

Omstilling til fremtidens
sundhedsvæsen i
Region Midtjylland

Koncernledelsens oplæg
10. januar 2011

Bilag

Indholdsfortegnelse

2. Rammer og udfordringer for omstillingsplanen

2.5. Beskrivelse af økonomiske og aktivitetsmæssige forhold

3. Akutbetjening og nære sundhedstilbud

3.1. Model for akutklinikker

3.2.1. Omlægning af Regionshospitalet Ringkøbing til sundhedshus og akutklinik

3.2.2. Omlægning af Regionshospitalet Grenaa til sundhedshus inkl. akutklinik

3.3. Ændringer i den præhospitale indsats

4. Ændringer på det somatiske område

4.1. Samling af fødsler på fem matrikler og pædiatri på tre matrikler

4.2. Det kirurgiske område

4.2.1. Samling af Øre-næse-halsafdelinger

4.2.2. Samling af urologiaktivitet fra Randers og Horsens i Skejby

4.2.3. Øjenområdet

4.2.4. Samling af de mammakirurgiske funktioner

4.2.5. Samling af friklinikkerne i Silkeborg

4.3. Det medicinske område

4.3.1. Organisering af neurologien

4.3.2. Ændret organisering af neurorehabiliteringen

4.3.3. Samling af hæmatologiske patienter på to hospitaler

4.3.4. Samling af onkologisk behandling på to afdelinger

4.3.5. Faglig samling af reumatologien omkring to centre

4.3.6. Reduktion af medicinske sengekapacitet på Århus Universitetshospital

4.3.7. Tilpasning af kapacitet på det arbejdsmedicinske område

4.4. Det billeddiagnostiske område

4.5. Laboratorieområdet

4.5.1. Samling af de kliniske mikrobiologiske afdelinger til én afdeling

4.5.2. Samling af de klinisk immunologiske afdelinger til én afdeling

4.5.3. Samling af klinisk biokemiske afdelinger i Århus

4.5.4. Effektivisering af driften på de klinisk biokemiske afdelinger

4.5.5. Opsigelse af centrifugeringsordning med de praktiserende læge

5. Center of Excellence

- 5.1. Reduceret sengekapacitet og etablering af CoE-tiltag
- 5.2. Lukning af intensiv kapacitet og etablering af døgndækkende observationspladser

6. Ændringer på det psykiatriske område

- 6.1 Rationalisering, Regionspsykiatrien Silkeborg
- 6.2 Omlægning til ambulant behandling
- 6.3 Ændret mødeaktivitet mv.
- 6.4 Sammenlægning af administrative funktioner og servicefunktioner
- 6.5 Besparelse på afdelingsledelser og administration
- 6.6 Overdragelse af Museum Overtaci

7. Hospitalsfusioner

- 7.1. Sammenlægning til fremtidig DNU-struktur i Århus
- 7.2. Fælles ledelse på Regionshospitalet Viborg, Silkeborg, Skive og Hammel Neuro-center

8. Ændringer på det administrative område

- 8.1. Tilpasninger på det administrative område og servicefunktioner
- 8.2. Ny/dyr medicin og nye behandlinger
- 8.3. Samhandel med andre regioner

Bilag 2.5 Beskrivelse af økonomiske og aktivitetsmæssige forhold

Omstillingen til fremtidens sundhedsvæsen indebærer en besparelse på 500 mio. kr. i 2012 og frem.

På det somatiske område er en del af omstillingen til fremtidens sundhedsvæsen en samling af aktiviteten på færre matrikler.

Det er nødvendigt at opstille generelle principper til beskrivelse af de økonomiske og aktivitetsmæssige konsekvenser af de foreslåede ændringer.

Dette notat omhandler de økonomiske og aktivitetsmæssige konsekvenser af omstillingsplanen på det somatiske område. Der gives et overblik over de generelle principper for beregningerne. Disse generelle principper kan give afledte konsekvenser, som også beskrives i det følgende.

På det administrative område og indenfor psykiatrien er taget udgangspunkt i de faktiske omkostninger, og disse områder indgår ikke i dette notat.

I dette notat redegøres for følgende:

- Der opstilles oversigt over forslagernes økonomiske og aktivitetsmæssige ændringer på hospitalsniveau,
- De generelle principper for beregninger
- Der opstilles en beskrivelse af de mulige afledte konsekvenser ved anvendelse af de generelle principper
- Virkningerne på produktivitsberegninger vurderes på tværs af hospitalerne i Region Midtjylland

Beregningsmodellerne er på nogle områder relativt grove, hvilket kan betyde, at det kan være nødvendigt at iværksætte rationaliseringer i forhold til de opgaver/funktioner/afdelinger som berøres af forslagene. Det kan også være nødvendigt at foretage rationaliseringer i anden aktivitet på hospitalerne end den berørte aktivitet. Dette er primært gældende for de modtagende hospitaler, men også i en vis udstrækning for de hospitaler, som afgiver funktioner/afdelinger.

1. De økonomiske konsekvenser

I tabel 1 er sammenfattet de budgetmæssige ændringer for bevillingsområderne. For de somatiske hospitaler er vist de forudsatte ændringer i aktiviteten. Der er endvidere vist puljer, der afsættes til at imødekomme særlige formål.

Tabel 1. Fordeling af besparelser på bevillingsområder

Budgetansvar / pulje	Budget 2011	Budget 2012	Budget varigt	DRG-budget 2011	DRG-budget 2012	DRG-budget, varigt
Somatiske hospitaler						
RH Horsens	1,2	-1,8	-2,2	12,4	5,8	5,8
RH Randers og Grenaa	-37,6	-124,5	-125,9	-42,3	-125,5	-125,5
HE Vest	-8,3	-64,5	-65,3	22,5	63,8	63,8
HE Silkeborg	-15,6	-22,1	-24,3	-15,2	16,5	16,5
AUH Skejby	25,1	69,2	68,4	71,5	177,9	177,9
RH Viborg, Skive	-22,9	-87,6	-87,6	-3,5	-28,7	-28,7
AUH Århus Sygehus	18,8	13,1	13,0	50,4	54,5	54,5
Friklinikken, Brædstrup	-13,0	-51,9	-51,9	-20,0	-79,8	-79,8
Århus/Skejby fælles	-3,8	-20,9	-20,9	0,0	0,0	0,0
Viborg/Silkeborg fælles	-2,5	-15,0	-15,0	0,0	0,0	0,0
Somatiske hospitaler i alt	-58,6	-306,0	-311,7	75,9	84,4	84,4
Behandlingspsykiatri	-8,1	-25,9	-25,9	0,0	0,0	0,0
Præhospitalet	2,3	-12,5	-14,8	0,0	0,0	0,0
Primær sundhed	-8,6	-26,0	-26,0	0,0	0,0	0,0
Administrationen	-20,0	-47,5	-47,5	0,0	0,0	0,0
Samhandelskontoen	-75,0	-81,1	-81,1	-75,9	-84,4	-84,4
Ny/dyr medicin og nye behandl.	-61,0	-61,0	-61,0	0,0	0,0	0,0
Puljer og reservationer						
Neurologi, ikke udmøntet	0,0	-20,0	-20,0	0,0	0,0	0,0
Pulje til kørselsudgifter	3,0	20,0	20,0	0,0	0,0	0,0
Reservepulje ny/dyr m., nye b.	6,0	6,0	6,0	0,0	0,0	0,0
Reservepulje samhandel	20,0	26,0	26,0	0,0	0,0	0,0
Takstreguleringspulje	0,0	28,1	36,1	0,0	0,0	0,0
Puljer og reservationer i alt	29,0	60,1	68,1	0,0	0,0	0,0
I alt	-200,0	-500,0	-500,0	0,0	0,0	0,0

De somatiske hospitaler

Der er i alt besparelser for 306,0 mio. kr. i 2012 for de somatiske hospitaler. Samtidig hermed øges aktivitetskravet med godt 75,9 mio. kr. i 2011 og med 84,4 mio. kr. i 2012. Det øgede aktivitetskrav skyldes, at der er forudsat gennemført hjemtrækningsprojekter for dette beløb.

- For Regionshospitalet Horsens samt Regionshospitalet Randers og Grenaa modsvares budgetændringer stort set af tilsvarende ændringer i aktivitetskravet.
- For Hospitalsenheden Vest, Regionshospitalet Viborg og Skive, AUH Skejby og AUH Århus Sygehus er der væsentlig forskel på budgetændringen og ændringer i den forudsatte aktivitet. For alle disse hospitaler vil besparelserne trække i retning af en forbedret relativ produktivitet.
- For Regionshospitalet Silkeborg skyldes en del af forskellen i budgetændring og ændring i aktivitetsværdien, at Livsstilscenteret overføres med samme høje produktivitet, som de har i Brædstrup.

Behandlingspsykiatrien

Der foreslås for 15,0 mio. kr. besparelser for behandlingspsykiatrien. Der er desuden forslag om sammenlægning af klinisk biokemisk afdeling under psykiatrien i Risskov med klinisk biokemisk afdeling på Århus Sygehus. Dette betyder en overflytning af 10,9 mio. kr. til Århus Sygehus.

Præhospitalet

Der foreslås besparelser på 12,5 mio. kr. i 2012 stigende til 14,8 mio. kr. i efterfølgende år. I 2011 er der en engangsudgift på 2,3 mio. kr.

Primær Sundhed

Primær Sundhed berøres af et besparelsesforslag på 26,0 mio. kr., der relaterer sig til besparelsesforslagene inden for laboratorieområdet.

Administrationen

Der er stillet forslag om administrative besparelser på 47,5 mio. kr.

Samhandel

Der er foreslået hjemtrækningsprojekter på samhandelskontoen på godt 81,1 mio. kr. En besparelse på 25 mio. kr. er beskrevet særskilt herudover indgår der konkrete hjemtrækningsprojekter i flere andre spareforslag.

Der er risiko for, at en mere afdæmpet aktivitetsvækst i den offentlige hospitalssektor vil medføre øget efterspørgsel efter sundhedsydelser på privathospitalerne på grund af det udvidede frie valg.

Nye retningslinjer vedrørende fedme- og rygoperationer vil medføre, at færre patienter henvises til disse operationer. Det skønnes, at de nye retningslinjer kan give en besparelse på op til 25 mio. kr. til udgifter til privathospitaler. Det forudsættes, at denne besparelse reserveres til at imødekomme eventuel anden stigning i udgifterne til privathospitaler.

Ny/dyr medicin og nye behandlinger

Udgifterne til ny/dyr medicin og nye behandlinger forudsættes reduceret med 61 mio. kr. med virkning fra 2011. Besparelsen opnås ved at begrænse muligheden for igangsætning af nye behandlinger og reducere i afledte personaleudgifter ved igangsætning af nye behandlinger. Der er lagt op til en langt strammere styringsmodel. Det er imidlertid vanskeligt at spå om det fremtidige udgiftsbehov, hvorfor der foreslås reserveret 6 mio. kr. til imødekommelse af eventuelle behov for korrektioner i udgiftsskønnene.

Puljer og reservationer

Der er afsat en ikke udmøntet spareramme på *neurologien* på 20 mio. kr., som foreslås udmøntet fra 2012. Erfaringer viser, at der er mulighed for væsentlige effektiviseringer i modtagelsen og behandlingen af patienter med apopleksi. Det forventes, at der kan opnås en kortere liggetid og mindsket behov for rehabilitering under indlæggelse samtidig med, at der opnås en højere faglig og patientoplevelse kvalitet. Der fremlægges inden 1. juli 2011 en analyse og forslag til handleplan, som implementeres med effekt fra 1. januar 2012, og som udmønter sparerammen.

En række af spareforslagene på det somatiske område er baseret på samling af specialer på færre matrikler. Dette kan give afledte udgifter til *patientbefordring*, idet der bliver tale om længere afstande. Der afsættes 20 mio. kr. i 2012 og fremover til imødekommelse af merudgifter.

Erfaringsmæssigt knytter der sig nogen usikkerhed til udgifter og indtægter i *samhandlen med andre regioner*. Der er forudsat en del hjemtrækninger af patienter fra andre regioner til behandling på egne hospitaler. Det kan forventes, at andre regioner tilsvarende vil hjemtrække patienter fra Region Midt. Til imødekomme heraf afsættes 26 mio. kr.

Som det fremgår af afsnit 3 i dette notat "De generelle principper", er der ved beregningerne af besparelserne på det somatiske område anvendt generelle principper. Ved samling af specialer er det generelt forudsat, at afgivende hospital kan spare 75% af DRG-værdien, og modtagende afdeling kan opretholde til tilførte aktivitet for 25% af DRG-værdien. Dette er navnlig en udfordring for modtagende hospital, hvor der normalt tages afsæt i meraktivitet tilføres for 50% af DRG-værdien. Der kan være tilsvarende problemer med, at det afgivende hospital kan identificere omkostninger for 75% af DRG-værdien.

For at imødekomme *skævheder i takstfastsættelsen* afsættes en pulje på godt 28 mio. kr. i 2012 stigende til 36 mio. kr. i de følgende år. Heraf er 8 mio. kr. øremærket til Hospitalsenheden Vest som følge af den interne sparerunde.

2. De aktivitetsmæssige konsekvenser

Som følge af omstillingsplanen foreslås at der flyttes aktivitet i mellem de forskellige hospitaler i regionen. Endvidere er der forslag, som betyder at aktivitet enten omlægges eller nedlægges.

Tabel 2. Netto-flytninger af DRG-værdi mellem hospitalerne.

Hospital / budgetansvar	Aktivitet			Aktivitet		
	Aktivitet som flyttes i 2011	som modtages i 2011	DRG-budget 2011	Aktivitet som flyttes i 2012	som modtages i 2012	DRG-budget 2012
RH Horsens og Brædstrup	-2,4	14,8	12,4	-31,2	37,0	5,8
RH Randers og Grenaa	-49,5	7,3	-42,3	-151,5	26,0	-125,5
HE Vest	-18,8	40,5	22,5	-56,3	118,0	63,8
HE Silkeborg	-37,1	21,9	-15,2	-92,7	109,2	16,5
Århus U.H., Skejby	0,0	71,5	71,5	0,0	177,9	177,9
RH Viborg, Skive Århus U.H., Århus Sygehus	-35,5	32,8	-3,5	-108,6	82,0	-28,7
Friklinikken, Brædstrup	0,0	50,4	50,4	0,0	54,5	54,5
	-20,0	0,0	-20,0	-79,8	0,0	-79,8
I alt hospitaler	163,2	239,1	75,9	520,2	604,6	84,4
Samhandelskontoen	-75,9	0,0	-75,9	-84,4	0,0	-84,4
Hovedtotal	-239,1	239,1	0,0	-604,6	604,6	0,0

Samlet forudsættes et uændret aktivitetsniveau i Region Midtjylland. Enkelte forslag i omstillingsplanen sætter dog denne forudsætning under pres.

Af tabellen fremgår, at der flyttes 604,6 mio. kr. aktivitetsværdi mellem hospitalerne. Det ses af tabellen at AUH, Skejby er netto modtager meget aktivitet og RH Randers netto afgiver meget aktivitet. For RH Silkeborg er netto ændringerne sammensat store flytninger af aktivitet.

3. De generelle principper

Der er anvendt en række generelle principper for beregning af besparelserne i forslagene. Disse beskrives i det følgende.

Det forudsættes, at den samlede aktivitet efter omstillingsplanens gennemførelse vil være uændret i forhold til det nuværende aktivitetsniveau.

Der vil være en række områder, hvor aktiviteten omlægges fra stationært til ambulante regi mv. I de tilfælde gælder det om, at rejse problemstillingen overfor Indenrigs- og Sundhedsministeriet med henblik på en korrektion i baseline (måltallet for aktiviteten).

Hospitalet udarbejder beskrivelsen ift. korrektion overfor staten – DRG-kontoret hjælper. Udgangspunktet er, at hospitalet korrigeres i den interne aktivitetsstyringsmodel, med de korrektioner, som gennemføres ift. statens aktivitetsstyring. Der kan også være behov for justering, såfremt lukning af senge fører til bortfald af klinisk aktivitet.

3.1 Reglen om 75/25

Den generelle beregningsmodel er betegnet 75/25-reglen. Denne model forudsætter, at det hospital som afgiver en funktion/afdeling kan realisere en besparelse på 75 % af aktivitetsværdien. Det hospital, som overtager funktionen/afdeling, får en tilførsel på 25 % af aktivitetsværdien.

I aktivitetsstyringsmodellen og i andre sammenhænge er der hidtil generelt blevet tilført 50 % af aktivitetsværdien, når opgaver/funktioner blev tillagt et hospital. Det kan betyde, at det er nødvendigt for det modtagende hospital at gennemføre rationaliseringer ift. den opgave hospitalet overtager, eller andre steder indenfor hospitalet. For at synliggøre de mulige afledte besparelser, så beregnes forskellen mellem de 25 % som tilføres og de normale 50 %.

Den følgende tabel viser de anslåede mulige afledte besparelser for de modtagende hospitaler. Der er ikke taget hensyn til flytning af aktivitet mellem matrikler indenfor samme hospital.

Tabel 3. Anslåede mulige afledte besparelser for de modtagne hospitaler

Hospital / budgetansvar	Anslåede mulige afledte besparelser for de modtagende hospitaler
RH Horsens og Brædstrup	9,3
RH Randers og Grenaa	11,5
HE Vest	42,7
HE Silkeborg	27,3
Århus U.H., Skejby	44,5
RH Viborg, Skive	20,5
Århus U.H., Århus Sygehus	13,6
I alt	169,3

På de afgivende hospitaler kan der være afledte besparelser som følge af anvendelsen af det generelle princip. Det er ikke i denne sammenhæng synliggjort.

Der foreslås oprettet en takstreguleringspulje til at imødegå u hensigtsmæssigheder ved anvendelse af de generelle principper.

3.2 De faktiske omkostninger

På en række områder er den generelle beregningsmodel fraveget. I dette afsnit er beskrevet en række områder, hvor der i beregningen af besparelsen er taget udgangspunkt i den faktiske omkostning.

3.2.1 RH Ringkøbing og RH Grenaa

Sengeafsnittene i Grenaa og Ringkøbing er karakteriseret ved at en del patienter er overført fra en afdeling i henholdsvis Randers og Hospitalsenheden Vest. Patientforløb, hvor to matrikler er involveret har en tendens til at give en højere DRG-værdi i forhold til at gennemføre patientforløbet på én matrikel. Det betyder, at DRG-værdien er overvurderet på sengeafsnittene i Grenaa og Ringkøbing. Det anvendte princip på området er derfor de faktiske omkostninger.

De indlagte patienter i Grenaa og Ringkøbing skal fremover færdigbehandles i henholdsvis Randers og Vest. Det betyder, at DRG-værdien, som hidtil er blevet genereret delvist vil forsvinde med en antagelse om at et samlet patientforløb på én matrikel giver en lavere DRG-værdi end et patientforløb med indlæggelser på to matrikler. Ved at fjerne muligheden for indlæggelse på et lokal hospital har det tidligere vist sig, at der forsvinder klinisk aktivitet. Aktivitetsværdien med et nedslag flyttes til det modtagende hospital uden overførsel af økonomiske midler. Sengelukningerne indgår dermed i de generelle omstillinger frem mod forudsætningerne bag kvalitetsfondsmidlerne.

3.2.2 Laboratorie området

På laboratorieområdet er der ikke umiddelbart tilknyttet en ensartet værdisætning af aktiviteten. Derfor er de faktiske omkostninger anvendt hos de afgivne hospitaler og en marginal betragtning hos de modtagende hospitaler.

3.2.3 Neurorehabilitering

For Hospitalsenheden Vest, der afgiver neurorehabiliteringssenge er der anvendte faktiske omkostninger. For de modtagne hospitaler er der foretaget en konkret beregning på at modtage sengene.

3.3 Medicinske senge

Forslagene omkring omlægning af medicinske senge på AUH, Århus Sygehus og i Center of Excellence på RH Silkeborg er anvendt en forudsætning om at besparelsen udgør 750.000 kr. pr. seng som nedlægges/omlægges.

Det forudsættes heri, at aktiviteten omlægges til ambulante regi, og at aktiviteten er uændret. Dette indeholder dog en eventuel korrektion for omlægning fra indlagt til ambulante behandling i forhold til opgørelsen af aktivitetsværdien.

Denne korrektion skal rejses i forhold til de generelle betingelser overfor Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

3.4 Friklinikerne i Region Midtjylland

Det foreslås at al friklinisk aktivitet i Region Midtjylland samles på Regionshospitalet Silkeborg.

Finansieringen af Friklinikken i Brædstrup er 100 % aktivitetsafhængig og udgør ca. 65 % af DRG-værdien. Videreførelsen af friklinikkonceptet bliver på lidt andre vilkår end tidligere, idet

der i omplaceringen til en matrikel (Silkeborg) med flere tværgående funktioner forventes det muligt at udføre aktiviteten til 50 % af DRG-værdien.

For aktiviteten i friklinikkerne i Grenaa og Ringkøbing reduceres med den oprindelige bevilling på 2,5 mio. kr. for hver klinik. Silkeborg modtager økonomi svarende til 50 % af DRG-værdien.

Den generelle beregningsmodel er fraveget på dette område på grund af de særlige vilkår, der gælder for friklinikkerne.

4. Omstillingsplanens indvirkning på produktiviteten

Gennemførelse af omstillingsplanen vil betyde, at produktiviteten i regionen udvikler sig i positiv retning. I tabel 4. er der lavet en modelberegning for ændringer i produktiviteten på de somatiske hospitaler.

Denne beregning er en "alt andet lige"-beregning. Den fortæller ikke noget om, hvordan produktivetsindikatorerne bliver i de fremtidige målinger, da det vil afhænge af udviklingen i de andre regioner og en række andre faktorer. Beregningen har alene til formål at vise omstillingsplanens effekt på produktiviteten, herunder belyse de ændringer, der sker mellem regionens hospitaler.

Det fremgår af tabel 4, at de mest produktive hospitaler har relativt set det mindste produktivetskrav i omstillingsplanen, mens de mindst produktive hospitaler relativt set har det største produktivetskrav.

Tabel 4. Produktionsværdi, driftsudgifter og produktivitet beregnet inklusiv de fremlagte spareforslag

Hospital	Produktionsværdi			Tilrettede driftsudgifter			Produktivitet (index)			
	DRG-produktionsværdi 2009	Omstillingsplanen	DRG-produktionsværdi inkl. omstillingsplanen	Regn-skab 2009 (11-P/L)	Vedtagne besparelser 2011 og frem	Omstillingsplanen	Udgifter 2009 inkl. varige besparelser, vedtagne og omstillingsplanen	Produktivitet inkl. varige besparelser (forslag)	Produktivitet 2009 jf. I.&S-ministeriets rapport december 2010	Forskel
RH Horsens og Brædstrup	891,9	5,8	897,7	838,1	-11,7	-3,7	822,7	109	106	3
RH Randers og Grenaa	1.207,1	-125,5	1.081,6	1.052,8	-16,7	-126,9	909,1	119	115	4
HE Vest	1.835,5	63,8	1.899,3	1.887,2	-36,9	-69,2	1.781,1	107	97	9
RH Viborg, Silkeb., Skive og Hammel	2.198,7	-12,2	2.186,5	2.200,9	-56,3	-130,3	2.014,4	109	100	9
ÅUH Århus Sygehus og Skejby	5.089,2	232,4	5.321,6	5.067,5	-82,2	47,5	5.032,8	106	100	5
Friklinikken Brædstrup	77,8	-79,8	-2,0	54,6	0,0	-52,0	2,6			
I alt	11.300,3	84,4	11.384,7	11.101,1	-203,8	-334,5	10.562,7	108	102	6

Tabellen indeholder tre hovedblokke: Produktionsværdi, korrigerede tilrettede driftsudgifter samt produktivitet.

I den første hovedblok, produktionsværdien, er beregnet hospitalernes produktionsværdi i 2009 tillagt omstillingsplanens forventede ændringer. DRG-produktionsværdien for regionens hospitaler er fremskrevet til 2011-P/L og ender på 11.385 mio. kr.

Den anden hovedblok; korrigerede, tilrettede driftsudgifter i 2009 tillagt omstillingsplanens forventede ændringer. Beregningen inkluderer de besparelser, der blev vedtaget i budgetforliget af 8. september 2010. Det fremgår, at de korrigerede, tilrettede driftsudgifter med disse forudsætninger er beregnet til 10.562 mio. kr. i 2011-P/L.

I den tredje blok, produktivitet, beregnes i den første kolonne hospitalernes produktivitet på baggrund af tallene i de to første hovedblokke. Det fremgår, at Region Midtjyllands produktivitet alt andet lige vil ligge på 108, hvis omstillingsplanen gennemføres.

Dette niveau sammenholdes med Indenrigs- og Sundhedsministeriets seneste, landsdækkende analyse af hospitalernes produktivitet i 2009, der fremgår af den andensidste kolonne i tabellen. I denne analyse havde Region Midtjylland en samlet produktivitet på 102.

Den sidste kolonne i tabellen viser den beregnede produktivitetsudvikling for hvert enkelt hospital, hvis forslagene vedtages. Det fremgår, at forslagene medfører forskellige produktivitsændringer for de enkelte hospitaler.

Det skal bemærkes, at der er risiko for, at væksten i aktivitetsværdien i de kommende år stagnerer eller ligefrem falder. Dette skyldes blandt andet, at lukning af en del medicinske senge ikke nødvendigvis medfører en tilsvarende stigning i den ambulante behandling.

1. Forslag nr.:	3.1
2. Spareforslag overskrift:	Model for akutklinikker
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget) :	
<p>Det er med akutplanen besluttet, at der skal etableres akutklinikker i Ringkøbing, Skive, Grenå og Silkeborg. Herudover fungerer skadestuen på Regionshospitalet Holstebro som akutklinik i aften/nattid, og det indgår i forslaget, at skadestuen i Holstebro fremover benævnes akutklinik også i dagtid – hermed vil alle skadestuer være på matrikler med fælles akutmodtagelse. Forslaget har ikke implikationer for opgavevaretagelsen i Holstebro.</p> <p>I akutplanen blev der udstukket følgende rammer for akutklinikkerne (s. 28-29):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akutklinikkerne varetager behandlingen af mindre skader • Akutklinikker kan foretage mindre røntgenoptagelser • Der suppleres med ambulante funktioner i dagtid. Behovet og antallet af besøg vurderes løbende. • Akutklinikkerne skal levere sundhedsydelse på et højt fagligt niveau. Det forudsætter først og fremmest: <ul style="list-style-type: none"> • Klare visitationsretningslinjer • Veldefinerede kompetencer og tilbud om efteruddannelse hos behandlersygeplejersker • Et patientflow, der kan vedligeholde kompetencerne • Tilgængelighed af kvalificeret lægelig backup • I normal dagarbejdstid har akutklinikken som basisbemanning specialuddannede behandlersygeplejersker • Behandlerteamet suppleres med læge i form af lægefaglig backup på matriklen fra hospitalsansatte læger med tilladelse til selvstændigt virke, samt mulighed for at konferere med speciallæger fra den fælles akutmodtagelse • Om aftenen består behandlerteamet af lægevagt og specialuddannede behandlersygeplejersker • 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 åbningstid er baseret på volumen, behov og øvrig aktivitet på den hospitalsmatrikel, hvor akutklinikken er placeret. En vis volumen er nødvendig for at sikre faglig udvikling og kvalitet i indsatsen samt en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne. Behovet og antallet vurderes løbende • Akutklinikkerne i Skive, Ringkøbing og Grenå har åbent 8-22 alle dage i samarbejde med almen praksis/lægevagten. Akutklinikken på Regionshospitalet Silkeborg har døgnåbent – også her i et samarbejde med almen praksis/lægevagten <p>Der beskrives med dette spareforslag en model for den fremadrettede drift af akutklinikkerne, hvorved der opnås reducerede driftsudgifter.</p> <p>Der foreslås følgende model for akutklinikkerne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bemanning: Aktiviteten på akutklinikken varetages af behandlersygeplejersker. Bemanningen kan være sammensat af to sygeplejersker eller én sygeplejerske og én radiograf • Personalet er tilknyttet den akutafdeling, hvorunder akutklinikken er organisatorisk placeret • Lægelig back-up: Det foreslås, at den lægelige back-up vil ske fra den akutafdeling, hvorunder akutklinikken er organisatorisk placeret. Behandlersygeplejerskerne kan få telefonisk eller telemedicinsk kontakt med læger på akutafdelingen på det nærmeste akuthospital • Røntgenfaciliteter: Det betragtes som en forudsætning for det servicemæssige tilbud, som akutklinikkerne skal yde i nærområderne, at der er røntgenfaciliteter til rådighed • Åbningstider: <ul style="list-style-type: none"> • Ringkøbing: 8-16 på hverdage • Skive: 8-22 • Grenaa: 8-22 • Holstebro: Døgn • Silkeborg: Døgn <p>Der er yderst begrænset aktivitet i akutklinikken i Ringkøbing (i gennemsnit 3,7 besøg pr. dag), hvorfor det foreslås, at fastholde åbningstiden 8-16 på hverdage. Til sammenligning varetages der i Grenaa i gennemsnit 17 besøg pr. dag – her skal tages i betragtning at akutklinikken i Grenaa har åbent i weekender samt til kl. 22.</p>	

<p>Lægelig backup</p> <p>Der er med overenskomsten mellem Danske Regioner og de praktiserende læger fortsat mulighed for, at indgå lokalaftaler. Der arbejdes med dette udgangspunkt fortsat mod en løsning for samarbejde med vagtlægerne om akutklinikkerne.</p> <p>Det foreslås, at den lægelige backup på akutklinikkerne, hvor der på nuværende tidspunkt ikke er lægedækning, varetages af læger på den nærmeste fælles akutmodtagelse, hvortil der etableres telemedicinsk og telefonisk kontakt.</p> <p>Denne telemedicinske kontakt vil dels bestå af muligheden for udveksling af røntgenbilleder, hvilket der allerede er erfaringer med på baggrund af det nuværende setup mellem akutklinikken i Skive og modtagelsen i Viborg. Derudover kan der etableres videokonferencefaciliteter, hvorved det muliggøres, at der i den fælles akutmodtagelse kan modtages live-billeder af en patient i akutklinikken. Udgiften til finansiering af de nævnte telemedicinske løsninger vurderes at være forholdsvis begrænset.</p> <p>Forslaget om, at der ikke er stedlig lægelig backup vil primært få konkret betydning i forhold til akutklinikken i Grenaa, hvor der for nuværende er lægelig tilstedeværelse. Udgifterne hertil er 2,1 mio. kr. på årsbasis. Der er ikke lægelig tilstedeværelse på akutklinikkerne i Skive og Ringkøbing. På akutklinikkerne i Silkeborg og Holstebro er der ikke særskilt budget til den lægelige dækning.</p> <p>Ambulant aktivitet</p> <p>I konceptet for sundhedshuse lægges der op til, at der kan fastholdes en vis ambulant aktivitet på matriklerne i Grenaa, Ringkøbing og Skive, som kan samtænkes med akutklinikkerne.</p>
<p>4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen?</p>
<p>Det er med akutplanen besluttet, at akutklinikkerne i Skive, Ringkøbing og Grenaa har åbent 8-22 alle dage i samarbejde med almen praksis/lægevagten. Det er besluttet, at akutklinikken i Silkeborg har døgnåbent. Med dette forslag ændres åbningstiden i akutklinikken i Ringkøbing til 8-16 på hverdage.</p>
<p>5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer ? – hvis ja, beskriv hvilke</p>
<p>Nej.</p>
<p>6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?</p>
<p>Forslaget om at reducere den lægelige tilstedeværelse i Grenaa indebærer, at der vil være et antal skader, som ikke længere kan varetages i akutklinikken. Dette afhænger dog også af, hvorvidt der kan indgås aftale med lægevagten om akutklinikkerne.</p>
<p>7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser ? – hvis ja, beskriv hvilke</p>
<p>På personalesiden vedrører forslaget primært den lægelige dækning i Grenaa, som følge af etablering af lægelig dækning via telemedicinsk opkobling. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.</p>
<p>8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem ? – hvis ja, beskriv hvilke</p>
<p>Nej.</p>
<p>9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget</p>
<p>Implementeres til opstart 1. november 2011.</p>
<p>10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi</p>
<p>Ingen DRG-mæssige konsekvenser.</p>

11. Beskriv forslagetets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt			
Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Bruttobesparelse, Regionshospitalet Randers	-0,4	-2,1	-2,1
Evt. afledte merudgifter			
Nettobesparelse i alt	-0,4	-2,1	-2,1
12. Øvrige bemærkninger	Ingen.		

1. Forslag nr.:	3.2.1
2. Spareforslag overskrift:	Omlægning af Regionshospitalet Ringkøbing til sundhedshus, inkl. akutklinik

3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget) :

Det foreslås, at de nuværende senge på Regionshospitalet Ringkøbing lukkes, og at aktiviteten overføres til andre matrikler på HE Vest. Friklinikaktiviteten overføres til Regionshospitalet Silkeborg. Endvidere foreslås det, at den kirurgiske aktivitet overføres til andre matrikler på HE Vest.

Sundhedsstyrelsen har i forhold til specialeplanlægningen beskrevet et grundlæggende udgangspunkt for specialeplanlægningen er, at "øvelse gør mester" – det vil sige, at der er en sammenhæng mellem sundhedsfaglig erfaring, kvalitet og volumen på både individ-, enheds- og sygehusniveau. Det er alt andet lige nemmere at opnå erfaring og volumen på større enheder end på mindre.

Hertil kommer, at det er vanskeligt at opretholde hensigtsmæssig driftsøkonomi i hospitalsaktiviteten på en separat matrikel af flere årsager:

- Mulighederne for at anvende hospitalslokalerne på regionens større matrikler blive mindre effektiv, når aktiviteten er spredt på mange lokaliteter, end hvis den var placeret alene på de større matrikler. Samles aktiviteten på færre lokaler, må det forventes, at lokaler og apparatur i højere grad anvendes over hele arbejdsdagen, hvor nogle lokaler og noget apparatur i dag anvendes begrænset om eftermiddagen.
- Matriklen kræver i sig selv mere vedligehold, end hvis aktiviteten var integreret i en anden, allerede eksisterende matrikel andet steds.
- Personalet skal bruge mere tid på transport mellem matriklerne. Dette forringer produktiviteten, dels fordi personalet anvender mindre tid på behandling og mere på transport, dels fordi transporten mellem matriklerne i arbejdstiden skal dækkes af regionen.

Det er blevet undersøgt, i hvor stort omfang Ringkøbing-matriklen er modtagende hospital, når borgere i lokalområdet har behov for indlæggelse på hospital.

Tabel 1: Oversigt over det samlede antal indlæggelser for borgere i Ringkøbing-Skjern Kommune i 2009

Hospital	Antal	Procent
Herning	5.725	51
Holstebro	2.911	26
Skejby og Århus Sygehus	1.104	10
Ringkøbing	823	7
Andre	674	6
I alt	11.237	100

Af tabellen fremgår det, at 93% af patienterne fra Ringkøbing-Skjern kommune indlægges på andre matrikler end Regionshospitalet Ringkøbing. Dvs., at behovet for hospitalsindlæggelser i Ringkøbing-Skjern Kommune i dag reelt varetages af andre hospitaler end af Regionshospitalet Ringkøbing.

Nærværende spareforslag forudsætter, at der opretholdes en akutklinik med lægelig, telemedicinsk back up i Ringkøbing. Der vil således fortsat være mulighed for behandling af akutte skader i Ringkøbing. Der opretholdes en ambulant medicinsk aktivitet svarende til det lokale behov. Muligheder for et udbygget samarbejde med kommunen om et sundhedshus i Ringkøbing skal undersøges.

Beregningen af sparepotentialet som følge af ændringerne i Ringkøbing sker på baggrund af 3 metoder.

A. Indlagte patienter i Ringkøbing

Nettodriftsudgifterne til driften af sengeafsnittet i Ringkøbing er 22,7 mio.kr. Oveni kommer en andel af fællesudgifterne, anslået til 2,0 mio. kr. Som en del af det budgetforlig, der blev vedtaget d. 8. september 2010, blev det besluttet, at der skulle spares 4,0 mio.kr. på sengeafsnittet i Ringkøbing.

De indlagte patienter i Ringkøbing skal fremover færdigbehandles i Hospitalsenheden Vest. Det betyder, at DRG-værdien, som hidtil er blevet genereret i Ringkøbing delvist vil forsvinde med en antagelse om at et samlet patientforløb på én matrikel giver en lavere DRG-værdi end et patientforløb med indlæggelser på to matrikler.

Aktiviteten skal fremover varetages af Hospitalsenheden Vest uden overførsel af økonomiske midler. Sengelukningen skal dermed ses i sammenhæng med den generelle omstilling fra stationær til ambulant

<p>behandling. Produktionskravet fastholdes som udgangspunkt, dog med mulighed for at justere såfremt lukning af sengene i Ringkøbing fører til bortfald af klinisk aktivitet.</p> <p>I ovenstående beløb til sengeafsnittet indgår også udgifter til medicinske ambulante besøg, som i forhold til det lokale behov skal fastholdes i Ringkøbing. Der afsættes 1,5 mio. kr. (svarende til niveauet for medicinske ambulante besøg i Grenaa) til dækning af de fremtidige medicinske ambulante besøg.</p> <p>Besparelespotentialet ved lukning af sengene i Ringkøbing kan dermed opgøres til (22,7 mio.kr. + 2,0 mio. kr. – 4,0 mio.kr. – 1,5 mio. kr. =) 19,2 mio. kr., svarende til 19,3 mio.kr. i 2011-P/L.</p> <p>B. Overførsel af friklinikaktivitet til Regionshospitalet Silkeborg</p> <p>Al friklinik aktivitet i Region Midtjylland foreslås samlet i på Regionshospitalet Silkeborg. Det gælder dermed også friklinikaktiviteten i Ringkøbing. Hospitalsenheden Vest reduceres med den oprindelige bevilling på friklinikaktiviteten på 2,5 mio. kr. Flytningen sker med økonomi svarende til 50% af DRG-værdien. Besparelsen er regnet med i kapitel 4,2 Det kirurgiske område.</p> <p>C. Overførsel af øvrig aktivitet til andre matrikler på Hospitalsenhed Vest</p> <p>Dagkirurgisk aktivitet og tilhørende ambulante besøg skal flytte til andre matrikler på Hospitalsenheden Vest. Flytningen sker med regnereglen 75/25. DRG-værdien for den øvrige aktivitet, der skal flytte, er på 14,6 mio. kr. i 2009-priser, svarende til 15,1 i 2011-P/L. Det betyder en besparelse på 7,5 mio. kr.</p>
<p>4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalet?</p>
<p>Hospitalsplanen forudsætter akutklinik, og ambulante og stationære funktioner i Ringkøbing, samt dagkirurgisk funktion og friklinik. Der vil blive ændret på disse forudsætninger, således at der fremover vil være akutklinik og ambulante funktioner i et sundhedshus.</p>
<p>5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer ? – hvis ja, beskriv hvilke</p>
<p>Forslaget giver ingen lokalemæssige ændringer.</p>
<p>6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål ?</p>
<p>En del af den nuværende aktivitet i Ringkøbing vil fremover skulle varetages andre steder.</p>
<p>7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser ? – hvis ja, beskriv hvilke</p>
<p>Det må forventes, at der vil være reduktion i antallet af stillinger som følge af forslaget. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.</p>
<p>8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem ? – hvis ja, beskriv hvilke</p>
<p>Forslaget er baseret på, at en vis andel af de ressourcer, der i dag er til driften af matriklen, bliver tilbage i Hospitalsenheden Vest. Der forventes derfor ikke afledte effekter af forslaget for andre specialer eller områder.</p>
<p>9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget</p>
<p>Samlingen af behandlingerne forventes at kunne træde i kraft 1. november 2011.</p>

10. Beskriv forslagens aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi			
DRG-værdi, mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Øvrig aktivitet, Regionshospitalet Ringkøbing (HE Vest)	-2,5	-15,1	-15,1
Øvrig aktivitet, øvrige matrikler HE Vest	2,5	15,1	15,1
Aktivitetsændringer i alt	0,0	0,0	0,0
For Hospitalsenhed Vest som helhed vil flytningen ikke ændre baseline, idet ændringen vedr. friklinikken er beskrevet under kapitel 4.2 Det kirurgiske område.			
11. Beskriv forslagens brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt			
Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Lukning af senge Ringkøbing, Hospitalsenhed Vest	-3,2	-19,3	-19,3
Overførsel af øvrig aktivitet, Ringkøbing, Hospitalsenheden Vest	-1,3	-7,5	-7,5
Nettobesparelse i alt	-4,5	-26,8	-26,8
12. Øvrige bemærkninger	Ingen.		

1. Forslag nr.:	3.2.2																					
2. Spareforslag overskrift:	Omlægning af Regionshospitalet Grenaa til sundhedshus, inkl. akutklinik																					
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget) :																						
<p>Det foreslås, at de nuværende senge på Regionshospitalet Grenaa lukkes, og at aktiviteten overføres til Regionshospitalet Randers. Friklinikaktiviteten overføres til Silkeborg. Endvidere foreslås det, at den øvrige kirurgiske aktivitet overføres til Regionshospitalet Randers.</p> <p>Sundhedsstyrelsen har i forhold til specialeplanlægningen beskrevet, at et grundlæggende udgangspunkt for specialeplanlægningen er, at "øvelse gør mester" – det vil sige, at der er en sammenhæng mellem sundhedsfaglig erfaring, kvalitet og volumen på både individ-, enheds- og sygehusniveau. Det er alt andet lige nemmere at opnå erfaring og volumen på større enheder end på mindre.</p> <p>Hertil kommer, at det er vanskeligt at opretholde hensigtsmæssig driftsøkonomi i hospitalsaktiviteten på en separat matrikel af flere årsager:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mulighederne for at anvende hospitalslokalerne på regionens større matrikler bliver mindre effektiv, når aktiviteten er spredt på mange lokaliteter, end hvis den var placeret alene på de større matrikler. Samles aktiviteten på færre lokaler, må det forventes, at lokaler og apparatur i højere grad anvendes over hele arbejdsdagen, hvor nogle lokaler og noget apparatur i dag anvendes begrænset om eftermiddagen. • Matriklen kræver i sig selv mere vedligehold, end hvis aktiviteten var integreret i en anden, allerede eksisterende matrikel andet steds. • Personalet skal bruge mere tid på transport mellem matriklerne. Dette forringer produktiviteten, dels fordi personalet anvender mindre tid på behandling og mere på transport, dels fordi transporten mellem matriklerne i arbejdstiden skal dækkes af regionen. <p>Det er blevet undersøgt, i hvor stort omfang Grenaa-matriklen er modtagende hospital, når borgere i lokalområdet har behov for indlæggelse på hospital.</p> <p><i>Tabel 1: Oversigt over det samlede antal indlæggelser for borgere på Djursland i 2009</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hospital</th> <th>Antal</th> <th>Procent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Randers</td> <td>10.563</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>Århus Sygehus</td> <td>2.437</td> <td>14%</td> </tr> <tr> <td>Skejby</td> <td>2.066</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>Grenaa</td> <td>677</td> <td>4%</td> </tr> <tr> <td>Andre</td> <td>1.774</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>I alt</td> <td>17.517</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Af tabellen fremgår det, at 96% af patienterne fra kommunerne på Djursland indlægges på andre matrikler end Regionshospitalet Grenaa. Dvs., at behovet for hospitalsindlæggelser i kommunerne på Djursland i dag reelt varetages af andre hospitaler end af Regionshospitalet Grenaa. I 2009 var der 685 udskrivninger fra sengeafsnittet i Grenaa. DRG-værdien af aktiviteten på sengeafsnittet var i 2009 37,6 mio. kr., hvilket er et noget højere niveau end de faktiske udgifter på sengeafsnittet.</p> <p>Nærværende spareforslag forudsætter, at der opretholdes en akutklinik med lægelig, telemedicinsk back up i Grenaa. Der vil således fortsat være mulighed for behandling af akutte skader i Grenaa. Der opretholdes en ambulante medicinsk aktivitet svarende til det lokale behov.</p> <p>Regionsrådet besluttede på møde den 17. november 2010 at etablere første fase af Grenaa Sundhedshus. Det er planlagt, at sundhedshuset skal rumme en række ambulante hospitalsaktiviteter, almen praksis og speciallægepraksis samt kommunale sundhedstilbud. Disse planer er uændrede.</p> <p>Beregningen af sparepotentialet som følge af ændringerne i Grenaa sker på baggrund af 3 metoder.</p> <p>A. Indlagte patienter i Grenaa</p> <p>Nettodriftsudgifterne til driften af sengeafsnittet i Grenaa er 10,8 mio.kr. Som en del af det budgetforlig, der blev vedtaget d. 8. september 2010, blev det besluttet, at der skulle spares 2,0 mio.kr. på sengeafsnittet i Grenaa. Besparelspotentialet ved lukning af sengene i Grenaa kan dermed opgøres til (10,8 mio.kr. – 2,0</p>		Hospital	Antal	Procent	Randers	10.563	60%	Århus Sygehus	2.437	14%	Skejby	2.066	12%	Grenaa	677	4%	Andre	1.774	10%	I alt	17.517	100%
Hospital	Antal	Procent																				
Randers	10.563	60%																				
Århus Sygehus	2.437	14%																				
Skejby	2.066	12%																				
Grenaa	677	4%																				
Andre	1.774	10%																				
I alt	17.517	100%																				

<p>mio.kr.=) 8,8 mio.kr. i 2010-P/L, svarende til 8,9 mio.kr. i 2011-P/L.</p> <p>De indlagte patienter i Grenaa skal fremover færdigbehandles i Randers. Det betyder, at DRG-værdien, som hidtil er blevet genereret i Grenaa delvist vil forsvinde med en antagelse om at et samlet patientforløb på én matrikel giver en lavere DRG-værdi end et patientforløb med indlæggelser på to matrikler. Aktiviteten skal fremover varetages af Regionshospitalet Randers uden overførsel af økonomiske midler. Sengelukningen skal dermed ses i sammenhæng med den generelle omstilling fra stationær til ambulante behandling. Produktionskravet fastholdes som udgangspunkt, dog med mulighed for at justere såfremt lukning af sengene i Grenaa fører til bortfald af klinisk aktivitet.</p> <p>B. Overførsel af friklinisk aktivitet til Regionshospitalet Silkeborg</p> <p>Al friklinisk aktivitet i Region Midtjylland foreslås samlet i på Regionshospitalet Silkeborg, det gælder dermed også friklinisk aktiviteten i Grenaa. Regionshospitalet Randers reduceres med den oprindelige bevilling på friklinisk aktiviteten på 2,5 mio. kr. Flytningen sker med økonomi svarende til 50% af DRG-værdien. Besparelsen er regnet med i kapitel 4,2 Det kirurgiske område.</p> <p>C. Overførsel af øvrig aktivitet til andre matrikler på Regionshospitalet Randers</p> <p>Dagkirurgisk aktivitet og tilhørende ambulante besøg skal flytte til andre matrikler på Regionshospitalet Randers. Flytningen sker med regnereglen 75/25. DRG-værdien for den øvrige aktivitet, der skal flytte, er på 19,1 mio. kr. i 2009-P/L, svarende til 19,8 mio.kr. i 2011-P/L. Det betyder en besparelse på 9,9 mio. kr.</p>
<p>4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen?</p>
<p>Hospitalsplanen forudsætter akutklinik, og ambulante og stationære funktioner i Grenaa, samt dagkirurgisk funktion og friklinik. Der vil blive ændret på disse forudsætninger, således at der fremover vil være akutklinik og ambulante funktioner i et sundhedshus.</p>
<p>5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer ? – hvis ja, beskriv hvilke</p>
<p>Forslaget giver ingen lokalemæssige ændringer.</p>
<p>6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?</p>
<p>En del af den nuværende aktivitet i Grenaa vil fremover skulle varetages andre steder.</p>
<p>7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser ? – hvis ja, beskriv hvilke</p>
<p>Det må forventes, at der vil være reduktion i antallet af stillinger som følge af forslaget. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.</p>
<p>8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem ? – hvis ja, beskriv hvilke</p>
<p>Forslaget er baseret på, at en vis andel af de ressourcer, der i dag er til driften af matriklen, bliver tilbage i Regionshospitalet Randers. Der forventes derfor ikke afledte effekter af forslaget for andre specialer eller områder.</p>
<p>9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget</p>
<p>Samlingen af behandlingerne forventes at kunne træde i kraft 1. november 2011.</p>

10. Beskriv forslagetets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi			
DRG-værdi, mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Ændring aktivitet, Regionshospitalet Grenaa (RH Randers og Grenaa)	-3,3	-19,8	-19,8
Ændring aktivitet, Regionshospitalet Randers (RH Randers og Grenaa)	3,3	19,8	19,8
Aktivitetsændringer i alt	0,0	0,0	0,0
<p>For Regionshospitalet Randers som helhed vil flytningen ikke ændre baseline, idet ændringen vedr. friklinikken er beskrevet under kapitel 4.2 Det kirurgiske område.</p>			
11. Beskriv forslagetets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt			
Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Lukning af senge, Grenaa, Regionshospitalet Randers	-1,5	-8,9	-8,9
Øvrig aktivitet, Grenaa, Regionshospitalet Randers	-1,7	-9,9	-9,9
Nettobesparelse i alt	-3,2	-18,8	-18,8
12. Øvrige bemærkninger	Ingen.		

1. Forslag nr.:	3.3
2. Spareforslag overskrift:	Ændringer i den præhospitale indsats
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget) :	
<p>Forslaget til omstilling inden for det præhospitale område, herunder akutlægebilsdækningen i Region Midtjylland, er baseret på fem døgndækkende akutlægebiler samt et styrket ambulanceberedskab, hvor ambulancer i yderområderne opgraderes til paramedicinerbemanding. Desuden indsættes flere ambulancer i de områder, hvor responstiden er relativt lang. Den alternative model vil sikre ensartethed, forenkling og kvalitet i den præhospitale indsats i Region Midtjylland.</p> <p>De fem døgndækkende akutlægebiler vil have base på regionens fem akutmodtagelser: Herning, Viborg, Randers, Århus og Horsens, og de vil arbejde tæt sammen med regionens ambulancer. For at sikre en kvalificeret præhospital indsats på tværs af regionen, opgraderes ambulancerne i de tyndt befolkede områder, hvor der er lang kørevej til nærmeste akutmodtagelse, til at blive bemandede med en ambulanceassistent og en paramediciner.</p> <p>Der indsættes 16 paramedicinerbemandede ambulancer i blandt andet de områder, hvor der i dag kører akutbiler. De erstatter de fem akutbiler, der eksisterer i regionen i dag samt Karup-bilen. Når det vælges at opgradere 16 ambulanceberedskaber skyldes det hensynet til i højere grad at sikre, at der er paramedicinerbemandede ambulancer i den vestlige del af regionen og på Djursland - også selvom en paramediciner f.eks. er optaget af transport af patient til universitetshospitalet i Århus. Disponenterne i AMK-vagtcentralen vil have overblik over, hvilke ambulancer der er bemandede med paramediciner for at kunne disponere disse til de patienter, der har størst behov.</p> <p>For yderligere at opgradere den præhospitale indsats i de områder, hvor der er langt til en akutmodtagelse og relativt lange responstider for ambulancerne, indsættes to nye ambulancer bemandede med ambulanceassistent og ambulancebehandler. De indsættes som et lavaktivitetsberedskab i Struer og et dagberedskab i Ringkøbing.</p> <p>Den ændrede præhospitale indsats medfører nedlæggelse af akutlægebilerne i Lemvig, Holstebro, Silkeborg og på Djursland samt som nævnt de nuværende akutbiler.</p> <p>Udover akutlægebiler og akutbiler suppleres ambulancerne i Region Midtjylland i dag af en række lokalt afgrænsede præhospitale ordninger, der er etableret af de tidligere amter. De supplerende præhospitale ordninger bør kun opretholdes, hvor den nye model har behov for at blive suppleret. Dette vil konkret sige de supplerende præhospitale ordninger på øerne. I de øvrige områder dækkes borgerne af de beredskaber, der indgår i den nye model, og det foreslås, at disse supplerende ordninger nedlægges. Konkret foreslås det, at Karup-bilen samt hjemmesygeplejerskeordningerne nedlægges. Udrykningslægeordningen på Mols og hjertestarteraftalen i Århus nedlægges ligeledes. Opgaver, der hidtil er varetaget af disse ordninger, vil fremover blive dækket af regionens sædvanlige præhospitale beredskab.</p> <p>Forslaget vil sikre ensartethed, forenkling og kvalitet i den præhospitale indsats i Region Midtjylland.</p> <p><i>Ensartethed:</i> Uanset bopæl vil borgeren kun møde to typer af beredskaber; ambulancer og akutlægebiler. Uanset, hvor i Region Midtjylland man bor, vil man desuden kunne forvente en ensartet præhospital indsats, baseret på ensartede principper. Alle akutlægebiler vil fremover blive</p>	

disponeret efter ensartede disponeringsretningslinjer i henhold til kriterierne i Dansk Indeks, der er et nationalt sundhedsfagligt disponeringsværktøj. Der vil altså ikke, som i dag være regionale forskelle i, hvilken type præhospital hjælp borgeren modtager. Desuden vil de præhospitalt beredskaber være fordelt jævnt udover regionen, så alle borgere kan forvente en hurtig og kvalificeret præhospital indsats.

Forenkling: I dag er den præhospitalt indsats baseret på flere typer af beredskaber; ambulancerne suppleres af akutbiler med forskellig type bemanning samt akutlægebiler, der er organiseret forskelligt på tværs af regionen og som kører efter forskellige disponeringsretningslinjer. I den alternative model baseres den præhospitalt indsats på ambulancer, der suppleres af akutlægebiler. De supplerende ordninger bevares kun i det omfang, de er tilknyttet øerne. I denne model vil borgerne i Region Midtjylland altså som udgangspunkt kun møde to typer af akutberedskaber; ambulancer og akutlægebiler, hvilket skaber klarhed og tryghed.

Kvalitet: Borgerne i Region Midtjylland sikres en kvalificeret præhospital indsats i forbindelse med akut sygdom og tilskadekomst - fx hjertestop og traumer - der er afstemt efter behovet i den enkelte situation. Der vil være en kvalificeret læge involveret, når en borger får behov for akut hjælp, i svære tilfælde ved, at lægen møder borgeren ude på stedet eller i ambulancen på vej mod akutmodtagelsen. I andre tilfælde kan lægen supervisere ambulancebehandleren/paramedicinere på skadesstedet eller i ambulancen, indtil lægen kan overtage behandlingen. I de områder, hvor der er langt til en akutmodtagelse vil ambulancerne blive bemandede med paramedicinere i stedet for ambulancebehandlere, der bemander ambulancerne i dag.

Forslaget betyder, at de anæstesiologiske ressourcer kan udnyttes bedre. F.eks. har akutbilerne/akutlægebilerne i dag store forskelle i aktivitet. Med forslaget vil alle 5 akutlægebiler have en høj udnyttelse.

Forslaget indebærer ændringer i forhold til akutplanen og andre efterfølgende beslutninger på området. Jævnfør Akutplanen skal der eksempelvis være akutbiler bemandede med anæstesisygeplejersker forskellige steder i regionen. Jævnfør Plan for akutberedskabet i Nordvestjylland vil der være lægebemandet akutbil i Lemvig.

Ifølge forslaget vil der ske en harmonisering og forenkling af strukturen og bemanning med læger på fem akutlægebiler, der koncentrerer ved de fem akutmodtagelser, mens ambulanceberedskabet styrkes i øvrige områder.

Der kan muligvis også være behov for justeringer i henhold til de indsendte ansøgninger til puljen fra finanslovsaftalen 2009-2010. Region Midtjylland har således dér f.eks. tilkendegivet, at man vil fastholde den nuværende 112-ordning i Lemvig Kommune, mens ordningen foreslås udfaset i nærværende forslag.

Præhospitalet har beregnet en besparelse på ca. 15 mio. kr. (14,8 mio. kr.) ved at vælge den alternative model for præhospital indsats, herunder akutlægebilsdækningen frem for den aktuelle model. Ved opgørelsen af besparelsen skal der dog tages højde for engangsudgifter i forbindelse med omlægningen til udstyr i akutlægebiler og ekstra ambulancer samt uddannelse af ekstra paramedicinere på ca. 2,3 mio. kr.

Det samlede skøn er en (varig) besparelse på ca. 15 mio. kr. (14,8 mio. kr.)

4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitaletplanen ?
Det vil betyde ændring i forhold til Akutplanen. Det vil betyde ændring i forhold til Plan for akutberedskabet i Nordvestjylland. Vurderes ikke direkte at nødvendiggøre ændringer i forhold til Sundhedsberedskabs- og præhospitaletplanen
5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer ? – hvis ja, beskriv hvilke
De hospitaler, der skal rumme akutlægebilerne i den nye model, rummer også i dag akutlægebiler. Der vil derfor ikke som udgangspunkt være behov for omfattende lokalemæssige ændringer. Evt. overskydende lokaler andre steder.
6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål ?
Ingen ændringer i forhold til vedtagne servicemål For så vidt angår ændringer i den udførte service henvises til afsnit 3 ovenfor.
7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser ? – hvis ja, beskriv hvilke
Der vil være en del personale, hvor der vil skulle ske afvikling af hidtidige ansættelsesaftaler/-forhold. Det drejer sig om anæsthesisygeplejersker henholdsvis læger. I den udstrækning disse er tilknyttet akutbilsordning på konsulentbasis vil det næppe medføre større konsekvenser. De enkelte hospitaler vil skulle vurdere, hvad forslaget har af konkrete personalemæssige konsekvenser på den enkelte arbejdsplads. Det vil dog i alle tilfælde kræve en varslingsperiode samt i en række tilfælde éngangsudgifter til afvikling.
8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem? – hvis ja, beskriv hvilke
Det vurderes overordnet set ikke at være tilfældet.
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget
Da der er tale om en sammenhængende plan for den præhospitale indsats i Region Midtjylland, forudsætter implementeringen heraf, at de nye aftaler træder i kraft samtidig. De nuværende præhospitale ordninger, der foreslås nedlagt, har typisk en opsigelsesvarsel på 6 måneder. Desuden skal der evt. ske varslning af personale, der skal omplaceres. Forudsat at der træffes beslutning om implementering i 1. kvartal 2011, vil det være realistisk, at de nye ordninger stort set kan træde i kraft fra 1. januar 2012. Det forventes, at der på dette tidspunkt kan være indgået kontrakter om 5 nye akutlægebiler, 2 ekstra ambulancer samt opstart af 12 ambulanceberedskaber, hvor

<p>ambulancebehandlerne er erstattet af paramedicinere. De sidste fire ambulancer forventes opgraderet til paramedicinerbemanding i løbet af 1. kvartal 2012.</p> <p>Forudsætningen for at være klar til implementering 1. januar 2012 er, at der i forbindelse med omlægningen afholdes engangsudgifter på maks. 2,3 mio. kr. i 2011 Disse udgifter vil skulle fratrækkes besparelsen i 2012 og derfor vil besparelsen i 2012 blive 12-13 mio. kr. Den fulde besparelse på 14,8 mio. kr. vil således slå igennem i 2013.</p>				
10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi				
Der er ingen DRG-aktivitet på dette område.				
11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt				
	Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
	Bruttobesparelse	0,0	-14,8	-14,8
	Evt. afledte merudgifter	2,3	2,3	
	Nettobesparelse i alt	2,3	-12,5	-14,8
12. Øvrige bemærkninger	Ingen.			

1. Forslag nr.:	4.1
2. Spareforslag overskrift:	Samle fødslerne i regionen på fem matrikler og omlægning af pædiatrien i den østlige del af Region Midtjylland

3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget):

Hovedpunkter

- Nedlæggelse af gynækologi/obstetrik i Silkeborg og fødeafdelingen i Holstebro
- Samling af de nuværende to pædiatriske døgnberedskaber i den østlige del af regionen i Skejby, hvilket indebærer, at der ikke længere er selvstændig pædiatrisk afdeling i Randers
- Skejby betjener herefter Horsens og Randers med ensartet pædiatrisk dækning, så mest mulig pædiatrisk betjening foregår lokalt samtidig med et udvidet backup til fødslerne
- Opjustering af den neonatale transport- og assistanceordning

Besparelse på gynækologi og obstetrik

Det foreslås at lukke fødeafdelingen på RH Holstebro og gynækologisk-obstetrisk afdeling på RH Silkeborg og samle fødslerne på fem matrikler i regionen. Gennemførelsen af dette forslag vil sikre høj faglighed og en mere rentabel drift af det gynækologiske-obstetriske område ved en bedre udnyttelse af døgnberedskaberne og den tilgængelige kapacitet.

Forslaget skal ses i kombination med en omlægning af pædiatrien i den østlige del af Region Midtjylland, der bl.a. indebærer en opjustering af den neonatale transport- og assistanceordning, der behandler syge nyfødte. Denne omlægning beskrives yderligere senere i dette besparelsesforslag.

Der er i dag fødsler på syv matrikler i Region Midtjylland. Sundhedsstyrelsen har i et brev pr. 9. oktober 2007 vedrørende Region Midtjyllands akutplan opfordret til at sammenlægge fødesteder i Region Midtjylland. Det er således anført, at: "Sundhedsstyrelsen vurderer ikke, at Region Midtjyllands geografi umiddelbart tilsiger syv fødesteder i regionen og vil derfor opfordre til, at enkelte af regionens fødesteder sammenlægges."

Antal af fødesteder og befolkningsunderlag pr. fødested i regionerne					
	Befolkningsunderlag (pr. 1. oktober 2010)	Antal fødesteder (1. 1. 2011)	Befolkningsunderlag pr. fødested	Antal fødesteder med dette forslag og forventet udvikling	Befolkningsunderlag med dette forslag og forventet udvikling
Region Midtjylland	1 259 970	7	179.995	5	251.994
Region Hovedstaden	1 697 490	5	339.498	5	339.498
Region Syddanmark	1 200 666	6*	200.111	5	240.133
Region Sjælland	820 308	4	205.077	4	205.077
Region Nordjylland	579 275	3	193.091	3	193.091
Total	5 557 709	25	222.308	22	252.623

Kilde: Danmarks Statistik,
 * Region Syddanmark forventes at samle fødslerne fra Haderslev og Sønderborg i Aabenraa inden for 2-3 år.

Med forslaget vil Region Midtjyllands struktur på det obstetriske område være sammenlignelig med Region Syddanmarks planer, hvad angår antallet af fødesteder og befolkningsunderlag.

Forslaget sigter også mod at sikre en bedre udnyttelse af døgnberedskaberne og den tilrådeværende kapacitet. En benchmarking-rapport for det gynækologisk-obstetriske område fra august 2010 viser, at der er stor variation i produktiviteten for de gynækologiske-obstetriske afdelinger i regionen. Det vurderes således, at Region Midtjylland har overkapacitet på det gynækologiske område. Dette er først og fremmest betinget af, at der er mange fødesteder, hvilket kræver mange speciallæger til dækning af døgnberedskabet

med henblik på varetagelse af fødslerne. Det medfører for mange læger i dagtid i forhold til den elektive gynækologiske aktivitet.

Af samme grund vurderes det, at den gynækologiske aktivitet fra Silkeborg kan overtages af de øvrige gynækologiske afdelinger i regionen efter nærmere aftaler om optageområder og efter præcisering af Sundhedsstyrelsens specialeplan.

I perioden 2007 til 2009 har de gynækologiske/obstetriske afdelinger ved RH Silkeborg og Hospitalsenheden Vest oplevet et fald på mere end 10 % i den samlede DRG-værdi, hvor det især er det stationære område, der giver anledning til den negative ændring. De øvrige gynækologiske/obstetriske afdelinger i regionen har haft en værdistigning mellem 0,3 % og 8 %.

Målt på værdien af aktiviteten i forhold til de forbrugte lønkroner har de gynækologiske/obstetriske afdelinger på RH Silkeborg og de to afdelinger på Hospitalsenheden Vest en produktivitet på henholdsvis 81 og 84, hvor gennemsnittet for hele regionen er 100. Og udtræk fra Sundhedsstyrelsens Omkostningsdatabase viser, at det for de tre pågældende fødesteder koster 100 kr. i omkostninger at producere en DRG-værdi på henholdsvis 95,8 i Silkeborg, 93,7 i Herning og 83,1 i Holstebro. I princippet betyder det, at det rent omkostningsmæssigt vil være billigere at få produceret ydelserne på andre hospitaler til 100 % af DRG-værdien.

I de sidste tre år har der ca. været 15.000 fødsler årligt i Region Midtjylland. Der foreslås som udgangspunkt følgende konkrete fordeling til overtagelse af den aktivitet, som hidtil har været varetaget i Holstebro og Silkeborg:

- Alle gravide fra Skanderborg Kommune visiteres til fødsel i Horsens
- Alle gravide i Favrskov Kommune visiteres til fødsel i Randers
- Alle gravide i Silkeborg kommune visiteres til Viborg
- Alle fødsler fra Holstebro visiteres til Herning

	Antal fødsler 2009	Anslået antal fødsler i 2012 med dette forslag (afrundet)
Skejby	4.803	5.000
Randers	2.094	2.100
Herning	2.005	3.000
Viborg	1.965	2.800
Horsens	1.863	2.200
Silkeborg	1.335	-
Holstebro	1.047	-
I alt	15.112	15.100

De komplicerede fødsler fra Horsens er hidtil gået til Randers. Det drejer sig om først og fremmest gravide/fødende, hvor barnet er mellem 28 og 35 uger samt gravide med såkaldt monochorisk tvillingegraviditet. Fremover skal Skejby modtage disse både fra Horsens og Randers. De samme typer gravide fra Silkeborg er hidtil gået til Skejby. Antalsmæssigt er der tale om få (ca. 150-200) gravide.

Ved reduktion i antallet af fødesteder vil der være fødende, der får længere afstand til et hospital med fødeafdeling, og det kan føre til en større udbredelse af alternative fødselsmuligheder, herunder særligt hjemmefødsler. I dag har kvinder ret til vederlagsfri jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet. Der er ingen DRG-takst for hjemmefødsler. Det skal bemærkes, at generelt er der forholdsmæssigt få hjemmefødsler i Danmark. På landsplan føder 98-99 % af de gravide på hospitalerne, og til sammenligning føder omkring hver tredje gravide i Holland i hjemmet.

Jordemoderkonsultationerne vil fremover blive betjent af de hospitaler, der overtager aktiviteten i det pågældende område. Fordelingen af de gynækologiske patienter følger den samme overordnede fordelingsplan.

Med hensyn til det pædiatriske back-up i forhold til obstetrikken henvises til nedenstående.

Besparelser på pædiatrien

Ud over samlingen af fødsler på fem matrikler foreslås det, at de nuværende to pædiatriske døgnberedskaber på RH Randers og AUH Skejby samles på AUH Skejby. I Randers, hvor beredskabet fjernes, bevares de resterende dagtilbud og den neonatale service til de øvrige fødesteder styrkes væsentligt med døgndækkende neonatal transportordning med kortere responstid.

Blandt argumenter for samlingen er, at udviklingen inden for pædiatrien er, og har i de seneste 25 år været, præget af en udtalt specialisering, der forventes at blive forstærket med hastigt voksende muligheder for diagnostik og behandling. En opdeling af pædiatrien i fagområder skal sikre høj faglig kvalitet og gør det samtidig nødvendigt at samle pædiatrien på få afdelinger i regionen. En samling af de pædiatriske afdelinger vil imødekomme en række udfordringer ved den nuværende organisering. Blandt andet at der ikke er speciallæger tilstede i vagten, at særlige fagområder hviler på enkeltpersoner på regionshospitalerne, og på AUH Skejby er der relativt få speciallæger inden for visse højt kvalificerede fagområder.

Ved at samle de to østjyske børneafdelinger på universitetshospitalet i Skejby vil der være ensartethed i indretningen på området mellem akuthospitalerne i Randers og Horsens, og fremover vil den østlige, vestlige og midterste del af Region Midtjylland således hver være dækket af én pædiatriske afdeling.

En samling på AUH Skejby, med en placering nogenlunde midt imellem regionshospitalerne i Randers og Horsens, vil medføre de mindste transportgéner for patienterne. Tilmed vurderes det, at både den gennemsnitlige og maksimale transporttid i Østjylland vil falde. En del af forklaringen er, at børn fra Horsens og Hedensted i øjeblikket visiteres til indlæggelse på RH Randers, og undervejs køres derfor forbi den nærmeste børneafdeling i regionen (AUH Skejby). Denne udfordring omkring visitationen i Østjylland vil dette forslag således også tage hånd om.

Aktuel organisering af pædiatrien i Region Midtjylland.

Ud over den højt specialiserede børneafdeling i Skejby er der en børneafdeling med neonatalafsnit på regionshospitalerne i Herning, Viborg og Randers. Antallet af sengepladser, det nuværende patientunderlag og patientunderlaget ved gennemførelse af dette forslag fremgår nedenfor.

	Disponible senge i børneafdelingen	Nuværende patientunderlag (0-15-årige)	Patientunderlag ved tre pædiatriske afdelinger
AUH Skejby	89,1	Ca. 75.000	147.000
RH Randers	36,6	Ca. 72.000	
RH Herning	43,3	Ca. 60.000	56.000
RH Viborg	55,3	Ca. 48.000	45.000

Kilde: infoRM – disponible senge på børneafdelinger, 2009

RH Randers har et patientgrundlag på størrelse med AUH Skejby, da hospitalet også har Horsens og Hedensted som optageområde. Der er satellitfunktion inkluderende ambulatorium og neonataltilsyn i Horsens. Den relativt høje sengeandel i Skejby er betinget af, at hospitalet varetager en række højt specialiserede funktioner, der kun udføres få steder i landet.

Siden 1. januar 2009 har Region Midtjylland desuden haft en neonatal transportordning, der har til opgave at transportere svært syge børn til afdelinger, der kan yde mere specialiseret behandling. I 2009 blev der udført 151 transporter mellem sygehus, hvor barnet har haft behov for mere specialiseret behandling. Når transportholdet når frem, overtager det behandlingen, der så udføres i samarbejde med det lokale personale, og afgang sker først når barnet er stabiliseret. Indtil 1. november 2009 var ordningen midlertidig, hvorefter ordningen har haft egen baby-ambulance og transporthold. Det har givet et betydeligt kvalitetsløft i form af kortere responstid, hvilket har betydet forbedring af den service, der kan tilbydes.

Alle tre regionsbørneafdelinger har bagvagt med rådighedsvagt fra bolig og en forvagt i tilstedeværelsesvagt. Tiden for at tilkalde vagten er inden for 30 minutter. I Skejby er der neonatal tilstedeværelsesvagt på speciallægeniveau, en almen pædiatriske bagvagt med rådighed fra hjemmet, en tilstedeværende mellemvagt (HU-læge) og tilstedeværende forvagt.

