

OPDATERET 5. JUNI

Besvarelser på politisk stillede spørgsmål til de fremlagte spareforslag

I dette notat svares på spørgsmål fra regionsrådets spørgetime og øvrige indsendte spørgsmål.

Dato 05-06-2015

Notatet er en opdateret udgave af notat, der blev udsendt onsdag den 19. maj i forbindelse med budgetseminaret. Afsnittene 1-10 er ikke ændret, de nye besvarelser indgår i punkterne 11-14.

1-21-78-4-14

Side 1

Notatet opdateres igen den 19. juni, hvor spørgsmål stillet inden den 15. juni besvares.

Oversigt over notatet:

Spørgsmål besvaret den 13. maj 2015.....	2
1 Spørgsmål fra Socialdemokraterne	2
2 Spørgsmål fra Socialistisk Folkeparti	4
3 Spørgsmål fra Dansk Folkeparti	26
4 Spørgsmål fra Venstre	29
5 Spørgsmål fra Enhedslisten	29
Spørgsmål besvaret den 20. maj 2015.....	33
6 Spørgsmål fra Radikale Venstre	33
7 Spørgsmål fra Det Konservative Folkeparti	33
8 Spørgsmål fra Socialistisk Folkeparti	40
9 Spørgsmål fra Venstre	49
10 Spørgsmål fra Enhedslisten	54
Spørgsmål besvaret den 5. juni.....	61
11 Spørgsmål fra Socialistisk Folkeparti	61
12 Spørgsmål fra Det Konservative Folkeparti	69
13 Spørgsmål fra Venstre:	74
14 Spørgsmål fra budgetseminaret	92
Bilag 1: Notat vedr. vakanseopgørelse 2014	102
Bilag 2: Aktiviteten i akutklinikkerne	107
Bilag 3: Baggrundsmateriale vedr. forslag om reduktion i senge til specialiseret neurorehabilitering	114
Bilag 4: Spørgsmål til personaleflytninger og personalereduktioner	121
Bilag 5: Aktivitet for akutbiler og akutlægebiler før og efter besparelser	131
Bilag 6: Visitationskriterier vedr. neurorehabilitering	133
Bilag 7: Redegørelse med baggrund i drøftelserne på budgetseminaret af spareforslagene vedr. neurorehabilitering	143

Bilag 8: Ambulancetjenestens indsats i forhold til patienter i eget hjem	148
Bilag 9: Interhospital transport	151

Spørgsmål besvaret den 13. maj 2015.

1 Spørgsmål fra Socialdemokraterne

1.1 Hvad har en paramediciner lov til at udføre på tilskadekomne?

Paramedicinere har mindst 4½ års uddannelse og erfaring og kan udføre avanceret præhospital behandling. De har ligeledes ved en række tilstande mulighed for at give medicin intravenøst samt for at afslutte visse behandlinger på stedet. Det kan drejes sig om medicin vedrørende smertelindring, hjertestopbehandling, kramper, lungeødem og lavt blodsukker/sukkersyge mm. Avanceret præhospital behandling sker efter lægelig delegation, ligesom afslutning af behandlinger kun kan ske efter lægelig ordination.

1.2 Set i forhold til lægen?

Læger, som arbejder præhospitalt, er (helt overvejende) speciallæger i anæstesi. Det er den lægelige faggruppe, der har størst indsigt og erfaring i diagnosticering og behandling af alvorlige akutte tilstande og traumer samt ydelse af livreddende indsats – især håndtering af luftveje og intensiv akut behandling.

Præhospital håndtering af tidskritiske tilstande hos patienter, især ved meget alvorlige traumer, kan fordre indsigt i traumefysiologi, dvs. hvilken påvirkning traumet giver andre organsystemer, og hvilken betydning det har for diagnostiske og behandlingsmæssige overvejelser. Lægen kan således overveje differentialdiagnoser og straks igangsætte fornøden specialiseret behandling. I denne sammenhæng kan lægen udføre triage og visitation på skadestedet, og derved sikre at patienten bliver transporteret til relevant sygehus.

Lægen kan eksempelvis give avanceret medicin, foretage hjertediagram, udføre pace på hjertet, måle kulilten i blodet, anvende ultralydsapparat (tjekke for indre blødninger, lungefunktion mm) mv.

20 % af patienterne kan afsluttes af læge uden indlæggelse.

1.3 Findes der statistikker der fortæller, hvem der kommer til et ulykkested først (sundhedsprofessionelle)?

Vi ved fra tidligere opgørelser, at akutlægebilerne og akutbilerne *generelt* kommer senere end ambulancerne ved de mest hastende kørsler. Responstiden er altså generelt længere end for ambulancerne. En forklaring herpå er, at der er væsentligt flere ambulancer end akutlægebiler/akutbiler.

1.4 Er den danske paramedicineruddannelse på samme niveau som den amerikanske?

Uddannelsen i USA er ikke et nationalt uddannelsesprogram; men tilrettelægges af den enkelte delstat. Dvs. de enkelte stater kan have forskellige niveauer i uddannelsen. Så det er meget svært at sammenligne niveau. Umiddelbart skal en dansk uddannelse under alle omstændigheder være tilpasset danske vilkår og forhold i sundhedsvæsenet.

1.5 Hvor mange børn bliver født for tidligt i Randers pr år, og hvor mange kan ikke behandles der, men skal til andre hospitaler?

Antal for tidligt fødte børn

Antallet af for tidligt fødte kan ikke trækkes i eSundhed. I stedet omfatter tallene de børn, der er behandlet på hospitalerne pga. for tidlig fødsel. De fleste børn behandles på det hospital,

hvor de er født. Der kan dog være enkelte, der er født et andet sted – typisk børn født på Aarhus Universitetshospital, som overføres til deres lokalhospital.

Den procentvise andel af for tidligt fødte på de enkelte fødesteder kan variere en del fra år til år, da der er tale om relativt få børn.

Antal børn behandlet pga. for tidlig fødsel, 2014.

	Født før uge 27+6	Født før uge 36+6	I alt
Aarhus Universitetshospital	42	312	354
HE Midt	8	115	123
HE Vest	12	160	172
RH Randers	6	122	128

Note: Data er hentet fra eSundhed på diagnosekoderne DP072 og DP073.

Unikke CPR-numre. Hospitalerne har ikke haft mulighed for at kommentere tallene.

Flytning af for tidligt fødte børn

Professor Tine Brink Henriksen, Den regionale neonatale transportordning ("Babyambulancen"), oplyser, at rapporten over aktiviteten i 2014 endnu ikke er færdig. Opgørelsen over antallet af børn, der blev overflyttet fra et lokalhospital til Aarhus Universitetshospital er derfor behæftet med en vis usikkerhed.

Antal overflytninger af børn fra lokalhospitaler til Aarhus Universitetshospital pr. måned, 2014. Estimeret.

	Overflytninger pr. måned
HE Midt	2
HE Vest	3
RH Randers	2
HE Horsens	4*

Note: De øvrige hospitaler har ikke haft mulighed for at kommentere tallene.

* Regionshospitalet Horsens har ikke en egentlig børneafdeling. Børneambulatoriet bemannes med læger fra Aarhus Universitetshospital.

RH Randers vurderer, at ca. 1/3 af overflytningerne sker i barnets første leveuge og skyldes tilstande, der er relateret til for tidlig fødsel.

1.6 Hvis man er indlagt på Skejby og behandlet der, men ikke er klar til at komme hjem, bliver patienten så overflyttet til et regionshospital som bla. Randers inden udskrivning til hjemmet?

Ja patienten overføres til nærhospital, hvis det viser sig, at patienten ikke er helt færdigbehandlet.

1.7 Er der patienter der ikke kan udskrives på grund af at den kommunale hjemmepleje ikke kan overtage patienten?

Det kan forekomme, men det er yderst sjældent. Når det sker, kan det skyldes, at det kan tage tid, at få foranstaltninger i borgerens hjem gjort klar til, at patienten kan være her.

2 Spørgsmål fra Socialistisk Folkeparti

2.1 Der ønskes en oversigt over forslag, der mangler afklaring.

I sparekataloget er der ved flere forslag afsat en spareramme, hvor den endelige fordeling udestår.

For de følgende forslag skal fordelingen af spareramme afklares inden regionsrådet førstebehandler budget 2016 i august 2015:

- Tema 1: 9 – Reduktion i udgifterne til børneområdet
- Tema 2: 15 - Flytning af aktivitet fra Aarhus Universitetshospital
- Tema 6: 9 – Vaskeriydelsen
- Tema 6: 10 – Kostoptimering, hjælpemidler og rengøringsstandarder
- Tema 6: 11 – Optimering af fradragsret for energiafgifter og refusion af moms
- Tema 6: 21 – Samordning af IT-funktioner decentralt og centralt
- Tema 6: 28 – Samling af kvalitetsansvaret i CFK Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Derudover er der enkelte forslag, hvor fordelingen på centrale stabe udestår. Denne fordeling forventes klar til budgetbehandlingen i august.

Der er samtidig enkelte spareforslag med besparelser i 2017 eller senere, hvor den endelige fordeling af en spareramme udestår.

2.2 Der ønskes en oversigt over forslag, der kræver om og tilbygninger.

I notatet "Spareplan 2015-2019 Sundhedsområdet, Koncernledelsens oplæg, 27. april 2015" er der i afsnit 3.5 redegjort for afledte anlægsinvesteringer som følge af spareforslag. Her gengives tabel fra notatet der opsummerer anlægsudgifterne. Derudover henvises til notatets yderligere beskrivelse af forslagene.

Oversigt over forslag der forudsætter anlægsinvesteringer

Nr.	Forslag	2015	2016	I alt
2.8	Samling af regionsfunktions neurorehabilitering	5,5	0,0	5,5
4.2.1	Harmonisering af optageområder i voksenpsykiatrien	7,7	5,6	13,3
5.3	Klinisk immunologiske funktioner,	0,9	0,0	0,9
5.4	Samling af Patologi	1,0	0,0	1,0
5.5	Fælles beskriverenhed for CT- og MR-scanninger for Regionshospitalerne	1,0	0,0	1,0
6.1	Indkøbsaftaler	6,7	0,0	6,7
I alt		22,8	5,6	28,4

2.3 Oversigt over områder med vedvarende rekrutteringsproblemer samt beskrivelse af tiltag

Region Midtjylland opgør årligt vakancesituationen for forskellige faggrupper på sundhedsområdet - senest pr. 1. november 2014 - se bilag 1.

Vakante stillinger defineres som:

- Stillinger som har været slået op, hvor der ingen kvalificerede ansøgere var.

- Stillinger som ikke har været slået op, fordi det var forventet, at der ingen kvalificerede ansøgere ville være
- Stillinger der som følge af manglende ansøgninger er besat med en person fra en anden faggruppe.
- Stillinger der som følge af manglende ansøgninger er besat med en vikar/vikarer.

Som det fremgår af den vedlagte opgørelser, har der de seneste år generelt været mangel på speciallæger (overlæger og afdelingslæger) i Region Midtjylland. Manglen ses i større eller mindre omfang på alle hospitalsenheder, men har dog været mest udtalt og vedvarende indenfor psykiatrien.

I modsætning til for nogle år siden, er der ikke for tiden generel mangel på sygeplejersker. De få vakante sygeplejerskestillinger findes indenfor psykiatrien.

Der er gennemført både lokale og regionale rekrutteringstiltag i relation til læger fra andre EU-lande. Psykiatrien har derudover arbejdet med en mere langsigtet rekrutteringsindsats under titlen "Skarpe hjerner – varme hjerter" med fokus på at skabe større interesse for de psykiatriske specialer allerede i uddannelsesfasen og at rekruttere og fastholde yngre læger til området.

Aktuelt annonceres der bl.a. efter udenlandske radiologer.

De seneste år er der planlagt og påbegyndt væsentlig flere speciallægeuddannelsesforløb (samlet varighed på 5-6 år).

Antallet af speciallæger i Region Midtjylland vil derfor øges betydeligt i de kommende år - fra ca. 1700 i 2014 til godt 1900 i 2020.

2.4 Fordeling af sengedage og gennemsnitlig liggetid på specialiseringsniveau på Aarhus Universitethospital

Tabel 1, 2 og 3 viser fordelingen på liggetider og sengedage på specialiseringsniveau for 2014. Opdaterede opgørelser for 2015 er i øjeblikket ikke tilgængelige, da regionen er i gang med en omlægning af data.

Tabel 1. Sengedage i 2014 fordelt på specialiseringsniveau

Afdeling	2. Hovedfunktionsniveau	3. Regionsfunktionsniveau	4. Højt specialiseret niveau	Hovedtotal
Geriatrisk Afdeling G	11.203	0	12	11.215
Medicinsk Endokrinologisk Afdeling MEA	27.868	351	703	28.922
Kirurgisk Afdeling P	3.746	8.855	5.556	18.157
Nyremedicinsk Afdeling C	3.248	1.567	3.511	8.326
Neurologisk Afdeling F	7.732	2.691	2.101	12.524
Dermato-Venerologisk Afdeling S	1	3.902	433	4.336
Hæmatologisk Afdeling R	3.142	9.895	4.208	17.245
Infektionsmedicinsk Afdeling Q	4.789	3.468	929	9.186
Medicinsk Hepato-Gastroenterologisk Afdeling V	2.673	241	6.023	8.937
Onkologisk Afdeling D	8.652	7.099	7.201	22.952
Reumatologisk Afdeling U	655	46	2.749	3.450
Hjertemedicinsk Afdeling B	2.126	13.189	34.050	49.365
Lungemedicinsk Afdeling LUB	5.701	4.379	2.741	12.821

kilde AUH'SAStræk på InfoRM

Tabel 2. Procentfordeling af sengedage i 2014 fordelt på specialiseringsniveau

Afdeling	2. Hovedfunktionsniveau	3. Regionsfunktionsniveau	4. Højt specialiseret niveau
Geriatrisk Afdeling G	100%	0%	0%
Medicinsk Endokrinologisk Afdeling MEA	96%	1%	2%
Kirurgisk Afdeling P	21%	49%	31%
Nyremedicinsk Afdeling C	39%	19%	42%
Neurologisk Afdeling F	62%	21%	17%
Dermato-Venerologisk Afdeling S	0%	90%	10%
Hæmatologisk Afdeling R	18%	57%	24%
Infektionsmedicinsk Afdeling Q	52%	38%	10%
Medicinsk Hepato-Gastroenterologisk Afdeling V	30%	3%	67%
Onkologisk Afdeling D	38%	31%	31%
Reumatologisk Afdeling U	19%	1%	80%
Hjertemedicinsk Afdeling B	4%	27%	69%
Lungemedicinsk Afdeling LUB	44%	34%	21%

kilde AUH'SAStræk på InfoRM

Tabel 3. Den gennemsnitliggetid for 2014

Afdeling	2. Hovedfunktionsniveau	3. Regionsfunktionsniveau	4. Højt specialiseret niveau	Hovedtotal
Geriatrisk Afdeling G	7,3		12,0	7,3
Medicinsk Endokrinologisk Afdeling MEA	2,5	4,0	2,1	2,5
Kirurgisk Afdeling P	2,5	4,6	4,8	4,0
Nyremedicinsk Afdeling C	3,8	4,1	4,4	4,1
Neurologisk Afdeling F	2,3	2,8	4,2	2,6
Dermato-Venerologisk Afdeling S	1,0	6,4	2,9	5,7
Hæmatologisk Afdeling R	4,2	6,1	6,7	5,8
Infektionsmedicinsk Afdeling Q	5,3	7,1	6,5	6,0
Medicinsk Hepato-Gastroenterologisk Afdeling V	3,8	4,8	4,6	4,3
Onkologisk Afdeling D	2,5	2,0	2,0	2,2
Reumatologisk Afdeling U	3,2	3,5	4,8	4,3
Hjertemedicinsk Afdeling B	1,6	1,6	2,4	2,1
Lungemedicinsk Afdeling LUB	4,8	5,1	2,2	3,9

kilde AUH'SAStræk på InfoRM

2.5 Generelt vedr. medicinske senge , belægningspct. og liggedage - svaret på mit spørgsmål viser store forskelle hvor Randers topper. Hvorfor får så store forskellige lov til at fortsætte. Hvilken besparelse vil der være, hvis man skulle arbejde efter bedste praksis, og hvor ville besparelsen være størst. (Bente Nielsen)

Herunder vises den tidligere udsendte opgørelse over belægningsprocenter og gennemsnitlig indlæggelsestid fra oktober 2014 til den 26. april 2015 på Region Midtjyllands medicinske og kirurgiske afdelinger og akutafdelinger.

	Oktober 2014	November 2014	December 2014	Januar 2015	Februar 2015	Marts 2015	April 2015
Hospitalsenhed Midt							
Akutafdelingen HEM - belægning	75%	79%	74%	82%	80%	83%	78%
Akutafdelingen HEM – gns. indlæggelsestid	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Diagnostisk Center Medicin - belægning	91%	90%	77%	83%	84%	87%	82%
Diagnostisk Center Medicin – gns. indlæggelsestid	3,2	3,1	3,2	3,3	3,1	3,1	3,2
Hjertemedicinsk Afdeling - belægning	90%	93%	88%	87%	98%	97%	87%
Hjertemedicinsk Afdeling – gns. indlæggelsestid	2,6	2,9	2,8	2,8	3,1	3,1	3,2

Kirurgisk Afdeling – belægning	57%	58%	51%	92%	79%	74%	75%
Kirurgisk Afdeling – gns. indlæggelsestid	3,3	3,0	3,8	2,8	3,2	2,4	2,7
Medicinsk Afdeling - belægning	89%	90%	87%	94%	94%	94%	97%
Medicinsk Afdeling – gns. indlæggelsestid	4,9	4,6	4,9	5,0	4,2	4,8	5,4
Neurologisk Afdeling - belægning	88%	96%	79%	94%	86%	94%	89%
Neurologisk Afdeling – gns. indlæggelsestid	10,2	9,6	16,0	11,5	11,8	11,0	7,4
Hospitalsenheden Horsens							
Akutfdelingen - belægning	82%	91%	93%	99%	103%	93%	80%
Akutfdelingen – gns. indlæggelsestid	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Kirurgisk overafdeling - belægning	93%	97%	99%	103%	96%	87%	79%
Kirurgisk overafdeling – gns. indlæggelsestid	3,6	6,0	4,2	3,7	4,2	3,7	3,8
Medicinsk overafdeling - belægning	95%	108%	106%	118%	119%	110%	95%
Medicinsk overafdeling – gns. indlæggelsestid	4,0	3,7	4,0	4,2	4,3	4,5	4,1
Hospitalsenheden Vest							
Akutfdeling - belægning	86%	84%	82%	90%	96%	93%	82%
Akutfdeling – gns. indlæggelsestid	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Kirurgisk afdeling - belægning	115%	106%	97%	97%	109%	99%	93%
Kirurgisk afdeling – gns. indlæggelsestid	3,5	3,7	3,4	3,5	3,1	3,8	3,3
Medicinsk afdeling - belægning	99%	104%	97%	106%	109%	112%	100%
Medicinsk afdeling – gns. indlæggelsestid	3,7	3,7	3,6	4,0	3,8	4,0	4,1

Neurologisk Afdeling - belægning	90%	85%	83%	102%	101%	99%	103%
Neurologisk Afdeling – gns. indlæggelsestid	4,3	5,0	4,2	4,6	6,2	4,7	5,1
Onkologisk Afdeling - belægning	104%	96%	114%	101%	91%	112%	94%
Onkologisk Afdeling – gns. indlæggelsestid	4,0	3,7	4,2	3,3	3,1	3,3	3,1
Regionshospitalet Randers							
Akutafdeling - belægning	105%	101%	103%	107%	109%	110%	92%
Akutafdeling – gns. indlæggelsestid	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Kirurgisk Overafd. K - belægning	106%	102%	119%	111%	104%	102%	99%
Kirurgisk Overafd. K – gns. indlæggelsestid	3,3	2,9	3,6	3,2	3,1	3,6	3,4
Medicinsk Overafd. M - belægning	108%	106%	108%	111%	113%	111%	97%
Medicinsk Overafd. M – gns. indlæggelsestid	5,7	5,0	5,6	5,9	6,1	5,6	6,1
Aarhus Universitetshospital							
Dermato-Venerologisk Overafd. S - belægning	88%	80%	75%	71%	87%	85%	74%
Dermato-Venerologisk Overafd. S – gns. indlæggelsestid	6,1	5,6	5,9	3,7	4,8	5,5	4,1
Fælles AKUT Afdeling - belægning	78%	81%	79%	86%	87%	86%	78%
Fælles AKUT Afdeling – gns. indlæggelsestid	-	-	-	-	-	-	-
Geriatrisk Overafd. G - belægning	92%	106%	104%	96%	90%	97%	95%
Geriatrisk Overafd. G – gns. indlæggelsestid	6,5	7,3	7,6	8,2	7,9	7,5	7,5

Hjertemedicinsk Overafd. B - belægning	81%	78%	75%	70%	75%	77%	66%
Hjertemedicinsk Overafd. B – gns. indlæggelsestid	2,4	2,3	2,5	2,3	2,5	2,6	2,6
Hæmatologisk Overafd. R - belægning	89%	88%	91%	92%	93%	95%	84%
Hæmatologisk Overafd. R – gns. indlæggelsestid	5,5	5,0	5,1	6,1	6,0	5,3	5,4
Infektionsmedicinsk Overafd. Q - belægning	85%	84%	93%	90%	92%	94%	89%
Infektionsmedicinsk Overafd. Q – gns. indlæggelsestid	6,0	4,9	6,0	7,1	5,0	5,5	6,3
Kirurgisk Overafd. P - belægning	100%	96%	86%	93%	99%	90%	85%
Kirurgisk Overafd. P – gns. indlæggelsestid	4,2	4,1	4,0	3,8	3,7	4,1	4,3
Lungemedicinsk Overafd. LUB - belægning	93%	94%	91%	95%	95%	94%	79%
Lungemedicinsk Overafd. LUB – gns. indlæggelsestid	3,8	3,6	3,4	3,6	4,8	4,3	3,5
Medicinsk Endokrinologisk Overafd. MEA - belægning	86%	89%	85%	92%	96%	98%	90%
Medicinsk Endokrinologisk Overafd. MEA	2,3	2,5	2,5	2,5	2,6	2,5	2,6
Medicinsk Hepato-Gastroenterologisk Overafd. V - belægning	86%	93%	83%	94%	96%	101%	85%
Medicinsk Hepato-Gastroenterologisk	4,6	4,3	4,7	3,9	4,7	4,2	4,4

Overafd. V – gns. indlæggelsestid							
Neurologisk Overafd. F - belægning	85%	85%	79%	98%	91%	82%	74%
Neurologisk Overafd. F – gns. indlæggelsestid	2,6	2,6	2,5	2,9	2,6	3,5	2,6
Nyremedicinsk Overafd. C - belægning	66%	84%	74%	81%	85%	97%	70%
Nyremedicinsk Overafd. C – gns. indlæggelsestid	4,4	4,2	3,7	4,2	3,6	4,3	4,3
Onkologisk Overafd. D - belægning	73%	72%	70%	67%	64%	57%	51%
Onkologisk Overafd. D – gns. indlæggelsestid	2,1	2,2	2,4	2,0	2,0	2,1	2,1
Reumatologisk Overafd. U - belægning	86%	97%	64%	79%	88%	84%	67%
Reumatologisk Overafd. U – gns. indlæggelsestid	3,8	4,2	3,8	3,6	3,7	4,1	3,7

Udfordringerne på det intern medicinske område, herunder belægningen på de medicinske afdelinger er løbende drøftet i Dialogforum. Samtlige hospitaler har fokus på tiltag, der skal nedbringe presset på kapaciteten på de medicinske afdelinger.

De sammenlignende undersøgelser af nøgletal, som der er udarbejdet på tværs af hospitalerne, er ikke tilstrækkeligt robuste til at der kan foretages en tilbundsående vurdering af, om der er større forskelle i sengekapaciteten på tværs hospitalerne. Dog indikerer de forskellige undersøgelser af nøgletal, at Hospitalsenhed Horsens har væsentlig mindre forbrug end de øvrige hospitaler i regionen, og at Hospitalsenhed Midt tilsvarende har det højeste forbrug.

2.6 Hvorfor er det samlede sparekrav fordelt så massivt på Hospitalsenhed MIDT?

Spareforslagene er udarbejdet ud fra et ønske om at reducere variation mellem enheder i regionen og at sikre økonomisk og fagligt bæredygtige enheder. Baggrundstal og sammenligninger, der ligger til grund for spareforslagene, gør, at de samlede sparekrav er faldet forskelligt ud på de enkelte hospitalsenheder. Som eksempler på spareforslag, der giver Hospitalsenhed Midt en større del af besparelsen kan nævnes: 1.3 Reduktion og nivellering af udgifterne til det medicinske område og 8.5 Reduktion af variation i produktivitet på lægesekretærområdet.

En anden betydende faktor er den budgetvirkning det giver, når det foreslås at flytte funktioner væk fra et hospital. Som eksempler fra Hospitalsenhed Midt kan nævnes forslag 5.2 Kliniske Immunologiske funktioner og 5.4 Fusion af patologien på regionshospitalerne i Region Midtjylland.

Endelig er der forslag 1.4 Samling af modtagelse af akutte patienter i Hospitalsenhed Midts optageområde gennem akutafdelingen i Viborg. Hospitalsenhed Midt har modtagelse af akutte medicinske patienter udenfor akutafdelingen. Forslaget samler indgangen af modtagelsen af akutte patienter, som Sundhedsstyrelsen beskriver vi skal.

2.7 Kørselsudgifter. I sparekataloget er der en beregning på øgede udgifter – er det alene for den udgift regionen vil få. Og hvilke merudgifter vil borgerne få?

Det er en pulje til at imødegå merudgifter til regionens befordringsudgifter. Merudgifterne er både øgede udgifter til siddende befordring og refusion af kørselsudgifter til borgerne udbetalt efter de gældende regler herfor.

Det er ikke vurderet, i hvilket omfang borgerne kan få merudgifter til egen transport.

2.8 Hvad er timelønnen for lægerne i lægebilen og er det samme tarif over hele regionen?

Der er akutlægebiler, hvor lægen er på konsulentaftale, og der er biler med overenskomstdækning.

Der er endvidere forskel på honorering af biler med høj henholdsvis lav aktivitet.

Følgende udgifter ligger til grund for spareforslaget.

Der er samlet set (for de biler der indgår i spareforslagene) en gennemsnitlig timeløn på ca. 550 kr. (med alt inkluderet).

Samlet årligt gennemsnitlig udgift til akutlægebil i spareforslagene: ca. 7,7 mio. kr. (2,7 mio. kr. for akutlægebiler med paramediciner)

2.9 Hvad er timelønnen for sygeplejersker i akutbilerne?

Følgende udgifter ligger til grund for spareforslaget.

Med udgangspunkt i lønbudgettallene for akutbilerne i hhv. Ringkøbing, Tarm og Skive fås en gennemsnitlig timeløn (inkl. fast løn, særydelser, pension, særlig feriegodtgørelse) på 285 kr./timen.

Samlet årlig udgift til akutbil med ambulancebehandler og anæstesisygeplejerske i spareforslagene: ca. 5 mio. kr.

Samlet årlig udgift til akutbil i Skive med paramediciner og anæstesisygeplejerske i spareforslagene: ca. 5 mio. kr. (Ved nyt udbud må forventes en udgift op mon 5,5 mio. kr.)

2.10 Hvad er den samlede udgift på et døgn på dels en lægebil med det personale der er i den og dels en akutbil?

Akutlægebil: ca. 21.100 kr.

Akutbil: ca. 13.700 kr.

2.11 Der ønskes en opgørelse af andel besøg som anæstesisygeplejerskerne afslutter i hjemmet

Akutbiler kan ikke selvstændigt afslutte behandlingen af patienter. Afslutningen af behandlingen af patienter, hvor en akutbil er involveret, forudsætter, at en akutlæge kommer til stedet, eller at sygeplejersken har en telefonisk konference med lægen.

2.12 Hvad danner grundlaget for at foreslå, at lægen i lægebilerne skal køre transportkørsel i ledige stunder?

Det vurderes, at udnyttelsesgraden på akutlægebilerne kan øges, idet de ikke er på kørsel hele tiden. Der er gode erfaringer fra Region Hovedstaden med anvendelse af akutlæger til interhospital transport.

Der er desuden ikke spildtid til returtransport, da bilen jo følger med ambulancen, og akutlægebilen derfor er klar til ny indsættelse umiddelbart efter overdragelse af patienten.

2.13 Hvordan vurderes den udgift sammenlignet med at man fx anvendte eget personale (sygeplejersker fra anæstesiologisk afdeling)?

Der er beregnet en nettobesparelse til 6,6 mio. kr., ved at læger fra akutlægebilerne deltager i interhospital patienttransporter – frem for hospitalspersonale, hvor der skal indkaldes bagvagt/vikar eller lignende for den, der deltager i transport samt sparet spildtid mv.

Det er vurderet, at transport, hvor der i dag skal læge med, også fremover skal have ledsagelse ved læge, da der er tale om (potentielt livstruede og) behandlingskrævende patienter.

2.14 Økonomien i NISA senge i Silkeborg og hvorfor er der før sparekataloget, skulle være stoppet for to NISA senge som der oprindeligt var planlagt?

Økonomien for intensivsengene i spareforslag 1.5 er beregnet til 3,6 mio. kr. pr seng.

I budgetforliget for 2014 indgik en hensigtserklæring om at iværksættes en analyse, som skal afdække behov og muligheder for etablering af NISA-senge ved intensivafsnittet på Regionshospitalet Viborg i tæt samarbejde med Vestdansk Center for Rygmarvsskadede, så patienterne kan overflyttes til Regionshospitalet Viborg tidligere i forløbet fra Neurokirurgisk afd, ved Aarhus Universitetshospital, og dermed påbegynde deres rehabiliteringsforløb hurtigere. På baggrund heraf blev der igangsat en analyse, der både så på faglige og økonomiske forhold. Konklusionen var, at det fagligt godt kunne give mening at oprette en sådan funktion, men at det ikke var muligt at finde finansiering til det. Det blev beregnet, at de årlige driftsudgifter fratrukket de udenregionale indtægter vil medføre en ekstra årlig udgift på 2,6 mio kr.

Etablering af NISA-sengen i intensivafsnittet, Regionshospitalet Viborg indgik i rækkes af ønsker til budget 2015, hvor den imidlertid ikke blev prioriteret. I december 2014 blev regionsrådet orienteret om, at det ikke havde vist sig muligt at finde råderum i budgettet til finansieringen.

2.15 Konsekvenser ved at lave besparelser på Intensiv afdeling for den øvrige aktivitet på de to centre bedes yderligere udredt, ligesom der bedes om en beskrivelse og økonomiberegning på hvad samme beregnings- og vurderingsmetode vil have på øvrige hospitalers anæstesiafdelinger.

Høringssvarene fra Center for Planlagt Kirurgi og Diagnostisk Center angiver forskellige udfordringer. Det er fortsat koncernledelsens vurdering, at forslagene kan gennemføres.

Der er ikke foretaget beregninger i forhold til at vurdere rationaliseringsgevinsterne ved at sammenlægge intensiv kapacitet på færre matrikler for andre hospitalsenheder. Det bemærkes dog, at der for Hospitalsenheden Vest og Aarhus universitetshospital er krav om effektiviseringsgevinster ved indflytning i de nye bygninger i 2019. Det er således forventningen og kravet, at der ved samling af aktiviteterne på de nye enheder bliver sket en mere effektiv drift. Det må formodes, at anæstesiaafdelingerne bidrager til dette effektiviseringkrav, og at kravet kan realiseres blandt andet fordi der er stordriftsfordele ved at aktiviteten samles et sted.

2.16 Hvordan vil de i sparekataloget foreslåede besparelser påvirke aktiviteten på hospitalet og det forudsætningsgrundlag, der er stillet i udsigt til dem, der skal drive det nyopførte P-hus?

I henhold til OPP-kontrakten om drift af p-hus og terrænparkering i Silkeborg er Region Midtjylland forpligtet til at aftage 300 medarbejderkort, hvilket svarer til en årlig udgift på 550.000 kr.

Hertil kommer, at Region Midtjylland garanterer for, at der årligt er p-indtægter på op til 4 mio. kr. Bliver leverandørens p-indtægter mindre end de 4 mio. kr. skal regionen godtgøre leverandøren for differencen.

Såfremt aktiviteten på Regionshospitalet i Silkeborg falder, og det også påvirker parkeringsaktiviteten, så kan det betyde, at regionen får en årlig udgift til medarbejderkort og årlig godtgørelse til leverandøren.

Udgangspunktet for OPP-aftalen er, at aftalen fra regionens side er uopsigelig indtil udløbet af det 10. år, mens aftalen fra leverandørens side er uopsigelig indtil det 20. år. Men det er muligt for begge parter at forlange genforhandling, hvis den faktiske indtægt bliver mere end 40 % mindre end 5.800.000 kr. ekskl. moms (2013-p/l).

2.17 Det er kommet frem i bl.a. Grenå og Silkeborg og nu senest i Ringkøbing-Skjern kommunes høringssvar, at det antal besøgende, som der er regnet med, slet ikke passer. Kommer der en ny opdatering, og hvordan påvirker det økonomien og bedømmelsen af akutklinikernes betydning? Den sundhedsaftale regionen lige har indgået med de 19 kommuner ser ud til at få svære vilkår, hvis akutklinikkerne tømmes for opgaver som det er foreslået. Og der mangler beskrivelse af den aflastning akutklinikkerne også er for både praktiserende læger og hospitalerne.

Der udarbejdes et samlet notat som samler op på en række af de uklarheder omkring data, der har været i forbindelse med forslaget vedr. omlægning af akutklinikker til enheder, der varetager diagnostiske ydelser.

Notat om aktivitet i akutklinikkerne er vedlagt som bilag 2.

2.18 Der ønskes redegjort for vurderingen af at der kan undværes neurologiske senge i den vestlige del af regionen

Redegørelsen er vedlagt i bilag 3.

2.19 Forslaget om flytning af fertilitetsbehandling fra AUH, som det er fremlagt vil dele opgaven mellem Skive og Horsens. Vil det i stedet for kunne placeres i Skive, og hvilken besparelse vil der være ved ikke at dele opgaven ud på to matrikler?

Det vurderes umiddelbart, at det vil være muligt at flytte al aktiviteten fra fertilitetsklinikken på Aarhus Universitetshospital til fertilitetsklinikken på Regionshospitalet Skive. Der vil herved være tale om cirka en fordobling af Skive-klinikkens aktivitet.

Det nuværende spareforslag er baseret på, at der i forbindelse med aktivitetsflytninger, vil skulle afleveres budgetmidler svarende til 75 pct. af aktivitetsværdien fra det afgivende hospital, mens der modtages midler svarende til 25 pct. af aktivitetsværdien på de hospitaler, der overtager aktivitet. Ved anvendelse af denne model bliver 50 pct. af de midler der omflyttes frigjort til besparelse. Brugen af 75/25-reglen forudsætter blandt andet, at de hospitaler, som overtager en funktion, kan varetage denne for en budgettilførsel på 25 pct. af aktivitetsværdien, hvilket kan være en udfordrende opgave.

Det vurderes ikke, at det vil være muligt, at hente en yderligere besparelse ved en ændring af forslaget, hvor al aktiviteten fra fertilitetsklinikken på Aarhus Universitetshospital flyttes til én matrikel, fx fertilitetsklinikken på Regionshospitalet Skive. Tværtimod vil der være en risiko for at det bliver vanskeligt at udføre aktivitet til marginalomkostningen.

Det kan herudover bemærkes, at der er frit sygehusvalg på området, hvorfor det vurderes at være sandsynligt, at patienterne fra den østlige del af regionen i et stort omfang selv vil vælge at modtage fertilitetsbehandling på Regionshospitalet Horsens, selv om vi formelt siger, at borgere fra bl.a. Aarhus kommune hører til klinikken på Regionshospitalet Skive.

2.20 Hvor mange flere behandles i samme periode for alvorlige sygdomme som efterfølgende kræver særlig kost?

Definitionen for at en patient er berettiget til tilskud til ernæringspræparater er, at ernæringspræparaterne ordineres af en læge i forbindelse med sygdom eller alvorlig svækkelse. Der er budgetteret med stigende udgifterne til ernæringspræparater på 93 procent fra 2009-2015. Det er ikke undersøgt i hvilket omfang, den brede gruppe af patienter, der er berettiget til tilskud til ernæringspræparater, ligeledes er vokset.

2.21 Der ses ikke at være en sammenligning til bedre liv og mindre brug af sundhedsydelse, eller opbremsning af følgesygdomme.

For de personer, der er syge og svækkede i en grad, så de ikke kan indtage (tilstrækkelig) almindelig kost, fungerer ernæringspræparaterne som erstatning for den daglige kost og er derfor væsentlige for såvel livskvalitet som mindre brug af sundhedsydelse. Datagrundlaget for de personer, der modtager tilskud til ernæringspræparater, understøtter indtil videre ikke, at de direkte effekter af at få ordineret ernæringspræparater kan undersøges. Dette skyldes manglende oplysninger om de patienter, der køber ernæringspræparaterne direkte hos leverandørerne (ca. 2/3 af tilskudsudgifterne).

2.22 Er der forskel på hvad regionen og kommunen sparer ved bedre kost og kosttilskud?

Hvis ernæringspræparater virker præventivt for den enkelte patient i forhold til sygdom og indlæggelser sparer både region og kommuner penge. Problematikken går imidlertid på, hvorvidt nogle borgere, der hverken er syge eller alvorligt svækkede, alligevel får tilskud. I disse tilfælde vil ernæringspræparaterne ikke have samme præventive virkning set i forhold til almindelig kost.

2.23 Hvori bygges tvivlen på, at nogle borgere får tilskud men ikke skulle være berettiget. Og hvordan kan det nærmere beskrives og prissættes, og tages der social hensyn?

Region Syddanmark har i april 2015 igangsat en kampagne rettet mod læger, apotekere og andre sundhedspersoner, hvor der gøres opmærksom på reglerne for tilskud til ernæringspræparater. Baggrunden for kampagnen var, at der i Region Syddanmark ses en tilsvarende stigning i udgifterne til ernæringspræparater, og at tilbagemeldinger fra de praktiserende læger gik på, at de jævnligt oplevede pres fra andet sundhedspersonale, eksempelvis plejepersonale i den kommunale ældrepleje, der ønsker recept på ernæringspræparater til småtspisende ældre (som ikke er berettiget til tilskud). Det er forventningen, at billedet er tilsvarende i Region Midtjylland, og at en del af den stigning, der ses i udgifterne til tilskud til ernæringspræparater i regionen, ligeledes kan forklares ved ordinationer til personer, der ikke er berettiget til tilskud.

Der kan ikke laves præcise beregninger på, hvor meget der kan spares, hvis de borgere, der reelt ikke måtte være berettiget til tilskud, mister tilskuddet, da antallet af borgerne ikke er kendt. Som ordningen med recepter er i dag, kan en borger med recept på ernæringspræparater få tilskud til køb af ernæringspræparater i et halvt år på samme recept, hvorfor selv en fjernelse af tilskud hos et lille antal borgere kan være forbundet med forholdsvis store besparelser.

Det er vigtigt at understrege, at borgere, der ikke er tilskudsberettigede til tilskud til ernæringspræparater, fortsat vil have mulighed for at købe produkterne på apoteket eller hos leverandørerne. De vil da skulle betale 100 procent af præparatets udsalgspris i modsætning til 40 procent ved tilskud. Den enkelte borger kan få tilskud fra kommunen, hvis vedkommende er berettiget til tilskud efter pensionslovens § 14 eller servicelovens § 41.

2.24 Hvor kan det beskrives at teletolkning er bedre frem for fremmøde? Og hvor store udgifter har regionen i dag på tolkning, og hvordan passer det med det sparede beløb og udgifterne til installation af udstyr?

Teletolkning rummer en række potentielle fordele sammenholdt med traditionel fremmødetolkning.

Anvendelse af både video- og telefontolkning kan muliggøre tolkning i mange akutte situationer hvor alternativet er tolkning via pårørende eller venner. Løsningen er fleksibel og udstyret kan anvendes til andre formål.

Videotolkning vil også gøre tolkning inden for mindre sprogområder mere tilgængeligt og uafhængigt af geografi. Ved anvendelse af video afskæres tolken ikke fra den nonverbale kommunikation, som det vil være tilfældet ved telefontolkning.

Videotolkning vil også eliminere den problemstilling der kan opstå såfremt kvinder af anden etnisk herkomst skal undersøges fysisk. Tolken vil kunne forsætte tolkningen uden konkret at se undersøgelsen, hvilket ikke er muligt i forbindelse traditionel fremmødetolkning.

For den enkelte tolk må det forventes at vedkommende vil få et bedre kendskab til sundhedsvæsenet og den terminologi, der anvendes. Dermed vil selve tolkningen blive mere kvalificeret.

Det kan fremadrettet overvejes om der skal ske en form for certificering af tolkene, eller der kan etableres en tolkeliste efter norsk forbillede, hvor tolkenes kompetencer fremgår.

I forbindelse med den nationale implementering af videotolkning på hospitalerne er der lavet en grundig evaluering. Her i dokumenteres de ovenstående pointer.

<http://medcom.dk/dwn5989>

Desuden er der lavet en mindre afprøvning i almen praksis, hvorfra delkonklusionerne er indsat.

Afprøvning af videotolkning i almen praksis

Organisering:

- Videotolkning opfattes som meget anvendeligt pga. fleksibilitet og tilgængelighed.
- De praktiserende læger oplever, at kommunikationen foregår mere direkte og mindre information går tabt
- Videotolkning muliggør akutte tolkninger.
- Ved anvendelse af videotolkning reduceres tid og ressourcer brugt på tolkens transport og parkering til nul.
- I forhold til den tid der bruges på selve konsultationen er den generelle oplevelse dog, at videotolkning ikke er tidsbesparende; en konsultation tager den tid den tager – uanset om der anvendes fremmøde- eller teletolk. Dog opfattes tiden under videotolkning som brugt mere effektivt end ved fremmødetolkning.

Patienternes oplevelse:

- Der er generel tilfredshed med videotolkning blandt patienter.
- Videotolkning giver patienten tryghed; en teletolk opfattes som mere anonym og mindre styrende end en fremmødetolk, hvilket gavner kommunikationen ml. læge og patient og øger patientens tillid til tolkens tavshedspligt.
- Køn er i de fleste tilfælde ikke en særskilt problematik ved videotolkninger
- Videotolkning understøtter at man taler med patienten og ikke om patienten.

Rapporten kan læses her:

<http://medcom.dk/dwn4785>

Økonomi

Den årlige udgift til i almen praksis udgør i dag ca. 10-11 mio. kr. om året. Beløbet dækker udgiften til ca. 26.000 årlige tolkninger. På hospitalerne er der ca. 11.000 tolkninger om året.

Ud af de samlede årlige udgifter til tolkning i almen praksis, går mellem 2,6-3,7 mio. kr. til refusion af tolkenes transportudgifter.

Som det fremgår af spareforslaget, er det i perioden 2015-2017 forventningen, at der skal afsættes mindst 2,5 mio. kr. af de forventede besparelser til udstyr, installation, support og implementering af videotolkning. Hvorvidt, det afsatte beløb er tilstrækkeligt, vil i sidste ende bero på i hvilket omfang, de praktiserende læger vil anvende videotolkning. Den fremtidige finansieringsmodel er endnu ikke helt afklaret.

