

Region Midtjylland

Indstilling fra direktionen om at administrationens forslag til akutplan for Region Midtjylland sendes i høring

Bilag

**til Regionsrådets
møde den 20. juni 2007**

Punkt nr. 19

Administrationens
forslag til akutplan
Region Midtjylland

Maj 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. Rekruttering og fastholdelse	12
2.4. Effektivitet	12
2.5. Sammenhæng med hospitalsplan, præhospitalsplan og sundhedsplan	13
3. Forudsætninger for akutberedskabet i Region Midtjylland.	15
3.1. Befolkningsgrundlag	16
3.2. Speciallægebemanding i dag og fremadrettet	17
3.3. De bygningsmæssige muligheder	18
3.4. Placering af akutmodtagelser i Region Midtjylland	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	21
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	24
4.2.5. Tilstedeværelse af speciallæger i de fælles akutmodtagelser:	25
4.2.6. Faglig profil i de fælles akutmodtagelser.....	25
4.2.7. Patientgrupper der kan indlægges udenom den fælles akutmodtagelse.....	25
4.3. Modtagelse af akutte medicinske patienter på hospitaler uden fælles akut modtagelse	26
4.3.1. Visitation af akutte intern medicinske patienter	26
4.3.2. Specialrepræsentation på matrikler uden fælles akutmodtagelse.....	27
4.3.3. Faciliteter på matrikler uden fælles akutmodtagelse	27
4.3.4. Vagtfunktion på matrikler uden fælles akutmodtagelse.....	27
4.4. Etablering af akutklinikker	28
4.5. Skadevisitation	30
4.6. Den præhospitale indsats i Region Midtjylland	32
4.6.1. Vilkår for den fremtidige præhospitale struktur.....	32
4.6.2. Ambulanceberedskab	33
4.6.3. Lægebil ved traumecenter i Århus	33
4.6.4. Akutbil-ordning	33
4.6.5. Reddere med særlige kompetencer i Lemvig og Skive/Salling.....	34
4.6.6. Helikopter-beredskab	35
4.6.7. Præhospital indsats på regionens øer	35
4.6.8. Sundhedsberedskabs- og præhospital plan	35
5. Hospitalerne og det akutte beredskab i Region Midtjylland	36
5.1. Det Nye Universitetshospital i Århus	36
5.2. Hospitalsenheden Horsens (Horsens, Brædstrup og Odder)	37
5.2.1. Profil i dag.	37
5.2.2. Profil fremover.	38
5.2.3. Bygningsmæssige forhold	38
5.2.4. Den præhospitale indsats	39
5.3. Hospitalsenhed Randers (Randers og Grenaa).....	39
5.3.1. Profil i dag.	39
5.3.2. Profil fremover.	39
5.3.3. Bygningsmassen.	40
5.3.4. Den præhospitale indsats.	40
5.4. Hospitalsenheden Viborg (Viborg, Skive og Kjellerup)	41
5.4.1. Profil i dag	41

5.4.2. Profil fremover	41
5.4.3. Bygningsmæssige forhold	42
5.4.4. Den præhospitale indsats	42
5.5. Hospitalsenheden Silkeborg (Silkeborg, Hammel Neurocenter, Skanderborg Sundhedscenter)	43
5.5.1. Profil i dag	43
5.5.2. Profil fremover	43
5.5.3. Bygningsmæssige forhold	45
5.5.4. Præhospital indsats.....	45
5.6. Hospitalsenheden Vest (Herning, Holstebro, Ringkøbing, Lemvig og Tarm)	46
5.6.1. Profil i dag	46
5.6.2. Profil fremover	46
5.6.3. Bygningsmæssige forhold	47
5.6.4. Præhospital indsats.....	48
6. Baggrundsmateriale og supplerende materiale.....	50

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 inden udgangen af 2007.

Dette oplæg til akutplan for Region Midtjylland er udarbejdet med baggrund i:

- Sundhedsstyrelsens anbefalinger i rapporten af 21. december 2006 "Gennemgang af akutberedskabet" (hørings-forslaget)
- 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 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.

Forslaget baserer sig på en forudsætning om, at Sundhedsstyrelsens endelige anbefalinger ikke afviger markant fra høringforslaget af 21. december 2006.

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

Nærværende forslag til akutplan 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 "Gennemgang af akutberedskabet" 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 bemane 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.

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 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 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.

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).

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 inden udgangen af 2007 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 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 præhospitalt område
- Kort over eksisterende og fremtidige supplerende præhospitalt ordninger (excl. øerne)
- Beskrivelse af 'hvem kan hvad' på det præhospitalt 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

Administrationens oplæg baserer sig dels på Sundhedsstyrelsens anbefalinger om det akutte beredskab, dels på det arbejde der har været igangsat i regi af ekspertarbejdsgrupper i Region Midtjylland.

Administrationens oplæg til akutplan indeholder 3 væsentlige opmærksomhedspunkter. For det første at de medicinske modtagelser på Regionshospitalet Skive og Regionshospitalet Ringkøbing lukkes. For det andet at Regionshospitalet Silkeborg og Regionshospitalet Holstebro fremadrettet ikke skal have fælles akutmodtagelse men modtagelse af visiterede akutte intern medicinske patienter. For det tredje at Regionshospitalet Horsens står overfor særlige udfordringer i forhold til befolkningsgrundlag og Region Syddanmarks placering af fælles akutmodtagelser.

Forslaget indebærer følgende:

- Den sygeplejerskebetjente skadevisitation videreudvikles og udbredes
- Der etableres fælles visitation udenfor normal dagarbejdstid ved en integration af den sygeplejerskebetjente skadevisitation og lægevagtsvisitationen
- Der er visiterede deldøgns-akutklinikker i Ringkøbing, Grenå og Skive
- Akutklinikkers åbningstider afpasses som hovedprincip behov og volumen.
- 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)
- Akutklinik i Ringkøbing bibeholdes med nuværende åbningstid (mandag-fredag 8-16). En udvidet åbningstid beror på lægevagtens behov for fast konsultationssted.
- Akutklinik i Grenå bibeholdes med ændret åbningstid (mandag-fredag 8-16) En udvidet åbningstid beror på lægevagtens behov for fast konsultationssted.
- Akutklinik i Skive med nuværende åbningstid (alle dage 8-23). Basisbemanning i normal dagarbejdstid: Behandlersygeplejersker og hospitalsansat læge; udenfor normal dagarbejdstid: Behandlersygeplejersker og almen mediciner (lægevagten). Når de øvrige stationære og akutte aktiviteter er integreret i Viborg ændres åbningstid til hverdage 16-23 og weekenden 8-23. Behandlerteamet vil være behandlersygeplejersker og almen mediciner (lægevagten).
- Skadeklinikken i Odder lukkes

- Der etableres døgnåbne akutklinikker på de to hospitaler, 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.
 - Døgnåben visiteret akutklinik i Silkeborg
 - Døgnåben visiteret akutklinik i Holstebro

- Den præhospitale indsats baserer sig på:
 - Ambulanceberedskab
 - Lægebil ved traumecentret
 - Akutbil-ordning bemannet med sundhedsfagligt personale i Ringkøbing, Grenå, Silkeborg, Holstebro, Horsens, Randers, Viborg, Herning
 - Reddere med særlige kompetencer f.eks. niveau 2 reddere eller paramedicinere i Lemvig og Skive/Salling
 - Helikopterberedskab som supplement til den landbaserede præhospitale indsats

- 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
 - Regionshospitalet Herning

- 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 Holstebro
 - 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.