Pædiatrien er blevet meget subspecialiseret i fagområder (neonatologi, endokrinologi, onkologi gastroenterologi etc). Speciallægerne i pædiatri er udover speciallægeuddannelse uddannet til et fagområde. Til varetagelsen af de højt specialiserede funktioner inden for hvert fagområde kræver

Sundhedsstyrelsen 3 speciallæger med de nødvendige kompetencer. På de regionale børneafdelinger bæres subspecialerne på hovedfunktionsniveau af enkeltpersoner, som ofte må varetage flere subspecialer. Det betyder, at visse subspecialer må varetages af overlæger med uddannelse og kompetencer inden for et andet subspecialer.

Overordnet set viser den seneste vakancetælling, at der mangler 5 speciallæger på regionshospitalernes børneafdelinger. Dette er et begrænset antal, og der er samtidig stor søgning til uddannelsesforløb i specialet. Sundhedsstyrelsens udbudsprognose varsler en stigning med ca. 20 % i antallet af pædiatere de kommende 10-20 år med nuværende uddannelseskapacitet. Der foreligger ikke præcise opgørelser over rekrutteringsforhold inden for fagområder, da der er tale om selviværksat (ofte fra afdelinger, men kan også være fra yngre læger) efteruddannelse og ikke om formaliseret videreuddannelse.

Generelt om pædiatrien

Pædiatri er et speciale fordelt på mange enheder og med en meget stor spredning af sygdomsgrupperne. Den tiltagende subspecialisering har derfor været en udfordring for specialet, idet de lokale lægefaglige miljøer som konsekvens er meget små. Specialet har derfor et stort fagligt behov for at samle sig på færre enheder. Med specialeplanen er der lagt op til en yderligere specialisering inden for specialet, idet en række regionsfunktioner og højtspecialiserede funktioner fremover udelukkende kan varetages på AUH Skejby.

I specialeplanen for pædiatri anføres det bl.a., at der inden for pædiatri stilles "*store krav til kvalificeret vagtberedskab på speciallægeniveau i forbindelse med vurdering af akut syge børn, hvorfor der bør være adgang til speciallæger med ekspertise inden for flere af områderne i pædiatri*".

Den del af pædiatrien, som varetager behandling af syge nyfødte, neonatologi, er imidlertid tæt knyttet til obstetrikken. I princippet betyder dette, at der bør være neonatalafdeling på alle fødesteder, dog er der ikke direkte krav om tilstedeværelse af uddannede neonatologer. Den aktuelle praksis er, at kun på AUH Skejby er der døgndækket tilstedeværelse af speciallæge på neonatalafsnittet, mens tilstedeværelsen på de øvrige pædiatriske afdelinger dækkes af yngre ikke-speciallæger med mulighed for tilkald af pædiatriske speciallæger fra hjemmet, hvoraf kun enkelte har særlige kompetencer inden for neonatologi.

Da antallet af fødesteder overstiger antallet af børneafdelinger, er der en grundlæggende modsætning mellem pædiatriens og obstetrikens faglige behov mht. mulighederne for at opretholde bæredygtige faglige enheder inden for de to specialer. Denne diskrepans forventes at blive forstærket.

Udfordringer ved den nuværende organisering

De største udfordringer ved den nuværende organisering af regionens pædiatri kan sammenfattes til:

Regionshospitalernes børneafdelinger:

- Ingen speciallæge til stede i vagten
- Subspecialist-funktioner hviler på enkeltpersoner
- Vanskeligt at fastholde tre ligeværdige bæredygtige børneafdelinger

AUH Skejby:

- For få speciallæger inden for visse højt kvalificerede fagområder
- Mangel på fagområdeekspertuddannelses-stillinger.

Generelt:

- Fødestederne i Silkeborg, Holstebro og Horsens er uden børneafdeling og dermed neonatalafdeling.
- Børn fra den sydøstlige del af regionen kører forbi den nærmeste børneafdeling i regionen (Skejby) på vej til indlæggelse i Randers.
- Børneafdelingerne i Randers og Skejby ligger meget tæt på hinanden.

Forslag til den fremtidige organisering af pædiatrien i Østjylland

- De pædiatriske døgnberedskaber på RH Randers og AUH Skejby samles på AUH Skejby
- I Randers bevares de resterende dagtilbud, så der vil være:
 - Et ambulante tilbud med udgangspunkt i det nuværende ambulante tilbud.
 - Et dagafsnit, som evt. kan have åbent til først på aftenen.
 - En akutklinik mandag-fredag, som kan vurdere akut syge børn med en god chance for ikke at have behov for indlæggelse. Også dette tilbud kan have længere åbningstid f.eks. 8 – 18. Erfaringerne fra børneafdelingernes akutmodtagelser er, at 55-60 % af de akut henviste

- børn kan sendes hjem efter en vurdering og nogle timers observation. Børn som kræver indlæggelse sendes med ambulance eller forældre til børneafdelingen i Skejby.
 - Dagligt pædiatrisk barselstilsyn.
 - AUH Skejby leverer lægefaglig dækning med kompetencer både inden for basispædiatri samt i fornødent omfang inden for subspecialerne.
- I Horsens etableres et lignende tilbud
 - Den neonatale service til fødesteder uden neonatalafdeling skal bestå af:
 - Dagligt pædiatrisk barselstilsyn, som nævnt ovenfor.
 - Mulighed for pædiatrisk bistand til barsels-/fødegang i dagtid (evt. forlænget).
 - I vagten mulighed for umiddelbar assistance fra neonatallæge telefonisk, pr. videokonference eller ved akut tilkald inden for en halv time. Vurderes overflytning til neonatalafdeling at være nødvendig, afhenter neonatallægen barnet via den specialiserede neonatale transportordning, der er tilgængelig døgnet rundt.
 - Den neonatale transportordning vil få betydelig kortere responstid, idet der sker en opgradering af beredskabet, således at neonatologerne er i tilstedeværelse frem for i tilkald som i dag.
 - Obligatorisk tilbagevendende Hjerter-lunge-redning (HLR)-undervisning inkl. scenarietræning af anæstesilæger, obstetrikere og jordemødre forestået af neonatologerne i Skejby.
 - Transport af syge børn (tre typer)
 - *Fra hjemmet til sygehus.* De fleste børn bringes af deres forældre. Resten transporteres i ambulance af Præhospitalet under brug af det almindelige beredskab, som også bruges til voksne patienter. Antallet af disse transporter må antages at forblive uændret. Den gennemsnitlige transporttid må forventes at falde lidt i øst (60 % af Randers' optageområde har kortere eller lige så langt til Skejby).
 - *Neonatale børn (< 3 mdr.) mellem sygehusene.* Varetages uændret af den neonatale transportordning, men med kortere responstid end nu.
 - *Alvorligt syge større (ikke-neonatale) børn mellem sygehusene.* Varetages i øjeblikket af alm. anæstesilæger uden særlig erfaring med børn. Opgaven bør ideelt set løses ved at neonataltransportordningen/børneanæstesiologer overtager transport af børn op til 1-2 år, mens de væsentlig færre transporter af større børn bør varetages af børneanæstesiologer med særlig uddannelse heri. Dette er ikke nogen ny problemstilling, men bliver accentueret som følge af de foreslåede strukturændringer inden for pædiatrien.

Lægelig videreuddannelse

Stillinger til den lægelige videreuddannelse i Almen medicin skal flyttes fra RH Randers til afdelingen på AUH Skejby, hvilket vil øge presset på uddannelseskapaciteten på denne afdeling. Omvendt kan antallet af hoveduddannelsesstillinger i pædiatri samt gynækologi og obstetrik på lidt længere sigt reduceres, da et mindre antal afdelinger vil reducere behovet for speciallæger.

Særlige bemærkninger

(Gen-) oprettelsen af et udgående børneteam dækkende det nye optageområde i Østjylland er nødvendig for at kunne rumme de flere børn i Skejby på færre senge end de nuværende i Randers. Det vil typisk dreje sig om børn med behov for IV-antibiotika, intensiveret inhalationsbehandling og lignende.

Muligheden for at oprette en fælles kommuneklyngegruppe for hele Østjylland undersøges.

Sammenlægning af børneafdelingerne vil afhjælpe regionens udfordringer i at leve op til den pædiatriske specialeplan i forhold til tilstedeværelse af speciallæger. Denne organiseringsmodel vil samtidig indebære en betydelig styrkelse af de faglige miljøer inden for pædiatrien i regionen.

Det vurderes, at ændringen af Skejby's optageområde til også at omfatte Horsens og Hedensted potentielt kan øge hjemtrækningen af børn, som behandles i Kolding, idet Skejby har et godt omdømme i befolkningen. (DRG-værdi: 9 mio. kr. i 2009).

Det vurderes, at RH Randers kan overtage planlagte kejsersnit fra Skejby (ca. 200 årligt). Der er endnu ikke taget højde for denne økonomioverførsel i nærværende spareforslag.

4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitaletplanen?			
Der er tale om en afvigelse fra Hospitalsplanen, da det fremgår, at der er fire pædiatriske afdelinger i regionen, ligesom det flere steder er anført, at der er pædiatri på matriklen i Randers, og at der er pædiatrisk samarbejde mellem RH Randers og RH Horsens. Samtidig er det i forhold til RH Randers fremhævet, at: " <i>Hospitalet har en særlig opgave i at udvikle funktioner inden for kvinde-barn specialerne gynækologi/obstetrik og pædiatri,...</i> "			
5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer ? – hvis ja, beskriv hvilke			
Der vil være anslåede anlægsudgifter 4-5 mio. kr. på RH Herning for at kunne varetage fødslerne fra RH Holstebro. Herudover kan der forventes engangsudgifter på AUH Skejby på 3-4 mio. kr. til udbygning af den fysiske kapacitet på den pædiatriske afdeling.			
6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål ?			
Gennemførelse af forslaget vil betyde større afstande for patienterne til de gynækologiske/obstetriske afdelingerne. For knap 60 % af Randers' optageområde vil transporttiden til børneafdelingen på Skejby i stedet for i Randers være uændret eller mindre. Hovedparten af de resterende 40 % vil max. få 50 minutters transporttid. Den maximale transporttid i Østjylland vil blive afkortet med ca. 20 % (ca. 60 minutter mod ca. 75 minutter i dag mellem Juelsminde - Randers).			
7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser ? – hvis ja, beskriv hvilke			
Der vil skulle flyttes personale i mellem de hospitaler, der skal afgive aktivitet til de hospitaler, der skal modtage. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.			
8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem ? – hvis ja, beskriv hvilke			
Nej.			
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget			
Det vurderes, at spareforslaget kan være fuldt implementeret pr. 1. oktober 2011			
10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi			
DRG-værdi, mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Ændring aktivitet, budgetansvarlig RH Holstebro (Gyn/Obs) a	- 15,0	-37,6	-37,6
Ændring aktivitet, budgetansvarlig RH Silkeborg (Gyn/Obs) b	- 27,1	-67,7	-67,7
Ændring aktivitet, budgetansvarlig RH Randers, PÆD c	- 31,2	-78,1	-78,1
Ændring aktivitet, Fra Rh Holstebro til RH Herning (Gyn/Obs) a	15,0	37,6	37,6
Ændring aktivitet, Fra RH Silkeborg til RH Viborg	20,2	50,4	50,4

(Gyn/Obs) b			
Ændring aktivitet, Fra RH Silkeborg til RH Randers (Gyn/Obs) b	2,1	5,4	5,4
Ændring aktivitet, Fra RH Silkeborg til RH Horsens (Gyn/Obs) b	4,8	12,0	12,0
Ændring aktivitet, Fra RH Randers, PÆD til Skejby SGH c	31,2	78,1	78,1
Aktivitetsændringer i alt	0	0	0,0
(Bogstav efter enhed henviser til, hvordan ændringerne hører sammen)			
11. Beskriv forslagetets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt			
Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Bruttobesparelse, RH Holstebro (Gyn/Obs) a	-11,3	-28,2	-28,2
Bruttobesparelse, RH Silkeborg (Gyn/Obs) b	-20,3	-50,8	-50,8
Bruttobesparelse, RH Randers, PÆD c	-22,2	-55,5	-55,5
Afregning modtagende enhed, Skejby Sygehus fra RH Randers, PÆD c	7,8	18,8	18,8
Afregning modtagende enhed, Til RH Herning fra RH Holstebro (Gyn/Obs) a	3,8	9,4	9,4
Afregning modtagende enhed, Til RH Viborg Fra RH Silkeborg (Gyn/obs) b	5,0	12,6	12,6
Afregning modtagende enhed, Til RH Randers Fra RH Silkeborg (Gyn/obs) b	0,5	1,3	1,3
Afregning modtagende enhed, Til RH Horsens Fra RH Silkeborg (Gyn/obs) b	0,5	3,6	3,6
Afledte merudgifter - opjustering af den neonatale transport og assistanceordning (AUH Skejby)	2,6	2,6	2,6
Intern sparerunde vest 2010/2011	1,8	4,5	4,5
Nettobesparelse i alt	-31,8	-81,7	-81,7
(Bogstav efter enhed henviser til, hvordan ændringerne hører sammen)			
12. Øvrige bemærkninger	Ingen.		

1. Forslag nr.:	4.2.1												
2. Spareforslag overskrift:	Samling af Øre-næse-halsafdelinger i Vest												
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget):													
<p>I dag er der akutbetjening i Århus, Viborg og Vest samt satellitfunktion i Randers, Grenaa og Silkeborg</p> <p>I det følgende beskrives et forslag, som indebærer en samling af ØNH afdelinger to steder i regionen. I Århus med satellitfunktion i Randers og i Vest og med satellitfunktion i Viborg, samt nedlukning af satellitfunktioner i Grenaa og Silkeborg.</p> <p>Forslaget indebærer bl.a. en reduktion af vagtberedskaber fra tre til to, hvilket både giver en besparelse og bedre udnyttelsen af vagten. Der er valgt en model med satellitfunktion i Viborg af hensyn til både patienter og andre specialer, der i dagtiden dermed har mulighed for at få assistance fra ØNH-læger. Merudgifter til satellitfunktion vil dog ikke blive afholdt særskilt.</p> <p>Den forventede fremtidige DRG-værdi fordeles mellem Vest og Viborg og den tilbageværende økonomi fordeles med en tilsvarende fordelingsnøgle. Hvis satellitfunktionen eksempelvis skal generere 20 % af den samlede DRG-aktivitet på området, vil hospitalet, hvor satellitfunktionen finder sted, blive tilført 20 % af den økonomiske ramme til at udføre aktiviteten. Det samlede besparelsespotentiale afhænger således ikke af, om der er satellitfunktion eller ej, idet den afledte besparelse i forbindelse med en satellitfunktion vil blive fordelt forholdsmæssigt efter DRG-værdien på de forskellige enheder.</p> <p>Forslaget indebærer en lukning af de mindre satellitfunktioner i Grenaa og Silkeborg, som primært vedr. hørelinikker, imens de øvrige hørelinikker bibeholdes på de resterende matrikler. Aktiviteten i Silkeborg flyttes til Viborg, imens aktiviteten i Grenaa flyttes til Randers.</p> <p>Hørelinikkerne vil således følge organiseringen af ØNH-afdelingerne, og indgår som en integreret del af satellitfunktionerne. Dette gøres af hensyn til kortest mulige afstande for patienter og det faglige samarbejde med ØNH-speciallæger. Hørelinikkaktiviteten holdes uden for den almindelige regneregulering, idet effekten af de organisatoriske ændringer skal neutraliseres. Baggrunden herfor er den meget store forskel imellem budget og DRG-værdi på dette område. I Grenaa og Silkeborg, hvor hørelinikkerne nedlukkes, overføres aktivitet og budget derfor 1:1.</p> <p>Der er således faglige argumenter, der taler for at bibeholde satellitfunktioner på de matrikler, der ikke har ØNH-afdeling, ligesom det af faglige årsager også er ønskeligt, at hørelinikkerne følger organiseringen af ØNH-afdelingerne.</p> <p>Besparelsespotentialet ved samling af Vest og Viborgs ØNH-afdelinger i Vest efter 75/25 reglen kan ses i nedenstående tabel 1.</p> <p>Tabel 1: Flytning af ønh aktivitet til Vest 75/25 reglen – eksklusiv audiologi og satellitfunktion</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Aktivitet fra Viborg til Vest (2009 aktivitet)</th> <th>Aktivitet (i mio. kr.)</th> <th>75/25 reglen (i mio. kr.)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Viborg</td> <td>-51,1</td> <td>-38,3</td> </tr> <tr> <td>Vest</td> <td>51,1</td> <td>12,8</td> </tr> <tr> <td>Besparelsespotentiale (50%)</td> <td>0,0</td> <td>-25,5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Kilde: bench_dm_drg og bench_drg_sta, aktivitet i 2009 i takstsystem 2009 i sygehusregion 1082. Aktivitet på RH Viborg, Skive på ønh-ambulatorium og ønh-afdeling (sks-koder 7601089 og 7601081)</p>		Aktivitet fra Viborg til Vest (2009 aktivitet)	Aktivitet (i mio. kr.)	75/25 reglen (i mio. kr.)	Viborg	-51,1	-38,3	Vest	51,1	12,8	Besparelsespotentiale (50%)	0,0	-25,5
Aktivitet fra Viborg til Vest (2009 aktivitet)	Aktivitet (i mio. kr.)	75/25 reglen (i mio. kr.)											
Viborg	-51,1	-38,3											
Vest	51,1	12,8											
Besparelsespotentiale (50%)	0,0	-25,5											

<p>I forhold til den lægelige videreuddannelse vil en samling af de to ØNH afdelinger have en vis betydning. Med undtagelse af ØNH afdelingen i Århus, er vagten i dag for lidt belastet til at give en hensigtsmæssig erfaring til uddannelseslæger, hvorfor der vil være fordele ved en omlægning.</p> <p>Omlægningen vil have betydning for den type af operationer, som kan varetages i Viborg, der fremover kun vil have en satellitfunktion på ØNH-området. Det vil således ikke være muligt at foretage operationer med samme kompleksitet og risici forbundet med indgrebene.</p> <p>Besparelespotentialet ved det samlede forslag er 26,5 mio. kr. (jf. punkt 11, hvor der er taget højde for P/L fremskrivning).</p>
<p>4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalsplanen?</p>
<p>Antallet af ØNH-afdelinger reduceres fra tre til to og satellitfunktioner i Grenaa og Randers samles i Randers, imens satellitfunktionen i Silkeborg samles med den nye satellitfunktion i Viborg.</p>
<p>5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer? – hvis ja, beskriv hvilke</p>
<p>Vest har vurderet, at de isoleret set kan rumme den samlede ØNH aktivitet inden for de eksisterende rammer, audiologiaktiviteten undtaget.</p>
<p>6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?</p>
<p>Forslaget vil komme til at betyde længere afstand for en række patientgrupper, men med bibeholdelse af satellitfunktion i Randers og i Viborg, vil det ikke gøre sig gældende for alle patientgrupper. En samling af vagtberedskabet vil ikke kun styrke kvaliteten i selve i vagten, men også i forhold til uddannelseslægers læring i vagten.</p>
<p>7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja, beskriv hvilke</p>
<p>Den foreslåede model har personalemæssige konsekvenser. Det er dog for tidligt på nuværende tidspunkt at beskrive det mere præcist. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.</p>
<p>8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem? – hvis ja, beskriv hvilke</p>
<p>Samling af ØNH-afdeling i Vest kan øge udgiftspresset på samhandelskontoen, som følge af to scenarier – 1; hvis flere af regionens borgere som en konsekvens af sammenlægningen søger behandling uden for Region Midtjylland eller 2; som følge af mistede indtægter, hvis borgere fra andre regioner ikke længere behandles i Region Midtjylland.</p>

9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget			
1. okt. 2011.			
10. Beskriv forslaget aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi			
DRG-værdi, mio. kr. (2011-P/L)	2011 (25%)	2012	Varigt
Ændring aktivitet, RH Viborg, Skive	-13,2	-52,9	-52,9
Ændring aktivitet, HE Vest	13,2	52,9	52,9
Evt. afledte aktivitetsændringer			
Aktivitetsændringer i alt	0,0	0,0	0,0
11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt			
Mio. kr. (2011-P/L)	2011 (25%)	2012	Varigt
Bruttobesparelse, RH Viborg, Skive	-9,9	-39,7	-39,7
Bruttobesparelse, HE Vest	3,3	13,2	13,2
Evt. afledte merudgifter			
Nettobesparelse i alt	-6,6	-26,5	-26,5
12. Øvrige bemærkninger	<p>I forbindelse med satellitfunktionen skal det bemærkes, at den forventede fremtidige DRG-værdi fordeles mellem Vest og Viborg og den økonomien til varetagelsen af den overførte aktivitet fordeles med en tilsvarende fordelingsnøgle.</p> <p>Der vil efterfølgende skulle korrigeres for ændringerne vedr. høreklivkerne, således at effekten af flytning neutraliseres. Dvs. at der ved overflytning af høreklivklen i Grenaa til Randers og evt. i forbindelse med høreklivklen i Randers skal foretages en overflytning af budget fra Århus til Randers. Dette skal udredes nærmere.</p>		

1. Forslag nr.:	4.2.2	
2. Spareforslag overskrift:	Samling af urologiaktivitet fra Randers og Horsens i Skejby	
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget):		
<p>I dag er der urologiske afdelinger fire steder i regionen: I Viborg, Vest, Skejby, Randers og satellitfunktion i Horsens.</p> <p>I det følgende beskrives et forslag, der går på, at Skejby overtager den urologiske aktivitet i Randers og Horsens.</p> <p>Skejby overtager den urologiske aktivitet i Randers og Horsens, dog bibeholdes ambulante funktioner i Randers og Horsens, svarende til det eksisterende niveau i Horsens.</p> <p>De ambulante funktioner er vigtige af hensyn til akutfunktionerne i Randers og Horsens. Det er således væsentligt, at der i dagtiden er mulighed for at få assistance fra en speciallæge i urologi.</p> <p>Den forventede fremtidige DRG-værdi fordeles mellem de involverede hospitalsenheder, ligesom det besluttede sparekrav fordeles med en tilsvarende fordelingsnøgle. Hvis satellitfunktionen skal generere 20% af den samlede DRG-aktivitet på området, vil hospitalsenheden, hvor satellitfunktionen finder sted, således blive tilført 20% af den samlede økonomiske ramme til at udføre den pågældende aktivitet. Den samlede besparelse er således ikke afhængig af, om der er satellitfunktion eller ej, idet den afledte besparelse i forbindelse med en satellitfunktion vil blive fordelt forholdsmæssigt efter DRG-værdien på de involverede enheder.</p> <p>Hospitalsledelsen i Skejby har vurderet mulighederne for at kunne overtage kapaciteten til 25%, som bygger på en række antagelser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ca. halvdelen af de i dag indlagte patienter på urologisk afdeling i Randers vil kunne konverteres til dagkirurgi • de stationære patienter vil kunne varetages i 6 senge i stedet for de i dag anvendte 12 senge • funktionen kan varetages fysisk på Skejby • hvis ovennævnte antagelser ikke holder stik er det en forudsætning, at øvrige urologiske afdelinger kan overtage dele af patienterne til samme takst som Skejby vil få fra Randers, da Skejby ellers vil få problemer med at overholde kræftpakker samt højtspecialiserede funktioner <p>Af hensyn til at udnytte operationskapaciteten i Randers og Horsens og at minimere risikoen for at øge patientstrømmene til Region Syddanmark, forudsættes det også, at Skejby vurderer behovet for operationskapacitet i Randers og Horsens.</p> <p>Umiddelbart er det Skejby vurdering, at der ikke er behov for operationskapacitet uden for Skejby.</p> <p>Det fulde besparelspotentiale, beregnet ud fra 75/25 regnereglen er vist i tabellen nedenfor.</p>		
 Tabel 1: Aktivitet fra Randers og Horsens til Skejby (Prognose 2010 tal)		
Aktivitet flyttes fra Randers og Horsens til Skejby	Aktivitet (i mio. kr.)	75/25 reglen (i mio. kr.)
RH Randers	-69,3	-51,9
RH Horsens og Brædstrup	-9,6	-7,2
Samlet flytning	-78,8	-59,1
Skejby	78,8	19,7
Besparelse	0	-39,4

<p>Kilde: dm_drg_amb, dm_drg_sta i 2010 i T10. Data på eSundhed er opdateret per 10/12 2010. Aktiviteten i første halvår af 2010*2. Randers og Horsens' urologiske afdelinger er afgrænset via sks-koderne: 6006077, 600607U, 7005191, 7005199.</p> <p>Det samlede forslag giver et besparelspotentiale på knap 40 mio. kr. (jf. punkt 11, hvor beløbet er P/L-fremskrevet).</p>
<p>4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalsplanen?</p>
<p>Antallet af urologiske afdelinger vil blive reduceret fra fire til tre, således vil der kun være urologiske afdelinger i Vest (Holstebro), Viborg og Skejby med satellitfunktioner i Randers og Horsens.</p>
<p>5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer? – hvis ja, beskriv hvilke</p>
<p>Nej, der forventes ikke at være behov for lokalemæssige ændringer.</p>
<p>6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?</p>
<p>Nogle patientgrupper, herunder de som i dag indlægges i Randers vil fremover skulle indlægges i Skejby. Nogle patienter fra Horsens området vil dog få kortere til urologisk behandling, da den vil finde sted i Skejby i stedet for i Randers.</p> <p>Selvom en samling af afdelinger og akutfunktioner vil betyde længere afstand for en del patienter indenfor det urologiske område, er der primært tale om planlagt behandling. Akutte patienter forekommer næsten udelukkende i forbindelse med komplikationer til en operation, hvorfor det i sådanne situationer ikke vil have nogen betydning.</p> <p>En samling af afdelingerne vil desuden give en større kvalitet i uddannelsen og udnyttelse af vagtfunktionen.</p>
<p>7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja, beskriv hvilke</p>
<p>Forslaget har personalemæssige konsekvenser. Det er dog for tidligt på nuværende tidspunkt at beskrive det mere præcist. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.</p>
<p>8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem? – hvis ja, beskriv hvilke</p>
<p>Forslaget må ventes at få betydning for særligt de tværgående afdelinger, hvilket skal udredes nærmere, når den endelige omstillingsplan ligger fast.</p>
<p>9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget</p>
<p>1. okt. 2011, afhængig af den samlede omstillingsplan</p>

10. Beskriv forslaget's aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi			
DRG-værdi, mio. kr. (2011-P/L)	2011 (25% af 2012)	2012	Varigt
Ændring aktivitet, RH Randers/Grenaa	-17,4	-69,8	-69,8
Ændring aktivitet, RH Horsens	-2,4	-9,6	-9,6
Ændring aktivitet, ÅUH, Skejby	19,9	79,4	79,4
Evt. afledte aktivitetsændringer			
Aktivitetsændringer i alt	0,0	0,0	0,0
11. Beskriv forslaget's brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt			
Mio. kr. (2011-P/L)	2011 (25% af 2012)	2012	Varigt
Bruttobesparelse, RH Randers/Grenaa	-13,1	-52,3	-52,3
Bruttobesparelse, RH Horsens	-1,8	-7,2	-7,2
Bruttobesparelse, ÅUH, Skejby	5,0	19,9	19,9
Evt. afledte merudgifter			
Nettobesparelse i alt	-9,9	-39,6	-39,6
12. Øvrige bemærkninger	<p>I forbindelse med satellitfunktionen skal det bemærkes, at den forventede fremtidige DRG-værdi fordeles mellem center og satellitter og økonomien til varetagelse af den overførte aktivitet fordeles med en tilsvarende fordelingsnøgle.</p>		

1. Forslag nr.:	4.2.3																		
2. Spareforslag overskrift:	Øjenområdet																		
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget):																			
<p>I dag er der akutbetjening i Århus og dagfunktion i Vest med vagt for indlagte, nyopererede og akutte. Dertil kommer to øjenklinikker i Randers og Viborg. Alle akutte operationer foretages allerede i dag i Århus.</p> <p>Af både af kapacitetsmæssige og faglige årsager vurderes det ikke at være hensigtsmæssigt at samle øjenområdet på færre matrikler. I det følgende beskrives i stedet et forslag, som indebærer budgetansvar for Vest i forbindelse med hjemtrækning af øjenpatienter fra Sygehus Thy-Mors i Region Nordjylland.</p> <p>I tabel 1 nedenfor vises besparelspotentialet ved hjemtrækning af øjenpatienter fra Sygehus Thy-Mors i Region Nordjylland, inkl. eksisterende hjemtrækningsprojekt vedr. vitrektomier¹.</p> <p>Prognosen for 2010 er udarbejdet på baggrund af tal fra 1. halvår 2010.</p> <p>Forslaget indebærer en tilførsel af midler svarende til 50% af DRG-værdien på regionens forbrug på øjenområdet på sygehus Thy-Mors i 2010-niveau og budgetansvar for evt. forbrug på øjenområdet på Sygehus Thy/Mors i fremtiden.</p> <p>Det skal bemærkes, at der i øjeblikket arbejdes på at ændre den mellemregionale afregning, hvilket kan have betydning for besparelspotentialet. Tallet nedenfor illustrerer derfor besparelspotentialet ved en uændret afregning.</p> <p>Tabel 1: Besparelspotentiale i forbindelse med hjemtrækning med budgetansvar for Region Midtjylland borgere, der behandles på øjenafdelingerne på Sygehus Thy-Mors</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Aktivitet (i mio. kr.)</th> <th>50% regel (hjemtrækning)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2009</td> <td>7,1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. halvår 2010</td> <td>3,1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Prognose 2010</td> <td>6,2</td> <td>-6,2</td> </tr> <tr> <td>Vest</td> <td>6,2</td> <td>3,1</td> </tr> <tr> <td>Besparelspotentiale</td> <td>0</td> <td>-3,1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Kilde: dm_drg_amb, dm_drg_sta i 2010 i T10. Data på eSundhed er opdateret per 10/12 2010. Data er afgrænset på bopælsregion i region midtjylland og derefter på aktiviteten på øjenafdelingerne på Sygehus Thy Mors via følgende sks-koder: 7603071, 7603077 og 7603079.</p> <p>Besparelspotentialet vedrørende øjenområdet er således på ca. 2,9 mio. kr., når der korrigeres for eksisterende hjemtrækningsprojekt på vitrektomier.</p>			Aktivitet (i mio. kr.)	50% regel (hjemtrækning)	2009	7,1		1. halvår 2010	3,1		Prognose 2010	6,2	-6,2	Vest	6,2	3,1	Besparelspotentiale	0	-3,1
	Aktivitet (i mio. kr.)	50% regel (hjemtrækning)																	
2009	7,1																		
1. halvår 2010	3,1																		
Prognose 2010	6,2	-6,2																	
Vest	6,2	3,1																	
Besparelspotentiale	0	-3,1																	

¹ Der er et 2009- hjemtrækningsprojekt vedr. vitrektomier, hvoraf bevillingen i forbindelse med hjemtrækning fra Region Nordjylland udgør 313.000 kr. svarende til en DRG-værdi på ca. 348.000.

4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalsplanen?				
Nej.				
5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer? – hvis ja, beskriv hvilke				
Nej.				
6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?				
Nej.				
7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja, beskriv hvilke				
I forbindelse med hjemtrækning af aktivitet fra Region Nordjylland forventes en personalemæssig udvidelse.				
8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem? – hvis ja, beskriv hvilke				
Nej.				
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget				
1.10.2011, men skal aftales nærmere med Vest.				
10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi (i mio. kr.)				
	DRG-værdi, mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
	Ændring aktivitet, Sygehus Thy-Mors	-1,5	- 5,9	- 5,9
	Ændring aktivitet, HE Vest	1,5	5,9	5,9
	Evt. afledte aktivitetsændringer			
	Aktivitetsændringer i alt	0,0	0,0	0,0
11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt (i mio. kr.)				
	Mio. kr. (2011-P/L)	2011 (25% af 2012)	2012	Varigt
	Bruttobesparelse, samhandelskonto	-1,5	- 5,9	- 5,9
	Bruttobesparelse, HE Vest	0,7	3,0	3,0
	Evt. afledte merudgifter			
	Nettobesparelse i alt	-0,8	-2,9	-2,9

12. Øvrige bemærkninger	I overstående tal er der trukket 0,3 mio. kr. fra som følge af eksisterende hjemtrækningsprojekt på vitrektomier. Der skal laves en konkret opfølgning på hjemtrækningsprojektet, hvor der korrigeres efter faktisk aktivitet, således der i forbindelse med hjemtrækning ikke opstår en situation med fuld korrektion i basislinje samt budgetansvar for manglende hjemtrækning.
--------------------------------	---

1. Forslag nr.:	4.2.4															
2. Spareforslag overskrift:	Samling af mammakirurgi															
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget):																
<p>Den mammakirurgiske funktion omfatter ikke-akutte hoved- og regionsfunktioner.</p> <p>I dag er der mammakirurgiskfunktion i Århus, Vest, Viborg og Randers.</p> <p>I det følgende beskrives et forslag, der består af 3 dele som går på</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. at samle den kirurgiske mammapfunktion fra fire til tre steder, i Århus, Viborg og Randers, således at Randers overtager en mammakirurgisk aktivitet svarende til den mammakirurgiske aktivitet i Vest 2. at Århus gøres budgetansvarlig for hjemtrækning af mammakirurgi fra Sygehus Lillebælt i Vejle 3. at der generelt omlægges fra stationær til ambulante aktivitet svarende til, at 2/3 dele af mammakirurgien foregår i ambulante regi og at der udmøntes en besparelse på sengeområdet svarende hertil. <p>Forslagets del 1 og 3 er i tråd med det forhold, at Randers på nuværende tidspunkt har "best practice" i forhold til omlægning fra stationær til ambulante behandling på det mammakirurgiske område.</p> <p>Besparesespotentialer ved de forskellige delelementer ses af tabellerne nedenfor.</p> <p>Del 1) Den mammakirurgiske aktivitet flyttes fra Vest (Holstebro), således at Randers overtager en mammakirurgiske aktivitet svarende til volumen af den mammakirurgiske aktivitet i Vest, jf. tabel 1 for illustration af omfang nedenfor.</p> <p>Konkret vil der blive ændret på optageområdet for mammakirurgien, således de nye optagerområder kommer til at afspejle den ændrede struktur og med hensynstagen til, at afstandene for patienterne skal være så korte som mulige.</p> <p>Ændringen gælder udelukkende den mammakirurgiske del og der ændres således ikke på tilbuddet om screening/undersøgelse og efterbehandling i Vest.</p> <p>Tabel 1: HE Vests aktivitet flyttes til RH Randers</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Vests aktivitet til Randers (Prognose 2010)</th> <th>Aktivitet (i mio. kr.)</th> <th>75/25 reglen (i mio. kr.)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HE Vest</td> <td>-20,5</td> <td>-15,4</td> </tr> <tr> <td>RH Randers</td> <td>20,5</td> <td>5,1</td> </tr> <tr> <td>Kompensation for besparelser på HE Vest i 2010</td> <td></td> <td>4,9</td> </tr> <tr> <td>Besparelse</td> <td>0,0</td> <td>-5,3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Kilde: Data fra dosa, den 15/12 2010 i takstsystem 2010. Ambulante aktivitet er afgrænset på afdelings-kode 6501055, hvor den stationære mammakirurgiske aktivitet er afgrænset på afdelingskoden 6501051 i drg-grupperne 0901, 0902, 0903, 0904, 0905, 0914, 0923 og 0924. Prognosen er baseret på jan-nov. + ej færdigreg. og herefter fremskrevet til hele 2010.</p> <p>Som det fremgår af tabellen ovenfor kompenseres HE Vest med 4,9 mio. kr. da de har gennemført større ændringer på dette område, bl.a. i forbindelse med en intern sparerunde.</p> <p>En samling af funktionerne vil udover en besparelse give en bedre udnyttelse af kapaciteten, større kvalitet og udnyttelse af vagtfunktionen.</p>		Vests aktivitet til Randers (Prognose 2010)	Aktivitet (i mio. kr.)	75/25 reglen (i mio. kr.)	HE Vest	-20,5	-15,4	RH Randers	20,5	5,1	Kompensation for besparelser på HE Vest i 2010		4,9	Besparelse	0,0	-5,3
Vests aktivitet til Randers (Prognose 2010)	Aktivitet (i mio. kr.)	75/25 reglen (i mio. kr.)														
HE Vest	-20,5	-15,4														
RH Randers	20,5	5,1														
Kompensation for besparelser på HE Vest i 2010		4,9														
Besparelse	0,0	-5,3														

Samling af mammakirurgien kan desuden forventes at have en positiv betydning for tilrettelæggelse og evt. tilkøb af plastikkirurgiske funktioner.

Del 2) Århus Sygehus gøres budgetansvarlig for hjemtrækning af mammakirurgi for Region Midtjyllands borgere på Sygehus Lillebælt i Vejle for at sikre realisering af projektet.

Forslaget med budgetansvar indebærer en tilførsel af midler svarende til 50% af DRG-værdien på regionens forbrug på mammakirurgi på Sygehus Lillebælt i Vejle i 2010 og budgetansvar for evt. forbrug af mammakirurgi Sygehus Lillebælt i Vejle i fremtiden.

Tabel 2 nedenfor viser besparelspotentialet ved budgetansvar i forbindelse med hjemtrækning af mammakirurgisk aktivitet for Region Midtjyllands borgere på Sygehus Lillebælt i Vejle på baggrund af en prognose for aktiviteten i 2010. Det skal bemærkes, at der i øjeblikket arbejdes på at ændre den mellemregionale afregning, hvilket kan have betydning for besparelspotentialet. Tallet nedenfor illustrerer derfor besparelspotentialet ved en uændret afregning.

Tabel 2: Mammakirurgisk aktivitet på Region Midtjyllands borgere på Vejle Sygehus prognose for 2010

Afdeling på Vejle Sygehus	Antal	DRG-værdi (mio. kr.)
Organkirurgisk afd.	88	4,6
Organkirurgisk amb. Total	146	0,9
Vejle Sygehus total	235	5,5
Besparelspotentiale (50% af DRG-værdi)		2,8

Kilde: dm_drg_amb og dm_drg_sta per 19/12 2010 i T10. (Aktivitet jan-nov. 2010)/11*12, bopælsregion 1082, sygehuskode 6008, sghafd 6008210 og 6008219, drg-gruppe 0901, 0902, 0903, 0904, 0905 og GR0904, GR0905 samt PG01D og PG01D_UB.

Model 3) Omlægning fra stationær til ambulat behandling.

Der stilles krav om omlægning af stationære mammakirurgiske patienter, således at 2/3 af den samlede aktivitet håndteres ambulat.

Omlægning fra stationær til ambulat aktivitet. Prognose 2010 og 2011*.

	Antal stat. udskr. der skal omlægges	Antal senge	Besparelse
Regionshospitalet Viborg, Skive (Prognose 2011)	320	1,55	1,2
Århus Sygehus (Prognose 2010)	87	0,42	0,3
I alt	407	2	1,5

Kilde: Antallet af stat. udskr. udgør den stationære aktivitet der ligger ud over 1/3 af den samlede aktivitet. Forudsætningerne der er indeholdt i ovenstående er at der er 1,5 sengedag per stationære udskrivning, en seng er belagt 85% af året (310 dage) og har en pris på 750.000 kr. RH Viborgs aktivitet af opgjort via dm_drg_amb og dm_drg_sta koblet med RH Viborgs PAS-data. Aktiviteten er afgrænset på afdelingskoden 7601059, afsnitkode 76010514 kobles med specialekoden PAK. Data er per 2/12 (amb. akt.), 10/12 (sta. akt.) og 1/12 (PAS-data) i T10. At tallet for RH Viborg er en prognose skyldes opsigelse af en tidligere aftale med Herlev Hospital. ÅUH, Århus aktivitet er opgjort via drg-grupperne 0901, 0902, 0903, 0904, 0905, GR0904 og GR0905. Derudover er der tilføjet fejlplaceret ambulat aktivitet for 2010, idet der sker en grupperingsfejl i forbindelse med omlægning fra stationær til ambulat mammakirurgi. Denne fejl er af ÅUH, Århus Sygehus vurderet til at svare til 60 ambulante besøg i 2010, hvilket svarer til en retmæssig værdi af 2.882 t.kr. Data er opdateret den 10/12 2010.

Idet RH Randers og RH Vests aktivitet sammenlægges er disse ikke indregnet i omlægningen fra stationær til ambulat. I forhold til model 3 skal det bemærkes, at Randers har "best practice" på området i forhold til omlægning fra stationær til ambulat aktivitet.

<p>Forslagets samlede besparelspotentiale er på ca. 9,6 mio. kr. (jf. punkt 11, hvor tallene er P/L-fremskrevet).</p>			
<p>4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalsplanen?</p>			
<p>Antallet af steder, hvor mammakirurgi udføres, reduceres fra fire til tre.</p>			
<p>5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer? – hvis ja, beskriv hvilke</p>			
<p>Behovet for anlægsmæssige ændringer skal udredes nærmere. Umiddelbart vurderes der at være behov for mindre bygningsmæssige og apparatmæssige ændringer for at kunne rumme friklinikaktiviteten.</p>			
<p>6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?</p>			
<p>Selvom en samling af funktionerne vil betyde længere afstande for visse patienter, er der udelukkende tale om planlagt behandling. Der vil kun være akutaktivitet i forbindelse med komplikationer til operationer, hvorfor det i sådanne situationer ikke vil have nogen betydning.</p>			
<p>7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja, beskriv hvilke</p>			
<p>Forslaget forventes at have personalemæssige konsekvenser. Det er dog for tidligt på nuværende tidspunkt at beskrive det mere præcist. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.</p>			
<p>8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem? – hvis ja, beskriv hvilke</p>			
<p>Forslaget må ventes at få betydning for særligt de tværgående afdelinger, hvilket skal udredes nærmere, når den endelig omstillingsplan ligger fast.</p>			
<p>9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget</p>			
<p>1. okt. 2011.</p>			
<p>10. Beskriv forslagets aktivitetmæssige konsekvenser i DRG-værdi</p>			
<p>Del 1: HE Vests aktivitet flyttes til Randers</p>			
DRG-værdi, mio. kr. (2011-P/L)	2011 (25 % af 2012)	2012	Varigt
Ændring aktivitet, HE Vest	-5,2	-20,6	-20,6
Ændring aktivitet, RH Randers	5,2	20,6	20,6
Evt. afledte aktivitetsændringer			
Aktivitetsændringer i alt	0,0	0,0	0,0

Del 2: Hjemtrækning af mammakirurgi fra Veile Sygehus til ÅUH, Århus Sygehus

DRG-værdi, mio. kr. (2011-P/L)	2011 (25 % af 2012)	2012	Varigt
Ændring aktivitet, samhandelskonto	-1,4	-5,5	-5,5
Ændring aktivitet, ÅUH, Århus	1,4	5,5	5,5
Aktivitetsændringer i alt	0,0	0,0	0,0

Del 3: Omlægning fra stationær til ambulat behandling

Det er ikke muligt at opgøre pt., idet det enkelte hospital selv definerer, hvilke stationære mammakirurgiske behandlinger, der skal omlægges.

11. Beskriv forslaget brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt

Del 1: HE Vests aktivitet flyttes til Randers

Mio. kr. (2011-P/L)	2011 (25 % af 2012)	2012	Varigt
Bruttobesparelse, HE Vest	-3,9	-15,5	-15,5
Bruttobesparelse, RH Randers	1,3	5,2	5,2
Vest kompenseres for større ændringer på dette område/intern sparerunde	1,2	4,9	4,9
Nettobesparelse i alt	-1,4	-5,4	-5,4

Del 2: Hjemtrækning af mammakirurgi fra Veile Sygehus til ÅUH, Århus Sygehus

Mio. kr. (2011-P/L)	2011 (25 % af 2012)	2012	Varigt
Bruttobesparelse, samhandelskonto	-1,4	-5,5	-5,5
Bruttobesparelse, ÅUH, Århus Sygehus	0,7	2,8	2,8
Evt. afledte merudgifter			
Nettobesparelse i alt	-0,7	-2,7	-2,7

Del 3: Omlægning fra stationær til ambulat behandling

Mio. kr. (2011-P/L)	2011 (25 % af 2012)	2012	Varigt
Bruttobesparelse, RH Viborg, Skive	-0,3	-1,2	-1,2
Bruttobesparelse, ÅUH, Århus Sygehus	-0,1	-0,3	-0,3
Evt. afledte merudgifter			
Nettobesparelse i alt	-0,4	-1,5	-1,5

12. Øvrige bemærkninger

Der skal laves en konkret opfølgning på hjemtrækningsprojektet, hvor der korrigeres efter faktisk aktivitet, således der i forbindelse med hjemtrækning ikke opstår en situation med fuld korrektion i basislinje samt budgetansvar for manglende hjemtrækning.

1. Forslag nr.:	4.2.5
2. Spareforslag overskrift:	Samling af friklinikkerne i Silkeborg
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget):	
<p>Ortopæd- og varicekirurgi har været særlige fokusområder for arbejdsgruppen.</p> <p>I forhold til det ortopædkirurgiske område vurderes der dog ikke at være grundlag for en yderligere samling af afdelinger eller funktioner end det, der følger af den nye specialeudmelding.</p> <p>Der gøres dog opmærksom på, at en fusion af RH Silkeborg og RH Viborg vil give mulighed for at samle regionsfunktionen på skulderkirurgien på en matrikel. Dette bevirker at regionen kan ansøge Sundhedsstyrelsen om at få en regionsfunktion på skulderområdet på en anden matrikel.</p> <p>I forhold til varicekirurgien er der netop blevet udarbejdet et udkast til en rapport om organisering af diagnosticering og behandling af åreknuder i Region Midtjylland, som blev behandlet på klinikforum den 10. december 2010.</p> <p>I rapporten beskrives der, at der i dag er varicekirurgi i Ringkøbing, Grenaa, Viborg, Skejby og i Friklinikken i Brædstrup. Det foreslås bl.a. i rapporten, at varicekirurgien på Friklinikken i Brædstrup overtages af RH Silkeborg, hvilket er i overensstemmelse med arbejdsgruppens forslag, som beskrives lidt nærmere nedenfor.</p> <p>I det følgende beskrives måderne, hvorpå friklinikkerne i Brædstrup, Ringkøbing og Grenaa kan samles i Silkeborg.</p> <p>Det skal bemærkes, at Friklinikken i Brædstrup er en selvstændig enhed og er en del af samarbejdet om De Vestdanske Friklinikker med Region Syddanmark.</p> <p>Del 1) Friklinikken i Brædstrup flyttes til Silkeborg Del 2) Friklinikkerne i Ringkøbing og Grenaa flyttes til Silkeborg i takt med, at den operative del på matriklerne i Ringkøbing og Grenaa lukkes ned</p> <p>Del 1) Friklinikken i Brædstrup flyttes til Silkeborg (65/50 regneregulering)</p> <p>I forslaget er der taget stilling til, at Friklinikkonceptet ønskes videreført i Silkeborg. Der vil være et mindre besparelsespotentiale ved at flytte friklinikaktiviteten til Silkeborg på grund af, at den almindelige regneregulering og antagelserne om stordriftsfordele mv. ikke gør sig gældende i samme omfang som ved samling af alm. aktivitet. Afvigelsen er desuden også begrundet i, at finansieringen af Friklinikken i Brædstrup er 100% aktivitetsafhængig og udgør ca. 65% af DRG-værdien. Videreførelsen af friklinikkonceptet bliver således på lidt andre vilkår end tidligere, idet der i omplaceringen til en matrikel med flere tværgående funktioner forventes en besparelse på $65\% - 50\% = 15\%$ af DRG-værdien.</p> <p>En afledt konsekvens af denne ændring skal håndteres i samarbejdet med Region Syddanmark.</p> <p>I forbindelse med flytningen af Friklinikken skal man især være opmærksom på, at Friklinikken i Brædstrup generelt har en kort ventetid, hvilket betyder at mange patienter bliver behandlet der i stedet for på privathospital. På baggrund af aktivitetstal for 2009 svarer det til en DRG-værdi på ca. 77,0 mio. kr. Den enkeltstående aktivitet, der fylder mest er varicekirurgien.</p>	

Tabel 1 neden for viser besparelspotentialet isoleret set.

Tabel 1. Besparelspotentiale ved 65%/50% DRG-model 2009 – total aktivitet på Friklinik

Brædstrup

Flytning af Friklinikken Brædstrup efter 65/50	Aktivitet (i mio. kr.)	65/50 reglen (i mio. kr.)
Friklinikken Brædstrup	-77,0	-50,0
RH Silkeborg	77,0	38,5
Evt. Indtægtsændringer		3,1
Besparelse	0,0	-8,4

Kilde: Data: eSundhed pr. 30/12 2010, År = 2009, grupper = 2009, udsktype = sgh

Del 2) Friklinikkerne i Ringkøbing og Grenaa flyttes til Silkeborg i takt med, at den operative del på matriklerne i Ringkøbing og Grenaa lukkes ned.

På aktivitetssiden er det samme princip, der gør sig gældende for samlingen af friklinikkerne i Silkeborg, idet der for de afgivende hospitaler på aktivitetssiden flyttes 100% af DRG-værdien, imens der på økonomisiden fra Ringkøbing og Grenaa tages udgangspunkt i den konkrete bevilling til området. For Silkeborg som modtagende enhed flyttes 100% af DRG værdien for alle friklinikkerne, imens den økonomiske ramme som tilføres hospitalet er 50% af DRG-værdien.

Tabel 2. Besparelspotentiale ved flytning af friklinikaktivitet fra RH Grenå og RH Ringkøbing i 2009 til Silkeborg

Flytning friklinikaktivitet fra Ringkøbing og Grenå til RH Silkeborg	Aktivitet (i mio. kr.)	Bevilling/50 regel (i mio. kr.)
Ringkøbing	-3,9	-2,5
Grenå	-3,5	-2,5
RH Silkeborg	7,4	3,7
Besparelse	0	-1,3

*Kilde, HEV egne tal for 2009 leveret den 05.01.2010

**Kilde: eSundhed pr 30/12 2010, år=2009, grupper=2009

Forslagets samlede besparelspotentiale er på ca. 9,9 mio. kr. (jf. punkt 11, hvor tallene er P/L fremskrevet).

4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalsplanen?

Del 1: I budgetforliget for 2009 vedtaget i Regionsrådet den 24. september 2008, blev det besluttet at lukke RH Brædstrup og overføre den elektive aktivitet til RH Silkeborg. Der forlægges nu et konkret forslag om at overføre den elektive aktivitet til Silkeborg.

Del 2: Ja, der forudsættes en nedlukning af den operative aktivitet i Grenaa og Ringkøbing.

5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer? – hvis ja, beskriv hvilke

Behovet for anlægsmæssige ændringer skal udredes nærmere. Umiddelbart vurderes der at være behov for mindre bygningsmæssige og apparatmæssige ændringer for at kunne rumme friklinikaktiviteten.

6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?				
En flytning af Friklinikken i Brædstrup og en ændring af vilkårene skal også håndteres i samarbejdet med Region Syddanmark vedr. De Vestdanske Friklinikker.				
7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja, beskriv hvilke				
Forslaget forventes at have personalemæssige konsekvenser, men det er for tidligt på nuværende tidspunkt at beskrive det mere præcist. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.				
8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem? – hvis ja, beskriv hvilke				
Forslaget må ventes at få betydning for særligt de tværgående afdelinger, hvilket skal udredes nærmere, når den endelige omstillingsplan ligger fast.				
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget				
1. okt. 2011, men afhænger af takten hvormed friklinikkerne på de eksisterende matrikler kan flyttes til Silkeborg.				
10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi				
Del 1:				
DRG-værdi, mio. kr. (2011-P/L)	2011 (25% af 2012)	2012	Varigt	
Ændring aktivitet, Friklinikken Brædstrup (alle bopælsregioner)	-20,0	-79,8	-79,8	
Ændring aktivitet, RH Silkeborg	20,0	79,8	79,8	
Evt. afledte aktivitetsændringer				
Aktivitetsændringer i alt	0,0	0,0	0,0	
Del 2: Friklinikaktivitet fra Ringkøbing og Grenaa				
DRG-værdi, mio. kr. (2011-P/L)	2011 (25% af 2012)	2012	Varigt	
Ændring aktivitet, Friklinikken Ringkøbing	-1,0	-4,1	-4,1	
Ændring aktivitet, Friklinikken Grenaa	-0,9	-3,6	-3,6	
Ændring aktivitet, RH Silkeborg	1,9	7,7	7,7	
Evt. afledte aktivitetsændringer				
Aktivitetsændringer i alt	0,0	0,0	0,0	

11. Beskriv forslaget brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt

Del 1: Flytning af Friklinikken i Brædstrup til Silkeborg

Mio. kr. (2011-P/L)	2011 (25% af 2012)	2012	Varigt
Bruttobesparelse, Friklinikken Brædstrup	-13,0	-51,9	-51,9
Bruttobesparelse, RH Silkeborg	10,0	39,9	39,9
Samhandelskontoen	0,8	3,2	3,2
Nettobesparelse i alt	-2,2	-8,8	-8,8

Del 2: Flytning af Friklinikkerne i Ringkøbing og Grenaa til Silkeborg

Mio. kr. (2011-P/L)	2011 (25% af 2012)	2012	Varigt
Bruttobesparelse, Friklinikken Ringkøbing	-0,6	-2,5	-2,5
Bruttobesparelse, Friklinikken Grenaa	-0,6	-2,5	-2,5
Bruttobesparelse, RH Silkeborg	1,0	3,9	3,9
Evt. afledte merudgifter			
Nettobesparelse i alt	-0,2	-1,1	-1,1

12. Øvrige bemærkninger

Ingen.

1. Forslag nr.:	4.3.1		
2. Spareforslag overskrift:	Organisering af neurologien		
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget):			
<p>I dag:</p> <p>Det neurologiske speciale varetages på tre neurologiske afdelinger på tre hospitaler – AUH Århus Sygehus, RH Viborg og RH Holstebro – samt i neurologisk speciallægepraksis.</p> <p>Der er endvidere neurologisk udefunktion på Regionshospitalerne Randers og Horsens.</p> <p>Trombolyse ved akut apopleksi varetages i Århus samt i Holstebro i formaliseret samarbejde med Århus.</p> <p>Akut behandling af apopleksi på nær trombolyse varetages på Neurologisk Afdeling på AUH Århus Sygehus, RH Holstebro og RH Viborg samt på medicinsk afdeling i Horsens og Randers.</p> <p>Tetra- og paraplegibehandlingen varetages som en højt specialiseret funktion af RH-Viborg.</p>			
	Hovedfunktion	Regionsfunktion	Højt specialiseret funktion (og TCI-klinik)
AUH-Århus Sgh	X	X	X – herunder Trombolyse i regionens østlige del TCI-Klinik Trombectomi (udviklingsfunktion)
RH-Randers	Udefunktion dagtid fra Århus Patienter til trombo-lyse sendes til Århus Modtager akut øvrige apopleksipatienter ved afd.		
RH-Horsens	Udefunktion dagtid fra Århus Patienter til trombo-lyse sendes til Århus Modtager akut øvrige apopleksipatienter ved afd.		
RH-Silkeborg	Ambulant TCI Slut for optag af apopleksipatienter fra 1. januar 2011		X - Ambulant TCI-klinik
Hammel Neurocenter			X - Udefunktion dagtid fra Århus
RH-Viborg	X, herunder akut apopleksi	X 15 regionsfunktioner	X – Tetra- og Paraplegi
RH-Holstebro	X, herunder akut apopleksi	X 15 regionsfunktioner	X Trombolyse regionens vestlige del i formaliseret samarbejde med Århus
<p>Relation til akuthospital: Det er ønskeligt med telefonisk adgang til neurologisk ekspertise døgnet rundt. Der er generelt ikke behov for døgndækkende adgang til neurologisk speciallæge. Der skal være adgang til neurologisk ekspertise i dagtid på akuthospitaler, der modtager apopleksipatienter.</p>			

Særlige udfordringer:

Området er præget af rekrutteringsvanskeligheder. Der er særlige udfordringer i forhold til rekrutteringen til klinisk neurofysiologi, hvor vanskelighederne skønnes at blive skærpet.

Der er kvalitetsforskelle i regionen, da der ikke alle steder er adgang til neurologer i akutte situationer. Den akutte modtagelse af apopleksipatienter er desuden forskellig, idet der ikke er trombolyse og TCI-klinik alle steder, ligesom patienterne ikke alle steder indlægges på et apopleksiafsnit.

Forslag til implementering den 1. januar 2012:

Erfaringer fra bl.a. AUH Århus Sygehus viser, at der er mulighed for væsentlige effektiviseringer i modtagelsen og behandlingen af patienter med apopleksi. Målet er kortere liggetid og mindsket behov for neurorehabilitering under indlæggelse samt en højere faglig og patientoplevet kvalitet.

Væsentlige elementer i effektiviseringen på AUH Århus Sygehus har været systematisk brug af trombolyse og TCI-klinik samt af geriatrisk team i den akutte vurdering og en intensiveret rehabilitering i eget hjem – sidstnævnte i samarbejde med kommunen.

Det foreslåes, at organiseringen af apopleksibehandlingen i hele regionen analyseres med udgangspunkt i erfaringerne fra AUH Århus Sygehus, og at der på baggrund af analysen samt øvrige planer på det neurologiske område lægges en samlet plan for neurologien. Planen skal bygge på opretholdelse af 3 neurologiske afdelinger.

Samlet plan for området skal være politisk færdigbehandlet inden 1. juli 2011 med henblik på implementering 1. januar 2012. Der indarbejdes et sparemål på 20,0 mio. kr. som følge af den planlagte ændring.

Det bemærkes, at der er en faglig udredning af tetra- og paraplegien undervejs. Resultatet af denne udredning vil blive politisk behandlet, inden planen vedrørende neurologien forelægges.

Besparelsesgrundlag:

Effektiviseringen af den akutte apopleksibehandling og -udredning forudsættes at medføre en reduktion i behovet for senge på regionens medicinske afdelinger samt for neurorehabilitering. Effektiviseringen forudsætter samtidig en styrket indsats på udvalgte områder.

Supplerende forslag:

Rekrutteringsvanskelighederne til neurofysiologien foreslås løst i Vest på samme måde som i Viborg, der har en samarbejdsaftale med AUH-Århus Sygehus. I dag opereres der med konsulentfunktioner i Vest. Besparelsen i form af færre dyre konsulentfunktioner i Vest tilfalder Vest.

4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen?

Såfremt planen kommer til at indebære en samling af modtagelsen af akutte patienter med mistanke om apopleksi, vil det være en ændring i forhold til Hospitalsplanen, selvom apopleksibehandlingen ikke er eksplicit nævnt.

5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer? – hvis ja, beskriv hvilke

Vil blive afdækket i forbindelse af med analysen af området.

6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?				
Nogle patienter vil få længere til behandling.				
7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja, beskriv hvilke				
Forslaget har personalemæssige konsekvenser og vil blive afdækket i forbindelse med analysen af området. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.				
8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem? – hvis ja, beskriv hvilke				
Har betydning for neurorehabiliteringen samt de interne medicinske afdelinger i Horsens og Randers samt neurologien i Viborg.				
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget				
Forslaget foreslås implementeret med virkning fra den 1. januar 2012				
10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi				
Ingen.				
11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt				
	Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
	Bruttobesparelse		-20,0	-20,0
	Evt. afledte merudgifter			
	Nettobesparelse i alt		- 20.0	- 20.0
12. Øvrige bemærkninger	Ingen.			

1. Forslag nr.:	4.3.2		
2. Spareforslag overskrift:	Flytning af senge til neurorehabilitering		
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget):			
<p>I dag: Neurorehabiliteringen er placeret på dedikerede afsnit på regionshospitalerne Lemvig og Skive. Herudover varetages neurorehabiliteringen på Geriatrisk Afdeling, AUH-Århus Sygehus og i et vist omfang på apopleksiafsnittene på regionshospitalerne Randers, Silkeborg og Brædstrup. RH Hammel Neurocenter varetager neurorehabilitering for hele regionen og har højt specialiseret funktion for personer med svær traumatisk hjerneskade.</p> <p>Det bemærkes, at tilbuddene i den østlige del af regionen ikke omfatter neurorehabilitering til patienter behandlet for hjernekræft.</p> <p>Sengekapaciteten på området blev i juni-budgetforliget 2010 reduceret med 22 senge fra 82 senge til 60 senge med virkning fra den 1. januar 2011. I Skive fra 54 til 40 og i Lemvig fra 26 til 20 med en besparelse på 20 mio. kr. fordelt med 14 mio. kr. i Skive og 6 mio. kr. i Lemvig.</p>			
	Neurorehabilitering af svært traumatisk hjerneskadede	Almindelig neurorehabilitering	Neurorehabilitering af personer med følger efter kræft i hjernen
Hammel Neurocenter	X – højt specialiseret funktion	X	
AUH-Århus Sygehus, Geriatrisk afd.		X	
RH-Lemvig – 20 senge pr. jan. 2011		X	X
RH-Skive – 40 senge pr. jan. 2011		X	X
<p>Forslag: De 20 neurorehabiliteringssenge i Lemvig flyttes: 15 senge til RH Holstebro, 2 senge til RH Hammel Neurocenter og 3 senge til RH Skive. Patienter med hjernekræft prioriteres alle steder på lige fod med øvrige patienter med behov for rehabilitering.</p>			
	Neurorehabilitering af svært traumatisk hjerneskadede	Almindelig neurorehabilitering	Neurorehabilitering af personer med følger efter kræft i hjernen
Hammel Neuro-center – tillagt 2 senge fra Lemvig	X – lands-landsdelsfunktion	X	X
AUH Århus Sygehus, Geriatrisk afd.		X	
RH Skive – tillagt 3 senge fra Lemvig		X	X
RH Holstebro tillagt 15 senge fra Lemvig		X	X
<p>Neurorehabiliteringen bør være knyttet op på en Neurologisk afdeling.</p> <p>Forslaget giver mulighed for bedre udnyttelse af bygningskapaciteten og giver desuden grundlag for en ligestilling af patienter behandlet for hjernekræft.</p> <p>Besparelsesgrundlag: Der opnås besparelse ved at ophøre med neurorehabilitering i Lemvig og udnytte ledig bygningskapacitet i Holstebro, Skive og Hammel.</p>			

4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen?				
Forslagene vil medføre ændring af Hospitalsplanen, ifølge hvilken neurorehabilitering ud over den højt specialiserede neurorehabilitering i Hammel varetages på RH-Lemvig og RH-Skive.				
5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer? – hvis ja, beskriv hvilke				
Forslaget vil ikke medføre behov for ændring af fysiske rammer.				
6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?				
Nej.				
7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja, beskriv hvilke				
Forslaget vil have konsekvenser for personalet inkl. diverse støttefunktioner på den matrikel, der lukkes. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.				
8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem? – hvis ja, beskriv hvilke				
Nej.				
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget				
Forslaget foreslås gennemført med virkning fra den 1. november 2011.				
10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi				
Ingen.				
11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt				
	Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
	Nettobesparelse Budget ansvarlig enhed, Vest	-1,8	-10,9	-10,9
	Bruttobesparelse Budgetansvarlig enhed Viborg	0,4	2,3	2,3
	Bruttobesparelse Budgetansvarlig enhed Silkeborg	0,3	1,8	1,8
	Nettobesparelse i alt	- 1,1	-6,8	-6,8
12. Øvrige bemærkninger	Ingen.			

1. Forslag nr.:	4.3.3		
2. Spareforslag overskrift:	Samling af hæmatologiske funktioner på to hospitaler		
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget):			
<p>I dag: Behandling af hæmatologiske patienter varetages i dag på AUH-Århus Sygehus og på hæmatologiske afsnit i Holstebro og Viborg:</p>			
	Hovedfunktion	Regionsfunktion	Højt specialiseret funktion
AUH Århus Sgh	x	X	X – inkl. knoglemarvstransplantation
RH Viborg	x	X to funktioner + to funktioner i Viborg/Holstebro	
RH Holstebro	x	X to funktioner + to funktioner i Viborg/Holstebro	
<p>På AUH Århus Sygehus er der en selvstændig hæmatologisk afdeling. De øvrige steder indgår hæmatologien i medicinske afdelinger.</p> <p>Relation til akuthospital: Der er i specialevejledningen ikke krav om adgang til hæmatologi på akuthospitalerne.</p> <p>Specialeplanen medfører, at 9 ud af 14 regionsfunktioner samles i Århus. 2 funktioner kan varetages i både Holstebro og Viborg i et formaliseret samarbejde, medens 2 funktioner fremover kun må varetages ét af disse steder.</p> <p>Det er vurderingen, at dels Specialeplanens centralisering af hæmatologien på Universitetshospitalet samt volumenforskellen mellem de to decentrale funktioner vil blive så stor, at det ikke er muligt at opretholde den mindste. Specialerådet har bakket op om, at der kun er én funktion uden for Århus.</p> <p>Særlige problemstillinger: I perioder rekrutteringsvanskeligheder til såvel speciallægestillinger som uddannelsesstillinger i specialet.</p> <p>Forslag: Den hæmatologiske behandling samles i Århus og Viborg. Når hospitalerne under hospitalsledelsen Vest samles i Gødstrup, revurderes organiseringen af hæmatologien, herunder den fysiske placering, med udgangspunktet i situationen til den tid.</p>			
	Hovedfunktion	Regionsfunktion	Højt specialiseret funktion
AUH Århus Sygehus	x	x	X – inkl. knoglemarvstransplantation
RH Viborg	x	X Fire funktioner	
<p>Fordele:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hæmatologi er et internt medicinsk og inflammationsspeciale, der med dette forslag placeres i en stor medicinsk afdeling. 2. Forslag er robust ift. Specialeplanen 3. Der vil – i forbindelse med andet forslag om at flytte onkologien fra Viborg til Vest – være fysisk kapacitet i Viborg 4. Der etableres en udefunktion fra Viborg til Vest med samarbejde om f.eks. blodtransfusioner 5. Styrkede faglige fællesskaber og faglige miljøer med forbedrede rekrutteringsmuligheder til følge 6. Mulighed for at reducere antallet af speciallæger og på sigt antallet af uddannelseslæger 7. Mere stabil uddannelsesfunktion 8. Placering i Viborg vil give mulighed for at aflaste Universitetshospitalet ved at Viborg kan modtage patienter fra f.eks. Silkeborg-området. 			

<p>Ulemper:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Længere transport for patienter i den vestligste del af regionen. Ulempen søges minimeret jævnfør at der ifølge forslaget etableres en udefunktion i Vest med samarbejde om f.eks. blodtransfusioner 2. Der er ikke adgang til PET-CT på matriklen. <p>Besparelsesgrundlag: Der opnås besparelse, jf. 75/25-reglen, dog med direkte overflytning af medicinudgiften. Det er muligt at reducere det samlede behov for speciallæger og afhængigt af størrelsesordenen afledt heraf også behovet for uddannelsesstillinger.</p> <p>Det er i beregningen indregnet, at en vis aktivitet – svarende til den hæmatologiske aktivitet i Randers – bibeholdes i Vest, idet der fortsat vil være interne medicinske patienter med en hæmatologisk aktionsdiagnose indlagt på internt medicinske afdelinger. Patienter med en hæmatologiske diagnose på RH Ringkøbing er ikke indregnet i besparelsesgrundlaget, idet de er medregnet under 3.2.1.</p>				
<p>4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen ?</p>				
<p>Forslaget vil justere varetagelsen af det hæmatologiske speciale således som ifølge Hospitalsplanen Varetages på AUH Århus Sygehus, Hospitalsenheden Vest og Viborg.</p>				
<p>5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer ? – hvis ja, beskriv hvilke</p>				
<p>Der er hovedsageligt tale om ambulante patienter – hvorfor en samling kan gennemføres uden pladsproblemer.</p>				
<p>6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?</p>				
<p>Forslaget vil medføre at nogle patienter vil få længere til behandling.</p>				
<p>7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser ? – hvis ja, beskriv hvilke</p>				
<p>Forslaget har personalemæssige konsekvenser. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.</p>				
<p>8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem ? – hvis ja, beskriv hvilke</p>				
<p>Nej.</p>				
<p>9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget</p>				
<p>Forslagene vil kunne implementeres fra den 1. juli 2011.</p>				
<p>10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi</p>				
	DRG-værdi, mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
	Ændring aktivitet, budgetansvarlig enhed, Vest	-12,6	-31,6	-31,6
	Ændring aktivitet, budgetansvarlig enhed, Sygehus Viborg	12,6	31,6	31,6
	Ændring aktivitet, budgetansvarlig enhed ...			
	Evt. afledte aktivitetsændringer			
	Aktivitetsændringer i alt	0,0	0,0	0,0

11. Beskriv forslaget brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt				
Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt	
Bruttobesparelse, budgetansvarlig enhed Vest	-5,6	-13,8	-13,8	
Bruttobesparelse, budgetansvarlig enhed Viborg	1,8	4,6	4,6	
Medicinudgifter Vest	-5,7	-14,1	-14,1	
Medicinudgifter Viborg	5,7	14,1	14,1	
Bruttobesparelse, budgetansvarlig enhed ...				
Intern spareplan, vest	0,3	0,8	0,8	
Evt. afledte merudgifter				
Nettobesparelse i alt	-3,5	-8,4	-8,4	
12. Øvrige bemærkninger				
Ingen.				