Besparelserne forventes først at slå fuldt igennem i 2018. Dog vil udstyret som anført kunne bruges i andre sammenhænge, hvilket måske kan give afledte gevinster. Forudsætningen for at opnå de angivne besparelser er dog, at hovedparten af almen praksis vil anvende videotolkning.

Specielt i større lægehuse med regelmæssige tolkninger kan det være relevant at installere dedikeret videoudstyr, som det er omtalt i spareplanen. Den type udstyr koster typisk mellem 7.000-12.000 kr. per enhed. Der kan således indkøbes en betydelig mængde dedikeret udstyr samt eksterne kameraer og højtalere til de praksis, der kun i mindre omfang har behov for tolkninger.

Desuden er det forventningen, at der stadigvæk vil være udgifter til transport af tolke i størrelsesordenen 500.000-700.000 kr. på årsplan.

Samlet er det vurderingen, at videotolkning vil give samme eller på sigt måske ligefrem bedre kvalitet sammenlignet med fremmøde tolkning. Til gengæld skal der ift. økonomien og den forventede besparelse tages en række forbehold. Det angår udbredelse af videotolkning, udstyrets levetid (og afskrivninger) og de driftsomkostninger som må forventes. Det forudsættes i spareforslaget, at udstyret kan anvendes i en længere årrække. Disse forskellige forhold er det på nuværende tidspunkt ikke muligt at estimere nærmere. De vil dog samlet set kunne påvirke besparelspotentialet.

2.25 Tema 3, forslag 4 om Akutaftalen og praktiserende læger. Oplægget beskriver at der er områder hvor Akutaftalen kan implementeres bedre. Hvor er det, og hvilken økonomi er der?

Områder hvor akutaftalen kan implementeres bedre:

- Telefonvisitation: Bedre visitation af patienter der skal tilses på skadestuen; blandt andet pga. røntgen, således disse patienter henvises direkte til skadestuen.
- Sygeplejerske assistance i lægevagten: Bedre definering af hvor sygeplejerskerne kan varetage selvstændige behandleropgaver.
- Meraktivitet i almen praksis: Der er efter akutaftalens ikrafttræden sket et fald i aktiviteten i dagtid i den østlige del af regionen og en stigning i aktiviteten i dagtid i den vestlige del af regionen. På baggrund af ordningerne før akutaftalens ikrafttræden var der en forventning om, at den modsatte tendens ville indtræffe.
- Tilgængelighed i dagtid: Øget information om brug af vægtlægen og almen praksis åbningstider.

Såfremt spørgsmålet går på side 17, 6. afsnit:

"Herunder ønsker administrationen at undersøge aktiviteten på skadestuerne fordelt på døgnet, idet dette kan være en indikator for, om der er områder af regionen, hvor akutaftalen kan implementeres bedre end den er i dag."

Dette er endnu ikke undersøgt.

Økonomien i forslaget beror på en forhandling med almen praksis. Det samme gør den justering og tilpasning af akutaftalen, som evalueringen viser, at der er behov for.

2.26 Tema 3, forslag 5 om vagtlægeordningen. Regionens tilskud er omregnet og opgjort i mio. kr. Lægernes vagtordning opgøres i 2013 i mio. kr. , men er ikke fremskrevet, men omregnet til kr. og øre pr. borger. Hvad er regionens udgift omregnet til kr. og øre pr. borger i 2013 tal for sammenligningens skyld ?

I 2013 udbetalte Region Midtjylland et bloktilskud til lægevagten på 10,2 mio. kr. hvilket svarede til 8,00 kr. pr. borger. Hertil kommer ydelseshonoraret, kørselsordningen samt betaling af personale til opfyldning, rengøring og udstyr mv. til vagtlægen.

I 2014 udgjorde Region Midtjyllands samlede udgifter til lægevagten 190,4 mio. kr. svarende til 148,98 kr. pr. borger (eksklusiv forbindsstoffer og medicin).

2.27 Manglende servicemål [overholdelse i lægevagten], er der forskel rundt om i regionen, og hvis hvor er der så tale om.

Telefonvisitationen er fælles for hele regionen, her var målopfyldelsen 79,5 % i 2014.

Servicemålene for besøg og konsultationer varierer på tværs af regionen. Tabel 1 og 2 viser variationen på tværs af regionen.

Tabel 1: Mål opfyldelsen ift. besøg i 2014 inddelt i distrikter

Område*	Mål opfyldelse
Djursland	84 %
Herning	94 %
Holstebro	90 %
Horsens Nord	93 %
Odder-Skanderborg	92 %
Randers Nord	92 %
Ringkøbing	87 %
Samsø	69 %
Silkeborg	94 %
Skive	92 %
Tarm	94 %
Viborg	92 %
Aarhus Centrum	94 %
Aarhus Nord	89 %
I alt	92 %

* Indeholder kun distrikter, som fungerer hele året rundt.

Tabel 2: Mål opfyldelsen ift. konsultationer i 2014

Konsultation	Mål opfyldelse
Grenaa	80 %
Herning	85 %
Holstebro	84 %
Horsens	82 %
Randers	76 %
Ringkøbing	82 %
Silkeborg	79 %
Skive	91 %
Viborg	88 %
Aarhus	79 %
I alt	82 %

Note: Der er opstillet tre servicemål for lægevagten:

- 90 % af alle opkald skal besvares inden 5 minutter,
- 90 % af alle konsultationer skal være påbegyndt senest en time efter ankomst til konsultationslokale, og
- 90 % af alle hjemmebesøg skal være påbegyndt maksimalt 3 timer efter opkaldet til lægevagten er foretaget.

2.28 Hvilke uddannelsesmæssige krav [til vagtlæger] går regionen efter? Og hvori adskiller de sig fra i dag eller fra andre regioner?

Kompetencen til at tildele vagtgydnumre ligger hos Samarbejdsudvalget, i dag er kompetencen delegeret til det regionale lægevagtsudvalg (udvalg nedsat af PLO-Midtjylland). Lægevagtsudvalget annoncerer efter vagtlæger, når der er behov, og tildeler ydnumre, hvorefter regionen orienteres herom.

Et vagtlægeydernummer kan gives til uddannelseslæger under uddannelse til almen praksis læge og til speciallæger i almen medicin uden ordinært ydernummer.

Uddannelseslæger fase 1 introduceres til lægevagtsarbejde ved at ledsage tutor eller anden vagtlæge på vagten. Fase 2 og 3 uddannelseslæger deltager selvstændigt som vagtlæger med visse restriktioner. Når uddannelseslæger arbejder som vagtlæger, har de en bagvagt til rådighed. Fase 2 læger kan udelukkende have behandlervagter (besøg og konsultation), mens fase 3 læger også kan tildeles visitationsvagter. Tutorlægerne varetager bagvagtsfunktionen. (Kilde: vagtbytte.dk).

Hvad gør de andre regioner?

Region Nordjylland:

Lægerne skal være uddannede almen medicinere, dog gælder følgende for uddannelseslæger: KBU læger, introduktionslæger og H-stilling fase 1 introduceres til lægevagten ved at ledsage tutorlægen eller anden vagtlæge på vagt. De har ikke mulighed for at køre selvstændig vagt. Uddannelseslæger i fase 2 og 3 har mulighed for at deltage i vagtordningen med eget vagtgydnummer. Dog er det kun læger i fase 3, der må tage visitationsvagter. Alle uddannelseslæger skal have bagvagt – lægefaglig bagvagt er visitator.

Region Syddanmark:

Benytter speciallæger i almen medicin. Fase 3 læger må visitere (hvilket sjældent sker i praksis). Der afholdes et vagtkursus for fase 3 lægerne. Vagtlægerne tilbydes kommunikationskurser. Derudover følges overenskomsten for almen praksis.

Afviigelser:

- En læge, der aldrig er blevet færdig som specialelæge, har fået dispensation af Samarbejdsudvalget for almen praksis i Region Syddanmark til at varetage visitations, konsultations og besøgsvagter.
- En psykiater har ifølge vedkommendes autorisation ret til at kalder sig almen mediciner. Vedkommende fungerer som vagtlæge
- En intern mediciner, der fungerer som vagtlæge.

I **Region Sjælland** stilles følgende uddannelseskraav:

"Som udgangspunkt bør det fortrinsvis være de praktiserende læger i regionen, der fungerer som visiterende læge. Såfremt der er behov for at anvende andre læger, skal disse opfylde betingelser i Landsoverenskomsten, dvs. de skal være speciallæger i almen medicin.

Funktionen som visitator kan desuden varetages af uddannelsesamannuenser i fase III.

Som udgangspunkt bør det fortrinsvis være de praktiserende læger i regionen, der fungerer i konsultations- og besøgsvagter.

Såfremt der er behov for at anvende andre læger gælder følgende, idet der samtidig henvises til Landsoverenskomstens § 50A stk. 7, 2. pt: "På vagter, hvor vagthavende læge ikke opfylder betingelserne for at betegne sig som almen praktiserende læge, skal der være en bagvagt, der opfylder betingelserne for betegnelsen som almen praktiserende læge".

Særlige ordninger

Læger fra tidligere vagtordninger

Læger, der hidtil har arbejdet i de 3 tidligere amters vagtordninger med selvstændigt ydernummer, kan fortsat deltage i vagtordningen.

Vikarer

Læger, der vikarierer, i almen praksis i regionen kan deltage i vagtordningen under forudsætning af, at de er speciallæger i almen medicin.

"Dispensationslæger"

Læger, der ikke opfylder betingelserne for at betegne sig som alment praktiserende læger kan deltage i konsultations- og besøgsvagter forudsat, at de som minimum har ret til selvstændigt virke som læge og pågældende er godkendt af lægevagtschefen.

Læger under uddannelse

Læger under uddannelse til speciallæge i almen medicin kan ligeledes deltage i konsultations- og besøgsvagter.

Samarbejdsudvalget vurderer hvert år på baggrund af e rapporter fra lægevagtschefen de givne dispensationer. Samarbejdsudvalget kan til en hver tid beslutte, at dispensationer skal godkendes i Samarbejdsudvalget."

Kilde: Region Sjællands Aftale om tilrettelæggelsen af lægevagten i Region Sjælland "Lægevagt Sjælland".

Hovedstaden: Har ikke svaret på vores henvendelse.

2.29 Der ønskes redegjort for vurderingen af, at der kan undværes psykiatriske senge i den vestlige del af regionen

Regionspsykiatrien Vest har i 2014 haft en belægningsprocent på 87,4 %, hvilket er under den kapacitetsudnyttelse på 90 %, som er fastsat i budgettet.

Endvidere viser erfaringer fra Psykiatriens Hus I Silkeborg, at mere intensiv ambulant behandling sænker behovet for almenpsykiatriske senge i voksenpsykiatrien. Fra 2008 til 2013 er antallet sengedage for borgere fra Silkeborg Kommune blevet reduceret med mere end 30 %

I forbindelse med nedlæggelse af senge i Regionspsykiatrien Vest, styrkes den ambulante behandling med 13 mio. kr. På baggrund af erfaringerne fra Silkeborg, forventes det at sænke behovet for almenpsykiatriske senge i voksenpsykiatrien i Regionspsykiatrien Vest.

Der gennemføres en reduktion på 17 almenpsykiatriske senge i voksenpsykiatrien i Regionspsykiatrien Vest. Efter reduktionen vil antallet af senge i Regionspsykiatrien Vest være på niveau med Regionspsykiatrien Midt (Viborg-Skive-Silkeborg) og Regionspsykiatrien Randers, målt i senge pr. 10.000 indbyggere. Som beskrevet i spareforslaget er der, hvis der viser sig et behov, mulighed for at etablere op til fem ekstra senge i tilknytning til sengeafsnittene i Herning, Regionspsykiatrien Vest. Dette vil betyde vil give op til 3,4 seng pr. 10.000 indbyggere.

Før besparelse		Efter besparelse	
Afdeling	Senge Pr. 10.000 indbyggere	Afdeling	Senge Pr. 10.000 indbyggere
Region Midtjylland gennemsnit	3,8	Region Midtjylland gennemsnit	3,6
AUH Risskov (brugerstyredesenge+Akut Døgntilbud i RP Silkeborg)*	4,7	AUH Risskov (inkl. brugerstyredesenge+hotelsenge)*	5,0
Regions psykiatrien Horsens	2,5	Regions psykiatrien Horsens	2,5
Regions psykiatrien Viborg-Skive	3,2	Regions psykiatrien Midt (inkl Akut Døgntilbud i Silkeborg)	3,2
Regions psykiatrien Vest	3,9	Regions psykiatrien Vest (inkl. hotelsenge)	3,1
Regions psykiatrien Randers*	3,3	Regions psykiatrien Randers*	3,3

**Patienter fra Favrskov Kommune, samt gerontopsykiatriske patienter fra Norddjurs og Syddjurs Kommuner indlægges i Risskov*

2.30 Psykiatriens hus i Silkeborg – Hvordan vil man sikre og udmønte samarbejdet med kommunen, når ledelsen flyttes til Viborg. Hvem skal være bobestyrer og hvad er forskellen i økonomien på fortsat lokal ledelse og spareforslaget?

Psykiatri & Social prioriterer Psykiatriens Hus i Silkeborg højt. Psykiatri & Social vil fortsat indgå i en tæt dialog med Silkeborg Kommune omkring drift og udvikling af Psykiatriens Hus. Derfor er der også fundet midler i forbindelse med spareplanen til at etablere en stilling i Psykiatriens Hus. Der oprettes en stilling som koordinator (funktionsleder) med særlige opgaver for at sikre koordineringen og udviklingen af de interne opgaver i Psykiatriens Hus og samarbejdet med Silkeborg Kommune.

Indholdet i stillingen som koordinator (funktionsleder) i Psykiatriens Hus fastlægges efterfølgende.

Der hentes en besparelse på 2,9 mio. kr. på ledelseslag, administration og flytning af et afsnit fra Risskov.

2.31 Museum Overtasi – Er sparekravet den udgift regionen i dag har? Der er en museumsdel og aktivitetsdel/behandlingsdel inde i museumsdriften. Hvordan kan økonomien gøres op for det, der fortsat er regionens ansvar, og hvordan sikrer vi os, at et regionalt sparekrav ikke vælter de planer, der arbejdes med for at sikre museet?

De 1,7 mio. kr. svarer til det budget, som museet hidtil har fået pr. år. Budgettet dækker over udgifter for ca. 2,2 mio. kr. (fortrinsvis til løn) og indtægter på ca. 0,5 mio. kr.

Hertil kommer udgifter på ca. 0,4 mio. kr. til rengøring, el, vand og varme, ejendomsskat og forsikring, som afholdes af Serviceafdelingen i Risskov. Disse udgifter vil ikke falde bort i tilfælde af ophør af museumsdrift, og er derfor ikke medtaget i spareforslaget.

Udgiften til værkstedsfaciliteterne kan ikke opgøres særskilt.

Til sikring af en ordentlig afvikling af museets samlinger er afsat et skønsmæssigt fastsat beløb på 0,7 mio. kr. i 2016.

Der ligger ikke i forslaget en sikring af personalet i 2016 og fremover.

2.32 Tema 5, Klinisk service forslag 5 fælles beskrivelse for CT- og MR scanninger på regionshospitalerne. Der oprettes en ny afdeling på AUH og der skal renoveres. Hvad er denne udgift, og hvor lang tid forventes den opretholdt inden DNU udflytning til DNU?

Det er endnu ikke besluttet, hvor beskriverenheden skal placeres på Aarhus universitetshospital. Det forventes at blive i umiddelbar nærhed af en af Røntgen og Skanning på Aarhus Universitetshospital. Denne afdeling har afsnit både i Skejby, på Tage Hansensgade og på Nørrebrogade.

Der er ikke særlige krav til lokalet, hvor enheden placeres udover en sikker og hurtig IT-forbindelse. Derfor er det forventningen, at renoveringsudgifterne bliver relativt små, men idet den præcise placering endnu ikke er kendt, er der ikke foretaget en vurdering på omfanget. Udflytningen til DNU sker i takt med, at der skabes fysisk rum til alle funktionerne i DNU. Der vil således være behov for billeddiagnostisk support andre steder på Aarhus Universitetshospital indtil i hvert tilfælde ultimo 2018. Som nævnt er det ikke besluttet, hvor enheden skal placeres, og det kan ikke udelukkes, at det placeres på Skejby fra start. Placeres enheden på en af de andre matrikler, vil arbejdsstationerne kunne flyttes med ud, når pladsen er klar på DNU.

2.33 Halvdelen af vagten dækkes af afdelingslæger og anden halvdel af overlæger. Hvilke udgifter vil der være til kørsel, og hvordan påvirkes egen afdelings daglige arbejde, herunder påvirkning af ambulatorieaktiviter?

I forhold til at sikre en effektiv udnyttelse af de begrænsede radiologressourcer, der er i Region Midtjylland, var der inden spareplanen igangsat et arbejde for at afdække mulighederne for en fællesvagt på tværs af regionen. I tidligere nedsatte arbejdsgrupper er det således blevet konstateret, at der i nattevagten på regionens hospitaler var 11 radiologer i vagt – i enten tilstedeværelse eller fra bolig. Med den fælles beskriverenhed vil dette antal blive kraftigt reduceret. Dette medfører, at hospitalerne får flere radiologtimer i dagtid, hvilket skulle kunne give mere arbejdskraft på afdelingerne og ambulatorierne.

Fordelingen af vagter og hvorledes de enkelte hospitaler kommer til at bidrage med radiologer er endnu ikke fastsat. Så de præcise afledte udgifter er ikke kendt. I udgangspunktet vil det blive forsøgt at dække vagten med læger i en frivillig ordning – der vil således ikke være tale en "udstationering", hvor der skal betales for kørsel.

2.34 Hvor mange patienter til ultralydsvejledte interventioner fra 22-08 forventes der at skulle overflyttes fra et hospital til et andet. Og hvad er kørselsudgifterne?

På baggrund af tilgængelige data, er det ikke muligt at oplyse et præcist tal for antallet af ultralydsvejledte interventioner, som foretages på regionshospitalerne. Det er afhængigt af specialer og kompetencer, som er til stede på det enkelte hospital. Således foretages der ingen ultralydsscanninger – og dermed ingen interventioner – på Regionshospitalet Horsens om natten, mens der på eksempelvis Regionshospitalet Holstebro de seneste år er foretaget lidt over 30 ultralydsvejledte interventioner (primært urologi) i tidsrummet fra kl. 22.00 til kl. 08.00.

Udgangspunktet er, at der skal tilkaldes en radiolog, som ikke er i vagt, til at udføre den nødvendige ultralyd. Kan dette ikke lade sig gøre, kan det blive nødvendigt at overføre patienten. Der vil typisk være behov for en liggende transport ved de pågældende transportoverførsler, og disse indgår i den samlede kontrakt for ambulancekørsler. Det er således ikke umiddelbart muligt at give en pris på den enkelte transport. Overførslen vil dog lægge beslag på en ambulance i beredskabet, og det kan være nødvendigt at sende hospitalspersonale med ambulancen.

2.35 Vest og Midt har deres interne effektiviseringsforslag om fælles vagt mellem de matrikler de har i dag. Hvad er det for forslag, og betyder det at de ikke indgår i det nye forslag?

I forhold til effektiviseringskravene ved ibrugtagning af de nye byggerier, så har det – jf. overliggernotatet for spareplanen side 14/15 – for Hospitalsenhed Midt ikke nogen betydning. I forhold til Hospitalsenheden Vest er der et overlap mellem deres interne forslag og spareforslaget. Det interne forslag fra Hospitalsenheden Vest vedrører en sammenlægning af vagten, i forbindelse med ibrugtagningen af Gødstrup. Spareforslaget fastholdes på trods af overlappet med de interne effektiviseringsforslag i Vest.

2.36 Hvordan vil det påvirke Diagnostisk Centers arbejde, og skabes der forlængelse på de forskellige ambulatorier til gene for hurtig udredning og/eller længere ventetid?

Forventningen er, at der bliver flere radiologer i dagtid på hospitalerne, og dette skulle gerne medføre, at der kan laves/beskrives flere scanninger/billeder i dagtid, hvilket igen gerne skulle betyde hurtigere udredning.

2.37 Indkøb af medicin uden om eller i samarbejde med AMGROS for at finde hvor medicinen kan købes billigst her eller i udlandet. Hvordan er det tænkt ind, og hvordan kan vi sige at det, så er det præparat sygehuset skal anvende?

De nationale anbefalinger giver et potentiale for at opnå bedre priser ved udbud af medicin gennem Amgros.

Regionerne har ikke umiddelbart planer om at købe medicin uden om Amgros.

De primære opgaver for Amgros er som bekendt, at sikre at de offentlige hospitaler i Danmark får den fornødne mængde medicin, og at medicinen indkøbes til den lavest mulige pris. Amgros, som er ejet af regionerne, løser denne opgave gennem udbud og storindkøb af medicin.

Eventuelle muligheder for at justere processen for indkøb af medicin har ikke indgået i sparegruppens arbejde under tema 7, medicin.

Vurderingen har været, at sådanne drøftelser bør ske på et nationalt niveau.

Brugen af medicin i Region Midtjylland er i høj grad funderet på nationale anbefalinger fra Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) og Koordineringsrådet for ibrugtagning af sygehusmedicin (KRIS). Udover at sikre en høj faglig kvalitet i behandlingerne tager fx RADS også økonomi i betragtning.

Det bemærkes, at Region Midtjylland kan vælge at indføre tiltag i tillæg til nationale anbefalinger – når det ikke går ud over den faglige kvalitet, og der samtidig er en økonomisk gevinst. Spareforslag nr. 4 "brug af biosimilært lægemiddel" under tema 7, medicin, er et eksempel på dette. Anbefalingen fra RADS giver en automatisk besparelse. Men spareforslaget giver en yderligere (markant) besparelse. Her er tale om, at Region Midtjylland i højere grad vælger at bruge et medicinpræparat, der kan indkøbes billigere end et andet medicinpræparat.

2.38 Ordination af ernæringspræparater: Der står i kataloget for tema 3 side 6 af 46: at forslaget om at iværksætte en kampagne rettet mod læger og andre

sundhedspersonale er inspireret af en lignende indsats i region Syd. De praktiserende læger i Syd har erfaret, at der lægges pres på dem fra borgerne. Er det den grundlæggende viden der anvendes til forslaget? Hvis ja er der så konkrete data for det? Hvis nej er det et meget spinkelt grundlag og kunne det tænkes at stigningen kunne skyldes andre forhold fx at flere lever længere med kræft og dertil hørende bivirkninger af behandling?

Baggrunden for forslaget vedr. indsatser på området for ernæringspræparater er, at der er konstateret en meget stor udgiftsstigning over forholdsvis kort tid, og at der samtidig er indikationer på, at praktiserende læger presses til (eller er i tvivl om reglerne for) ordinationer på ernæringspræparater. Der er ikke foretaget en survey om de praktiserende lægers viden om, eller erfaring med, ordinationer af ernæringspræparater. Ej heller er der foretaget en analyse af hvilke patientgrupper, der står for stigningen i ordinationer. Dette skyldes mangler i datagrundlaget for de patienter, der indkøber ernæringspræparaterne direkte hos leverandørerne (ca. 2/3 af de samlede tilskudsudgifter). Sidstnævnte medfører samtidig, at kontrol med området er omkostningskrævende og i praksis umulig, hvilket forslagets indsats B (ny aftale med leverandørerne) skal rette op på.

Det er ikke hensigten med forslaget, at patienter, der er berettigede til tilskud til ernæringspræparater, skal fratages tilskud. Hensigten med en eventuel kampagne er, at de relevante sundhedspersoner gøres opmærksom på tilskudsreglerne, herunder at det gives til patienter, der er syge eller alvorligt svækkede, imens småt spisende ældre ifølge lovgivningen ikke er berettigede til tilskud. Det er vigtigt at understrege, at borgere, der ikke er berettigede til tilskud til ernæringspræparater, fortsat vil have mulighed for at købe produkterne på apoteket eller hos leverandørerne. De vil da skulle betale 100 procent af præparatets udsalgspris i modsætning til 40 procent ved tilskud. Den enkelte borger kan få tilskud fra kommunen, hvis vedkommende er berettiget til tilskud efter pensionslovens § 14 eller servicelovens § 41.

3 Spørgsmål fra Dansk Folkeparti

3.1 Der ønskes en præcisering af opgørelserne over profilændringer, så det fremgår, hvilke matrikler funktioner flyttes til og fra.

Aarhus Universitetshospital

Tilførsler

- Klinisk Mikrobiologi samles på Aarhus Universitetshospital. Dvs. den fælles afdeling fra Regionshospitalet Viborg og Regionshospitalet Herning flyttes til Aarhus Universitetshospital, der i forvejen også dækker Regionshospitalet Randers og Hospitalsenheden Horsens.
- Ikke-akut klinisk immunologi fra Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Viborg samles på Aarhus Universitetshospital, der i forvejen også dækker Regionshospitalet Randers og Hospitalsenheden Horsens.
- Radiologisk og skeletrøntgen vagt fra alle regionshospitalet samles på Aarhus Universitetshospital
- Nyrecancerbehandling flyttes fra Regionshospitalet Viborg til Aarhus Universitetshospital
- MarselisborgCentret flyttes fra Center for Kvalitetsudvikling til Aarhus Universitetshospital

Reduktioner

- IVF klinikken på Aarhus Universitetshospital lukkes og aktiviteten flyttes til Regionshospitalet Skive og Hospitalsenheden Horsens

- Fedmekirurgi på Aarhus Universitetshospital flyttes til Regionshospitalet Viborg
- Noget hovedfunktionsbehandling fra Aarhus Universitetshospital flyttes til regionshospitalet.

Hospitalsenhed Midt

Omflytninger

- Samling af modtagelsen af akutte patienter i Hospitalsenhed Midt på Regionshospitalet Viborg, dvs. der ikke længere modtages akutte patienter på Regionshospitalet Silkeborg. Herunder lukning samt flytning af medicinske senge fra Regionshospitalet Silkeborg til Regionshospitalet Viborg
- Samling af Hospitalsenhed Midts intensiv kapacitet. Dvs. intensiv kapacitet flyttes fra Regionshospitalet Silkeborg til Regionshospitalet Viborg
- Samlet Diagnostisk Center for Hospitalsenhed Midt (indebærer ikke flytninger)
- Neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau på Regionshospitalet Skive flyttes til Regionshospitalet Hammel Neurocenter, Hospitalsenhed Midt

Tilførsler

- Regionshospitalet Viborg får højt specialiseret fedmekirurgi fra Aarhus Universitetshospital
- Regionshospitalet Skive får fertilitetsbehandling fra Aarhus Universitetshospital
- Regionshospitalet Viborg får mammakirurgisk fællesfunktion fra Regionshospitalet Holstebro
- Neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau fra Hospitalsenheden Vest (Regionshospitalet Holstebro og Regionshospitalet Lemvig) samles på Regionshospitalet Hammel Neurocenter, Hospitalsenhed Midt

Reduktioner

- Ændring af akutklinikkerne i Silkeborg og Skive til enheder, der varetager diagnostiske ydelser (røntgenoptagelse og blodprøver)
- Øre-næse-hals ambulatorium flyttes fra Regionshospitalet Viborg til Regionshospitalet Holstebro.
- Nyrecancerbehandling fra Regionshospitalet Viborg flyttes til Aarhus Universitetshospital og Regionshospitalet Holstebro.
- Ikke-akut klinisk immunologi flyttes fra Regionshospitalet Viborg til Aarhus Universitetshospital.
- Patologien flyttes fra Regionshospitalet Viborg til Regionshospitalet Randers
- Radiologisk vagt flyttes fra Regionshospitalet Viborg og Regionshospitalet Silkeborg til Aarhus Universitetshospital
- Klinisk Mikrobiologi (fælles afdeling for Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Viborg og Hospitalsenheden Vest, Regionshospitalet Herning) flyttes til Aarhus Universitetshospital

Hospitalsenheden Vest

Tilførsler

- Øre-næse-hals ambulatorium flyttes fra Regionshospitalet Viborg til Regionshospitalet Holstebro
- Nyrecancerbehandling flyttes fra Regionshospitalet Viborg til Regionshospitalet Holstebro
- Socialmedicin flyttes fra Center for Kvalitetsudvikling til Regionshospitalet Herning

Reduktioner

- Ændring af akutklinikkerne i Ringkøbing og Holstebro til enheder, der varetager diagnostiske ydelser (røntgenoptagelse og blodprøver)
- Der etableres ikke som planlagt akutklinik i Lemvig, men i stedet en enhed, der varetager diagnostiske ydelser (røntgenoptagelse og blodprøver)
- Mammakirurgisk fællesfunktion flyttes fra Regionshospitalet Holstebro til Regionshospitalet Viborg
- Neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau flyttes fra Regionshospitalet Lemvig og Regionshospitalet Holstebro til Regionshospitalet Hammel Neurocenter
- Klinisk Mikrobiologi (fælles afdeling for Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Viborg og Hospitalsenheden Vest, Regionshospitalet Herning) flyttes til Aarhus Universitetshospital
- Ikke-akut klinisk immunologi flyttes fra Regionshospitalet Herning til Aarhus Universitetshospital
- Patologien flyttes fra Regionshospitalet Holstebro til Regionshospitalet Randers
- Radiologisk vagt flyttes fra Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro til Aarhus Universitetshospital

Hospitalsenheden Horsens

Tilførsler

- Regionshospitalet Horsens overtager nogle avancerede brokoperationer fra Aarhus Universitetshospital
- Regionshospitalet Horsens får fertilitetsbehandling fra Aarhus Universitetshospital
- Medicinsk afdeling på Regionshospitalet Horsens udvides med fire senge.

Reduktioner

- Radiologisk vagt på Regionshospitalet Horsens flyttes til Aarhus Universitetshospital
- Skanderborg Sundhedscenter nedlægges som fast tappested

Regionshospitalet Randers

Tilførsler

- Patologien fra Regionshospitalet Holstebro og Regionshospitalet Viborg samles på Regionshospitalet Randers

Reduktioner

- Ændring af akutklinikken i Grenå til enhed, der varetager diagnostiske ydelser (røntgenoptagelse og blodprøver)
- Radiologisk vagt fra Regionshospitalet Randers flyttes til Aarhus Universitetshospital

Præhospitalet

Reduktioner

- Antallet af akutlægebiler og akutbiler reduceres
- 3 hjemmesygeplejerskeordninger og 1 udrykningslægeordning nedlægges

Psykatrien

Omflytninger

- I Regionspsykiatrien Vest lukkes akutfunktionen i Holstebro og alle akutte patienter samles i Herning. Samtidig skal den ambulante aktivitet både i Herning og Holstebro udvides, og der skal etableres 12 hotelsenge i Holstebro.
- Overlægeberedsvagten samles
- Ambulante satellitter i Hedensted og Odder lukkes.

- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Friklinik nedlægges som selvstændig enhed og indgår fremover i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center.
- Afd. M, AUH Risskov nedlægges, og aktiviteterne samles på de andre to almenpsykiatriske afdelinger i Risskov: P og Q.
- Regionspsykiatrien Silkeborg nedlægges som selvstændig enhed, og der etableres en Regionspsykiatrien Midt, der består af Regionspsykiatrien Viborg/Skive og Regionspsykiatrien Silkeborg. Psykiatriens Hus i Silkeborg bevares. Patienterne fra Silkeborg indlægges fremover i Viborg i stedet for i Risskov.

Reduktioner

- Museum Ovariaci lukkes.

4 Spørgsmål fra Venstre

4.1 Vi vil gerne have en opgørelse over hvilke arbejdspladser, der flyttes og hvorhen.

Opgørelsen er vedlagt som bilag 4.

4.2 Der ønskes en oversigt over irrelevante kørsler med akutbiler

Akutbilerne sendes efter anvisninger i beslutningsstøtteværktøjet Dansk Indeks. Dvs. at akutbilerne sendes til de af de akutte patienter, der sundhedsfagligt set vurderes at kunne have gavn af hjælp fra en akutbil.

Oftest vil en akutlægebil blive sendt samtidig med, at der sendes en akutbil. Det vil derfor ofte ske, at en akutlægebil vil komme frem til samme patient som akutbilen, med mindre akutbilens personale efter telefonisk konference med akutlægebilen kommer frem til, at patientens tilstand tilsiger, at hjælpen fra akutlægebilen kan afmeldes.

Hvis akutlægebilen er geografisk tættere på patienten end akutbilen, vil alene akutlægebilen normalvis blive sendt.

Der findes ingen opgørelser over unødvendige kørsler foretaget af akutbilerne.

4.3 Vi vil gerne have tilsendt aftalen mellem Regering og kommuner i Vest om akutklinikker og lægeambulancer.

Aftalen er udsendt til regionsrådet den 10. maj 2015. Der eftersendes et notat om de lokalt indgåede aftaler mellem regionen og kommunerne i vest.

4.4 Vi vil gerne bede om en redegørelse for om patologisk institut kan samles i Viborg eller Holstebro/Gødstrup

Patologien kan godt samles på Regionshospitalet Viborg. Det er usikkert, om patologien kan samles i Gødstrup. En samling vil kræve, at der bygges et større patologisk institut end tidligere planlagt, fordi der nu skal kunne være flere patologer mv. Det udfordrer anlægsbudgettet betydeligt.

5 Spørgsmål fra Enhedslisten

5.1 Hvorfor betragtes benchmarken vedr. BUP / Region Syddanmark som validt grundlag for de besparelser, som vi gennemfører indenfor området?

Den benchmark, der blev lavet med Region Syddanmark om udgifterne og aktiviteten i børne- og ungdomspsykiatrien, foregik i et tæt samarbejde med psykiatrien i Region Syddanmark og deres økonomichef i psykiatrien.

Den beroede på nogle udvalgte nøgletal, som vi i fællesskab aftalte, der var relevante at måle på.

Resultaterne af analysen blev gennemgået med Region Syddanmark, og der blev efterfølgende foretaget validering af data samt korrektioner, så data var så sammenlignelige som muligt.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC) i Region Midtjylland indgik i arbejdet med at udvælge relevante nøgletal, ligesom de indgik i arbejdet med at korrigere og validere data.

Det er derfor vurderingen, at analysen er baseret på et validt grundlag for en sammenligning mellem Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Region Midtjylland og børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark.

5.2 Flytningen af psykiatriske senge fra Holstebro til Herning. Sker det inden Psykiatrisk Center i Holstebro er klar eller når det er i gang?

Hvad er tidsplanen for flytningen sammenholdt med tidsplan for Psykiatrisk Center og Gødstrup psykiatri?

Findes der valide tal, der viser, at man på betryggende vis kan lukke senge nu? Hvad er erfaringerne med hotelsenge? Evt udenlandske.

Holstebro Center for Sundhed forventes færdigt i 2017. Som beskrevet i notatet, der blev forelagt sygehusudvalget i april, er psykiatriens planlagte mellemflytning til Herning i 2017 aflyst som følge af, at Hospitalsenheden Vests indflytning i Gødstrup er udskudt til 2019 samt at psykiatriens indflytning i Gødstrup som konsekvens heraf ligeledes er udskudt fra 2018 til andet halvår 2019. Hotelsengene, der foreslås etableret i Holstebro i forbindelse med spareplanen, planlægges flyttet til Gødstrup i 2019 sammen med resten af Regionspsykiatrien Vest. Der vil således med spareforslaget fortsat være senge i Holstebro indtil psykiatriens indflytning i Gødstrup i 2019.

Regionspsykiatrien Vest har i 2014 haft en belægningsprocent på 87,4 %, hvilket er under den kapacitetsudnyttelse på 90 %, som er fastsat i budgettet.

Endvidere viser erfaringer fra Psykiatriens Hus i Silkeborg, at mere intensiv ambulant behandling sænker behovet for almenpsykiatriske senge i voksenpsykiatrien. Fra 2008 til 2013 er antallet sengedage for borgere fra Silkeborg Kommune blevet reduceret med mere end 30 %

I forbindelse med nedlæggelse af senge i Regionspsykiatrien Vest, styrkes den ambulante behandling med 13 mio. kr. På baggrund af erfaringerne fra Silkeborg, forventes det at sænke behovet for almenpsykiatriske senge i voksenpsykiatrien i Regionspsykiatrien Vest.

Der gennemføres en reduktion på 17 almenpsykiatriske senge i voksenpsykiatrien i Regionspsykiatrien Vest. Efter reduktionen vil antallet af senge i Regionspsykiatrien Vest være på niveau med Regionspsykiatrien Midt (Viborg-Skive-Silkeborg) og Regionspsykiatrien Randers, målt i senge pr. 10.000 indbyggere. Som beskrevet i spareforslaget er der, hvis der

viser sig et behov, mulighed for at etablere op til fem ekstra senge i tilknytning til sengeafsnittene i Herning, Regionspsykiatrien Vest. Dette vil betyde vil give op til 3,4 seng pr. 10.000 indbyggere.

Før besparelse		Efter besparelse	
Afdeling	Senge Pr. 10.000 indbyggere	Afdeling	Senge Pr. 10.000 indbyggere
Region Midtjylland gennemsnit	3,8	Region Midtjylland gennemsnit	3,6
AUH Risskov (brugerstyredesenge+ Akut Døgntilbud i RP Silkeborg)*	4,7	AUH Risskov (inkl. brugerstyredesenge+ hotelsenge)*	5,0
Regionspsykiatrien Horsens	2,5	Regionspsykiatrien Horsens	2,5
Regionspsykiatrien Viborg-Skive	3,2	Regionspsykiatrien Midt (inkl Akut Døgntilbud i Silkeborg)	3,2
Regionspsykiatrien Vest	3,9	Regionspsykiatrien Vest (inkl. hotelsenge)	3,1
Regionspsykiatrien Randers*	3,3	Regionspsykiatrien Randers*	3,3

*Patienter fra Favrskov Kommune, samt gerontopsykiatriske patienter fra Norddjurs og Syddjurs Kommuner indlægges i Risskov

5.3 I katalog for ikke kliniske områder (tema 6) forslag 14 foreslås puljen til udvikling af nære sundhedstilbud næsten halveret. Det kunne være nyttigt at vide, hvilke projekter som den relativt lille pulje på 4,3 mio. finansierer i dag, så vi kan få en mulighed for at vurdere, om det er noget, vi i fremtiden godt kan undvære.

Puljen understøtter sundhedsinnovation i det tværsektorielle samarbejde og det nære sundhedsvæsen med henblik på at skabe radikalt anderledes løsninger på en række af de fælles udfordringer, som kommuner, hospitaler og praksissektor står overfor.

Udmøntningen af puljen er foregået i regi af Task force for nære sundhedsvæsen og sundhedsinnovation med deltagere fra region, kommuner og faglige organisationer på sundhedsområdet.

Puljen har bl.a. givet tilskud til følgende projekter:

- Udvikling og konsolidering af et fælles regionalt/kommunalt servicecenter for telemedicin
- Projekt om forebyggelse af indlæggelser af KOL-patienter via bedre dialog
- Projekt om bedre palliative forløb på tværs af sektorer
- 'Slip sundheden fri' – udvikling af ny model for integreret samarbejde
- Projekt vedr. bedre forløb for multisyge herunder nye former for inddragelse af praktiserende læger

- Projekt om skulderrehabilitering.

Der er i spareforslaget taget højde for igangværende projekter, hvorfor den forslåede reduktion af puljen på 2 mio. kr. ikke medfører at igangværende projekter må afsluttes.

Spørgsmål besvaret den 20. maj 2015.

6 Spørgsmål fra Radikale Venstre

6.1 Ønsker beregning af forslag om alternativt præhospitalt setup.

Administrationen har ikke haft mulighed for at beregne forslagene.

7 Spørgsmål fra Det Konservative Folkeparti

7.1 Akutklinikker – hvilke skader vil ikke kunne varetages af en vagtlægeordning, som i det nuværende setup kan varetages på akutklinikkerne?

Det vil komme an på hvilke aftaler, der kan indgås med PLO. Men som udgangspunkt vil det være syning af mindre flænger og pålægning af gips, der ikke længere kan udføres. Ved lettere brud anlægger behandlersygeplejerskerne gips, denne opgave varetager vagtlægerne og de praktiserende læger ikke. Syning af flænger af en vis størrelse, men fortsat under kategorien mindre flænge, er også en opgave som i dag varetages af behandlersygeplejerskerne.

Røntgenundersøgelse, af om borgeren har et brud, vil efter kl. 16 og i weekenden skulle ske på Akuthospitalet, hvor der så også vil blive lagt gips.

7.2 Akutklinikker – Er det rigtigt forstået, at der kan spares 10,3 mio. alene på lukning af akutklinikkerne?

Der er ikke foreslået en fuldstændig lukning af akutklinikkerne. Den samlede besparelse ved at lukke behandlersygeplejerskefunktionerne er på 12,7 mio. kr. Der skal derefter tilføres 2,4 mio. kr. til radiografer. Herved bliver nettobesparelsen ved omlægningen på 10,3 mio. kr.

7.3 Akutlægebiler – Vi vil gerne have en opdeling af udgifterne for hver af de akutlægebiler der foreslås nedlagt. Udrykningslæge – Hvad er udgiften til akutlægeordningen på Djursland?

Udgifterne til følgende:

Område	Udgift (i mio. kr.)
ALB Grenaa	7,9
ALB Silkeborg	7,2
ALB Holstebro	7,7
Udrykningslæge Mols	0,4

ALB: Akutlægebil

Jf. spørgsmål/svar 2.8 er den gennemsnitlige udgift for akutlægebiler, der indgår i spareforslaget, opgjort til 7,7 mio. kr.

Udgiften til ALB Grenaa er opgjort frem for ALB Randers, da det er ALB Randers, der med spareforslaget flyttes ud på Djursland, mens ALB Grenaa nedlægges. Tilsvarende er udgiften til ALB Holstebro opgjort, da denne nedlægges jf. forslaget, mens ALB Lemvig flyttes til Struer.

Der bliver spurgt til "akutlægeordningen på Djursland", men det fremgår af konteksten, at der menes udrykningslægeordningen på Mols. Udrykningslægeordningen omfatter ikke en akutlæge, men varetages af en praktiserende læge, der udfører en supplerende indsats, inden

en akutlægebil kan komme frem. Den indsats, han udfører, ligger inden for en praktiserende læges kompetencer og kan derfor ikke sidestilles med akutlægebilens indsats.

Udrykningslægeordningen baserer sig på tilmelding fra den praktiserende læge. Denne er således alene til rådighed i det omfang, han er tilmeldt til AMK-vagtcentralen. I 2014 var udrykningslægen involveret i 67 opgaver.

7.4 Diagnostisk Center – En uddybning af processen ønskes. Hvilke opgaver bliver centreret i Silkeborg?

Såfremt forslaget vedtages, vil arbejdet med at fusionere Medicinsk afdeling, Viborg og Billeddiagnostisk Afdeling, Viborg samt Diagnostisk Center, Silkeborg i værksættes med inddragelse af alle relevante parter. Tidligt i denne proces skal udpeges en centerledelse, der kan indgå i planlægningen. Inden dette kommer på plads, skal det hensigtsmæssige antal centerledere udredes.

Opgavefordelingen mellem de to matrikler vil indgå i planlægningsarbejdet, hvorfor der endnu ikke kan siges noget detaljeret om dette. Konkret er der med forslaget lagt op til, at udviklingsfunktionerne i fht effektive udredningsforløb og i fht kronikerindsatsen centrerer i Silkeborg. Særligt initiativer vedr. udviklingen af akutte forløb vil ske på tværs af de to matrikler.

