenet. Niveauet fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.
- at der foreligger klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospitale indsats udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver.

Herudover anbefaler ekspertpanelet:

- at der udarbejdes en mere langsigtet og bæredygtig sygehusplan, hvor den specialiserede behandling/regionsfunktioner samles på ét af akutsygehusene med fælles akutmodtagelse i Region Sjælland, og hvor Sundhedsstyrelsens anbefalinger på det akutte område, herunder om visiteret adgang til akutmodtagelser, efterleves.
- at akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse, jf. Sundhedsstyrelsens akutrapport.
- at udviklingen af den præhospitale indsats indtænkes i planlægningen.

Region Hovedstaden:

Ekspertpanelet vurderer, at Region Hovedstadens hospitalsplan som sådan har et fornuftigt sigte, men på en række punkter er mindre ambitiøs end nogle af de øvrige regioners. Der lukkes på nuværende tidspunkt kun få matrikler, og der bibeholdes akutfunktioner på de fleste hospitaler, men der tegner sig en overordnet konstruktiv struktur, hvor Rigshospitalet sammen med fire områdehospitaler på langt sigt vil udgøre hjørnestenene i regionens hospitalsvæsen.

Ekspertpanelet vurderer det problematisk, at Region Hovedstadens hospitalsplan på akutområdet på en række punkter afviger fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Bl.a. har Sundhedsstyrelsen påpeget, at den ikke finder grundlag for bibeholdelse af akutfunktioner på Region Hovedstadens nærhospitaler, og at regionens planer om uvisiteret adgang til de fælles akutmodtagelser er i uoverensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger om lægelig visitation eller via 112-opkald.

Ekspertpanelet finder, at ét sygehus, der samler regionsfunktionerne, og i alt fire fælles akutmodtagelser forekommer at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet i betragtning af befolkningens størrelse og regionens geografi. Ekspertpanelet finder således, at der er behov for en revurdering af dele af hospitalsplanen, herunder af nærhospitalernes rolle på sigt.

Baseret på, hvilke investeringsprojekter der uanset behovet for en samlet set ændret planlægning må vurderes som uomgængelige, finder panelet, at projektet vedrørende etablering af en ny nordfløj på Rigshospitalet bør prioriteres.

Ud fra en samlet vurdering finder panelet endvidere, at projekterne på Herlev og Hvidovre hospitaler bør prioriteres. Rationalet for Herlev er, at projektet i sig selv indebærer en betydelig samling af funktioner og udvidet kapacitet, og at Herlev med sikkerhed vil skulle spille en cen-

tral rolle i en fremtidig sygehusstruktur, herunder varetage regionsfunktioner. Ligeledes vurderes Hvidovre Hospital med sikkerhed at have en betydelig rolle i en fremtidig struktur.

For Bispebjerg Hospital finder panelet ikke, at der ud fra en samlet afvejning er rationale for så betydelige investeringer som forudsat. Panelet finder heller ikke, at projektet vedrørende ombygning og etablering af en fælles akutmodtagelse på Hillerød Hospital bør realiseres på det foreliggende grundlag. Der vurderes behov for en fornyet samlet overvejelse om akutbetjeningen i den nordlige del af regionen, herunder med inddragelse af overvejelser om den langsigtede rolle for de omkringliggende nærhospitalet.

Panelet har konstateret, at der er igangsat et meget betydeligt om- og nybygningsprojekt på Gentofte Hospital. Panelet finder, at den fortsatte opgaveprofil for Gentofte Hospital bør overvejes, jf. også forslaget om en revurdering af sygehusplanen for den nordlige del af regionen. Panelet finder generelt ikke grundlag for at gennemføre betydelige investeringer i nærhospitalet som forudsat af regionen, idet disse projekter ikke er tilstrækkeligt langsigtede i forhold til at sikre en faglig bæredygtighed. Ekspertpanelet finder, at der er grundlag for at tænke nærhospitalet tættere i sammenhæng med områdehospitalet, således at det muliggør en større samling af behandlingen særligt på det medicinske område samt en reduktion i antallet af matrikler.

For så vidt angår Bornholms Hospital finder panelet, at en om- og udbygning er hensigtsmæssig, idet hospitalet grundet de særlige geografiske forhold fortsat skal have en akutfunktion.

På det psykiatriske område vurderer ekspertpanelet, at regionen har udarbejdet en plan, der har perspektiver i forhold til en langsigtet bæredygtighed. Panelet finder, at udbygningen af Sct. Hans Hospital bør prioriteres.

Ekspertpanelet indstiller samlet til regeringen, at der for Region Hovedstaden fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 1,85 mia. kr. til etablering af en nordfløj på Rigshospitalet, og en samlet investeringsramme på 2,25 mia. kr. og 1,45 mia. kr. til hhv. Herlev og Hvidovre hospitalet. Endvidere indstiller panelet, at der fastlægges en samlet investeringsramme på 0,55 mia. kr. til udbygningen af Sct. Hans Hospital. Ekspertpanelet indstiller samtidig, at der fastlægges en række forudsætninger for et endeligt statsligt tilsagn om kvalitetsfondsmidler:

- at der for de prioriterede projekter udarbejdes mere detaljerede projektbeskrivelser mv. inden for de fastlagte samlede investeringsrammer (jf. økonomiaftalen for 2009).
- at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede enheder, der ligger ud over de almindelige løbende produktivitetændringer i sygehusvæsenet. Niveauet fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.
- at der foreligger klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospitale indsats udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver.

Herudover anbefaler ekspertpanelet:

- at der udarbejdes planændringer, der indebærer reduktioner i antallet af sygehusmatrikler, og som sikrer efterlevelse af Sundhedsstyrelsens udmeldinger på det akutte område, herunder om visiteret adgang til akutmodtagelserne.
- at akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse, jf. Sundhedsstyrelsens akutrapport.

3. Nogle synspunkter på fremtidens sygehusstruktur

Fremtidens sygehusvæsen skal drives professionelt, udnytte de muligheder behandlings- og driftsmæssigt som et omfattende renoverings- og nybygningsprogram muliggør, levere høj kvalitet, sikre vedvarende fornyelse fagligt og driftsmæssigt og sikre sammenhæng i behandlingen for patienten såvel internt på det enkelte sygehus som i forhold til primærsektoren.

De større strukturelle anlægsprojekter, som regionerne planlægger, og som ekspertpanelet er blevet bedt om at vurdere, har i de fleste tilfælde en tidshorisont på mellem 5 og 10 år – og de største af projekterne vil formentligt først stå klar om mere end 10 år. Der kan og vil ske en stor udvikling inden for sundhedsvæsenet i de kommende 10 til 15 år. Og denne udvikling vil have betydning for, hvordan der sikres en sygehusstruktur for Danmark, der også lever op til fremtidens udfordringer.

Hvordan udviklingen i sundhedsvæsenet vil forme sig, er naturligvis forbundet med stor usikkerhed – og det er i sagens natur ikke muligt at give et præcist bud på, hvordan denne udvikling vil influere på indretningen af sygehusvæsenet.

Ekspertpanelet har i dette kapitel i forlængelse af økonomiaftalens principper valgt at pege på nogle udviklingstendenser, som panelet vurderer, vil have betydning for sygehusvæsenet i de kommende år – og dermed også betydning for, hvordan en sammenhængende, fremtidssikret sygehusstruktur vil se ud for landet som helhed.

3.1 Faglig bæredygtighed og fortsat specialisering

Et væsentligt formål med strukturreformen på sundhedsområdet – og dermed også sundhedsloven – er at højne kvaliteten i sundhedsvæsenet. I sygehusvæsenet er en forudsætning herfor, at flere funktioner skal samles på færre steder, end tilfældet er i dag. Der er således i stigende omfang på nogle områder dokumentation for en positiv sammenhæng mellem volumen og kvalitet på både specialist- og afdelingsniveau samt for nytten af tæt multidisciplinært samarbejde mellem flere specialer.

Det må forventes, at den fremtidige udvikling vil forstærke denne tendens. Samtidig vil der blive efterspurgt dokumenteret effektivitet og høj kvalitet, og sygehusvæsenet vil formentlig i stigende grad være udsat for international konkurrence, bl.a. i EU-sammenhæng.

Samling af funktioner på færre enheder er dermed den helt overordnede forudsætning for ændringer i sygehusstrukturen. Beslutningen om betydelige investeringer over de kommende år udspringer af denne præmis, der også er gennemgående for den politiske aftale om specialeplanlægningen fra 2006 og Sundhedsstyrelsens rapport om et styrket akutberedskab fra juni 2007.

Koncentrationen af funktioner på færre enheder er nødvendig for at opretholde den faglige bæredygtighed. Ud over, at en koncentration af funktioner på færre enheder er nødvendig for at opretholde den faglige bæredygtighed og sikre en mere effektiv drift, vil en sådan samling også kunne bidrage til en hensigtsmæssig anvendelse af de knappe personaleressourcer. Det kan efter ekspertpanelets opfattelse være vanskeligt at opretholde et forsvarligt vagtberedskab og levere den efterspurgte kvalitet, hvis den nuværende sygehusstruktur fastholdes.

Nødvendigheden af at samle funktioner på færre enheder gør sig ikke mindst gældende på det akutte område, hvor det er afgørende, at akut syge eller tilskadekomne har adgang til en bred vifte af specialiserede lægelige og sundhedsfaglige kompetencer og specialiseret udstyr. Det er med andre ord vigtigt, at akut syge modtages på et hospital, der besidder den nødvendige eks-

pertise og faciliteter i første omgang, så patienten ikke skal transporteres videre med yderligere forsinkelse til følge.

Sundhedsstyrelsen har i gennemgangen af akutberedskabet rådgivet om, hvilke lægefaglige specialer der bør være til stede i en fælles akutmodtagelse. Mange steder i landet kan det være en udfordring at rekruttere tilstrækkeligt personale til at leve op til de sundhedsfaglige anbefalinger. Ligeledes vurderes en opretholdelse af det nuværende antal akutmodtagelser, som nævnt ovenfor at føre til en uhensigtsmæssig udnyttelse af speciallægers ressourcer. At der er en akutfunktion tæt på, kan således give borgerne en falsk tryghed, hvis der ikke findes den nødvendige ekspertise og det nødvendige udstyr.

Fremtidens sygehus må ikke planlægges og bygges som en simpel lineær fortsættelse af fortiden. Fremtidens sygehus er ikke lig med selv det nyeste af dagens sygehuse. Der skal tænkes 10 år frem. På den anden side må det heller ikke blive for luftige visioner, men baseret på de tendenser, som allerede kan spores i udlandet. Med det omfattende investeringsprogram skal der være plads til nytænkning omkring organisering, logistik og brug af teknologiske muligheder. Med de påtænkte investeringer skal der kunne høstes betydelige produktivitetsforbedringer. Nytænkning om arbejdstilrettelæggelse og ibrugtagning af nye behandlingsmetoder er en væsentlig forudsætning herfor. Design- og arbejdsmæssigt udgør den store andel af énsengsstuer på fremtidens sygehuse en særlig udfordring. ”Lange, lige gange” er næppe en fremtidssikret løsning. Under alle omstændigheder anbefaler panelet, at der bør ske en evaluering af en så stor satsning i det danske sygehusvæsen.

3.2 En styrkelse af den præhospitale indsats

At kvalitet om nødvendigt må gå forud for nærhed er et led i den politiske aftale fra 2006. En samling af akutte funktioner på færre enheder medfører uundgåeligt, at dele af befolkningen vil få længere til det nærmeste hospital, når de bliver akut syge eller kommer til skade. Ekspertpanelet finder, at der skal være en fornuftig balance mellem på den ene side den ulempe, som en øget afstand til akutsygehuset kan give befolkningen, og på den anden side den øgede kvalitet, som de færre, men bedre, personalemæssigt som apparatmæssigt, udstyrede akutsygehuse kan præstere. Panelet finder det derfor vigtigt at styrke den præhospitale indsats, dvs. den indsats, der ydes for patienterne, indtil de kommer på hospitalet. Det er med andre ord ikke transporttiden i sig selv, der er problemet. Det er tiden til patienten møder den relevante hjælp, der er afgørende.

I den forbindelse er det dels vigtigt, at den præhospitale hjælp er til stede så hurtigt som muligt, dels at den nødvendige behandling i relevante tilfælde allerede kan påbegyndes på vej til nærmeste akutmodtagelse. Der er på det præhospitale område sket en stor udvikling i de seneste år. Hvor der tidligere stort set alene var tale om transport af syge og tilskadekomne, består den præhospitale indsats i dag af egentlig behandling. Ekspertisen er således til stede allerede under transporten til hospitalet, og behandlingen påbegyndes i mange tilfælde allerede inden, patienten ankommer til hospitalet. Men en længere transporttid betyder, at den præhospitale indsats skal indrettes med henblik på at understøtte fremtidens sygehusstruktur. Også telemedicinske løsninger vurderes at kunne styrke den præhospitale indsats.

Ekspertpanelet har noteret sig, at det af regeringsgrundlaget fremgår, at regeringen vil forbedre det akutte beredskab, så hjælpen under normale omstændigheder kan være fremme inden for 15 minutter. Dette tiltag vil efter ekspertpanelets vurdering også medvirke til at understøtte den sygehusstruktur med færre akutsygehuse. Det samme gælder beslutningen i finanslovsaftalen for 2009 om at afsætte midler i 2011 til etablering af en lægehelikopterordning med henblik på at øge befolkningens tryghed på bl.a. øer og i udkantsområder.

Den historiske udvikling har vist, at der er to parallelle udviklingstendenser i sundhedsvæsenet. Den ene tendens er en øget specialisering som ovenfor beskrevet. Den anden tendens er grundlag for en decentralisering, idet man i dag kan udføre en række behandlinger med stadig mindre personaleindsats, på kortere tid, med færre hjælpemidler og med mindre teknologisk set-up (f.eks. i lægepraksis eller i hjemmet). Disse modsatrettede udviklingstræk skal begge afspejle sig i fremtidens sygehusstruktur. Centraliseringen af dele af sygehusindsatsen må ikke blive en hindring for at udnytte decentraliseringsmuligheder, men bør i stedet blive en forudsætning, f.eks. øget brug af videokonference, billedtransmission m.m.

Nære tilbud i form af f.eks. skadesklinikker med sundhedsfagligt personale, kunne medvirke til at afhjælpe ulemper ved større afstande og skabe større tryghed i udkantsområder med store afstande til sygehuse med fælles akutmodtagelser. Samtidig vil såvel almen praksis som kommuner have en øget rolle i håndteringen af patienter med kroniske sygdomme, *jf. Sundhedsstyrelsens kronikermodel*.

Endelig vurderer ekspertpanelet, at almen praksis – i en ny og mere bæredygtig struktur med større praksisenheder – med fordel kan påtage sig en større rolle i forhold til visitation og behandling af akutte patienter. Almen praksis indgår allerede i dag i det akutte beredskab sammen med sygehusenes akutmodtagelser. Udgangspunktet er, at almen praksis/lægevagten så vidt muligt varetager og færdiggør undersøgelse og behandling af patienter med lettere akutte sygdomme og skader, som ikke kræver sygehusbehandling.

3.3 Den teknologiske udvikling og ændrede arbejds gange

Ekspertpanelet vurderer, at en række andre faktorer vil have en mærkbar indflydelse på, hvordan fremtidens sygehuse mest hensigtsmæssigt indrettes. Det gælder først og fremmest den teknologiske udvikling og den generelle it-understøttelse af sundhedsvæsenets opgaver. Der vil ske en teknologisk udvikling og en stigende udnyttelse af den teknologiske viden, som vil muliggøre behandlinger over afstande (telemedicin) i langt højere grad end hidtil. Specialister andre steder i landet eller for så vidt verden over vil kunne medvirke ved operationer, og røntgenbeskrivelser mv. kan foregå overalt i verden med øget kvalitet og effektivitet til følge. De højt specialiserede hospitaler kan hjælpe de mindre hospitaler og praktiserende læger – og omvendt. Og man kan forvente at kunne behandle et stigende antal patienter i deres eget hjem, hvilket vil reducere trækket på sygehusene og delvist også almen praksis.

På sygehusene vil den teknologiske udvikling og udviklingen i behandlingsmetoder betyde behov for nye arbejds gange og ændret arbejdstilrettelæggelse. Udbredelsen af de såkaldte accelererede patientforløb er et eksempel. Accelererede kirurgiske patientforløb er behandlingsforløb, der forkorter den tid, det tager at komme sig over en operation, og reducerer indlæggelsestiden. Grundlæggende handler konceptet om at intensivere og optimere patientbehandlingen i det tidsrum, hvor patienten opholder sig på et sygehus. Smertebehandling, ernæring, hurtig mobilisering, patientens inddragelse og ikke mindst en tværfaglig indsats er nøglelementer i denne behandlingsmetode. Patienterne oplever faldende indlæggelsestider, færre komplikationer og en mere effektiv rehabilitering. Det illustrerer, hvordan nye behandlingsmetoder stiller krav til arbejdstilrettelæggelsen via behov for øget tværfaglighed, og intensiveret pleje kombineret med markant kortere liggetider – og det behøver ikke at medføre en øget indsats i kommunerne. Ligeledes viser den, hvordan nye behandlingsmetoder stiller ændrede krav til de fysiske rammer f.eks. i form af behov for færre sengestuer, men flere rum til ambulante behandling mv.

I dag er hospitalerne helt overvejende indrettet efter specialer. Der er en kardiologisk afdeling, en ortopædkirurgisk afdeling osv., men man kan forvente flere forsøg på at organisere hospitaler efter forløb og symptomatologi i lyset af behovet for pakkeforløb og den øgede andel af patienter, der lider af kroniske sygdomme. Denne forløbsmæssige organisering af hospitalerne har været drøftet gennem flere år, uden at det radikalt har ændret organisationsstrukturen. Men der

vil ske ændringer på sigt og konceptet med fælles akutte modtageenheder går netop i retning af forløbsorienteret organisering af hospitalsstrukturen.

Patientrollen ændrer sig, idet dagens patienter har mere viden om egen sygdom og ønsker mere kontrol og medvirken i eget behandlingsforløb. En styrket patientrolle påvirker organiseringen og den fysiske struktur i sygehuset med krav om skærmning af privatliv gennem f.eks. flere enestuer, færre patienttransporter, bedre samordnet behandling og information, øget medansvar og tilgængelighed til personalet.

Ekspertpanelet vurderer, at den øgede globalisering også vil få betydning ligesom de aktuelle forhandlinger i EU om et direktiv om sundhedstjenesteydelser ventes at forstærke denne tendens, herunder formentligt en stigende grad af international konkurrence. I stigende grad bliver der behov for aftaler med internationale samarbejdspartnere, da der vil være behandlinger, som Danmark ikke kan varetage alene.

3.4 Effektiv vidensspredning og -deling

I fremtidens sygehusstruktur er det afgørende, at den kundskabsudvikling, der sker, spredes til alle regionerne og til alle enhederne. Den træghed, der kendes i udbredelsen af nye erkendelser, bør man være opmærksom på ved planlægningen af fremtidens sygehusstruktur. Ansvar for ligger flere steder, men de højt specialiserede universitetshospitaler har her et særligt ansvar. Med etableringen af færre, men større og bedre udrustet akutsygehuse åbner sig helt nye muligheder for erfaringsudveksling og samarbejde både på forskningsområdet såvel som på den præ- og postgraduate uddannelse. Det er vigtigt, at regionerne og universiteterne benytter denne nye mulighed ved den kommende revision af den danske sygehusstruktur.

3.5 En grovskitse for det danske sygehusvæsen i år 2020

Ekspertpanelet har med udgangspunkt i de beskrevne udviklingstendenser samt økonomiaftalens principper opstillet en række forudsætninger for, hvor man kunne placere sygehusene i Danmark, og hvilke funktioner de skulle have, således at de også om 10-15 år vil leve op til kravene til en moderne sygehusstruktur.

Ekspertpanelet vurderer, at der vil skulle placeres et sygehus i den tættest befolkede del af landet (Københavnsområdet), som skal varetage de behandlinger, der kun skal foretages ét sted i landet. Hospitalet skal samtidig være ansvarligt for visitationen af de patienter, som kun kan få den nødvendige højt specialiserede behandling i udlandet. Samtidig skal sygehuset varetage den højeste specialiserede traumebehandling.

I den anden del af landet med en høj befolkningstæthed (Århusområdet) vil man placere et andet højt specialiseret sygehus, som i samarbejde med ovenstående sygehus skal varetage de behandlinger, der kun skal foregå to steder i landet.

Ekspertpanelet konstaterer endvidere, at Odense Universitetshospital (hvor der også er medicinstudie) og Aalborg Universitetssygehus i dag varetager højt specialiserede funktioner, og at det derfor vil være nærliggende også i en fremtidig struktur at lade disse sygehuse varetage specialiserede funktioner.

Ekspertpanelet finder det af faglige hensyn afgørende, at højt specialiserede behandlinger i regionerne skal samles på færre enheder. Særligt i Region Nordjylland og Region Sjælland finder panelet det ud fra en faglig synsvinkel afgørende, at den evt. højt specialiserede behandling samt de regionsfunktioner¹, der skal varetages, samles på ét akutsygehus i hver region.

¹ En regionsfunktion omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering ved sygdomme og tilstande, hvor ydelserne er af nogen kompleksitet, hvor sygdom eller sundhedsvæsenets ydelser er relativt sjældent forekommende, og/eller hvor ressourceforbruget tilsiger en vis samling af funktionerne.

Ekspertpanelet finder, at det i en struktur, hvor den højt specialiserede behandling samles på meget få enheder vil være centralt at sikre faglig dynamik og fortsat konkurrence. Således, at andre sygehuse med særlig ekspertise efter aftale med Sundhedsstyrelsen kan udføre højt specialiserede funktioner.

Panelet har overvejet, hvorledes et samlet dansk sygehusvæsen teoretisk set kunne se ud, hvis man kun tog hensyn til ovenstående *samt* følgende to forhold: For det første befolkningstætheden i år 2020 og for det andet Sundhedsstyrelsens udmelding om et befolkningsunderlag for det enkelte akutsygehus på 200.000 – 400.000. Præmissen skulle være, at man i de tyndest befolkede områder skulle planlægge efter akuthospitaler med optageområder omkring 200.000 og de tættest befolkede områder skulle have ca. 400.000 som optageområde osv. Man skulle da se helt bort fra regionsgrænser, historiske kendsgerninger og nuværende sygehusplaceringer.

Det er vanskeligt at opstille præcise retningslinjer herfor, men vurderinger set i forhold til befolkningstætheden understøtter efter panelets opfattelse en struktur, svarende til den hovedstruktur, som panelet peger på, *jf. Danmarkskortet til slut i kapitel 5.*

4. Ekspertpanelets metode og tilgang

4.1 Operationalisering af vurderingsprincipper

Ekspertpanelets vurderinger skal i henhold til kommissoriet foretages i forhold til de principper for fremtidens sygehusinvesteringer, som blev fastlagt i aftalen om regionernes økonomi for 2008 mellem regeringen og Danske Regioner. Principperne, der er medtaget i deres helhed i denne rapport's *bilag*, omhandler bl.a. samling af enheder, kvalitet, driftsøkonomisk rentabilitet samt effektivitet.

Nogle af principperne knytter sig primært til selve sygehusplanen, mens andre mere specifikt vedrører de enkelte projekter. Panelet vurderer endvidere, at enkelte af principperne reelt først kan vurderes som led i den senere, endelige tilsagnsfase – det gælder såvel plan- som projektspecifikke principper. Nogle af disse principper er imidlertid centrale i forhold til den samlede sygehusplan, og panelet indstiller til regeringen, at disse skal være opfyldt som forudsætning for det endelige tilsagn.

Et eksempel er den præhospitale indsats. En udbygget præhospital indsats må efter panelets opfattelse ses som en del af en samlet sygehusplan, der samler akutbehandlingen på færre, større enheder. Det fremgår af de fastlagte principper, at der skal foreligge konkrete planer for, hvordan den præhospitale indsats skal udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver, herunder de akutte modtagelser med henblik på, at relevant og kvalificeret behandling kan begyndes hurtigst muligt.

Regionernes planer på det præhospitale område er ikke så detaljerede på nuværende tidspunkt, at panelet endeligt kan vurdere planernes indhold. Medvirkende hertil er også, at en række regioner aktuelt afholder udbud på ambulanceområdet. Panelet indstiller derfor, at regeringen forudsætter, at der skal foreligge detaljerede og realistiske planer for den præhospitale udbygning som forudsætning for det endelige tilsagn.

Ekspertpanelet har konkret valgt at operationalisere vurderingen i to led: Dels en vurdering af selve sygehusplanerne, dels en vurdering af de konkrete projekter. For hvert led har panelet fastlagt en række centrale vurderingskriterier.

Panelets samlede prioritering af det enkelte investeringsprojekt er dermed resultatet af en sammenvejning af projektvurderingen og vurderingen af den pågældende regions sygehusplan. Denne tilgang afspejler, at de enkelte investeringsprojekter ikke kan ses adskilt fra den samlede sygehusplan. Tværtimod er det den samlede sygehusplans struktur og rationale, der bestemmer, om der ud af de samlede investeringer opnås en moderne, bæredygtig – og mere fremtidssikret – sygehusstruktur som tilsigtet.

For projekter, som ikke opfylder alle centrale forudsætninger på nuværende tidspunkt, men som alligevel ud fra en samlet vurdering indstilles prioriteret, *jf. kapitel 5 og 6*, foreslår panelet, at de uafklarede eller problematiske forhold angives som forudsætninger for realisering forud for et senere, endeligt tilsagn.

4.1.1 Vurderingskriterier for sygehusplanerne

Ekspertpanelet har vurderet regionernes sygehusplaner ud fra følgende kriterier:

- Samling af funktioner og specialer på færre enheder
- Efterlevelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet
- Den præhospitale indsats
- Sammenhæng til andre regioner

Samling af funktioner og specialer på færre enheder

Kriterierne under dette princip vedrører øget kvalitet, herunder faglig bæredygtighed gennem specialeplanlægningen, samt kravene til bl.a. befolkningsunderlaget for fælles akutmodtagelser. Principperne om bedre ressourceanvendelse og kapacitetsudnyttelse fordrer også sammenlægning på færre enheder med sigte på en samlet set bedre driftsøkonomi.

Der er ved vurderingen særligt lagt vægt på:

- Efterleves Sundhedsstyrelsens anbefalinger til specialeplanlægningen, så behandlingen samles på færre enheder.
- Sikres samlet set bæredygtige enheder med stærke specialiserede faglige miljøer og tilstrækkeligt behandlingsvolumen for personalet, der sikrer rutine og et solidt rekrutteringsgrundlag.
- I hvilket omfang sker der en reel sammenlægning af matrikler, herunder med fokus på bedst mulig ressourceanvendelse.

Vurderingsprincipperne fastlægger også, at specialeplanlægningen skal forbedre patientsikkerhed og patientforhold i øvrigt. Disse forhold kan først vurderes konkret i forbindelse med den endelige tilsagnsfase på baggrund af detaljerede projektbeskrivelser fra regionen. Panelet vil her lægge vægt på, hvordan sygehusplanen og de enkelte større konkrete anlægsprojekter kan medvirke til at øge patientsikkerheden, f.eks. via standardisering, støjreduktion og forbedret hygiejne. Spørgsmålet om enestuer vil også kunne vurderes mere detaljeret med udgangspunkt i målsætningen om, at alle patienter, som det er relevant for, kan få enestue, hvis de ønsker det. Panelet har her foreløbigt konstateret, *jf. afsnit 4.2*, at regionerne prioriterer enestuer i forbindelse med nybyggeri, herunder nybyggeri som en del af et samlet ny- og ombygningsprojekt. I forbindelse med ombygning er hovedtilgangen, at sengestuefordelingen ændres i retning af flere enestuer, idet omfanget af ændringerne afpasses i forhold til mulighederne i den eksisterende fysiske indretning.

Efterlevelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet

Princippet om højere kvalitet gennem samling af funktioner på færre enheder gør sig som nævnt ovenfor også gældende på det akutte område. Det er her vigtigt, at akut syge modtages på et hospital, der besidder den nødvendige ekspertise i første omgang, så patienten ikke skal transporteres videre med yderligere forsinkelse til følge.

Principperne i økonomaftalen fastlægger, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet skal følges, og at dens vejledning bør efterleves, herunder at befolkningsunderlaget for fælles akutmodtagelser udgør 200.000-400.000 indbyggere, idet det bør overvejes at udnytte muligheder for stordriftsfordele i tætbefolkede områder, mens der er områder i alle regioner, hvor geografiske eller andre forhold nødvendiggør lokale løsninger.

Der er ved vurderingen særligt lagt vægt på:

- Efterleves Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende befolkningsunderlaget for en fælles akutmodtagelse på 200.000-400.000 indbyggere.
- Er der de forudsatte specialer og faciliteter på matriklen.
- Sker modtagelse på en fælles akutmodtagelse efter lægelig visitation eller via 112 opkald, *jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger*.
- Sikres der en klar rollefordeling i regionens samlede akutberedskab på sygehusene, så der er sikkerhed for, at akutte patienter håndteres via den fælles akutmodtagelse, mens skadekliniker mv. alene varetager mindre ukomplicerede tilstande og skader. Ellers er der risiko for manglende kvalitet i behandlingen, udtynding af volumen for de fælles akutmodtagelser samt uhensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne.

Den præhospitale indsats

Samling af de akutte funktioner på færre enheder medfører, at dele af befolkningen vil få længere til det nærmeste hospital, når de bliver akut syge eller kommer til skade. Det fremgår af principperne, at der skal foreligge konkrete planer for, hvordan den præhospitale indsats udvikles i takt med samlingen af akutsygehuse, så relevant og kvalificeret behandling kan påbegyndes hurtigst muligt. Den præhospitale indsats udbygges i disse år, bl.a. på grundlag af Sundhedsstyrelsens rapport fra juni 2007 "Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen".

Panelet har konstateret, at det i regeringsgrundlaget fra november 2007 indgår, at hjælpen under normale omstændigheder kan være fremme inden 15 minutter fra alarmcentralen modtager et opkald, og at dette indgår i et udvalgsarbejde, der skal af rapportere i efteråret 2009.

Panelet er også opmærksom på den politiske aftale fra 2006 om specialeplanlægningen, hvori det understreges, at det er vigtigt, at der i alle egne af landet skabes tryghed for, at befolkningen hurtigt kan komme i relevant behandling, samt at det er vigtigt, at borgerne som udgangspunkt skal føle tryghed ved at have adgang til relevant sundhedsfaglig bistand i nærområdet, indbefattet øerne og yderområderne. Dette skal ske ved en fleksibel opgavedeling, forbedret tilgængelighed og service og ved inddragelse af almen praktiserende læger, privatpraktiserende speciallæger, sundhedscentre og skadepoliklinikker med uddannet personale.

Da regionerne aktuelt er i gang med udbud af ambulancekørslen og den liggende patientbefordring, er regionerne på nuværende tidspunkt ikke i stand til at give meget detaljerede beskrivelser af den fremtidige organisering af det præhospitale område, hvorfor panelet ikke endeligt kan vurdere planernes indhold. Panelet indstiller derfor, at det i forbindelse med det endelige tilsagn forudsættes, at der foreligger detaljerede planer for den præhospitale udbygning. Panelet vil i den senere vurdering af de konkrete projekter inddrage samarbejdet mellem regionerne på området samt brugen af telemedicinske løsninger.

Sammenhæng til andre regioner

I de aftalte principper understreges det, at der i de enkelte regioners planlægning skal tages højde for de øvrige regioners planer med hensyn til specialefordeling, eksisterende faciliteter, personalemæssige ressourcer, forløb for strukturændringer og den demografiske udvikling. I panelets øjne er det centralt, at der sikres en struktur, som nationalt er bæredygtig, og at regionsgrænserne ikke hindrer en optimal sygehusstruktur.

Der er ved vurderingen særligt lagt vægt på:

- Er sygehusplanen koordineret med de øvrige regioner, så der opnås et hensigtsmæssigt resultat set fra et nationalt perspektiv i forhold til såvel specialedekningen som akutstrukturen.
- Er der i forbindelse med potentielle patientstrømme over regionsgrænserne indgået klare samarbejdsaftaler mellem regionerne, så den samlede dækning bliver optimal.
- Er der enighed om forudsætningerne med hensyn til egenbehandlingsgrader.

4.1.2 Vurderingskriterier for de enkelte investeringsprojekter

Planvurderingen og ekspertpanelets samlede overvejelser om en fremtidig sygehusstruktur har en væsentlig betydning i forhold til den konkrete projektvurdering – bl.a. fordi nogle projekter vurderes helt centrale i en ny struktur, mens der kan være usikkerhed om andre projekters rolle. For de konkrete projekter kan vurderingen i øvrigt opsummeres i nedenstående punkter:

- Projektets rolle i en ny sygehusstruktur, såvel regionalt som for landet som helhed
- Mulige alternativer
- Behovsfremskrivning, kapacitetsudnyttelse, arealbehov og økonomi

- Produktivitets- og driftsforbedringer

Projektets rolle i en ny sygehusstruktur – såvel regionalt som for landet som helhed

Panelet vurderer her, om projektet har en væsentlig rolle i forhold til den samlede sygehusplan, om projektet står alene eller forudsætter andre projekter realiseret først – eller om projektet omvendt er omdrejningspunkt i forhold til en realisering af en række andre elementer i den samlede sygehusplan.

Panelet vurderer ligeledes, om projektet har en rolle i forhold til at underbygge en faglig bæredygtig struktur. Kriteriet har tæt sammenhæng med kriteriet om sammenlægning af enheder og specialer, *jf. planvurderingen*. Panelet har lagt vægt på, om projektet underbygger en øget faglig bæredygtighed og fremtidssikring mv. i regionen (og landet), eller om det omvendt indebærer risiko for en modvirkning af en sådan bæredygtighed.

Mulige alternativer

En generel problemstilling i forhold til en vurdering af investeringsprojekter er sammenligning i forhold til mulige alternativer. F.eks. om det fremlagte projekt – givet en præmis om samling af nogle bestemte enheder – er den bedste løsning ud fra en samlet faglig og økonomisk afvejning, eller om der er alternativer, der samlet set kan realisere det samme mål med en mindre ressourceindsats. Denne problemstilling er bl.a. relevant i forbindelse med vurderingen af, om en givet samling eller udbygning bedst løses gennem nybyggeri på et nyt sted og helt fra bunden (barmarksprojekt), eller om det samlet set er bedre at udbygge og nybygge i tilknytning til et eksisterende sygehus og derigennem også genanvende de gode dele af det eksisterende byggeri.

Panelet har i sin vurdering af relevante projekter bl.a. set på, om der er særlige forhold ved den nuværende lokalitet, der umuliggør eller taler imod en udbygning – særligt pladsproblemer og/eller væsentlige trafikproblemer. Endvidere har panelet overvejet gevinster og udgifter i alternativerne.

Der vil ved tilbygning kunne være visse driftstab i byggeperioden, som undgås ved barmarksprojektet, hvor man kan fortsætte med fuld aktivitet på det eksisterende, indtil det nye ibrugtages. Omvendt vil man ved tilbygning hurtigere kunne realisere gevinsterne gennem gradvis ibrugtagning. Man vil ved tilbygning kunne undgå driftstab i en opstartsperiode, hvilket kan være en risiko ved barmarksprojekter.

På udgiftssiden vil forskellen mellem barmark og tilbygning ikke mindst afhænge af hvor meget af det eksisterende, der kan genbruges, og om dette kan indgå i en moderne logistik og fremtids-sikret struktur. Udgifterne til apparatur og inventar vil også være forskellige, bl.a. fordi der ved et barmarksprojekt i højere grad skal ske en fuldstændig bestykning. Der skal også inddrages evt. nødvendige udgifter vedrørende det eksisterende byggeri, indtil det nye er klart til ibrugtagning. Endelig kan der være et salgsprovenu ved afhændelse af den eksisterende matrikel.

Behovsrekrivning, kapacitetsudnyttelse, arealbehov og økonomi

Princippet fastlægger bl.a., at der skal ske en forbedret kapacitetsudnyttelse, herunder bedre udnyttelse af sengekapalet og nedbringelse af liggetider som følge af bl.a. mulighed for øget ambulansbehandling.

Panelet vurderer, at de grundlæggende antagelser om udviklingen i behandlingsbehov, sammenholdt med antagelser om kapacitetsudnyttelsen og arealforbrug mv. er helt centrale ved planlægningen af en ny sygehusstruktur.

Panelet har derfor foretaget en nærmere vurdering af regionernes forudsætninger vedrørende dimensionering, kapacitetsudnyttelse og økonomi, *jf. afsnit 4.2*. På den baggrund er det panelets

vurdering, at man kan anlægge en mere restriktiv tilgang til såvel dimensioneringen som forudsætninger om kapacitets- og arealudnyttelse. Panelet har derfor ud fra generelle principper fastsat en tilpasset økonomisk ramme for de investeringsprojekter, som panelet finder kunne prioriteres, *jf. kapitel 5 og 6*. Tilpasningen afspejler ikke mindst to centrale præmisser for panelets vurderinger: Dels tilsiger usikkerheden om det fremtidige behov tilbageholdenhed med dimensioneringen og sætter fokus på fleksibelt byggeri. Dels må de nye investeringer forudsættes at sikre en mere effektiv og hensigtsmæssig opgaveløsning. En bedre kapacitetsudnyttelse mv. er snævert knyttet til princippet om en mere rational drift og sigtet om at få mest for pengene.

Tilpasningen afspejler derfor såvel et krav om en styrket kapacitetsudnyttelse og arealeffektivitet, som den usikkerhed der er knyttet til behovsfremskrivninger på sygehusområdet. Herudover er der søgt taget højde for, at nogle regioner skiller sig ud i forhold til antagelser om det fremtidige behov og arealstandarder mv.

Der er ikke med den fremkomne økonomiske ramme og forudsætningerne bag tilsigtet en detaljstyring af regionernes projekter. De forudsætninger om behovsfremskrivning og kapacitetsudnyttelse mv., som ligger til grund for panelets tilpasning, er således ikke hver for sig bindende for projektets realisering. Regionen kan inden for investeringsrammen i den konkrete projekteringsfase for det konkrete projekt fastlægge de løsninger, der er hensigtsmæssige lokalt – under iagttagelse af de generelle principper om bl.a. bedre kapacitetsudnyttelse, så længe det sker inden for den angivne budgetramme.

Panelet har ikke i vurderingen af arealbehovet forudsat nogen ændringer i forhold til den private sektors aktuelle dækning af sygehusydelse. Det er ikke en del af panelets kommissorium. Panelet har i øvrigt ikke grundlag for at vurdere denne udvikling. I det omfang sektorens relative betydning vokser, vil dimensioneringen af de offentlige tilbud kunne reduceres tilsvarende.

Produktivitets- og driftsforbedringer

Regionerne skal i henhold til principperne opstille overordnede mål i forhold til produktivitetsforbedringer og driftsøkonomiske gevinster, herunder forbedret kapacitetsanvendelse via effektiv brug af økonomiske og knappe personalemæssige ressourcer. I planerne skal også konkret indgå forbedrede interne arbejdsgange, herunder effektive arbejdsrutiner og øget opgaveglidning, sammenhæng i opgavevaretagelsen, mere hensigtsmæssig anvendelse af fysiske rammer, rationel tilrettelæggelse af patientforløb, personalemæssige arbejdsbetingelser samt optimal organisering af vagtberedskab.

