

Region Midtjylland

Orientering af Ekspertpanelet vedr. sygehusinvesteringer

Bilag

**til Regionsrådets møde
den 14. november 2007**

Punkt nr. 13

Ekspertpanelet vedr. sygehusinvesteringer



Dato 09.10.2007

Carsten Tinggaard Nielsen

Tel. +45 8728 5410

Carsten.Tinggaard-

Nielsen@stab.rm.dk

Hermed fremsendes materiale fra Region Midtjylland vedrørende kommende anlægsinvesteringer på hospitalsområdet, hvad angår henholdsvis somatikken og behandlingspsykiatrien.

Der skal gøres opmærksom på, at det især haster med godkendelse og afklaring vedrørende Det Nye Universitetshospital i Århus og etablering af stråleterapienheden i Herning. Der er behov for en finansieringsmæssig afklaring i løbet af oktober måned.

Der vil i løbet af kort tid også være behov for at afklare finansieringen af de indledede anlægsinvesteringer i forbindelse med akutplanen og udbygning af strålekapaciteten i Århus. For sidstnævnte kan projekteringen starte i 2008.

Det skal bemærkes at de i notatet "Notat vedr. investeringsplaner Region Midtjylland, somatikken" nævnte anlægsinvesteringer ikke er politisk behandlet bortset fra etablering af stråleterapi enheden ved Regionshospitalet Herning. De konkrete projekter vil blive fremsendt til Ekspertpanelet i takt med den politiske behandling af sagerne.

Indenfor behandlingspsykiatrien fremsendes en grovskitse over behovet for investeringer 2008 - 2012. Der skal foretages en nærmere udredning af anlægsbehovet på det behandlingspsykiatriske område.

Det bemærkes, at Regionsrådet den 22. november 2007 udsender forslag til Psykiatriplan i høring. Psykiatriplanen - herunder den endelige vedtagelse af en plan for placeringer af stationære, ambulante og mobile tilbud i psykiatrien - forventes endeligt vedtaget på Regionsrådsmødet den 12. marts 2008.

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

akutberedskab og specialeplanlægningen i øvrigt.

Det bemærkes at de konkrete anlægsprojekter ikke er politisk behandlet. De konkrete projekter vil ligeledes blive fremsendt til Ekspertpanelet i takt med den politiske behandling af sagerne.

Venlig hilsen

Per Grønbech
Vicedirektør for Økonomi

Vedlagt følgende materiale:

Somatikken:

- Notat vedrørende investeringsplaner Region Midtjylland, somatikken
- Bilag 1: Investeringsbehov på det somatiske område 2008 – 2012 og følgende år.
- Bilag 2: Forudsætninger bag skøn over investeringsbehovet i Region Midtjylland på sundhedsområdet (somaticken) 2008 – 2012
- Bilag 3: Akutplan for Region Midtjylland
- Bilag 4: Projektbeskrivelse, Det Nye Universitetshospital i Århus
- Bilag 5: Sagsfremstilling fra Regionsrådets møde den 2. maj 2007.
- Bilag 6: Sagsfremstilling fra Regionsrådets møde den 22. august 2007.

Behandlingspsykiatrien:

- Notat - Forudsætninger vedr. investeringsbehovet 2008 - 2012 i Region Midtjylland indenfor behandlingspsykiatrien
- Bilag 1: Investeringsbehov på det behandlingspsykiatriske område 2008 – 2012.

Notat vedrørende investeringsplaner Region Midtjylland, somatikken



1. Indledning: Investeringsbehov på det somatiske område 2008-2012 og følgende år.

I foråret 2007 har der i regi af Danske Regioner været nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra de frem regioner med henblik på at opgøre investeringsbehovet på sundhedsområdet i de kommende år.

Region Midtjylland har i denne forbindelse opgjort investeringsbehovet i regionen.

Det skal understreges, at investeringsbehovene er udtryk for de bedste bud på daværende tidspunkt for at kunne foretage den ønskede opgradering af hospitaler ved ændringer i struktur, apparatur osv. Der er således tale nogle overordnede skøn.

I vedlagte *Bilag 1* vises de tal, som er tilgået Danske Regioner fra Region Midtjylland på det somatiske område. Tallene suppleres med forudsætninger for beregningerne og yderligere bemærkninger i *Bilag 2*.

I takt med, at der udarbejdes akutplan, hospitalsplan, plan for Det Nye Universitetshospital i Århus osv., vil skønnene blive konkretiseret jf. nedenfor.

Det skal bemærkes, at de konkrete anlægsprojekter, som nævnes nedenfor endnu ikke er politisk behandlet bortset fra Stråleterapienheden ved Regionshospitalet Herning (punkt 5).

Dato 09.10.07

Jane Vestergaard Brandstrup

Tel. +45 87 28 44 54

Jane.brandstrup@stab.rm.dk

Side 1

2. Konkrete planelementer

2.1. Akutplan for Region Midtjylland

I *bilag 3* er akutplan for Region Midtjylland vedlagt. Planen behandles på Forretningsudvalgs-møde den 9. oktober 2007 og på Regionsrådsmøde den 24. oktober 2007.

I planen er der særskilte afsnit under hospitalerne vedrørende de anlægsmæssige konsekvenser. Samlet set vurderes omkostningerne skønsmæssigt til et beløb på cirka 775 mio. kr. Hertil kommer, at der skal ske en udredning vedrørende etablering af et nyt hospital i Vest samt omkostningerne på Regionshospitalet Herning og Holstebro, indtil det nye hospital står klar. Endvidere skal tillægges anlægssomkostninger på Regionshospitalet Silkeborg, som endnu ikke er udredt.

I løbet af efteråret 2007 vil der blive igangsat et arbejde med det formål at foretage en nærmere udredning af anlægsbehovet.

2.2. Hospitalsplan for Region Midtjylland

Hospitalsplan for Region Midtjylland er under udarbejdelse. Planen forventes politisk vedtaget i foråret 2008. Planen får en række anlægsmæssige konsekvenser.

2.3. Det Nye Universitetshospital i Århus

I vedhæftede *Bilag 4* findes projektbeskrivelsen for Det Nye Universitetshospital i Århus.

Projektet forventes at beløbe sig til cirka 8 mia. kr. i 2007-priser incl. apparatur. Derudover vil der komme en indtægt ved salg af eksisterende bygninger.

Projektet er så langt fremme, at man skal til at ansætte de gennemgående rådgivere. Jordkøb er allerede igangsat ligesom byggeorganisationen er under etablering. Endvidere er der en række konkrete projekter i forbindelse med fase 0, som Regionsrådet snarest skal tage stilling til. Der er således behov for en snarlig afklaring af finansieringsforholdene.

2.4. Kvalitetsløft i forhold til opgradering af hospitalerne til moderne standard

Der er et behov i regionen i forhold til at få hospitalerne opgraderet til moderne standard, således at der sker et kvalitetsløft i forhold til patienternes oplevelse af hospitalet og i forhold til selve behandlingen.

Der er således et efterslæb på både bygnings- og apparatursiden. En opgradering på bygningssiden vil eksempelvis være etablering af enestuer og moderne bade- og toiletforhold, en mere hensigtsmæssig indretning af operations-, undersøgelses- og behandlingsfaciliteter samt en mere funktionel infrastruktur.

På apparatursiden er den gennemsnitlige levetid i dag for høj. Meget af det avancerede udstyr bliver hurtigt forældet teknologisk set. Der er behov for en udskiftning af den ældste del af udstyret – primært den del, der er mere end 10 år gammel. En reduktion af investeringsefterslæbet vil give flere, bedre og mere skånsomme behandlingsmuligheder, større patientsikkerhed, større medarbejdertilfredshed, bedre arbejdsmiljø og en mere rationel drift.

Baseret på de paradigmer, der er for udredning og behandling af patienter i dag, er det forventningen, at f.eks. brugen af PET-scannere kombineret med MR/CT-scannere vil udbredes yderligere i de kommende år med deraf følgende betydelige investeringer.

Der skal foretages en nærmere udredning af det samlede behov. I forbindelse med implementering af akutplan, hospitalsplan samt etablering af de to nye hospitaler i henholdsvis Skejby og Vest, vil man selvfølgelig automatisk få indarbejdet et kvalitetsløft på enkelte afdelinger og hospitaler. Men samtidig vil der være andre afdelinger og hospitaler, som måske kun i ringe grad vil blive direkte påvirket af planerne.

2.5. Etablering af en stråleterapienhed ved Regionshospitalet Herning

Det indgår i Stråleplanen for Region Midtjylland, at der etableres en stråleterapienhed ved Regionshospitalet Herning, og anlægsprojektet blev vedtaget i Regionsrådet den 2. maj 2007.

Stråleenheden i Herning etableres som en satellit under Onkologisk afdeling på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, og den skal afhjælpe den kapacitetsmangel, som der er i Århus.

Der etableres en stråleterapi med 2 acceleratorer og en bunker til en 3. accelerator. Dertil kommer et onkologisk ambulatorium med 18 kemoplads og 5 undersøgelsesstuer samt et sengeafsnit med 18 senge til brug for svage kræftpatienter – heraf er 3 senge til palliative patienter. I alt cirka 6.350 kvm. I alt blev der givet en anlægsbevilling på 170,9 mio. kr.

Region Midtjylland har tidligere søgt om statslig finansiering af en stråleterapienhed i Herning men har fået afslag herpå, idet Sundhedsstyrelsen på daværende tidspunkt ikke kunne godkende etableringen. Stråleterapienheden er således i første omgang finansieret inden for Region Midtjyllands anlægsramme, hvilket betyder, at der ikke er midler til en række øvrige preserende anlægsprojekter jf. punkt 2.7.

Projektet var i licitation den 2. juli 2007, og det kunne efterfølgende konstateres, at projektet ikke kunne holdes inden for den forventede anlægsramme på 170,9 mio. kr., idet kvadratmeter-priserne i tilbuddene lå noget højere end forventet.

Samlet mangles 18,1 mio. kr. i forhold til den oprindelige anlægsbevilling. Det betyder, at aptering af sengeetagen er taget ud af projektet, men at der er indgået en option med den lavest bydende om aptering af etagen, idet endelig udnyttelse af optionen afventer beslutning i Regionsrådet herom.

Det betyder ligeledes, at Regionsrådet vil rette henvendelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet for at få hjælp til finansieringen, således at investeringen til gavn for kræftpatienterne ikke

forsinkes af de nuværende anlægsrammer, som ikke rummer de nødvendige beløb til bygnin-
ger og udstyr.

Sagsfremstillingen fra Regionsrådets møde den 2. maj 2007 er vedlagt som *Bilag 5*.

Desuden er sagsfremstillingen fra Regionsrådsmødet den 22. august 2007 vedlagt som *Bilag 6*. På det møde blev licitationsresultatet fremlagt, og problemerne med overholdelsen af anlægs-
rammen diskuteret.

2.6. Udbygning af strålekapaciteten i Århus

For at opfylde kravene i kræftplanen, syvpunktsplanen m.v. er det nødvendigt at udvide strå-
lekapaciteten i Århus. Det udredes for øjeblikket, hvordan denne udbygning konkret kan tilret-
telægges. Udbygningsplanen forventes fremsendt til Ekspertpanelet inden for få måneder. De
forventede omkostninger beløber sig til cirka 250 mio. kr.

2.7. Presserende anlægssager uden anlægsbevilling

Administrationen har udarbejdet en liste over de mest presserende anlægssager i Region Midt-
jylland, som der endnu ikke er givet en anlægsbevilling til. Det er vigtigt at understrege, at der
ikke er tale om en udtømmende liste over kommende anlægsprojekter, men udelukkende en
oplistning af de anlægsprojekter, som er mest presserende, og som der skal tages stilling til
inden for det kommende års tid.

Kommende anlægsprojekter i forlængelse af akut- og hospitalsplan er ikke indeholdt i listen.

Projekterne deler sig i tre hovedkategorier:

- Myndighedskrav
- Kræftområdet
- Øvrige projekter

For 2008 er der tale om projekter svarende til cirka 179 mio. kr. Fratrullet apparatur på cirka
15 mio. kr. er der tale om cirka 165 mio. kr. Heraf mangles finansiering til cirka 105 mio. kr.
Det skyldes dels de generelle økonomiske vilkår for regionen, dels den fra Staten givne an-
lægsramme, som regionen skal holde sig inden for, og dels at det i første omgang har været
nødvendigt at finansiere etableringen af stråleterapienheden ved Regionshospitalet Herning
inden regionens egen ramme.

De presserende anlægsprojekter vil blive forelagt Indenrigs- og Sundhedsministeriet med hen-
blik på finansiering.

I *Bilag 7* er der en oversigt med de pågældende projekter.

3. Opsummering vedrørende finansieringsbehov

Region Midtjylland har på det somatiske område en række anlægsprojekter, som er så langt fremme i planlægningen, at der inden for relativ kort tid vil blive fremsendt ansøgninger på det finansielle område til Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Akutplan: I 2007 vil der være behov for midler til at projektere og til at ansætte rådgivere. I løbet af 2008 vil byggeprojekterne blive sat i gang med deraf følgende finansieringsbehov.

Det Nye Universitetshospital i Århus : Inden for kort tid vil projekterne i fase 0 blive behandlet politisk. Hvis Regionsrådet vedtager disse projekter, vil regionen sende en ansøgning angående finansiering til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Endvidere vil der være behov for midler til rådgivere, byggeorganisation, jordkøb m.v. I alt forventes i 2008 omkostninger for cirka 180 mio. kr.