- 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.

2.3. Rekruttering og fastholdelse

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. Det samme kan gøre sig gældende for opgaveglidning mellem sygeplejersker og i den præhospitale indsats eksempelvis reddere.

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.

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 sundhedsydelse 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 inden udgangen af 2007 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 forholder sig ikke til antallet af fødesteder i Region Midtjylland. Dels er det gynækologiske/obstetriske speciale under udredning i regi af Sundhedsstyrelsen, dels er området ved at blive udredt i Region Midtjylland med henblik på at kunne indgå i en samlet hospitalsplan.

Sundhedsberedskabs- og præhospitalplan

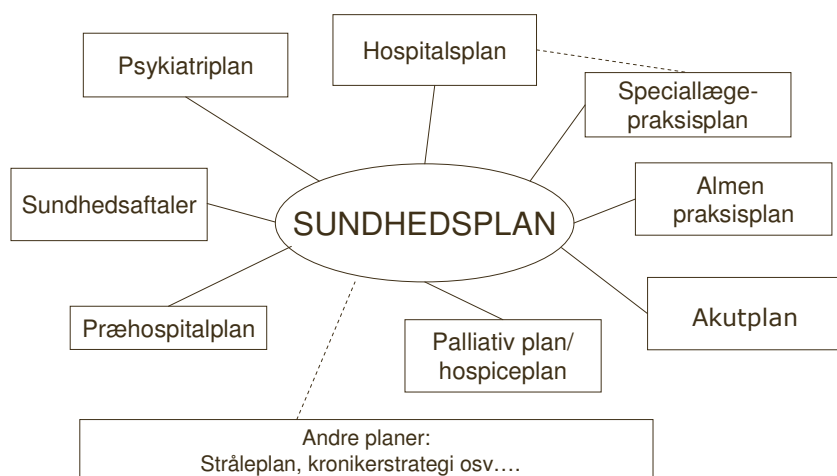
Den videre planlægning af regionens præhospital indsats beskrives og fastlægges i den samlede sundhedsberedskabs- og præhospitalplan for Region Midtjylland, som skal vedtages af Regionsrådet i 2007. Planen skal mere detaljeret fastlægge målsætninger, samarbejder og indsatser, herunder de eksisterende 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 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 bemanning, 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.

Under hensyntagen til Sundhedsstyrelsens anbefalinger kan der ikke etableres fælles akutmodtagelse 6 eller 7 steder i regionen. Dels kan 6 eller 7 fælles akutmodtagelser ikke honorere Sundhedsstyrelsens anbefaling om befolkningsgrundlag, dels er det ikke muligt med udgangspunkt i det nuværende antal speciallæger samt prognoser herfor, at bemande mere end 5 fælles akutmodtagelser.

Rent kapacitetsmæssigt vil det tilsvarende være problematisk med 3 eller 4 fælles akutmodtagelser. Dels vil det fordre omfattende byggeri – formentlig et eller flere helt nye hospitaler – dels vil det betyde en meget stor stigning i befolkningsunderlaget for Det Nye Universitetshospital i Århus.

På denne baggrund indeholder forslaget 5 fælles akutmodtagelser i Region Midtjylland, placeret i Århus, Randers, Viborg, Herning og Horsens.

Placeringen af de fælles akutmodtagelser

Placeringen af akutmodtagelserne er baseret på en helhedsvurdering og en afvejning af 3 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 speciallægebemanning
- De bygningsmæssige muligheder for at rumme en fælles akutmodtagelse

En fælles akutmodtagelse skal således som minimum opfylde Sundhedsstyrelsens anbefaling om et befolkningsgrundlag på 200.000; akutmodtagelsen skal kunne rekruttere og bemande speciallægestillingerne og der skal være bygningsmæssige muligheder for at rumme en fælles akutmodtagelse.

3.1. Befolkningsgrundlag

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

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

Region Midtjylland modtager i dag akutte patienter 10 steder i regionen. Der kan opstilles en lang række forskellige kombinationer af den geografiske placering af akutmodtagelser i regionen (se Notat om akutberedskab og befolkningsunderlag, maj 2007).

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.

Nedenfor angives oversigt over geografiske scenarier alene baseret på befolkningsgrundlag. Det fremgår af tabellen, at hverken model A, C, E, F, G eller H kan mønstre tilstrækkelige befolkningsgrundlag for alle matrikler med fælles akutmodtagelse.

Det fremgår af tabellen, at befolkningsgrundlaget for Århus Universitetshospital bliver for stort med risiko for stordriftsulemper, hvis Horsens eller Randers udelades og med risiko for at Universitetshospitalet ikke kan fastholde og udvikle de universitære funktioner.

Det fremgår ligeledes af tabellen, at det ikke er muligt med Regionhospitalet Silkeborgs geografiske placering, at fremlægge et scenarium med 5 akutmodtagelser, hvor Regionhospitalet Silkeborg har et befolkningsunderlag over 200.000 borgere samtidig med at de resterende 4 matrikler har et befolkningsunderlag mellem 200.000 og 400.000 borgere. Dette gælder på kort sigt, og ud fra et 15 års perspektiv – beregnet ud fra Danmarks Statistiks forventede befolkningsudvikling.

Model B og D har tilstrækkelige befolkningsunderlag for de fælles akutmodtagelser. I scenarie B er den fælles akutmodtagelse i den vestlige del af regionen placeret på Regionhospitalet Herning, i scenarie D er den fælles akutmodtagelse i den vestlige del af regionen placeret på Regionhospitalet Holstebro. Hensynet til rekrutteringsmuligheder nu og de forventede rekrutteringsmuligheder fremover er baggrunden for, hvorfor den fælles akutmodtagelse i den vestlige del af regionen foreslås placeret på Regionhospitalet Herning – jf. nedenfor.

Region Syddanmarks placering af fælles akutmodtagelse har afgørende betydning for befolkningsgrundlaget for Regionhospitalet Horsens. Region Syddanmark vil først ultimo 2007 tage stilling til organisering og placering af deres akutmodtagelser. Nedenstående beregningsmodel tager udgangspunkt i, at Region Syddanmark ikke placerer fælles akutmodtagelse i Vejle.