Panelet finder generelt, at investeringerne skal resultere i mere effektive løsninger i arealudnyttelsen og muliggøre en mere effektiv opgaveløsning og ressourceanvendelse via bedre logistik, ny teknologi og høj standard.

Med tilpasningen i dimensioneringen, *jf. afsnit 4.2*, tages der højde for kravet om effektive løsninger på anlægssiden. På driftssiden må der tilsvarende forudsættes relativt store gevinster via de nye investeringer. Det er imidlertid vanskeligt på det foreliggende grundlag at udlede det præcise effektiviseringspotentiale som følge af de nye investeringer. Panelet har i den forbindelse noteret, at regionerne har indmeldt meget få og lave bud på, hvilke driftsgevinster der kan forventes realiseret i en ny struktur.

Panelet har derfor i sin vurdering lagt vægt på, om der er potentiale for væsentlige effektiviseringer på driftssiden i de foreslåede projekter, som bl.a. afspejler omfanget af sammenlægningen og grundlaget for opnåelsen af en væsentligt forbedret logistik.

I den konkrete tilsagnsfase vil der så skulle fastsættes et konkret mål for rationaliseringsgevinsten. Et på forhånd fastlagt mål for rationaliseringsgevinsten vurderes i sig selv som en væsent-

lig forudsætning for, at potentialet realiseres. Panelet vil her inddrage bl.a. rationelle patientforløb, reduktion af vagtlag, anvendelse af telemedicinske løsninger og arbejdskraftbesparende teknologi. Der vil endvidere skulle lægges vægt på fleksibilitet i bygningsmassen (mulighed for senere udvidelse eller indskrænkning uden, at det gør hospitalets daglige drift mindre effektiv), lave omstillingsomkostninger (undgå tab af produktivitet i længere perioder på sygehuse og afdelinger, der skal ombygges) samt standardisering, dvs. at operations- og sengestuer samt apparaturindkøb så vidt muligt standardiseres. Det reducerer også risikoen for fejl.

Rationaliseringsgevinsten tilknyttes det konkrete investeringsprojekt med effekt fra ibrugtagelsen af det nye eller moderniserede byggeri. Heri ligger også, at driftsbesparelsen ligger ud over de almindelige, løbende produktivitetsforbedringer i sygehusvæsenet.

4.2 Ekspertpanelets dimensioneringsovervejelser

Ved planlægningen af en ny sygehusstruktur, der skal række langt frem i tiden, og hvor de største anlægsprojekter først vil stå færdige om 10-15 år, er de grundlæggende antagelser om udviklingen i behandlingsbehov, kapacitetsudnyttelse og arealstandarder helt centrale.

Grundlæggende er dimensioneringen (nettoarealet) af det fremtidige sygehusareal en funktion af tre parametre: *Behandlingsbehovet* (herunder undersøgelse, behandling, genoptræning mv.) udtrykker, hvor mange operationer, indlæggelser, ambulante forløb osv. der skal håndteres på sygehusene i fremtiden. *Kapacitetsudnyttelsen* omfatter driftstid per dag for f.eks. operationsrummene og ambulatorier samt sengeudnyttelse. Via kapacitetsudnyttelsen sammenholdt med behandlingsbehovet fås det nødvendige antal rum/lokaler og fordelingen heraf. *Arealstandarderne* fastlægger så efterfølgende via f.eks. krav til en sengestues og et operationsrums størrelse, hvor mange kvadratmeter der er behov for at bygge for at rumme det nødvendige antal operationsrum mv. Korrigeret med en brutto-/nettofaktor (der øger de beregnede nettoarealer med gangarealer, teknikrum, tekniske funktioner m.m. til opgørelsen af bruttoarealet) og ganget med en pris per m² fås en samlet anskaffelsessum.

Opgørelse af investeringsbehov, stiliseret model

- Hvad er behandlingsbehovet (patienter, operationer, ambulante forløb osv.)?
- Hvad er kapacitetsudnyttelsen (åbningstider, operationer og scanninger pr dag osv.)?
- Hvor mange og hvilke rum/lokaler er der behov for?
- Hvad er arealstandarderne (hvor meget areal skal en sengestue, operationsrum mv. have)?
= Nettoarealbehov
* Brutto-/nettofaktoren (inkluderer gangarealer og teknikrum mv.)
= Bruttoarealbehov
* Pris per m ²
= Anskaffelsessum/investering

I det følgende gennemgås og vurderes regionernes forudsætninger og antagelser vedrørende behovsfremskrivninger, kapacitetsudnyttelse, arealstandarder, brutto-/nettofaktor samt opførelsespriser. Danske Regioner har fået udarbejdet en rapport med forslag til fælles forudsætninger til fremskrivningsmodellerne (maj 2008)² samt en rapport med forslag til standardniveauet for arealstandarder (september 2008)³, som inddrages i panelets vurderinger, hvor det er relevant.

På baggrund af gennemgangen nedenfor er det panelets vurdering, trods et grundigt arbejde fra regionerne, at man bør anlægge en mere restriktiv tilgang til såvel dimensioneringen som forudsætninger om kapacitets- og arealudnyttelse. Panelet har derfor ud fra generelle principper fast-

² "Rapport med forslag til fælles forudsætninger i Regionernes fremskrivningsmodeller for sygehusprojekter", som er udarbejdet for Danske Regioner af en arbejdsgruppe bestående af rådgivere for regionerne.

³ Analyse af "standardniveauet" for fælles regionale arealstandarder for sygehusbyggeri er udarbejdet af Arkitektfirmaet C.F. Møller.

sat en tilpasset økonomisk ramme for de investeringsprojekter, som panelet finder kunne prioriteres, jf. kapitel 5 og 6.

Panelet har som grundlag for sine vurderinger og tilgang arbejdet ud fra to centrale præmisser: Dels tilsiger den betydelige usikkerhed ved det fremtidige behov tilbageholdenhed med dimensioneringen og i stedet fokus på fleksibelt byggeri. Dels må de nye investeringer forudsættes at sikre en mere effektiv og hensigtsmæssig opgaveløsning.

Usikkerheden om det fremtidige behandlingsbehov og -teknologi tilsiger forsigtighed ved dimensioneringen. Der bør sættes på fleksibelt byggeri.

Den betydelige usikkerhed, der knytter sig til udviklingen i behandlingsbehovet om 15-20 år, tilsiger, at der ved planlægningen udvises stor forsigtighed i forhold til dimensioneringen. Det er meget vanskeligt præcist at forudsige udviklingen – som vil påvirkes af bl.a. sygdomsudvikling, udviklingen i behandlingsformer, den teknologiske udvikling osv. Som led i denne udvikling kan også tænkes et skift fra offentlige sygehuse til andre aktører, f.eks. praksissektoren og kommunerne samt øget anvendelse af hjemmebehandling og kapaciteten i den private sektor.

Det, der planlægges nu, står først klar til brug om måske 10 år, hvor behovene kan have ændret sig markant. Det er derfor centralt at undgå at overdimensionere byggeriet eller at bygge for ”låst” i forhold til funktioner, da det fordyrer både anlægs- og driftssiden. I stedet bør der lægges vægt på en fleksibel struktur/byggeri, så ændringer i behov kan imødekommes. Man taler i den forbindelse om *fleksibilitet* (mulighed for ændring i bygningsindretning, vægge mv.), *generalitet* (brede anvendelsesmuligheder) og *elasticitet* (muligheden for udbygning eller omvendt bygningsformindskelse). Der må for det enkelte projekt vælges en konkret strategi for sikringen af fleksibilitet i byggeriet.

Nye investeringer skal sikre fysiske rammer, der understøtter en mere effektiv og hensigtsmæssig opgaveløsning og ressourceanvendelse.

Nye investeringer skal resultere i mere effektive løsninger i arealudnyttelsen og muliggøre en mere effektiv opgaveløsning og ressourceanvendelse via bedre logistik, ny teknologi, nye arbejdsgange og høj standard. Det er et af de centrale principper i forbindelse med de nye sygehusinvesteringer. Der må om 10-20 år forudsættes bedre og mere effektive løsninger end dagens standarder. Det gælder bl.a. en løbende forbedring i kapacitetsudnyttelsen som følge af den bedre planlægning og logistik, som nye eller moderniserede bygninger muliggør, og som følge af ny teknologi/apparatur mv., og det gælder også mere arealeffektive løsninger.

En bedre kapacitetsudnyttelse mv. er snævert knyttet til princippet om en mere rational drift og sigtet om at få mest for pengene. En del af kravet skal så at sige afspejles på anlægssiden (hvilket også har afledte driftsmæssige konsekvenser på sigt).

Tilpasningen afspejler derfor såvel et krav om en styrket kapacitetsudnyttelse og arealeffektivitet, som den usikkerhed, der er knyttet til behovsfremskrivninger på sygehusområdet. Herudover er der søgt taget højde for, at nogle regioner skiller sig ud i forhold til antagelser om det fremtidige behov, arealstandarder og økonomiforudsætninger mv.

Boks 4.1: Tilpasning af økonomisk ramme for prioriterede projekter

De samlede tilpasninger i den økonomiske ramme for de projekter, som panelet finder, man på nuværende tidspunkt kunne prioritere, varierer fra 11 til 33 pct. i forhold til de opgørelser, som regionerne har foretaget. Tilpasningen er sammensat af en tilpasning (reduktion) i projekternes dimensionering og anvendelsen af ensartede forudsætninger for økonomien på tværs af regionerne.

Tilpasningen i dimensioneringen varierer fra 20 til ca. 30 pct., hvor de 20 pct. udtrykker en generel tilpasning for alle projekternes nybyggeriareal baseret på:

- Usikkerheden i forhold til det fremtidige behov, der efter panelets vurdering gør, at der bør udvises

tilbageholdenhed i dimensioneringen – og så i stedet bygge fleksibelt, så projektet kan tilpasses senere hen.

- Grundlaget for en væsentlig bedre kapacitetsudnyttelse end forudsat. Panelets opgørelser viser, at selv en mindre forbedring i den daglige driftstid (fra 6 timer 220 dage om året til 7 timer 245 dage om året) isoleret set kan skære 8 pct. af arealerne.

Herudover er der foretaget en regionsbaseret tilpasning i projekterne, baseret på forskelle i de anvendte normer og forudsætninger i regionerne. Denne tilpasning varierer fra 3 til 12 pct., afhængigt af regionernes antagelser. Op til omkring 6 pct. vedrører tekniske forhold som en høj brutto-/nettofaktor i forhold til andre regioner eller en højere arealnorm for sengestuer. De resterende op til 6 pct. afspejler en tilpasning for de regioner, som har afvigende forudsætninger for den fremtidige udvikling i behovet. Sidstnævnte tilpasning er foretaget med forsigtighed, således at der kun er reguleret i forhold til det gennemsnitlige areal for sengestuer og ambulante arealer, og dermed ikke i forhold til det samlede areal.

Den tilpassede dimensionering ganges op med de fastlagte generelle økonomiforudsætninger for pris per m². Der differentieres mellem universitetssygehuse og øvrige til- og nybyggerier. Følgeudgifter er ikke medtaget. Ombygningsudgifter er reduceret med 20 pct.

Panelet vil gerne gentage, at der ikke med den fremkomne økonomiske ramme og forudsætningerne bag er tilsigtet en detaljstyring af regionernes projekter, *jf. afsnit 4.1*. De forudsætninger om behovsrekrivning, dimensionering og kapacitetsudnyttelse mv., som ligger til grund for panelets tilpasning, er således ikke hver for sig bindende for projektets realisering. Inden for den konkrete investeringsmæssige tilsagnsramme kan regionen i projekteringsfasen dermed fastlægge de løsninger for det konkrete projekt, der er hensigtsmæssige lokalt – under iagttagelse af de generelle principper om bl.a. bedre kapacitetsudnyttelse, så længe det sker inden for den angivne budgetramme.

4.2.1 Fremskrivning

Fremskrivningen af behandlingsbehovet er afgørende for den fremtidige kapacitet i sygehusvæsenet. Det er en vanskelig og usikker proces, fordi udviklingen bestemmes af en lang række faktorer, og fordi ikke mindst sundhedsområdet præges af vedvarende nyudvikling i behandlingsmuligheder for konkrete sygdomme, som kan give anledning til såvel mindre (hyppigst) som større behandlingsbehov.

I princippet er der tre effekter:

- En mekanisk demografisk fremskrivning.
- En fremskrivning af sygeligheden, som generelt antages at falde for givne aldersgrupper ved stigende gennemsnitlig levealder. En betydelig del af behandlingsbehovet ligger i den allersidste del af den enkeltes liv.
- Den medicinsk/teknologiske/samfundsmæssige udvikling, bl.a. overgangen til ambulante behandling, ny medicin eller nye behandlingsformer.

Regionernes tilgang

I rapporten vedrørende fælles forudsætninger i regionernes fremskrivningsmodeller for sygehusprojekter, der er udarbejdet for Danske Regioner, anbefales en model med følgende trin (overordnet):

- Demografisk fremskrivning (med uændret sygelighed) kvalificeres på baggrund af en lineær fremskrivning af den historiske udvikling mht. omlægnings- og effektiviseringer (liggetid, udskrivninger, ambulante besøg) de seneste 10 år.
- Regionerne kan herudover korrigere bl.a. sengedagsbehovet på baggrund af deres egen vurdering af bl.a. omlægningen til ambulante (større/mindre end historisk), patienthotel, etablering af akutcenter med senge – samt regionens vurdering af den fremtidige realvækst og effektiviseringsmuligheder.

- På det ambulante område foreslås, at forudsætningen ikke sættes for lavt. Konkret anbefales en kapacitet, der kan imødekomme en aktivitetsstigning i størrelsesordenen 75-100 pct. i et 15-20 årigt perspektiv.

Regionerne har alle i et eller andet omfang taget afsæt i rapportens forudsætninger, men med meget forskelligt resultat, *jf. tabel 4.1*. Tabellen viser den udvikling, der ville blive resultatet, hvis regionerne realiserer deres forudsatte dimensioneringsplaner.

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
Nettosygehusareal	1,6	3,1	6,7	13,6	11,5
Ambulante behandlinger	50,7	70,8	84,8	44,0	93,3
Sengedage	-26,0	-4,4	-2,6	8,4	-21,6
Senge, somatik	-12,0	0,7	-7,4	14,9	-21,3
Senge, psykiatri	-10,5	-5,7	4,1	9,3	-6,6

Kilde: Regionale indberetninger august 2008. For Region Hovedstaden er ambulante behandlinger, indlæggelser og sengedage alene for somatik. Areal for Region Sjælland er baseret på BBR, med regionalt skøn vedr. 2020.

På det ambulante område er forudsat vækstrater spændende fra 44 til 93 pct. frem til 2020, og antal sengedage varierer mellem en stigning på godt 8 pct. og fald i de øvrige regioner på fra 3 til 26 pct. Tilsvarende øges antal senge i en enkelt region, mens det er stort set neutralt i en anden region, og forudsat faldende fra 7 til 21 pct. i de øvrige regioner. Samlet for hele landet vil der efter disse dimensioneringsovervejelser ske en arealvækst (somatik og psykiatri) på omkring 400.000 m² eller godt 8 pct.

Befolkningsudviklingen er ikke identisk i regionerne, hvor antallet af over 65-årige forventes at stige med 46 pct. i Region Sjælland, 38-40 pct. i Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark og 26 pct. i Region Hovedstaden. Regionerne har heller ikke helt samme udgangspunkt, *jf. tabel 4.2*. Disse forhold kan medvirke til at forklare forskelle på tværs af regionerne på de udvalgte parametre.

	Region Nordjylland		Region Midtjylland		Region Syddanmark		Region Sjælland		Region Hovedstaden		Hele landet	
	2007	2020	2007	2020	2007	2020	2007	2020	2007	2020	2007	2020
<i>Antal per 1.000 indb.¹⁾:</i>												
Areal m ²	772	758	953	950	816	842	860	944	982	1059	899	952
Ambulante beh.	916	1335	1117	1844	1311	2344	953	1327	1383	2585	1196	2050
Sengedage	1056	756	1000	925	974	917	955	1001	980	744	987	860
Senge, somatik	2,8	2,4	3,0	3,0	2,7	2,4	2,5	2,8	3,2	2,5	2,9	2,5
Senge, psykiatri	0,48	0,42	0,47	0,43	0,50	0,50	0,46	0,49	0,90	0,81	0,61	0,57

¹⁾ Korrigeret indbyggertal efter bloktilskudsnøglen.

Kilde: Regionale indberetninger august 2008. Angiver somatik og psykiatri under et undtaget hvor angivet (antal senge). For Region Hovedstaden er ambulante, indlæggelser og sengedage alene for somatik.

Men disse faktorer kan ikke alene forklare regionernes forskellige behovsfremskrivninger. Den meget markante ambulante vækstforudsætning i Region Syddanmark og Region Hovedstaden øger kun forskellen til de øvrige regioner (niveauforskellene er i øvrigt påvirket af psykiatrien, der indgår i tallene). Og Region Sjællands markante vækst i antal senge bringer dem fra et relativt lavt niveau op på en klar førsteplads målt i antal senge per 1.000 indbyggere. Det relativt lave niveau for nuværende antal senge i Region Sjælland skal samtidig ses i lyset af en egenproduktionsandel på 82 pct. for sengedage – hvilket reelt gør, at Region Hovedstadens relative sengetal alt andet lige kunne begrundes højere, mens Region Sjællands tal også fremadrettet burde ligge relativt lavt.

En hovedforklaring synes at være, at hvor bl.a. Region Hovedstaden har taget udgangspunkt i en demografisk fremskrivning med tillæg af en lineær fremskrivning af antal sengedage på -2,5 pct. årligt og en vækst i ambulante behandling på 5 pct. årligt, har f.eks. Region Sjælland tillagt en ekstra realvækst baseret på folkesundhedsrapporten 2007, der indeholder en fremskrivning af hyppigheder for enkelt diagnoser. Arealtilvæksten for særligt Region Sjælland og Region Hovedstaden må herudover muligvis tilskrives, at regionerne stort set ikke nedlægger sygehusarealer. Region Sjælland forudsætter endvidere hjemtagning af patienter svarende til 60 senge.

Ekspertpanelets vurdering

Regionerne har ikke et identisk udgangspunkt i forhold til de centrale parametre, og befolkningsudviklingen forventes heller ikke identisk regionerne imellem, men det ændrer ikke ved, at der tilsyneladende er en uensartet tilgang i forhold til den fremtidige udvikling i regionerne. Da behandlingsbehovet er en afgørende parameter i forhold til indretningen af en fremtidssikret sygehusstruktur, har panelet overvejet spørgsmålet om behovet på sigt nærmere.

Udviklingen gennem de seneste godt og vel 25 år er gået i retning af flere ambulante besøg. Dette er modsvaret af en tilsvarende reduktion af sengedage. Det samlede antal besøg og sengedage er således stort set ikke ændret i denne periode. I 1980 var der knap 11,8 mio. sengedage og ambulante besøg. I 2007 udgjorde antallet 12,1 mio. kontakter, svarende til en vækst på under 0,1 pct. p.a.

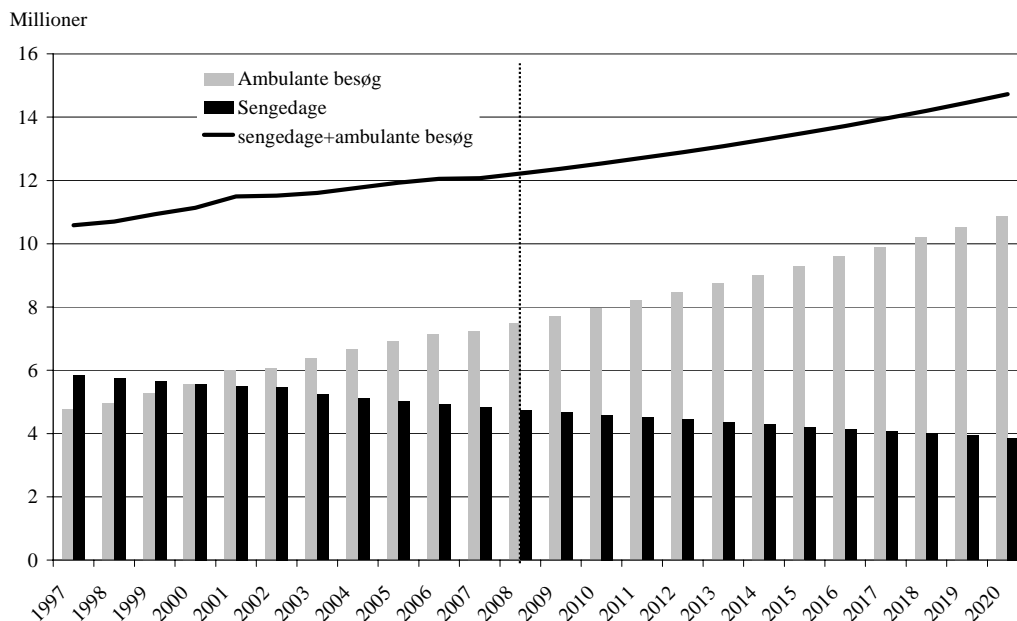
Denne udvikling med flere ambulante besøg og omvendt færre sengedage forventes at fortsætte i de kommende år.

Hvis der fremover forudsættes en vækst i det samlede antal kontakter (sengedage og ambulante besøg) på 0,8 pct. årligt som for perioden 1997 til 2007, og der er et fald i det aldersspecifikke sengedagsforbrug på -2,5 pct., vil de ambulante besøg i 2020 være øget med ca. 50 pct., mens antal sengedage falder med ca. 15 pct.

Samlet vurderer panelet, at et pejlemærke på det foreliggende grundlag kan være en antagelse om en vækst i ambulante behandlinger frem til 2020 på omkring 50 pct., og et modsvarende fald i antal senge i størrelsesordenen 20 pct. For sengedagsudviklingen vil det svare til et fald på 1,7 pct. årligt, hvilket skal ses i sammenhæng med et aktuelt fald de seneste år på omkring 3-3,5 pct. årligt. Et sådant aftagende fald i antal senge, samtidigt med en fortsat vækst i antallet af ambulante besøg, kan understøttes af en såvel stigende som aldrende befolkning.

I figur 4.1 er de forudsatte skøn vedrørende udviklingen i sengedage og ambulante besøg indarbejdet. Antagelsen om et fald i antallet af sengedag på 20 pct. er konsistent med en fortsat stigning i antallet af indlæggelser/udskrivninger forudsat et samtidigt fald i liggetiden, svarende til den hidtidige udvikling. Siden 1997 er antallet af udskrivninger årligt steget med 1,5 pct., og samtidigt er den gennemsnitlige liggetid faldet fra 5,9 dage til 4,2 i 2007, svarende til et årligt fald på 3,3 pct.

Figur 4.1 Antal sengedage og ambulante besøg fra 1997 til 2007, inkl. skøn for udviklingen 2008-2020



Kilde: 1997-2007 Sundhedssektoren i Tal, diverse årgange, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, egne skøn for perioden 2007-2020. Såvel skadestuebesøg som deldøgnskontakter er opgjort som ambulante besøg.

Samlet er det panelets vurdering, at den generelle usikkerhed, der er knyttet til behovsfremskrivinger, og et samtidigt forsigtighedsprincip tilsiger en generel reduktion i regionernes dimensionering. Panelet er herunder tvivlende overfor, om der er grundlag for forøgelser af det samlede sygehusareal. Det ambulante behov vil muligvis vokse mere end faldet i sengedage – men vil alt andet lige være mindre arealkrævende per kontakt. Omlægningen fra flersengsstuer til en øget andel 1-sengsstuer forudsættes i den forbindelse kun at have relativt begrænset betydning arealmæssigt, når der indtænkes innovative løsninger og samtænkes med øvrige patientarealer. Den nye akutstruktur og det sammenhængende styrkede præhospitale beredskab samt indsatsen i primærsektoren vil også alt andet lige trække i retning af et mindre sygehusforbrug.

Det er endvidere panelets vurdering, at overvejelser i forhold til den fremtidige udvikling, sammenholdt med regionernes forskelligartede behovsfremskrivning, understøtter en differentieret tilpasning i regionernes dimensionering med udgangspunkt i en forventet stigning i antal ambulante behandlinger på omkring 50 pct. og en forventet sengereduktion på omkring 20 pct. i perioden fra 2007 til 2020.

4.2.2 Kapacitetsudnyttelse

Regionerne har lagt sig tæt op ad de forudsætninger, som er angivet i rapporten vedrørende forslag til fælles forudsætninger i regionernes fremskrivningsmodeller for sygehusprojekter udarbejdet for Danske Regioner (april, 2008). Det betyder en belægningsprocent for senge på 84-85 pct. Og en forudsætning om effektiv driftstid for operationsrum og apparatur mv. på 6 timer dagligt, 220 dage om året. Enkelte regioner har angivet forudsat tid per undersøgelse/behandling.

Kapacitetsudnyttelsen vedrører udnyttelsen af arealer, apparatur og arbejdskraft:

- Sengeudnyttelsen – dvs. hvor mange procent af den normerede sengekapacitet kan forudsættes at være i drift/benyttet hele tiden.
- Den effektive driftstid for behandlingsrum og apparatur – dvs. i hvor lang tid om dagen opereres der, eller er røntgenmaskinen i brug.

- Liggetid samt tid per undersøgelse – dvs. hvor mange minutter tager f.eks. en enkelt scanning.

Kapacitetsudnyttelsen er snævert knyttet til en effektiviseringsindsats. En bedre kapacitetsudnyttelse via f.eks. bedre logistik eller ny teknologi mv. er således væsentlig i forhold til at få mest ud af investeringerne.

Belægningsprocenter

Regionernes tilgang

Belægningsprocenten udtrykker andel benyttede senge i forhold til det normerede (dvs. budgetterede) antal senge. Regionerne har som dimensioneringsforudsætning alle en fremtidig belægningsprocent på 84-85 pct. baseret på rapporten fra Danske Regioner. Af rapporten fremgår det, at de 85 pct. også er brugt som planlægningsforudsætning i en række nyere norske sygehusprojekter (Nye Ahus, St. Olavs Hospital, udbygninger på Ullevål). Som driftsforudsætning for akutmodtagesenge foreslås der i rapporten en belægning på 70 pct.

I forhold til i dag er der for nogle regioner tale om et stort set uændret krav, mens der for to regioner tilsyneladende er tale om en sænkning af normen fra 89-90 pct., *jf. tabel 4.3*. Fordelt på de enkelte sygehuse har Region Nordjylland angivet et aktuelt spænd fra 72 til 101 pct., Region Midtjylland ligger fra 83 til 93 pct., Region Syddanmark fra 74 til 89 pct., Region Sjælland fra 85 til 95 pct., mens Region Hovedstaden har angivet en identisk dækningsprocent på 85 pct. for samtlige sygehuse.

Tabel 4.3 Belægningsprocenter i nuværende og ny struktur

	Nuværende struktur	Ny struktur
Region Nordjylland	84 (72-101)	85
Region Midtjylland	90 (83-93)	85
Region Syddanmark	83 (74-89)	84
Region Sjælland	89 (85-95)	84
Region Hovedstaden	85 (85)	85

Kilde: Regionale indberetninger august 2008.

De 85 pct. svarer til fuld belægning i 220 dage (årets 365 dage fraregnet weekender, skæve helledage og 5 ugers ferie) + belægning i 90 dage af de resterende 145 dage med tynd bemanning eller i alt 310 af 365 dage. Der er dermed indregnet et udtryk for, at afdelingerne i weekender og i forbindelse med ferieafvikling råder over færre end de fysisk tilstedeværende senge som følge af reduceret bemanning og færre planlagte behandlinger i weekenden.

For psykiatrien ligger såvel de aktuelle som forudsatte dækningsprocenter lidt højere, hvor det er oplyst – et fremadrettet niveau ligger på op mod 90 pct., som også er udspillet i rapporten fra Danske Regioner. Baggrunden er især længere liggetider.

Ekspertpanelets vurdering

Forudsætningen om en belægningsprocent på 85 pct. ligger kun svagt over det gældende niveau. Udgangspunktet må efter panelets opfattelse være, at nye/moderne fysiske rammer med bedre logistik indebærer forbedringer. Flere enestuer taler også for, at belægningsprocenten kan forbedres i forhold til det gældende niveau, f.eks. fordi man sjældnere vil have behov i perioder for

at måtte anvende flersengsstuer som enestuer og samtidig ikke skal tage hensyn til andre patienter i forbindelse med anvendelse af sengestuen.

Omvendt er panelet opmærksom på, at det for sygehuse med en stor akutandel kan være vanskeligt at komme meget over de 85 pct., uden at der vil være periodevis overbelægning.

Som målsætning i forhold til sygehuse med en stor andel akutbehandling vurderer panelet derfor, at et niveau omkring 85 pct. kan begrundes. I forhold til sygehusprojekter med en større andel af ikke-akut aktivitet må omvendt kunne forudsættes en højere belægningsprocent, idet der er bedre muligheder for at planlægge sig frem til en høj belægningsprocent. I særlig grad vil det være muligt med en højere belægningsprocent for rent elektive sygehuse, hvilket bør indgå i overvejelser herom.

Samlet vurderer panelet, at der generelt er grundlag for en bedre sengeudnyttelse i en ny og moderne struktur med moderniserede fysiske rammer med bl.a. bedre logistik og flere enestuer. For sygehuse/afdelinger med en stor akutandel vurderes det dog i praksis som vanskeligt at komme meget over de 85 pct. Omvendt må der kunne forudsættes en bedre sengeudnyttelse i projekter med en stor andel elektive senge.

Udnyttelsesgrader (ambulatorier, operationsstuer og apparatur mv.)

Regionernes tilgang

I Danske Regioners rapport vedrørende fælles forudsætninger i regionernes fremskrivningsmodeller for sygehusprojekter angives en norm på 220 dage per år, med 6 timers effektiv udnyttelse (= 1320 timer/år). De 220 dage er opgjort som 365 dage fraregnet weekender, skæve helligdage og 5 ugers ferie. De 6 timer er baseret på en arbejdstid på 8 timer som udnyttes 75 pct.

Denne norm danner grundlag for stort set al kapacitetsudnyttelse, særligt:

- ambulatoriekapacitet,
- operationsstuer inkl. dagkirurgi (baseret på 80 pct. af operationer i dagtid),
- apparatur.

Rapporten fastlægger dog, at det for det mest kostbare udstyr kan være relevant at overveje længere driftstid.

Regionerne har generelt lagt sig tæt op ad anbefalingerne i Danske Regioners rapport, *jf. tabel 4.4* nedenfor. Det gælder også i forhold til apparatur, hvor der dermed ikke i dimensioneringen er forudsat skærpede effektivitetskrav. Af materialet fra regionerne fremgår dog, at der i nogle regioner i praksis er forudsat skærpede krav. F.eks. angiver Region Sjælland, at nogle operationsrum og billediagnostiske rum vil være i drift året rundt, og at ambulatorier og undersøgelsesrum vil være i drift alle hverdage i året. Men dimensioneringen er uanset dette forudsat til 220 dage á 6 timer.

Tabel 4.4 Udnyttelsesgrader ved ny struktur					
	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
Udnyttelsesgrader, operationsrum	“Dels DR, delsen egen rapport”	220/6	220/6	220/6	220/6
Åbningstid i ambulatorier	220/6	220/6	220/6	220/6	220/6
Udnyttelsesgrad for undersøgelsesrum mv.	“Dels DR, delsen egen rapport”	220/6	220/6	220/6	220/6
Udnyttelsesgrad for apparatur	220/6	220/6	220/6	220/6	Ikke oplyst

Kilde: Regionale indberetninger august 2008.

De indleverede oplysninger er ikke fuldstændige eller systematiske, særligt i forhold til de gældende standarder. Region Syddanmark angiver f.eks. at der er ”stor variation mellem de forskellige sygehuse – dog er det ikke muligt at opgøre det specifikt”. Region Sjælland angiver specifikke gældende mål. Et kendetegn er, at en række af de nuværende standarder/normer tilsyneladende er strammere end de forudsætninger, der lægges til grund for den fremtidige dimensionering.

For apparatur er der også flere eksempler på, at kravene i dag er stærkere end den forudsætning for den fremtidige dimensionering, som opstilles af regionerne. F.eks. opererer Herning og Skejby med en forudsætning om 250 dage á 6-7 timer.

Oplysninger for nyere norske sygehuse viser også højere normer, med en norm på 230 dage á 8,45 – 240 dage á 10 timer for ambulatorier, 230 dage á 8-10 timer for operationsrum og 230-240 dage á 10 timer for røntgen.

Ekspertpanelets vurdering

De anvendte forudsætninger for dimensioneringen vurderes at være lavt sat, reelt under aktuelle standarder flere steder. I og med at dette tal fastlægges som gennemsnit, tages der ikke højde for, at der for en række enheder mv. må forudsættes en anden, mere intensiv udnyttelse. På de centrale enheder – og i øget omfang i takt med specialiseringen og samlingen af enheder – må en bedre udnyttelse af såvel arealer som udstyr være mulig.

I den forbindelse gælder særligt, at forudsætningen om en drift baseret på 6 timer om dagen i 220 dage synes problematisk. Det betyder, at apparatur og lokaler mv. principielt slet ikke benyttes i 145 dage i året. Hvis blot 1/6 af de 145 dage udnyttes (dvs. yderligere 25 dage), vil normen være 245 dage á 6 timer – en dimensioneringsforskel på 11 pct. Forudsætningen i forbindelse med belægningsprocenter er, jf. ovenfor, at de resterende 145 dage med tynd bemanning omsættes til 90 fulde hverdages udnyttelse.

En gennemsnitsforudsætning om drift i 220 dage á 6 timer synes i panelets øjne særligt at skulle revurderes for de nye akutsygehuse, som er forudsat døgnbemandede/-åbne.

Da arbejdskraften er en dyr produktionsfaktor, kan der muligvis af driftsøkonomiske årsager være områder, hvor det ikke kan svare sig med egentlige 2-holdsskift eller lignende, fordi merudnyttelsen af anlæg og apparatur, inklusiv driften heraf, ligger under merbetalingen ud over normal arbejdstid. Men alene bedre planlægning inden for en ”normalarbejdstid”, der i de fleste overenskomster ligger mellem 07:00 og 17:00, bør kunne medvirke til en forøgelse af den gen-

nemsnitlige effektive tid per dag til f.eks. 7 timer (gennem f.eks. lidt længere åbningstid kombineret med mindre spildtid).

Der vurderes isoleret set at være grundlag for en bedre kapacitetsudnyttelse end forudsat med normen 220 dage á 6 timer. Det understøtter under alle omstændigheder en generel tilpasning af projekternes dimensionering baseret på kravet om en styrket kapacitetsudnyttelse og arealeffektivitet. Et niveau omkring 245 dage á 7 timer vil f.eks. svare til en øget kapacitetsudnyttelse af behandlingsarealerne i forbindelse med dimensioneringen på ca. 30 pct. Opgjort i forhold til det samlede behandlingsareal som andel af de indsendte projekter på 27 pct. vil det isoleret set svare til en nedjustering af dimensioneringen på sygehusniveau på ca. 8 pct.

Effektivitet/ teknologiske fremskridt

Det er i en kapacitetsdiskussion også vigtigt at se på tid per undersøgelse, der er den anden hovedparameter i fastsættelsen af den samlede produktion per enhed ud over selve åbningstiden/driftstiden. I forhold til apparatur må særskilt forudsættes mere effektivt udstyr over de kommende 10-15 år, så den forudsatte kapacitet som grundlag for dimensionering og som grundlag for opgørelse af den nødvendige økonomiske ramme til apparatur strammes.

Det begrænsede grundlag indikerer et potentiale i forhold til en styrket kapacitetsudnyttelse også via skærpede krav til hurtigere behandlinger. Særskilt for apparatur må den teknologiske udvikling forudsættes at øge behandlingshastigheden. Øget effektivitet og specialisering samt videndeling/best practice vil herudover alt andet lige reducere tid per undersøgelse/operation. Det understøtter en generel tilpasning af projekternes dimensionering baseret på kravet om en styrket kapacitetsudnyttelse og arealeffektivitet.

Panelet vurderer samlet, at der er grundlag for styrkede krav til kapacitetsudnyttelsen. De anvendte dimensioneringsnormer i forhold til kapacitetsudnyttelse (220 dage á 6 timer) ligger reelt under aktuelle standarder på flere sygehuse. En gennemsnitsforudsætning om drift i 220 dage á 6 timer synes i panelets øjne særligt at skulle revurderes for de nye akutsygehuse, jf. at sygehusene er forudsat døgnbemandede/-åbne med fuld specialedækning. Ekspertpanelet finder, at det bør være muligt at anlægge en mere nuanceret tilgang til kapacitetsudnyttelse, og at regionerne i forbindelse med den nye sygehusstruktur – hvor funktioner samles og antallet af hospitaler med akutmodtagelse reduceres væsentligt – udnytter mulighederne for at sikre en bedre arbejdstilrettelæggelse med øget kapacitetsudnyttelse.

Panelet finder, at en bedre kapacitetsudnyttelse har betydelige konsekvenser for dimensioneringen, og at der dermed er grundlag for en generel tilpasning af projekternes dimensionering baseret på kravet om en styrket kapacitetsudnyttelse. Alene et niveau omkring 245 dage á 7 timer svarer til en øget kapacitetsudnyttelse af behandlingsarealerne på ca. 30 pct., hvilket isoleret set svarer til en nedjustering af dimensioneringen på sygehusniveau på ca. 8 pct. – svarende til ca. 5,5 mia. kr. hvis det overføres på de af regionerne indmeldte investeringsønsker på godt 68 mia. kr. Hertil kommer effekten af kortere forløb for den enkelte behandling.

4.2.3 Arealstandarder

Arealstandarder er et centralt instrument i planlægningen og dimensioneringen af nyt byggeri. Standarden udtrykker det areal (netto), som man ønsker den pågældende funktion skal have, f.eks. en sengestue eller et kontor. Når man kender kapacitetsbehovet, f.eks. antal senge, operationsstuer eller antal kontorpladser, kan man beregne det nødvendige samlede areal.

Regionernes tilgang

Regionerne har oplyst de forudsatte arealstandarder under ét, idet standarderne ikke afviger mellem de forskellige projekter inden for den enkelte region, jf. tabel 4.5.