7.5 Neurorehabilitering – hvori ligger besparelsen? Forventes der en sænkning af det højt specialiserede niveau, ændring i visitering eller er det rent administrative besparelser?

Ifølge forslag 2.6 samles neurorehabiliteringen på regionsfunktionsniveau på Hammel Neurocenter. Samtidig reduceres kapaciteten med ti senge. Dette forventet opnået via en højere belægningsprocent samt en afkortning af liggetiden. Det er en forudsætning, at Hospitalsenhed Midt opretholder aktiviteten.

Ifølge forslag 2.7 gennemføres en besparelse på 5,0 mio. kr. på neurorehabiliteringen på højt specialiseret niveau. Besparelsen realiseres ved at nedlægge 1-2 senge. Det vil samtidig være nødvendigt at ændre i den faglige visitation og/eller kriterierne for, hvornår patienterne betragtes som færdigbehandlede på højt specialiseret niveau.

7.6 Fertilitetsbehandling – kan der opnås en yderligere besparelse ved at samle fertilitetsbehandling ét sted?

Det nuværende spareforslag vedr. fertilitetsområdet er baseret på, at der i forbindelse med aktivitetsflytninger, vil skulle afleveres budgetmidler svarende til 75 pct. af aktivitetsværdien fra det afgivende hospital (Aarhus Universitetshospital), mens der modtages midler svarende til 25 pct. af aktivitetsværdien på de hospitaler, der overtager aktivitet (Regionshospitalet Skive og Regionshospitalet Horsens). Ved anvendelse af denne model bliver 50 pct. af de midler, der omflyttes, frigjort til besparelse.

De tre nuværende klinikker har en nogenlunde sammenlignelig aktivitetsværdi. Såfremt det ønskes at reducere fra tre til én fertilitetsklinik i Region Midtjylland, og at det samtidig forudsættes, at 75/25-reglen også anvendes i en sådan sammenhæng, vil den indledende beregning af besparelsen tilsige - alt andet lige - at forslaget vil give en fordobling af sparebeløbet sammenlignet med det nuværende spareforslag på området. Det er dog følgende forhold, der væsentligt nuancerer de økonomiske konsekvenser af et forslag om at reducere fra tre til én fertilitetsklinik i Region Midtjylland:

- Brugen af 75/25-reglen forudsætter blandt andet, at de hospitaler, som overtager en funktion, kan varetage denne for en budgettilførsel på 25 pct. af aktivitetsværdien. Dette kan være muligt bl.a. i tilfælde, hvor der er tale om en marginal aktivitetsforøgelse. At varetage 100 pct. ekstra aktivitet for en budgettilførsel på 25 pct. af aktivitetsværdien er dog under alle omstændigheder en meget udfordrende opgave. Da de tre nuværende klinikker som nævnt har et nogenlunde sammenligneligt aktivitetsniveau, vil én tilbageværende fertilitetsklinik skulle tredoble aktiviteten. Dette vil være så markant en aktivitetsforøgelse, at det ikke vurderes at være realistisk, at en budgettilførsel på 25 pct. af aktivitetsværdien er tilstrækkelig til at løfte opgaven. Herudover må det forventes, at der vil skulle ske udvidelser af den tilbageværende kliniks fysiske rammer. Sparepotentialet vil herved blive reduceret.
- Det skal herudover bemærkes, at der er frit sygehusvalg på området. Som det fremgår af spareforslaget vedrørende fertilitetsområdet, er en del af baggrunden, for at det foreslås at bibeholde to klinikker på hhv. Regionshospitalet Skive og Regionshospitalet Horsens, at disse klinikker er "grænseposter", som modtager mange patienter fra henholdsvis Region Nordjylland og Region Syddanmark. Regionshospitalet Skive og Regionshospitalet Horsens havde således i 2014 udenregional aktivitet for henholdsvis 5,1 mio. kr. og 10,7 mio. kr. Ved at reducere til én fertilitetsklinik i Region Midtjylland, vil der være stor chance for, at Region Midtjylland pådrager sig et tab vedrørende samhandel med andre regioner. Dette forstærkes af, at sandsynligheden for at borgere fra Region Midtjylland vælger at modtage fertilitetsbehandling i en anden region alt andet lige vil forøges med kun én fertilitetsklinik. Sparepotentialet vil således blive yderligere reduceret.

7.7 Praksisområdet - hvor stor en del af besparelsen på de 50 mio. På praksisområdet er i forvejen aftalebestemt/overenskomstbestemt? Er der en reel besparelse?

Efter administrationens opfattelse ligger nogle af besparelserne i at finansieringen mindskes, da eks. ydelse 2133 ikke honoreres og puljer ikke udnyttes fuldt ud og de resterende midler ikke overføres. Forslagene, omhandlende puljerne og forslaget om at afvikle lokal aftale om regional betaling af vederlagsfri fysioterapi, forventes at give reelle besparelser.

I forhold til besparelser, som vedrører aktivitet i praksissektoren, er forudsætningen, at regionen er enig med yderorganisationerne om, at der er bortfaldet en opgave og derfor vil det mindre finansieringsbehov kun blive realiseret, hvis loftet nedjusteres – ellers er der risiko for at praksis udfylder med anden overenskomstfastlagt aktivitet. En reel dæmpning af udgifter kræver derfor, at det nationale økonomiloft sættes ned. Som det ses af tabellen nedenfor forudsætter den fulde realisering af besparelserne på fem af forslagene, at de nationale økonomiprotokollater nedskrives, således at praksis ikke kan udfylde den flyttede aktivitet med anden overenskomstfastlagt aktivitet. Dette vedrører ca. halvdelen af besparelserne foreslået på praksisområdet. Udover nedskrivningen af økonomiprotokollat forudsættes også en udvikling i de øvrige regioners udgifter, der gør en national økonomistyring effektiv; hvis udgifterne til almen praksis i de øvrige regioner ikke nærmer sig økonomiloftet, vil en national økonomiramme ikke være effektiv til at begrænse Region Midtjyllands udgifter og dermed finansiering. Derfor viser erfaringen, at sådanne tiltag skal koordineres regionerne imellem for at være effektive (f.eks. ved afskaffelse af centrifugeringsordning og introduktion af afhentningsordning for blodprøver).

Eksempel på nedskrivning af protokollat på almen praksis

Region Midtjylland flytter en opgave fra almen praksis til hospitalerne/kommunerne svarende til udgifter på 10 mio. kr., og det nationale protokollat nedskrives med tilsvarende. Almen praksis har efter overenskomsten mulighed for at udfylde med anden overenskomstfastlagt aktivitet. Hvis lægerne i

Region Midtjylland erstatter den bortfaldne opgave med andre opgaver for 10 mio. kr. vil det nationale protokollat være overskredet såfremt status quo i de øvrige regioner. Dette medfører en regulering på nationalt plan på 10 mio. kr. som rammer alle ydere. Dvs. at budgetoverskridelsen i Region Midtjylland ikke fuldt ud finansieres af reguleringen. Kun ca. en femtedel af Region Midtjyllands oprindelige besparelse finansieres af modreguleringen – og nettobesparelsen er dermed en femtedel af de 10 mio. kr. Hvis de øvrige regioner har faldende aktivitet vil besparelsen blive endnu mindre eller helt bortfalde, hvis de samlede udgifter på landsplan er under den økonomiske ramme – og der således ikke finder nogen modregulering sted.

Fem af de fremsatte forslag kræver en konkret forhandling/aftale med yderorganisationerne om implementeringen inden forslagene kan forventes at give besparelser. Dette vedrører ca. 12,6 mio. af de oplyste besparelser. Et af disse forslag kræver også at økonomiprotokollatet nedskrives.

Oversigt over foreslåede besparelser på praksisområdet (tema 3) – oplyst med forudsætninger

Nr.	Forslag	Netto- besparelse	Forudsætter nedskrivning af nationalt økonomi- protokollat	Forudsætter konkret forhandling / aftale	Kommentar
1	Indsatser i forbindelse med ordination af ernæringspræparater	-4	Nej	Nej	
2	Ændrede regler for henvisning af flergangsbrugere med ukompliceret hørenedsættelse	-2	Ja	Nej	
3	Afvikling af lokal aftale om regional betaling af vederlagsfri fysioterapi	-1	Nej	Nej	
4	Akutaftalen	?	Nej	Ja	
5	Genforhandling af lægevagtsaftalen	?	Nej	Ja	
6	Omlæg. praksisrådets Projekt- og Udviklingspulje/bevilling Praksisforskningsfonden	-6,7	Nej	Nej	
7	Inddragelse af uforbrugte midler i de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg	-19,8*	Nej	Nej**	*Engangsbesparelse ***"Det foreslås, at regionen tager initiativer til at sikre, at overenskomstens bestemmelse omkring overførsel af uforbrugte midler bortfalder ved genforhandling af overenskomsten i 2017" (jf. forslag 7, punkt 1)
8	Omlægning fra fremmødetolkning til teletolkning – (telefon og videotolkning)	-3	Nej	Ja	

9	Tillægsydelse 2133 "Forsendelse af biologisk materiale ekskl. blodprøver" honoreres ikke	-10,3	Nej*	Nej	*Som udgangspunkt "Nej", da det er vanskeligt at udfylde denne tillægsydelse med anden aktivitet – ifølge forslaget " må det dog overvejes, om der er behov for at justere økonomiprotokollat for at sikre besparelse" (jf. forslag 9. punkt 13.b.)
10	Fjernelse af unødige analyser og dobbeltanalyser	-9,6	Ja	Ja*	**Gennemførelse af forslaget forudsætter dialog/forhandling med PLO-M og hospitalerne" (jf. forslag 10, punkt 13.c)
11	Ambulatoriers rekvistion af blodprøver i almen praksis	-13,4	Ja	Nej	
12	Opkøb af speciallægepraksis	?	Ja	Ja*	*"I henhold til overenskomsten kan regionen beslutte en reduktion, før der er foretaget en samlet planlægning på området, når den samlede kapacitet inden for specialet i regionen klart overstiger det faktuelle og forventede behov eller på grund af strukturelle eller andre forhold. En sådan beslutning skal forelægges og godkendes i Speciallægelandsamarbejdsudvalget". (jf. forslag 12, punkt D)
Samlet besparelse		-50 mio.	Ja: ca. -25 mio.	Ja: ca. -12,6 mio.	
Sparemål		-30 mio.			

7.8 Speciallæger – hvad forventes udgiften til behandlinger i speciallægepraksis kontra udgiften på hospitalerne at være. Her tænkes på opkøbet af speciallægepraksis.

Hospitalet fik oplyst hvor mange patienter, den praktiserende speciallæge havde set i 2014 og hvilke ydelser, der var foretaget.

Hospitalet blev spurgt, hvad de skulle tilføres af økonomiske midler, hvis patienterne i stedet skal ses hos dem.

Ved lukning af praksis skal regionen betale kompensation til speciallægen på 90 % af gennemsnittet af de seneste 3 års udbetaling fra regionen

De nævnte eksempler i forslaget ses herunder:

Praksis 1

Bruttoomsætning speciallægen 2014 = ca. 3,6 mio. kr.

Hospitalets estimat = 2,3 mio. kr.

Årlig besparelse = ca. 1,3 mio. kr.

Engangsudgift til kompensation til speciallægen ca. 3,2 mio. kr.

Praksis 2

Bruttoomsætning speciallægen 2014 = ca. 5,2 mio. kr.

Tilbageholdt knækgrænse (40 % over grænsen) = 0,6 mio. Kr.

Udbetalt til speciallægen = 4,6 mio. kr.

Hospitalets estimat = 3,1 mio. kr.

Årlig besparelse = ca. 1,5 mio. kr.

7.9 Praktiserende læger – hvor ofte bruges formuleringen "ej substitution" i udskrivning af medicin, og er det påkrævet, at der skal følge en lægefaglig vurdering med?

Den praktiserende læge kan lade "ej substitution" (eller "ej S") fremgå af recepten, hvis det vurderes, at substitution måtte være uhensigtsmæssig. Patienten kan også selv bede lægen om, at formuleringen skal fremgå af recepten. Hvis "ej S" er angivet på recepten, skal apoteket udlevere præcis det lægemiddel, der står på recepten. Det er imidlertid patienten selv, der betaler hele prisdifferencen mellem det billigste lægemiddel blandt synonyme lægemidler og det ordinerede lægemiddel. Det har derfor ikke konsekvenser for regionens økonomi, i hvilket omfang "ej S" anvendes.

Selvom formuleringen "ej S" ikke er angivet på recepten, kan patienten altid selv bede apoteket om et andet og dyrere lægemiddel i gruppen af synonyme lægemidler. Patienten skal også i dette tilfælde selv betale prisdifferencen til det billigste synonyme lægemiddel. Hvis "ej S" er angivet på recepten, kan patienten ikke få udleveret et andet substituerbart lægemiddel.

7.10 Fordeling - Hvilken procentdel er der i fordeling af besparelserne Viborg kontra Silkeborg?

Alle vores hospitaler består af flere matrikler. Budgetmæssigt er det dog ikke muligt at adskille fuldstændig ned på de enkelte matrikler. En række ressourcer anvendes på tværs af matrikler. Det gælder i høj grad ledelse, administration og andre tværgående funktioner. I forbindelse med spareplanen er der tilsvarende en række forslag, der skal udmøntes på tværs af matrikler. Det gælder f.eks. forslagene i tema 8 Arbejdsgange, kapacitetsudnyttelse og forenkling. Andre spareforslag er mere præcist rettet mod en enkelt matrikel, hvor placeringen er entydig og kun findes det ene sted på hospitalet. Det gælder f.eks. forslaget om at reducere antallet af fertilitetsklinikker. Spareforslagene er rettet mod den enkelte hospitalsenhed og ikke den enkelte matrikel. Derfor er det ikke muligt at svare konkret på spørgsmålet om den procentvise fordeling af besparelserne mellem Viborg og Silkeborg.

Spareforslagenes fordeling på hospitalsenheder er vist i notatet "Spareplan 2015-2019 Sundhedsområdet" i tabel 6 og 7 side 12 og 13.

7.11 Fordeling i personale – Hvordan er fordelingen i personalegrupperne sygeplejersker, læger og DJØF/administrativt personel før og efter spareplanens gennemførelse?

Nedenfor ses antal ansatte i personalegrupperne sygeplejersker, læger samt administrativt personale i marts 2015.

Det er ikke på nuværende tidspunkt muligt at angive spareforslagenes indvirkninger på udviklingen i antal ansatte i de nævnte personalegrupper, da det ikke er præciseret i de enkelte spareforslag i sparekataloget, hvilke personalegrupper der berøres.

Antal ansatte, Marts 2015	Antal Personer	Antal fuldtidsstillinger
Sygeplejersker og radiografer	9.366	8.173
Ledende sygeplejersker og radiografer	479	476
Sygeplejersker og radiografer i alt	9.845	8.649
Overlæger, lægelige chefer m.v.	1.414	1.325
Underordnede læger (reservelæger)	2.331	2.092

Lægepersonale i alt	3.745	3.417
Jurister, økonomer samt special- og chefkonsulenter	558	542
Øvrige akademikere med primært administrative opgaver*	554	504
Kontor- og It-personale mv., Regioner	1.364	1.067
Administrativt personale i alt	2.476	2.113
Øvrige personalegrupper	16.956	12.799
I alt	33.022	26.978

* Magistre, civilingeniører, diplomingeniører, teknikumingeniører, bibliotekarer og bachelorer mv.

7.12 Biosimilær medicin – Region Midtjylland planlægger at gå længere end de forventede anbefalinger fra RADS ved at flytte medicinering med Remicade til biosimilær medicin. Vil forslaget bortfalde, hvis RADS ikke kommer med den forventede anbefaling? Forslaget går længere end RADS forventede anbefaling. Forventes der en faglig begrundelse fra RADS for hvorfor eksisterende patienter forventes undtaget – og i givet fald – hvilken?

RADS støtter op om Region Midtjyllands tiltag medmindre der er lægefaglige grunde til at give en anden behandling i konkrete tilfælde.

Det ligger i tiltaget, at kvaliteten i behandlingen ikke må forringes. RADS har udarbejdet et notat, der er offentliggjort på hjemmesiden den 5. maj 2015, hvor RADS bakker op om, at flere patienter kan behandles med det nye biosimilære lægemiddel (Remsima). RADS skriver bl.a.:

“Til de sygdomme der er omfattet af RADS behandlingsvejledninger inden for brug af biologiske lægemidler til inflammatoriske sygdomme har RADS besluttet, at lægemiddelrekommandationerne til følgende patientkategorier sidestiller referenceprodukter og biosimilære produkter indeholdende Infliximab:

- 1. Patienter, der behandles for første gang.*
- 2. Patienter, som oplever behandlingssvigt på anden biologisk behandling, og hvor behandlingsvejledningen tilsiger skift til anden TNF-alfa hæmmer.*

For patienter i aktuel stabil behandling med Infliximab, bedømmer RADS, at en tilsvarende praksis kan anlægges for patienter inden for de omfattede sygdomsområder.

For sidstnævnte patientgruppe er det RADS anbefaling, at det lægemiddel, der er vinder i et Amgros udbud af Infliximab, bør foretrækkes.”

7.13 Økologi - Vi fik i forbindelse med indførelsen af økologi på hospitalerne at vide, at ekstraudgifterne til økologiske varer kunne holdes indenfor budgettet vha. kurser i at reducere madspild mv. Såfremt man skifter tilbage til konventionelle varer, men stadig bevarer det reducerede madspil, hvor stor ville besparelsen så blive?

Der er ikke lavet konkrete beregninger på, hvad en omlægning til udelukkende konventionelle varer koster. For at give et kvalificeret bud, vil det kræve en nøje gennemgang af samtlige indkøb, hvor priserne mellem de konventionelle og økologiske varer sammenlignes.

Et forsigtigt skøn er, at der vil kunne spares ca. 2-4 mio. kr. årligt ved at de nuværende økologiske indkøb konverteres til konventionelle varer. Dette er forudsat, at de konventionelle varer er 10-20 % billigere end de økologiske varer. Der er i indkøbsaftalerne i højere grad fokus på få et større udbud af økologiske varer. Dette antages at gøre de økologiske varer billigere i takt med, at de dækkes af indkøbsaftalerne.

Det skal bemærkes, at Regionsrådet d. 20. august 2014 godkendte at indgå i et samarbejde med Økologisk Landsforening om en ansøgning om midler fra NaturErhvervstyrelsens økologifremmeordning. Ansøgningen blev godkendt og man har med projektet en målsætning om 60 % økologi i 2017 inden for de nuværende budgetter.

Der arbejdes udover økologiprojekt på en besparelse i forbindelse med spareplanen, nr. 6.10 vedr. kostoptymering. Her er målet at finde en konkret besparelse ved at optimere kostområdet.

7.14 Slagteri – hvilke funktioner har slagteriet, og hvori ligger besparelserne i forhold til en løsning, hvor man køber varerne udefra?

De køkkener der har slagterier modtager store dele af dyrene, som forarbejdes til pålæg og øvrige kødvarer. Håndteringen af hele og halve dyr har gjort køkkener i stand til at anskaffe de rigtige udskæringer til den rigtige tid og pris ved at udnytte hele dyret. Eget slagteri er med til at sikre en effektiv drift og lavere priser på kød samt muligheden for at minimere madspil ved at udnytte hele dyret. Samtidig kan det give en besparelse for de øvrige køkkener i regionen, da der arbejdes med salg af fx pålæg mellem matriklerne af en bedre kvalitet og til en lavere pris.

8 Spørgsmål fra Socialistisk Folkeparti

8.1 Hvis der ikke findes en fertilitetsklinik på regionshospitalet i Randers, hvorfor fremgår det så af oversigten over hospitalets afdelinger og afsnit?

Der er for nuværende tre fertilitetsklinikker i Region Midtjylland. Disse er placeret på Regionshospitalet Skive, Regionshospitalet Horsens og Aarhus Universitetshospital.

Afgrænsede former for fertilitetsudredning og -behandling kan varetages på alle regionens gynækologisk-obstetriske afdelinger, herunder også Regionshospitalet Randers. Fertilitetsafsnittet på Regionshospitalet Randers har dog ikke en selvstændig fertilitetsfunktion og kan ikke sidestilles med de tre fertilitetsklinikker på Regionshospitalet Skive, Regionshospitalet Horsens og Aarhus Universitetshospital i forhold til specialiseringsgrad, paletten af behandlingstilbud mm., hvorfor afsnittet på Regionshospitalet Randers ikke er omfattet af spareforslaget.

Det skal i den sammenhæng tilføjes, at det - ud over det ovenfor nævnte - gælder for fertilitetsafsnittet på Regionshospitalet Randers, at der er indgået et samarbejde omkring fertilitetsbehandling (såkaldt "transport IVF") med fertilitetsklinikken i Horsens, der bevirker, at fertilitetstilbuddet til patienter på Regionshospitalet Randers er bredere end en tilsvarende gynækologisk-obstetriske afdeling uden en transport IVF-ordning.

På Regionshospitalet Skive, Regionshospitalet Horsens og Aarhus Universitetshospital varetages al fertilitetsbehandlingen (også behandling på hovedfunktionsniveau) på de tre specialiserede klinikker.

8.2 Neurorehabiliteringen: Hvad er formålet med den fælles visitation i Hammel og hvilke retningslinjer anvender man?

Alle patienter med behov for neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau henvises via den Fælles Regionale Visitation (FRV). FRV's opgave er hurtigst muligt at føre patienterne til den neurorehabiliteringsenhed, der har det bedste egnede tilbud, samtidig med at der om muligt tages geografiske hensyn. FRV sikrer ensartethed i

visitationen på tværs af regionen, ligesom de har mulighed for at foretage en faglig vurdering af hvilke patienter, der aktuelt har det største behov for neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau.

Visitationskriterierne er vedlagt som bilag 6.

8.3 Hvor mange patienter danner grundlaget for forslaget [om samling af neurorehabilitering] altså hvor mange patienter regner man med der kommer i fremtiden/tilgangen i fremtiden i henholdsvis Vest og Midt?

Forslaget tager udgangspunkt i, at det samlede patientgrundlag er uændret, hvilket samlet set svarer til ca. 1.000 patienter. I forlængelse af forslaget om at reducere den højt specialiserede neurorehabilitering med 5 mio. kr. årligt svarende til 1-2 senge, igangsættes en proces med henblik på, at Region Midtjyllands borgeres forbrug af højt specialiseret neurorehabilitering i højere grad kommer på linje med forbruget i de øvrige regioner.

Hammel Neurocenter/Hospitalsenhed Midt har desuden mulighed for at oprette flere senge til højt specialiseret neurorehabilitering, såfremt den udenregionale efterspørgsel stiger.

8.4 Hvad er de forventede omkostninger ved byggeri i Hammel?

Der er afsat 5,5 mio. kr. til at foretage de anlægsmæssige ændringer på Urbakken ved Hammel Neurocenter. Dette forventes at dække omkostningerne ved byggeriet.

8.5 Belægningsprocenten på neurologisk afdeling i Vest er højere end i Midt, samtidig er liggedagene godt 2 dage færre i Vest end i Midt; hvordan er disse tal tænkt ind i forslaget om, at samle i Hammel?

De neurologiske afdelinger på Regionshospitalet Holstebro og Regionshospitalet Viborg behandler forskellige patientgrupper. Alle patienter med mistanke om apopleksi behandles således på Regionshospitalet Holstebro eller Aarhus Universitetshospital, mens Regionshospitalet Viborg i højere grad varetager den klassiske neurologi samt neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau. Derfor kan belægningsprocenterne og liggedagene ikke umiddelbart sammenlignes.

Samlingen af neurorehabiliteringen på regionsfunktionsniveau på Hammel Neurocenter vedrører ikke den akutte behandling, som fortsat vil foregå på de neurologiske afdelinger. Eventuelle forskelle i liggedage og belægningsprocenter på de neurologiske afdelinger indgår derfor ikke i forslaget om at samle neurorehabiliteringen på Hammel Neurocenter.

Neurorehabiliteringsenhedernes belægningsprocenter var i 2014 følgende:

- Hammel Neurocenter (HE Midt): Mellem 88,6% og 96,2% afhængigt af afdeling og specialiseringsniveau
- Regionshospitalet Skive (HE Midt): 79,3 %
- Regionshospitalet Lemvig (HE Vest): 87,1% (Bemærk, at dette både omfatter hovedfunktionsniveauet og regionsfunktionsniveauet, hvorfor tallet ikke er direkte sammenligneligt med de øvrige)

Neurorehabiliteringsenhedernes sengedage pr. patient på regionsfunktionsniveau var i 2014 følgende:

- Hammel Neurocenter (HE Midt): 37
- Regionshospitalet Skive (HE Midt): 31
- Regionshospitalet Lemvig (HE Vest): 30

Bemærk, at patientsammensætningen kan være lidt anderledes på Hammel Neurocenter.

Det indgår i spareforslaget vedr. samling af regionsfunktionsniveauet, at Hospitalsenhed Midt opretholder kapaciteten, hvilket med færre senge forudsætter en reduktion i liggetiden og/eller en stigning i belægningsprocenten.

8.6 Hvordan er lægebemandingen i Vest og i Midt – kan patienter indskrives i vagterne efter kl. 14 begge steder?

Patienter med behov for neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højtspecialiseret niveau modtages ikke efter kl. 14.00. Dette gælder alle enheder.

Patienter fra Region Midtjylland med apopleksi modtages dagligt indtil kl. 14.00 – det højtspecialiserede niveau modtager kun patienter på hverdage. Patienter fra Region Midtjylland med andre diagnoser modtages på hverdage indtil kl. 12.00.

8.7 Psykiatrien i Vest: Ad forslag 2,3 Hvad er grundlaget for at regionspsykiatrien i Vest skal spare 7 millioner, og hvordan ses dette beløb i sammenhæng med de øvrige psykiatriområder i Midt og Øst?

Hvordan er forholdet mellem befolkningstal og antal sengepladser i Vest versus Midt og Øst?

Jeg vil gerne bede om et økonomisk overslag over den model, medarbejderne foreslår i høringssvaret: *Bilag til regions psykiatri Vest*. Der er 6 pinde og de to øverste handler om:

- **Bevare akutfunktioner i Holstebro og Herning frem til Gødstrup**
- **Lukke et antal senge fx 6 hvor belægningsprocenten er lav**

Derudover vil jeg bede om kommentarer til de resterende 4 pinde.

Forslag i høringssvar fra medarbejdere i Regionspsykiatrien Vest *Hvis Regionspsykiatri Vest af grunde der ikke er argumenteret for i sparekataloget SKAL bidrage med 7 mio. kr. foreslås flg.:*

- Beholde nuværende velfungerende organisering med akutfunktion både i Holstebro og Herning frem til Gødstrup åbnes.
- Lukke nogle få senge i Herning, hvor belægningsprocenten er mindst. Det kunne f.eks. være afd. E6 med 6 senge, som i dag rummer Geronto patienter. Disse kan f.eks. være på E4, uden større udgifter, idet E4 har mindst belægning og størst overskud i afdelingens budget i 2015. Besparelse er E6 budget på ca. 5 mio. kr. årligt. Ved at lukke E6 løses samtidigt et andet problem i Herning, nemlig manglende plads til kontorer til Ambulatoriet.
- At lukke 6 senge er et passende lille antal, der sandsynligvis kan gennemføres uden ændring i budget for de andre afdelinger. De sidste 2 mio. kr. i besparelse, for at nå de 7 mio. kr. i alt, kunne f.eks. hentes i sengeafsnittenes nuværende budget. Men det burde være rigeligt at Regionspsykiatri Vest bidrager med 5 mio. kr.
- At lukke 6 senge er et passende lille antal til at arbejde konstruktivt med kommunerne i et passende tempo mhp en fælles løsning af konsekvenser ved reduktion af skærmede sengepladser i psykiatrien.
- At lukke 6 senge er et passende lille antal til at et godt arbejdsmiljø kan bevares for resterende afdelinger og forbedres mhp fysiske rammer for Ambulatoriet, hvilket er rekrutteringsfremmende.

Besparelse fordelt på geografi

Afdeling	Besparelse i 1.000 kr.
Regionspsykiatrien Randers	-1.018
AUH Risskov	-10.707
Regionspsykiatrien Horsens	-1.384
Regionspsykiatrien Midt	-4.419
Regionspsykiatrien Vest	-7.783
B&U- psyk.	-9.116
Øvrige	-10.771
I alt	-45.200

Senge pr. 10.000 indbyggere

Regionspsykiatrien Vest har i 2014 haft en belægningsprocent på 87,4 %, hvilket er under den kapacitetsudnyttelse på 90 %, som er fastsat i budgettet.

Endvidere viser erfaringer fra Psykiatriens Hus I Silkeborg, at mere intensiv ambulant behandling sænker behovet for almenpsykiatriske senge i voksenpsykiatrien. Fra 2008 til 2013 er antallet sengedage for borgere fra Silkeborg Kommune blevet reduceret med mere end 30 %

I forbindelse med nedlæggelse af senge i Regionspsykiatrien Vest, styrkes den ambulante behandling og samarbejdet med kommunerne med 14,5 mio. kr. På baggrund af erfaringerne fra Silkeborg, forventes det at sænke behovet for almenpsykiatriske senge i voksenpsykiatrien i Regionspsykiatrien Vest.

Der gennemføres en reduktion på 17 almenpsykiatriske senge i voksenpsykiatrien i Regionspsykiatrien Vest. Efter reduktionen vil antallet af senge i Regionspsykiatrien Vest være på niveau med Regionspsykiatrien Midt (Viborg-Skive-Silkeborg) og Regionspsykiatrien Randers, målt i senge pr. 10.000 indbyggere. Som beskrevet i spareforslaget er der, hvis der viser sig et behov, mulighed for at etablere op til fem ekstra senge i tilknytning til sengeafsnittene i Herning, Regionspsykiatrien Vest. Dette vil give op til 3,4 seng pr. 10.000 indbyggere.

Før besparelse		Efter besparelse	
Afdeling	Senge Pr. 10.000 indbyggere	Afdeling	Senge Pr. 10.000 indbyggere
Region Midtjylland gennemsnit	3,8	Region Midtjylland gennemsnit	3,6
AUH Risskov (brugerstyredesenge+ Akut Døgntilbud i Regionspsykiatrien Silkeborg)*	4,7	AUH Risskov (inkl. brugerstyredesenge+ hotelsenge)*	5,0
Regionspsykiatrien Horsens	2,5	Regionspsykiatrien Horsens	2,5
Regionspsykiatrien Viborg-Skive	3,2	Regionspsykiatrien Midt (inkl Akut Døgntilbud i Silkeborg)	3,2
Regionspsykiatrien Vest	3,9	Regionspsykiatrien Vest (inkl. hotelsenge)	3,1
Regionspsykiatrien Randers*	3,3	Regionspsykiatrien Randers*	3,3

*Patienter fra +68år fra Randers, Norddjurs og Syddjurs Kommuner indlægges i Risskov

Konsekvenser ved fastholdelse af senge i Holstebro og lukning af 6 senge i Herning

Spareforslagene i Tema 4: Psykiatrien tager blandt andet udgangspunkt i et ønske om, at sikre et gradueret behandlingstilbud i psykiatrien gennem omlægning fra senge til mindre indgribende behandling samt at udvikle nye modeller for samarbejdet med kommunerne.

Erfaringerne viser, at hovedparten af de psykiatriske patienter har det bedst i eget hjem. Hvis psykiatriske patienter tilbydes den rette behandling i eget miljø, styrkes muligheden for, at patienterne kommer sig hurtigere og bliver bedre til at mestre egen livssituation. Derfor er der behov for, at psykiatriens afdelinger kan levere et gradueret udvalg af behandlingstilbud, så de kan levere en behovsorienteret, rettidig og målrettet behandling. Dette vil understøtte patienternes mulighed for at være hovedaktør i eget liv. Fra flere kommuner udtrykkes i høringsvarende opbakning til denne udvikling mod graduerede behandlingstilbud i psykiatrien.

De konkrete erfaringer fra Psykiatriens Hus i Silkeborg viser endvidere, at mere intensiv ambulant behandling og adgangen til pladserne i Akut Døgntilbud har sænket behovet for almenpsykiatriske senge i voksenpsykiatrien. Fra 2008 til 2013 er antallet sengedage for borgere fra Silkeborg Kommune blevet reduceret med mere end 30 %.

Omlægningen og lukningen af sengene i Holstebro er således et led i en omstilling af psykiatrien i Regionspsykiatrien Vest for at indrette det samlede behandlingstilbud i Regionspsykiatrien Vest til at kunne tilbyde et gradueret behandlingstilbud. I realiseringen af forslaget er således udover omlægningen af hotelsenge afsat i alt 14,5 mio. kr. til at styrke den ambulante indsats og samarbejdet med kommunerne. Med spareforslaget er således lagt sporene for at udvikle Regionspsykiatrien Vest frem mod sammenflytningen i det nye sygehusbyggeri i Gødstrup.

Ved en model, hvor der spares 6,1 mio. kr ved at nedlægge 6 senge i E6, vil der dels skulle findes 0,9 mio. kr enten på andre tilbud i Regionspsykiatrien Vest eller i de øvrige psykiatriske afdelinger og dels vil der ikke være ressourcer afsat til at udvikle de ambulante tilbud. Endvidere vil det betyde, at Regionspsykiatrien Vest fortsat skal opretholde akutfunktion i både Herning og Holstebro, hvilket betyder at der fortsat vil skulle anvendes forholdsvis mange lægeressourcer på vagtdækning frem for behandling af patienter i dagtiden. Denne problematik aktualiseres yderligere af rekrutteringssituationen for læger i Regionspsykiatrien Vest, Holstebro, som beskrevet i redegørelsen der blev forelagt regionsrådet den 29. oktober 2014.

Økonomioverslag ved alternativ model med lukning af E6 i Herning

	i 1.000 kr.
Bevarelse af sengeafsnit med 29 senge i Holstebro	-23.500
Fortsættes med eksisterende vagtlag i Regionspsykiatrien Vest	-3.000
12 hotelsenge i Holstebro etableres ikke	5.000
Ingen styrkelse af ambulans indsats og kommunesamarbejde	14.500
Nedlæggelse af E6	6.100
Balance	-900

8.8 Det fremgår af sparekataloget, at der er mange penge at spare på medicinbehandling. Er der ikke andre områder fx kolesterol sænkende medicin, hvor lignende tiltag som ved den blodfortyndende medicin kunne sættes i værk?

Der foretages løbende monitorering af medicinforbruget i regionen. På baggrund af monitoreringen iværksættes og implementeres der løbende tiltag på konkrete områder, når det vurderes relevant. Region Midtjylland følger de nationale retningslinjer for brug af kolesterol sænkende medicin.

De nationale retningslinjer på området inkluderer anvendelse af lægemidlerne Simvastatin, Atorvastatin og Rosuvastatin. Kolesterol sænkende medicin udgør dog reelt en meget lille del af Region Midtjyllands udgifter til medicin på hospitalerne, således i alt 150-200.000 kr. om året. Forbruget styres hovedsageligt af primærsektoren, hvor udgifterne til kolesterol sænkende medicin var ca. 25 mio. kr. i 2014. Det vurderes løbende om der er muligheder for besparelser på området.

8.9 Når man ser på samlinger, reduktioner og effektivitetskrav/optimering indenfor områderne: klinisk biokemi, klinisk immunologi og klinisk mikrobiologi, kunne man vel tænke en komplet samling/nytænkning?

Har man overvejet, som der står i et af høringsssvarene fra Vest, at samle de 3 specialer til en diagnostisk enhed fremfor at fortsætte med, at de er adskilte?

Har man forhørt sig i fx Vejle med de erfaringer man har der? Hvad ville besparelspotentialet være, hvis man fortsatte med en sådan samlet enhed ved hospitalerne i Vest og Midt, fremfor at samle i Øst?

Den gruppe, der har set på klinisk service, har drøftet muligheden for at samle alle laboratoriespecialerne i en fælles enhed i stil med det, man havde i Vejle Amt. En sådan enhed kunne enten være en selvstændig driftsenhed på linje med f.eks. Hospitalsapoteket, eller der kunne lægges ind under et af hospitalerne. Gruppen fandt imidlertid ikke, at dette var en god løsning på nuværende tidspunkt. Man var på den ene side betænkelig ved, hvordan en

selvstændig enhed ville fungere, og mente på den anden side, at det ville være for stor enhed at håndtere under ét hospital.

Der blev ikke foreslået eller drøftet en sammenlægning på de enkelte hospitaler. Der er derfor heller ikke lavet beregninger på dette. I de foreslåede modeller ses et besparelspotentiale ved at samle ens analyser. Denne rationaliseringsmulighed ses ikke ved en sammenlægning på det enkelte hospital. De klinisk immunologiske funktioner (blodbanksrelaterede) på Hospitalsenhed Midt og Hospitalsenheden Vest er allerede en del af de klinisk biokemiske afdelinger på de to hospitaler, og for mikrobiologiens vedkommende valgte man som bekendt i forbindelse med Omstillingsplanen at gå den vej, at man fusionerede to mikrobiologiske afdelinger i stedet for at fusionere to afdelinger/specialer på det samme hospital.

8.10 Lægeforeninger udtrykker stor bekymring generelt for sparekataloget, jeg hæfter mig særligt ved kommentarerne omkring anvendelse af citater fra *Evaluering af lægevagten*. Hvad tænker man om anvendelsen af datamateriale på den måde, det er gjort - altså at plukke i citater fra en rapport, der samlet set er positiv?

Der er ikke blevet plukket i citater fra evalueringsrapporten. Der har været tale om en omfattende proces, hvor regionen via KEU midler og ekstra midler har finansieret evalueringsrapporten. Regionen har nedsat en styregruppe til evaluering af akutaftalen, der er blevet inddraget i forberedelsen og gennemførelse af evalueringen. Administrationen har sammen med PLO og forskerne bag rapporten deltaget i dette arbejde, hvorfor evalueringens forudsætninger og anbefalinger løbende er blevet drøftet. Administrationen har i forbindelse med spareforslagene om akutaftalen taget fat på nogle grundlæggende temaer fra den endelige evalueringsrapport.

Det er korrekt, at "Akutaftalen – Evalueringsrapport" er generel positiv i forhold til at have opnået en del af målene, herunder flytning af aktivitet fra skadestuer til lægevagt m.v. Evalueringen indeholder imidlertid ingen vurdering af, hvorvidt de økonomiske forudsætninger er opfyldt, og ifølge evalueringsrapporten er der områder, hvor der kan ske forbedringer til gavn for patienterne.

Evalueringsrapporten indeholder afsnittet "Anbefalinger", der beskriver områder: *"...som man med fordel kan sætte fokus på eller undersøge nærmere."*

I anbefalingerne står der blandt andet, at der bør ses på procedurerne for henvisning til røntgenundersøgelser, således at henvisningen er effektiv og ikke giver unødigt ventetid for patienterne.

Samtidig nævnes det i anbefalingerne, at der skal ses på arbejdsfordelingen mellem vagtlægerne og behandlersygeplejerskerne.

Det var forventet, at akutaftalens implementering ville medføre meraktivitet i dagtid i den østlige del af regionen og kun lille meraktivitet eller uændret mønster i den vestlige del af regionen. Baggrunden for denne forventning er, at den vestlige del af regionen også før akutaftalens implementering varetog behandling af småskader i dagtid, hvilket ikke var tilfældet i den østlige del af regionen. I nogle områder af den østlige del af regionen er der sket et fald i antallet af skadesrelaterede tillægsydelser, hvilket ikke var forventet.

8.11 Urologi: Der er en mildest talt bekymrende inspektor rapport fra Viborg, <https://post.rm.dk/owa/redirect.aspx?C=JbvbhL92cUqOJCJWAupZ1rkKJLWQXtIjMwLSbp1jAjQ2k62FdIMhK5eCKH5z10QQNK-1mf8qwo.&URL=http%3a%2f%2fsundhedsstyrelsen.dk%2fda%2fuddannelse-autorisation%2fspecial-og-videreuddannelse%2flaeger-og-tandlaegers-videreuddannelse-inspektorordning%2finspektorrapporter%2finspektorrapporter-region-nord%2fviborg-hospital%2furologisk-afdeling>
Af denne fremgår det, at operationer ikke kan afsluttes. Af sparekataloget fremgår det, at bagvagtslaget i Viborg skal fjernes. Hvordan forestiller man sig, at yngste kandidat skal håndtere et problem i en vagt, hvis en ny opereret patient, der er opereret i dagtimerne i Viborg fx bløder?
Har man overvejet i den nuværende situation, hvor der er mangel på urologer, og hvor inspektor rapporter som den tidligere omtalte dukker op, at følge Sundhedsstyrelsens anbefaling fra tidligere (2009/10) om at samle urologien i Midt på 2 matrikler? Ville en sådan samling kunne spare penge og i givet fald hvor mange? Ville en sådan samling kunne højne kvaliteten på både patientforløb og uddannelse?

Der har i temagrupperne 2 været drøftelser om en eventuel hensigtsmæssighed i at samle urologien i Region Midtjylland på 2 matrikler.

Som bekendt er netop urologi et speciale med særlige udfordringer, hvortil der som bekendt er givet budgetmidler ifbm. budget 2015.

Det var bl.a. på den baggrund enighed om, at der inden for specialet er et stort behov for at bevare den urologiske kapacitet i Viborg samt energien i de funktioner, som Urologisk Afdeling, Regionshospitalet Viborg fremadrettet vil skulle varetage. Der er eksempelvis et stort behov for, at der ikke sendes yderligere benign aktivitet til Aarhus Universitetshospital, der er særligt udfordret i forhold til lange ventetider. Jf. regionens egen rapport "Optimering inden for det urologiske speciale i Region Midtjylland" fra maj 2015, er den urologiske afdeling i Viborg særdeles effektiv, målt på eksempelvis antallet af patienter, der ses pr. ambulatorielinje. Der er som det fremgår af forslag 2.3 "urologi – decentralisering af budgetansvar" netop lagt op til at øge den benigne aktivitet på Urologisk Afdeling, Regionshospitalet Viborg

Det er korrekt, at inspektorrapporten for Urologisk Afdeling, Regionshospitalet Viborg var kritisk. Hospitalsledelsen, Hospitalsenhed Midt har som opfølgning herpå - sammen med afdelingsledelsen - lavet en handlingsplan til Sundhedsstyrelsen. Hospitalsledelsen er samtidig i dialog med den urologiske afdelingsledelse vedrørende de fremtidige opgaver og organisering af lægearbejdet efter nedlæggelse af nyrecancerkirurgi. Urologisk Afdeling, Regionshospitalet Viborg har eksempelvis stadig regionsfunktion og omfattende aktivitet inden for urinvejssten, herunder stenrelaterede komplikationer.

Hospitalsledelsen, Hospitalsenhed Midt har i forlængelse heraf peget på, at det også fortsat vil være nødvendigt med mulighed for tilkald af speciallæge i urologi døgnet rundt, hvorfor det kan overvejes at justere forslaget en smule i forhold til dette. Eksempelvis er det foreslået at justere forslaget, sådan at besparelsen fastholdes, men at sparemålet effektueres ved en reduktion i det øvrige vagtlag.

8.12 Hvordan er man kommet frem til at Midtvask har behov for at udvide personalet for at løse fremtidens vaskeriopgaver. I 2012 var vurderingen at man ville kunne spare penge. Hvordan påvirkes vaskerimængden pga. flere ambulante besøg frem for sengeskift, og øget brug af engangsartikler. Og hvordan passer

overførsel af opgaver til Midtvask uden udbud, med sparekatalogets forudsætning om mest mulig konkurrenceudsættelse.