Stråleenhed ved Regionshospitalet Herning: Region Midtjylland kan senest den 31. december 2007 meddele entreprenøren, at averteringen af sengeetagen ønskes indeholdt i totalentreprisen. Finansieringen af stråleenheden vil snarest blive forelagt Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Udbygning af strålekapaciteten i Århus : Udbygningsplanen forventes fremsendt til Ekspertpanelet inden for få måneder. De forventede omkostninger beløber sig til cirka 250 mio. kr.

Presserende anlægsprojekter: Anlægslisten rummer en række projekter, som der skal tages stilling til inden for det næste års tid, og som Region Midtjylland kun delvist selv kan finansiere. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil blive forelagt projekterne med henblik på finansiering.

Region Midtjylland
Bilag 1: Investeringsbehov på det somatiske område 2008-2012 og følgende år. Arbejde i Danske Regioner foråret 2007

Investeringsbehov i det somatiske sygehusvæsen i mio. kr.

Region Midtjylland

Emne	2008	2009	2010	2011	2012	I alt 2008- 2012	flg. År	I alt	Afledte driftsudgifter pr. år	Bemærkninger
A. Præhospital indsats	9,0	11,0	17,3	13,4	13,4	64,0	0,0	64,0	0	
1. Helikopterlandingspladser	7,0	7,0	13,3	13,4	13,4	54,0	0,0	54,0	0	
1.a Landingspladser på bygninger	5,2	5,2	9,9	9,9	9,9	40,0		40,0		
1.b Øvrige landingspladser	0,8	0,8	1,5	1,5	1,5	6,0		6,0		
1.c Opsamlingssteder	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	8,0		8,0		
2. Drift af helikoptertjeneste										
3. Ambulanceberedskab, lægeambulancer, vagttjeneste mv.	2	4	4	0	0	10,0	0,0	10,0	0	
3.a Ambulancer										
3.b Vagttjeneste	2	4	4			10,0		10,0		Anlæg ifbm. ambulanceudbud - vagtcentral
3.c Kommunikation (AmPHI)										
3.d Uddannelse										
4. Andet										
B. Apparatur	499	533	491	457	485	2.465,0	0,0	2.465,0	0	
1. Medico-teknisk apparatur	445	445	445	445	445	2.225,0		2.225,0		
2. Stråleudstyr	54	88	46	12	40	240,0	0,0	240,0	0	
2.a Bygninger										
2.b Apparatur										
3. Andet										
C. Bygningsmæssige investeringer	1222,5	2000,3	2287,2	2280,5	2276,4	10.066,9	3.818,0	13.884,9	0	
1. Reinvesteringer	317,6	286,3	273,1	266,4	262,3	1.405,7	0,0	1.405,7	0	
1.a Indvendig vedligeholdelse	29	29	29	29	29	145,0		145,0		
1.b Udvendig vedligeholdelse	25,1	25,1	25,1	25,1	25,1	125,5		125,5		
1.c Tekniske installationer (el, vand, varme mv.)	95,9	95,9	95,9	95,9	95,9	479,5		479,5		
1.d Teknisk udstyr	77,6	46,3	33,1	26,4	22,3	205,7		205,7		
1.e Påbud fra Arbejdstilsynet	90	90	90	90	90	450,0		450,0		
1.f Løbende kapacitetstilpasninger	300	300	300	300	300	1.500,0		1.500,0		
2. Ændret sygehusstruktur (akutenheder, specialeplanlægning)	199,9	700	1000,1	1000,1	1000,1	3.900,2	1.518,0	5.418,2	0	
2.a Ombygning	126,2	442,1	631,6	631,6	631,6	2.463,1		2.463,1		
2.b Nybyggeri	73,7	257,9	368,5	368,5	368,5	1.437,1		1.437,1		Nybyggeri p.g.a. hospitalslukninger
2.c Andet										
3. Særlige sygehusbyggerier	200	700	700	700	700	3.000,0	2.300,0	5.300,0	0	
3.a Det Nye Universitetshospital	200	700	700	700	700	3.000,0	2.300,0	5.300,0		Excl. udstyr
3.b Sygehus 2						0,0				
3.c Sygehus 2						0,0				
4. Andet - Udvidet frit hospitalsvalg	205	14	14	14	14	261,0		261,0		
I alt	1730,5	2544,3	2795,5	2750,85	2774,754	12.595,9	3.818,0	16.413,9	0	
D. Forventede rationaliseringsgevinster	0	0	0	0	0	0	?	0		Rationaliseringsgevinsterne vil først kunne effektueres efter 5-års perioden
E. Indtægter ved salg af bygninger mv.	0	0	0	0	0	0	?	0		Under udredning

Region Midtjylland

Bilag 2:

**Forudsætninger bag skøn over investeringsbehov i
Region Midtjylland på sundhedsområdet 2008-2012**

Forudsætninger bag skøn over investeringsbehov i Region Midtjylland på sundhedsområdet 2008-2012

Nærværende notat giver en kortfattet gennemgang af de bagvedliggende forudsætninger for Region Midtjyllands skøn over investeringsbehovet på sundhedsområdet for årene 2008-2012. Yderligere materiale er tilgængeligt på adskillige af områderne, hvis det skulle være aktuelt at arbejde sig dybere ned i tallene. De angivne beløbsstørrelser angiver (hvor intet andet er nævnt) investeringsbehovet for hele investeringsperioden, d.v.s. summen af fem års investeringer.

Sagsbehandler: Jane V. Brandstrup
Tel. +45 87284454
Jane.brandstrup@stab.rm.dk
Sagsnr.

Side 1/4

Umiddelbart kan den anvendte metode indebære, at nogle omkostninger bliver talt med dobbelt, idet eksempelvis vedligehold af bygninger også kan tilgodese arbejdstilsyns krav, som der også er medtaget omkostninger til. Vurderingen er dog, at nævnte femårsperiode vil være kendetegnet ved en lang række af byggerier (hvis ønskerne opfyldes), samtidig med, at hospitalerne stadig skal være funktionsdygtige. Alt i alt vil det skabe en lang række af ekstraomkostninger i starten, som der til gengæld ikke er budgetteret med.

På sigt vil investeringerne medføre rationaliseringsgevinster i sundhedsvæsenet, men det er ikke vurderingen at der vil kunne hentes rationaliseringsgevinster inden for femårsperioden.

A: Præhospitale indsats 54,0 mio. kr.

Punkt 1. Anlæg af helikopterlandingsplads: 54,0 mio. kr.

Det forudsættes, at der er fem hospitaler i regionen, som får akutmodtagelse, og at der er behov for at etablere helikopterlandingspladser ved alle fem. Heraf vil to landingspladser forventeligt skulle etableres på en eksisterende bygning. Yderligere vil der være behov for at etablere op til fire opsamlingspladser i ydre, tyndt befolkede områder til opsamling af patienter.

	mio. kr.
3 landingspladser á 1,5-2,5 mio. kr.	4,5-7,5
2 landingspladser på eksisterende bygning á 19,5-20,5 mio. kr.	39,0-41,0
4 opsamlingspladser á 1,5-2,5 mio. kr.	6,0-10,0
I alt	49,5-58,5

B: Apparatur 2.465 mio. kr.

Punkt 1. Medico teknisk apparatur excl. stråleudstyr: 2.025,0 mio. kr.

I Medico Teknisk Afdelings registreringsystem Merida er al udstyr for Universitetshospitalet Århus registreret. Dette gælder for både Skejby og Århus Sygehus. Der er tale om 19.860 stk til en samlet værdi af 1.032 mio. kr. Dog er der ikke registreret udstyr for områderne stråleterapi, PET-centret og nuclearmedicinske scannere.

Budgettet for Århus Universitetshospital (ÅUH) udgør 48,6% af det samlede bruttobudget for hospitalerne i Region Midtjylland. Der er på den baggrund forudsat, at ÅUH også har knap halvdelen af det medico tekniske udstyr i regionen.

Ud fra de eksisterende gennemsnitlige levetider for apparaturet, er det årlige reinvesteringsbehov beregnet. Man skal således bruge 250 mio. kr. pr. år, *under forudsætning af, at der ikke er noget investeringsefterslæb.*

Den gennemsnitlige levetid på udstyret i Merida er 8,2 år. Hvis udstyret skal være opdateret, skal den gennemsnitlige levetid være på omkring 4-5 år. Der er således et investeringsefterslæb i regionen. For at erstatte al udstyr over 10 år, skal der bruges ca. 500 mio. kr. – fordelt med 100 mio. kr. pr. år.

Omkostninger ifbm. kapacitetsudvidelser forventes at udgøre 40 mio. kr. pr. år. Fratrullet produktivitetsstigninger vil den årlige aktivitetsudvidelse udgøre omkring 2%. Region Midtjylland har en samlet beholdning af udstyr på ca. 2.000 mio. kr., og aktivitetsudvidelsen vil derfor medføre årlige omkostninger til udstyr på ca. 40 mio. kr.

	mio. kr. pr. år
Reinvesteringer i medico teknisk udstyr	250,0
Udvidelse af kapacitet	40,0
Reinvesteringer PET-centret, nuclearmedicinske scannere	15,0
Reduktion af efterslæb	100,0
I alt pr. år	405,0

Punkt 2. Stråleplan incl. Bygninger: 240,0 mio. kr.

De forventede omkostninger er taget fra Stråleplanen for Region Midtjylland, og de indeholder både apparatur og bygningsmæssige ændringer.

Punkt 3. Ny teknologi: 200 mio. kr.

Der skønnes at være brug for ca. 40 mio. kr. om året, bl.a. ud fra en betragtning om, at regionen i gennemsnit har fået doneret ca. to store scannere om året.

C: Bygningsmæssige investeringer m.v. 10.076,8 mio. kr.

Punkt 1. Mindre reinvesteringer og løbende kapacitetstilpasninger 2.905,7 mio. kr.

Investeringene omhandler vedligehold af bygningsmassen og teknisk udstyr samt nybygninger p.g.a. kapacitetsproblemer og renovering ud over almindelig vedligeholdelse.

Bygningskontoret i regionen har regnet på de forventede omkostninger til bygningsvedligehold excl. teknisk udstyr. De har brugt tre forskellige metoder: 1. Nøgletalsberegning fra system V&S opdelt i udvendig vedligehold, indvendig vedligehold og tekniske installationer. 2. Udgangspunkt i vedligeholdelsesbehovet på Regionshospitalet Vest og efterfølgende beregning, under antagelse af, at Vest er repræsentativ for regionen. 3. Udgangspunkt i vedligeholdelsesbehovet i det tidligere Århus Amt og efterfølgende beregning, under antagelse af, at Århus Amt er repræsentativ for regionen. Konklusionen fra de tre metoder er, at det årlige vedligeholdelsesbehov er i omegnen af 150 mio. kr.

De forventede omkostninger ifbm. arbejdstilsynskrav er 90 mio. kr. om året. Dette er beregnet under antagelse om, at Regionshospitalet Vest er repræsentativ for regionen.

Ved beregningen af behovet for nybyggeri som følge af løbende kapacitetstilpasning og renovering ud over almindelig vedligehold er der ligeledes taget udgangspunkt i Vest, og der er anvendt kvm-priser på 20.000 kr. og 8.000 kr. for hhv. nybyggeri og ombygning. I alt giver det et årligt behov i regionen på 300 mio. kr. Dette beløb kommer man også frem til, hvis man bruger procentberegningen fra punkt B.1. En årlig aktivitetsudvidelse på ca. 2% efter fradrag af produktivitetsstigninger vil således medføre, at bygningsmassen (750.000 kvm) ligeledes skal øges med 2%, og til en kvadratmeterpris på 20.000 kr. giver det også et årligt behov på 300 mio. kr.

Det tekniske udstyr omfatter bl.a. autoklaver, senge, telefonanlæg og nødstrøm. De tekniske chefer på regionens hospitaler har indmeldt forventet behov, og for fem-års perioden beløber det sig til 205,7 mio. kr.

Punkt 2. Ændret hospitalsstruktur 6.910,1 mio. kr.

Omkostningerne i denne gruppe omhandler samlingen af akutfunktionen i færre enheder samt øvrig specialeplanlægning, herunder Det Nye Universitetshospital.

I femårsperioden vurderes det af Projektafdelingen for Det Nye Universitetshospital, at investeringsbehovet beløber sig til 3.000 mio. kr. Det samlede skøn for byggeriet er 5.300 mio. kr. excl. omkostninger til udflytning af vaskeri, centralkøkken, centraldepot og DNC-hus og excl. udstyr.

Øvrig nødvendig specialeplanlægning, akutenheder samt nybyg forventes at beløbe sig til 3.910,1 mio. kr. for perioden. Det totale behov udgør 5.428 mio. kr., men det er ikke realistisk at færdiggøre samtlige byggerier inden for femårsperioden. Derfor har man valgt at følge investeringstakten i Det Nye Universitetshospital, dog tillagt 300 mio. kr. pr. år for de sidste tre år i femårsperioden.

De 3.910,1 mio. kr. dækker over 1.437 mio. kr. til nybyggeri ifbm. lukning af hospitaler i regionen. Der skal i denne forbindelse bygges et tilsvarende antal kvm., som der lukkes – tillagt 20% for at få plads til én- og tosengsstuer o.s.v. De 20% er det erfaringstal, som er indarbejdet i planen for Det Nye Universitetshospital. I alt skal bygges ca. 100.000 kvm. til en skønnet kvm-pris på 20.000 kr.