Tabel 4.5 Forudsatte arealstandarder (m ²)						
	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Ho- vedstaden	Norge ¹⁾
Sengeafsnit: 1 sengsstue	40	40	35	40	33	23-32
Sengeafsnit: 2 sengsstue	-	35	27			
Sengeafsnit: 3+ sengsstue	-					
Intensiv (per sengeplads)	50	50	50	50	46	
Opvågning (per sengeplads)	16	16	16	20	31	
Dagpladser (per plads)	15-20	15	15	20	18	
Operation (per OP-stue)	120	120	120	146	122-131	110 (Østfold)
Ambulatorier, (per us-rum)	30	30-50	30-50	35-50	44-68	
Billeddiagnostik/røntgen				90	119	
Fødeafdeling (per stue)	70	70	70	50	Ikke vurderet	
Dialysepladser (per plads)	23	23	25	20	Ikke vurderet	
Kontorer (per fast plads)	10	10	10	12-14	Ikke vurderet	9 (Østfold)
Evt. patienthotel	23	23	35		Ikke vurderet	
Kilde: Regionale indberetninger august 2008.						
¹⁾ Sintef Helse.						

På tværs af regionerne er den mest betydende forskel normen på sengestuer, hvor Region Syddanmark og Region Hovedstaden ligger på henholdsvis 35 og 33 m² for enestuer (Hovedstaden har ikke differentieret i forhold til antal senge), mens de øvrige tre regioner har lagt sig på 40 m². De norske tal ligger endnu lavere end de 33-35 m², idet det efter det oplyste også afspejler, at arbejdstilsynets krav vedr. toiletforhold i Danmark (bl.a. afstandskrav ved toilettet) er lovbundne (bygningsreglementet), mens de i Norge er vejledende.

Sengestuer og behandlingsarealer opgjort på baggrund af de indsendte oplysninger udgør samlet ca. 55 pct. af sygehusarealet, mens kontorer, laboratorier og køkken/depoter udgør henholdsvis 10, 8 og 13 pct. Fællesarealer og andet udgør de resterende arealer.

Forudsætninger vedr. sengestuefordeling (antal senge/stue)

Regeringen har tilkendegivet, at 1-sengsrum skal tilbydes, hvor det er relevant. På baggrund af de indsendte oplysninger tegner der sig det billede, at regionerne prioriterer enestuer i forbindelse med nybyggeri, herunder nybyggeri som en del af et samlet ny- og ombygningsprojekt. I forbindelse med ombygning er hovedtilgangen, at sengestuefordelingen ændres i retning af flere enestuer, mens at omfanget af ændringerne afpasses i forhold til mulighederne/barriererne i den eksisterende fysiske indretning.

Da nybyggeriet udgør godt 80 pct. af de ønskede investeringer, vil planerne samlet indebære en væsentlig ændring i sengestuefordelingen, *jf. tabel 4.6*. Tre regioner har oplyst den forventede rum-sammensætning på sigt, mens Region Sjælland og Region Hovedstaden alene har oplyst den aktuelle fordeling.

Tabel 4.6 Fordeling i pct. af sengestuer (somatik) i 2007 og planlagt for 2018

	Region Nordjylland		Region Midtjylland		Region Syddanmark		Region Sjælland	Region Hovedstaden
	2007	2018	2007	2018	2008	2018	2007	2007
1-sengsstuer	29	77	30	76	27	80 ¹⁾	32	31
2-sengsstuer	44	13	37	9	47	18	46	47
3-sengsstuer	3	0	4	1	7	1	3	9
4-sengsstuer	17	3	14	0	12	0	19	10
5+sengsstuer	0	0	1	0	0	0	0	1
Patienthotel	7	7	13	14	7	¹⁾	0	3
I alt sengestuer	100	100	100	100	100	100	100	100
I alt antal sengepladser	1.619	1.425	3.519	3.542	3.183	2.948	2.075	5.503

Kilde: Regionernes indberetninger august 2008. Omregnede tal for Region Midtjylland og Region Hovedstaden. Region Sjælland og Region Hovedstaden har alene oplyst den aktuelle fordeling.

¹⁾ En del af 1-sengsstuerne i Region Syddanmark skal være på patienthotel.

Den aktuelle struktur er i store træk ensartet på tværs af regionerne med omkring 25-30 pct. 1-sengsstuer, ca. 50 pct. 2-sengsstuer, få 3-sengsstuer og så 15-20 pct. 4-sengsstuer. Undtagelsen er Region Midtjylland, der har relativt mange 1-sengsstuer (41 pct.) og til gengæld relativt få 3- og 4-sengsstuer. For de tre regioner, der har indsendt oplysninger, er forudsat samme langsigtede omlægning til 1-sengsstuer, idet andelen for alle tre regioner i 2018 er forudsat øget fra de 25-30 pct. til omkring 80 pct., mens stuer med 3 senge og derover stort set elimineres.

Ekspertpanelets vurdering

De anvendte arealstandarder vurderes at ligge relativt højt. Det er problemfyldt at fastlægge et ideelt areal for den konkrete funktion og så gange det hele op.

F.eks. vil en enestue dimensioneret med 20 m² til værelse, 10 m² til toilet og 10 m² til biarealer, samlet 40 m² (jf. standarden for Region Nordjylland, Midtjylland og Sjælland), opregnet med en brutto-/nettofaktor på 2,0 betyde samlet 80 m² bruttoetageareal per enestue, hvilket har store konsekvenser for det samlede arealforbrug, hvis man ikke på andre måder holder arealet nede (fjerne andre rum, ændre brugen af stuen/strukturen herunder f.eks. toiletkonstruktionen). Man kan også forestille sig differentierede rumstørrelser afhængigt af behov mv. Endvidere muliggør store 1-sengsrum, at visse behandlingsformer kan foretages på sengestuen, så behandlingsarealerne kan nedjusteres. Hertil kommer grundlag for en bedre sengeudnyttelse (belægningsprocent). Arealmæssigt forudsættes flere 1-sengsstuer dermed ikke grundlæggende at indebære behov for at øge dimensioneringen. Dette berøres også i analysen af "standardniveauet" for fælles regionale arealstandarder for sygehusbyggeri, udarbejdet af C. F. Møller for Danske Regioner.

Sengestuer er et centralt område med et areal svarende til knap 30 pct. af det samlede areal i de indsendte opgørelser. Af andre større områder kan nævnes kontorfaciliteter, der i de fremsendte opgørelser udgør omkring 10 pct. af sygehusarealet.

Arealeffektivitet er en hensigtsmæssig måde at holde byggeomkostningerne nede på, og samtidig sikre en proces med reel sammenlægning af og driftsintegration mellem enheder i forbindelse med samling af matrikler.

Samlet vurderer panelet, at der er grundlag for en øget arealeffektivitet. De fastlagte standarder ligger i den høje ende, og det er samtidig væsentligt at have tilstrækkeligt blik for de samlede

arealkonsekvenser. F.eks. vil en isoleret høj arealnrm for enestuer have store konsekvenser for arealforbruget, hvis man ikke på andre måder holder arealet nede. Endvidere muliggør enestue, at visse behandlingsformer kan foretages på sengestuen, så behandlingsarealerne kan nedjusteres og styrke muligheden for en bedre sengeudnyttelse. Et for højt arealforbrug er uheldigt, såvel anlægsøkonomisk som i forhold til den senere drift heraf.

Panelet vurderer dermed, at der samlet er grundlag for en tilpasning i dimensioneringen baseret på forudsætningen om en øget arealeffektivitet. Konkret finder panelet endvidere, at der bør foretages en differentieret tilpasning i dimensioneringen med udgangspunkt i en gennemsnitlig arealnrm for enestuer på omkring 33-35 m². Betydningen af en reduceret standard for enestuer afspejles i, at en ændring fra 40 til 33-35 m² nettoareal vil reducere sengearealbehovet med 13-17 pct., hvilket isoleret set svarer til en nedjustering af dimensioneringen på projektniveau på ca. 2 pct. netto, og op til ca. 4 pct. brutto. Kontorfaciliteter er et andet område, hvor der er betydelig potentiale for en øget arealeffektivitet.

Brutto-/nettofaktor

Brutto-/nettofaktoren anvendes til at omregne fra nettoarealet (opgjort bl.a. via arealstandarder og det nødvendige antal rum givet den forudsatte kapacitetsudnyttelse) til bruttoarealet, der bl.a. omfatter gangarealer og teknikrum mv. De af regionerne benyttede faktorer fremgår af tabel 4.7.

Tabel 4.7 Brutto-/nettofaktor (somatikken)		
	Afdelingsbrutto-/nettofaktor	Faktor for hele sygehuset
Region Nordjylland	(1,6)	2,1
Region Midtjylland	(1,6)	2,1
Region Syddanmark	1,5	2,0
Region Sjælland	1,6	2,0
Region Hovedstaden	1,6	2,0

Kilde: Regionale indberetninger august 2008.

Brutto-/nettofaktoren angiver forholdet mellem det samlede areal for en bygning (= brutto) og det indvendige areal af alle rum bortset fra gange, trapper/elevatore og teknikrum mv. (= netto).

Afdelingsbrutto-/nettofaktor omfatter det interne areal i en afdeling inkl. interne korridorer, teknikrum m.m. Faktoren for hele sygehuset omfatter det hele, inkl. tværgående trafikarealer, tekniske funktioner og konstruktionsarealer. I praksis omregnes nettoarealet først til et afdelingsbruttoareal, hvorefter det opregnes til samlet bruttoareal. I eksemplet med en afdelingsfaktor på 1,6 og en samlet faktor på 2,0 er faktoren fra afdelings- til sygehusniveau i praksis på 1,25.

De to regioner Nordjylland og Midtjylland har anvendt en højere faktor end de øvrige regioner. Region Syd har også i nybyggerier differentieret fra 1,5 til 2,0 således at typisk ikke-kliniske servicearealer/biarealer (depot, køkken, linnedepot mv.) kun opregnes med den lave faktor.

En analyse af ”standardniveauet” for fælles regionale arealstandarder for sygehusbyggeri udarbejdet af tegnestuen C. F. Møller for Danske Regioner foreslår en fremadrettet faktor på 2,1 med den begrundelse, at teknikarealreserven har stor betydning for fleksibilitet og fremtidssikring af sygehusbyggeri.

Ekspertpanelets vurdering

Ekspertpanelet finder, at en brutto-/nettofaktor på 2,0 for nybyggeri bør lægges til grund svarende til den anvendte faktor i tre af regionerne og på baggrund af nordiske erfaringer. En faktor på 2,1, som benyttes af to regioner, ligger i den høje ende og bør ikke danne grundlag for en fælles standard. I den forbindelse gælder, at de ikke-teknikintensive arealer reelt kun trækker den lave sats, hvilket isoleret set taler for en lavere samlet faktor for et fuldt nybyggeri – mens de 2,0 kan være mere dækkende for eksempelvis en teknik-intensiv akuttilbygning. For psykiatrien, der har et væsentligt mindre behov for teknik mv. i forhold til somatiske sygehuse, vurderes et samlet niveau på 1,8 hensigtsmæssigt. Der er dermed grundlag for en korrektion af dimensioneringen for et antal projekter.

4.2.4 Økonomi

På baggrund af dimensioneringen er det nødvendigt med en række antagelser om priser mv. for at beregne den samlede projektøkonomi. (Alle priser, udgiftsrammer og lignende i det følgende er angivet ekskl. moms).

Projektøkonomi og prisantagelser

De indsendte projekter varierer mellem nybyggeriprojekter og projekter med om- og tilbygning af eksisterende sygehuse. I flere tilfælde er sondringen dog mest teoretisk, idet flere af ombygningerne reelt næsten alene vedrører nybyggerier i form af tilbygninger.

Det illustreres også af, at de samlede projektønsker på 68 mia. kr. fordeler sig med 56 mia. kr. til nybyggeri og 12 mia. kr. til ombygning/renovering. Dermed er økonomiantagelserne i forhold til nybyggeri de centrale.

Af *tabel 4.8* nedenfor fremgår de beregnede prisniveauer for nybyggeri. Priserne er opdateret til samme prisniveau (byggeindekset 2. kv. 2008: 120,5). Udgifter til IT og apparatur samt løst inventar er udskilt. Parkeringsudgifter og evt. følgeudgifter er fratrukket.

Beløbene er opgjort inkl. kælderarealer⁴. Beløbene er for tre regioner som udgangspunkt opgjort alt inklusive – herunder håndværkerudgifter, grundkøb, projektering, byggemodning samt IT og apparatur. Region Nordjylland oplyser behov for yderligere udgifter til byggestyring, samt at dele af IT-udgifterne indgår i håndværkerudgiften, mens Region Hovedstaden oplyser, at opgørelserne er ekskl. IT. Dette ændrer dog ikke afgørende på sammenligneligheden. Region Hovedstaden har således medregnet et forudsat apparaturtillæg på 25 pct. af byggeudgiften, hvilket er over eller på niveau med øvrige regioners forudsatte niveau inkl. IT. Byggestyring er angivet i niveauet 5-700 kr./m² (Region Hovedstaden) til i størrelsesordenen 1.000 kr./m² (Region Midtjylland og Region Sjælland).

⁴ Regionerne har her anvendt en lidt forskellig tilgang. Region Midtjylland har f.eks. for det planlagte nye universitetssygehus i Skejby angivet bruttoetageareal og heraf kælder, med en samlet forudsat m²-pris også omfattende kælderarealerne. Tilsvarende gælder Region Sjælland. Region Nordjylland har alene oplyst samlet bruttoetageareal, idet det fremgår, at kælderarealet ikke er opgjort endnu. Tilsvarende har Region Hovedstaden angivet udgifterne inkl. kælderarealer, hvis størrelse ikke er endeligt fastlagt. Region Syddanmark har omvendt holdt kælderareal ude af sine arealopstillinger, men oplyser, at finansieringen heraf er indeholdt i den opgjorte projektøkonomi – der er korrigeret herfor i *tabel 4.8*, så m²-prisen er baseret på areal inkl. kælder.

Tabel 4.8 Anskaffelsespriser for nybyggeri (kr./m ²)			
(2.kv.08pl)	Håndværkerudgifter mv., inkl. grundkøb, projektering, byggestyring og byggemodning	IT, medico-teknisk udstyr/apparatur og løsøre	I alt
Region Nordjylland			
- Nyt universitetssygehus	26.300	5.300	31.600
- Øvrige somatiske sygehuse	23.400-25.300	4.600-5.100	28.000-30.400
Region Midtjylland			
- Nyt universitetssygehus	25.050	6.200	31.250
- Øvrige somatiske sygehuse	23.500-25.500	5.700-6.100	29.400-31.400
Region Syddanmark			
- Nyt universitetssygehus	21.800	5.200	27.000
- Øvrige somatiske sygehuse	20.200-22.100	3.000-6.800	22.200-27.400
- Psykiatri	19.600	400	20.000
Region Sjælland			
- Somatiske sygehuse	26.200	6.200	32.400
- Psykiatri	23.400	1.600	25.000
Region Hovedstaden			
- Somatiske sygehuse	20.400-22.800	4.200-5.700	23.200-28.500
Kilde: Regionale indberetninger, august 2008. For Region Sjælland er løsøre medtaget i håndværkerudgifter mv.			

Region Hovedstaden skiller sig ud med det klart laveste gennemsnitlige niveau for håndværkerudgifter mv. på 20.000-23.000 kr./m². Region Syddanmark ligger også relativt lavt, såvel for det ønskede nye Odense Universitetshospital set i forhold til de to øvrige planlagte universitetssygehuse og for øvrige somatiske byggeri – det høje niveau på 27.400 kr./m² er for det ønskede nye sygehus i Vestjylland, mens det for de store akutombygninger ligger på niveauet 23.000-25.000 kr./m². Det afspejles også i et samlet set lavere niveau for byggeudgiften i Region Hovedstaden og til dels i Region Syddanmark – det nye Odense Universitetshospital undtaget. Omvendt ligger de tre andre regioner relativt højt for såvel universitetssygehuse som øvrige akutprojekter.

Noget af forklaringen er, at projekterne i Region Hovedstaden er uden udgifter til grundkøb og byggemodning, men det kan ikke forklare hele forskellen, jf. tabel 4.9 nedenfor, der indeholder nogle konkrete projekteksempler.

Tabel 4.9 Projektøkonomier, nybyggeri – eksempler

Kr./m ² , 2kv.08-pl	Grund- køb	Projek- tering	Bygge- modning	Hånd- værks- udgifter	Bygge- styring	IT/appa- ratur	I alt
Nyt sygehus Aalborg øst	1.200	4.450	1.250	19.400	-	5.300	31.600
Nyt universitetshospital i Århus	200	3.500	500	19.900	950	6.200	31.250
Det Nye Hospital i Vest	200	23.400	1.350	0 ¹⁾	550	5.850	31.350
Ombygning Viborg	0	3.250	0	18.203 ²⁾	2317	5.672	29.500
Nyt universitetshospital i Odense	1.300	3.300	0	17.250		5.200	27.000
Rigshospitalet	0	2.200	0	19.800	800	5.700	28.500
Bispebjerg	0	1.950	0	17.600	700	5.050	25.300

¹⁾ Indgår i totalentreprise angivet under projektering.
²⁾ Inkl. "andet".

En del af forskellen synes således at vedrøre forskellige prisantagelser i regionerne.

Region Hovedstaden har oplyst de forventede totaludgifter differentieret efter funktion, spændende fra 18.750 kr/m² for de mindst intensive arealer (bl.a. kontorer) til 30.000 kr/m² for meget installationsintensive arealer (bl.a. røntgen og operationsrum). For kælderarealer er som tommelfingerregel forudsat et niveau på godt og vel halvdelen af prisen for det mest intensive areal. Spændet udtrykker som nævnt en totaludgift – dvs. inkl. apparatur, byggestyring og entrepriseudgifter – men dog uden IT og kommunikationsudstyr. Hovedstaden har imidlertid medregnet et forudsat apparaturtillæg på 25 pct. af byggeudgiften, hvilket er over eller på niveau med øvrige regioners forudsatte niveau for apparatur inkl. IT. Da udgifterne varierer efter intensitet bliver det samlede regnestykke et gennemsnit, der afspejler sammensætningen - konkret f.eks. en samlet gennemsnitspris på godt 25.000 kr/m² for Bispebjerg, og 28.500 kr./m² for Rigshospitalet.

Region Nordjylland og Region Midtjylland har omvendt baseret sig på erfaringstal fra tegnestuen C. F. Møller baseret på 18 byggerier opført 1993-2006. Beløbet udgør 14.500 kr./m² i håndværkerudgift opgjort i prisindeks 1. kvartal 2007. Beløbet tillægges 1.500 kr./m² til udvendige anlæg og fast inventar, 2.200 kr./m² til byggepladsudgifter, vinterforanstaltninger og uforudsigelige udgifter og 3.000 kr./m² til diverse omkostninger, samlet pris 21.200 kr./m². Det er så oprundet til 22.000 kr./m² for at give en margin til mere komplicerede løsninger. Dette beløb er så opreguleret til 23.000 kr./m² i prisniveau 4. kvartal 2007. Hertil kommer byggemodning, grundkøb, byggestyring, parkering, IT, apparatur og løst inventar, som er varieret lidt for de enkelte projekter. For eksempelvis Aarhus Universitetshospital udgør øvrige udgifter ekskl. parkering konkret ca. 7.800 kr./m² (2008-pl), svarende til den samlede pris i 2008-prisniveau på 31.250 kr./m². For ombygningen af Viborg er tallet samlet 29.500 kr./m². Det gennemsnitlige erfaringstal er så anvendt på hele bruttoetagearealet inkl. kælder.

Region Syddanmark har angivet forudsatte prisforudsætninger på omkring 22.000-25.000 kr./m² ekskl. apparatur og IT. Det giver samlede arealpriser på omkring 26.000-30.000 kr./m². Men priserne er angivet for arealet ekskl. kælder, der er forudsat finansieret inden for den samlede pris. Indregnes kælderarealet fås en gennemsnitspris på 22.000-27.000 kr./m².

Region Sjælland har anvendt relativt lave forudsætninger for håndværkerudgifter, og skiller sig ikke ud i forhold til byggestyring og apparatur mv. Men regionen har indlagt knap 7.500 kr./m² i form af andre udgifter, så gennemsnitniveauet ligger på 32.500 kr.

Ekspertpanelets vurdering

Der kan vanskeligt fastsættes en fuldstændig ensartet prisforudsætning for alt sygehusbyggeri. Prisen vil kunne variere, særligt afhængigt af arealernes funktion og dermed bl.a. apparaturintensitet. Grundlæggende bør der sondres mellem byggeri på bar mark henholdsvis tilbygning til et eksisterende sygehus.

Panelet vurderer, at der for en række projekter er lagt et generelt meget højt prisniveau. Et samlet prisniveau for sygehuse på over 30.000 kr./m² (over 24.000 kr. ekskl. IT og apparatur jf. nedenfor), som forudsat for bl.a. de ønskede universitetssygehusbyggerier i Århus, Aalborg, vurderes der ikke grundlag for. Niveaue på omkring 30.000 kr./m² synes endvidere i nogle regioner generelt lagt til grund, også ved tilbygning til eksisterende sygehuse som led i etableringen af en fælles akutmodtagelse.

At et generelt niveau omkring de 30.000 kr./m² er for højt understøttes bl.a. af det relativt lave prisniveau for nybyggerier i Region Hovedstaden og Region Syddanmark. I forhold til universitetssygehusbyggerier kan der være særlige behov – men omvendt indeholder disse byggerier alt andet lige også en del mindre intensive arealer i form af f.eks. kontorer og universitetsarealer. Der vurderes for særligt store barmarks- eller barmarkslignende projekter at skulle forudsættes ekstra udgifter til byggestyring af de komplekse projekter.

Byggeriets standardpriser (V & S prisdata) angiver en pris i prisniveau 1. kvartal 2008 på 18.585 kr./m² for en behandlingsafdeling og 16.265 kr./m² for en sengeafdeling. Opregnet til prisniveau 2. kvartal 2008 er udgiften 18.741 henholdsvis 16.401 kr./m². Dette udtrykker de rene håndværkerudgifter inkl. fast inventar, ekskl. bl.a. grundudgifter, byggemodning, projektering, IT og apparatur. Prisniveauet er indeks 100 (Sjælland), hvor f.eks. Hovedstaden er indeks 105, Fyn og Østjylland indeks 95, mens Nord- og Vestjylland er indeks 85. Sådanne tal skal tages med forbehold, men indikerer et niveau noget under 30.000 kr./m² i totalpris. Man skal generelt være opmærksom på, at det nuværende prisniveau afspejler en lang højkonjunktur.

At der generelt kan tænkes billigere løsninger, illustreres også af, at totalomkostningerne for Medicinerhuset i Aalborg lyder på 16.000 kr./m² (i 2006-prisniveau) – som totalomkostning. Regionen vurderer dog, at dette niveau særligt afspejler en særdeles gunstig licitation.

Samlet vurderes i forhold til nybyggeri, at et prisniveau på samlet maksimalt 29.000 kr./m² (totalpris inkl. apparatur mv.), heraf 5.800 kr./m² til apparatur, IT og løst inventar, svarende til 25 pct. af byggeudgift på 23.200 kr./m², kan begrundes for universitetssygehusbyggerier på bar mark/barmarkslignende projekter, herunder begrundet i ekstra udgifter til byggestyring. For øvrige nybyggerier og tilbygninger vurderes et niveau på maksimalt 27.000 kr./m² (totalpris inkl. apparatur mv.) heraf 4.500 kr./m² til apparatur, IT og løst inventar, svarende til 20 pct. af byggeudgift på 22.500 kr./m², at være tilstrækkeligt til realiseringen. For psykiatrien vurderes et niveau på indtil 22.000 kr./m² (totalpris inkl. apparatur mv.) at kunne begrundes. Ombygningsudgifterne vil variere afhængigt af den konkrete sammensætning af ombygning og renovering, og der er derfor alene foretaget en generel tilpasning (reduktion) af udgifterne med 20 pct.

Udgifter til IT og apparatur

Udgifterne vedrørende IT og apparatur er en væsentlig del af udgiften i forbindelse med nyt eller moderniseret sygehusbyggeri. Hvor de beregnede antagelser opgjort i kr./m² fremgår af tabel 4.8, er de regionale forudsætninger som procent af totaludgifterne angivet i tabel 4.10. For regionerne synes dette at være fremgangsmåden – at der fastlægges en norm for procenttillægget, som så afspejles i alle projekter. Enkelte regioner har dog differentieret lidt.

Det generelle billede er, at der er anvendt et niveau på 20-25 pct. i nybyggeriet, mens der er klare forskelle i forhold til håndteringen af ombygning. Region Hovedstaden og Region Syd-

danmark ligger lavt omkring 0-6 pct., mens de øvrige tre regioner har forudsat et niveau tæt på nybyggeriets.

For psykiatri er der generelt forudsat et lavt niveau – Region Syddanmark benytter f.eks. 2 pct. Region Midtjylland skiller sig ud ved en antagelse om 20 pct., mens Region Sjælland også ligger relativt højt med 7 pct.

Tabel 4.10 Forudsætninger vedr. udgifter til IT og apparatur som procent af totaludgiften		
	Nybyggeri (herunder nybyggeridel ifm. om- og nybyggerier)	Ombygning (herunder ombygningsdel ifm. om- og nybyggerier)
Region Nordjylland		
- Somatik	20	17-18
Region Midtjylland		
- Somatik	23-26	0-20
- Psykiatri	20	-
Region Syddanmark		
- Somatik	15-30	0
- Psykiatri	2	2-3
Region Sjælland		
- Somatik	24	27-28
- Psykiatri	7	-
Region Hovedstaden		
- Somatik	25	1-6
- Psykiatri	-	3

Kilde: Regionale indberetninger august 2008.

Det er panelets opfattelse, at det er centralt, at der afsættes de nødvendige midler til det fornødne apparatur. Samlet vurderes, at niveauet er lagt for højt i regionerne. De samlede ønsker udgør omkring 10,5 mia. kr. alene til IT og apparatur.

Det høje niveau på 25 pct. i en række regioner vurderes dog samtidig af panelet som et godt udgangspunkt, inkl. løst inventar. Et sådant niveau kan begrundes for helt nye barmarksprojekter, dvs. hvor man opfører et helt nyt sygehus fra grunden på en anden placering end det nuværende, og hvor driftsovergangen fra gammelt til nyt sker på én gang, så det er nødvendigt med stort set ny bestyknning på alle områder. Man skal dog være opmærksom på, at en del apparatur uanset barmark må kunne forudsættes genanvendt fra det eksisterende sygehus, som forudsættes at køre med opdateret apparatur helt frem til ibrugtagelsen af det nye sygehus.

Omvendt må apparaturudgifterne vurderes at være lavere, når der er tale om tilbygning til et eksisterende sygehus, hvor man i højere grad kan forudsætte glidende driftsovergange, og hvor sygehuset typisk allerede i dag varetager en række eller hovedparten af de funktioner og specialer, som er forudsat i den nye struktur. Der kan være mindre forskelle, afhængigt af det konkrete projekt, men et niveau på 20 pct. af nybyggeriudgiften vurderes rimeligt i forhold til sådanne tilbygningsprojekter. For psykiatrien vurderes et niveau på omkring 3 pct. passende, uanset om der er tale om ombygning eller nybyggeri.

For de rene ombygningsprojekter (herunder ombygningsprojekter som en del af en om- og tilbygning) vil behovet kunne variere afhængigt af ombygningens karakter. Som udgangspunkt må behovet forudsættes relativt begrænset. De egentlige ombygningsprojekter er i det hele taget

begrænset i de regionale ønsker, idet der også i de få ombygningssager formentligt indgår en del reovering, som slet ikke trækker nye apparaturudgifter.

5. Gennemgang og vurdering af de enkelte regioners større anlægsprojekter og sygehusplaner

I dette kapitel gennemgås og vurderes de fem regioners strukturelle anlægsprojekter i lyset af regionernes sygehusplaner og på grundlag af de synspunkter, principper og kriterier, der er beskrevet i kapitel 4. Panelets vurderinger er sammenfattet (i *kursiv*) i slutningen af hvert underafsnit. Kapitlet indledes med en tværgående oversigt med nogle basale fakta om regionernes planer, sygehusvæsen, befolkning mv. Også afsnittene om den enkelte region indledes med nogle fakta om regionen.

Gennemgangen i dette kapitel danner grundlag for ekspertpanelets indstillinger til regeringen i kapitel 6.

5.1 Fakta om de fem regioner

Regionernes foreliggende planer indebærer samlet set, at somatikken samles på 57 matrikler mod 80 i dag, dvs. en reduktion på knap 30 pct., *jf. tabel 5.1*.

Tabel 5.1 Oversigt over antal selvstændige bygningskomplekser (matrikler) fordelt på regioner, somatik				
Region	2007	2020 ¹⁾	Ændring 2007-2020	
			Antal	Pct.
Nordjylland	12	8	-4	-33
Midtjylland	21	13	-8	-38
Syddanmark	19	14	-5	-26
Sjælland	12	10	-2	-17
Hovedstaden	16	13	-3	-19
I alt	80	58	-22	-28

¹⁾ Antallet af matrikler er det forudsatte i 2020, for Midtjylland dog 2018 og Sjælland 2013.

Det meste af reduktionen finder sted i de tre regioner vest for Storebælt, hvilket dog til dels skal ses i sammenhæng med, at sygehusplanen for Region Sjælland kun rækker frem til 2013, og at udgangspunktet har været forskelligt for de enkelte regioner.

Psykiatrien samles med de foreliggende planer på 39 matrikler mod 52 matrikler i dag, dvs. en reduktion på 25 pct., *jf. tabel 5.2*. I Region Midtjylland halveres antallet af matrikler. I Region Hovedstaden og i Region Nordjylland forudsættes et uændret antal matrikler.

Tabel 5.2 Oversigt over antal matrikler fordelt på regioner, psykiatri				
Region	2007	2020	Ændring 2007-2020	
			Antal	Pct.
Nordjylland	5	5	0	0
Midtjylland	12	6	-6	-50
Syddanmark	9	6	-3	-33
Sjælland	10	6	-4	-40
Hovedstaden	16	16	0	0
I alt	52	39	-13	-25

Der vil fremover være fælles akutmodtagelser på 21 matrikler, hvoraf 17 har et befolkningsunderlag, der mindst er på de 200.000 indbyggere, som Sundhedsstyrelsen har anbefalet, *jf. tabel 5.3*. Akutmodtagelserne på Thisted Sygehus samt på Nykøbing Falster Sygehus vil dog ikke

være egentlige fælles akutmodtagelser, men derimod akutfunktioner, som varetages i formaliseret samarbejde med hhv. Aalborg Sygehus og et akutsygehus i Region Sjælland.

Region	Under 100.000 indbyggere	100.000 - 200.000 byggere	200.000- 400.000 indbyggere	Over 400.000 indbyggere	I alt	Gns. antal 1.000 indbyggere per akutmodtagelse
Nordjylland	1	1	1	0	3	197,6
Midtjylland	0	0	5	0	5	257,5
Syddanmark	0	1	4	0	5	243,7
Sjælland	0	1	3	0	4	214,0
Hovedstaden	0	0	1	3	4	419,5
I alt	1	3	14	3	21	-

Befolkningsudviklingen

Det er et fællestræk for alle fem regioner, at der frem mod 2020 vil ske en aldring af befolkningen. I alle fem regioner vil andelen af befolkningen i alderen 65 år og derover vokse relativt kraftigt fra at udgøre 14-16 pct. i dag til at udgøre 18-23 pct. af befolkningen i 2020.

Region	2006/07	2020	Ændring, pct. enheder
Region Nordjylland			
0-19 år	22,3	21,5	-0,8
20-64 år	61,4	57,0	-4,4
65 år eller derover	16,3	21,8	5,5
I alt	100,0	100,0	0,0
Region Midtjylland			
0-19 år	23,2	21,4	-1,8
20-64 år	62,3	59,5	-2,8
65 år eller derover	14,4	19,0	4,6
I alt	100,0	100,0	0,0
Region Syddanmark			
0-19 år	25,2	22,8	-2,4
20-64 år	58,7	55,3	-3,4
65 år eller derover	16,2	22,0	5,8
I alt	100,0	100,0	0,0
Region Sjælland			
0-19 år	22,6	21,0	-1,6
20-64 år	61,2	56,3	-4,9
65 år eller derover	16,3	22,7	6,5
I alt	100,0	100,0	0,0
Region Hovedstaden			
0-19 år	23,0	21,7	-1,3
20-64 år	62,4	60,2	-2,2
65 år eller derover	14,6	18,1	3,5
I alt	100,0	100,0	0,0

Væksten i andelen af 65+ er kraftigst i Region Sjælland samt i Syddanmark og Nordjylland med en vækst i andelen på 5,5-6,5 pct. enheder. I Region Hovedstaden og Region Midtjylland, der i dag har den laveste andel af 65 årige og derover, øges andelen kun med hhv. 3,5 og 4,6 pct. enheder.

5.2 Region Nordjylland

5.2.1 Fakta om regionen

Der er knap 0,6 mio. indbyggere i Region Nordjylland. Det svarer til lidt under 11 pct. af landets befolkning. Regionen dækker knap 8.000 km² – eller ca. 18 pct. af Danmarks samlede areal. Dermed er befolkningstætheden den laveste i Danmark.

Region Nordjylland består af 11 kommuner og dækker det tidligere Nordjyllands Amt, samt mindre dele af Viborg Amt og Århus Amt.

Region Nordjylland	Regionen	Hele landet	Pct. af hele landet	Antal per 1000 indb.
Indbyggertal (1.000 pers), 1. jan. 2008	579	5.476	10,6	-
Samlet landareal (km ²)	7.933	43.098	18,4	13,71
Behandlede borgere (somatisk), 1.000	220,6	2.363,6	9,3	0,38
Behandlede borgere (psykiatrisk), 1.000	6,6	100,8	6,5	0,01
Antal sengepladser (somatisk og psykiatrisk - 2007)	1.928	19.086	10,1	3,33
Samlet nettoindtægter(2009, mia. kr. 09-pl)	9,9	93,8	10,5	-
Nettodriftsudgifter, sygehuse (Regnskab 2007, mia. kr. 09-pl)*	6,6	63,2	10,4	-
Gns. liggetid (somatisk), dage, 2006	4,5	4,2	-	-
Produktivitetsniveau 2006, somatik**	92	100		
*Ekskl. Fælles formål og administration				
** Pct. af landsgennemsnitlig produktivitet				
Kilde: Danmarks Statistik samt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse				

5.2.2 Samling af funktioner og specialer på færre enheder

Der var ved regionsdannelsen 12 sygehusmatrikler i Region Nordjylland. To af disse (Brovst og Terndrup) er allerede lukket, og yderligere fire af de eksisterende Aalborg Syd og Aalborg Nord samt Hobro og Farsø Sygehuse forventes ifølge regionens sygehusplan lukket og erstattet af to nye sygehuse i hhv. Aalborg Øst og Himmerland (ved Hobro). På sigt bliver der dermed otte somatiske matrikler i regionen. Det samlede etageareal i regionen øges marginalt.

Antal sygehusmatrikler	2006	2020
Somatik	12 ¹⁾	8
Psykiatri	5 ²⁾	5
¹⁾ Aalborg Nord, Aalborg Syd, Brønderslev, Skagen, Frederikshavn, Hjørring, Farsø, Hobro, Terndrup (nedlagt 2008), Thy/Mors, Brovst (nedlagt 2007), Dronninglund. Herudover dækker Aalborg sygehus et antal mindre, lejede matrikler.		
²⁾ Brønderslev, Frederikshavn, Thy/Mors (Døgnet), Brandevej (Aalborg) og Mølleparkvej (Aalborg).		

I udkastet til sygehusplan var forudsat, at Nykøbing Mors og Dronninglund også skulle nedlægges, men regionsrådet har besluttet, at sygehusfunktionerne i Dronninglund fortsætter uændret,

og at sygehusfunktionerne dagkirurgi og dagmedicin med tilhørende servicefunktioner forbliver i Nykøbing Mors. Derimod flyttes administrationen fra Nykøbing til Thisted, og dialysefunktionens fremtidige placering analyseres.

Strukturplanen bygger på tre fælles akutmodtagelser inkl. fødselsfunktion i Aalborg, Hjørring og Thy-Mors (Thisted) samt fem lokalsygehuse. Aalborg Sygehus er omdrejningspunktet og skal fortsat varetage specialiserede funktioner og hovedfunktioner.

Psykiatrien fastholdes uændret på fem matrikler. Der planlægges en fælles og visiteret akut indgang til somatikken og psykiatrien.

Regionen afventer resultatet af den igangværende speciale gennemgang i Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen har forudsat, at alle højt specialiserede behandlinger i regionen samles på Aalborg Sygehus.

Regionen bemærker, at det er afgørende, at strukturplanen følges op af en målrettet indsats i forhold til en styrkelse af sammenhængen mellem indsatsen i de forskellige dele af sundhedsvæsenet, f.eks. i forhold til de praktiserende læger og kommunerne.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet støtter en samling af matriklerne i Aalborg samt en samling af matriklerne i Himmerland. Fremadrettet finder panelet, at regionen bør overveje en yderligere reduktion i antallet af sygehusmatrikler.

5.2.3 Særligt om akutområdet og den præhospitale indsats

Der etableres tre fælles akut modtageenheder (FAME) i Aalborg, Hjørring og Thisted. Befolkningsunderlaget for de enkelte akutmodtagelser fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 5.7 Region Nordjyllands fremskrivning af befolkningsunderlaget for de enkelte akutmodtagelser			
Akutbetjeningen i regionen	2006	2015	2020
Antal fælles akutmodtagelser	0 (6)	3	3
- befolkningsunderlag modtagelse <i>Aalborg Sygehus</i>	-	301.887	315.913
- befolkningsunderlag modtagelse <i>Sygehus Vendsyssel, Hjørring</i>	-	187.320	173.732
- befolkningsunderlag modtagelse <i>Sygehus Thy-Mors, Thisted</i>	-	87.595	80.277
Andel akut medicinske patienter indlagt uden om fælles akutmodtagelser	-		20 pct.
Skadestuer mv.			
Antal akutklinikker, skadestuer, skadesklinikker eller lignende.		2-3	2

Der sker ifølge sygehusplanen i Region Nordjylland en reduktion i antallet af enheder, som modtager akutte patienter, idet man planlægger to fælles akut modtageenheder (FAME) på Aalborg Sygehus og Sygehus Vendsyssel (Hjørring), samt en modificeret fælles akutmodtagelse på Sygehus Thy-Mors (Thisted).

Befolkningsunderlaget for Sygehus Thy-Mors, Thisted, men også Sygehus Vendsyssel i Hjørring ligger under Sundhedsstyrelsens anbefalede minimumskrav om 200.000 indbyggere. Sundhedsstyrelsen støtter dog oprettelsen af tre akutfunktioner, men finder ikke, at der er grundlag

for en egentlig fælles akutmodtagelse i Thisted. Akutfunktionen i Thisted forudsættes derfor varetaget i et formaliseret samarbejde med Aalborg Sygehus.

Ud over de tre fælles akutmodtagelser planlægges to skadestuer i regionen på hhv. Sygehus Vendsyssel Frederikshavn og Sygehus Himmerland.

Det forudsættes, at omkring 20 pct. af de akutte medicinske patienter vil kunne visiteres og indlægges på de matrikler, der huser medicinske lokalsygehusfunktioner.

Sundhedsstyrelsen konstaterer, at regionen planlægger tilstedeværelsen af de anbefalede specialer og faciliteter på FAME, jf. dog Thisted-problematikken. Der planlægges ligeledes i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger visiteret adgang til alle akutfunktioner.