- Det foreslås i forslag nr. 6.09, at når kontrakten med Jysk Linnedservice A/S udløber d. 31. juli 2017, så samles Region Midtjyllands vaskeri i Midtvask. Det vurderes, at Midtvask fra 2017 har behov for ca. 30 ekstra medarbejdere, når de overtager, hvad Jysk Linnedservice før har håndteret. Dette skyldes, at Midtvask skal vaske for flere, end de gør i dag.
- Det anerkendes, at det er en vigtig pointe at være opmærksom på, om omlægning fra indlæggelser til ambulans kan reducere vaskerimængden. Det vurderes dog som udgangspunkt ikke at påvirke vaskerimængden væsentligt, at der er flere ambulante besøg, da antallet af udskrivninger er forholdsvis konstant – og endda svagt stigende.
- Region Midtjylland fik i samarbejde med konsulentfirmaet Q-audit udarbejdet en rapport fra 2009, der viser, at Midtvask er den mest konkurrencedygtig leverandør af vaskeriydelsen. PWC rapport fra 2011 kommer ligeledes frem til, at Midtvask er landets billigste vaskeri. Midtvask sikrer således, at hospitalerne i vaskeriets kundekreds har de laveste udgifter i landet til vaskeriydelser.

8.13 Ville en overførsel af Regionshospital Silkeborgs vaskeriopgave til Jysk Linnedservice ikke være mere naturligt, da de udgør en del af Hospitalsenhed MIDT, som får løst deres vaskeriopgaver igennem udbud af opgaven til Jysk Linnedservice. Vil samme kunne gøre sig gældende for Hammel som også er en del af hospitalsenhed MIDT?

- Midtvask er de billigste ift. at løse vaskeriopgaven, hvilket en PWC rapport fra 2011 også konkluderer. For at indhøste besparelsen i forslag nr. 6.09, så forudsætter det, at Midtvask overtager alt vaskeri fra 2017.

8.14 Byggeri af nyt vaskeri, kunne det opføres som et OPP projekt, og vil det fortsat indeholde den tidligere politiske beslutning om 2 vaskerier.

- Ja et nyt vaskeri vil i princippet godt kunne opføres som et OPP projekt. Det vil dog først kunne blive etableret, når kvalitetsfondsprojekterne er afsluttet. Spørgsmålet er om en OPP leverandør vil finde et sådan projekt tilstrækkelig attraktivt.
- Når sagen vedr. nyt vaskeri bliver lagt op til politisk behandling, skal der tages stilling til placering af vaskeriydelsen i Region Midtjylland.

8.15 Regionen har iværksat et uniformsprojekt, vil det være regionen som får ansvar og dermed udgift for indkøb af samtlige uniformer. Hvis ja, hvad er prisen for en sådan investering og for forsyningsikkerhed, så der altid er det tilstrækkelige antal uniformer. Kunne denne opgave løses ved at lade det være en del af et udbud. Hvordan planlægges de nye uniformer indført, og vil det betyde at gl. uniformer dermed udgår. Hvilken økonomi udgør skrotning af gl. uniformer, og hvordan vil det passe ind i regionens miljø- og ressourcepolitik.

- Mht. det igangsatte uniformsudbud ventes der at være en initial investering i størrelsesorden 20-40 mio. kr. alt afhængig af hvilken sortimentsbredde der vælges. Investeringen fordeles på de fem hospitalsenheder over de år, hvor de nye uniformer udrulles. For at sikre forsyningsikkerheden anbefales det, at der købes 50 % flere uniformer det første år. De efterfølgende år vil antallet af indkøbte uniformer tilpasses efter behovet.

- I princippet kunne man godt udbyde vaskeriydelsen og leverancen af uniformer. Det skal dog bemærkes, at uniformerne allerede er sendt i udbud, og der arbejdes i spareforslag nr. 6.09 ud fra at samle vaskeriydelsen i MidtVask.
- Der er lavet en plan for, hvilke hospitaler der starter med udskiftningen af uniformer. I takt med, at de nye uniformer udrulles vil uniformerne fra det gamle sortiment blive sendt videre til brug på andre hospitaler. På denne måde undgås det at indkøbe uniformer fra det gamle sortiment i perioden for udrulningen af det nye sortiment.
- Som det fremgår af ovenstående svar, så anvendes det gamle sortiment i videst mulig omfang indtil det nye indkøbes. Ved at sende det gamle sortiment videre mellem hospitalerne, så sikres det, at ressourcetilstanden er så minimalt som muligt. I tilfælde af, at det gamle sortiment ikke er slidt op, så vil det blive undersøgt, hvorvidt der er mulighed for at videresælge dette.

9 Spørgsmål fra Venstre

9.1 Reduktion i antallet af fertilitetsklinikker: Der ligger en klar udfordring i forhold til Sundhedsstyrelsen. Vil man søge om tilladelse til at præimplantationsdiagnostikken lægges ud. Spørgsmålet skal ses i lyset af at man for områder som Cystisk fibrose, Huntigtons sygdom, blødere og en lang række andre alvorligt arvelige sygdomme har et enormt potentiale. Dette er både af menneskelige men også af samfundsøkonomiske årsager. Eksempelvis koster et cystisk fibrosebarn 2,6 mio. kr. i sundhedsvæsnet og bløderne kan være ekstremt meget dyrere. Dette bør forfølges.

Ja, det ligger i forslaget, at der skal søges om at flytte den højtspecialiserede funktion vedr. præimplantationsdiagnostik. En sådan flytning skal indebære at kvaliteten opretholdes, og der dermed ikke bliver konsekvenser for patienterne/kommende generationer. Dette vil også være vigtigt for Sundhedsstyrelsen i deres vurdering. Sundhedsstyrelsen bliver dermed en uvildig garant for kvaliteten.

9.2 Der står at hhv Midt og Horsens har udenregional aktivitet for 5,1 og 10, 7 mio. kr. Hvordan ser regnestykket ud for Århus (oplyses ikke) og vi antager at 1/3 af de samlede udenregionale patienter bliver væk?

Aarhus Universitetshospital havde udenregional aktivitet svarende til en DRG-værdi på 2 mio. kr. Det svarer til 11,3 % af regionens udenregionale aktivitet på området. Der ligger ikke en forventning om, at 1/3 af de samlede udenregionale patienter bliver væk – det forventes umiddelbart, at de fleste af de udenregionale patienter, der har været på Aarhus Universitetshospital vil følge med til Skive eller Horsens. Patienter fra Syddanmark har kortere vej til Horsens end til Aarhus Universitetshospital.

9.3 Hvor mange km antager man at borgerne skal køre ekstra ved besøg i Horsens og Skive? Er denne kørsel tilskudsberettiget, og hvad er den afledte økonomi.

I tilfælde af, at fertilitetsklinikken ved Aarhus Universitetshospital nedlægges, vil det medføre ekstra transportafstand for nogle patienter og kortere transportafstand for andre.

I tabellerne herunder er forskellen i afstand fra den største by i den enkelte kommune til fertilitetsklinikken ved Aarhus Universitetshospital og hhv. Regionshospitalet Horsens og Regionshospitalet Skive noteret. Den enkelte patients transportafstand vil naturligvis variere i forhold til dette.

Til Skive i stedet for Aarhus	Afstandsforskel (i km)
Silkeborg	12,1
Viborg	-36,4
Skive	-101,6
Norddjurs (Grenaa)	64,9
Syddjurs (Ebeltoft)	91,6
Randers	39,3
Favrskov (Hinnerup)	76,3
Herning	-33,1
Lemvig	-86,5
Struer	-83,7
Holstebro	-73,7
Ringkøbing-Skjern (Ringkøbing)	-50,7

Til Horsens i stedet for Aarhus	Afstandsforskel (i km)
Ikast-Brande (Ikast)	-15,8
Horsens	-47,1
Hedensted	-45,1
Odder	-3,9
Skanderborg	-3,8
Samsø	-11,9
Aarhus	38

Der kan ydes kørselsgodtgørelse til patienter, som har mere end 50 km. fra hjemmet til klinikken. Kørselsgodtgørelsen svarer som udgangspunkt til den billigste billet med offentlig transport fra hjemmet til klinikken. Såfremt patienten skal have en ledsager med, udgør kørselsgodtgørelsen 2,05 kr. pr. km. svarende til statens laveste kilometertakst.

Patienterne skal selv søge om kørselsgodtgørelsen. Det er derfor ikke alle patienter, der får kørselsgodtgørelse, selvom de er berettiget til det. Derudover er beregningerne behæftet med usikkerhed, fordi de er knyttet til en standardafstand – nogle patienter vil have kortere til klinikken, andre længere end antaget.

Tages der udgangspunkt i fordelingen af patienter på Aarhus Universitetshospital i 2014, kan den samlede kørselsomkostning ende på ca. 616.000 kr. mere end i dag, såfremt patienterne benytter offentlig transport. Tildeles de kilometertaksten, bliver de ekstra omkostninger op til ca. 413.000 kr. Beregningerne er som nævnt behæftet med stor usikkerhed og er under forudsætning af, at alle de berettigede patienter søger om kørselsgodtgørelse.

Bemærk, at patienter fra Aarhus Universitetshospital ikke indgår i disse beregninger, da afstanden fra Aarhus C til fertilitetsklinikken i Horsens er under 50 km.

Hvis det antages, at halvdelen af patienterne fra Aarhus Kommune har mere end 50 km. til klinikken – og søger om kørselsgodtgørelse - vil det medføre ekstraomkostninger på ca. 500.000 kr. til offentlig transport.

9.4 Flytning af mamma kirurgisk fællesfunktion: Det er givet at vi på sigt kun kommer til at operere mamma patienter på et eller højt to steder i regionen. Min opfattelse er at nedlæggelsen af ambulatoriumfunktionen i Vest giver en langt dårligere borgerservice og besparelsen vil blive overskygget af tilsvarende udgifter til transport af patienter. Har man ikke forstillet sig i sammenhængende patientforløb at en stor del af såvel Kemo som strålebehandling skal forgå i Vest alligevel. Hvor mange ekstra ambulatoriebesøg skal en borger typisk have i Viborg frem for samme besøg afviklet i Holstebro/Gødstrup.

Forslaget går på at flytte al mammakirurgisk aktivitet incl. den tilhørende mammaradiologiske aktivitet fra Holstebro til Viborg. Hidtil er alle operationerne foregået i Viborg for patienter fra både Hospitalsenheden Vests og Hospitalsenhed Midts optageområde, mens udredningen forud for en evt. operation og den efterfølgende kontrol er foregået i Viborg og Holstebro (med læger fra Viborg). Med forslaget samles udredning, operation og kontrol fra både Hospitalsenheden Vests og Hospitalsenhed Midts optageområde i Viborg for derigennem at sikre et mere sammenhængende patientforløb.

Patienterne på den mammakirurgiske fællesfunktion i Holstebro har gennemsnitligt haft 2 ambulante besøg i 2014. Det drejer sig om 660 personer. Det er meget vanskeligt at vurdere, hvilke omkostninger regionen vil have til patienttransport som følge af flytning af denne aktivitet. Det afhænger bl.a. af patienternes alder, afstand fra bopæl til hospitalet og om de er i stand til selv at sørge for transporten. En stor del af patienterne vil være berettiget til tilskud til transport, men ikke alle, og erfaringen siger, at ikke alle der er berettiget til tilskud til transport vælger at tage imod det. En del af patienterne er allerede i dag berettiget til tilskud til transport til Regionshospitalet Holstebro, så det er ikke alle transporttilskudomkostningerne, der er 'nye' omkostninger. Hvis det antages, at 2/3 af patienterne er berettiget til i gennemsnit 300 kr. i tilskud til transport pr ambulante besøg, og alle benytter sig af det, vil det koste regionen 0,3 mio. kr. Vær opmærksom at dette beløb er overvurderet, da det også indeholder tilskud til patienter, der allerede i dag får tilskud til transport.

Mammascreeing vil uændret foregå både i Holstebro og Viborg, og eventuel onkologisk behandling som stråle- og kemobehandling vil fortsat finde sted i Herning.

9.5 Neurorehabilitering: Det er vel fornuftigt nok at reducere antallet af senge, så vi kommer på niveau med sammenlignelige regioner. Det er vel alene reduktion på 10 senge, der giver besparelsen.

Ja, det er alene reduktionen på senge

9.6 Det kan ikke passe med de nuværende pladsforhold kan rumme ekstra 34 senge til en anlægsinvestering på 5,5 mio. kr. kan dette uddybes

Hospitalsenhed Midt vurderer, at der ved en ombygning af Hammel Neurocenter/Urbakken for 5,5 mio. kr. kan skabes plads til yderligere 39 sengepladser.

Den igangværende renovering af Hammel Neurocenter og Urbakken, som allerede er finansieret, skaber plads til 10 ekstra sengestuer.

De øvrige ombygninger er relativt billige, da lokalerne er velegnede til sengestuer, ligesom en del af dem tidligere har været anvendt til sengestuer.

Der etableres 10 sengestuer i lokaler i Urbakken, som tidligere har været plejehjemslokaler, men som senest har huset kontorer mv.

Der genetableres sengestuer i lokaler, som tidligere har været anvendt til dette, men som senest har været brugt til forskning, udvikling og kontorer.

Enkelte sengestuer omdannes fra 1-sengsstuer til 2-sengstuer, hvilket de også tidligere har været. Herved skabes i alt 19 nye sengepladser.

9.7 Klinisk Service: Fusion af Patologien. Kan i venligst lige hjælpe mig lidt. Nu har vi for få år siden etableret en patologisk funktion i Viborg til anlægsmæssigt 50 mio. kr. Noget der dårligt lader sig flytte. Nu vil man så straks afskrive de 50 mio. kr. mod en årlig besparelse på 3,5 mio. kr. Det er en udfordring at forklare personale og borgere.

Det er som anført hensigten med sammenlægningen af patologien at realisere en årlig driftsbesparelse på 3,5 mio. kr. Det er dernæst intentionen at finde alternativ anvendelse af patologi-bygningen på Regionshospitalet Viborg.

Hospitalsenhed Midt har for nuværende ikke taget stilling til en eventuel alternativ anvendelse af de lokaler som pt. anvendes af Patologisk Institut, men afventer det endelige omfang af regionens spareplan.

Ifølge spareplanen skal der i hovedbygning på Regionshospitalet Viborg findes yderligere plads til ekstra akutte senge fra Regionshospitalet Silkeborg, hvorfor der bliver behov for at revurdere dispositions- og rokadeplanen for Regionshospitalet Viborg. Dette arbejde planlægges at pågå i løbet af sommeren 2015.

9.8 Det helt store spørgsmål er jo de enkelte hospitalsenheders funktioner, når Skejby og Gødstrup står færdige. Her skulle jo gerne være en sammenhæng ikke mindst med den fremtidige kræftbehandling. Hvad er jeres overvejelser om dette.

Der er i spareforslaget lagt op til, at Hospitalsenhed Midt og Hospitalsenheden Vest skal supporteres med patologi fra Regionshospitalet Randers – blandt andet ved hjælp af telemedicinske løsninger på frysemikroskopierne.

I Region Syddanmark anvendes i dag en løsning, hvor en bioanalytiker klargør prøver fra patient under operation til mikroskopi på Aabenraa Sygehus. Mikroskopet betjenes via af fjernstyring af en patolog, som er på Sønderborg Sygehus. Det er en lignende løsning, der er påtænkt de hospitaler, som i fremtiden ikke har patologi på matriklen.

9.9 Nedlæggelse af radiologisk vagt på akutklinikkerne: Var det ikke en ide at udnytte det dyre apparatur vi i forvejen har stående til ventelisteafvikling. De vagtbærende folk kunne jo sagtens have bookede tider ved siden af det akutte i langt højere grad end de har i dag. Det vil også give en langt bedre borgerservice, da folk gerne vil møde uden for normal arbejdstid. Alle kan forstå at de må vente lidt, såfremt der kommer en brækket arm. Mærsk vil jo rotere adskillige gange i hans grav, hvis han så udnyttelsen af vores apparatur i dag.

Forslaget om at nedlægge den radiologiske vagt på akutklinikkerne følger af forslaget om at reducere åbningstiderne på akutklinikkerne. I dag er der på de nævnte akutklinikker (Skive og Ringkøbing) radiologivagt på tilkald fra hjemmet uden for normal dagtid og inden for akutklinikernes åbningstid. Når akutklinikernes åbningstid reduceres, vil der ikke være behov for vagt fra hjemmet.

Det er således ikke tilfældet, at røntgenpersonalet i dag er tilstede i vagttiden på akutklinikken, hvorfor det heller ikke er muligt at booke til planlagt aktivitet uden at udvide beredskabet.

9.10 Facility management og Vaskeriydelsen: Generelt så undre det mig at man indledningsvis skriver at man vil konkurrence udsætte så meget som muligt. Reelt gør man jo noget andet. Hvorfor har man hjemtaget rengøringsydelsen fra på Skejby. Har DFD ikke løst opgaven tilfredsstillende og hvad koster hjemtagningen. Nu forslår man også at hjemtage vaskeriydelsen. Jo i sandhed ikke lige en kerneopgave. Hvor og i hvilke rammer skal denne ydelse udføres og til hvilken økonomi. Man kan vel ikke ansætte 30 mennesker mere og ikke have fysisk plads til dem? Kan de 15 mio. kr. udspecificeres mere. Det står opført under transportmateriel og linned. Jeg kan dårligt gennemskue projektet omkring linned, men i en sparesituation er det vel rimeligt at udskifte tøj og linned i takst med at det slides op.

Vaskerimarkedet er jo under pres da den samlede tonnage falder grundet den stærkt faldende liggetid på vores sygehuse. Hvorfor ikke udnytte det til kloge udbud i mindre portioner. Såvel De Forende Dampvaskerier og Jysk Linnedservice vil byde ind, så vi kan forvente en særdeles god pris. Hvad vil der i givet fald ske med den kapital vi har oparbejdet i Jysk Linnedservice.

- PWC har lavet en rapport fra 2011, hvor der sammenlignes med andre regioner vedr. bl.a. vaskeriydelser. Det konkluderes i rapporten, at MidtVask sammenlignet med andre leverandører af vaskeriydelser er billigst. Der sammenlignes i rapporten både med private og offentlige leverandører. Det er derfor ikke foreslået at konkurrenceudsætte vaskeri.

Regionsrådet kan dog beslutte, at opgaven skal sendes i udbud i 2016/2017 med henblik på, at vi har en ny leverandør, når kontrakten med Jysk Linnedservice udløber d. 31. juli 2017.

- I spareforslag nr. 6.09 "Vaskeriydelsen", der forudsættes det, at vaskeriydelsen samles i MidtVask fra 2017. Spareforslaget tager udgangspunkt i, at samlingen af MidtVask sker i de nuværende rammer. MidtVask vurderer ikke, at der vil problemer med at have plads til de ca. 30 nye medarbejdere. Det drejer sig om 1 ekstra medarbejder i hvert arbejdsområde, og der arbejdes desuden med delvis toholdsskift.

- Det er vurderet, at der i 2017 er brug for ca. 15 mio. kr. Det er en foreløbig vurdering af udgifterne til de initiale engangsinvesteringer i linned, patient og transportmateriel, som en samling forudsætter. Der er nedsat en arbejdsgruppe, der nærmere skal udrede behovet. - Forholdene omkring medejerskabet og kapitalen i Jysk Linnedservice skal udredes nærmere,

og er ikke en del af forudsætningerne i spareforslaget.

9.11 Vaskeriydelsen

a. Hvad siger benchmark med andre regioner vedr. vaskeriydelser?

PWC har lavet en rapport fra 2011, hvor der sammenlignes med andre regioner vedr. bl.a. vaskeriydelser. Det konkluderes i rapporten, at MidtVask sammenlignet med andre leverandører af vaskeriydelser er billigst. Der sammenlignes i rapporten både med private og offentlige leverandører.

b. Der er konstateret besparelser ved udbud på andre områder, hvorfor ikke udbyde dette?

Jf. svaret på spørgsmål a ovenfor, så er MidtVask billigst. Det er derfor ikke foreslået at konkurrenceudsætte vaskeri. Regionsrådet kan dog beslutte, at opgaven skal sendes i udbud i 2016/2017 med henblik på, at vi har en ny leverandør, når kontrakten med Jysk Linnedservice udløber d. 31. juli 2017.

c. Hvor meget kan vi spare ved ikke at bygge vaskeri?

- Der er i investeringsplanen prioriteret samlet 41,3 mio. kr. i perioden 2020-2021 til nyt vaskeri.

- Spareforslaget nr. 6.09 tager dog udgangspunkt i, at samlingen af vaskeriydelsen i MidtVask sker i de nuværende rammer. Der er således ikke taget højde for, hvad et nybygget vaskeri kan medføre af effektiviseringer i driften.

9.12 Kostoptimering, hjælpemidler og rengøringsstandarder

a. Der er konstateret besparelser på ved tidligere udbud af rengøring. Hvor meget vil kunne opnås ved fælles udbud for alle matrikler?

- Det er i forslag 6.10 foreslået at indføre fælles rengøringsstandarder på tværs af regionen.
- Der er på tværs af hospitalerne forskellig organisering mht. rengøring. Der er således på Aarhus Universitetshospital serviceassistenter i stedet for rengøringsassistenter. Serviceassistenterne har en større opgaveportefølje end rengøringsassistenter, hvilket vanskeliggør en konkurrenceudsættelse af rengøringsydelsen.

9.13 Kørselsgodtgørelse

a. Er de samme besparelser for psykiatri ikke medtaget 2 gange i hhv forslag 33 og 34?

- For både forslag nr. 6.33 og nr. 6.34 er det medregnet, at besparelsen for Psykiatri skal have halv virkning, idet en del af besparelsen indgår i gruppe 4 "psykiatri".

10 Spørgsmål fra Enhedslisten

10.1 Hvor mange akutte patienter er der modtaget i tidsrummet 22-08 i henholdsvis Randers og Horsens i en periode på fire uger? Vi forestiller os, at det er de seneste fire uger, for hvilke der umiddelbart vil kunne laves en opgørelse. Hvilken type patienter var der tale om?

Der er lavet en opgørelse over akutte patienter i Hospitalsenhed Horsens og Regionshospitalet Randers i perioden 2. marts – 29. marts 2015 i tidsrummet 22-08.

Der er i perioden og tidsrummet modtaget 713 unikke patienter i Horsens og 844 unikke patienter i Randers svarende til gennemsnitligt 25 patienter pr. nat i Horsens og 30 patienter pr. nat i Randers.

Nyfødte tæller med i disse tal. Der er i perioden født 76 børn i Horsens og 64 børn i Randers. I tabellen ses en afdelingsopdeling af patienterne.

Akutte patienter modtaget i perioden 22-08. Unikke CPR-numre i perioden 2. marts til 29. marts 2015. Hospitalsenhed Horsens og Regionshospitalet Randers.

	Horsens	Randers
Gynækol. Obstetri	159	123
Pædiatri	0	50
Medicinsk Afdeling - HEH	121	110
Ortopædkirurgi	30	38
Kirurgi	60	54
Akutfdeling mv.	171	294
Skadestue afdeling	172	175
Total	713	844

Det bemærkes, at når der tælles på unikke patienter, optræder patienter som flere gange i perioden har været i akut kontakt med hospitalet kun én gang i opgørelsen.

10.2 I kataloget for akutområdet, står der i forslag 3: *Spareforslaget omfatter en reduktion af HEMs budget til det medicinske område med 6,5 mio. kr. da en række sammenlignende undersøgelser indikerer, at hospitalet har et væsentligt højere forbrug på de medicinske senge end de øvrige hospitaler.*

For det første står der 'indikere', Det betyder vel, at det er muligt, at det slet ikke forholder sig på den måde. For det andet, så står der 'hospitalet' i bestemt form – hvilket af dem, eller er det dem alle? For det tredje, forstår vi faktisk slet ikke, hvad det egentlig er, der står. Handler det om, at der indlægges for mange patienter i HEM's område? Er det de forkerte patienter, der ligger i sengene? Er der visse 'patienttyper' som indlægges i HEM, som ikke indlægges i henholdsvis øst og vest? Er det alene patienter fra HEM's optageområder, der ligger i sengene, eller er der også patienter andre steder fra?

Når der i spareforslaget står "indikerer", er det korrekt, at der kun er indikatorer på højere forbrug i Hospitalsenhed Midt. Der findes ingen fuldstændig korrekt målemetode, og enhver måling af forbrug, aktivitet, kapacitet etc. vil indeholde usikkerheder. Når formålet er at lave en sammenligning på tværs af enheder, bliver der flere usikkerheder, blandt andet fordi de enheder der sammenlignes ikke er ens opbygget og organiseret. Derfor er ordet indikere anvendt.

Der står hospitalet i bestemt form, da analysen er foretaget med udgangspunkt i Hospitalsenhed Midt og de andre hospitalsenheder. De sammenligninger der er foretaget på det medicinske område er sammenligninger mellem de fem hospitalsenheder: Hospitalsenhed Vest, Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Randers, Hospitalsenhed Horsens og Aarhus Universitetshospital.

Der er foretaget en række sammenligninger. Fx læger pr. indbyggere i optageområdet, og medicinske senge pr. indbygger i optageområdet.

Det er en væsentlig pointe, at se på, om der er specialiserede senge, eller om et givent hospital har borgere fra andre regioner. Der er i analyserne af sengetallene taget hensyn hertil. Selv efter disse kontroller er det konklusionen, at der er højere kapacitet i Hospitalsenhed Midts optageområde sammenlignet med andre dele af Regionen. Der er ikke analyseret på hvilke patienttyper der ligger i sengene.

10.3 I kataloget for akutområdet forslag 10 ønskes en opgørelse over antallet af kørsler for hver enkelt bil fordelt på årets måneder og ikke kun gennemsnittet pr. døgn.

Da forslagen ændrer på geografien i dækningen, ønsker vi en opgørelse over forventede antal kørsler for de enkelte biler ligeledes pr. måned. Endelig ønskes oplyst hvilken responstid, der kan forventes på hver af bilerne i værst tænkelig situation.

Af bilag 5, tabel 1 fremgår den ønskede oversigt over antal kørsler for hver akutlægebil og akutbil fordelt på årets måneder.

Af bilag 5, tabel 2 fremgår et estimat på det forventede antal kørsler for de akutlægebilsordninger, der fortsætter. Tabel 2 er udarbejdet på basis af viden om den nuværende fordeling af aktiviteten på måneder for de konkrete biler samt viden om den nuværende disponeringspraksis for akutlægebiler i Region Midtjylland. Samtidig baserer tallene sig på forventningerne til udviklingen af kørselsomfanget fra 2014 til 2016. Fordelingen af kørslerne på de enkelte akutlægebiler er behæftet med en betydelig usikkerhed.

I de fleste tilfælde, hvor en akutlægebil sendes til en patient i dag, vil responstiden være under 25 minutter. I nogle situationer sendes akutlægebilen også, selvom responstiden er over 25 minutter. Der kan fx være tale om, at patienten har lang vej til hospitalet, og at akutlægebilen kan køre ambulancen i møde. Der kan også være tale om, at patienten ikke kan flyttes fra skadestedet, før en akutlæge har tilset denne. Endelig kan det være i spil, at akutlægebilen har lang afstand til patienten, men forventes at kunne afslutte behandlingen af patienten på skadestedet og derfor afsendes.

Ved en model med seks i stedet for ni akutlægebiler vil det oftere ske, at en akutlægebil sendes på lang afstand. Det er dog ikke muligt at fastlægge den maksimale responstid for hver enkelt akutlægebil, da denne vil afhænge af situationen ved tilkaldelsen af akutlægebilen samt af patientens tilstand. Samtidig gælder det, at akutlægebilerne, ligesom ambulancerne, anvendes flydende, hvilket betyder, at de i princippet kan indsættes i hele regionen. De vil derfor også alle opleve at blive indsat på en opgave, hvor responstiden til patienten vil være lang.

10.4 I kataloget for akutområdet forslag 11 b beskrives den nuværende situation forholdsvis generelt. Vi ønsker en opgørelse - opgjort for hvert af hospitalerne – over antal kørsler, hvor hospitalspersonale følger patienten med angivelse af hvilket personale, der har medvirket (Læger, anæstesisygeplejersker, sygeplejersker, andre) samt et overslag over omkostningerne – stadig for hvert af hospitalerne - således at det er muligt at forholde sig til besparelespotentialiet i forslaget.

Med afsæt i de tilgængelige data fra Præhospitalets disponeringssystem er det beregnet, hvor mange interhospital transport med sundhedsfaglig ledsagelse der gennemføres i Region

Midtjylland om året. Nedenstående tabel viser disse data. Som det fremgår, kan der opgøres at være ca. 1.400 lægeledsagede interhospitalt ambulancetransporter og ca. 750 sygeplejerskeledsagede interhospitalt transporter.

Antal interhospitalt transporter med sundhedsfaglig ledsagelse i Region Midtjylland, opdelt efter afsendende hospitalsenhed

Hospitalsenhed	Med læge	Med sygeplejerske	I alt
Psykiatrien	6	3	9
HEV	194	262	456
HEM	280	189	469
Horsens	255	8	262
Randers	190	11	202
Aarhus Universitetshospital	509	276	785
I alt	1.434	748	2.182

På et antal af de lægeledsagede transporter vil der også være sygeplejerske med. Dette tal er ikke opgjørt. Det er ikke muligt at opgøre, hvor mange af de sygeplejerskeledsagede transporter, der er udført af anæstesisygeplejerske.

Ud fra de opgørelser, Præhospitalet er i besiddelse af, er det beregnet, at der i gennemsnit medgår ca. 4 timer til en transport inkl. forberedelse, overlevering samt transport tilbage til eget hospital. Dette er dette tidsforbrug, der danner baggrunden for beregningen af besparelspotentialet for hospitalerne. Besparelsen er således udregnet i forhold til det reelle tidsforbrug ved opgaverne og ikke med udgangspunkt i, at et helt vagtlag falder bort. Hvis der regnes med bortfald af hele vagtlag, vil besparelsen skulle genberegnes.

Hospitalernes besparelse vedr. interhospitalt transporter er udregnet til følgende, jf. i øvrigt også sparekataloget:

Besparelse fra 2016 vedr. interhospitalt transporter med sundhedsfaglig ledsagelse i Region Midtjylland, opdelt efter hospitalsenhed og opgjørt i mio. kr. i 2015-P/L

Hospitalsenhed	Med læge	Med sygeplejerske	I alt
Psykiatrien	0	0	0
HEV	0,6	0,6	1,2
HEM	1,0	0,4	1,4
Horsens	0,9	0,0	0,9
Randers	0,7	0,0	0,7
AUH	1,8	0,6	2,4
I alt	5,0	1,6	6,6

10.5 I katalog for Arbejdsgange, kapacitetsudnyttelse og forenkling forslag 4 kan give en stor besparelse ved bedre udnyttelse af operationsgange. Hvordan kan indførelse af et it-værktøj føre til, at der kan reduceres med 43,8 stillinger blandt det sundhedsfaglige personale i 2019? Hvordan kan bedre kapacitetsudnyttelse betyde reduceret behov for dette personale – hvis operationsgange skal udnyttes bedre, er det i min logik lig med flere operationer – hvordan kan det resultere i færre ansatte?

Indførelsen af IT-værktøjet Klinisk Logistik giver mulighed for, at man kan følge, hvor godt kapaciteten udnyttes på operationsgangene. Værktøjet giver særligt mulighed for, at det sundhedsfaglige personale får indblik i, hvornår i et operationsforløb der opstår flaskehalse og uhensigtsmæssige overgange, som giver en dårligere kapacitetsudnyttelse. Med data fra Klinisk Logistik får det sundhedsfaglige personale derfor viden om, hvilke aktiviteter og overgange der skal arbejdes med, for at kapacitetsudnyttelsen højnes.

Muligheden for at reducere i det sundhedsfaglige personale som følge af bedre kapacitetsudnyttelse hænger sammen med de øvrige tendenser i sundhedsvæsenet. En del operationer, som før blev udført i indlagt regi, udføres i dag dagkirurgisk regi og med mindre anæstesi end tidligere. Dette gør, at man kan operere flere patienter i dag end tidligere med de samme ressourcer. Derudover er der en generel tendens til, at man forsøger at undgå operationer ved i stedet at tilbyde patienter eksempelvis træning, hvis det har vist sig, at træning har samme eller endda bedre effekt end operation. Derfor er behovet for operationer ikke nødvendigvis stigende på alle områder.

10.6 I katalog for Arbejdsgange, kapacitetsudnyttelse og forenkling forslag 5 handler om at harmonisere antallet af lægesekretærer. Det forekommer ikke seriøst, med så markante forskelle blot at sige, at man i HEM og Aarhus skal bringe sit forbrug ned på det gennemsnitlige niveau. Hvad er årsagen til denne markante forskel? Hvilke arbejdsopgaver løser sekretærerne i HEM og Aarhus, som de ikke gør i Horsens og Randers – for med så markant en forskel, kan det vel ikke handle om blot og bart arbejdstempo? Hvis det kan lade sig gøre med et meget lavt forbrug i Horsens, kan den 'model' så ikke bare overføres til alle hospitaler?

Regionens fem somatiske hospitaler løser forskellige typer af opgaver, som også giver variation i lægesekretærernes opgaver. Hospitalsenhed Midts lægesekretærer løser opgaver for neurorehabiliteringen på Hammel Neurocenter, hvor patienterne har en meget høj liggetid. Sekretæropgaven på dette område kan derfor ikke sidestilles med sekretæropgaven til hospitalets øvrige patienter. Det samme gør sig gældende for lægesekretæropgaven på Aarhus Universitetshospital, hvor en andel af patienterne er højtspecialiserede. Derfor er det vurderet, at det er realistisk for Hospitalsenhed Midt og Aarhus Universitetshospital at nedbringe antallet af lægesekretærer til det gennemsnitlige niveau i Region Midtjylland. Det er ikke realistisk, at lægesekretærniveauet kan nedbringes til det niveau, der er i Hospitalsenheden Horsens, da Hospitalsenheden Horsens ikke løser tilsvarende komplicerede opgaver.

10.7 I katalog for Arbejdsgange, kapacitetsudnyttelse og forenkling forslag 8 fremhæves Horsens. Hvorfor opereres der med samme procentuelle besparelse alle steder – også Horsens Hvorfor er Horsens ikke brugt som udgangspunkt for, hvad det kan forventes de andre vil kunne reducere med? Hvis det var tilfældet i stedet for, hvordan ville regnestykket så se ud?

Den samlede besparelse på området for akut indlagte patienter på 10 mio. kr. baserer sig blandt andet på erfaringer fra Hospitalsenheden Horsens' arbejde med sikkert patientflow,. Hospitalsenheden Horsens er det hospital i regionen, der er længst med arbejdet med sikkert patientflow. Hospitalsenheden Horsens har deltaget i "Patientsikkert sygehus" projektet, som repræsenterer for hospitalerne i Region Midtjylland og har derigennem arbejdet med sikkert patientflow modellen. De øvrige hospitaler har også arbejdet med sikkert patientflow og med andre initiativer, som skal sikre "den rigtige patient i den rigtige seng på det rigtige tidspunkt". Det er derfor vurderet, at alle hospitaler fortsat har et potentiale i at forbedre patientflowet for de akut indlagte patienter og dermed også har et besparelspotentiale på området – også Hospitalsenheden Horsens.

10.8 Vaskeriydelse. Jeg vil gerne have uddybet hvordan indskrænkninger i sortiment og stordrift fordele kan give en besparelse af den skønnede størrelse?

En reduktion i sortimentet vil give færre artikler og mindre lagerbehov, ligesom produktionsprocesser kan optimeres. Det er herudfra vurderingen, at en indskrænkelse af sortimentet, i sammenhæng med stordriftsfordelen, giver en nettobesparelse på driften på 15 mio. kr.

10.9 Er hjemtagelsen fra Linnedservice A/S en betingelse for denne optimering? Har man spurgt Linnedservice A/S om de kan levere en tilsvarende slankning af sortiment og dermed besparelse ved en optimering?

Der er forudsat en hjemtagelse fra Jysk Linnedservice A/S , da forslaget indebærer at samle og optimere hele vaskeriydelsen ved midtVask.

Jævnfør en benchmarking rapport udarbejdet af PWC fra 2011 er midtVask landets billigste vaskeri. Region Midtjylland har tidligere udarbejdet sin egen benchmarking rapport i 2009, hvor konklusionen også var, at midtVask er billigst. MidtVask sikrer således, at hospitalerne i vaskeriets kundekreds har de laveste udgifter i landet til vaskeriydelser.

Samarbejdet med Jysk Linnedservice A/S har endvidere vist, at det er svært at sikre løbende prisreduktioner. I de tilfælde hvor det er lykket, er det sket på initiativ fra Region Midtjylland og i kraft af midtVasks forholdsvis lavere priser.

10.10 Hvordan kommer man frem til driftbesparelser for hospitalerne på 11 mill årligt ved det nye koncept? Hvilke hospitaler sammenligner man med.?

Baggrunden for vurderingen er dels en reduktion i den ventede udgift til indkøb af nye uniformer i det regionale uniformsprojekt og dels lavere driftsudgifter, som følger af færre uniformsdele der skal håndteres i vaskeriet.

10.11 Har man spurgt MidtVask og Linnedservice hvad priserne kunne være hvis disse overtog osse den interne transport af Linned/uniformer på den enkelte hospitalsmatrikel.

Dette gør midtVask allerede, der hvor det ønskes eller kan gøres billigere, end hospitalerne selv gør det. Erfaringerne med samarbejdet med Jysk Linnedservice A/S har gjort at dette ikke har været et problem for deres kunder.

10.12 Hvad koster det MidtVask at ansætte 30 nye medarbejdere?

Det vurderes at koste ca. 11 mio. kr., hvilket er indregnet i besparelspotentialet. I den vurderede besparelse på 15 mio. kr., med halvårsvirkning i 2017 og helårsvirkning i 2018 og

frem, er det indregnet at midtVask skal ansætte flere medarbejdere til håndtering af den øgede efterspørgsel.

10.13 Midtvask har gentagne gange haft polemik med arbejdstilsynet pga det fysiske arbejdsmiljø og pladsmangel. Hvordan vil man fremadrettet løse det med 30 nye medarbejdere på samme matrikel?

- Administrationen er ikke af den opfattelse, at der har været problemer med det fysiske arbejdsmiljø og pladsmangel i MidtVask. Der er ikke erfaret problemer med hverken arbejdstilsynet, det fysiske og psykiske arbejdsmiljø eller pladsmangel. MidtVask har gennem de senere år vundet flere priser i form af effektivitet og godt arbejdsmiljø. Herunder MIA (mangfoldighed i arbejdslivet) prisen, erhvervslivets ridderkors og senest i 2013 blev MidtVask nomineret af arbejdsmiljøråddet til at være én af de tre bedste arbejdspladser i Danmark, hvad angår arbejdsmiljøet.
- Derudover er MidtVask både miljø- og arbejdsmiljøcertificeret med elite smiley, ligesom MidtVask er certificeret i henhold til det rummelige arbejdsmarked.
- Der er også beviseligt et særdeles godt arbejdsmiljø, med meget stor medarbejdertilfredshed og meget lavt sygefravær. Dette er netop i kraft af et godt, sundt og udviklende arbejdsmiljø, både fysisk, mentalt og socialt.

10.14 Vi har to vaskerie enheder i Regionen. Vi ejer den ene og er medejere af den anden. Hvorfor har man kun inddraget den ene part i udarbejdelsen af materialet?

Jf. svaret vedr. hjemtagelsen fra Linnedservice A/S er midtVask den billigste leverandør af vaskerydelsen. Spareforslaget er således beregnet af den part, som i dag er billigst.

10.15 Hvorfor har man valgt ikke at konkurrence optimere ydelserne i netop denne situation?

Regionsrådet kan beslutte, at opgaven skal sendes i udbud i 2016/2017 med henblik på, at vi har en ny leverandør, når kontrakten med Jysk Linnedservice udløber d. 31. juli 2017.

Spørgsmål besvaret den 5. juni

11 Spørgsmål fra Socialistisk Folkeparti

11.1 Patologi: Besparelsen bygger primært på en reduktion i ledelse, og patologien kan dermed placeres hvor som helst; hvad er det for et fagligt miljø man har i Randers, der ikke kan flyttes til enten Vest eller Midt?

På patologisk institut i Randers er der i dag ansat flere patologer (7) end på de øvrige regionshospitalet. Det er relativt nemt for instituttet at rekruttere såvel patologer som yngre læger til de stillinger, som ønskes besat. Dette er i modsætning til institutterne i HE Midt og særligt i HE Vest, hvor det er vanskeligt at rekruttere til de ledige stillinger, som de har – og har haft i gennem længere tid. Instituttet i Randers har således ikke i samme grad, som de øvrige institutter lidt under den mangel på speciallæger, der er inden for specialet – og en af årsagerne hertil er instituttets ry og gode faglige miljø.

Det kan være vanskeligt at flytte personale til andre afdelinger – særligt hvis der er tale om en efterspurgt "mangelvare" som andre gerne vil ansætte. Der er med den mangel på speciallæger, som er inden for specialet, således en risiko for at patologerne vil finde ansættelse andet steds, hvis de alligevel skal skifte arbejdsplads.

11.2 Hvordan tænker man flytningen i forhold til kvadratmeter; kan etableringen i Randers finde sted uden der bygges om/udvides. Viborg mener fx ikke, det kan være der uden ombygning/udbygning.

Regionshospitalet Randers har oplyst, at der på nuværende tidspunkt er fem "ledige" arbejdspladser til patologer og umiddelbart kan indrettes yderligere tre. Ved omplacering af andet personale og ibrugtagning af lokaler uden for det nuværende patologiske institut kan der oprettes yderligere pladser. Det er således vurderingen, at der er plads i Randers.

11.3 Er der andre steder end i Åbenrå, hvor man med succes har arbejdet med telepatologi? Og er der andre områder end undersøgelse af lymfeknuder fra armhulen, hvor det er lykkedes?

Der er flere andre steder, hvor der arbejdes med telemedicinske løsninger – særligt i Nordnorge er det meget udbredt. Der er dog tale om andre løsninger, hvor der tages billeder i digitalt format af vævsprøverne, som så sendes til patologen, hvorefter der holdes videokonference.

Det fjernstyrede mikroskop anvendes i dag mellem Aabenraa og Sønderborg. Tidligere har det været brugt mellem Viborg og Skive, da patologisk institut lå i Skive.

11.4 Efter sigende har man tidligere anvendt telepatologi i Vejle ift. undersøgelser af vævsprøver i Horsens. Men det er man holdt op med igen. Hvad er baggrunden for, at man således har fravalgt denne teknik i Vejle?

Den telepatologi som blev anvendt i Vejle, var – som vi er informeret – et digitaliseringsprojekt ala det ovennævnte fra Nordnorge. Der kører ligeledes et projekt af samme karakter på Odense Universitetshospital med digitalisering af vævsprøver.

Dette er ikke en optimal løsning i forhold til analyser under operation, i det processen tager tid, og det ikke er muligt at se andre områder af vævet, end det der er scannet ind i det digitale billede. Er der således behov for at analysere vævet i områder, som ikke er blevet

indskannet i det digitale billede første omgang, skal der ske en ny indskanning. Modsat det fjernstyrede mikroskop, hvor det er muligt at se hele vævsprøven i første omgang.