Den resterende omkostning på 2.473,1 mio. kr. er den investering, som skal foretages i femårsperioden for at bringe hospitalerne op til dagens standard incl. interne omflytninger og samling af akutfunktionen på hospitalet. Hospitalerne har ikke vurderet, hvad det vil betyde, hvis der skal ske en omfordeling af specialer o.lign.

Tre af regionens hospitaler har indsendt generalplaner, og ud fra investeringsbehovet i disse planer, har man skønnet investeringsbehovet for de øvrige hospitaler. I denne beregning er både Regionshospitalet Herning og Holstebro bibeholdt. Forestiller man sig, at man vælger at lukke de to hospitaler og i stedet bygge et nyt hospital, vil investeringen være 2.000 mio. kr. større.

Det totale investeringsbehov er altså opgjort til 5.428 mio. kr., hvoraf de 3.910,1 mio. kr. er medtaget i femårsperioden. Til sammenligning kan nævnes, at det er ca. halvdelen af hvad, det vil koste, hvis man i stedet vælger at bygge nye hospitaler i regionen ud over Det Nye Universitetshospital.

Punkt 3. Udvidet frit hospitalsvalg 261,0 mio. kr.

Hvis det antages, at det på landsplan vil koste 1.000 mio. kr. at indføre udvidet frit valg, svarer det til ca. 1,25% af det totale sundhedsbudget i Danmark. Skal bygningsmassen udvides tilsvarende, vil det betyde en investering på ca. 180 mio. kr. i Region Midtjylland. En tilsvarende udvidelse af apparaturbeholdningen vil koste 25 mio. kr. Desuden er der medtaget beløb til afskrivning af både bygninger og apparatur i de efterfølgende år.

Akutplan
Region Midtjylland

Oktober 2007

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

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

Indledning

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

Akutplanen for Region Midtjylland er udarbejdet med baggrund i:

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

Ovennævnte materiale kan findes på www.rm.dk.

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

Formålet er bedre kvalitet

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

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

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

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

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

Nye profiler for hospitalerne

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

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

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

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

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

Uhensigtsmæssige indlæggelser

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

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

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

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

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

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

Del-element af hospitalsplanen

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

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

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

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

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

Disposition

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

Der er udarbejdet en række supplerende materialer til akutplanen:

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

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

1. Resumé

Akutplanen indebærer følgende:

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

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

2. Baggrund for ændringer i akutberedskabet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2. Sundhedsstyrelsens anbefalinger

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3. Kompetenceudvikling og opgaveglidning

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4. Effektivitet

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

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

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

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

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

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

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

2.5. Sammenhæng med hospitalsplan, præhospitalsplan og sundhedsplan

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

Hospitalsplan

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sundhedsberedskabs- og præhospitalplan

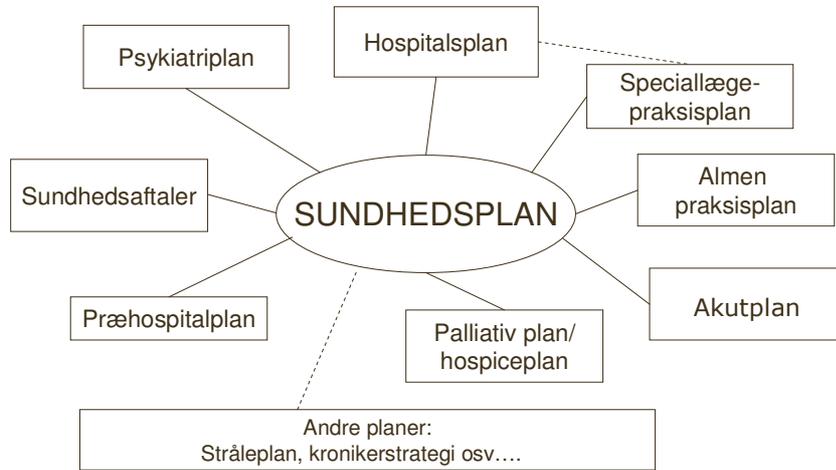
Den videre planlægning af regionens præhospital indsats beskrives og fastlægges i den samlede sundhedsberedskabs- og præhospitalplan for Region Midtjylland, som skal vedtages af Regionsrådet i 2007. Planen skal mere detaljeret fastlægge målsætninger, samarbejder og indsatser, herunder de eksisterende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

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

Sundhedsplan

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

Sundhedsplanlægning



3. Forudsætninger for akutberedskabet i Region Midtjylland.

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

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

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

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

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

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

3.1. Placering af akutmodtagelser i Region Midtjylland

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

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

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

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

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

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

Placeringen af de fælles akutmodtagelser

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

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

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

3.2. Befolkningsgrundlag

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

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

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

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

3.3. Speciallægebemanding i dag og fremadrettet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4 Bygningsmæssige konsekvenser som følge af akutplanen

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

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

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

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

Det nye hospital Vest

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

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

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

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

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

3.5. Akutplanen og Sundhedsstyrelsens anbefalinger

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

Der er dog fire opmærksomhedsfelter i forhold Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

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

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

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

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

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

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

4. Principper for akutberedskabet i Region Midtjylland.

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

4.1. En integreret akutindsats – det sammenhængende sundhedsvæsen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.1.1. De fælles akutmodtagelser som omdrejningspunkt for den akutte indsats

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

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

Akutklinikernes beføjelser udspringer af generel instruks fra de fælles akutmodtagelser.

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

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

Hospitalsvisitation

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

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

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

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

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

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

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

4.2. Akutmodtagelser i Region Midtjylland

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

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

4.2.1 Akutmodtagelse på højt specialiseret niveau – traumecenter.

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

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

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

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

Sundhedsstyrelsen anbefaler for traumecentre, at følgende funktioner tilbydes døgndækkende:

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

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

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

4.2.2 Akutmodtagelse på hovedfunktionsniveau – fælles akutmodtagelser.

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

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

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

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

Skadestuen er en integreret del af den fælles akutmodtagelse.

Den fælles akutmodtagelse ledes af en selvstændig ledelse for akutmodtagelsen.

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

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

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

4.2.3. Specialrepræsentation på matrikler med fælles akutmodtagelse:

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

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

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

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

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

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

4.2.4. Faciliteter ved de fælles akutmodtagelser

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

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

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

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

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

4.2.5. Tilstedeværelse af speciallæger i de fælles akutmodtagelser:

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

Tilstedeværelsesvagt for speciallæger indenfor følgende specialer:

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

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

- Ortopædisk kirurgi
- Diagnostisk radiologi
- Pædiatri

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

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

4.2.6. Faglig profil i de fælles akutmodtagelser

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

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

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

4.2.7. Patientgrupper der kan indlægges udenom den fælles akutmodtagelse.

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

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

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

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

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

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

4.3. Modtagelse af akutte medicinske patienter på Regionshospitalet Silkeborg

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

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

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

4.3.1. Visitation af akutte intern medicinske patienter

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

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

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

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

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

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

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

4.3.2. Specialrepræsentation

Følgende specialer vil være repræsenteret på matriklen:

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

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

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

4.3.3. Faciliteter

Følgende faciliteter vil være tilstede på matriklen:

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

Der opretholdes intensivfunktion i Silkeborg

4.3.4. Vagtfunktion

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

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

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

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

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

4.4. Etablering af akutklinikker

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Der skal udarbejdes program for kvalitetssikring i akutklinikken.

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

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

Skadeklinikken på Regionshospitalet Odder

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

Akutklinik på Regionshospitalet Grenå

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

Akutklinik på Regionshospitalet Skive

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

Akutklinik på Regionshospitalet Ringkøbing

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

Akutklinik på Regionshospitalet Silkeborg

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

4.5. Skadevisitation

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

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

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

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

Service og tilgængelighed døgnet rundt

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

Høj grad af sundhedsfaglig indsigt

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

Bookingsystem og overblik

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

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

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

4.6. Den præhospitale indsats i Region Midtjylland

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

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

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

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

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

4.6.1. Ambulanceberedskab

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

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

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

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

4.6.2. Akutbil med læge ved traumecenter i Århus

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

4.6.3. Øvrige akutbiler

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

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

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

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

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

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

Akutbilen som dækker Djursland tilknyttet den fælles akutmodtagelse i Randers.

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

4.6.4. Helikopter-beredskab

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

4.6.5. Præhospital indsats på regionens øer

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

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

4.6.6. Sundhedsberedskabs- og præhospital plan

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

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

5. Hospitalerne og det akutte beredskab i Region Midtjylland

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1. Det Nye Universitetshospital i Århus

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

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

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

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

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

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

På Det Nye Universitetshospital i Århus etableres en fælles akutmodtagelse.

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

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

Regionshospitalet Samsø

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

Der planlægges ikke ændringer i det akutte beredskab på Samsø.

5.2. Hospitalsenheden Horsens (Horsens, Brædstrup og Odder)

5.2.1. Profil i dag.

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

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

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

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

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

5.2.2. Profil fremover.

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

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

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

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

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

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

5.2.3. Bygningsmæssige forhold

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

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

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

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

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

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

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

5.2.4. Den præhospitale indsats

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

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

5.3. Hospitalsenhed Randers (Randers og Grenaa)

5.3.1. Profil i dag.

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

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

Der modtages i dag uselekterede akutte patienter på Regionshospitalet Randers.

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

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

5.3.2. Profil fremover.

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

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

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

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

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

5.3.3. Bygningsmassen.

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

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

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

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

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

5.3.4. Den præhospitale indsats.

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

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

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

5.4. Hospitalsenheden Viborg (Viborg, Skive og Kjellerup)

5.4.1. Profil i dag

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

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

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

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

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

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

5.4.2. Profil fremover

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

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

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

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

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

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

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

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

5.4.3. Bygningsmæssige forhold

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

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

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

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

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

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

5.4.4. Den præhospitale indsats

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

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

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

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

5.5.1. Profil i dag

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

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

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

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

5.5.2. Profil fremover

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

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

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

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

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

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

Udvikling fra akut til elektivt hospital

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.5.3. Bygningsmæssige forhold

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

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

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

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

De anlægsmæssige konsekvenser i Silkeborg skal udredes nærmere.

5.5.4. Præhospital indsats

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

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

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

5.6.1. Profil i dag

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

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

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

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

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

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

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

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

5.6.2. Profil fremover

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.6.3. Bygningsmæssige forhold

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

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

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

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

5.6.4. Præhospital indsats

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

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

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

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

6. Baggrundsmateriale og supplerende materiale

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

Baggrundsmaterialet omfatter:

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

Der er endvidere udarbejdet en række supplerende materialer til akutplanen:

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

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

Materialet fra høringsprocessen omfatter følgende:

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

Ovennævnte materiale findes på hjemmesiden www.rm.dk.

Bilag 4

Til Ekspertpanelet vedr.
sygehusinvesteringer

Projektbeskrivelse, Det Nye Universitetshospital i Århus



8. oktober 2007

Sagsbehandler: Anders Larsen

Tel. +4587284802

anders.larsen@stab.rm.dk

Sagsnr. 1-21-12-07

Side 0/13



Følgende notat beskriver status for etablering af Det Nye Universitetshospital i Århus. Siden Århus Amtsråds beslutning den 1. februar 2005 om samling af de somatiske hospitaler i Århus ved Århus Universitetshospital, Skejby er der arbejdet videre med realisering af planerne. Forberedelsesudvalget for Region Midtjylland vedtog den 8. marts 2006 enstemmigt at arbejde videre med planerne. Forberedelsen af Det Nye Universitetshospital har forløbet i fire hovedspor:

1. Organisering af specialerne i Det Nye Universitetshospital
2. Tilvejebringelse af fysisk plangrundlag for byggeriet
3. Afklaring af finansieringsmuligheder
4. EU-udbud af den gennemgående rådgivning til projektet og igangsætning af byggeriet

I det følgende vil de fire hovedspor kort blive gennemgået.

Det Nye Universitetshospital i Århus er en samling af Århus Universitetshospital, Århus Sygehus nuværende faciliteter ved det eksisterende Århus Universitetshospital, Skejby. Århus Sygehus består af det tidligere Amtssygehus, det tidligere Kommunehospital samt mindre funktioner på det tidligere Marselisborg Hospital.

Samling af hospitalerne i Århus by



Der er i dag væsentlige problemer med de fysiske rammer på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Det tidligere Amtssygehus er primært opført i 1930'erne, og er derfor præget af byggeri, som langt fra lever op til nutidens krav til hospitalsbyggeri. Der blev i 2001 udarbejdet en generalplan med et udgiftsbudget på ca. 1 mia. kr. med henblik på en væsentlig forbedring af disse fysiske rammer.

Det tidligere Kommunehospital er også præget af en ældre bygningsmasse, hvor hovedparten er opført fra 1893 til 1959. Hospitalet er beliggende i tæt bymæssig bebyggelse, hvilket vanskeliggør implementering af ny teknologi og kapacitetsændringer, f.eks. udvidelser af strålebehandling. Det er derudover vanskeligt at efterkomme påbud fra Arbejdstilsynet, da disse ville kræve væsentlige bygningsmæssige ændringer.

Herudover har mange transporter af patienter, personale, laboratorieprøver m.v. mellem hospitalerne i Århus i stadig stigende grad hæmmet mulighederne for fagligt samarbejde og tilrettelæggelsen af en mere rationel drift.

På den baggrund besluttede Århus Amt i 2002 at fusionere Århus Kommunehospital og Århus Amtssygehus til det, der i dag hedder Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. I planerne indgik også en beslutning om, at funktionerne på Århus Amtssygehus (incl. funktioner på det tidligere Marselisborg Hospital) på sigt skulle flyttes til Kommunehospitalet og Skejby, hvorefter Amtssygehusets bygninger skulle bortsælges.