Præhospital indsats

Ifølge Region Nordjyllands strukturplan skal der i de områder, hvor der ikke længere er akutsygehuse, ske en udbygning af det præhospitalt beredskab. Herudover skal der ske en generel styrkelse på det præhospitalt område for at sikre en yderligere forbedret indsats og et tæt samspil med akutmodtagelserne.

Konkret er dette udmøntet i døgnbemandede paramedicinerbiler i Frederikshavn, Thisted, Hjørring og Hobro. Endvidere er der en lægebil i Aalborg, der i tidsrummet 8-22 er bemandet med paramediciner samt anæstesi-læge. Efter kl. 22 er lægebilen udelukkende bemandet med paramediciner. Som følge af budgetforliget for 2009 er den planlagte døgn-dækning af lægebilen i Aalborg med anæstesiologisk speciallæge og paramediciner foreløbigt udsat.

Samlet set består ambulanceberedskabet i Region Nordjylland på nuværende tidspunkt af ambulancer, to specialambulancer (voksenambulance samt børneambulance), en lægebil, fem akutbiler samt fire paramedicinerbiler⁵.

Med styrkelsen af det præhospitalt system bygges der et højere fagligt niveau oven på den eksisterende struktur, og der sikres en ensartet og sammenhængende indsats, uanset hvor i regionen man befinder sig. Den præhospitalt struktur sker i tæt samspil med akutmodtagelserne og sikrer, at patienten køres til nærmeste relevante sygehus, og at der ydes den optimale observation og behandling af patienten i tiden inden ankomst på sygehuset.

Region Nordjylland er på nuværende tidspunkt i gang med at udbyde sin ambulancetjeneste. Her har regionen i lighed med de øvrige regioner valgt at adskille behandlingskrævende og ikke-behandlingskrævende kørsel, hvorfor ambulancetjenesten fremover udelukkende beskæftiger sig med behandlingskrævende kørsel.

Regionen stiller krav til, at kommende ambulanceentreprenører skal udføre ambulancekørsel - akutte og planlagte - med udstyr og mandskab i henhold til gældende bestemmelser og overholde det ønskede serviceniveau (responstid). Det er leverandørens ansvar at dimensionere antal køretøjer og mandskab, så responstiden kan overholdes.

Endvidere etablerer Region Nordjylland egen vagtcentral og stiller denne til rådighed for ambulanceentreprenøren. Leverandøren skal døgnbemande vagtcentralen med to disponenter, der skal varetage den tekniske disponering af regionens ambulancer samt øvrige præhospitalt enheder (paramediciner-, akutbiler, lægebil og specialambulancer).

⁵ Antallet af ambulanceberedskaber kan ikke angives konkret, idet den eksisterende (og kommende) aftale om ambulancekørsel indebærer et responstidsmål. Det er således operatørens ansvar at have det antal ambulanceberedskaber, som kan sikre den aftalte responstid.

Resumé af Sundhedsstyrelsens rådgivning til regionen:

- Sundhedsstyrelsen er enig i Region Nordjyllands lukning af sygehusene i Brovst og Nykøbing Mors. Desuden støtter Sundhedsstyrelsen, at der sker en samling af sygehusfunktionerne i Sygehus Himmerland.
- Region Nordjylland har et lille indbyggertal på et stort geografisk areal. Sundhedsstyrelsen er derfor enig i regionens betragtninger om styrkelse af det præhospitale beredskab for at afhjælpe store afstande til fælles akutmodtagelser.
- Sundhedsstyrelsen støtter, at der oprettes tre fælles akutfunktioner i regionen. Dog finder Sundhedsstyrelsen ikke, at der er grundlag for en egentlig fælles akutmodtagelse i Sygehus Thy-Mors (Thisted). Derfor foreslås det, at akutfunktionen i Thisted varetages i formaliseret samarbejde med Aalborg Sygehus.
- Sundhedsstyrelsen støtter den visiterede adgang til regionens akutfunktioner.
- Modtagelse af visiterede akutte intern medicinske patienter på Sygehus Himmerland (Hobro) kan udhule patientunderlaget for Aalborg Sygehus, hvilket kan have konsekvenser for opretholdelse af sygehusets varetagelse af højt specialiserede funktioner.
- Sundhedsstyrelsen finder det ikke hensigtsmæssigt, at Region Nordjylland forsat planlægger at særlige patientgrupper (fødende, hjerte- og apopleksipatienter, børn med medicinske sygdomme) modtages direkte på specialafdeling uden om den fælles akutmodtagelse.
- Sundhedsstyrelsen forventer, at Region Nordjylland samler sine specialiserede sygehusfunktioner ét sted i regionen – Aalborg Sygehus.

Det bemærkes, at Sundhedsstyrelsens rådgivning – som den er gengivet her – er baseret på det materiale, der var indsendt til Sundhedsstyrelsen inden 1. maj 2008.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet finder sammenfattende, at regionen lever op til Sundhedsstyrelsens udmeldinger på akutområdet.

5.2.4 Sammenhæng med andre regioner

Regionen fremhæver et velfungerede strukturelt samarbejde med Region Midtjylland, der også omfatter specifikke hjemtagelsesprojekter. Regionen bemærker, at fravalget af akutfunktion på det nye sygehus i Himmerland har sammenhæng til de forudsatte akutfunktioner i Randers og Viborg, der formentligt vil trække nogle patienter i den sydlige del af regionen. Regionen forventer samlet gode muligheder for at opretholde eller øge den nuværende selvforsyningsgrad, idet fraværet af akutfunktion i Himmerland modsvares af de forbedrede behandlingsmuligheder, der forudsættes som følge af nye sygehuse i Aalborg og Himmerland.

På hjerteområdet er der et samarbejde, som bl.a. omfatter driften af en KAG-satellit i Viborg, der er knyttet op til kardiologisk afdeling på Aalborg Sygehus. Der er udarbejdet benyttelsesaftaler med Region Midtjylland, der skal sikre samarbejde og koordinering i forhold til kapaciteten på en række specialer. Der er indgået en aftale med Region Midtjylland på fødselsområdet, så borgere fra den sydlige del af Region Nordjylland føder i Randers.

Ekspertpanelets vurdering:

Det forekommer panelet, at der ikke er fundet en optimal plan for udnyttelsen af de relativt tæt liggende hospitaler: Himmerland (Hobro, Farsø), Randers og Viborg, hvor de to sidstnævnte ligger i Region Midtjylland. Plangrundlaget for sygehusene nær regionsgrænsen vurderes ikke at være optimalt.

5.2.5 Planlægnings- og prognosefremskrivning

Af nedenstående tabel ses regionens planlægnings- og prognosegrundlag, herunder bl.a. forventningen til udviklingen i antal indlæggelser, sengedage, ambulantly behandling mv.

Tabel 5.8: Region Nordjyllands planlægnings- og prognosegrundlag			
Regionens behovsfremskrivning	2006	2020	Pct. 06-20
Demografi (befolkningsvækst):			
Antal 0-17 år	128.871	127.744	-0,9
Antal 18-64 år	354.139	337.766	-4,6
Antal 65 år –	93.797	129.278	37,8
I alt	576.807	592.788	2,8
Areal (somatik og psykiatri)	445.000	452.000	1,6
Areal (psykiatri)	Inkl.	Inkl.	
Ambulante behandlinger (somatik)	472.436	707.884	49,8
Ambulante behandlinger (psykiatri)	55.400	87.725	58,3
Indlæggelser (somatik)	114.087	97.767	-14,3
Indlæggelser (psykiatri)	2.403	2.470	2,8
Sengedage (somatik)	519.836	369.291	-29,0
Sengedage (psykiatri)	88.704	81.300	-8,3
Antal senge (somatik)	1.619	1.425	-12,0
Antal senge (psykiatri)	277	248	-10,5
Selvforsyningsgrad	89,7	89,7	0,0

Regionen har frem til 2020 forudsat en stigning i de ambulante behandlinger på 50 pct. og en reduktion i antallet af somatiske senge på 12 pct., mens de psykiatriske senge reduceres med 10 pct. Samlet set er sygehusarealet stort set uændret.

Den demografiske udvikling i Region Nordjylland er karakteriseret ved en stigning i andelen af ældre (over 65 år) på ca. 40 pct.

Ekspertpanelets vurdering:

Panelet finder, at den af regionen forudsatte udvikling for såvel de ambulante behandlinger som for antal senge ligger tæt på panelets forventninger, jf. afsnit 4.2, dog er niveauet for reduktionen i antal senge med 12 pct. for lavt i forhold til et forudsat fald på 20 pct.

5.2.6 Produktivitetsforbedringer og driftsrationaliseringer

På driftssiden har regionen i det oprindelige udkast til sygehusplan opgjort forventede driftsøkonomiske besparelser som følge af planen på mellem 89,5 mio. kr. og 95 mio. kr. årligt, baseret på et samlet investeringsniveau på 0,7-1,5 mia. kr. og uden samlingen af Aalborg Nord og Syd. Det svarer til 1,3 pct. af det samlede sygehusbudget for regionen på knap 7 mia. kr. Regionen oplyser, at der ikke på nuværende tidspunkt er opgjort konkrete vurderinger af de mulige driftsgevinster af den nye investeringsplan, idet man afventer Danske Regioners redegørelse om emnet.

Ekspertpanelets vurdering:

Panelet har noteret sig, at der ikke på nuværende tidspunkt er gjort klare antagelser om de mulige gevinster – eller alternativt fastlagt en klar forudsætning om de driftsøkonomiske besparelser.

Panelet finder generelt, at investeringerne skal resultere i mere effektive løsninger. Med tilpasningen i dimensioneringen, jf. afsnit 4.2, tages der højde for kravet om effektive løsninger på anlægssiden. På driftssiden indstiller panelet, at der i forbindelse med det endelige tilsagn til et projekt fastsættes et konkret mål for rationaliseringsgevinsten, der skal have effekt fra ibrugtagelsen af det nye eller moderniserede byggeri, og som ligger ud over de almindelige, løbende produktivitetsforbedringer i sygehusvæsenet, jf. afsnit 4.1.

5.2.7 Større strukturelle anlægsprojekter i regionen

Regionens investeringsønsker er samlet i nedenstående tabel.

Tabel 5.9: Region Nordjyllands investeringsønsker			
Projekt	Art	Økonomi	
		Samlet inv. (mia. kr.), oplyst	Samlet inv. (mia. kr.), 08pl
Nyt sygehus Aalborg øst	Nybyggeri	7,816	7,941
Nyt sygehus Himmerland (Hobro)	Nybyggeri	1,054	1,071
Sygehus Vendsyssel/Hjørring	Om- og nybygning	0,091	0,092
Sygehus Thy-Mors/Thisted	Om- og nybygning	0,122	0,124
I alt		9,083	9,228

Note: Oplyst prisniveau 4. kvartal 2007 (indeks 118,9). Samlet investering 08pl er baseret på prisniveau 2. kvartal 2008 (indeks 120,5).

Opgørelsen udtrykker totaludgiften ekskl. moms, inkl. medicoteknisk udstyr, apparatur og inventar mv. Udgifter til byggestyring indgår dog ikke. Der er endvidere ikke angivet skøn for evt. følgeinvesteringer. Udgifterne til et nyt sygehus Aalborg Øst omfatter også flytning af akutpsykiatrien. Af oplysninger til panelet fremgår, at psykiatrien er indregnet svarende til det forholdsmæssige areal (15.000 m² af samlet 244.000 m²), hvilket modsvarer ca. 488 mio. kr. (2008-pl).

Prioritering

Regionen har ikke i screeningsmaterialet angivet nogen prioritering af projekterne. En samling af Aalborg Sygehus er tidligere fremhævet som en anlægsmæssig førsteprioritet for regionsrådet i de kommende år.

I den indsendte skønnede investeringsprofil fremgår opstart af nyt Sygehus Himmerland omkring 2012/13, mens de øvrige projekter har opstart 2009/2010.

Aalborg Sygehus

Region Nordjylland planlægger at samle de eksisterende sygehuse i Aalborg (Aalborg Syd og Aalborg Nord). Samlingen skal ifølge sygehusplanen ske ved nybyggeri i Aalborg Øst. Der påregnes et nettoarealbehov på 105.803 m². Den samlede investeringsudgift er angivet til 7,8 mia. kr. (2008-pl).

Projektets rolle i en ny sygehusstruktur – såvel regionalt som for landet som helhed

Aalborg Sygehus er forudsat fortsat at være et Universitetssygehus (knyttet til Aarhus Universitetshospital) og sygehuset vil være det faglige omdrejningspunkt i Region Nordjylland. Sundhedsstyrelsen forventer således også, at Region Nordjylland samler sine specialiserede funktioner på Aalborg Sygehus.

Mulige alternativer

Der blev i 2007 udarbejdet en analyse vedr. investeringsbehovet i forbindelse med en samling af sygehuse i Aalborg i én sammenhængende enhed af arkitektfirmaet C. F. Møller. Analysen belyste to alternativer: 1) at udbygge det eksisterende Aalborg Sygehus Syd, eller 2) at bygge et helt nyt sygehus på en "bar mark". Udgifterne ved et nybyggeri på bar mark, med et forudsat areal på 230.000 m², blev vurderet til ca. 5 mia. kr., mens en udbygning af det eksisterende sygehus Syd blev vurderet til 3,1-3,3 mia. kr., baseret på en antagelse om samme bruttoareal som

barmarksprojektet på ca. 230.000 m², heraf 134.000 m² som nybyggeri og fortsat anvendelse af knap 100.000 m² fra det eksisterende sygehus Syd. Beløbene er opgjøret ekskl. udgifter til IT/apparatur, løst inventar, p-pladser og grundkøb mv.

Af fordele ved at udbygge på eksisterende matrikel nævnes bl.a., at ca. 100.000 m² af de eksisterende bygninger (herunder det nybyggede Medicinerhus) kan genanvendes til sygehusdrift, og at der hurtigere kan etableres et akutcenter. Af ulemper nævnes, at de trafikale forhold for Aalborg Syd er uhensigtsmæssige, at udbygningen af sygehuset vil blive vanskeliggjort af sygehusets placering på en kridtbakke, dårligere logistik, samt at det vil være sværere at sikre efterfølgende fleksibilitet (f.eks. i form af mulighed for senere udbygninger) i projektet. Ekspertpanelet har dog ikke fået forelagt dokumentation for konkrete økonomiske og anlægstekniske følger af disse argumenter ved en samling på matriklen Aalborg Syd. Grovallokeringsplanen fra 2007 (C.F. Møller) viser, at den eksisterende bygningsmasse af relativ høj kvalitet kan indgå på en fornuftig måde i en ny sygehusplan.

Af fordele ved et helt nyt sygehusbyggeri nævnes bl.a., at den eksisterende drift på både Sygehus Nord og Syd kan fortsætte uhindret under hele byggeperioden med optimal logistik og funktionalitet mv. Endvidere opnås der ved nybyggeri gode trafikale forhold og en fremadrettet sikring af fleksibilitet i forhold til senere udbygning/ombygning. Af ulemper kan nævnes, at værdien af det forholdsvis nybyggede Medicinerhus på Aalborg Syd forringes.

Ekspertpanelets konklusion vedr. Aalborg Sygehus:

Ekspertpanelet vurderer, at sygehuset uanset regionsgrænser har en central placering, og panelet finder, at der er behov for at samle de nuværende funktioner på sygehusene i Syd og Nord på én matrikel. Ud over patienter fra Region Nordjylland vil også området omkring Viborg kunne 'føde' Aalborg Sygehus med patienter, der har behov for højt specialiseret behandling.

Panelet indstiller til regeringen, at en samling af funktionerne fra Aalborg Sygehus Syd og Sygehus Nord bør prioriteres. Der vurderes at være driftmæssige og fagligt synergimæssige gevinster ved at samle de nuværende sygehuse på én matrikel. Panelet vurderer i den forbindelse ikke, at argumenterne for at realisere samlingen som et barmarksprojekt i Aalborg Øst har været tilstrækkeligt stærke til at kunne begrunde en udflytning frem for en udbygning af Sygehus Syd. Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 3,2 mia. kr. til udbygning af Aalborg Syd, jf. boks 5.1.

Boks 5.1 Dimensionering og økonomi for Aalborg Sygehus (samling ved det nuværende Aalborg Syd)

Panelet har valgt at afsætte/prioritere en investeringsramme til et alternativt projekt til det af regionen fremlagte, jf. ovenfor. Den angivne investeringsramme vedrører samling af Aalborg sygehus Syd og Nord, placeret i tilknytning til placeringen for det nuværende Aalborg Syd.

Tilpasset maksimal investeringsramme: 3,2 mia. kr.

Investeringsrammen er en samlet totalramme inkl. IT/apparatur og inventar mv., universitetsarealer og regional egenfinansiering.

Grundlag:

Regionens forslag til nyt sygehus i Aalborg Øst har en dimensionering ekskl. psykiatri på 229.000 m². Vurderet efter panelets generelle tilpasningsmodel ville der isoleret set være grundlag for en tilpasning af arealet til omkring 170.000 m².

Regionen har anvendt en brutto-/nettofaktor på 2,1 mod forudsat 2,0 og en arealnorm for enestuer på 40 m² netto mod forudsat 33-35 m². I behovsfremskrivningen er forudsat en stigning i ambulante behandlinger på 50 pct., svarende til det forudsatte, men et fald i antal senge på 12 pct. mod et forudsat fald på 20 pct. Hertil kommer en generel tilpasning baseret på en væsentlig bedre kapacitetsudnyttelse end forudsat, samt usikkerheden med hensyn til de fremtidige behov, der tilsiger tilbageholdenhed i dimensioneringen mod til gengæld at bygge fleksibelt. En række af disse faktorer gælder også ved tilbygning, særligt hvis tilbygningen har

et væsentligt omfang.

Det eksisterende Aalborg Syd udgør ca. 140.000 m², heraf er ca. 65.000 m² efter det oplyste opført siden 1995. Det er tidligere vurderet, at ca. 100.000 m² af de eksisterende bygninger kan genanvendes, idet nogle kræver renovering. Det nuværende Aalborg Nord, der forudsættes nedlagt, udgør 39.500 m².

Sygehus Himmerland

Region Nordjyllands indsendte projekt vedrørende Sygehus Himmerland indebærer en samling af de to eksisterende matrikler Hobro (16.172 m²) og Farsø (18.476 m²), dvs. eksisterende areal i alt ca. 35.000 m². Terndrup blev lukket august 2008 og rehabilitering flyttet til Hobro. Sygehus Himmerland er dimensioneret til 160 senge (Farsø og Hobro har i dag tilsammen ca. 200 senge i dag, Terndrup havde 22 senge).

Prisen for et nyt Sygehus Himmerland ved Hobro anslås af regionen til godt 1 mia. kr.

Projektets rolle i en ny sygehusstruktur – såvel regionalt som for landet som helhed

Sygehus Himmerland skal ifølge sygehusplanen være et intern medicinsk lokalsygehus med elektiv/dagkirurgisk funktion samt regionens rehabiliteringsfunktioner. Der vil være mulighed for modtagelse af selekterede og visiterede akutte interne medicinske patienter på sygehuset uden om den fælles akutmodtagelse.

En samling af sygehusfunktionerne i Himmerland vil øge den faglige bæredygtighed i forhold til i dag – særligt for så vidt angår elektive kirurgiske og medicinske funktioner.

Mulige alternativer

Region Nordjylland har i forbindelse med beslutningen om at samle sygehusfunktionerne i Himmerland på én matrikel foretaget beregning af hhv. udbygning af Hobro eller Farsø Sygehus. Disse to alternativer vurderes at koste ca. 600 mio. kr., hvor udbygning af Hobro skønnes lidt mere udgiftskrævende. Ligeledes vurderer regionen, at de nuværende sengebygninger i Hobro ikke kan ombygges til enestuer inden for en rimelig økonomi.

Ekspertpanelets konklusion vedrørende Sygehus Himmerland:

Ekspertpanelet finder, at behovet for et nybygget Sygehus Himmerland placeret ved Hobro skal ses i sammenhæng med de øvrige hospitaler i området – herunder også Randers og Viborg i Region Midtjylland. Ekspertpanelet finder ikke grundlag for at nybygge et elektivt sygehus i Himmerland.

Panelet finder, at det vil være mere hensigtsmæssigt at bibeholde og evt. gennemføre en mindre udbygning af Farsø Sygehus med samtidig nedlæggelse af matriklen i Hobro. Farsø Sygehus er nyere og i bedre stand end Hobro Sygehus. Ligeledes er mulighederne for en evt. udbygning af Farsø Sygehus bedre end muligheden for en udbygning af Hobro Sygehus. Endelig vurderes den geografiske placering af mindre betydning, idet sygehuset fremover alene skal have elektive funktioner.

Sygehus Thy-Mors (Thisted) og Sygehus Vendsyssel (Hjørring)

Region Nordjylland har endelig indsendt to projekter vedrørende etablering af en fælles akutmodtagelse på hhv. Sygehus Thy-Mors (Thisted) og Sygehus Vendsyssel (Hjørring). Investeringer for disse to projekter skønnes til hhv. 122 mio. kr. og 91 mio. kr.

Ekspertpanelet finder regionens planer om at etablere fælles akutmodtagelser i Thisted (i formaliseret samarbejde med Aalborg Sygehus) og i Hjørring velbegrundet givet de geografiske forhold og regionens befolkningstæthed.

Projekterne vurderes af en størrelsesorden, som kan håndteres uden statslig involvering.

5.3 Region Midtjylland

5.3.1 Fakta om regionen

Der bor i alt 1,2 millioner mennesker i Region Midtjylland. Det svarer til knap 23 pct. af landets befolkning. Regionen dækker i alt godt 13.000 km² - eller godt 30 pct. af Danmarks samlede areal. Dermed er befolkningstætheden i regionen ca. ¼ lavere end landsgennemsnittet. Der er dog stor forskel på befolkningstætheden inden for regionen. I den vestlige del af regionen er befolkningstætheden under halvdelen af niveauet i den østlige del (59 indbyggere per kvadratkilometer i vest mod 136 indbyggere per kvadratkilometer i den østlige del).

Region Midtjylland blev 1. januar 2007 dannet ved en sammenlægning af

- Ringkøbing Amt,
- Århus amt (undtaget en del af Mariager kommune, som indgår i Region Nordjylland), svarende til at 99 pct. af indbyggerne fra Århus Amt hører under Region Midtjylland.
- En del af Vejle Amt, som deltes mellem Region Midtjylland og Region Syddanmark, svarende til at 36 pct. af indbyggerne fra Vejle amt hører under Region Midtjylland.
- En del af Viborg amt, som deltes mellem Region Midtjylland og Region Nordjylland, svarende til at 68 pct. af indbyggerne fra Viborg Amt hører under Region Midtjylland.

Tabel 5.10 Fakta om Region Midtjylland

Region Midtjylland	Regionen	Hele landet	Pct. af hele landet	Antal per 1000 indb.
Indbyggertal (1.000 pers), 1. jan. 2008	1.237	5.476	22,6	-
Samlet landareal (km ²)	13.124	43.098	30,5	10,61
Behandlede borgere (somatisk), 1.000	515,6	2.363,6	21,8	0,42
Behandlede borgere (psykiatrisk), 1.000	21,8	100,8	21,6	0,02
Antal sengepladser (somatisk og psykiatrisk - 2007)	4.037	19.086	21,2	3,26
Samlet nettoindtægter(2009, mia. kr. 09-pl)	19,8	93,8	21,1	0,02
Nettodriftsudgifter, sygehuse* (Regnskab 2007, mia. kr. 09-pl)	13,4	63,2	21,2	-
Gns. liggetid (somatisk), dage, 2006	4,1	4,2	-	-
Produktivetsniveau 2006, somatik**	103	100	-	-
*Ekskl. Fælles formål og administration				
** Pct. af landsgennemsnitlig produktivitet				
Kilde: Danmarks Statistik samt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse				

5.3.2 Samling af funktioner og specialer på færre enheder

Region Midtjylland består i dag af syv somatiske hospitalsenheder fordelt på 21 matrikler. Psykiatrien i Region Midtjylland er samlet i ni enheder fordelt på 12 matrikler.

Tabel 5.11 Region Midtjyllands fremskrivning af antal sygehusmatrikler

Antal sygehusmatrikler	2007	2013	2018
Somatik	21	18	13
Psykiatri	12	9	6

Hospitalsplanen indebærer, at aktiviteterne på regionshospitalet i Odder og Brædstrup integreres i Regionshospitalet Horsens. Matriklerne i Odder og Brædstrup lukkes ifølge regionen hurtigst muligt – der er endnu ikke fastlagt nogen dato. Aktiviteterne i Regionshospitalet i Kjel-

lerup lægges ind under regionshospitalerne i Silkeborg og Viborg, og Kjellerup sælges. Hermed vil antallet af somatiske sygehusmatrikler være reduceret til 18 i 2013.

I 2018 vil antallet af somatiske sygehusmatrikler være reduceret til 13. Det fremkommer ved, at Århus Sygehus' tre matrikler (Tage Hansens gade, P.P. Ørumsgade og Nørrebrogade) sælges og funktionerne flyttes til Skejby. Endvidere forudsættes regionshospitalerne i Herning, Holstebro og Ringkøbing at blive erstattet af nyt regionshospital i Vestjylland.

På det psykiatriske område planlægger regionen en betydelig koncentration på færre enheder. De i dag 12 matrikler forventes i 2018 at være reduceret til seks.

Hospitalsplanen for Region Midtjylland indebærer, at behandling på hovedfunktionsniveau tager udgangspunkt i de fem hospitaler, som har fælles akutmodtagelser (Randers, Viborg, Horsens, Vest og Århus) og i Regionshospitalet Silkeborg, som modtager visiterede intern medicinske patienter.

De højt specialiserede behandlinger koncentrerer på Århus Universitetshospital og på Hammel Neurocenter. Regionshospitalet Viborg har højt specialiseret funktion inden for paraplegi. Endvidere vil de fem regionshospitaler få særlige udviklingsfunktioner i samspil med universitetshospitalet i Århus.

På en række af de mindre hospitaler vil der fortsat være stationær kapacitet og ambulante funktioner.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet støtter en samling af matriklerne i Århus samt i Vestjylland. Fremadrettet finder panelet, at regionen bør overveje en yderligere reduktion i antallet af sygehusmatrikler

5.3.3 Særligt om akutområdet og den præhospitale indsats

Der sker i Region Midtjylland en reduktion i antallet af enheder, som modtager akutte patienter fra seks til fem, idet regionen planlægger fælles akutmodtagelser i Skejby, Randers, Viborg, Horsens og Gødstrup (som erstatning for Herning og Holstebro). Befolkningsunderlaget for de fælles akutmodtagelser ligger mellem 203.000 (Horsens) og 303.000 (Skejby).

Ud over de fem fælles akutmodtagelser planlægges fire såkaldte akutklinikker i Grenaa, Skive, Ringkøbing og Silkeborg (døgnåben).

Al form for behandling på hospitaler og skadeklinikker sker i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger efter lægelig visitation eller via 112-opkald. Befolkningsunderlaget for de enkelte akutmodtagelser fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 5.12 Region Midtjyllands fremskrivning af befolkningsunderlaget for de enkelte akutmodtagelser			
Akutbetjeningen i regionen	2007	2013	2018
Antal fælles akutmodtagelser	-	-	5
- befolkningsunderlag Randers	-	-	219.000
- befolkningsunderlag Viborg	-	-	228.000
- befolkningsunderlag Horsens	-	-	203.000
- befolkningsunderlag Vest	-	-	284.000
- Befolkningsunderlag Århus	-	-	303.000
Andel akut medicinske patienter indlagt uden om fælles akutmodtagelser	-	0	0
Skadestuer mv.			
Antal akutklinikker, skadestuer, skadesklinikker eller lignende. Det angives endvidere, hvorvidt der er lægebetjening, om der er åbent for selvhenvendende samt evt. åbningstid	2 psykiatriske akutklinikker (Risskov og Horsens), som begge er døgn-åbne	4 somatiske akutklinikker (Grenaa, Skive, Ringkøbing og Silkeborg), som er åbne kl. 8-22, undtaget Silkeborg, som er døgnåben. I Holstebro vil der være skadestue/akutklinik, indtil et nyt hospital er bygget. 1 psykiatrisk akutklinik i Risskov	4 somatiske akutklinikker (Grenaa, Skive, Ringkøbing og Silkeborg), som er åbne kl. 8-22, undtaget Silkeborg, som er døgnåben.
Note: Fremskrivningen er baseret på 2018-tal, hvorfor der ikke er anført tal i kolonnen for 2013.			

Præhospital indsats

I juni 2008 vedtog regionsrådet en plan for sundhedsberedskabet og det præhospitale område. Planen sætter mål for, hvordan sundhedsberedskabet skal koordineres og beskriver, hvordan de rammer, akutplanen sætter for den præhospitale indsats, skal udfyldes. Regionsrådet nedsatte i august 2008 et udvalg vedrørende udmøntningen af sundhedsberedskabs- og præhospitalsplanen. Udvalget skal fremsætte forslag senest i april 2009.

Regionen er dækket af et net af (aktuelt 34) ambulancestationer. Foruden ambulancemandskabet kan der i særlige tilfælde kaldes supplerende præhospital assistance. Formålet med de præhospitale ordninger er at bringe specialkompetencer frem til patienten – så hospitalet rykker ud til patienten – og behandlingen påbegyndes allerede på skadesstedet og ikke først, når patienten ankommer til akutmodtagelsen.

Fra de tidligere amter er der overtaget forskellige præhospitale ordninger. Målet er en fælles struktureret præhospital indsats i regionen karakteriseret ved:

Ulykke eller akut sygdom opstår:

- Tilkald af sundhedsfaglig assistance
- Førstehjælp ved lægmand (borgerens indsats)
- On-Line førstehjælp (vagtcentralen)

Alarmering og disponering:

- 112

- Vagtcentral (regional central/sundhedsfaglig rådgivning)

Indsats hos patienten og transport til hospital:

- Førstehjælp hos patienten udført af øvrige (kommunale) beredskaber (førstehjælpsenheder, hjemmeplejeordninger, andre ordninger f.eks. i tyndt befolkede områder og på øer).
- Ambulanceberedskabet
- Akutbiler, dvs. akutlægebiler og akutbiler med anæstesisygeplejersker eller paramediciner (der er 12 akutbiler i hele regionen).

Præhospital lægehelikoptertjeneste

Resumé af Sundhedsstyrelsens vejledning til regionen:

- Sundhedsstyrelsen finder det positivt, at Region Midtjyllands akutplan inddrager forhold som rekruttering, fastholdelse og uddannelse/efteruddannelse af personale samt effektivitets-betragtninger. Sundhedsstyrelsen finder det særligt interessant, at regionen har fokus på forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser og samarbejdet mellem almen praksis og sygehusvæsenet i visitationen samt betjeningen af de nære tilbud.
- Sundhedsstyrelsen er enig i regionens vurdering af, at der ikke er grundlag for modtagelse af akutte patienter i Ringkøbing og Skive.
- Sundhedsstyrelsen støtter en samling af de to vestjyske sygehuse, idet der ikke er grundlag for to fælles akutmodtagelser i Vestjylland. Indtil det nye sygehus er færdigt, forventes både Herning og Holstebro at modtage akutte patienter. Sundhedsstyrelsen har efterlyst en uddybende beskrivelse af, hvilke patientgrupper Holstebro forventes at modtage. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at Holstebro kun modtager visiterede intern medicinske patienter.
- Sundhedsstyrelsen har påpeget, at regionen bør koordinere akutberedskabet i de områder, der grænser op til de omkringliggende regioner. Det gælder særligt for planlægningen af de fælles akutmodtagelser i Randers, Viborg og Horsens, som bør koordineres mellem hhv. Region Nordjylland og Region Midtjylland.
- Sundhedsstyrelsen støtter den visiterede adgang til regionens akutfunktioner.
- Region Midtjylland planlægger kun rådighedsvagt for specialerne ortopædisk kirurgi og pædiatri i de fælles akutmodtagelser. Dette er i uoverensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefaling om tilstedeværelse af specialer.
- Sundhedsstyrelsen finder det ikke hensigtsmæssigt, at Region Midtjylland forsat planlægger, at særlige patientgrupper modtages direkte på specialafdeling uden om den fælles akutmodtagelse.
- Sundhedsstyrelsen efterlyser en uddybende beskrivelse af 'lægefagligt back-up' på regionens akutklinikker.

Det bemærkes, at Sundhedsstyrelsens rådgivning – som den er gengivet her – er baseret på det materiale, der var indsendt til Sundhedsstyrelsen inden 1. maj 2008.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet finder sammenfattende, at regionen lever op til Sundhedsstyrelsens udmeldinger på akutområdet.

5.3.4 Sammenhæng med andre regioner

Region Midtjyllands hospitalsplan skal ses i sammenhæng med planerne for naboregionerne Region Nordjylland og Region Syddanmark.

Der udarbejdes årligt benyttelsesaftaler med de to regioner. Aftalerne for 2009 er under udarbejdelse, og det forventes, at de blandt andet vil beskrive samarbejdet vedrørende kræftpatienter mellem regionerne, kørsel af traumepatienter mv. Desuden vil det blive en del af aftalerne, at Region Midtjylland fremover vil behandle egne borgere på hovedfunktionsniveau.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet finder, at der er behov for en bedre koordination med de to naboregioner. Region Midtjylland planlægger således fælles akutmodtagelser tæt på såvel grænsen til Region Nordjylland (Viborg og Randers) som på grænsen Region Syddanmark (Horsens). Særligt for så vidt angår Horsens er der grundlag for en specifik overvejelse i tæt samarbejde med Region Syddanmark om akutbetjeningen og behandling af kræftpatienter i grænseområdet mellem regionerne (Horsens, Vejle og Kolding).

5.3.5 Planlægnings- og prognosefremskrivning

Region Midtjyllands planlægnings- og prognosegrundlag fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 5.13 Region Midtjyllands planlægnings- og prognosegrundlag			
Regionens behovsfremskrivning	2007	2018	Pct. 07-18
Demografi (befolkningsvækst):			
<i>Antal 0-19 år</i>	285.281	275.926	-3,3
<i>Antal 20-64 år</i>	765.264	766.630	0,2
<i>Antal 65 år –</i>	176.883	245.073	38,6
<i>I alt</i>	1.227.428	1.287.629	4,9
Areal (somatik og psykiatri)	1.101.000	1.135.000	3,1
Areal (psykiatri)			-
Ambulante behandlinger	1.290.000	2.203.000	70,8
Ambulante behandlinger (psykiatri)	-	-	-
Indlæggelser (somatik)	224.919	249.133	10,8
Indlæggelser (psykiatri)	8.830	9.221	4,4
Sengedage (somatik)	987.512	944.773	-4,3
Sengedage (psykiatri)	167.960	159.722	-4,9
Antal senge (somatik)	3.519	3.542	0,7
Antal senge (psykiatri)	542	511	-5,7
Selvforsyningsgrad	92 pct.	94 pct.	

Regionen har frem til 2020 forudsat en stigning i de ambulante behandlinger på 71 pct., og en reduktion i antallet af somatiske senge på 5 pct., mens de psykiatriske senge reduceres med 7 pct. Samlet set forøges sygehusarealet med 3 pct.

Den demografiske udvikling i Region Midtjylland er karakteriseret ved en stigning i andelen af ældre (over 65 år) på 38 pct. I alt forventes en befolkningsvækst i regionen på knap fem pct.

Ekspertpanelets vurdering:

Det stort set uændrede antal senge er ikke i overensstemmelse med en forventet nedgang på 20 pct., mens den forudsatte udvikling i de ambulante behandlinger til gengæld ligger noget over de forventede ca. 50 pct. stigning. Det indikerer en samlet overvurdering af det fremtidige behandlingsbehov. Udviklingen i ældrebefolkningen ligger på niveau med Region Nordjylland og Region Syddanmark og kan ikke forklare forskellen.

5.3.6 Produktivitetsforbedringer og driftsrationaliseringer

På driftssiden har regionen oplyst, at der ikke på nuværende tidspunkt er opgjort konkrete vurderinger af de mulige driftsgevinster. Det skønnes dog, at der fra 2018 kan opnås en besparelse på 53 mio. kr. årligt som følge af reduktion af antal vagtlag blandt lægerne og en besparelse i tilsvarende størrelsesorden blandt plejepersonalet. Tidligere har regionen ved præsentationen af forslaget til hospitalsplan angivet en forventet driftsbesparelse på 118 mio. kr. i 2009 stigende til 171 mio. kr. årligt, når hospitalsplanen er gennemført. Et niveau på 171 mio. kr. vil svare til omkring 1,3 pct. af det samlede sygehusbudget for Region Midtjylland på ca. 13,4 mia. kr.

Ekspertpanelets vurdering:

Panelet har noteret sig, at der ikke på nuværende tidspunkt er gjort klare antagelser om de mulige gevinster – eller alternativt fastlagt en klar forudsætning herom. Det tidligere skønnede niveau vurderes i den forbindelse som meget lavt sat i forhold til, at regionen samlet set har investeringsønsker for næsten 22 mia. kr. Panelet forudsætter i den forbindelse, at de tidligere opgjorte gevinster ligger ud over det normale, årlige effektiviseringskrav på 2 pct., som regionerne skal realisere som led i økonomiaftalerne med regeringen.

Panelet finder generelt, at investeringerne skal resultere i mere effektive løsninger. Med tilpasningen i dimensioneringen, jf. afsnit 4.2, tages der højde for kravet om effektive løsninger på anlægssiden. På driftssiden indstiller panelet, at der i forbindelse med det endelige tilsagn til et projekt fastsættes et konkret mål for rationaliseringsgevinsten, der skal have effekt fra ibrugtagelsen af det nye eller moderniserede byggeri, og som ligger ud over de almindelige, løbende produktivetsforbedringer i sygehusvæsenet, jf. afsnit 4.1.

5.3.7 Større strukturelle anlægsprojekter i regionen

Regionens samlede investeringsønsker er sammenfattet i nedenstående tabel.

Tabel 5.14 Region Midtjyllands investeringsønsker				
Projekt	Art	Økonomi		
		Samlet inv. (mia. kr.), oplyst	Samlet inv. (mia. kr.), 08pl	
Det Nye Universitetshospital i Århus	Nybyggeri	9,678	9,825	
Psykiatri, Det Nye Universitetshospital i Århus	Nybyggeri	1,200	1,218	
Nyt hospital i Vestjylland (inkl. Psykiatri)	Om- og nybyggeri	5,779	5,867	
Regionshospitalet Horsens	Om- og nybyggeri	1,376	1,397	
Regionshospitalet Viborg	Om- og nybyggeri	1,664	1,68	
Regionshospitalet Randers	Om- og nybyggeri	1,567	1,59	
Øvrig psykiatri (ekskl. DNU og nyt hospital i Vestjylland)	Om- og nybyggeri	0,150	0,15	
Anlægsbehov		21,414	21,739	
<i>Fase 0-projekter vedr. Det Nye Universitetshospital i Århus, som ikke er indeholdt i anlægssummen for projektet:</i>				
Udvidelse af strålekapaciteten i forlængelse af kræftbehandlingsplanen	Nybyggeri	0,275	0,279	
Udvidelse af billeddiagnostiske funktioner	Nybyggeri	0,086	0,087	
Udflytning af cytotatika-produktionen fra Århus Sygehus	Nybyggeri	0,038	0,039	
I alt		21,813	22,144	

Note: Oplyst prisniveau 4. kvartal 2007, indeks 118,7. Samlet investering 08pl er baseret på prisniveau 2. kvartal 2008 (indeks 120,5).