Tabel 1. Skøn for befolkningsgrundlag. Scenarier ud fra 5 akutmodtagelser i Region Midtjylland (2007-tal i 1.000 indbyggere).

5 akutmodtagelser	A	B	C	D	E	F	G	H
Herning	235	299	186	0	172	0	0	350
Holstebro	197	0	151	247	150	232	276	0
Horsens	183	183	0	203	182	0	162	158
Randers	310	232	232	232	0	228	251	251
Silkeborg	0	0	0	0	0	239	239	189
Viborg	0	228	214	241	259	152	0	0
Århus	374	366	465	366	524	389	346	346
Sum	1.299	1.308	1.248	1.289	1.287	1.240	1.274	1.294
+/- andre regionsborgere	71	80	20	61	58	11	45	66

Kilde: Notat om akutberedskab og befolkningsgrundlag, maj 2007

3.2. Speciallægebemanding i dag og fremadrettet

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

Allerede i dag har regionens hospitaler problemer med at sikre en tilstrækkelig bemanning 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 bemanning på alle nuværende akutenheder. En samling af speciallægestabe på nabohospitaler ville oftest gøre det muligt at sikre bemanning 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 bemanning 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 bemanning formentlig mindst 10-14 speciallæger afhængigt af speciale.

Placeringen af de fælles akutmodtagelser i Region Midtjylland skal tage 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.

Udfordringer i forhold til rekruttering af speciallæger gør sig gældende flere steder i regionen. Regionshospitalet Horsens har en række særlige udfordringer på dette felt.

Udfordringerne i forbindelse med rekruttering af speciallæger har dog været særligt udtalt i den vestlige del af regionen. Regionshospitalet Holstebro har i en årrække haft rekrutterings-

mæssige problemer og har i dag langt sværere ved at rekruttere personale end Regionshospitalet Herning. Det er administrationens vurdering, at en fælles akutmodtagelse i Herning nemmere vil kunne rekruttere og fastholde det fornødne antal speciallæger. Den fælles akutmodtagelse i den vestlige del af regionen foreslås derfor placeret på Regionshospitalet Herning.

3.3. De bygningsmæssige muligheder

En udvidelse af de fælles akutmodtagelsers befolkningsgrundlag samt en samling af de akutte modtage-funktioner på den enkelte matrikel stiller krav til mulighederne for 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.

Man skal således et stykke ud i fremtiden, før det vil være muligt, via nybyggeri i tilknytning til hospitalerne, at skære antallet af akutmodtagelser ned til fem. De nuværende hospitaler har ikke på nuværende tidspunkt mulighed for at integrere de ekstra sengepladser, og det vil tage en 3-5 år, før eventuelle nybyggerier er klar til at blive taget i brug.

Kapacitetsudvidelserne på de fem hospitaler med akutmodtagelse kan ske ved nybyggeri i tilknytning til de eksisterende bygninger (her ses bort fra Det Nye Universitetshospital i Århus).

De foreslåede ændringer indebærer på de fire hospitaler i Horsens, Randers, Viborg og Herning bygningsmæssige ændringer på i alt 1,1 – 1,3 mia. kr. Der er her alene tale om bygningsmæssige ændringer i forbindelse med etablering af de fælles akutmodtagelser (se også afsnit 5).

3.4. Placering af akutmodtagelser i Region Midtjylland

Der vil være akutte funktioner på alle de resterende 7 hospitalsmatrikler. 5 hospitaler vil have fælles akutmodtagelse, mens 2 hospitaler alene vil have modtagelse af visiterede akutte intern medicinske patienter.

Der etableres i Region Midtjylland 5 fælles akutmodtagelser, og modtagelse af uselekterede patienter vil ske via de fælles akutmodtagelser placeret på Regionshospitalet Horsens, Regionshospitalet Randers, Regionshospitalet Viborg, Regionshospitalet Herning og på det Nye Universitetshospital i Århus (traumecenter).

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.

Regionshospitalet Holstebro vil fortsat have medicinsk modtagelse af visiterede akutte intern medicinske patienter. Det skyldes primært det hensyn, at hospitalet er placeret i et tyndbefolket område med lange afstande. Den akutte kirurgiske aktivitet (kirurgi og ortopædkirurgi) konverteres til elektiv aktivitet, når Regionshospitalet Herning er dimensioneret til at overtage de akutte kirurgiske funktioner fra Holstebro.

3.5. Akutplanen og Sundhedsstyrelsens anbefalinger

Akutplanen for Region Midtjylland lever overordnet set op Sundhedsstyrelsens anbefalinger til organisering af fælles akutmodtagelser, til bemanning, til visitation, til diagnostiske faciliteter, til befolkningsunderlag og til præhospital indsats.

Der er dog tre opmærksomhedsfelter i forhold Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

For det første opretholdes medicinsk modtagelse af visiterede akutte patienter på 2 matrikler 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.

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 50.000 indbyggere. Regionshospitalet Horsens har en vigtig opgave med at aflaste de nuværende hospitaler i Århus (og på sigt Det Nye Universitetshospital i Århus). Det er således en afvejning mellem på den ene side hensynet til at dække den sydøstlige del af Region Midtjylland og dermed også aflaste hospitalerne i Århus og på den anden side hensynet til Sundhedsstyrelsens krav til befolkningsgrundlag.

For det tredje lægger akutplanen op til, at der - i hvert fald i en længere overgangsperiode - ikke kan mønstres ortopædiske kirurger i tilstedeværelsesvagt på de fælles akutmodtagelser. Som påpeget i Regionsrådets høringssvar til Sundhedsstyrelsen vil et krav om tilstedeværelsesvagt af ortopædiske kirurger få konsekvenser for de opgaver, som skal løses i dagtid. Særligt inden for det ortopædkirurgiske område kan det medføre øgede ventetider og en stærkt nedsat produktivitet på hospitalerne.

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 bemandedet 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 præhospitale 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.

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 Regionshospitalet Herning. 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. Specialerepræsentation 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 specialerepræsentationen 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 specialerepræsentation på matrikler med fælles akutmodtagelse.

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

4.2.4. Faciliteter ved de fælles akutmodtagelser

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

- Konventionelle røntgenundersøgelser
- CT-scanning
- Ultralydsundersøgelser, herunder ekkokardiografi
- Akutte operationsfaciliteter
- Laboratorieanalyser – klinisk biokemi
- Telemedicinske faciliteter (f.eks. til brug ved trombolysse-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.

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 hospitaler uden fælles akut modtagelse

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 uhensigtsmæssige akutte medicinske indlæggelser, herunder udvikling af den ambulante medicin. Visiterede akutte intern medicinske indlæggelser i Silkeborg kan ske efter aftale med Hospitalsvisitationen i Horsens.