I marts 2004 besluttede Århus Amtsråd yderligere at få belyst en model, hvor alle de somatiske hospitalsfunktioner i Århus by bliver samlet ved Skejby.

Århus Amtsråd besluttede d. 1. februar 2005 at igangsætte planlægningen af samlingen af alle de somatiske hospitalsfunktioner i Århus ved Skejby ("Det Nye Universitetshospital i Århus").

Gennemførelse af Det Nye Universitetshospital i Århus medfører nybyggeri på ca. 250.000 m² med en foreløbigt vurderet anlægsudgift på 6,0 mia. kr. excl. udstyr. Udstyrsanskaffelser, herunder ny teknologi, er foreløbigt vurderet til 1,5 mia. kr. Nybyggeriet skal integreres med det eksisterende Århus Universitetshospital, Skejby, der omfatter ca. 150.000 m². For at det eksisterende hospital kan være en integreret del af Det Nye Universitetshospital vurderes der at være behov for en investering på ca. 0,5 mia. kr. Beløbet skal bruges til flytning af afdelinger, moderniseringer og investeringer i ny teknologi, så der bliver en sammenhængende teknologisk platform for hele hospitalet. Det samlede investeringsbehov vurderes derfor at være 8 mia. kr. i 2007-priser. Der forventes en række driftsbesparelser som følge af nybyggeriet, hvilket beskrives nærmere i afsnit 3.

Det Nye Universitetshospital kommer således til i alt at omfatte ca. 400.000 m². Det samlede grundareal for Det Nye Universitetshospital i Århus bliver ca. 970.000 m² og rummer betydelige udvidelsesmuligheder der medvirker til at fremtidssikre hospitalet.

Centrale nøgletal for det nye hospital forventes, med udgangspunkt i den nuværende situation, at blive følgende:

- Forventet driftsbudget på 4,5 mia. kr
- 100.000 indlæggelser årligt
- 600.000 ambulante besøg årligt
- Ca. 1.300 sengepladser
- Ca. 9000 beskæftigede
- Ca. 25.000 transporter dagligt

1. Organisering af specialerne i Det Nye Universitetshospital

Det Nye Universitetshospital bliver Danmarks største hospital, hvilket giver en udfordring i forhold til overskuelighed set fra patienter og medarbejdere. En politisk vedtaget præmis for samlingen af hospitalerne har derfor været, at Det Nye Universitetshospital skal opdeles i overskuelige enheder, og at der skal udarbejdes ledelsesmodeller, der understøtter dette.

Visionen for Det Nye Universitetshospital i Århus er følgende:

- Det Nye Universitetshospital skal være blandt de førende universitetshospitaler i Europa, der leverer specialiseret hospitalsbehandling til Region Midtjylland og resten af Danmark med høj faglig kvalitet. Den højtspecialiserede behandling understøttes af forskning, udvikling og uddannelse
- Det nye Universitetshospital skal samtidigt være et velfungerende lokalt hospital, hvor ca. 300.000 borgere i Århus har adgang til almindelig hospitalsbehandling af høj kvalitet
- Det Nye Universitetshospital indgår som en integreret del af hospitalsstrukturen i Region Midtjylland
- Det Nye Universitetshospital skal medvirke til at skabe sammenhæng mellem specialistfunktioner, basisfunktioner, praktiserende læger, genoptræning, hjemmepleje etc.
- Patienten skal opleve et sammenhængende patientforløb af høj kvalitet i et helende miljø, der understøtter integritet, respekt, hjemlighed og værdighed
- Projektet skal skabe et innovativt universitetshospital hvor moderne teknologi understøtter høj kvalitet i patientbehandlingen og effektiv drift
- Projektet skal bidrage til bedre anvendelse af personaleressourcer gennem forbedrede arbejdsgange og skabelse af en moderne og attraktiv arbejdsplads
- Det Nye Universitetshospital skal være dynamisk overfor implementering af nye behandlingsformer samt ændringer i efterspørgslen efter hospitalsydelser

Projektet medfører som udgangspunkt ikke en kapacitetsudvidelse, da der er tale om en omorganisering af hospitalerne i Århus by. Der er mulighed for løbende at indarbejde kapacitetsændringer i projektet, hvis der bliver behov for dette. Region Midtjylland har netop besluttet en ny akutplan med en reduktion af antallet af hospitaler med akutfunktion. Det Nye Universitetshospital i Århus er en integreret del af Region Midtjyllands forslag til akutplan, hvor hospitalet er et af de foreslåede akuthospitaler. Samtidig sikrer forslaget, at der kun sker en begrænset stigning i optageområdet for Det Nye Universitetshospital. Derved kan hospitalet fort-

sat fokusere på at være et førende universitetshospital samtidig med at der gives en god basisbehandling af borgerne i Århus.

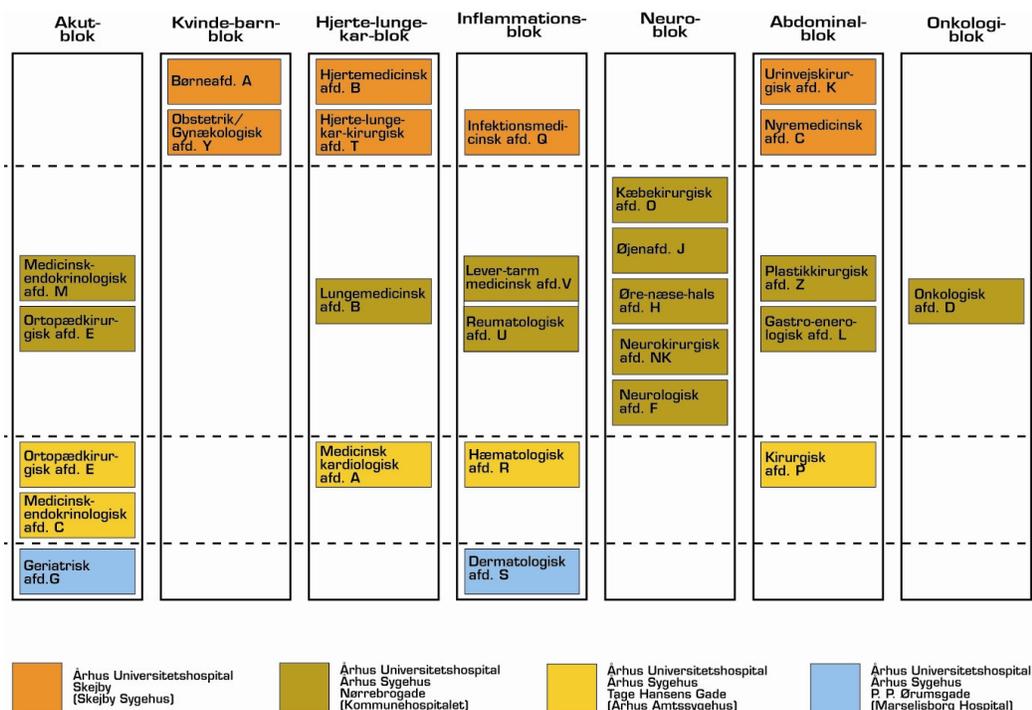
Siden efteråret 2005 har der været gennemført en omfattende udredning af organisering af specialerne i Det Nye Universitetshospital i samarbejdet med ledere og medarbejdere på hospitalerne. Resultatet af arbejdet er en opdeling af specialerne i 7 faglige fællesskaber/blokke. Målsætningen er, at mest mulig udredning, diagnostik og behandling kan foregå indenfor et fagligt fællesskab i form af fysisk sammenhængende blokke. Der har været stor faglig opbakning til planerne om samling af universitetshospitalerne og til organisering i de 7 faglige fællesskaber.

Udgangspunktet for at opnå optimale hensigtsmæssige patientforløb er en helhedstænkning, hvor optimal behandling, samarbejdsrelationer, god logistik og moderne fysiske rammer hænger sammen. Samtidig skal den fysiske indretning udformes, så patienternes integritet respekteres, og behovet for privatliv og kontakt til pårørende kan opfyldes. Dette skal bl.a. sikres ved så vidt muligt at indrette ensengsstuer.

I forbindelse med etablering af de faglige fællesskaber er der en enestående mulighed for at tænke nyt i patientbehandlingen, hvilket bl.a. sker i forhold til akutte patienter. I Det Nye Universitetshospital skal uselekterede akutte patienter modtages i en specialindrettet akutmodtagelse med den nyeste teknologi, hvor de hurtigst muligt undersøges af speciallæger. Dette sker med henblik på at sikre den rigtige behandling enten i eget hjem, gennem en hurtig og tryk behandling i akutcentret eller på den relevante specialafdeling. Region Midtjylland har indgået et samarbejde med Beth Israel Deaconess Medical Center/Harvard Medical School om udvikling af regionens akutmodtagelser, herunder målrettet uddannelse af personalet i akutmodtagelsen. Netop samling af specialerne giver mulighed for at samle relevante speciallæger i akutmodtagelsen.

Den sammenhængende patientbehandling i de overskuelige enheder skal understøttes af en god intern og ekstern logistik, innovativt nybyggeri i sammenhæng med det eksisterende hospitalsbyggeri og anvendelse af højteknologiske løsninger, der både understøtter kvaliteten i patientbehandlingen og effektiv drift.

Organisering af de 7 faglige fællesskaber og afdelingernes nuværende placering



Organiseringen af specialerne er en væsentligt del af grundlaget for udbudet af Den Gennemgående Rådgivning til byggeriet af Det Nye Universitetshospital, hvor tilbudsgiverne skal aflevere et skitseprojekt med den overordnede udformning af nybyggeriet jf. punkt 4.

2. Fysisk plangrundlag

Det nuværende Århus Universitetshospital, Skejby er beliggende i udkanten af de nordlige Århus. Med byggeriet af Det Nye Universitetshospital er der behov for at udvide grundarealet fra ca. 500.000 m² til ca. 1.000.000 m². Hertil kommer arealer til andre hospitalsrelaterede funktioner. Byggeriet kræver et kommuneplantillæg for hele hospitalsområdet. Regionen har opkøbt ca. 150.000 m² jord, hvor der er igangsat arkæologiske udgravninger. Århus byråd har besluttet at igangsætte forberedelserne af ekspropriation af de resterende 350.000 m².

I sommeren 2005 blev der nedsat en fælles planlægningsgruppe med repræsentanter fra Århus Kommune og Århus Amt, der skulle forberede det fysiske plangrundlag for området. På baggrund af arbejdet i gruppen vedtog Århus Byråd i september 2007 et tillæg til kommuneplanen, der giver grundlag for at realisere hospitalsbyggeriet. Dermed er der grundlag for at igangsætte arbejdet med udarbejdelse af lokalplan for Det Nye Universitetshospital.

Århus Amt har endvidere gennemført en VVM-screening af projektet, der blev afsluttet i sommeren 2006.

I forbindelse med hospitalsbyggeriet bliver infrastrukturen i området væsentligt forbedret. Det Nye Universitetshospital vil primært blive betjent af en ny vejforbindelse mellem tilkørselsanlægget til den nye Søften-Skødstrup Motorvej og det nordvestlige Århus. Vejdirektoratet forventer at have etableret tilkørselsanlægget i slutningen af 2009. Århus Kommune forventer at igangsætte etableringen af den nye vej i slutningen af 2007 med udgangspunkt i det vedtagne kommuneplantillæg.

Desuden planlægger Århus Kommune etablering af en letbane fra Århus centrum til Det Nye Universitetshospital og videre til det nye byområde Lisbjerg nord for hospitalet

3. Finansiering

Finansieringen af Det Nye Universitetshospital er todelt. Der forventes en betydelig indtægt fra salg af det tidligere Kommunehospital og det tidligere Amtssygehus. Hovedparten af projektet skal dog finansieres af staten. Der forventes en række driftsbesparelser som følge af nybyggeriet.

Indledende OPP-foranalyse

Århus Amt har i efteråret 2006 gennemført en indledende OPP-foranalyse (Offentligt-Privat samarbejde), der blev politisk behandlet i Region Midtjylland i december 2006.

Formålet med den indledende OPP-foranalyse var at vurdere, om OPP er en realistisk og attraktiv projektform for Regionen i forbindelse med gennemførelse af hele eller dele af Det Nye Universitetshospital. Herunder om OPP kan medvirke til en fremrykning af projektet. På baggrund af analysen skulle Regionsrådet træffe beslutning om, hvorvidt der skulle gennemføres en mere detaljeret analyse af OPP i relation til Det Nye Universitetshospital. Analysen blev udarbejdet af PricewaterhouseCoopers og Advokatfirmaet Bech-Bruun i samarbejde med Projektafdelingen for Det Nye Universitetshospital.

Erhvervs- og Byggestyrelsen deltog i drøftelser om analysen i forbindelse med, at Projektafdelingen søgte om tilskud til udarbejdelse af analysen. Erhvervs- og Byggestyrelsen er ansvarlig for udvikling af OPP og andre offentligt-private samarbejdsformer i Danmark.