Opgørelsen udtrykker totaludgiften ekskl. moms, inkl. medicoteknisk udstyr, apparatur og inventar mv., herunder entrepriseudgifter, byggestyring og projekteringsudgifter, genhusningsudgifter, veje og P-arealer.

Prioritering/tidsfølgeplan

Region Midtjylland har ikke angivet nogen prioritering af projekterne i screeningsmaterialet, men det er åbenbart, at hospitalet i Skejby har en særlig status, da arbejdet med projektet er fremskredent.

Det nye universitetshospital, Skejby

Region Midtjylland planlægger at samle de eksisterende sygehuse i Århus (beliggende på Tage Hansens Gade, P. P. Ørumsgade og Nørrebrogade) i nybyggeri i tilslutning til det eksisterende Skejby Sygehus. Der planlægges nybyggeri på knap 270.000 m². Den forudsatte investeringsudgift er på 9,8 mia. kr. (08pl), hvoraf 0,4 mia. kr. vedrører midlertidige udgifter vedrørende Århus Sygehus.

Projektets rolle i en ny sygehusstruktur – såvel regionalt som for landet som helhed

Det nye universitetshospital i Aarhus skal fremover være det faglige omdrejningspunkt i regionen og levere den højt specialiserede hospitalsbehandling til borgere i regionen og resten af landet, da hospitalet også fremover skal huse nogle af de højt specialiserede behandlinger, som alene skal varetages to steder i landet.

Mulige alternativer

Planerne for Det nye Universitetshospital i Århus adskiller sig fra de fleste af de andre anlægsprojekter, som ekspertpanelet er blevet præsenteret for, idet det tidligere amtsråd i Århus allerede i februar 2005 besluttede, at sygehusfunktionerne i Århus fremover skulle udflyttes til Skejby. Forberedelsesudvalget for Region Midtjylland tiltrådte denne beslutning i marts 2006. Panelet har konstateret, at en samling forudsætter udflytning fra de nuværende arealer i Århus by. En samling ved det nybyggede Skejby må vurderes som en hensigtsmæssig løsning med sigte på en samling.

Ekspertpanelets konklusion vedr. Det nye universitetshospital i Århus

Panelet indstiller til regeringen, at projektet bør prioriteres. Samlingen og et tilknyttet nybyggeri af arealer vurderes at kunne realisere en betydelig forbedring af patientbehandlingen og et potentiale for at opnå en væsentlig forbedring af ressourceanvendelsen. Hospitalet skal også fremover være et centralt omdrejningspunkt for Region Midtjylland og i øvrigt også for den højt specialiserede behandling i Danmark som helhed. Hospitalet har uanset regionsgrænser en central placering, og der vurderes at være driftmæssige og fagligt synergimæssige gevinster ved at samle de nuværende sygehuse på én matrikel. Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 6,35 mia. kr., jf. boks 5.2.

Boks 5.2 Dimensionering og økonomi for det nye universitetssygehus i Skejby

Oplyst dimensionering: 269.632 m².

Oplyst økonomi: 9,8 mia. kr. (prisniveau 2kv.08, indeks 120,5) – heraf knap 0,4 mia. kr. i følgeudgift vedrørende eksisterende sygehuse (akutmodtagelse og vedligeholdelse af det eksisterende Århus sygehus). Af den egentlige projektpriis på knap 9,5 mia. kr. er 8,9 mia. kr. nybyggeriprojekt og 0,6 mia. kr. ombygningsprojekt. Af nybyggeriet udgøres 0,4 mia. kr. af parkering. Det giver en nybyggeripriis ekskl. parkering på 31.250 kr./m².

Tilpasset maksimal investeringsramme: 6,35 mia. kr.

Investeringsrammen er en samlet totalramme inkl. IT/apparatur og inventar mv., universitetsarealer og regional egenfinansiering. Følgeudgifter vedr. det eksisterende Århus sygehus forudsættes besluttet og finansieret af regionen.

Grundlag:

Regionen har anvendt en brutto-/nettofaktor på 2,1 mod forudsat 2,0 og en arealnorm for enestuer på 40 m² netto mod forudsat 33-35 m². Regionen har i sin behovsfremskrivning forudsat en stigning i ambulante behandlinger på 71 pct. mod forudsat 50 pct., og en stigning i antal senge på 0,7 pct. mod et forudsat fald på 20 pct. Samlet giver det grundlag for en tilpasning af dimensioneringen med 36.000 m² (13 pct.) til 234.000 m².

Herudover er der grundlag for en generel tilpasning i dimensioneringen baseret på dels en væsentlig bedre kapacitetsudnyttelse end forudsat, dels usikkerheden med hensyn til de fremtidige behov, der tilsiger tilbageholdenhed i dimensioneringen mod til gengæld at bygge fleksibelt. Den generelle tilpasning er på 47.000 m² (20 pct.), hvilket reducerer arealet til 187.000 m².

Prisen per m² nybyggeri ansættes til 29.000 kr. for universitetssygehuse (totaludgift inkl. apparatur mv.). Det giver en nybyggeripris på godt 5,4 mia. kr., heraf knap 1,1 mia. kr. til IT/apparatur og løst inventar. Hertil lægges 0,4 mia. kr. vedr. parkering (uændret) til knap 5,9 mia. kr. Ombygningsudgiften reduceres med 20 pct. fra 0,6 mia. kr. til knap 0,5 mia. kr. Samlet totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering er 6,35 mia. kr.

Det nye hospital i Vest

Region Midtjylland planlægger endvidere at samle funktionerne i Vestjylland (Herning, Holstebro og Ringkjøbing). De eksisterende hospitaler skal nedlægges/afhændes og funktionerne skal samles i et nyt hospital (nybyggeri) i Gødstrup ved Herning.

Bruttoetagearealet vurderes til 187.000 m². Der er vurderet en anskaffelsessum på 5,8 mia. kr. Der forventes 509 ordinære senge samt 69 senge placeret i den fælles akutmodtagelse. Alle senge er placeret på ensengsstuer.

Projektets rolle i en ny sygehusstruktur – såvel regionalt som for landet som helhed

Hospitalet i Gødstrup skal have en fuldt udbygget akutmodtagelse. Hospitalet skal samle de nuværende specialer og aktiviteter fra regionshospitalerne i Herning og Holstebro, herunder psykiatrien og aktiviteterne i den nye strålesatellit under samme tag. Det nye hospital skal betjene den vestlige del af regionen (Lemvig, Struer, Holstebro, Ringkjøbing-Skjern, Herning og Ikast-Brande kommuner) på hovedfunktionsniveau og være akuthospital for 284.000 borgere.

Mulige alternativer

Ekspertpanelet har efterlyst en belysning af alternativerne for nybyggeri, herunder mulighederne for at udbygge Herning eller Holstebro frem for at bygge nyt i Gødstrup tæt ved det eksisterende hospital i Herning.

Panelet har ved sin anden rundtur i juni måned besøgt både Herning og Holstebro hospitaler og finder på det foreliggende grundlag, at en udbygning af Herning forekommer mest naturligt. Baggrunden herfor er, at der i Herning er muligheder for at udbygge hospitalet løbende ved overførelse af funktioner fra de øvrige hospitaler, og man samtidig hurtigere vil kunne høste merværdien af investeringerne. Hospitalet i Herning har grundlæggende en fornuftig logistik med relativt moderne bygninger, som er velegnet til udbygning. Desuden er der for relativt nyligt investeret betydelige beløb i strålebehandlingsapparatur. Endelig er Regionshospitalet Herning beliggende således, at det får et større naturligt optageområde, end andre hospitaler i området vil kunne opnå.

Ekspertpanelets konklusion vedr. nyt hospital i Vest (Gødstrup)

Ekspertpanelet vurderer, at en samling af hospitalerne i Vestjylland på én matrikel er en væsentlig forudsætning for at sikre den faglige bæredygtighed i den vestlige del af regionen. Panelet finder ikke på det foreliggende grundlag, at der er rationale for at realisere det påtænkte nybyggeri ved Gødstrup. Ekspertpanelet konstaterer, at hospitalet i Herning har en grundlæggende fornuftig logistik med relativt moderne bygninger, som formentlig er velegnet til udbygning. Der er for relativt nyligt investeret i nyt strålebehandlingscenter. Desuden er Regionsho-

spitalet i Herning beliggende, så det naturligt vil få et større befolkningsunderlag, end andre hospitaler i området vil kunne opnå.

Etablering af fælles akutmodtagelser i Viborg, Randers og Horsens

Der planlægges ud over ovenstående etableret yderligere tre fælles akutmodtagelser i regionen. I Viborg planlægges en udvidelse af bygningsmassen på knap 42.000 m², som forventes at udgøre en investering på 1,7 mia. kr. I Randers forudsættes nybyggeri af ca. 32.000 m², så det samlede etageareal udvides til godt 111.000 m², og der forudsættes samtidig at ske ombygning af 25.000 m². Samlet forventes dette at resultere i en investering 1,6 mia. kr. Endelig forventes Regionshospitalet Horsens udbygget med 32.000 m², og også her forventes en ombygning af yderligere 25.500 m². Samlet beløber dette sig til 1,4 mia. kr.

Projekternes rolle i en ny sygehusstruktur – såvel regionalt som for landet som helhed

Regionshospitalet Viborg skal varetage akutforpligtelsen for en befolkning på 228.000 indbyggere. Regionshospitalet skal overtage den medicinske kapacitet i Skive.

Regionshospitalet Randers skal varetage akutforpligtelsen for en befolkning på 219.000 indbyggere med udgangspunkt i Randers, Norddjurs, Syddjurs og Favrskov kommuner. Hospitalet skal i samarbejde med regionshospitalet i Horsens modtage akutte pædiatriske patienter fra Horsens, Hedensted og Odder kommuner.

Regionshospitalet Horsens skal fremover varetage akutfunktionen for en befolkning på ca. 203.000. Hospitalets optageområde omfatter Skanderborg, Hedensted, Odder og Horsens kommuner. Hospitalet forudsættes fremover at skulle varetage og udvikle funktioner inden for: Kirurgi, urologi, ortopædi, intern medicin herunder kardiologi, gynækologi herunder IVF, obstetrik og fødsler samt pædiatri (ambulant og pædiatrisk back up).

Mulige alternativer

De tre akutte modtagelser i Randers, Viborg og Horsens ligger tæt på Region Midtjyllands naboregioner. Regionshospitalet i Horsens har et befolkningsunderlag, der kun lige lever op til Sundhedsstyrelsens mindstekrav. Særligt fordi Horsens ligger tæt på grænsen til Region Syddanmark er det afgørende, at der sikres et tæt samarbejde med naboregionen, herunder at akutindtaget af kirurgiske og ortopædkirurgiske patienter på Vejle Sygehus ophører. Ligeledes har Regionshospitalet Randers et befolkningsunderlag, der kun lige opfylder Sundhedsstyrelsens minimumskrav.

Ekspertpanelets konklusion vedr. regionshospitalerne i Viborg, Randers og Horsens:

Panelet har konstateret, at Region Midtjylland planlægger at etablere fælles akutmodtagelser på tre hospitaler, der alle ligger tæt på grænsen til hhv. Region Nordjylland og Region Syddanmark. Akutmodtagelserne i Horsens og Randers har et befolkningsunderlag, der ligger lige omkring Sundhedsstyrelsens minimumsanbefaling, hvoraf et af sygehusene har forudsat optag et stykke ned i Region Syddanmark.

Ekspertpanelet har indgående drøftet problematikken vedrørende Horsens, Vejle og Kolding sygehuse, hvor der lægges op til, at Horsens (Midtjylland) og Kolding (Syddanmark) skal være akutsygehuse, mens Vejle i Region Syddanmark skal være et specialsygehus. Ekspertpanelet forudsætter i den forbindelse, at Vejle Sygehus ophører med akutindtag af kirurgiske og ortopædkirurgiske patienter.

Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at en udbygning af en fælles akutmodtagelse på Viborg Sygehus bør prioriteres, og at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 1,15 mia. kr., jf. boks 5.3.

Boks 5.3 Dimensionering og økonomi for Regionshospitalet i Viborg

Oplyst dimensionering: 42.000 m² nybyggeri (totalareal 127.667 m²).

Oplyst økonomi: 1,68 mia. kr. (priseniveau 2kv.08, indeks 120,5). Heraf vedrører knap 1,3 mia. kr. nybyggeriprojekt og 0,4 mia. kr. ombygningsprojekt. Af nybyggeriet udgøres 40 mio. kr. af parkering. Det giver en nybyggeripris ekskl. parkering på 29.500 kr./m².

Tilpasset maksimal investeringsramme: 1,15 mia. kr.

Investeringsrammen er en samlet totalramme inkl. IT/apparatur og inventar mv. og regional egenfinansiering.

Grundlag:

Regionen har anvendt en brutto-/nettofaktor på 2,1 mod forudsat 2,0 og en arealnorm for enestuer på 40 m² netto mod forudsat 33-35 m². Regionen har i sin behovsfremskrivning forudsat en stigning i ambulante behandlinger på 71 pct. mod forudsat 50 pct., og en stigning i antal senge på 0,7 pct. mod et forudsat fald på 20 pct. Samlet giver det grundlag for en tilpasning af dimensioneringen med 5.600 m² (13 pct.) til 36.400 m².

Som for de øvrige regioner vurderes der herudover grundlag for en generel tilpasning i dimensioneringen baseret på dels grundlaget for en væsentlig bedre kapacitetsudnyttelse end forudsat, dels usikkerheden med hensyn til de fremtidige behov, der tilsiger tilbageholdenhed i dimensioneringen mod til gengæld at bygge fleksibelt. Den generelle tilpasning er på 7.300 m² (20 pct.), hvilket reducerer arealet til 29.100 m².

Prisen per m² nybyggeri ansættes til 27.000 kr. (totaludgift inkl. apparatur mv.). Det giver en nybyggeripris på knap 0,8 mia. kr., heraf godt 0,1 mia. kr. til IT/apparatur og løst inventar. Hertil lægges 40 mio. kr. vedr. parkering (uændret) til samlet knap godt 0,8 mia. kr. Ombygningsudgiften reduceres med 20 pct. fra 0,4 mia. kr. til godt 0,3 mia. kr. Det giver en samlet totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering på 1,15 mia. kr.

For Horsens og Randers finder panelet ikke, at der ud fra en samlet afvejning er rationale for så betydelige investeringer som forudsat, jf. herunder befolkningsunderlaget sammenholdt med en forventet stadig øget specialisering. Udgifterne ved en efterlevelse af akutanbefalingerne vurderes af en mere begrænset størrelsesorden end af regionen anslået, og projekterne bør derfor samlet set revurderes.

Psykatri

Region Midtjylland planlægger med psykiatriplanen at samle psykiatrien på de samme fem hospitalsenheder, som fremover skal have fælles akutmodtagelser.

Som følge heraf planlægger regionen dels en flytning af psykiatrien fra Risskov til Det nye universitetshospital i Århus, som beløber sig til 1,2 mia. kr., dels en række mindre ombygninger vedrørende Regionshospitalet i Viborg, Randers og Horsens, som samlet beløber sig til 150 mio. kr.

Projekternes rolle i en ny sygehusstruktur – såvel regionalt som for landet som helhed

Region Midtjylland anfører, at en samling af psykiatrien på de fem hospitaler med fælles akut-hospitaler sikrer dels en øget specialisering, dels tættere tilknytning til og samarbejde med somatikken.

Mulige alternativer

Det bemærkes, at en flytning af psykiatrien i Risskov ikke indgik i de oprindelige planer om udbygning af Det nye universitetshospital i Århus.

Ekspertpanelets konklusion vedrørende psykiatrien

Ekspertpanelet finder det generelt fornuftigt at samle den psykiatriske behandling på færre enheder og i den forbindelse at sikre et tættere samarbejde med somatikken. Ekspertpanelet finder dog, at flytningen af Risskov til Det nye universitetshospital i Skejby bør revurderes senere, således at der først sker en realisering af flytningen af somatikken. Øvrige projekter er af en

størrelsesorden, som bør indgå i en almindelig prioriteringsproces i forhold til regionens almindelige anlægsramme, dvs. uden statslig involvering.

5.4 Region Syddanmark

5.4.1 Fakta om regionen

Der er knap 1,2 mio. indbyggere i Region Syddanmark. Det svarer til lidt under 22 pct. af landets befolkning. Regionen dækker godt 12.000 km² - eller ca. 28 pct. af Danmarks samlede areal. Dermed er befolkningstætheden omkring niveauet for Region Midtjylland.

Region Syddanmark består af 22 kommuner og dækker det tidligere Fyns Amt, Ribe Amt, Sønderjyllands Amt samt dele af Vejle Amt.

Region Syddanmark	Regionen	Hele landet	Pct. af hele landet	Antal per 1000 indb.
Indbyggertal (1.000 pers), 1. jan. 2008	1.195	5.476	21,8	-
Samlet landareal (km ²)	12.206	43.098	28,3	10,22
Behandlede borgere (somatisk), 1.000	552,6	2.363,6	23,4	0,46
Behandlede borgere (psykiatrisk), 1.000	25,1	100,8	24,9	0,02
Antal sengepladser (somatisk og psykiatrisk - 2007)	3.708	19.086	19,4	3,10
Samlet nettoindtægter(2009, mia. kr. 09-pl)	20,2	94	21,5	0,02
Nettodriftsudgifter, sygehuse* (Regnskab 2007, mia. kr. 09-pl)	13,4	63,2	21,2	-
Gns. liggetid (somatisk), dage, 2006	4,1	4,2	-	-
Produktivitetsniveau 2006, somatik**	104	100	-	-
*Ekskl. Fælles formål og administration				
** Pct. af landsgennemsnitlig produktivitet				
Kilde: Danmarks Statistik samt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse				

5.4.2 Samling af funktioner og specialer på færre enheder

Regionens sygehusvæsen består i dag af fire sygehusenheder med 19 underliggende matrikler. Med forslaget til ny plan reduceres antallet af matrikler til 14 i 2018.⁶ Haderslev, Brørup, Varde, Ringe og Faaborg lukkes. Varde og Brørup lukkes i 2009/2010, Faaborg i 2013 – mens de øvrige lukninger først er forudsat at ske fra 2017 og frem. Der er endnu ikke taget stilling til, om Fredericia Sygehus lukkes eller fastholdes som sammedagssygehus. Det samlede somatiske etageareal øges med ca. 64.000 m² svarende til ca. 8 pct. (hertil skal tillægges 40.000 m² til p-hus). Arealet til psykiatri vil være stort set uændret.

Antal sygehusmatrikler	2006	2018
Somatik	19 ¹⁾	14
Psykiatri	9 ²⁾	6
¹⁾ Sønderborg, Åbenrå, Tønder, Haderslev, Esbjerg, Grindsted, Brørup, Varde, Give, Vejle, Fredericia, Kolding, Middelfart, Odense, Nyborg, Ringe, Faaborg, Svendborg, Ærø.		
²⁾ Esbjerg, Hviding, Vejle, Middelfart, Kolding, Haderslev, Augustenborg, Odense, Svendborg.		

⁶ Regionsrådet har endnu ikke taget stilling til, om Fredericia Sygehus skal lukkes eller fortsætte som sammedagssygehus.

Strukturplanen bygger på fem udbyggede akutmodtagelser i Aabenraa, Esbjerg, Kolding, Odense og Svendborg. Herudover bliver der tre specialsygehuse i Grindsted, Sønderborg, og Vejle, to til tre sammedagssygehuse i Tønder, Nyborg og evt. Fredericia, en friklinisk i Give, et rygcenter i Middelfart og endelig et ø-sygehus på Ærø.

Antallet af matrikler med akutmodtagelse er i dag 14. Det tal reduceres til de fem fælles akutmodtagelser fra 2018. Herudover vil der være modtagelse af akutte visiterede medicinske patienter uden om fælles akutmodtagelse i Grindsted, Vejle og Sønderborg. Endvidere vil der være en skadestuefunktion, ud over de fem fælles akutmodtagelsesenheder, på Sønderborg Sygehus og Vejle Sygehus. Hertil kommer fire sygeplejebemandede skadesklinikker med dag/aftenåbent (Tønder, Grindsted, Fredericia og Middelfart), samt ø-beredskab på Ærø.

Psykiatri

Psykiatrien er fra 2008 samlet under én driftsorganisation. Der etableres fire geografiske hovedfunktionsområder i psykiatrien med ambulante og stationære behandlinger for alle patientgrupper. I hvert hovedfunktionsområde skal der etableres en række lokalpsykiatriske centre, som bliver indgangen til al behandling i almenpsykiatrien. Der planlægges ungdomspsykiatriske, almenpsykiatriske og gerontopsykiatriske døgnfunktioner i Vejle, Aabenraa, Esbjerg og Odense. Herudover bliver der almenpsykiatriske døgnfunktioner i Middelfart og Svendborg. Skadestuerne i Odense og Esbjerg videreføres, og der etableres en skadestuefunktion i henholdsvis Vejle og Aabenraa. Retspsykiatrien placeres i Middelfart.

Med psykiatriplanen reduceres antallet af matrikler fra ni til otte i 2013, der forudsættes reduceret yderligere til seks fra 2018. Hviding, Kolding, Haderslev og Augustenborg lukker på sigt. Det eksisterende sygehus i Aabenraa udbygges til somatik, og der nybygges til psykiatri i tilknytning hertil.

Specialefordeling

Regionen lægger op til samling af en række specialer. For nogle specialer afventes Sundhedsstyrelsens speciale gennemgang.

Odense Universitetshospital (OUH) er det faglige omdrejningspunkt i regionen, og den højt specialiserede behandling i regionen samles her. Endvidere forventer regionen, at Vejle Sygehus bliver Region Syddanmarks specialsygehus med udredning og behandling af kræft. Sundhedsstyrelsen støtter denne beslutning, men forudsætter, at det også fremover skal være OUH, der varetager den højt specialiserede kræftbehandling i regionen.

Sundhedsstyrelsen finder generelt, at der bør ske en større samling af specialer og sygehusfunktioner i Region Syddanmark og anfører, at der for en række specialer planlægges en større spredning end den sundhedsfagligt anbefalede.

Sundhedsstyrelsen bemærker i øvrigt, at et samarbejde med det nordlige Tyskland kan få betydning for placeringen af funktioner, herunder specialfunktioner, i den øvrige del af Region Syddanmark. Det er vigtigt, at befolkningsunderlaget ikke udhules.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet støtter en samling af matriklerne i Sønderjylland. Det forekommer dog panelet, at en yderligere reduktion i antallet af matrikler i regionen vil kunne styrke den faglige bæredygtighed. Ekspertpanelet bemærker endvidere, at Sundhedsstyrelsen i sin rådgivning til Region Syddanmarks implementeringsplan anfører, at regionen på en række specialer planlægger en større spredning end den sundhedsfagligt anbefalede.

5.4.3 Særligt om akutområdet og præhospital indsats

Som nævnt planlægger Region Syddanmark at etablere fem fælles akutmodtagelsesenheder i Aabenraa, Esbjerg, Kolding, Odense og Svendborg. Befolkningsunderlaget for de enkelte akutmodtagelser fremgår af nedenstående tabel:

Tabel 5.17 Region Syddanmarks fremskrivning af befolkningsunderlaget for de enkelte akutmodtagelser			
Akutbetjeningen i regionen	2006	2013	2018
Antal fælles akutmodtagelser	0 (7)	5	5
- befolkningsunderlag modtagelse <i>Odense Sygehus</i>	-	230.000	230.000
- befolkningsunderlag modtagelse <i>Esbjerg</i>	-	220.000	220.000
- befolkningsunderlag modtagelse <i>Kolding</i>	-	300.000	300.000
- befolkningsunderlag modtagelse <i>Svendborg</i>	-	200.000	200.000
- befolkningsunderlag modtagelse <i>Aabenraa</i>	-	230.000	230.000
Andel akut medicinske patienter indlagt uden om fælles akutmodtagelser	-	35 pct.	18 pct.
Skadestuer mv.			
Antal akutklinikker, skadestuer, skadesklinikker eller lignende (inkl. ø-beredskab).	(14)	13	12

Note: Fremskrivningen er baseret på 2013-tal.

Befolkningsunderlaget for Svendborg Sygehus ligger lige på minimumsniveauet, mens Odense og Esbjerg er på hhv. 230.000 og 220.000 indbyggere. Baggrunden for befolkningsunderlaget i Odense er bl.a., at underlaget for Odense er reduceret, for at underlaget for Svendborg kan nå op på minimumsniveauet.

Sundhedsstyrelsen finder, at den påtænkte løsning med deling af akutte patienter (omkring 25 pct. af indbyggerne i Odense) mellem Odense og Svendborg er problematisk. Det udhuler grundlaget for Odense og betyder længere transporttid, da akutte patienter på Midtjylland samt i dele af Odense ikke køres til nærmeste akutsygehus.

Der bibeholdes – ud over de fem fælles akutmodtagelser – en skadestuefunktion på Vejle Sygehus og Sønderborg Sygehus. Skadestuen på Vejle Sygehus vil være døgnåben og lægebetjent, og via den vil de fleste ortopædkirurgiske patienter fortsat blive indlagt på sygehuset, dog ikke patienter med alvorlige traumer. På lang sigt vil der ikke blive indlagt akutte ortopædkirurgiske patienter på Vejle Sygehus, og der skal tages stilling til, hvordan den lægelige betjening af skadestuefunktionen skal tilrettelægges. Skadesklinikken på Sønderborg Sygehus er bemannet med særligt uddannede sygeplejersker. Denne fortsætter døgn dækket og etableres om muligt i forbindelse med sygehusets medicinske modtagelse. Der sikres lægelig back-up til skadestuefunktionen.

Hertil kommer fem skadesklinikker med dag/aftenåbent, reduceret til fire fra 2018 – samt ø-beredskab på Ærø. Dvs. bevægelsen er fra 13 skadestuer/skadesklinikker til fem fælles akutmodtagelser, to skadestuefunktioner og fire skadesklinikker.

I 2018 vil antallet af matrikler, der huser medicinske lokalsygehusfunktioner være reduceret til tre (Grindsted, Vejle og Sønderborg), og det vurderes, at omkring 18 pct. af de akutte intern medicinske patienter vil kunne visiteres via en fælles akutmodtagelse til indlæggelse på disse matrikler.

Sundhedsstyrelsen har konstateret, at regionen planlægger tilstedeværelsen af de anbefalede specialer og faciliteter.

Sundhedsstyrelsen bemærker imidlertid samtidig, at Region Syddanmark planlægger uvisiteret adgang til de fælles akutmodtagelser, hvilket er i uoverensstemmelse med anbefalingerne.

Præhospital indsats

Regionen har igangsat en udbygning af den præhospitale indsats. Udbygningen skal ses i sammenhæng med ændringerne i sygehusstrukturen og forventes at skulle finansieres via omlægningerne. Regionen oplyser, at udbygningen afventer ambulanceudbudet, der betyder, at en ny aftale vedr. ambulancer, liggende patientbefordring og drift af vagtcentral træder i kraft i 2009. Udbudsmaterialet er udarbejdet ud fra den præmis, at det laveste udbudte serviceniveau mindst skal svare til det serviceniveau, der findes i Region Syddanmark i dag. Udbygningen af den præhospitale indsats gennemføres i perioden 2009-2011 i tre etaper:

Første etape 2009: Der oprettes en døgndækkende lægebil i Esbjerg og ambulancelægebilen i Esbjerg nedlægges (har været tilmeldt ca. 50 pct. af tiden). Lægebilen i Svendborg gøres døgndækkende, og der oprettes døgndækkende akutbiler i Skærbæk og Faaborg (bemandet med paramedicinere).

Anden etape 2010: Der oprettes en døgndækkende akutbil i Rødding, samtidig med, at ambulancelægebilen, som har kørt ud fra lægehuset i Rødding i praksistiden, nedlægges. Endvidere oprettes en døgndækkende akutbil i Grindsted bemandet med paramedicinere. Akutbilen i Rudkøbing bemandses med paramedicinere i stedet for ambulancebehandler.

Tredje etape 2011: Akutbilen i Haderslev og Sønderborg gøres døgndækkende.

Der arbejdes desuden med yderligere udrednings- og planlægningsarbejde på det præhospitale område, og der forventes yderligere elementer implementeret sideløbende med ovennævnte tiltag.

Der etableres en vagtcentral på OUH, og driften heraf er i øjeblikket i udbud. AMK (Akut Medicinsk Koordination) for Region Syddanmark placeres sammen med vagtcentralen fra 2009, og træder til i tilfælde af katastrofer med 10 eller flere tilskadedkomne.

Endelig understreger regionen, at der i grænseområderne til Region Midtjylland, Region Sjælland og Tyskland bør være en lige så god præhospital indsats som i resten af regionen. Der samarbejdes med Region Midtjylland og Region Sjælland om at indsætte lægebiler, ambulancer og akutbiler uafhængigt af regionsgrænsen. Der er også aftaler med tyske præhospitale leverandører om indsats af tyske ambulancer, lægebiler, lægehelikopter på tværs af grænsen samt om koordination af akutmodtagelse i katastrofesituationer.

De mindre øer uden broforbindelse udgør en speciel problemstilling i den præhospitale indsats. På de to største øer uden broforbindelse, Ærø og Fanø, er der ambulancetjeneste. Der er aftaler med færgeselskaberne om særsejladser ved behov for overførsel af kritisk syge patienter til fastlandet. Endvidere er der vedtaget et tilbud om førstehjælperudstyr og -uddannelse til frivillige på mindre, ikke landfaste småøer. Endelig gør regionen brug af forsvarets redningshelikoptere

og lægehelikopteren i Niebøll (Tyskland), når der er behov for akut overførsel af patienter fra øer til sygehusbehandling.

Resumé af Sundhedsstyrelsens rådgivning til regionen:

- Region Syddanmark planlægger en udveksling af akutte patienter mellem Svendborg Sygehus og Odense Universitetshospital. Dette sker for at sikre et tilstrækkeligt befolkningsunderlag for Svendborg. Sundhedsstyrelsen finder denne løsning problematisk, idet Odense således vil få et mindre befolkningsunderlag, hvilket kan have betydning for opretholdelsen af de højt specialiserede akutte funktioner på traumecentret. Derudover finder Sundhedsstyrelsen det vigtigt, at regionen sikrer, at tilstanden hos de akutte patienter – der køres fra Odense til Svendborg – tillader en længere transporttid. Endelig gør Sundhedsstyrelsen opmærksom på, at patienter kan anvende det frie sygehusvalg (på nær ved 112 opkald og lign.).
- Region Syddanmark planlægger uvisiteret adgang til skadestuer og skadepoliklinikker. Dette er i uoverensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.
- I Region Syddanmarks forslag til akut- og sygehusplan fremgik det, at Vejle Sygehus skulle modtage visiterede intern medicinske patienter. Af den politisk vedtagne plan fremgår det imidlertid, at Vejle ligeledes skal modtage akutte kirurgiske og ortopædisk kirurgiske patienter. Sundhedsstyrelsen efterspørger derfor en nærmere beskrivelse af akutfunktionen på Vejle Sygehus.
- Sundhedsstyrelsen har efterlyst en uddybende beskrivelse af organiseringen af de nære tilbud i Region Syddanmark.
- Sundhedsstyrelsen støtter generelt, at Vejle Sygehus bliver Region Syddanmarks specialsygehus med udredning og behandling af kræft som hovedopgave. Det forventes imidlertid, at Odense Universitetshospital forsat varetager den højt specialiserede kræftbehandling i regionen.

Det bemærkes, at Sundhedsstyrelsens rådgivning – som den er gengivet her – er baseret på det materiale, der var indsendt til Sundhedsstyrelsen inden 1. maj 2008.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet finder sammenfattende, at det er problematisk, at Region Syddanmarks akutplan på en række punkter afviger fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet. Bl.a. bemærker ekspertpanelet, at befolkningsunderlaget for den fælles akutmodtagelse på Svendborg Sygehus, som er på 200.000 indbyggere, forudsætter, at der sker en deling af akutte patienter mellem Odense og Svendborg, hvor godt 25 pct. af patienterne i Odense forventes at benytte akutmodtagelsen i Svendborg. Ekspertpanelet har noteret sig, at Sundhedsstyrelsen finder denne deling af patienter problematisk, fordi den kan medvirke til at udhule patientgrundlaget for Odense Universitetshospital, og fordi en stor andel patienter får en længere transporttid alene for at sikre et befolkningsunderlag på 200.000 i Svendborg.

Det er ekspertpanelets vurdering, at der ikke er grundlag for at etablere en fælles akutmodtagelse i Svendborg. Konstruktionen med et optageområde langt inde i Odense Kommune vurderes ikke farbar og vil under alle omstændigheder kunne udhule grundlaget for Odense Universitetshospital. Dette vil betyde, at den fælles akutmodtagelse i Kolding samtidig skal modtage en større andel af befolkningen fra det vestlige Fyn.

5.4.4 Sammenhæng med andre regioner

Regionen finder, at der er taget højde for planlægningen i Region Midtjylland i og med, at akutfunktionerne i Region Midtjylland placeres i Horsens, mens akutfunktionen i Region Syddanmark placeres i Kolding, og Vejle Sygehus får status som specialsygehus med fokus på kræftområdet.

Region Syddanmark har indledt drøftelser med Region Midtjylland om muligheden for en samarbejdsaftale. En aftale forventes primært at omhandle kræftbehandling af borgere fra Midtjylland på Vejle Sygehus, og akutbetjening af den nordlige del af Vejle Kommune på Regionshospitalet i Horsens.

Der forfølges generelt en strategi om, at regionens behandlingstilbud på egne sygehuse så vidt muligt skal dække efterspørgslen, hvilket bl.a. indebærer, at det gradvist søges at udvide kapaciteten på Odense Universitetshospital og dermed danne grundlag for at hjemtage flere funktioner, som aktuelt varetages af andre universitetssygehuse.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet finder, at der kan være et problem vedrørende sygehusene i Horsens, Vejle og Kolding og den samlede akutbetjening i området. Der vurderes under alle omstændigheder at være behov for et tæt samarbejde om behandling af kræftpatienter samt behov for en afklaring af Vejle Sygehus' fremtidige funktion, specielt med hensyn til akutindtag. Ekspertpanelet forudsætter i den forbindelse, at Vejle Sygehus fremover ophører med akutindtag af kirurgiske og ortopædkirurgiske patienter.

5.4.5 Planlægnings- og prognosefremskrivning

Regionens planlægnings- og prognosefremskrivning er sammenfattet i nedenstående tabel.

Tabel 5.18 Region Syddanmarks planlægnings- og prognosegrundlag			
Regionens behovsfremskrivning	2006	2020	Pct. 06-20
Demografi (befolkningsvækst):			
Antal 0-19 år	299.615	277.205	-0,9
Antal 20-64 år	697.873	673.408	-4,6
Antal 65 år –	192.329	267.690	37,8
I alt	1.189.817	1.218.363	2,4
Areal (somatik)*	844.510	908.273	7,55
Areal (psykiatri)	114.438	115.000	0,5
Ambulante behandlinger (somatik)	1.361.567	2.643.653	94,2
Ambulante behandlinger (psykiatri)	179.076	203.914	13,9
Indlæggelser (somatik)	230.708	271.479	17,7
Indlæggelser (psykiatri)	8.546	9.830	15,0
Sengedage (somatik)	950.732	918.751	-3,4
Sengedage (psykiatri)	193.729	195.500	0,9
Antal senge (somatik)	3.183	2.948	-7,4
Antal senge (psykiatri)	585	609	4,1
Selvforsyningsgrad	93	93	0,0
*arealerne er ekskl. 40.000 m ² til p-hus (i Odense og Esbjerg)			

Regionen har frem til 2020 forudsat en stigning i de ambulante behandlinger på 85 pct., (somatik og psykiatri under ét) og en reduktion i antallet af somatiske senge på 7 pct., mens de psykiatriske senge forøges med 4 pct. Sygehusarealet forøges med ca. 7 pct. Den demografiske udvikling i Region Syddanmark er karakteriseret ved en stigning i andelen af ældre (over 65 år) på 38 pct. I alt forventes en befolkningsvækst i regionen på godt to pct.

Ekspertpanelets vurdering:

Panelet vurderer, at det forudsatte fald i antal senge ligger for lavt i forhold til en forventet nedgang på ca. 20 pct., mens den forudsatte udvikling i de ambulante behandlinger til gengæld ligger langt over den forventede stigning på omkring 50 pct. Det indikerer en samlet overvurdering af det fremtidige behandlingsbehov. Udviklingen i ældrebefolkningen ligger på niveau med

Nordjylland og Midtjylland og kan ikke forklare forskellen. Der vurderes ikke at være grundlag for et øget sygehusareal.

5.4.6 Produktivitetsforbedringer og driftsrationaliseringer

På driftssiden har regionen oplyst, at man på nuværende tidspunkt skønner, at regionen som følge af færre døgnberedskaber vil kunne opnå en besparelse på 50 mio. kr. årligt fra 2013 og frem. Hertil kommer en besparelse på bygningsdrift (bl.a. varmekonsum) på 70 mio. kr. årligt fra 2020 samt effektiviseringer som følge af bedre logistik på ca. 25 mio. kr. årligt. Et samlet niveau på 145 mio. kr. vil svare til omkring 1 pct. af det samlede sygehusbudget for Region Syddanmark på ca. 14 mia. kr.

Ekspertpanelets vurdering:

Panelet finder det er positivt, at der er opgjort en forventet størrelsesorden af rationaliseringsgevinsterne. Panelet finder dog, at niveauet ligger lavt i forhold til, at regionen samlet har investeringsønsker for mere end 15 mia. kr. Panelet forudsætter i den forbindelse, at de opgjorte gevinster ligger ud over det normale, årlige effektiviseringskrav på 2 pct., som regionerne skal realisere som led i økonomiaftalerne med regeringen.

Panelet finder generelt, at investeringerne skal medvirke til mere effektive løsninger. Med tilpasningen i dimensioneringen, jf. afsnit 4.2, tages der højde for kravet om effektive løsninger på anlægssiden. På driftssiden indstiller panelet, at der i forbindelse med det endelige tilsagn til et projekt fastsættes et konkret mål for rationaliseringsgevinsten, der skal have effekt fra ibrugtagelsen af det nye eller moderniserede byggeri, og som ligger ud over de almindelige, løbende produktivitetsforbedringer i sygehusvæsenet, jf. afsnit 4.1.

5.4.7 Større strukturelle anlægsprojekter i regionen

Regionens investeringsønsker er sammenfattet i nedenstående tabel.