Der vil fortsat kunne ske indlæggelse af visiterede akutte intern medicinske patienter på Regionshospitalet Holstebro primært af hensyn til de geografiske afstande i den nordvestlige del af regionen. Visiterede akutte medicinske indlæggelser i Holstebro kan ske efter aftale med Hospitalsvisitation i Herning.

I Holstebro og 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 akutmodtagelserne i Holstebro og Silkeborg etableres et akut tilbud, som kan 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 de to afdelinger.

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 hospitalets enheder 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.

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

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

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

4.3.2. Specialrepræsentation på matrikler uden fælles akutmodtagelse

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 på matrikler uden fælles akutmodtagelse

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 etableres ikke intensiv afdeling i Silkeborg og Holstebro, men der vil være opvågningsafdeling i forbindelse med elektiv kirurgi, hvortil der vil være knyttet anæstesiologisk speciallæge, når der er patienter på opvågningsafsnittet.

4.3.4. Vagtfunktion på matrikler uden fælles akutmodtagelse

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.

Både i Silkeborg og i Holstebro 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 skal desuden være en speciallæge i anæstesi i vagt udenfor tjenestestedet.

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

Det bør overvejes om denne funktion, som varetages internt på hospitalet, kan samordnes med den præhospitale indsats i nærområdet.

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, Regionshospitalet Silkeborg og Regionshospitalet Holstebro.

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 basisbemanning 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.

For de akutklinikker, der er åbne om aftenen gælder, at de har et behandlerteam bestående 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 de akutklinikker, der har åbent om natten, gælder at de er bemanded 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. Der er erfaringer fra skadeklinikken i Skive, som med fordel kan inddrages.

Det bemærkes, at en sådan model forudsætter, at der indledes dialog og kan opnås enighed med lægevagten herom.

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.

På matrikler, hvor lægevagten har fast konsultationssted, har akutklinikken åbent efter kl. 16 (Silkeborg, Holstebro og Skive). I Skive vil akutklinikken på sigt, når den øvrige hospitalsaktivitet herfra er integreret i Regionshospitalet Viborg, ikke have åbent i dag- og nattetid, men derimod være åben i tiden 16-23 og i weekenden 8-23, hvor lægevagten har fast konsultationssted i Skive.

På matrikler, hvor lægevagten ikke har fast konsultationssted, afhænger en eventuel åbningstid i akutklinikken i aften-nat og weekender af lægevagtens behov for fast konsultationssted.

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 og akutklinikken på Regionshospitalet Holstebro 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 aften og nattetimerne samt den øvrige begrænsede aktivitet på matriklen i Grenaa reduceres åbningstiden til 8-16 på hverdage (mandag-fredag). En eventuel udvidelse af åbningstiden afhænger af lægevagtens behov for fast konsultationssted.

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 fortsætter uændret, så længe der er stationær hospitalsaktivitet i Skive. Når den stationære aktivitet er lukket i forbindelse med fuld integration af funktionerne i Viborg, vil der således ikke være læger ansat på matriklen. I forlængelse af flytningen af den stationære aktivitet ændres åbningstiden derfor til 16-23 hverdage (mandag-fredag) og weekenden 8-23 med bemanning af behandlersygeplejersker og lægevagt.

Akutklinik på Regionshospitalet Ringkøbing

Der er i dag skadefunktion på Regionshospitalet Ringkøbing med åbningstid 8-16 på hverdage. Skadefunktionen omdannes til akutklinik med uændret åbningstid 8-16 på hverdage (mandag-fredag). En eventuel udvidelse af åbningstiden afhænger af lægevagten's behov for fast konsultationssted.

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.

Akutklinik på Regionshospitalet Holstebro

Der etableres akutklinik på Regionshospitalet Holstebro. Akutklinikken er døgnåben alle dage. Basisbemandingen er som ved de øvrige akutklinikker suppleret med lægelig back-up fra hospitalsansatte læger.

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).

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.

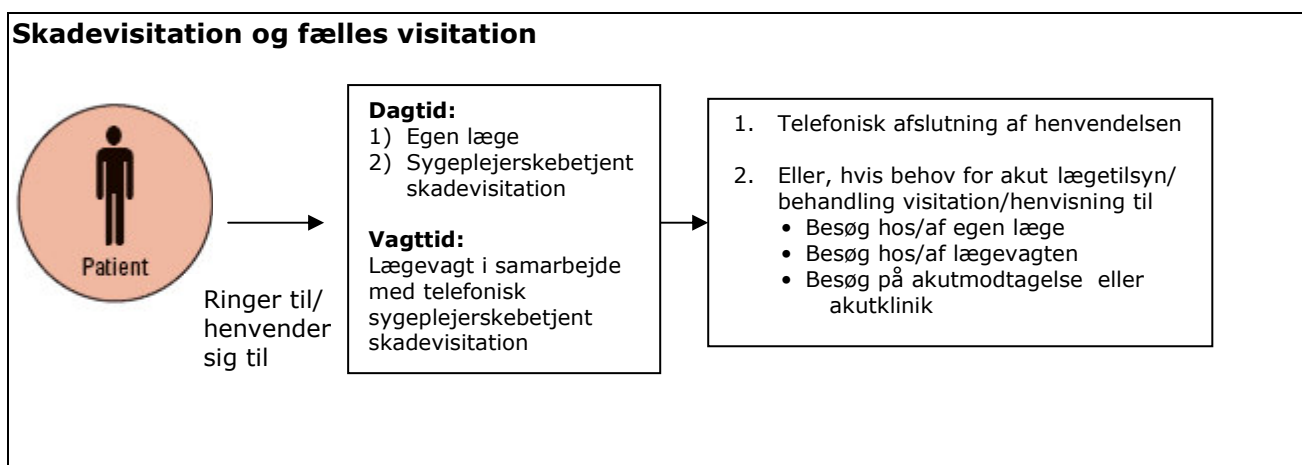
Høj grad af sundhedsfaglig indsigt

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, videreføres og udbredes den eksisterende sygeplejerskebetjente skadestuevisitation i Århus under navnet "skadevisitation".



Indenfor almindelig dagarbejdstid opfordres patienter til – som hovedregel – at kontakte egen læge ved mindre skader. I det omfang at patienter ikke kan få kontakt med egen læge har de mulighed for at kontakte skadevisitationen.

Udenfor normal dagarbejdstid overgår den sygeplejerskebetjente skadevisitation til fælles visitation bemandet af lægevagten og visitationssygeplejersker. Der vil således kun være ét fælles telefonnummer til lægevagten/skadevisitationen.

Lægevagten og visitationssygeplejerskerne har fælles lokaler og telefonopkaldene besvares af lægevagten eller visitationssygeplejerskerne. Der vil kunne viderestilles fra lægevagt til visitationssygeplejersker eller omvendt, hvis opkaldet ikke kan besvares eksempelvis af visitationssygeplejersken.