11.5 Er live - Remote mikroskoper anvendt i DK med succes – hvis ja hvor? Er der brug for en patolog til at udvælge det vævstykke, der skal sendes afsted eller er det bare noget læger kan?

Som nævnt i Aabenraa-Sønderborg og tidligere mellem Viborg og Skive.

Det er de opererende læger, som udvælger vævsprøverne. I Aabenraa og Viborg har/havde man specialiserede bioanalytikere til at se på vævsprøverne først, for at identificere de "interessante" områder af vævet, og få lagt disse områder i fokus på det fjernstyrede mikroskop. Derved sparer man patologtid, idet mikroskopet er indstillet på det interessante område, og patologen, som styrer mikroskopet, ikke behøver at se hele vævsprøver gennem mikroskopet (hvilket vil tage tid).

11.6 Hvordan opretholdes Sundhedsstyrelsens krav om et multidisciplinært team (samtidig tilstedeværelse af patolog, røntgenlæge, kirurg og onkolog) ved et onkologisk center i Gødstrup, hvis patologien flyttes?

Sundhedsstyrelsen har i deres høringssvar bemærket forslaget om sammenlægningen af patologien, og har ikke på nuværende tidspunkt kritiske bemærkninger. De skriver blandt andet:

"Det anføres at:

"Kliniske procedurer, som udføres i Hospitalsenhed Midt eller Hospitalsenhed Vest, som kræver akut patologisk bistand fra enten patolog eller bioanalytiker skal supporteres med assistance fra det patologiske institut på RH Randers. Dette bør i videst muligt omfang ske ved telemedicinske løsninger".

Sundhedsstyrelsen vurderer, at der i forslaget ligger en tilkendegivelse af hensigten om at indfri specialevejledningen i Patologisk anatomi og cytologis påpegning af at, sygehuse med en væsentlig behandlingsaktivitet specielt på kræftområdet bør have en patologifunktion for at sikre muligheden for akutte funktioner som hastemikroskopi og peroperativ mikroskopi (frysemikroskopi)."

Som det fremgår, stiller SST ikke krav om, at der skal være et patologisk institut placeret på matriklen. Dette er heller ikke et krav i hverken den nye eller den gamle specialevejledning for klinisk onkologi.

Kravene fra SST handler om at kunne varetage prøver akut, og indgå i udredning jf. pakkeforløbsbeskrivelserne – ikke fysisk tilstedeværelse af patolog. Der er i forslaget mulighed for at varetage de akutte prøver og indgå i udredningskonferencer.

Der er dog en forventning om, at forslaget – og herunder dækningen af HE Vest – beskrives yderligere i fremtidige planer.

11.7 I forhold til besparelserne på de biokemiske afdelinger vil jeg gerne vide, hvordan samarbejdet på tværs i regionen tænkes udført.

Samarbejdet vil være forankret i det nye driftsråd. Driftsrådet vil skulle vurdere de emner, hvor der kan rationaliseres ved en øget samordning af driften og en bedre udnyttelse af de

lægefaglige ressourcer på tværs af matrikler. Driftsrådet vil formentligt også drøfte hvordan man bedst arbejder med nye udviklingsmuligheder inden for specialet. Det er afdelingsledelserne i det nye driftsråd, der har det helt detaljerede kendskab til driften på afdelingerne, og de har derfor de bedste forudsætninger for at udpege, hvorledes driften kan rationaliseres og udvikles på tværs af matrikler. I driftsrådet vil også kunne forankres drøftelser på tværs af laboratoriespecialerne. Der er således drøftelser i gang om at tilknytte afdelingsledelserne fra kl. immunologi og kl. mikrobiologi til driftsrådet.

11.8 Jeg ved der skal etableres driftsråd, som får til opgave at finde strukturer, men hvordan defineres akutte og ikke akutte prøver? Er prøver som tages på hæmatologiske ptt fx akutte?

Det er ikke som sådan patientens speciale, f.eks. hæmatologi, der definerer, om en given prøve er akut eller ikke, idet der dog er flere akutte patienter i nogle specialer end i andre. Det er den enkelte patients konkrete behandlingssituation, der bestemmer, om en prøve er akut eller ikke akut. Bestemte prøver vil typisk være akutte, mens nogen både kan være det ene og det andet.

Hvorvidt prøven er akut bestemmes altså af, om patientens prognose i fht overlevelse/fremtidigt helbred er afhængigt af et hurtigt svar.

11.9 Hvordan defineres ikke patient nært i relation til biokemi?

At noget ikke er patientnært betyder, at arbejdet kan udføres uden at patienten er til stede. Konkret vil det være i form af, at der tages en prøve hos patienten, og prøven sendes videre til en læge eller bioanalytiker, der analyserer den uden at patienten er til stede.

11.10 Hvad gør man, hvis man får et akut barn en akut patient indlagt, og man ikke har blod i blodbanken? Hvordan er scenariet/arbejdsgangen helt konkret for at skaffe blodet til Gødstrup? Med andre ord hvis patienten kommer ind og man finder ud af blodet ikke er i banken, hvad gør man så?

Indledningsvist skal det bemærkes, at spareforslaget ikke indebærer mindre sortiment af blod på hospitalsmatrikler uden for Aarhus Universitetshospital end der er i dag.

Når en patient kommer ind, sker der en vurdering af den enkelte patients behandlingsbehov, herunder hvor akut behovet vil være for at få blod. Der er et fintmasket net af patienttransporter mellem regionens hospitalsmatrikler, som kan håndtere langt størstedelen af blodtransporterne. Såfremt dette i enkeltstående tilfælde ikke bringer blodet frem tilstrækkeligt hurtigt, bliver det bragt frem ved specialtransport, f.eks. ved taxa. Hvis der er behov herfor, kan blodet bringes frem med ambulance med udrykning. Der er her tale om helt exceptionelle nødstilfælde. Problemet vil således kun opstå, hvis der kommer nogen ind, hvor der kræves en helt speciel blodtype.

11.11 Hvor kan jeg læse om reglerne for, hvornår et kvalitetsfondsbyggeri kan fratages/tilføres kvadratmeter/penge??

Staten finansierer godt 60 % af anlægsudgifterne til kvalitetsfondsprojekterne, mens regionen finansierer 25 % af eget anlægsbudget og det resterende beløb finansieres af salgsindtægter fra hospitalsmatrikler, der ikke længere skal anvendes, eller via lån.

Anlægsrammen fremgår af statens tilsagnsskrivelse for det enkelte kvalitetsfondsprojekt. Det er statens forudsætning, at anlægsrammen inkl. regionens andel ikke må overskrides. Inden for anlægsrammen skal regionen etablere et fuldt funktionsdygtigt sygehus.

Der er ikke noget krav til kvalitetsfondsprojekterne i forhold til antallet af kvadratmetre. Det er op til regionerne at tilpasse projektet til de lokale forhold og hermed fastlægge de løsninger, der er hensigtsmæssige lokalt.

11.12 Vedr. flytning af medicinske senge fra Silkeborg til Viborg

Hvis forslaget om flytning af 38 senge fra Silkeborg,

- **hvor er der så plads til dem i Viborg,**
- **hvilke andre flytninger vil det udløse i Viborg for at skaffe pladsen**
- **og vil det koste etableringsomkostninger**

Sengepladserne kan placeres midlertidigt i et nyt akutafsnit i Akutafdelingen, som fysisk kan placeres på 7. etage i højhuset/sengebygningen, indtil Akutcenteret står klar i 2017. Der er ikke mulighed for tilstrækkelig udvidelse af de nuværende to afsnit i Akutafdelingen, som er placeret på 2. og 4. etage. Dele af 7. etage kan midlertidigt frigøres, da Kvindesygdomme og Fødsler i foråret 2015 har flyttet en del af deres kapacitet til Patienthotellet. Efter ombygning af sengebygningen skal 7. etage anvendes til anden hospitalsaktivitet. Der vil være en beskedent tillægsbevilling, da det i forvejen er sengeafsnit.

11.13 Hvilken påvirkning vil det få for Diagnostisk Center i Silkeborg hvis man mister 38 sengepladser

Hvilken påvirkning vil det få på det hensigtsmæssige patientforløb som vi har bedt Silkeborg arbejde med, og som skal ske i samarbejdet mellem hospitalet, den praktiserende læge og kommunen

Konsekvenserne for Regionshospitalet Silkeborg af at lukke sengepladser må ses i sammenhæng med forslaget om at etablere et samlet Diagnostisk Center i HE Midt.

I et fælles Diagnostisk Center vil der fortsat kunne skabes fleksible patientforløb mellem de to matrikler og ledelsen af det samlede diagnostiske center vil via et tæt samarbejde med Akutafdelingen fortsat have berøring med akutte patientforløb i RH Viborg og dermed have en føling med og indsigt i, hvilke patientforløb, der med fordel kan omlægges til ambulante eller subakutte forløb. Nedlæggelse af sengepladser behøver derfor ikke at blive en begrænsning for den hidtidige stærke udviklingsaktivitet, som netop er Diagnostisk Centers varemærke.

Det skal bemærkes, at der ifølge spareforslaget forbliver "et antal medicinske sengepladser i Silkeborg, som dels kan benyttes til planlagte patientforløb og dels kan benyttes til indlæggelsesforløb for Silkeborg-borgere, der er afklaret og har fået lagt behandlingsplan"

Der vil derfor fortsat være mulighed for at udbygge samarbejdet mellem HE Midt, Silkeborg, Viborg og Skive Kommune og de praktiserende læger.

11.14 Hvad skal der ske med de forsøg der er igangsat i Silkeborg f.eks. samarbejdet med Silkeborg kommune, hjerteområdet m.m. hvis 38 senge nedlægges.

Eller de såkaldte "fleksible" indlæggelser, hvor kronikerne der bliver syge kan ringe direkte til afdelingen døgnet rundt, evt. få en "mini"-indlæggelse

Projekter i samarbejde med Silkeborg Kommune, vil fortsat være en del af det der vil blive arbejdet med i Diagnostisk Center i Silkeborg. Fx vil projektet vedr. fleksible indlæggelser i Silkeborg, der bygger på en nærhed og et dybdegående kendskab til

patienterne i projektet, fortsætte i tæt samarbejde med Diagnostisk Center og Akutafdelingen i He Midt.

11.15 Og hvordan vil fjernelse af visiterede akutte patienter påvirke arbejdet i den Universitetsklinik der er oprettet.

Med udgangspunkt i ét Diagnostisk Center, vil status af Universitetsklinik forblive uændret, idet ét Diagnostisk Center i tæt samarbejde med Akutafdelingen har adgang til en større patientgruppe, som Universitetsklinikken kan lave nye innovative tiltag på.

11.16 Er det ikke korrekt at modtagelse af visiterede akutte patienter er godkendt af Sundhedsstyrelsen, at ordningen har fungeret fuldt tilfredsstillende. Og følger Sundhedsstyrelsen området?

Akutplanen, hvori indgår ordningen om modtagelse af visiterede akutte medicinske patienter i RH Silkeborg, blev sendt i høring hos Sundhedsstyrelsen før godkendelse i Regionsrådet og den 18. juni 2017 afgav Sundhedsstyrelsen svar.

Sundhedsstyrelsen fastholder i deres svar, at akutte patienter bør modtages på hospitaler med fælles akutmodtagelse (som i Region Midtjylland benævnes akutafdelinger). Dog udtrykker Sundhedsstyrelsen forståelse for, at der modtages visiterede akutte medicinske patienter i RH Silkeborg og RH Holstebro af kapacitetsmæssige årsager. Sundhedsstyrelsen henholder sig til, at der er tale om visiterede patienter, hvilket betyder, at indlæggelser i bl.a. RH Silkeborg skal ske ud fra klare visitationsretningslinjer og efter forudgående telefonisk aftale med Hospitalsvisitationen.

11.17 Vedr. psykiatrien i Vest - Forslaget om oprettelse af de såkaldte hotelsenge ønskes nærmere beskrevet, mht. placering, bemanning og samspillet med den øvrige psykiatri/kommunerne

I besparelsesforslag under temagruppe 4 – psykiatri foreslås oprettet i alt 29 hotelsenge. Heraf 12 i Regionspsykiatrien Vest.

Placering af hotelsenge	Antal senge
AUH Risskov - omlægning af sengeafsnit til hotelsenge (forslag 2.2)	17
Regionspsykiatrien Vest -Holstebro - omlægning til hotelsenge (forslag 2.3)	12

* Desuden bibeholdes Psykiatriens Hus med 6 regionale hotelsenge (akutdøgn)

Oprettelsen af hotelsenge vil tage udgangspunkt i erfaringerne fra Psykiatriens Hus i Silkeborg.

Akut døgntilbud er et samarbejde mellem Silkeborg Kommune og Region Midtjylland, hvor borgere med psykisk sygdom har mulighed for at få ophold og overnatning i en kortere og afgrænset periode ved behov for psykisk stabilisering.

Den regionale del af Akut Døgntilbud er behandlingspsykiatri og indeholder:

- Specialiseret omsorg og hjælp til struktur
- Opfølgning på medicin og medicinændringer
- Risikovurderinger
- Pårørendesamtaler
- Ophold med henblik på ro og stabilisering
- Støttesamtaler i forhold til den aktuelle livssituation

- Opfølgning efter ophold med hjemmebehandling - hvis behov.

Patienterne skal kunne tage vare på sig selv og medbringe egen medicin

Akut Døgn er bemanded hele døgnet med hjemmebehandlere fra det døgndækkende hjemmebeholderteam. På hverdage fra kl. 8-16 er der læger til stede i teamet. Døgndækkende hjemmebehandling er et akut, intensivt ambulante behandlingstilbud og kan – evt. sammen med Akut Døgn - være et alternativ til indlæggelse i et psykiatrisk sengeafsnit.

Patienterne kan visiteres til Akut Døgn via de ambulante psykiatriske tilbud, via psykiatrisk sengeafsnit eller fra hjemmebeholderteamet.

Den regionale del af Akut Døgn er placeret sammen med en kommunal del af Akut Døgn. Hver del med 6 pladser. De regionale og kommunale medarbejdere samarbejder tæt omkring patienterne/borgeren i Akut Døgn.

For hotelsengene vil gælde at:

- de er altid koblet med intensivt ambulante behandlingstilbud.
- de passes af det ambulante team i dagstiden
- der i aften- og nattetimerne vil være to medarbejdere på vagt.

Karakteren af det nærmere samarbejde med berørte kommuner omkring hotelsenge vil blive drøftet med disse kommuner i forbindelse med implementeringen af besparelsesforslag.

11.18 Vedr. psykiatrien i Vest - Er der planlagt efteruddannelse for at løse den nye opgave

Behovet for efteruddannelse vil blive vurderet i forbindelse med implementeringen af besparelsesforslag.

11.19 Vedr. psykiatrien i Vest - Er der afsat økonomi til opstart af arbejdet med de såkaldte hotelsenge, og hvor meget er der så tale om.

I besparelsesforslag 2.3 omkring omlægning i Regionspsykiatrien Vest er der afsat 14,5 mio. kr. til styrkelse af de ambulante tilbud og styrkelse af samarbejdet med kommunerne, samt 5,0 mio. kr. til oprettelse af 12 hotelpladser.

De afsatte budgetmidler til styrkelse af den ambulante indsats er afhængig af, at den forventede besparelse ved nedlæggelse af senge og akutfunktion i Holstebro kan realiseres.

Evt. udgifter i forbindelse med en opstartsfasen skal finansieres indenfor den ramme, der er afsat til styrkelse af de ambulante tilbud samt styrkelse af samarbejdet med kommunerne samt til oprettelse af hotelpladser.

11.20 Sparekataloget har mange elementer, men ikke desto mindre vil jeg gerne bede om en oversigt, den foreligger nok, men jeg kan blot ikke finde den. Oversigten skal vise hvilke opgaver er tilført eller fjernet fra Regionshospital Silkeborg siden Omstillingsplanen i 2011

- opgjort efter område/opgaver
- opgjort med kronebeløb
- opgjort hvortil opgaver er flyttet

I forbindelse med Omstillingsplanen besluttede Regionsrådet, at større funktionsændringer mellem de to hospitalsmatrikler Silkeborg og Viborg skal godkendes politisk.

Nedenfor gennemgås de væsentligste ændringer, der er foretaget siden Omstillingsplanen og som vedrører Regionshospital Silkeborg.

Livstilscenteret

I forbindelse med Omstillingsplanen blev det vedtaget, at Livstilscenteret skulle flyttes fra Regionshospital Brædstrup til Silkeborg. Det viste sig imidlertid vanskeligt at skabe den nødvendige plads på Regionshospital Silkeborg til at varetage funktionen og Regionsrådet besluttede derfor på mødet den 30. maj 2012, pkt. 10, at funktionen permanent tilknyttes Regionshospitalet Horsens. Budgettet på 4,186 mio. kr. blev herefter flyttet fra Hospitalsenhed Midt til Hospitalsenheden Horsens.

Akutklinikken

Pr. 1. maj 2012 overgik Akutklinikken på Regionshospital Silkeborg fra Center for Planlagt Kirurgi til Ortopædkirurgisk afdeling. Ledelsesmæssigt blev de to akutklinikker i henholdsvis Skive og Silkeborg og skadestuen i Viborg herved samlet under én ledelse.

Med etableringen af Akutafdelingen den 1. januar 2014 overgik Akutklinikken i Silkeborg sammen med de øvrige akutfunktioner i Ortopædkirurgisk afdeling til Akutafdelingen.

I budgetforliget for 2015 godkendte de politiske partier, at den lægefaglige dækning i Akutklinikken blev ændret således, at den lægefaglige back-up i lægevagtsens åbningstid bliver varetaget af lægevagten.

Palliativ Team

Hospitalsenhed Midt har to palliative teams, et i Skive/Viborg og et i Silkeborg. Pr. 1. januar 2015 blev de to teams ledelsesmæssigt samlet under Diagnostisk Center på Regionshospitalet Silkeborg.

Køkkenområdet

I 2013 overgik køkkenområdet på Regionshospital Silkeborg til Serviceafdelingen, det nuværende Servicecenter. Dette var opstarten på en proces med henblik på at udvikle et ensartet kost-koncept på tværs af hospitalsenhedens matrikler, en proces, der endnu ikke er afsluttet.

Tiltag i 2013

Internt på Hospitalsenhed Midt blev der i budgettet for 2013 prioriteret midler til etablering af en "Tidlig artrit klinik" på Regionshospital Silkeborg: 3,845 mio. kr.

Kræftplan III

I forbindelse med kræftplan III blev der i 2013 bevilget 3,218 mio. kr. til diagnosticering af "okkult cancer" på Regionshospital Silkeborg.

Meraktivitetsprojekter

En ikke uvæsentlig andel af aktiviteten ved Regionshospital Silkeborg er finansieret af regionale meraktivitetsprojekter. Der finder årlige forhandlinger sted mellem

Sundhedsplanlægning og hospitalet vedrørende de enkelte projekter. Neden for vises en liste over de enkelte projekter.

Reumatologi

2011: Meraktivitetsprojekt – udbetaling 5,9 mio.kr.

2012-2015: Meraktivitetsprojekt, herunder også medicinske rygge- udbetaling 14,4 mio. kr.

MR scanninger

2011: Meraktivitetsprojekt 0,207 mio. kr.

2012: Meraktivitetsprojekt 1,234 mio. kr.

2013: Meraktivitetsprojekt 2,078 mio. kr.

2014: Meraktivitetsprojekt 4,593 mio. kr.

Kardiologisk bagstopperfunktion

2014: 2,687 mio. kr.

2015: 2,687 mio. kr.

Ortopædkirurgiske meraktivitetsprojekter (+ 12,443 mio. kr.)

Meraktivitetsprojekter inden for hofte/knæ, ryg og skulder.

2014: 14,459 mio. kr.

2015: 12,443 mio. kr.

Den økonomiske ramme for projekterne i 2015 er knap 2 mio. lavere end den oprindelige ramme i 2014. Hospitalsenhed Midt er i en dialog med Sundhedsplanlægning om fastholdelse af den samlede økonomiske ramme fra 2014.

Budgetforlig 2014

I forbindelse med budgetforliget for 2014 besluttede de politiske partier at bevilge midler til følgende projekter på Regionshospitalet Silkeborg:

Medicinske rygge- permanentgjort i budgetforlig 2015: 4,0 mio. kr.

Styrkelse af kapaciteten på det medicinske område: 0,546 mio.kr.

Aktivitetsspulje 2015

Internt på Hospitalsenhed Midt har hospitalet anvendt realvæksten i budget 2015 på 0,4 pct. til at sikre en målrettet øgning af aktiviteten.

Neden for er gengivet de projekter, der for henholdsvis Diagnostisk Center og for Center for Planlagt Kirurgi er blevet prioriteret.

Til Diagnostisk Center er der bevilget følgende:

Geriatrici	2,75 mio.kr.
Endoskopier	2,153 mio.kr.
INR klinik	0,488 mio.kr.
Reumatologisk urica amb.	0,775 mio.kr.

Til Center for Planlagt Kirurgi er der bevilget følgende:

Rygpatienter	2,831 mio. kr.
Skulderpatienter, forundersøgelser ved fysioterapeut	0,558 mio. kr.

Ildrætsmedicin, forundersøgelser ved fysioterapeut 0,499 mio. kr.

Smerteklinik

I budgetforliget for 2015 besluttede de politiske partier, at der skal etableres et smertetilbud på Regionshospitalet Silkeborg. Medio oktober i år ventes Smerteklinikken at se de første patienter.

Der er tale om et tværfagligt behandlingstilbud til kronisk non-maligne smerter primært relateret til bevægeapparatet.

Det årlige budget er på 5,356 mio. kr. Budgettet er fastsat ud fra den forventede aktivitet, men kan øges såfremt aktiviteten øges.

P-huset

Den 1. april i år har Hospitalsenhed Midt taget et nyt P-hus i brug på Regionshospitalet i Silkeborg. Der er tale om et OPP-projekt med et anlægsbudget på 45 mio. kr.

Nyt Intensivt afsnit

Regionshospitalet Silkeborg tager den 1. juni 2015 et nyt intensiv afsnit i brug. Afsnittet rummer 3 ordinære sengepladser og 5 NISA-pladser. Afsnittet rummer mulighed for udvidelse med 2 ekstra NISA-pladser.

Afsnittet er ombygget for 12,3 mio. kr.

12 Spørgsmål fra Det Konservative Folkeparti

12.1 Lægedækning – hvilke konsekvenser har ændringerne for lægedækningen på de enkelte matrikler og faglige specialer – bliver dækningen så tynd nogle steder, at det fremover kan blive svært at opretholde?

En af præmisserne bag den samlede spareplan har været at skabe mere robust enheder. Der er derfor ikke forslag, der udtynder lægebemandingen i et omfang, så enhederne risikerer ikke at kunne opretholdes.

Det kan ikke afvises, at nogle af forslagene i en overgangsperiode kan medføre en lavere bemanding, hvis der er læger, der ikke ønsker at flytte arbejdsplads i fbm at et speciale eller en funktion flyttes. Det forventes dog, at dette bliver afgrænset og kun i en overgangsperiode.

12.2 Spareforslag 2.4 Er det muligt, at opstramme kriterierne for tildeling af fedmekirurgi? hvad er det samlede forbrug?

De gældende visitationskriterier for fedmekirurgi er nationale og trådte i kraft per 1. januar 2011. Disse kriterier er udarbejdet af en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen og er en skærpelse i forhold til tidligere retningslinjer for visitation og henvisning til offentlig finansieret fedmekirurgi. Herudover skal det nævnes, at der er frit sygehusvalg på området.

Det kan tilføjes, at antallet af fedmeoperationer er faldet markant efter indførelsen af de gældende visitationskriterier. Herudover kan det nævnes, at det forud for eventuel henvisning til et individuelt medicinsk behandlingsprogram forudsættes, at patienten over et længere forløb har forsøgt seriøs superviseret konventionel væggtabsbehandling, som er dokumenteret i patientens journal. Herunder skal det indgå om andre muligheder er udtømte, evt. henvisning til kommunale tilbud/praksisdiætistordningen mv.

Ifht. spørgsmålet omkring det samlede forbrug, skal det nævnes, at fedmekirurgi på både Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenhed Midt er finansieret via puljen for særlige aktivitetsprojekter, hvori der er inkluderet udgift til operationer og efterfølgende kontrolforløb.

- Hospitalsenhed Midt: Det faktiske forbrug har i 2014 været 2,0 mio. kr. svarende til 57 operationer).
- Aarhus Universitetshospital: Det faktiske forbrug i 2014 har været 3,5 mio. kr. svarende til 91 operationer på regionsfunktionsniveau og 14 operationer på højt specialiseret niveau).
- Region Midtjylland har i 2014 ikke haft udgifter til fedmekirurgi på privathospitaler.

12.3 Spareforslag 2.10 Rygoperationer - Er det gennemsnittet (1.57) vi går efter i beregningerne? i givet fald, kunne man så vælge en best practise tilgang, og derfor sætte målet lavere?

Spareforslaget har som bekendt til hensigt at reducere operationsfrekvensen på rygområdet blandt andet ved i højere grad at kunne give regionens patienter behandlingstilbud, som er alternativer til operation. I spareforslaget er der dog ikke specifikt fastsat hvilken gennemsnitligt operationsfrekvens for rygpatienter, der skal nås.

En del af baggrunden for at der i spareforslaget ikke er anvendt en best practice tilgang er, at det er blevet vurderet, at det tilgængelige datagrundlag ikke er velegnet til dette. Opgørelsen fra Region Syddanmark, der sammenligner regionernes gennemsnitlige operationsfrekvens, dækker således rygoperationer betalt af bopælsregion på både offentlige og private hospitaler, men ikke operationer gennemført på f.eks. sundhedsforsikringer. Da antallet af operationer gennemført på sundhedsforsikringer vurderes at fordele sig geografisk skævt – med en noget større andel i den østlige del af landet end i Region Midtjylland – vurderes det, at eksempelvis den gennemsnitlige operationsfrekvens i Region Hovedstaden på 1,28 operation pr. 1.000 indbyggere alt andet lige ikke vil være et retvisende og realistisk måltal.

12.4 Spareforslag 2.11 Kan målet for hjemmedialyseandelen hæves til 45% jf. Sundhedsstyrelsens rapport - er rapporten stadig aktuel - det forekommer at være et område, hvor teknologien kan have ændret sig siden 2006.

HE Midt er det hospital i regionen som har den største andel patienter i hjemmedialyse, hvor 40 % er i hjemmedialyse. Vi har vurderet at 40 % er det niveau som det i øjeblikket er muligt for regionens hospitaler at realisere. Det kan ikke afvises, at det på et senere tidspunkt kan hæves til 45 %. Der er ikke blevet lavet en nyere MTV-rapport (**M**edicinsk **T**eknologi **V**urdering) end rapporten "*Dialyse ved kronisk nyresvigt – kan antallet af patienter i udgående dialyse øges?*" fra 2006, som der henvises til i forslaget.

12.5 Spareforslag 2.14 Kardiologi - Hvordan er mulighederne for, at lægge noget af det i Vest i stedet for de nævnte geografiske placeringer?

Den endelige fordeling af den kardiologiske aktivitet som lægges ud fra AUH er endnu ikke fastlagt. Som udgangspunkt er der valgt, at flytte aktiviteten til HE Midt, HE Horsens og RH Randers. Hvor hovedvægten kommer til HE Midt. Dette fordi det vurderes, at HE Midt har de bedste muligheder for at øge aktiviteten. Når aktiviteten skal fordeles vil HE Vest også blive inddraget. I så fald, vil der skulle ske en omfordeling af de tildelte midler. I spareforslaget er det også beskrevet, at der holdes øje med aktiviteten på HE Vest for at se om den ændrer sig, således at der bliver behov for justeringer.

12.6 Spareforslag 2.15 Flytning fra AUH - hvor flyttes funktionerne hen?

Det er endnu ikke endelig aftalt, præcis hvor de enkelte funktioner flyttes hen, såfremt forslaget godkendes. For visse funktioner er der reelt kun én mulighed. Et eksempel herpå er varicebehandling, hvor det eneste alternativ til AUH i Region Midtjylland vil være HE Midt. For

andre funktioner, er der flere muligheder. Der er igangsat en proces, hvor fordelingen af aktiviteten drøftes med hospitalerne. Dette er med henblik på, at den konkrete fordeling er på plads frem mod regionsrådets 1. behandling af budget 2016.

12.7 Spareforslag 5.5 Røntgen - hvad er bemanningen i det nye setup, og er der nok til f.eks. en krisesituation?

Udgangspunktet er, at beskriverenheden vil være bemannet med én radiolog, som beskriver alle scanningerne fra regionshospitalerne i tidsrummet fra 22.00 til 8.00. Der er bagvagt (backup) fra AUH, hvis der opstår spidsbelastninger, hvilket også er årsagen til at enheden placeres på AUH.

Hvis der samtidig opstår mange ulykker, så der kommer et helt ekstraordinært pres på røntgenbeskriverenheden, vil regionen, hvis forslaget vedtages, være mere sårbar i vagten. I det omfang det er muligt, skal vagten på Røntgen og Skanning ved Aarhus Universitetshospital også her bidrage til at løse de akutte problemer, men der kan opstå længere ventetid på at få beskrevet billeder, end der ellers ville have været.

12.8 Spareforslag 6.6 Intergen - Vil det være muligt med en målrettet indsats, at forøge mængden af genbrug af medicoteknisk udstyr - det bedes desuden klargøres, hvad det samlede potentiale for genbrug af instrumentudstyr er.

SAMT

Kan vi i endnu højere grad genanvende medicinsk udstyr? (forstået i endnu højere grad end det indgår i spareplanen i fbm Intergen)

Afskrivningsperioden for medicoteknisk udstyr ligger mellem 5 og 10 år og generelt er der en forholdsvis høj gennemsnitsalder på udstyret. Set i forhold til afskrivningsperioden og den høje gennemsnitsalder, er det ikke vurderet muligt at kunne højne genanvendelsesprocenten yderligere. Såfremt der viser sig et potentiale for at øge genanvendelsesprocenten, skal dette udnyttes.

Vedr. genbrug af instrumenter vurderes potentialet at være begrænset, da det hovedsagligt forventes at dreje sig om instrumenter, der bliver tilovers som følge af, at en type behandling stopper.

Det er svært at lave en decideret opgørelse af forbruget på instrumenter, da det indgår i en meget stor gruppe under læge- og sygeplejefaglige artikler, der består både af instrumenter og engangsartikler.

12.9 Spareforslag 6.8 Facility Management - er kantinedrift nogle steder i udbud? Derudover ønskes en sammenligning af økonomien for kantinerne i regionalt regi

Der er ikke kantinedrift i udbud i hverken regionshusene eller på hospitalerne. I nedenstående skema er der lavet en opgørelse over indtægter og udgifter i kantinerne. Det er i de fleste hospitalskøkkener dog ikke muligt at adskille udgifter til produktion af hhv. patient- og kantinemad.

Kantine / Matrikel	Indtægter (kr.)	Udgifter (kr.)	Overskud (+) Underskud (-)	Bemærkning
Regionshusene i Viborg og Århus	10.469.000	10.944.000	-475.000	Der var i 2014 ekstraordinære udgifter til nyt kølerum og maskiner, hvorfor der ikke var balance

Regionshospitalet Randers	4.610.473	4.511.875	98.598	Der gøres opmærksom på, at køkkenet arbejder med meget lave priser på hhv. kantinemad og mødeforplejning. På trods af dette, har der i 2014 ikke været underskud.
Aarhus Universitetshospital	8.500.000	9.400.000	-900.000	Køkkenet på Nørrebrogade leverer mad til de 4 kantiner, fordelt på hhv. Tage Hansens Gade, Nørrebrogade og Skejby. Produktion af kantine-, samt møde- og gæstemad er blandet sammen med produktionen af patientmad. Kantinedriften på Skejby blev hjemtaget for godt halvandet år siden. Som følger af at kunde- og fordelingstal ikke var tilgængelige, valgte man at prisfastsætte lavt. Dette har vist sig at være for lavt og i kombination med skævheder i personaledriften, har det givet et underskud på driften, som der nu rettes op på via prisstigninger og ændringer i driften.
Hospitalsenheden Horsens	2.756.839	2.756.839	0	Kantinedriften kan ikke umiddelbart adskilles fra produktionen af patientmad mv. Tallene er således det bedste bud. Ud fra en helhedsvurdering er der balance i kantinen.
Hospitalsenheden Vest	2.429.000	-	-	Det er ikke muligt at adskille køkkenet og kantine, idet budgettet er samlet og forbruget ikke entydigt kan opdeles på hhv. køkken- og kantinedrift
Hospitalsenhed Midt	5.392.000	-	-	Udgifterne knyttet til kantinedriften er en del af udgifterne knyttet til hele køkkenområdet. Det er således ikke muligt at udskille udgifterne til kantinedrift.
Psykatrien, Risskov	1.080.090	-	0	Kantinedriften kan ikke adskilles fra produktionen af patientmad mv. Det vurderes dog at kantinen i Risskov er i balance.

12.10 Spareforslag 6.19 MTIC innovation - findes der materiale om de opnåede resultater ind til nu?

Der er udarbejdet løbende evalueringer ift. MTIC Innovation. Der er pr. 1. september 2014 udarbejdet en resultatkontrakt mellem Region Midtjylland og fonden MedTech Innovation Center vedr. MTIC. Der er derudover også udarbejdet en samlet evaluering pr. juni 2013, som dokumenterer betydelige resultater.

Hovedkonklusionen i resultatkontrakten er, at der er opnået gode resultater samt tilfredshed fra de involverede parter med ydelserne og samarbejdet med MTIC.

Resultatkontrakten pr. 1. september 2014 kan findes på følgende link:

<http://www.rm.dk/siteassets/vaekstforum/status/september2014/velfaerdsinnovation/hospitaler.pdf>

Den samlede evaluering pr. juni 2013 kan findes på følgende link:

<http://www.rm.dk/siteassets/regional-udvikling/velfaerdsinnovation/evaluering-af-mtic---juni-20131.pdf>

12.11 Spareforslag 7.1 Medicinhåndtering - vi ønsker et oplæg om, hvordan vi fremover reducerer medicinspil både i primær og sekundærsektoren.

- Derudover ønsker vi et forslag til proces for at udjævne sygehusforbruget i de enkelte kommuner

SAMT

Spørgsmål vedr. udlevering af medicin (mængder)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har udarbejdet rapporten "Medicinspild i Danmark." Rapporten kan tilgås via linket her: Rapport om medicinspild i Danmark – Maj 2009.

I rapporten "Medicinspild i Danmark" fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse fra Maj 2009 opgøres den samlede mængde medicinaffald til 8.255 tons i 2006. Der er dog knyttet en betydelig usikkerhed til denne opgørelse, især fordi opgørelsen inkluderer emballage. Der foreligger ikke skøn over fordelingen mellem egentligt medicinaffald og emballage.

Af den samlede affaldsmængde kommer ca. 7.683 tons (93 %) fra industrien. Det resterende medicinaffald fordelte sig med 304 tons fra husholdningerne og 268 tons fra institutioner, dvs. sygehuse, lægeklinikker mv. Den reelle fordeling er dog anderledes, da medicinaffald, afleveret fra apoteker, henregnes under institutioner, mens det først og fremmest er husholdningerne, der afleverer medicinaffald på apoteket. Der foreligger ikke noget grundlag for at korrigere tallene herfor. En anden grund til, at affaldsmængden fra husholdningerne er undervurderet er, at medicinaffald der bortskaffes sammen med det almindelige husholdningsaffald, ikke registreres.

Rapporten identificerer følgende kategorier af årsager til medicinspild:

- **Dosisdispenseringsordningen** kan medvirke til medicinspild for patienter, der ikke er i stabile medicineringsforløb.
- **Compliance-situationer**, hvor patienten imod lægens anvisninger indstiller en behandling – pga. manglende oplevet effekt, uforudsete bivirkninger eller lignende – fører til kassation af medicin og et dermed forbundet medicinspild.
- Der er påpeget en række situationer, hvor **lægens ordination** af lægemidler kan forårsage medicinspild. Et eksempel er udskrivning af for store medicinmængder, f.eks. til terminale patienter.
- **Sektorovergange** er situationer, hvor ændringer i patientens medicinering ofte sker, men hvor kommunikationen mellem f.eks. sygehus og praktiserende læge ikke altid fungerer tilfredsstillende. Dette vil kunne give anledning til medicinspild i forbindelse med dobbeltordinationer, unødvendige medicinskift mv.
- **Pakningsstørrelser, prissystemet, substitution af lægemidler samt navngivning af lægemidler** er endvidere identificeret som mulige årsager til, at udleveret medicin ikke indtages af patienten, men i stedet kasseres og dermed udgør et medicinspild. Som eksempler kan nævnes for store pakninger i forhold til behandling og udlevering af substitueret medicin, som patienten ikke er tryk ved.
- Endelig er der i **sekundærsektoren** påpeget en række konkrete situationer, hvor fejl på sygehuset fører til medicinspild.

Der er reelt ikke ret meget viden om mængden af medicinspild i Danmark. Apotekerne registrerer ikke rutinemæssigt mængden af den medicin, der returneres fra borgerne til apoteket.

Følgende beskrives hvordan Region Midtjylland arbejder med minimere spild af medicin.

Hospitalsapoteket har igennem mange år systematisk arbejdet for at begrænse medicinspild på hospitalerne. Det er sket ved at indføre og efterleve rekommandationsliste og standardsortimenter, hvor det valgte sortiment af lægemidler indsnævres og ensrettes svarende til hospitalernes og den enkelte afdelings behov. Det er fortsat et centralt indsatsområde, som hospitalsapoteket har fokus på.

Brug af medicin, der ikke indgår i rekommandation/standardsortiment, medfører erfaringsmæssigt en øget risiko for senere kassation af en eventuel rest, når den patient, der benytter denne medicin, forlader hospitalet. Det forsøger apotekets medarbejdere at afværge i

forbindelse med medicinservice eller medicingennemgang ved om muligt at sikre omordination til et rekommanderet præparat.

Hvor det ikke er muligt ved omordination at undgå brug af et ikke-standard præparat, som patienten benytter hjemme, kan patientens egen medicin bruges under indlæggelsen. Alternativt kan apoteket sikre, at indkøbte "ikke-standard-præparater" efter endt brug på den indkøbende afdeling flyttes til anden afdeling, hvis der her senere måtte opstå et behov. Det øger chancen for, at pakningen bliver brugt op.

For yderligere at mindske spild foreslås forsøg med systematisk brug af patientens egen medicin under indlæggelsen. Dette suppleres ved behov med medicin fra sygehusets sortiment under indlæggelsen.

Der foreslås desuden optimering af udleverings- og forsendelsesstruktur for vederlagsfri medicin til særlige patientgrupper i apoteket. Som et element i dette skal udleveringsvolumen og -interval nøje vurderes for at mindske risiko for spild af denne medicin, som rummer mange kostbare præparater.

Ovenfor nævnte arbejde er relevant i forhold til alle kommuner i regionen.

12.12 Vi ønsker en validering og oversigt over de alternative spareforslag, som er indkommet gennem høringsvarene.

Oversigten er ved at blive udarbejdet og vil blive sendt til regionsrådet hurtigst muligt.

12.13 Vi ønsker et overblik over hvor mange midler der bruges på medicin og behandling til terminale patienter (f.eks. de sidste 3 eller 6 mdr.). Her tænkes specifikt på patienter, som er erklæret terminale.

Administrationen har ikke umiddelbart en vurdering af, hvor mange midler, der i dag anvendes til terminale patienter. Denne information kan muligvis frembringes, men vil dog umiddelbart kræve, at alle hospitaler i Region Midtjylland, herunder en række afdelinger, involveres i en mere tidskrævende undersøgelse.

13 Spørgsmål fra Venstre:

13.1 Generelt: Jeg også rose tilgængeligheden af materialet, men gennemgående finder jeg de afledte anlægsinvesteringer til flytning, samt øget transporttid samt udgifter hertil for primært borgerne som værende ikke eksisterende. Har I en generel bemærkning til dette.

Det er afsat en pulje til at imødegå merudgifter til regionens befordringsudgifter. Merudgifterne er både øgede udgifter til siddende befordring og refusion af kørselsudgifter til borgerne udbetalt efter de gældende regler herfor.

Det er ikke vurderet, i hvilket omfang borgerne kan få merudgifter til egen transport.

Anlægsudgifterne er i de enkelte spareforslag vurderet ud fra de tilstedeværende forudsætninger, og der er afsat finansiering hertil.

13.2 Tema 1, Forslag 2: Omlægning af akutklinikker til enheder, der varetager diagnostiske ydelser.

Spørgsmål: a. Hvad dækker "andet" over?

Kategorien "Andet/ukendt" i forhold til opgørelsen på akutklinikken i Ringkøbing dækker over opgaver hvor behandlersygeplejersken assisterer/udfører opgaver for vagtlægen så som halspodninger, EKG undersøgelse af hjerterytmen, crp blodprøve, temperaturmålinger, urinprøve, syning af flænger, gips på brud, hjælp til røntgensygeplejersken, blodtryksmåling og anlæggelse af støtteforbinding.

b. Der er indkommet hørings svar, som sår tvivl om de anvendte tal ift antal patienter. Hvilke tal er de rigtige?

De anvendte tal i spareforslaget omhandler den akutklinik-aktivitet, regionen har på matriklerne. Der foregår også ambulant aktivitet og vagtlæge aktivitet på de samme matrikler, og det er dette, der har været inkluderet i nogle af de tal, der er fremkommet med hørings svarene. For et mere detaljeret svar, se bilag 2 "Aktivitet i Akutklinikkerne".

13.3 Tema 1, Forslag 4: Samling af modtagelse af akutte patienter i Hospitalsenhed Midts optageområde

Spørgsmål: a. På hvilket grundlag er forslaget stillet, når der allerede i dag ikke modtages uafklarede medicinske patienter i Silkeborg?

Det er vigtigt at skelne mellem "afklarede" og "visiterede" patienter. På Regionshospitalet Silkeborg kan der modtages visiterede akutte intern medicinske patienter og indlæggelse heraf skal ske efter henvendelse til Hospitalsenhed Midts hospitalsvisitation. Visitorator afgør om patienten kan indlægges på Regionshospitalet Silkeborg.

Der modtages i dag uafklarede akutte medicinske patienter i såvel Silkeborg som i Viborg. Udredningen i løbet af de første timer har som formål at afklare patientens tilstand, foretage relevante undersøgelser, stille en diagnose og udarbejde en behandlingsplan.

De væsentligste forskelle vedrørende modtagelse af akutte patienter i Silkeborg og Viborg består i, at der i Viborg er akutlæger og plejepersonale i Akutafdelingen med særlig akutuddannelse, mens Diagnostisk Center har enkelte sygeplejersker med akutuddannelsen. Det er også helt centralt, at der i Viborg er adgang til mange forskellige lægefaglige specialer, hvilket har betydning for udredningen, ligesom der er speciallægedækning døgnet rundt på akutområdet, mens der i Diagnostisk Center er speciallæger til stede i dagtid og alene indenfor intern medicin, ortopædkirurgi, anæstesi og røntgen.

Forslaget er således stillet med henblik på at sikre samme faglige tilbud til alle akut syge patienter i Hospitalsenhed Midt.