Tabel 5.19 Region Syddanmarks investeringsønsker			
Projekt	Art	Økonomi	
		Samlet inv. (mia. kr.), oplyst	Samlet inv. (mia. kr.), 08pl
Nyt universitetshospital i Odense	Nybyggeri	7,986	7,882
Psykiatri i tilknytning til nyt universitetshospital	Nybyggeri	0,500	0,494
Ombygning af Aabenraa ¹⁾	Nybyggeri	2,479	2,447
Ombygning Svendborg	Om- og nybyggeri	0,565	0,558
Ombygning Esbjerg ¹⁾	Om- og nybyggeri	0,832	0,821
Ombygning Kolding ¹⁾	Om- og nybyggeri	1,119	1,104
Samling og udbygn. af retspsykiatrien, Middelfart	Om- og nybyggeri	0,188	0,186
Samling af psykiatriske døgnfunktioner, Esbjerg	Om- og nybyggeri	0,170	0,168
Samling af psykiatriske døgnfunktioner, Vejle	Nybyggeri	0,448	0,442
Samling af psykiatriske døgnfunktioner, Aabenraa ¹⁾	Om- og nybyggeri	0,366	0,361
I alt		14,653	14,463

¹⁾ Investeringsprojekterne afspejler de ændringer, som følger af regionsrådets beslutninger den 29. september 2008.

Note: Oplyst prisniveau ved indeks 121,8. Samlet investering 08pl er baseret på prisniveau 2. kvartal 2008 (indeks 120,5).

Opgørelsen udtrykker totaludgiften ekskl. moms, inkl. medicoteknisk udstyr, apparatur og inventar. Udgiften til kælder afholdes inden for investeringsrammen. Udgifter til parkering og teknikarealer indgår samt grundkøbsudgifter til nyt universitetshospital.

Prioritering

Regionen oplyser, at det - bortset fra at bygning af et nyt universitetshospital har høj prioritet - ikke er muligt at angive en prioritering af de somatiske projekter, men henviser til investeringsoversigten. Af investeringsoversigten fremgår det, at Odense Universitetshospitals (OUH) akutmodtagelse forventes påbegyndt i 2009, det øvrige OUH samt Esbjerg og Kolding fra 2010 og Sønderjylland fra 2011.

Af psykiatriplanen fremgår, at Middelfart bør igangsættes først, da det mest akutte kapacitetsproblem er flere retspsykiatriske senge. Esbjerg-projektet muliggør – sammen med Middelfart-projektet – at matriklen i Hviding kan rømmes, hvorfor det tidsmæssigt prioriteres på linje med Middelfart-projektet. Herudover prioriteres samlingen i Vejle forud for Aabenraa, fordi der her er behov for et løft i bygningsstandarden, mens Haderslev og Augustenborg i dag lever op til god psykiatrisk bygningsstandard. Samlingen i Odense må ses i sammenhæng med prioriteringen af det samlede OUH-projekt.

Odense Universitetshospital

Region Syddanmark planlægger at nedlægge det nuværende Odense Universitetshospital og erstatte det af nybyggeri tæt ved motorvejen. Nybyggeriets bruttoetageareal er på ca. 310.000 m², hvilket giver et merareal på 58.000 m² eller ca. 23 pct. Der er angivet en samlet investeringsudgift på knap 8 mia. kr. inkl. apparatur. Det forudsættes, at alle senge i det nye hospital vil være placeret i ensengsstuer.

Projektets rolle i en ny sygehusstruktur – såvel regionalt som for landet som helhed

Odense Universitetshospital skal også fremover være det faglige omdrejningspunkt og levere den højt specialiserede hospitalsbehandling til borgere i regionen.

Mulige alternativer

Regionen har tidligere overvejet at udbygge Odense Universitetshospital på den eksisterende matrikel. Regionens argument for at bygge et helt nyt hospital på bar mark tæt ved motorvejen og i tilknytning til universitetet er bl.a. et bedre samarbejde med universitetet. Et yderligere argument er, at det nuværende universitetshospital kan fortsætte uhindret i byggeperioden. Endelig er dele af det nuværende universitetshospital (bl.a. det store sengetårn) utidssvarende, og bygningen er svær at ændre på.

Ekspertpanelets konklusion vedr. Odense Universitetshospital

Panelet finder, at Odense Universitetshospital bør prioriteres. Der vurderes at være et behov for mere tidssvarende fysiske rammer, der bringer sygehuset op på et moderne niveau. Sygehuset har uanset regionsgrænser en central placering. Da en høj andel af den eksisterende bygningsmasse trænger til at blive udskiftet for at opnå en bedre logistik, finder ekspertpanelet, at der er grundlag for at etablere et helt nyt hospital tæt ved motorvejen. Der er i planlægningsgrundlaget overvejelser mellem Syddansk Universitet og regionen om at flytte det sundhedsvidenskabelige fakultet med ud. Ekspertpanelet finder, at det bør være en forudsætning for tildeling af midler til et nyt Odense Universitetshospital, at regionens planer om at etablere en fælles akutmodtagelse i Svendborg opgives, så det sikres, at Odense Universitetshospital får et større befolkningsunderlag. Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 6,3 mia. kr., jf. boks 5.4.

Boks 5.4 Dimensionering og økonomi for nyt universitetshospital i Odense

Oplyst dimensionering: 285.284 m² (ekskl. 25.000 m² parkering i bygning).
Oplyst økonomi: 7,9 mia. kr. (prisniveau 2kv.08, indeks 120,5). Heri indgår ikke udgifter vedrørende midlertidig akutombygning mv. på det eksisterende OUH. Hele beløbet vedrører nybyggeri. Af nybyggeriet udgøres knap 0,2 mia. kr. af parkering. Det giver en nybyggeripris ekskl. parkering på 27.000 kr./m².

Tilpasset maksimal investeringsramme: 6,3 mia. kr.

Investeringsrammen er en samlet totalramme inkl. IT/apparatur og inventar mv., universitetsarealer og regional egenfinansiering. Følgeudgifter vedr. det eksisterende OUH forudsættes besluttet og finansieret af regionen.

Grundlag:

Regionen har anvendt en brutto-/nettofaktor på 2,0 og en arealnorm for enestuer på 35 m² netto, svarende til de forudsatte niveauer. Regionen har i sin behovsfremskrivning forudsat en stigning i ambulante behandlinger på 94 pct. mod forudsat 50 pct., og et fald i antal senge på 7,4 pct. mod forudsat 20 pct. Samlet giver det grundlag for en tilpasning af dimensioneringen med 20.600 m² (7 pct.) til 265.000 m².

Herudover er der grundlag for en generel tilpasning i dimensioneringen baseret på dels en væsentlig bedre kapacitetsudnyttelse end forudsat, dels usikkerheden med hensyn til de fremtidige behov, der tilsiger tilbageholdenhed i dimensioneringen mod til gengæld at bygge fleksibelt. Den generelle tilpasning er på 53.000 m² (20 pct.), hvilket reducerer arealet til 212.000 m².

Prisen per m² nybyggeri ansættes til 29.000 kr. for universitetssygehuse (totaludgift inkl. apparatur mv.). Det giver en nybyggeripris på godt 6,1 mia. kr., heraf godt 1,2 mia. kr. til IT/apparatur og løst inventar. Hertil lægges knap 0,2 mia. kr. vedr. parkering (uændret). Samlet totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering er 6,3 mia. kr.

Det nye hospital i Sønderjylland (Aabenraa)

Region Syddanmark indsendte i forbindelse med screeningen i august 2008 forslag om at samle funktionerne i Sønderjylland (Sønderborg, Aabenraa og Haderslev) i et nyopført sygehus i Gråsten. I planerne lå, at Sønderborg og Haderslev sygehuse skulle nedlægges, når det nye hospital er opført, mens det nuværende Aabenraa skulle omdannes til psykiatrisk hospital.

Regionsrådet i Region Syddanmark omgjorde imidlertid denne beslutning den 29. september 2008, og indsendte derfor reviderede planer til ekspertpanelet den 3. oktober 2008. Forslaget går ud på at udbygge det nuværende Aabenraa Sygehus inkl. psykiatri, mens man samtidigt bibeholder og moderniserer dele af det nuværende Sønderborg Sygehus.

Ekspertpanelet finder, at en udbygning af Aabenraa Sygehus vil sikre et større befolkningsunderlag og have en bedre forudsætning for at kunne opretholde en faglig bæredygtighed end det oprindeligt indsendte projekt om nybyggeri i Gråsten. Ekspertpanelet har modtaget oplysninger som følge af den reviderede beslutning meget sent i processen (i oktober 2008) og finder ikke, at det nye projekt kan prioriteres på det foreliggende grundlag. Projektet og den samlede løsning for hele Sønderjylland, inkl. beslutningen om at videreføre Sønderborg, bør overvejes nærmere.

Etablering af fælles akutmodtagelser i Svendborg, Esbjerg og Kolding

Region Syddanmark planlægger herudover at etablere fælles akutmodtagelser i Svendborg, Kolding og Esbjerg. I Svendborg planlægges såvel nybyggeri som ombygning, og anlægsinvesteringen forventes at udgøre 558 mio. kr. Ligeledes planlægges både nybyggeri og ombygning af Esbjerg Sygehus, og her skønnes anlægsudgifterne til 821 mio. kr. Endelig planlægges også ny- og ombygning af Kolding Sygehus, hvilket skønnes at udgøre 1.104 mio. kr.

Projekternes rolle i en ny sygehusstruktur – såvel regionalt som for landet som helhed

Svendborg Sygehus forudsættes at skulle varetage akutforpligtelsen for en befolkning på 200.000 indbyggere. Befolkningsunderlaget på 200.000 indbyggere forudsætter, at 27 pct. af indbyggerne i Odense Kommune benytter den fælles akutmodtagelse i Svendborg.

Esbjerg Sygehus skal varetage akutforpligtelsen for en befolkning på ca. 220.000 indbyggere i Vest- og Sydjylland.

Endelig skal Kolding Sygehus fremover varetage akutfunktionen for en befolkning på ca. 300.000.

Ekspertpanelets konklusion vedr. akutmodtagelserne i Svendborg, Esbjerg og Kolding: Panelet finder ikke grundlag for at etablere en fælles akutmodtagelse på Svendborg Sygehus. Konstruktionen med et optageområde langt inde i Odense Kommune vurderes ikke farbar og vil under alle omstændigheder kunne udhule grundlaget for Odense Universitetshospital. Panelet finder, at der i stedet bør etableres en betryggende præhospital struktur.

Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at etablering af en fælles akutmodtagelse på Kolding Sygehus bør prioriteres, og at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 0,9 mia. kr. Heri indgår, at dimensioneringen af Kolding-projektet er reduceret af regionen som konsekvens af den nye beslutning vedrørende Sønderjylland, jf. boks 5.5.

Boks 5.5 Dimensionering og økonomi for Kolding Sygehus

Oplyst dimensionering: 38.484 m² nybyggeri (totalareal 120.226 m²).
Oplyst økonomi: 1,1 mia. kr. (priseniveau 2kv.08, indeks 120,5). Heraf vedrører 1,0 mia. kr. nybyggeri og 0,1 mia. kr. ombygning. Af nybyggeriet forudsættes parkeringsudgifter på ca. 25 mio. kr. Det giver en nybyggeripris ekskl. parkering på 25.100 kr./m².¹⁾

Tilpasset maksimal investeringsramme: 0,9 mia. kr.

Investeringsrammen er en samlet totalramme inkl. IT/apparatur og inventar mv. og regional egenfinansiering.

Grundlag:

Regionen har anvendt en brutto-/nettofaktor på 2,0 og en arealnorm for enestuer på 35 m² netto, svarende til de forudsatte niveauer. Regionen har i sin behovsfremskrivning forudsat en stigning i ambulante behandlinger på 94 pct. mod forudsat 50 pct., og et fald i antal senge på 7,4 pct. mod forudsat 20 pct. Samlet giver det grundlag for en tilpasning af dimensioneringen med 2.800 m² (7 pct.) til 35.700 m².

Herudover er der grundlag for en generel tilpasning i dimensioneringen baseret på dels en væsentlig bedre kapacitetsudnyttelse end forudsat, dels usikkerheden med hensyn til de fremtidige behov, der tilsiger tilbageholdenhed i dimensioneringen mod til gengæld at bygge fleksibelt. Den generelle tilpasning er på 7.100 m² (20 pct.), hvilket reducerer arealet til 28.600 m².

Prisen per m² nybyggeri ansættes til 27.000 kr. (totaludgift inkl. apparatur mv.). Det giver en nybyggeripris på knap 0,8 mia. kr., heraf godt 0,1 mia. kr. til IT/apparatur og løst inventar. Hertil lægges udgifter vedrørende parkering (uændret). Ombygningsudgiften reduceres med 20 pct. til knap 0,1 mia. kr. Det giver en samlet totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering på 0,9 mia. kr.

¹⁾ Panelet har lagt oplysningerne fra primo oktober 2008 til grund, dvs. efter regionens beslutning den 29. september 2008 om, at et nyt sygehus i Sønderjylland placeres i tilknytning til det nuværende Aabenraa sygehus. Oplysningerne fastlægger, at der som direkte følge af beslutningen sker en neddimensionering af Kolding med 36.000 m², hvilket svarer til regionens tidligere konsekvensanalyser.

For Esbjerg finder panelet ikke, at der ud fra en samlet afvejning er rationale for så betydelige investeringer som forudsat, og udgifterne ved en efterlevelse af akutanbefalingerne vurderes af en begrænset størrelsesorden. Panelet indstiller derfor, at projektet samlet set bør revurderes.

Psykiatri

Region Syddanmark planlægger med psykiatriplanen at samle de forskellige psykiatriske specialer på færre enheder.

Ifølge psykiatriplanen planlægger regionen en samling og udbygning af retspsykiatrien i Middelfart til 188 mio. kr., en samling af psykiatriske døgnfunktioner i hhv. Esbjerg, Vejle og Aabenraa til hhv. 170 mio. kr. 448 mio. kr. og 366 mio. kr. Endelig forudsætter planen nybyggeri i Odense i tilknytning til det nye Odense Universitetshospital. Her skønnes anlægsudgifterne at beløbe sig til 500 mio. kr.

Projekternes rolle i en ny sygehusstruktur – såvel regionalt som for landet som helhed
 Koncentrationen af den psykiatriske behandling i Region Syddanmark sikrer en øget specialisering inden for psykiatrien.

Ekspertpanelets konklusion vedrørende psykiatrien

Panelet finder generelt, at der er gode perspektiver i Region Syddanmarks plan for psykiatrien, hvor behandlingen samles på færre enheder, og hvor specialiseringen øges. En række af projekterne er af en størrelsesorden, som bør indgå i en prioritering inden for regionens anlægsbudget.

5.5 Region Sjælland

5.5.1 Fakta om regionen

I Region Sjælland bor der ca. 820.000 indbyggere, hvilket svarer til ca. 15 pct. af landets befolkning. Regionen dækker i alt godt 7.000 km² eller ca. 17 pct. af Danmarks areal. Dermed er befolkningstætheden i regionen lavere end gennemsnittet.

Region Sjælland er dannet ved en sammenlægning af Roskilde Amt, Vestsjællands Amt og Storstrøms Amt.

Tabel 5.20 Fakta om Region Sjælland				
Region Sjælland	Regionen	Hele landet	Pct. af hele landet	Antal per 1000 indb.
Indbyggertal (1.000 pers), 1. jan. 2008	819	5.476	15,0	-
Samlet landareal (km ²)	7.273	43.098	16,9	8,88
Behandlede borgere (somatisk), 1.000	353,5	2.363,6	15,0	0,43
Behandlede borgere (psykiatrisk), 1.000	13,4	100,8	13,3	0,02
Antal sengepladser (somatisk og psykiatrisk - 2007)	2.525	19.086	13,2	3,08
Samlet nettoindtægter(2009, mia. kr. 09-pl)	14,4	93,8	15,4	0,02
Nettodriftsudgifter, sygehuse* (Regnskab 2007, mia. kr. 09-pl)	9,9	63,2	15,7	-
Gns. liggetid (somatisk), dage, 2006	4,1	4,2	-	-
Produktivitetsniveau 2006, somatik**	98	100	-	-
*Ekskl. Fælles formål og administration				
** Pct. af landsgennemsnitlig produktivitet				
Kilde: Danmarks Statistik samt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse				

5.5.2 Samling af funktioner og specialer på færre enheder

Region Sjællands somatiske sygehusvæsen består i dag af to somatiske sygehuse: Sygehus Nord og Sygehus Syd med i alt 12 matrikler. Sygehus Nord består af Roskilde Sygehus, Køge Sygehus, Fakse Sygehus, Holbæk Sygehus og Kalundborg Sygehus. Sygehus Syd består af Nykøbing F. Sygehus, Nakskov Sygehus, Næstved Sygehus, Slagelse Sygehus, Korsør Sygehus, Ringsted Sygehus og Vordingborg (hjerneskaderehabilitering).

Derudover er psykiatrien samlet i én organisatorisk enhed, hvor der i dag er ti matrikler (syv voksne psykiatriske og tre børnepsykiatriske).

Tabel 5.21 Region Sjællands fremskrivning af antal sygehusmatrikler		
Antal sygehusmatrikler	2007	2013
Somatik	12	10
Psykiatri	10	6

Hospitalsplanen indebærer for så vidt angår somatikken lukning af en matrikel (Korsør Sygehus) og nedlæggelse af enheden i Vordingborg. Herudover omdannes Ringsted Sygehus til en garantiklinik.

Samtidig indebærer psykiatriplanen, at voksenpsykiatrien samles på tre matrikler (Roskilde, Slagelse og Vordingborg). Det betyder, at der sker en fraflytning fra fire afdelinger: Holbæk, Dianalund, Nykøbing Sj. og Køge. Endvidere er det indeholdt i psykiatriplanen, at den retspsykiatriske afdeling i Nykøbing Sj. (Sikringsanstalten) skal flyttes til Slagelse og placeres i forbindelse med den retspsykiatriske afdeling.

Specialefordeling

Sygehusplanen opdeler regionen i nord og syd med hvert et befolkningsunderlag på ca. 400.000. Roskilde Sygehus bliver specialesygehus i nord med Køge og Holbæk som akutsygehuse. I syd bliver Næstved specialesygehus med Nykøbing F. og Slagelse som akutsygehuse. Der forudsættes en arbejdsfordeling mellem akut- og specialesygehuse.

Der er ikke lavet detaljerede planer for alle de lægefaglige specialers placering på regionens sygehuse, idet den konkrete placering af de øvrige lægefaglige specialer vil afvente resultatet af Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning.

Det fremgår af planen, at anvendelsen af Næstved Sygehus og Roskilde Sygehus til specialesygehuse indebærer, at disse bliver hjemstedet for de specialer, som kun skal være 1-2 steder i Region Sjælland. Den højt specialiserede behandling forudsættes fordelt på de to sygehuse med en kræftprofil på Næstved Sygehus og en hjerteprofil på Roskilde Sygehus.

Ud over specialesygehuse og akutsygehuse er ved ændring 1. august 2008 etableret tre speciallægebetjente lokalsygehuse med overvejende medicinske funktioner i nærområdet.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet vurderer, at Region Sjælland på væsentlige punkter ikke efterlever Sundhedsstyrelsens udmeldinger vedrørende samling af funktioner og specialer på færre enheder, og ekspertpanelet finder, at der er grundlag for en yderligere reduktion i antallet af matrikler. Ekspertpanelet har endvidere noteret sig, at Sundhedsstyrelsen i sin rådgivning til Region Sjælland har anbefalet, at regionsfunktioner i regionen bør samles på samme sygehus for at sikre den sundhedsfaglige kvalitet og udnyttelse af akutberedskab samt tværgående funktioner. Ekspertpanelet vurderer i lighed med Sundhedsstyrelsen, at det er uhensigtsmæssigt, at Region Sjælland planlægger at sprede den specialiserede behandling i regionen på to forskellige hospitaler. Ligeledes finder panelet det uhensigtsmæssigt, at den specialiserede behandling forudsættes varetaget på sygehuse uden fælles akutmodtagelse. Ekspertpanelet anbefaler, at den specialiserede behandling/regionsfunktioner samles på ét sygehus i Region Sjælland.

Samlet vurderer ekspertpanelet, at Region Sjællands sygehusplan er væsentligt mere kortsigtet og mindre ambitiøs end de øvrige regioners. Det er vanskeligt at se, hvilket sygehusvæsen der tegner sig på længere sigt i regionen, og planen indeholder kun få egentlige strukturændringer. Ekspertpanelet finder, at der i regionen er grundlag for en yderligere samling af funktioner og dermed også for en yderligere reduktion i antallet af matrikler.

5.5.3 Særligt om akutområdet og den præhospitale indsats

Det er i sygehusplanen besluttet, at der skal etableres fire akutmodtagelser på sygehusene i: Nykøbing F. Slagelse, Holbæk og Køge, jf. nedenstående tabel 5.22.

Tabel 5.22 Region Sjællands fremskrivning af befolkningsunderlaget for de enkelte akutmodtagelser			
Akutbetjeningen i regionen	2006	2013	2020
Antal fælles akutmodtagelser		4	4
Nykøbing Falster			Ca. 160.000
Slagelse			Ca. 225.000
Holbæk			Ca. 200.000
Køge			Ca. 275.000
Andel akut medicinske patienter indlagt udenom fælles akutmodtagelser		0 ¹⁾	0
Skadestuer mv.			
Antal akutklinikker, skadestuer, skadestruer eller lignende. Det angives endvidere, hvorvidt der er lægebetjening, om der er åbent for selvhenvendende samt evt. åbningstid	Skadestue: 6 Døgnåbne, lægebetjente og åbne for selvhenvendende Skadestruer: 8 Ikke lægebetjente, åben for selvhenvendende fra kl. 8.00 – 22.00 Psykiatrisk skadestruer: 2 Døgnåbne for selvhenvendende	Skadestue: 6 Døgnåbne, lægebetjente og åbne for selvhenvendende Skadestruer: 8 Ikke lægebetjente, åben for selvhenvendende fra kl. 8.00 – 22.00 Psykiatrisk skadestruer: 3 Døgnåbne for selvhenvendende	Skadestue: 6 Døgnåbne, lægebetjente og åbne for selvhenvendende Skadestruer: 8 Ikke lægebetjente, åben for selvhenvendende fra kl. 8.00 – 22.00 Psykiatrisk skadestruer: 3 Døgnåbne for selvhenvendende
¹⁾ Få patienter med "stående indlæggelser" kan blive indlagt uden om den fælles akutmodtagelse.			

Note: Fremskrivningen er baseret på 2020-tal.

De fire akutmodtagelser har et befolkningsunderlag på mellem 160.000 (Nykøbing Falster) og 275.000 (Køge). Akutmodtagelsen i Nykøbing F. vil have et befolkningsunderlag, som er lavere end Sundhedsstyrelsens anbefaling. Regionen bemærker, at man vedr. Nykøbing F. ikke vurderer det muligt at efterleve Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende befolkningsunderlag på grund af de store afstande i området.

Regionsrådet har i foråret 2008 bevilget penge til 1. etape af udbygningen af fælles akutmodtagelser i Nykøbing F., Holbæk og Køge. I budgettet for 2009 er der afsat midler til fortsat udbygning af akutmodtagelserne.

Endvidere planlægges skadestuer på de to specialsygehuse (Næstved og Roskilde). Den vedtagne hospitalsplan fastlægger, at denne struktur skal fortsætte.

Endelig har regionen 8 ikke-lægebetjente skadestruer, som er åbne for selvhenvendende i tidsrummet kl. 8 – 22. Denne organisation bliver i henhold til budget 2009 aktuelt vurderet med henblik på tilpasning i relation til opbygning af præhospital organisation.

Der planlægges uvisiteret adgang til de fælles akutmodtagelser. Sundhedsstyrelsen bemærker, at dette er i uoverensstemmelse med styrelsens anbefalinger.

Præhospital indsats

Det er en sigtelinje i Region Sjællands hospitalsplan, at der skal etableres en effektiv og hurtig transportmulighed til de specialiserede enheder. Regionen etablerer per 1. 1. 2009 én samlet

præhospitalet organisation med kombineret AMK, vagtcentral, kontrolrum for beredskabsradio, SINE samt regionens kørselskontor.

Der er i dag akut- og lægebiler placeret flere steder i regionen, der bortset fra to nyetablerede i Kalundborg og Nakskov alle skal i udbud snarest. Ved udbuddet vil der ske en styrkelse af den præhospitale indsats med dækning af hele regionen (under hensyntagen til befolkningstæthed, sygehusplan, motorveje etc.), så de kørende præhospitale enheder i dag består af tre lægebiler, to sygeplejerskebemandende akutbiler, samt otte redderbemandede akutbiler.

Der er netop indgået aftale med to entreprenører om ambulancebetjeningen, hvor entreprenørerne tildeles ansvaret i forhold til udmeldte responstider i seks beredskabsregioner.

Hovedlinjen i den fremtidige præhospitale funktion i Region Sjælland vil blive sundhedsfaglig styring og disponering af alle ressourcer med henblik på at etablere en høj kvalitet og en rationel drift.

Resumé af Sundhedsstyrelsen vejledning til regionen:

- Sundhedsstyrelsen finder i relation til befolkningsunderlaget for de fælles akutmodtagelser, at der kun er særlige ø- eller ø-lignende geografi for områderne Lolland-Falster og Odsherred.
- Region Sjælland planlægger uvisiteret adgang til de fælles akutmodtagelser. Dette er i uoverensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.
- Sundhedsstyrelsen anbefaler, at regionsfunktioner i Region Sjælland kun varetages på ét sygehus og at forskellige regionsfunktioner samles på samme sygehus for at sikre den sundhedsfaglige kvalitet og udnyttelse af akutberedskab samt tværgående funktioner. Ved hjemtagelse af funktioner, som ikke allerede varetages i regionen, bør dette i etableringsfasen ske i et formaliseret samarbejde med Region Hovedstaden eller Region Syddanmark.
- Sundhedsstyrelsen anbefaler en generel samling af kræftbehandlingen i Region Sjælland, men er opmærksom på, at det kan være vanskeligt. Det forventes, at den kirurgiske kræftbehandling samles ét sted i regionen (afhængigt af aktiviteten), og at den kliniske onkologi – uanset placering – indgår i et tæt formaliseret samarbejde med strålebehandling.

Det bemærkes, at Sundhedsstyrelsens rådgivning – som den er gengivet her – er baseret på det materiale, der var indsendt til Sundhedsstyrelsen senest 1. maj 2008.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet vurderer sammenfattende, at Region Sjællands akutplan på væsentlige punkter afviger fra Sundhedsstyrelsens udmeldinger på akutområdet. Bl.a. planlægger regionen uvisiteret adgang til de fælles akutmodtagelser, hvilket er i uoverensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger efter lægelig visitation eller via 112-opkald.

5.5.4 Sammenhæng med andre regioner

Region Sjælland har indgået en aftale med Region Hovedstaden om samarbejde på sundhedsområdet. Hensigten med aftalen er at fastholde og udbygge samarbejde i Østdanmark om specialiserede funktioner, uddannelse og forskning.

Det er ligeledes en del af aftalen, at samarbejdet mellem med Region Hovedstaden er koncentreret omkring Rigshospitalet.

Det fremgår af Region Sjællands sygehusplan, at regionen har planer om at hjemtage dele af den specialiserede behandling. Regionen forventer en selvforsyningsgrad på 95 pct. i 2020 fra de nuværende ca. 84 pct. og en hjemtagning af 60 senge på hjerteområdet.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet vurderer, at der er behov for et tæt samarbejde med Region Hovedstaden og Region Syddanmark. Ekspertpanelet noterer endvidere, at Sundhedsstyrelsen i sin rådgivning til Region Sjælland i forbindelse med en eventuel hjemtagning af funktioner forudsætter, at dette sker i et formaliseret samarbejde med Region Hovedstaden eller Region Syddanmark.

5.5.5 Planlægnings- og prognosefremskrivning

Region Sjællands planlægnings- og prognosegrundlag fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 5.23 Region Sjællands planlægnings- og prognosegrundlag			
Regionens behovsfremskrivning	2007	2020	Pct. 06-20
Demografi (befolkningsvækst):			
Antal 0-19 år	184.744	179.536	-2,8
Antal 20-64 år	500.322	481.848	-3,7
Antal 65 år –	133.096	194.532	46,2
I alt	818.162	855.916	4,6
Areal (somatik og psykiatri)	720.000	817.600 ³⁾	13,6 ³⁾
Areal (psykiatri)	(Inkl.)	(Inkl.)	
Ambulante behandlinger (somatik) ¹⁾	678.300	1.006.400	48,4
Ambulante behandlinger (psykiatri)	119.801	142.753	19,2
Indlæggelser (somatik) ¹⁾	164.500	206.900	25,8
Indlæggelser (psykiatri)	6.153	7.350	19,4
Sengedage (somatik) ¹⁾	674.700	727.400	7,8
Sengedage (psykiatri)	124.967	139.626	11,7
Antal senge (somatik)	2075	2384	14,9
Antal senge (psykiatri)	389	425	9,3
Selvforsyningsgrad	83 ²⁾	95	
¹⁾ 2020-aktiviteten er inkl. patienter inden for thoraxkirurgi og kardiologi hjemtaget fra andre regioner. ²⁾ I henhold til regnskab 2007 for Region Sjælland anvendtes 71,2 pct. af det somatiske sygehusdriftsbudget på sygehuse inden for regionen, mens 28,8 pct. af det somatiske sygehusbudget i kr. gik til uden regional behandling (på såvel offentlige som private sygehuse = basis- + højt specialiseret behandling). Den nuværende egenproduktionsandel i Region Sjælland målt i udskrivninger og sengedage er hhv. 84 pct. og 82 pct. i 2007. ³⁾ BBR-arealer. Areal for 2020 beregnet på baggrund af nettoarealbevægelsen som følge af ændringer for Slagelse, Næstved, Korsør og Nyk. Sj., korrigeret for forholdet mellem brugsarealer og BBR-arealer i dag.			

Regionen har frem til 2020 forudsat en stigning i de ambulante behandlinger på 44 pct. (psykiatri og somatik under ét), og en stigning i antal senge på 15 pct. inden for somatikken og 9 pct. inden for psykiatrien. Sygehusarealet skønnes forøget med knap 14 pct.

Ekspertpanelets vurdering:

Panelet vurderer, at den forudsatte udvikling for de ambulante behandlinger ligger inden for den forventede stigning på ca. 50 pct. Den forudsatte stigning i antal senge harmonerer til gengæld ikke med den forventede udvikling med et fald i antal senge på landsplan. Regionen har en forventet relativ stor forøgelse af ældrebefolkningen, og har i dag et relativt lavt antal senge per 1.000 indbyggere (2,5 mod et landsgennemsnit på 2,9), men det vurderes ikke at kunne forklare regionens forudsætning. Konsekvensen er således, at regionen i 2020 vil få det højeste antal senge per 1.000 indbyggere i landet. Dette skal samtidig ses i lyset af, at regionens egenproduk-

tionsandel for somatiske sengedage er på 82 pct., dvs. at en del af regionens indbyggere dækkes af primært Region Hovedstaden.

Arealudviklingen vurderes særligt at have sammenhæng med, at regionen ønsker udbygninger på en række sygehuse, men ikke samtidig lukker matrikler og samler behandlingen på færre enheder.

5.5.6 Produktivitetsforbedringer og driftsrationaliseringer

Region Sjælland har ikke på nuværende tidspunkt gjort sig konkrete overvejelser om effektiviseringsgevinster ved fuld implementering. Regionen bemærker, at der i behovsfremskrivningen indgår forudsætninger om effektiviseringer. Det samlede sygehusbudget for Region Sjælland udgør ca. 10 mia. kr.

Ekspertpanelets vurdering:

Panelet finder generelt, at investeringerne skal resultere i mere effektive løsninger. Med tilpasningen i dimensioneringen, jf. afsnit 4.2, tages der højde for kravet om effektive løsninger på anlægssiden. På driftssiden indstiller panelet, at der i forbindelse med det endelige tilsagn til et projekt fastsættes et konkret mål for rationaliseringsgevinsten, der skal have effekt fra ibrugtagelsen af det nye eller moderniserede byggeri, og som ligger ud over de almindelige, løbende produktivitetsforbedringer i sygehusvæsenet, jf. afsnit 4.1.

5.5.7 Større strukturelle anlægsprojekter i regionen

Regionens investeringsønsker er oplistet i nedenstående skema.

Tabel 5.24 Regions Sjællands investeringsønsker		
Projekter	Art	Økonomi
		Samlet inv. (mia. kr.), oplyst (08pl)
Slagelse Sygehus	Om- og nybyggeri	3,036
Næstved Sygehus	Om- og nybyggeri	3,362
Psykiatribyggeri i Slagelse, inkl. Sikringsanstalten	Nybyggeri	1,257
I alt		7,655

Note: Oplyst prisniveau 2. kvartal 2008 (indeks 120,5).

Opgørelsen udtrykker totaludgiften ekskl. moms, inkl. medicoteknisk udstyr, apparatur og inventar. Udgiften til kælder, herunder parkering, og teknikarealer indgår. Endvidere er medregnet uforudsigelige udgifter, herunder risikoafdækning. Psykiatribyggeriet i Slagelse indeholder ikke omkostninger til overvågning, alarm og øvrigt sikkerhedsudstyr, der forsigtigt anslås til omkring 100 mio. kr.

Prioritering

Regionen har ikke i screeningsmaterialet foretaget en prioritering af projekterne, men der er lavet en foreløbig investeringsprofil. Heraf fremgår det, at såvel udbygning af Slagelse og Næstved samt samling af psykiatrien i Slagelse forventes påbegyndt i 2010.

Slagelse Sygehus (Somatik)

Region Sjælland planlægger, at Slagelse Sygehus skal være akutsygehus. Der påregnes nybyggeri af 78.000 m² samt ombygning af 18.000 m². Den samlede investering udgør ifølge regionen 3,0 mia. kr.

Projektets rolle i en ny sygehusstruktur – såvel regionalt som for landet som helhed

Slagelse Sygehus skal fremover have status som akutsygehus i regionen med et befolkningsunderlag på 225.000 indbyggere. Derudover skal sygehuset fungere som karkirurgisk center for Region Sjælland, ligesom den regionale funktion for klinisk mikrobiologi er placeret på sygehuset.

Mulige alternativer

Regionen har ikke fremlagt alternativer til udbygningen af Slagelse Sygehus.

Ekspertpanelets konklusion vedr. Slagelse Sygehus:

Ekspertpanelet vurderer på det foreliggende grundlag, at en stillingtagen til, hvorvidt der skal tildeles midler til Slagelse Sygehus i høj grad er afhængig af en række andre elementer, som ikke synes afklaret i den nuværende sygehusplan. En udbygning af Slagelse Sygehus og i givet fald størrelsen heraf vil bl.a. være afhængig af planerne for regionens øvrige sygehuse – herunder særligt planerne for Næstved Sygehus samt den fremtidige rolle for omkringliggende mindre sygehuse. Panelet finder således, at det som forudsætning for større investeringer på det somatiske område bør genovervejes, hvordan der samlet set sikres en struktur i regionen, der realiserer målsætningen om en moderne, rationel og bæredygtig struktur også på langt sigt. Panelet indstiller på den baggrund til regeringen, at projektet ikke prioriteres yderligere på det foreliggende grundlag. Dog finder ekspertpanelet, at det – for at Region Sjælland kan påbegynde etableringen af en ny akutstruktur – kan prioriteres at etablere en fælles akutmodtagelse på Slagelse Sygehus. Panelet finder, at der bør fastlægges en investeringsramme (totalramme inkl. regional egenfinansiering) for projektet på 300 mio. kr., jf. boks 5.6. I den forbindelse er det væsentligt, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet efterleves.

Boks 5.6 Dimensionering og økonomi for akutombygning på Slagelse Sygehus

Panelet har valgt at afsætte/prioritere en investeringsramme til et alternativt projekt end det af regionen fremlagte, jf. ovenfor. Den angivne investeringsramme vedrører etablering af fælles akutmodtagelse på Slagelse sygehus.

Tilpasset maksimal investeringsramme: 0,3 mia. kr.

Investeringsrammen er en samlet totalramme inkl. IT/apparatur og inventar mv. og regional egenfinansiering.

Grundlag:

De nødvendige investeringer til at efterleve Sundhedsstyrelsens anbefalinger om etablering af fælles akutmodtagelse vil variere afhængigt af indretning og funktion mv. for det konkrete sygehus, hvor den fælles akutmodtagelse skal etableres. Baseret på det fremsendte materiale fra regionerne vil et niveau maksimalt ligge omkring 300 mio. kr. Region Nordjylland skønnede i deres oprindelige plan en pris omkring 200 mio. kr. for Aalborg Syd. Region Syddanmark forudsætter aktuelt et niveau omkring 300 mio. kr. på OUH, inkl. ny midlertidig bygning og en udvidelse af patienthotel. Region Midtjylland forudsætter et niveau omkring 400 mio. kr. vedrørende Aarhus sygehus, inkl. vedligeholdelse mv. over de kommende 10 år. Slagelse sygehus er væsentligt mindre end de to sidstnævnte sygehuse.

Slagelse Sygehus (psykiatrien)

Region Sjællands projekt vedr. psykiatrien i Slagelse indebærer dels en samling af de to eksisterende matrikler i Dianalund og Holbæk, dels en flytning af den retspsykiatriske afdeling i Nykøbing Sj. til Slagelse Sygehus (Sikringsanstalten). Sikringsanstalten er en landsfunktion. Anlægsudgifterne for projektet skønnes at udgøre 1,26 mia. kr.

Projektets rolle i en ny sygehusstruktur – såvel regionalt som for landet som helhed

Den retspsykiatriske afdeling (Sikringsanstalten) er en landsfunktion. I forhold til at varetage denne landsfunktion vurderes en placering i Slagelse mere velbegrunder end Nykøbing Sj., også i et rekrutteringsøjemed. Samtidig sker der en samling af de eksisterende psykiatriske funktioner

i Dianalund og Holbæk, hvilket kan medvirke til at understøtte den faglige bæredygtighed i regionen på det psykiatriske område.

Mulige alternativer

Der har så vidt ekspertpanelet er oplyst ikke været overvejet mulige alternativer til en samling af funktionerne i Slagelse. Set ud fra beliggenhed, infrastruktur mv. forekommer Slagelse også at være en hensigtsmæssig placering.

Ekspertpanelets konklusion vedrørende Slagelse Sygehus (psykiatrien):

Ekspertpanelet finder, at projektet vedrørende samlingen af de psykiatriske funktioner i Holbæk og Dianalund i Slagelse samt flytning af den retspsykiatriske afdeling (Sikringsanstalten) fra Nykøbing Sjælland til Slagelse i tilknytning til den øvrige retspsykiatri i regionen bør prioriteres. Med samlingen opnås tidssvarende fysiske rammer og grundlag for en forbedret kvalitet i behandlingen samt en samtidig bedre ressourceudnyttelse. Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. regional egenfinansiering) for projektet på 1,05 mia. kr., jf. boks 5.7.

Boks 5.7 Dimensionering og økonomi for samling af psykiatrien i Slagelse (inkl. Sikringsanstalten)

Oplyst dimensionering: 48.000 m² nybyggeri (ekskl. parkering 12.000 m²).