1. Forslag nr.:	4.3.4		
2. Spareforslag overskrift:	Samling af onkologisk behandling på to hospitaler		
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget):			
<p>I dag: Onkologi varetages i dag på to onkologiske afdelinger på AUH, Århus Sygehus og RH Herning – samt på et onkologisk afsnit på Medicinsk Afdeling på RH Viborg:</p>			
	Hovedfunktion	Regionsfunktion	Højt specialiseret funktion
AUH Århus Sygehus	X	X	x
RH Viborg	X		
RH Herning	X	x Fem funktioner *)	
<p>*) inklusive strålebehandling, der drives af AUH-Århus Sygehus i et velfungerende samarbejde, bl.a. baseret på telemedicin.</p> <p>Der er mange patienter med kræftdiagnoser på andre afdelinger. En del udredes på medicinske eller kirurgiske afdelinger for andre sygdomme og viser sig at have kræft, og uden for de onkologiske afdelinger ligger desuden palliative kræftpatienter.</p> <p>Relation til akuthospital: Der er ikke krav om adgang til onkologi på akuthospitalerne.</p> <p>Særlige problemstillinger: Onkologien på RH Viborg varetages af medicinske speciallæger med særlig onkologisk efteruddannelse. På sigt vil det ikke være muligt at rekruttere til særlig medicinsk onkologi, idet uddannelsen ikke eksisterer længere.</p> <p>Der er rekrutteringsvanskeligheder uden for Århus.</p> <p>Forslag: Den onkologiske behandling i Viborg og Herning samles Herning:</p>			
	Hovedfunktion	Regionsfunktion	Højt specialiseret funktion
AUH Århus Sygehus	X	X	x
RH Herning	X	X Fem funktioner	
<p>Fordele:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fremtidssikret i forhold til onkologiens placering som selvstændigt speciale 2. Styrkede faglige fællesskaber og faglige miljøer med forbedrede rekrutteringsmuligheder til følge 3. I god overensstemmelse med Hospitalsplanen ifølge hvilken Vest har en særlig opgave i at udvikle funktioner inden for den kliniske onkologi 4. Det i forvejen tætte samarbejde mellem Vest og Universitetshospitalet vil blive styrket 5. En styrket onkologisk afdeling i Vest vil på sigt styrke mulighederne for at aflaste Universitetshospitalet ved i højere grad at kunne udbyde behandlingstilbud i eget optageområde. <p>Ulemper:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nogen patienter fra den centrale del af regionen vil få længere transport til behandling, hvorfor der i en overgangsperiode kan forventes øget pres på Universitetshospitalet. <p>Besparelsesgrundlag: Der opnås besparelse ved flytning af senge fra Viborg til Vest, jf. 75/25-reglen, dog med direkte overflytning af medicinudgiften. Det er indregnet, at en vis aktivitet – svarende til den onkologiske aktivitet i Randers – bibeholdes, idet der fortsat vil være bl.a. palliative kræftpatienter i Viborg.</p>			

4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalet?				
Forslaget vil justere varetagelsen af det onkologiske speciale, som ifølge Hospitalsplanen varetages af AUH, Århus Sygehus, Hospitalsenheden Vest og RH Viborg.				
5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer? – hvis ja, beskriv hvilke				
Forslaget skønnes ikke at give behov for lokalemæssige ændringer, jf. at der i høj grad er tale om ambulante patienter – og der er udnyttet kapacitet i Onkologihuset på RH Herning.				
6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?				
Nogle få patienter vil få længere til behandling.				
7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja, beskriv hvilke				
Forslaget vil få konsekvenser på de involverede enheder i Viborg og Herning. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler. Der skal udarbejdes ny plan for uddannelsen af onkologiske speciallæger.				
8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem? – hvis ja, beskriv hvilke				
Nej.				
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget				
Forslaget foreslås gennemført med virkning fra den 1. juli 2011.				
10. Beskriv forslagens aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi				
	DRG-værdi, mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
	Ændring aktivitet, budgetansvarlig enhed Viborg	-23,1	-57,8	-57,8
	Ændring aktivitet, budgetansvarlig enhed Vest	23,1	57,8	57,8
	Ændring aktivitet, budgetansvarlig enhed ...			
	Evt. afledte aktivitetsændringer			
	Aktivitetsændringer i alt	0,0	0,0	0,0
11. Beskriv forslagens brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt				
	Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
	Bruttobesparelse, budgetansvarlig enhed Viborg	-8,0	-19,9	-19,9
	Bruttobesparelse, budgetansvarlig enhed Vest	2,7	6,6	6,6
	Medicin Viborg	-12,5	-31,3	-31,3
	Medicin Vest	12,5	31,3	31,3
	Bruttobesparelse, budgetansvarlig enhed ...			
	Evt. afledte merudgifter			
	Nettobesparelse i alt	-5,3	-13,3	-13,3
12. Øvrige bemærkninger	Ingen.			

1. Forslag nr.:	4.3.5
2. Spareforslag overskrift:	Faglig samling af reumatologien omkring to centre
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget):	

I dag:

Reumatologi er præget af ambulante funktioner og varetages af en reumatologisk afdeling i Århus og af funktioner integreret i de medicinske afdelinger i Silkeborg, Viborg, Holstebro, Randers og Horsens:

	Hovedfunktion	Regionsfunktion	Højt specialiseret funktion	Andet
AUH Århus Sygehus	x	X	X	Akut ryggambulatorium
RH Silkeborg	x	X		Særlig rygfunktion incl. kroniske rygsmerter
RH Viborg	x	x – én funktion (smerte og dysfunktion)	x – én funktion (Specialiseret rehabilitering paraplegi - Er godkendt i Specialeplanen under reumatologi- fra den 1. okt. 2010 overført til neurologisk afd.)	
RH Horsens	x			
RH Randers	x			
RH Holstebro	x			

Relation til akuthospital: Det er ifølge specialevejledningen en fordel med adgang til reumatologi i dagtid. Der er ikke krav om reumatologisk vagtfunction. Uden for dagtid varetages opgaver af fælles intern medicinsk vagt. På de lokale medicinske modtagelser indgår reumatologiske speciallæger i fællesvagten.

Beredskabsvagt med reumatologisk speciallæge på AUH Århus Sygehus døgnet rundt.

Særlige problemstillinger:

De reumatologiske speciallæger er meget ulige fordelt i regionen:

	Overlæger normeret	Overlæger besat	Afdelingslæger normeret	Afdelingslæger besat
AUH Århus Sygehus	6,4	6	1	1
RH Randers	3	2	1	0
RH Viborg	4	0	0	2
RH Silkeborg	9	9	1	1
RH Holstebro	4	2	1	0
RH Horsens	2	1 + ledende ovl.	0	0
I alt	28,4	21	4	4

Den ulige fordeling skyldes rekrutteringsvanskeligheder alle steder på nær AUH-Århus Sygehus og RH-Silkeborg.

Den ulige fordeling:

1. giver problemer med patientbehandlingen i forhold til optageområdet – der er op til 7 års ventetid i områder med størst speciallægemangel
2. medfører, at færre patienter er i reumatologisk behandling i Region Midtjylland sammenlignet med andre regioner
3. medfører, at uddannelsessituationen er ustabil, jf. krav om mindst to speciallæger på fuld tid for at kunne indgå i hoveduddannelsesforløbet
4. giver problemer ift. rekruttering til specialet, idet uddannelsesstillinger er vanskelige at besætte

uden for Århus og Silkeborg.

Reumatologien er generelt underdimensioneret i Region Midtjylland, hvor der er behov for større ambulante kapacitet.

Forslag:

Faglig samling af reumatologien i to centre, Århus og Silkeborg, der begge varetager både inflammatoriske sygdomme og rygsygdomme. Alle speciallæger er fagligt knyttet til et af de to centre, uanset om de er ansat der eller i medicinske afdelinger på akuthospitaler. De to centre garanterer udefunktioner på tilknyttede akuthospitaler, der ikke selv er bemandet til at klare reumatologiske opgaver. Udefunktionen varetager ambulante funktioner i samarbejde med lokalt ansat reumatolog og bistår akutfunktionen. Der etableres fælles visitation for hvert center med tilknyttede akuthospitaler. Alle borgere skal garanteres samme service uanset optageområde. Uddannelsesstillinger placeres i de to centre. Hoveduddannelsesforløbene tilrettelægges så vidt muligt med en del ved begge centre og en del på et af de øvrige regionshospitaler.

Organiseringen revurderes, når mulighederne for rekruttering og besættelse af uddannelsesstillinger forbedres.

Center	Hovedfunktion	Regionsfunktion	Højt specialiseret funktion	Andet
AUH Århus Sygehus med udefunktion på RH Randers og RH Horsens	X	X	X	Akut rygambulatorium
RH Silkeborg med udefunktion på RH Viborg og RH Vest	X	X		Særlig rygfunktion inkl. kroniske rygsmerter
RH Randers RH Horsens RH Viborg Vest	(x) ¹			

1) Varetages af 1-2 lokalt ansatte reumatologer i samarbejde med centrene eller udelukkende som udefunktion fra centerafdeling

Fordele:

1. Bedre kvalitet i patientbehandlingen og behandling af flere patienter
2. Styrkede faglige fællesskaber og faglige miljøer og dermed sikring af effektive ambulante udrednings- og behandlingsforløb samt kontrolregimer
3. Bedre udnyttelse af den samlede reumatologiske ekspertise
4. Mere robust lægelig videreuddannelse (uddannelse varetages af centrene)
5. Større kapacitet til at forestå hjemtrækning af patienter fra Region Syddanmark
6. Sikrer reumatologisk betjening på akuthospitalerne, idet alle har adgang til lokal reumatolog i dagtid og døgnet rundt adgang til reumatologisk beredskab på AUH-Århus Sygehus.

Ulemper:

1. Færre reumatologer vil være i vagt på akuthospitalerne – til gengæld vil patienterne have adgang til større reumatologisk kapacitet i dagtid.

Besparesesgrundlag:

Forslaget lægger op til en øget aktivitet og bedre udnyttelse af kapaciteten på RH Silkeborg. Udgifterne forbundet med udefunktioner skal således holdes inden for det samlede eksisterende budget til reumatologi. Forslaget vil desuden understøtte hjemtrækningen fra Region Syddanmark, jf. Budget 2011. Besparelsen ved hjemtrækningen beskrives under 8.5.

Der kan blive tale om budgetomplaceringer og ændrede forudsætninger vedrørende aktivitet som følge af forslaget, herunder ikke mindst af forslaget om en omlægning af hoveduddannelsesforløbet.

4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen?				
Ifølge hospitalsplanen vil der være reumatologisk speciallægedækning på alle hospitaler med fælles akutmodtagelse enten i form af egentlig afdeling/funktion eller i form af aftaler om assistance fra andre hospitaler. Forslaget er således i overensstemmelse med Hospitalsplanen.				
5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer? – hvis ja, beskriv hvilke				
Nej.				
6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?				
Patienterne vil opleve en bedre og mere ensartet kvalitet i hele regionen				
7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja, beskriv hvilke				
Yngre læger vil få nyt tjenestested, jf. at uddannelsesforløb samles i Århus og i Silkeborg.				
8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem? – hvis ja, beskriv hvilke				
Nej.				
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget				
Forslaget vil kunne implementeres den 1. juli 2011.				
10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi				
Ingen.				
11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt				
	Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
	Bruttobesparelse			
	Evt. afledte merudgifter			
	Nettobesparelse i alt			
12. Øvrige bemærkninger	Ingen.			

1. Forslag nr.:	4.3.6
2. Spareforslag overskrift:	Reduktion i medicinsk sengekapa- citet på AUH
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget):	
<p>Der er aktuelt ca. 418 medicinske senge på Århus Universitetshospital fordelt på tre afdelinger i Skejby (Infektionsmedicin, Nyremedicin og Hjertemedicin) og 8 afdelinger på AUH-Århus Sygehus (Lungemedicin, Reumatologi, Kardiologi, Hæmatologi, 2 Endokrinologiske afdelinger, Gastro- og hepatologi og Geriatri). Disse afdelinger betjener AUH's optageområde med medicinsk basisbehandling samt hele regionen/Vestdanmark med specialiseret behandlingen.</p> <p>Gennem de senere år er der sket en række effektiviseringer af behandlingen af de medicinske patienter på alle regionens hospitaler, hvilket har ført til lukning af et stort antal senge. Som beskrevet andetsteds i omstillingsplanen er dette en udvikling, der fortsætter som følge af effektiviseringer i patientbehandlingen herunder øget brug af telemedicin.</p> <p>En opgørelse over antallet af medicinske senge i forhold til antallet af borgere i optageområdet viser, at AUH har flere medicinske senge til basisbehandling pr. indbygger end de øvrige hospitaler. Da AUH samtidig ved indflytningen i DNU skal have en væsentligt reduceret sengemasse, foreslås en budgetreduktion på 30,0 mio. kr. til AUH med henblik på en effektivisering af den medicinske aktivitet til kortere liggetider og omlægning fra stationær til ambulant. Det samlede antal medicinske senge ved AUH foreslås således reduceret med 40 senge fra den 1. januar 2012. Produktionskravet fastholdes, dog med mulighed for at rejse krav overfor Indenrigs- og Sundhedsministeriet med henblik på en korrektion i baseline (måltallet for aktiviteten) som følge af omlægning fra stationær til ambulant behandling.</p> <p>Der skal derudover laves en gennemgang af det kardiologiske område i hele regionen bl.a. m.h.p. at fastlægge vagtdækningen i relation til akutmodtagelserne. Gennemgangen udmøntes i en plan, der forelægges Regionsrådet til beslutning.</p>	
4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen ?	
Nej.	
5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer? – hvis ja, beskriv hvilke	
Nej.	
6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?	
Nej.	
7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja, beskriv hvilke	
Forslaget indebærer en reduktion i personalet på det medicinske område. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.	
8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem? – hvis ja, beskriv hvilke	
Nej.	
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget	
Forslaget foreslås gennemført med virkning fra den 1. januar 2012.	

10. Beskriv forslagetets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi				
Aktivitetsværdien forudsættes at være uændret som følge af spareforslaget.				
11. Beskriv forslagetets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt				
	Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
	Besparelse, Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus		- 5,0	- 5,0
	Besparelse, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus		-25,0	-25,0
	Nettobesparelse i alt		- 30,0	- 30,0
12. Øvrige bemærkninger	Ingen.			

1. Forslag nr.:	4.3.7			
2. Spareforslag overskrift:	Arbejdsmedicin			
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget) :				
<p>Der er to arbejdsmedicinske klinikker i Region Midtjylland, fordelt på henholdsvis AUH, Århus Sygehus og RH Herning. Klinikkerne varetager specialiseret udredning af arbejdsbetingede skader, forskning og undervisning.</p> <p>I lighed med besparelserne på øvrige kliniske specialer i sundhedsvæsenet, foreslås en rammebesparelse på 1 mio. kr. på det arbejdsmedicinske område.</p> <p>Med udgangspunkt i budgettal for 2010, sker rammebesparelsen på Arbejdsmedicinsk Klinik, RH Herning på baggrund af, at klinikken har et større totalbudget (10,8 mio. kr.) til et mindre optageområde (515.000 borgere), end Arbejdsmedicinsk Klinik på AUH, Århus Sygehus, som har et mindre totalbudget (7 mio. kr.) til et større optageområde (733.000 borgere). Dvs. at klinikken i Herning har et totalbudget, som svarer til 61 % af begge klinikkers totalbudget, selvom klinikken i Herning kun dækker 41 % af regionens borgere.</p> <p>Efter besparelsen i Herning vil klinikken stadig råde over et større totalbudget, som udgør 58 % af det samlede totalbudget for de arbejdsmedicinske klinikker.</p> <p>Det skal bemærkes, at begge klinikker har betydelig indtægtsdækket virksomhed.</p>				
4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen?				
Forslaget ligger indenfor rammerne af hospitalsplanen.				
5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer ? – hvis ja, beskriv hvilke				
Nej.				
6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?				
Nej.				
7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser ? – hvis ja, beskriv hvilke				
Forslaget har personalemæssige konsekvenser. Der henvises i øvrigt til de personalemæssige spilleregler.				
8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem ? – hvis ja, beskriv hvilke				
Nej.				
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget				
Besparelsen vil træde i kraft fra 2012.				
10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi				
Forslaget har ingen DRG-mæssige konsekvenser.				
11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt				
	Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
	Bruttobesparelse, Arbejdsmedicinsk Klinik, RH Herning		-1,0	-1,0
	Nettobesparelse i alt		-1,0	-1,0

12. Øvrige bemærkninger	Ingen.
--------------------------------	---------------

1. Forslag nr.:	4.4
2. Spareforslag overskrift:	Det billeddiagnostiske område, radiologi
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget):	
<p>Spareforslaget indleder med en redegørelse for de teknologiske muligheder for teleradiologi. Dernæst følger en redegørelse for spareforslagets forudsætninger, og de forskellige it-systemer på tværs af regionen, som udgør en udfordring i forhold til at sammenlægge vagtberedskaber, og dermed opnå besparelser. Derefter præsenteres spareforslagene, som er opdelt i tre delforslag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etablering af fælles vagtberedskaber og effektivisering af arbejdsrutiner - Hjemtrækning af MR-undersøgelser fra privathospitaler - Effektivisering som følge af en benchmark undersøgelse <p>Teknologiske muligheder for teleradiologi</p> <p>På kort sigt er alle initiativer, der regionalt går på såvel at harmonisere PACS/RIS-systemerne og data fra disse systemer i regionen, ikke noget man kan tage udgangspunkt i. Disse tiltag vil først påvirke forholdene på mellemlang og lang sigt (2-3 år).</p> <p>Ultimo januar 2011 kommer der en rapport med forslag til, hvordan en regional PACS/RIS-løsning skal se ud. Udfaldsrummet er mulighed for at bevare de eksisterende systemer eller indføre ét regionalt system. Begge dele ville kunne bibringe muligheder for samarbejde på tværs af systemerne. På landsplan har regionerne via Regionernes Sundheds-it i december 2010 beskrevet en business case, hvis mål det er, at samtlige offentlige sygehuse i Danmark inden 2012 kan udveksle billeder.</p> <p><i>Alternativ teleradiologisk løsning på kort sigt</i></p> <p>Der er mulighed for billedudveksling ved at optagende afdeling sender billederne via PACS til modtagende afdeling. RIS-beskrivelsen, hvor radiologerne har beskrevet, hvad billederne viser, er en udfordring at sende på tværs af systemer. Dette kan måske gøres via EDI-FACT eller ved, at RIS-informationen knyttes op på AGFA Impax. Det burde langt hen ad vejen kunne lade sig gøre, at man fra en og samme billeddiagnostiske arbejdsstation kobler sig på en Impax i et andet netværk. For eksempel ved at man fra Randers kan koble sig direkte på Impax Vest. RIS-informationerne bliver så hentet og leveret via den lokale "dataejende" Impax.</p> <p>Det, der kan give problemer, er kommunikationen til og fra Viborg. Der skal i givet fald sættes en Viborg billeddiagnostisk arbejdsstation op de steder, hvis man skal arbejde på Viborgs PACS/RIS. Hvis man fra Viborg skal arbejde på andre systemer skal der sættes en Impax billeddiagnostisk arbejdsstation op i Viborg. (En billeddiagnostisk arbejdsstation koster ca. kr. 100.000,- med skærme mv.)</p> <p>De punkter man skal være opmærksomme på er umiddelbart:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tilgængelig netværksforbindelse (lukket secure tunnel), som kan blive en flaskehals i den sammenhæng. - Citrix-systemerne – til og fra. - Der er i forhold til de forskellige radiologiske undersøgelser knyttet forskellige værktøjer. - Licensforhold. - Eksterne profiloprettelser i de forskellige systemer. <p><i>Muligheder på lang sigt</i></p> <p>På langt sigt forventes det, at der er etableret et velfungerende it-system, som sikrer problemfri udveksling af billedbeskrivelser på tværs af alle billeddiagnostiske afdelinger og matrikler.</p>	

Spareforslagets forudsætninger

Radiologiske undersøgelser med bistand fra radiograf skal være tilgængeligt på alle akuthospitaler, Center of Excellence og i akutklinikernes åbningstid. Der skal kunne gives beskrivelse af de radiologiske undersøgelser ved radiolog umiddelbart efter røntgenoptagelse, men dette kan foregå ved telemedicin. Der skal være tæt kommunikation mellem radiologer og klinikere i dagtid.

Det radiologiske speciale er meget afhængigt af velfungerende it-systemer (PACS/RIS), der kan håndtere lagring og udveksling af billeder samt håndtering af tilhørende beskrivelser. I øjeblikket er der fem forskellige PACS/RIS løsninger i regionen. Der er ingen problemer i at udveksle billeder mellem enhederne (PACS-delen), men store udfordringer i forhold til at håndtere de tilhørende beskrivelser (RIS-delen). Pga. anvendelsen af forskellige PACS/RIS-systemer, og uensartet registrering af de samme undersøgelser på tværs af afdelingerne, opstilles der spareforslag på kort (1 år +) og langt sigt (3 år +).

I vagttiden er der fortsat nogle undersøgelser, der kræver tilstedeværelse af radiolog. Det gælder blandt andet visse ultralydsundersøgelser. Alternativt skal hospitalerne uddanne relevante speciallægegrupper i ultralydsscanning, f.eks. organkirurger eller de kommende akutmedicinere. Der vil også skulle uddannes til de hyppigste røntgenvejlede interventioner.

Table 1. Hospitalernes PACS/RIS it-systemer

Hospital	RIS-system	PACS-system
Skejby	IT afd. Skejby, og leverandør af Skejby's eget PAS system Kører på Skejby's egen installation	Impax, AGFA Healthcare Kører på Impax øst installation for BDA og Afd. B cardio. Der er et Agfa Impax system på Skejby, der stadig anvendes af afd. T og I forskning
Århus Sygehus	Carestream Kører på RIS øst	Impax, AGFA Healthcare Kører på Impax øst
Randers	Carestream Kører på RIS øst	Impax, AGFA Healthcare Kører på Impax øst
Silkeborg	Carestream Kører på RIS øst	Impax, AGFA Healthcare Kører på Impax øst
Viborg	Siemens Kører på Viborg installation	Siemens Kører på Viborg installation
Horsens	Carestream Kører på Vejles installation	Impax, AGFA Healthcare Kører på Vejles installation
Vest	Carestream Kører på RIS Vest	Impax, AGFA Kører på Impax vest

Dermed er der to centrale udfordringer for at kunne samle vagtberedskaberne:

- a) anvendelse af fem forskellige RIS-systemer
- b) behov for udførelse af ultralyd i vagttiden på akuthospitalerne. Dette arbejder kræver med den nuværende uddannelse og bemanning tilstedeværelse af en radiolog

Udfordring a) betyder, at beskrivelsen af de radiologiske undersøgelser, der sker udenfor akuthospitalerne, kun er muligt at samle på færre enheder i det omfang, at det er samme RIS-system, der bliver anvendt. Det er allerede sket, hvor der er tale om et samarbejde mellem et akuthospital og en akutklinik.

Udfordring b) betyder, at der på alle akuthospitaler skal være mulighed for at tilkalde en radiologisk

bagvagt, medmindre man uddanner andre speciallæger i ultralyd. Spareforslaget gælder først fra 2012, da der så er hele 2011 til at sikre tilstrækkelig uddannelse af speciallæger til at kunne foretage relevante ultralydsundersøgelser i vagten.

Tabel 2. Hospitalernes vagtstruktur på de billeddiagnostiske afdelinger

Matrikel	Beskrivelse af vagtlaget		
	Lægetype (i/h/afd./overlæge)	Vagttype (tilstede, tilkald, kombi)	Vagtbelastning (timer pr vagt hhv. hverdag/weekend)
Horsens, bagvagt: (1 vagtlag)	Afd./overlæge	Tilkald fra bolig	7/8 9 t lø/sø
Randers, bagvagt: (i alt 2 vagtlag)	Overlæge	Tilkald fra bolig	4 timer alle dage
Viborg, bagvagt: (i alt 2 vagtlag)	Overlæge	Tilkald fra bolig, hverdage 18-08, lø/sø/sh 08-08	6 t hverdage 9 t lø/sø/sh
Skejby, bagvagt: (i alt 2 vagtlag)	Overlæge	Tilkald fra bolig	2 t hverdage 3 t lø/sø/sh
Silkeborg, bagvagt: (1 vagtlag)	Afd./overlæge	Tilkald fra bolig	6,53 t alle dage (budget 2011: 4 timer)
Århus, NBG (1 vagtlag) Man opererer ikke med for- og bagvagt på Århus Sygehus. Århus, THG (1 vagtlag)	h/afd./overlæge	NBG: Rådighedsvagt, hverdag 18-08, lø 17-09, sø 15-08 THG: Rådighedsvagt, hverdag 15-08, lø/sø 08-08	NBG: 6 t hverdag, 6 t lø, 9 t sø THG: 4 t hverdag, 6 t lø/sø
Århus Neuroradiologisk Afdeling (1 vagtlag)	Overlæge i bagvagt når forvagten ikke er neuroradiolog.	Tilstedeværelsesvagt døgnet rundt	
Herning, vagt: (1 vagtlag)	h/overlæge. Hvis h-læge, så overlæge i Holstebro, der har rådighedsvagt.	Tilstedeværelse	7,5 t hverdage 12 t lø/sø/sh
Holstebro, vagt: (1 vagtlag)	h/overlæge. Hvis h-læge, så overlæge i Herning, der har rådighedsvagt.	Tilstedeværelse	7,5 t hverdage 7,5 t lø/sø/sh

Besparelsesforslag på kort sigt (1 år +), samling af (bag)vagtsberedskaber og effektivisering

I beregning af sparepotentialerne ved sammenlægning af vagtberedskaberne, er der taget udgangspunkt i aftalte vagthonorarer og en gennemsnitlig overlæge nettotimeløn (420 kr.), som baserer sig på lønstatistik

for 2010. Det antages, at besparelspotentialet er en halvering af vagtbelastningen på det sted, hvor vagtbelastningen er mindst. Den resterende halve vagtbelastning overgår til samarbejdshospitalets vagtbelastning.

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Skejby

Den fysiske afstand mellem akuthospitalerne gør, at muligheden for at have en fælles bagvagt alene ses mellem Århus Sygehus og Skejby. Her er det muligt for en fælles bagvagt at møde op på hospitalerne fra en boligvagt. Samlet set har Århus Sygehus og Skejby tre radiologiske bagvagter og en neuroradiologisk vagt. Forslaget betyder, at der skal reduceres en radiologisk bagvagt. Vedkommende skal kunne håndtere Århus RIS-systemet ved tilkald til Århus, og håndtere Skejby RIS-systemet ved tilkald til Skejby.

- Besparelse ved et bagvagtslag mindre fordelt mellem sygehusene i Århus og Skejby, hvor bagvagsbelastningen reduceres til det halve, hvor den er mindst (Skejby): $250 \text{ dage} * (1.676 \text{ kr.} + 1 * 420 \text{ kr.}) + 115 \text{ dage} * (2.536 \text{ kr.} + 1,5 * 420) = 0,9 \text{ mio. kr.}$

Hospitalsenheden Vest

I dag er der både en radiologisk bagvagt på Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro, som bliver betalt for tilstedeværelse. Spareforslaget går ud på at reducere med et beredskab i Vest. Spareforslaget tager udgangspunkt i, at neuroradiologerne i Århus kan dække vagtbehovet for trombolyselbehandling i Vest, og at eventuelle behov for ultralydsundersøgelser i vagten kan klares af relevante specialers vagtberedskaber.

- Besparelsen ved at fjerne bagvagtslaget i Holstebro og tilføre den halve belastning til Herning er på: $250 \text{ dage} * (3.771 \text{ kr.} + 4 * 420 \text{ kr.}) + 115 \text{ dage} * (5.705,71. + 4 * 420) = 2,2 \text{ mio. kr.}$

Regionshospitalet Silkeborg og Viborg

Regionshospitalet Silkeborg foreslås fusioneret med Regionshospitalet Viborg. Begge hospitaler har i dag et radiologisk bagvagtslag. Pga. forskellige RIS-systemer er det ikke umiddelbart muligt at yde telemedicinsk rådgivning på tværs af matriklerne. Derfor foreslås det, at vagtstrukturen tages op til revidering mhp. effektivisering, når et velfungerende it-system kan etableres.

Regionshospitalet Horsens

Regionshospitalet Horsens honorerer for en højere vagtbelastning end sammenlignelige hospitaler. Der skal findes en besparelse på Billeddiagnostiske afdeling i Horsens ved en effektivisering af arbejdsrutiner og en gennemgang af vagttidsbelastningen. Besparelsen er beregnet som forskellen mellem vagttimebelastningen – hvor lægelig tilstedeværelse er påkrævet (5 timer), og den timebelastning, der aflønnes efter (hverdag 7/8, lø/sø 9 timer).

- Besparelsen fremkommer ved: $250 * (420 * (7,5 - 5)) + 115 (420 * (9 - 5)) = 0,5 \text{ mio. kr.}$

Samlet besparelse fra 2012 på samling af vagtberedskaber og effektivisering af arbejdsrutiner:

Århus/Skejby	0,9 mio. kr.
Vest	2,2 mio. kr.
Horsens	0,5 mio. kr.
I alt	3,6 mio. kr.

Det forudsættes, at udgifter forbundet med uddannelse af speciallæger i ultralydsscanning afholdes af de berørte hospitaler.

Hjemtrækning af MR-scanninger fra privathospitalerne

Region Midtjylland betaler 24,1 mio. kr. for 14.000 simple og 1000 komplekse MR-scanninger på privathospitalerne. 10 % af scanningerne er ikke førstegangsscanninger, og oppebærer ikke DRG-værdi. Det betyder, at de 13.500 MR-scanninger ($0,9 \cdot 14.000 + 0,9 \cdot 1.000 = 13.500$), svarer til en gennemsnitspris på 1.785 kr. pr. scanning.

Det er vurderingen, at en hjemtrækningsafregning på 25 % af DRG-taksten pr. MR-scanning er urealistisk. Derimod vurderes en afregning på 1.000 kr. for en simpel- og 1.500 kr. for en kompleks MR-scanning, som værende mulig, svarende til en gennemsnitspris på 1.033 kr. pr. MR-scanning.

Forudsætningen er, at de billeddiagnostiske afdelinger opnår baselinen for 2009, at der ikke siver undersøgelser tilbage til privathospitalerne, og at tidsfristen på 8 dage overholdes. Der skal etableres en opfølgingsprocedure til dokumentering af hjemtagningen, og EVC (Elektivt Visitations Center) foreslås involveret i at sikre at kapaciteten udnyttes. Besparelsen træder i kraft fra 1.1.2012, hvor kontrakterne med de private hospitaler udløber.

Nedenstående tabel 3 viser fordelingen af hjemtrækningerne af MR-undersøgelser på de billeddiagnostiske afdelinger.

Tabel 3. Antal hjemtrækninger på MR-scanningsområdet

Afdeling	Antal	Åbningstid	Type undersøgelser/kommentar
ÅS, Neuroradiologisk	0	Udvidet åbningstid, nogle dage til kl. 22 Fast enten lø/sø	
ÅS, Radiologisk afd.	58		MRCP
Skejby, BDA	1.000	Hverdage åbent til kl. 16.30, en dag til kl. 21.30, samt 23 weekender	
RH Randers, BDA	1.800		
RH Viborg, BDA	0	man-torsdag til kl. 18 altid med lange MR-dage	En udvidelse af undersøgelses aktivitet vil skulle foregå udenfor normal arbejdstid og til overtidsbetaling. Udgifterne forbundet hermed er ikke forenelig med de skitserede forudsætninger for hjemtrækning.
RH Horsens, BDA	506		Simple
RH Silkeborg, Radiologisk afd.	2.900		
Vest, Røntgen afd.	1.000		Både simple og komplekse
Total	7.264		

Hjemtrækninger af 7.264 MR-scanninger vil resultere i en estimeret besparelse på forskellen mellem den gennemsnitlige pris pr. MR-scanning på privathospitalerne og den hjemtrækningspris pr. undersøgelse, som de billeddiagnostiske afdelinger er blevet tilbudt: $1.785 - 1.033 \cdot 7.264 = 5,5$ mio. kr.

<p>Besparelsesforslag ved effektivisering som følge af benchmark undersøgelse</p> <p>Eftersom de billediagnostiske afdelinger i dag registrerer de samme undersøgelser forskelligt på tværs af afdelinger, bl.a. som følge af opsætningen af deres respektive RIS-systemer, er der igangsat et arbejde, som skal medføre ensartet registreringspraksis mellem de billediagnostiske afdelinger i Region Midtjylland.</p> <p>Det forventes, at arbejdet med at ensrette registreringspraksis vil blive færdig i løbet af 2011. Efter implementering af den ensartede registreringspraksis og opsætning af RIS-systemerne, anbefaler arbejdsgruppen, at Region Midtjylland i løbet af 2012 igangsætter en benchmark undersøgelse af de billediagnostiske og klinisk fysiologiske og nuklearmedicinske afdelinger. Undersøgelsen skal baseres på aktiviteten i første halvår af 2012. Benchmarken udføres ultimo 2012 med implementering af effektiviseringsgevinsterne fra 1. januar 2013.</p>
<p>4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen ?</p>
<p>Forslagene ligger indenfor rammerne af hospitalsplanen.</p>
<p>5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer ? – hvis ja, beskriv hvilke</p>
<p>Nej.</p>
<p>6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?</p>
<p>Nej.</p>
<p>7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser ? – hvis ja, beskriv hvilke</p>
<p>Nej.</p>
<p>8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem ? – hvis ja, beskriv hvilke</p>
<p>Fordelene ved samling af vagtberedskaberne</p> <ol style="list-style-type: none">1. Forslaget reducerer personaleforbruget i vagt, og betyder flere timer i dagvagt til gavn for patienterne og personalet.2. Bedre ressourceudnyttelse. <p>Ulemperne ved samling af vagtberedskaberne og hjemtrækning af MR-scanningerne</p> <p>Risikoen ved at samle vagtberedskaberne på færre matrikler og erstatte (bag)vagten med teleradiologisk rådgivning er, at:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Speciallægen som udfører de akutte ultralydsundersøgelser i stedet for radiologen, har ikke i begyndelsen samme rutine i at undersøge og diagnosticere, f.eks. aortaaneurisme (udposning på hovedpulsåren), blodprop i benene, galdesten mv.2. Ved kontrastreaktion, kramper o.a. skal lægebistand kunne komme straks, derfor skal disse patienter overføres til undersøgelse på hospital med radiolog. <p>Ulemperne ved hjemtrækning af MR-scanninger er, at:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Der er risiko for, at afdelingerne ikke hjemtrækker det fulde antal MR-scanninger, og at der siver undersøgelser tilbage til privathospitalerne2. Region Midtjylland i fremtiden kan forvente dårligere udbudspriser, pga. lavere udbudt volumen, pga. det ikke lykkedes at hjemtrække alle undersøgelserne
<p>9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget</p>
<p>Spareforslaget vedrørende samling af vagtberedskaberne gælder først fra 2012, da der så er hele 2011 til at sikre tilstrækkelig uddannelse af speciallæger til at kunne foretage relevante ultralydsundersøgelser i</p>

<p>vagten.</p> <p>MR-hjemtrækningen begynder først fra 2012, da aftalen med privathospitalerne udløber ved årsskiftet 2011/2012.</p> <p>Effektiviseringsgevinsterne som følge af benchmark undersøgelsen gælder fra 2013, da der inden skal sikres et ensartet registreringsgrundlag, som kan danne udgangspunkt for benchmark arbejdet.</p>			
10. Beskriv forslagens aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi			
<p>Forslaget har ingen DRG-mæssige konsekvenser.</p>			
11. Beskriv forslagens brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt			
Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Reduktion af et radiologisk vagtberedskab for sygehusene i Århus og Skejby		-0,9	-0,9
Reduktion af med et radiologisk vagtberedskab i Vest		-2,2	-2,2
Effektivisering af vagtbelastningen i Horsens		-0,5	-0,5
Hjemtrækning MR, Århus (1.785-1.033) * 58			-0,1
Hjemtrækning MR, Skejby: (1.785-1.033) * 1.000			-0,8
Hjemtrækning MR, Randers: (1.785-1.033) * 1.800			-1,4
Hjemtrækning MR, Horsens: (1.785-1.033) * 506			-0,4
Hjemtrækning MR, Silkeborg: (1.785-1.033) * 2.900			-2,2
Hjemtrækning MR, Vest: (1.785-1.033) * 1.000			-0,8
Nettobesparelse i alt		-3,6	-9,3
12. Øvrige bemærkninger			

1. Forslag nr.:	4.5.1
2. Spareforslag overskrift:	Samling af de klinisk mikrobiologiske afdelinger til en afdeling
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget):	
<p>Indledning</p> <p>Der er i dag tre klinisk mikrobiologiske afdelinger i Region Midtjylland. De har hjemme på regionshospitalet i Vest og Viborg samt på AUH, Skejby. Antallet og placeringen af de klinisk mikrobiologiske afdelinger er i høj grad historisk, da der i de tidligere amter kun var en klinisk mikrobiologisk afdeling i hvert amt.</p> <p>Ændringsforslaget</p> <p>Ved at samle alle de mikrobiologiske analyser i Region Midtjylland på én klinisk mikrobiologisk afdeling (Skejby) vil der opstå muligheder for en mere rationel og effektiv drift. Derved sker der tillige en samling af lægeressourcerne inden for specialet, hvilket styrker det faglige miljø i en grad så det vil stå stærkt såvel nationalt som internationalt.</p> <p>Afdelingen i Skejby varetager allerede i dag vagten for hele regionen inden for specialet om natten og i weekender. Det betyder, at der allerede i dag køres akutte analyser fra regionens øvrige hospitaler til Skejby uden for "normal" åbningstid.</p> <p>Regionshospitalet i Randers, Silkeborg og Horsens samt Århus Sygehus er i dag store hospitaler uden klinisk mikrobiologisk afdeling. HE Vest og RH Viborg vil i fremtiden få samme service som disse hospitaler.</p> <p>Mulighederne inden for videokonference er noget som i sammenhæng med dette forslag skal udvikles. Endvidere skal det være en målsætning for specialet, at afdelingen på Skejby sikre minimum et ugentligt besøg af speciallæge i klinisk mikrobiologi på regionens øvrige hospitaler.</p> <p>Hygiejnefunktionen skal fortsat være decentral.</p> <p>En samling vil kunne i mødekomme nogle af de udfordringer, som specialet står overfor i forhold til nye opgaver og en stigende underspecialisering. Med samlingen vil det være muligt for bioanalytikere og speciallæger at specialisere sig, hvorved hospitalerne i Region Midtjylland vil få en mikrobiologisk service med en højere specialviden.</p> <p>I dag er det endvidere således, at der i <u>alle</u> afdelinger bruges ressourcer på metodeudvikling, resistensanalyser og udarbejdelse af vejledninger. Med en samling vil dette arbejde kun skulle ske et sted.</p> <p>Der er inden for specialet mulighed for, at robotter vil kunne medvirke til en billigere produktion inden for den nærmeste fremtid, men dette kræver en ganske betragtelig produktion, hvorfor det sjældent vil kunne ske en optimal udnyttelse af investeringen i robotter for afdelinger med en størrelse som de klinisk mikrobiologiske afdelinger på RH Viborg eller HE Vest.</p> <p>Besparelsespotentialet</p> <p>Der ligger i dag ansøgninger om apparatur til de klinisk mikrobiologiske afdelinger på RH Viborg og HE Vest for ca. 2,5 mio. kr. Der er tale om apparatur som Skejby allerede har i dag, hvorfor investeringen ikke bliver aktuel såfremt afdelingerne samles. Til gengæld skal der anskaffes en ekstra udsåningsrobot til ca. 1,5 mio. kr.</p> <p>RH Viborg og HE Vest har budgetterne i 2010, på henholdsvis 18,4 og 17,3 mio. kr. til de klinisk mikrobiologiske afdelinger.</p> <p>Der anvendes budgettal for 2010 da afdelingerne er tilført ekstra midler siden 2009.</p> <p>Stordriftsfordelen forventes at kunne give en besparelse på ca. 9,0 mio. kr. Dette fordelt på ca. 7,0 mio. kr. ved effektivt drift (nuværende Skejby standard) og ca. 2,0 mio. kr. ved billiggørelse af øvrig driftsudgifter.</p> <p>Klinisk mikrobiologisk afdeling Skejby tilføres således (35,7-9,0 mio.) 26,7 mio. kr.. til at varetage de ekstra analyser og nævnte opgaver i forhold til regionens øvrige hospitaler.</p> <p>Der er ved interne sparerunder på HE Vest og RH Viborg 2010/2011 sket en reduktion af budgettet for klinisk mikrobiologi. Dette modregnes i den endelige besparelse (jf. pkt. 11).</p>	

<p>Forudsætninger for ændringsforslaget</p> <p>Der er i dag to daglige transporter til Skejby fra regionshospitalet Horsens og Randers, samt én fra Regionshospitalet Viborg. Med to daglige transporter fra alle hospitaler vil det være muligt at dyrke prøverne tids nok til, at svarene vil foreligge elektronisk hos rekvirenten uden betydende forsinkelse i forhold til i dag. Det elektroniske svar vil i løbet af 2011 blive en mulighed via EPJ.</p> <p>Det vil således være nødvendigt med en transportordning mellem hospitalerne, som sikre to daglige transporter fra alle regionens hospitaler. Arbejdsgruppen bag "Udredning af den interne transport i Region Midtjylland" fra september 2010, har – inden for arbejdsgruppens kommissorium – taget initiativ til "Etablering af faste opsamlingssteder og internt distributionsnet til fordeling af post, pakker, prøver m.v. hospitaler, institutioner og administrative enheder imellem". Dette arbejde bør sikre to daglige transporter af mikrobiologiske prøver fra regionens øvrige hospitalsenheder til Skejby.</p> <p>Afsluttende bemærkninger</p> <p>I forslaget er der kun indregnet afdelingernes budget. Det betyder, at ressourcerne til blandt andet administrativ og driftmæssig service, samt bygningsvedligehold og rengøring ikke flyttes fra regionshospitalet i Vest og Viborg. I stedet forventes det, at udgifterne til pakning af prøverne, som skal transporteres til Skejby, dækkes af regionshospitalet i Vest og Viborg.</p> <p>Der er ikke væsentlige hensyn til kvaliteten af den lægelige videreuddannelse, der taler imod at samle Klinisk mikrobiologi til en afdeling. Regionens uddannelsesforpligtelse vil dog være uændret, så uddannelsesstillingerne i Klinisk mikrobiologi i Vest og Viborg vil skulle flyttes til Skejby. Disse stillinger kan altså ikke spares væk.</p> <p>KMA/KBA varetager laboratoriekonsulentordningen i forhold til Landsoverenskomsten for almen lægegerning inden for de givne budgetmæssige rammer</p>
<p>4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen ?</p>
<p>Hospitalsplanen anfører, at der er klinisk mikrobiologiske afdelinger på RH Viborg og HE Vest</p>
<p>5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer ? – hvis ja, beskriv hvilke</p>
<p>Det er nødvendig med mere plads til den klinisk mikrobiologiske afdeling på AUH, Skejby. Det vurderes foreløbigt at mindre ombygninger og rokader i huset vil kunne gennemføres indenfor en ramme på 2-3 mio. kr.</p>
<p>6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?</p>
<p>De kliniske afdelinger på RH Viborg og RH Herning vil opleve at enkelte akutte mikrobiologiske prøver skal transporteres med TAXI til Skejby, som det også i dag sker i de perioder, hvor Skejby varetager vagten.</p>
<p>7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja, beskriv hvilke</p>
<p>Der vil fremover ikke være behov for fast lægedækning på RH Viborg og HE Vest. Der vil også ske væsentligt reduktion af øvrige personalegrupper. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.</p>
<p>8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem? – hvis ja, beskriv hvilke</p>
<p>Der vil som nævnt være behov for at personale på regionshospitalet i Vest og Viborg gør prøverne klar til forsendelse. Udgiften forventes afholdt af hospitalerne.</p>
<p>9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget</p>

Forudsat beslutning primo 2011 og en entydig ledelsesorganisation vil ændringen kunne være implementeret primo 2012.				
10. Beskriv forslaget's aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi				
Der er ingen DRG-aktivitet på området.				
11. Beskriv forslaget's brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt				
	Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
	Bruttobesparelse, RH Viborg		-18,4	-18,4
	Bruttobesparelse, HE Vest		-17,3	-17,3
	Bruttobesparelse, AUH, Skejby		26,7	26,7
	Intern sparerunde RH Viborg		0,4	0,4
	Intern sparerunde HE Vest		1,2	1,2
	Evt. afledte merudgifter (Skejby)	2,5		
	Nettobesparelse i alt	2,5	-7,4	-7,4
12. Øvrige bemærkninger	Ingen.			

1. Forslag nr.:	4.5.2
2. Spareforslag overskrift:	Samling af de klinisk immunologiske afdelinger i regionen til en afdeling, samt effektivisering af blodtapninger.
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget) :	
<p>Indledning Der er i dag tre klinisk immunologiske afdelinger i Region Midtjylland. De har hjemme på regionshospitalet i Vest og Viborg samt på AUH, Skejby. Antallet og placeringen af de klinisk immunologiske afdelinger er i høj grad historisk, da der i de tidligere amter kun var en klinisk immunologisk afdeling i hvert amt. Der er immunologiske funktioner (blodtapning og fraktionering) på hospitalet i Silkeborg og Randers, som varetages af personale fra de klinisk biokemiske afdelinger.</p> <p>Ændringsforslaget Ved at samle de immunologiske funktioner – bortset fra tapning og fraktionering - i Region Midtjylland på en klinisk immunologisk afdeling (Skejby) vil der opstå muligheder for en mere rationel og effektiv drift.</p> <p>Der vil fortsat være tapning og fraktionering lokalt, ligesom der vil være decentral lager og udlevering via kl. biokemi, som det i dag er tilfældet på regionshospitalet i Randers, Silkeborg og Horsens.</p> <p>Funktionerne i HE Vest og RH Viborg organiseres fremadrettet med udgangspunkt i den organisering som er på RH Randers</p> <p>Blodbanksvirksomheden i de tre afdelinger, som udgør en væsentlig del af aktiviteten, har siden 2007 været organiseret i ét fælles center – Blodcenter Midt - for at kunne leve op til myndighedernes krav. Dette betyder at samarbejdet inden for det klinisk immunologiske speciale allerede er veludviklet, og der forefindes fælles kvalitetshåndbøger og vejledninger</p> <p>Vagten uden for normal åbningstid vil skulle varetages af de klinisk biokemiske afdelinger, som ligeledes vil skulle varetage analyserne af irregulære antistoffer.</p> <p>Der vil – som det er tilfældet i dag – skulle transporteres en prøve fra hver tapning til den centrale enhed for screening.</p> <p>Det er planen at der pr. 1. maj 2011 er indført fælles It-blodbankssystem, hvorefter ovenstående organisering er mulig.</p> <p>Det anbefales, at der nedsættes et regionalt transfusionsråd.</p> <p>Besparelsespotentialet Ved lukning af afdelingerne i HE vest og på RH Viborg og overdragelse af vagten til de klinisk biokemisk afdelinger er der en besparelse på 10,9 årsværk fordelt med 3,5 i Viborg (1,4 mio. kr.) og 7,4 i HE Vest(3,1 mio. kr.) (to matrikler). Der lægges til grund at blodbanksopgaverne vil kunne varetages oveni de almindelige vagtopgaver i klinisk biokemi, da tilførslen af personaleressourcer fra de klinisk immunologiske afdelinger til de klinisk biokemiske vil kunne give en mere rationel anvendelse af personalet. Derfor giver dette en besparelse på ca. 4,5 mio. kr. pr. år.</p> <p>Videre er der normeret ledende overlæger ved både RH Viborg og HE Vest. Disse stillinger vil ikke være nødvendige fremover. Dette giver en besparelse på ca. 2,0 mio. kr.</p> <p>Den samlede besparelse ved en samling til en klinisk immunologisk afdeling i regionen bliver således: 6,5 mio. kr.</p> <p>Der er tale om tal fra 2009. Under punkt 11 er beløbene fremskrevet til 2011 p/l.</p> <p>Der er ikke væsentlige hensyn til kvaliteten af den lægelige videreuddannelse, der taler imod at samle til én Klinisk immunologisk afdeling. Regionens uddannelsesforpligtelse vil dog være uændret, så uddannelsesstillingerne i Vest og Viborg vil skulle flyttes til Skejby. Disse stillinger kan altså ikke spares væk.</p> <p>Det fremgår af den endnu ikke fremlagte laboratorieudredning, at man på RH Randers som det mest</p>	

effektive sted i regionen og nationalt opnår 2240 blodtapninger pr. årsværk. Sættes dette som måltal for de øvrige matrikler kan der opnås følgende besparelser:

Hospital	Tapninger	Tapninger pr. årsværk	Nuværende brugte årsværk	Årsværk ved 2240 tapninger pr. årsværk	Difference
Vest	13.000	1857	7,0	5,8	-1,2
Viborg	9.700	1830	5,3	4,3	-1,0
Randers	7.400	2240	3,3	3,3	0
Grenå	5.400	1740	3,1	2,4	-0,7
Skejby*	30.000	1910	15,7	*14,1	-1,6
Silkeborg	5.500	2200	2,5	2,4	-0,1

*På Skejby udføres specialtapninger og udleveres blodkomponenter, hvorfor der i beregningerne er regnet med 2/3-effekt.

Samlet set er der således et effektiviseringspotentiale på 4,6 årsværk svarende til ca. 1,9 mio. kr. pr år, fordelt med 0,5 mio. kr. til HE Vest, 0,4 mio. kr. til RH Viborg, 0,3 mio. kr. til RH Grenå(Randers) og 0,7 mio. kr. til AUH, Skejby.

Der er tale om tal fra 2009. Under punkt 11 er beløbene fremskrevet til 2011 p/l.

Afsluttende bemærkninger

RH Horsens er i dag udenfor Blodcenter Midt, og tapninger foretaget på RH Horsens sendes til Vejle Sygehus. Dette ophører i 2011, men RH Horsens er undladt i ovenstående, da der ikke er overblik over konsekvenserne ved, at de indlemmes i Blodcenter Midt.

4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen?

Der er anført i hospitalsplanen (s. 62) at der er klinisk immunologi på RH Viborg, HE Vest og AUH, Skejby.

5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer ? – hvis ja, beskriv hvilke

Der er ikke umiddelbart behov for dette.

6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål ?

De kliniske afdelinger på RH Viborg og HE Vest vil fremover få en service lig den der har været tilgængelig for de kliniske afdelinger på RH Horsens, RH Silkeborg og RH Randers.

7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser ? – hvis ja, beskriv hvilke

En forudsætning for besparelsen er en reduceret bemanning på involverede afdelinger, samt at de årsværk som hidtil er brugt i vagten også spares væk.

Der er således lagt op til at forslaget sparer to lægestillinger og 15 bioanalytikerstillinger fordelt på alle hospitalsenheder i regionen. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.

8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem ? – hvis ja, beskriv hvilke

De klinisk biokemiske afdelinger på HE Vest og RH Viborg overtager resterende budgetter fra de afviklede klinisk immunologiske afdelinger, til dækning af udgifterne i forbindelse med de opgaver som nu skal varetages med afsæt i de klinisk biokemiske afdelinger – herunder vagten.

9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget

Fra 1. maj 2011 er der indført fælles IT-system i blodbankerne, hvorefter implementeringen af den ny organisation skulle kunne ske

10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi				
Der er ingen DRG-aktivitet på området.				
11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt				
	Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
	Bruttobesparelse, RH Viborg	-1,0	-2,9	-2,9
	Bruttobesparelse, HE Vest	-1,6	-4,8	-4,8
	Bruttobesparelse, RH Randers	-0,1	-0,3	-0,3
	Bruttobesparelse, AUH, Skejby	-0,2	-0,7	-0,7
	Evt. afledte merudgifter			
	Nettobesparelse i alt	-2,9	-8,7	-8,7
12. Øvrige bemærkninger		Ingen.		

1. Forslag nr.:	4.5.3
2. Spareforslag overskrift:	Sammenlægning af den klinisk biokemiske afdeling under psykiatrien i Risskov med klinisk biokemisk afdeling på AUH, Århus Sygehus
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget):	
<p>Der er i dag en lille klinisk biokemisk afdeling som organisatorisk er under psykiatrien. Der er tale om en enhed med en samlet omsætning på 10,5 mio. kr. i 2009, hvoraf de 8,0 mio. kr. er lønudgifter.</p> <p>Driften af en så lille enhed er i forhold til produktion ikke videre effektiv. Derfor vil en sammenlægning med den klinisk biokemiske afdeling på AUH, Århus Sygehus give en mere effektiv produktion.</p> <p>Budgettet fra klinisk biokemisk afdeling i Risskov overføres til Århus Sygehus. Århus Sygehus er efterfølgende forpligtiget til at levere de analyser, som den psykiatriske afdeling i Risskov og andre rekvirenter i dag får fra klinisk biokemisk afdeling Risskov.</p> <p>Det forventes, at sammenlægningen medfører en rationalisering af den produktion, der i dag er i Risskov, da den fremover vil indgå i en langt større produktion, og stordrifts fordele vil derved kunne indhentes.</p> <p>Ligeledes vil der være administrative og ledelsesopgaver som ikke længere skal varetages selvstændig af afdelingen i Risskov.</p> <p>På baggrund af dette forventes det, at der er et besparelsespotentialt ved sammenlægningen på 2,0 mio. kr. i 2009 p/l.</p> <p>Samlet set tilføres Århus Sygehus således 8,5 mio. kr. fra afdelingen i Risskov og de resterende 2,0 mio. kr. indgår som besparelse</p> <p>Der er tale om budgettal for 2009. Under punkt 11 er beløbene fremskrevet til 2011 p/l.</p>	
4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen?	
Det fremgår af hospitalsplanen, at der er klinisk biokemi i Risskov.	
5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer? – hvis ja, beskriv hvilke	
Der vil ikke være behov for ændringer af de fysiske rammer.	
6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?	
Den psykiatriske afdeling i Risskov vil opleve ændringer, men ikke nogen som vil påvirke behandlingen af patienterne.	
7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja, beskriv hvilke	
For at besparelsen vil kunne opnås, skal der spares på lønbudgettet. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.	
8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem? – hvis ja, beskriv hvilke	
Der er umiddelbart ikke afledte effekter af forslaget.	
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget	
Implementering kan iværksættes umiddelbart efter vedtagelse af forslaget.	

10. Beskriv forslagetets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi				
Der er ingen DRG-aktivitet på området.				
11. Beskriv forslagetets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt				
Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt	
Bruttobesparelse, Psykiatrien	-3,6	-10,9	-10,9	
Bruttobesparelse, AUH, Århus	2,9	8,8	8,8	
Evt. afledte merudgifter				
Nettobesparelse i alt	-0,7	-2,1	-2,1	
12. Øvrige bemærkninger	Ingen.			

1. Forslag nr.:	4.5.4
2. Spareforslag overskrift:	Effektivisering af driften på Klinisk biokemisk afdelinger i Region Midtjylland

3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget) :

Klinisk biokemi er et speciale med stor udbredelse på hospitalerne i Region Midtjylland. Der er således afdelinger på alle hospitalsenheder i regionen – og på nogle enheder på flere matrikler. Specialet er kendetegnet ved at meget af produktionen er automatiseret og arbejdet i laboratoriet ikke er "synligt" for borgeren.

Ved at sammenligne det økonomiske input (her lønbudgettet) med output (antal patientkontakter) får man et billede af effektiviteten i de enkelte afdelinger.

Nedenstående nøgletal fremgår af den endnu ikke fremlagte laboratorieudredning for laboratorierne i Region Midtjylland.

Som det fremgår, er der en vis variation over hvor mange patientkontakter de klinisk biokemiske afdelinger opnår for hver anvendte 1.000 lønkroner.

Hospital	Løn-udgift i 1.000 kr.	Antal patientkontakter				Antal patientkontakter pr. 1.000 lønkroner
		eget hospital	primær	andre	i alt	
Viborg	35.231	250.746	139.075	11.078	400.899	11,4
Vest	56.987	242.467	195.746	47.849	486.062	8,5
Randers	32.142	136.044	168.160	21.546	325.750	10,1
Horsens	19.129	143.324	84.071	18.019	245.413	12,8
Silkeborg	21.094	95.517	86.171	14.431	201.961	10,0
Århus	72.796	392.873	306.546	88.848	788.267	10,8
Skejby	35.720	189.366	31.696	23.732	244.794	6,9

Der er dog mange forhold som gør at det kan være vanskeligt at sammenligne tallene umiddelbart.

To væsentlige forhold er 1) andelen er patientkontakter som kommer fra primærsektoren, da personaleressourcerne til disse er langt mindre end til de øvrige kontakter, og 2) at der er biokemiske afdelinger som også varetager opgaver i forbindelse med bloddonortapning, som på andre hospitaler er placeret i de klinisk immunologiske afdelinger. Endvidere indgår budgettet for Center for Hæmofili & Trombose i budgettet for klinisk biokemisk afdeling på Skejby.

Indregnes disse forhold i sammenligningen således at praksiskontakterne vægtes med 50 % af øvrige kontakter og lønudgifterne til blodbanksopgaverne (450.000 kr. pr. anvendt bioanalytiker årsværk) trækkes ud de steder hvor opgaven ligger ved de klinisk biokemiske afdelinger, samt lønudgifterne til Center for hæmofili og trombose trækkes fra ved Skejby. Lønudgiften korrigeres endvidere for Silkeborg således, at der kompenseres for den forventede besparelse på biokemien ved sammenlægningen af RH Silkeborg og RH Viborg. Dette giver det, som det fremgår af nedenstående et andet billede.

Hospital	Korrigerede lønudgift i 1.000 kr.	vægtet antal patientkontakter	Antal vægtede kontakter pr. 1.000 korrigerede lønkroner
Viborg	35.231	331.362	9,41
Vest	56.987	388.189	6,81
Randers	29.262	241.670	8,26
Horsens	18.004	203.379	11,3
Silkeborg	18.969	153.034	8,1
Århus	70.096	634.994	9,06
Skejby	28.975	226.946	7,83

Lønkronerne kunne synes bedst anvendt på RH Horsens, men der er her tale om en afdeling uden lægedækning og usikkerhed omkring patientkontakter på grund af nyt lab-system i 2009. Derfor vil det

være rimeligt at lade afdelingen på RH Viborg være målestokken

På baggrund af denne benchmarking, kan der ved at stille krav om at alle afdelinger producerer til "best practice" og således høster en effektiviseringsgevinst kunne trækkes et beløb ud af de afdelinger som producerer til den højeste pris.

Nedenstående viser hvor meget dette drejer sig om for de enkelte afdelinger.

Der er dog stadig forhold, som gør at afdelingerne skal have plads i budgettet til individuelle forskelle. Der er således forskel på hvor meget afdelingerne bruger på eksempelvis forskning, udvikling og mobiltjenester.

Derfor reduceres effektiviseringskravet med 25 %, hvorved det sikres at mobiltjenester, forskning og lignende aktiviteter opretholdes.

Hospital	Korrigeret lønudgift i 1.000 kr.	Lønudgift ved "best practice" i 1.000 kr.	Effektiviserings-potentiale, brutto i 1.000 kr.	25 % kompensation til særlige forhold i 1.000 kr.	Endeligt effektiviserings-potentiale i 1.000 kr.
Viborg	35.231	35.231	0	0	0
Vest	56.987	41.273	15.714	3.928	11.786
Randers	29.262	25.695	3.567	892	2.675
Horsens	18.004	21.624	0	0	0
Silkeborg	18.969	16.271	2.698	674	2.024
Århus	70.096	67.514	2.582	645	1.937
Skejby	28.975	24.129	4.846	1.211	3.635
I alt			29.407		22.055

Der er tale om budgettal for 2009. Under punkt 11 er beløbene fremskrevet til 2011 p/l.

Der er ved interne sparerunder på HE Vest, RH Silkeborg og RH Randers i 2010/2011 allerede sket en reduktion af budgetterne for de klinisk biokemiske afdelinger. Dette modregnes i den endelige besparelse (se pkt. 11).

KMA/KBA varetager laboratoriekonsulentordningen i forhold til Landsoverenskomsten for almen lægegerning indenfor de givne budgetmæssige rammer.

4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen?

Nej.

5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer ? – hvis ja, beskriv hvilke

Nej.

6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere, regionsråd eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?

Nej.

7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja, beskriv hvilke

Sandsynligvis, da så store besparelser på lønbudgettet forudsætter en personalereduktion. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.

8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem ? – hvis ja, beskriv hvilke

Nej.

9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget

Umiddelbar.				
10. Beskriv forslaget's aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi				
Der er ingen DRG-aktivitet på området.				
11. Beskriv forslaget's brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt				
	Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
	Bruttobesparelse, AUH, Århus	-0,6	-2.0	-2.0
	Bruttobesparelse, AUH, Skejby	-1,3	-3.8	-3.8
	Bruttobesparelse, RH Randers	-0,9	-2.8	-2.8
	Bruttobesparelse, RH Silkeborg	-0,7	-2.1	-2.1
	Bruttobesparelse, HE Vest...	-4,1	-12.2	-12.2
	Intern sparerunde HE Vest	1,9	5,7	5,7
	Intern sparerunde RH Silkeborg	0,3	0,8	0,8
	Intern sparerunde RH Randers	0,4	1,2	1,2
	Evt. afledte merudgifter			
	Nettobesparelse i alt	-5,0	-15,2	-15,2
12. Øvrige bemærkninger	Ingen.			

1. Forslag nr.:	4.5.5
2. Spareforslag overskrift:	Opsigelse af centrifugeringsordningen med de praktiserende læger
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget):	
<p>Praksislægerne centrifugerer mere end 90 pct. af de blodprøver, der tages i praksis og indsendes til analyse på en klinisk biokemisk afdeling (KBA).</p> <p>En centrifugeret blodprøve har en længere holdbarhed end en ucentrifugeret og kan sendes med posten til hospitalet. Prøver som ikke er centrifugerede har en begrænset holdbarhed og skal derfor analyseres inden for relativ kort tid. Honoraret for en centrifugeret blodprøve er 88 kr. og for en almindelig blodprøve er honoraret 44 kr.</p> <p>Honoraret for den centrifugerede prøve, som dækker omkostninger til blodprøvetagning, centrifugering og forsendelse for en prøve, er fastsat i en rammeaftale til Landsoverenskomsten. Rammeaftalen kan opsiges med 3 måneders varsel. Praksislægerne kan fortsætte blodprøvetagningen og blive honoreret med den almindelige takst til 44 kr.</p> <p>Udgiften for Region Midtjylland til de praktiserende læger til centrifugering af blodprøverne beløber sig til ca. 26 mio. kr. årligt.</p> <p>Ved at opsiges den eksisterende aftale om centrifugeordningen vil denne udgift i princippet kunne spares.</p> <p>Det er i udgangspunktet en opgave for den praktiserende læge at få blodprøverne fragtet til det rette laboratorium. Der er dog flere forhold, som tilsiger, at hospitalerne yder en fornuftig service på område, hvorfor det anbefales, at hospitalerne får økonomisk mulighed for at imødekomme ønsker fra praksislægerne. Det foreslås derfor, at hospitalerne kompenseres med 50 % af det sparede beløb fordelt i forhold til antallet af praksislæger i optageområdet, til afhentningsordninger eller lignende. Hospitalerne bestemmer selv, hvorledes denne opgave organiseres.</p> <p>På den baggrund vil der kunne spares 13,1 mio. kr.</p> <p>Det bemærkes, at Regionsrådet på sit møde den 29. september 2010 vedtog, at der skal fremlægges redegørelser for besparelser på praksisområdet. Regionsrådet får således snarest muligt fremlagt en redegørelse vedrørende bl.a. besparelsesmulighederne på centrifugeringsområdet for så vidt angår almen praksis. Der gøres opmærksom på, at realiseringen af besparelsen kræver, at regionsrådet særskilt opsiges rammeaftalen om centrifugering. Dette vil i givet fald ske i forbindelse med opfølgningen på regionsrådets beslutning af 29. september 2010.</p>	
4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalet?	
Centrifugeringsaftalen er ikke omfattet af nævnte planer.	
5. Medfører forslaget behov for lokale mæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer? – hvis ja, beskriv hvilke	
Ændringerne vil kunne gennemføres uden hensyn til fysiske rammer.	
6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?	
<p>Borgerens oplevelse af ændret service, vil være afhængig af den praktiserende læges tilgang til den kommende løsning, men i det der er afsat midler til at hospitalerne kan yde service overfor de praktiserende læger, bør borgeren ikke opleve en service forringelse.</p> <p>De praktiserende læger får en opgave mindre (centrifugeringen af blodprøver), som de så ikke vil få betaling for at udføre. Til gengæld vil/kan den praktiserende læge få ekstra opgaver/udgifter i forhold til den service regionen leverer i dag. Der er dog i besparelsesforslaget afsat midler til at hospitalerne kan imødekomme dette.</p>	

7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja, beskriv hvilke				
Forslaget har ikke umiddelbart konsekvenser for personale.				
8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem? – hvis ja, beskriv hvilke				
Der kan blive opgaver til de klinisk biokemiske afdelinger.				
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget				
Aftalen med de praktiserende læger om centrifugering har et opsigelsesvarsel på tre måneder. Hospitalerne skal inden da have klarhed over hvorledes, de praktiserende læger skal serviceres.				
10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi				
Der er ingen DRG-aktivitet på området.				
11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt				
	Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
	Bruttobesparelse, Primær Sundhed	-8,6	-26,0	-26,0
	Bruttobesparelse, AUH, Århus	1,4	4,3	4,3
	Bruttobesparelse, RH Horsens	0,4	1,1	1,1
	Bruttobesparelse, RH Randers	0,7	2,1	2,1
	Bruttobesparelse, RH Silkeborg	0,4	1,1	1,1
	Bruttobesparelse, HE Vest	0,8	2,5	2,5
	Bruttobesparelse, RH Viborg	0,6	1,8	1,8
	Evt. afledte merudgifter			
	Nettobesparelse i alt	-4,3	-13,1	-13,1
12. Øvrige bemærkninger	Ingen.			

1. Forslag nr.:	5.1
2. Spareforslag overskrift:	Reduceret sengekapalet og etablering af pulje til CoE-tiltag
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget) :	
<p>Center of Excellence spiller en væsentlig rolle i forhold til at understøtte den kliniske omstillingsproces, som forudsættes i omstillingsplanen for Region Midtjylland. Det rationaliseringspotentiale, der er forbundet med den viden og de forløb, der er genereret i regi af Center of Excellence, skal udfoldes i videst muligt omfang til hele koncernen. Omstillingsplanen for Region Midtjylland understreger dermed behovet for Center of Excellence.</p> <p>Det er vurderingen, at det – givet de rammer, som følger af omstillingsplanen – er en præmis for fortsat rationel drift af Center of Excellence, at det sker inden for rammerne af en fælles hospitalsenhed bestående af Regionshospitalet Silkeborg og Regionshospitalet Viborg, Skive.</p> <p>Forståelsen af forudsætningerne for driften af Center of Excellence fremgår af omstillingsplanen, jf. kapitel 5.</p> <p>I forbindelse med forslaget vil der ske en reduktion af sengekapalet på de medicinske afdelinger i den nye hospitalsenhed Viborg og Silkeborg. Forslaget indebærer en reduktion svarende til en samlet reduktion på 47 medicinske senge. For det første overgår Skanderborg Kommune til at være en del af Regionshospitalet Horsens' optageområde i lighed med ortopædkirurgien, gynækologi/obstetrik og kirurgien. Optageområdet for hospitalsenheden Viborg, Silkeborg, Skive og HNC udgøres herefter af Silkeborg, Viborg og Skive kommuner. Denne opdeling er i overensstemmelse med den overordnede fordeling af kommunerne fra akutplanen. Regionshospitalet Horsens overtager således den fulde medicinske akutaktivitet for Skanderborg Kommune mod tilførsel af 7 medicinske senge fra Regionshospitalet Silkeborg.</p> <p>For det andet sker der en tilpasning af sengekapalet i den fælles hospitalsenhed Viborg, Silkeborg, Skive og HNC. Det sker bl.a. på baggrund af, at en sammenligning af antallet af medicinske senge i forhold til antallet af borgere i optageområdet viser, at hospitalsenheden har flere medicinske senge til basisbehandling pr. indbygger end de øvrige regionshospitalet. I besparelsesforslaget er der taget udgangspunkt i en ligelig fordeling af sengereduktionen mellem de to regionshospitalet med 20 senge hver. Afklaring af den konkrete udmøntning skal ske i relation til en nytænkning og fokusering af Center of Excellence-funktionen på Regionshospitalet Silkeborg inden for rammerne af en fælles hospitalsenhed Viborg, Silkeborg, Skive og HNC.</p> <p>Modellen forudsætter, at CoE-centerledelsen i perioder har dedikeret ledelsesansvar i forhold til funktioner, der målrettet er under omstilling.</p> <p>Center of Excellence vil fortsat være fysisk placeret på Regionshospitalet Silkeborg og skal fortsat have en selvstændig mission i forhold til omlægning fra stationær til ambulans samt fra akut til elektiv.</p> <p>Opgaverne i Center of Excellence kan opdeles i to hovedgrupper alt efter målgruppe: 1) opgaver rettet mod betjening af optageområdet Silkeborg Kommune; 2) opgaver med koncern-fokus, dvs. udvikling af patientforløb til udbredelse i hele regionen.</p> <p>Opgaverne rettet mod eget optageområde vil indeholde et driftmæssigt fokus i form af ambulatorieaktivitet og udvalgte stationære forløb. Med reduceret sengekapalet vil der være behov for nytænkning i forhold til de stationære patienter, der kan varetages, og der er således også et udviklingsaspekt i disse opgaver. Der er i den sammenhæng et potentiale i at styrke samarbejdet med kommunen, herunder at udvikle patientforløb i samarbejde med kommunen. Hospitalet vil hermed betjene eget optageområde i form af Silkeborg Kommune med udvalgte patientforløb.</p> <p>Til at understøtte udviklingsfunktionen etableres en egentlig Center of Excellence-pulje på 10 mio. kr. til finansiering af CoE-tiltag. Det er væsentligt, at der etableres en koncernkonsensus i forhold til de forløb, der skal udbredes til hele regionen.</p> <p>Som et led i at styrke CoE-profilen på Regionshospitalet Silkeborg foreslås Livsstilscentret fra Brædstrup overflyttet til Silkeborg. Der er ingen sparepotentiale i det.</p>	

4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalet?				
Der fastholdes med forslaget et Center of Excellence på det medicinske område på Regionshospitalet Silkeborg.				
5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer ? – hvis ja, beskriv hvilke				
Nej.				
6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?				
Der forudsættes tilsvarende aktivitetsniveau via omlægning fra stationær til ambulans samt via overflytning af patienterne til akuthospitalerne. Borgere fra Silkeborg Kommune vil få længere afstande til behandling i forhold til de behandlinger, der ikke længere varetages som følge af reduceret sengekapacitet.				
7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser ? – hvis ja, beskriv hvilke				
<p>En reduktion i antallet af medicinske senge vil medføre behov for omplacering af en række medicinske uddannelsesstillinger, som ikke kan indgå i besparelspotentialet. Dette kan blive nødvendigt under alle omstændigheder på grund af reduceret akut aktivitet bl.a. i Kardiologi.</p> <p>Det må forventes, at der vil være reduktion i antallet af stillinger som følge af forslaget. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.</p>				
8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem ? – hvis ja, beskriv hvilke				
Ingen.				
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget				
Det vurderes, at forslaget kan være fuldt implementeret pr. 1. januar 2012.				
10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi				
	DRG-værdi, mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
	Ændring aktivitet, budgetansvarlig enhed Silkeborg	-10,0	-25,0	-25,0
	Ændring aktivitet, budgetansvarlig enhed Viborg			
	Ændring aktivitet, budgetansvarlig enhed Horsens	10,0	25,0	25,0
	Flytning af Livsstilscentret, Brædstrup		-21,6	-21,6
	Flytning af Livsstilscentret, Silkeborg		21,6	21,6
	Aktivitetsændringer i alt	0,0	0,0	0,0

11. Beskriv forslagetets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt			
Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Bruttobesparelse, budgetansvarlig enhed Silkeborg	-8,1	-20,3	-20,3
Bruttobesparelse, budgetansvarlig enhed Viborg	-6,0	-15,0	-15,0
Bruttobesparelse, budgetansvarlig enhed Horsens	2,1	5,3	5,3
Evt. afledte merudgifter	4,0	10,0	10,0
Flytning af Livsstilscentret, Brædstrup		-4,1	-4,1
Flytning af Livsstilscentret, Silkeborg		4,1	4,1
Nettobesparelse i alt	-8,0	-20,0	-20,0
12. Øvrige bemærkninger	Ingen.		