Forslaget er endvidere i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefaling om at akutte patienter bør modtages på hospitaler med fælles akutmodtagelse. Sundhedsstyrelsen har dog udtrykt forståelse for, at der modtages visiterede akutte medicinske patienter af kapacitetsmæssige årsager.

b. Hvilken betydning får nedlæggelse af senge i Silkeborg (alle sengetyper), for fremtidige udviklingsopgaver Silkeborg?

Konsekvenserne for Regionshospitalet Silkeborg af at lukke sengepladser må ses i sammenhæng med forslaget om at etablere et samlet Diagnostisk Center i Hospitalsenhed Midt. I et fælles diagnostisk center vil der kunne skabes fleksible patientforløb mellem de to matrikler og ledelsen af det samlede diagnostiske center vil via et tæt samarbejde med

Akutfdelingen fortsat have berøring med akutte patientforløb i Viborg, og dermed have føling med og indsigt i, hvilke patientforløb, der med fordel kan omlægges til ambulante eller subakutte forløb. Nedlæggelse af sengepladser behøver derfor ikke at blive en begrænsning for den hidtidige stærke udviklingsaktivitet, som netop er Diagnostisk Centers varemærke. Det skal endvidere bemærkes, at der i spareforslaget er lagt op til at der forbliver et antal medicinske sengepladser tilbage i Silkeborg, som dels kan benyttes til, planlagte patientforløb og dels kan benyttes til indlæggelsesforløb for Silkeborg-borgere, der er afklaret og har fået lagt behandlingsplan i Viborg.

c. Hvis udviklingsaktiviteten skal fastholdes i Silkeborg, hvilke andre udviklingsopgaver kan tilføres Silkeborg?

Det afgørende for den fortsatte udvikling af Diagnostisk Center, er at der er fokus på at fastholde profilen som Universitetsklinik for Innovative patientforløb. Det er således vigtigt at opretholde de ambulante funktioner, der i dag er i Diagnostisk Center. Derudover er det også vigtigt, at der opretholdes sengepladser til indlæggelse af kroniske patienter, så Diagnostisk Center kan videreudvikle tilbuddene til disse, eksempelvis ved den planlagte etablering af konceptet "fleksibel indlæggelse af patienter med kroniske sygdomme", elektive indlæggelser efter biopsier og andre undersøgelser. Det er ligeledes vigtigt, at sikre udviklingsmuligheder (udvidede faglige opgaver) inden for de medicinske grenspecialer, så der fortsat kan ske udredning af kræftpatienter og udredning af patienter med flere samtidige sygdomme.

13.4 Tema 1, Forslag 6: Flytning af operation af ventral- og incisionalhernier

Spørgsmål: a. 75/25%-reglen er beskrevet i spørgetimen, som en forventning om at opgaver kan flyttes med kun 25% af DRG-taksten. Kan det dermed antages, at modellen kan anvendes på marginal-mængden på alle afdelinger?

Nej. Modellen forudsætter, at de afdelinger opgaverne flyttes til kan løfte en ekstra opgave til en marginalpris. Det forudsættes også, at det afgivende hospital kan realisere en stor besparelse svarende til 75% af aktivitetsværdien. – Dette vil ofte falde sammen med en lukning af funktionen på det afgivende hospital.

Det er beskrevet i sparekataloget, at der vil være tilfælde hvor anvendelse af 75/25-reglen betyder, at modtagende og/eller afgivende hospital skal gennemføre rationaliseringer. Disse rationaliseringer kan både være i forhold til den konkrete opgave som overtages og/eller andre steder inden for hospitalerne. Det er altså ikke altid en fuldt dækkende antagelse, at den reelle merudgift ved en marginal udvidelse kan svarer til 25% af DRG-værdien.

b. Der må være en grænse for hvornår "marginalprisen/-taksten" vipper til en højere takst. Hvor ligger den grænse?

Det afhænger af den konkrete situation/sted hvornår der ikke længere vil være lavere marginalpriser, og der er således ikke et absolut svar på hvornår prisen "vipper". Hvornår bristepunktet er for yderligere udnyttelse af den eksisterende kapacitet og dermed hvornår der er behov for en decideret udvidelse er forskelligt fra sted til sted. Ofte vil det være en kombination af fysiske rammer og personalets mulighed for at tage flere opgaver, der sætter begrænsningen. F.eks. kan der i et ambulatorium måske ses nogle enkelte ekstra patienter pr. dag, med tilførsel af blot nogle få ekstra ressourcer. Skal der ses mange flere patienter vil det kræve et større "set-up". Skal der f.eks. lægges flere patienter i narkose, vil det på et tidspunkt ikke være muligt for anæstesi-lægen at nå de sidste patienter. Det vil sige, at der på

et tidspunkt skal ansættes en ny læge til at løse ekstraopgaven. Tilsvarende kan et sengeafsnit måske udvide med en eller to ekstra senge uden at der er behov flere ressourcer. På et tidspunkt vil sengeafsnittet ikke kunne rumme flere senge, eller personalet kan ikke løse flere opgaver. I denne situation vil der være et spring i driftsomkostningerne fordi der skal udvides med et nyt fuldt bemandedt afsnit.

13.5 Tema 1, Forslag 8: Ambulancetjenestens indsats vedr. patienter i eget hjem
Spørgsmål: a. Har de med dette forslag fået kompetencer til at afslutte patienter?

Ambulancepersonalet har ikke kompetence til selvstændigt at afslutte behandlingen af patienter. Det vil kræve inddragelse af en læge.

b. Hvor mange patienter vil kunne afsluttes af paramediciner i eget hjem, hvis alle ambulancer har paramediciner?

Paramedicinere skal som andet ambulancepersonale inddrage en læge ved afslutning af behandlingen. Der vil derfor ikke være forskel mellem paramedicinere og andet ambulancepersonale på dette område.

c. Vil besparelsen stå mål med den ekstra udgift til forskel mellem ambulancebehandler og paramediciner?

Der henvises til besvarelsen af b.

d. Hvornår vil det være muligt at have paramediciner i alle biler.

De nuværende kontrakter rummer mulighed for at op til 16 ambulancer i Region Midtjylland kan bemandedes med paramedicinere. På nuværende tidspunkt er fire ambulancer bemandede med paramedicinere. Ambulancefirmaerne har ikke ledige paramedicinere. Hvis Region Midtjylland ønsker flere paramedicinerambulancer etableret, forudsætter det derfor, at leverandørerne uddanner flere ambulancebehandlere til paramedicinere. Leverandørerne har krav på et varsel på 6 måneder ved ændring af ambulancebemandingen af en ambulance.

Der henvises til bilag 8: " Ambulancetjenestens indsats i forhold til patienter i eget hjem". Der er i perioder ambulancer, som har mulighed for at løse andre opgaver, som ikke er akutte og kan planlægges. Dvs. de vil i det konkrete tidsrum, hvor beredskabssituationen i området er fornuftig (hvor flere ambulancer dækker samme område), kunne løse opgaver af kortere varighed. Det er vurderingen, at muligheden for at udføre indsats i patientens hjem kan medvirke til, at patienten kan udskrives tidligere. Det er ligeledes vurderingen, at tryghedsbesøgene vil kunne forebygge eller udskyde indlæggelser. Det forudsættes, at anmodninger om indsats afgives mindst 24 timer før, hjælpen ønskes, og indsatsen vil kunne ligge i et tidsrum på op mod 48 timer efter anmodningen. Hvis hospitalet har brug for hjælp med et kortere varsel vil det konkret blive vurderet, om det i forhold til beredskabssituationen vil være muligt at hjælpe. Er ambulancen ankommet, og indsatsen påbegyndt, afbrydes den dog ikke.

13.6 Tema 1, Forslag 9: Reduktion i udgifterne til børneområdet (pædiatri)
Spørgsmål: a. Forslaget beskriver stor variation afdelingerne imellem. Hvorfor så en bred fordeling?

Årsagen til variationen mellem hospitalerne kendes ikke til bunds, derfor foretages en mere grundig analyse i juni måned.

b. Er det nivellering eller aktivitetsbestemt fordeling der foreslås?

Der nedsættes en arbejdsgruppe med hospitals- og direktionsrepræsentanter, som på baggrund af analysens resultater vil indstille hvordan besparelsen på de 8 mio. kroner fordeles.

c. En nærmere beskrivelse bør være klar før august.

Arbejdsgruppen mødes to gang i juni måned og forventer at have en nærmere beskrivelse inden sommerferien.

13.7 Tema 1, Forslag 10: Ændring af struktur for akutlægebiler og akutbiler

Spørgsmål: a. Hvordan kan 6 lægebiler + 7 akutbiler i Syddanmark retfærdiggøre at Midtjylland kun skal have 6 lægebiler?

Der er alene foretaget en sammenligning af serviceniveauet mellem regionerne. Det er op til den enkelte region selv at fastlægge serviceniveauet for den præhospital indsats.

13.8 Tema 1, Forslag 11a:Anvendelse af præhospitalt personale til interhospital transport

Spørgsmål: a. Vil der være øget bemyndigelse til ambulancepersonale?

Ambulancepersonalet vil, som nu, skulle arbejde på delegation fra en læge. Det vil skulle afklares, om ambulancepersonalet skal have delegeret nye kompetencer.

b. Har der indtil nu været unødigt brug af læger og sygeplejersker i ledsagede transport?

Der henvises til bilag 9: "Interhospital transport" for en uddybende besvarelse.

En række transport vil kunne håndteres af præhospitalt personale. I dag varetages ledsagelsen ved interhospital transport af hospitalspersonale. Det betyder, at afdelingernes drift forstyrres ved, at personale må tage med på landevejen. Det forudsættes, at akutlægebilernes primære opgave fortsat er at yde lægebistand til akut syge eller tilskadekomne. Tildelingen af opgaver vedrørende interhospital transport vil derfor ske under hensyntagen til den primære opgave. Alle ambulancer bruges i dag flydende i hele regionen, dvs. at alle ambulancer bruges der, hvor der er størst behov og flyttes efter, hvordan beredskabssituationen ser ud. Denne model vil også fremover blive brugt for akutlægebiler i regionen, dvs. med udgangspunkt i beredskabssituationen vil man bruge og flytte biler, som det konkret er nødvendigt. Eksempelvis vil en akutlægebil således kunne blive flyttet for at sikre en fuld dækning af regionens areal.

13.9 Tema 1, Forslag 11b: Anv. af præhospitalt personale (ambulancepersonale) til interhospital transport

Spørgsmål: a. Vil der være øget bemyndigelse til ambulancepersonale?

Ambulancepersonalet vil, som nu, skulle arbejde på delegation fra en læge. Det vil skulle afklares, om ambulancepersonalet skal have delegeret nye kompetencer.

b. Har der indtil nu været unødigt brug af læger og sygeplejersker i ledsagede transport?

En række transport vil kunne håndteres af præhospitalt personale. I dag varetages ledsagelsen ved interhospital transport af hospitalspersonale. Det betyder, at afdelingernes drift forstyrres ved, at personale må tage med på landevejen. Tildelingen af opgaver

vedrørende interhospital transport vil ske under hensyntagen til den primære opgave. Alle ambulancer bruges i dag flydende i hele regionen, dvs. at alle ambulancer bruges der, hvor der er størst behov og flyttes efter, hvordan beredskabssituationen ser ud.

13.10 Tema 1, Forslag 12: Afslutning af flere patienter med hastegrad B

Spørgsmål: a. Besparelsen på akutafdelingerne bør fordeles efter belægningsprocent, da der er stor forskel.

Fordeling af besparelsen tager udgangspunkt i, at akutte patienter (herunder B-kørsler) altovervejende køres til nærmeste akutmodtagelse, hvorfor der er beregnet ud fra befolkningen i hospitalernes (akutmodtagelsernes) optageområde. Dvs. en beregning i forhold til, hvor mange patienter med hastegrad B, der under alle omstændigheder vil kunne forventes blive bragt ind til hvilke akutmodtagelser, som det er i dag. Det er vurderingen, at udgangspunktet i akutoptageområde giver det bedste billede af omfanget af patienter, der kan afsluttes.

b. Skal én AMK-læge besvare opkald fra alle ambulancer vedr. B-kørslers afslutning?

Ja, der er alene én AMK-læge i vagt ad gangen. Som et led i spareforslaget vil AMK-lægen skulle bidrage til afslutning af behandlingen af 800 patienter med hastegrad B om året. Det svarer til ca. to om dagen.

c. Kan der i stedet besluttet kriterier for situationer, hvor opkald ikke er nødvendig. F.eks. en ældre sukkersygepatient på et plejehjem med sygeplejersker til stede?

Region Midtjylland har ikke mulighed for at fastlægge retningslinjer for, hvornår personale, der ikke er ansat i Region Midtjylland, herunder personale på plejehjem, skal ringe 112.

Hvis sundhedsvæsenet kontaktes via 112, og der sendes en ambulance, vil fremkørslen af ambulancen og behandlingen af patienten ikke kunne afsluttes uden inddragelse af præhospital læge.

13.11 Tema 2, Forslag 3: Urologi - decentralisering af budgetansvar

Spørgsmål: a. Hvorfor er 75/25 – reglen ikke anvendelig her?

Finansieringen til hospitalerne er i forslaget 50 pct. af DRG-værdien for aktiviteten på privathospitaler i 2014. Dette er tilsvarende de øvrige decentraliseringsaftaler inden for specialerne ortopædkirurgi og kirurgi. Da Region Midtjylland for nuværende honorerer privathospitalerne svarende til ca. 70 pct. af DRG-værdien for aktiviteten, vil der komme en afledt besparelse på 3,3 mio. kr.

Finansieringen/metoden, der er anvendt i spareforslaget, er således den samme som ved de øvrige decentraliseringsaftaler, der er indgået. Det kan tilføjes, at en finansiering på 50 pct. af DRG finansiering har været den regel, der typisk har været anvendt i forbindelse med hjemtrækning af aktivitet fra privathospitaler. Hertil kan det nævnes, at 75/25-reglen typisk har været anvendt ved flytning af aktivitet mellem de offentlige hospitaler med henblik på at finde besparelser.

b. Vil forslaget have positive konsekvenser i forhold til kræftpakkerne?

Forslaget omhandler i udgangspunktet alene en udvidelse af den godartede kapacitet, hvorfor der ikke forventes nogen direkte effekt i forhold til kræftpakkerne.

13.12 Tema 2, Forslag 5: Flytte mammakirurgisk fællesfunktion fra RH Holstebro til RH Viborg

Spørgsmål: a. Hvilke udgifter vil der være til patientbefordring?

Patienterne på den mammakirurgiske fællesfunktion i Holstebro har i gennemsnitligt haft 2 ambulante besøg i 2014. Det drejer sig om 660 personer. Det er meget vanskeligt at vurdere, hvilke omkostninger regionen vil have til patienttransport som følge af flytning af denne aktivitet. Det afhænger bl.a. af patienternes alder, afstand fra bopæl til hospitalet og om de er i stand til selv at sørge for transporten. En stor del af patienterne vil være berettiget til tilskud til transport, men ikke alle.

En del af patienterne er allerede i dag berettiget til tilskud til transport til Regionshospitalet Holstebro, så det er ikke alle transporttilskudomkostningerne, der er 'nye' omkostninger. Hvis det antages, at 2/3 af patienterne er berettiget til i gennemsnit 300 kr. i tilskud til transport pr ambulante besøg, og alle benytter sig af det, vil det koste regionen 0,3 mio. kr. Vær opmærksom på at dette beløb er overvurderet, da det også indeholder tilskud til patienter, der allerede i dag får tilskud til transport.

b. Der står betydelige udgifter til udstyr, lokaleændringer og udvidet åbningstid. Hvor store?

Det er endnu ikke endeligt udredt, hvilke omkostninger der vil være forbundet med udstyr og lokaleændringer m.m. i relation til flytning af mammakirurgien fra Holstebro til Viborg.

Apparaturet, to mammomater, ved HE Vest nærmer sig tidspunktet for udskiftning, og spørgsmålet er om en evt. udskiftning bør ske i forbindelse med overflytningen til HE Midt. Et andet spørgsmål er, om HE Midt behøver den samme mængde af apparatur, eller om hospitalet ved at holde længere åbent kan klare sig med mindre apparatur, end de to hospitaler til sammen havde. Besvarelsen af disse spørgsmål kræver en nærmere gennemgang, men forslaget medfører ikke øgede udgifter til apparatur for regionen. Nye mammomater koster ca. 2,5 mio. kr. pr stk., uanset hvor de etableres.

Behov for tilpasning af den fysiske kapacitet, ifm. flytning af den klinisk mammadiologiske funktion, afhænger ligeledes af hvor meget af apparaturet, der skal flyttes. Ved etablering af en mammomat skal der etableres rum til apparaturet, og pga. stråling skal der sikres med bly i væggene. Hertil skal der etableres de fornødne omklædningsrum og øvrige birum. Ved etablering af to mammomater i Viborg er det vurderet, at der skal påregnes anlægsudgifter i størrelsesordenen 2 mio. kr.

c. Hvor skal funktioner ligge når DNV står færdigt?

Der er med forslaget ikke lagt op til ændringer af funktionernes placering i forbindelse med at DNV tages i brug. Udredning, operation og kontrol inden for mammaområdet vil fortsat være placeret på Regionshospitalet Viborg.

13.13 Tema 2, Forslag 6: Neurorehabilitering, samle og reducere antallet af regionsfunktionsniveausenge

Nedenfor fremgår en kort besvarelse af spørgsmålene. Se i øvrigt det uddybende notat om neurorehabilitering i bilag 7.

Spørgsmål: a. Hvorfor er 75/25-reglen ikke anvendt her?

Regionen har nogle fagområder, der ikke bliver aktivitetsstyret efter DRG. Den specialiserede neurorehabilitering er en af disse. Der bliver styret efter sengedage i stedet. Det skyldes, at patienter er relativ få og med meget forskellige liggetider, hvilket gør det svært, at beregne en korrekt DRG takst. Den fælles regionale visitation visiterer også til et specifikt antal senge og ikke til en DRG-værdi. Dette er baggrunden for at man i den temagruppe, der har set på området, har haft fokus på, hvor mange senge der kunne rationaliseres bort.

b. Der beskrives at regionsfunktionsniveau-patienterne formentligt, reelt set, er hovedfunktionsniveau-patienter. Hvis det er tilfældet er der ikke nogen at flytte til Hammel?

Der er ikke tale om, at regionsfunktionsspatienterne reelt er hovedfunktionsspatienter. Der er derfor behov for at flytte senge og patienter til Hammel Neurocenter, hvis regionsfunktionssengene nedlægges på Regionshospitalet Lemvig, Regionshospitalet Holstebro og Regionshospitalet Skive.

c. Et andet sted beskrives det at Hammel vil blive presset på kapaciteten til hovedfunktionsniveau. Hvorfor så flytte/nedlægge senge?

Flytningen af regionsfunktionssengene til Hammel Neurocenter vil ikke presse kapaciteten andre steder, idet forslaget indebærer, at Hospitalsenhed Midt skal opretholde den nuværende samlede aktivitet. Besparelsen på den højtspecialiserede neurorehabilitering, der vil medføre lukning af 1-2 senge ud af 61, vil påvirke aktiviteten andre steder. Forslaget om at nedlægge højtspecialiseret kapacitet bygger på, at senge til neurorehabilitering på højtspecialiseret niveau er dyre, og at det kan konstateres, at de øvrige regioner har og fortsat planlægger med et forbrug af højtspecialiserede senge, der ligger under Region Midtjyllands forbrug.

d. Hvis forslaget gennemføres, hvordan vil fordelingen af senge indenfor neurorehabilitering så være i fremtiden?

Hospital	Hovedfunktionssenge	Regionsfunktionssenge		Højtspecialiserede senge	
		I dag	I hht. spareplanen	I dag	I hht. Spareplanen
Viborg	4				
Skive		34			
Hammel		32	71	61	59-60
Lemvig	6	10			
Holstebro		5			
Randers	6				
Horsens	4				
Aarhus Universitetshospital	7				
I alt	27	81	71	61	59-60

13.14 Tema 2, Forslag 12: Reduktion af klinisk ledelse

Spørgsmål: a. Kan det ikke gøres lidt hurtigere?

Regionens hospitaler er i fuld gang med at optimere ledelsesstrukturen. Der er færre ledere, og de har flere afdelinger under sig end tidligere - det er forskelligt, hvor langt hospitalerne er

i processen. Eksempelvis har HE Midt på flere områder arbejdet med at én fælles oversygeplejerske går tværs af flere lægelige specialer og afdelinger. Et andet eksempel er RH Randers, der har etableret "klyngeledelser", som er opstået på baggrund af sammenlægninger af afdelinger. Der er en kirurgisk/ortopædkirurgisk klyngeledelse og en "klyngeledelse" for børne-, gynækologisk, og obstetriskafdeling.

Det ovenfor beskrevne kan ses som eksempler på, at ledelsesstrukturen på hospitalerne kan optimeres, og det forventes, som det fremgår af forslaget, at der vil kunne findes en besparelse på området. Det er dog samtidig vurderet, at det vigtigt med en indfasning af forslaget, med henblik på at sikre, at der er tilstrækkelig implementerings- og ledelseskraft på hospitalerne i forbindelse med både implementering af spareforslag og omstillinger i forbindelse med indflytning i de nye hospitalsbygninger.

13.15 Tema 3, Forslag 2: Ændrede regler for henvisning af flergangsbrugere med ukompliceret hørenedsættelse

Spørgsmål: a. Hvad er årsagen til at der har været forskellig praksis?

På de offentlige Audiologiske Klinikker behandler man udover ukomplicerede også komplicerede hørenedsættelser, og der foregår derfor en visitering af, hvor akut behandlingsbehovet er. Hvis man har været i tvivl om, hvorvidt den enkelte patient, som henvender sig uden forudgående vurdering ved ørelæge, er en ukompliceret eller kompliceret patient, er patienten i nogle tilfælde blevet anbefalet at gå til en ørelæge, for at sikre at patienten ikke har et kompliceret høretab, som kræver en hurtigere behandling.

I forhold til de audiologiske Lokalklinikker (Horsens, Randers og Aarhus) har man i opstartsfasen valgt at samarbejde med de praktiserende ørelæger. Der foregår løbende evaluering af lokalklinikkerne, så forløbet kan blive så smidigt som muligt.

Da lovændringen blev gennemført pr. 1. januar 2013 for de private høreklivnikker, var der desuden lang ventetid i det offentlige, og vurderingen var, at der var behov for at patienterne kunne blive tilset af en ørelæge i den periode, hvor de stod på venteliste til et nyt høreapparat. Dette for at undgå en eventuel forværring af patienternes tilstand i den lange venteperiode.

Siden da er ventetiden på at få udleveret høreapparat i det offentlige faldet (RH Holstebro og RH Viborg samt de lokale høreklivnikker), og risikoen for, at patienternes tilstand forværres er tilsvarende reduceret.

Dog er der fortsat lang ventetid til Audiologisk Klinik på Aarhus Universitetshospital, hvorfor man her fortsat anbefaler visitation via den praktiserende ørelæge for flergangsbrugere med kompliceret høretab.

13.16 Tema 3, Forslag 11: Ambulatoriers rekvisition af blodprøver i almen praksis

Spørgsmål: a. Hvor stor en del af hospitalsblodprøver skal analyseres over flere dage og betyder ekstra kørsel for patienten?

Patienten har hidtil skullet af sted to gange, én gang til sin praktiserende læge og én gang til hospitalet. Forslaget kan medføre mindre kørsel for de patienter, som tilbydes at få foretaget blodprøvetagning samme dag og forud for et aftalt ambulatoriebesøg på hospitalet. Svaret på blodprøven vil således tilgå ambulatoriet inden besøget. For de patienter hvor det ikke er

muligt at give svar samme dag, kan forslaget medføre at patienten skal af sted til hospitalet to gange.

b. Hvor ofte vil en patient sidde hos egen læge og skulle køre til ambulatorium?

Blodprøverne rekvireres fra hospitalsafdelinger, og det antages at blodprøven er det eneste ærinde patienten har i praksis. Patienten vil derfor slet ikke skulle til egen læge, men udelukkende til et hospital (for at få taget blodprøven, og når svaret foreligger, videre til rekvirerende afdeling).

c. Hvor stor vil besparelsen være, hvis blodprøven tages der hvor patienten er?

Hvis det antages at en mobil bioanalytikerordning varetager opgaven med blodprøvetagning i hjemmet vil udgiften pr. blodprøve gennemsnitligt være på ca. 150 kr. mod en udgift på 185,31 kr. ved blodprøvetagning af egen læge, dvs. en besparelse pr. blodprøve på 35,31 kr. For 93.400 blodprøvetagninger udgør besparelsen 3,3 mio. kr. Der gøres dog opmærksom på, at udgiften på de 150 kr. pr. blodprøve ikke indeholder udgifter til leasing af flere biler og køb af ekstra prøvetagningsudstyr mv. i den mobile bioanalytikerordning, såfremt udvidelsen af aktivitet ikke kan rummes i de eksisterende ordninger.

13.17 Tema 4, Forslag 2.1: Etablering af Regionspsykiatrien Midt

Spørgsmål: a. Hvor ligger den omtalte effektivitet i at patienter skal indlægges i Viborg i stedet for Silkeborg?

Der findes ikke almenpsykiatriske senge i Silkeborg. Borgere fra Silkeborg Kommune indlægges i dag på AUH Risskov.

I de kommende år flytter psykiatriens akutmodtagelser ind i de nye fælles akutafdelinger. For at høste den fulde gevinst for patienterne ved sammenlægningerne skal optageområderne harmoniseres, således patienterne har samme indgang uanset, om det drejer sig om psykisk eller somatisk sygdom.

Derfor foreslås det, at borgere fra Silkeborg Kommune i fremtiden skal indlægges i Viborg frem for i Risskov.

b. Hvor meget er der sparet i psykiatrien i Silkeborg gennem øget samarbejde med kommunen?

Der er ikke foretaget en evaluering af opnåede besparelser gennem samarbejdet med kommunen.

Samarbejdet med Silkeborg Kommune har givet mulighed for at tilbyde en ambulans behandlingsform, som er mindre indgribende i patienters dagligdag.

Efter introduktionen af styrket ambulans behandling og akutydgn i Psykiatriens Hus er antallet af sengedage for borgere fra Silkeborg Kommune blevet reduceret med mere end 30 %.

Dette har alt andet lige medført en mere effektiv drift og dermed en bedre udnyttelse af ressourcerne.

c. Er sengene ikke billigere i Silkeborg?

Der eksisterer ikke almenpsykiatriske senge i Silkeborg.

d. Må anlægsudgiften på 13 mio. kr. indarbejdes i kvalitetsfondsprojektet?

Ombygningen i psykiatrien vedrører bygninger på en anden matrikel i forhold til kvalitetsfondsprojektet, og er derfor ikke en del af de anlægsudgifter, der finansieres af kvalitetsfondsmidlerne.

Ansøgningen til kvalitetsfondsprojektet "Om og tilbygning af Regionshospitalet i Viborg" er baseret på at ændre de somatiske forhold på Regionshospital Viborg. Dertil skal nævnes, at der tidligere i 2008 har været søgt om kvalitetsfondsmidler til modernisering og udvidelse af Psykiatrien i Viborg. Ekspertpanelet og Sundhedsministeriet gav afslag på denne ansøgning og på ansøgninger vedrørende psykiatrien i Region Midtjylland i det hele taget. Ekspertpanelet og Sundhedsministeriet meddelte, at regionen selv skulle finansiere de nødvendige ny- og ombygninger inden for psykiatrien.

13.18 Tema 5, Forslag 1: 4 %-reduktion i driftsudgifterne på klinisk biokemiske afdelinger og etablering af driftsråd.

Spørgsmål: a. Hvordan kan vi opretholde kapaciteten med 44 færre bioanalytikere?

Der skal ske effektivisering på området. Det kan for eksempel ske ved at sikre, at ikke-akutte analyser ikke udføres flere steder end nødvendigt.

b. Hvad kan der spares ved fælles ledelse og øget inddragelse men med 2 matrikler?

Hvis der indføres fælles ledelse, er det vurderingen, at der fortsat vil være behov for en lokal ledelse ved hver hospitalsenhed i form af en ledende bioanalytiker. Der bør således ved alle hospitalsenheder være et relativt bredt spektrum af forskellige laboratorieanalyser, der samlet set vil have et stort volumen. Der vil dermed kun kunne spares ved at nedlægge stillinger som ledende overlæge. Udgiften til en ledende overlæge er sat til 1,2 mio. kr. Nedlægges der selvstændige ledelser ved tre matrikler, således at det bibeholdes på 2 matrikler, giver det en samlet besparelse på 3,6 mia. kr.

13.19 Tema 5, Forslag 2: Fusion af de Klinisk Mikrobiologiske afdelinger

Spørgsmål: a. Hvor store bliver de øgede transportudgifter?

Det forventes, at de ikke-akutte analyser kan transporteres med de eksisterende transportere mellem hospitalerne. Idet de akutte analyser forbliver lokalt – nu i regi af de klinisk biokemiske afdelinger – forventes der således ikke øgede transportudgifter.

b. Kan det samles i Vest i stedet?

Principielt ja – men ikke inden for de nuværende kvadratmeter, og det vil også kræve kvadratmeter i Gødstrup, som der ellers ikke vil være behov for at projektere med.

Endvidere vil det også være udfordrende for et universitetshospital ikke at have en klinisk mikrobiologisk afdeling – både i forhold til serviceringen af specialiserede funktioner inden for andre specialer, og i forhold til forskning og samarbejdet med infektionsmedicinsk i smitteberedskabet. Dertil kommer, at Aarhus Universitetshospital som det eneste hospital i regionen varetager et antal specialiserede funktioner inden for kl. mikrobiologi.

13.20 Tema 5, Forslag 3: Klinisk immunologiske funktioner

Spørgsmål: a. Har det betydning for patienttransport?

Der er ikke forventning om nogen patienttransport.

b. Hvor store udgifter til transport af blod?

I lighed med transporten af mikrobiologiske analyser er det forventningen, at den eksisterende transportordning benyttes. Der er i spareforslaget indarbejdet udgifter hertil.

13.21 Tema 5, Forslag 4: Fusion af Patologien på Regionshospitalerne i Region Midtjylland

Spørgsmål: a. Der er for mange uafklarede spørgsmål i forslaget.

Det er administrationens vurdering, at eventuelle uafklarede elementer kan håndteres i implementeringsfasen, og at sparerammen kan holdes.

13.22 Tema 5, Forslag 5: Fælles beskriverenhed for CT- og MR-scanninger for Regionshospitalerne

Spørgsmål: a. Hvorfor 6 arbejdsstationer?

Der er i dag tre forskellige RIS/PACS systemer, som er de billedsystemer der bruges, i Region Midtjylland. Der etableres to stationer til hvert system, således det er muligt at se flere billeder på en gang inden for samme system – eksempelvis ved spidsbelastninger.

Det betyder endvidere, at der er mulighed for at forslaget om en skeletrøntgenvagt til vagtlægerne kan placeres samme sted.

13.23 Tema 5, Forslag 6: Nedlæggelse af radiologisk vagt på akutklinikkerne uden for akutklinikernes lukketid

Det bemærkes, at der er en sammenhæng mellem dette forslag og forslag 1.2 om ændring af akutklinikkerne.

Spørgsmål: a. "Udenfor lukketid"? Det vil sige i åbningstiden?

Ja, det vil sige i åbningstiden, hvilket ikke er rigtigt. Der er tale om en uheldig formulering, hvilket beklages.

b. Betyder det at fælles beskriverenhed for CT- og MR-scanninger overtager opgaven?

Hvis akutklinikkerne lukker kl. 16.00, så vil der ikke komme patienter med behov for at få taget et røntgenbillede. Der vil således ikke være en opgave at overtage

c. Hvilken sammenhæng menes der til forslag 5 i tema 1?

Forslaget forudsætter, at forslag 5 fra tema 1 gennemføres.

13.24 Tema 5, Forslag 13: Reduktion af diætister

Spørgsmål: a. Hvilke patientgrupper bliver berørt?

Dette er vanskeligt entydigt at sige, idet det er op til den enkelte hospitalsledelse at vurdere, hvor besparelsen skal hentes inden for diætisternes opgaver. Det er i spareforslaget forudsat, at der fortsat vil være diætister tilknyttet særlige patientforløb, hvor der vil være forhold, som ikke forventes at kunne varetages af kommunale diætister.

13.25 Tema 7, Forslag 3: Anvendelse af blodfortyndende lægemidler

Spørgsmål: a. Kan vi ikke gøre en indsats for at læger følger RADS og lægemiddelkomitéens anbefalinger?

Generelt er der en høj grad af efterlevelse af RADS behandlingsvejledninger i Region Midtjylland. I forhold *til hospitalerne* foreslås i spareplanen, at hospitalernes refusionsmodel kan tages i anvendelse, hvis gældende retningslinjer ikke overholdes. Dette indebærer, at afdelinger/hospitaler skal finansiere en del af udgiften til medicin inden for eget budget, hvis elementerne i spareforslaget ikke efterleveres i tilstrækkelig grad fra hospitalerne.

I forhold *til almen praksis* er der ikke mulighed for at anvende refusionsordninger mv. Her er der gennemført informationskampagner både centralt via Sundhedsstyrelsen og regionalt via Region Midtjyllands lægemiddelkonsulenter.

Det vurderes dog, at der er yderligere mulighed for at påvirke ordinationsmønster også i almen praksis, hvis man ser på hele patientforløb. Det gælder især forslag 1. Omkring halvdelen af de patienter der påbegynder AK-behandling påbegynder behandlingen på hospitalerne. Den anden halvdel i almen praksis. Tidligere målinger har vist, at hospitalerne i dag overvejende sætter patienten i behandling med NOAK, mens almen praksis overvejende sætter patienten i behandling med Warfarin. Da hospitalerne ofte kun behandler patienterne i kort tid, og herefter overfører patienterne til almen praksis til længerevarende behandling (ofte livslang), vil der med det nuværende ordinationsmønster med stort forbrug af NOAK på hospitalerne komme en stor stigning i forbruget af NOAK på længere sigt, også i almen praksis. Spareforslaget har til formål at forebygge et for stort forbrug af NOAK i forhold til Warfarin på længere sigt i det samlede sundhedsvæsen - ved at ændre ordinationsmønstret på hospitalerne.

b. Kan vi rette henvendelse til medicintilskudsrådet, så der bliver egenbetaling for NOAK?

NOAK har i dag generelt tilskud, hvilket indebærer, at patienten skal betale en del af medicinudgiften selv. Det kunne overvejes at rette henvendelse til medicintilskudsrådet, fx via Sundhedsdirektørkredsen med henblik på at øge egenbetalingen med NOAK. Men der ville være nogle faglige konsekvenser, idet man med NOAK nu kan behandle nogle andre patienter end man tidligere kunne behandle. Vi ved bl.a. fra studier, at et NOAK kan anvendes til patienter, som man ikke turde give Warfarin samt, at det virker bedre end eksempelvis hjertemagnyl. Hertil kommer, at NOAK kan bruges til patienter, som ikke kan behandles tilfredsstillende med Warfarin, eks. på grund af store udsving i blodprøveværdierne (INR) uden oplagte forklarende årsager, mange og varierende interaktioner med anden medicin, logistiske besværligheder med at komme til blodprøvetagning.

13.26 Tema 7, Forslag 4: Orientering om brug af biosimilært lægemiddel

Spørgsmål: a. Hvis virkningen er den samme, hvorfor gælder det så kun for nye patienter?

Patienter i aktuel behandling er også omfattet. Mindst 80 % af al Infliximab (Remicade) behandling skal per 1. juli 2015 ske med det nye biosimilære erstatningspræparat for Remicade – således Remsima. Dette gælder for alle patienter i aktuel behandling. For alle nye patienter per 1. juli 2015 gælder, at alle patienter, der skal behandles med Infliximab skal

sættes i behandling med Remsima. Dette er en forudsætning for, at få dækket udgifterne til medicin fra regionens centrale konto til medicin.

13.27 En samling af Region Midtjyllands og Falcks vagtcentral. Region Sjælland samarbejder med Falck om vagtcentralen og vi ønsker en beregning af mulig besparelse, forudsætninger og konsekvenser.

Det er ikke muligt at fortage en beregning af en potentiel besparelse ved udbud af vagtcentralfunktionen inden for fristen for svar udsendelse af svar på det stillede spørgsmål. Det er en meget omfattende og tidskrævende opgave.

Nedenfor redegøres der for baggrunden for den nuværende organisering og det kontraktlige grundlag samt erfaringerne.

Baggrund

Beslutningen om at hjemtage AMK-vagtcentralen, herunder etableringen af sundhedsfaglig visitation, blev oprindeligt truffet i Forretningsudvalget med mandat fra Regionsrådet 8. januar 2008.

I udbudsgrundlaget for det daværende ambulanceudbud fastlagde regionsrådet de vilkår, der skulle afgives tilbud om ambulancekørslen på, samt de vilkår der ville være gældende for den fremtidige drift. Man ønskede at forhindre monopol-dannelse på området, og i konsekvens heraf blev kørselsfunktionen og vagtcentralfunktionen adskilt. Dette for dels at sikre ens vilkår for alle tilbudsgivere i ambulanceuddet, og for dels at sikre regionen indsigt i opgavestyningen samt mulighed for en direkte styring og optimering af ressourceanvendelsen.

Denne model blev valgt bl.a. på baggrund af en analyse af ambulanceområdet udarbejdet i 2006 af Center for Trafik og Transport (CTT) ved Danmarks Tekniske Universitet (DTU) på foranledning af Region Midtjylland og de øvrige regioner. Analysen understregede vigtigheden af en adskillelse af vagtcentralfunktionen og kørselsfunktionen, idet en sådan adskillelse blev vurderet som helt central for regionens mulighed for indsigt i og styring af ambulanceoperatørernes udførelse af ambulancedriften. Samtidig vurderede DTU-rapporten, at en adskillelse af vagtcentral og kørsler ville fremme konkurrencesituationen på ambulanceområdet.

Denne driftsmodel, hvor vagtcentralfunktionen og kørselsfunktionen er adskilt og vagtcentralfunktionen varetages af regionen selv, er i dag valgt af de tre største regioner i landet: Region Syddanmark, Region Hovedstaden samt Region Midtjylland.

Det nuværende kontraktuelle og juridiske grundlag

Udbudsgrundlaget for de nuværende ambulancekontrakter er besluttet af regionsrådet 27. februar 2013. Kontrakterne, der er godkendt af regionsrådet 3. december 2013, løber i perioden 1. december 2014 – 30. november 2019, med mulighed for forlængelse til 2021. I perioden 2014-2019 er kontrakterne uuopsigelige.

Det indgår som et vilkår i ambulancekontrakterne, at Region Midtjylland selv varetager prioritering og disponering af alle ambulancer i regionen fra den regionale AMK-vagtcentral.

Ambulancekontrakten er bygget op omkring en beredskabsmodel, hvor regionsrådet har besluttet antallet og placeringen af ambulanceberedskaberne i regionen. I forlængelse heraf er det Region Midtjylland, der har ansvaret for både udnyttelsen af de aftalte beredskaber og for overholdelsen af responstidsmålene. Det vil sige, at Region Midtjylland inden for ambulancekontraktens rammer har ansvaret for at sikre en optimal udnyttelse af de på forhånd aftalte ressourcer, således at responstidsmålene kan overholdes. Modsat har entreprenørerne ansvaret for, at de aftalte beredskaber er til rådighed på de i kontrakten aftalte tidspunkter og at der indsættes reservekøretøjer, når primærkøretøjerne er ude af drift. Leverandørerne har også ansvaret for alle personalemæssige forhold, herunder overenskomstmæssige forhold og pauseafholdelse uden for de i kontrakten aftalte rammer for pauseafholdelse mv. Denne udbudsramme er regionen og leverandørerne juridisk bundet af i hele kontraktperioden.

Region Sjælland har valgt en anden model end Region Midtjylland. Her har regionsrådet dels valgt en responstidsmodel, hvor det er ambulanceleverandørerne, der har ansvaret for at overholde de responstidsmål, som er aftalt i kontrakten, dels en model, hvor leverandørerne varetager vagtcentralfunktionen. I konsekvens heraf afgør leverandørerne fuldt og helt antallet af beredskaber, der er til rådighed på et givent tidspunkt, ligesom de har indflydelse på placeringen af beredskaberne. Her vil grundlaget for både antallet af indsatte beredskaber og deres placering primært være behovet for at opfylde de responstidsmål, der er aftalt i kontrakten. Det betyder samtidig, at regionen har mindre indflydelse på, hvor ambulancerne befinder sig og i hvilke tidsrum de står til rådighed. Endelig vil de leverandører, der inddrages i disponeringen, have en klar konkurrencefordel ved kommende udbud sammenholdt med eventuelle nye leverandører, der ønsker at komme ind på markedet, idet de har en betydelig driftsindsigt qua den rolle, de har haft i forbindelse med disponeringsopgaven.

Erfaringer

Adskillelse af bestiller- og leverandørfunktion

Det har siden AMK-vagtcentralens etablering i 2009 vist sig yderst væsentligt, at rollerne ift. hhv. bestilling og leverance af kørsler er adskilte. Region Midtjylland har i den nuværende model ansvaret - og muligheden - for at udnytte ambulancekontrakternes muligheder optimalt uden skelen til personalemæssige forhold, der ikke på forhånd er reguleret i kontrakten. Der er således kun et mål og et hensyn at tage i varetagelsen af opgaven. Dette giver større mulighed for en effektiv udnyttelse af de præhospitale ressourcer. Det vil sige, at man med en given mængde beredskaber kan disponere så skarpt, at responstidsmålene opfyldes trods en fortsat vækst i aktiviteten på området.

Med de nuværende kontrakter er det leverandørerne, der skal sikre, at personalets overenskomster og ansættelsesforhold overholdes, samtidig med at de forpligtigelser, der ligger i kontrakten, opfyldes. Dette setup har givet en særdeles høj ekspertise hos det regionale personale på AMK-vagtcentralen i en optimal udnyttelse af beredskaberne uden skelen til overenskomstmæssige og andre personalemæssige forhold.

Fleksibel løsning af alle regionale opgaver for alle ansatte på AMK-vagtcentralen

Med de nuværende ambulancekontrakter er det Region Midtjylland, der har ansvaret for den tekniske disponering af beredskaberne og for at ansætte personale hertil. Dette setup indebærer, at al personalet på AMK-vagtcentralen er omfattet af de samme vilkår og overenskomster som øvrigt regionsansat personale, ligesom personalet ikke er bundet til at

varetage en afgrænset konkret opgave. Det betyder, at det er muligt også at inddrage denne personalegruppe i opgaveløsningen, når der opstår akutte eller pressede situationer, hvor de har kompetence til at indgå. Konkret betyder det, at personalet ud over at varetage den primære disponering af beredskaber, også kan inddrages i at varetage opgaver ifm. eksempelvis meldingsmodtagelse af opgaver fra hospitaler, praktiserende læger mv., modtagelse af overløb på alarmopkald til 1-1-2, kvalitetsarbejde (herunder ift. Den Danske Kvalitetsmodel og akkreditering), klagesagsbehandling, beredskabshændelser mv.

13.28 Der står beskrevet i forslaget, at AL BIOLOGISK BEHANDLING erstattes med det biosimilære præparat. Det er vel kun Remicade der erstattes? Remicade har ikke indtil nu været hverken RADS eller vores egen lægemiddelkomité's 1. valg, ej heller 2. valg, så det kan et kopiproduct vel ikke ændre på? Med mindre det er prisen der afgør det?