Præcise visitationsretningslinier, flowdiagrammer og instruks udarbejdes i et samarbejde mellem skadevisitationen og lægevagten. Visitationssygeplejersker rådgiver og visiterer under lægelig instruks.

Fælles visitationsenhed til lægevagt og akutmodtagelse/akutklinik har en række fordele:

- Patienten skal ikke målrette sin henvendelse til sundhedsvæsenet i vagttid i forhold til om der er tale om skader eller akut sygdom.
- Visitationssygeplejerskerne kan aflaste lægevagten i forhold til telefonopkald.
- Visitationssygeplejerskerne kan aflaste lægevagten i forhold til indtastning af basisoplysninger i journalnotater, som f.eks. oplysning om temperatur, tidspunkt for sygdomsindtrædelse, appetit mv.
- Visitationssygeplejerskerne kan under instruks og efter visitationsretningslinier booke patienten til besøg i akutmodtagelse, akutklinik, lægevagtskonsultation eller besøg af kørende lægevagt.
- Visitationssygeplejerskerne kan afslutte henvendelser med rådgivning om egenomsorg eller eventuel henvendelse til egen læge efterfølgende dag.
- Lægevagten kan umiddelbart bistå sygeplejerskerne i visitationshenvendelser, der giver anledning til tvivl og dermed medvirke til en fortsat kompetenceudvikling hos behandlersygeplejerskerne.
- Modellen fremmer samarbejdet mellem primær og sekundær sektor ligesom intentionerne for det akutte beredskab om at fremme målene om høj faglig kvalitet, sammenhængende patientforløb og optimal udnyttelse af ressourcerne² styrkes.

4.6. Den præhospitale indsats i Region Midtjylland

Ambulanceberedskabet udgør grundstammen i den præhospitale indsats og suppleres af forskellige præhospitale ordninger. De eksisterende supplerende præhospitale ordninger i regionen er baseret på de ordninger, som var gældende i de tidligere amter. Ordningerne baserer sig primært på speciallæger i anæstesiologi og anæstesisygeplejersker – med særlig uddannelse på det præhospitale område. Dog er der i det tidligere Vejle Amt en ordning, hvor den supplerende præhospitale indsats ydes via praktiserende læger, som rykker ud i bil fra egen praksis (såkaldte udrykningslæger). Og endvidere er der i det tidligere Viborg Amt en supplerende ordning med et medicinsk udrykningshold, som rykker ud fra Regionshospitalet Viborg 35-40 gange årligt.

4.6.1. Vilkår for den fremtidige præhospitale struktur

Som beskrevet i afsnit 3.2. udgør bemandsituationen i Region Midtjylland nu såvel som fremover en væsentlig udfordring for de supplerende præhospitale ordninger, der anvendes på det akutte område. Den præhospitale struktur skal derfor sikre en høj kvalitet i den præhospitale indsats samtidig med, at de personalemæssige ressourcer udnyttes så effektivt som muligt.

² Disse forventninger til det akutte beredskab fremgår af Sundhedsstyrelsens rapport "Gennemgang af akutberedskabet" (eksempelvis s. 16).

For at sikre en effektiv udnyttelse af de faglige kompetencer organiseres de supplerende præhospitale indsatsordninger i de fælles akutmodtagelser og under hensyn til en driftsoptimal afvikling af regionshospitalets øvrige aktivitet. De læger og sygeplejersker, som bemander den præhospitale ordning, anvendes dermed effektivt set i sammenhæng med det øvrige akutte sundhedsvæsen.

En harmonisering af de eksisterende supplerende præhospitale ordninger skal sikre en sammenhængende præhospital indsats af høj kvalitet til borgerne på tværs af hele regionen. Der skal være dækning af ambulanceberedskab og supplerende præhospital indsats i hele regionen.

Region Midtjylland dækker et område med stor variation i befolkningstæthed og infrastruktur. Det giver en særlig udfordring ved tilrettelæggelsen af den supplerende præhospitale indsats: På den ene side forventes et beredskab, der dækker den samlede region. På den anden side må udrykningsordningerne ikke have en så begrænset aktivitet, at medarbejderne ikke kan vedligeholde deres livreddende kompetencer.

I det efterfølgende beskrives den struktur og de ordninger, indsatsen baseres på. Det skal bemærkes at de præhospitale ordninger, herunder lægebil og akutbiler supplerer hinanden såvel funktionelt som geografisk i den præhospitale indsats.

4.6.2. Ambulanceberedskab

Ambulanceberedskabet skal fortsat udgøre grundstammen i regionens præhospitale indsats. Ambulancerne bemannes med ambulancebehandler og ambulanceassistent, som yder den første basale præhospitale indsats.

Ambulancetransporter af akutte tilskadekomster eller alvorligt syge patienter køres til nærmeste fælles akutmodtagelse. Dvs. at der fremover vil være modtagelse af patienter, som indbringes akut med ambulance, på Regionshospitalet i Herning, Horsens, Randers og Viborg samt på Det Nye Universitetshospital, Århus. Der vil således ikke fremover være 1-1-2-ambulancekørsler til de øvrige regionshospitalet i Region Midtjylland.

4.6.3. Lægebil ved traumecenter i Århus

I Århus suppleres ambulanceberedskabet – som i dag – med en lægebil, der bemannes med ambulancelæge og lægeassistent. Lægebilen skal fortsat være døgndækkende og skal organisatorisk fortsat være tilknyttet Århus Universitetshospital, Århus Sygehus indtil Det Nye Universitetshospital er etableret. Den videre planlægning af lægebilens 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.

4.6.4. Akutbil-ordning

Fra de fælles akutmodtagelser på Regionshospitalet i Herning, Horsens, Randers og Viborg udgår en døgndækkende akutbil. Akutbilen bemannes med sundhedsfagligt personale, dvs. speciallæge i anæstesiologi (ambulancelæge) eller en udrykningssygeplejerske. Ambulancelæge og udrykningssygeplejerske er særligt uddannet i præhospital indsats. Ambulancelægen eller udrykningssygeplejersken assisteres af en ambulancebehandler, der fungerer som chauffør og assistent.

Akutbilen kan rykke ud til akut sygdom og ulykkestilfælde, når der er behov for at supplere den øvrige præhospitale indsats. Den præhospitalt ansvarlige læge i den fælles akutmodtagelse er ansvarlig for at bemane akutbilen med ambulancelæge eller udrykningssygeplejerske efter fastlagte regionale retningslinier for visitation og disponering.

Der placeres en døgndækkende akutbil på Regionshospitalet i Holstebro og på Djursland, samt en dagtidsdækkende akutbil på Regionshospitalet i Silkeborg. Akutbilen bemannes primært med udrykningssygeplejerske og sekundært med ambulancelæge – samt en assisterende ambulancebehandler. Akutbilerne tilknyttes fagligt en fælles akutmodtagelse og disponeres/prioriteres af den præhospitalt ansvarlige læge på den fælles akutmodtagelse.