Hovedkonklusionen i analysen er, at projektet med etablering af Det Nye Universitetshospital ikke er egnet til at kunne indgå i en samlet OPP-kontrakt af følgende årsager:

1. Det er vanskeligt at foretage en fysisk afgrænsning af projektet, da nybyggeriet teknisk og organisatorisk skal integreres med det eksisterende Århus Universitetshospital, Skejby.
2. Beskrivelsen i et kontraktuelt grundlag i et OPP-projekt vil være langvarig og ressourcekrævende og medføre en forskydning af projektets tidsplan.
3. Tidsplanen for byggeriet skal kunne tilpasses det optimale tidspunkt for bortsalg af de eksisterende hospitaler i Tage-Hansensgade og Nørrebrogade.
4. Det afgørende succeskriterium for Det Nye Universitetshospital er en optimering af den kliniske drift i de 7 faglige fællesskaber, hvor ca. 90 % af driftsudgifterne afholdes. Dette må ik-

ke begrænses af en OPP-kontrakt, hvor den private part primært har fokus på bygningsdrift og de serviceydelser, der er omfattet af OPP-kontrakten.

5. De meget begrænsede erfaringer med OPP i Danmark giver ikke et tilstrækkeligt erfaringsgrundlag til at gennemføre komplicerede hospitalsprojekter i OPP-regi, hvilket også er opfattelsen i Erhvervs- og Byggestyrelsen. Hertil kommer, at der er stor usikkerhed om skatte- og momsregler i forbindelse med OPP-projekter.

Gennemførelse af byggeriet Det Nye Universitetshospital vil heller ikke kunne fremrykkes i et OPP-projekt med privat finansiering sammenlignet med en offentlig finansiering/låntagning, da Regionen med de nuværende deponeringsregler skal deponere anlægssummen, hvis der indgås en OPP-kontrakt.

Konklusionen på analysen var derfor, at det ikke var relevant at arbejde videre med OPP for Det Nye Universitetshospital.

Regionsrådet besluttede enstemmigt at følge anbefalingerne i analysen om ikke at arbejde videre med Det Nye Universitetshospital som et OPP-projekt.

Salg af eksisterende ejendomme

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus' eksisterende bygninger (det tidligere Kommunehospital og det tidligere Amtssygehus) er begge centralt beliggende i Århus C. Den foreløbige økonomiske vurdering af ejendommene er ca. 2,3 mia. kr. baseret på ejendomsværdien i 2006. Det endelige salgsprovenu afhænger af den fremtidige anvendelse.

Regionsrådet har besluttet, at Region Midtjylland selv skal stå for omdannelse af det tidligere Amtssygehus til et nyt byområde ved at få ændret kommuneplanen for området, før ejendommen sættes til salg. På den måde forventer Regionen at opnå det størst mulige provenu for ejendommen samtidig med, at Århus får et nyt attraktivt byområde. Til at gennemføre opgaven er der nedsat en fælles projektgruppe med repræsentanter fra Århus Kommune og Region Midtjylland. Processen er således i fuld gang.

Det tidligere Kommunehospital er beliggende med Aarhus Universitet som nabo. Aarhus Universitet har overfor Region Midtjylland tilkendegivet stor interesse for at overtage bygningerne. Universitetet forventer en betydelig vækst de kommende år, hvilket en overtagelse af det tidligere Kommunehospital skal medvirke til at realisere.

Statslig finansiering

Region Midtjylland har et betydeligt restfinanseringsbehov afhængigt af provenuet fra salget af de eksisterende hospitalsbygninger. Hertil kommer behovet for mellefinansiering frem til at de gamle hospitaler kan fraflyttes. For at opretholde en fortsat fremdrift i projektet er det væsentligt at få afklaret mulighederne for statslig finansiering af projektet.

Driftsbesparelser

Omvendt forventer regionen også en række driftsbesparelser på baggrund af de nye fysiske rammer. Driftsbesparelserne vil bl.a. afhænge af organiseringen af Det Nye Universitetshospi-

tal og de teknologiske muligheder som følge af nybyggeriet. Der forventes bl.a. driftsbesparelser inden for følgende områder:

- Der vil ikke længere være behov for transport af patienter, personale og gods mellem de forskellige hospitalsmatrikler
- Forbedret akutmodtagelse og diagnosticering medvirker til færre og kortere indlæggelser
- Faglige fællesskaber med mere sammenhængende patientforløb bidrager til optimering af indlæggelsesforløb og dermed kortere indlæggelsestid
- Øget anvendelse af dagkirurgi og patienthotel
- Generelt forventes øget kvalitet i patientbehandlingen og fysiske rammer, der understøtter helbredelse af patienterne og bidrager til en mere effektiv patientbehandling
- Automatisering af intern transport f.eks. ved brug af robotstyrede transportvogne (AGV) og automatiseret rørpost
- Bedre udnyttelse af informations- og kommunikationsteknologi
- Samling af servicefunktioner som f.eks. laboratorier, tekniske afdelinger og forsyningsfunktioner
- Nybyggeri med lavt energiforbrug og energibesparende tekniske løsninger
- Valg af materialer med lavt vedligeholdelsesbehov
- Fleksibelt byggeri og tekniske installationer giver lavere omkostninger ved om- og tilbygninger samt vedligeholdelse, og driftstab minimeres
- Etc.

Som nævnt i indledningen er investeringsbehovet til teknisk- og medicoteknisk udstyr foreløbigt vurderet til 1,5 mia. kr. Denne del af investeringen i Det Nye Universitetshospital forventes med udgangspunkt i realisering af ovenstående driftsrationaler at kunne afskrives i løbet af 7-10 år.

Det igangværende udbud af Den Gennemgående Rådgivning til projektet omfatter ikke kun en skitse for udformning af hospitalsbyen. Der stilles også krav om forslag til løsning, der sikrer en mere rationel drift af hospitalet inden for bl.a. fleksibilitet og fremtidssikring af byggeriet, udnyttelse af ny teknologi, miljøkoncept for reduceret ressourceanvendelse samt energioptimering.

Hertil kommer, at tilbudsgiverne vurderes ud fra forslag til organisation, samarbejde og proces, herunder hvordan driftsmæssige aspekter indtænkes i projekteringen af byggeriet, og hvordan tilbudsgiverne vil sikre, at der vælges de mest totaløkonomiske løsninger i projektet.

Finansiering af forsknings- og undervisningsfaciliteter

En arbejdsgruppe med repræsentanter fra Aarhus Universitet og hospitalerne har givet klare faglige anbefalinger til, hvordan forskning og undervisning bliver en integreret del af Det Nye Universitetshospital. Forsknings- og undervisningsfaciliteterne vedrører primært universitetsaktiviteter i form af bl.a. forskningslaboratorier, færdighedslaboratorier og auditorier.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der gennemføres en tredeling i organiseringen af forskning og undervisning med faciliteter på speciale-/afdelingsniveau, i de faglige fællesskaber og fælles

faciliteter for hele hospitalet i form af "core centre" inden for bl.a. billeddannelse og avancerede laboratorier.

Region Midtjylland forventer, at staten særskilt finansierer faciliteterne til forskning og undervisning i Det Nye Universitetshospital. På nuværende tidspunkt er der foreløbigt indeholdt arealer til forskning og undervisning svarende til ca. 0,5 mia. kr. af anlægssummen. Aarhus Universitet har tilkendegivet, at der er behov for yderligere arealer for at fremtidens aktivitet inden for forskning og undervisning kan rummes.

4. Foreløbig tidsplan og finansieringsbehov fordelt over årene

Regionsrådet har enstemmigt besluttet, at byggeriet af Det Nye Universitetshospital gennemføres hurtigst muligt afhængigt af de finansieringsmæssige muligheder. Desuden er det en præmis for projektet, at det tidligere Amtssygehus rømmes som det første.

Udflytningen af de kliniske aktiviteter fra Århus Universitetshospital, Århus Sygehus skal desuden tilrettelægges således, at der kan opretholdes en fornuftig drift af de tilbageværende aktiviteter frem til, at alle aktiviteterne er flyttet til Det Nye Universitetshospital. Region Midtjylland har vurderet, at det vil være mest hensigtsmæssigt at flytte hele aktiviteten fra det tidligere Amtssygehus samt relaterede specialer omkring akutmodtagelsen på det tidligere Kommunehospital i en 1. etape.

Dermed kan hele det tidligere Amtssygehus rømmes, uden der skal bruges ressourcer på midlertidige flytninger til det tidligere Kommunehospital. Universitetet vil dermed også kunne ibrugtage nogle af bygningerne på det tidligere Kommunehospital inden for en overskuelig årrække. Bruttoudgifterne til en sådan 1. etape forventes at være ca. 5,0-5,5 mia. kr.

Den endelige udflytningsrækkefølge og opdeling i etaper bliver mere konkret fastlagt, når Den Gennemgående Rådgiver er valgt i slutningen af 2007.

Nybyggeriet til Det Nye Universitetshospital forventes påbegyndt i 2009 og afsluttet omkring 2019. Hertil kommer en række forberedende projekter på det eksisterende Århus Universitetshospital, Skejby, der skal igangsættes i 2008 (Det Nye Universitetshospital, fase 0). Dette omfatter ombygning og udvidelse af Intensivafdelingen med henblik på at efterkomme påbud fra Arbejdstilsynet og etablere faciliteter til den kommende Hjerte- Lunge- Karblok i Det Nye Universitetshospital. For at frigøre lokaler til dette, skal der bygges en ny sterilcentral, der har kapacitet til hele Det Nye Universitetshospital. Yderligere delprojekter i fase 0 er etablering af lokaler til Respirationscenter Vest, lokaler til projektorganisationen samt udvidelse af Medico-teknisk Afdeling m.v. Projekterne i fase 0 forventes afsluttet i 2009.

Fordeling af udgifter over årene

På baggrund af ovenstående tidsplan forventes følgende fordeling af investeringen på ca. 8,0 mia. kr.:

2008: 180 mio. kr.
2009: 350 mio. kr.
2010-2019 årligt: Ca. 750 mio. kr.

Udgifterne i 2008 finansierer igangsætning af delprojekter i fase 0 (Intensivafdeling m.v.), udarbejdelse af helhedsplan i samarbejde med Den Gennemgående Rådgiver, udgifter til Region Midtjyllands bygherreorganisation, modning af eksisterende hospitalsbygninger med henblik på salg samt jordkøb og arkæologiske udgravninger m.v. Desuden forventes detailprojektering af 1. etape igansat i sidste halvdel af 2008.

Udgifterne i 2009 vedrører detailprojektering, byggemodning og igangsætning af nybyggeriet i 1. etape, færdiggørelse af delprojekter i fase 0, bygherreorganisation, modning af eksisterende hospitalsbygninger med henblik på salg m.v.

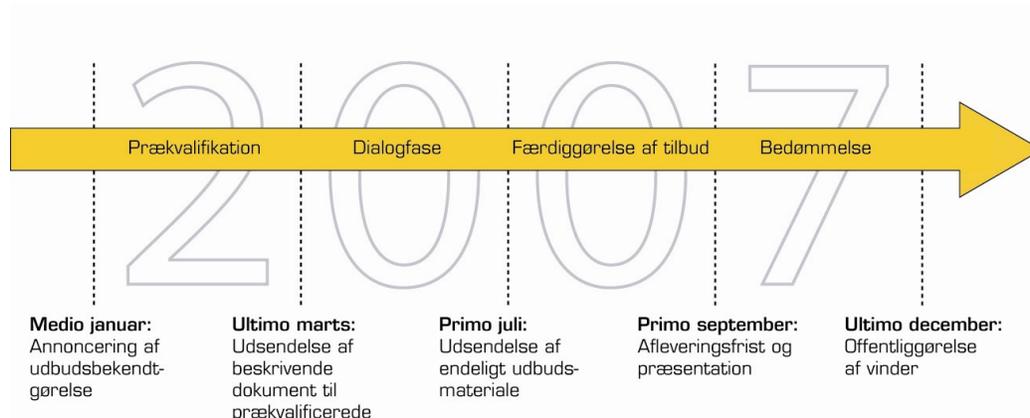
Det er endnu usikkert, hvornår indtægter fra salg af de eksisterende byggerier forventes at blive realiseret, men Region Midtjylland forventer, at bygningerne bliver solgt successivt i den sidste halvdel af byggeperioden.

Som det fremgår af ovenstående, har Region Midtjylland behov for at igangsætte en række opgaver i forbindelse med Det Nye Universitetshospital indenfor få måneder for at sikre den fortsatte fremdrift i projektet. Der er derfor behov for en snarlig afklaring af finansieringen af projektet.

5. EU-udbud af Den Gennemgående Rådgivning og igangsætning af byggeriet

En forudsætning for igangsætning af byggeriet er tilknytning af rådgivere til projektet i form af ingeniører, arkitekter m.fl. Region Midtjylland har valgt at lave et samlet udbud af rådgivningsopgaverne med henblik på at tilknytte et rådgiverhold, der kan gennemføre alle etaper af projektet. Dermed kan det sikres, at Region Midtjylland får et sammenhængende hospitalsbyggeri med kontinuitet i de valgte løsninger og et samlet fokus på budget, tidsplan og kvalitetskrav.

Tidsplan for gennemførelse af EU-udbud



Regionsrådet godkendte igangsætning af udbudet den 13. december 2006 og godkendte udbudsbekendtgørelsen d. 10. januar 2007. I marts 2007 blev der prækvalificeret fire rådgiverhold til deltagelse i den konkurrenceprægede dialog og efterfølgende afgivelse af tilbud. De fire rådgiverhold rummer hver især danske og udenlandske virksomheder med betydelige kompetencer indenfor arkitektur, ingeniørarbejde og planlægning. Rådgiverholdene afleverede deres tilbud 3. september 2007.