Det er al Infliximab (Remicade) behandling, der erstattes med det biosimilære præparat (Remsima). Indsatsen er i overensstemmelse med anbefalingerne fra Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS).

13.29 Til erstatning for forslag: 1.4, 1.5 og 2.17. Nyt forslag:

**Der lukkes 9 medicinske senge og overføres 5,9 mio. i besparelse til kassen
Der tilføres 2 NISA-senge med driftsmidler, som finansieres gennem
indtægtsdækket virksomhed, evt. som del af forslag nr. 14 under planlagte
patientforløb
Der oprettes et respirationscenter, som finansieres gennem indtægtsdækket
virksomhed**

Spareforslag 1.4 omfatter samling af modtagelse af akutte patienter i Hospitalsenhed Midts optageområde i akutafdelingen i Viborg. Forslaget indebærer overflytning af 29 senge fra Regionshospitalet Silkeborg til Regionshospitalet Viborg. Samlingen af modtagelsen af akutte patienter et sted vil medføre en effektivisering på 9 senge, svarende til en besparelse på 5,9 mio. kr. Det af Venstre stillede forslag forudsætter, at der ikke foretages samling af modtagelsen af akutte patienter, men at besparelsen på 5,9 mio. kr. opretholdes ved at der nedlægges 9 senge. Der vil således skulle ske andre effektiviserings tiltag i fht. at drive de medicinske senge ved Hospitalsenhed Midt.

Spareforslag 1.5 omfatter samling af intensivkapaciteten i Viborg, og ligger i forlængelse af forslaget om at samle modtagelsen af akutte patienter gennem akutafdelingen i Viborg. Forslaget indebærer en besparelse på 10 mio. kr. hvoraf de 3 mio. kr. forudsættes anvendt til en fælles pulje med henblik på eventuel senere udmøntning hvis der bliver behov for yderligere intensiv/NISA/RCV kapacitet. Der opstår således et manko på 7 mio. kr. i spareplanen, hvis forslag 1.5 ikke gennemføres og puljen på 3 mio. kr. vil ikke være til rådighed for eventuel udbygning af intensiv/NISA kapacitet.

Såfremt forslag 1.4 og 1.5 bortfalder, og den medicinske aktivitet ved Regionshospitalet Silkeborg bibeholdes som i dag, kan diagnostisk Center ved Regionshospitalet Silkeborg drives som i dag.

Der vil kunne etableres 2 ekstra NISA-senge ved RH Silkeborg. Den kardiologiske aktivitet, der indgår i spareforslag 2.14 indeholder ikke patienter med behov for indlæggelse i en NISA-seng.

Udgiften til etablering af to ekstra NISA-senge ved RH Silkeborg kan ikke fuldt ud finansieres ved udenregionale indtægter. Der vil mangle ca. 3 mio kr. afhængigt bl.a. af hvilken andel af udenregionale patienter, der kan forventes.

Det vurderes ikke at være muligt at etablere et nyt respirationscenter i Region Midtjylland, idet funktionen er højt specialiseret. Det kan i øvrigt bemærkes, at Region Syddanmark øger kapaciteten på deres respirationscenter, hvorfor det ikke forekommer sandsynligt, at der kan tiltrækkes mange ekstra udenregionale patienter til Region Midtjylland. Dermed er det ikke realistisk, at finansiere ekstra kapacitet gennem udenregional betaling.

Der vil således med dette forslag mangle henholdsvis 7 mio. kr. i spareplanen, som var forudsat opnået via samling af intensivkapaciteten, 3 mio. kr. til pulje til udvidelse af intensiv kapaciteten samt ca. 3 mio. kr. til finansiering af én NISA seng.

13.30 Patienter med mistanke om blodprop i hjernen bliver i dag kun indlagt 2 steder Holstebro (Gødstrup) og Århus. På disse afdelinger sker den akutte behandling med blodprops-opløsende medicin (thrombolyse), eller fjernelse af proppen med et kateder (kun i Århus), desuden er der en del følge symptomer som ofte følger med som behandles kvalificeret på disse afdelinger, men som ofte glemmes hvis patienten indlægges på en anden afdeling.

Det er alle patienter med mistanke der bør komme på disse afdelinger så derfor er der 30 % af disse patienter, som fejler noget andet. Resten af patienterne har haft en blodprop eller en hjerne blødning, men en stor del af dem har ikke brug for indlæggelse, og kan udskrives med opfølgning af apopleksiteams. Den gruppe af patienter der brug for genoptræning under indlæggelse visiteres til; hovedfunktions, regional eller højt specialiseret niveau. Hvilket niveau der vælges afhænger af den forventede indlæggelsestid, kompleksiteten i rehabiliteringsbehovet, tilstedeværelsen af andre sygdomme, patientens sociale netværk mm.

Som det er nu sker visiteringen af patienterne, der enten skal tilbydes genoptræning på hovedfunktionsniveau eller udskrives til hjemmet med opfølgning af apoteames. Denne visitering foregår på video konferencer, der kommer de personer der har set patienten, til at tale med de personer der skal have med patienten at gøre. Der bruges typisk 5-10 minutter at visitere 0-5 patienter. Dette har jeg personlig god erfaring med. De patienter som den akutte afdeling vurderer har brug for genoptræning på regionalt eller højt specialiseret niveau henvises til FRV (Fælles Regional Visitation), der udfyldes skemaer, og beskrives hvorfor pt har brug for genoptræning på regional eller højt specialiseret niveau. På FRV hvor der er flere sygeplejesker ansat, og der holdes visitations møder, drøftes med lægerne ect. Derefter melder FRV den akutte afdeling om patienten kan modtages til genoptræning på regionalt eller højt specialiseret niveau, eller ej. Det sker ikke sjældent at den akutte afdeling har en anden mening, og så bruges der tid på dette.

Susanne Buch Nielsen har forslået det visitationen til regional eller højt specialiseret niveau foregår på sammen måde som visitationen til hovedfunktion og apoteams

Det er efter min mening et godt forslag, som vil spare penge og give et bedre patientforløb.

Visitation af patienter til specialiseret neurorehabilitering er vanskeligt og kræver stor faglig indsigt og erfaring. De patienter, hvor der er tvivl om, hvorvidt patienten skal tilbydes neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau eller specialiseret niveau, henvises således også til FRV, mens de patienter, der beskrives ovenfor, er dem, hvor der ikke er tvivl om, at det er tale om hovedfunktionsniveau.

Det er derfor nødvendigt, at en række forhold vedrørende patienten er tydeligt og standardiseret beskrevet af relevante fagpersoner, for at der kan visiteres så korrekt som muligt. Dette kunne i princippet godt se i forbindelse med et videomøde, men det ville ikke gøre det mere effektivt, for de samme informationer ville skulle foreligge. Det vil ikke være tilstrækkeligt at de fremføres mundtligt bl.a. fordi det er væsentligt for at kunne følge patienterne og dokumentere effekten af behandlingen, at oplysningerne foreligger skriftligt. Hvis oplysningerne kun foreligger mundtligt vil det desuden være nødvendigt, at der er lægelig deltagelse hele tiden ved alle videokonferencerne. Såfremt FRV skulle tage et videomøde med alle henvisende afdelinger om alle patienter, ville det være meget tidskrævende for begge parter. Det ville ikke mindst i betydelig højere grad end i dag trække på de lægelige ressourcer. Det er dog aftalt, at video kan benyttes ved forløb, hvor der er et særligt behov for det – det kan f.eks. være aht de pårørende.

I spareplanen nævnes behovet for at se på samarbejdet mellem de henvisende afdelinger og FRV, hvis kapaciteten begrænses. Hvis der i bestemte tilfælde er et ønske om videomøde kan dette naturligvis komme med i disse drøftelser. Desuden kunne det være relevant at arbejde for samle opgaven med henvisninger til specialiseret neurorehabilitering på færre personer på de enkelte afdelinger. Det vil øge muligheden for en fælles forståelse af hvilke patienter, der bedst behandles på de forskellige specialiseringsniveauer. Visitationsprocessen ville på denne måde evt også kunne effektiviseres

13.31 Vedrørende nedlæggelse af rehabilitering i Lemvig og Skive.

Er efter min mening hensigtsmæssigt, men det forudsætter at der er velfungerende apoteams, desuden vil behovet for rehabilitering under indlæggelse kunne reduceres hvis man på de akutte afdelinger havde mulighed for at beholde enkelte af patienterne lidt længere. Det ville give mulighed for en bedre visitering.

Det er ofte således at mange af symptomerne mindskes eller forsvinder i løbet af få dage. Det er ikke sjældent at jeg om mandagen på video konferencen høre om en patient, som de (F2 i Århus) planlægger at henvise til FRV, med henblik på rehabilitering på højstspecialiseret niveau. Om Tirsdagen fortæller de så at det kan godt være at regional niveau vil være tilstrækkelig. Onsdag fortæller de så at de gerne vil sende patienten til hovedfunktionsniveau om torsdagen. Torsdag sender de så patienten hjem til opfølgning i apoteam.

En arbejdsgruppe med repræsentanter fra alle hospitalerne har peget på, at et par ekstra senge på de to neurologiske afdelinger, der modtager akutte apopleksipatienter – dvs. neurologiske afdeling på Aarhus Universitetshospital og neurologisk afdeling på Regionshospitalet Holstebro, kunne forbedre nogle patientforløb. Forslaget vil kræve ekstra ressourcer til området.

14 Spørgsmål fra budgetseminaret

14.1 Der blev på Budgetseminaret desuden stillet spørgsmål fra *Enhedslisten* om den beredskabsmæssige akutdækning er tilstrækkelig, hvis personale på ambulanceberedskaber skal deltage i prøvetagning mv af patienter i eget hjem, henholdsvis at akutlægebiler/akutbiler skal deltage ved interhospital patienttransporter:

For så vidt angår ambulancetjenestens bistand i forhold til patienter i eget hjem, så forudsættes det, at anmodninger afgives mindst 24 timer før, hjælpen ønskes, og indsatsen vil kunne ligge i et tidsrum på op mod 48 timer efter anmodningen. Hvis hospitalet har brug for hjælp med et kortere varsel vil det konkret blive vurderet, om det i forhold til beredskabssituationen vil være muligt at hjælpe. Er ambulancen ankommet, og indsatsen påbegyndt, afbrydes den dog ikke. *Der henvises til notat: "Ambulancetjenestens indsats for patienter i eget hjem".*

For så vidt angår interhospital patienttransporter, så forudsættes det, at Akutlægebilernes primære opgave fortsat er at yde lægebistand til akut syge eller tilskadekomne. Tildelingen af opgaver vedrørende interhospital transport vil derfor ske under hensyntagen til den primære opgave. Alle ambulancer bruges i dag flydende i hele regionen, dvs. at alle ambulancer bruges der, hvor der er størst behov og flyttes efter, hvordan beredskabssituationen ser ud. Denne model vil også fremover blive brugt for akutlægebiler i regionen, dvs. med udgangspunkt i beredskabssituationen vil man bruge og flytte biler, som det konkret er nødvendigt. Eksempelvis vil en akutlægebil således kunne blive flyttet for at sikre en fuld dækning af regionens areal. *Der henvises til notat: "Interhospital transport".*

14.2 Hvad er det for en del af fertilitetsbehandlingen, der foregår i Randers. Der kan spares på en anden måde, se henvendelsen fra Jacob Ingerslev.

Der er for nuværende tre fertilitetsklinikker i Region Midtjylland. Disse er placeret på Regionshospitalet Skive, Regionshospitalet Horsens og Aarhus Universitetshospital.

Afgrænsede former for fertilitetsudredning og -behandling kan varetages på alle regionens gynækologisk-obstetriske afdelinger, herunder også Regionshospitalet Randers. Fertilitetsafsnittet på Regionshospitalet Randers har dog ikke en selvstændig fertilitetsfunktion og kan ikke sidestilles med de tre fertilitetsklinikker på Regionshospitalet Skive, Regionshospitalet Horsens og Aarhus Universitetshospital i forhold til specialiseringsgrad, paletten af behandlingstilbud mm., hvorfor afsnittet på Regionshospitalet Randers ikke er omfattet af spareforslaget.

Det skal i den sammenhæng tilføjes, at det - ud over det ovenfor nævnte - gælder for fertilitetsafsnittet på Regionshospitalet Randers, at der er indgået et samarbejde omkring fertilitetsbehandling (såkaldt "transport IVF") med fertilitetsklinikken i Horsens, der bevirker, at fertilitetstilbuddet til patienter på Regionshospitalet Randers er bredere end en tilsvarende gynækologisk-obstetrisk afdeling uden en transport IVF-ordning.

På Regionshospitalet Skive, Regionshospitalet Horsens og Aarhus Universitetshospital varetages al fertilitetsbehandlingen (også behandling på hovedfunktionsniveau) på de tre specialiserede klinikker.

Forslaget fra Jacob Ingerslev indebærer, at aktiviteten fra fertilitetsklinikken i Horsens flyttes til fertilitetsklinikken i Aarhus, dog således at forundersøgelser og behandlinger inklusive skanningsmonitorering i forbindelse med behandlingen skal foregå i Horsens. Ægudtagning,

håndtering af æg, sæd og dyrkning af befrugtede æg skal foregå i Aarhus. Situationen i Horsens vil herefter svare til situationen i Randers.

Aktiviteten i fertilitetsklinikken i Horsens er i dag på 22 mio. kr. DRG, mens den i Aarhus er på 23 mio. kr. DRG. Hvis man flyttede hele aktiviteten fra Horsens til Aarhus og benyttet 25/75-princippet vil det medføre en besparelse på 10,8 mio. kr. Det vil sige en besparelse, der er 0,7 mio. kr. mindre end besparelsen i det fremlagte forslag om at flytte aktiviteten fra Aarhus. Besparelsen vil dog blive mindre, såfremt noget af aktiviteten bibeholdes i Horsens. Det er således i givet fald en mindre DRG-aktivitet, der flyttes.

14.3 Beskrive kapacitet, sammenhænge indenfor neurohabilitering og kvalitetsmæssige data. Herunder også indlæggelsestider for neurologien i Lemvig. Visitationen blev også nævnt som problematisk.

Se bilag 7.

14.4 Beskrive fælles diagnostisk center i Hospitalsenhed Midt – karakteristik og opgave

Med en ny organisering med et fælles Diagnostisk Center på HE Midt, forventes det at skabe endnu flere smidige og hurtige patientforløb. Samtidig vil et fælles Diagnostisk Center have flere muligheder for at udvide de allerede kendte tilbud og forløb - og i endnu højere grad udvikle nye i et større fagligt fællesskab.

Det nye Diagnostiske Center HEM vil bygge videre på erfaringerne fra DC RH Silkeborg som udviklingshospital og Universitetsklinik for Innovative patientforløb i Region Midtjylland og at dette kan opretholdes med ét samlet Diagnostisk Center på HE Midt. Her kan det sikres, at der fortsat er en udviklingsmotor inden for de komplekse ambulante patientforløb. Akutafdelingen i HEM vil overtage den akutte medicinske modtagelse fra DC. Det er helt afgørende, at det nye DC fortsat har mulighed for at kunne videreudvikle omkring de akutte patienters forløb, og det kan et fælles Diagnostisk Center gøre på HE Midt i tæt samarbejde med Akutafdelingen. Diagnostisk Center HEM vil således også blive baseret på de tiltag og erfaringer som er gjort i RH Viborg med et tæt og innovativt samarbejde med kommunerne i Midtklyngen (Viborg, Silkeborg og Skive) og almen praksis for ad den vej at skabe smidige overgange mellem sektorerne, når patienterne udskrives, så genindlæggelser så vidt muligt kan undgås. Således har Medicinsk Afdeling og Viborg Kommune iværksat en række innovative tiltag at forebygge indlæggelser og lave alternative forløb på tværs af sektorer, ligesom opgaver overdrages til kommunernes akutteams i forbindelse med f.eks. IV-behandling i eget hjem. Endvidere arbejder man i alle afdelinger med at optimere patientforløb i et tæt samarbejde mellem afdelinger og faggrupper.

14.5 Uddybe forskellen på de forskellige sengetyper i psykiatrien.

Nedenstående er en beskrivelse af de forskellige typer af senge, der er i psykiatrien i Region Midtjylland:

Retspsykiatrisk seng

En retspsykiatrisk seng er en seng på et specialiseret retspsykiatriske sengeafsnit. Det vil sige senge på regionsfunktionsniveau eller højtspecialiseret niveau. Alle patienterne i afsnittet har dom til anbringelse eller dom til behandling med vilkår om indlæggelse. Patienterne visiteres til sengene fra de psykiatriske enheder/sengeafsnit på hovedfunktionsniveau.

Det retspsykiatriske sengeafsnit har ofte patienter i meget langvarige forløb, derfor bliver der i de afsnit arbejdet meget med rehabilitering og aktivering, f.eks. gennem omfattende tilbud om fysisk aktivitet individuelt eller på hold. Fra alle de retspsykiatriske senge er der adgang til lukkede udearealer med multibaner.

Desuden er afsnittene indrettet med et klart fokus på at forebygge rømninger og forebygge indsmugling af rusmidler.

Retspsykiatriske patienter med korte evt. gentagende indlæggelser og surrogatfængslede er oftest indlagt på de almindelige sengeafsnit på hovedfunktionsniveau.

Region Midtjylland har 76 retspsykiatriske senge. Hertil kommer 18 retspsykiatriske senge til patienter fra Grønland.

Skærmede senge

Alle psykiatriens sengeafsnit er skærmede sengeafsnit, dvs. åbne sengeafsnit med mulighed for at iværksætte personlig skærmning eller mulighed for aflåsning af døre i afdelingen. Den tidligere opdeling mellem åbne og lukkede sengeafsnit eksisterer således ikke længere, men giver mulighed for en mere fleksibel anvendelse af sengene. Skærmede senge dækker således over et bredt spænd i forhold til anvendelsen.

Ved personlig skærmning i psykiatrilovens forstand (*§ 18 d*) forstås en foranstaltning, hvor et eller flere personalemedlemmer uden patientens samtykke konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten. Umiddelbar nærhed skal forstås således, at patienten til stadighed er under opsyn, herunder ved badning og toiletbesøg, så der dermed er mulighed for hurtig indgriben fra personalets side.

Personlig skærmning, som patienten ikke har givet samtykke til, må kun benyttes for at afværge, at en patient:

- begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade, eller
- forfølger eller på anden måde groft forulemper medpatienter eller andre.

Aflåsning af døre (*psykiatriloven § 18 f*) betyder, at patienten begrænses til kun at kunne opholde sig indenfor et afgrænset område på afdelingen. Der kan ikke ske aflåsning af døre til patientstuer.

Lægen kan beslutte, at der skal foretages aflåsning af døre i afdelingen over for:

- patienter, der er frihedsberøvede
- patienter, der er i risiko for utilsigtet at udsætte sig selv for væsentlig fare, eller
- patienter, der selv anmoder herom (aflåsningen skal straks ophæves, når patienten ønsker det).

Alle sengeafsnit på hovedfunktionsniveau i Region Midtjylland kan iværksætte både personlig skærmning eller aflåsning af døre for konkrete patienter.

De øvrige patienter i sengeafsnittet, der ikke er omfattet af en beslutning om aflåsning af døre i afdelingen/afsnittet, skal ved henvendelse til personalet straks tilbydes mulighed for at kunne forlade afdelingen/afsnittet, hvis de ønsker det.

Senge i Modtagelsen

På flere matrikler i Region Midtjylland, hvor de psykiatriske sengeafdelinger er placeret, er der etableret særlige modtagelsessenge/-afsnit. Det er her patienterne modtages, når de kommer til indlæggelse. Patienterne opholder sig i modtagelsen i max. 1 – 2 døgn. Patienterne bliver enten udskrevet fra modtagelsen, hvis det ikke skønnes nødvendigt for den videre behandling,

at patienten er indlagt. Hvis patienten har behov for at blive udredt og behandlet under indlæggelse visiteres patienten videre til et sengeafsnit, som er specialiseret ift. den diagnose, som patienten har.

Brugerstyrede senge

De brugerstyrede senge er senge, der er reserveret patienter med kontrakt til en patientstyret indlæggelse.

Det er typisk patienter med mange og langvarige indlæggelser der får tilbuddet. Patienterne får mulighed for selv at lade sig indlægge, når de oplever at have behovet. Kravene til brugen af en brugerstyret seng er, at indlæggelsen maksimalt må være i 5 dage og der skal være 14 dage imellem hver indlæggelse.

De brugerstyrede senge er placeret på de almindelige sengeafsnit og patienterne får i princippet samme pleje og behandlingstilbud, som patienterne i en ordinær seng.

For at kunne gøre brug af en brugerstyret seng ringer patienten direkte til sengeafsnittet og aftaler indlæggelsen – dvs. uden om vagtlægesystem og uden at skulle gennem en vurdering i modtagelsen.

Målet med de brugerstyrede senge/patientstyrede indlæggelser er at øge patienternes mestringsevne ved at tilbyde et sikkerhedsnet i forhold til at øve sig i at mestre kritiske situationer, så behovet for indlæggelse på sigt falder. Erfaringen indtil nu viser, at kapaciteten til en brugerstyret seng er omkring 25 patienter med kontrakt, hvilket betyder, at der kun i få tilfælde bliver 1 – 2 dages ventetid på at komme ind.

Patienter der er for dårlige til en brugerstyret indlæggelse, når de kommer ind bliver overflyttet til en ordinær seng. Dette sker også hvis de bliver dårlige under opholdet i de brugerstyrede senge og får brug for tvangsforanstaltninger eller hvis de efter de 5 dages indlæggelse ikke er klar til udskrivning.

Region Midtjylland har 5 brugerstyrede senge fordelt på 4 sengeafsnit.

Akudøgn i Psykiatriens Hus i Silkeborg / hotellsenge

Akut døgntilbud er et samarbejde mellem Silkeborg Kommune og Region Midtjylland, hvor borgere med psykisk sygdom har mulighed for at få ophold og overnatning i en kortere og afgrænset periode ved behov for psykisk stabilisering.

Den regionale del af Akut Døgntilbud er behandlingspsykiatri og indeholder:

- Specialiseret omsorg og hjælp til struktur
- Opfølgning på medicin og medicinændringer
- Risikovurderinger
- Pårørendesamtaler
- Ophold med henblik på ro og stabilisering
- Støttesamtaler i forhold til den aktuelle livssituation
- Opfølgning efter ophold med hjemmebehandling - hvis behov.

Patienterne skal kunne tage vare på sig selv og medbringe egen medicin. Idet der er tale om et ambulante tilbud, er Akut Døgn ikke omfattet af psykiatriloven.

Akut Døgn er bemandet hele døgnet med hjemmebehandlere fra det døgndækkende hjemmebehandlerteam. På hverdage fra kl. 8-16 er der læger til stede i teamet. Døgndækkende hjemmebehandling er et akut, intensivt ambulante behandlingstilbud og kan - evt. sammen med Akut Døgn - være et alternativ til indlæggelse i et psykiatrisk sengeafsnit.

Patienterne kan visiteres til Akut Døgn via de ambulante psykiatriske tilbud, via psykiatrisk sengeafsnit eller fra hjemmebehandlerteamet.

Den regionale del af Akut Døgn er placeret sammen med en kommunal del af Akut Døgn. Hver del med 6 pladser. De regionale og kommunale medarbejdere samarbejder tæt omkring patienterne/borgeren i Akut Døgn.

Oprettelsen af hotelsenge i Risskov og Vest vil tage udgangspunkt i erfaringerne fra Psykiatriens Hus i Silkeborg.

For hotelsengene vil gælde at:

- de er altid koblet med intensivt ambulante behandlingstilbud.
- de passes af det ambulante team i dagtiden
- der i aften- og nattetimerne vil være to medarbejdere på vagt.

Karakteren af det nærmere samarbejde med berørte kommuner omkring hotelsenge vil blive drøftet med de relevante kommuner i forbindelse med implementeringen af besparelsesforslag.

14.6 Tydeliggøre anvendte tal om sengekapaicitet i psykiatrien i forhold til befolkningstallet.

Nedenstående to tabeller udspecificerer tallene omkring sengekapaicitet i forhold til befolkningstallet. Den første tabel viser sengekapaicitet pr. 10.000 indbyggere i dag. Den anden tabel viser sengekapaicitet pr. 10.000 indbyggere, hvis besparelsesforslag implementeres.

Tabel: Voksenpsykiatriske senge i forhold til borgere (18 år og ældre) - Før besparelse

Voksenpsykiatriske senge i forhold til borgere (18 år og ældre) - Før besparelse				
	Optageområder (Kommuner)	Antal borgere (18 år og opefter)	normerede senge (inkl. Modtagelse og satspuljesenge) og akutdøgn	Senge pr. 10.000 indbyggere
<i>Region Midtjylland gnst.</i>	Alle (18+ år)	1.008.311	383	3,8
<i>Risskov (inklusive akutdøgn i Silkeborg)</i>	Favrskov Aarhus Samsø Silkeborg Randers (68 år +) Norrdjurs (68 år +) Syddjurs (68 år +)	401.530	186	4,6
<i>Horsens</i>	Hedensted Horsens Odder Skanderborg	163.713	41	2,5
<i>Viborg-Skive</i>	Skive Viborg	110.602	35	3,2

<i>Vest</i>	Herning Holstebro Ikast-Brande Lemvig Ringkøbing-Skjern Struer	221.359	85	3,8
<i>Randers*</i>	Randers (18-67 år) Norddjurs (18-67 år) Syddjurs (18-67 år)	111.107	36	3,2

*Patienter 68+ år (= gerontopsykiatri) fra Randers og Djursland indlægges i Risskov

Tablet: Voksenpsykiatriske senge i forhold til borgere (18 år og ældre) - Efter besparelse

Voksenpsykiatriske senge i forhold til borgere (18 år og ældre) - Efter besparelse				
	Optageområder (Kommuner)	Antal borgere (18 år og opefter)	normerede senge (inkl. Modtagelse og satspuljesenge) og akutdøgn	Senge pr. 10.000 indbyggere
<i>Region Midtjylland gnst.</i>	Alle (19+ år)	1.008.311	365	3,6
<i>Risskov</i>	Favrskov Aarhus Samsø Randers (68 år +) Norddjurs (68 år +) Syddjurs (68 år +)	332.351	164	4,9
<i>Horsens</i>	Hedensted Horsens Odder Skanderborg	163.713	41	2,5
<i>Viborg-Skive (inklusive akutdøgn i Silkeborg)</i>	Skive Viborg Silkeborg	179.781	56	3,1
<i>Vest (+ inkl. hotelsenge-17 senge)</i>	Herning Holstebro Ikast-Brande Lemvig Ringkøbing-Skjern Struer	221.359	68	3,1
<i>Randers*</i>	Randers (18-67 år) Norddjurs (18-67 år) Syddjurs (18-67 år)	111.107	36	3,2

*Patienter 68+ år (= gerontopsykiatri) fra Randers og Djursland indlægges i Risskov

14.7 Det ønskes at besparelsesforslaget fra medarbejdergruppen i Vest vurderes.

Indledningsvist en opsummering af forslaget i høringsvaret fra medarbejdere i Regionspsykiatrien Vest.

- Beholde nuværende velfungerende organisering med akutfunktion både i Holstebro og Herning frem til Gødstrup åbnes.
- Lukke nogle få senge i Herning, hvor belægningsprocenten er mindst. Det kunne f.eks. være afd. E6 med 6 senge, som i dag rummer gerontopsykiatriske patienter. Disse kan f.eks. være på E4, uden større udgifter, idet E4 har mindst belægning og størst overskud i afdelingens budget i 2015. Besparelse er E6 budget på ca. 5 mio. kr. årligt. Ved at lukke E6 løses samtidigt et andet problem i Herning, nemlig manglende plads til kontorer til Ambulatoriet.
- At lukke 6 senge er et passende lille antal, der sandsynligvis kan gennemføres uden ændring i budget for de andre afdelinger. De sidste 2 mio. kr. i besparelse, for at nå de 7 mio. kr. i alt, kunne f.eks. hentes i sengeafsnittenes nuværende budget. Men det burde være rigeligt at Regionspsykiatri Vest bidrager med 5 mio. kr.
- At lukke 6 senge er et passende lille antal til at arbejde konstruktivt med kommunerne i et passende tempo mhp en fælles løsning af konsekvenser ved reduktion af skærmede sengepladser i psykiatrien.
- At lukke 6 senge er et passende lille antal til at et godt arbejdsmiljø kan bevares for resterende afdelinger og forbedres mhp fysiske rammer for Ambulatoriet, hvilket er rekrutteringsfremmende.

Nedenstående tabeller sammenligner de økonomiske konsekvenser af besparelsesforslaget 2.3 "Samling akutmodtagelse og lukning; omlægning af senge i Regionspsykiatrien" med forslaget fra medarbejdergruppen.

Oprindeligt forslag 2.3	i 1.000 kr.
Nedlæggelse af 29 senge i Holstebro	-23.500
Kun et lægevagtberedskab i RP Vest	-3.000
Oprette 12 hotelpladser i Holstebro	5.000
Afsat til styrkelse af de ambulante tilbud og samarbejdet med kommunen	14.500
Besparelse	-7.000

Medarbejdergruppens forslag	i 1.000 kr.
Nedlæggelse af E6 i Herning (6 sengepladser)	-6.100
Besparelse	-6.100

Der gøres i øvrigt opmærksom på, at besparelsesforslag 2.3 tager udgangspunkt i et ønske om at sikre et gradueret behandlingstilbud i psykiatrien gennem omlægning fra senge til mindre indgribende behandling samt at udvikle nye modeller for samarbejdet med kommunerne. Dette opnås ikke med forslaget fra medarbejdergruppen.

14.8 Er det lovligt at drive Museum Overtaci i dag?

Med strukturreformen fik regionerne ansvaret for den hospitalsbaserede behandling og rehabilitering, medens kommunerne fik ansvaret for den socialfaglige indsats og rehabilitering i samarbejde med relevante samarbejdsparter. Det blev også præciseret i forbindelse med strukturreformen, at regionerne kun har ret til at drive de ting, der er direkte hjemlet i lovgivningen. Museumsdrift er ikke nævnt her, hvorfor Regionsrådet i Region Midtjylland i

2010 besluttede at søge museet overdraget til en anden myndighed. Regionsrådet gav efterfølgende en bevilling som rækker frem til udgangen af 2015

14.9 Hvad vil opbevaring af Overtaci værkerne koste?

Der er foretaget en vurdering af hvor meget depotplads der er behov for hvis Museum Overtacis aktuelle samling af billeder, møbler m.m. skal opbevares og samles i et depot.

Det er vurderet, at der vil være behov for et depot i størrelsesordenen 4-500 m² til opbevaring af eksisterende malerier, udstillede møbler m.m.

Der er foretaget en beregning over forventede udgifter til to mulige løsninger:

- Tilbygning af ekstra m² i DNU
- Leje af lokaler

Tilbygning af ekstra m² i DNU

Udgifter ved tilkøb af ekstra m² i plan 1 (kælder) er som følger:

- Anlægsudgift ved tilkøb af ekstra m² i plan 1 er pr. m²: kr. 8.640
Svarende til kr. 4.320.000 for 500 m².
- Årlig driftsudgift for 500 m²: kr. 58.824
Wicotec Kirkebjergs gennemsnitlige driftspris pr. m² i OPP driftsperioden på 25½ år er: 3.000 kr. svarende til 118 kr. pr. år pr. m².
Driftsudgift for 500 m² kælderareal for alle 25½ år er: Kr. 1.500.000
Dertil komme udgifter til evt. inventar, strøm og rengøring, som Region Midtjylland selv står for.
- Samlet udgift i OPP aftalens driftsperiode på 25½ år: kr. 5.820.000 svarende til kr. 228.235 pr. år.

Det er en forudsætning, at en evt. tilbygning afklares i projekteringsperioden.

Leje af lokaler

Med afsæt i konkrete kvadratmeterpriser annonceret af Ejendomsfirma Olav de Linde, Århus kan der forventes en lejeudgift på 500 – 800 kr. pr. m² pr. år.

For 500 m² må forventes en årlig udgift til leje på 250.000 – 400.000 kr. pr. år.
Hertil kommer udgift til el, vand og varme samt forventeligt alarm-/sikringsudgifter og forsikring.

Disse udgifter er vanskelige at estimere, før den konkrete bygning og beliggenheden er fastslået. Skønsmæssigt vil disse udgifter ligge i størrelsesordenen 100-150.000 kr. pr. år.

Samlet vil udgifterne til leje af 500 m² i alt udgøre skønsmæssigt 350.000 – 550.000 kr. pr. år.

14.10 Se på høringssvar fra LMU klinisk biokemi Randers, som anfører, at der er brugt forkerte tal.

Der har vist sig at være en uklarhed omkring den bemanning, der lokalt anvendes til klinisk immunologiske funktioner på to hospitaler. Der arbejdes p.t. i samarbejde med de 5 hospitaler, der berøres af spareforslaget vedr. Klinisk Immunologi, om at fjerne denne uklarhed og præcisere ændringerne.

14.11 Klinisk Mikrobiologi, hvordan finansieres besparelserne?

I forbindelse med samlingen af den kliniske mikrobiologi på Aarhus Universitetshospital er der i alt afsat 7,0 mio.kr. til apparatur og indretning af lokaler i Aarhus. Bevillingen er fordelt med 3,5 mio.kr. til apparatur og 3,5 mio.kr. til egentlig lokaleindretning. De 3,5 mio.kr. afsættes til puljen til driftsanskaffelser, hvorefter indkøb af apparatur koordineres mellem Aarhus Universitetshospital og regionens afdeling for Indkøb og Medicoteknik. De øvrige 3,5 mio.kr., der vedrører lokaleindretning, bevilges til Aarhus Universitetshospital til lokaleombygninger og –renoveringer i forbindelse med opgradering til den nødvendig laboratoriestandard, ændret rørføring, malerarbejder m.v.

14.12 Vurdering af de politiske målsætninger, der blev sat op ved oprettelsen af forskningspuljerne.

”Puljen til styrkelse af sundhedsforskningen i Region Midtjylland” understøtter udbredelsen af forskning i hele Region Midtjylland. Puljen uddeles strategisk for at gavne nye forskningsområder og områder af særlig stor interesse/relevans. Formålet er at gavne hurtig spredning af den nyeste viden og dermed forbedre behandlingen af borgerne i hele Region Midtjylland.

Puljen ”Sundhedsvidenskabelig forskningsfond” søger gennem økonomisk støtte til forskning at bidrage til, at sundhedsområdet i Region Midtjylland udvikles på et højt internationalt niveau. I henhold til sundhedslovens § 194 har regionerne forpligtelse til at sikre udviklings- og forskningsarbejde inden for sundhedsområdet - ét af redskaberne hertil er medfinansiering af forskningsprojekter.

En reduktion i de to puljer vil mindske mulighederne for at opfylde målsætningerne, idet der stadig er midler tilbage i de to puljer. Præcist, hvordan besparelserne vil ”ramme”, kan ikke siges på forhånd, da midlerne udmøntes løbende. Alt andet lige vil reduktionen formentlig forholdsmæssigt berøre regionshospitalerne, præhospitalet og folkesundhedsområdet mest. Aarhus Universitetshospital har således generelt de bedste muligheder for at tiltrække eksterne forskningsmidler.

Det bemærkes, at der er modtaget et høringssvar fra Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet vedr. besparelser på forskningspuljer. Her bemærkes det, at den forslåede besparelse i puljen til styrkelse af sundhedsforskningen kan komme til at forringe mulighederne for at opbygge forskningen på regionshospitalerne.

14.13 Forretningsudvalget blev den 19. maj lovet et notat om, hvordan har vi gjort vores medicin omkostninger op og hvordan har region Syd gjort det.

Notatet indgik i dagsorden til Regionsrådet den 27. maj, under punkt 20.

14.14 Patologi – kan Randers rumme samlingen af patologien? Kan patologi bygningen i HEM bruges til andet.

Der er på nuværende tidspunkt fem "ledige" arbejdspladser til patologer på Regionshospitalet Randers og der kan umiddelbart indrettes yderligere tre. Ved omplacering af andet personale og ibrugtagning af lokaler uden for det nuværende patologiske institut kan der oprettes yderligere pladser. Det er således vurderingen, at der er plads i Randers.

Det er Hospitalsledelsen på HE Midts vurdering, at patologi lokalerne kan finde anden passende anvendelse. For nuværende har RH Viborg flere lejemål i Viborg by, som det er ambitionen at komme ud af for at reducere udgifterne. En af mulighederne er at flytte mammascreeningsenheden i Viborg ind i det nuværende Patologisk Institut og i øvrigt benytte lokalerne til ambulatorier og kontorformål.

Bilag 1: Notat vedr. vakanceopgørelse 2014

Vakanceopgørelse pr. 1. november 2014

Den årlige opgørelse af vakante stillinger inden for forskellige faggrupper på sundhedsområdet i Region Midtjylland er foretaget pr. 1. november 2014. Opgørelsen afdækker vakancesituationen på alle hospitaler og på Psykiatri og Socialområdet.

Dato 9. marts 2015
Sagsnr. 1-35-72-15-12
Ole Amby
Tel. +45 7841 0732
Ole.Amby@stab.rm.dk

Indberetningen af vakante stillinger er sket elektronisk i et webbaseret svarskema. Alle relevante arbejdspladser har besvaret, uanset om der på opgørelsestidspunktet var vakante stillinger eller introduktionsstillinger. De indberettede data har været forelagt enhederne.

Side 102

De stillinger, der er medregnet som vakante, er stillinger, som det pr. 1. november ikke er lykkedes at besætte ved stillingsopslag, inkl.:

- Stillinger som har været slået op, hvor der ingen kvalificerede ansøgere var.
- Stillinger som ikke har været slået op, fordi det var forventet, at der ingen kvalificerede ansøgere ville være.
- Stillinger der som følge af manglende ansøgninger er besat med en person fra en anden faggruppe.
- Stillinger der som følge af manglende ansøgninger er besat med en vikar/vikarer.

Vakanceopgørelse på regionsniveau pr. 01-11-2014

Stillingskategorier	Vakante stillinger omregnet til fuldtidsstillinger	Heraf vakante lederstillinger (fuldtidsstillinger med ledelsesansvar)	Heraf vakante stillinger besat med en person fra en anden faggruppe
Speciallæger, afdelingslæger	44	8	4
Speciallæger, overlæger	83	9	9
Sygeplejersker med specialuddannelse i anæstesi	1	1	1
Sygeplejersker med specialuddannelse i psykiatri	1	1	0
Øvrige sygeplejersker	9	0	6
Lægeseekretærer	1	0	0
Sosu-assistentter	6	0	6
Andet	16	5	0
Alle enheder, 1. november 2014	158	24	26

Side 102

Følgende stillinger er ikke medregnet i vakanceopgørelsen:

- Ledige stillinger som er besat, men hvor den nyansatte på opgørelsestidspunktet endnu ikke var tiltrådt
- Stillinger der i en kortere eller længere periode har været ledige som følge af barsel/orlov.
- Stillinger som ikke besættes på grund af omstillinger og besparelser etc.
- Stillinger, der ikke er budgetmæssig dækning for.

Udviklingen i antallet af vakante stillinger

Nedenstående tabel viser udviklingen over tid vedr. vakante stillinger for de faggrupper, hvor der har været vakancer i mere end én periode. På grund af omfattende organisationsændringer, omplaceringer og afskedigelser har det ikke været relevant at foretage opgørelsen i 2011.

Udviklingen i antallet af vakante stillinger

Stillingskategorier	01-11-2009	01-04-2010	01-10-2010	01-11-2012	01-11-2013	01-11-2014
Audiologassistenter	8	0	1	0	0	0
Lægeseekretærer	36	30	3	6	2	1
Radiografer	7	6	0	0	1	0
Speciallæger, afdelingslæger	67	56	48	44	36	44
Speciallæger, overlæger	80	76	69	73	88	83
Anæsthesisygeplejersker	20	1	1	0	1	1
Intensivsygeplejersker	3	1	0	1	0	0
Psykiatrisygeplejersker	1	1	1	10	0	1
Øvrige sygeplejersker	126	76	29	8	12	9
Sosu-personale				7	6	7
Andet				4	10	14
Total	348	247	152	153	155	158

./. Som bilag vedlægges specificeret opgørelse over vakante stillinger på hhv. hospitals- og afdelingsniveau, samt en opgørelse af vakante introduktionsstillinger i speciallægeuddannelsen.

Stillinger til klinisk basisuddannelse (KBU) og hoveduddannelse for læger er ikke opgjort, da disse håndteres og registreres centralt i Videreuddannelsessekretariatet. Der kan ikke forekomme vakante KBU-forløb, da der oprettes det antal KBU-forløb, der er behov for, på baggrund af antal tilmeldte læger.

Mht. hoveduddannelsesforløb var der i 2014 en samlet dimensionering i Region Midt- og Nordjylland på 311,5 hoveduddannelsesforløb. Heraf uddannes ca. 2/3 i Region Midtjylland. I 2014 var der 40 ubesatte af de opslåede hoveduddannelsesforløb, hvilket svarer til 11 % ubesatte. Ser man bort fra de forløb, der ligger ud over dimensioneringen (fx genopslag), var der 21 ubesatte hoveduddannelsesforløb svarende til 6 % ubesatte.

Regionshuset

Viborg

Sundhedsplanlægning

Skottenborg 26

Postboks 21

DK-8800 Viborg

Tel. +45 7841 0000

kontakt@rm.dk

www.rm.dk



Oversigt på hospitalsniveau, 1. november 2014				
Enhed	Faggruppe	Vakante stillinger omregnet til fuldtidsstillinger:	Heraf vakante lederstillinger (fuldtidsstillinger med ledelsesansvar)	Heraf vakante stillinger besat med en person fra en anden faggruppe
Aarhus Universitetshospital				
	Speciallæger, overlæger	6,50	3	1
	Speciallæger, afdelingslæger	18,00	7	4
	Andet	5,50	1	
Aarhus Universitetshospital total		30,00	10	5
Hospitalsenhed Midt				
	Speciallæger, overlæger	20,20		2
	Speciallæger, afdelingslæger	5,00		
	Andet	2,00	2	
Hospitalsenhed Midt, total		27,20	2	2
Regionshospitalet Horsens				
	Speciallæger, overlæger	14,50		

	Øvrige sygeplejersker	0,92		
	Andet	1,00		
Regionshospitalet Horsens, total		16,42	0	0
Regionshospitalet Randers				
	Speciallæger, overlæger	5,20		
	Speciallæger, afdelingslæger	2,00	1	
	Andet	1,00	1	
Regionshospitalet Randers, total		8,20	2	0
Hospitalsenheden Vest				
	Speciallæger, overlæger	18,70		5
	Speciallæger, afdelingslæger	5,67		
	Lægeseekretærer	1,00		
	Sygeplejersker med specialuddannelse i anæstesi	1,00	1	1
	Sosu-personale	6,00		6
	Andet	2,00		
Hospitalsenheden Vest, total		34,37	1	12
Psykiatri og Social				
	Speciallæger, overlæger	17,57	7	1
	Speciallæger, afdelingslæger	13,40		
	Sygeplejersker med specialeuddannelse i psykiatri	1,00	1	
	Øvrige sygeplejersker	7,78		6
	Psykologer	1,00		
	Afdelingsleder til fællesadministration	1,00	1	
Psykiatri og Social total		41,75	9	7
Region Midtjylland, total		157,94	24	26

Bilag 2: Aktiviteten i akutklinikkerne

Spareplanens spor 1: Akutområdet, forslag nr.2 om omlægning af akutklinikker til enheder, der varetager diagnostiske ydelser (Røntgenoptagelser og blodprøver) har afstedkommet en række spørgsmål om datagrundlaget i materialet.