Det betyder, at akutbilen, som udgår fra Regionshospitalet Holstebro, fagligt tilknyttes den fælles akutmodtagelse i Herning. Akutbilen som udgår fra Regionshospitalet Silkeborg fagligt tilknyttes den fælles akutmodtagelse i Horsens, og akutbilen på Djursland tilknyttes Regionshospitalet Randers.

Fra akutklinikken i Ringkøbing udgår en døgndækkende akutbil med udrykningssygeplejerske. Akutbilen tilknyttes fagligt den fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Herning. Der ydes lægelig "back-up" til sygeplejersken fra ambulancelægen i den fælles akutmodtagelse i Herning, ligesom der kan køres "rendez-vous" ved behov for lægelig tilstedeværelse.

Personalet, som bemander akutbilerne, integreres som udgangspunkt i hospitalets fælles akutmodtagelse, således at der sikres en effektiv udnyttelse af de personalemæssige ressourcer. Den ambulancelæge eller udrykningssygeplejerske, som er i præhospital vagt, indgår samtidig i bemanningen af den fælles akutmodtagelse og/eller hospitalets øvrige aktiviteter.

De akutbiler som ikke rykker ud fra en fælles akutmodtagelse – men fra Silkeborg, Holstebro, Ringkøbing og på Djursland – bemannes og disponeres/prioriteres fra den fælles akutmodtagelse, hvortil akutbilen og personalet er fagligt tilknyttet. Det præhospitale personale, som er i vagt, indgår i bemanningen af hospitalets eller akutklinikens øvrige aktiviteter.

4.6.5. Reddere med særlige kompetencer i Lemvig og Skive/Salling

I særligt tyndt befolkede områder giver de lange afstande en særlig udfordring for den præhospitale indsats. I forhold til den skitserede præhospitale struktur kan der peges på 2 områder hvor denne problemstilling er gældende: Området omkring Lemvig samt Skive/Salling.

I disse områder har patienten typisk langt til nærmeste fælles akutmodtagelse, og nærmeste akutbil-ordning kan være disponeret til en opgave langt væk, idet den skal dække et stort geografisk område. Samtidig er flere af disse områder karakteriseret ved, at ambulanceberedskabet har en relativ høj responstid.

Den samlede akutte aktivitet i disse områder er begrænset. Der forventes således 1-2 supplerende præhospitale udrykninger i døgnet i områderne omkring Lemvig og Skive/Salling (se Oversigt over forventet aktivitet på det præhospitale område). På den baggrund etableres en forsøgsordning, hvor den supplerende præhospitale indsats i disse områder baseres på det eksisterende ambulanceberedskab, som allerede er i området. Det eksisterende ambulanceberedskab suppleres med "reddere med særlige kompetencer", fx niveau 2-reddere med efteruddannelse eller paramedicinere, som rykker ud – med assistance fra en ambulancebehandler - i en akutbil eller en ambulance (se Oversigt over forventet aktivitet på det præhospitale område). Det bemærkes, at området omkring Lemvig i dag er dækket af en anæstesisygeplejerske, der rykker ud fra Regionshospitalet Lemvig. Som følge af den interne sengeflytning i Hospitalsenheden Vest vil der ikke fremadrettet være anæstesisygeplejerske ved Regionshospitalet Lemvig. På samme vis bemærkes det, at der ikke foreslås akutbilordning i området Tarm. Det skyldes primært, at den forventede aktivitet vil være særdeles begrænset med 0-1 supplerende præhospital udrykning i døgnet (Se Oversigt over forventet aktivitet på det præhospitale område).

Ambulanceberedskabet i området omkring Lemvig samt i Skive/Salling suppleres således på forsøgsbasis med en døgndækkende akutbil med en "redder med særlig kompetence".

Akutbilen i Lemvig-området tilknyttes den fælles akutmodtagelse i Herning, mens akutbilen i Skive/Salling tilknyttes den fælles akutmodtagelse i Viborg.

De redder-bemandede akutbiler har mulighed for lægefaglig back-up fra en ambulancelæge fra en fælles akutmodtagelse. Ved behov for tilstedeværelse af en læge kontaktes den fælles akutmodtagelse, og der kan evt. køres "rendez-vous" med en ambulancelæge.

Redderne er typisk tilknyttet ambulanceberedskabet (Falck). For at sikre kompetenceudvikling, erfaring og rutine tilknyttes redderne med særlige kompetencer en af regionens fælles akutmodtagelser. Der etableres derfor en forsøgsordning, hvor de reddere, som bemander akutbilerne i disse områder, tilknyttes den fælles akutmodtagelse.

Som supplerende materiale er der udarbejdet: Kort over regionens eksisterende og fremtidige supplerende præhospitale ordninger samt Notat med beskrivelse af 'hvem kan hvad' på det præhospitale område (se www.rm.dk).

4.6.6. 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 den samlede præhospitale organisation er etableret og udviklingen omkring et helikopterberedskab er fastlagt. Helikopteren placeres ved traumecentret i Århus. 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.

4.6.7. 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 Søværnets Operative 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.

4.6.8. Sundhedsberedskabs- og præhospital plan

Den videre planlægning af regionens præhospitale 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 præhospitale ordninger, f.eks. Karup Udrykningsbil, udrykningslæger i Hedensted, Gedved, Mols/Helgenæs og på Fur.

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, Herning 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

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.

Lægebilsordningen i Århus by er i dag tilknyttet Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Lægebilen er døgndækkende og bemandedes af en ambulancelæge og en lægeassistent, der fungerer som chauffør og assisterer lægen i den præhospitale indsats.

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

Regionshospitalet Samsø

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

Der planlægges ikke ændringer i det akutte beredskab på Samsø.

5.2. Hospitalsenheden Horsens (Horsens, Brædstrup og Odder)

5.2.1. Profil i dag.

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

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

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

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

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

5.2.2. Profil fremover.

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

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

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

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

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

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

5.2.3. Bygningsmæssige forhold

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

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

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

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

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

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

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

5.2.4. Den præhospitale indsats

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

Med etableringen af en udvidet fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Horsens, skal der fremover udgå en døgndækkende akutbil herfra. Akutbilen er en bil, som bemannes med 2 personer: ambulancelæge eller udrykningssygeplejerske samt en ambulancebehandler der fungerer som chauffør/assistent. Den akutbil, som skal udgå fra Regionshospitalet Silkeborg, skal fagligt tilknyttes den fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Horsens.

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 8-16 mandag - fredag, hvor besøgstallet er størst og hvor der kan sikres lægefaglig back-up.

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 renowing. 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 med ambulancelæge eller udrykningssygeplejerske samt en chauffør/assistent herfra. Den akutbil, som skal dække Djursland, skal fagligt tilknyttes den fælles akutmodtagelse i 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. 225.000 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 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 på hverdage i lægevagtens A-vagt (16-23) samt 8-23 i weekenden.