Oplyst økonomi: 1,26 mia. kr. (priseniveau 2kv.08, indeks 120,5). Hele beløbet vedrører nybyggeri. Af nybyggeriet udgøres 58 mio. kr. af parkering. Det giver en nybyggeripris ekskl. parkering på 25.000 kr./m². Udgifter til elektronisk sikringsudstyr indgår ikke.

Tilpasset maksimal investeringsramme: 1,05 mia. kr.

Investeringsrammen er en samlet totalramme inkl. IT/apparatur og inventar mv. og regional egenfinansiering. Udgifter til elektronisk sikringsudstyr indgår ikke. Det forudsættes finansieret af regionen.

Grundlag:

Regionen har anvendt en brutto-/nettofaktor på 1,95 mod forudsat 1,8 for psykiatribyggeri. De øvrige tilpasninger på det somatiske område i forhold til kapacitetsudnyttelse og fremtidigt behov mv. anvendes ikke på psykiatriprojekter. Samlet giver det grundlag for en tilpasning af dimensioneringen med 3.600 m² (8 pct.) til 44.400 m².

Prisen per m² nybyggeri ansættes til 22.000 kr. (totaludgift inkl. apparatur mv.). Det giver en nybyggeripris på knap 1,0 mia. kr., heraf 30 mio. kr. til IT/apparatur og løst inventar. Hertil lægges 58 mio. kr. vedr. parkering (uændret). Det giver en samlet totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering på 1,05 mia. kr. Udgifter til elektronisk sikringsudstyr indgår ikke. Det forudsættes finansieret af regionen.

Næstved Sygehus

Region Sjælland planlægger, at Næstved Sygehus skal have status som såkaldt specialsygehus med en profil inden for kræftområdet. Andre regionsfunktioner planlægges imidlertid samlet på Roskilde Sygehus. Der påregnes nybyggeri af 85.000 m² samt ombygning af 18.500 m². Den samlede investering udgør ifølge regionen 3,4 mia. kr.

Projektets rolle i en ny sygehusstruktur – såvel regionalt som for landet som helhed

Næstved Sygehus skal ifølge regionens sygehusplan fremover have status som specialsygehus i regionen inden for bl.a. kræftområdet, mens Roskilde Sygehus forudsættes at blive specialsygehus med en profil inden for hjerteområdet. Ingen af de to sygehuse skal have en fælles akutmodtagelse.

Mulige alternativer

Regionen har ikke fremlagt alternativer til udbygningen af Næstved Sygehus.

Ekspertpanelets konklusion vedr. Næstved Sygehus:

Ekspertpanelet vurderer, at den vedtagne beslutning, hvor regionsfunktionerne i Region Sjælland spredes mellem to sygehuse (Næstved og Roskilde) er uhensigtsmæssig i forhold til at un-

derbygge en fagligt bæredygtig struktur i regionen. Ekspertpanelet anbefaler, at den specialiserede behandling/regionsfunktioner samles på ét sygehus i Region Sjælland, og at dette sygehus samtidig bør være ét af regionens akutsygehuse.

Ekspertpanelet finder derfor ikke, at projektet bør prioriteres på det foreliggende grundlag. Den fremtidige rolle for Næstved Sygehus er i høj grad afhængig af en række andre elementer, som ikke synes afklaret i den nuværende sygehusplan. Panelet finder, at det som forudsætning for større investeringer på det somatiske område i Region Sjælland bør genovervejes, hvordan der samlet set sikres en struktur i regionen, der realiserer målsætningen om en moderne, rationel og bæredygtig struktur også på langt sigt. I den forbindelse er det væsentligt, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet efterleves.

5.6 Region Hovedstaden

5.6.1 Fakta om regionen

Der bor i alt 1,6 millioner mennesker i Region Hovedstaden. Det svarer til lidt mere end 30 pct. af landets befolkning. Regionen dækker i alt godt 2.500 km² - eller ca. seks pct. af Danmarks samlede areal. Dermed er befolkningstætheden i regionen ca. fem gange højere end landsgennemsnittet.

Region Hovedstaden er dannet ved en sammenlægning af de tidligere Frederiksborg og Københavns amter samt af det tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab (Københavns og Frederiksborg kommuner) og Bornholms Regionskommune. Der er 29 kommuner i regionen.

Hovedstaden	Regionen	Hele landet	Pct. af hele landet	Antal per 1000 indb.
Indbyggertal (1.000 pers), 1. jan. 2008	1.646	5.476	30,1	-
Samlet landareal (km ²)	2.561	43.098	5,9	1,56
Behandlede borgere (somatisk), 1.000	721,3	2.363,6	30,5	0,44
Behandlede borgere (psykiatrisk), 1.000	33,8	100,8	33,5	0,02
Antal sengepladser (somatisk og psykiatrisk - 2007)	6.888	19.086	36,1	4,19
Samlet nettoindtægter (2009, mia. kr. 09-pl)	29,5	93,8	31,4	0,02
Nettodriftsudgifter, sygehuse (Regnskab 2007, mia. kr. 09-pl)	20,0	63,2	31,6	
Gns. liggetid (somatisk), dage, 2006	4,4	4,2	-	
Produktivitetsniveau 2006, somatik**	99	100		
*Ekskl. Fælles formål og administration				
** Pct. af landsgennemsnitlig produktivitet				
Kilde: Danmarks Statistik samt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse				

Note: Det bemærkes, at Region Hovedstaden behandler mange borgere fra andre regioner og derfor kan have en højere andel af sengepladser i forhold til antal indbyggere

5.6.2 Samling af funktioner og specialer på færre enheder

Region Hovedstaden består i dag af 12 somatiske hospitalsenheder fordelt på 16 matrikler: Amager Hospital (fordelt på to matrikler), Bispebjerg Hospital, Bornholms Hospital, Frederiksborg Hospital, Frederikssunds Hospital (med matrikel i Esbønderup), Gentofte Hospital, Glostrup Hospital, Herlev Hospital, Helsingør Hospital, Hvidovre Hospital, Hillerød Hospital (med matrikel i Hørsholm) og Rigshospitalet (med matrikel i Hornbæk).

Psykiatrien i Region Hovedstaden er samlet i en organisatorisk enhed fordelt på 16 psykiatriske centre.

Tabel 5.26 Region Hovedstadens fremskrivning af antal sygehusmatrikler		
Antal sygehusmatrikler	2007	2015
Somatik	16 ¹⁾	13 ²⁾
Psykiatri	16 ³⁾	16
¹⁾ Amager - 2 matrikler (Hans Bogbinders Allé og Italiensvej), Bispebjerg, Bornholm, Esbønderup, Frederiksberg, Frederikssund, Gentofte, Glostrup, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Hørsholm, Rigshospitalet, Hornbæk ²⁾ Esbønderup og Hornbæk lukkes, og Hørsholm omdannes til psykiatrisk hospital ³⁾ 10 almen-, 3 specialiserede- og 3 børnecentre		

Hospitalsplanen indebærer lukning af tre somatiske enheder. Neurorehabiliteringen i Esbønderup flyttes til Frederikssund, og Klinik for rygmarvsskadede i Hornbæk flyttes til Glostrup Hospital. De to matrikler planlægges solgt inden for en tidshorisont på 6-8 år. Herudover flyttes samtlige somatiske funktioner fra Hørsholms Hospital og integreres på regionens øvrige hospitaler, mens psykiatrien i Gentofte flyttes til matriklen i Hørsholm.

Med hospitalsplanen inddeles Region Hovedstaden i fire planlægningsområder: Nord, Midt, Byen, Syd. Hvert planlægningsområde har et befolkningsunderlag på 310.000 - 460.000 indbyggere. Alle hospitalerne i regionen er tilknyttet ét planlægningsområde med undtagelse af Rigshospitalet og Bornholms Hospital, som begge har særstatus pga. hhv. varetagelse af specialfunktioner og geografiske forhold. Formålet er, at hospitalerne inden for det enkelte planlægningsområde skal samarbejde om opgavevaretagelsen og sikre hensigtsmæssige patientforløb.

På områdehospitalerne varetages akut behandling af kirurgiske og medicinske specialer, og der etableres en fælles akutmodtagelse, der fungerer som den primære og fælles indgang for akutte behandlingskrævende sygdomme og lidelser samt fødsler for hvert planlægningsområde. De fire områdehospitaler i regionen er:

Hvidovre Hospital (Syd)
 Bispebjerg Hospital (Byen)
 Herlev Hospital (Midt)
 Hillerød Hospital (Nord)

Nærhospitalerne skal ikke varetage akut kirurgi, men kan tilbyde planlagte kirurgiske patientforløb. Endvidere vil der på nærhospitalerne fortsat findes skadestuer, der er døgnåbne for selvhenvendelse. De seks nærhospitaler i regionen er:

Glostrup Hospital (Syd)
 Amager Hospital (Syd)
 Frederiksberg Hospital (Byen)
 Gentofte Hospital (Midt)
 Helsingør Hospital (Nord)
 Frederikssund Hospital (Nord).

Rigshospitalet er som nævnt specialhospital, og varetager desuden gynækologi, fødsler og behandling af børn for Byen. Bornholms Hospital varetager grundet geografien de mest almindelige behandlinger og knyttes organisatorisk til Rigshospitalet.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet vurderer, at der i regionen er grundlag for en yderligere samling af funktioner og dermed også for en yderligere reduktion i antallet af matrikler. Ekspertpanelet finder i lighed med Sundhedsstyrelsen, at der særligt på det kirurgiske område sker en samling af funktioner som følge af hospitalsplanen.

5.6.3 Særligt om akutområdet og den præhospitale indsats

Der oprettes fælles akutmodtagelse på regionens fire områdehospitaler. Herudover bevarer Rigshospitalet status som traumecenter og Bornholms Hospital fortsætter af geografiske årsager med den eksisterende akutfunktion. Samtidig bevarer Region Hovedstaden døgnåbne skadestuer for selvhenvendere på de øvrige hospitaler.

Tabel 5.27 Region Hovedstadens fremskrivning af befolkningsunderlaget for de enkelte akutmodtagelser			
Akutbetjeningen i regionen	2006	2015	2020
Antal fælles akutmodtagelser	0 (12)	4	4
- befolkningsunderlag modtagelse Hillerød Hospital (NORD)	309.102	316.211	317.117
- befolkningsunderlag modtagelse Herlev Hospital (MIDT)	423.792	424.209	422.424
- befolkningsunderlag modtagelse Hvidovre Hospital (SYD)	458.792	483.506	496.537
- befolkningsunderlag modtagelse Bispebjerg Hospital (BYEN)	400.094	401.151	403.623
Andel akut medicinske patienter indlagt uden om fælles akutmodtagelser	-	-	-
Skadestuer mv.			
Antal akutklinikker, skadestuer, skadesklinikker eller lignende. Det angives endvidere, hvorvidt der er lægebetjening, om der er åbent for selvhenvendere samt evt. åbningstid	11 (alle er lægebetjent, døgnåbne og åbne for selvhenvendere)	7	7

Sundhedsstyrelsen påpeger, at hospitalsplanen ikke følger anbefalingen om visiteret adgang til akutmodtagelser.

Præhospital indsats

Regionsrådet i Region Hovedstaden tiltrådte i februar 2008 rapporten "Præhospital indsats og sundhedsberedskab i Region Hovedstaden", som indeholder anbefalinger om den fremtidige organisering. Udgangspunktet er, at den præhospitale indsats tilrettelægges med henblik på at give borgerne en let og lige adgang til hjælp i tilfælde af akut sygdom og tilskadekomst og understøtter den centralisering, som følger af hospitalsplanen.

Region Hovedstaden vil i midten af 2009 etablere en fælles regional vagtcentral til ressourcestyring og sundhedsfaglig disponering af akutte ambulancekørsler. Vagtcentralen samler en række akutte nøglefunktioner for at sikre et koordineret præhospitalt beredskab og hensigtsmæssig ressourcestyring.

Ambulancekørsel og kørsel af liggende patientbefordringer er i øjeblikket i udbud i Region Hovedstaden, og det forventes, at kontrakttildelingen vil ske ultimo november. Den præhospitale indsats i Region Hovedstaden består af ambulancer og specielle ambulancer bemandede med paramedicinere. Endvidere har regionen akutlægebiler. Der findes i dag fire enheder som dækker dag og nat og to enheder som dækker 22 - 08. Akutlægebilerne skal placeres på områdeho-

spitalerne med tilknytning til de fælles akutmodtagelser. Alle ambulancetjenesterne anvender telemedicin.

Bornholm udgør et særligt geografisk område for Region Hovedstaden, idet der ikke er tilstrækkelig befolkningsunderlag til en fælles akutmodtagelse. Der vil på Bornholm være en akutfunktion, som kan modtage og stabilisere patienter inden en eventuel overflytning til Rigshospitalet. Dette foregår i dag med forsvarets helikoptere. Den præhospitale indsats på Bornholm planlægges udbygget med en sygeplejebemandet og/eller paramedicinerbemandet ambulance.

Resumé af Sundhedsstyrelsens rådgivning til regionen

- Sundhedsstyrelsen tilslutter sig inddelingen af Region Hovedstaden i fire planlægningsområder med område- og nærhospitaler, da det er med til at sikre et tilstrækkeligt befolkningsunderlag for akutberedskabet og sygehusbehandling i øvrigt. Sundhedsstyrelsen vurderer imidlertid, at denne organisering nødvendiggør et formaliseret samarbejde mellem område- og nærhospitaler samt på tværs af de fire planlægningsområder.
- Sundhedsstyrelsen vurderer ikke, der er grundlag for bibeholdelse af akutfunktioner på samtlige af Region Hovedstadens hospitaler – særligt nærhospitalerne.
- Region Hovedstaden planlægger uvisiteret adgang til de fælles akutmodtagelser og skadestuerne på nærhospitalerne (i dagtiden). Dette er i uoverensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.
- Sundhedsstyrelsen støtter Region Hovedstadens generelle samling af de kirurgiske funktioner.

Det bemærkes, at Sundhedsstyrelsens rådgivning – som den er gengivet her – er baseret på det materiale, der var indsendt til Sundhedsstyrelsen inden 1. maj 2008.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet finder sammenfattende, at Region Hovedstadens hospitalsplan på akutområdet på en række punkter afviger fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Bl.a. har Sundhedsstyrelsen påpeget, at styrelsen ikke finder grundlag for bibeholdelse af akutfunktioner på Region Hovedstadens nærhospitaler, og at regionens planer om uvisiteret adgang til de fælles akutmodtagelser er i uoverensstemmelse med styrelsens anbefalinger om lægelig visitation eller via 112-opkald.

5.6.4 Sammenhæng med andre regioner

Region Hovedstadens hospitalsplan skal ses i sammenhæng med planen for naboregionen Region Sjælland. I 2007 lå Region Sjællands egenproduktionsandel på ca. 84 pct., men regionen har en ambition om at bringe tallet op på ca. 95 pct. Region Hovedstaden forudsætter indtil videre en uændret dækning i forhold til Region Sjælland i sine beregninger. Dette sker bl.a. ud fra en vurdering af, at en gradvis hjemtagning vil blive modsvaret af en stigning i antallet af behandlinger, som ikke er fremskrevet for så vidt angår ”fremmedpatienter”.

Det bemærkes, at der i dag er et samarbejde mellem de to regioner bl.a. vedrørende den specialiserede behandling på hjerte- og kræftområdet.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet finder, at den fremtidige dækning i forhold til indbyggere i Region Sjælland må afklares mellem regionerne.

5.6.5 Planlægnings- og prognosefremskrivning

Region Hovedstadens planlægnings- og prognosegrundlag fremgår af nedenstående *tabel 5.28*.

Tabel 5.28 Fremskrivning af Region Hovedstadens planlægnings- og prognosegrundlag			
Regionens behovsfremskrivning	2006	2020	Pct. 06-20
Demografi (befolkningsvækst):			
Antal 0-19 år	376.351	364.951	-3,0
Antal 20-64 år	1.020.281	1.009.935	-1,0
Antal 65 år –	238.433	303.187	27,2
I alt	1.635.065	1.678.073	2,6
Areal (somatik)	1.426.000	1.575.000	11,5
Areal (psykiatri)	247.000	290.000	17,4
Ambulante behandlinger (somatik)	2.356.514	4.554.131	93,3
Ambulante behandlinger (psykiatri)	354.520	-	-
Indlæggelser (somatik)	395.733	428.272	8,2
Indlæggelser (psykiatri)	13.963	-	-
Sengedage (somatik)	1.669.905	1.309.880	-21,6
Sengedage (psykiatri)	520.266	-	-
Antal senge (somatik)	5.503	4.329	-21,3
Antal senge (psykiatri)	1.537	1.435	-6,6
Selvforsyningsgrad	97,6	97,6	-

Regionen har frem til 2020 forudsat en stigning i de ambulante behandlinger på 93 pct. (psykiatri og somatik under ét), og et fald i antal senge på 21 pct. inden for somatikken og 6 pct. inden for psykiatrien. Sygehusarealet forøges med 11,5 pct.

Ekspertpanelets vurdering:

Panelet vurderer, at det forudsatte udvikling for antal senge ligger tæt på den forventede udvikling med et fald på ca. 20 pct., mens den forudsatte udvikling i de ambulante behandlinger til gengæld ligger langt over den forventede udvikling på 50 pct. stigning. Det indikerer en samlet overvurdering af det fremtidige behov. Ekspertpanelet finder endvidere, at den i hospitalsplanen forventede arealudvikling understreger behovet for, at strukturen genovervejes med henblik på at sikre en driftsmæssigt mere hensigtsmæssig struktur. Udviklingen vurderes særligt at have sammenhæng med, at regionen ønsker udbygninger på en række centrale sygehuse, men ikke samtidig lukker matrikler.

5.6.6 Produktivitetforbedringer og driftsrationaliseringer

Gennemførelsen af hospitalsplanen forventes at medføre rationaliseringsmuligheder på 250-300 mio. kr. per år for Region Hovedstaden. Her er tale om varige besparelser, når alle delelementerne i planen er gennemført. Som hovedelementer i dette estimat indgår, at der kan ske en reduktion i antallet af afdelingsledelser ved samling af funktioner på færre enheder. Endvidere forudsættes det, at der ved sammenlægning af funktioner og ændringer i akutforpligtelserne vil kunne ske en reduktion i antallet af vagtlag. Det forudsættes samtidig, at der kan opnås stor-driftsfordele, og at der vil være driftsbesparelser ved nedlæggelsen af funktioner på hele matrikler. Rationaliseringsmuligheder på 250-300 mio. kr. per år svarer til omkring 1,2 - 1,5 pct. af det samlede sygehusbudget for Region Hovedstaden på ca. 20 mia. kr.

Region Hovedstaden oplyser, at regionen indtil videre har gennemført varige omlægninger, der i alt giver en årlig besparelse på over 60 mio. kr. Heraf vedrører 27 mio. kr. samlingen af kirurgi og akut ortopædkirurgi for planområde Nord på Hillerød Hospital.

Ekspertpanelets vurdering:

På driftssiden har regionen oplyst, at gennemførelsen af hospitalsplanen i Region Hovedstaden forventes at medføre rationaliseringsmuligheder på 250-300 mio. kr. per år, svarende til omkring 1,5 pct. af det samlede sygehusbudget for regionen på ca. 20 mia. kr.

Panelet finder det positivt, at der er opgjort en forventet størrelsesorden af rationaliseringsgevinsterne. Panelet finder dog, at niveauet ligger lavt set i forhold til, at regionen samlet set har investeringsønsker for 15 mia. kr. Panelet forudsætter i den forbindelse, at de opgjorte gevinster ligger ud over det normale, årlige effektiviseringskrav på 2 pct. som regionerne skal realisere som led i økonomiaftalerne med regeringen.

Panelet finder generelt, at investeringerne skal resultere i mere effektive løsninger. Med tilpasningen i dimensioneringen, jf. afsnit 4.2, tages der højde for kravet om effektive løsninger på anlægssiden. På driftssiden indstiller panelet, at der i forbindelse med det endelige tilsagn til et projekt fastsættes et konkret mål for rationaliseringsgevinsten, der skal have effekt fra ibrugtagelsen af det nye eller moderniserede byggeri, og som ligger udover de almindelige, løbende produktivetsforbedringer i sygehusvæsenet, jf. afsnit 4.1.

5.6.7 Større strukturelle anlægsprojekter i regionen

Regionens samlede investeringsønsker er sammenfattet i nedenstående tabel 5.29.

Tabel 5.29 Region Hovedstadens investeringsønsker			
Projekt	Art	Økonomi	
		Samlet inv. (mia. kr.), oplyst	Samlet inv. (mia. kr.), 08pl
Rigshospitalet	Om- og nybyggeri	2,305	2,439
Bispebjerg Hospital	Om- og nybyggeri	1,525	1,613
Hvidovre Hospital	Om- og nybyggeri	1,669	1,766
Herlev Hospital	Om- og nybyggeri	2,475	2,619
Hillerød Hospital	Om- og nybyggeri	2,019	2,136
Gentofte Hospital	Om- og nybyggeri	1,510	1,598
Helsingør Hospital	Ombygning	0,222	0,235
Frederikssund Hospital	Ombygning	0,072	0,076
Amager Hospital	Ombygning	0,115	0,122
Frederiksberg Hospital	Ombygning	0,171	0,181
Glostrup Hospital	Om- og nybyggeri	0,782	0,827
Bornholms Hospital	Om- og nybyggeri	0,121	0,128
Region Hovedstadens Psykiatri	Om- og nybyggeri	1,299	1,374
I alt		14,286	15,114

Note: Oplyst prisniveau 1. kvartal 2007 (indeks 114,7). Samlet investering 08pl er baseret på prisniveau 2. kvartal 2008 (indeks 120,5).

Opgørelsen udtrykker totaludgiften ekskl. moms, inkl. medicoteknisk udstyr, apparatur og inventar mv, herunder entreprisedgifter, byggestyring og projekteringsudgifter, genhusningsudgifter, veje og P-arealer. Beløbene er dog ekskl. IT og kommunikationsudstyr.

Prioritering/tidsfølgeplan

Region Hovedstaden har hverken i forbindelse med ekspertpanelets besøg eller i forbindelse med screeningsmaterialet angivet en prioritering af projekterne.

Af rapporten fra Lohfert og Lohfert vedrørende hospitalsplanens realisering samt den indsendte investeringsprofil fremgår det, at stort set alle anlægsprojekterne forudsættes igangsat samtidig.

Nybyggeri på Rigshospitalet

Region Hovedstaden planlægger at udbygge Rigshospitalet med en ny fløj. Der planlægges nybyggeri på knap 43.000 m² og ombygninger. Den nye Nordfløj skal primært indeholde medicinske senge, ambulatorier, auditorier, patienthotel og administration mv. Den samlede investering er af regionen vurderet til 2,4 mia. kr. (2008-pl).

Projektets rolle i en ny sygehusstruktur – såvel regionalt som for landet som helhed

Rigshospitalet har en særlig status som specialhospital i Danmark. De højt specialiserede funktioner, som kun skal placeres ét sted i landet, varetages her. I 2005 udgjorde andelen af udskrevne patienter fra andre regioner hele 34 pct. for Rigshospitalet. Rigshospitalet har således en helt særlig rolle såvel regionalt som nationalt, og hospitalet skal også fremover være et fagligt omdrejningspunkt og levere den højt specialiserede hospitalsbehandling til borgere i regionen og resten af landet.

Mulige alternativer

Ekspertpanelet har ikke fået forelagt alternativer til udbygningen af Rigshospitalet.

Ekspertpanelets konklusion vedr. udbygningen af Rigshospitalet:

Panelet indstiller til regeringen, at projektet på Rigshospitalet bør prioriteres. Rigshospitalet skal også fremover være et centralt omdrejningspunkt ikke blot for Region Hovedstaden, men for den højt specialiserede behandling i Danmark som helhed. Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 1,85 mia. kr., jf. boks 5.8

Boks 5.8 Dimensionering og økonomi for Rigshospitalet

Oplyst dimensionering: 43.000 m² nybyggeri (totalareal 299.000 m²).
Oplyst økonomi: 2,44 mia. kr. (priseniveau 2kv.08, indeks 120,5) – heraf godt 1,3 mia. kr. nybyggeri og godt 1,1 mia. kr. ombygning, heraf knap 60 mio. kr. i følgeudgifter. Af nybyggeriet udgøres knap 0,1 mia. kr. af parkering. Det giver nybyggeripris ekskl. parkering på 28.500 kr./m².

Tilpasset maksimal investeringsramme: 1,85 mia. kr.

Investeringsrammen er en samlet totalramme inkl. IT/apparatur og inventar mv. og regional egenfinansiering. Følgeudgifter forudsættes besluttet og finansieret af regionen.

Grundlag:

Regionen har anvendt en brutto-/nettofaktor på 2,0 og en arealnorm for senge på 33 m² netto (gennemsnit) svarende til de forudsatte niveauer. Regionen har i sin behovsrekrivning forudsat en stigning i ambulante behandlinger på 93 pct. mod forudsat 50 pct., og et fald i antal senge på 21 pct. mod forudsat 20 pct. Samlet giver det grundlag for en tilpasning af dimensioneringen med 1.200 m² (3 pct.) til 41.800 m².

Herudover er der grundlag for en generel tilpasning i dimensioneringen baseret på dels en væsentlig bedre kapacitetsudnyttelse end forudsat, dels usikkerheden med hensyn til de fremtidige behov, der tilsiger tilbageholdenhed i dimensioneringen mod til gengæld at bygge fleksibelt. Den generelle tilpasning er på 8.400 m² (20 pct.), hvilket reducerer arealet til 33.400 m².

Prisen per m² nybyggeri ansættes til 27.000 kr. for universitetssygehuse (totaludgift inkl. apparatur mv.). Det giver en nybyggeripris på 0,9 mia. kr., heraf 0,15 mia. kr. til IT/apparatur og løst inventar. Hertil lægges knap 0,1 mia. kr. vedr. parkering (uændret). Ombygningsudgiften ekskl. følgeudgifter reduceres med 20 pct. fra 1,05 mia. kr. til 0,85 mia. kr. Det giver en samlet totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering på 1,85 mia. kr.

Ombygning og nybyggeri på områdehospitalerne: Herlev, Hvidovre, Bispebjerg og Hillerød

Region Hovedstaden planlægger endvidere at udbygge og etablere fælles akutmodtagelser på de fire områdehospitaler: Herlev, Hvidovre, Bispebjerg og Hillerød. Der planlægges udbygning og ombygning på Herlev for 2,5 mia. kr., på Hvidovre for 1,7 mia. kr., på Bispebjerg for 1,5 mia. kr. og på Hillerød for 2 mia. kr.

Projekternes rolle i en ny sygehusstruktur – såvel regionalt som for landet som helhed

De fire områdehospitaler har hver et befolkningsunderlag på mellem 309.000 og 459.000 indbyggere. Det er sigtet med hospitalsplanen, at den akutte kirurgi og medicin samles på de fire hospitaler (samt Rigshospitalet). Hospitalerne ligger geografisk forholdsvist tæt, men befolkningstætheden i Region Hovedstaden er også fem gange større end for landet som helhed.

Mulige alternativer

Ekspertpanelet har ikke fået forelagt alternativer til ud- og ombygning af de fire områdehospitaler. Der vurderes behov for opstilling af alternativer til projektet vedrørende Hillerød Hospital og akutbetjeningen i den nordlige del af regionen. Endvidere vurderes der grundlag for at se områdehospitalerne i en tættere sammenhæng med de omkringliggende nærhospitaler.

Ekspertpanelets konklusion vedr. udbygningen af områdehospitalerne

Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at projekterne på Herlev og Hvidovre hospitaler bør prioriteres, og at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projekterne på henholdsvis 2,25 mia. kr. og 1,45 mia. kr., jf. boks 5.9 og 5.10. Rationalet for Herlev er, at projektet i sig selv indebærer en betydelig samling af funktioner og udvidet kapacitet, og at Herlev med sikkerhed vil skulle spille en central rolle i en fremtidig sygehusstruktur, herunder varetage regionsfunktioner. Ligeledes vurderes Hvidovre Hospital med sikkerhed at have en betydelig rolle i en fremtidig struktur. Bygningerne på Hvidovre Hospital vurderes ligeledes hensigtsmæssige i forhold til en udbygning, der dels vil kunne gennemføres uden større forstyrrelser af hospitalets drifts, dels vil kunne sikre en samlet set god logistik.

For Bispebjerg Hospital finder panelet ikke, at der ud fra en samlet afvejning er rationale for så betydelige investeringer som forudsat. Dette skal også ses i lyset af anbefalingerne om en revidering af dele af hospitalsplanen. En efterlevelse af akutanbefalingerne vurderes at være af en mere begrænset størrelsesorden end anslået af regionen, og projektet bør derfor samlet set revurderes.

Panelet finder ikke, at projektet vedrørende ombygning og etablering af en fælles akutmodtagelse på Hillerød Hospital bør realiseres på det foreliggende grundlag. Det vurderes behov for en fornyet samlet overvejelse om akutbetjeningen i den nordlige del af regionen, herunder med inddragelse af overvejelser om den langsigtede rolle for de omkringliggende nærhospitaler.

Boks 5.9 Dimensionering og økonomi for Herlev Hospital

Oplyst dimensionering: 73.400 m² nybyggeri (totalareal 257.950 m²).

Oplyst økonomi: 2,6 mia. kr. (prisniveau 2kv.08, indeks 120,5) – heraf godt 1,8 mia. kr. nybyggeri og 0,8 mia. kr. ombygning, heraf knap 50 mio. kr. i følgeudgifter. Af nybyggeriet udgøres godt 0,1 mia. kr. af parkering. Det giver nybyggeripris ekskl. parkering på 23.200 kr./m².

Tilpasset maksimal investeringsramme: 2,25 mia. kr.

Investeringsrammen er en samlet totalramme inkl. IT/apparatur og inventar mv. og regional egenfinansiering. Følgeudgifter forudsættes besluttet og finansieret af regionen.

Grundlag:

Regionen har anvendt en brutto-/nettofaktor på 2,0 og en arealnorm for senge på 33 m² netto (gennemsnit)

svarende til de forudsatte niveauer. Regionen har i sin behovsfremskrivning forudsat en stigning i ambulante behandlinger på 93 pct. mod forudsat 50 pct., og et fald i antal senge på 21 pct. mod forudsat 20 pct. Samlet giver det grundlag for en tilpasning af dimensioneringen med 2.100 m² (3 pct.) til 71.300 m².

Herudover er der grundlag for en generel tilpasning i dimensioneringen baseret på dels en væsentlig bedre kapacitetsudnyttelse end forudsat, dels usikkerheden med hensyn til de fremtidige behov, der tilsiger tilbageholdenhed i dimensioneringen mod til gengæld at bygge fleksibelt. Den generelle tilpasning er på 14.300 m² (20 pct.), hvilket reducerer arealet til 57.000 m².

Prisen per m² nybyggeri ansættes til 27.000 kr. (totaludgift inkl. apparatur mv.). Det giver en nybyggeripris på godt 1,54 mia. kr., heraf 0,25 mia. kr. til IT/apparatur og løst inventar. Hertil lægges godt 0,1 mia. kr. vedr. parkering (uændret). Ombygningsudgiften ekskl. følgeudgifter reduceres med 20 pct. fra 0,75 mia. kr. til 0,6 mia. kr. Det giver en samlet totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering på 2,25 mia. kr.

Boks 5.10 Dimensionering og økonomi for Hvidovre Hospital

Oplyst dimensionering: 21.600 m² nybyggeri (totalareal 266.600 m²).

Oplyst økonomi: 1,77 mia. kr. (priseniveau 2kv.08, indeks 120,5) – heraf godt 0,5 mia. kr. nybyggeri og 1,25 mia. kr. ombygning, heraf knap 80 mio. kr. følgeudgift. Af nybyggeriet udgøres ca. 40 mio. kr. af parkering. Det giver nybyggeripris ekskl. parkering på 21.100 kr./m².

Tilpasset maksimal investeringsramme: 1,45 mia. kr.

Investeringsrammen er en samlet totalramme inkl. IT/apparatur og inventar mv. og regional egenfinansiering. Følgeudgifter forudsættes besluttet og finansieret af regionen.

Grundlag:

Regionen har anvendt en brutto-/nettofaktor på 2,0 og en arealnorm for senge på 33 m² netto (gennemsnit) svarende til de forudsatte niveauer. Regionen har i sin behovsfremskrivning forudsat en stigning i ambulante behandlinger på 93 pct. mod forudsat 50 pct., og et fald i antal senge på 21 pct. mod forudsat 20 pct. Samlet giver det grundlag for en tilpasning af dimensioneringen med 600 m² (3 pct.) til 21.000 m².

Herudover er der grundlag for en generel tilpasning i dimensioneringen baseret på dels en væsentlig bedre kapacitetsudnyttelse end forudsat, dels usikkerheden med hensyn til de fremtidige behov, der tilsiger tilbageholdenhed i dimensioneringen mod til gengæld at bygge fleksibelt. Den generelle tilpasning er på 4.200 m² (20 pct.), hvilket reducerer arealet til 16.800 m².

Prisen per m² nybyggeri ansættes til 27.000 kr. (totaludgift inkl. apparatur mv.). Det giver en nybyggeripris på godt 0,45 mia. kr., heraf knap 0,1 mia. kr. til IT/apparatur og løst inventar. Hertil lægges udgifter vedr. parkering (uændret). Ombygningsudgiften reduceres med 20 pct. fra 1,15 mia. kr. til 0,95 mia. kr. Det giver en samlet totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering på 1,45 mia. kr.

Ombygning og nybyggeri på nærhospitalerne

Region Hovedstaden planlægger endvidere at udbygge og ombygge regionens nærhospitaler: Gentofte, Helsingør, Frederikssund, Amager, Frederiksberg og Bornholm. Der planlægges udbygning og ombygning på nærhospitalerne for samlet godt 3 mia. kr. (2008-pl), heraf 2,4 mia. kr. til Gentofte og Glostrup.

Projekternes rolle i en ny sygehusstruktur – såvel regionalt som for landet som helhed

De seks nærhospitaler skal først og fremmest varetage behandling på det medicinske område samt tilbyde planlagte kirurgiske patientforløb. Der planlægges døgnåbne skadestuer på samtlige nærhospitaler.

Mulige alternativer

Ekspertpanelet har ikke fået forelagt alternativer til ud- og ombygning af nærhospitalerne.

Ekspertpanelets konklusion vedr. udbygningen af nærhospitalerne:

Ekspertpanelet finder ikke grundlag for at gennemføre så betydelige investeringer i nærhospitalerne, som forudsat af regionen, idet disse projekter ikke er tilstrækkeligt langsigtede i forhold til at sikre en faglig bæredygtighed. Ekspertpanelet finder, at der er grundlag for at tænke nær-

hospitalet tættere i sammenhæng med områdehospitalet, således at det muliggør en større samling af behandlingen særligt på det medicinske område og en reduktion i antallet af matrikler.

Panelet har konstateret, at der er igangsat et meget betydeligt om- og nybygningsprojekt på Gentofte Hospital. Panelet finder, at den fortsatte opgaveprofil for Gentofte Hospital bør overvejes, jf. også forslaget om en revurdering af sygehusplanen for den nordlige del af regionen, som også vil muliggøre en samlet set mere rational drift med færre matrikler.

For så vidt angår Bornholms Hospital finder panelet, at en om- og udbygning er hensigtsmæssig, idet hospitalet grundet de særlige geografiske forhold forsat skal have en akutfunktion. Projektets vurderes af en størrelsesorden, som kan håndteres uden statslig involvering.

Psykiatrien i Region Hovedstaden

Region Hovedstaden har endvidere indsendt en række projekter som følge af regionens psykiatriplan. Bl.a. har regionen planer om at udbygge Sct. Hans Hospital og etablere en højt sikret akutmodtagelse for nyhenviste, akutte retspsykiatriske patienter.

Ekspertpanelets konklusion vedr. udbygningen af psykiatrien:

På det psykiatriske område vurderer ekspertpanelet, at regionen har udarbejdet en plan, der har perspektiver i forhold til en langsigtet bæredygtighed. Panelet finder, at udbygningen af retspsykiatrien på Sct. Hans Hospital bør prioriteres, og at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 0,55 mia. kr., jf. boks 5.11.

Boks 5.11 Dimensionering og økonomi for udbygning af Sct. Hans Hospital

Oplyst dimensionering: 19.500 m² nybyggeri, heraf 4.100 m² til aktiveringshus.
Oplyst økonomi: 0,62 mia. kr. (prisniveau 2kv.08, indeks 120,5) – heraf 0,4 mia. kr. nybyggeri og godt 0,2 mia. kr. ombygning.

Tilpasset maksimal investeringsramme: 0,55 mia. kr.

Investeringsrammen er en samlet totalramme inkl. IT/apparatur og inventar mv. og regional egenfinansiering.

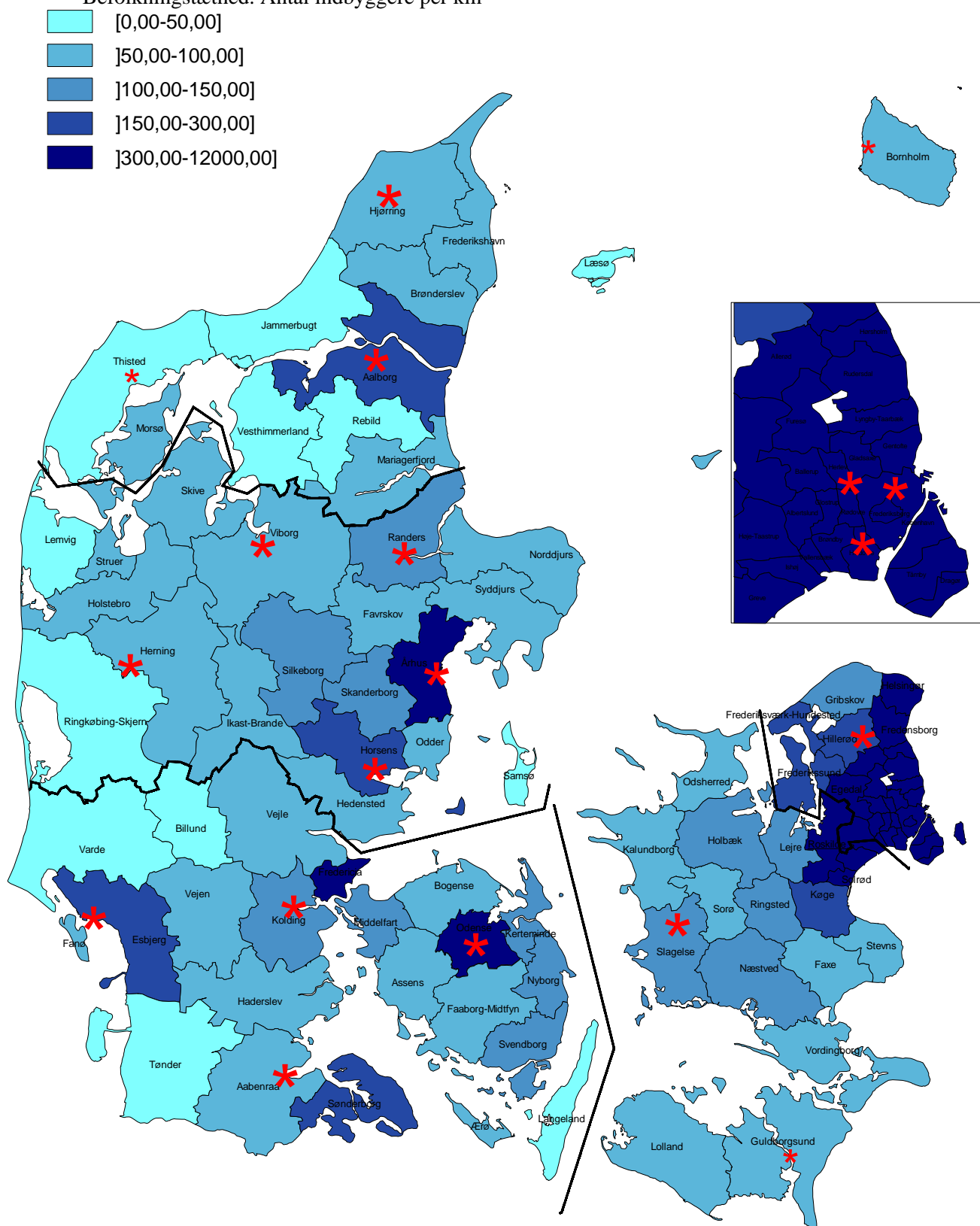
Grundlag:

Der foreligger ikke oplysninger om forudsat brutto-/nettofaktor, så der er antaget en tilpasning svarende til en tilpasning fra 1,95 til 1,8, svarende til 8 pct. af nybyggeriprisen. Tilpasningerne på det somatiske område (nybyggeri) i forhold til kapacitetsudnyttelse og fremtidigt behov mv. anvendes ikke på psykiatriprojekter. De angivne nybyggeriforudsætninger er dermed i øvrigt lagt uændret til grund. Ombygningsudgiften reduceres med 20 pct. fra godt 0,2 til 0,17 mia. kr. Det giver en totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering på 0,55 mia. kr.