1. Forslag nr.:	5.2
2. Spareforslag overskrift:	Lukning af intensiv kapacitet og etablering af tre døgndækkende observationspladser på Regionshospitalet Silkeborg
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget) :	
<p>Det foreslås, at intensiv afsnittet på Regionshospitalet Silkeborg lukkes, og at kapaciteten overflyttes til andre matrikler. Det skal bl.a. ses med baggrund i at det samtidig foreslås at afvikle den gynækologisk/obstetrisk aktivitet på RH Silkeborg. Besparelsesforslaget medfører således samling af intensivkapaciteten på færre matrikler og heraf følgende samdriftsfordele.</p> <p>Intensiv afsnittet består af 6 sengepladser: 2 intensive, 2 NISA og 2 intermedieære senge (i praksis drives intensivafsnittet med 5 fuldt bemandede intensivsenge).</p> <p>På NeuroIntensiv Stepdown Afsnit (NISA) modtages patienter fra akutafdelinger med respiratorbehov. Neurorehabilitering indledes på dette afsnit. En NISA-patient er således en hjerneskadet patient med formodet rehabiliteringspotentiale. Patienten skal være konfereret med og visiteret til Hammel Neurocenter efter endt ophold på NISA.</p> <p>Lukning af intensivafsnittet vil betyde, at der vil være visse især medicinske patientgrupper, der ikke længere kan varetages i Silkeborg. Intensivaktivitet, som ikke længere kan varetages på RH Silkeborg, vil blive overflyttet til Regionshospitalet Viborg (NISA-aktiviteten samt aktivitet vedr. patienter fra Silkeborg Kommune) og Regionshospitalet Horsens (patienter fra Skanderborg Kommune). Viborg kompenseres for NISA-aktiviteten, mens Horsens i 2010 allerede har øget sin intensivkapacitet og derfor ikke kompenseres yderligere.</p> <p>For at opretholde operation af ortopædkirurgiske patienter med co-morbiditet (ASA-gruppe 3-4) og som særlig backup til den medicinske CoE-aktivitet oprettes der 3 døgndækkende observationspladser i forbindelse med den anæstesiologiske opvågningsfunktion. Der vil være anæstesiologisk speciallæge i tilstedeværelsesvagt døgnet rundt. Der vil kunne foregå korterevarende respiratorbehandling (<24 timer). Ved længerevarende respiratorbehandling vil der ske overflytning ved henteordning.</p> <p>Såfremt der ikke blev etableret dette alternativ til intensivfunktionen skulle op mod 20% af de største ortopædkirurgiske operationer (især ryg- men også hofte-/knæoperationer) overføres til andre hospitaler. I 2011 skal der udføres 2000 store ortopædkirurgiske operationer i Silkeborg.</p>	
4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitaletplanen?	
<p>Det fremgår af hospitalsplanen, at der er intensiv afsnit på RH Silkeborg. Der vil dog fortsat kunne varetages en række af de patientforløb, som kræver et særligt anæstesiologisk beredskab, via etablering af 3 døgndækkende observationspladser.</p>	
5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer ? – hvis ja, beskriv hvilke	
<p>Nej.</p>	
6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?	
<p>Som nævnt ovenfor muliggør forslaget, at den ortopædkirurgiske aktivitet kan fortsætte uændret, og der vil være særlig back-up til den medicinske CoE-aktivitet.</p>	
7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja, beskriv hvilke	
<p>Det må forventes, at der vil være reduktion i antallet af stillinger som følge af forslaget. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.</p>	

8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem ? – hvis ja, beskriv hvilke				
Nej.				
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget				
Det forventes, at forslaget er fuldt implementeret pr. 1. oktober 2011.				
10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi				
Det er vanskeligt særskilt at opgøre den del af patientforløbene, som vedrører intensiv aktivitet. Det vil blive udredt nærmere i forbindelse med implementering af forslaget.				
11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt				
	Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
	Bruttobesparelse, budgetansvarlig enhed Viborg	1,3	5,0	5,0
	Bruttobesparelse, budgetansvarlig enhed Silkeborg	-2,5	-10,5	-10,5
	Nettobesparelse, i alt	1,2	-5,5	-5,5
12. Øvrige bemærkninger		Ingen.		

1. Forslag nr.:	6.1		
2. Spareforslag overskrift:	Rationalisering i Regionspsykiatrien Silkeborg		
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget) :			
<p>Medio 2009 blev sengeafsnittet i Silkeborg lukket og Regionspsykiatrien i Silkeborg blev omdannet til en afdeling udelukkende med ambulante behandling.</p> <p>Regionspsykiatrien Silkeborg varetager sine opgaver fra midlertidige lokaler i Papirfabrikken, Silkeborg indtil Psykiatriens Hus står færdig i 2012</p> <p>Der blev i forbindelse med omlægningen til ambulante behandling etableret et akut døgntilbud og et døgndækkende mobilteam. Det døgndækkende mobiltilbud var planlagt således, at patienterne kunne få besøg hele døgnet i ugens 7 dage. Erfaringerne har vist, at det døgndækkende mobilteam i 1. halvår af 2010 ikke aflagde nogle patienter besøg om natten, idet den faglige vurdering i de konkrete situationer har været, at henvendelserne enten har været håndteret telefonisk eller patienter har været henvist til et kortere ophold i Akut Døgntilbud.</p> <p>Det vurderes således at den bemanning af mobilteamet, som var forudsat i forbindelse med omlægningen i Silkeborg, kan reduceres da den forventede aften- og nataktivitet er udeblevet.</p>			
4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen ?			
Nej.			
5. Beskriv om forslaget medfører ændringer i aktiviteten og evt. aktivitetsændringer kan få afledte konsekvenser for aktiviteten på andre områder:			
Der kan være marginale ændringer, hvis nattilbuddet ikke længere skal eksistere.			
6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål ?			
Det har ingen betydning.			
7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser ? – hvis ja, beskriv hvilke			
Ingen.			
8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem ? – hvis ja, beskriv hvilke			
Ingen.			
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget			
10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi			
Ikke relevant.			
11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt			
Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Bruttobesparelse	-2,0	-2,0	-2,0
Evt. afledte merudgifter			
Nettobesparelse i alt	-2,0	-2,0	-2,0
12. Øvrige bemærkninger	Ingen.		

1. Forslag nr.:	6.2.
2. Spareforslag overskrift:	Omlægning til ambulante behandling
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget) :	
<p>Aktiviteten for behandlingspsykiatrien består af den stationære behandling i form af indlæggelse i sengeafsnittene samt ambulante udredning og behandling.</p> <p>Den stationære aktivitet er fastlagt ud fra et antal normerede senge. Regionsrådet har fastlagt, at målet for den stationære aktivitet er, at der opnås en gennemsnitlig belægning i sengene på 90 %. Der har i de første 9 måneder af 2010 været en gennemsnitlig belægningsprocent for alle sengeafsnittene i hele behandlingspsykiatrien på 93,1 %. Det er som udgangspunkt ikke muligt at have 100 % belægning, da stort set alle indlæggelserne sker akut.</p> <p>Den ambulante aktivitet måles som antal ambulante besøg.</p> <p>I budgettet for 2011 er der et mål om i alt 159.306 ambulante besøg.</p> <p>Psykiatrien står som det øvrige sundhedsvæsen overfor en række udfordringer i form af</p> <ul style="list-style-type: none"> • markant efterspørgsel efter ydelser med deraf følgende ventelister til behandling, • manglen på speciallæger og andet fagligt personale • knappe ressourcer <p>For at imødegå disse udfordringer er det nødvendigt at øge produktiviteten i psykiatrien.</p> <p>Der er iværksat flere tiltag til at øge produktiviteten i Psykiatrien. Blandt andet kan nævnes etablering af en friklinisk inden for børne- og ungdomspsykiatrien, arbejdet med at øge den direkte patienttid samt generel omlægning af arbejdsgange, herunder opgaveflytninger mellem faggrupper. I forbindelse med gennemførelse af besparelsen i budget 2011 blev der vedtaget en produktivetsforbedring fra 2011 på 2 % for den ambulante aktivitet i voksenpsykiatrien.</p> <p>Det foreslås, at der gennemføres yderligere en produktivetsforøgelse af den ambulante aktivitet gældende for både børn og voksne fra 2012 på 4 mio. kr. svarende til en produktivetsforbedring i forhold til den budgetterede ambulante aktivitet i 2011 på yderligere ca. 1,4%.</p> <p>Produktivetsforbedringen skal ses i sammenhæng med, at der i de kommende år forventes en stigende ambulante aktivitet i behandlingspsykiatrien som følge af indførelsen af behandlingsretten.</p> <p>Forslaget foreslås gennemført således, at budgettet til afdelinger med ambulante aktivitet forbliver uændret, men der sker samtidig en forøgelse af målet for den ambulante aktivitet med ca. 1,4%. Besparelsen på 4 mio. kr. realiseres ved at reducere de ekstra midler, der er tilført til gennemførelse af behandlingsretten.</p> <p>Realiseringen af produktivetsforbedringen fordrer en omlægning af det ambulante arbejde, herunder hvorledes den direkte patienttid kan øges. I begyndelsen af 2011 iværksættes derfor et strategiarbejde i forhold til den fremtidige ambulante behandling i psykiatrien blandt andet gennem anvendelse af bedre planlægning i ambulatorier samt ny teknologi.</p>	
4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen?	
I psykiatriplanen og budgetforlig er det forudsat, at der iværksættes tiltag til forbedring af produktiviteten.	
5. Beskriv om forslaget medfører ændringer i aktiviteten og evt. aktivitetsændringer kan få afledte konsekvenser for aktiviteten på andre områder:	
Forslaget forventes at øge den ambulante aktivitet med ca. 1,4%.	
6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?	
Nej.	

7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser ? – hvis ja, beskriv hvilke				
Forslaget forventes ikke at få personalemæssige konsekvenser i form af reduktioner. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.				
8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem ? – hvis ja, beskriv hvilke				
Nej.				
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget				
10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi				
Ikke relevant.				
11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt				
	Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
	Bruttobesparelse	0	-4,0	-4,0
	Evt. afledte merudgifter			
	Nettobesparelse i alt	0	-4,0	-4,0
12. Øvrige bemærkninger	Ingen.			

1. Forslag nr.:	6.3		
2. Spareforslag overskrift:	Ændret mødeaktivitet og mindre brug af eksterne konsulenter		
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget) :			
<p>Psykiatri og social er en organisation, der fysisk er spredt på matrikler rundt i hele regionen. Den geografiske spredning betyder, at der anvendes megen tid på transport i forbindelse med mødeafholdelse. Fremadrettet vil en del af møderne blive omlagt til videomøder, hvorved udgifter til kørsel reduceres. Derudover vil der være en kritisk gennemgang i forhold til anvendelse af døgnsseminarer.</p> <p>Psykiatri og Social har i forbindelse med gennemførelsen af en række større udviklingsmæssige tiltag samt organisatoriske omlægninger anvendt eksterne konsulenter til at understøtte processerne. Fremadrettet vil denne understøttelse i højere grad skulle ske fra Psykiatri og Socials egne medarbejdere.</p>			
4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalet ?			
Nej.			
5. Beskriv om forslaget medfører ændringer i aktiviteten og evt. aktivitetsændringer kan få afledte konsekvenser for aktiviteten på andre områder:			
<p>Forslaget medfører ikke ændringer i aktiviteten.</p> <p>En mindre efterspørgsel efter eksterne konsulenttydelser kan få betydning for Koncern HR, hvor Psykiatri og Social har købt en del af deres ydelser.</p>			
6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål ?			
Nej, det har ingen betydning.			
7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser ? – hvis ja, beskriv hvilke			
Forslaget vil medføre at medarbejdere i Psykiatri og Social fremadrettet skal løse opgaver, som tidligere har været løst ved køb af ekstern bistand.			
8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem ? – hvis ja, beskriv hvilke			
Kan få betydning for Koncern-HR i det omfang forslaget betyder mindre køb af ydelser i disse afdelinger.			
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget			
10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi			
Ikke relevant.			
11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt			
Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Bruttobesparelse	-0,5	-1,5	-1,5
Evt. afledte merudgifter			
Nettobesparelse i alt	-0,5	-1,5	-1,5
12. Øvrige bemærkninger	Nej.		

1. Forslag nr.:	6.4		
2. Spareforslag overskrift:	Sammenlægning af administrative funktioner og servicefunktioner		
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget) :			
<p>Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center har sammenlignet med de voksenpsykiatriske afdelinger et højt serviceniveau i administrationen, lægesekretærer og socialrådgivere.</p> <p>Der gennemføres en tilpasning af serviceniveauet på de omtalte områder i BUC til et serviceniveau, som mere ligner niveauet på de voksenpsykiatriske afdelinger, idet der dog tages et vist hensyn til, at BUC varetager opgaver i hele regionen og de særlige forhold, der gør sig gældende i børne- og ungdomspsykiatrien.</p>			
4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen?			
Nej.			
5. Beskriv om forslaget medfører ændringer i aktiviteten og evt. aktivitetsændringer kan få afledte konsekvenser for aktiviteten på andre områder:			
<p>Tilpasning i administrationen og blandt lægesekretærer kan påvirke opgavevaretagelsen for det sundhedsfaglige personale.</p> <p>Tilpasningen i forhold til antallet af socialrådgivere kan betyde at opgaver der i dag løses, og som ikke er regionale opgaver, må henvises til kommunerne.</p>			
6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?			
Ikke umiddelbart. Der er dog opgaver, som socialrådgivere i dag løser, som er kommunale opgaver, som fremadrettet må henvises til løsning i kommunalt regi.			
7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser ? – hvis ja, beskriv hvilke			
Forslaget betyder en reduktion svarende til 4-5 fuldtidsstillinger. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.			
8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem ? – hvis ja, beskriv hvilke			
Nej.			
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget			
10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi			
Ikke relevant.			
11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt			
Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Bruttobesparelse	-0,5	-2,0	-2,0
Evt. afledte merudgifter			
Nettobesparelse i alt	-0,5	-2,0	-2,0
12. Øvrige bemærkninger	Ingen.		

1. Forslag nr.:	6.5
2. Spareforslag overskrift:	Besparelse på afdelingsledelser og administration
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget) :	
<p>Der er vedtaget organisatoriske sammenlægninger i psykiatrien på følgende områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sammenlægning af regionspsykiatrierne i Herning og Holstebro til Regionspsykiatri Vest • Sammenlægning af regionspsykiatrierne i Skive og Viborg fra medio 2011 • Omlægning af psykiatrien i Risskov fra medio 2011 under betegnelsen Masterplanen <p>De organisatoriske sammenlægninger betyder, at der kan reduceres i antallet af afdelingsledelser samt tilhørende administration</p> <p>Regionspsykiatri Vest er navnet på den nye afdeling, som er resultatet af sammenlægningen af de tidligere selvstændige afdelinger i Holstebro og Herning.</p> <p>Efter gennemførelsen af sammenlægningen af afdelingerne kan der opnås stordriftsgevinst ved reduktion i ledelseslaget, idet der fremadrettet kun er behov for én ledelse.</p> <p>Der er besluttet en sammenlægning af afdelingerne i Skive og Viborg, som bl.a. betyder dannelsen af én samlet afdelingsledelse. Derved kan der opnås stordriftsgevinst ved reduktion i ledelseslaget. Samtidig forventes der at kunne gennemføres en reduktion i administrationen.</p> <p>Sammenlægningen gennemføres fra 1.7. 2011.</p> <p>Regionsrådet vedtog på mødet den 29. september 2010 en masterplan for funktion, opgaver og organisering for Århus Universitetshospital, Risskov.</p> <p>Masterplanen betyder bl.a., at Århus Universitetshospital, Risskov organiseres med følgende afdelinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center • Afdeling for organiske psykiske lidelser og akut modtagelse • Afdeling for psykoser • Afdeling for depression og angst • Afdeling for retspsykiatri • Center for psykiatrisk forskning • Serviceafdeling • Centralkøkken <p>Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Center for psykiatrisk forskning, Serviceafdelingen og Centralkøkkenet vil med få ændringer fortsætte som hidtil. De fire øvrige afdelinger etableres med udgangspunkt i Psykiatriplanens anbefaling om specialisering i forhold til sygdomsgrupper, hvorved patienter behandles af personale med stor viden og erfaring om netop deres sygdom.</p> <p>Masterplanen medfører således at antallet af kliniske afdelinger i alt reduceres fra 6 til 5. Ud over en styrkelse af den faglige indsats på afdelingerne i Risskov vil det samtidig medføre en rationalisering af driften.</p> <p>I forbindelse med gennemførelsen af masterplanen i løbet af 2011 forudsættes derfor en besparelse ved reduktion i ledelseslaget.</p>	
4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen ?	
Nej.	
5. Beskriv om forslaget medfører ændringer i aktiviteten og evt. aktivitetsændringer kan få afledte konsekvenser for aktiviteten på andre områder:	
Nej.	
6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?	

Nej.				
7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser ? – hvis ja, beskriv hvilke				
<p>Vest: Ingen – da de berørte enten er indtrådt i vakant stilling eller går på pension. Skive /Viborg: Begrænsede – da der på grund af vakancer i de to afdelinger under alle omstændigheder skal tages stilling til eventuel genbesættelse. AUH, Risskov: Forslaget forventes ikke at få personalemæssige konsekvenser, da det forudsættes at kunne realiseres ved naturlig afgang. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.</p>				
8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem ? – hvis ja, beskriv hvilke				
Nej.				
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget				
10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi				
Ikke relevant.				
11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt				
	Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
	Bruttobesparelse	-1,5	-4,0	-4,0
	Evt. afledte merudgifter			
	Nettobesparelse i alt	-1,5	-4,0	-4,0
12. Øvrige bemærkninger	Ingen.			

1. Forslag nr.:	6.6
2. Spareforslag overskrift:	Overdragelse af Museum Overtaci
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget) :	
<p>Museet på ÅUH Risskov består af dels en kunstsamling, som tidligere og nuværende patienter har udført og dels en samling af historiske genstande, som afspejler interiør, instrumenter m.m., som har været anvendt på stedet siden hospitalets start. Endelig er der i tilknytning til museet visse muligheder for patienters beskæftigelse med diverse kreative tiltag. Det er primært de retspsykiatriske patienter, som gør brug af dette.</p> <p>Museet indgår i et internationalt samarbejde i EU-regi med sammenlignelige museer. Museet har indtil medio 2010 haft en skoletjeneste, der var fondsfinansieret. Denne aktivitet er sat i bero, da fortsat fondsfinansiering ikke er opnået. Museet har de senere år realiseret et besøgstal på ca. 14.000 personer pr. år. og spiller således en væsentlig rolle i forhold til formidling om psykiske sygdomme.</p> <p>Museumsdrift er ikke en regional opgave. Hertil kommer, at i forbindelse med den senere flytning af ÅUH Risskov til Skejby, skal en alternativ placering af samlingerne under alle omstændigheder findes, da der ikke er planer om etablering af museum i Skejby.</p> <p>Derfor foreslås museet nedlagt i regionalt regi med virkning fra 2012.</p> <p>Året 2011 skal bruges til sonderinger, bl.a. i museumsverdenen med henblik på sikring af ny forankring af samlingerne. Også fonde og Århus Universitet skal indgå i disse sonderinger. Såfremt det ikke falder positivt ud vil Museum Overtaci blive lukket.</p>	
4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen?	
Nej.	
5. Beskriv om forslaget medfører ændringer i aktiviteten og evt. aktivitetsændringer kan få afledte konsekvenser for aktiviteten på andre områder:	
<p>Marginalt i relation til de aktivitetsmuligheder, som museet stiller til rådighed for patienterne.</p> <p>Marginalt – idet man kan forestille sig behov for kompenserende aktivitetstilbud specielt for de retspsykiatriske patienter.</p>	
6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål ?	
Marginalt og kun i det omfang, der ikke kan etableres alternativ beskæftigelse af patienter.	
7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser ? – hvis ja, beskriv hvilke	
<p>Museet har 4 ordinært ansatte, svarende til ca. 3 årsværk. Hertil kommer 7 ansatte i flexjob, 24 i skånejob og 2 timelønnede. De berørte ansatte vil blive forsøgt overdraget til den institution, som evt. vil være interesseret i at overtage samlingen. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.</p>	
8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem ? – hvis ja, beskriv hvilke	
Nej.	
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget	
10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi	

Ikke relevant.			
11. Beskriv forslaget brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt			
Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Bruttobesparelse	0,0	-1,5	-1,5
Evt. afledte merudgifter			
Nettobesparelse i alt	0,0	-1,5	-1,5
12. Øvrige bemærkninger	Ingen.		

1. Forslag nr.:	7.1
2. Spareforslag overskrift:	Samling af AUH Århus Sygehus og AUH Skejby
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget):	

AUH Århus Sygehus og AUH Skejby samles til én hospitalsenhed med fælles ledelse og fælles administration.

Fremtidig organisering

Der er udformet et forslag vedr. den overordnede ledelses- og organisationsstruktur, som er beskrevet i det vedlagte notat om "Ledelse af Aarhus Universitetshospital". Fusionen forventes – udover besparelserne på det administrative område – at give mulighed for bedre samspil mellem afdelinger og specialer, og dermed bedre tilrettelæggelse af mere hensigtsmæssige patientforløb.

Økonomi

På baggrund af arbejdsgruppens analyser og overvejelser vurderes der, at der vil være nedenstående besparelspotentialer forbundet med fusionen:

- Hospitalsledelse (HL) og fælles hospitalsadministration: 15,0 mio. kr. årligt (til det administrative område henhører også administrationerne i centerstabene på AUH, Århus Sygehus). Sammenlignet med de to hospitalers samlede budgetterede udgifter til løn og personalerelaterede udgifter vedr. HL og administration i 2011 (i alt ca. 100 mio. kr.) er der tale om en besparelse i størrelsesordenen 15 procent. Under forudsætning af at den skitserede tidsplan holdes, vil besparelsen kunne begynde at få effekt fra og med 4. kvartal 2011 (jf. udkastet til tidsplan og med forbehold for hvordan den ledelsesmæssige bemanning falder på plads).
- Afdelingsledelse og administration på afdelingsniveau: 5,0 mio. kr. Der er få "konkurrerende afdelinger" på de to nuværende enheder, men der vurderes et være et besparelspotentiale forbundet med:

1) de klinisk biokemiske afdelinger (arbejdsgruppen vedr. laboratorie-området har vurderet, at der er et besparelsesprovenu på 1,2 mio. kr. ved at samle afdelingerne på Århus Sygehus og Skejby Sygehus under én ledelse). Vedr. de klinisk biokemiske afdelinger er der yderligere en besparelse i forbindelse med nedlægning af afdelingen under Psykiatrien i Risskov – denne besparelse er medregnet i forslag nr. 4.5.3.), **2)** de kardiologiske afdelinger (i størrelsesordenen 2 mio. kr.), **3)** Fysioterapi- og ergoterapiafdelingerne (0,8 mio. kr. under forudsætning af fusion) samt **4)** drifts- og serviceafdelingerne (foreløbigt skønnet til 1,0 mio. kr. – skal analyseres nærmere når der er udpeget ny hospitalsledelse). Det skal i 2011 analyseres nærmere, om der er yderligere besparelspotentialer vedrørende dublerende funktioner, inkl. drift af patienthotel. Besparelserne vedr. afdelingsledelse og administration på afdelingsniveau vil først kunne realiseres i 2012 (jf. udkastet til tidsplan).

Tabel 1: Besparelspotentiale i forbindelse med afdelingsledelse og administration på afdelingsniveau

Afdeling	Besparelspotentiale
Klinisk biokemi	- 1,2
Kardiologi	- 2,0
Fysioterapi- og ergoterapi	- 0,8
Drifts- og service	- 1,0
I alt	- 5,0

Derudover må der forventes merudgifter til etablering af de "faglige fællesskaber", som er beskrevet i notatet om "Ledelse af Aarhus Universitetshospital":

- Der skal etableres 5 faglige fællesskaber, der hver ledes af 2 personer, jf. notatet. Den nye ledelsesstruktur skal bl.a. sikre, at der er et meget betydeligt fokus på de faglige sammenhænge på tværs af centre for at sikre sammenhængende og effektive patientforløb, inkl. høj udnyttelse af kapaciteten og høj faglig kvalitet. Sammenholdt med den eksisterende centerstruktur på AUH, Århus Sygehus må der forventes merudgifter til ledelse i størrelsesordenen 5 mio.kr.
- De 5 faglige fællesskaber skal have tilknyttet en mindre stab til understøttelse af ledelsens arbejde, jf. notatet. Sammenholdt med de nuværende fire stabsfunktioner i tilknytning til den eksisterende

centerstruktur på AUH, Århus Sygehus må der forventes at skulle tilføres midler til administrativt personale. Idet det forudsættes, at nogle af de administrative ressourcer kan tilføres ved at tilpasse opgavefordelingen mellem hospitalets fælles administration og de faglige fællesskabers stabsfunktioner, forventes merudgifter til understøttende stabsfunktioner i størrelsesordenen 1 mio.kr.

Med afsæt i tidsplanen er det forudsat, at de beskrevne merudgifter på i alt 6 mio. kr. til etablering af de "faglige fællesskaber" ikke tilføres budget 2011. Det skal senere vurderes, om opprioriteringen af ledelsesressourcer på fagligt fællesskabsniveau vil medføre (forventede) effektiviseringer vedr. driften. De forventede merudgifter på i alt 6 mio. kr. til ledelse og administration i de faglige fællesskaber finansieres af hospitalerne, og er derfor ikke indregnet i den opgjorte samlede nettobesparelse i 2012 og frem (jf. pkt. 11 nedenfor).

4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitaletplanen?

Nej (i Hospitalsplanen er det forudsat, at enhederne samles).

5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer? – hvis ja, beskriv hvilke

Omfanget af nødvendige ændringer af lokaler/fysiske rammer vil afhænge af den nærmere afklaring af de administrative enheders organisering og geografiske placering. Det vil ikke være muligt at samle hele administrationen geografisk, og det må forventes, at en række funktioner vil skulle forblive på de nuværende lokaliteter.

6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?

Nej.

7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja, beskriv hvilke

Der vil skulle ske reduktioner i det samlede antal stillinger på hospitalsledelsesniveau og afdelingsledelsesniveau samt i administrationen, mens der er lagt op til at oprette et mindre antal nye stillinger inden for de faglige fællesskaber, jf. beskrivelsen under pkt. 3. Set under et, er der allerede nu vakante administrative stillinger, og der vil også i den kommende tid blive udvist tilbageholdenhed i forhold til at genbesætte stillinger i administrationen (jf. det regionsdækkende ansættelsesstop). Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.

8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem? – hvis ja, beskriv hvilke

Nej.

9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget

Der vedlægges et udkast til en overordnet tidsplan.

10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi

Forslaget har ingen aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi.

11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt

Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Bruttobesparelse, AUH, Århus Sygehus / AUH, Skejby	- 3,8	- 20,0	- 20,0
Nettobesparelse i alt	- 3,8	- 20,0	- 20,0

12. Øvrige bemærkninger

Ingen.

Ledelse af Aarhus Universitetshospital



Indledning

Dato 06.01.2011
Ole Thomsen/JO

I dette notat fremkommer alene et forslag til en fremtidig ledelsesstruktur. Der er således ikke forslag til en fremtidig mødestruktur eller MED-struktur. Ej heller er der forslag om organisering under afdelingsniveau eller forslag til størrelse af f.eks. decentrale stabe. På tilsvarende vis skal relationerne mellem ledelsesniveauerne afklares, f.eks. skal der tages stilling til hvor formelt og detaljeret, der skal styres på mål for drift og udvikling (styringskoncept).

Side 1

Det forudsættes, at ledelse og styring på alle niveauer tager afsæt i Region Midtjyllands Ledelses- og Styringsgrundlag.

Særligt organiseringen af dele under afdelingsniveau er vigtig, idet der planlægges med ret store fysiske enheder, der også vil få ret store medarbejdergrupper. Dette kan organiseres hensigtsmæssigt men kræver omtanke. Meningsfulde faglige fællesskaber kunne her være en styrende værdi, om end den i den udformning er noget abstrakt.

Ledelsesstrukturen på Aarhus Universitetshospital skal tilgodesee følgende hensyn:

Der skal kunne etableres et meget stærkt fokus på **sammenhængende og effektive patientforløb** for alle patienter. Kvaliteten i ydelserne skal være høj. Ledelsen af dette arbejde skal ske med en gennemslagskraft, der sikrer vedvarende resultater på meget højt niveau. Dette hensyn er det styrende for organisering af ledelsen af Aarhus Universitetshospital.

Produktiviteten skal være høj (arbejdsudbudet, drift- og anskaffelsesbudgetterne og det disponible areal bliver ikke præget af rigelighed.) Det vil sige, at kapaciteterne på hospitalet skal udnyttes så effektivt som overhovedet muligt.

Ledelsesstrukturen skal på alle niveauer **understøtte integration af forskning, uddannelse og klinik.**

Sund økonomi og effektiv organisation. Det betyder, at der skal etableres driftsmæssigt meningsfulde og styrbare enheder, og der skal etableres styringsmetoder, der sikrer tværgående økonomiske sammenhænge. Hospitalet skal evne **tværgående prioriteringer** af budgetter til løbende drift og behov for udviklinger af hospitalet. Ikke alt vil kunne udvikles lige stærkt hele tiden, og prioriteringerne skal lokalt kunne tilskrives mening.

Der skal etableres overskuelige enheder, som skal være med til at understøtte den enkeltes identifikation med arbejdspladsen og som bliver vigtige kulturbærende enheder. Det er ikke på forhånd givet hvor store disse enheder kan være. **De lægelige specialer** er fortsat et vigtigt aspekt i den ledelsesmæssige organisering. Dette modificeres eller imødegås dog af, at der nedenfor peges på stærk faglig ledelse af de faglige fællesskaber. Det vil give mulighed for betoning af helheder og sammenhænge på tværs af specialerne.

Innovationsarbejdet skal kunne prioriteres, fokuseres og understøttes i den fremtidige ledelsesmæssige organisering.

Forslag vedrørende fremtidig organisering

Den fremtidige ledelsesstruktur af Aarhus Universitetshospital består af:

- En hospitalsledelse
- 1 administration
- 5 faglige fællesskaber og en forsyning/logistikenhed
- En afdelingsstruktur, der følger de lægelige specialer.

Resultatansvar på alle niveauer: Kvalitet, budget, aktivitet, faglig udvikling, personaleforhold.

I sammenhæng med etableringen af den nye ledelsesstruktur fastlægges de formelle tværgående mødestrukturer og herunder deltagerkredsen i interne og eksterne mødefora.

Hospitalsledelse

Opgaver: At sikre tværgående sammenhænge bl.a. med henblik på at organisationen understøtter sammenhængende patientforløb internt og eksternt, relationer til andre virksomheder inden for og uden for regionen, ansvarlig for den samlede virksomhed overfor direktion og Regionsråd. Profileret af virksomheden overfor omverdenen.

Hospitalsledelsen består af 3 personer med stærke generelle ledelseskompetencer, heraf 2 med komplementerende sundhedsfaglig baggrund. Alle betegnes direktører. Den ene direktør får rollen som ordførende. En arbejdsdeling kunne tage udgangspunkt i opgaven med relationer, som bliver af afgørende betydning for hospitalets rolle og funktion i regionen. Relationerne kunne være dels til øvrige hospitaler og universitet og dels til primærsektoren, herunder kommunerne.

Hospitalsledelsen har et tæt samarbejde med dekanen fra Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet og lederen af Klinisk Institut.

Administration

En fælles administration, der varetager driftsopgaver på de områder, hvor dette mest hensigtsmæssigt foregår for hele hospitalet og stabsfunktioner til støtte for HL og for fælles møder mellem HL og FF-ledere.

Administration ledes af en administrationschef, der skal sikre, at tingene i administrationen hænger sammen. HL skal have let og direkte adgang til de relevante kompetencer i administrationen.

Faglige fællesskaber

Opgaver: At sikre driften og udviklingen af afdelingerne i centret, herunder sammenhænge mellem afdelingerne i centret. Et meget betydeligt fokus på faglige sammenhænge på tværs af centre for at sikre sammenhængende patientforløb. Forebyggelse af flaskehalse og udnyttelse af kapaciteten er vigtige opgaver.

Ledelsen består af 2 centerchefer med stærke generelle ledelseskompetencer, hvoraf mindst én har en sundhedsfaglig baggrund, og en mindre stab til understøttelse af ledelsens arbejde. Der peges på to personer, idet der skal være ledelsesmæssige ressourcer på højt niveau til både at varetage driften internt i det faglige fællesskab og have et meget stærkt fokus på effektive, sammenhængende patientforløb og vilkår for dette på tværs af de faglige fællesskaber..

Inden for hvert af de faglige fællesskaber er der en koordinerende klinisk lærestolsprofessor, som arbejder tæt sammen med ledelsen for det faglige fællesskab. Den koordinerende lærestolsprofessor vil være en af de kliniske lærestolsprofessorer i det faglige fællesskab, som får denne særlige tværgående koordinerende funktion oven i sine øvrige opgaver.

Forsyning og logistik

Det er uvist om der bygges en forsyningsby, men synergier mellem forskellige flows af varer og ydelser på hospitalet skal sikres uanset forsyningsmåde. Herunder er der behov for en organisation, der på vegne af hospitalet kan agere som kunde over for eksterne parter.

Den nærmere organisation af denne funktion skal afklares. Der skal indtil videre være tale om en driftsorganisation som nu, men dette skal revurderes, når byggeprocessen er mere fremskreden.

Afdelingsniveau

Opgaver: Kvalitet, faglig udvikling, aktivitet, budgetoverholdelse, uddannelse, sammenhængende forskning og klinik, kapacitetsudnyttelse. Også her fokus på afdelingens egne forhold men ikke mindst på tværgående relationer som forudsætninger for at afdelingens faglige mål for drift og udvikling kan nås. Patientforløb skal være i fokus.

Afdelingsstrukturen følger som udgangspunkt de lægelige specialer. Dog kan flere specialer rummes i en afdeling og f.eks. radiologi og anæstesi/intensiv organiseres i flere afdelinger pr. speciale. Endelig er akutcentret en afdeling.

Ledelsen består som hovedregel af 2 personer med relevant sundhedsfaglig baggrund.

Inden for hvert speciale (typisk inden for hver afdeling) er der en klinisk lærestolsprofessor, som har ansvar for forskning og studenterundervisning i specialet. Derudover har vedkommende sammen med afdelingsledelsen ansvar for den faglige udvikling i specialet/afdelingen.

Projektafdelingen for DNU

Relationerne i forhold til projektafdelingen for DNU skal revurderes set i lyset af, at bygherrollen bliver mere entydig.

Forslag til overordnet tidsplan vedrørende organisatorisk og ledelsesmæssig samling af AUH, Århus Sygehus og ÅU, Skejby

Indledende bemærkninger og forudsætninger

Den overordnede tidsplan nedenfor afspejler et foreløbigt bud på faserne i og tidsplanen for processen vedr. etablering af ny hospitalsledelse og administration samt faglige fællesskaber. Tidsplanen er stram både af hensyn til muligheden for at opnå besparelser allerede i 2011 og for at skabe en hurtig afklaring vedr. fremtiden for det berørte personale, og den er udarbejdet under hensyntagen til, at de personalepolitiske og –juridiske spilleregler skal overholdes. Tidsplanen vil skulle konkretiseres og eventuelt justeres, så den er i overensstemmelse med hvad der besluttet politisk og andre aktiviteter, som der skal tages praktiske hensyn til, og det vil således også kunne blive relevant at forlænge eller komprimere nogle af faserne i tidsplanen.

Den overordnede tidsplan bygger på en forudsætning om, at der vil ske en afklaring af, om der er politisk opbakning til forslaget senest den 31. januar 2011 i forbindelse med drøftelserne om budgetforlig.

Der lægges op til, at den nye hospitalsledelse tiltræder og fusionen dermed formelt træder i kraft pr. 1. april 2011.

Der lægges samtidigt op til, at processen vedrørende etablering af faglige fællesskaber indledes umiddelbart efter, at den kommende hospitalsledelse og de kommende ledere i hospitalets fælles administration/stabsfunktioner er udpeget.

Endelig lægges der op til, at processerne omkring fusion af udvalgte dublerende kliniske afdelingsledelser mv. først afvikles efter den 1. april 2011 efter tidsplaner, som skal tilrettelægges og aftales nærmere senere.

Den kommende hospitalsledelse får ansvaret for planlægningen og gennemførelsen af processerne. Fra det tidspunkt hvor den kommende hospitalsledelse - og efterfølgende de øvrige ledere – udpeges som kommende ledelse får de kompetence til at forberede hele fusionen, og herunder "sætte den fremtidige holdopstilling" og gennemføre omplaceringer/afskedigelser, i tæt dialog med de nuværende ledelser og medarbejdere. Det forudsættes, at omplaceringer og afskedigelser sker på grundlag af de i MEDsystemet aftalte "Retningslinjer for omplacering og afskedigelser i forbindelse med strukturændringer og besparelser i Region Midtjylland".

I perioden fra den kommende hospitalsledelse udpeges (tidligst februar 2011) etableres et midlertidigt tværgående Hoved-MEDudvalg (MT-HMU), der som minimum består af den kommende hospitalsledelse og de to næstformænd i de to nuværende Hoved-MEDudvalg. Sammensætningen afklares nærmere mellem den kommende hospitalsledelse og de to HMU-næstformænd. Snarest muligt efter at bemanningen på såvel leder og medarbejderniveau er afklaret etableres det nye Hoved-MEDudvalg og den fremtidige LMU-struktur afklares.

De nuværende centerstabe på AUH, Århus Sygehus betragtes som en del af den samlede administration, og personalet vil således også være omfattet af processen og herunder få mulighed for at tilkendegive ønsker til fremtidig funktion.

Sekretariatsbetjeningen i forbindelse med processen omkring udpegningen af den kommende hospitalsledelse og administrationschef varetages af Koncern HR.

Oversigt over tidsplanen for behandling af spareforslagene i MEDsystemet og Regionsrådet

Tidspunkt	Aktivitet	Ansvarlig
Uge 1	Indkaldelse af berørte HMU'er /LMU'er aftales	HL og ledelsen i de relevante funktioner
7. januar	Hospitaler og andre budgetansvarlige afleverer spareforslag til Koncernøkonomi	Hospitaler og administrationen
Uge 2	Høringsperiode: MED-systemet drøfter spareforslag vedrørende eget område samt tværgående spareforslag fra andre HMU-områder/ budgetansvarlige	HMU'er og berørte LMU'er
19. januar	Høringsperiode fortsat: Ekstraordinært møde i RMU	RMU
25. januar	Budgetseminar	Regionsrådet, Direktionen og Koncernledelsen
31. januar	Budgetforligsdrøftelser	Regionsrådet
8. februar	Behandling af sparekatalog, MEDudtalelser og budgetforlig	Forretningsudvalget
23. februar	Behandling af sparekatalog	Regionsrådet

Forslag til overordnet tidsplan for den organisatoriske og ledelsesmæssige samling af de to hospitaler

Tidspunkt	Aktivitet	Ansvarlig
Uge 2-4	Planlægningsfase, inkl. videre overvejelser og drøftelser om fremtidig organisering og fastlæggelse af tidspunkter for kommende møder/aktiviteter mv.	Direktionen
Uge 2	Nuværende hospitalsledelser anmodes om at tilkendegive ønsker til fremtidig funktion	Direktionen
Før uge 6	Overvejer fremtidig hospitalsledelse for det fusionerede hospital på baggrund af tilkendegivelser om ønsker til fremtidig funktion fra de nuværende personer i de to hospitalsledelser.	Direktionen
Før uge 6	Dialog med både de medlemmer af de nuværende hospitalsledelser, der tænkes at skulle indgå i, og de der ikke skal indgå i, den fusionerede hospitalsledelse	Direktionen
Uge 6 (7. februar)	Forventningssamtaler med kandidater til den kommende hospitalsledelse med deltagelse af næstformænd for de 2 nuværende HMU'ere, 2 afdelingsledelsesrepræsentanter (udpeget af og blandt HMU'erne) og 2 kliniske professorer (udpeget af direktionen)	Direktionen og næstformandskab i de nuværende HMU
Uge 6 (8. februar 2011)	Udmelding om fremtidig hospitalsledelse	Direktionen
Uge 6	Overvejer og beslutter fremtidig administrationschef – inklusiv dialog med relevante kandidater på baggrund af tilkendegivelser om ønsker til fremtidig funktion fra de nuværende chefer i de to hospitalers administration.	Den kommende hospitalsledelse
Uge 6	Næstformænd i de 2 berørte LMU'er orienteres om den kommende hospitalsledelses overvejelser Forventningssamtale med den kommende administrationschef	Den kommende hospitalsledelse og næstformændene i de berørte LMU'er
Uge 6	Udmelding om fremtidig administrationschef	Den kommende hospitalsledelse
Uge 7-8 (14 feb. – 25. februar)	Overvejer og beslutter overordnet organisering af administrationen og bemanning af næste ledelsesniveau i administrationen - inklusiv dialog med relevante kandidater på baggrund af tilkendegivelser om ønsker til fremtidig funktion fra de nuværende chefer i de to hospitalers administration	Den kommende hospitalsledelse og den kommende administrationschef

Uge 8	Næstformænd i de 2 berørte LMU'er orienteres om den kommende hospitalsledelses overvejelser og der indkaldes til forventningssamtaler. Forventningssamtaler med de kommende ledere.	Den kommende hospitalsledelse, den kommende administrationschef og næstformandskab i de berørte LMU'er
Uge 8	Udmelding om fremtidig ledelse i administrationen	Den kommende hospitalsledelse og den kommende administrationschef
Uge 9-10	Overvejer og beslutter bemanning af ledelsen i de faglige fællesskaber - inklusiv dialog med relevante kandidater på baggrund af tilkendegivelser om ønsker til fremtidig funktion. (Det forventes ikke, at alle lederposter i de faglige fællesskaber vil kunne besættes på dette tidspunkt, men så vidt muligt besættes mindst én af stillingerne i hver faglig fællesskab – eventuelt konstituering) Forventningssamtaler	Den kommende hospitalsledelse og de relevante næstformænd fra MEDsystemet
Uge 10 – 12 (7. marts – 25. marts)	Høring af ledere der skal omplaceres eller afskediges	Direktionen / Den kommende hospitalsledelse og den kommende administrationschef
Uge 10 - 12	Eventuelle møder med ledere og organisationerne om konkrete påtænkte omplaceringer eller afskedigelser af ledere	Den kommende hospitalsledelse samt relevante tillidsrepræsentanter / organisationer
Uge 10 -12.	Udarbejdelse af forslag til organisationsplaner og fremtidig medarbejderbemanning - inklusiv dialog med medarbejdere om fremtidige ønsker på baggrund af tilkendegivelser om ønsker til fremtidig funktion. De relevante tillidsrepræsentanter orienteres om, hvem der overvejes omplaceret eller afskediget.	Den kommende ledelse De relevante tillidsrepræsentanter
Uge 13 - 15. (28. marts – 15. april)	Høring af medarbejdere, der skal omplaceres eller afskediges	Kommende ledelse
Uge 13 - 15	Eventuelle møder med ansatte og personale organisationerne om konkrete påtænkte omplaceringer eller afskedigelser af medarbejdere	De kommende ledere i den kommende administration samt relevante tillidsrepræsentanter / organisationer
Uge 16	Påske	
27. april	Meddelelse om omplacering eller afskedigelse	De kommende ledere
27. april	Meddelelse om den fremtidige bemanning	De kommende ledere
Maj – senest oktober	Fortsatte undersøgelser af muligheder for omplacering i opsigelsesperioden. Kan indebære et fortsat ansættelsesstop	Koncern HR og øvrige HR og personaleafdelinger

1. Forslag nr.:	7.2
2. Spareforslag overskrift:	Fælles ledelse på Regionshospitalet Viborg, Silkeborg, Skive og Hammel Neurocenter
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget):	
<p>Regionshospitalet i Viborg, Silkeborg og Skive og Hammel Neurocenter fusionerer til en samlet hospitalsenhed med fælles ledelse og fælles administration.</p> <p>Fusionen forventes – udover besparelserne på det administrative område – at give mulighed for bedre samspil mellem afdelinger og specialer, og dermed bedre tilrettelæggelse af mere hensigtsmæssige patientforløb.</p> <p>Fremtidig organisering Hospitalsledelsen (HL) for den fusionerede hospitalsenhed Viborg, Silkeborg, Skive og Hammel Neurocenter skal bestå af 3 personer (hospitalsdirektør, cheflæge og chefsygeplejerske).</p> <p>De administrative enheder/stabsfunktioner for hospitalsledelsen fusioneres. På de afdelinger, hvor der er "dubletter" på de to hospitaler, etableres en samlet afdelingsledelse (ortopædkirurgi, klinisk biokemi, billeddiagnostik/radiologi, anæstesi, teknisk afdeling samt administration/ stabsfunktioner)</p> <p>Det er forudsat, at Center of Excellence (COE) skal have særlig ledelsesmæssig opmærksomhed og ledes af en "projektdirektør" el.lign. (med sekretariatsbistand), der bærer HL's autoritet og således kan agere på vegne af HL både internt og i forhold til de øvrige hospitaler samt eksterne samarbejdspartnere i kommuner, praksissektor mv. CoE ledelsen er placeret i Silkeborg. Der er indregnet en merudgift hertil på 1 mio. kr.</p> <p>Det vil være relevant senere at få belyst, hvilke faglige og økonomiske potentialer der er forbundet med en eventuel centerdannelse i forhold til henholdsvis det medicinske område/COE, bevægeapparatsygdomme (reumatologi og ortopædkirurgi) samt neurorehabilitering/neurologi/paraplegi.</p> <p>Økonomi Arbejdsgruppen har vurderet, at der vil være et årligt besparelspotentiale på i alt 15,0 mio.kr. vedr. HL, afdelingsledelse og administration.</p> <p>Besparelspotentialet vedrører udgifter til:</p> <ul style="list-style-type: none"> HL og hospitalsadministration/stabsfunktioner for hospitalsledelsen: 9,0 mio.kr. (inkl. besparelse på ca. 3,3 mio. kr. vedr. HL og merudgift til ledelse af COE på ca. 1 mio. kr. Sammenlignet med de to hospitalers samlede budgetterede udgifter til løn og øvrig drift vedr. HL og administration i 2011 er der tale om en besparelse i størrelsesordenen 15 procent). Under forudsætning af at den skitserede tidsplan holdes, vil besparelsen kunne begynde at få effekt fra og med 4. kvartal 2011 (jf. udkastet til tidsplan og med forbehold for hvordan den ledelsesmæssige bemanning falder på plads). Merudgiften til ledelse af COE er først medregnet fra 2012. Afdelingsledelse og administration på afdelingsniveau (hvor dubletter): 6,0 mio. kr. Besparelserne vedr. afdelingsledelse og administration på afdelingsniveau vil først kunne realiseres i 2012 (jf. udkastet til tidsplan). <p>Spareforslaget, og herunder den fremtidige organisering, konkretiseres yderligere, hvis forslaget vedtages politisk.</p>	
4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen?	
Nej (udover at hospitalsplanen omtaler de to hospitalsenheder som separate enheder).	
5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer? – hvis ja, beskriv hvilke	
Omfanget af nødvendige ændringer af lokaler/fysiske rammer vil afhænge af den nærmere afklaring af de administrative enheders organisering og geografiske placering.	

6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?				
Nej.				
7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja, beskriv hvilke				
Der vil skulle ske reduktioner i det samlede antal stillinger på hospitalsledelsesniveau og afdelingsledelsesniveau samt i administrationen. På begge hospitaler har man midlertidigt undladt at genbesætte en række stillinger i administrationen, og der vil også i den kommende tid blive udvist tilbageholdenhed i forhold til at genbesætte stillinger i administrationen (jf. det regionsdækkende ansættelsesstop). Der lægges op til at oprette en projektdirektørstilling vedr. Center of Excellence. Der henvises i øvrigt til de personalepolitiske spilleregler.				
8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem? – hvis ja, beskriv hvilke				
Nej.				
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget				
Der vedlægges en skitse til en overordnet tidsplan.				
10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi				
Forslaget har ingen aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi.				
11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt				
	Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
	Bruttobesparelse, RH Viborg / RH Silkeborg	- 2,5	- 15,0	- 15,0
	Nettobesparelse i alt	- 2,5	- 15,0	- 15,0
12. Øvrige bemærkninger	Ingen.			

Forslag til overordnet tidsplan vedrørende organisatorisk og ledelsesmæssig samling af Regionshospitalerne i Viborg og Silkeborg

Indledende bemærkninger og forudsætninger

Den overordnede tidsplan nedenfor afspejler et foreløbigt bud på faserne i og tidsplanen for processen vedr. etablering af ny hospitalsledelse, administration og fusion af dublerende kliniske afdelinger. Tidsplanen er stram både af hensyn til muligheden for at opnå besparelser allerede i 2011 og for at skabe en hurtig afklaring vedr. fremtiden for det berørte personale, og den er udarbejdet under hensyntagen til, at de personalepolitiske og –juridiske spilleregler skal overholdes. Tidsplanen vil skulle konkretiseres og eventuelt justeres, så den er i overensstemmelse med hvad der besluttet politisk og andre aktiviteter, som der skal tages praktiske hensyn til, og det vil således også kunne blive relevant at forlænge eller komprimere nogle af faserne i tidsplanen.

Den overordnede tidsplan bygger på en forudsætning om, at processen med at udpege ny ledelse først iværksættes, når besparelsesforslagene har været behandlet i MEDsystemet i januar, og der er truffet politisk beslutning om hvilke spareforslag der skal iværksættes (Regionsrådet træffer først formelt beslutning den 23. februar 2011, men det forventes, at der vil ske en afklaring af, om der er politisk opbakning til forslaget senest den 31. januar 2011 i forbindelse med drøftelserne om budgetforlig).

Der lægges op til, at den nye hospitalsledelse tiltræder og fusionen dermed formelt træder i kraft pr. 1. april 2011.

Der lægges samtidigt op til, at processen vedrørende fusion af kliniske afdelinger mv. indledes umiddelbart efter, at den kommende hospitalsledelse og de kommende ledere i hospitalets fælles administration/stabsfunktioner er udpeget.

Den kommende hospitalsledelse får ansvaret for planlægningen og gennemførelsen af processerne. Fra det tidspunkt hvor den kommende hospitalsledelse - og efterfølgende de øvrige ledere – udpeges som kommende ledelse får de kompetence til at forberede hele fusionen, og herunder "sætte den fremtidige holdopstilling" og gennemføre omplaceringer/afskedigelser, i tæt dialog med de nuværende ledelser og medarbejdere. Det forudsættes, at omplaceringer og afskedigelser sker på grundlag af de i MEDsystemet aftalte "Retningslinjer for omplacering og afskedigelser i forbindelse med strukturændringer og besparelser i Region Midtjylland".

I perioden fra den kommende hospitalsledelse udpeges (tidligst februar 2011) etableres et midlertidigt tværgående Hoved-MEDudvalg (MT-HMU), der som minimum består af den kommende hospitalsledelse og de to næstformænd i de to nuværende Hoved-MEDudvalg. Sammensætningen afklares nærmere mellem den kommende hospitalsledelse og de to HMU-næstformænd. Snarest muligt efter at bemanningen på såvel leder og medarbejderniveau er afklaret etableres det nye Hoved-MEDudvalg og den fremtidige LMU-struktur afklares.

Sekretariatsbetjeningen i forbindelse med processen omkring udpegningen af den kommende hospitalsledelse og administrationschef varetages af Koncern HR.

Oversigt over tidsplanen for behandling af spareforslagene i MEDsystemet og Regionsrådet

Tidspunkt	Aktivitet	Ansvarlig
Uge 1	Indkaldelse af berørte HMU'er /LMU'er aftales	HL og ledelsen i de relevante funktioner
7. januar	Hospitaler og andre budgetansvarlige afleverer spareforslag til Koncernøkonomi	Hospitaler og administrationen
Uge 2	Høringsperiode: MED-systemet drøfter spareforslag vedrørende eget område samt tværgående spareforslag fra andre HMU-områder/ budgetansvarlige	HMU'er og berørte LMU'er
19. januar	Høringsperiode fortsat: Ekstraordinært møde i RMU	RMU
25. januar	Budgetseminar	Regionsrådet, Direktionen og Koncernledelsen
31. januar	Budgetforligsdrøftelser	Regionsrådet
8. februar	Behandling af sparekatalog, MEDudtalelser og budgetforlig	Forretningsudvalget
23. februar	Behandling af sparekatalog	Regionsrådet

Forslag til overordnet tidsplan for den organisatoriske og ledelsesmæssige samling af de to hospitaler

Tidspunkt	Aktivitet	Ansvarlig
Perioden frem til politisk beslutning	Planlægningsfase, inkl. videre overvejelser og drøftelser om fremtidig organisering og fastlæggelse af tidspunkter for kommende møder/aktiviteter mv.	Direktionen
Uge 0 - politisk beslutning	Nuværende hospitalsledelser anmodes om at tilkendegive ønsker til fremtidig funktion	Direktionen
Uge 1 efter politisk beslutning	Overvejer fremtidig hospitalsledelse for det fusionerede hospital på baggrund af tilkendegivelser om ønsker til fremtidig funktion fra de nuværende personer i de to hospitalsledelser.	Direktionen
Uge 1 efter politisk beslutning	Dialog med både de medlemmer af de nuværende hospitalsledelser, der tænkes at skulle indgå i, og de der ikke skal indgå i, den fusionerede hospitalsledelse	Direktionen
Uge 1 efter politisk beslutning	Forventningssamtaler med kandidater til den kommende hospitalsledelse med deltagelse af næstformænd for de 2 nuværende HMU'er og 2 afdelingsledelsesrepræsentanter (udpeget af og blandt HMU'erne)	Direktionen og næstformandskab i de nuværende HMU
Uge 1 efter politisk beslutning	Udmelding om fremtidig hospitalsledelse	Direktionen
Uge 2-3 efter politisk beslutning	Overvejer overordnet organisering af fremtidig afdelingsstruktur (adm. og kliniske afdelinger). Overvejer og beslutter fremtidig administrationschef, inklusiv dialog med relevante kandidater på baggrund af tilkendegivelser om ønsker til fremtidig funktion fra de nuværende chefer i de to hospitalers administration.	Den kommende hospitalsledelse
Uge 3 efter politisk beslutning	Næstformænd i de 2 berørte LMU'er orienteres om den kommende hospitalsledelses overvejelser Forventningssamtale med den kommende administrationschef	Den kommende hospitalsledelse og næstformændene i de berørte LMU'er
Uge 3 efter politisk beslutning	Udmelding om fremtidig administrationschef	Den kommende hospitalsledelse
Uge 4-5 efter politisk beslutning	Overvejer og beslutter bemanning af næste ledelsesniveau i administrationen, inklusiv dialog med relevante kandidater på baggrund af tilkendegivelser om ønsker til fremtidig funktion fra de nuværende chefer i de to hospitalers administration	Den kommende hospitalsledelse og den kommende administrationschef
Uge 5 efter politisk	Næstformænd i de 2 berørte LMU'er orienteres om den kommende	Den kommende hospitalsledelse,

beslutning	hospitalsledelses overvejelser og der indkaldes til forventningssamtaler. Forventningssamtaler med de kommende ledere.	den kommende administrationschef og næstformandskab i de berørte LMU'er
Uge 5 efter politisk beslutning	Udmelding om fremtidig ledelse i administrationen	Den kommende hospitalsledelse og den kommende administrationschef
Uge 6 efter politisk beslutning	Overvejer og beslutter bemanning af (kliniske) afdelingsledelser, inklusiv dialog med relevante kandidater på baggrund af tilkendegivelser om ønsker til fremtidig funktion fra de nuværende afdelingsledere Forventningssamtaler med kommende afdelingsledelser.	Den kommende hospitalsledelse og næstformændene i de berørte LMU'er
Uge 7-9 efter politisk beslutning	Høring af ledere der skal omplaceres eller afskediges	Direktionen / Den kommende hospitalsledelse og den kommende administrationschef
Uge 7-9 efter politisk beslutning	Eventuelle møder med ledere og organisationerne om konkrete påtænkte omplaceringer eller afskedigelser af ledere	Den kommende hospitalsledelse samt relevante tillidsrepræsentanter / organisationer
Uge 7-9 efter politisk beslutning	Udarbejdelse af forslag til organisationsplaner og fremtidig medarbejderbemanning, inklusiv dialog med medarbejdere om fremtidige ønsker på baggrund af tilkendegivelser om ønsker til fremtidig funktion. De relevante tillidsrepræsentanter orienteres om, hvem der overvejes omplaceret eller afskediget.	Den kommende ledelse De relevante tillidsrepræsentanter
Uge 10-12 efter politisk beslutning	Høring af medarbejdere, der skal omplaceres eller afskediges	Kommende ledelse
Uge 10-12 efter politisk beslutning	Eventuelle møder med ansatte og personale organisationerne om konkrete påtænkte omplaceringer eller afskedigelser af medarbejdere	De kommende ledere samt relevante tillidsrepræsentanter / organisationer
Uge 13/14 efter politisk beslutning	Meddelelse om omplacering eller afskedigelse	De kommende ledere
Uge 13/14 efter politisk beslutning	Meddelelse om den fremtidige bemanning	De kommende ledere
I løbet af hele opsigelsesperioden for de afskedigede	Fortsatte undersøgelser af muligheder for omplacering i opsigelsesperioden. Kan indebære et fortsat ansættelsesstop	Koncern HR og øvrige HR og personaleafdelinger

1. Forslag nr.:	1
2. Spareforslag overskrift:	Vurdering af, om der vil være gevinster ved sammenlægning af Center for Folkesundhed, Center for Kvalitetsudvikling og Kvalitet og Sundhedsdata (kun kontoret Kvalitetsstrategi og Koordinering)
3. Dato:	6. januar 2011

4. Beskrivelse af spareforslaget

4.1 Indledning

Arbejdsgruppen har haft som formål at vurdere, om der vil være gevinster ved sammenlægning af Center for Folkesundhed, Center for Kvalitetsudvikling og Kvalitet og Sundhedsdata (kontoret Kvalitetsstrategi og Koordinering).

Arbejdsgruppen har herudover tilføjet, at det vil være relevant at vurdere, om der vil være gevinster ved, at den del af kronikerindsatsen, der i dag er placeret i Regionalt Sundhedssamarbejde, helt eller delvist samtænkes med sammenlægningen af de tre afdelinger.

Endeligt har arbejdsgruppen drøftet fordele og ulemper ved en fortsat fysisk og organisatorisk placering af opgaverne i Kontoret for Kvalitetsstrategi og Koordinering i Viborg.

Der er fastsat en foreløbig samlet besparelse i 2011 på 5,6 mio. kr. og 14 mio. kr. i 2012 og fremover i forhold til det samlede basisbudget for de berørte enheder.

Der er i beskrivelsen taget udgangspunkt i de områder, hvor der foretages ændringer. Der vil være et efterfølgende forløb omkring den videre organisering af den nye afdeling.

4.2 Udgangspunkt for forslaget (kort beskrivelse af den nuværende opgavevaretagelse, nye økonomiske rammer, personaleforhold m.v.)

Center for Folkesundhed, Center for Kvalitetsudvikling og Kvalitet og Sundhedsdata er i dag organiseret som tre selvstændige afdelinger.

Centrene løser rådgivnings-, forsknings- og udviklingsopgaver for afdelinger i Region Midtjylland og andre kunder, f.eks. kommuner, interesseorganisationer, staten m.m. Eksempler på opgaver er følgende:

- I Center for Folkesundhed, f.eks. klinisk socialmedicin, rådgivning i forhold til kommunerne, forskning i samarbejde med Århus Universitet, rehabilitering, medicinsk teknologi vurdering (MTV), sundhedstjenesteforskning, forebyggelse, drift af Marselisborgcentret m.m.
- I Center for Kvalitetsudvikling, f.eks. undersøgelser og evalueringer i forhold til patienter og pårørende, kvalitetsmodel og indikatorprogrammer på det sociale område, klinisk kvalitet og patientsikkerhed.

Kvalitetsstrategi og Koordinering løser i dag primært strategiske opgaver inden for kvalitet, især opgaver der vedrører kvalitetsstrategi på regionalt og nationalt plan, kvalitetsråd, opfølgning på data vedrørende kvalitet m.m.

Kronikerindsatsen i Regionalt Sundhedssamarbejde består primært i at udarbejde forløbsprogrammer, der skaber sammenhængende og helhedsorienterede forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsforløb for patienter, der lider af kronisk sygdom samt opfølgning herpå. Endvidere består indsatsen i koordinering af midler til regionen fra kronikerpuljen.

Centrene er oprindeligt tænkt som kompetencecentre, mens de opgaver, der løses i administrationen (herunder Kvalitet og Sundhedsdata og Regionalt Sundhedssamarbejde) oprindeligt er tænkt som klassisk administration. I praksis er opgaveløsningen blevet et dynamisk, sammenhængende set-up, hvor kompetencer lapper over, både i mellem de to centre og i forholdet mellem centrene og de to afdelinger i administrationen. Det vil i en ny afdeling være essentielt at samtænke opgaver og kompetencer fra de nævnte afdelinger på

områder, hvor der vil være synergi ved at gøre dette. På denne måde vil der kunne ske en styrkelse af afdelingen med fokus på kvalitet og folkesundhed samt forskning, udvikling og analyse inden for disse områder.

4.3 Kort beskrivelse af den nye organisering og ændrede opgavevaretagelse (aktivitet)

Det foreslås, at der etableres en ny afdeling, der skal løse opgaver, der i dag varetages i Center for Folkesundhed og Center for Kvalitetsudvikling og delvist i Regionalt Sundhedssamarbejde. Afdelingen skal være med til at sikre, at kompetencer, der i dag er spredt på flere organisatoriske enheder, udnyttes bedre, således at kvalitet og effektivitet på koncernniveau bliver styrket på dette fagfelt. Det er vurderingen, at dette vil kunne lade sig gøre, bl.a. fordi der flere steder i de nævnte afdelinger, f.eks. arbejdes med de samme data og anvendes de samme metoder.

På denne baggrund foreslås det, at der etableres en afdeling, der består af en forsknings- og udviklingsenhed og to driftsenheder vedrørende henholdsvis kvalitet og folkesundhed.

Der vedlægges organisationsdiagram.

Forsknings- og udviklingsenheden skal varetage forskning og udvikling inden for kvalitet, forebyggelse, sundhedstjenesteforskning, MTV og rehabilitering, herunder kroniker- og patientforløb. Forsknings- og udviklingsenheden er dermed bidragende til at løfte regionens lovbestemte opgaver inden for forskningsområdet og inden for rådgivning af kommunerne. Forsknings og udviklingsenheden skal herudover løfte opgaver vedrørende styring af økonomi og ressourcer for hele den nye afdeling, hvilket forventes at give synergi på dette område.

De to driftsenheder skal løse opgaver vedrørende henholdsvis a) kvalitet og b) folkesundhed. Aftagerne af opgaver i enhederne er primært regionen selv, øvrige regioner (i forbindelse med tværregionale initiativer) og kommuner.

4.4 Udestående opgaver for implementering af forslaget

Det foreslås, at de opgaver der p.t. ligger i Kontoret for Kvalitetsstrategi og Koordinering (i afdelingen for Kvalitet og Sundhedsdata), samt de opgaver der skal overflyttes fra Center for Kvalitetsudvikling vedrørende patientsikkerhed og utilsigtede hændelser, ikke samles i et nyt center, men fastholdes som en stabsfunktion med fysisk placering i Viborg og med reference til direktionen. Der skal samordnes med konklusionerne fra den arbejdsgruppe der, under ledelse af Ole Thomsen, ser på fremtidig organisering af sundhedsdataområdet. Det er dog fortsat en præmis, at afdelingen i denne arbejdsgruppe bidrager med en besparelse på 1,9 mio. kr. Denne besparelse er derfor fortsat medtaget i denne gruppes forslag.

Kontoret vedrørende strategisk kvalitetsudvikling skal varetage opgaver vedrørende strategisk kvalitetsudvikling, betjening af kvalitetsrådet og opgaver vedrørende patientsikkerhed. I forbindelse med etablering af nationalt sekretariat for kvalitetsdatabaser og NIP skal snittet i forhold til regionale opgaver vedrørende patientsikkerhed og audit snarest afklares.

5. Faglige argumenter for spareforslaget

Det er i forslaget vurderet, at der vil kunne opnås en række synergier ved at etablere en afdeling, der favner de beskrevne områder i en forskningsmæssig og sekretariatsmæssig sammenhæng.

Den forskningsmæssige sammenhæng vil kunne opnås, fordi der på tværs af den store mangfoldighed af opgaver i afdelingen, vil være metoder, data og konkret faglig viden, der vil kunne anvendes i flere sammenhænge. Disse kompetencer er i dag spredt i flere afdelinger, og ved at samle dem er det forventningen, at de vil kunne løfte kvaliteten på tværs af de konkrete emner, der arbejdes med.

Sammenhængen mellem en fortsat afdeling for kvalitet og sundhedsdata og det nye center kan beskrives således: Kvalitet og sundhedsdata skal sikre dialog om og sammenhæng i indsatsen på kvalitetsområdet, herunder det nye center.

Kvalitet og Sundhedsdata er således ansvarlig for, at analyser, projekter og opgaver, der rekvireres i det nye center er præcise, relevante og medvirker til bedst mulig udnyttelse af de samlede ressourcer. Kvalitet og Sundhedsdata er endvidere ansvarlig for, at analyser og projekter anvendes på den mest hensigtsmæssige måde.

6. Konsekvenser for politisk godkendte servicemål, service for regionsråd, samarbejdspartnere og evt. borgere

Det vurderes, at der ved sammenlægning af de to nuværende centre vil kunne skabes både økonomisk og faglig synergi, der bl.a. kan medvirke til realiseringen af sparemålet på 14 mio. kr. Dette sker bl.a. ved samordning på administrations- og ledelsesniveau, men også ved begrænsning af parallelløsning af opgaver og parallelopbygning af kompetencer. Derudover vil en mere præcis opgavedeling mellem et kommende center og en kommende afdeling for kvalitet og sundhedsdata kunne danne baggrund for besparelser i denne afdeling også.

Forslaget vil betyde en omprioritering i regionens direkte og generelle involvering i sundhedsfremme og forebyggelse overfor borgere med behov for livsstilsændringer. Besparelsesforslaget forudsætter således lukning af livsstilscafeerne i Holstebro og Herning, hvilket er en harmonisering af sundhedsfremme og forebyggelsestilbud på tværs af regionen, idet disse tilbud ikke findes i den øvrige region. Der vil fortsat være mulighed for specifik og målrettet rådgivning og vejledning af kommunerne vedrørende sundhedsfremme og forebyggelse, blandt andet gennem sundhedsprofilerne i "Hvordan har du det".

I forhold til praksisdietistordningen foreslås det, at denne opgave (med en reduktion på godt 40 %) overføres til hospitalerne og indgår som et primært shared care tilbud fra hospitalerne til almen praksis i den østlige del af regionen. I den vestlige del af regionen varetages diætrådgivning allerede i dag på hospitalerne. Der udarbejdes et nærmere forslag hertil, som drøftes med de praktiserende læger.

En antal medarbejdere (det er direktionens vurdering, at det vil dreje sig om 2-2½ medarbejdere) vedrørende kronikerindsatsen placeres i afdelingen (enheden for forskning og udvikling). Disse ressourcer skal medgå til udarbejdelse af dokumentation af kronikerindsatsen i regionen, udarbejdelse af monitoringsværktøjer, dataudvikling og datamanagement på kronikerområdet, sundhedsfaglige rådgivning og sundhedsfaglig sekretariatsbistand vedrørende udvikling af kronikerindsatsen m.v.

7. Personalemæssige konsekvenser, herunder:

Etableringen af den nye afdeling vil have følgende personalemæssige konsekvenser:

7.1. Ledelsesniveauet

Forslaget reducerer antallet af afdelingschefer fra tre til to.

7.2 Medarbejdere

Som følge af besparelsesforslaget vil der blive reduceret i antallet af medarbejdere i de tre nuværende afdelinger. Det drejer sig om 4 medarbejdere i Kvalitet og Sundhedsdata, 6,9 medarbejdere i Center for Kvalitetsudvikling og omkring 14 medarbejdere i Center for Folkesundhed. I alt vil der således blive reduceret med omkring 25 medarbejdere.

Der tilføres ressourcer (formodentligt 2-2½ medarbejdere) fra Regionalt Sundhedssamarbejde vedrørende kronikerindsatsen, jævnfør afsnit 6.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at det fremtidige centers indtægtsdækkede virksomhed på sigt bør koncentrere sig om opgaver, som er i naturlig sammenhæng med regionens lovgivningsmæssige og faktiske opgaver på somatik, psykiatri- og socialområdet. Det er dog også gruppens vurdering, at det volumen, der kan skabes i forsknings-, udviklings-, undersøgelses-, - og driftsaktiviteter på indtægtsdækket grundlag, giver en merværdi til løsning af regionens kerneopgaver.

Der vil i den nuværende organisation være en række kontraktslige bindinger, som den nye organisation vil skulle overtage og løse.

8. Har spareforslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre dele af organisationen, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og fremover.