I tilbuddene har rådgiverne skulle redegøre for følgende hovedområder i udformning af hospitalet, som også er centrale i bedømmelsen af tilbuddene:

- Hospitalets funktionalitet, herunder disponering af kliniske funktioner og forsyningsfunktioner
- Intern og ekstern logistik, herunder hvordan transport af patienter minimeres, og hvordan personalet får kort afstand til relevante funktioner
- Hospitalets arkitektur, herunder den by- og landskabsmæssige struktur, den arkitektoniske hovedidé, og hvordan der skabes et helbredende miljø
- Hospitalsbyggeriets fleksibilitet, der sikrer mulighed for tilpasning til fremtidens behov
- Udformning af tekniske løsninger, anvendelse af ny teknologi og miljøkoncept, herunder hvordan der sikres bæredygtighed med minimering af ressourceanvendelse og miljøbelastning
- Totaløkonomi i hospitalet, så byggeriet understøtter lave omkostninger i driftsfasen

Foruden løsningsforslag til udformning af Det Nye Universitetshospital skal tilbudsgiverne redegøre for organisation, samarbejde og proces, herunder hvordan tilbudsgiverne vil håndtere risikostyring af økonomi, tid og kvalitet i projektet, så negative økonomiske overraskelser i anlægsfasen og den efterfølgende drift undgås.

Efter afslutning af den igangværende bedømmelse forventes valget af Den Gennemgående Rådgiver godkendt i Regionsrådet den 12. december 2007, så planlægningen af selve byggeriet for alvor igangsættes i starten af 2008. Regionsrådet i Region Midtjylland forventes i oktober at træffe beslutning om en væsentlig udbygning af Region Midtjyllands organisation til varetagelse af projektet med henblik på en hurtig igangsætning af planlægningen i samarbejde med Den Gennemgående Rådgiver. Der er dermed behov for en snarlig afklaring af, hvordan projektet finansieres.

Som supplement til samarbejdet med Den Gennemgående Rådgiver forventes der bl.a. et samarbejde med Alexandrainstituttet/Aarhus Universitet om brugerdreven innovation af nye teknologiske løsninger.

Desuden forventes der et samarbejde med Regional Udvikling i Region Midtjylland vedr. bl.a. Agenda 21, udvikling af vedvarende energi samt indenfor "Erhverv-sundhed", hvor der sammen med lokale virksomheder udvikles nye produkter og teknologier inden for sundhedsområdet. Dette sker med henblik på at skabe et spin-off mellem Det Nye Universitetshospital og erhvervslivet i Region Midtjylland.

Konklusion

Ovenstående gennemgang viser, at planlægningen af Det Nye Universitetshospital er langt fremme. Det Nye Universitetshospital vil resultere i væsentligt bedre fysiske rammer for patienterne, større behandlingskvalitet og bedre rammer for forskning og undervisning. Rammerne for Det Nye Universitetshospital er optimale med tilslutning til den nye Søften-Skødstrup motorvej, etablering af letbane og en placering med ledige arealer, der sikrer fortsatte udbygningsmuligheder. Samtidig giver projektet mulighed for Aarhus Universitets fortsatte udvidelsesmuligheder ved anvendelse af de gamle hospitalsbygninger.

Der forventes betydelige driftsøkonomiske rationaler med udgangspunkt i samling af hospitaler fra fire matrikler, styrkelse af sammenhængende patientforløb i faglige fællesskaber, nybyggeri med lave drifts- og vedligeholdelsesudgifter samt udnyttelse af ny teknologi. Dette understøttes i valget af rådgivere til projektet, hvor Region Midtjylland efterspørger kompetencer, der kan sikre en optimal totaløkonomisk udformning af Det Nye Universitetshospital.

For at sikre fortsat fremdrift er der behov for en afklaring af finansieringsmulighederne i form af statslig medfinansiering, statslig finansiering af forskning og undervisning, mellemfinansiering frem til salg og fraflytning af eksisterende bygninger samt salg af bygninger til Aarhus Universitet/Staten. Afklaringen bør ske snarligt for at sikre den fortsatte fremdrift i projektet.

Yderligere oplysninger om Det Nye Universitetshospital i Århus kan findes på www.DetNyeUniversitetshospital.dk

Morten Weise Olesen
Projektchef

Anders Larsen
Projektkoordinator

Region Midtjylland

Bilag 5: Sagsfremstilling fra Regionsrådets møde den 2. maj 2007

1-22-32-07

17. Ansøgning om anlægsbevilling til etablering af en stråleterapienhed ved Regionshospitalet Herning

Resumé

Det indgår i Stråleterapiplanen for Region Midtjylland, at der etableres en stråleterapienhed ved Regionshospitalet Herning. Forberedelsesudvalget har tidligere givet en bevilling til udarbejdelse af et projektforslag. Der er arbejdet med to forskellige modeller, som begge indebærer etablering af en stråleterapienhed med to accelerators og en bunker til en tredje accelerator. Model 2 indebærer desuden et onkologisk ambulatorium og et onkologisk sengeafsnit i tilknytning til stråleterapien. Det indstilles, at man vælger Model 2. Stråleenheden i Herning skal fungere som en satellit under onkologisk afdeling på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Økonomisk, funktionelt og organisatorisk vil enheden således være en del af stråleterapicenteret i Århus. Det indstilles, at anlægsbevillingen til projektet øges med 165,8 mio. kr. (2007 pris- og lønniveau) under forudsætning af, at finansieringen falder på plads i forbindelse med de kommende økonomiforhandlinger med regeringen.

Forretningsudvalget indstiller,
--

- at** Model 2 til etablering af en stråleterapienhed ved Regionshospitalet Herning godkendes,
- at** anlægsbevillingen forøges med 165,8 mio.kr. (2007 pris- og lønniveau, indeks 112,7) til etablering af en stråleterapienhed ved Regionshospitalet Herning,
- at** der afsættes rådighedsbeløb svarende til Tabel 2,
- at** finansiering af rådighedsbeløbene forudsættes afklaret i forbindelse med økonomiforhandlingerne med regeringen, og at sagen kan stoppes, såfremt finansieringen ikke falder på plads,
- at** den konkrete udformning af byggeprojektet forelægges inden sommerferien, og
- at** Regionsrådsformanden bemyndiges til at godkende licitationsresultatet inden for den givne ramme.

Henrik Qvist var forhindret i at deltage i sagens behandling.

Beslutning

Indstillingen blev vedtaget.

Martin Merrild, Harry Jensen og Kate Runge var forhindret i at deltage i sagens behandling.

Sagsfremstilling

Baggrund

Det indgår i Stråleplanen for Region Midtjylland, at der etableres en stråleterapienhed ved Regionshospitalet Herning. Forberedelsesudvalget har den 15. november 2006 godkendt en anlægsbevilling på 5,0 mio. kr. (2006 pris- og lønniveau) til udarbejdelse af projektforslag.

Stråleplanen for Region Midtjylland sigter mod, at så mange patientforløb som muligt afvikles inden for regionen. Der lægges samtidig vægt på samarbejde med naboregionerne med henblik på at sikre den kortest mulige ventetid og den mest effektive ressourceudnyttelse.

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus har frem til 2006 principielt varetaget stråleterapi for Århus, Viborg og Ringkjøbing amter. På grund af kapacitetsmangel i Århus i de seneste fem år har der været en stigende andel patienter, som har fået strålebehandling i henholdsvis Vejle og Ålborg.

Ifølge Stråleplanen udbygges kapaciteten både i Århus og i Herning. En udbygning af kapaciteten alene i Århus vil være vanskelig inden for den nødvendige tidsramme på grund af pladsmangel på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og på grund af tidsplanen for Det Nye Universitetshospital. I Stråleplanen foreslås derfor etableret en strålesatellitenhed ved Regionshospitalet Herning. Geografien i Region Midtjylland betyder, at der for borgerne i den vestlige del af regionen er op til 170 kilometer til strålecentret i Århus. Cirka 34 % af alle borgere vil have kortere transportvej til Herning end til Århus. Derfor vil en placering af acceleratorene i Herning betyde væsentlige forbedringer af servicen over for en stor gruppe patienter.

På Regionshospitalet Herning forefindes der i dag en onkologisk afdeling men ingen stråleterapi. De nuværende fysiske rammer for afdelingen er således, at ambulatoriet og sengepladserne er placeret to forskellige steder på hospitalet, og at ambulatoriet, som blev renoveret i 2005, ligger i betydelig afstand fra de diagnostiske enheder (radiologi, nuklearmedicin m.v.), hvilket giver en uhensigtsmæssig intern logistik. Desuden giver det aktuelle (høje) sengepladsforbrug en del vanskeligheder i forhold til driften på Gynækologisk Afdeling, hvor de er placeret.

Det fremtidige behov for sengepladser (ekskl. et eventuelt forbrug til stråleterapipatienter) forventes at stige. Vurderingen bygger dels på det aktuelle sengepladsforbrug og dels på forventningerne til de fremtidige aktiviteter, som omfatter nye kræftbehandlingsprocedurer samt forventede hjemtagninger af patienttyper, som kan behandles uden for universitetshospitalet.

Stråleenheden i Herning er tænkt som en satellit under Onkologisk afdeling på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus - ikke en selvstændig stråleafdeling med egen stab. Selvstændige decentrale stråleafdelinger er frarådet i både Acceleratorrapporter og Kræftplaner. Økonomisk, funktionelt og organisatorisk vil enheden således være en del af stråleterapicenteret i Århus. Denne organisation forventes yderligere at kunne minimere de sædvanlige risici for mindre effektivitet og produktion på et mindre anlæg.

Al visitation skal foregå ved centeret i Århus, og kun nøje definerede strålebehandlinger skal foregå i Herning. Det vil sammen med moderne telemedicin minimere behovet for tilstedeværelse i Herning af fysikere og speciallæger fra Århus (personalegrupper med de største rekrutteringsproblemer).

Der har været arbejdet med to forskellige modeller, som omhandler:

Model 1:

- En stråleterapi med 2 accelerators og en bunker til en 3. accelerator og dertil hørende faciliteter. I alt ca. 2.500 kvm.

Model 2:

- En stråleterapi med 2 accelerators og en bunker til en 3. accelerator og dertil hørende faciliteter
- Et onkologisk ambulatorium med 18 kemoplads og 5 undersøgelsesstuer
- Et sengeafsnit med 18 senge til brug for svage kræftpatienter - heraf er 3 senge til palliative (døende) patienter.

Model 2 omfatter i alt cirka 5.500 kvm. og medfører en fysisk samling af den onkologiske enhed ved Regionshospitalet Herning omfattende stråleterapienheden, onkologisk ambulatorium samt en onkologisk sengeafdeling.

I sengeafsnittet kan et antal senge anvendes som hotelpladser for patienter, der er i strålebehandling, eller som under kemoterapibehandling har brug for at overnatte på hospitalet. Hotelsengene kan - såfremt der er behov herfor - anvendes som egentlige kliniske senge i tilfælde af overbelægning. Alternativet til en tilbygning, hvor man i stedet etablerer et sengeafsnit af den nødvendige størrelse i andre lokaliteter på hospitalet, vil ikke kunne ske uden betydelige konsekvenser for andre specialer, idet den samlede sengekapacitet er udnyttet.

Ambulatorie- og kontorfaciliteterne er i forslaget samlet for den medicinske onkologi og stråleterapien for at sikre den bedst mulige og mest effektive udnyttelse af de fysiske rammer.

De nuværende onkologiske sengepladser på hospitalet kan anvendes i forbindelse med en udvidelse af den gynækologiske eller kirurgiske aktivitet, idet dette er den eneste umiddelbare udvidelsesmulighed, der er til rådighed i de nuværende fysiske rammer uden nye anlægsprojekter. De renoverede lokaler, som anvendes til det nuværende onkologiske ambulatorium, kan umiddelbart anvendes til en nødvendig udvidelse af børneambulatorierne eller alternativt til udvidelse af de medicinske ambulatorier, der ligeledes mangler plads. Model 2 udløser således ikke nævneværdige afledte anlægsudgifter i de nuværende onkologiske lokaliteter.

Det indstilles, at man implementerer Model 2, idet det vil give en bedre og mere effektiv udnyttelse af de samlede fysiske rammer samt en logistisk optimal løsning til gavn for såvel patienter som for arbejdstilrettelæggelsen. Den resterende del af nærværende tekst tager udgangspunkt i Model 2.

Der er udarbejdet en helhedsplan for Regionshospitalet Herning dateret januar 2007, som har dannet grundlag for den valgte placering af centeret. I forlængelse heraf er der udarbejdet en lokalplan på baggrund af tilblivelsen af stråleterapicenteret og tilhørende parkeringsarealer. Lokalplanen er på nuværende tidspunkt i offentlighedsfasen. For at kunne etablere det nødvendige antal parkeringspladser er det nødvendigt med køb af nogle grundarealer med bebyggelse, som støder op til hospitalet. Det overvejes desuden at erhverve eller leje yderligere parkeringspladser i nærheden af hospitalet. En mere konkret beskrivelse af byggeprojektet med hensyn til f.eks. indretning, standarder, materialer m.v. vil blive forelagt inden sommerferien.

- ./.
- Vedlagt er Notat om Stråleterapienheden i Herning og plantegninger. Det skal bemærkes, at de forventede omkostninger er angivet i 2006-priser i notatet.