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 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 med ambulancelæge eller udrykningssygeplejerske samt en chauffør/assistent herfra.

I området Salling/Skive etableres der fremover en forsøgsordning, hvor den supplerende præhospitale indsats baseres på en døgndækkende akutbil bemanded med en redder med særlige kompetencer – fx en niveau 2 redder med efteruddannelse eller en paramediciner – og en ambulancebehandler. For at sikre en effektiv ressourceudnyttelse samt erfaring og kompetenceudvikling hos de reddere som bemander akutbilen, integreres de som en forsøgsordning i en fælles akutmodtagelse. Det betyder, at de reddere, som bemander akutbilen i Salling/Skive-området, fagligt tilknyttes den fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Viborg.

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 rykirurgi og ledudskiftninger i hofte, knæ og skulder. Overvejelser herom vil indgå i den kommende hospitalsplan.

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

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

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

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.

Fra Regionshospitalet Silkeborg skal der fremover udgå en dagtidsdækkende akutbil med sundhedsfaglig bemanning – primært udrykningssygeplejerske og sekundært ambulancelæge samt en chauffør/assistent. Akutbilen er fagligt tilknyttet den fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Horsens og prioriteres efter fastlagte regionale retningslinier for visitation og disponering.

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

5.6.1. Profil i dag

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

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

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

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

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

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

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

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

5.6.2. Profil fremover

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

Regionshospitalet Herning vil fremover have et optageområde på knap 300.000 indbyggere.

Der er en del akut behandling på Regionshospitalet Holstebro i dag, som ikke kan varetages her fremover, idet den bør ligge på samme matrikel som den fælles akutmodtagelse, bl.a. trombolyselbehandlingen. Der må således forudses en betydelig rokade af og indenfor flere afdelinger internt på Hospitalsenheden Vest.

På Regionshospitalet Holstebro vil der fremover modtages visiterede akutte intern medicinske patienter. Dette er på grund af de særlige geografiske forhold.

Regionshospitalet skal i løbet af en årrække konvertere den akutte kirurgiske aktivitet til elektiv kirurgisk aktivitet. Regionshospitalet Holstebro skal fremadrettet varetage såvel elektiv ortopædisk kirurgi som elektiv organkirurgi.

I løbet af en årrække skal den akutte kirurgi (incl.urologien) samt den akutte ortopædkirurgi således flyttes fra Regionshospitalet Holstebro til Regionshospitalet Herning.

Konverteringen fra akut kirurgi til elektiv kirurgi skal ske, når den fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Herning er dimensioneret og ombygget til også at modtage akutte kirurgiske patienter fra Holstebros nuværende optageområde indenfor en tidshorisont på 3-5 år. Det skal bemærkes at akut kirurgisk aktivitet ikke kan konverteres i størrelsesordenen 1:1. Fjernelse af en akut aktivitet vil altid – alt andet lige – reducere antallet af senge.

Regionshospitalet Holstebro skal i den forbindelse udvikle en skarp profil indenfor den elektive kirurgi.

For at sikre et tilbud til borgere i nærområdet, vil de nuværende ambulante funktioner på hospitalet (kirurgiske såvel som medicinske) med fordel kunne opretholdes, udbygges samt suppleres med yderligere (herunder evt. subakutte funktioner), afhængig af behov og bemandingsmuligheder.

På det medicinske område vil funktionerne ud over modtagelse af visiterede intern medicinske patienter være center for en række områder, som kan fungere som subakutte funktioner afhængig af behov og bemandingsmuligheder.

Der planlægges efter, at Regionshospitalet Holstebro fortsat vil være hjemsted for øjenafdelingen samt øre-næse-halsafdelingen incl. Høreklinikken.

Der etableres akutklinik på Regionshospitalet Holstebro, og akutklinikken har døgnåbent. Der er tæt samarbejde med lægevagten, som udgør den lægefaglige back-up i tidsrummet 16-23 og i weekenden. Det forventes, at akutklinikken kan varetage en betydelig del af de skader, der varetages på skadestuen i dag. Traumer og større skader skal til den fælles akutmodtagelse.

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 uændret åbningstid fra 8-16 på hverdage.

Der vil i forbindelse med hospitalsplanen i efteråret 2007 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.

Akutmodtagelsen samles på Regionshospitalet Herning, dog med visiterede akutte intern medicinske patienter i Holstebro.

Ud over at de fysiske rammer generelt er velegnede i Herning, er det også vurderingen, at det vil være lettere og dermed mindre omkostningskrævende at etablere den akutte modtagefunktion ved Herning-matriklen og at få den nødvendige logistiske sammenhæng med servicefunktionerne.

Optageområdet omfatter cirka 300.000 borgere. Den nye akutmodtagelse i Herning vil bestå af en kombination af nybyggeri og renovering af den eksisterende bygningsmasse. Det anslås, at omkostningerne vil andrage omkring 450-480 mio. kr.

De anlægsmæssige konsekvenser i forhold til Regionshospitalet Holstebro skal udredes nærmere.

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 Regionshospitalet Herning, skal der fremover udgå en døgndækkende akutbil med ambulancelæge eller udrykningssygeplejerske samt en chauffør/assistent herfra.

Fra Regionshospitalet Holstebro skal der fremover udgå en døgndækkende akutbil med sundhedsfaglig bemanning – primært udrykningssygeplejerske og sekundært ambulancelæge samt en chauffør/assistent. Akutbilen er tilknyttet den fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Herning og prioriteres efter fastlagte regionale retningslinier for visitation og disponering. Det præhospitale personale i vagt skal – når de ikke kører – indgå i vagten på Regionshospitalet Holstebro.

Fra Regionshospitalet Ringkøbing skal der fremover udgå en døgndækkende akutbil med en udryknings-sygeplejerske samt en chauffør/assistent. Akutbilen tilknyttes den fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Herning og prioriteres herfra efter fastlagte regionale retningslinier for visitation og disponering.

I området omkring Lemvig etableres forsøgsordning, hvor den supplerende præhospitale indsats baseres på en døgndækkende akutbil bemannet med en redder med særlige kompetencer – fx en niveau 2 redder med efteruddannelse eller en paramediciner – og en ambulancebehandler der fungerer som chauffør/assistent. For at sikre en effektiv

ressourceudnyttelse samt erfaring og kompetenceudvikling hos de reddere som bemander akutbilen, integreres de som en forsøgsordning i en fælles akutmodtagelse. Det betyder, at de reddere, som bemander akutbilen i Lemvig-området, fagligt tilknyttes den fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Herning.

6. Baggrundsmateriale og supplerende materiale

Forslag til akutplan er udarbejdet med afsæt i bl.a. tre arbejdsgruppers afrapportering.