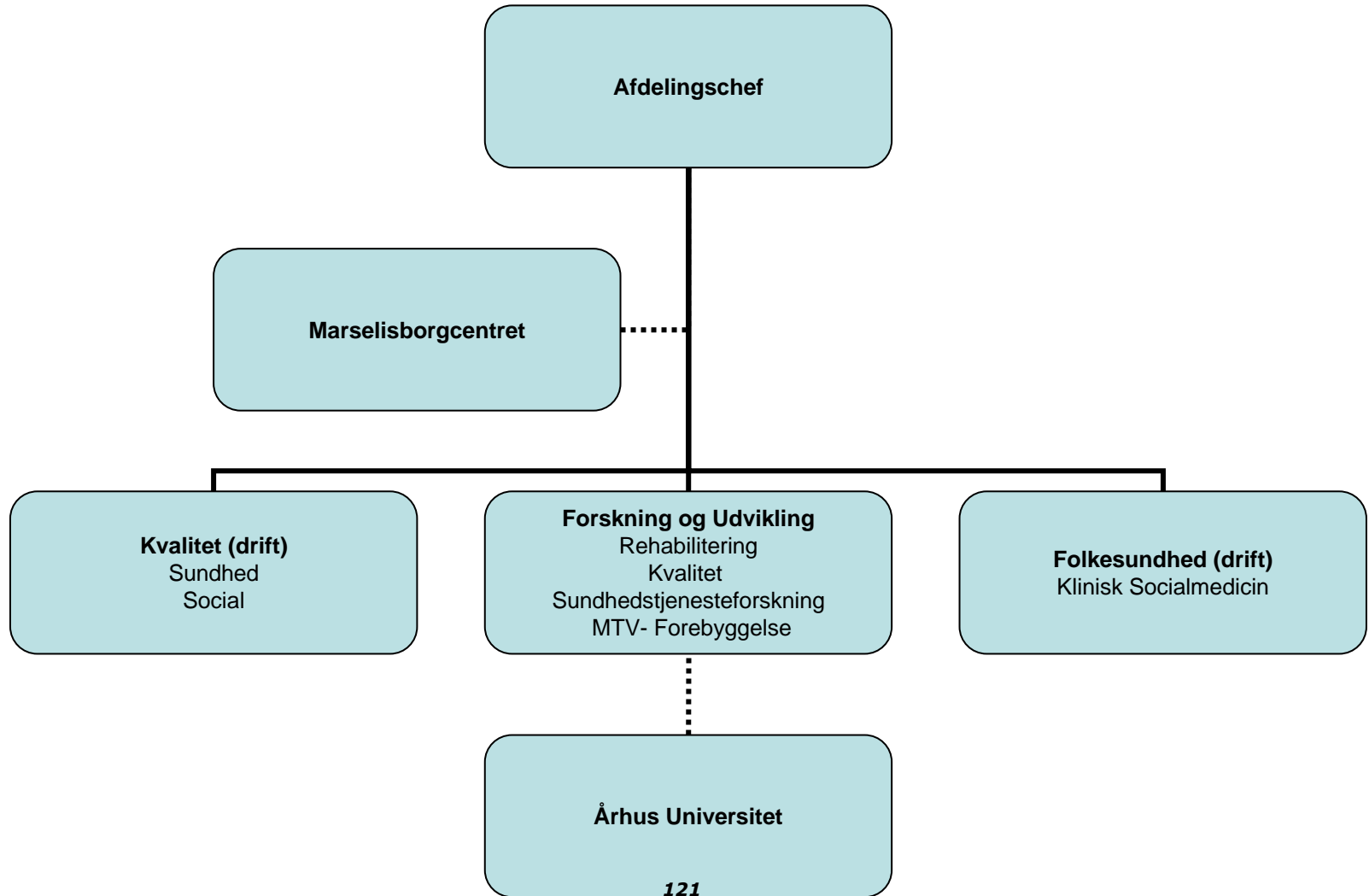
9. Forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt

mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Besparelse for enheder:			
Center for Folkesundhed	-3,3	-8,4	-8,4
Center for Kvalitetsudvikling	-2	-3,84	-3,84
Kvalitet og Sundhedsdata	-0,8	-1,9	-1,9
I alt	-5,6	-14,14	-14,14
eller Samlet besparelse for enheder			
Evt. afledte merudgifter	0		

Besparelserne fremkommer på følgende måde:

Afdeling	Stillinger	Antal medarbejdere	Mio. Kr.
Center for Folkesundhed	Praksisdiætister		1,45
	Livsstiletscafeer		3,35
	Kommunikation og administration		1,1
	Forskning og Udvikling		1,0
	Rådgivning af kommuner		0,75
	Lukning af magasinet MidtLiv)		0,75
	I alt	14	8,4
Center for Kvalitetsudvikling	Centerledelse (vakant)	0,5	0,45
	Ledelsessekretariat (HK)	0,5	0,2
	Ledelsessekretariat (AC)	0,5	0,25
	Sundhedskvalitet	1,2	0,72
	Undersøgelse	1,2	0,72
	Reduktion fra 2012 i særlig bevilling til understøttelse af hospitalernes akkreditering	3	1,5
	I alt	6,9	3,84
Kvalitet og Sundhedsdata	Sekretær	1	0,4
	Kvalitetssikring(PAS) (AC)	1	0,5
	Akkreditering (AC)	1	0,5
	E-dok (AC)	1	0,5
	I alt	4	1,9
I alt		25	14,14

Nyt center



1. Forslag nr.:	Tema nr. 12, forslag 2
2. Spareforslag overskrift:	Koncern HR, Organisation og ledelse, Midtlab & Arbejdsgange og logistik
3. Dato:	5. januar 2011

4. Beskrivelse af spareforslaget

4.1 Indledning:

Arbejdsgruppen har til formål at vurdere, om der vil være gevinster ved sammenlægning af afdelingerne, herunder en prioritering af opgaver indenfor en given økonomisk ramme.

Der er i forhold til planen Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland fastsat en foreløbig samlet besparelse i 2011 på 1,6 mio. kr. og 4,0. mio. kr. i 2012 og fremover i forhold til det samlede basisbudget for de berørte enheder.

Der er set specifikt på følgende områder:

- Arbejdsgruppen skal lave en udredning af opgaveområderne i dag, såvel de lovbundne, de koncernunderstøttende, de driftsnære opgaver samt opgaver der løses på nationalt og internationalt plan.
- De 3 afdelinger har udover basisbudget også en betydelig indtægtsdækket aktivitet, der skal ses på implikationer i forhold til denne aktivitet også.
- Arbejdsgruppen skal se på om der er afdelinger (i regionshusene eller på hospitalerne) der løser beslægtede opgaver som med fordel vil kunne samtænkes / indtænkes, medhenblik på synergier såvel faglige som økonomiske. Herunder om der er opgaver der i dag løses decentralt som med fordel vil kunne samles med henblik på et øget fagligt niveau.
- Arbejdsgruppen skal fremkomme med forslag til en ny afdelingsstruktur og opgavebeskrivelse i en ny samlet afdeling, inkl. organisering af den indtægtsdækkede virksomhed og sammenhængen mellem regionsfinansierede opgaver, internt- og eksternt indtægtsdækkede opgaver.
- Arbejdsgruppen skal opliste opgaver indenfor områderne, der evt. fremadrettet ikke skal løses eller skal løses på et lavere service niveau. Og herunder at beskrive afledte konsekvenser. Listen skal være prioriteret.
- Arbejdsgruppen skal se på antallet af kontorer / enheder i en ny afdeling og opgaveindhold i disse.
- Arbejdsgruppen skal komme med forslag til organisatorisk forankring.

Det er op til den nye ledelse at fremlægge en mere detaljeret beskrivelse af organisering, opgavefordeling, personalesammensætning m.v. indenfor ovenstående rammer

4.2 Udgangspunkt for forslaget (kort beskrivelse af den nuværende opgavevaretagelse, nye økonomiske rammer, personaleforhold m.v.)

Der gives en kort beskrivelse af de enkelte enheders nuværende opgaver i Koncern HR, Organisation og ledelse, Midtlab & Arbejdsgange og logistik. Herudover beskrives de enkelte enheders opgaver opdelt i:

- a) lovbundne og overenskomstpligtige opgaver,
- b) nødvendige opgaver, og
- c) ønskelige opgaver

Endvidere redegøres der kort for relevante snitfald til andre organisatoriske enheder.

I nedenstående tabel 1 fremgår en oversigt over områdets samlede økonomi før gennemførelse af besparelser jf. budgetforlig 2011 samt den yderligere foreslåede besparelse som følge af planen Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland på i alt 4,0 mio. kr.

Tabel 1: Tabel 1: Oversigt over enhedernes økonomi

Samlet økonomi mio. kr. (2011-P/L)	Organisation og ledelse	Midtlab	Arbejdsgange og logistik	I alt
Nettobasisbudget jf. budget 2011	9,8	8,2	2,3	20,4
Indtægtsdækket aktivitet	7,7	2,3	2,1	12,1
I alt økonomi	17,5	10,5	4,5	32,5
Personalenormering, fuldtidsstillinger				
Basisbudget 2011	15,0	11,0	4,6	30,6
Indtægtsdækket aktivitet	14,0	5,5	2,9	22,4

1) Nettobasisbudgettet er inden gennemførelse af besparelser jf. Budgetforlig samt yderligere besparelser som følge af "Omstillingsplan til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland".

2) Af basisbudgettets 4,6 stillinger udgør ca. 0,3 stilling for Arbejdsgange og Logistik en kontorchefstilling, der er delt imellem de 3 enheder i Arbejdsgange og logistik.

4.2.1 Koncern HR, Organisation og ledelse

A: Opgaver:

Afdelingen har som hovedopgaver organisations- og ledelsesudvikling i Region Midtjylland, samt området for psykisk arbejdsmiljø. Dette er såvel på strategisk og koordinerende niveau koncernniveau som på institutionsniveau.

Organisationsudvikling sætter fokus på bevægelse af og involvering af hele organisationen og på organisationens dele. Der fokuseres på arbejdsdeling og samarbejde i organisationen og på sammenhænge mellem enheder, afdelinger, grupper og individer.

Som eksempler på opgaver kan nævnes:

- Strategiudvikling/virksomhedsudvikling
- Forandrings- og fusionsprocesser
- Kvalitetsudvikling og akkreditering
- Effektivisering – Lean light
- Rekruttering
- MED-uddannelse og -temadage

Ledelsesudvikling sætter fokus på og giver inspiration til, hvordan den enkelte leder/ledergruppe varetager rollen som leder/ledergruppe. Det indbefatter bl.a. personaleledelse, administrativ ledelse og organisatorisk ledelse eksempelvis i form af:

- Lederudviklingsprogrammer
- Ledertræning
- Fælles ledelse/ledelse på tværs
- Ledercoaching og -sparring

- Ledernetværk
- Ledelseevaluering (TULE)
- Udviklingssamtaler

Psykisk arbejdsmiljø sætter fokus på trivlsen på arbejdspladsen – både for den enkelte og for gruppen. Der arbejdes med den positive udvikling af trivlsen på arbejdspladsen og på at forebygge og eventuelt håndtere belastninger.

Som eksempler på opgaver kan nævnes:

- Trivsel på arbejdspladsen
- Trivselsdialoger (TULE)
- Samarbejde og kommunikationstræning
- Forebyggelse af fravær
- Forebyggelse af stress
- Beredskab i forbindelse med større omstillinger og omstrukturering
- Konflikt håndtering og forebyggelse af vold
- Autoriseret arbejdsmiljørådgivning

a) Lovbundne opgaver og overenskomstpligtige opgaver

De lovbundne og overenskomstpligtige opgaver vil være:

Lovpligtige opgaver – Psykiske arbejdsmiljø

- Autoriseret arbejdsmiljørådgivning
- APV – primært opfølgingsopgaver på psykisk APV
- Implementering af ny arbejdsmiljølov
- Del af arbejdsmiljøuddannelsen – obligatorisk og tilvalg

Overenskomstpligtige opgaver:

- Trivselsundersøgelser (TULE)
- Ledelseevaluering (TULE)
- Udviklingssamtaler (koncept for og træning i)
- Etablering og drift af tilbud til ledere omkring Diplom uddannelser
- Opfølgning på personalepolitiske indsatsområder (f.eks. sygefravær, stress, vold, mobning og chikane)

b) Nødvendige opgaver – Koncernbærende opgaver;

De nødvendige opgaver vil være:

- Beredskabsopgaver i forbindelse med omstilling og besparelse
- MED-uddannelse
- Lederudviklingsprogram (fokus på særlige udfordringer i Region Midtjylland, nye ledere, talentspotting og talentudvikling af ledere)
- Mentorordning
- Ejerskabsarbejde i forhold til Ledelses og Styringsgrundlag – strategiudvikling og virksomhedsudvikling

c) Ønskelige opgaver:

De ønskelige opgaver vil være:

- Kvalitetsudvikling og akkreditering
- Effektivisering – Lean light
- Rekruttering
- Samarbejde og kommunikationstræning
- LAS og udvikling af de kommende SOL forløb. Uddannelse af læger under specialuddannelsen

- Fortsat indtægtsdækket virksomhed understøttende regionens arbejdspladser og fremtidige arbejdspladser (DNU/DNV) indenfor afdelingens kernekompetencer
- Udbygning af indtægtsdækket virksomhed omfattende kommuner og øvrige offentlige organisationer, indenfor organisationsudvikling, ledelsesudvikling og psykisk arbejdsmiljø bl.a. i samarbejde med de aktiviteter, som MidtLab udfører
- Fundraising og deltagelse i offentlige udbud i samarbejde med regionens arbejdspladser og eksterne samarbejdspartnere

B: Relevante snitflader til andre organisatoriske enheder

I overskriftsform kan identificeres følgende snitflader til nærmere afklaring:

- HR-afdelinger/HR-funktioner på hospitaler og i Psykiatri og Social
- Arbejdsgange og Logistik og MidtLab i forhold til opgaver vedr. effektivisering og smidiggørelse af arbejdsgange – Lean Light
- Center for Kvalitetsudvikling vedr. Den Danske Kvalitetsmodel og akkreditering
- Efter-/videreuddannelse i forhold til udbud af kurser og uddannelsesforløb
- Fysisk arbejdsmiljø i forhold til servicering af arbejdsmiljøorganisationen
- MidtLab og Center for Kvalitetsudvikling vedr. opdyrkelse af vedligeholdes kompetencer, der muliggør professionel fundraising/projektansøgning

C: Økonomi:

Der er et basisbudget på ca. 9,8 mio. kr. og en medarbejderstab på ca. 15 fuldtidsstillinger.

Der er indtægtsdækkede aktiviteter for i alt 7,7 mio. kr. svarende til ca. 14 fuldtidsstillinger.

4.2.2 MidtLab

MidtLab er Regions Midtjyllands enhed for innovation. MidtLab er med til at udvikle den offentlige sektor gennem anvendelse af nye løsninger gennem innovation på proces- og ledelsesniveau, ny viden og nye metoder.

a) Lovbundne opgaver og overenskomstpligtige opgaver

Der er ingen lovbundne aktiviteter i MidtLab.

b) Nødvendige opgaver

De nødvendige opgaver vil være:

- Bidrag til strategiske innovationsaktiviteter (telemedicin, nybyggerier, kommunesamarbejde etc.)
- Innovationservice dvs. koordineret og opsøgende støtte til medarbejderinitiativer overalt i RM
- Fundraising til innovationsformål for hele RM
- Nationale innovative satsninger i regi af DR
- 2 forskningsprojekter med henblik på fremtidens offentlige ledelse og styring, et nationalt projekt delfinansieret af Finansministeriet med 10 mio. kr. De to projekter har Psykiatri og Social, Århus Sygehus og Region Syddanmark som medsponsor

c) Ønskelige opgaver

De ønskelige opgaver vil være:

- Indtægtsdækket virksomhed for regionens driftsenheder. I dag betjenes DNU, DNV, AUH, Århus Sygehus, Skejby, HEV, RH Randers, RH Silkeborg, RH Horsens, Psykiatri og Social samt stabsenheder p.t. Regionalt Sundhedssamarbejde
- Indtægtsdækket virksomhed for kommuner i regionen såsom Århus, Randers, Silkeborg, Horsens, Ikast-Brande, Norddjurs og Syddjurs

- Indtægtsdækket virksomhed for andre såsom Ålborg Kommune, Thisted Kommune, Fredericia Kommune, professionshøjskoler, højskoler, Roskilde Biblioteker
- Formidling og informationsvirksomhed på innovationsområdet (bog- og artikelskrivning, seminarer og konferencer m.m.).

B: Relevante snitflader til andre organisatoriske enheder

I overskriftsform kan identificeres følgende snitflader til nærmere afklaring:

- Center for Kvalitetsudvikling: Center for Innovation og udvikling på socialområdet, Arbejdsgange og Logistik
- Medicoteknisk Afdeling
- MTIC (Medicoteknisk Innovationscenter, Regional Udvikling) & CARETECH (Regional Udvikling)

C: Økonomi:

Der er et basisbudget på ca. 8,2 mio. kr. og en medarbejderstab på ca. 11 fuldtidsstillinger besat med faste medarbejdere og ind-stationerede medarbejdere.

Der er indtægtsdækkede aktiviteter for i alt 2,3 mio. kr. i 2010 svarende til ca. 5,5 fuldtidsstillinger.

4.2.3 Arbejdsgange og logistik

Arbejdsgange og logistik er placeret organisatorisk i kontoret for Proces & Implementering. I kontoret er der pr. 1.12.2010 i alt 21 ansatte fordelt på 1 kontorchef, 16 konsulenter, 2 sekretærer og 2 praktikanter. Kontoret er formelt set opdelt på 3 enheder: Arbejdsgange & Logistik, Sundhedskvalitet samt Udvikling & Implementering. I praksis løses flere opgaver på tværs af de 3 enheder.

a) Lovbundne opgaver og overenskomstpligtige opgaver

Der er ingen lovbundne aktiviteter i Arbejdsgange og logistik.

b) Nødvendige opgaver og c) Ønskelige opgaver

Der er ikke foretaget nogen sondring i mellem nødvendige opgaver og ønskelige opgaver.

Arbejdsgange og Logistik assisterer organisationer, afdelinger og afsnit med at udnytte deres ressourcer og kompetencer bedst muligt.

Arbejdsgange & Logistik inddrages i – og løser – strategiske opgaver for Region Midtjylland (eksempelvis "Udarbejdelse af inspirationskatalog om gode arbejdsgange på lægesekretærområdet"), hvor arbejdsprocesser og logistik er væsentlige elementer i den strategiske planlægning. Dokumentation, kortlægninger, målinger og forbedringer af processer og arbejdsgange indgår som væsentlige elementer.

Endvidere løses der indtægtsdækkede opgaver hvor arbejdsprocesser og logistik er kortlægges, dokumenteres og forbedres i den kliniske praksis (eksempelvis "Lean på Onkologisk afdeling i Herning") i samarbejde med regionens hospitaler og afdelinger. Der løses også opgaver i samspil med psykiatrien (eksempelvis "Tid til kerneydelsen i psykiatrien") og med andre aktører (eksempelvis "Afprøvning af det arbejdskraftbesparende potentiale ved sampakkede procedurebakker" i samarbejde med DNU).

Arbejdsgange og Logistik benytter kvalitative og kvantitative metoder i opgaveløsningerne, herunder en række Lean-inspirerede metoder og værktøjer.

Dokumentation af opnåede effekter er et strategisk indsatsområde og fokus i opgaveløsningerne er ofte på at skabe sammenhæng mellem den kliniske, praktiske hverdag og de mere overordnede ledelsesmæssige udfordringer i den givne sammenhæng. Enheden inddrages som eksperter i forskellige projekt- og undervisningssammenhænge, men har oftest proces/projektlederrollen på længerevarende forbedringsprojekter.

B: Relevante snitflader til andre organisatoriske enheder

I overskriftsform kan identificeres følgende snitflader til nærmere afklaring:

- Sundhedskvalitet (enhed i center for Kvalitetsudvikling)
- Udvikling og implementering (enhed i Center for Kvalitetsudvikling)
- Andre enheder i Center for Kvalitetsudvikling
- Koncern HR
- Midtlab

C: Økonomi:

Der er et basisbudget på ca. 2,4 mio. kr. og en medarbejderstab på 4 fuldtidsstillinger.

Der er indtægtsdækkede aktiviteter for 2,1 mio. kr. svarende til ca. 2,9 fuldtidsstillinger.

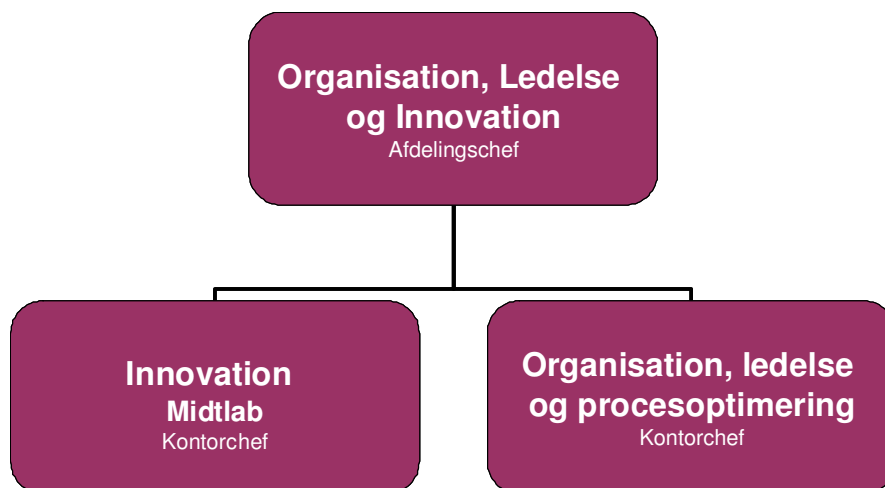
4.3 Kort beskrivelse af den nye organisering og ændrede opgavevaretagelse (aktivitet)

I det efterfølgende er der opstillet forslag til organisering af den nye enhed.

Der foreslås etableret en ny enhed, Organisation, Ledelse og Innovation.

Organisation, Ledelse og Innovation organiseres som vist i Figur 1:

Figur 1: Ny organisationsplan



Organisation, Ledelse og Innovation ledes af en afdelingschef¹ med reference til direktionen.

Enheden er opdelt i 2 enheder, som hver især ledes af en kontorchef.

¹ Der vil som udgangspunkt ikke være tale om en selvstændig afdelingschef, men en afdelingschef med andre ledelsesopgaver.

Det er hensigten, at der *på tværs af enhederne* skal skabes en effektiv og fleksibel opgaveløsning, der kan skabe synergi ved, at medarbejdere i en udstrakt grad kan indgå i opgaveløsningen på tværs af de to kontorer. Det bliver op til ledelsen at sikre at dette vil ske.

Medarbejderne vil dog entydigt have ledelsesmæssig reference til en af de 2 kontorchefer.

Innovation – Midtlab har til opgave dels at udvikle Region Midtjyllands velfærdsområder samt den offentlige sektor i regionen m.v. Det skal ske gennem udvikling og anvendelse af nye løsninger gennem innovation på proces- og ledelsesniveau, ny viden og nye metoder.

Området vil inkl. laboratorielederen reduceres med svarende til ca. 3 fuldtidsstillinger og vil herefter have ca. 8 fuldtidsstillinger efter gennemførelse planen for "Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland". Hertil kommer evt., indtægtsdækkede aktivitet, som pt. kan skabe aktivitet til ca. 5,5 fuldtidsstillinger, men som må skønnes reduceret med svarende til ca. 1,5 fuldtidsstillinger, således at den indtægtsdækkede aktivitet herefter udgør svarende til ca. 4,0 fuldtidsstillinger.

Det skal dog bemærkes, at det centrale er er den forudsatte besparelse i kr. opnås. Det er endvidere vanskeligt, at opgøre præcist evt. stillingsmæssige konsekvenser, idet besparelsen skal ses i sammenhæng med den indtægtsdækkede aktivitet.

Organisation, ledelse og procesoptimering har til opgave at initiere organisations- og ledelsesudvikling, understøtte trivslen og det psykiske arbejdsmiljø på arbejdspladserne samt understøtte driften omkring procesoptimering af arbejdsgange. Herudover placeres de administrative funktioner for begge kontorer i kontoret.

Området vil inkl. fagkoordinatorer reduceres med svarende til ca. 4,5 fuldtidsstillinger og herefter have ca. 15 fuldtidsstillinger i forhold til sit basisbudget efter gennemførelse planen for "Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland". Hertil kommer evt., indtægtsdækkede aktivitet, som pt. kan skabe aktivitet til svarende til ca. 16,9 fuldtidsstillinger, men som skønnes reduceret med svarende til ca. 4,0 fuldtidsstillinger, således at den indtægtsdækkede aktivitet herefter udgør svarende til ca. 13,0 fuldtidsstillinger.

Det skal også her bemærkes, at det centrale er er den forudsatte besparelse i kr. opnås. Det er endvidere vanskeligt, at opgøre præcist evt. stillingsmæssige konsekvenser, idet besparelsen skal ses i sammenhæng med den indtægtsdækkede aktivitet.

Samlet vil der også i denne model være ca. 23 stillinger fuldtidsstillinger finansieret af basisbudgettet og en skønnet indtægtsdækket aktivitet svarende til ca. 17 fuldtidsstillinger. I alt 40 fuldtidsstillinger.

I det kontoret har en relativ stor størrelse personalemæssigt og fordi der er et bredt spektrum af forskellige fagligheder i kontoret, vil det kunne være hensigtsmæssigt, at have *faglige koordinatorer*. Det kunne eksempelvis være faglige koordinatorer indenfor ét eller flere af følgende områder med stor aktivitet: Ledelsesudvikling, Organisationsudvikling, Trivselsudvikling på individ og gruppeniveau, Procesoptimering/Lean m.v.

Organisationsudvikling og Innovationsenheden skal fremover fortsat løse de lovpligtige opgaver indenfor psykisk arbejdsmiljø samt overenskomstrelaterede opgaver, men må indenfor den nye økonomiske ramme prioritere niveauet for de øvrige opgaver/ydelser.

Det kan ske ved dels en prioritering af:

- om opgaven/ydelsen fremover skal tilbydes,
- om opgaven/ydelsen fortsat skal udbydes som en "gratis ydelse" eller om der skal være medfinansiering fra driftsenhederne, eller
- en justering af enhedens prispolitik på ydelser generelt overfor driftsenhederne

Der skal laves en ny prispolitik, som dels kan sikre at der sker en hensigtsmæssig prioritering af de ydelser og de ressourcer der fremover efterspørges i driftsenhederne og som understøtter omstillingen til det fremtidige sundhedsvæsen i Region Midtjylland og dels at det sikres at der ikke påføres driftsenhederne merudgifter, men et tilpasset serviceniveau.

Herudover skal den nye ledelse sikre en hensigtsmæssig intern arbejdsfordeling/faglig koordinering i de enkelte enheder. Der er i dag et betydeligt samarbejde mellem enhederne både strategisk og på udførende plan, hvilket må forventes at kunne styrkes ved den fremtidige organisering.

Herudover skal den nye ledelse sikre en hensigtsmæssig *intern arbejdsfordeling/faglig koordinering* i de enkelte kontorer.

Af argumenter for modellen kan fremføres følgende:

- Direkte reference fra enheden til afdelingschefniveauet
- Der er en dedikeret og synlig ledelse på det udførende niveau både udadtil (repræsentativt) og indadtil (servicerende) i RM
- Tydelig faglighed i de to kontorer
- Der vil formelt kunne delegeres til fagkoordinatorer, så der sikres høj grad af faglighed
- Opgaverne som skal løses i enheden er forskellige og opgave løsningen vil være styrket ved relativt stærke selvstændige ledelser
- Ledelsesområderne har tydelige afsæt for samarbejde og synergi
- Styrket personaleledelse som vil betyde styrkelse og fastholdelse af kompetencerne i enheden, samt at det vil være lettere at rekruttere nye medarbejdere
- Tydeligt fagligt udgangspunkt for ydelser og samarbejde eksempelvis for Midtlab med erhvervsområdet og sundhedsområdet.

Af opmærksomhedspunkter i relation til modellen kan fremføres følgende:

- Der kan være risiko for at fastholde eksisterende strukturer og arbejdsgange
- Opdeling i to selvstændige kontorer vil give udfordringer i det daglige arbejde i det afdelingschefen antages at være "ekstern" og have andre ledelsesopgaver.

4.4 Udestående opgaver for implementering af forslaget samt opmærksomhedspunkter m.v.

Der er følgende udestående opgaver, som ledelsen i Organisations og Innovationsenheden skal løse efter etableringen:

- Der skal ske en specifik prioritering af, hvilke opgaver og ydelser der fremover skal løses og på hvilke vilkår jf. ovenfor.
- Der skal laves en vurdering af en hensigtsmæssig intern arbejdsfordeling/faglig koordinering.

- Der skal, i lyset af at der nu på hele sundhedsområdet gennemføres en markant (spare) Omstillingsplan til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland, laves en nærmere vurdering af de opgave- og personalemæssige aspekter, for den nye enheds indtægtsdækkede aktiviteter og det forventede fremtidige indtægtsniveau.
- Der skal arbejdes med, at etablere en mere formel referencegruppe i relation til den nye enhed for derigennem at skabe bedre relation til erhvervsliv, forskningsmiljøer og andre offentlige institutioner m.v.
- Der skal arbejdes med at afklare og identificere relevante snitflader til andre enheder og evt. udarbejdes aftaler omkring evt. mere formaliserede og hensigtsmæssige samarbejder for løsning af opgaverne i Region Midtjylland.

Her kan bl.a. nævnes følgende:

- Sundhedsplanlægning
- Medicotekniskafdeling (udvikling)
- Koncern HR, Efter – og videreuddannelse / Ny enhed
- Koncern HR, Fysisk arbejdsmiljø
- Hospitalernes HR/Udviklingsfunktioner
- Regional Udvikling (erhverv/sundhed og RUP)
- Innovationsindsatsen og Midtlabs betydning evalueres omkring årsskiftet 2011/2012
- Afslutningsvist skal arbejdsgruppen forslå, at forslaget ses i tæt sammenhæng med arbejdsgruppe 1 omkring samling af Center for Folkesundhed, Center for Kvalitetsudvikling samt Kvalitets- og Sundhedsdata, idet der også hertil er væsentlige samarbejdspotentialer og snitflader. Her kan eksempelvis nævnes:
 - Innovationsydelser i forhold til det sociale område og kommunerne (Udvikling og implementering)
 - Implementering og udvikling – generelt (metoder/koncepter vedr. viden og opsamling samt videndeling)
 - Muligvis Kvalitetsuddannelse – men bør også ses i relation til arbejdsgruppe 7 – Samling af uddannelse

5. Faglige argumenter for spareforslaget

Det forventes, at der med udgangspunkt i at der skal ske en besparelse på området, ved at samle opgavevaretagelsen af beslægtede opgaver. Der vil dermed kunne ske en mere hensigtsmæssig udnyttelse af de ressourcer og kompetencer, der er til løse de opgaver, som hidtil har været placeret i 3 forskellige enheder.

6. Konsekvenser for politisk godkendte servicemål, service for regionsråd, samarbejdspartnere og evt. borgere

Ved at formulere en ny prispolitik, skal det for det første sikres at der sker en hensigtsmæssig prioritering af de ydelser og de ressourcer der fremover efterspørges i driftsenhederne og som understøtter omstillingen til det fremtidige sundhedsvæsen i Region Midtjylland. For det andet skal det sikres, at der ikke påføres driftsenhederne merudgifter, men et tilpasset serviceniveau.

7. Personalemæssige konsekvenser, herunder:

Der forventes at, kunne spares de forventede 4 mio. uanset valget af organisatorisk model svarende til ca. 7,5 fuldtidsstillinger. Omfanget og den konkrete udmøntning af evt. personalebesparelser skal dog ses i sammenhæng med den indtægtsdækkede aktivitet

8. Har spareforslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre dele af organisationen, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og fremover.

Besparselsen vil blive gennemført ved, at der fremover påtænkes gennemført ændringer i udbuddet af ydelser, således at der er nogle ydelser som ikke længere udbydes. Der vil ligeledes være ydelser som ikke vil blive udbudt som "gratisydelser" dvs. finansieret af basisbevillingen. Ydelserne vil i stedet blive tilbudt under forudsætning af medfinansiering. Det bliver således op til driftsenhederne, at prioritere nogle af de udbudte ydelser indenfor deres bevilling, hvis de ønsker at anvende disse.

Jf. ovenfor skal det sikres, at driftsenhederne der ikke påføres merudgifter ved fusionen og omlægning af serviceniveau.

9. Forslagets nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt

På baggrund af ovenstående vil økonomien for den nye enhed blive fastlagt jf. nedenstående tabel 2.

Tabel 2: Oversigt over økonomi efter besparelser 2011 og fremover

mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Samlet nettobasis budget jf. budget 2011	20,4	20,4	20,4
Besparelse jf. budgetforlig, Effektiv administration	-0,4	-0,7	-0,7
Besparelse jf. Omstillingsplan, samlet	-1,6	-4,0	-4,0
Evt. afledte merudgifter	0,0	0,0	0,0
Nettobesparelse i alt	-1,6	-4,0	-4,0
Ny basisbudgetramme for ny enhed	18,4	15,7	15,7

Under Besparelser jf. budgetforlig, Effektiv administration er indregnet RR-beslutning af 15.12. 2010 om 1) Omlægning til indtægtsdækket virksomhed fra 2011 samt 2) Effektiv Administration om yderligere produktivitetskrav til Koncern HR, Organisation og Ledelse fra 2012.

Fordelingen af den samlede besparelse på 4,0 mio. kr. udmøntes med en besparelse på 1,6 mio. kr. i *Innovation – Midtlab*. Den resterende del af besparelsen på 2,4 mio. kr. udmøntes i *Organisation, ledelse og procesoptimering*.

1. Forslag nr.:	3
2. Spareforslag overskrift:	Vurdering af, om der vil være gevinster ved sammenlægning af Regionssekretariatet og Sundhedssekretariatet
3. Dato:	6. januar 2011

4. Beskrivelse af spareforslaget

4.1 Indledning

Arbejdsgruppen har haft som formål at vurdere, om der vil være gevinster ved sammenlægning af Regionssekretariatet og Sundhedssekretariatet.

Der er fastsat en foreløbig samlet besparelse på 2,2 mio. kr. i 2011 og 5,4 mio. kr. i 2012 og fremover i forhold til det samlede basisbudget for de berørte enheder.

Der vedlægges følgende bilag:

- Beskrivelse af Regionssekretariatet efter omstillingen
- Organisationsdiagram

4.2 Udgangspunkt for forslaget (kort beskrivelse af den nuværende opgavevaretagelse, nye økonomiske rammer, personaleforhold m.v.)

Regionssekretariat og Sundhedssekretariatet er i dag organiseret som to selvstændige afdelinger.

Regionssekretariatet varetager opgaver på følgende områder:

- Sekretariatsbetjening af det politiske system i bred forstand
- Sekretariatsbetjening af direktionen og koncernen, herunder en særlig sekretariatsbetjening af direktionen i forhold til psykiatri og socialområdet
- Drift og udvikling af regionshusene
- Koncerndækkende, strategiske og driftsmæssige funktioner inden for jura, forsikring, feriefond, digital forvaltning og tilsyn med sociale institutioner
- Intern drift af Regionssekretariatet

Sundhedssekretariatet varetager opgaver på følgende områder:

- Sundhedsjuridisk funktion
- Uddannelse og personaleudvikling på det sundhedsfaglige område
- Betjening af de videnskabetiske komiteer
- Sekretariatsbetjening af direktør og vicedirektør samt sekretariatsfunktioner for mødefora på sundhedsområdet (afdelingschefmøder, strategisk sundhedsledelsesforum samt dialogmøder med hospitalerne)
- Intern drift af Sundhedssekretariatet, herunder koordinerende funktioner på sundhedsområdet

4.3 Kort beskrivelse af den nye organisering og ændrede opgavevaretagelse (aktivitet)

Regionssekretariatet foreslås fremover organiseret, som det fremgår af vedhæftede organisationsdiagram.

Afdelingen organiseres i 6 enheder, hvor de nuværende opgaver i de to afdelinger er integreret. I forhold til den nuværende organisering af Regionssekretariatet er der følgende justeringer:

- Juridisk kontor udskilles som en selvstændig, koncerndækkende enhed, der foruden de eksisterende opgaver tilføres sundhedsjuridiske opgaver og opgaver vedrørende de videnskabetiske komiteer. Kontoret organiseres i følgende tre enheder:

- Juridisk enhed, der skal varetage juridisk rådgivning og sagsbehandling for hele koncernen
 - Forsikringsenheden, der skal varetage administration på arbejdsskade-, patientforsikrings- og ansvarsområdet, hvor regionen er selvforsikrende samt administrationen af regionens øvrige forsikringer
 - Videnskabsetisk komite, der skal varetage sekretariatsbetjening af de videnskabsetiske komiteer, rådgivning af forskere og sagsbehandling vedrørende biomedicinske forskningsprojekter
- Rådssekretariatet udskilles ligeledes som en selvstændig enhed, der fremover skal varetage sekretariatsbetjening af det politiske system, dvs. regionsrådet, forretningsudvalget, fire rådgivende udvalg, gruppeformandsmøder, forligsdrøftelser, kommunekontaktrådet og møder med regionale folketingspolitikere. Herudover skal sekretariatet løse øvrige opgaver i forhold til regionsrådet, herunder politikerintranet, hvervsoversigt, udbetaling af partistøtte og sekretariatsbetjening af bruger og pårørende grupper.
 - Direktionssekretariatet er en enhed, der foruden de opgaver, der tidligere lå i staben i Regionssekretariatet, tilføjes flere koncerndækkende opgaver, herunder sekretariatsbetjening af samtlige dialogmøder, udarbejdelse af bemærkninger til samtlige direktørmøder i Danske Regioner, introduktionsprogrammer for nyansatte m.m.

Digital forvaltning, Intern Service og Tilsynsenheden fortsætter uændret med følgende opgaveportefølje:

- Digital forvaltning:
 - organisatoriske og strategiske aspekter af it inden for det administrative område,
 - systemejerskab for de administrative it-systemer og telefoni,
 - varetagelse af organisatoriske og strategiske aspekter vedrørende informationssikkerhed,
 - sikring af fokus på fortsat digitalisering af administrative arbejdsgange og
 - varetagelse af regionens arkiv og journalfunktion
- Tilsynsenheden:
 - Tilsyn med regionens egne tilbud på det sociale område
 - Yde bidrag til Dansk Kvalitetsmodel på det sociale område
- Intern Service:
 - Løbende tilpasning af de bygningsmæssige rammer
 - Varetagelse af pedelfunktion i regionshusene
 - Varetagelse af receptionsfunktion i regionshusene
 - Varetagelse af kantinefunktion i regionshuset i Viborg
 - Udlejning af regionens ferieboliger

5. Faglige argumenter for spareforslaget

Rationalet bag sammenlægningen er at skabe en afdeling, der udnytter stordriftsfordele og styrker kvaliteten ved at samle en række funktioner, således at de bliver koncerndækkende. Det gælder især i forhold til politikerbetjening, betjening af direktionen og på det juridiske område. Det er erfaringen, at det er en styrke for opgaveløsningen og den enkelte medarbejders kompetenceudvikling at være i tæt kontakt med andre, der løser lignende typer af opgaver. Ved på flere måder at organisere opgaveløsningen koncerndækkende, forventes det derfor, at der vil kunne ses et løft i kvalitet og effektivitet i opgaveløsningen.

6. Konsekvenser for politisk godkendte servicemål, service for regionsråd, samarbejdspartnere og evt. borgere

Det forventes, at afdelingen vil få en skarpere og mere strategisk profil, og at der bliver større fokus på bl.a. fælles, koncerndækkende arbejdsgange og større sammenhæng i opgaveløsningen. Det vurderes, at dette kan medvirke til et kvalitetsløft i bl.a.

ledelsesinformationen og dermed et styrket grundlag for at arbejde med politisk godkendte servicemål i organisationen.

7. Personalemæssige konsekvenser, herunder:

Etableringen af den nye afdeling vil have følgende personalemæssige konsekvenser:

7.1. Ledelsesniveauet

Der vil fortsat være én afdelingsleder. På det resterende chefniveau vil der være 5 ledere.

7.2 Medarbejdere

Der vil blive reduceret med 8 medarbejdere i de to nuværende afdelinger. Fordelingen fremgår af skemaet under punkt 9.

8. Har spareforslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre dele af organisationen, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og fremover.

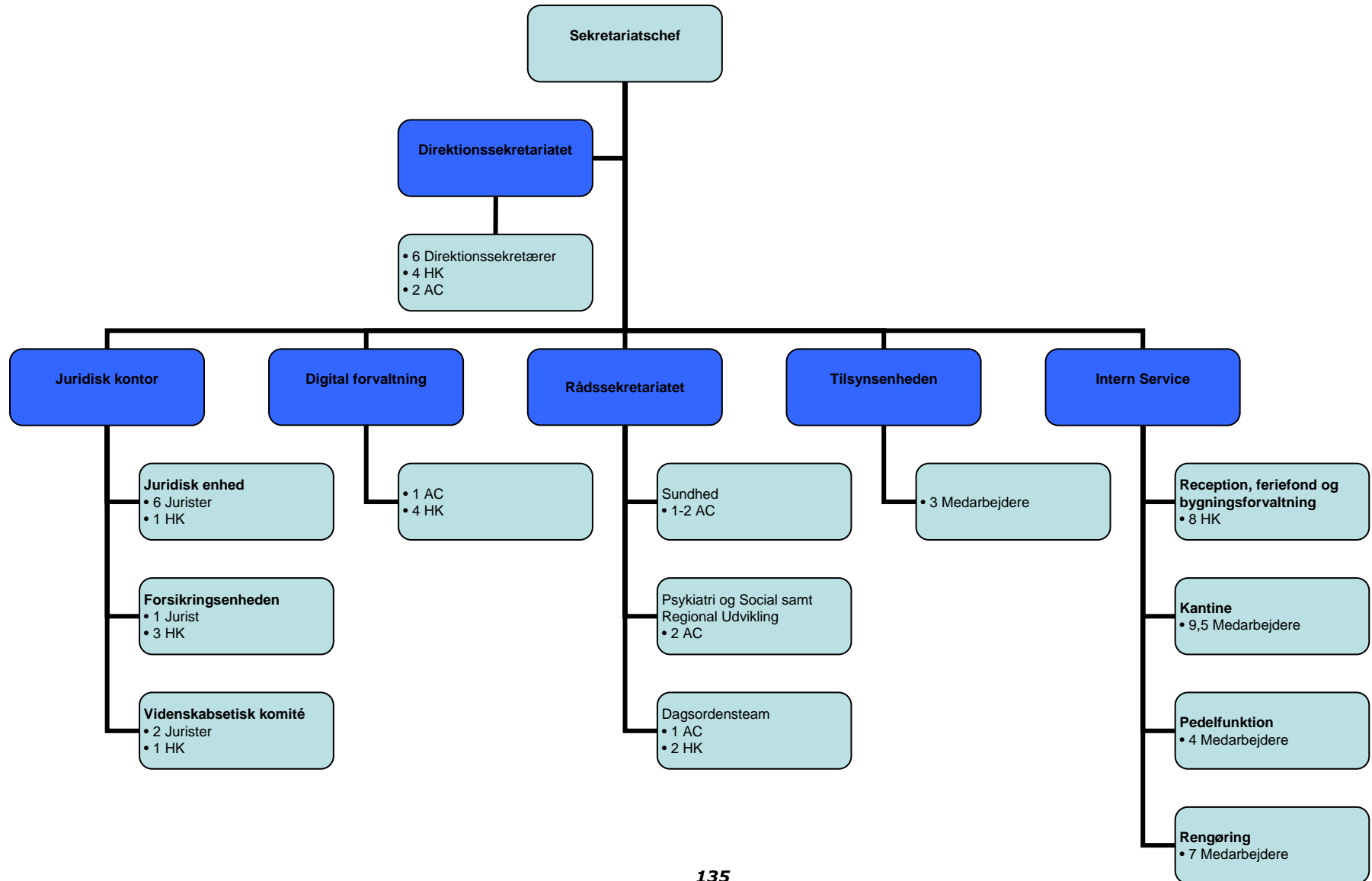
9. Forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt

mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Besparelse for enheder:			
Regionssekretariatet	-2,2	-5,4	-5,4
I alt	-2,2	-5,4	-5,4
eller Samlet besparelse for enheder			
Evt. afledte merudgifter	0		
Nettobesparelse i alt	-2,2	-5,4	-5,4
Ny budgetramme for ny enhed	-2,2	-5,4	-5,4

Besparelserne fremkommer på følgende måde:

Afdeling	Område	Antal medarbejdere	Mio. Kr.
Regionssekretariatet	AC-gruppen	2	1,1
	HK-gruppen	2	0,8
	Informationssikkerhedskoordinator	1	0,5
	Rengøringen, Viborg	1	0,3
	Pedelfunktionen, Viborg (flexjob nedlægges ved afgang)	1	0,1
	Receptionist, Århus	1	0,4
	Nedlæggelse af stillinger i alt	8	3,2
	Øvrige udgifter i afdelingen		0,7
	Besparelser på øvrige udgifter som følge af gennemførte udbud (forsikringer, rengøring) og driftsrationaliseringer (papir, kopiering, porto)		1,5
	Samlet		5,4

Regionssekretariatet 2012





Regionssekretariatets fremtidige opgaver og ressourcer

Dato 06.01.11

Marianne Bengtson

Tel. +45 87 28 53 19

Marianne.Bengtson@stab.rm.dk

J. nr

Side 1

Det foreslås, at Regionssekretariatet efter sammenlægning mellem Regionssekretariatet og Sundhedssekretariatet vil være organiseret som vist i det vedhæftede organisationsdiagram.

Rationalet bag en sammenlægning af de to afdelinger er at skabe en afdeling, der udnytter stordriftsfordele og styrker kvaliteten ved at samle en række funktioner, således at de bliver koncerndækkende. Det gælder især i forhold til politikerbetjening, betjening af direktionen og på det juridiske område, og det vil ske i tæt samarbejde med især Sundhedsplanlægning, den nye afdeling vedrørende kommunesamarbejde og primær sundhed og Koncernøkonomi, men også de øvrige stabsfunktioner, de somatiske hospitaler og Psykiatri og Social.

Regionssekretariatet organiseres i enheder, hvor dedikerede sagsbehandlere og sekretærer i et stærkt fagligt miljø løser opgaver på koncernniveau. Det er erfaringen, bl.a. på det juridiske område, at det er en styrke for opgaveløsningen og den enkelte medarbejders kompetenceudvikling at være i tæt kontakt med andre, der løser lignende typer af opgaver. Ved på flere områder at organisere opgaveløsningen koncerndækkende forventes det derfor, at der vil kunne ses et løft i kvalitet og effektivitet i opgaveløsningen.

De enkelte enheder er organiseret relativt snævert med fokus på højt fagligt niveau. Direktionssekretariatet vil i forlængelse heraf fungere dels som sekretariat for direktionen og dels som tværgående sekretariat i forhold til de andre enheder i afdelingen. I direktionssekretariatet vil et stærkt tværgående team af generalister således kunne medvirke til at styrke afdelingens kvalitets- og effektivitetsniveau yderligere ved dels at løse opgaver for koncernen, direktionen og afdelingen og dels ved at bakke enhederne helt konkret op, hvor de har behov for det.

På denne baggrund kan Regionssekretariatets opgaver fremover beskrives på følgende måde:

Juridisk Kontor

- *Juridisk enhed*

Ansvarlig for løbende juridisk rådgivning og sagsbehandling for hele koncernen. Det drejer sig bl.a. om forvaltnings- og offentligretlige spørgsmål, persondatalov, aktindsigt, indgåelse af lejemål, køb og salg af fast ejendom, erstatningssager, inkasso m.m. Forskellige typer af retssager, voldgiftssager og tvangssager. Kontakt til statsforvaltning og politi. Endvidere samarbejde/sparring med regionens øvrige jurister ved komplicerede, principielle eller atypiske sager. Juridiske opgaver for DNV løses ligeledes i juridisk enhed. Der vil derudover f.eks. fortsat være udbudsjurister i Indkøb og Logistik.

På koncernniveau skærpes sammenhængen og den juridiske tilgang til klagesager og henvendelser ved at samle følgende i juridisk enhed: henvendelser fra borgere, henvendelser fra hospitaler, generelle klagesager, serviceklager på det somatiske og psykiatriske område, klager på det sociale område, klager vedrørende befordring og ansøgninger om behandling i udlandet.

I naturlig forlængelse heraf ligger øvrige sundhedsjuridiske opgaver, herunder udarbejdelse af høringssvar i forhold til sundhedsloven, klager til patientombud/disciplinærnævn m.m.

Foruden et kvalitetsløft og en mere effektiv sagsbehandling vil der dermed på koncernniveau blive skabt en mere ensartet tilgang til og sagsbehandling af en lang række juridiske opgaver.

Ressourceforbrug: 6+1 IDV

- *Forsikringsenheden*

Administration af forsikringer incl. økonomiopfølgning på arbejdsskade-, patientforsikrings- og ansvarsområdet, hvor regionen er selvforsikrende samt administrationen af regionens øvrige forsikringer. På årsbasis behandles omkring 1.300 arbejdsskadesager, 1.100 patientforsikringssager og 200 ansvarssager.

Ressourceforbrug: 4

- Videnskabsetisk Komite

Sekretariatsbetjening af de videnskabsetiske komiteer, rådgivning af forskere og andre interessenter og sagsbehandling vedrørende biomedicinske forskningsprojekter. Der modtages årligt omkring 290 ansøgninger til de videnskabsetiske komiteer.

Ressourceforbrug: 3

Digital Forvaltning

- Servicering af direktion og andre ledelsesfora vedrørende de organisatoriske aspekter af it inden for det administrative område, herunder sekretariatsbetjening af styregruppen for fælles it og infrastruktur, sekretariatsbetjening af Informationssikkerhedsudvalget og sekretariatsbetjening og økonomistyring for brugerklubben vedrørende SBSYS.
- Systemejerskab for de administrative it-systemer og telefoni. Udvikling af regionens it-anvendelse i forhold til de administrative funktioner i regionen, herunder elektronisk sags- og dokumenthåndtering (ESDH), post/kalender, kontorpakke og telefoni. I forhold til ESDH varetages opgaver vedrørende systemadministration, udvikling, test, leverandørstyring, servicering af superbrugere samt konkret rådgivning til afdelingerne.
- Sparring med It om infrastrukturelle forhold, der har betydning for administrationen (f.eks. deltagelse i BSK-styregruppe)
- Varetagelse af organisatoriske og strategiske aspekter vedrørende informationssikkerhed i regionen.
- Deltagelse i sikring af fokus på digital forvaltning som et forretningsstrategisk område, og ledelse af den organisatoriske implementering af initiativer inden for digital forvaltning i administrationen (f.eks. e-dag3). Herudover understøttelse af videnopsamling og –deling i regionen inden for området.

Ressourceforbrug: 2 + 1 IDV

- Varetagelse af regionens journal- og arkivfunktion, herunder mellemarkivet for regionen. I journalen oprettes årligt omkring 5.000 sager, og der journaliseres årligt omkring 20.000 dokumenter. Funktionen rådgiver desuden organisationen om journal- og arkivspørgsmål og deltager i tværregionale fora vedrørende arkiv. Endeligt passer funktionen hovedpostkassen.
Ressourceforbrug: 2

Rådssekretariatet

- Sekretariatsbetjeningen af det politiske system, dvs. regionsrådet, forretningsudvalget, fire rådgivende udvalg, gruppeformandsmøder, forligsdrøftelser, kommunekontaktrådet og møder med regionale folketingspolitikere. Sekretariatsbetjeningen for alle udvalg består i at udarbejde og kvalitetssikre dagsordener, tillægsdagsordener, eftersendelser og referater samt planlægge og afholde møder. Endvidere arrangeres besigtigelsesture og temamøder for regionsrådet. På årsbasis er der tale om cirka 110 møder/arrangementer, fordelt med cirka 30 møder i regionsrådet og forretningsudvalget, 55 møder i de rådgivende udvalg, 4 møder i kommunekontaktrådet og 2 møder med folketingspolitikere. Der afholdes cirka 15 temamøder og 5 besigtigelsesture om året. Der produceres årligt omkring 400 sager til regionsrådet, der som udgangspunkt alle også er forelagt forretningsudvalget og et eller flere af de rådgivende udvalg.
- I forlængelse heraf har afdelingen ansvaret for politikerintranet, hervedsoversigt, udbetaling af partistøtte, forberedelse af arrangementer og oplæg til politikere og gæster i huset, forberedelse af oplæg til politikere, når de repræsenterer regionen i eksterne sammenhænge.
- Sekretariatsbetjening på koncernniveau af mødefora med bruger- og pårørendeorganisationer med politisk deltagelse, herunder Sundhedsbrugerrådet (ligger pt. i Patientkontoret), kontaktforum vedrørende handicapområdet og kontaktforum vedrørende psykiatriområdet.

Ressourceforbrug: 6-7

Tilsynsenheden

- Tilsyn med regionens egne tilbud i henhold til de regionale tilsynsprincipper, som Danske Regioner har udarbejdet, og som danner rammen for den vejledning om tilsyn, som regionsrådet har vedtaget. Tilsynsteamet sikrer, at kontrollen med de politiske og administrative beslutninger og mål føres ud i livet som forudsat samtidig med, at teamet understøtter og synliggør udviklings- og indsatsområder og dokumenterer indsatsen. Som udgangspunkt skal hvert tilbud modtage et anmeldt og et uanmeldt tilsyn hvert år. Der gennemføres årligt 60 – 70 tilsyn.
- I samarbejde med psykiatri og social yde bidrag til implementering af Dansk Kvalitetsmodel på det sociale

område, bl.a. via evalueringsopgaver og deltagelse i regionens tovholdergruppe.

- Sekretariatsbetjening og formandskab for det landsdækkende tilsynsnetværk og planlægning og gennemførelse af en årlig konference.

Ressourceforbrug: 3

Intern Service

- Løbende tilpasning af de bygningsmæssige rammer på 34.000 kvadratmeter kontorareal, herunder vedligehold og medarbejderplacering. Regionssekretariatet er ligeledes ansvarligt for adgangskontrol og tyverisikring af regionshusene, serviceaftaler, multifunktionsmaskiner, biler m.v.

Ressourceforbrug: 1

- Varetagelse af pedelfunktionen ved regionshusene.

Ressourceforbrug: 4

- Ansvar for receptionerne i regionshusene. Der modtages årligt omkring 70.000 telefoniske opkald til regionshusenes hovednumre.

Ressourceforbrug: 5

- Kantinedriften i Viborg, hvor der dagligt er omkring 200 brugere. Endvidere er der på årsbasis omkring 5.000 mødeserveringer med anslået omkring 65.000 deltagere. I de øvrige regionshuse med kantinefunktion har Regionssekretariatet ansvaret for indgåelse af aftaler m.m. med eksterne leverandører.

Ressourceforbrug: 9,5

- Ansvar for rengøring i regionshuset i Viborg. Der rengøres dagligt omkring 15.000 kvadratmeter. I de øvrige regionshuse har Regionssekretariatet indgået aftaler med andre om at stå for rengøringen. Varetagelse af fysisk posthåndtering.

Ressourceforbrug: 7

- Udlejning af regionens ferieboliger. Regionen ejer/administerer i alt 47 ferieboliger, som på årsbasis er udlejet omkring 3.700 gange. Udarbejdelse af årligt feriekatalog og vedligeholdelse af internettets oplysninger om ferieboligerne. Sikring af, at sammensætning af ferieboliger er optimal, og at der sker løbende vedligehold af dem. Sekretariatsbetjening af Feriefondens bestyrelse.

Ressourceforbrug: 2 IDV.

Direktionssekretariat

- Daglig assistance til direktørerne, regionsrådsformanden og næstformændene. Arbejdet består bl.a. i koordinering i forhold til administrationen, håndtering af henvendelser fra borgere, mødeplanlægning og klargøring af materiale til møder. Endvidere koordineres modtagelse og besvarelse af spørgsmål fra politikere, borgere og pressen.
- Udarbejdelse af dagsorden og referat af direktionsmøderne hver uge.
- Planlægning og afholdelse af koncernledelsesmøder cirka 3 gange om året, HMU-møder cirka 5 gange om året og møder i regionshusenes ledelsesforum cirka 5 gange årligt.
- Sekretariatsbetjeningen af direktionen i forhold til strategiske og planlægningsmæssige fora, der på koncernniveau skal sikre sammenhæng mellem regionsrådet, direktionen og driften. Det drejer sig bl.a. om koordinering og planlægning af dialogmøder samt deltagelse i og udarbejdelse af referat af direktionens dialogmøder med koncernledelsen (cirka 30 dialogmøder om året). Direktørens dialogmøder med psykiatri- og socialledelsen (cirka 4 møder om året) og direktørens dialogmøder med hospitalerne (cirka 21 møder om året). Endvidere drejer det sig bl.a. om de opgaver, der i dag ligger i regi af Strategisk Sundhedsledelsesforum, afdelingschefmøder inden for sundhed m.m. Ved en samling af alle disse opgaver på koncernniveau, vil der kunne opnås større sammenhæng og synergi i direktionens samarbejde og dialog med koncernledelsen.
- Koordinering af forberedelse af regionsdirektørens/formandens deltagelse i regionsdirektørmøder og bestyrelsesmøder i Danske Regioner. Koordinering af forberedelse af direktørernes deltagelse i direktørmøder i Danske Regioner. Ved en samling af alle opgaver med koordinering af forberedelse af direktørmøder i Danske Regioner, vil der kunne skabes bedre sammenhæng på koncernniveau i direktørernes/formandens forberedelse.
- Introduktionsarrangementer for nyansatte, planlægning af hospitalspraktik og planlægning af store uddannelsesdag.
- Koncerndækkende projektopgaver, f.eks. planlægning og afholdelse af regionsrådsvalg, evaluering af organisationsplan,

udarbejdelse af ny organisationsplan, forslagskasse vedrørende besparelser m.m.

- Daglig kontakt med politikerne og ansvar for alle praktiske forhold omkring dem. Det drejer sig bl.a. om tilmelding til kurser og konferencer, kørselsafregning, diverse abonnementer samt øvrige praktiske forhold.

Ressourceforbrug: 8

- Intern økonomifunktion, varetagelse af interne personalemæssige forhold og varetagelse af intern organisering af afdelingens arbejde, f.eks. udarbejdelse af virksomhedsplan, målstyring, sekretariatsfunktion for afdelingschefen, mødeplanlægning, sekretariatsbetjening af LMU, hjemmeside, intranet, leanprojekter m.m.

Ressourceforbrug: 4

1. Forslag nr.:	4
2. Spareforslag overskrift:	Vurdering af, om der vil være gevinster ved sammenlægning af Regionalt Sundhedssamarbejde og Primær Sundhed
3. Dato:	6. januar 2011

4. Beskrivelse af spareforslaget

4.1 Indledning

Arbejdsgruppen har haft som formål at vurdere, om der vil være gevinster ved sammenlægning af Regionalt Sundhedssamarbejde og Primær Sundhed.

Endvidere har arbejdergruppen overvejet, om der vil være gevinster ved, at den del af kronikerindsatsen, der i dag er placeret i Regionalt Sundhedssamarbejde, helt eller delvist samtænkes med den foreslåede afdeling vedrørende folkesundhed og kvalitet.

Der er fastsat en foreløbig samlet besparelse i 2011 på 2,4 mio. kr. og 6 mio. kr. i 2012 og fremover i forhold til det samlede basisbudget for de berørte enheder.

4.2 Udgangspunkt for forslaget (kort beskrivelse af den nuværende opgavevaretagelse, nye økonomiske rammer, personaleforhold m.v.)

Regionalt Sundhedssamarbejde og Primær Sundhed er i dag organiseret som to selvstændige afdelinger, der løser følgende opgaver:

Regionalt Sundhedssamarbejde:

- Kommunesamarbejde, herunder udarbejdelse af sundhedsaftaler, betjening af sundhedskoordinationsudvalg, etablering af sundhedshuse og en række forebyggende indsatser
- Kronikeromsorg og folkesundhed, herunder koordinering og planlægning i forhold til kronikerpuljen, udarbejdelse af og opfølgning på forløbsprogrammer, der skaber sammenhængende og helhedsorienterede forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsforløb for kronisk syge, opbygning og vedligehold af data om kronisk syge samt initiativer vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme, f.eks. i forhold til gravide

Primær Sundhed:

Drift og udvikling af praksissektoren, herunder

- Økonomi og planlægning i forhold til almen praksis, speciallægepraksis, fysioterapeuter m.fl. og sekretariatsbetjening af samarbejdsudvalg.
- Kvalitet og udvikling, herunder kronikerkompasset, drift og udvikling på lægevagt og laboratorieområdet, praksisinformation, lægemiddelindsatsen, patientsikkerhed og klagesager på tandlægeområdet
- Afregning og yderadministration

4.3 Kort beskrivelse af den nye organisering og ændrede opgavevaretagelse (aktivitet)

Det foreslås, at der opbygges en ny afdeling med følgende kontorer:

- Afregning og yderadministration
- Kvalitet og lægemidler
- Økonomi og analyse
- Planlægning og udvalgsbetjening

Kontorerne har følgende opgaver:

Afregning og yderadministration

- Afregning og yderadministration i forhold til almen praksis og øvrige overenskomstområder
- Økonomiopfølgning og OK-fortolkning
- Opfølgning på politiske og administrative beslutninger
- Udarbejdelse af dagsordenspunkter til samarbejdsudvalg
- Controlling i forhold til overenskomster

Kvalitet og lægemidler

- Administration af lægemiddelområdet i forhold til primær og sekundær sektor
- Planlægning og koordinerende funktioner i forhold til hospitalsapoteker
- Konsulenter/kvalitetsteams (herunder it-konsulenter, lægemiddelkonsulenter og praksiskonsulenter m.v.)
- Utilsigtede hændelser i almen praksis
- Udviklings- og projektopgaver vedrørende kvalitet i praksis
- Praksisinformation
- Udarbejdelse af dagsordenspunkter til samarbejdsudvalg

Økonomi og analyse

- Budgetlægning og -opfølgning, økonomistyring og analyse i forhold til både praksis og kommuner
- Lægedækningssager
- Specialtandpleje (drift)
- Tandlægenævn og klagesager på tandlægeområdet
- Opfølgning på planer og daglig driftsplanlægning og -opfølgning (i tæt samarbejde med planlægningskontoret)
- Udarbejdelse af dagsorden til samarbejdsudvalg og Sundhedskoordinationsudvalg
- Controlling

Planlægning og udvalgsbetjening

- Sundhedsaftaler
- Sundhedskoordinationsudvalg, styregrupper, klynger og udviklingsopgaver med relation til kommunerne
- Praksisplanlægning
- Betjening af samarbejdsudvalg, udarbejdelse af dagsordener m.v.
- Udmøntning, implementering og udvikling af planer
- Videreudvikling og vedligehold af generelle politikker og strategier på kronikerområdet, herunder forløbsprogrammer

Der vedlægges organisationsdiagram.

Direktionen har besluttet, at opgaverne vedrørende afregning og yderadministration samles i Aarhus. Dette vil efter direktionens opfattelse give den mindste risiko for medarbejder- og dermed også kompetencetab på kort og længere sigt; selvom det må antages, at flertallet af medarbejdere, der i dag arbejder i Holstebro, ikke vil finde det attraktivt at flytte arbejdsplads til Aarhus. Derudover skønnes det muligt at indplacere de fremtidige ca. 20 medarbejdere til opgaven uden væsentlig udvidelse af de nuværende lejemål i Aarhus.

4.4 Udestående opgaver for implementering af forslaget

Det vurderes at være hensigtsmæssigt at finde et nyt snit på arbejdet med indsatsen på kronikerområdet. Dette har også sammenhæng til det nedenfor beskrevne under pkt. 8 om en ny opgave- og rollefordeling vedrørende arbejdet i klyngerne, med almen praksis m.v.

Det foreslås, at ansvaret for udvikling og vedligeholdelse af generelle politikker og strategier på kronikerområdet, herunder forløbsprogrammer, fortsat forankres i denne afdeling. Herudover fastholdes ansvaret for en overordnet koordinering af kronikermidler, oplæg til

politiske beslutninger om kronikerindsats, implementering i praksissektoren m.v. i kontoret. Til dette fastholdes 2½ medarbejdere, der ansættes i planlægningskontoret.

Opgaver vedrørende udarbejdelse af dokumentation af kronikerindsatsen i regionen, udarbejdelse af monitoreringsværktøjer, dataudvikling og datamanagement på kronikerområdet, sundhedsfaglige rådgivning og sundhedsfaglig sekretariatsbistand vedrørende udvikling af kronikerindsatsen m.v. placeres i den nye afdeling vedrørende kvalitet og folkesundhed (enheden for forskning og udvikling). Det skal afklares, hvor mange ressourcer, der skal overføres, men det er direktionens vurdering, at det vil dreje sig om 2-2½ medarbejder.

2 projektansatte vedrørende kronikerkompasset fastholdes i primær sundhed og kommunesamarbejde pga. projektets tilknytning til det strategiske arbejde, der skal foregå. Der skal dog være et tæt samspil med centret for kvalitet og folkesundhed.

5. Faglige argumenter for spareforslaget

Det er afgørende for regionens opgaveløsning, at der skabes en stærk sammenhæng til den primære sundhedssektor og til dennes sektors udvikling, hvad enten der er tale om kommunerne eller praksissektoren. Ved en sammenlægning af afdelingen for Regionalt Sundhedssamarbejde og afdelingen for Primær Sundhed styrkes viden og koordinering i forhold til kommuner og praksissektor til gavn for det regionale sundhedsvæsen. Derudover er kommuner og praksis's rolle i forhold til et sammenhængende sundhedsvæsen så integrerede, at to afdelinger med hver deres fokus, på sigt risikerer at opbygge parallel viden og kompetencer – en sammenlægning af de to afdelinger vurderes derimod til at bidrage til synergi og bedst mulig ressourceudnyttelse.

Inden for økonomi og planlægning er det vurderet, at der vil være gevinster ved at samtænke den indsats, der i dag ydes i Regionalt Sundhedssamarbejde med planlægnings- og udviklingsopgaver på det overordnede plan i Primær Sundhed. Planlægningskontoret skal således løse planlægningsopgaver for hele den nye afdeling, f.eks. både praksisplan og sundhedsaftaler. Økonomikontoret skal tilsvarende løse økonomiske analyseopgaver, budgetopfølgning m.m. for hele den nye afdeling. Det er forventningen, at der vil opleves synergi og et kvalitativt løft ved at samle disse opgaver i de samme kontorer.

Kontoret for kvalitet og lægemidler vil samle regionens initiativer på dette område, primært inden for praksissektoren. Det vil give et bedre samlet overblik over opgaver og ressourceudnyttelse, men samtidig vil det være muligt at bibeholde gevinster ved en mere lokal forankring i arbejdet, da regionens konsulenter på praksisområdet fortsat kan arbejde i de lokale dele af regionen.

6. Konsekvenser for politisk godkendte servicemål, service for regionsråd, samarbejdspartnere og evt. borgere

Det er forventningen, at samtænkningen af økonomi- og planlægningsopgaver i forhold til praksis og kommuner vil give et styrket strategisk grundlag for arbejdet i den nye afdeling. Det må derfor også forventes, at arbejdet i forhold til det politiske niveau og i forhold til samarbejdsparter vil blive styrket på baggrund heraf.

7. Personalemæssige konsekvenser, herunder:

Etableringen af den nye afdeling vil have følgende personalemæssige konsekvenser:

7.1. Ledelsesniveauet

Som illustreret i organisationsdiagrammet så vil der fremover være én afdelingsleder for den nye afdeling. På kontorchefniveau skal der reduceres fra de nuværende 7 kontorchefer til, at der fremover skal være 4 kontorchefer.

7.2 Medarbejdere

Som følge af besparelsesforslaget vil der blive reduceret i antallet af medarbejdere i de to nuværende afdelinger. Det drejer sig om 4 medarbejdere i Primær Sundhed, 5 medarbejdere i Regionalt Sundhedssamarbejde og yderligere 3 medarbejdere der findes ved synergi i forbindelse med sammenlægningen. Endvidere skal det afklares, hvor mange ressourcer

vedrørende kronikerindsatsen, der skal flyttes fra Regionalt Sundhedssamarbejde til det nye center vedrørende kvalitet og folkesundhed. Det er direktionens vurdering, at det vil dreje sig om 2-2½ medarbejder.

8. Har spareforslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre dele af organisationen, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og fremover.

Det har i regionens første valgperiode, hvor samarbejdet med kommunerne og praksisudvalget skulle etableres, og en struktur omkring koordinering af centrale og lokale samarbejdsflader forankres, været hensigtsmæssigt med en meget høj grad af koordinering i klyngestrukturen, ligesom det har været hensigtsmæssigt, at regionen har investeret mange ressourcer i at drive både lokale og koordinerede samarbejder med kommunerne. Hvis samarbejdet med praksis og kommuner imidlertid på sigt skal have tilstrækkelig kraft til at skabe et reelt integreret, integrerende og samarbejdende sundhedsvæsen er det arbejdsgruppens opfattelse, at der skal skabes et klarere snit mellem den koordinerende/politikskabende opgaveløsning og det lokale/decentrale ansvar for samarbejde.

Det foreslås derfor, at der udarbejdes et oplæg til direktionen, der tager udgangspunkt i følgende opgavefordeling:

Udarbejdelse af politikker, strategier, strategiske beslutningsoplæg, betjening af politiske organer og udvalg, samt det generelle og tværgående samarbejde med praksisområderne og kommunerne placeres i afdelingen for primær sundhed og kommunesamarbejde. Afdelingen vil endvidere have en opgave i at være med til at sikre, at analyser, projekter og opgaver, der rekvireres, er præcise, relevante og medvirker til bedst mulig udnyttelse af de samlede ressourcer

Udarbejdelse af dokumentations- og monitoreringsværktøjer, analyser af indsatsen, generel sundhedsfaglig rådgivning og sekretariatsbetjening i relation til ovennævnte, generel sundhedsfaglig rådgivning af kommuner (f.eks. ved at stille data til rådighed – et eksempel er "Hvordan har du det") placeres i Center for Kvalitet og Folkesundhed.

Ansvar for udmøntning af politikker og strategier i samarbejdet mellem kommuner, praksis og hospitaler er hospitalsledelsens. Der tages udgangspunkt i, at en velfungerende primær sundhedssektor og et smidigt samarbejde mellem sektorerne er helt nødvendigt for at skabe sammenhængende patientforløb og en optimal udnyttelse af såvel de økonomiske som sundhedsfaglige ressourcer. Det er derudover hospitalsledelsens ansvar at indkalde til og afholde klyngemøder; ligesom der i ovennævnte forslag til direktionen skal indgå en model for, hvorledes samarbejdet mellem hospitaler og almen praksis kan styrkes på det konkrete og lokale niveau. Denne model drøftes med Praksisudvalget inden endelig vedtagelse.