5.7 Sammenfatning

Ekspertpanelets samlede indstillinger og vurderinger af de regionale planer peger på en fremtidig sygehusstruktur med i alt 18 akutsygehuse (plus Rigshospitalet), samt 3 sygehuse med modificeret akutfunktion (Bornholms Hospital, Sygehus Thy-Mors Thisted og Nykøbing F Sygehuse), jf. nedenstående kort, og som overordnet er sammenfaldende med den teoretiske grovskitse for 2020, som er beskrevet i afsnit 3.5. En række specialiserede sygehuse som f.eks. Rigshospitalet og Vejle er ikke medtaget på kortet, idet de ikke skal være akutsygehuse. Det skal tilføjes, at placeringen af to akutsygehuse i Region Sjælland udestår, jf. afsnit 5.5.7.

Figur 5.1: Placering af akutsygehuse i forhold til befolkningstæthed⁷
 Befolkningstæthed. Antal indbyggere per km²



⁷ Det skal tilføjes, at placeringen af to akutsygehuse i Region Sjælland udestår, jf. afsnit 5.5.7.

6. Ekspertpanelets indstilling til regeringen

I dette kapitel præsenteres ekspertpanelets screening, vurderinger og indstilling til regeringen vedr. de enkelte anlægsprojekter i de fem regioner. Indstillingerne er baseret på gennemgangen i kapitel 5.

Panelet indstiller, at de kommende finansieringstilsagn ledsages af en række *forudsætninger* og *anbefalinger*.

Forudsætningerne vedrører forhold, som efter panelets opfattelse bør være tilvejebragt, inden der gives endelige tilsagn. Der er således tale om bindende forudsætninger.

Anbefalingerne vedrører forhold, som er centrale i forhold til den fremtidige struktur, og som derfor også principielt bør være gennemført som forudsætning for de endelige tilsagn. Regionernes realisering af disse forhold kan imidlertid strække sig ud over de endelige tilsagn, og panelet har derfor valgt at fremlægge disse forhold som anbefalinger, således de ikke tidsmæssigt blokerer for det endelige tilsagn. Forholdene forudsættes bragt på plads forud for regionernes eventuelle ansøgninger i en senere fase.

Region Nordjylland:

Ekspertpanelet vurderer overordnet set, at Region Nordjylland har udarbejdet en plan, der på væsentlige områder er i overensstemmelse med præmisserne om en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt. Der sker en koncentration af behandlingen på færre enheder, nogle matrikler lukkes helt, og regionen følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger for så vidt angår de fælles akutmodtagelser. Et højt specialiseret sygehus i Aalborg og i alt to fælles akutmodtagelser samt en akutfunktion i Thisted i formaliseret samarbejde med Aalborg Sygehus forekommer at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet, befolkningens størrelse og regionens geografi taget i betragtning.

Panelet anbefaler, at en samling af funktionerne fra Aalborg Sygehus Syd og Sygehus Nord bør prioriteres. Samlingen vurderes at kunne realisere en betydelig forbedring af patientbehandlingen og et potentiale for at opnå en væsentlig forbedring af ressourceanvendelsen. Ekspertpanelet konstaterer, at en væsentlig del af det nuværende Aalborg Syd er helt nybygget og af høj kvalitet. Panelet finder ud fra en samlet afvejning, at samlingen bør gennemføres ved nybyggeri i tilknytning til den eksisterende matrikel i Aalborg Syd. Panelet vurderer i den forbindelse ikke, at argumenterne for at realisere samlingen som et barmarksprojekt i Aalborg Øst har været tilstrækkeligt stærke til at kunne begrunde en udflytning frem for en tilbygning. Ud fra en samlet vurdering finder ekspertpanelet, at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 3,2 mia. kr. til udbygning af Sygehus Syd.

Ekspertpanelet finder regionens planer om at etablere fælles akutmodtagelser i Thisted (i formaliseret samarbejde med Aalborg Sygehus) og i Hjørring velbegrunder givet de geografiske forhold og regionens befolkningstæthed. Projekterne i Thisted og Hjørring vurderes af en størrelsesorden, som bør kunne prioriteres uden statslig involvering.

Endelig finder panelet ikke grundlag for et nybygget elektivt sygehus i Himmerland. Panelet finder, at det vil være mest hensigtsmæssigt at bibeholde og evt. gennemføre en mindre udbygning af Farsø Sygehus, med samtidig nedlægning af matriklen i Hobro.

Ekspertpanelet indstiller samlet til regeringen, at der for Region Nordjylland fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 3,2

*mia. kr. til udbygning af Sygehus Syd i Aalborg. Ekspertpanelet **indstiller** samtidig, at der fastlægges en række forudsætninger for et endeligt statsligt tilsagn om kvalitetsfondsmidler:*

- *at der for det prioriterede projekt udarbejdes mere detaljerede projektbeskrivelser mv. inden for den fastlagte samlede investeringsramme (jf. økonomaftalen for 2009).*
- *at der foreligger klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospitale indsats udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver.*
- *at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede enheder, som ligger ud over de almindelige løbende produktivetsforbedringer i sygehusvæsenet. Niveauet fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.*

Herudover anbefaler ekspertpanelet:

- *at akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse, jf. Sundhedsstyrelsens akutrapport.*
- *at der ikke realiseres et nyt sygehus Himmerland.*

Region Midtjylland:

Ekspertpanelet vurderer overordnet set, at Region Midtjylland har udarbejdet en plan, der på væsentlige områder er i overensstemmelse med præmisserne om en rationel og moderne sygehusstruktur, også på længere sigt. Der sker en koncentration af behandlingen på færre enheder, en del af de mindre sygehuse lukkes helt, og regionen følger i det væsentligste Sundhedsstyrelsens anbefalinger for så vidt angår de fælles akutmodtagelser. Et universitetshospital, der samler de højt specialiserede hospitalsfunktioner og i alt fire yderligere fælles akutmodtagelser forekommer at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet i betragtning af befolkningens størrelse og regionens geografi.

Ekspertpanelet støtter, at matriklerne i Århus samles i Skejby. Ligeledes støtter ekspertpanelet, at der sker en samling af hospitalerne i Vestjylland.

Panelet finder, at en samling af funktionerne på Århus Sygehus mv. ved en samling i tilknytning til det eksisterende Skejby Sygehus bør prioriteres. Samlingen og et tilknyttet nybyggeri af arealer vurderes at kunne realisere en betydelig forbedring af patientbehandlingen og et potentiale for at opnå en væsentlig forbedring af ressourceanvendelsen. Panelet har konstateret, at en samling forudsætter udflytningen fra de nuværende arealer i Århus by. Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 6,35 mia. kr.

Ekspertpanelet finder det som nævnt hensigtsmæssigt at samle hospitalerne i Vestjylland på én matrikel, men finder ikke på det foreliggende grundlag, at der er rationale for at realisere det påtænkte nybyggeri ved Gødstrup. Ekspertpanelet konstaterer, at Herning Sygehus har en grundlæggende fornuftig logistik med relativt moderne bygninger, som panelet vurderer formentlig er velegnet til udbygning. Panelet har bemærket, at der for relativt nyligt er investeret i nyt strålebehandlingscenter. Desuden er Regionshospitalet i Herning beliggende, så det naturligt vil få et større befolkningsunderlag, end andre hospitaler i området vil kunne opnå.

Panelet har konstateret, at Region Midtjylland planlægger at etablere fælles akutmodtagelser på tre hospitaler, der alle ligger tæt på grænsen til hhv. Region Nordjylland og Region Syddanmark. Akutmodtagelserne i Horsens og Randers har et befolkningsunderlag, der ligger lige omkring Sundhedsstyrelsens minimumsanbefaling. For så vidt angår akutmodtagelsen i Randers gælder dog, at Region Nordjylland ikke har planlagt en fælles akutfunktion i den sydlige del af regionen, men for så vidt angår akutmodtagelsen i Horsens har ekspertpanelet konstateret, at denne forudsætter optag et stykke ned i Region Syddanmark.

Ekspertpanelet har således indgående drøftet problematikken vedrørende Horsens, Vejle og Kolding sygehuse, hvor der lægges op til, at Horsens (Midtjylland) og Kolding (Syddanmark) skal være akutsygehuse, mens Vejle i Region Syddanmark skal være et specialsygehus. Ekspertpanelet stiller sig tvivlende over for hensigtsmæssigheden i denne løsning, og om den vil kunne gennemføres i praksis.

Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at en udbygning af en fælles akutmodtagelse på Viborg Sygehus bør prioriteres, og at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 1,15 mia. kr.

For Horsens og Randers finder panelet ikke, at der ud fra en samlet afvejning er rationale for så betydelige investeringer som forudsat, jf. herunder befolkningsunderlaget sammenholdt med en forventet stadig øget specialisering. Udgifterne ved en efterlevelse af akutanbefalingerne vurderes af en mere begrænset størrelsesorden end af regionen anslået, og projekterne bør derfor samlet set revurderes.

Ekspertpanelet finder det generelt fornuftigt at samle den psykiatriske behandling på færre enheder samt i den forbindelse at sikre et tættere samarbejde med somatikken. Ekspertpanelet finder dog, at flytningen af Risskov til Det nye universitetshospital i Skejby bør revurderes senere, således at der først sker en realisering af flytningen af somatikken. Øvrige projekter er af en størrelsesorden, som bør indgå i en almindelig prioriteringsproces i forhold til regionens almindelige anlægsramme, dvs. uden statslig involvering.

Ekspertpanelet indstiller samlet til regeringen, at der for Region Midtjylland fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 6,35 mia. kr. til det nye universitetshospital i Århus samt en samlet investeringsramme til udbygning af en fælles akutmodtagelse på Viborg Sygehus på 1,15 mia. kr. Ekspertpanelet indstiller samtidig, at der fastlægges en række forudsætninger for et endeligt statsligt tilsagn om kvalitetsfondsmidler:

- at der for de prioriterede projekter udarbejdes mere detaljerede projektbeskrivelser mv. inden for de fastlagte samlede investeringsramme (jf. økonomiaftalen for 2009).
- at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede enheder, som ligger ud over de almindelige løbende produktivetsforbedringer i sygehusvæsenet. Niveaue fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.
- at der foreligger klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospitale indsats udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver.

Herudover anbefaler ekspertpanelet:

- at der besluttet yderligere reduktioner i antallet af matrikler.
- at akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse, jf. Sundhedsstyrelsens akutrapport.

Region Syddanmark:

Ekspertpanelet vurderer overordnet, at Region Syddanmark har udarbejdet en plan, der på mange områder er i overensstemmelse med præmisserne om en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt. Ekspertpanelet har bemærket, at Region Syddanmark i forbindelse med planerne for implementeringen af sygehusplanen har fremlagt nye planer om lukning af en række mindre sygehuse, som der i første omgang ikke var taget stilling til. Ekspertpanelet finder det dog problematisk, at Region Syddanmark på akutområdet på en række punkter ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Det gælder befolkningsunderlag, modtagelse af medicinske patienter via fælles akutmodtagelser samt Sundhedsstyrelsens anbefalinger om visiteret adgang til de fælles akutmodtagelser.

Ekspertpanelet finder, at et hospital der samler de højt specialiserede funktioner og i alt tre yderligere fælles akutmodtagelser forekommer at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet i betragtning af befolkningens størrelse og regionens geografi.

Panelet finder, at en modernisering af Odense Universitetshospital bør prioriteres. Da en høj andel af den eksisterende bygningsmasse trænger til at blive udskiftet for at opnå en bedre logistik, finder ekspertpanelet, at der er grundlag for at etablere et helt nyt hospital. I planlægningsgrundlaget indgår overvejelser mellem Syddansk Universitet og Region Syddanmark om at flytte sundhedsfakultetet med ud. Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 6,3 mia. kr.

Panelet finder ikke grundlag for at etablere en fælles akutmodtagelse på Svendborg Sygehus. Konstruktionen med et optageområde langt inde i Odense Kommune vurderes ikke farbar og vil under alle omstændigheder kunne udhule grundlaget for Odense Universitetshospital.

Ekspertpanelet støtter, at der sker en samling af hospitalerne i Sønderjylland. Panelet har konstateret, at regionen ultimo september 2008 har truffet en ny principbeslutning, hvorefter forslaget om nybyggeri i Gråsten erstattes af en plan for udbygning af det nuværende Aabenraa Sygehus inkl. psykiatri, mens man samtidig bibeholder og moderniserer dele af det nuværende Sønderborg Sygehus. Ekspertpanelet finder, at en udbygning af Aabenraa Sygehus efter beregninger vil sikre et større befolkningsunderlag og have en bedre forudsætning for at kunne opretholde en faglig bæredygtighed, end det oprindeligt indsendte projekt om nybyggeri i Gråsten. Ekspertpanelet har modtaget oplysninger som følge af den reviderede beslutning meget sent i processen (i oktober 2008) og finder ikke, at det nye projekt kan prioriteres på det foreliggende grundlag. Projektet og den samlede løsning for hele Sønderjylland, inkl. beslutningen om at videreføre Sønderborg, bør overvejes nærmere.

Ekspertpanelet har drøftet problematikken vedrørende Horsens, Vejle og Kolding sygehuse, hvor der lægges op til, at Horsens (Midtjylland) og Kolding (Syddanmark) skal være akutsygehuse, mens Vejle i Region Syddanmark skal være et specialsygehus.

Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at en etablering af en fælles akutmodtagelse på Kolding Sygehus bør prioriteres, og at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 0,9 mia. kr. Heri indgår, at dimensioneringen af Kolding-projektet er reduceret af regionen som konsekvens af den nye beslutning vedrørende Sønderjylland.

For Esbjerg finder panelet ikke, at der ud fra en samlet afvejning er rationale for så betydelige investeringer som forudsat, og udgifterne ved en efterlevelse af akutanbefalingerne vurderes af en mere begrænset størrelsesorden end anslået af regionen. Projektet bør derfor samlet set vurderes.

Panelet finder generelt, at der er gode perspektiver i Region Syddanmarks plan for psykiatrien, hvor behandlingen samles på færre enheder, og hvor specialiseringen øges. En række af projekterne er af en mere begrænset størrelsesorden, som bør indgå i en prioritering inden for regionens anlægsbudget.

Ekspertpanelet indstiller samlet til regeringen, at der for Region Syddanmark fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 6,3 mia. kr. til Odense Universitetshospital samt en samlet investeringsramme til udbygning af en fælles akutmodtagelse på Kolding Sygehus på 0,9 mia. kr. Ekspertpanelet indstiller samtidig, at der fastlægges en række forudsætninger for et endeligt statsligt tilsagn om kvalitetsfondsmidler:

- *at der for de prioriterede projekter udarbejdes mere detaljerede projektbeskrivelser mv. inden for de fastlagte samlede investeringsrammer (jf. økonomiaftalen for 2009).*
- *at der foreligger klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospital indsats udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver.*
- *at det i forhold til et endeligt tilsagn vedr. Odense Universitetshospital forudsættes, at der ikke etableres en fælles akutmodtagelse i Svendborg.*
- *at det i forhold til et endeligt tilsagn vedr. Kolding forudsættes en klar beslutning om, at akutindtaget af kirurgiske og ortopædkirurgiske patienter på Vejle Sygehus ophører med ibrugtagelsen af det nye Kolding.*
- *at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede enheder, som ligger ud over de almindelige løbende produktivitetsforbedringer i sygehusvæsenet. Niveaue fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.*

Herudover anbefaler ekspertpanelet:

- *at regionen efterlever Sundhedsstyrelsens udmeldinger på det akutte område, herunder anbefalingen om visiteret adgang til akutmodtagelser.*
- *at akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse, jf. Sundhedsstyrelsens akutrapport.*
- *at der besluttes yderligere reduktioner i antallet af sygehusmatrikler.*

Region Sjælland:

Ekspertpanelet vurderer, at Region Sjællands sygehusplan er væsentligt mere kortsigtet og mindre ambitiøs end de øvrige regioner. Der sker kun i ringe grad en samling af funktioner på færre enheder, og der lukkes kun få sygehusmatrikler. Det er herunder uklart, hvordan sygehusvæsenet i regionen forventes at tegne sig på længere sigt, og planen indeholder kun få egentlige strukturændringer.

Ekspertpanelet finder det samtidig problematisk, at Region Sjælland på akutområdet på en række væsentlige punkter ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Ligeledes finder ekspertpanelet det uhensigtsmæssigt, at Region Sjælland planlægger at sprede regionsfunktionerne på to forskellige sygehuse. En spredning af regionsfunktionerne er uhensigtsmæssigt dels i forhold til at sikre en faglig bæredygtighed og sundhedsfaglig høj kvalitet. Dels for at udnytte tværgående funktioner/specialer mest hensigtsmæssigt – og for at undgå en dobbeltdækning heraf. Endelig finder ekspertpanelet det uhensigtsmæssigt, at der ikke planlægges etablering af fælles akutmodtagelse på samme matrikel, hvor regionsfunktionerne varetages, så der sikres en bedre udnyttelse af akutberedskabet. Ekspertpanelet anbefaler, at den specialiserede behandling/regionsfunktioner samles på ét sygehus i Region Sjælland, og at dette sygehus samtidig bør være ét af regionens akutsygehuse.

Sygehusplanen giver dermed ikke i panelets øjne nogen sikkerhed for bæredygtighed på sigt, herunder sikring af det fornødne faglige niveau i særligt den specialiserede behandling.

Ekspertpanelet finder, at ét sygehus, der samler regionsfunktionerne og i alt to yderligere akutmodtagelser samt en akutfunktion på Nykøbing Falster Sygehus i formaliseret samarbejde med en af de øvrige akutmodtagelser ville forekomme at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet i betragtning af befolkningens størrelse og regionens geografi.

På det psykiatriske område vurderer ekspertpanelet derimod, at Region Sjælland har udarbejdet en plan, der i højere grad har perspektiver i forhold til en langsigtet bæredygtighed, og som herunder samler funktioner på færre enheder.

Panelet finder, at projektet vedrørende samlingen af de psykiatriske funktioner Holbæk og Dianalund i Slagelse samt flytning af den retspsykiatriske afdeling (Sikringsanstalten) fra Nykøbing

Sjælland til Slagelse i tilknytning til den øvrige retspsykiatri i regionen bør prioriteres. Med samlingen opnås tidssvarende fysiske rammer og grundlag for en forbedret kvalitet i behandlingen samt en samtidig bedre ressourceudnyttelse. Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. regional egenfinansiering) for projektet på 1,05 mia. kr.

Ekspertpanelet finder ikke, at projekterne vedrørende Slagelse og Næstved sygehus bør prioriteres på det foreliggende grundlag. Her finder ekspertpanelet ud fra en samlet afvejning, at der bør forudsættes en mere langsigtet og bæredygtig sygehusplan, før der kan ske en prioritering. Panelet finder således, at det som forudsætning for større investeringer på det somatiske område bør genovervejes, hvordan der samlet set sikres en struktur i regionen, der realiserer målsætningen om en moderne, rationel og bæredygtig struktur også på langt sigt. Dog finder ekspertpanelet, at det – for at Region Sjælland kan påbegynde etableringen af en ny akutstruktur – kan prioriteres at etablere en fælles akutmodtagelse på Slagelse Sygehus. Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. regional egenfinansiering) for projektet på op til 300 mio. kr.

Ekspertpanelet indstiller samlet til regeringen, at der for Region Sjælland fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 1,05 mia. kr. til samling af de psykiatriske funktioner i Slagelse samt til flytning af den retspsykiatriske afdeling (Sikringsanstalten) fra Nykøbing Sjælland til Slagelse og en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 300 mio. kr. til etablering af en fælles akutmodtagelse på Slagelse Sygehus. Ekspertpanelet **indstiller samtidig, at der fastlægges en række forudsætninger for et endeligt statsligt tilsagn om kvalitetsfondsmidler:**

- at der for de prioriterede projekter udarbejdes en mere detaljeret projektbeskrivelse mv. inden for de fastlagte samlede investeringsrammer (jf. økonomiaftalen for 2009).
- at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede psykiatriske enheder, som ligger ud over de almindelige løbende produktivitetsforbedringer i sygehusvæsenet. Niveauet fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.
- at der foreligger klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospitale indsats udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver.

Herudover anbefaler ekspertpanelet:

- at der udarbejdes en mere langsigtet og bæredygtig sygehusplan, hvor den specialiserede behandling/regionsfunktioner samles på ét af akutsygehusene med fælles akutmodtagelse i Region Sjælland, og hvor Sundhedsstyrelsens anbefalinger på det akutte områder, herunder om visiteret adgang til akutmodtagelser efterleves.
- at akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse, jf. Sundhedsstyrelsens akutrapport.
- at udviklingen af den præhospitale indsats indtænkes i planlægningen.

Region Hovedstaden:

Ekspertpanelet vurderer, at Region Hovedstadens hospitalsplan som sådan har et fornuftigt sigte, men på en række punkter er mindre ambitiøs, end nogle af de øvrige regioners. Der lukkes på nuværende tidspunkt kun få matrikler, og der bibeholdes akutfunktioner på de fleste hospitaler. Der tegner sig en overordnet konstruktiv struktur, hvor Rigshospitalet sammen med fire områdedehospitaler på langt sigt vil udgøre hjørnestenene i regionens hospitalsvæsen.

Ekspertpanelet vurderer det problematisk, at Region Hovedstadens hospitalsplan på akutområdet på en række punkter afviger fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Bl.a. har Sundhedsstyrelsen påpeget, at Sundhedsstyrelsen ikke finder grundlag for bibeholdelse af akutfunktioner på Region Hovedstadens nærhospitaler og at regionens planer om uvisiteret adgang til de fælles

akutmodtagelser er i uoverensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger om lægelig visitation eller via 112-opkald.

Ekspertpanelet finder, at ét sygehus, der samler regionsfunktionerne og i alt fire fælles akutmodtagelser ville forekomme at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet befolkningens størrelse og regionens geografi taget i betragtning. Ekspertpanelet finder således, at der er behov for en revurdering af dele af hospitalsplanen, herunder af nærhospitalernes rolle på sigt.

Baseret på en vurdering af, hvilke investeringsprojekter der uanset behovet for en samlet set ændret planlægning må vurderes som uomgængelige og som samtidigt i sig selv kan fremme en samlet set konstruktiv sygehusstruktur, finder panelet, at projektet vedrørende etablering af en ny nordfløj på Rigshospitalet bør prioriteres. Rigshospitalet skal også fremover være et centralt omdrejningspunkt ikke blot for Region Hovedstaden, men for den højt specialiserede behandling i Danmark som helhed. Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 1,85 mia. kr.

Ud fra en samlet vurdering finder panelet endvidere, at projekterne på Herlev og Hvidovre hospitaler bør prioriteres, og at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projekterne på henholdsvis 2,25 mia. kr. og 1,45 mia. kr. Rationalet for Herlev Hospital er, at projektet i sig selv indebærer en betydelig samling af funktioner og udvidet kapacitet, og at Herlev Hospital med sikkerhed vil skulle spille en central rolle i en fremtidig sygehusstruktur, herunder varetage regionsfunktioner. Ligeledes vurderes Hvidovre Hospital med sikkerhed at have en betydelig rolle i en fremtidig struktur. Bygningerne på Hvidovre Hospital vurderes ligeledes hensigtsmæssige i forhold til en udbygning, der dels vil kunne gennemføres uden større forstyrrelser af hospitalets drift, dels vil kunne sikre en samlet set god logistik.

For Bispebjerg Hospital finder panelet ikke, at der ud fra en samlet afvejning er rationale for så betydelige investeringer som forudsat. Dette skal også ses i lyset af anbefalingerne om en revurdering af dele af hospitalsplanen. En efterlevelse af akutanbefalingerne vurderes at være af en mere begrænset størrelsesorden end anslået af regionen, og projektet bør derfor samlet set revideres.

Panelet finder ikke, at projektet vedrørende ombygning og etablering af en fælles akutmodtagelse på Hillerød Hospital bør realiseres på det foreliggende grundlag. Det vurderes behov for en fornyet samlet overvejelse om akutbetjeningen i den nordlige del af regionen, herunder med inddragelse af overvejelser om den langsigtede rolle for de omkringliggende nærhospitaler.

Panelet har konstateret, at der er igangsat et meget betydeligt om- og nybygningsprojekt på Gentofte Hospital. Panelet finder, at den fortsatte opgaveprofil for Gentofte Hospital bør overvejes, jf. også forslaget om en revurdering af sygehusplanen for den nordlige del af regionen, som også vil muliggøre en samlet set mere rational drift med færre matrikler. Panelet finder generelt ikke grundlag for at gennemføre betydelige investeringer i nærhospitalerne som forudsat af regionen, idet disse projekter ikke er tilstrækkeligt langsigtede i forhold til at sikre en faglig bæredygtighed. Ekspertpanelet finder, at der er grundlag for at tænke nærhospitalerne tættere i sammenhæng med områdehospitalerne, således at det muliggør en større samling af behandlingen, særligt på det medicinske område, samt en reduktion i antallet af sygehusmatrikler.

For så vidt angår Bornholms Hospital finder panelet, at en om- og udbygning er hensigtsmæssig, idet hospitalet grundet de særlige geografiske forhold fortsat skal have en akutfunktion. Projektet vurderes af en størrelsesorden, som kan håndteres uden særlig statslig involvering.

På det psykiatriske område vurderer ekspertpanelet, at regionen har udarbejdet en plan, der har perspektiver i forhold til en langsigtet bæredygtighed. Panelet finder, at udbygningen af Sct. Hans Hospital bør prioriteres, og at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 0,55 mia. kr.

Ekspertpanelet indstiller samlet til regeringen, at der for Region Hovedstaden fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 1,85 mia. kr. til etablering af en nordfløj på Rigshospitalet, en samlet investeringsramme på hhv. 2,25 mia. kr. og 1,45 mia. kr. til hhv. Herlev og Hvidovre hospitaler. Endelig indstiller panelet, at der fastlægges en samlet investeringsramme på 0,55 mia. kr. til udbygningen af Sct. Hans Hospital. Ekspertpanelet indstiller samtidig, at der fastlægges en række forudsætninger for et endeligt statsligt tilsagn om kvalitetsfondsmidler:

- *at der for de prioriterede projekter udarbejdes mere detaljerede projektbeskrivelser mv. inden for de fastlagte samlede investeringsrammer (jf. økonomaftalen for 2009).*
- *at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede enheder, der ligger ud over de almindelige løbende produktivitetsændringer i sygehusvæsenet. Niveaulet fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.*
- *at der foreligger klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospitale indsats udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver.*

Herudover anbefaler ekspertpanelet:

- *at der udarbejdes planændringer, der indebærer reduktioner i antallet af sygehusmatrikler, og som sikrer efterlevelse af Sundhedsstyrelsens udmeldinger på det akutte område, herunder om visiteret adgang til akutmodtagelser.*
- *at akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse, jf. Sundhedsstyrelsens akutrapport.*

Bilag

Kommissorium for ekspertpanelet vedr. sygehusinvesteringer

Baggrund og opgave

I aftalen om regionernes økonomi for 2008 blev regeringen og Danske Regioner enige om, at der er behov for strukturændringer og heraf følgende investeringer i fysiske tilpasninger, ny teknologi og apparatur for at realisere den fælles målsætning om et tidssvarende og bæredygtigt sundhedsvæsen. I den forbindelse blev det aftalt, at de fremtidige investeringer skal ske i overensstemmelse med principper og kriterier vedr. kvalitet, finansiering og øget produktivitet, der følger af bilag 2 i aftalen om regionernes økonomi for 2008:

”Samling af funktioner på færre enbeder er den overordnede forudsætning for ændringer i sygehusstrukturen. Det skal bl.a. sikre kvalitet, effektivitet og tryk i sygehusvæsenet.

For at understøtte ændringer i sygehusvæsenet, der øger kvalitet og produktivitet er der enighed om, at regionernes fremtidige investeringer skal ske i overensstemmelse med en række overordnede principper. Principperne skal vurderet i forhold til den aktuelle konjunktursituation danne grundlag for beslutninger om de konkrete investeringer.

Regeringen og Danske Regioner er enige om flg. principper:

Kvalitet

- *I forbindelse med specialeplanlægning bør øget kvalitet, herunder øget faglig bæredygtighed samt patientsikkerhed og -forhold, sikres.*
- *Sundhedsstyrelsens krav skal følges og dens anbefalinger bør efterleves, herunder bl.a. at befolkningsunderlaget for fælles akutmodtagelser (hovedfunktionsniveau) udgør 200.000-400.000 indbyggere, idet det bør overvejes at udnytte muligheder for stordriftsfordele i særligt tætbefolkede områder. Der er endvidere i alle regioner områder, hvor geografiske eller andre forhold nødvendiggør specifikke løsninger.*
- *Der skal foreligge konkrete planer for, hvordan den præhospitale indsats skal udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver, herunder de akutte modtagelser, med henblik på, at relevant og kvalificeret behandling kan påbegyndes hurtigst muligt.*
- *Der skal i de enkelte regioners planlægning tages højde for de øvrige regioners planer med hensyn til bl.a. specialefordeling, eksisterende faciliteter, personalemæssige ressourcer, forløb for strukturændringer og den demografiske udvikling. Disse hensyn indgår også, når der skal foretages større nye strukturelle anlægsprojekter.*

Finansiering

- *Provenu ved frasalg af eksisterende sygehusmatrikler, lån samt allerede afsatte ressourcer o.l. skal indgå i regionernes finansiering af strukturændringerne i sygehusvæsenet.*

Personalemæssige ressourcer og øget produktivitet

- *Overordnede mål i forhold til produktivetsforbedringer og driftsøkonomiske gevinster skal indgå i regionernes planlægning af ny sygehusstruktur, herunder forbedret kapacitetsanvendelse via effektiv brug af økonomiske og knappe personalemæssige ressourcer.*
- *Forbedrede interne arbejdsgange, herunder effektive arbejdsrutiner og øget opgaveglidning, sammenhæng i opgavevaretagelsen, mere hensigtsmæssig anvendelse af fysiske rammer, rationel tilrettelæggelse af patientforløb samt personalemæssige arbejdsbetingelser skal indgå i planerne for ny sygehusstruktur*
- *Vagtbereidskab og optimal organisering heraf skal indgå i planerne.*

- *Strukturændringerne skal danne basis for bedre udnyttelse af sengekapa-
citeten og nedbringelse af de gennemsnitlige liggetider ved indlæggelse som følge af bl.a. mulighed for øget
ambulantbehandling, accelererede patientforløb mv.*
- *Et velfunderet grundlag baseret på bl.a. erfaringer fra ind- og udland skal sikres i forberedelsen af ændringerne af de fysiske rammer, således at de understøtter de overordnede principper, jf. ovenstående. Regionerne har tilkendegivet, at de i efteråret 2007 vil gennemføre et fælles arbejde med opstilling af retningslinjer for godt sygehusbyggeri.*

Opfølgning på investeringer

De samlede strukturændringer i sygehusvæsenet ventes at forløbe over en længere årrække. Realisering af gevinster i forhold til bl.a. faglig bæredygtighed, kvalitet og rationaliseringer forventes at ske i varierende grad over perioden, men vil først fuldt ud kunne realiseres efter endt projektperiode. I forhold til sikring af gevinsterne bliver regionernes opfølgning på og årlige offentliggørelse af de realiserede strukturændringer et vigtigt redskab i processen.

Af specifikke faktorer i en opfølgningsprocedure er bl.a.:

- *Realisering af effektivitetsgevinster, og opgørelse heraf i form af produktivetsmål indgår som en central del i den årlige opfølgning af ændret sygehusstruktur. Et konkret mål for de samlede produktivetsgevinster opstilles på regionsbasis. Der bør i disse estimater tages hensyn til en varierende profil af produktiviteten i perioden frem mod projektafslutning.*
- *Derudover skal der i forbindelse med regionernes konkrete planer opstilles en række yderligere mål, for hvilke udviklingen årligt offentliggøres. Der skal opstilles mål for kvalitet, kapacitetsudnyttelse, forbedrede arbejdsgange, apparaturudnyttelse og ambulant behandling. I opstillingen af de konkrete mål bør både niveau og vækst for de specifikke indikatorer inddrages.*
- *I tiden fra anlægsgodkendelse til projektafslutning foretager regionerne en løbende budgetopfølgning, sikrer en god styring af byggeprojekterne og implementerer tiltag i forbindelse med budgetoverskridelser.”*

Det følger desuden af aftalen om regionernes økonomi i 2008 og regeringens kvalitetsreform, at der skal nedsættes et ekspertpanel med internationalt anerkendte eksperter med stor indsigt på sygehusområdet i forhold til sygehusdrift, logistik, større sygehusbyggerier, faglig bæredygtighed mv. I aftalen om regionernes økonomi for 2008 fremgår følgende om ekspertpanelets opgaver, sammensætning mv.

”Ekspertpanelet skal vurdere de konkrete større strukturelle anlægsprojekter i forhold til principperne i bilag 2, herunder bl.a. samling af enheder, driftsøkonomisk rentabilitet, effektivitet og kvalitet. Det skal bl.a. ske på baggrund af dialog med de enkelte regioner om de konkrete projektforslag og antagelserne heri.

Ekspertpanelet afgiver indstilling til regeringen om, hvorvidt de enkelte projekter opfylder målsætningerne og principperne, jf. bilag 2, med henblik på gennem en løbende drøftelse med Danske Regioner at tage stilling til udmøntning og finansiering af de prioriterede projekter, der vedrører fremtidens sygehusstruktur.

Ekspertpanelet består af 3-5 medlemmer. Der er enighed om at bede forskningschef Erik Juhl om at lede arbejdet.

Ekspertpanelet vil blive betjent af et sekretariat bestående af embedsmænd fra hhv. Danske Regioner, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand).”

Ekspertpanelets arbejdsopgaver og arbejdsplan.

Ekspertpanelets primære opgave er at vurdere de enkelte projekter ud fra de i aftalen om regionernes økonomi i 2008 aftalte principper for investeringer i fremtidens sygehusstruktur, jf. aftalens bilag 2.

For at få overblik over investeringsbehovet i de enkelte regioner samt den samlede og overordnede sygehusstruktur for hele landet skal ekspertpanelet foretage en grundig gennemgang af de fem regioners planer for fremtidens sygehusstruktur med udgangspunkt i bl.a. samling af funktioner på færre enheder, som vurderes at være den overordnede forudsætning for ændringerne i sygehusstrukturen i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger. Gennemgangen skal sikre panelet det bedst mulige grundlag for at kunne vurdere de konkrete projekter, så de samlet set understøtter en rationel sygehusstruktur.

Panelets vurdering af de enkelte projekter skal ske i forhold til de fastsatte principper vedr. produktivitetsforbedringer, driftsøkonomisk rentabilitet, medfinansiering, kvalitet mv. Det forudsættes, at panelets arbejde sker i tæt dialog med de enkelte regioner om de konkrete projekter og antagelserne heri.

I panelets arbejde med de konkrete projekter skal der ligeledes indgå - i samarbejde med regionerne - en opstilling af konkrete målsætninger i forhold til kvalitet, kapacitetsudnyttelse, forbedrede arbejdsgange, apparaturudnyttelse og ambulans behandling, jf. bilag 2 til aftalen.

Ekspertpanelet afgiver på den baggrund indstilling til regeringen om, hvorvidt de konkrete større strukturelle anlægsprojekter opfylder målsætningerne og principperne, jf. aftalens bilag 2, med henblik på gennem en løbende drøftelse med Danske Regioner at tage stilling til udmøntning og finansiering af de prioriterede projekter, der vedrører fremtidens sygehusstruktur. I tilfælde hvor ekspertpanelet ikke finder, at projekter lever op til de beskrevne principper og målsætninger, forudsættes der en konkret tilbagemelding og dialog med regionerne herom.

Efter regeringens stillingtagen til udmøntning og finansiering af de prioriterede projekter skal der sikres en konkret opfølgning på de enkelte investeringer, herunder om de enkelte projekter forløber som forudsat i forhold til budget, målsætninger, tidsplan mv.

Ekspertpanelet fungerer i første omgang i en treårig periode, hvorefter den aftalte konstruktion evalueres. For at sikre den fornødne fremdrift skal ekspertpanelet for hvert af de tre år inden årsskiftet forelægge regeringen og Danske Regioner en arbejdsplan, som løbende kan justeres efter behov, for det kommende år.

Ekspertpanelet skal inden 1. januar 2008 identificere projekter, hvor der er behov for en hurtig stillingtagen.

Ekspertpanelets sammensætning og sekretariatsbetjening

Panelets medlemmer skal besidde en kombination af kompetencer, der tilsammen udgør stor indsigt inden for sygehusdrift både vedr. bl.a. faglig bæredygtighed, økonomisk drift, logistik og større sygehusbyggerier.

Forskningschef Erik Juhl er udpeget som formand for ekspertpanelet.

Den administrerende direktør for Sundhedsstyrelsen deltager i ekspertpanelets møder.

Ekspertpanelet vil blive betjent af et sekretariat bestående af embedsmænd fra hhv. Danske Regioner, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand). Sekretariatets primære opgave er at forberede ekspertpanelets møder og virke generelt, herunder planlægning,

indsamling og bearbejdning af relevant information fra diverse regioner og konkrete projektsvarlige, opfølgning på konklusioner mv.