Økonomi

På nuværende tidspunkt har Forberedelsesudvalget bevilget 5,135 mio. kr. (svarende til 5,0 mio. kr. i 2006 pris- og lønniveau) til udarbejdelse af projektforslag. Dette beløb er medtaget i nedenstående Tabel 1:

Tabel 1: Overslag på omkostninger til etablering af stråleterapienhed ved Regionshospitalet Herning (2007 pris- og lønniveau, indeks 112,7)

	Budget (mio. kr.)
Håndværksrelaterede udgifter	82,0
Løst inventar	4,5
Uforudsete udgifter og usikkerheder	8,2
Omkostninger, herunder honorarer	11,3
Udearealer og parkeringspladser	2,9
Afsat beløb til indkøb af 2 acceleratorer med tilbehør	37,0
Informationssystem mellem Århus og Herning	2,1
I alt	147,9
Køb af ejendomme i Overgade, samt nedrivning	23,0
Samlet anlægsøkonomi	170,9

I ovenstående er der ikke medtaget ekstraordinære omkostninger i forbindelse med ekstra fundering og miljøforurening. Som udgangspunkt er der ingen forventning om, at der vil forekomme sådanne ekstra udgifter. Endvidere forudsættes overflytning af inventar fra det nuværende onkologiske afsnit til det kommende onkologiske ambulatorium. Udgifterne til køb af ejendomme er desuden øget fra 13,6 mio. kr. (2007 pris- og lønniveau) i notatet fra det rådgivende ingeniørfirma til 23 mio. kr. efter en konkret vurdering fra ejendomsmægler.

Der ansøges således om en forøgelse af anlægsbevillingen til projektet på 165,8 mio. kr. (2007 pris- og lønniveau). Det svarer til den totale sum på 170,9 mio. kr. fratrukket den allerede afgivne bevilling på 5,135 mio. kr.

Den totale omkostning på 170,9 mio. kr. svarer til det vedlagte bilags totale omkostninger for Model 2 på 157,2 mio. kr. i 2006-priser tillagt pris- og lønregulering samt tillagt ekstra omkostninger i forbindelse med køb af ejendomme, jvf. ovenfor.

Af den totale anlægssum udgør omkostninger til apparatur 37,0 mio. kr.

Omkostningerne forventes at fordele sig på følgende måde over byggeperioden:

Tabel 2: Rådighedsbeløb pr. år i byggeperioden (2007 pris- og lønniveau)

mio. kr.	2007	2008	2009	Anlægssum i alt
Rådighedsbeløb pr. år	36,4	88,3	41,1	165,8

Finansieringen af projektet skal afklares i forbindelse med sommerens økonomiforhandlinger med regeringen. Der er således tale om en bevilling på forventet efterbevilling fra regeringen.

Tidsplan

Hovedterminerne i tidsplanen forventes at være som følger:

Aftaleindgåelse med entreprenør den 1. august 2007.

Byggeperiode fra den 1. august 2007 til den 1. januar 2009.

Indkøring af acceleratore og personale samt flytning afsluttes den 1. maj 2009.

Udbudsform

Projektet gennemføres som begrænset udbud i totalentreprise efter forudgående prækvalifikation i henhold til EU's udbudsdirektiv. Tildelingskriteriet er laveste pris.

På grund af sagens hastende karakter har annoncering fundet sted. Frist for modtagelse af anmodning om deltagelse i prækvalifikation er 17. april 2007. Udbuddet omfatter ikke acceleratore m.m., og det tager udgangspunkt i den beskrevne Model 2.

Såfremt Regionsrådet på møde den 2. maj 2007 vil ændre projektet, vil det være muligt at standse det videre forløb af den igangsatte udbudsproces, og et nyt udbud vil kunne iværksættes på baggrund af den nu foreliggende beslutning.

Region Midtjylland

Bilag 6: Sagsfremstilling fra Regionsrådets møde den 22. august 2007

1-22-32-07

10. Redegørelse for licitationsresultat samt forslag til ændringer til projektet vedrørende etablering af stråleterapienhed ved Regionshospitalet Herning

Resumé

Efter licitation den 2. juli 2007 på totalentreprisen i forbindelse med etablering af en stråleterapienhed ved Regionshospitalet Herning kan det konstateres, at projektet ikke kan gennemføres i sin oprindelige form inden for den tildelte anlægsbevilling. På den baggrund indstiller Styregruppen, at man implementerer en række ændringer (Model B). Ændringerne indebærer primært en etapeopdeling af projektet og sikrer, at projektet i første fase kan gennemføres inden for den tildelte anlægsbevilling. Endvidere indstilles, at lavest bydende ved licitationen overdrages arbejdet.

Forretningsudvalget indstiller,
--

at projektet inklusive ændringer, Model B, til etablering af en stråleterapienhed ved Regionshospitalet Herning godkendes, og

at arbejdet overdrages til lavest bydende ved licitationen den 2. juli 2007,

idet **Forretningsudvalget anbefaler,**

at der indgås option med den lavest bydende om aptering af etage 4, idet endelig udnyttelse af optionen afventer beslutning i Regionsrådet herom, og

at Regionsrådet retter henvendelse til Danske Regioner og anmoder om, at det overfor regeringen understreges,
- at de nuværende anlægsrammer, jf. økonomiaftalen, ikke rummer de nødvendige beløb til bygninger og udstyr, og
- at det er afgørende, at der nu skabes et realistisk beslutningsgrundlag for Regionsrådet, således at investeringer i bygninger og udstyr til gavn for kræftpatienter m.v. og til gennemførelse af en ny hospitalsstruktur ikke forsinkes.

Johannes Flensted-Jensen, Conny Jensen, Kate Runge, Henrik Qvist og Viggo Nielsen var forhindret i at deltage i sagens behandling.

Beslutning

Indstillingen blev vedtaget.

Sagsfremstilling

På Regionsrådsmødet den 2. maj 2007 blev det besluttet at etablere en stråleterapienhed ved Regionshospitalet Herning. I samme forbindelse blev der givet en anlægsbevilling.

ling på 165,8 mio. kr. (2007 pris- og lønniveau). Endvidere blev Regionsrådsformanden bemyndiget til at godkende licitationsresultatet inden for den givne ramme.

- ./ På dagsordenen til Forretningsudvalgsmødet den 27. juni 2007 var der vedlagte orientering om den bygningsmæssige indretning af den kommende stråleterapienhed.

Nærværende sagsfremstilling har til formål at sammenfatte resultatet af det afholdte totalentrepriseudbud, hvor det må konstateres, at licitationsresultatet ikke kan holdes inden for den givne ramme, samt at fremsætte forslag til projektets videre forløb.

- ./ For en uddybning af licitationsresultatet og økonomien i de forskellige modeller henvises til vedlagte Indstillingsskrivelse/Licitationsresultat fra Styregruppen, som er vedlagt til udvalgets medlemmer.
- ./ Desuden er Styregruppens Indstilling vedlagt.

Licitationsresultat

Den 2. juli 2007 blev der afholdt licitation på projektet. Licitationsresultatet blev følgende:

Tabel 1: Licitationsresultat

Tilbudsgiver	Samlet tilbudssum (ekskl. moms)
C.C. Contractor A/S	143.800.000
E. Pihl & Søn A/S	120.780.000
MT Højgaard A/S	107.880.000
KPC BYG A/S	140.218.100

Tildelingskriteriet ved licitationen er laveste pris. Tilbuddene er efterfølgende blevet gennemgået og vurderet for blandt andet forbehold. Resultatet af denne vurdering er, at tilbuddet fra MT Højgaard a/s på 107,88 mio. kr. er tilbuddet med den laveste pris. Dette tilbud er i øvrigt helt i overensstemmelse med udbudsmaterialet og de muligheder for forbehold, som har været forudsat i udbudsmaterialet. Resultatet af licitationen peger således på MT Højgaard A/S som den tilbudsgiver, som en eventuel entreprisekontrakt skal tildeles.

Anlægsbudget og redegørelse for overskridelse

Det oprindelige overslag på projektomkostningerne, som fremlagt på Regionsrådsmødet den 2. maj 2007, var således:

Tabel 2: Overslag på omkostninger til etablering af stråleterapienhed ved Regionshospitalet Herning (2007 pris- og lønniveau, indeks 112,7)

	Budget (mio. kr.)
Håndværksrelaterede udgifter	82,0
Løst inventar	4,5
Uforudsete udgifter og usikkerheder	8,2
Omkostninger, herunder honorarer	11,3
Udearealer og parkeringspladser	2,9
Afsat beløb til indkøb af 2 accelerators med tilbehør	37,0
Informationssystem mellem Århus og Herning	2,1
I alt	147,9
Køb af ejendomme i Overgade, samt nedrivning	23,0
Samlet anlægsøkonomi	170,9

En nærmere vurdering af ovennævnte licitationsresultat og den deraf følgende samlede anlægssum sammenlignet med den givne anlægsbevilling viser, at der vil være behov for at foretage besparelser/ændringer i projektet for at skabe sammenhæng i forhold til bevillingen:

Tabel 3: Anlægssum i forhold til anlægsbevilling

	Beløb i mio. kr.
Totalentreprisetilbud (licitationsresultat)	107,9
Byggherreudgifter	54,3
Øvrige udgifter	9,9
Anlægssum (ekskl. køb af ejendomme)	172,1
Anlægsbevilling (ekskl. køb af ejendomme) jf. Tabel 2	147,9
Forskel mellem anlægssum og bevilling ved oprindeligt prisniveau	24,2
Forskel mellem anlægssum og bevilling ved sammenligneligt prisniveau	18,1

Anlægssummen, som fremkommer ud fra licitationsresultatet, beløber sig til 172,1 mio. kr., mens anlægsbevillingen er 24,2 mio. kr. lavere.

Anlægsbevillingen er imidlertid baseret på et prisindeks svarende til 2007, mens anlægssummen er baseret på et prisindeks svarende til primo 2008. For at kunne sammenligne anlægsbevillingen med den samlede anlægssum, er det nødvendigt at vurdere beløbene ved det samme prisniveau. Herved reduceres forskellen fra 24,2 mio. kr. til 18,1 mio. kr. Der vil således være behov for at foretage besparelser/ændringer svarende til cirka 18 mio. kr. for at skabe sammenhæng i forhold til bevillingen.

Som anført i Tabel 2 har etableringen af et informationssystem mellem Århus og Herning tidligere indgået i anlægsbevillingen med 2,1 mio. kr. Dette beløb er nu udtaget af anlægssummen, idet den fornødne forbindelse er etableret i forbindelse med et andet projekt. Denne besparelse er der taget højde for i beregningen af differencen på de 18 mio. kr.

Endvidere har det vist sig at være nødvendigt, at der i anlægssummen indeholdes et beløb på 1,1 mio. kr. til ekstraordinære omkostninger i forbindelse med fundering og miljøforurening. I forbindelse med behandlingen i Regionsrådet den 2. maj 2007 var det anført, at udgifter til eventuel ekstrarundering og miljøforurening ikke var indeholdt i de angivne budgetter, men denne ekstra omkostning er således indeholdt i differencen på 18 mio. kr.

For yderligere detaljering af prisindeks m.m. henvises til vedlagte Indstillingsskrivelse/Licitationsresultat fra Styregruppen.

Årsager til overskridelse af anlægsbevillingen

Som grundlag for anlægsbevillingen er der opereret med et kvadratmeteroverslag på cirka 5.500 og en kvadratmeterpris på 20.000 kr. Ved konkretiseringen af byggeprojektet har det været nødvendigt at udvide arealet med cirka 800 m² kælderareal for at kunne rumme alle funktioner i enheden. Der er i den forbindelse udarbejdet en konkret kalkulation. Der blev her arbejdet med priser omsat til m²-priser for kælderen på cirka 12.500 kr. og for de øvrige etager på cirka 19.100 kr. i gennemsnit eksklusive indkøb af udstyr. Udgangspunktet er, at der har været differentiering på de enkelte etager. Omregnet til en gennemsnitspris giver det en m²-pris på 18.936 kr. (ekskl. moms) efter regulering til et prisindeks på 122,3 svarende til medio 2008. Det var på den baggrund vurderingen, at omkostningerne til de ekstra kvadratmeter kunne holdes inden for den oprindelige anlægsbevilling.

Efter licitationen er den samlede anlægssum for det udbudte projekt på 172,1 mio. kr. Fratrullet udstyr på 37,0 mio. kr. og ekstra fundering på 1,1 mio. kr. bliver det sammenlignelige beløb 134,0 mio. kr., hvilket giver en gennemsnitlig m²-pris på 21.798 kr. (ekskl. moms) efter regulering til et prisindeks svarende til medio 2008. Altså en noget højere gennemsnitlig kvadratmeterpris end forventet.

Rådgiveren angiver nedenstående forhold som forklaring på overskridelsen:

- Markedssituationen giver nogle væsentlig højere materialepriser, specielt indenfor beton og metal-området. Oplysningerne fra en elementleverandør tyder på, at stigningen på materialerne er 10 % højere end materialeindekstets stigning. Tilsvarende øvelse er gjort med en producent af kanaler, hvilket har givet en tilsvarende stigning.
- Det må antages, at entreprenørerne garderer sig mod ekstraordinære stigninger i priserne under hensyntagen til, at tilbudet er afgivet i fastpris et år frem. Det er her op til entreprenøren at vurdere størrelsesordenen for stigningerne i denne tidsperiode.
- Kalkulationspriserne har ikke i fornødent omfang taget højde for markedssituationen, selvom de er baseret på kendte byggerier.

Trods overskridelsen er det rådgiverens vurdering, at det vil være mest hensigtsmæssigt at gennemføre byggeriet på det foreliggende tilbudsgrundlag. Baggrunden herfor er, at en fornyet licitation ikke nødvendigvis vil medføre et mindre tilbud for samme projekt, idet forholdene omkring mangel på arbejdskraft og stigende materialepriser ikke vurderes at være ændret siden licitationen.