Baggrundsmaterialet omfatter:

- Sundhedsstyrelsens anbefalinger i rapporten af 21. december 2006 "Gennemgang af akutberedskabet" (hørings-forslaget)
- 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 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

Ovennævnte materiale findes på hjemmesiden www.rm.dk, hvor der endvidere er mulighed for at stille spørgsmål og kommentere på forslaget til akutplan.

Betænkning fra Underudvalget vedr. service, kvalitet, plan og struktur

Dato 01-06-2007

/RSJ

1-31-72-37-07

Side 1

Administrationens forslag til akutplan blev præsenteret for Regionsrådet den 23. maj 2007. Det indgår i kommissoriet for Underudvalget vedr. service, kvalitet, plan og struktur, at udvalget skal forberede en række større planelementer på sundhedsområdet, herunder akutplan og hospitalsplan. Udvalget har på den baggrund på møde den 29. maj 2007 drøftet administrationens forslag og udarbejdet denne betænkning til brug for den videre proces.

Baggrund for administrationens forslag til akutplan

Administrationens forslag til akutplan er udarbejdet indenfor rammerne af Sundhedsstyrelsens udkast til anbefalinger i rapporten af 21. december 2006 "Gennemgang af akutberedskabet". I rapporten fremlægger Sundhedsstyrelsen udkast til 29 anbefalinger til styrkelse af det akutte beredskab.

I forlængelse af udsendelse af Sundhedsstyrelsens høringsrapport besluttede Regionsrådet at afholde en åben høring af anbefalingerne. Høringen blev afholdt den 6. februar i form af et åbent temamøde i Regionsrådssalen.

På møde i Regionsrådet den 27. februar 2007 drøftede Regionsrådet høringssvar til Sundhedsstyrelsen. Regionsrådet påpegede, at anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen vil betyde, at der er borgere, der vil få langt til akutmodtagelse. I den forbindelse er det nødvendigt, at Sundhedsstyrelsen anerkender behovet for en styrkelse af den præhospital indsats og en præcisering af almen praksis' rolle og sammenhæng til det øvrige akutberedskab.

Høringssvaret blev enstemmigt vedtaget af Regionsrådet. 3 medlemmer fra SF og Enhedslisten ønskede dog i forhold til anbefaling 21 følgende tilføjelse: "De store afstande i Region Midtjylland kombineret med hensynet og sikkerheden for patienterne

betingelser behovet for at geografiske forhold tages i betragtning. Hensynet til nærhed må i den henseende gå forud for snævre talmæssige begrænsninger. Det skal være muligt at opretholde akutmodtagelser ved hospitaler, hvor befolkningsgrundlaget er under 200.000.”

Administrationens forslag til akutplan baserer sig dels på Sundhedsstyrelsens udkast til anbefalinger, dels høringssvar fra Regionsrådet, dels resultaterne fra tre ekspertarbejdsgrupper. De tre ekspertarbejdsgrupperes overvejelser blev fremlagt og debatteret på et åbent temamøde den 27. marts 2007. Administrationens forslag til akutplan blev offentliggjort den 23. maj 2007. Underudvalget har drøftet forslaget og har følgende overvejelser om forslaget samt den videre proces.

Underudvalgets betragtninger

Underudvalget kan konstatere, at administrationens oplæg til akutplan overordnet set er udarbejdet indenfor rammerne af Sundhedsstyrelsens udkast til rapport og indenfor rammerne af det høringssvar, som Regionsrådet vedtog den 27. februar 2007.

Underudvalget konstaterer dog – som det også fremgår af administrationens forslag til akutplan – at der er følgende opmærksomhedsfelter i forhold til Sundhedsstyrelsens udkast til anbefalinger.

For det første foreslår administrationen, at der opretholdes medicinsk modtagelse af visiterede akutte intern medicinske patienter på 2 matrikler uden fælles akutmodtagelse. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at al modtagelse af akutte patienter sker på matrikler med fælles akutmodtagelse.

For det andet påpeger administrationen, at befolkningsgrundlaget for Regionhospitalet Horsens er meget afhængig af Region Syddanmarks placering af fælles akutmodtagelse.

For det tredje lægger administrationens forslag op til, at der – i hvert fald i en længere overgangsperiode – ikke kan være ortopædiske kirurger i tilstedeværelsesvagt på de fælles akutmodtagelser. Som påpeget i Regionsrådets høringssvar til Sundhedsstyrelsen vil et krav om tilstedeværelsesvagt af ortopædiske kirurger få konsekvenser for de opgaver, som skal løses i dagtid, herunder øgede ventetider og nedsat produktivitet på hospitalerne.

Underudvalget lægger stor vægt på, at der i forslaget anlægges en del-strategi, der omhandler nedbringelse af antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser. Mange akutte indlæggelser skyldes ikke-akut opstået, alvorlig sygdom. Det kan være kronisk sygdomme eller tilstande, hvor den akutte indlæggelse er udtryk for manglende rettidig behandlingsindsats. Disse akutte indlæggelser kan ses som 'uhensigtsmæssige indlæggelser', og der skal arbejdes intensivt med at nedbringe omfanget.

Underudvalget lægger stor vægt på, at administrationens forslag til den *interne* organisering af akutmodtagelsen på det enkelte hospital følger de principper, som underudvalget traf bekendtskab med på studieturen til Beth Israel Deaconess Medical Center (BIDMC) i Boston. Den interne organisering – også kaldet diagnosticerings- og behandlingsmodellen – skaber rammerne for at vurdere, prioritere, stabilisere og diagnosticere de akutte patienter, samt foretage indledende behandling målrettet en række almindeligt forekommende akutte

symptomer og sygdomstilfælde. Modellen indebærer, at al modtagelse af akutte patienter samles ét sted på hospitalet (med de angivne undtagelser i forslaget til akutplan) og at apparatur som scannere m.v samles i – eller i umiddelbar nærhed af – den fælles akutmodtagelse. Endelig indebærer modellen, at der er flere specialister til stede samtidig til at vurdere patienten.

Underudvalget forholder sig ikke til de geografiske elementer eller antallet af akutmodtagelser i forslaget, men kan konstatere, at administrationens forslag overordnet set holder sig indenfor rammerne af dels Sundhedsstyrelsens udkast til anbefalinger dels Regionsrådets høringssvar.

Underudvalget skal foreslå, at administrationens forslag til akutplan sendes til Sundhedsstyrelsen med henblik på at indhente styrelsens bemærkninger.

Det er planlagt, at underudvalget på møde den 19. september 2007 skal behandle og drøfte de indkomne høringssvar. Som led i en høringsproces skal underudvalget foreslå, at der i de sidste to uger af august måned afholdes 4 borgermøder. 1 borgermøde i Silkeborg, 1 borgermøde i Holstebro, 1 borgermøde i Horsens samt 1 borgermøde i Skive. Underudvalget deltager i alle 4 møder.