Hospitaler og administration samarbejder om særlige prioriterede spydspidsindsatser eller særlige strategiske initiativer (som eksempler kan nævnes etablering af et sundheds- og akuthus i Holstebro og en særlig indsats på sundhedsområdet med Aarhus Kommune) – i det omfang og i den periode det er hensigtsmæssigt af hensyn til etablering af særlige ordninger, særlig politisk bevågenhed eller andre forhold. Herefter overgår ansvaret til hospitalsledelsen.

Der udarbejdes indikatorer på hospitalernes arbejde med udmøntning af politikker og strategier, og opfølgning på disse indgår med jævnlige mellemrum i dels direktørernes dialogmøder med de enkelte hospitalsenheder, dels i den rapport, der udarbejdes til direktionens årlige dialogmøder med hospitalsenhederne. Derudover skal oplægget til direktionen indeholde et forslag til en struktur for fortsat vidensdeling mellem hospitalerne på området. Endelig skal forslaget indeholde nye generiske modeller for, hvordan hospitalerne og de faglige miljøer involveres i forbindelse med udarbejdelse af strategier og politikker på området.

Der tilføres ikke hospitalernes ressourcer i forbindelse med en mere tydelig opgave- og ansvarsfordeling på området for samarbejde med kommuner og praksisområdet.

Der nedsættes en arbejdsgruppe under ledelse af et medlem fra direktionen, der inden udgangen af april måned skal udarbejde ovenstående forslag til direktionens godkendelse.

9. Forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt

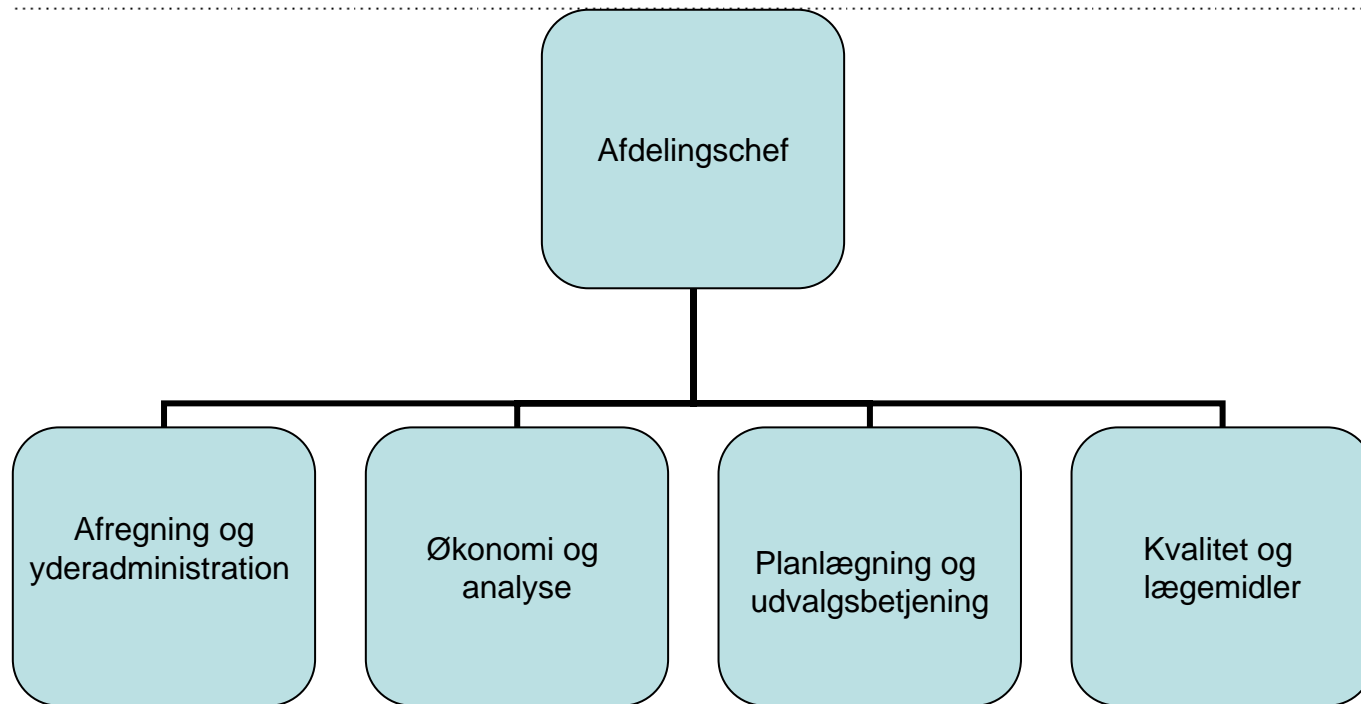
Nedenstående skema skal udfyldes.

Mio. kr.	2011	2012	Varigt
Besparelse for enheder:			
Primær Sundhed	-0,8	-2	-2
Regionalt Sundhedssamarbejde	-1	-2,6	-2,6
Øvrige	-0,6	-1,4	-1,4
I alt	-2,4	-6	-6
eller Samlet besparelse for enheder			
Evt. afledte merudgifter	0		
Nettobesparelse i alt	-2,4	-6	-6
Ny budgetramme for ny enhed			

Besparelserne fremkommer på følgende måde.

Afdeling	Stillinger	Antal medarbejdere	Mio. Kr.
Regionalt Sundhedssamarbejde	Implementering	2	1,0
	Folkesundhed	3	1,575
	I alt	5	2,575
Primær Sundhed	Afregning	3	1,5
	Kvalitetsområdet	1	0,5
	I alt	4	2,0
Øvrige (sammenlægning af administrative opgaver, færre ledere og øvrig synergi ved sammenlægning af de to afdelinger)		3	1,425
I alt			6,0

Primær sundhed og kommunesamarbejde



1. Forslag nr.:	5
2. Spareforslag overskrift:	Samling af Medicoteknisk afdeling samt Indkøb & logistik
3. Dato:	03-01-2011

4. Beskrivelse af spareforslaget:

Arbejdsgruppen har til formål at vurdere, om der vil være gevinster ved en sammenlægning af afdelingerne Medicoteknisk afdeling (MTA) og Indkøb & Logistik (IKL).

Sammenlægningen skal som udgangspunkt give et betydeligt økonomisk rationale. Samtidig kan arbejdsgruppen foreslå, at andre afdelinger/hospitaler skal modtage opgaver med eller uden kompensation, at visse opgaver fremover ikke skal løses længere, at visse opgaver overflyttes fra hospitalerne med eller uden kompensation, eller at visse opgaver skal udliciteres.

Arbejdsgruppen skal fremkomme med et forslag til en ny afdelingsstruktur og organisation samt opgavebeskrivelse.

Der er fastsat et sparemål for området på 2,4 mio. kr. i 2011 og 6,0 mio. kr. i 2012

Arbejdsgruppens arbejde skal ses i sammenhæng med arbejdet i *gruppe 11. Outsourcing af transport- og logistikopgaver*, idet opgaver i Indkøb & Logistik går igen i begge arbejdsgrupper. Indkøb & Logistik skal således udføre de udbudsopgaver, som måtte være resultatet af gruppe 11 om outsourcing. Derfor kan resultatet af arbejdsgruppe 11 have en effekt på den foreslåede organisering i nærværende arbejdsgruppe.

4.1 Udgangspunkt for forslaget (kort beskrivelse af den nuværende opgavevaretagelse, nye økonomiske rammer, personaleforhold m.v.)

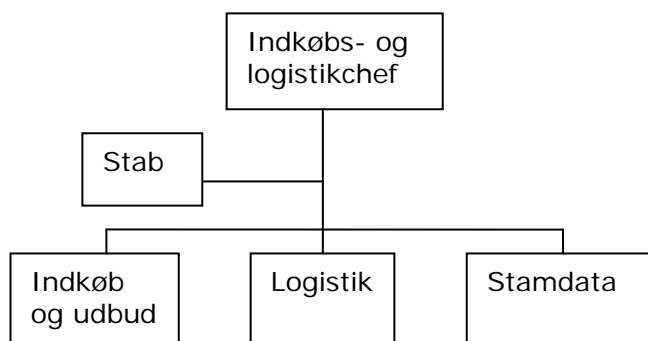
Der er mange tiltag i gang i regionen, som har betydning for organiseringen af MTA og IKL, og hvor koncerntænkningen med fordel kan styrkes endnu mere. Blandt andet står regionen over for nogle meget store kvalitetsfondsprojekter på anlægsområdet, og på forsyningsområdet vil der med stor sandsynlighed også ske nogle markante ændringer over de kommende år. Organiseringen af MTA og IKL vil derfor skulle undergå en løbende vurdering og eventuel justering.

Nedenfor gives en kort beskrivelse af den nuværende organisering af Indkøb & Logistik og Medicoteknisk afdeling.

4.1.1 Indkøb & Logistik

Indkøb & Logistik (IKL) er et kompetencecenter og en fælles administrativ enhed, som bistår hele Region Midtjylland med gennemførelse af udbud, udbudsjuridisk rådgivning, indgåelse af indkøbsaftaler, rådgivning inden for logistik og vareforsyning samt vedligeholdelse og oprettelse af centrale varestamdata til anvendelse i forbindelse med digitale forsyningsprocesser.

Nuværende IKL:



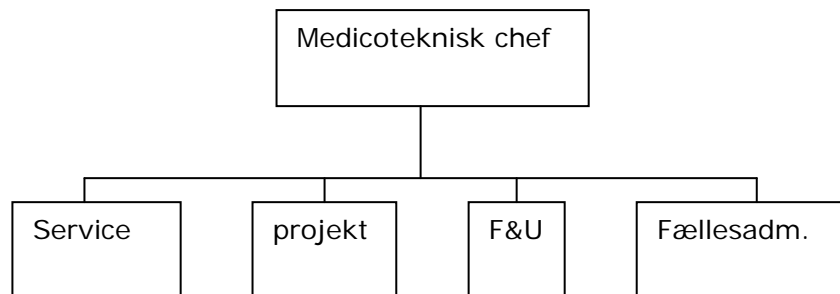
IKL har i 2011 et budget på 13,6 mio. kr. og 27,6 medarbejdere.

Den tidligere Indkøbs- og Logistikchef er overgået til en chefkonsulentstilling.

4.1.2 Medicoteknisk afdeling

Medicoteknisk afdeling (MTA) har det faglige ansvar for det medicotekniske område i hele Region Midtjylland. På baggrund af en specialiseret faglig fundering og klinikrelateret tilgang indgår afdelingen i et tæt samarbejde med de sundhedsfaglige institutioner i forbindelse med den daglige drift og optimering af udstyrets performance, bygherrerådgivning i forbindelse med nye hospitalsbyggerier, anskaffelse og implementering af nyt udstyr, rådgivning og prioritering i forbindelse med regionale udstyrpuljer, kvalitetsarbejde i forbindelse med Den Danske Kvalitetsmodel, ansvarlig fysikerfunktion i henhold til røntgenbekendtgørelsen samt forsknings- og udviklingsaktiviteter.

Nuværende MTA:



Note: F&U er Forskning og Udvikling

MTA har i 2011 et budget på 26,5 mio.kr., hertil kommer indtægter på ca. 8 mio. kr. Der er et samlet antal medarbejdere på 65, hvoraf 16 incl. 3 projektansættelser er dækket af indtægter.

4.2 Kort beskrivelse af den nye organisering og ændrede opgavevaretagelse (aktivitet)

Arbejdsgruppen foreslår en samling af MTA og IKL til én samlet afdeling.

Der er tale om to forretningskritiske opgaveområder, som vil have gavn af at blive mere koncerndækkende. En forudsætning for realiseringen af de gevinster, der vil være ved en sammenlægning, er således mere koncerntænkning i opgaveløsningen. Et element i at styrke koncerntankegangen er, at den kommende chef for afdelingen foreslås klassificeret som afdelingschef, og som sådan bliver en del af koncerndledelsen. Dette indebærer også deltagelse i LFØ-møder. Det er vigtigt, at der sker en afklaring af regionens vision og strategi for den samlede afdeling.

Regionens seneste organisationsevaluering omfattede en grundig gennemgang af og anbefalinger vedrørende Indkøb og Logistik. Anbefalingerne gik på en styrkelse af profilen, koncerntankegangen og en yderligere centralisering af indkøbs- og logistikopgaverne, herunder udbud. Disse anbefalinger understøttes af KPMG's seneste to gennemførte forvaltningsrevisioner på indkøbsområdet, den seneste ultimo 2010.

Der er i begrænset omfang opgaver, der overlapper mellem MTA og IKL. En sammenlægning i sig selv vurderes ikke at medføre større ændringer i opgavevaretagelsen. Effektiviseringspotentialet ved en sammenlægning findes på de administrative funktioner.

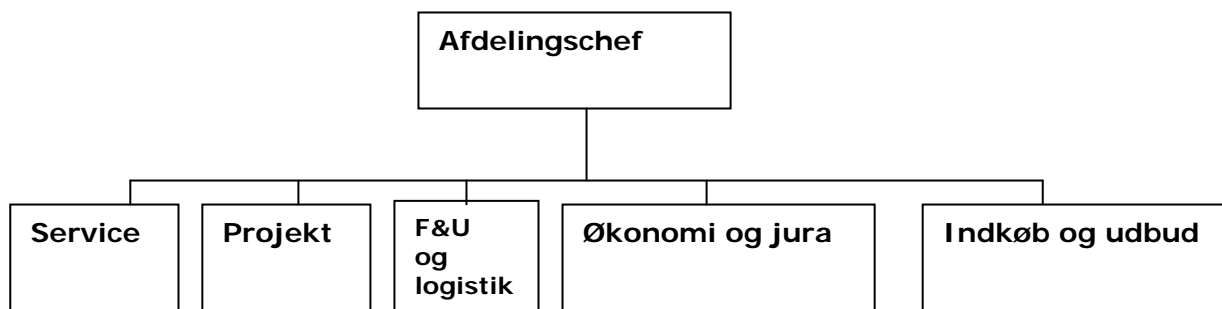
En del af opgaverne i den nye samlede afdeling er lovpligtige, herunder udbud. Disse er således "skal"-opgaver i et regionalt perspektiv.

Ved en sammenlægning foreslås MTA's nuværende tre faglige sektioner - Service, Projekt og Forskning & Udvikling (F&U) - bevaret, mens der på baggrund af MTA's nuværende fællesadministration samt IKL's nuværende Stab, Indkøb og udbud samt Stamdata dannes to nye sektioner. IKL's nuværende logistikfunktion kan sammenlægges med F&U sektionen, men udviklingen af funktionen bør i øvrigt ses i sammenhæng med arbejdet i temagruppe 11: Outsourcing af transport- og logistikopgaver.

Følgende to nye sektioner foreslås oprettet i den nye afdeling:

- *Økonomi og jura* som supporterer internt/eksternt med udbudsjuridisk rådgivning, udbudsteknik (kontraktskrivning, ordreskrivning, offentliggørelse af udbud m.m.), kontraktindgåelse og management af kontrakter, økonomi (anlægsøkonomi, apparaturpuljer, fakturering, aktivering m.m.), controlling/analyser samt ledelsessekretær- og receptionistopgaver.
- *Indkøb og udbud* af varer og tjenesteydelser. Desuden oprettelse af centrale varestamdata samt udvikling af eHandel i samarbejde med systemejerne.

Organisationsdiagrammet i den nye afdeling kan se således ud:



Det er ikke muligt at nå det fremlagte sparemål udelukkende ved en sammenlægning af de to afdelinger. Forslaget indeholder derfor endvidere nogle ændringer i MTA's nuværende service af hospitalerne samt i fordelingen af opgaver mellem MTA og hospitalerne.

Der foreslås således en ændret opgavefordeling i forhold til leverandører, tekniske afdelinger og MTA i forbindelse med udlicitering samt flytning af opgaver, ligesom vagtordningen på ÅUH foreslås afskaffet.

Forslaget vedrører også en sammenlægning af *ansvarlig fysikerfunktionen* i hele regionen. Der i dag en forskellig organisering af området: I MTA har man valgt at ansætte personale til at gennemføre kontroller m.v., mens man i Viborg/Vest har valgt at købe sig til denne ydelse hos leverandørerne. Det foreslås at samle de to funktioner under den nye og samlede afdeling og i forbindelse hermed udrede, hvilke af de to modeller, der er den økonomisk mest fordelagtige. Der er i dag 2 fysikerstillinger samt 3 teknikerstillinger i MTA og 1 fysikerstilling samt et ukendt antal teknikertimer i Viborg/Vest til varetagelse af denne funktion. Det vurderes, at man vil kunne spare svarende til 1 stilling i MTA ved sammenlægningen.

En del af sparepotentialet i den nye afdeling foreslås effektueret ved at udnytte koncerntænkningen. Arbejdsgruppen foreslår således indført en "*resultatkontrakt*" for den nye afdeling. Denne kontrakt indebærer, at afdelingen efter konkret aftale kan indhøste en mindre procentdel af de dokumenterbare gevinster, som tilføres de øvrige dele af regionen i kraft af ydelser fra afdelingen. Disse gevinster bliver en del af afdelingens budgetgrundlag. Lykkes det ikke for afdelingen at indhente de forventede gevinster for regionen og dermed for afdelingen selv, skal der findes kompenserende besparelser i den nye afdeling, så det opstillede sparekrav realiseres.

Det vil blandt andet betyde, at MTA's forretningsprincipper, hvor en del af udgifterne afholdes af opnåede besparelser på anskaffelse af udstyr, udvides til hele anskaffelsesområdet, samt at MTA i forbindelse med at der indgås aftale om nye opgaver - specielt omkring bygherrerådgivning ved de store sygehusbyggerier - effektiviserer, så der kan frigøres ressourcer. En del af denne effektivisering vil være en rationalisering af administrationen i MTA ved at trække mere på de tværgående funktioner og ved i så stor udstrækning som muligt at automatisere arbejds gange.

4.3 Udestående opgaver for implementering af forslaget

- Afklaring af fysisk placering af medarbejdere (en fysisk samlet afdeling ses som en forudsætning)
- Afklaring af organisatorisk reference og beslutningskompetence for hele opgaveporteføljen i den nye afdeling
- Afklaring af nye forretningsprincipper for indkøbs- og udbudssektionen, herunder mulighed for finansiering af udvidelse af aktiviteter via opnåede besparelser
- Flytning og udlicitering af opgaver fra MTA, samlet set vil der kunne spares en stilling i MTA, der vurderes at skulle anvendes ca. 0,3 mio. kr. til udlicitering af opgaver
- Overflytning af ressourcer til ansvarlig fysikerfunktionen fra Viborg og Vest til MTA

5. Faglige argumenter for spareforslaget

IKL og MTA har allerede en samarbejdsaftale med henblik på løbende at optimere processerne omkring regionens udbud og indkøb af medicoteknisk udstyr og tilhørende forbrugsartikler/utensilier, serviceydelser m.v.

IKL og MTA har hver sine faglige kompetenceområder, og de to afdelinger samarbejder ved, at de løbende koordinerer planerne og efter behov efterspørger rådgivning hos hinanden. For de udbud, som MTA er ansvarlig for, består det primært i udbudsjuridisk rådgivning, mens det for de udbud, som IKL er ansvarlig for, primært består af rådgivning omkring det medicotekniske input i forhold til utensilier. En sammenlægning af de to afdelinger vil styrke samspillet ved anskaffelser af udstyr og utensilier, mens der på de ikke-sygehusspecifikke varer og tjenesteydelser ingen synergi er i opgaveløsningen.

Ved at lade en større del af afdelingens aktiviteter være dækket af "resultatkontrakter" vil man løbende kunne tilpasse afdelingens størrelse til efterspørgslen efter ydelser, hvilket forventes at variere en del over de kommende år blandt andet som følge af de store hospitalsbyggerier.

Samling af ansvarlig fysikerfunktionen vil medvirke til en ensartet politik på dette område for hele regionen.

6. Konsekvenser for politisk godkendte servicemål, service for regionsråd, samarbejdspartnere og evt. borgere

- Antallet af enheder, som har kompetence til selv at gennemføre udbud og indgå kontrakter vedr. varer og tjenesteydelser m.m., nedbringes
- Alle indkøbsaftaler, som indgås af Indkøb- og udbudssektionen, skal være obligatoriske for regionens driftsenheder
- Antallet af "lokale" aftaler, som skal vedligeholdes i stamdata, nedbringes
- Medicoteknisk vagtordning på ÅUH afskaffes.
- Reference- og styregruppe for IKL nedlægges

7. Personalemæssige konsekvenser, herunder:

7.1. Ledelsesniveauet

- Lederen af den samlede afdeling klassificeres som afdelingschef
- Der omnormeres en indkøberstilling til sektionsleder for ny *Indkøbs – og udbudssektion*. Sektionslederstillingen vil både indeholde ledelse og selvstændige arbejdsopgaver

Generelt vil der skulle tages stilling til, hvorledes de enkelte funktioner skal ledes fremover. De økonomiske konsekvenser herved er indarbejdet i forslagets økonomi.

7.2 Medarbejdere

Det samlede forslag vil medføre en reduktion på 7-8 stillinger.

8. Har spareforslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre dele af organisationen, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og fremover.

- Nuværende kommunikationsopgaver (som også indgår i samarbejdsaftale mellem IKL og MTA) opretholdes, men opgaverne flyttes fra IKL til Kommunikationsafdelingen uden kompensation.
- Nuværende HR funktion nedlægges i MTA/IKL, hvilket i begrænset omfang vil medføre et træk på Koncern HR uden kompensation.
- Samling af ansvarlig fysiker funktion i Region Midtjylland indebærer, at midlerne hertil helt eller delvist overføres fra Hospitalsenhederne Vest og Viborg til MTA. Omfanget skal udredes nærmere, i forbindelse med en ændring af organiseringen på området.
- Arbejdsgruppe 11 arbejder med besparelser på indkøbs- og logistikområdet. Især logistikområdet kan udvikles strukturelt (jævnfør forslagene), og på den baggrund vurderes logistikfunktionen i IKL at kunne udvikles/forandres væsentligt – i samspillet med driften.
- Vedligeholdelse af defibrillatorer til hjertestopprogram flyttes til de tekniske afdelinger uden kompensation. Disse defibrillatorer er placeret rundt på alle matrikler i regionen, hvorfor vedligeholdelse af dem er bedst funderet lokalt. MTA benytter i dag under 0,1 stilling på dette område

9. Forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt

Samlet set ser spareforslaget således ud for 2012 (mio. kr.):

IKL:

Administrativ sammenlægning:	1,0
Effektivisering på stamdata og indkøb:	1,0
"Resultatkontrakt"	-

MTA:

Administrativ sammenlægning:	1,2
Udlisitering:	0,2
"Resultatkontrakt"	1,8
Samling af ansvarlig fysiker funktion i R.M.	0,5
Afskaffelse af vagtordning på ÅUH:	0,3

I alt	6,0
-------	-----

mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Samlet bruttobudget jf. budget 2011	40,1	39,4	
Besparelse for enheder:			
IKL	-0,8	-2,0	-2,0
MTA	-1,6	-4,0	-4,0
Nettobesparelse i alt	-2,4	-6,0	-6,0
Ny budgetramme for ny enhed	37,7	33,4	

1. Forslag nr.:	6
2. Spareforslag overskrift:	Patientkontoret og Elektiv visitationscenter (EVC)
3. Dato:	22. december 2010

4. Beskrivelse af spareforslaget:

Arbejdsgruppen har til formål at belyse rationalet ved en sammenlægning af Patientkontoret og Elektiv visitationscenter (EVC). De to funktioner har en fælles kerne af opgaver bestående i at sikre, at patienter i videst muligt omfang modtager tilbud om behandling inden for reglerne om frit valg og udvidet frit valg.

Direktionen har ikke angivet et konkret sparemål på dette område, men sammen med øvrige initiativer i administrationen skal besparelsen i nærværende arbejdsgruppe bidrage til et samlet sparemål på 3,0 mio. kr. i 2011 og 5,1 mio. kr. i 2012.

4.1 Udgangspunkt for forslaget (kort beskrivelse af den nuværende opgavevaretagelse, nye økonomiske rammer, personaleforhold m.v.)

I det nedenstående gives en kort beskrivelse af Patientkontoret og EVC og af sammenhængen mellem de to funktioner.

4.1.1 Patientkontoret

Patientkontoret i Region Midtjylland har to hovedopgaver: *Patientvejlederfunktionen* samt den centrale *omvisiteringsfunktion*. Udgangspunktet er, at der er ét fælles telefonnummer i regionen til patientvejledningen og omvisiteringsfunktionen, idet de to funktioner fysisk er placeret samlet.

Opgaverne i patientvejlederfunktionen er blandt andet at informere, vejlede og rådgive patienter om sundhedsvæsenets ydelser, at bistå patienter, der ønsker at benytte det frie sygehusvalg og at bistå patienter med vejledning og rådgivning om patientrettigheder.

Patientkontoret er derudover en central omvisiteringsfunktion af patienter under det frie sygehusvalg og det udvidede frie sygehusvalg. Det primære ansvar for omvisitering af patienter ligger decentralt på hospitalerne. Men Patientkontoret er et supplement hertil i kraft af en central/fælles omvisiteringsfunktion for regionens hospitalsvæsen blandt andet med henblik på at sikre ekspertise/bæredygtighed i opgaveløsningen og ensartethed i administrationen af det frie og udvidede sygehusvalg.

Omvisiteringen udgør et vigtigt element i overvågningen af patientstrømme og dermed udnyttelsen af kapaciteten. Der er derfor et tæt samarbejde med Sundhedsplanlægning.

Patientkontoret er en del af Kvalitet og Sundhedsdata, som ledes af en afdelingschef. Kontoret er placeret i Regionshuset Viborg, og opgaverne varetages af 11 patientvejledere, 1 jurist og 1 kontorchef.

4.1.2 Elektiv Visitationscenter (EVC)

Regionsrådet godkendte den 16. juni 2010 en forsøgsordning med et elektivt visitationscenter for det ortopædkirurgiske speciale. Funktionen er en del af budgetforliget for 2011.

EVC har til opgave at omvisitere patienter, når et hospital ikke kan leve op til servicemålet om et behandlingstilbud inden for en måned. Formålet er at skabe en effektiv visitation af elektive ortopædkirurgiske patienter i Region Midtjylland og derved mindske gruppen af henviste med ret til benyttelse af det udvidede frie valg og dermed reducere udsivningen til et dyrere behandlingstilbud i den private sektor. Alle hospitaler i regionen skal melde ledige tider ind til EVC, som således er en regional funktion.

I opstartsfasen modtager EVC udelukkende idrætsmedicinske patienter fra Afdeling E på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Der er på nuværende tidspunkt udarbejdet en

udrulningsplan for resterende del af det ortopædkirurgiske område med henblik på, at EVC på sigt skal modtage henvisninger på udvalgte behandlingsområder fra samtlige ortopædkirurgiske afdelinger i Region Midtjylland.

EVC er fysisk placeret på Regionshospitalet Silkeborg i regi af Ortopædkirurgisk afdeling, hvortil EVC har reference. Centeret er bemandet med 3 medarbejdere. Der er hyppig rapportering til Sundhedsplanlægning, som arbejder med den overordnede kapacitetsplanlægning i regionen. Desuden samarbejder EVC med Patientkontoret som beskrevet nedenfor.

4.1.3 Sammenhæng mellem Patientkontoret og EVC

Patientkontoret og EVC har begge til formål at sikre, at patienter, der er henvist til hospitalsbehandling, opnår den ønskede indsats.

EVC håndterer "henvisningspopulationen" ved at afsøge den samlede regionale behandlingsskapacitet, herunder aftalesygehuse og friklinikker og sørge for, at samtlige behandlingsmuligheder kobles til. EVC benytter en opsøgende tilgang over for patienterne, som kontaktes af EVC.

Patientkontoret håndterer "rettighedspopulationen" dvs. retten til frit sygehusvalg og retten til udvidet sygehusvalg. Patientkontoret assisterer hospitalerne med at benytte den samlede regionale behandlingsskapacitet incl. aftalesygehuse og friklinikker, sådan at patienter, når de benytter retten til frit valg, kan blive omvisiteret via den hospitalsafdeling der modtog henvisningen. Benyttelse af det udvidede frie valg sker ved patientens henvendelse til Patientkontoret, når betingelserne herfor er til stede. Dette er ens for patienterne, uanset EVC's aktivitet, hvis der ikke er fundet et behandlingstilbud inden 30 dage.

De to funktioner er placeret efter hinanden i visitationshierarkiet. Hvis EVC ikke lykkedes med at finde kapacitet på offentlige hospitaler i Region Midtjylland inden for én måned, kan patienten henvende sig til Patientkontoret med henblik på behandling på et privat samarbejdshospital eller på et privathospital.

I praksis er der et samarbejde mellem Patientkontoret og EVC. Blandt andet anvender de det samme it-system. Dette betyder, at Patientkontoret anvender de oplysninger, som EVC tidligere har registreret om patienten.

4.2 Kort beskrivelse af den nye organisering og ændrede opgavevaretagelse (aktivitet)

Arbejdsgruppen anbefaler, at den nuværende organisering og opgavevaretagelse i Patientkontoret og i EVC fastholdes indtil videre.

Dog foreslås en konkret opgave - sekretariatsbetjening af Sundhedsbrugerrådet - overført fra Patientkontoret til Regionssekretariatet, i hvilken forbindelse arbejdsgruppen vurderer, at opgaven kan løses ved færre ressourcer i Regionssekretariatet fremadrettet. Endvidere foreslås Patientkontoret pålagt en besparelse på 1 årsværk uden ændring i den tilhørende opgavemængde.

4.2.2. Baggrund for anbefalingen

EVC er en forsøgsordning, som har kørt siden 4. oktober 2010. Det er planen at evaluere resultaterne fra EVC i juni 2011. Et af succeskriterierne for EVC er, at omkostningerne til udvidet frit valg er faldet på de områder, som EVC dækker.

Eventuelle ændringer i organisering og opgavevaretagelse i forhold til Patientkontoret og EVC bør efter arbejdsgruppens vurdering afvente resultatet af denne evaluering.

Hvis EVC er en succes og udbredes til andre områder, skal mulighederne for yderligere reduktioner i Patientkontoret belyses. Man kan også tænke en fælles organisering af EVC og (dele af) Patientkontoret for at understøtte et tæt samarbejde mellem de to enheder.

I den mellemliggende periode, frem til evalueringen af EVC, arbejdes videre ud fra den nuværende model, som især fungerer godt på Regionshospitalet Randers. Hvis en afdeling ikke

kan tilbyde tid til undersøgelse og behandling inden for 4 uger, skal afdelingen, ifølge denne model, inden for 8 dage selv undersøge, om der er andre hospitaler i regionen, som kan tilbyde en tid inden for de 4 uger og meddele dette til patienten. Hvis patienten ønsker at benytte sig af tilbuddet, skal vedkommende kontakte afdelingen, som så sørger for at omvisitere til det pågældende hospital. På ortopædkirurgisk afdeling i Randers sender man dagligt ca. 10 patienter videre på denne måde. Resten af patienterne beholder typisk den tid, de i første omgang har fået tilbudt af Regionshospitalet Randers.

Der arbejdes på, at "Randers-modellen" virker lige så effektivt på regionens øvrige hospitaler. I den forbindelse skal dog bemærkes, at det er en fordel for Randers, at hospitalet er koblet på EPJ.

Samtidig arbejder EVC videre på de områder, hvor omvisiteringen ikke foregår helt så smidigt og/eller hvor mange patienter sendes i udvidet frit valg på trods af Administrationens forventning om, at regionens hospitaler samlet set har kapacitet til yderligere aktivitet.

Der arbejdes også på at målrette efterspørgslen efter kapacitet, så den på de enkelte hospitaler er rettet imod præcis de områder, hvor der er identificeret et behov i regionen.

4.2.3. Konsekvenser af anbefalingen

Konsekvenserne af arbejdsgruppens anbefaling er, at Patientkontoret reducerer sin bemanning med 2,0 årsværk og sit budget med 920.000 kr. som følger:

1. Reduktion på 1 årsværk og 460.000 kr. på området vedrørende kapacitetsudnyttelse, udbudsaftaler, venteinfo., kvalificering af variable m.m.
2. Reduktion på 1 årsværk og 460.000 kr. på området vedrørende sekretariatsbetjening af Sundhedsbrugerrådet

Besparselsen skal have fuld effekt fra 1/1 2012 og fremefter. I 2011 skal 40% af besparelsen svarende til 368.000 kr. realiseres.

Ad 1.

De nuværende opgaver vil blive varetaget af de øvrige medarbejdere i Patientkontoret. Der er således tale om en effektivisering i kontoret.

Ad 2.

Opgaven vedrørende sekretariatsbetjening af Sundhedsbrugerrådet overføres fra Patientkontoret til Regionssekretariatet, som får overført budget til 0,25 årsværk og 120.000 kr. til at løse opgaven.

- o Regionssekretariatet øger sin bemanning med 0.25 årsværk og sit budget med 120.000 kr.

Budget- og opgaveoverførslen skal have fuld effekt fra 1/1 2012 og fremefter. I 2011 overføres 40% af budgettet svarende til 48.000 kr.

I alt resulterer dette i en besparelse for Region Midtjylland på 1,75 årsværk og 800.000 kr. i 2012 og fremad. I 2011 realiseres 40% af besparelsen svarende til 320.000 kr.

Det vil eventuelt være muligt at øge denne besparelse, når organiseringen og opgavevaretagelsen i Patientkontoret og EVC tages op igen efter evalueringen af EVC medio 2011.

4.3 Udestående opgaver for implementering af forslaget

Følgende forhold skal iværksættes for at implementere forslaget:

- o Der skal overføres budget og arbejdsopgave fra Patientkontoret til Regionssekretariatet vedrørende sekretariatsbetjeningen af Sundhedsbrugerrådet

5. Faglige argumenter for spareforslaget

De faglige argumenter taler for at vente med at tage beslutninger om organisering og opgavevaretagelse, indtil EVC som forsøgsordning har kørt i længere tid og er blevet evalueret.

I forhold til sekretariatsbetjening af Sundhedsbrugerrådet ligger denne opgave mere naturligt i et sekretariat.

6. Konsekvenser for politisk godkendte servicemål, service for regionsråd, samarbejdspartnere og evt. borgere

Forslaget har ingen konsekvenser for servicemål eller for service for regionsråd, samarbejdspartnere m.v.

7. Personalemæssige konsekvenser, herunder:

7.1. Ledelsesniveauet

Der er ingen konsekvenser for ledelsesniveauet.

7.2 Medarbejdere

Reduktion af 2 årsværk i Patientkontoret og tilførsel af 0,25 årsværk til Regionssekretariatet

8. Har spareforslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre dele af organisationen, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og fremover.

Regionssekretariatet får overført opgaven vedrørende sekretariatsbetjening af Sundhedsbrugerrådet samt et budget på 0,25 årsværk og 120.000 kr. i 2012. I 2011 overføres 40% af budgettet svarende til 48.000 kr.

9. Forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt

Tabel 1:

mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Besparelse i Patientkontoret	-0,4	-0,9	-0,9
Budgetoverførsel til Regionssekretariatet	0,0	0,1	0,1
Nettobesparelse for Region Midtjylland i alt	-0,3	-0,8	-0,8

1. Forslag nr.:	Tema nr. 12, forslag 7 Direktionens forslag
2. Spareforslag overskrift:	Samling af uddannelsesopgaver fra Koncern HR, Efter- og videreuddannelse, Sundhedssekretariatet og lægelig videreuddannelse
3. Dato:	6. januar 2011

4. Beskrivelse af spareforslaget

4.1 Indledning:

Direktionen fremlægger her forslag til samling af uddannelsesopgaver i Region Midtjylland.

Beskrivelse af spareforslaget indeholder en vurdering af gevinster ved sammenlægning af uddannelsesopgaver fra afdelingerne Koncern HR, Efter- og videreuddannelse, Sundhedssekretariatet og Lægelig Uddannelse herunder en prioritering af opgaver indenfor en given økonomisk ramme. Endvidere er relevante uddannelsesenheder i den øvrige del af organisationen tænkt ind i spareforslaget, herunder Psykiatri og Social.

Baggrunden for dette arbejde er bl.a. det forhold, at der i længere tid har været behov for at styrke vilkårene for uddannelsesopgaverne i Region Midtjylland, herunder Administrationens understøttelse af opgaverne.

Sundhedsvæsenet gennemgår i disse år en markant udvikling, hvor opgaver flyttes fra hospitaler til kommuner, praktiserende læger og borgerne, og hvor hospitalerne bliver stadig mere specialiserede. Dette har dels betydning for, hvilke kompetencer hos medarbejderne, der er brug for i de forskellige dele af sundhedsvæsenet, dels betydning for vilkårene for at varetage uddannelsesopgaven på hospitalerne. Desuden er aktiviteten på visse uddannelser steget markant de seneste år.

Der er derfor dels behov for at styrke det strategiske og udviklingsorienterede fokus, dels behov for generelt at få en bedre koordinering og synergi på tværs af organisationen. Der bør således sættes fokus på såvel grunduddannelsesområdet som på efter- og videreuddannelsesområdet indenfor bl.a. den lægelige uddannelse, øvrige sundhedsuddannelse samt uddannelser på socialområdet, således at uddannelsesområdet bliver en integreret del af "Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland".

Der er i forhold til planen "Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland" fastsat en foreløbig samlet besparelse i 2011 på 0,4 mio. kr. i 2011 og 1,0. mio. kr. i 2012 og fremover på uddannelsesområdet.

Der er set specifikt på følgende områder:

- Der er lavet en beskrivelse af hovedopgaverne i dag, som er udfoldet mere i bilag 1
- Der er set på, om der er afdelinger (i regionshusene eller på hospitalerne), der løser beslægtede opgaver, som med fordel kan samtænkes / indtænkes, med henblik på bedre ressourceudnyttelse såvel økonomisk som fagligt og med henblik på beskrivelse af mulige faglige synergier. Herunder er der beskrevet opgaver, der i dag løses af de enkelte institutioner, som med fordel vil kunne samles med henblik på et øget fagligt niveau og bedre samlet ressourceudnyttelse

- Direktionen fremlægger ét forslag til en ny overordnet organisationsstruktur og opgavebeskrivelse for området, inkl. organisering af den indtægtsdækkede virksomhed

Det er op til den nye ledelse, at fremlægge en mere detaljeret beskrivelse af organisering, opgavefordeling, personalesammensætning m.v. indenfor ovenstående rammer

4.2 Opgaver vedrørende sundhedsuddannelser m.v. i dag (kort beskrivelse af problemer og udfordringer i den nuværende opgavevaretagelse, nye økonomiske rammer, personaleforhold m.v.)

I bilag 1 gives en kort overordnet beskrivelse af den nuværende opgavevaretagelse fordelt på nuværende kontorer/afdelinger og institutioner. Der er yderligere områder, som varetager beslægtede eller overlappende opgaver, der ikke er beskrevet i detaljer her. Dette skyldes først og fremmest den begrænsede tidsmæssige ramme for opgaven, men også at det blandt andet på hospitalerne kan være svært at adskille funktioner vedrørende uddannelser fra øvrige funktioner. Der peges på, at der også inden for disse områder er potentiale for såvel faglig som ressourcemæssig optimering.

4.2.1. Hovedopgaver

Der er i nedenstående beskrevet sammenhængen i de samlede uddannelsesopgaver med henblik på en optimering af regionens uddannelsesindsats, set i lyset af planen "Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland".

De samlede uddannelsesopgaver kan beskrives jf. nedenfor:

a. Opgaver vedrørende kursusudvikling og -gennemførelse

Der er tale om en meget stor opgaveportefølje, der primært varetages af Koncern HR, Efter- og Videreuddannelse, Koncern HR, Organisation og ledelse, Psykiatriens Uddannelsesafdeling samt de enkelte somatiske hospitalers HR-afdelinger/uddannelsesafdelinger.

Opgaverne omfatter både egentlige strukturerede efter- og videreuddannelser som specialuddannelserne indenfor områderne intensiv sygepleje, anæstesisygeplejeuddannelsen, kræftsygeplejeuddannelsen, psykiatrisygeplejeuddannelse, behandlersygeplejerskeuddannelsen samt en række specifikke faglige efteruddannelser så som akutmedicin uddannelsen, obligatoriske kurser for lægers videreuddannelse og kurser, der mere har karakter af individuel efteruddannelse såvel sundhedsfagligt som ledelsesmæssigt eller andet. Som det fremgår af bilag 1 og den økonomiske oversigt er det samlede ressourceforbrug på området ikke veldefineret, idet mange opgaver i dag varetages som en del af et hospitals eller en afdelings budget og ikke udskilt i en særskilt uddannelsesafdeling.

Det er karakteristisk, at de større hospitaler har de største selvstændige kursusafdelinger og dermed formentlig også et mindre brug af centrale uddannelsesafdelinger, mens de mindre hospitaler kun i mindre omgang udfører opgaverne selv.

b. Opgaver vedrørende udvikling af strategi for sundhedsuddannelser

Mens Koncern HR varetager generel strategi for personaleudvikling i forhold til direktion, politisk niveau og i forhold til eksterne samarbejdspartnere, så varetages den strategiske opgavevaretagelse i forhold til de konkrete sundhedsuddannelser i hhv. Lægelig Uddannelse (Sundhedsplanlægning) for lægelig grund-, videre- og efteruddannelse og for alle øvrige sundhedsuddannelser i Sundhedssekretariatet. Varetagelsen af specialuddannelse for psykiatrisygeplejersker varetages i Psykiatri og Social – i regi af Uddannelsesregion Nord.

Den lægelige del er karakteriseret ved at være forankret sammen med den lov- og regelbundne sekretariatsopgave for den lægelige videreuddannelse, således at bidrag til regionens strategiske overvejelser og samspil med planlægningsopgaverne trækker på ressourcerne herfra.

Der er således ikke i den nuværende organisation fokus på lægers efteruddannelse eller på lægers grunduddannelse (vedrørende sidstnævnte er der herudover en uklar opgavefordeling mellem Lægelig Uddannelse, Center for Folkesundhed og Hospitalsplanlægning, der varetager sekretariatsfunktion for Århus Universitetshospitals kontaktudvalg).

For øvrige sundhedsuddannelser har der længe været et krav fra hospitalerne om et stærkere fokus fra arbejdsgiversiden på såvel grund- som efter- og videreuddannelser. Det har ikke med de nuværende ressourcer været muligt at give området den vægt, som har været efterspurgt af hospitalerne efter regionsdannelsen.

Det er væsentligt at understrege, at beskrivelsen i dette forslag ikke dækker alle arbejdsopgaver vedrørende sundhedsuddannelser. Regionens hospitaler, herunder psykiatrien varetager en meget stor uddannelsesopgave vedr. uddannelserne, som økonomisk og personalemæssigt er helt forankret i driften. Det drejer sig om vejlednings- og koordinationsopgaven vedrørende grunduddannelsesforløb (praktikophold) for blandt andre lægestuderende, sygeplejestuderende, social- og sundhedsassistenter, jordemoderelever, fysio- og ergoterapeutstuderende, lægesekretærelever og mange flere. Herunder også den overordnede varetagelse af pædagoguddannelsen i relation til socialområdet.

Det regionale sundhedsvæsen er formentlig suverænt regionens største uddannelsessted, og uddannelsesopgaven fylder meget på linje med patientbehandling, forskning og udvikling. På alle hospitaler er der ansat koordinatore med opgaver i forhold til en eller flere sundhedsuddannelser, ligesom der er ansat kliniske sygeplejelærere med opgaver inden for sygeplejeuddannelsen på hospitalerne. Med Aarhus Universitet er der indgået aftale om honorering for undervisning af medicinstuderende i praktikophold (kliniske lektorer). Herudover er der vejlednings- og undervisningsopgaver for personale i strukturerede efter- og videreuddannelsesforløb for især læger og sygeplejersker samt psykologer.

Også i en tid med store besparelser er det væsentligt at fastholde fokus på behovet for uddannelse af de kommende medarbejdere. De lange perioder med mangel på personale har givet anledning til såvel driftsmæssige problemer som uhensigtsmæssige merudgifter til mer- og overarbejde, dyre vikarløsninger etc. i mange år.

Indførelse af nye behandlingstiltag eller af ny organisering af behandlingen (fx akutafdelinger) samt generel opgaveflytning kræver samtidig eller forudgående uddannelsestiltag, der kan sikre bemanning af nye funktioner i et tæt samspil med driftens behov. Ovenstående gør sammenlagt, at sundhedsuddannelserne er tæt forbundet til hospitalernes drift og til alle planlægningsopgaver inden for sundhedsområdet.

Af historiske årsager har regionen visse koordinatorfunktioner og uddannelsesopgaver forankret uden for de uddannelsesenheder, som er nævnt her, typisk med finansiering fra puljemidler i fælles sundhed. Eksempelvis for bioanalytikeruddannelsen drejer det sig om ca. 0,5 mio. svarende til en stilling med diverse personaleomkostninger mv. Denne funktion finansieres af puljen til uddannelse af øvrigt sundhedspersonale. Hvad angår koordinering af lægesekretæruddannelsen for hospitalerne i det tidligere Århus Amt er der tale om ca. ½ stilling svarende til ca. 0,25 mio. kr., som finansieres via en pulje i Koncern HR (resten finansieres af Århus Sygehus).

Herudover er der i Center for Kvalitetsudvikling en række uddannelsesaktiviteter herunder en uddannelsesleder, som primært varetager uddannelsesopgaver, f.eks. uddannelse på kronikerområdet. Endvidere kan der også være andre uddannelsesopgaver i Primær Sundhed (praksisenhederne m.v.) og Regionalt Sundhedssamarbejde.

Hammel Neurocenter varetager mange uddannelses- og kursusopgaver ud fra sit særlige faglige ekspertområde og der er ligeledes en række andre uddannelser der varetages af lokale specialafdelinger på hospitalerne.

4.2.2 Overordnet vurdering af den nuværende opgaveløsning

På baggrund af ovenstående beskrivelse af områdets hovedopgaver inkl. bilag bemærkes følgende:

- Der er beslægtede opgaver vedrørende kompetenceudvikling, herunder kursusudvikling og praktisk gennemførelse, som løses flere steder i organisationen
- Der bør være faglige synergimuligheder og ressourceoptimering ved at samle opgaver i en central enhed med ansvar for kursusudvikling og praktisk afvikling på tværs af regionens institutioner
- Der bør være faglige synergimuligheder ved at samle velfærdsområdets strategiske opgaver og planlægningsfunktioner i relation til alle uddannelser såvel for læger, sygeplejersker og andre faggrupper i en enhed, herunder også pædagoger
- Samarbejdsrelationen mellem det strategiske niveau i regionen og driften skal gøres mere entydig
- Det er vigtigt at lade stærke faglige miljøer bære den fortsatte faglige udvikling af et område, herunder det faglige ansvar for uddannelser, men dette er ikke ensbetydende med, at de faglige miljøer også er bedst til at gennemføre og afvikle uddannelserne i praksis
- Hensynet til mindre hospitalsenheder gør, at der er fordele ved at samle egentlig kursusafvikling uden for hospitalerne i en central enhed, også selv om de større hospitaler vil kunne klare sig selv også med kursusafvikling
- Der er ikke fundet anledning til at ændre ved opgaveplacering vedrørende overordnet strategi for kompetenceudvikling på tværs af central administration og institutioner i Region Midtjylland. Denne er fortsat forankret i Koncern HR med Strategisk HR-forum som centralt ledelsesforum
- Det er vigtigt at fastholde en tæt relation mellem strategiske overvejelser vedrørende sundhedsuddannelserne på den ene side og hospitalernes og øvrige enheders drift samt planlægning for velfærdsområdet på den anden side
- Der er oplagte fordele ved at samle hhv. strategi for sundhedsuddannelserne i en enhed og ved at samle opgaver vedrørende kursusudvikling samt praktisk kursusplanlægning, kursusgennemførelse og evaluering i en fagligt stærk enhed. Fordelene er af både økonomisk og faglig art.

4.3. Økonomi

I nedenstående tabel 1 fremgår en oversigt over områdets økonomi.

Tabel 1: Oversigt over enhedernes økonomi

Samlet økonomi mio. kr. (2011-P/L)	Efter- og videreudd. 1)	Lægelig videreudd.	Psykiatri 1)	Sundheds- sekr. 2) + 3)	I alt
Nettobasisbudget jf. budget 2011	5,0	4,0	3,0	1,5	13,5
Indtægtsdækket aktivitet	6,2	1,3	15,0	0,0	22,5
I alt	11,2	5,3	18,0	1,5	36,0
Personalenormering, fuldtidsstillinger					
Basisbudget 2011	7,0	11,0	3,1	2,8	23,9
Indtægtsdækket aktivitet	12,0	3,0	22,0	0,0	37,0

Note: Som beskrevet tidligere er der på hospitalerne en meget stor økonomisk og personalemæssig opgave på hospitalerne inkl. psykiatriens, som er forankret i driften. Det har ikke været muligt, at få det analyseret og beskrevet økonomien inden for den tid der har været til rådighed.

1) Der er ikke indregnet 0,250 mio. kr. vedr. koordinering af lægesekretæruddannelse i det tidligere Århus Amt (Pulje i Koncern HR)

2) Der er ikke indregnet 0,500 mio. kr. vedr. koordinering af bioanalytikeruddannelsen. (Pulje under Fælles Udgifter og indtægter på hovedkonto 1)

3) Der er indregnet 0,30 lederstilling til varetagelse af uddannelsesopgaver svarende til 0,190 mio. kr.

Centrale puljer samt øvrige områder

Der er i organisationen og specifikt på sundhedsområdet fællesudgifter og -indtægter forskellige puljer, som er en integreret del af regionens uddannelsesaktiviteter både vedr. grunduddannelser og efter- og videreuddannelse af forskellige faggrupper. Flere af puljerne administreres af en eller flere af ovenstående enheder. Endvidere finansieres enkelte koordinatorfunktioner p.t. via puljerne.

Der er bl.a. tale om følgende puljer (jf. budget 2011): Lægernes kliniske videreuddannelse, Uddannelse af øvrige personalegrupper, Forfinansiering af visse efteruddannelser på sundhedsområdet, Uddannelsesinitiativer for akutmedicin, Udgifter til social- og sundhedsassistentelevers praktikperioder m.v.

4.4 Strategiske overvejelser for uddannelsesområdet.

I en organisation, hvis arbejdspladser er kendetegnet ved at være videntunge og serviceproducerende, er det bl.a. vigtigt at have strategisk fokus på uddannelse og faglig udvikling. Dette skal ses i forhold til, at sikre den bedst mulige opgaveløsning (behandling/pleje osv.) og i forhold til, at kunne rekruttere og fastholde den nødvendige arbejdskraft og få anvendt og udviklet medarbejdernes kompetencer bedst muligt.

Uanset aktuelle og fremtidige omstruktureringer og besparelser vil Region Midtjyllands arbejdspladser stå over for en række udfordringer i forhold til at kunne rekruttere og fastholde den nødvendige arbejdskraft. Udfordringerne hænger blandt andet sammen med den demografiske udvikling.

For at leve op til regionens mission og vision og imødegå de kommende demografiske udfordringer er det afgørende vigtigt, at Region Midtjylland som organisation forholder sig strategisk og langsigtet til såvel rekrutteringsområdet som uddannelsesområdet.

Dette gøres blandt andet ved at have en strategisk bevidst og aktiv rolle i forhold til den store uddannelsesopgave, som regionen varetager i forhold til alle der får deres kliniske uddannelse på regionens arbejdspladser. Således at alle får en solid faglig indsigt og uddannelse samtidig med, at de fastholder deres lyst til at arbejde på regionens arbejdspladser efter endt uddannelse.

Ligeledes skal det sikres, at der er sammenhængende grund- efter- og videreuddannelsessystemer for alle faggrupper, og at der er en målrettet planlægning af medarbejdernes kompetence- og karriereudvikling.

For at kunne løse velfærdsrådets udfordringer skal både nuværende og kommende medarbejdere være indstillet på livslang og sammenhængende uddannelse og udvikling.

I Region Midtjylland imødekommes udfordringerne ved at tænke og arbejde med opgaveløsning og kompetenceudvikling integreret.

Organisationen skal desuden sikre, at administrationen kan medvirke til at varetage regionens samlede uddannelsesmæssige perspektiv i det integrerende sundhedsvæsen og kan medvirke til at tydeliggøre arbejdsgiverperspektivet i uddannelserne, ligesom administrationen kan opleves som en service og hjælp til hospitalerne m.v., og således at hospitalerne m.v. kun har én indgang til administrationen i uddannelsesmæssige spørgsmål.

4.5 Kort beskrivelse af direktionens forslag til fremtidig organisering af området med uddannelser

Der foreslås sammenlægning af opgaver vedrørende alle uddannelser i to nye kontorer/enheder:

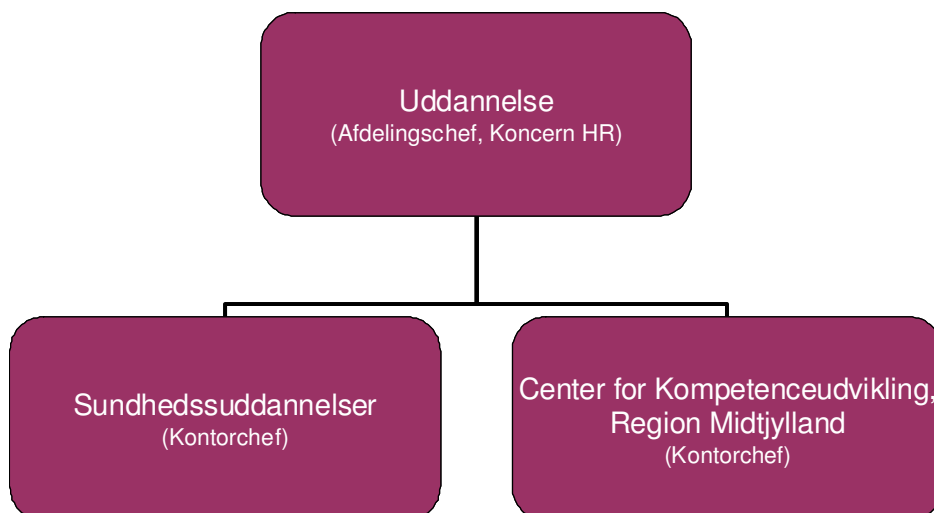
- a. Sundhedsuddannelser
- b. Center for Kompetenceudvikling

Der foreslås en organisering, hvor sundhedsuddannelser og kompetenceudvikling forankres hos afdelingschefen i Koncern HR med reference til direktionen. Dette vil sikre et samlet strategisk perspektiv i forhold til hele det samlede grund-, efter- og videreuddannelses område, samt sætte fokus på daglig kompetenceudvikling.

Enheden er opdelt i 2 kontorer, som hver især ledes af en kontorchef.

Uddannelse organiseres som vist i Figur 1:

Figur 1: Organisationsplan for Uddannelse



Den nye ledelse skal sikre en høj grad af samarbejde og fleksibilitet på tværs af kontorerne samt internt i kontorerne med en hensigtsmæssig arbejdsfordeling. Ligeledes skal det sikres at der er det nødvendige og tilstrækkelige samarbejde med den samlede organisation.

4.5.1 Sundhedsuddannelser

De strategiske uddannelsesfunktioner i forhold til alle uddannelser samles i et kontor, således at der kan skabes en bedre koordinering samt en effektiv og fleksibel opgaveløsning.

Formålet med en samling af opgaver vedrørende de lægelige og øvrige uddannelser i et kontor er, at regionen kan optræde og agere entydigt og sammenhængende i forhold til såvel hospitaler, praksisområdet, socialområdet samt i forhold til eksterne samarbejdspartnere (Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner m.fl.). Det er endvidere indlysende, at mange opgaver, især belysning af sammenhænge og udvikling på arbejdsmarkedet bygger på samme data og øvrige informationer, og at de med fordel kan beskrives sammen.

Lægelig uddannelse har alene på grund af sin størrelse nogle kompetencer, som kan bruges bredere på hele sundhedsområdet, således at regionens profil fremstår stærkere på sundhedsuddannelser og ikke mindst på sammenhængen mellem driftsbehov i sundhedsvæsenet og udvikling af sundhedsuddannelser. Dertil kommer, at der i mange tilfælde er behov for at tænke i opgaveglidning, når der introduceres nye behandlingsinitiativer, hvor regionen skal kunne tænke på tværs af faggrupper, når indsatsen beskrives og implementeres. Eksempler herpå er screeningsområdet, hvor næste udfordring bliver at beskrive personalebehov ved indførelse af screening for tarmkræft, og formentlig systematisere uddannelse af personale til opgaven. Erfaring fra indførelse af brystkræftscreening viser fordelene ved at planlægge på tværs af faggrupper, inden opgaven iværksættes.

Den store omstilling, som sundhedsvæsenet i Region Midtjylland skal igennem med omstilling til fremtidens sundhedsvæsen kræver planlægning af personaleressourcer på tværs af faggrupper, og kommer til at kræve megen fokus på sundhedsuddannelsernes plads i den nye struktur for både læger og andre faggrupper. Her kan erfaring fra den ene faggruppe bidrage til at skabe løsninger også for andre faggrupper.

Sundhedsuddannelser har således til opgave, at varetage regionens arbejdsgiverfunktion i forbindelse med samlet og koordineret planlægning og overordnet tilrettelæggelse af alle grunduddannelser i regionen. Koordinationen både i forhold til driftsenhederne og på tværs af grunduddannelser søges opprioriteret i den nye enhed. Endvidere skal dialogen med uddannelsessteder prioriteres.

Herudover skal kontoret varetage planlægnings-, koordinerings-, og udviklingsopgaver i relation til den lægelige efter og videreuddannelse samt for øvrige sundheds- og socialfaglige uddannelser, og disses efter- og videreuddannelse. Kontoret skal opprioritere dialogen med de institutioner, der udbyder grunduddannelser, herunder med UC VIA og med Aarhus Universitet, hvor kontoret varetager regionens og driftsinstitutionernes interesse.

Kontoret skal endvidere varetage den strategisk rådgivning omkring Sundhedsuddannelser for direktion, hospitaler m.v. og politikere samt deltagelse i møder vedr. uddannelser i Danske Regioner, ministerier m.v. Den strategiske rådgivning og planlægning søges ligeledes opprioriteret i den nye enhed.

Ved behov for etablering af kursusvirksomhed i forbindelse med udvikling af nye uddannelser, udvikles disse i et samarbejde med Center for Kompetenceudvikling. Det skal understreges, at kontoret ikke skal udvikle eller gennemføre kursusaktivitet, men som det allerede er tilfældet i dag, vil kontoret i nogle tilfælde have en aftagerrolle i forhold til Center for Kompetenceudvik-

ling, der varetager den praktiske udvikling og gennemførelse. Dette er kendt fra blandt andet Akut medicin uddannelsen og for generelle kurser i den lægelige videreuddannelse. Ligeledes kan nævnes uddannelsen af screeningsassistenter samt CRC uddannelsen.

Det skal bemærkes, at ledelsen af kontoret for lægelig uddannelse erfaringsmæssigt har et stort ledesspænd med de mange lov- og regelbundne opgaver i den lægelige videreuddannelse.

Kontoret vil inkl. kontorchefen have ca. 13 fuldtidsstillinger efter gennemførelse planen for "Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland". I kontoret vil der være en leder af MVU-uddannelserne. I denne normering er koordinatoren vedr. bioanalytikeruddannelsen og lægesekretæruddannelsen, som er finansieret af puljemidler, ikke medregnet.

Det forudsættes, at der vil være synergier ved samlingen således at medarbejdere i det samlede kontor løser opgaver i fællesskab. Hensigten har været en opprioritering af de ikke lægelige sundhedsuddannelser. Hertil kommer evt. indtægtsdækket og tidsbegrænset udviklingsaktivitet i mindre omfang. Det skønnes at den indtægtsdækkede aktivitet fremover også vil svare til ca. 3 fuldtidsstillinger.

4.5.2 Center for Kompetenceudvikling, RM

Der etableres et nyt Center for Kompetenceudvikling, der har til opgave at samle, koordinere, udvikle og planlægge afholdelse kurser i efter- og videreuddannelsesforløb m.v. for driftsenhederne. Dette skal ske i et tæt samarbejde med de fagpersoner i driften, som indgår i efter- og videreuddannelsesaktiviteterne.

Formålet er at opnå stordriftsfordele ved at rationalisere det praktiske omkring kursusafholdelse for driftsenhederne og ensarte afregningen m.v. Formålet er endvidere at sikre faglige synergier ved at samle uddannelseskonsulenter med et højt fagligt niveau og med stor erfaring i at bistå de sundhedsfaglige bestillere af kursus- eller uddannelsesbehov med udvikling af kursusforløb.

Centret skal sikre en høj grad af fleksibilitet og tilgængelighed for driftsenhederne. Centret skal ikke generere overskud, men skal kunne opkræve kursusafgifter til dækning af eget personaleforbrug, lokaler og øvrige udgifter herunder honorering af undervisere.

Center for Kompetenceudvikling vil have en mindre fast stab, herunder ledelse og økonomiansvarlig med ca. 8 fuldtidsstillinger som basisbudget efter gennemførelse planen for "Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland". Hertil kommer en større gruppe ansatte, som finansieres via indtægtsdækkede aktiviteter. P.t. drejer det sig om ca. 34 fuldtidsstillinger. Mange af sidstnævnte stillinger er knyttet til indtægtsdækket virksomhed med en lang tidshorisont (aftaler over flere år), hvorfor der i praksis vil være flere fuldtidsansatte medarbejdere og færre korttidsansatte medarbejdere, end finansieringsfordelingen tilsiger.

Der opnås allerede på kort sigt besparelser på personalesiden ved fusionen af Psykiatriens Uddannelsesafdeling og Koncern HR, Efter- og Videreuddannelse, men der er yderligere potentiale i samling af opgaver. Arbejdsgruppen anbefaler, at der tages beslutning om, at Center for Kompetenceudvikling varetager den praktiske kursusafvikling for alle relevante kurser udbudt i Region Midtjylland.

Center for Kompetenceudvikling er ikke i sin opgavevaretagelse bundet til de egentlige sundhedsuddannelser, men vil også udbyde kurser af mere generel karakter for alle personalegrupper såvel i administrationen som for sundheds- og socialfagligt personale.

4.6 Udestående opgaver for implementering af forslaget samt opmærksomhedspunkter

Der er følgende udestående opgaver og opmærksomhedspunkter, som ledelsen i Uddannelse skal løse eller se nærmere på sammen med hospitaler m.v. efter etableringen:

- Der skal sikres en meget tæt sammenhæng med den øvrige del af Sundhed og Social.
- Der skal gennemføres en nærmere analyse af hospitalernes og øvrige enheders uddannelsesaktiviteter og snitflader til de nye kontorer/center. Herudover skal det sikres, at de overordnede strategiske opgaver varetages i den nye afdeling.
- Det skal sikres, at Center for Kompetenceudvikling kan samle, koordinere, udvikle og planlægge afholdelse alle relevante kurser og efter- og videreuddannelsesforløb m.v. for driftsenhederne. Dette skal ske i et tæt samarbejde med de fagpersoner i driften, som indgår i efter- og videreuddannelsesaktiviteterne.
- Specifikt i forhold til Regionshospital Silkeborg, Hammel Neurocenter bør det overvejes - nu eller senest i løbet af 2011 - hvordan snitfladen i forhold til Center for Kompetenceudvikling skal være
- Det skal afklares hvorledes bl.a. uddannelseslederen i Center for Kvalitetsudvikling vedr. kronikerområdet hensigtsmæssigt placeres i forhold til den øvrige uddannelsesplanlægning. Endvidere skal det undersøges om der er andre uddannelsesopgaver i f.eks. Primær Sundhed (praksisenhederne m.v.), Regionalt Sundhedssamarbejde m.v. som bør tænkes ind i den nye organisering
- Det skal sikres, ved denne initiale sammenlægning og overførsel af uddannelsesopgaver og ved evt. yderligere overførsler fra driftsenheder og øvrige administrative enheder til den nye uddannelsesenhed, at der efterfølgende ikke "genopstår" parallelle lokale funktioner således at gevinsten ikke indhentes.
- Der skal gennemføres en analyse af prispolitikken på de forskellige aktiviteter i Center for Kompetenceudvikling, således der sikres en relativ stor grad af ensartethed i afregningen, og at bestillere fra hospitalerne kun betaler for den leverede ydelse. Heri ligger også, at centret skal synliggøre afregningspraksis fx med/uden underviserhonorering, konsulentbistand etc.

5. Konsekvenser for politisk godkendte servicemål, service for regionsråd, samarbejdspartnere og evt. borgere

Det vurderes, at en mere koordineret indsats ved at samle de forskellige uddannelsesaktiviteter, kan give det samme omfang af ydelser og en service på samme niveau på kort sigt. På længere sigt må der kunne forventes en højere effektivitet og dermed flere ydelser og bedre service for regionen og driftsenhederne.

7. Personalemæssige konsekvenser, herunder:

7.1. Ledelsesniveauet

Der forventes, at der i 2012 kan spares ca. 1 lederstilling, idet der kan spares en lederstilling ved sammenlægning af enhederne.

7.2 Medarbejdere

Der forventes, at der i 2012 kan spares svarende til ca. 2 stillinger.

8. Har spareforslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre dele af organisationen, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og fremover.

Der skal laves en ny prispolitik, som dels kan sikre at der sker en hensigtsmæssig prioritering af de uddannelsesmæssige ressourcer i driftsenhederne og som understøtter omstillingen til det fremtidige sundhedsvæsen i Region Midtjylland dels at det sikres at der ikke påføres driftsenhederne merudgifter, men et tilpasset serviceniveau.

Udarbejdelsen af den nye prispolitik skal ske i sammenhæng med de øvrige afdelinger der sælger ydelser til driftsenhederne og ved drøftelse med driftsenhederne i relevante fora.

9. Forslagets nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt

På baggrund af ovenstående vil økonomien for Center for Kompetenceudvikling og Sundhedsuddannelser blive fastlagt jf. nedenstående tabel 2.

Tabel 2: Oversigt over økonomi 2011 og fremover ekskl. hospitaler

mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Samlet nettobasis budget jf. budget 2011	13,5	13,5	13,5
Besparelse jf. budgetforlig, Effektiv administration m.v.	-0,5	-0,7	-0,7
Besparelse jf. Omstillingsplan, samlet	-0,4	-1,0	-1,0
Evt. afledte merudgifter	0,0	0,0	0,0
Nettobesparelse i alt	-0,9	-1,7	-1,7
Ny basisbudgetramme for ny enhed	12,6	11,8	11,8

Der foretages en besparelse på i alt 1,0 mio. kr., som findes ved at spare en lederstilling samt samle kursusplanlægningen samt ved at skabe en større og mere effektiv enhed til varetagelse af efter- og videreuddannelsesaktiviteter. Det svarer til en nettobesparelse på ca. 3 fuldtidsstillinger.

Der vil indenfor den samlede økonomiske ramme skulle foretages omprioriteringer, således at regionens arbejdsgiverrolle i forbindelse med koordineringen af grunduddannelserne og de mere strategiske funktioner omkring uddannelse kan opprioriteres.

Bilag 1.

Beskrivelse af nuværende enheder med opgaver vedrørende uddannelser

1 Koncern HR, Efter- og videreuddannelse

Koncern HR, Efter- og Videreuddannelse varetager udvikling, tilrettelæggelse og afvikling af grund-, efter- og videreuddannelsesaktiviteter for regionens ansatte.

Afdelingen indgår desuden i samarbejde med andre regioner om udvikling af konkrete uddannelses tilbud.

Afdelingens *videreuddannelsesaktiviteter* udføres på baggrund af bekendtgørelser fra Sundhedsstyrelsen:

- Specialuddannelserne for sygeplejersker i intensiv, anæstesi og kræft
- De generelle kurser ved den lægelige videreuddannelse i akut medicin og kommunikation, LAS (ledelse, administration og samarbejde) samt generelle kommunikationskurser

Desuden varetages der *forskellige sundhedsfaglige efteruddannelsesaktiviteter* i afdelingen baseret på lokale uddannelsesordninger f.eks.:

- Specialrettede efteruddannelser for sygeplejersker indenfor: operation, røntgen, opvågning, intensiv, anæstesi, palliation, genbehandling samt behandler og visitationssygepleje.
- Specialrettede efteruddannelser for læger indenfor: røntgenkørekort, vejledning, praksislæger
- Tværfaglige efteruddannelser indenfor: AKUT-området, simulatorinstruktører, kræftområdet (tyktarm- og lungecancer)

Afdelingen varetager *grunduddannelserne* til lægesekretær, HK-kontoruddannelsen samt koordinatoropgaver ved bioanalytikeruddannelsen.

Der udbydes desuden generelle kursustilbud indenfor: IT, projektledelse, EPJ, formidling, vejledning, glatføre, førstehjælp, personalepsykologi, medicinkurser, pædagoger, jura, sprog, introduktion for nyansatte mm.

Afdelingen løser *i øvrigt* opgaver i relation til:

- Udvalgsarbejde i forhold til det strategiske arbejde omkring efter- og videreuddannelse i Region Midtjylland, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Undervisningsministeriet
- Samarbejde og dialog omkring efter- og videreuddannelse med øvrige uddannelsesinstitutioner i regionen bl.a. UC VIA mhp. at udvikle et sammenhængende og smidigt uddannelsessystem med meritmuligheder.
- SOSU-området: oplæringsforløb for screeningsassistenter, udmøntning af OAO-midler indenfor intensiv og akutområdet
- Implementering, udvikling og vejledning ifm. administrative funktioner og arbejdsgange ift. regionens elektroniske kursuskatalog og – administrative system, Plan2Learn
- Karrierevejledning ift. uddannelsessystemer og efter- og videreuddannelsesmæssige muligheder
- Konferencer og temadage: udvikling, planlægning og afvikling af hele eller dele af konferencen

Herudover skal det bemærkes, at der er beslægtede uddannelsesopgaver i henholdsvis Koncern HR Fysisk arbejdsmiljø og Organisation og ledelse vedr. Arbejdsmiljøuddannelsen samt lederudvikling, som bør indgå i overvejelserne omkring samling af uddannelser.

Økonomi:

Der er et nettobasisbudget på 5,0 mio. kr. og en medarbejderstab på ca. 7 medarbejdere. Herudover er der udgifter til husleje, arbejdspladser m.v. på Olaf Palmes Allé.

Der er indtægtsdækkede aktiviteter for 6,2 mio. kr.