Herudover er tidsaspektet væsentligt, idet et fornyet udbud vil kræve en ny EU-udbudsbekendtgørelse med tilhørende udbudsproces, og dette vil medføre en forsinkelse af projektets færdiggørelse.

Løsningsmodeller i forhold til den videre fremdrift i projektet

Af hensyn til projektets videre fremdrift og økonomi har Styregruppen opstillet tre modeller til omfang/projektindhold:

Model A: Det udbudte projekt uden ændringer

Model B: Det udbudte projekt med generelle besparelser og eksklusive aptering til Etage 4, sengeafsnittet (kun råhus på etage fire).

Model C: Det udbudte projekt uden strålebeskyttelse vedrørende den tredje accelerator og eksklusive aptering til Etage 4, sengeafsnittet (kun råhus på etage fire).

Til model B og C bemærkes, at hovedfremføring af installationer - ekskl. ventilation - afsluttes inde på etagen. Elevatorer, trapper og nødvendige brandmæssige foranstaltninger er fortsat med i projektet.

De generelle besparelser i Model B omhandler reduktion af omfanget af beplantning (-0,9 mio. kr.), reduktion af nødstrømsanlæg på grund af udskydelse af etage 4 (-0,3 mio. kr.), ændringer i diverse materialevalg m.v. (-0,5 mio. kr.) samt reduktion af posten til uforudsete udgifter (-0,8 mio. kr.) for at skabe overensstemmelse mellem anlægsbevilling og forventet anlægssum. Samlet set er der tale om besparelser på cirka 2,5 mio. kr., hvoraf nødstrømsanlægget til 0,3 mio. kr. skal implementeres efterfølgende i forbindelse med apteringen af etage 4.

Model C har i modsætning til de to andre modeller kun strålebeskyttelse med til de to aktuelle accelerators. Endvidere er de generelle besparelser fra Model B udeholdt på nær reduktionen i posten til de uforudsete udgifter på 0,8 mio. kr.

Af vedlagte anbefalingsskrivelse fremgår det, at Styregruppen peger på model B, hvor den væsentligste besparelse i forhold til licitationsresultatet er, at etage 4 (sengeafsnittet) færdiggøres som råhus, mens apteringen af etagen udskydes. Valget af Model B skyldes primært, at modellen overholder anlægsbudgettet samtidig med, at der i forbindelse med Model B ikke er foretaget besparelser i forhold til de fysiske rammer omkring en eventuel tredje accelerator.

Det vurderes, at det vil være hensigtsmæssigt at se på indretning af sengeafsnittet i sammenhæng med akutplanen og hospitalsplanen, som foreligger i løbet af 2007. I denne forbindelse skal der foretages en revurdering af pladsbehov m.m. på hvert enkelt hospital i regionen.

Når sengeafsnittet på 4. etage ikke etableres i første omgang, vil det have nogle konsekvenser for den resterende del af Regionshospitalet Herning. De indlagte onkologiske/palliative patienter vil således fortsat skulle placeres i hospitalets nuværende sengeafsnit, hvor Onkologisk afdeling på nuværende tidspunkt råder over seks stationære sengepladser placeret i et gynækologisk sengeafsnit samt tre palliative sengepladser. Det gynækologiske sengeafsnit er ikke indrettet til de ofte meget dårlige patienter, og der er jævnlige overbelægning på de ni senge. Fremover forventes et stigende antal patienter til indlæggelse. Etage 4 er planlagt til at rumme atten senge heraf tre palliative.

Økonomi

Implementering af Model B bevirker en besparelse i forhold til det oprindelige projekt på 18,1 mio. kr., hvorefter anlægsbudgettet overholdes. Besparelsen kan primært henføres til den udskudte aptering af etage 4.

Model C giver et overskud i forhold til anlægsbevillingen på 1,1 mio. kr. Besparelserne skyldes primært den udskudte aptering af etage 4 samt den manglende strålebeskyttelse vedrørende den tredje accelerator.

Model B og C medfører ikke nævneværdige bevillingsmæssige besparelser i projektet, men omhandler primært en etapeopdeling af projektet. Der vil således på et senere tidspunkt skulle gives bevilling til indretning af etage 4.

Færdiggørelsen af etage 4 på et senere tidspunkt - løsrevet fra den aktuelle byggeperiode - må forventes at medføre nogle meromkostninger i forhold til, at færdiggørelsen sker som en del af totalentreprisen. Samlet set forventes det, at meromkostningen ved udskydelse af etage 4 beløber sig til cirka 9,5-10 mio. kr.

Meromkostningen er beregnet ud fra en kalkulation af apteringen på baggrund af kalkulationsbøgerne, og ud fra at apteringen vil blive behandlet som et særskilt byggeri, hvilket medfører, at der vil pågå omkostninger til etablering af byggeplads, drift af samme, omkostninger i forbindelse med byggesagsbehandling, licitationsomkostninger, tryk, honorar og uforudsete omkostninger.

Såfremt det indenfor en overskuelig tidshorisont (mens det nuværende byggeri pågår) besluttes at komplementere etagen, kan det med fordel indskrives i kontrakten med entreprenøren som en option, bygherren vil kunne gøre brug af indenfor en nærmere fastsat tidsramme. Hermed vil den nævnte merudgift i princippet kunne reduceres/undgås.

I alle tre modeller er der indeholdt en post til uforudsete udgifter. I Model A udgør denne post 3,7 mio. kr., mens den i Model B og C er reduceret til 2,9 mio. kr.

Tidsplan

Såfremt Regionsrådet på mødet den 22. august 2007 tilslutter sig, at der indgås aftale i henhold til en af ovenstående modeller, vil aftale med den udpegede totalentreprenør kunne finde sted umiddelbart herefter, idet standstill-perioden (obligatorisk pause mellem tildelingsbeslutningen og kontraktens indgåelse) er afviklet.

Det vil samlet betyde en mindre forsinkelse af projektet. Forventet ibrugtagningstidspunkt er oktober 2009.

Region Midtjylland

Bilag 7: Presserende anlægssager uden anlægsbevilling

Tabel 1: Presserende anlægsprojekter uden bevilling på det somatiske område

Nr.	Projekt	Hospital	Skønnet anlægssum i alt (tkr)	Fordeling af anlægssummen på år				Akk. 2008
				2007	2008	2009	Efterfgl. år	
A. Myndighedskrav								
1	Arbejdstilsynspåbud på Hæmatologisk dagafsnit	Holstebro	5.700		5.700			5.700
2	Arbejdstilsynspåbud på intensiv afdeling/Anæstesiologisk afd.	Århus Sygehus	Ca. 30.000		ca. 30.000			35.700
3	Opgradering af medicinrum	Skejby	8.000		4.000	4.000		39.700
4	Opdatering til HPFI-anlæg	Skejby	10.000		5.000	5.000		44.700
B. Kræftområdet								
5	Ekstra strålekapacitet i regionen	(Århus Sygehus)	?		ca. 20.000	?	?	64.700
6	Udviklingsplan for Patologisk Afdeling	Århus Sygehus	6.000		6.000			70.700
C. Øvrige projekter								
7	Omlægning og aflastning af eksisterende hovedtavle	Horsens	1.000	1.000				70.700
8	Asbestsanering	Horsens	2.000	2.000				70.700
9	CT-scanner til Traumecenteret, div. AT-påbud og etablering af ekstra	Århus Sygehus	28.000		17.000	11.000		87.700
10	Udskiftning af defekte fjernvarmerør	Skanderborg	1.500		1.500			89.200
11	Til- og ombygning til indretning af ny flowstue m.m.	Silkeborg	16.000		16.000			105.200
12	Udskiftning af CTS	Randers	3.000		3.000			108.200
13	Renovering af elevatorer	Viborg	7.500		7.500			115.700
14	Udskiftning af bækkenskyllere og opvaskemaskiner	Viborg	1.500		1.500			117.200
15	Udskiftning af elevatorer	Randers	4.000		4.000			121.200
16	Opførelse af osteoporose-pavillon	Århus Sygehus	10-12.500		10-12.500			132.450
17	Sterilcentraler med henblik på akkreditering	Herning/Holstebro	14.000		7.000	7.000		139.450
18	Forbedring af ventilation	Silkeborg	1.500		1.500			140.950
19	Primær Sundhed - anlægsarbejder	Fælles	15.000		5.000	5.000	5.000	145.950
20	Renovering af ventilations	Skejby	30.000		10.000	10.000	10.000	155.950
21	Udskiftning/modernisering af CTS	Skejby	29.000		5.000	6.000	18.000	160.950
22	Renovering af vandforsyning, herunder udskiftning af lofter	Silkeborg	1.000		1.000			161.950
23	Udskiftning af vinduer og udvendige persienner	Viborg	12.000		12.000			173.950
24	Etablering af parkeringsplads	Viborg	5.000		5.000			178.950
25	Modernisering og opgradering af køleanlæg	Skejby	43.000			23.000	20.000	
Presserende anlægsprojekter i alt cirka				3.000	178.950			

Forudsætninger vedr. investeringsbehovet 2008 - 2012 i Region Midtjylland indenfor behandlingspsykiatrien.

I dette notat redegøres der kort for de bagvedliggende forudsætninger for Regions Midtjyllands investeringsbehov på det behandlingspsykiatriske område.

Det bemærkes at Regionsrådet den 14. november 2007 udsender forslag til Psykiatriplan i høring. Psykiatriplanen – herunder den endelige vedtagelse af en plan for placering af stationære, ambulante og mobile tilbud i psykiatrien – forventes endeligt vedtaget på Regionsrådsmødet den 12. marts 2008.

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

Der skal foretages en nærmere udredning af anlægsbehovet på det behandlingspsykiatriske område. Nedenstående er en foreløbig grovskitse over behovet for investeringer indenfor behandlingspsykiatrien 2008 – 12.

Det bemærkes at de konkrete anlægsprojekter ikke er politisk behandlet.

I det følgende gives en række korte bemærkninger til de enkelte investeringsområder.

B: Apparat: 11,0 mio. kr.

B.1. Teknisk apparatur 6,0 mio. kr.

Klinisk Biokemisk Laboratorium er Region Midtjyllands centrale laboratorium for analyser af psykofarmaka og misbrugsanalyser, og det er også et laboratorium der tiltrækker rekvirenter fra andre regioner. Det er påkrævet med en række fornyelser og udvidelser af laboratorieudstyr i de kommende år, hvis den position skal fastholdes og udbygges. Det skønnes, at der i perioden 2008 – 12 er behov for at afsætte et årligt beløb på 1,2 mio. kr.

Det bemærkes, at der i forbindelse med udvikling af nye diagnostiske teknikker er et stigende behov for MR-scanning til neuropsykiatrisk udredning. Behovet forudsættes fortsat dækket af scannere på de somatiske sygehuse.

B.2. Telemedicinsk udstyr 5,0 mio. kr.

I forbindelse med den stigende specialisering kan indførelsen af telemedicinsk udstyr muliggøre at ekspertisen kan holdes samlet på få lokaliteter, idet man herved øger muligheden for kommunikation mellem eksperten og decentrale enheder.

C: Bygningsmæssige investeringer: 540,6 mio. kr.

C. 1 Reinvesteringer 272,0 mio. kr.

Behovet for reinvesteringer i perioden er opdelt på udvendig og indvendig vedligehold samt tekniske installationer.

C.2.a.2. Ambulante funktioner, herunder specialklinikker 50,0 mio. kr.

Det indgår i den nuværende planlægning, at specialklinikkerne, som de bl.a. kendes i Risskov – udbygges til hele Region Midtjylland. Der efterspørges bl.a. specialtilbud til unge med skizofreni (opus), tilbud inden for 'Angst og Tvang', selvmordsforebyggelse

C.2.b.2. Styrkelse af Retspsykiatrien, incl. Ungdomspsykiatriske pladser 38,0 mio. kr.

Der er brug for en styrkelse af den specialiserede retspsykiatriske indsats – både den ambulante og den sengebaserede - i Region Midtjylland. Den endelige tilrettelæggelse af en sådan styrket indsat vil indebære en række sikringsmæssige tiltag, renoveringer samt nybyggeri.

C.2.b.3. Styrkelse af akut beredskab i sammenhæng med somatikken 80,0 mio. kr.

Der pågår en række overvejelser om man indenfor psykiatrien skal samle akutberedskabet på samme måde som indenfor somatikken. Ved i givet fald at samle det psykiatriske akutberedskab de samme steder som somatikken, forventes der at skulle etableres 40 nye senge svarende til ca. 80 mio. kr.

4.a. Indførelse af udvidet ret til udredning og behandling i Børn og Unge Psykiatrien 75,6 mio. kr.

Ud fra de aktuelle ventelister samt erfaringer med tilvæksten vil udvidet behandlingsret indebære skønsmæssigt 1000 ekstra behandlingsforløb. Tilvæksten kan ikke klares indenfor eksisterende bygningskapacitet, men nødvendiggør anlægsinvesteringer. Det skønnes, at der er behov for en udvidelse af bygningskapaciteten med 4.200 m². Med en m² pris på 18.000 kr. vil der blive tale om en anlægsinvestering på 75,6 mio. kr.

4.b. Indførelse af udvidet ret til udredning og behandling i Voksen Psykiatrien 25,0 mio. kr.

Indfasningen af den udvidede udrednings – og behandlingsret indenfor voksenpsykiatrien vil indebære anlægsinvesteringer fra 2009 og perioden ud. Det skønnes, at der skal udbygges godt 1.000 m².

De anførte beløb på enkelte investeringsområder er foreløbige skøn. Såfremt projekterne skal fremmes, skal de indgå i en nærmere planlægning.