2 Lægelig Uddannelse

Lægelig Uddannelse varetager først og fremmest lov- og regelbundne opgaver vedrørende lægelig videreuddannelse i Videreuddannelsesregion Nord dvs. for både Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Herudover varetager kontoret i mindre omfang udviklings- og planlægningsopgaver vedrørende lægelig videreuddannelse for Region Midtjyllands hospitaler inkl. Psykiatrien og praksisområdet (især vedrørende klinisk basisuddannelse og Almen medicin uddannelsen (uddannelse af praktiserende læger). Endelig varetager og medvirker kontoret med rådgivning af hospitaler, Psykiatrien, direktionen og forskellige ledelsesfora inden for sundhedsområdet i tæt dialog med den øvrige del af Sundhedsplanlægning.

Overordnet varetages følgende opgaver:

- Opgaver i relation til Sekretariat for Det Regionale Råd for Lægers videreuddannelse såsom planlægning og organisering af den lægelige videreuddannelse inden for de rammer Sundhedsstyrelsen og bekendtgørelser samt ikke mindst et stort antal vejledninger udstikker for området. Herunder varetages sagsbehandling i et meget stort antal personsager (ca. 1000 årligt) for læger, der skal have godkendt individuelle forløb
- Opgaver vedr. ansættelsesprocedure for hoveduddannelsesforløb for speciallægeuddannelsen. Der er tale om ansvar for planlægning og gennemførelse af opslag, ansøgning, ansættelsesudvalgsmøder og indstilling af ansøgere. Der var i 2010 tale om 339 opslåede hoveduddannelsesforløb, hvoraf 252 stillinger blev besat i Videreuddannelsesregion Nord. Alle ansøgninger gennemgås mhp opfyldelse af formelle krav, og al korrespondance vedrørende ansættelsesforløb varetages af kontoret
- Opgaver vedrørende en række udviklingsprojekter. Der er tale om dels projekter startet på initiativ af hospitaler og afdelinger i Region Midtjylland eller Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, dels andre startet som fælles-regionale initiativer, hvor Lægelig Uddannelse varetager en opgave for hele landet med fælles finansiering og opgaveformulering. Følgende projekter kan nævnes: Lægens Uddannelsesbog, Evaluer.dk, Basislæge.dk, specialpsykiologuddannelsen og Akut medicin efteruddannelse. Koordinering af opgaver omkring lægelig videreuddannelse i Region Midtjylland sikres via Kontaktudvalget for den lægelige videreuddannelse, der består af repræsentanter fra hospitalernes videreuddannelsesudvalg og fra almen praksis i regionen samt fra løn- og personaleafdelinger på hospitalerne
- Øvrige opgaver varetages som en del af funktionen i Sundhedsplanlægning i forhold til strategisk rådgivning af direktion, hospitaler og politikere. Bl.a. forhold relateret til lægebemanding, lægers ansættelsesforhold, problematiske ansættelses- og uddannelsesforløb etc. gives en løbende og ret omfattende service til hospitalerne.

Økonomi:

Der er et nettobasisbudget på ca. 5,7 mio. kr., hvoraf 1,7 mio. kr. finansieres af Region Nordjylland. Der er en medarbejderstab på ca. 11 fuldtidsstillinger. Herudover er der indtægtsdæk-

kede aktiviteter for i alt ca. 1,3 mio. kr.

3 Sundhedssekretariatet (uddannelsesdelen)

Sundhedssekretariatet arbejder med opgaver indenfor de korte og mellemlange sundhedsfaglige uddannelser på grund-, efter og videreuddannelsesniveaue.

Der drejer sig om følgende:

- Opgaver vedr. planlægning og koordinering i forhold til de korte og mellemlange grunduddannelser på sundhedsområdet (i alt ca. 15 uddannelser)
- Opgaveflytning (budgetforlig, referencegruppe m.v. – i samarbejde med Koncern HR).
- Opgaver vedr. efter- og videreuddannelse og faglig udvikling generelt ift. de korte og mellemlange sundhedsuddannelser – i samarbejde med Koncern HR Efter- og Videreuddannelse.
- Etablering af radiografskole.
- Etablering af nyt udbud af sygeplejeuddannelsen i Horsens.
- Opgaver vedr. afdækning af uddannelsesaktiviteten og benchmarking på uddannelsesområdet.
- Samarbejde m.v. ift. Danske Regioner, herunder repræsentation i temagrupper om uddannelse.
- Etablering af samarbejdsfora på uddannelsesområdet ift. hospitalerne – i samarbejde med Koncern HR.
- Samarbejde med uddannelsesinstitutioner (herunder UC VIA og sosu-skolerne).
- Håndtering af strategiske udfordringer på uddannelsesområdet, f.eks. øget involvering af kommunerne i uddannelsesopgaven og vurderinger af kompetencebehovet i fremtidens sundhedsvæsen.
- Udredning vedr. rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker (i samarbejde med Koncern HR)
- Rekruttering generelt (Hvid Zone, rekruttering af indiske læger) – i samarbejde med Koncern HR.
- Kommunere og informere om uddannelsesområdet til alle dele af organisationen
- Bearbejde information og kvalitetssikre data fra f.eks. Danske Regioner
- Vurdere tendenser / strømninger og være på forkant
- Være bindeled / kommunikere mellem drift og direktion / administration

Økonomi:

Der er et basisbudget på ca. 1,5 mio. kr. og en medarbejderstab på 2,8 fuldtidsstilling inkl. andel af kontorchefens opgaver vedr. uddannelse skønnet til ca. 30 % af sin arbejdstid på området, svarende til ca. 0,2 mio. kr.

Der er ingen indtægtsdækkede aktiviteter.

4 Hospitalerne

Der er i forbindelse med udarbejdelse af spareforslaget foretaget en overordnet analyse af evt. uddannelsesafdelinger/kontorer/stabes hovedfunktioner/opgaver, økonomi og bemanning på hospitalerne.

Når der ses på hospitalernes tilbagemeldinger kan følgende bemærkes.

Alle hospitaler har en eller flere uddannelseskoordinatorer, der varetager koordineringen vedr. tilrettelæggelsen af den kliniske del af de sundhedsfaglige grunduddannelser. Det har indenfor den givne tidshorisont ikke været muligt at kortlægge dette i detaljer og dermed beskrive det nuværende ressourceforbrug til denne opgave.

For *hospitalerne i Randers, Horsens, Hospitalsenheden Vest og Århus Universitetshospital, Skejby* er der ikke nogen egentlig uddannelsesafdeling, kontor eller stabsfunktion. Der er primært tale om koordinering af og sikring af effektive uddannelsesforløb for grunduddannelser og andre uddannelsesforløb. Det er opgaver som primært er knyttet til den decentrale implementering og afvikling af uddannelsesforløb i relation til klinikken.

De relativt få medarbejdere er i flere tilfælde knyttet til de enkelte HR-afdelinger.

Der er flere enheder som anfører at midler til uddannelse er generelt placeret i de enkelte afdelinger

For *Regionshospitalet Silkeborg, Hammel Neurocenter* er der derudover et Uddannelsescenter, som udfører indtægtsdækkede undervisningsaktiviteter. Der regnes dog med en underskuds-dækning på ca. 0,5 mio. kr. årligt, som finansieres af Neurohabiliteringscentrets basisbudget.

For *hospitalerne Viborg, Skive og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus* er der etableret egentlige uddannelsesafdelinger.

- I Viborg er uddannelsesafdelingen etableret ud fra et strategisk perspektiv om, at målrette og sikre maksimal kvalitet af den decentrale uddannelsesindsats på Regionshospitalet Viborg.

På hospitalet har man samlet øremærkede (løn)midler til uddannelse i HR-afdelingen.

- På Aarhus Universitetshospital, Århus Sygehus er der en uddannelsesenhed, HR-Udvikling.¹ Der er en særlig organisering omkring varetagelsen af grunduddannelsesopgaven, og afdelingen varetager derudover et noget bredere spektrum af opgaver og opgaver som er af mere strategisk ledelsesmæssige karakter.

Der kan nævnes følgende opgaver:

- Udvikling og implementering af værdier, visioner og strategier for den strategiske ledelse
- Administrativ og procesmæssig understøttelse af centrale samarbejdsudvalg
- Uddannelsesmæssig og procesmæssig understøttelse i forbindelse med centrale tiltag som TOKS, EPJ, AKU (TULE) m.fl.
- Temadage og forandringsprocesser i afdelinger
- Konflikt håndtering
- Innovationsprocesser (f.eks. Innovationsplatform), optimering af arbejdsgange, Lean light
- Rekruttering
- Lederintroduktion, Udviklingsforløb for afdelingsledere, Udviklingsforløb for mellemledere i afdelinger (projektfinansieret/ indtægtsdækket aktivitet), Ledersparing, Lederseminarer for den strategiske ledelse og afdelingsledelser
- Introduktion for nyansatte
- Kursuskatalog
- Strategisk kompetenceudvikling
- Læringskonference
- Bachelor på spring
- Læger under videreuddannelse, 360 graders evaluering af yngre læger

¹ Det skal bemærkes, Arbejdsmiljødelen ikke er med i enhedens besvarelse.

Århus Universitetshospital bemærker, at HR-Udvikling (ekskl. Arbejdsmiljø) igennem årene, har opbygget en afdeling, som er kendt for høj faglig kompetence og loyalitet i forhold til systemet. Afdelingen er med til at skabe sammenhæng, kontinuitet og effekt i forhold til tværororganisatoriske og lokale tiltag. Herunder uddannelsesmæssig og procesmæssig understøttelse i forbindelse med lokale og centrale strategier og tiltag (EPJ, TOKS, grunduddannelser, ledelsesgrundlag m.fl.).

Det anføres endvidere, at det er afgørende, at konsulenterne er en del af hverdagen, har hospitalspuls tæt inde på livet, deltager i de strategiske drøftelser, har faglig viden om hospitalet og er der før, under og efter en proces, så forankring opnås. Organisatorisk viden opsamles, deles og anvendes systematisk så det sikres, at hospitalet arbejder i én retning.

Det samlede basisbudget i HR-Udvikling (ekskl. Arbejdsmiljø) er på 4,9 mio. kr.

Herudover er der indtægtsdækkede aktiviteter på i alt 1,3 mio. kr.

5 Psykiatri og Social - Psykiatriens Uddannelsesafdeling

Psykiatriens Uddannelsesafdeling varetager i dag nedenstående 3 funktioner.

- *Uddannelsesafdelingen*, som er en selvstændig afdeling, beliggende i Risskov. Afdelingen udbyder kurser og temadage. Derudover tilbyder uddannelsesafdelingen at designe specielt tilpassede forløb rette mod den konkrete arbejdsplads. Målgruppen er dels Region Midtjylland, dels andre regioner, kommuner i ind- og udland (sidstnævnte da uddannelsesafdelingen har fået midler til en del EU-projekter). Over halvdelen af aktiviteten i uddannelsesafdelingen er knyttet til aktiviteter, der ligger uden for Region Midtjylland.
- *Specialuddannelsen for psykiatrisk Sygepleje*. I samarbejde med Region Nordjylland varetages driften af specialuddannelsen for psykiatrisk sygepleje. Funktionen varetages af en uddannelseskoordinator og ½ sekretærstilling. Personerne er fysik placeret i en afdeling i administrationen i Psykiatri og Social. Udgiften til uddannelseskoordinator og ½ sekretærstilling dækkes af kursusudgiften. Uddannelsen er placeret i Viborg..
- Opgaver ift. *grunddannelserne* m.m. I lighed med de øvrige hospitaler har psykiatri og social en række driftsopgaver i forhold til sikring af koordinering og sikring af effektive uddannelsesforløb for grunduddannelser mm. Herunder også pædagoguddannelsen som primært er rettet mod socialområdet. Det er opgaver som er knyttet til den decentrale implementering og afvikling af uddannelsesforløb i relation til klinikken – f. eks. fordeling af praktikpladser. Funktionen er placeret i en enhed i administrationen.

Økonomi:

Der er et basisbudget i uddannelsesafdelingen på 3,0 mio. kr. Ca. halvdelen er en forfinansiering i forhold til afholdelse primært af konflikthåndteringskurser. Den resterende del anvendes til honorering af leder samt administrativt personale.

Der er indtægtsdækkede aktiviteter for ca. 15 mio. kr. i forhold til uddannelsesafdelingen. De indtægtsdækkede aktiviteter vedr. Specialuddannelsen for psykiatrisk Sygepleje udgør ca. 0,8 mio. kr.

1. Forslag nr.:	8
2. Spareforslag overskrift:	Vurdering af, om der vil være gevinster ved at samle visse planlægnings- og stabsopgaver vedrørende psykiatri sammen med planlægnings- og stabsopgaver vedrørende somatisk sundhed i Sundhedsplanlægning.
3. Dato:	6. januar 2011

4. Beskrivelse af spareforslaget

4.1 Indledning

Arbejdsgruppen har haft som formål at vurdere, om der vil være gevinster ved at samle visse planlægnings- og stabsopgaver vedrørende psykiatri sammen med planlægnings- og stabsopgaver vedrørende somatisk sundhed i Sundhedsplanlægning.

Der er ikke fastsat sparemål for dette forslag.

4.2 Udgangspunkt for forslaget (kort beskrivelse af den nuværende opgavevaretagelse, nye økonomiske rammer, personaleforhold m.v.)

Psykiatri og Social er en selvstændig driftsenhed på linje med de somatiske hospitaler. Psykiatri og Social er organiseret i en centerstruktur på det sociale område samt en afdelingsstruktur inden for behandlingspsykiatrien. Til at understøtte ledelsesniveauerne er der etableret en fælles administration, som varetager opgaver inden for HR, information og kommunikation, juridiske forhold, planlægning og udvikling samt økonomi og kvalitetsarbejde. Endvidere løser administrationen visse stabsopgaver for koncerndirektøren. Følgende opgaver med relation til Psykiatri og Social løses andre steder i organisationen:

- Koncernøkonomi: Anlægsopgaver, InfoRM og visse økonomiopgaver
- Regionalt Sundhedssamarbejde: Sundhedsaftaler på det psykiatriske område
- Sundhedsplanlægning: Lægelig videreuddannelse, herunder koordinering af specialpsykologuddannelsen*
- Regionssekretariatet: Tilsyn med regionens egne institutioner, sekretariatsfunktion for dialogmøder, betjening af kontaktudvalg, borger- og politikerhenvendelser, visse klagesager, herunder kontakt til det psykiatriske patientklagenævn samt visse stabsopgaver for koncerndirektøren.

* Opgaven vedrørende specialpsykologuddannelsen løses for alle regioner, og der tilføres derfor særskilte midler hertil fra alle regioner.

Ved den nuværende organisering er der lagt vægt på at se Psykiatri og Social som "det 8. hospital" i Region Midtjylland. Der har været lagt vægt på at se hele området som en samlet enhed, der løser alle driftsopgaver og stort set alle planlægningsopgaver for hele det psykiatriske og det sociale område. I forhold til planlægningsopgaverne har det betydet, at administrationsafdelingen har løst de samme opgaver for psykiatri og socialområdet, og at der har været en og samme indgang til området, både når det gælder opgaver med relation til psykiatri og med relation til det sociale område. En undtagelse herfor er de opgaver, der, som nævnt ovenfor, løses i andre afdelinger i samspil med administrationsafdelingen i Psykiatri og Social.

4.3 Kort beskrivelse af den nye organisering og ændrede opgavevaretagelse (aktivitet)

Der foretages følgende justeringer i fordeling af stabsopgaver inden for Psykiatri og Social

Sundhedsplanlægning løser fremover følgende opgaver:

- Produktion af dagsordener til forretningsudvalget og regionsrådet
- Psykiatriplanarbejde

- Henvendelser fra borgere og politikere, der primært retter sig mod plangrundlag eller opgavevaretagelse, og hvor der ikke er tale om klager inden for patientombuddet

Regionssekretariatet løser fremover følgende opgaver:

- Klagesager på alle områder (incl. socialområdet) samt koordinering i forhold til patientombuddet
- Sekretariatsbetjening af de to kontaktudvalg og sundhedsbrugerrådet (sidstnævnte sekretariatsbetjenes pt. af Patientkontoret)

Endvidere fastholdes det, at Regionssekretariatet fortsat løser opgaver vedrørende de rådgivende udvalg og vedrørende tilsynet med de sociale institutioner.

Arbejdsgruppen foreslår, at dialogmøder med psykiatri- og socialledelsen indtænkes i samme rammer, som de øvrige dialogmøder i organisationen, bl.a. kan den skabelon, der anvendes ved dialogmøderne med hospitalerne, inspirere til en videreudvikling af dialogmøderne med psykiatri- og socialledelsen.

Arbejdsgruppen foreslår, at sekretariatsbetjening af de midlertidige udvalg aftales ad hoc.

Arbejdsgruppen gør opmærksom på, at der skal tages stilling til repræsentation ved psykiatridirektørmøderne samt ved det rådgivende udvalg vedr. psykiatri og social.

Arbejdsgruppen foreslår i forlængelse heraf, at forberedelse af direktørmøder i Danske Regioner samtænkes med den øvrige forberedelse af direktionens møder i Danske Regioner.

4.4 Udestående opgaver for implementering af forslaget

Forslaget kan umiddelbart gennemføres. Det er aftalt, at der skal være et tæt samarbejde mellem de involverede afdelinger, således at de nøjagtige snit i opgaveløsningen ret hurtigt findes. For så vidt angår psykiatridirektørmøder i Danske Regioner skal det konkret afklares, hvilken arbejdsdeling, der skal være mellem Regionssekretariatet og Sundhedsplanlægning, jævnfør ovenfor.

5. Faglige argumenter for spareforslaget

Drøftelserne i arbejdsgruppen har taget udgangspunkt i følgende temaer:

- Somatik-psykiatri: Fælles berøringsflader vedrørende strategisk, faglig og fysisk planlægning skal styrkes
- Drift-strategi/politikerbetjening: Psykiatrien er som udgangspunkt det 8. hospital
- Opgaver placeres som udgangspunkt ensartet på tværs af psykiatri og somatik
- Der vil fortsat – med psykiatrien som én regionsdækkende psykiatriorganisation – være behov for, at administrationen i psykiatriområdet i visse situationer bidrager til de strategiske overvejelser og beslutningsoplæg vedrørende psykiatrien samt bidrager med konkret faglighed. Forslaget til konsekvenser for økonomien afspejler dette.

I drøftelserne er indgået erfaringer fra den nuværende organisering og overvejelser om den fremtidige udvikling inden for somatikken, psykiatrien og det sociale område. Der er enighed om, at der skal indtænkes sammenhæng på tværs af organisationen, således at de samlede stabsopgaver på sundhedsområdet i størst muligt omfang understøtter både somatik og psykiatri.

I forslaget er der på denne baggrund taget udgangspunkt i en koncerntankegang, hvor Regionssekretariatet løser opgaver, der primært retter sig mod den praktiske betjening af det politiske niveau, direktionen og det juridiske område, mens Sundhedsplanlægning løser opgaver, der primært retter sig mod plangrundlaget og det sundhedsfaglige indhold.

6. Konsekvenser for politisk godkendte servicemål, service for regionsråd, samarbejdspartnere og evt. borgere

Der forventes ikke konsekvenser for dette.

7. Personalemæssige konsekvenser, herunder:

Det er afgørende, at der på kort sigt bliver klarhed over den præcise opgavefordeling på området, ligesom det er afgørende, at eventuelt dobbeltarbejde minimeres, og som udgangspunkt kun forekommer, hvor der skal være "armslængde" mellem sagsbehandling og faktisk oplysning af en sag. Det kræver, at der ledelsesmæssigt i alle afdelinger tages ejerskab til opgaverne.

7.1. Ledelsesniveauet

Arbejdsgruppen gør opmærksom på, at en ny struktur og opgavefordeling efter gruppens opfattelse nødvendiggør en overvejelse om tilførsel af ledelsesmæssig ressource til Sundhedsplanlægning svarende til en ekstra kontorchefstilling. Afdelingen får en nøglerolle i implementeringen af den samlede omstillingsplan og tilføres desuden på kort sigt en række nye opgaver, samtidig med at en tidligere udløst kontorchefstilling aldrig er blevet besat. En ledelsesmæssig forstærkning anses for særdeles hensigtsmæssig i denne situation og vil kunne medvirke til en styrket opgaveløsning, herunder en sikring af ligeværdig håndtering af det somatiske og det psykiatriske område i afdelingen, herunder også i forhold til betjening af det politiske system. Der er ikke i nedenstående forslag til økonomi for forslaget som udgangspunkt medtaget økonomi til finansiering af en yderligere kontorchefstilling i afdelingen, idet der er afsat midler hertil i afdelingen.

7.2 Medarbejdere

Der foreslås overført 2 medarbejdere til Sundhedsplanlægning. Gruppen påpeger, at det er en forudsætning for at overføre relevant viden til afdelingen, at disse medarbejdere overføres fra den nuværende administrationsafdeling i psykiatri og socialområdet.

8. Har spareforslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre dele af organisationen, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og fremover.

Arbejdsgruppen er af den opfattelse, at samling af visse stabs- og planlægningsopgaver på psykiatriområdet i afdelingen for Sundhedsplanlægning ikke umiddelbart giver mulighed for økonomiske effektiviseringsgevinster. Gevinsterne ved forslaget er således af organisatorisk karakter.

9. Forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt (mio. kr.)

	2011	2012	Varigt
Besparelse for enheder:			
Psykiatri og Social		-1	-1
Sundhedsplanlægning		1	1
I alt		0	0
Evt. afledte merudgifter	0		
Nettobesparelse i alt		0	0
Ny budgetramme for ny enhed			

Notat

**Tema nr. 12, forslag nr. 9
(version 3)**



Dato 06.01.2011

Carsten Tinggaard Nielsen

Tel. +45 8728 5410

carnie@rm.dk

Notat vedr. konsolidering og samling af dataansvar

1. Indledning

I forbindelse med udarbejdelsen af plan til Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland er der på det administrative område nedsat en arbejdsgruppe, som har til opgave at se på en samling af dataansvar fra henholdsvis Sundhedsplanlægning, Kvalitets- og Sundhedsdata samt Koncernøkonomi. Endvidere skulle der om muligt identificeres et sparepotentiale.

Side 1

Arbejdsgruppens fokus er dataanvendelsen på sundhedsområdet og det brede spektrum af data, som skal anvendes til at følge op på regionens ledelses- og styringsgrundlag. Dvs. data vedr. kvalitet, økonomi, aktivitet, personale m.v. Parallelt hermed har Koncernøkonomi ligeledes opgaver vedr. data på området for Regional Udvikling og Socialområdet.

Udgangspunktet for arbejdet har været et kommissorium der beskriver følgende:

Data er en helt nødvendig forudsætning for monitorering af indsatsen i Region Midtjylland. Der produceres og præsenteres data vedrørende stort set alle dele af regionens virksomhed og disse data er genstand for drøftelse i driftsledelsesmæssige og politiske fora.

Der er en central kilde til data i regionen, nemlig InfoRM, men der er flere væsentlige dataleverandører/ansvarlige.

Der skal specifikt ses på:

- Hvordan data tilvejebringes og hvorledes præsentation af data kan effektiviseres på tværs af følgende eksisterende funktioner: sundhedsplanlægning, kvalitet og sundhedsdata og koncernøkonomi.

- Kan der I den sammenhæng identificeres effektiviserings- muligheder ved en mere koordineret indsats, og
- Der skal foreslås en fremtidig ledelsesmæssig forankring i et kontor. Herunder skal relationer til andre funktioner belyses, idet en ny organisering kan medføre nye snitflader.

Der har ikke været sat et konkret sparemål for området.

2. Forslag til ny organisering og styrkelse af dataproduktion og anvendelse i InfoRM

På baggrund af arbejdsgruppens drøftelser, vil der i det efterfølgende blive forelagt nogle forslag og fokuspunkter for at styrke dataproduktionen i Region Midtjylland samt anvendelsen af InfoRM, som regionens ledelsesinformationssystem.

Det vurderes at en styrkelse af dataproduktion og anvendelse, vil være af vital betydning for at kunne gennemføre bl.a. planen for Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland.

2.1 Strategisk anvendelse af data i koncernen

Udgangspunktet er, at der fremover skal sikres et fælles koncept for opfølgning på ledelses- og styringsgrundlaget igennem et ledelsesoverblik – Dash Board suppleret med specifikke rapporteringer.

Ledelsesoverblikkets styringsparametre fastlægges, som en fælles koncerndækkede standard der anvendes løbende og i forbindelse med dialogmøder. Standarden aftales i Strategisk Sundhedsledelsesforum.

Herudover vil administrationen løbende foretage konkrete analyser på specifikke områder eller i forhold til specifikke driftsenheder. Administrationen vil på baggrund heraf tage nødvendige initiativer og /eller præsentere resultaterne for den eller de relevante driftsenheder på dialogmøderne. På baggrund heraf, vil der blive kunne aftales konkrete handlinger i relation hertil.

2.2 Data og dataansvarlige

I forbindelse med produktion af data til ledelsesinformationssystemet, InfoRM, varetager InfoRM projektet den daglige drift og udvikling. Men ansvaret for data, datadefinition og kvalitet er hos de dataansvarlige – systemejerne.

De dataansvarlige har – og sikrer fagligt kendskab til dataområdet og er ekspert i det pågældende system (ekspertsystem også benævnt fødesystemer). Derudover skal de dataansvarlige sikre overholdelse af gældende lovgivning, identifikation af rapporteringsbehov herunder datadefinitioner, dokumentation af løsning, præsentation af, support og undervisning i løsning, kontakt til leverandør af ekspertsystemet, således der sikres løbende stabile og korrekte dataleverancer samt test og løbende afstemning af systemet.

Det er helt centralt, at de dataansvarlige til de respektive ekspertsystemer sikre ovenstående. Det er således centralt at der er valide data og de er tilgængelige for koncernledelsen og ikke mindst driftsledelserne og andre medarbejdere i regionen, således at det er muligt at monitorere indsatsen i regionen.

2.3 Ny Dataansvarsgruppe

For at sikre, at data genereres korrekt til InfoRM, etableres der, for at styrke validiteten og kvaliteten af data en dataansvarsgruppe. Dataansvarsgruppen følger løbende, hvorledes produktionen af data til ledelsesinformationssystemet forløber, hvilke trusler der kan være samt hvilket fokus der skal være fremover på kort og mellemlang sigt i forhold til dataproduktion og monitorering.

Det overordnede ansvar vedr. koordinering, produktion og udvikling af data placeres i Koncernøkonomi.

Det skal dog understreges, at systemejerne på de forskellige systemer/ekspertsystemer, fortsat har ansvaret for validering af data ved overførsel til InfoRM jf. ovenfor.

Dataansvarsgruppen består af følgende:

- Vicedirektøren med ansvar for Koncernøkonomi, formand
- Afdelingschefen i Sundhedsplanlægning
- Afdelingschefen i Kvalitet og Sundhedsdata
- Afdelingschefen i Koncern HR med ansvar for løn
- Afdelingschefen i Primær Sundhed
- Kontorchefen med ansvar for InfoRM
- Sekretær, projektleder vedr. InfoRM

Dataansvarsgruppen kan supplere sig ad hoc, hvis der er behov herfor.

Efter nedsættelse af Dataansvarsgruppen, vil formanden bede de centrale enheder i gruppen, lave en nærmere beskrivelse af hvad de ser som deres mission, vision og opgaver. På baggrund heraf vil Dataansvarsgruppen identificere evt. snitflader og tage afsæt i at få formuleret et fælles grundlag for produktion af valide og sikre data i Region Midtjylland.

Succeskriteriet for Dataansvarsgruppen er følgende:

- Der skal sikres så valide data, at der ikke fremover i forbindelse med dialogen mellem forskellige ledelsesniveauer eller på samme afdelingsniveau, bruges kræfter på at diskutere data
- Der skal udarbejdes et koncerndækkende ledelsesoverblik – Dash Board – som opstiller de styringsparametre/nøgletal, som der skal følges op på i relation til regionens ledelses- og styringsgrundlag.
- Der skal herved ske en effektivisering af dialogmøderne
- Der skal 2-3 gange årligt ske en opfølgning i dataansvarsgruppen/systemejerne på, om data er relevante

Dataansvarsgruppen følger op på ovenstående succeskriterier årligt.

2.4 Ledelsesoverblik – Dash Board

Der skal arbejdes med at udforme et ledelsesoverblik – et Dash Board.

Ledelsesoverblikket skal være et fælles koncept for hele organisationen, som skal indeholde helt centrale styringsdata omkring økonomi, personale, aktivitet, kvalitetsdata m.v. Der er tale om en form for standardrapport for regionen og for de enkelte enheder (hospitaller m.v.).

Der skal laves en nærmere beskrivelse af, hvorledes ledelsesoverblikket skal udformes. Det skal anvendes dels overfor direktionen i forbindelse med en månedlig afrapportering, dels i forbindelse med dialogmøder. Det er således hensigten, at ledelsesoverblikket fremover skal være udgangspunktet for dialogmøderne. Administrationen og driftsledelserne generere data via ledelsesoverblikket i InfoRM, som dermed forudsættes at være fælles genkendelige data for administrationen og driftsledelserne m.v.

Et væsentligt biprodukt herved er, at motivere organisationen til at anvende det fælles ledelsesinformationssystem InfoRM noget mere, og derved skabe et fælles grundlag for dialog og styring i regionen.

Der skal laves en procesplan for udarbejdelse af et ledelsesoverblik. Der udarbejdes en skitse for proces og ledelsesoverblik snarest muligt. Herved skitseres de helt overordnede rammer for udarbejdelse af et samlet ledelsesoverblik. Der vil være tale om et kommissorium.

Den nærmere udformning udarbejdes på baggrund af kommissoriet inden den 1. april 2011. Udarbejdelsen sker i et tæt samarbejde mellem afdelingslederne i henholdsvis Koncernøkonomi, Sundhedsplanlægning og Kvalitet og Sundhedsdata.

Ansvarlig for udarbejdelse af en nærmere procesplan m.v. ligger i Koncernøkonomi.

Forslaget vedr. ledelsesoverblik – Dash board forelægges først direktionen og efterfølgende Strategisk Sundhedsledelsesforum.

2.5 Specifikke rapporteringer – fokusområder

Som et væsentligt supplement til ledelsesoverblikket, skal der udarbejdes nogle mere specifikke rapporteringer. Det er rapporteringer på områder, der ønskes fulgt og observeret nøjere kontinuerligt eller ad-hoc.

Det kan bl.a. være nødvendigt for, at kunne følge implementeringen af forskellige områder i omstillingsplanen, specialeplanen, akutplanen, samhandel med regioner, anvendelse af privathospitaler osv.

De specifikke rapporteringer kan ligeledes være med til at understøtte planlægningen i regionen.

Det skal understreges, at der er etableret en bestillerfunktion i forhold til udvikling af specifikke rapporteringer. Bestillere kan være budgetansvarlige enheder eller koncernledelsen. Udviklingen prioriteres dels indenfor de afsatte InfoRM udviklingsmidler eller dels via medfinansiering fra driftsenheder, stabe m.v.

3. Data og analyser set i relation til den øvrige del af organisationen

Arbejdsgruppen har identificeret, at der i den øvrige del af organisationen, kan være enheder der kan bidrage til at finde og analysere specifikke data, som kan være af stor værdi i forhold til bl.a. sundhedsplanlægningen.

Der forventes herved, at kunne skabes synergier og effektiviseringer. Herudover giver det mulighed for at samkøre registre, og dermed opnå ny viden i en planlægningsmæssig sammenhæng.

Der bør således sættes fokus på at udnytte de ressourcer og potentialer der er i regionen.

Det drejer sig bl.a. om følgende områder/enheder:

- Kroniker data
- Center for Folkesundhed
- KEA (Klinisk Epidemiologisk Afdeling på Aarhus Universitet) (Enheden har allerede tilkendegivet, at de meget gerne vil deltage)

4. Økonomi

Der er ikke opstillet et egentligt sparemål for området.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at det ikke er hensigtsmæssigt, at gennemføre besparelser på området for data og ledelsesinformation.

Tværtimod er det arbejdsgruppens vurdering, at det er uklogt, idet generering af data og ledelsesinformation vil være helt centrale elementer i at kunne gennemføre planen Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland samt at kunne følge, styre og agere i forhold til udviklingen på centrale indsatsområder. Det er ligeledes en væsentlig forudsætning for at kunne træffe bedre beslutninger og gennemføre besparelser i administrationen, at der udvikles bedre værktøjer.

5. Understøttelse af dataanvendelse ved udvikling af kompetencer indenfor InfoRM og SAS

Der skal tages initiativer til, at der i hele organisationen udvikles arbejdsrutiner og en kultur der understøtter en mere strategisk anvendelse af data igennem anvendelsen af InfoRM. Her spiller de personalemæssige ressourcer en meget stor rolle. Der skal således arbejdes på, at iværksætte en bred kompetenceudvikling af medarbejderne i brugen af data og InfoRM.

Allerede i dag udbydes der uddannelse i InfoRM og SAS. Men der skal ske en styrket indsats som skal sikre en integreret kompetenceudvikling via introduktionsprogrammer for nye medarbejdere, kursuspakker og ikke mindst ved daglig anvendelse af InfoRM.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at øgede interne SAS-ressourcer (personaleressourcer), vil være ønskelig for kontinuerligt at vedligeholde og udvikle området. Det vurderes ligeledes, at det vil være økonomisk fordelagtigt at in-source denne opgave mere.

Succeskriteriet er følgende:

- Der skal igennem alle dele af arbejdsprocesserne, ske en øget og mere systematisk anvendelse af InfoRM i relation til analyser, monitorering og afrapportering på alle relevante niveauer i organisationen.
- Der skal opstilles en plan herfor inden den 1.6.2011

1. Forslag nr.:	Tema nr. 12, forslag 10
2. Spareforslag overskrift:	Fysisk arbejdsmiljø
3. Dato:	6. januar 2011

4. Beskrivelse af spareforslaget

4.1 Indledning:

Spareforslaget beskæftiger sig med alle arbejdsområder indenfor aktiviteter i Koncern HR, Fysisk arbejdsmiljø.

Der er i forhold til planen "Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland" fastsat en foreløbig samlet besparelse i 2011 på 0,4 mio. kr. i 2011 og 1,0. mio. kr. i 2012 og fremover på området.

Der er set på og lavet beskrivelse af lovpligtige opgaver og andre opgaver indenfor det fysiske arbejdsmiljøområde ved at lave en udredning af opgaveområderne i dag, såvel de lovbundne, de koncernunderstøttende, de driftsnære opgaver samt opgaver der løses på nationalt plan. Herudover er der set på omfanget af den indtægtsdækkede aktivitet.

Herudover er det set på, hvorledes det fremtidige fysiske arbejdsmiljø arbejde kan organiseres og hvilke opgaver der må nedprioriteres under hensyntagen til at der arbejdes efter opfyldelse af de strategiske mål for området under hensyntagen til at opnå den størst mulige effekt på driftsenhederne. Det vil ligeledes få betydning for organisering af og prioritering af opgaverne indenfor det psykiske arbejdsmiljø, hvilket ikke er medtaget i forslaget.

4.2 Udgangspunkt for forslaget (kort beskrivelse af den nuværende opgavevaretagelse, nye økonomiske rammer, personaleforhold m.v.)

I nedenstående tabel 1 fremgår en oversigt over områdets økonomi.

Tabel 1: Tabel 1: Oversigt over enhedernes økonomi

Samlet økonomi mio. kr. (2011-P/L)	Fysisk arbejdsmiljø
Nettobasisbudget jf. budget 2011	8,562
Indtægtsdækket aktivitet	4,800
I alt	13,362
Personalenormering, fuldtidsstillinger	
Basisbudget 2011	13,5
Indtægtsdækket aktivitet	10,2

Nettobasisbudgettet er inden gennemførelse af besparelser jf. Budgetforlig samt yderligere besparelser som følge af "Omstillingsplan til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland".

Koncernen, ledelses- og MEDsystem betjenes vedrørende arbejdsmiljøspørgsmål.

Koncern HR, Fysisk Arbejdsmiljø har en koordinerende og understøttende rolle i forhold til Region Midtjyllands samlede arbejdsmiljøindsats i henhold til Region Midtjyllands MED- og Arbejdsmiljøaftale samt Arbejdsmiljøloven.

Koncern HR, Fysisk Arbejdsmiljø fungerer som videnscenter på arbejdsmiljøområdet og skaber bl.a. via arbejdsmiljøreddegørelse, overvågning af påbud og antal af anmeldelser af ulykker og arbejdsbetingede lidelser et overblik over, hvor der er behov for at styrke

arbejdsmiljøindsatsen med henblik på en mere strategisk, effektorienteret og målrettet indsats.

Koncern HR, Fysisk Arbejdsmiljø har endvidere en konsulentfunktion som arbejdsmiljørådgiver og arbejdsmiljøunderviser overfor driftsenhederne. Alle HMU enheder har en pulje forfinancierede rådgivningstimer fordelt efter antallet af ansatte, som kan anvendes af den lokale arbejdsmiljøorganisation til at understøtte deres arbejdsmiljøarbejde. Der udarbejdes en årsplan efter aftale med ledelsessystemet for anvendelsen af arbejdsmiljøtimerne. Alle hospitalsenhederne anvender en del af deres arbejdsmiljøtimer til en fast ergonomisk konsulentordning, der sikrer let adgang til ergonomirådgivning lokalt. Arbejdsmiljøkoordinatoren (tidligere daglig sikkerhedsleder) koordinerer den løbende drift af de forfinancierede timer lokalt.

Nye økonomiske nøgletal bekræfter, at dårligt arbejdsmiljø er en dyr, men ofte skjult økonomisk faktor. Igangværende udredning, der er led i ulykkesindsatsen i Region Midtjylland viser p.t. nogle tal for 2009: De 2045 ulykker der skete i 2009 har givet Region Midtjylland en samlet udgift på ca. 57.5 mio. kr. som et forsigtigt skøn. Det reelle beløb er formentlig større. Her til kommer udgifter til løbende erstatning fra ulykker, på ca. 20 mio. kr. og en p.t. ikke kendt udgift til arbejdsbetingede lidelser og nedslidning. Organisationens væsentligste arbejdsmiljøproblemer er udpeget på baggrund af redegørelsesarbejdet, og der er udpeget strategiske fokusområder for arbejdsmiljøarbejdet (inkl. Det psykiske arbejdsmiljø). Det er besluttet, at disse revurderes hvert andet år.

Fokusområderne for 2011-2012 er Ulykkesforebyggelse, Ergonomi samt Sundhed og trivsel.

Det fremtidige arbejdsmiljøarbejde skal understøtte at den samlede effekt af arbejdsmiljøindsatsen i Region Midtjylland ikke forringes – men ideelt set bliver mere fokuseret og effektorienteret.

4.3 Kort beskrivelse af den nye organisering og ændrede opgavevaretagelse (aktivitet)

Sparekravet på 1,0 mio. kr. opfyldes ved, at reducere Fysisk arbejdsmiljø med 1 årsværk på det administrative område og 1 årsværk fortrinsvis ved at omlægge samarbejdet med driftsenhederne og administrationen, således at driftsområderne fortsat får adgang til rådgivning, men med mere fokus på effekt og de strategiske pejlemærker indenfor arbejdsmiljøarbejdet.

Det er forudsat at øvrige finansieringskilder fortsætter uændret, dog er der opmærksomhed omkring at den samlede "Omstillingsplan til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland" vil kunne påvirke de internt indtægtsdækkede aktiviteter.

Der er p.t. 13,5 årsværk i basisbevillingen til løsning af centralt organiserede arbejdsmiljøopgaver jf. bilag 1. Den kommende besparelse sker ved en reduktion af de nuværende 13,5 årsværk med 2 årsværk. De øvrige finansieringskilder udenfor basisbevillingen forudsættes her uændret.

Nedenfor er beskrevet et forslag til, hvordan en reduktion med 2 årsværk kan effektueres i praksis:

- *Forslag til besparelse, ca. 1/4 årsværk:* Funktionen på vegne af samtlige regioner i Danmark, med repræsentation i BAR SOSU ophører.

- *Forslag til besparelse, ca. ½ årsværk:* Der gennemføres en forenklet administration mellem driftsenhederne og afdelingen. De koncernbærende arbejdsmiljøtimer på det fysiske arbejdsmiljø område og HMU-områdernes forfinansierede timer samles i én arbejdsmiljøpulje, der administreres af Koncern HR, Fysisk Arbejdsmiljø.
- *Forslag til besparelse, ca. ¼ årsværk:* der laves en forenkling af arbejdet med arbejdsmiljøredegørelsen.
- *Forslag til besparelse 1 årsværk:* Ressourcerne i den fælles arbejdsmiljøpulje skal især understøtte en effektorienteret arbejdsmiljøindsats "i marken", med fortsat fokus på forenkling og effektivisering af administrationen af det systematiske arbejdsmiljøarbejde i hele Region Midtjylland.

Der gennemføres en årlig drøftelse af de strategiske arbejdsmiljøudfordringer (incl. Udfordringerne på det psykiske arbejdsmiljøområde) i ledelsessystemet samt på HMU-niveau. Der udarbejdes en årsplan for arbejdsmiljøarbejdet i samarbejde med ledelsessystemet med henblik på at identificere relevante fælles indsatsområder.

HMU-områdernes forfinansierede timer administreres med henblik på at understøtte gennemførelse af årsplaner samt ad hoc efter behov, således at der fortsat kan gennemføres løbende arbejdsmiljørådgivning, men efter konkret vurdering af Koncern HR i samarbejde med de lokale Arbejdsmiljøkoordinatorer med de strategiske udviklingsområder som primære pejlemærker.

Samtlige opgaver i bilag 1 fortsættes. Undtaget er dog repræsentationen i BAR SOSU.

Der er fortsat 1 kontorchef i afdelingen.

4.3 Udestående opgaver for implementering af forslaget

Ændringerne implementeres løbende hen over 2011 i en tæt dialog med ledelsessystemet herunder driftsenhedernes HR-chefer.

5. Faglige argumenter for spareforslaget

Der vil ske en prioritering af ressourcerne og der vil blive sat ind på enheder og områder, hvor der er størst behov set ud fra de opsatte strategiske udviklingsområder. Der vil blive skabt større fokus på at anvende timerne til at understøtte de strategiske fokusområder. Rådgivningen vil på baggrund af ad hoc forespørgsler blive vurderet og prioriteret ud fra behov i forhold til overholdelse af lovgivning samt den forventede effekt.

6. Konsekvenser for politisk godkendte servicemål, service for regionsråd, samarbejdspartnere og evt. borgere

Det er vurderingen, at forslaget vil betyde serviceforringelser. Men i modellen er det forsøgt imødegået ved at omlægge måden de forfinansierede timer bruges på - således at de bliver mere strategisk vurderet - og således at nogle af de tværgående timer bliver mere driftsorienterede bl.a. ved at give de forfinansierede timer en mere tværgående projektkarakter.

Det vurderes derfor at reduktionen af mængden af timer/service ikke vil opleves som reduceret eller manglende service - men at omlægningen vil ske med mere fokus på de strategiske fokusområder og effekt.

Det bliver således en konkret vurdering i samspil med driftsenhederne, der afgør, om en opgave skal/kan løses med konsulenthjælp indenfor de ressourcer der er til rådighed

(forfinansieret tid), eller eventuelt ses ind i et mere tværgående perspektiv. Der vil i et vist omfang, blive stillet større krav til arbejdsmiljøgrupperne inden de igangsætter en arbejdsmiljøopgave.

Organisering af og prioritering af opgaverne indenfor det psykiske arbejdsmiljø vil blive rettet til som en konsekvens af nærværende forslag. De direkte besparelser på dette område er medtaget i spareforslag nr. 2.

7. Personalemæssige konsekvenser, herunder:

7.1. Ledelsesniveauet

Ingen konsekvenser

7.2 Medarbejdere

Der sker en reduktion på i alt 2,0 fuldtidsstillinger.

8. Har spareforslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre dele af organisationen, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og fremover.

Spareforslaget har fokus på forenkling og effektivisering af administrationen af timer og indsatser. Der vil således fremover blive gennemført rådgivning på næsten samme aggregerede niveau, men efter årsplaner i dialog med ledelsessystemet og ad hoc ved konkret vurdering af Koncern HR i samarbejde med de lokale Arbejdsmiljøkoordinatorer. Det vil ske med udgangspunkt i de opsatte strategiske udviklingsområder, som de primære pejlemærker.

Det betyder, at der sker en specifik prioritering efter behov. Nogle år vil den enkelte enhed blive prioriteret højere end andre år. Koncern HR, Fysisk Arbejdsmiljø vil følge omfanget af rådgivning på de enkelte enheder og vil løbende lave redegørelse herom.

9. Forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt

På baggrund af ovenstående vil økonomien for den nye enhed blive fastlagt jf. nedenstående tabel 2.

Tabel 2: Oversigt over økonomi

mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Samlet nettobasis budget jf. budget 2011	8,562	8,562	8,562
Besparelse jf. budgetforlig, Effektiv administration m.v.	-0,387	-0,508	-0,508
Besparelse jf. Omstillingsplan, samlet	-0,400	-1,000	-1,000
Evt. afledte merudgifter	0,000	0,000	0,000
Nettobesparelse i alt	-0,787	-1,508	-1,508
Ny basisbudgetramme for ny enhed	7,775	7,054	7,054

Besparelsen gennemføres ved, at forenkling og effektivisering af de administrative funktioner omkring arbejdsmiljøarbejdet. Driftsenhederne vil samlet set få leveret et mindre antal timer – og der foretages, jf. ovenstående, en mere specifik prioritering ud fra de strategiske mål og behovet på de enkelte driftsenheder.

Bilag 1

Udredning af lovpligtige og ikke-lovpligtige opgaver, Koncern HR, Fysisk Arbejdsmiljø

Nedenstående opgørelse viser aktiviteter og ressourcefordeling til disse pr. 1. januar 2011 – med de første besparelser fra 2010 indregnet. I forhold til personaleopgørelsen er der tale om et skøn for de enkelte opgaver på et givet tidspunkt, hvorfor der således ikke er fuld overensstemmelse med spareforslagets tabel 2.

De aktuelle besparelser i forhold til gruppe 10 er ikke indregnet.

1. Lovpligtige opgaver:

Koncern HR, Fysisk Arbejdsmiljø udfører en række opgaver som er lovpligtige i forhold til bl.a. Arbejdstilsynets Bekendtgørelse nr. 1181 om Sikkerhed og sundhed.

Emne	Lov/aftale	Ressourcer
1.01: Obligatorisk arbejdsmiljøuddannelse	Arbejdstilsynets Bekendtgørelse nr. 1181 om samarbejde om sikkerhed og sundhed, §34	1,75 årsværk
1.02: Sikkerhedsrådgivning indenfor transport af farligt gods	Færdselsstyrelsens Bekendtgørelse nr. 665 om sikkerhedsrådgivere for transport af farligt gods	0,5 årsværk
1.03: Valg til arbejdsmiljøorganisationen	Bekendtgørelse nr. 1181 om samarbejde om sikkerhed og sundhed	0,1 årsværk
1.04: Tilbud om helbreds kontrol ved natarbejde	Hjemlet i partssamarbejdet, og deraf implementeret i de enkelte overenskomster, og dels (for de personer der ikke er omfattet af en overenskomst) i Lovbekendtgørelse 2004-08-24 nr. 896, om gennemførelse af dele af arbejdsdirektivet	0,75 årsværk
1.05: Vedligeholdelse af elektronisk anmeldesystem til arbejdsskader – EASY	Arbejdstilsynets Bekendtgørelse 615	0,25 årsværk
1.06: Arbejdspladsvurdering, via eAPV	Arbejdstilsynets Bekendtgørelse nr. 559 om arbejdets udførelse	1,7 årsværk
1.07: Arbejdsmiljøaftale/Aftale om organisering af samarbejdet om sikkerhed og sundhed	Arbejdstilsynets Bekendtgørelsen nr. 1181 om samarbejde om sikkerhed og sundhed, §20	0,5 årsværk
1.08: MED-uddannelse	§19 i MED-aftalen	0,25 årsværk
1.09: Reduktion af antallet af arbejdsulykker	Beskæftigelsesministeriet har i 2009 udpeget arbejdsulykker som et indsatsområde. Indsatsen er målrettet virksomheder med mere end 100 arbejdsulykker årligt.	0,50 årsværk til koordinering af indsatserne. 2 årsværk til arbejde med at udvikle og udmønte de enkelte indsatser
1.10: Koordinering af påbud fra Arbejdstilsynet	Region Midtjylland betragtes af Arbejdstilsynet som én virksomhed,	0,25 årsværk til koordinering

	og det forventes, at regionen har overblik over påbud fra Arbejdstilsynet, og at der sker en vidensdeling i forebyggelses øjemed (Arbejdstilsynets bekendtgørelse nr. 1181 om samarbejde om sikkerhed og sundhed)	(samt 3 årsværk til hjælp til løsning af påbud via de forfinansierede arbejdsmiljøtimer, se pkt. 3)
1.11: Udarbejdelse af arbejdspladsbrugsanvisninger	Arbejdsgiveren pligt til at udarbejde en arbejdspladsbrugsanvisning, en kemisk APV og en risikovurdering, når der anvendes kemiske stoffer og produkter (Arbejdstilsynets bekendtgørelse nr. 292). Opgaven understøttes af en kemidatabase, der leverer en stor del af forarbejdet til de lokale arbejdspladsbrugsanvisninger elektronisk	1,7 årsværk samt tilkøbte bioanalytikere fra hospitalerne

I alt 13,25 årsværk

2. Koncernunderstøttende, delvist lovpligtige opgaver:

Koncern HR Fysisk Arbejdsmiljø udfører en række opgaver, som understøtter sikkerheds- og sundhedsarbejdet i Region Midtjylland. Opgaverne understøtter at Region Midtjylland er lovmedholdelig i forhold til arbejdsmiljøet, samt at arbejdsmiljøaftale og indkøbspolitik overholdes.

Emne	Konsekvens ved at nedlægge ydelsen	Ressourcer
2.0: Autoriseret arbejdsmiljørådgivning/ Støtte til driftsområder, der får påbud	Arbejdsmiljøorganisationen skal selv holde sig orienteret omkring regler og procedurer i forhold til, når der f.eks. gives påbud, og vidensdeling på tværs i organisationen reduceres eller skal varetages af andre. Der vil være behov for ekstern rådgivning – som formentlig vil være mere omkostningstung, da de ikke har virksomhedskendskab	Rådgivning, hvor der er krav om bistand fra autoriseret rådgiver ca. 0,75 årsværk. Herudover som nævnt ca. 3 årsværk til hjælp til løsninger på påbudsniveau
2.1:Koordinering af samarbejdet med gruppen af arbejdsmiljøkoordinatorer (indtil 1.10.10 kaldet daglige sikkerhedsledere)	Forringet netværksmulighed og sammenhængskraft samt forringet adgang til ny viden for arbejdsmiljøkoordinatorerne. Der er stor risiko for, at niveauet for arbejdsmiljøarbejdet i regionen vil variere meget fra driftsområde til driftsområde	0,20 årsværk
2.2: Byggeri	Adgang til viden, der kan implementeres i et byggeri forringes. Kvaliteten i det forebyggende arbejde i forbindelse med byggeri kan forringes	0,70 årsværk
2.3: Bistand til Indkøb og Logistik	Det vil ikke i samme omfang sikres, at der sker en arbejdsmiljøvurdering af de materialer, der skal indkøbes	1,0 årsværk

I alt 2,65 årsværk

3. Koncerntværgående opgaver, kan delvist decentraliseres:

Koncern HR Fysisk Arbejdsmiljø udfører en række opgaver som understøtter arbejdsmiljøarbejdet i Region Midtjylland. Disse opgaver er ikke direkte lovpligtige, men understøtter at regionens driftsenheder er lovmedholdelige. Opgaverne kan decentraliseres, men hvis man nedlægger opgaverne, er der stor risiko for, at driftsenhederne ikke kan forblive lovmedholdelige eller at opgaven løses mindre rationelt. Ved en decentralisering af opgaverne påføres driftsenhederne en ekstra udgift.

Emne	Konsekvens ved at nedlægge ydelsen	Ressourcer
3.0: Videnscenter for arbejdsmiljø	Det bliver vanskeligere og mere tidskrævende for arbejdsmiljøorganisationen at skaffe nyeste viden og omsætte nye regler til praksis. Erfaringsbaseret vidensdeling opnået ved praktisk løsning af arbejdsmiljøopgaver vil gå tabt.	1,0 årsværk
3.1: Levering af konsulentytelser for de forfinansierede arbejdsmiljøtimer	Driftsområderne skal købe rådgivning og støtte på anden vis for at understøtte lovmedholdelighed, dvs. udgiften flyttes i et vist omfang ud i driftsområderne. Det er vores skøn, at driftsområderne samlet vil skulle købe ydelser svarende til 3 personer for at kunne være lovmedholdelige i forhold til arbejdsmiljøproblemerne.	5,28 årsværk. Konkret anvendes ca. 3 årsværk til rådgivning ifht. at understøtte lovmedholdelighed
3.2: Voldsforebyggelse og konflikthåndtering	Driftsområderne skal købe rådgivning og støtte på anden vis for at understøtte lovmedholdelighed. Ved ekstern opgaveløsning, er der en risiko for, at den viden, der genereres ved arbejdet med volds- og konflikthåndtering, ikke bliver delt på tværs af regionen	0,25 årsværk
3.3: Sundhedsfremme	Driftsområderne skal købe rådgivning og støtte på anden vis for at understøtte de sundhedsfremmende aktiviteter dvs. udgiften flyttes i et vist omfang ud i driftsområderne	0,25 årsværk

I alt: 3,78 årsværk

4. Koncerntværgående opgaver, kan nedlægges/decentraliseres:

Koncern HR Fysisk Arbejdsmiljø udfører en række opgaver som understøtter udvikling, innovation, vidensopsamling og vidensdeling på arbejdsmiljøområdet. Disse opgaver højner niveauet for arbejdsmiljøarbejdet i Region Midtjylland, men er ikke lovpligtige og kan nedlægges.

Emne	Konsekvens ved at nedlægge ydelsen	Ressourcer	Basis	PP	Andre bevillinger
4.1: Gennemførelse af strategisk arbejdsmiljøkonference samt temadage	Det bliver vanskeligere og mere tidskrævende for arbejdsmiljøorganisationen at skaffe nyeste viden og omsætte nye regler til praksis. Erfaringsbaseret vidensdeling opnået ved praktisk løsning af arbejdsmiljøopgaver vil gå	0,25 årsværk	0,25		

	tabt. Ensartethed i vidensniveau falder, og det vurderes, at motivationen i driftsenhederne til at udføre arbejdsmiljøarbejdet kan falde				
4.2: Rengøringsområdet	Rådgivning og tilbud om kurser, temadage etc. for service-personalet vil ophøre - med den konsekvens, at der er endnu færre tilbud til en personale-gruppe, som i forvejen har få. Der er stor efterspørgsel på disse dage.	0,75 årsværk	0,25		
4.3: Coaching	Koncerner HR, Fysisk Arbejdsmiljø kan ikke bidrage til regionens coachkorps under Koncern HR, Organisation og Ledelse.	0,25 årsværk		0,25	
4.4: Diverse netværksmøder (Flyt på tværs, service- og rengøringsområdet, køkkenpersonale)	Erfa-gruppen af service- og driftschefer m.fl. vil smuldre - og det opbyggede netværk vil blive inaktivt, hvilket kan give den effekt, at hvert sygehus vil vende tilbage til igen at "opfinde sin egen dybe tallerken" - så den udvikling, som er påbegyndt, falder tilbage til udgangspunktet	0,50 årsværk	0,25		
4.5: Deltagelse i nationalt arbejde i Branchearbejdsmiljørådet for Social og Sundhed	Region Midtjylland vil formentlig få færre projektmidler fra BAR Sosu.	0,25 årsværk	0,25		

I alt: 2,0

1. Forslag nr.:	11
2. Spareforslag overskrift:	Outsourcing af Transport- og Logistkopgaver
3. Dato:	05-01-2010

4. Beskrivelse af spareforslaget:

Jævnfør Region Midtjyllands udbudsstrategi ønskes en fælles regional konkurrenceudsættelse af den interne *transport* af varer og personale mellem regionens enheder.

Jævnfør regionens udbudsstrategi ønskes også en analyse af *forsynings- og logistikområdet* blandt andet med henblik på en vurdering af mulighederne for fælles konkurrenceudsættelse.

Spareforslaget har til formål at fortsætte det allerede igangsatte arbejde vedrørende transport- og logistikområdet med henblik på at udarbejde oplæg til hvilke transport- og logistikopgaver, det kan være økonomisk rentabelt at outsource.

I forbindelse med budgetforliget for 2011 er der fastsat et sparemål på 17,0 mio. kr. på transport-, indkøbs- og logistikområdet. Sparemålet øges med 1,2 mio. kr. i 2011 og 3,0 mio. kr. i 2012.

Outputtet fra dette spareforslag skal ses i sammenhæng med arbejdet i *gruppe 5. Medicoteknisk afdeling samt Indkøb & Logistik*, idet opgaver i Indkøb & Logistik går igen i begge arbejdsgrupper. Indkøb & Logistik-organisationen skal således være i stand til at udføre de udbudsopgaver, som måtte være resultatet af nærværende arbejdsgruppe.

4.1 Udgangspunkt for forslaget

Region Midtjylland har i dag 14 lagre og forsyningsenheder (centraldepoter og sterilcentraler), som hver for sig – mere eller mindre selvstændigt – håndterer sterile og usterile utensiler samt generelle forbrugsvarer på regionens hospitaler. Hospitalernes lagre udgør tilsammen en værdi af cirka 50 mio. kr. (i gennemsnit).

Regionen bruger ca. 105 mio. kr. på transportområdet til egne biler, drift af lokale kørselsenheder og til ydelser, der købes hos eksterne transportører. Fire hospitalsenheder har etableret egentlige kørselsenheder med egne lastbiler og chauffører, mens tre hospitalsenheder har udliciteret de tunge transportopgaver.

Hvad angår både logistik- og transportområdet har regionsdannelsen skabt mulighed og behov for at udvikle og effektivisere områderne og derved skabe grundlag for betydelige omkostningsreduktioner. Logistik og transport bør ses samlet, men med logistikken som den styrende faktor.

Der henvises til vedlagte bilag 1 og bilag 2 vedrørende en yderligere beskrivelse af den nuværende organisering af transport- og logistikområdet i Region Midtjylland.

4.2 Kort beskrivelse af den nye organisering og ændrede opgavevaretagelse (aktivitet)

Arbejdsgruppen anbefaler, at der sker en samling af transportydelserne og en samling af logistikydelserne for hele Region Midtjylland. Derudover anbefaler arbejdsgruppen, at både transport- og logistikydelserne konkurrenceudsættes.

Der bør endvidere etableres et samarbejde mellem Indkøb & Logistik og DNU, DNV og Regionshospitalet Viborg (kvalitetsfundsprojekterne) med henblik på koordineringen af en samlet regional forsyningsstruktur.

4.2.1 Logistikområdet

Den primære kilde til besparelser på logistikområdet er en reduktion i antallet af forsyningsenheder og lagre. Herved opnås dels en væsentlig effektivisering af regionens egne aktiviteter samt ikke mindst en prisreduktion på regionens indkøbsaftaler baseret på både logistiske og administrative besparelser hos regionens leverandører.

Arbejdsgruppen indstiller, at der etableres én samlet regional logistikstruktur, og at logistikydelsen konkurrenceudsættes. Konkurrenceudsættelsen skal medvirke til en yderligere omkostningsreduktion og en hurtigere effektivering af gevinsten.

I bilag 1 findes en beskrivelse af tre mulige fremtidsscenerier på logistikområdet og tilhørende økonomi. Heraf er det anbefalede scenarie et af de tre.

4.2.2 Transportområdet

Den væsentligste faktor i forhold til at reducere omkostningerne på transportområdet på både kort og langt sigt er en samlet strategi for regionen samt øget styring og koordinering. Der er således betydelige gevinster at hente ved synergieffekter under forudsætning af centralisering.

Arbejdsgruppen indstiller således, at regionen allerede i 2011 reducerer antallet af transportenheder til en. Yderligere indstiller arbejdsgruppen, at transportydelsen konkurrenceudsættes for at opnå synergi med transportbranchen og sikre en hurtig effektivering af det beskrevne potentiale.

I bilag 2 findes en uddybning af arbejdsgruppens anbefalinger fremadrettet på transportområdet samt den tilhørende økonomi.

5. Konsekvenser for politisk godkendte servicemål, service for regionsråd, samarbejdspartnere og evt. borgere

Udbudsmaterialet skal sikre det ønskede serviceniveau.

6. Forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt

Besparelserne i nedenstående skema er nettobesparelser - primært set i forhold til de driftsområder, der i dag har omkostningerne.

I forhold til 2011 er det angivne sparekrav på 1,2 mio. kr. ud over de allerede pålagte 17 mio. kr. (jf. budget 2011) ikke realiseret fuldt ud via forslagene på transport- og logistikområdet. Den resterende besparelse skal realiseres via gennemførelse af flere udbud på udvalgte større varegrupper i 2011. Med henblik på at sikre de nødvendige ressourcer og kompetencer til både forandringsprojektet og de nye udbud bør den "resultatkontrakt"-model, som arbejdsgruppe 5 har beskrevet, lægges til grund.

Arbejdsgruppen forventer at kunne realisere 3,0 mio. kr. i besparelse i 2012 svarende til sparemålet. Efterfølgende tages stilling til, hvordan man forholder sig til det yderligere provenue, som er resultatet af implementering af arbejdsgruppens forslag.

Besparelserne vil falde på hospitalerne. Den konkrete fordeling af besparelserne på hospitalernes budgetter, vil ske på et senere tidspunkt.

Forslagets økonomi ser således ud:

mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Sparepotentiale jf. arb.grp. 11:			
Estimeret besparelse på logistikdelen:			
- Lagerreduktion	-13,0		
- Ændret drift	0,7		
- Prisreduktioner	0,0		
I alt	-12,3		
Estimeret besparelse på transportdelen:	-3,0		
Nettobesparelse, arb.grp 11, i alt	-15,3		
Gennemførelse af udbud	-2,9		
Allerede indregnede besparelser i budget 2011	17,0		
Nettobesparelse Region Midtjylland	-1,2	-3,0	-3,0

Bilag:

- **Bilag 1: Målsætninger – Logistik**
- **Bilag 2: Transportområdet**

Bilag 1: Målsætninger – Logistik

1. Forslag nr.:	11
2. Spareforslag overskrift:	Outsourcing af Transport- og Logistikopgaver
3. Dato:	28-12-2010

Målsætninger - logistik*Besparelser 2011/2012*

Dato 03.01.2011

Esben Madsen

Tel. +45 8728 5700

Esben.Madsen@stab.rm.dk

Indledning

Regionen har i dag 14 lagre og forsyningsenheder (centraldepoter og sterilcentraler), som hver for sig - mere eller mindre selvstændigt – håndterer sterile og usterile utensilier samt generelle forbrugsvarer på regionens hospitaler.

For hele logistikområdet vurderes det, at de nuværende rutiner og arbejdsgange – tilsvarende det nyligt analyserede transportområde - har matchet de lokale ønsker og behov, men at der med regionsdannelsen er skabt mulighed og behov for at effektivisere og udvikle området og ikke mindst skabe grundlag for betydelige besparelser/omkostningsreduktioner.

Arbejdsgruppen vurderer på den baggrund, at **en samlet regional logistikstruktur** (centralisering, samordning og effektivisering) med outsourcing **skaber mulighed for varige netto-besparelser på 48,6 mio. kr. fra 2013.**

Netto-Besparelse	2011 (mio. kr.)	2012 (mio. kr.)	2013 (mio. kr.)
Lagerreduktion	13	0	0
Ændret drift	-0,7	25,9	29,5
Prisreduktioner	0	19,1	19,1
Total	13	46,0	48,6

Det vurderes der ud over, at logistik og transport bør ses samlet men med logistikken, som den styrende faktor (se notat om transport, arbejdsgruppe 11).

Besparelserne vedr. transport er ikke medtaget i ovennævnte tal.

Forsyningen af regionens institutioner er ikke indregnet i

X:\Koncern_Begraenset\Besp_adm\11. Transport og Logistik\Grp 11_Bilag 1_Målsætninger-Logistik.doc

ovenstående. Men forsyningsstrukturen for institutionerne bør overvejes og i videst mulig omfang koordineres med forsyningen af hospitalerne.

Nærværende dokument indeholder:

- 1) Indstilling vedr. forandringer på kort og lang sigt.
- 2) Uddybende afsnit med status, forklaringer mv.
- 3) Bilag med nøgletal samt specifikke scenarier og tilsvarende besparelsespotentialer.

Indstilling

Arbejdsgruppen indstiller, at der *på kort sigt (2011-2015)*:

- Etableres én samlet regional forsyning af sterile og usterile varer og utensilier med virkning fra 2012 (eksklusiv Århus Sygehus pga. nuværende kontrakt) og med fuld effekt i 2013
- Sikres at lagerværdien på regionens lagre reduceres med henblik på at opnå en engangsbesparelse i 2011
- Gennemføres en omfattende outsourcing af den sterile og usterile vareforsyning
- Gennemføres en reorganisering i forbindelse med sammenlægningen af enhederne og at en af de eksisterende enheder (f.eks. Århus Sygehus) får ansvaret for samarbejdet med den eksterne logistikpartner
- Etableres en ny samlet regional drifts- og udviklingsorganisation for forsyningsområdet med strategisk forankring i regionen
- Etableres samarbejde inkluderende DNU, DNV og Viborg (Kvalitetsfondsprojekterne) og Indkøb og Logistik med henblik på etablering af en samlet fremtidig regional forsyningsstruktur
- Igangsættes analyser af lagerbeholdninger på afd./afsnitsniveau (udvalgte afdelinger) og med eventuel efterfølgende reduktion af lagerniveau
- Igangsættes forsøg med anvendelse af teknologi (f.eks. RFID, Radio Frequency IDentification, som er en fælles-betegnelse for de teknologier, der anvender radiobølger til at identificere mennesker og objekter) med henblik på efterfølgende implementering

Arbejdsgruppen indstiller, at der *på lang sigt (2015-)*:

- Etableres én fælles regional vareforsyningsenhed der tilgodeser den fremtidige hospitalsstruktur

- Tænkes "varer" i bredere forstand end i dag i forhold til struktur og organisering, for at der kan opnås væsentlig synergi og omkostningsstyring i en fremtidig regional forsyning

Status – nøgletal

Arbejdsgruppens beregninger og anbefalinger er funderet i erfaringer fra andre virksomheder, herunder andre regioner, kilder i regionens organisation samt de detaljerede data, der er tilgængelige via regionens økonomisystem (ØSIIndsigt) henholdsvis indkøbs- og logistikmodul (ILM).

Udvalgte nøgletal for den nuværende drift er angivet i bilag 1.



Overordnede målsætninger

Den regionale logistikstruktur er et kompleks af:

- Fysiske lagre og fysiske forsyningsflow
- Administrativt flow
- Monitært flow
- Organisering og personaleressourcer (Regionalt, centralt og lokalt samt outsourcet)
- Teknologi og digitale administrative systemer
- Leverandører og logistikpartnere

Disse del-elementer har mere eller mindre direkte eller indirekte effekt på hinanden i den endelige struktur og således også i de eventuelle midlertidige mellem-strukturer, som regionen implementerer for at effektuere de besluttede besparelser.

I nærværende fokuseres primært på de fysiske lagre, de fysiske flows samt organisering - og de øvrige elementer beskrives i muligt omfang ud fra den synergi, der kan skabes via forandringerne.

Hvad er grundlaget for besparelserne?

Der er direkte eller indirekte besparelser at hente for regionen i alle dele af vore forsyningsflows, fra producent/leverandør til slutbruger.

I det klinikknære miljø hos slutbrugerne ("de sidste 50 meter") er der desuden et potentiale i forhold til at frigøre klinisk personale til de patientnære opgaver.

Men set i forhold til at skabe store kapitaliserbare regionale besparelser på kort sigt vurderes det ikke muligt, at gennemføre væsentlige ændringer i den interne distribution eller i det meget klinikknære miljø, hvorfor nærværende notat *ikke* beskæftiger sig specifikt med disse 2 led i vore forsyningsflows.

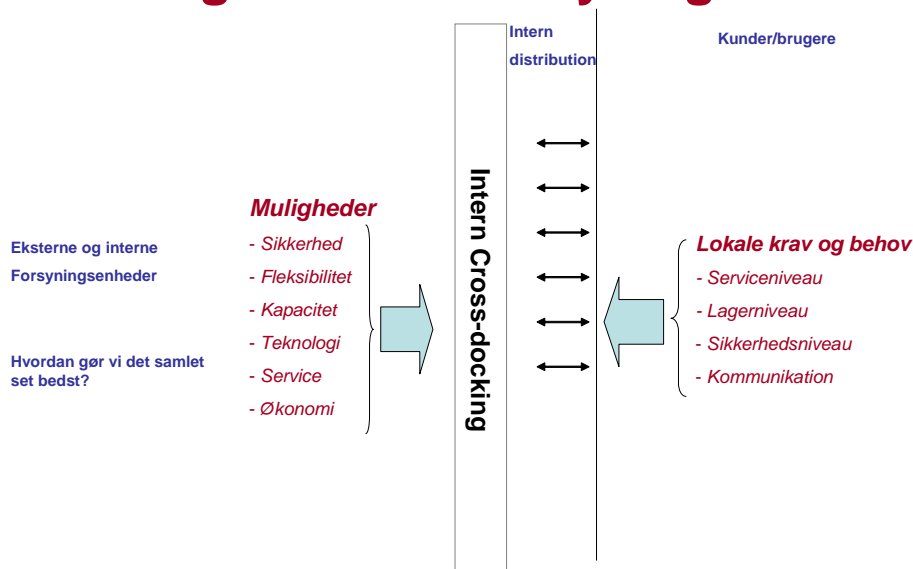
De væsentlige emner for besparelser, er:

- færre og større forsyningsenheder

Side 3

- outsourcing af udvalgte (sammenhængende) aktiviteter
- forbedrede indkøbspriser (via forbedrede logistiske betingelser for leverandørerne)
- medarbejderreduktion
- fokus på kun nødvendig – differentieret – forsyningsikkerhed
- lagerniveauer (centralt og lokalt) og lageromsætningshastigheder

regional vareforsyning



Figur 1

Modellen visualiserer sættet af muligheder, krav og behov, som udgør de ”knapper” der kan skrues på i forhold til at etablere/opretholde en effektiv forsyning og en styring og reducere af omkostningsniveauet.

Færre og større enheder

Det vigtigste emne i forhold til besparelserne er reduktion af antal enheder og dermed etablering af færre og større enheder.

Effekten kommer på den baggrund via væsentlige effektiviseringer af regionens egne aktiviteter (herunder også den administrative opgaveløsning) samt det formentlig største emne; prisreduktioner på regionens indkøbsaftaler på baggrund af både logistiske og administrative besparelser hos vore leverandører.

Lagerniveau og lageromsætningshastighed

Lagerniveauerne (mængderne på lagrene) er vigtige parametre i forhold til leveringsevne.

Der er imidlertid bundet store værdier i lagerbeholdningerne, ligesom der er en række administrative opgaver forbundet med store lagerbeholdninger.

Hospitalernes 14 lagre udgør til sammen en værdi af ca. 50 mio. kr. (gennemsnitsværdi).

Den gennemsnitlige lageromsætningshastighed for varer på Regionens lagre er 8,9, hvilket svarer til gennemsnitlig 41 dages ”liggetid” på lagrene inden udlevering til skabe og nærdepoter.

Analysen i Hovedstaden viser, at værdien af decentrale nærdepoter kan reduceres med ca. 75 %, ved at reducere lagerbeholdningerne til 10 dages forbrug. Tilsvarende analyser på OUH viser tilsvarende potentiale.

Lagerbinding	Nuværende situation*	Fremtidig situation
Vareforbrug på lagervarer, kr.	450.164.727	450.164.727
Gennemsnitligt lager, kr.	50.663.181	37.513.727
Omsætningshastighed	8,9	12
Frigjort lagerværdi, kr.		13.149.454

* 2010-tal beregnet ud fra de første 11 måneder.



Målet på en omsætningshastighed på 12 er fastsat ud fra, hvad det forventeligt kan realiseres på kort sigt. Ambitiøst kunne målet sættes ud fra, hvordan de bedste lagre i regionen performer (variationen ligger på ca. 5 – ca. 14).

Side 5

Der bør sættes øget fokus på:

- Ordrestørrelser
- Reducering af "dødevare", dvs. vare der ikke bliver omsat (set ud fra f.eks. ½ år uden bevægelse kan værdien regnes i mio. kr.)
- Bedre udnyttelse af de redskaber, ILM giver i forhold til styring

Organisation og personaleressourcer

Organiseringen af forsyningsaktiviteterne skal understøtte den nye struktur og skabe mulighed for, at de ansvarlige både kan reagere på u hensigtsmæssigheder, re-planlægge driftsopgaver og udvikle området.

Forandringerne bør forankres ledelsesmæssigt i linjeorganisationen.

Scenarier

Nærværende notat omfatter 3 scenarier med logistiske ændringer – herunder outsourcing - for henholdsvis:

- 1) Vest og Risskov* (bunden opgave jævnfør kommissoriet)
- 2) Vest, Silkeborg/Hammel/Skanderborg, Risskov* og Horsens/Brædstrup
- 3) Alle hospitalsenheder

*

Risskov

Det forventes ikke, at en sammenlægning af Risskov med andre enheder vil kunne bidrage med væsentlige besparelser. Risskov inddrages alligevel i oplægget ud fra en vurdering af, dels at Risskov dermed undgår en ressourceøgning i forhold til de nuværende omkostninger, dels at dette fremmer mulighederne i forhold til en effektiv implementering af ILM og dels kan Risskavs indkøb bidrage til den samlede synergi både i forhold til transport, bedre indkøbsaftaler mv.

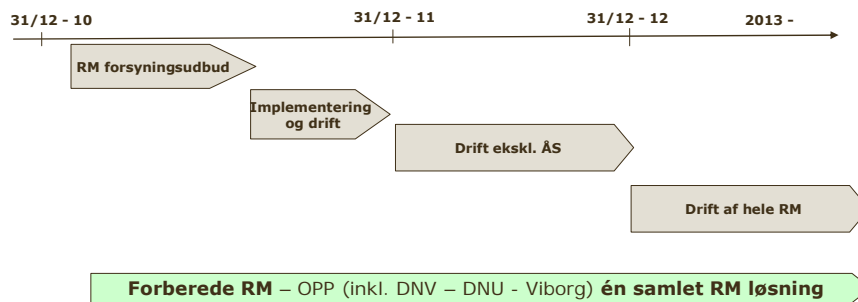
Scenarierne er beskrevet i bilag 2 – 4.

Overordnet tidsplan

- for anbefalede scenarie 3.



Tidsplan; samlet løsning for hele RM



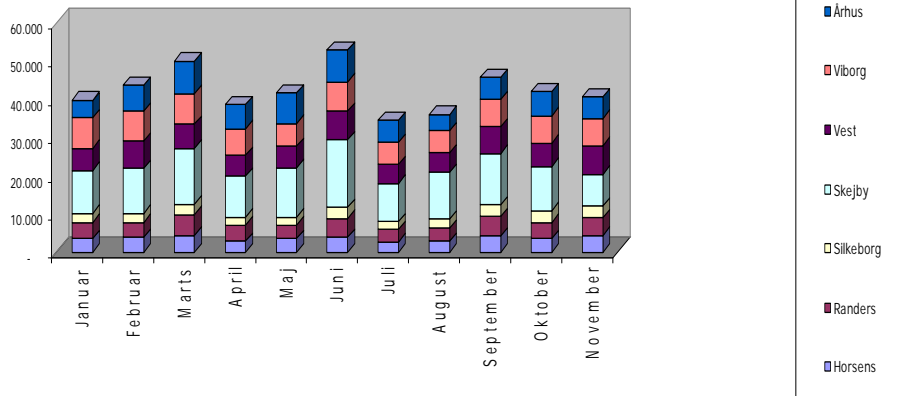
Side 6

Nuværende ÅS/DKI aftale udløber 31/12-12 og skal udbydes igen.

Nøgletal Region Midtjylland 2010.

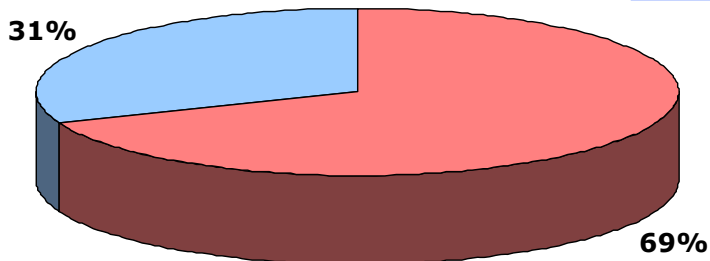
Emne	Status	Kommentarer
Antal forsyningsenheder med lagre (centraldepoter og sterilcentraler)	14	Inkl. Risskov
Regionalt varekøb (se graf), mio. kr.	1.494	Jf. Øsindsigt, afgrænset i forhold til "relevans for køb via ILM", se "lagkage".
Køb via ILM, mio. kr.	506	
Samlet lagerværdi, mio.kr.	51	På lagre i ILM, dvs. ekskl. Risskov og ekskl. Lagre på afdelinger.
Antal fakturaer, t.stk.	Ca. 560	Jf. Øsindsigt
Lageromsætningshastighed, gennemsnit	8,9	ILM-lagre. Varierer fra enhed til enhed.
Gennemsnitlig liggetid, dage	41	Beregnet ud fra lageromsætningshastighed.
Antal lager- og skaffevarer i alt i ILM, stk.	Ca. 39.000	Kun aktive lagervarer
Antal lagervarer i ILM, stk.	Ca. 24.000	Kun aktive lagervarer

Forbrug pr. hospital 2010
(tal i hele 1000)



ILM (blå)
vs varekøb i
ØS

ØS uden ILM = art 2 samlet
varekøb excl. 2.3 Brændsel
og drivmidler, 2.6 Jord og
bygninger, 2.7 Anskaffelser
>100.000 samt medicin -
incl. ekstem kontoplan



Vest + Risskov (i regi af Århus Sygehus' nuværende løsning)

Beskrivelse

Dette scenarie beskriver mulighederne og effekterne i at implementere fælles vareforsyning for centraldepoterne Holstebro og Herning samt sterilcentralen i Herning og centraldepotet i Risskov i regi af Århus Sygehus. Århus Sygehus implementerer VEST-enhederne i den nuværende løsning i samarbejde med DKI.

*Løsningen forventes at kunne udløse en **besparelse på 3,9 mio. kr. i 2011 og på 7,9 mio. kr. i 2012.***



Det forventes at kunne realisere dette i 7. måned, så der opnås en effekt i 5 måneder i 2011. De 3,9 mio.kr. i 2011 er således et forholdstal.

Side 9

Tallet for 2012 er sat til lavest effekt (pessimistisk) på baggrund af forventningerne til forudsætningerne.

Omkostningsreduktion på varepriserne ved fælles logistikløsning (Mio. kr.)						2011 (mio. kr.)	2012 (mio. kr.)
Kalkulation Prisreduktion	Omsætning mio. kr.	Forventet prisreduktion i %		Forventet omkostningsreduktion i mio. kr.			
		Pessimistisk	Optimistisk	Pessimistisk	Optimistisk		
Lagervarer	74,3	4%	10%	3,0	7,4	1,4	3,3
Skaffevarer, større bestillingsmængder	15,8	2%	12%	0,3	1,9		
Total årlig besparelse				3,3	9,3		

Kilde: tabellen tager udgangspunkt i egne tal samt udregninger fra Region Hovedstadens Logistik analyse, Marts 2008 (Logisys Alfakonsulent)

Nuværende varetagelse af forsyningsopgaven i RM (kr.)				2011 (mio. kr.)	2012 (mio. kr.)
		Gns. omk. pr. medarbejder *			
Antal årsværk depot	14	400.000	5.600.000		
Antal årsværk adm.	2	400.000	800.000		
Løn udgifter i alt			6.400.000		
Fremtidig varetagelse af forsyningsopgaven i RM					
Antal årsværk depot/adm.	2	400.000	800.000		
Udgift ekstern logistikpartner			2.143.000		
Tilkøb af RFID teknologi			200.000		
Udgifter i alt			3.143.000		
Årlig besparelse ved brug af ekstern logistikpartner			3.257.000		
Synergieffekt ved samling hos én logistikpartner				0,4	0,4
** Besparelse på outsourcing på Århus apotek				1,0	1,0
Netto besparelse			3.257.000	2,5	4,6

* Der regnes på baggrund af medarbejdertypen med en lavere gennemsnitsløn (400.000 kr.) end i besparellesprojekterne i øvrigt (500.000 kr.)

* * Århus Apotek har med virkning ultimo 2010 omlangt sin forsyning af hjemmedialysepatienter fra eget regi til logistikpartner. Der ud over nedlægges eget lager af væsker mv. og opgaven løses af ekstern logistikpartner med virkning primo 2011.

Øvrige driftsomkostninger

Der bliver ved sammenlægning, frigjort ressourcer indenfor områder, som: - inventar, rengøring, lokaleleje, IT, transportmateriel, vand/varme/lys, beklædning m.m.

I forbindelse med en ny forsyningsstruktur, vil det være nødvendigt at foretage nye investeringer i 2011, i en opgradering af ILM, således at ILM på visse områder kan integreres med eksterne IT systemer.

Det vil ligeledes være naturligt at investere i RFID teknologi, der kan minimere omkostningerne og sikre kvaliteten i varemodtagelses-opgaven.

Der skal foretages investering i transportmateriel (interne transportvogne/plastpaller eller lign.), der skal anvendes til transport af varer mellem forsyningsenheden og det enkelte hospital.

Disse forhold er ikke medregnet i ovenstående i scenarie 1.

Tidsplan

Mulig implementeringsdato, juni 2011. En senere implementering vil kræve en udsættelse til tidligst september pga. sommerferie, ILM-opgradering mv.

Projektet fordrer, at VEST/regionen vælger en involvering af VEST i den nuværende ÅS-løsning.

Opgaven er udbudspligtig. Men et udbud vil kunne ende i valg af en anden partner end DKI, hvorved implementeringen må forventes længerevarende, ligesom der ingen synergi kan opnås i forhold til øvrige enheder, transport, leverandørpriser mv.

Kort – visualisering



midt
regionmidtjylland

Side 11

Vest, Horsens/Brædstrup, Silkeborg/Hammel/Skanderborg, Risskov (i eksisterende Århus Sygehus-løsning).

Beskrivelse

Dette scenarie beskriver mulighederne og effekterne i at implementere fælles vareforsyning for centraldepoterne i Holstebro og Herning samt sterilcentralen i Herning, centraldepotet i Silkeborg (inkl. forsyning af Hammel Neurocenter og Skanderborg Sundhedscenter), centraldepotet i Risskov samt centraldepotet i Horsens og sterilcentralen i Horsens (med forsyning af Brædstrup friklinik) i fælles løsning med Århus Sygehus.

Ved implementering af VEST-enhederne i Århus Sygehus i den nuværende løsning i samarbejde med DK1 (jævnfør scenarie 1) tages første step, som kan udvides med ovennævnte.



Løsningen forventes at kunne udløse en besparelse på 5,1 mio. kr. i 2011 og på 10,8 mio. kr. i 2012.

Det forventes at kunne realisere dette i 7. måned, så der opnås en effekt i 5 måneder i 2011. De 5,1 mio.kr. i 2011 er således et forholdstal.

Tallet for 2012 er sat til lavest effekt (pessimistisk) på baggrund af forventningerne til forudsætningerne.

Omkostningsreduktion på varepriserne ved fælles logistikløsning						2011	2012
						(mio. kr.)	(mio. kr.)
Kalkulation		Forventet prisreduktion i %		Forventet omkostningsreduktion i mio. kr.			
Prisreduktion							
Leveringssituation	Omsætning mio. kr.	Pessimistisk	Optimistisk	Pessimistisk	Optimistisk		
Lagervarer	126	4%	10%	5,0	12,6		
Skaffevarer, større bestillingsmængder	21,5	2%	12%	0,4	2,6		
Total				5,5	15,2	2,3	5,5

Kilde: tabellen er lavet med udgangspunkt i egne tal og udregninger fra Region Hovedstadens Logistik analyse, Marts 2008 (Logisys Alfakonsulent)

Nuværende varetagelse af forsyningsopgaven i RM (kr.)				2011	2012
				(mio. kr.)	(mio. kr.)
Gns. omk. pr. medarbejder *					
Antal årsværk depot	20	400.000	8.000.000		
Antal årsværk adm.	4	400.000	1.600.000		
Løn udgifter i alt			9.600.000		
Fremtidig varetagelse af forsyningsopgaven i RM					
Antal årsværk depot/adm.	2	400.000	800.000		
Udgift ekstern logistikpartner			4.666.026		
Tilkøb af RFID teknologi			400.000		
Udgifter i alt			5.866.026		
Årlig besparelse ved brug af ekstern logistikpartner			3.733.974		
Synergieffekt ved samling hos én logistikpartner				0,2	0,6
** Besparelse på outsourcing på Århus apotek				1,0	1,0
Netto besparelse			3.733.974	2,8	5,3

midt
regionmidtjylland

Side 13

* Der regnes på baggrund af medarbejdertypen med en lavere gennemsnitsløn (400.000 kr.) end i besparelserprojekterne i øvrigt (500.000 kr.)

* * Århus Apotek har med virkning ultimo 2010 omlangt sin forsyning af hjemmedialysepatienter fra eget regi til logistikpartner. Der ud over nedlægges eget lager af væsker mv. og opgaven løses af ekstern logistikpartner med virkning primo 2011.

Øvrige driftsomkostninger

Der bliver ved sammenlægning, frigjort ressourcer indenfor områder, som: - inventar, rengøring, lokaleleje, IT, transportmateriel, vand/varme/lys, beklædning m.m.

Disse er ikke medregnet i ovenstående.

Kommentarer til beregningerne:

- I forbindelse med en ny forsyningsstruktur, vil det være nødvendigt at foretage nye investeringer i 2011, i en opgradering af ILM, således at ILM på visse områder kan integreres med eksterne IT systemer.
- Det vil ligeledes være naturligt at investere i RFID teknologi, der kan minimere omkostningerne og sikre kvaliteten i varemottagelses-opgaven.
- Der skal foretages investering i transportmateriel (interne transportvogne/plastpaller eller lign.), der skal anvendes til transport af varer mellem forsyningsenheden og det enkelte hospital.

- Sammenlægningen af de nuværende lagre til ét samlet lager, vil betyde at der opnås en ikke uvæsentlig synergieffekt. Dette opnås blandt andet ved en reduktion af mængden af kollivarer, der fremadrettet vil blive til pallearer.

Tidsplan

Projektet har 2 mulige implementeringstidspunkter.

Den ene er en gennemførelse af et udbud for den samlede forsyning på baggrund af, at Århus Sygehus' aftale med DKI udløber den 31/12 2012.

Løsningen kan hermed få virkning pr. 1/1 2013.

Der er en mulig alternativ – fremrykket – implementering i juni 2011, svarende til scenarie 1. Dermed får løsningen effekt både i 2011 og 2012.

Denne løsning vil være udbudspligtig. Men løsningen fordrer, at der ikke gennemføres udbud, da et udbud i så fald ikke vil kunne omfatte Århus Sygehus. Et udbud uden Århus Sygehus vil kunne resultere i, at regionen får flere logistikpartnere, hvilket ikke er hensigtsmæssigt i forhold til, at effektuere nødvendig synergi enhederne imellem samt i forhold til transport, leverandørpriser mv.

Et udbud (ekskl. Århus Sygehus) med aftalepåhør pr. 31/12 2012 giver ingen mening.

Projektet kan gennemføres som et step 2 i forlængelse af scenarie 1.

Kort – visualisering

(hele den vestlige og sydlige del af regionen, ekskl. Skejby)



idt
midtjylland

Side 15

Scenarie 3**Total – én samlet vareforsyning****Beskrivelse:**

Dette scenarie beskriver potentialet i forhold til én samlet vareforsyningsløsning for alle regionens hospitalsenheder.

En samlet løsning med kun en leveringsadresse for leverandørerne forventes, at kunne udløse en samlet prisreduktion på **minimum 46 mio. kr. i 2012.**

midt
 2011 2012 2013
 (mio. kr.) (mio. kr.) (mio. kr.)

Side 16

Omkostningsreduktion på varepriserne ved fælles logistikløsning

Kalkulation Prisreduktion	Omsætning mio. kr.	Forventet prisreduktion i %		Forventet omkostningsreduktion i mio. kr.	
		Pessimistisk	Optimistisk	Pessimistisk	Optimistisk
Lagervarer	450	4%	10%	18,0	45,0
Skaffevarer, større bestillingsmængder	56	2%	12%	1,1	6,7
Total				19,1	51,7

0 19,1 19,1

Kilde: tabellen er lavet med udgangspunkt i egne tal og udregninger fra Region Hovedstadens Logistik analyse, Marts 2008 (Logisys Alfakonsulent)

Nuværende varetagelse af forsyningsopgaven i RM (kr.)	2011 (mio. kr.)	2012 (mio. kr.)	2013 (mio. kr.)	
Gns. omkostning pr. medarbejder *				
Antal årsværk depot/adm.	95	400.000	38.000.000	
Øvrige driftsomkostninger*			4.000.000	
Udgifter i alt		42.000.000		
Fremtidig varetagelse af forsyningsopgaven i RM				
Antal årsværk depot/adm.	14	400.000	5.600.000	
Udgift ekstern logistikpartner			12.998.188	
ILM opgradering			200.000	
Tilkøb af RFID teknologi			1.000.000	
Transportmateriel			500.000	
Udgifter i alt		20.298.188		
Årlig besparelse ved brug af ekstern logistikpartner	21.701.812	-1,7	23,4	26,9
Synergieffekt ved samling hos én logistikpartner	1.562.222	0,0	1,6	1,6
** Besparelse på outsourcing på Århus apotek		1,0	1,0	1,0
Effekt ved samling af aktiviteter		-0,7	25,9	29,5

* Der regnes på baggrund af medarbejdertypen med en lavere gennemsnitsløn (400.000 kr.) end i besparelsesprojekterne i øvrigt (500.000 kr.)

* * Århus Apotek har med virkning ultimo 2010 omlangt sin forsyning af hjemmedialysepatienter fra eget regi til logistikpartner. Der ud over nedlægges eget lager af væsker mv. og opgaven løses af ekstern logistikpartner med virkning primo 2011.

Øvrige driftsomkostninger

Der bliver ved sammenlægning, frigjort ressourcer indenfor områder, som: - inventar, rengøring, lokaleleje, IT, transportmateriel, vand/varme/lys, beklædning m.m.

Disse er ikke medregnet i ovenstående.

Kommentarer til beregningerne:

- I forbindelse med en ny forsyningsstruktur, vil det være nødvendigt at foretage nye investeringer i 2011, i en opgradering af ILM, således at ILM på visse områder kan integreres med eksterne IT systemer.
- Det vil ligeledes være naturligt at investere i RFID teknologi, der kan minimere omkostningerne og sikre kvaliteten i varemodtagelses-opgaven.
- Der skal foretages investering i transportmateriel (interne transportvogne/plastpaller eller lign.), der skal anvendes til transport af varer mellem forsyningsenheden og det enkelte hospital.
- Sammenlægningen af de nuværende lagre til ét samlet lager, vil betyde at der opnås en ikke uvæsentlig synergieffekt, svarende til ca. 1,5 mio. kr., dette opnås blandt andet ved en reduktion af mængden af kollivarer, der fremadrettet vil blive til pallearer.
- Forskellen mellem besparelspotentialet i 2012 og 2013 forekommer ved, at den sterile vareforsyning på Århus Sygehus vil indgå i den samlede regionale forsyning i forbindelse med kontraktudløb af aftalen mellem Århus Sygehus og DKI Logistik pr. 31 /12 2012.

Bilag 2: Transportområdet

1. Forslag nr.:	11
2. Spareforslag overskrift:	Outsourcing af Transport- og Logistikopgaver
3. Dato:	28-12-2010

**Transportområdet**

Dato 03.01.2011

Esben Madsen

Tel. +45 8728 5700

Esben.Madsen@stab.rm.dk

Indstilling

Den væsentligste faktor, i forhold til at reducere omkostningerne på transportområdet på både kort og lang sigt, er en samlet strategi samt øget styring og koordinering.

Beregninger og erfaringer viser, at der kun kan opnås mindre besparelser ved gennemførelse af små isolerede projekter, mens der på grund af synergi kan opnås betydelige besparelser under forudsætning af en centralisering og øget outsourcing på området.

Side 1

Netto besparelse	2011 (mio. kr.)	2012 (mio. kr.)
Transportaktiviteter*	3	14

* gennemsnit af max/min. besparelser jævnfør beregning side 4.

Arbejdsgruppen indstiller på den baggrund, at:

- Regionen allerede i 2011 reducerer antallet af transportenheder til 1, for at sikre nødvendig koordinering og kapacitetsudnyttelse.
- Hovedparten af transportaktiviteterne udbydes for at opnå synergi med transportbranchen i forhold til bl.a. kapacitet og for at sikre en hurtig effektivering af det beskrevne potentiale.
- Der gennemføres en koordinering med nuværende og fremtidige logistikpartnere i forhold til disses transporter i regionen med henblik på at reducere aktiviteterne/antal transporter samlet set.

- Forslagene/scenarierne i forhold til fremtidig regional logistikstruktur (se målsætningsnotat fra arbejdsgruppe 11) effektueres og relaterede transportaktiviteter redefineres/effektiviseres i eget regi (bedre udnyttelse af eksisterende kapacitet) og/eller via øget brug af eksterne transportører.
- Det er forandringerne for forsyningsstrukturen, der dikterer forandringerne på transportområdet og at den samlede forandringsproces styres i en entydig organisering med strategisk forankring i regionen.

Baggrund

Lederforum for Økonomi godkendte 26.10.2009 kommissoriet for udredningen af den interne transport af gods og varer.

Efterfølgende har en arbejdsgruppe, hvori der har siddet repræsentanter fra hospitalernes drifts- og kørselsenheder samt fra Indkøb og Logistik, gennemført et analyse- og vurderingsarbejde.

I rapporten konstateres det bl.a.:

- at de nuværende rutiner og arbejdsgange har matchet de lokale ønsker og behov på udmærket vis, men at der med regionsdannelsen er skabt mulighed for at effektivisere og udvikle området,
- at der eksisterer et stort potentiale i at udnytte kapaciteten i den eksisterende vognpark bedre, og
- at der eksisterer et effektiviserings- og besparelspotentiale i at samordne og planlægge transportaktiviteterne i et samlet og fællesregionalt perspektiv.

Arbejdsgruppen vurderer på den baggrund, at der gennem øget samordning og effektivisering af den samlede transport af gods og varer, er mulighed for at reducere omkostningerne (besparelspotentialet estimerer gruppen til 20 mio. kr. brutto).

Referencegruppens anbefaling

I lyset af, at Regionsrådet har besluttet, at der skal spares 17 mio. kr. i 2011 på blandt andet indkøbs- og logistikområdet, har Referencegruppen på Indkøbs- og Logistikområdet drøftet rapporten og dens anbefalinger.

Referencegruppen tilslutter sig i den forbindelse arbejdsgruppens

foreslåede initiativer og anbefaler, at Lederforum for Økonomi tager rapporten til efterretning og igangsætter de anbefalede initiativer.

Referencegruppen på Indkøbs- og Logistikområdet finder det dog nødvendigt, at fremrykke etableringen af den centrale transportenhed, som arbejdsgruppen har anbefalet etableret ultimo 2011.

Lederforum for Økonomis beslutning (LFØ)

LFØ tilsluttede sig referencegruppens indstilling, dog med den korrektion, at de eksisterende transportenheder skal kunne byde ind på ejerskab/ledelse af den besluttede 2 årige forandringsproces.

Projektorganisationen forventes at kunne træde i kraft primo 2. kvartal 2011.

Forudsætninger og synergi

Besparelserne i rapporten er brutto-besparelser. Omkostninger til organisering mv. – i rapporten angivet til 1 mio. kr. - er således ikke medregnet.

Arbejdet hen mod en regional og mere homogen logistikstruktur understøtter muligheden for, at effektuere de besparelser, der retter sig mod koordinering og effektivisering på transportområdet.

Dvs. der vil kunne opnås en større besparelse, end den der fremgår af arbejdsgruppens rapport, under forudsætning af, at:

- Regionen allerede i 2011 reducerer antallet af transportenheder til kun 1, for at sikre den nødvendige koordinering og forbedrede ressourceudnyttelse
- Der gennemføres en koordinering med nuværende og fremtidige logistikpartnere i forhold til transportaktiviteter i regionen
- Forslagene/scenarierne i forhold til fremtidig regional logistikstruktur (se andet notat fra arbejdsgruppe 11) effektueres – og transportaktiviteterne effektueres på baggrund heraf.

Besparelser

Besparelsemesemne	2011 (mio. kr.)	2012 (mio. kr.)	Noter
Pakkepost	0	0	1)
Vareforsyning praksis læger	0,8 – 1	0,8 - 1	Implementeret pr. 1/12 2010
Køb af nye biler	1	1	2)
Udbud Taxa og Fragtmænd	1,3	2,6	3)
Flådestyring	-	2,7	
Shuttlebus (Århus Sygehus)	0,5	1	4)
Koordinering/effektivisering, egne og købte transportere	0	5 - 9,4	5)
Brutto besparelser, Total	3,6 - 3,8	13 – 17,4	
Omkostninger	0,7	1	
Netto besparelse, Total	2,9 - 3,1	12 – 16,4	6)

Noter:

- 1) Konkurrenceudsættelsen har ikke givet en besparelse. Reelt er der risiko for en mer-pris. En besparelse vil derfor skulle "hænges op på" adfærds-ændringer (hvilket primært vil kunne komme på brev-delen).
- 2) Besparelse på køb af biler svarende til 1. mio. kr. er opnået i 2010 på baggrund af projektet. Transportenhederne vil jævnføre rapporten ikke købe biler, men vil efter behov lease. Derfor er vurderingen vedr. køb usikker.
- 3) Forventning i rapport bibeholdes og er understøttet af aktuelt udbud/aktuelle besparelser i Region Nord.
- 4) Den store løsning omfattende ÅS/SKS og universitetet, som rapporten anviser, er ikke igangsat. Den igangsatte ordning (starter den 3/1-2011) omfatter alene ÅS/NBG og ÅS/THG.
- 5) Arbejdsgruppe 11 stiller forslag om en ændret og mere samlet logistikstruktur i regionen - gående mod færre forsyningsenheder. Dette vil have en væsentlig effekt på mulighederne, for at reducere og effektivere transportaktiviteterne.

En ændret transportstrategi i forhold til vaskeriet vil formentlig også kunne resultere i besparelser på transporterne.

- 6) De økonomiske vurderinger er givet med de samme forudsætninger som i arbejdsgruppens rapport. Da den fremtidige logistikstruktur ikke er besluttet – og heller ikke hastigheden den implementeres med - er her ikke vurderet på

størrelsen/potentialet i øget synergi i forhold til en mere samlet logistikstruktur.

1. Forslag nr.:	12
2. Spareforslag overskrift:	Outsourcing af specifikke it-opgaver
4. Dato:	05.01.11

4. Beskrivelse af spareforslaget:

Arbejdsgruppen har til formål at udarbejde oplæg til hvilke it-opgaver, det kan være økonomisk rentabelt at outsource eller at udbyde som OPP eller OPP-lignende samarbejder. Arbejdsgruppen kan i den forbindelse også vurdere it-relaterede opgaver, hvor opgaven og budgettet for nuværende er placeret uden for it-området.

For de opgaver, som arbejdsgruppen måtte finde egnet til konkurrenceudsættelse, skal arbejdsgruppen give et estimat på den forventede besparelse.

Arbejdsgruppen vil som udgangspunkt undersøge potentialet for konkurrenceudsættelse af følgende opgaver:

- Lokalnet
- Mobilsupport
- Serverdrift

Der er fastsat et sparemål for området på 1,2 mio. kr. i 2011 og 3,0 mio. kr. i 2012.

4.1 Arbejdsgruppens anbefaling

Arbejdsgruppen anbefaler, at følgende opgaver konkurrenceudsættes:

1. *Lokalnet*: Drift af de lokale netværk på regionens lokationer (hospitaller, regionshuse og institutioner) i form af vedligeholdelse og udbygning af det fysiske netværk, herunder kabling, drift og vedligehold af krydsfelter med aktivt udstyr
2. *Dele af mobilsupport*: Håndtering af bestilling, klargøring, konfigurerings, levering, test og opsætning af pc'ere og skærme, samt bortfjernelse af brugt PC-udstyr fra Region Midtjyllands forskellige lokationer (hospitaller, regionshuse og institutioner)

De aktuelle opgaver varetages i dag primært af Region Midtjyllands It-afdeling. På nogle områder er der tale om et samarbejde mellem It-afdelingen og de tekniske afdelinger.

I forhold til *Lokalnet* foreslås et EU-udbud, hvor Region Midtjylland giver et kontrolbud.

I forhold til *Dele af mobilsupport* foreslås opgaven løst via SKI (Statens og Kommunernes Indkøbsservice), hvor udbuddet har fundet sted, og hvor leverandører allerede har kvalificeret sig.

I vedlagte bilag 1 og bilag 2 gives en uddybende beskrivelse af opgaverne og af den nuværende og fremtidige opgavevaretagelse på de udvalgte områder.

4.2.2 Baggrund for anbefalingen

Det er arbejdsgruppens forventning, at der kan realiseres en besparelse ved at lade eksterne leverandører byde på de to nævnte opgaveområder.

Der er i begge tilfælde tale om outsourcing af velafgrænsede og veldefinerede opgaver, som ikke vil ændre på, at It-afdelingen fortsat vil bevare sin indsigt i klinikken og It-afdelingens muligheder for at agere strategisk.

I forhold til den nævnte opgave vedrørende *serverdrift* er det arbejdsgruppens opfattelse, at der er behov for yderligere undersøgelser, inden der kan gives en anbefaling og et estimat relateret til outsourcing. Blandt andet skal det belyses nærmere, om det er mest fordelagtigt at outsource eller at øge fremdriften i konsolideringen via interne kræfter. Det skal også belyses, om opgaven er moden til outsourcing, således at den internt i regionen kan prissættes og afgrænses. Der er en forventet besparelse ved konsolidering, og den er allerede indregnet i It-afdelingens sparekrav på 55 mio.kr. om året fra 2012. It-afdelingen vender tilbage til Direktionen med en anbefaling omkring serverdrift i foråret 2011.

5. Konsekvenser for politisk godkendte servicemål, service for regionsråd, samarbejdspartnere og evt. borgere

Udbudsmaterialet skal sikre, at de fremtidige servicemål ikke er lavere end i dag, og at der etableres et ensartet serviceniveau for ydelsen.

Samtidig skal løsningerne udføres efter fælles tekniske standarder.

6. Personalemæssige konsekvenser, herunder:

6.1. Ledelsesniveauet

Der er ingen konsekvenser for ledelsesniveauet, da der fortsat vil være en del medarbejdere tilbage i de berørte områder i It-afdelingen.

6.2 Medarbejdere

Det estimeres, at der i dag bruges 18 interne årsværk til varetagelse af opgaverne.

Bestemmelserne i virksomhedsoverdragelsesloven skal følges. Det skal undersøges nærmere, om det er muligt at overflytte medarbejdere efter virksomhedsoverdragelsesloven ved anvendelse af en SKI aftale.

7. Har spareforslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre dele af organisationen, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og fremover.

Der pågår i øjeblikket en opgave vedrørende overførsel af it-budget fra hospitalerne til regionens It-afdeling. Besparelsen ved outsourcing placeres i It-afdelingen, og derfor skal de fulde budgetter overføres til It-afdelingen, hvor besparelsen skal realiseres.

Omkostningerne ved de angivne dele af mobilsupport er indeholdt i It-afdelingens budget.

Omkostningerne til drift af lokalnet er delvist i it afdelingens budget og delvist i driftsenhedernes budget. Det er arbejdsgruppens anbefaling, at besparelsen ved outsourcing af lokalnet realiseres af driftsenhederne, der herefter betaler en styk-pris for at få installeret og driftet et lokalnetudtag (vægstik).

8. Estimat på forslagens brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt

Arbejdsgruppen estimerer den samlede besparelse til 0,05 mio. kr. i 2011 og 3,3 mio. kr. pr. år i 2012 og fremad. Heri er indeholdt omkostninger til at gennemføre udbud og varetage den fremtidige opgave med at være kontraktholder i forhold til leverandørerne.

Det fastsatte sparemål i 2011 på 1,2 mio. kr. kan således ikke realiseres fuldt ud i nærværende forslag, mens sparemålet på 3,0 mio. kr. fra 2012 overstiges med 0,3 mio. kr. årligt.

mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Estimat på nuværende omkostninger:			
- Lokalnet	-5,5	-22,0	-22,0
- Dele af mobilsupport	-1,5	-5,0	-5,0
I alt	-7,0	-27,0	-27,0
Estimat på nye omkostninger til eksterne leverandører:			
- Lokalnet	5,1	20,5	20,5
- Dele af mobilsupport	0,9	2,7	2,7
I alt	6,0	23,2	23,2
Afledte merudgifter - Udbuds-/initialomkostninger	0,8		
Afledte merudgifter - "kontraktholder"	0,1	0,5	0,5
Nettobesparelse It-afdelingen i alt	0,0	-3,3	-3,3

Bilag:

- 1. Outsourcing af specifikke it-opgaver:
Outsourcing af lokale netværk på samtlige lokationer**
- 2. Outsourcing af specifikke it-opgaver:
Partiel outsourcing af it-afdelingens Mobil support**

Bilag 1. Outsourcing af specifikke it-opgaver: Outsourcing af lokale netværk på samtlige lokationer

1. Forslag nr.:	12
2. Spareforslag overskrift:	Outsourcing af specifikke it-opgaver
3. Underoverskrift:	Outsourcing af lokale netværk på samtlige lokationer (hospitaller, regionshuse, samt institutioner)
4. Dato:	27-12-2010

4. Beskrivelse af spareforslaget:

Forslaget omhandler outsourcing af følgende opgaver:

- Drift af de lokale netværk på regionens lokationer (hospitaller, regionshuse og institutioner) i form af vedligeholdelse og udbygning af det fysiske netværk, herunder kabling, drift og vedligehold af krydsfelter med aktivt udstyr

Driften af el- og køledelen til it-netværket er ikke indeholdt, da de tekniske anlæg forsyner en lang række andre installationer på matriklerne.

Efter outsourcing er der stadig behov for tilstedeværelse/vagt af medarbejdere fra de tekniske afdelinger og fra It's Mobil support.

Forslaget vil medføre et ressourceforbrug i It-afdelingen efterfølgende i forhold til at følge op på de nye kontrakter. Omkostningen til denne opgave som "kontraktholder" er medtaget i forslagens økonomi jf. punkt 9 nedenfor.

4.1 Udgangspunkt for forslaget (kort beskrivelse af den nuværende opgavevaretagelse, ansvarsfordeling, personaleforhold m.v.)

Driften af de lokale netværk på regionens lokationer (hospitaller, regionshuse samt institutioner) varetages i dag i samarbejde mellem Region Midtjyllands It-drifts netværksafdeling og de tekniske afdelinger på hospitalerne. I regionshuse og på institutioner har It-drifts netværksafdeling som udgangspunkt hele leverancen.

Opgaven består i vedligeholdelse og udbygning af det fysiske netværk, herunder kabling, drift og vedligehold af krydsfelter med aktivt udstyr.

Ansvar er fordelt således, at de tekniske afdelinger primært står for den fysiske del af netværket, herunder kabling, tilstedeværelse af køl og strøm til krydsfelter, opsætning af rack skabe mv. De tekniske afdelinger benytter allerede i dag underleverandører til kablingsopgaven, idet kablingsopgaven ofte er knyttet til projekter og nyrenoveringer, hvorfor leverancen ofte kræver mange fysiske mandetimer over relativ kort tid.

Region Midtjyllands It-drifts netværksafdeling står for den logiske del af netværksleverancen, herunder vedligehold af netværksinfrastrukturen, konfiguration af switche og stiller kravene til det fysiske netværk. It-drifts netværksafdeling er overordnet ansvarlig for den logiske netværksleverance fra datacenter til netværksstik til PC.

I It-drift varetages opgaven af en normering på 10 fuldtidsstillinger, som alle tilhører den fælles It-afdeling, og som sådan referer ind til områdelederen for It-drift netværk.

4.2 Udbudsform

Der gennemføres et EU-udbud, og Region Midtjylland afgiver et kontrolbud.

4.3. Intern organisering i forbindelse med udbudsopgaven

Udbuddet gennemføres via et projekt med deltagelse af:

- It-afdelingen
- Teknisk afdeling
- Indkøb og logistik
- Ekstern rådgivning

Ud fra tidligere erfaringer, forventes omkostningerne til ekstern rådgivning i forbindelse med udbuddet at ligge i størrelsesordenen 0,5 mio. kr.

4.3 Tidsplan

Den estimerede udbuds- og transitionstidsplan er som følger:

- Udredning og afklaring: 2 måneder
- Detailplanlægning, herunder etablering af intern administration til kontraktstyring: 1 måned
- Overdragelse til leverandør i henhold til detailplan under hensyntagen til om medarbejdere følger med: 2-6 måneder

5. Faglige argumenter for spareforslaget og strategiske overvejelser

Følgende argumenter og overvejelser taler for outsourcing:

- I forbindelse med udrulning af EPJ skal der foretages store moderniseringer af de lokale netværk. Ved inddragelse af en underleverandør forventes dette arbejde at kunne gøres hurtigere og under hensyntagen til standardisering og best practice på området
- Det er en velafgrænset og veldefineret opgave, som har få konsekvenser for den samlede it-leverance og ikke influerer på kompleksiteten af services
- Udredning og afklaringsarbejdet vedrørende driften af de lokale netværk vil under alle omstændigheder skulle gennemføres i forbindelse med den igangværende transformationsproces for It-afdelingen, hvor driftsansvaret flyttes fra det lokale til det centrale niveau. Ved at outsource opgaven ville denne proces eventuelt kunne fremskydes og dermed understøtte transformationsprocessen
- Dele af leverancen gennemføres på hospitaler i forvejen af diverse underleverandører

6. Konsekvenser for politisk godkendte servicemål, service for regionsråd, samarbejdspartnere og evt. borgere

I forbindelse med udarbejdelse af udbudsmaterialet skal det sikres, at der etableres et ensartet serviceniveau for ydelsen, og ydermere at politisk godkendte servicemål overholdes.

7. Personalemæssige konsekvenser, herunder:

7.1. Ledelsesniveauet

Der er ingen konsekvenser for ledelsesniveauet.

7.2 Medarbejdere

I dag leveres ydelsen af 10 interne medarbejdere i Region Midtjyllands It-drifts netværksafdeling. Disse medarbejdere vil være en del af udbuddet og skal således som udgangspunkt overflyttes jævnfør bestemmelser i virksomhedsoverdragelsesloven.

8. Har spareforslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre dele af organisationen, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og fremover.

Efter outsourcing er der stadig behov for tilstedeværelse/vagt af medarbejdere fra de tekniske afdelinger og fra It's Mobil support.

Der pågår i øjeblikket en opgave vedrørende overførsel af it-budget fra hospitalerne til regionens It-afdeling. Besparelsen ved outsourcing placeres i It-afdelingen, og derfor skal de fulde budgetter overføres til It-afdelingen, hvor besparelsen skal realiseres.

Omkostningerne til drift af lokalnet er delvist i it afdelingens budget og delvist i driftsenhedernes budget. Det er arbejdsgruppens anbefaling, at besparelsen ved outsourcing af lokalnet realiseres af driftsenhederne, der herefter betaler en styk-pris for at få installeret og driftet et lokalnetudtag (vægstik).

9. Estimat på forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt

De totale omkostninger til drift af de lokale netværk fra regnet den udgift, som afholdes af de tekniske afdelinger, er på ca. 22 millioner årligt. Dette er benchmarket med tal fra *Gartner Group*, og Region Midtjyllands omkostninger vurderes forholdsvis lavt, hvorfor der ikke umiddelbart kan forventes store besparelser på den årlige driftsudgift ved outsourcing.

Teknisk afdeling estimerer, at den årlige omkostning til kabling er ca. 11. millioner kroner årligt. Denne omkostning finansieres af diverse bygge- og anlægprojekter og skal som sådan ikke indgå i spareforslaget.

Opgaven med at få moderniseret hospitalernes netværksinstallation i forhold til kunne honorere krav til EPJ-udrulningen forventes dog at have så stort et omfang, at der bør kunne opnås besparelser ved at lave et samlet udbud.

I 2011 vil forslaget dog indebære et underskud på 250 tkr. som følge af omkostninger til udbudsprocessen.

mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Estimat på nuværende netværks-omkostning	-5,500	-22,000	-22,000
Estimat på ny omkostning til ekstern leverandør(er)	5,125	20,500	20,500
Afledte merudgifter - "kontraktholder"	0,125	0,500	0,500
Afledte merudgifter - udbud	0,500		
Nettobesparelse i alt	0,250	-1,000	-1,000

Bilag 2. Outsourcing af specifikke it-opgaver: Partiel outsourcing af it-afdelingens Mobil support

1. Forslag nr.:	12
2. Spareforslag overskrift:	Outsourcing af specifikke it-opgaver
3. Underoverskrift:	Partiel outsourcing af it-afdelingens Mobil support
4. Dato:	27.12.10

4. Beskrivelse af spareforslaget:

Forslaget omhandler outsourcing af følgende opgaver i It-afdelingen:

- Håndtering af bestilling, klargøring, konfigurering, levering, test og opsætning af pc'ere og skærme, samt bortfjernelse af brugt PC-udstyr fra Region Midtjyllands forskellige lokationer (hospitaller, regionshuse og institutioner)

Årligt leveres ca. 7.500 pc'ere og skærme.

Forslaget vil betyde, at der vil blive et ressourceforbrug i It-afdelingen efterfølgende i forhold til at følge op på de nye kontrakter. Denne opgave vil blive løst ved intern prioritering af arbejdsopgaver i It-afdelingen.

4.1 Udgangspunkt for forslaget (kort beskrivelse af den nuværende opgavevaretagelse, ansvarsfordeling, personaleforhold m.v.)

I dag varetages opgaven som en væsentlig delmængde af It-afdelingens mobilteam, der er organiseret med medarbejdere på regionens hospitaler, regionshuse og institutioner. Udover opgaven, som forslås outsourcet, har Mobilteamet følgende andre opgaver:

- Daglig incident behandler vedrørende hospitalerne, regionshuse og socialområdet på ca. 65 adresser (2. line support)
- Patchning i forbindelse med opsætning af switch
- Administration af VPN adgang
- Administration support og udvikling inden for videokonference
- Administration og support af digitaldiktering i psykiatri Risskov, Viborg, Herning og support på alle hospitaler
- Administration og support af netværksprintere
- Ansvar for koordinering af implementering af det trådløse net på Socialområdet samt support af dette i Region Midtjylland
- Koordinering af den praktiske del af it-omlægninger (herunder social området og hospitalerne)
- Administration og support indenfor Mobility
- Deltagelse i diverse standardiseringsgrupper
- Koordinering i forhold til problem management

Der er vedtaget en ny organisering af it-området i regionen. Mobilteamet vil i den nye funktionsopdelte organisation udgøre 45 medarbejdere, inkl. 1 leder.

4.2 Udbudsform

Opgaven kan løses ved via SKI (Statens og Kommunernes Indkøbsservice), hvor udbuddet har fundet sted, og hvor leverandører allerede har kvalificeret sig.

4.3 Tidsplan

Det vurderes, at ændringen tidligst vil kunne træde i kraft pr. 1.9.11.

5. Faglige argumenter for spareforslaget og strategiske overvejelser

Der er tale om outsourcing af en del af arbejdsområderne i mobil support.

Følgende kriterier gælder for de områder, som foreslås outsourcet:

- At opgaven let lader sig afgrænse
- At der findes flere leverandører på markedet og dermed konkurrence
- At opgaven har en samlet størrelse, som kan være attraktiv for en leverandør

Samtidig har følgende forhold spillet ind i forhold til vurderingen af de opgaver, som foreslås outsourcet:

- At der bevares en kritisk medarbejdermasse på lokationerne, som fortsat kan løse de mange andre opgaver (som beskrevet i punkt 4.1)
- At der efter outsourcingen stadig er en It-afdeling med indsigt i forretningen, da de tilbageværende medarbejdere fortsat vil have deres gang i klinikken
- At opgaven, som outsources, ikke er en kerneopgave i supportopgaven
- At regionen har prøvet det i mindre skala på ÅUH, Århus Sygehus

6. Konsekvenser for politisk godkendte servicemål, service for regionsråd, samarbejdspartnere og evt. borgere

Det vurderes, at der ikke er negative konsekvenser for servicemålene.

Udbudsmaterialet skal sikre, at de fremtidige servicemål ikke er lavere end i dag, og at der etableres et ensartet serviceniveau for ydelsen.

7. Personalemæssige konsekvenser, herunder:

7.1. Ledelsesniveauet

Der er ingen konsekvenser for ledelsesniveauet, da der fortsat vil være en del medarbejdere tilbage i mobilteamet.

7.2 Medarbejdere

Det estimeres, at der i dag bruges 8 årsværk til varetagelse af opgaven.

Lederen af mobilteamet vil i samarbejde med kontorchefen for Kunder & Support gennemføre de nødvendige organisatoriske ændringer, herunder varetagelse af overtallighedssituationen.

Det skal undersøges nærmere, om det er muligt at overflytte medarbejdere efter virksomhedsoverdragelsesloven ved anvendelse af en SKI aftale.

8. Har spareforslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre dele af organisationen, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og fremover.

Arbejdsprocessen vil blive ændret, og bestilling af udstyr vil komme helt ud til slutbrugeren/ledelsen ved anvendelse af Koncernindkøbs- og Logistikmodulet (ILM).

9. Estimat på forslaget brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt

mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Estimat på nuværende omkostninger i Mobil support	-1,500	-5,000	-5,000
Estimat på ny omkostning til ekstern leverandør(er)	0,900	2,700	2,700
Udbuds-/initialomkostninger	0,300		
Nettobesparelse i alt	-0,300	-2,300	-2,300

Notat Medieplan 2011



Dato 07.12.2010

Carsten Tinggaard Nielsen/Lene

Sisseck Vesth

Tel. +45 8728 5815

lene.vesth@stab.rm.dk

I lyset af regionens økonomiske situation og de generelle konjunkturer forventes der ikke i samme omfang som hidtil at være behov for jobannoncering. Derfor er det vurderingen, at budgettet til jobannoncering (både annoncering og udvikling) kan beskæres.

Dette giver mulighed for at omlægge en del af budgettet for at styrke informationsannonceringen – dels for at styrke akutmekampagnen, som er blevet besluttet af regionsrådet i budget 2011, og dels for at informere borgerne om større omlægnings af regionens tilbud, så disse ikke belaster de decentrale budgetter.

Annoncebudgettet har de facto dækket udgifter til webcast af regionsrådsmøder og info-møder for medarbejdere. Det samme gælder udgifter til drift af de it-linjer, der sikrer pressen mulighed for at sende tv-signaler fra regionsrådssal, foyer samt tv-studiet.

Jobannoncering

I 2010 blev det nye annoncekoncept "et arbejde med hjerne og hjerte" indført i al regionens jobannoncering, i bannerannoncering og på midtjob.dk. Dette koncept vil fortsat blive brugt i 2011 og løbende udviklet i forhold til konkrete behov.

I 2011 vil der ske en yderligere omlægning fra trykte medier til online medier. Der vil blive skruet ned for trykt annoncering til et minimum. I stedet for store trykte imageannoncer, vil der være et lille omfang af små annoncer, som henviser til, at regionens job kan findes på www.midtjob.dk. Dette sker for fortsat at støtte op om den decentrale annoncering og mindske behovet for at de decentrale enheder indrykker annoncer på tryk.

Den trykte annoncering målrettes konkrete behov, som løbende vil blive vurderet.

Der er afsat et beløb til udvikling af annoncekonceptet. Dette er mindre end i 2010, og der vil bl.a. blive skåret på udvikling af film og

Side 1

netværksmedier som facebook, så der ikke afsættes midler hertil. Der er dog fortsat behov for udvikling af konceptet bl.a. af hjemmesiden midtjob.dk, opdatering af det persongalleri, som bruges til annoncering, udvikling af materialer til fx messer. Desuden er der løbende behov for forskellige systemmæssige opdateringer af fx Promedia Admaker og Easy cruit.

Den centralt betalte annoncering understøtter den løbende decentrale annoncering.

Valg af jobportaler

Jobportaler udgør et væsentligt element i regionens jobannoncering. Alle stillinger vises på midtjob.dk., jobnet.dk og på LSR-portalerne (laegejob.dk, sygeplejerskejob.dk m.fl.). Desuden annonceres regionens job på en række kommercielle portaler, som supplerer ovennævnte. I 2011 har lægges der op til at styrke annonceringen på sundhedsområdet og psykiatri- og socialområdet ved at vælge en mere målrettet jobportal, MedRek, som bl.a. kan understøtte rekruttering af læger på områder med lægemangel jf. vakanceopgørelsen pr. 1.10.2010. MedRek råder bl.a. over en CV-database, hvor de kan hjælpe med en mere direkte søgning. Valget af MedRek medfører desuden besparelser decentralt og understøtter den decentrale annoncering, da flere enheder har benyttet MedRek i 2010 for egne midler. Af generelle jobportaler vælges Jobzonen.dk, som rammer det private marked og har god statistik og en pæn visningsstatistik af vores job. Desuden vælges Stepstone, som har en interessant profil i forhold til lederstillinger mv. og samtidig har givet en meget fordelagtig pris. Den største aktør på markedet Jobindex scanner jobnet.dk, hvilket betyder, at alle regionens annoncer vises på jobindex.

Informationsannoncering

Informationsannoncerne bliver indrykket op til regionsrådsmøder med information om møder, høringer, åbent hus arrangementer, budgetinformation og andet af interesse for borgerne.

I 2010 er der brugt en kombination af lokale distriktsaviser og regionale dagblade, og samme medievalg foretages i 2011. I udvælgelsen af aviserne er der taget udgangspunkt i læsertal fra Galluptal for hele 2008 i målgruppen personer på 18 år+.

Der er valgt:

- 24 distriktsaviser
- De regionale dagblade + JP Århus

Generelle rabataftaler

I forbindelse med forhandlingen af indrykninger, er der ligeledes forhandlet rabataftaler med de enkelte medier, hvor der er lagt vægt på, at den enkelte institution eller hospital får gavn af de storkundeaftaler, som regionen har indgået.

Tabel: Økonomi, Koncern Kommunikation

mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Samlet nettobasis budget jf. budget 2011	21,4	21,4	21,4
Besparelse jf. budgetforlig, Effektiv administration	0,0	-0,2	-0,2
Besparelse vedr. Medieplan 2011	-0,6	-0,6	-0,6
Evt. afledte merudgifter	0,0	0,0	0,0
Nettobesparelse i alt	-0,6	-0,6	-0,6
Ny basisbudgetramme for ny enhed	20,8	20,6	20,6

Koncern Kommunikation har gennemført de årlige forhandlinger med medier og udarbejdet en medieplan på 5,1 mio. kr. for jobannoncering og informationsannoncering i 2011. Medieplan 2011 indebærer en besparelse på 0,6 mio. kr. i forhold til det oprindelige budget på 6 mio. kr. til annoncering

Besparelsen betyder, at der ved et eventuelt fremtidigt højere rekrutteringsbehov ikke vil være midler afsat til dette.

1. Forslag nr.:	8.2
2. Spareforslag overskrift:	Ny/dyr medicin og nye behandlinger
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget):	
<p>Den nuværende økonomiske styringsmodel på området, som blev vedtaget på Regionsrådsmødet den 20. maj 2009, fungerer som en refusionsordning. Således bliver hospitalerne kompenseret for de faktisk opgjorte merudgifter fratrukket mindredgifter til tidligere anvendt medicin og behandlinger. I forbindelse med kvartalsrapporterne skal hospitalerne indmelde udgiftsbehovet til eventuelle nye aktiviteter på området og eventuelle justeringer af udgiftsbehovet, således at der er mulighed for en løbende opfølgning i forhold til det faktisk forventede forbrug for hele året. Hospitalerne får tilført budget svarende til det forventede forbrug for året og efterfølgende år. Inden for regnskabsåret foretages en endelig regulering i forhold til det faktiske forbrug inden for regnskabsåret.</p> <p>Arbejdsgruppen har gennemgået listen over det indmeldte behov vedrørende ny/dyr medicin og nye behandlinger i 2011 på i alt ca. 185 mio. kr. med henblik på forslag, der kan imødekomme sparekravet på 55 mio. kr. i 2011.</p> <p>Arbejdsgruppen har foretaget en særlig kritisk gennemgang af de indmeldte udgifter til personale, og foreslår, at en del disse udgifter indgår som en del af den samlede besparelse. I gennemgangen af det indmeldte udgiftsbehov er flere af de indmeldte udgifter taget af listen. Besparelserne er udtryk for, at man i lyset af den stramme økonomiske situation har undladt at iværksætte en række nye behandlinger. For en række andre nye medicinske behandlinger især inden for kræftområdet er afdelingerne blevet pålagt en betydelig besparelse vedrørende de afledte afgifter i form af personale til at varetage behandlingen, udgifter til diagnostiske undersøgelser, herunder scanninger, patologi, osv. Endelig er der på en række områder reduceret i skønnet på det forventede medicinforbrug.</p> <p>Arbejdsgruppen foreslår, at følgende skal være opfyldt for en given ny aktivitet på området inden denne kan sættes på listen over ny/dyr medicin og nye behandlinger, som lægges op til politisk behandling i Regionsrådet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der skal udarbejdes en mini-MTV og et konklusionsskema for alle nye behandlinger. 2. Mini-MTV'erne behandles i Klinikforum med henblik på en drøftelse og vurdering af de indmeldte nye behandlinger. 3. Nye medicinpræparater behandles og drøftes i Lægemiddelkomitéen. <p>Det skal klart fremgå af de enkelte Mini-MTV'ere hvilke behandlinger (herunder udgifter), der udgår til fordel for den nye behandling. Endvidere foreslår arbejdsgruppen, at der ved vurderingen af Mini-MTV'erne skal ses meget kritisk på især afledte udgifter til personalet og anden drift (typisk diagnostiske undersøgelser) i forbindelse med indførelse af nye medicinske behandlinger. Kun i meget velbegrundede tilfælde vil der blive givet finansiering til personaleudgifter.</p> <p>Udover ovenstående foreslås, at det respektive hospital skal tage stilling til hvorvidt en given ny behandling forventes at skabe øget efterspørgsel på speciallæger, eller om afdelingerne har beskrevet en omlægning af arbejdstilrettelæggelsen, der sikrer uændret efterspørgsel efter speciallæger (ex flytte andre opgaver fra speciallæger til uddannelseslæger eller andre faggrupper).</p> <p>Det er arbejdsgruppens umiddelbare vurdering, at sparekravet kan imødekommes ved disse tiltag. Arbejdsgruppens samlede forslag imødekommer sparekravet på direkte udgifter til ny/dyr medicin og nye behandlinger. Udover sparekravet ligger ca. 6 mio. kr., som foreslås reserveret til korrektioner i de løbende kvartalsrapporter. Dertil kommer forventede øgede indtægter på 7,2 mio. kr. fra Region Nordjylland i form af særydelser til dækning af medicinudgifter vedrørende ny behandling af nyrekræft. Der er netop indgået</p>	

en aftale med Region Nordjylland om dette.

Det må bemærkes, at udgiftsbehovet på området i fremtiden er vanskeligt at vurdere, i det der hele tiden kommer nye og effektive medicinpræparater og behandlinger til.

4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen ?

Nej.

5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer? – hvis ja, beskriv hvilke

Nej, ikke umiddelbart.

6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?

Der vil være nye behandlingstilbud, som ikke indføres som en konsekvens af besparelserne.

7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja, beskriv hvilke

En række afdelinger er blevet pålagt en betydelig besparelse vedrørende de afledte afgifter i form af personale til at varetage behandlingen, udgifter til diagnostiske undersøgelser, herunder scanninger, patologi, osv.

8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem? – hvis ja, beskriv hvilke

Ikke umiddelbart.

9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget

1. januar 2011 og frem.

10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi

Ikke relevant.

11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt

Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
Bruttobesparelse	-55,0	-55,0	-55,0
Evt. afledte merudgifter			
Nettobesparelse i alt	- 55,0	- 55,0	- 55,0

12. Øvrige bemærkninger

Ingen bemærkninger.

1. Forslag nr.:	8.3
2. Spareforslag overskrift:	Tilpasning af behandlingskapacitet på samhandelsområdet
3. Beskrivelse af spareforslag (herunder beskrivelse af faglige argumenter for forslaget):	
<p>Ændringer i behandlingsmønstret mellem regioner og de deraf afledte økonomiske konsekvenser skal medføre en tilsvarende tilpasning af kapaciteten. Samhandlen mellem regioner afregnes til 100 % DRG-værdi, og det forudsættes normalt, at økonomien på marginalen ændres med 50 %, når aktiviteten i regionens egen kapacitet ændres.</p> <p>I forhold til budgetforudsætningerne er der forventet merudgifter/mindreindtægter på samhandlen med andre regioner på ca. 50 mio. kr. i 2010. Efter ovenstående regneregul medfører dette, at kapaciteten i Region Midtjylland justeres svarende til 50 mio. kr. og med en besparelse på 25 mio. kr.</p> <p>I forbindelse med 3. kvartalsrapport 2010 blev der skønnet et fald i indtægterne fra andre regioner på ca. 35 mio. kr. og en merudgift til andre regioner for behandling af et øget antal borgere fra Region Midtjylland på ca. 15 mio. kr. Begge tal er opgjort i forhold til det korrigerede budget og efter korrektion for de hjemtrækningsprojekter, som Regionsrådet har besluttet.</p> <p>Besparelserne kan realiseres ved at reducere kapaciteten på de hospitaler, hvorfra der er foretaget hjemtrækninger til andre regioner. Alternativt kan besparelserne realiseres ved at foretage tilsvarende hjemtrækninger fra andre regioner eller privathospitaler, således at færre patienter fra Region Midtjylland behandles uden for regionens egen behandlingskapacitet. Ændringer i specialeplanen betyder et yderligere antal patienter fra andre regioner.</p> <p>Andre regioner har i et eller andet omfang planer om at hjemtrække patienter fra Region Midtjylland. Der skal afsættes midler hertil.</p> <p>Det enkelte hospital skal have fokus på indtægtsniveauet fremover</p> <p>Det er afgørende vigtigt, at der er stor fokus på både udgifts- og indtægtssiden. Det indgår i overvejelserne til en kommende økonomisk styringsmodel. Der vil inden udgangen af 1. kvartal 2011 blive fremlagt forslag til fremtidig styringsmodel for samhandelsområdet. Forslaget vil indeholde en model, som ved udlægning af budgetansvaret på de enkelte behandlingsområder sikrer kapacitetstilpasning i forbindelse med eventuelle fremtidige hjemtrækninger fra andre regioner.</p> <p>Hvis indtægtsniveauet ikke ser ud til at kunne holdes, skal der iværksættes tiltag til at reducere kapacitet, svarende til 50% af DRG-værdien på indtægterne, hvis ikke andet aftales. Indtægtsfaldet fordeler sig på flere hospitaler og på mange forskellige afdelinger.</p> <p>I nedenstående tabel vises faldet i indtægter på regionens hospitaler. Tallene er på baggrund af en økonomirapport pr. 31. oktober 2010, hvor det har vist sig, at indtægtstabet er på ca. 34 mio. kr.</p>	

Fald i mellemregionale indtægter på hospitaler i Region Midtjylland fra 2009 til 2010

mio. kr.		Regnskab 2009*	Prognose 2010	Indtægtstab
Specialistbehandling	Århus Universitetshospital, Skejby	-319,5	-315,0	-4,5
Hovedtotal, Specialistbehandling		-319,5	-315,0	-4,5
Hovedfunktions- behandling	Regionshospitalet Horsens/Brædstrup	-62,5	-61,7	-0,8
	Regionshospitalet Randers	-32,2	-28,6	-3,6
	Regionshospitalet Viborg	-145,9	-120,4	-25,6
Hovedtotal, Hovedfunktionsbehandling		-240,6	-210,7	-29,9
Samlet fald i mellemregionale indtægter				-34,4

** PL reguleret til 2010 prisniveau med 2,95%

Tabellen viser, at der kan reduceres kapacitet svarende til en besparelse på 17,2 mio. kr.

En analyse af indtægtsfaldet har vist, at indtægtsfaldet fordeler sig på flere hospitaler og en lang række specialer, hvorfor det kan være vanskeligt at tilpasse kapaciteten svarende til indtægtsfaldet.

Regionshospitalet Viborg er det enkelthospital, som har været udsat for det største indtægtsfald.

I forbindelse med besparelsesprojektet er der blevet foretaget udtræk af hospitalets aktivitet. Disse udtræk viser, at den ledige kapacitet fra Region Nordjylland er blevet udfyldt med patienter, som hovedsageligt ikke kommer fra hospitalets normale optageområde, altså Viborg og Skive kommuner. Det vil sige, at udgiften ville være kommet på et andet kontoområde hvis behandlingen af patienterne ikke var foretaget på Regionshospitalet Viborg. Hvis man lukker kapacitet er der en stor risiko for at disse patienter forsvinder ud af regionen.

Hjemtrækning af behandlinger fra andre regioner

Der er i budget 2010 forudsat en række hjemtrækningsprojekter som fuldt ud hjemtrækkes fra 2011.

Besparelsen på 25 mio. kr. vil kunne findes ved at hjemtrække for 50 mio. kr. DRG-værdi fra andre regioner. Det kan blive aktuelt med ændringer i afregningssatserne mellem regionerne, som kan betyde, at hjemtrækningsomfanget skal være større end 50 mio. kr. for at opfylde sparekravet på 25 mio. kr.

I budgetforliget for 2011 er det forudsat, at der foretages hjemtrækninger fra Region Syddanmark. Der er vurderet hjemtrækningsprojekter fra Syddanmark fra 2011 og 3 år frem på i alt 85 mio. kr. Besparelsen tilføres kassebeholdningen.

Der vil fortsat være et stort forbrug i såvel Region Syddanmark som i Region Nordjylland.

Herudover er der angivet en række eksempler på områder hvor der fortsat er et stort forbrug udenfor Region Midtjylland på hovedfunktionsniveau.

Udvalgte hjemtrækningsområder fra Region Nordjylland og Region Syddanmark

mio. kr.	Prognose 2010
Øjenområdet	16,6
Gyn/obs	0,1
Organkirurgi	25,7
Dagkirurgi (organ/ortopædkirurgi)	6,3
Ortopædkirurgi	7,2
Onkologi	63,6
Hæmatologi	28,2
Urologi	1,6
Kæbekirurgi	2,9
Medicin	3,2
Karkirurgi	7,3
Reumatologi	8,2
Neurologi	10,7
Plastikkirurgi	4,9
Otologi	23,3
I alt	209,9

I tabellen er der taget højde for igangværende hjemtrækningsprojekter, ligesom der er korrigeret for konsekvenserne af de foreslåede hjemtrækningsprojekter fra 2011 (De planlagte hjemtrækningsprojekter fra Region Syddanmark på 85 mio. kr.).

Hospitalet har indmeldt følgende nye hjemtrækningsprojekter fra 2011:

mio. kr.	100% DRG-værdi	Besparelse
ÅUH Skejby, hjerteområdet	15,4	-7,2
Hospitalsenheden Vest, organkirurgi	1,5	-0,8
Hospitalsenheden Vest, neurologi *)	2,0	-1,0
I alt	18,9	-9,0

*) Der kan være behov for en justering i 2011, såfremt projektet ikke får helårsvirkning, idet projektet kræver ansættelse af en overlæge.

Hjemtrækningen på hjerteområdet (hjertemedicin og hjertekirurgi) er fra Region Nordjylland og besparelsen er fremkommet på baggrund af en konkret vurdering af området.

Øgede indtægter på universitetshospitalet, som følge af den ændrede specialeplan

Specialeplanen betyder, at der vil være en række behandlinger, som skal til Universitetshospitalet i Århus. Afregningen for den øgede aktivitet vil som for hjemtrækningsprojekterne være 50% af DRG-værdien.

Tiltrækning af patienter fra andre regioner som følge af specialeplanen

mio. kr.	100% DRG-værdi	Besparelse
ÅUH Århus Sygehus*):		
Tiltrækning Region Nordjylland	37,0	-18,5
Tiltrækning Region Syddanmark	12,0	-6,0
ÅUH Skejby:		
Tiltrækning Region Nordjylland	3,5	-1,75
Tiltrækning Region Syddanmark	1,5	-0,75
I alt	54,0	-27,0

*) Enkelte områder er til cirkulære takst

Den ændrede specialeplanlægning afstedkommer øgede indtægter på ÅUH Århus Sygehus og ÅUH Skejby som vist i tabellen ovenfor. Forudsat en kompensation på 50% af de indtægter der overstiger indtægtsniveauet i 2010 vil der være en besparelse på 27 mio. kr.

Sammenfatning

Det foreslås at besparelsen på 25 mio. kr. findes på følgende måde:

mio. kr.	100% DRG-værdi	Besparelse
Hjemtrækninger	18,9	-9,0
Ændring af specialeplanen	54,0	-27,0
Reserverede midler		11,0
I alt	72,9	-25,0

Det foreslås, at besparelsen ikke findes ved reduktion i kapaciteten, idet hjemtrækningerne fra de andre regioner er fordelt på flere hospitaler og en lang række specialer, hvilket vanskeliggør en præcis kapacitetstilpasning svarende til hjemtrækningerne.

Det foreslås at besparelsen på de 25 mio. kr. findes ved hjemtrækning/tiltrækning fra andre regioner. Der vurderes ved hjemtrækning/tiltrækning samlet set at kunne findes en besparelse på ca. 36 mio. kr. Andre regioner må forventes i 2011 at foretage hjemtrækninger fra Region Midtjylland, hvilket kan reducere den samlede besparelse. Samlet set vurderes det, at hjemtrækning/tiltrækning kan indfri sparekravet på 25 mio. kr.

Inden for de rammer, som vi selv kan styre kan der reserveres 11 mio. kr. til imødekommelse af hjemtrækninger fra andre regioner. Der er imidlertid stor usikkerhed om dette beløb er tilstrækkeligt. Det er derfor foreslået, at der i omstillingsplanen i øvrigt reserveres yderligere 9 mio. kr. i 2011 og 15 mio. kr. i 2012 og frem til imødekommelse af hjemtrækninger fra andre regioner, således at der samlet reserveres 20 mio. kr. i 2011 og 26 mio. kr. i 2012 og frem.

Der forudsættes fuld effekt i 2011 og at det enkelte hospital har budgetansvaret for hjem-/tiltrækningen.

4. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, og/eller sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen?

Nej.				
5. Medfører forslaget behov for lokalemæssige ændringer eller andre ændringer i de fysiske rammer? – hvis ja, beskriv hvilke				
Der er tale om marginale ændringer, hvorfor det kan tilpasses indenfor den eksisterende bygningsmasse.				
6. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?				
Nej.				
7. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja, beskriv hvilke				
Der vil være personalemæssige reduktioner hvis der kapacitetstilpasses ved vigende indtægter på det enkelte hospital. Hjemtrækningsprojekterne kan medføre et behov for yderligere personale og eventuel mulighed for at fastholde personale, som ellers skulle omplaceres i forbindelse med de øvrige omstillingsprojekter.				
8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomisk betydning for andre specialer, områder eller lign. i 2011 og/eller 2012 og frem? – hvis ja, beskriv hvilke				
Nej.				
9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget				
Der forudsættes fuld effekt i 2011. Hvis et hospital ikke opnår fuld hjemtrækning skal beløbet findes som en driftsbesparelse på hospitalet.				
10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser i DRG-værdi				
	DRG-værdi, mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
	ÅUH Århus Sygehus	49,0	49,0	49,0
	ÅUH Skejby	20,4	20,4	20,4
	Hospitalsenheden Vest	3,5	3,5	3,5
	Samhandelskontoen	-72,9	-72,9	-72,9
	Aktivitetsændringer i alt	0	0	0

11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi for 2011, 2012 og varigt				
	Mio. kr. (2011-P/L)	2011	2012	Varigt
	ÅUH Århus Sygehus	24,5	24,5	24,5
	ÅUH Skejby	10,7	10,7	10,7
	Hospitalsenheden Vest ...	1,7	1,7	1,7
	Samhandelskontoen	-72,9	-72,9	-72,9
	Reserverede midler, Samhandelskontoen	11,0	11,0	11,0
	Nettobesparelse i alt	-25,0	-25,0	-25,0
12. Øvrige bemærkninger	Som beskrevet under pkt. 3 oven for foreslås det, at der ud over de 11 mio.kr. reserveres yderligere 9 mio. kr. i 2011 og 15 mio. kr. i 2012 og frem til imødekommelse af hjemtrækninger fra andre regioner, således at der samlet reserveres 20 mio. kr. i 2011 og 26 mio. kr. i 2012 og frem.			