Dato 08-05-2015

Med dette notat redegøres for aktiviteten i akutklinikkerne, datagrundlaget og de konsekvenser forslaget vil have for borgerne.

Side 107

Akutklinikkerne som foreslås omlagt udgør kun en del af den aktivitet, der foregår i Sundheds – og akuthusene.

Akutklinikkerne er placeret på matrikler, hvor der ud over akutklinik aktiviteter også foregår en bred vifte af ambulante tilbud samt lægevagtskonsultation. Indholdet i aktiviteten kan således opdeles i:

1. Ambulatorie aktivitet I sundhedshusene og akuthusene er der forskellige ambulatoriefunktioner f.eks. diabetes og hjertemedicinsk ambulatorium, jordemoderklinik, gynækologisk ambulatorium m.m. Det drejer sig om planlagt aktivitet.

Denne ambulatorieaktivitet fortsætter uændret og skal derfor ikke medregnes i den aktivitet, der ophører hvis akutklinikkerne omlægges.

2. Akutklinik aktivitet. Omfatter behandling af mindre skader, syning af mindre flænger, håndtering af lettere sygdomstilstande, behandling af brud samt røntgenundersøgelser og blodprøvetagning. Patienterne er henvist af praktiserende læge eller vagtlæge, og behandlingen varetages af behandlersygeplejersker. Det er disse behandlinger, der foreslås at ophøre. Blodprøvetagning og røntgenundersøgelser fortsætter som tilbud i akutklinikken fra kl. 8-16 på hverdage.

Borgere med mindre brud vil således skulle henvises til nærmeste akuthospital. Røntgenundersøgelser der ønskes udført efter kl. 16 og i weekender vil også skulle henvises videre til akuthospital.

3. Lægevagtskonsultation. I tidsrummet kl. 16 til 22 samt i weekender assisterer behandlersygeplejerskerne vagtlægerne med en

delmængde af deres patienter. En undersøgelse foretaget af Forskningsenheden for almen praksis viser at behandlersygeplejerskerne assisterer vagtlægerne i 33 procent af konsultationerne.

Assistancen fra behandlersygeplejerskerne til vagtlægerne er en del af akutaftalen, som er indgået mellem Region Midtjylland og de praktiserende læger i 2012.

Det er i spareforslaget forudsat, at behandlersygeplejerskerne ikke længere skal varetage denne assistance. Det forudsættes således, at vagtlægerne igen skal til at behandle patienterne uden støtte fra behandlersygeplejersker. Den samlede aktivitet i lægevagten skal således heller ikke medtages som aktivitet, der flyttes væk.

Vagtlægerne vil fortsat kunne benytte konsultationslokalerne på de matrikler, hvor der i dag er akutklinikker, men der vil ikke være behandlersygeplejersker til stede som assistance og til opsyn med patienterne i venteværelset. Denne ordning har tidligere fungeret før den nuværende akutaftale trådte i kraft.

Borgerne kan således fortsat komme til vagtlæge i deres lokalområde, og modtage sygebesøg af vagtlægen, men det må også påregnes at vagtlægen vil sende et mindre antal borgere videre til nærmeste akuthospital.

Forskelle i dataoplysninger

I flere høringssvar påpeges det, at den aktivitet der flyttes fra akutklinikkerne er væsentlig højere end den der fremgår af spareforslaget.

En af årsagerne til denne vurdering er, at der i nogle høringsforslag fejlagtigt er medregnet aktiviteten i ambulatorierne – det vil sige den aktivitet, der foregår under ovenstående punkt 1 (Ambulatoire aktivitet), og som ikke berøres af spareforslaget.

En anden årsag til forskellene er, at der i nogle af høringssvarene medregnes samtlige konsultationer i lægevagten, det vil sige aktiviteten under punkt 3 (Lægevagtskonsultation). Denne aktivitet skal ikke medregnes, fordi det forudsættes at aktiviteten i alt overvejende grad vil fortsætte hos vagtlægen blot uden assistance af behandlersygeplejersken. Denne del forudsætter dog forhandling af vagtaftalen med almen praksis.

Det er således primært aktiviteten i akutklinikkerne, det vil sige punkt 2 (Akutklinik aktivitet), der forudsættes berørt af spareforslagene, nemlig den del af aktiviteten, der vedrører behandling af lettere skader ved behandlersygeplejerske. Her vil borgerne skulle til nærmeste akuthospital for at få behandling i det omfang at den praktiserende læge i dagtid eller vagtlægen i vagtid ikke kan varetage opgaven. Det vil især dreje sig om patienter med behov for behandling af lettere brud. Borgere henvist til akutklinikken med henblik på røntgenundersøgelse eller blodprøve kan fortsat få dette foretaget hverdage i dagtid. Den samlede aktivitet i akutklinikken i 2014 fremgår af nedenstående tabel 1.

Tabel 1: Registreret sygehusaktivitet i akutklinikkerne. Besøg = skadesbehandlinger, blodprøver og røntgenundersøgelser.

Placering	Besøg i akutklinikkerne 2014*	Besøg pr. døgn
Silkeborg	5.750	15,8
Skive	2.528	6,9
Grenaa	812	2,2
Ringkøbing	1.002	2,8
Holstebro	10.386	28,5

*Data er DRG-data fra Esundhed. Tallet dækker de kontakter, der er registreret i sygehusregi i akutklinikkerne. Hvert besøg kan dække over flere undersøgelser, heriblandt blodprøver. Det er muligt, at ikke al aktivitet på røntgenområdet fremgår af udtrækket. Årsagen hertil kan være forskel i registreringspraksis (ydelsen registreres på en anden stamafdeling end akutklinikken). Endvidere har der været dataproblemer med røntgendata, særligt i hospitalet vest.

I tabel 2 er opgjort aktiviteten i lægevagtskonsultationen.

Tabel 2: Aktiviteten i lægevagtskonsultationerne.

Placering	Vagtlægekonsultationer 2014 *	Konsultationer pr. døgn
Silkeborg (16-08)	18.770	51
Skive (16-08)	10.037	27
Grenaa (16-08)	6.356	17
Ringkøbing (16-08)	4.558	12
Holstebro (22-08)	17.928	49

*Data er baseret på udtræk fra lægevagts systemer.

Opmærksomheden henledes på at vagtlægekonsultationerne forventes at fortsætte på de matrikler hvor der er akutklinikker.

Vagtlægekonsultationerne foretages i perioden 16-08, undtagen i Holstebro, hvor de foretages fra 22-08.

Forskel på akutklinikkerne

Det fremgår af tabel 1, at der er væsentlig mere sygehusaktivitet i Silkeborg og Holstebro end de tre andre akutklinikker. Dette hænger sammen med at Grenaa, Ringkøbing og Skive er "rene" akutklinikker, hvilket betyder at de udelukkende bemannes af behandlersygeplejersker, mens Holstebro og Silkeborg også har skadestuefunktion, hvilket vil sige at de i dagtimerne har assistance fra en hospitalslæge: I Holstebro er der en hospitalslæge til stede fra 8-22 og i Silkeborg er der en hospitalslæge til rådighed, som tilser relevante patienter fra 8-16. I Holstebro modtages der også visiterede akutte patienter til indlæggelse gennem skadestuen/akutklinikken hele døgnet.

Skadestuen/akutklinikken i Holstebro har det højeste aktivitetsniveau vedrørende hospitalsydelser. Med en døgnåben akutklinik/skadestue svarer dette tal til, at personalet ser i gennemsnit 28 patienter vedrørende hospitalsrelaterede aktiviteter i døgnet. Dette svarer til lidt over 1 patient i timen. Også i Silkeborg er der relativt høj hospitalsbaseret aktivitet, svarende til i gennemsnit 16 patienter i døgnet.

Akutklinikken i Grenaa har det laveste hospitalsaktivitet, med et gennemsnit på 2,2 patienter pr. døgn (åbningstid 8-22).

I perioden fra 16-22 (22-08 i Holstebro og 16-08 i Silkeborg), overgår det lægefaglige ansvar for aktiviteten i akutklinikkerne fra de respektive akutafdelinger til vagtlægen. Specielt for Holstebro og Silkeborg overgår det lægefaglige ansvar for de patienter, der kommer via præhospitalet til speciallægerne på hospitalet. I samme periode ses en række patienter, der i dagtid ville være behandlet i almen praksis i akutklinikken. I denne periode varetager akutklinikpersonalet udover de hospitalsbaserede opgaver også opgaver med assistance af

vagtlægen. Behandlersygeplejerskerne i skadestue/akutklinik i Holstebro varetager hele døgnet også opgaver vedrørende indlagte patienter.

Sæsonvariationer

Der er i hørings svarene gjort opmærksom på at der ikke tages tilstrækkelig højde for at der er sæsonudsving i de områder, der har mange turister.

Nedenfor er der foretaget sammenligning mellem det gennemsnitlige antal vagtlægekonsultationer på årsbasis pr. døgn og en uge i sommerhøjsæsonen (uge 30). Tallene viser at der er en forhøjet vagtlægeaktivitet i sommerferie uge 30 især i Grenaa, Ringkøbing og Holstebro. I Silkeborg og Skive er der ikke tilsvarende sæsonudsving.

Tabel 3: Vagtlægekonsultationer pr. døgn: årgennemsnit og uge 30, 2014.

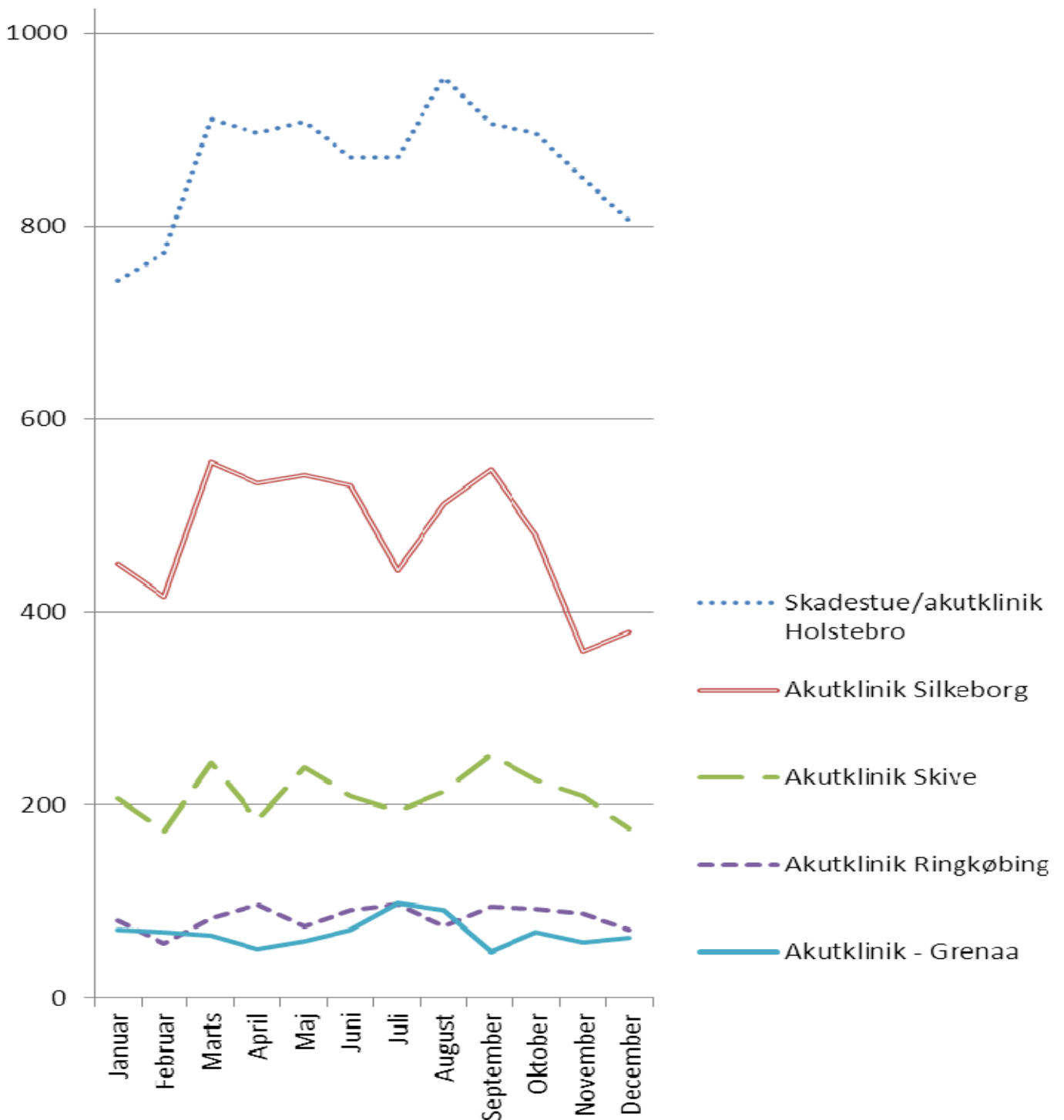
	Silkeborg		Skive		Grenaa		Ringkøbing		Holstebro	
	Års GNS	Uge 30	Års GNS	Uge 30	Års GNS	Uge 30	Års GNS	Uge 30	Års GNS	Uge 30
Hverdag	30,6	31,4	15	16,6	9,4	15,2	6	12	29,8	38,4
Weekend	95,4	90,5	53,9	63	34,4	51	25,4	36,5	89	108

*Aktivitet på helligdage er udeladt af årgennemsnittet, idet der ikke er helligdage i uge 30.

Der er forskel på sæsonvariationen mellem vagtlægeaktiviteten og hospitalsaktiviteten. Sæsonudsvingene i hospitalsaktiviteten er belyst i figur 1.

Af figur 1 fremgår det, at de sæsonudsving der kan identificeres i Holstebro, Silkeborg eller Skive ikke viser en højere hospitalsaktivitet i ferieperioder. Tværtimod synes der at være lavere aktivitet ved påsken, i sommerperioden og omkring jul, hvilket kan skyldes at der eksempelvis henvises færre fra almen praksis i disse perioder på grund af ferielukninger. I Ringkøbing er der højere aktivitet omkring påske, sommerferie og efterårsferie og i Grenaa er en højere sygehusaktivitet i juli måned end resten af året, hvilket er forventeligt pga. turister i områderne. Udsvingene er naturligvis absolut størst i de klinikker med højst aktivitet.

Figur 1: Hospitalsaktivitet (besøg) i akutklinikkerne 2014, fordelt på måneder.



Opgørelsen i spareforslaget vedr. stikprøve i akutklinikken i Ringkøbing

I forbindelse med spareplansarbejdet er der foretaget stikprøve af aktiviteten i en uge i marts i akutklinikken i Ringkøbing. Undersøgelsen er foretaget for at få den konkrete aktivitet i akutklinikkerne belyst yderligere.

Personalet i akutklinikken i Ringkøbing blev bedt om at optælle den konkrete aktivitet i klinikken i en uge og resultaterne af denne undersøgelse er vist nedenfor. Da data blev indsamlet, blev både aktiviteten vedrørende behandler sygeplejerskens assistance til lægevagten og aktiviteter vedrørende akutklinikken inkluderet, Således inkluderer denne stikprøve både den aktivitet der ligger under punkt 2 (akutklinik) og punkt 3 (vagtlægerne) uden en klar skelnen og det er derfor naturligt at aktiviteten er højere, end hvad den er opgjort til i tabel 1, da denne kun ser på aktiviteten under punkt 2 (akutklinik).

Tabel 3. Henvendelse i akutklinikken i Ringkøbing fordelt på dato og opgave (omfatter både hospitalsaktivitet i akutklinik og assistance til vagtlægen)

Dato	Totalt antal	Blodprøve	Sårpleje	Sår-behandling	Røntgen	Håndtering af skade	Hjælpe vagtlæge	Andet/ukendt
Torsdag den 5. marts	19	14	2				1	2
Fredag den 6. marts	19	6	1		3			9
Lørdag den 7. marts	36	2	3	1	1			29
Søndag den 8. marts	35	3	1	3	2	2		24
Mandag den 9. marts	22	15		1	1	2	1	2
Tirsdag den 10. marts	28	16	1		6	2		3
Onsdag den 11. marts	21	13			5		3	
Torsdag den 12. marts	21	10			3	1	7	
I alt	201	79	8	5	21	7	12	69

Opgørelsen viser, at blodprøvetagning og røntgenundersøgelser udgør 49,8 procent af aktiviteten. Det vil sige undersøgelser som med gennemførelse af spareforslaget forbliver i akutklinikken.

Opgørelsen blev lavet som et afkrydsningsskema, med plads til at skrive ud for "andet", såfremt de øvrige muligheder ikke passede.

Der er i høringsperioden blevet spurgt til hvad kategorien "andet/ukendt" dækker over. Samlet 53 af de 69 er ikke angivet; her er der blevet sat kryds i "andet", uden at der er skrevet noget til. Fire af henvendelserne er "ukendte", det vil sige der var ikke angivet nogen opgave og de resterende 12 fordeler sig mellem telefonisk kontakt til hhv. hospitalsvisitationen og en borger, EKG undersøgelse af hjertet, CRP blodprøve der måler betændelsestilstand, temperaturmåling, udeblevne, blodtryksmåling, hjælpe røntgensygeplejersken og urinprøve.

Opmærksomheden henledes på at der er tale om en meget lille stikprøve foretaget på det tidspunkt hvor spareplansarbejdet foregik.

Opsummering

- Akutklinikaktiviteten som foreslås omlagt udgør kun en del af den aktivitet, der foregår i sundhedshusene og akuthusene. I flere høringssvar forudsættes, at det er hele aktiviteten eller en større andel af aktiviteten i sundhedshusene/akuthusene, som foreslås nedlagt. Det er således i nogle høringssvar vurderet, at aktivitetsoplysningerne i spareforslaget var for lave.
- Spareforslaget indebærer at:
 - Ambulatorie aktiviteten opretholdes.

- Lægevagtskonsultationerne og vagtlægenes sygebesøg fortsætter, men behandlersygeplejerskerne assisterer ikke længere vagtlægerne. Dette sker i en tredjedel af konsultationerne i dag.
- Akutklinikaktiviteten fortsætter med tilbud om blodprøvetagning og røntgenundersøgelser, men behandlersygeplejerskernes behandling af småskader ophører. Det vurderes at det på de små akutklinikker (Skive, Grenaa og Ringkøbing) drejer sig om et mindre antal borgere med især brud der kræver behandling, mens det på de større (Silkeborg og Holstebro) drejer sig om flere borgere.
- Der er forskel i akutklinikernes størrelse (optageområde) og dermed også i den aktivitet som foreslås flyttet. Aktiviteten i Holstebro og Silkeborg er væsentlig større og har også i dagtimerne en skadestuefunktion med læge.
- Stikprøven fra akutklinikken i Ringkøbing omfatter både hospitalsaktivitet i akutklinikken og behandlersygeplejerskens assistance til vagtlægen
- Sæsonudsving i den hospitalsbaserede aktivitet ses i Grenaa og Ringkøbing. Sæsonudsving i vagtlægekonsultationerne ses i Grenaa, Ringkøbing og Holstebro.

Bilag 3: Baggrundsmateriale vedr. forslag om reduktion i senge til specialiseret neurorehabilitering

Generelle forbehold i forhold til data på området

Neurorehabiliteringsområdet er datamæssigt et meget komplekst område – bl.a. fordi patienter med behov for neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau kan ligge på flere forskellige afdelinger mellem andre patienttyper, og fordi diagnosekoderne anvendes forskelligt. Konkret registreres der på RH Lemvig ikke specialiseringsniveauer i EPJ, hvorfor hverken patienter, sengedage eller aktivitet kan trækkes ud. Det er derfor valgt at lægge nogle forudsætninger til grund for et skøn på aktivitet og kapacitet. For at komme længere ned i data for RH Lemvig, vil der være behov for at anvende manuelt udarbejdede lister over CPR-numre.

På det specialiserede niveau kan det være problematisk at tolke på udviklingen i antallet af patienter, sengedage m.v. over tid, fordi der er tale om forholdsvis få patienter og fordi patienterne har lange indlæggelser.

Derudover kan der i forhold til henvisninger ikke skelnes imellem, om patienten er henvist til et højtspecialiseret tilbud eller et tilbud på regionsfunktionsniveau.

Status på neurorehabiliteringsområdet

Neurorehabilitering på højtspecialiseret niveau foregår udelukkende på Hammel Neurocenter, som varetager funktionen for hele Vestdanmark. Hammel Neurocenter varetager også en del af regionsfunktionsniveauet, som derudover findes på RH Skive, RH Lemvig og RH Holstebro. Neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau foregår på alle fem hospitalsenheder i Region Midtjylland enten under indlæggelse eller i hjemmet i regi af apopleksiteamene. Neurorehabiliteringen omfatter alle patienter med behov for neurorehabilitering (traumepatienter, apopleksipatienter og øvrige patientkategorier omfattet af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for neurorehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade).

Antallet af neurorehabiliteringssenge på de enkelte enheder fremgår af tabel 1.

Tabel 1. Oversigt over neurorehabiliteringssenge i Region Midtjylland

	Hovedfunktions-Niveau	Regionsfunktions-Niveau	Højtspecialiseret Niveau ¹
RH Skive		34	
RH Holstebro		5	
RH Lemvig	6	10	
Hammel Neurocenter		32 ²	61
AUH	7		
RH Randers	6 ³		
RH Horsens	4		
RH Viborg	4		
Senge i alt	27	81	61

Noter:

Fra 2014 og frem tilføres AUH og HE Vest årligt 500.000 kr. og HE Midt, RH Horsens og RH Randers årligt 1.000.000 kr. hver til uspecificeret kapacitet.

¹ Der er desuden 4 NISA-senge på RH Silkeborg.

² To af sengene er "afsnittet" Hb2, som er 2 behandlingspladser, som sjældent anvendes og som der er ikke er normering til. De anvendes primært i forbindelse med ambulante ydelser. I 2014 er der kun registreret ca. 40 sengedage på de 2 pladser.

10 af sengene er H20-afsnittet, som er et særligt afsnit med en yngre målgruppe, som har en del ressourcer og fx kan hjælpes tilbage på arbejdsmarkedet. Tilbuddet er ikke lige så dyrt at drive som det almindelige regionsfunktionstilbud. Derfor er der en særlig takst for det, som er ca. 60 % af den almindelige regionsfunktionstakst. Tilbuddet findes ikke i andre regioner, og det er sandsynligt, at disse patienter i andre regioner ikke modtager et hospitalsbaseret tilbud.

I 2014 har andre regioner forbrugt svarende til 1,2 regionsfunktions-senge i Hammel (v. 90 % belægning).

³ RH Randers har i henhold til neurologioplægningen fra 2012 kun finansiering til fire-fem senge.

Tabel 2 angiver antallet af neurorehabiliteringssenge på de tre niveauer i hhv. Region Syddanmark, Region Nordjylland, Region Hovedstaden og Region Midtjylland. Kun Region Hovedstaden og Region Midtjylland tilbyder neurorehabilitering på højt specialiseret niveau. Opgørelsen af hovedfunktions-senge er behæftet med usikkerhed, da data fra Region Syddanmark og Region Hovedstaden ikke angiver hovedfunktionsniveauet særskilt. Som det fremgår, har Region Midtjylland flere senge på regionsfunktionsniveau end de øvrige regioner i forhold til antallet af indbyggere.

Tabel 2. Oversigt over neurorehabiliteringssenge i andre regioner

	Syddanmark	Nordjylland (2016)	Hovedstaden (2018)	Midtjylland
Hovedfunktionsniveau	52 ¹	37	?	29
Regionsfunktionsniveau		29	61 ²	81
Højtspecialiseret niveau	0	0	62	61
Befolkningstal (1. kvartal 2014)	1.203.000	581.000	1.749.000	1.278.000

¹ Dertil et antal hovedfunktions-senge på Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Lillebælt og Sygehus Sønderjylland.

² En del af disse anvendes muligvis til neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau.

Tabel 3 angiver regionernes forbrug af den højt specialiserede neurorehabilitering på RH Hammel Neurocenter i 2012-2014. Som det fremgår, har Region Midtjylland et større forbrug af højt specialiseret neurorehabilitering end Region Nordjylland og Region Syddanmark. Dette gælder både ift. unikke cpr-numre pr. 100.000 borgere og antallet af sengedage pr. 1.000 borgere. Tallene for Region Syddanmark underestimerer sandsynligvis forbruget af højt specialiseret neurorehabilitering, da en del af patienterne behandles i Region Hovedstaden.

Tabel 3. Regionernes forbrug af højt specialiseret neurorehabilitering på Hammel Neurocenter, 2012-2014

År	Sengedage	unikke cpr	Sengedage pr. cpr	Unikke cpr, pr. 100.000 borgere	Sengedage pr, 1000 borgere
Region Midtjylland					
2012	11.063	210	53	16,4	8,7
2013	12.743	211	60	16,5	10,0
2014	11.566	206	56	16,1	9,1

Region Nordjylland					
2012	3.316	60	55	10,3	5,7
2013	2.782	58	48	10,0	4,8
2014	4.435	77	58	13,3	7,6
Region Syddanmark					
2012	5.972	98	61	8,1	5,0
2013	5.404	102	53	8,5	4,5
2014	4.480	84	53	7,0	3,7

Kilde: InfoRM. Befolkningstal fra Statistikbanken, 1. kvartal 2014.

Note: Der er en vis spredning på tværs af årene, hvilket er forventeligt, da der er tale om få cpr-numre og lange liggetider.

Tabel 4 angiver belægningsprocenterne på regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau. Som det fremgår af tabellen, er belægningsprocenten lavest på regionsfunktionsniveauet, selvom der er en vis usikkerhed, da kun RH Skive kan opgøre regionsfunktionen helt adskilt fra det øvrige.

Tabel 4. Belægningsprocenter på regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau, 2014.

		Sengedage	Belægningsprocent
Hammel Neurocenter	Højt specialiseret	14.382	96,2
	Regionsfunktion og højt specialiseret 1)	9.559	88,6
	Fokuseret neurorehabilitering	2.983	91,2
	Børn og unge neurorehabilitering 2)	3.309	90,7
Skive	Regionsfunktion	11.004	79,3
RH Lemvig 3)	Regionsfunktion og hovedfunktion	4.956	87,1

Kilde: Belægningsrapport fra InfoRM. Data er derfor opdelt på afdelinger.

¹ En enkelt afdeling på Hammel Neurocenter er i belægningsrapporten ikke opdelt i regionsfunktion og højt specialiseret niveau.

² Data fra RH Lemvig kan ikke opdeles på hhv. regionsfunktion og hovedfunktion.

³ Afdelingen består af det højt specialiserede afsnit HB1 og "afsnittet" HB2 jf. note 3 til tabel 1. HB1 har i 2014 en belægningsprocent på 111,9 %.

Note: De fem senge fra RH Holstebro indgår ikke.

En beregning af belægningsprocenterne på hovedfunktionsniveauet er ikke mulig, da det er vanskeligt at identificere de rigtige patienter i data.

Tabel 5 angiver de indenregionale henvisninger til den fælles regionale visitation. Som det fremgår, steg antallet af henvisninger fra 2012 til 2014. Stigningen ses i høj grad på AUH og HE Vest, hvilket harmonerer med, at AUH og RH Holstebro med omlægningen af apopleksibehandlingen i 2012 fik ansvaret for den akutte behandling af apopleksipatienter. En del af stigningen på HE Vest skyldes dog også, at HE Vest tidligere visiterede patienter fra RH Holstebro til de specialiserede senge på RH Lemvig uden om den Fælles Regionale Visitation. Det relativt høje antal henvisninger fra HE Midt kan skyldes interne henvisninger mellem

specialiseringsniveauerne på Hammel Neurocenter. Fordelingen på optageområder fremgår af bilag 2.

Antallet af henvisninger fra andre regioner er ikke steget i perioden.

Tabel 5. Henvisninger fra hospitalsenhederne til den Fælles Regionale Visitation, 2012-2014

	2012	2013	2014
HE Horsens	22	19	12
AUH	438	523	639
HE Midt	228	292	294
HE Vest	188	309	339
RH Randers	45	42	47
I alt	921	1185	1331
Unikke CPR pr. år	736	928	1064

Kilde: InfoRM. Definition: Henvisninger, der er visiteret med en henvisningsdiagnose.

Tabel 6 angiver aktiviteten i apoteamene i 2014. Det skal bemærkes, at der ikke er helt ens registreringspraksis, og at tallene derfor er behæftet med usikkerhed. Den forskellighed, tabellen viser, er dog også udtryk for, at apoteamene fungerer forskelligt, bl.a. som følge af forskellige betingelser.

Tabel 6. Aktivitet i apoteamene, 2014.

Hospital	Antal hjemmebesøg	Antal ambulante Besøg	Besøg i alt	Unikke CPR	Besøg pr CPR	Besøg pr. 1.000 borgere i optageområdet
AUH	824	194	1018	369	2,8	3,1
HE Midt			336	202	1,7	1,5
HE Horsens	175	61	236	143	1,7	1,1
HE Vest	185	68	253	152	1,7	0,9
RH Randers	82	194	276	187	1,5	1,2
I alt	1350	503	1853			1,5

Kilde: InfoRM. Registrering og databehandling gør, at der kan være ambulante besøg, der fremstår som hjemmebesøg, og omvendt. HE Midt har fejl i registreringen af apoteamets aktivitet, så tallene er et skøn.

1) Driftsoptimering med udgangspunkt i belægningsprocent og liggetid

Tabel 7 viser forskellige scenarier, hvor belægningsprocenten sættes til hhv. 90% og 95%, mens sengedage pr. CPRnr. er uændret eller reduceres med hhv. 10% og 20%. Resultatet er en reduktion i sengeantallet på mellem -3 og 12 højtspecialiserede senge og mellem 5 og 23 regionsfunktionssejge.

Den største reduktion opnås ved en 20%-reduktion af sengedagene pr. CPRnr. og en belægning på 95%, hvorved det højtspecialiserede niveau reduceres med 12 senge, mens regionsfunktionsniveauet reduceres med 23 senge.

Tabel 7: Scenarier for reduktion af sengeantal på specialiseret niveau

	Højt specialiseret	Regionsfunktion
--	--------------------	-----------------

	Faktisk antal senge		Faktisk antal senge	
Antal sengedage 2014	21.105		25.081	
Sengedage/cpr	56		31	
Unikke cpr	378		804	
Antal senge	61		81	
	Beregnet antal senge	Forskel mellem beregnet og faktisk antal senge	Beregnet antal senge	Forskel mellem beregnet og faktisk antal senge
Sengeforbrug ved 95 % belægning	61	0	72	9
-10% reduktion i sengedage pr cpr	55	6	65	16
-20% reduktion i sengedage pr cpr	49	12	58	23
Sengeforbrug ved 90 % belægning	64	-3	76	5
-10% reduktion i sengedage pr cpr	58	3	68	13
-20% reduktion i sengedage pr cpr	52	9	61	20

Note: Grunddatatabeller findes i bilag 2.

Da opgørelsen for RH Lemvig er opgjort manuelt, er det ikke muligt at beregne det korrekte samle antal unikke cpr på regionsfunktionsniveau. Antallet er summeret af de forskellige unikke CPR fratrukket 20 CPR-numre, der estimeres at være antallet af personer, der i deres forløb har været indlagt på to neurorehabiliteringsenheder.

2. Driftsoptimering i forhold til kapaciteten i Region Hovedstaden

Det skal bemærkes, at det ikke er muligt at få data for den nuværende kapacitet i forhold til den specialiserede neurorehabilitering i Region Hovedstaden.

Region Hovedstaden bygger et nyt Neurorehabiliteringshus, som efter planen står færdigt i 2018. Region Hovedstaden planlægger med 62 senge til neurorehabilitering på højt specialiseret niveau og 61 senge til neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau (dette tal indeholder neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau).

Det er ikke muligt præcist at beregne, om Region Hovedstaden vil få en kapacitet, der svarer til Region Midtjyllands kapacitet på det højt specialiseret niveau. Dels kan man endnu ikke sige, hvor stor en del af Region Syddanmarks borgere, der vil gå til henholdsvis Hammel Neurocenter og Region Hovedstadens Neurorehabiliteringshus, og derved er befolkningsgrundlaget uklart. Dels har Hammel Neurocenter mulighed for at tilpasse den højt specialiserede kapacitet til efterspørgslen fra andre regioner. Og dels kendes det indenregionale forbrug i Region Hovedstaden endnu ikke.

Samlet kan det i forhold til den højt specialiserede kapacitet blot konstateres, at der planlægges med nogenlunde lige mange senge i Østdanmark og i Vestdanmark, hvilket – afhængigt af hvordan Syddanmark deles – vurderes ikke at være en helt skæv fordeling. Dog kan det jf. tabel 3 konstateres, at Region Midtjylland har et relativt højt forbrug af højt specialiserede senge.

Der kan foretages et estimat på regionsfunktionssenge, idet disse helt overvejende kun benyttes indenregionalt.

Som det fremgår af tabel 8, skal Region Midtjylland reducere kapaciteten på regionsfunktionsniveau med 36 senge, hvis kapaciteten pr. indbygger skal være ens i Region Hovedstaden og Region Midtjylland. Der bør dog tages forbehold for, at antallet af regionsfunktionssenge i Region Hovedstaden er udtryk for den planlagte kapacitet, og at der kan være forskel i definitionen af hovedfunktionssenge og regionsfunktionssenge.

Tabel 8. Sammenligning af kapaciteten pr. indbygger på regionsfunktionsniveau i Region Hovedstaden og Region Midtjylland

	Region Hovedstaden (2018)	Region Midtjylland
Befolkningstal ¹	1.749.000	1.278.000
Sengeantal	61 ²	81
Sengeantal – hvis RM var på niveau med Region Hovedstaden	61	45
Difference		36

¹ Der er ikke taget højde for, at Region Midtjyllands befolkning er ældre end Region Hovedstadens befolkning.

² Der indgår hovedfunktionssenge i dette tal. Der er muligvis variation i, hvordan hhv. regionsfunktionsniveauet og hovedfunktionssniveauet defineres.

3. Driftoptimering i forhold til kapaciteten i Region Nordjylland

Regions Nordjyllands forbrug på højt specialiseret niveau er kendt, idet det stort set kun foregår på Hammel Neurocenter. Forbruget fremgår af tabel 3. Det fremgår også af tabellen, at Region Midtjylland et større forbrug af højt specialiserede sengedage pr. indbygger end Region Nordjylland. Såfremt det forudsættes, at forbruget i Region Midtjylland kan reduceres til niveauet for Region Nordjylland kan man regne sig frem til en reduktion i behovet for højt specialiserede senge på Hammel Neurocenter. Reduktionen fremgår af nedenstående tabel 9.

Region Nordjylland har i 2014 vedtaget en ny plan for organiseringen af deres neurorehabilitering. Sengeantallet ifølge planen fremgår af tabel 2. Der planlægges med færre regionsfunktionssenge pr. indbygger, end der i dag er i Region Midtjylland. Af nedenstående tabel 9 fremgår det, at antallet af regionsfunktionssenge i Region Midtjylland kan reduceres med 17, såfremt der regnes med samme antal senge pr. indbygger, som der planlægges efter i Region Nordjylland.

Tabel 9. Reduktion i antallet af senge, hvis der planlægges med en kapacitet svarende til Region Nordjylland

	Højtspecialiseret niveau	Regionsfunktionsniveau
Driftsoptimering – sml. Region Nordjylland	5,5 ¹	17

¹Ved en belægningsprocent på 90%

Bilag 4: Spørgsmål til personaleflytninger og personalereduktioner

Samlede personaleflytninger og personalereduktioner

I spørgetimen blev der anmodet om en oversigt over personaleflytninger og personalereduktioner fordelt på hospitaler og centrale stabe.

I Spareplanen er der lavet et samlet skøn over de personalemæssige konsekvenser af de enkelte teamer. Der er tale om en opgørelse af personalereduktioner og personaleflytninger der viser nettovirkningen af spareforslagene.

Med udgangspunkt i de enkelte spareforslag er der, for at svare på det stillede spørgsmål, lavet en opgørelse der viser nettovirkningen af personalereduktioner og personaleflytninger for de enkelte hospitaler og centrale stabe i 2019.

Konkret betyder metoden, hvis man tager Spareforslag 5.4 (Klinisk Service) vedr. Fusion af Patologien på Regionshospitalerne i Region Midtjylland som eksempel (jf. tabel 4), at Hospitalsenheden Midt reduceres med 27 årsværk, Hospitalsenheden Vest reduceres med 25 årsværk - som i første omgang tilføres RegionsHospitalet i Randers. De overførte 52 stillinger *sammen med* de stillinger, som Randers har på patologiområdet, reduceres med i alt 4 stillinger jf. spareforslaget. (Se tabel 4)

Der er tale om et skøn baseret på en konkret gennemgang af de enkelte spareforslag og hvad det skønnes at betyde for den enkelte enhed. Det er tale om nettoopgørelse over de enkelte forslag. De spareforslag, hvor det ikke har været muligt at angive de konkrete stillinger, er der anvendt gennemsnitslønninger, som grundlag for at finde antallet af årsværk. Udfra de beløb der forudsættes at skulle spares - og en vurdering af hvor meget der vedrører løn - er gennemsnitslønnen divideret op i den fundne lønsum. Det betyder, at der vil kunne være afvigelser imellem de skønnede personaleændringer og det der vil blive realiseret, idet der kan være forskel mellem de faktuelle lønninger og den anvendte gennemsnitsløn.

I tabel 1 ses det samlede skøn over personalereduktioner og personaleflytninger fra Spareplan 2015 – 2019. En række af forslagene kan ikke på nuværende tidspunkt fordeles mellem de enkelte enheder.

Samlet er det skønnet, at der sker en personalereduktion på 799 årsværk når Spareplanen er fuld ud implementeret i 2019. I forbindelse med fremlæggelsen af Spareplanen blev reduktionen vurderet til at være 807 årsværk. Forskellen skyldes, at der er lavet en konkret og mere detaljeret vurdering af hver enkelt spareforslag.

Tabel 1: Netto personaleflytninger og personalereduktioner i 2019

(Skønnede årsværk)	HEM	HEV	RHR	HEH	AUH	PS	Præ- hosp.	Centrale stabe	Ikke fordelt *	I alt
Tema 1: Akutområdet	-81	-31	-14	-1	-13		-2		-16	-159
Tema 2: Planlagte forløb	-13	-49	-7	-2	-98				3	-166
Tema 3: Praksisområdet	2	1			1				1	5
Tema 4: Psykiatrien						-58				-58
Tema 5: Klinisk service	-67	-57	42	-6	5				-6	-89
Tema 6: Ikke kliniske områder	-4	36	-1	-1	21	-2		-126	-20	-98
Tema 7: Medicin								-6		-6
Tema 8: Arbejdsgange, kapacitetsudnyttelse og forenkling	-47	-30	-16	-15	-77				-44	-228
Personalereduktion i alt	-211	-130	4	-25	-161	-60	-2	-132	-82	-799

*) Det er ikke alle spareforslag der på nuværende tidspunkt kan fordeles mellem enhederne

I tabel 4 er der en mere detaljeret gennemgang af hver enkelt spareforslag og hvor personaleflytninger og personalereduktionerne i 2019 for hver enhed fremgår.

De ikke fordelte spareforslag omhandler hovedsageligt en reduktion på 16 årsværk vedr. tema 1 forslag 9 om reduktion i udgifterne til børneområdet og tema 8 forslag 4 Udnyttelse af operationsgange der giver en reduktion på 44 årsværk. For tema 6 er de 20 ufordelte årsværk en række mindre forslag.

Personaleflytninger og personalereduktioner i psykiatrien

I psykiatrien betyder spareforslagene, at der sker personaleflytninger internt mellem psykiatriens matrikler. I tabel 2 fremgår et skøn af fordelingen af personaleflytningerne og personalereduktionerne i 2019 mellem de forskellige matrikler.

Tabel 2: Netto personaleflytninger og personalereduktioner i psykiatrien i 2019

(Skønnede årsværk)	Risskov	Randers	Horsens	Silkeborg	Viborg	Herning	Holstebro	Ikke fordelt	I alt
1.1 Produktivitet og effektivitet	-10				-5	5			-10
2.1 Etablering af Regionspsykiatrien Midt	-28		-2	-8	34				-4
2.2 Omlægning af voksenpsykiatriske senge på AUH Risskov	-4								-4
2.3 Samling af akutmodtagelse samt lukning og omlægning af senge i Regionspsykiatrien Vest *1)								-10	-10
2.4 Samling af beredskabsvagt									0
2.5 Lukning af ambulante satellitter i Hedensted og Odder *2)									0
3.1 Servicefunktioner *3)	-2								-2
3.2 Besparelser på det administrative område - sammenlægning af løn- og personalefunktioner *4)								-4	-4
3.2 Besparelser på det administrative område - andet	-1				-2				-3
3.3 Organisatoriske sammenlægninger	-10								-10
3.4 Centrale puljer									0
3.5 Kørsel og mødeforplejning									0
4.1 Arbejdsgange og forenkling *5)								-10	-10
4.2 Logopædbetjeningen								-1	-1
5.1 Museum Overtaci *6)	-3								-3
	-58	0	-2	-8	27	5	0	-25	-60

*1) Internt i Regionspsykiatrien Vest vil der ske flytning af personale mellem Herning og Holstebro, som følge af at senge lukkes i Holstebro, og som følge af en udvidelse af den ambulante aktivitet. Fordeling mellem Herning og Holstebro er uafklaret.

*2) Medarbejdere flyttes internt i Regionspsykiatrien Horsens fra satellitterne i Hedensted og Odder til Horsens

*3) Ved ikke at genbesætte stillinger ved naturlig afgang sker en personalereduktion på 2 fuldtidsstillinger

*4) Sammenlægning af løn og personale funktioner medfører personaleflytninger fra afdelinger i psykiatrien til PS-administrationen i Viborg, men fordelingen mellem afdelingerne kendes ikke.

*5) Samlet skønnes forslaget at give en reduktion på 10 årsværk, men fordelingen mellem afdelingerne kendes ikke.

*6) Hertil kommer cirka 30 medarbejdere i flex-/skånejob

Personaleflytninger og personalereduktioner i Centrale stabe

Det skønnes, at der samlet vil ske en personalereduktion på 132 årsværk i de Centrale stabe.

Tabel 3: Netto personaleflytninger og Personalereduktioner i Centrale stabe i 2019

(Skønnede årsværk)	
Administrative stabe	
Regionssekretariatet	12
Koncern HR	-16
Koncernøkonomi	-4
IT-fælles	-11
Koncern Kommunikation	2
Sundhedsadministration	
Sundhedsplanlægning	-2
Nære Sundhedstilbud	-8
Kvalitet og Data *	-29
Servicefunktioner	
	0
Folkesundhed og Kvalitetsudvikling	-47
Indkøb & Medicoteknik	3
IT-Sundhed	-7
Regional Driftsenhed *	-12
Hospitalsapoteket	-14
I alt centrale stabe	-132

* Enhederne foreslås nedlagt, og personalet overført til andre enheder, der er således ikke tale om reduktioner men personaleflytninger.

I tabel 5 er der en mere detaljeret gennemgang hvor personaleflytninger og personalereduktionerne i 2019 fremgår for hvert enkelt forslag.

Tabel 5: Personaleflytninger og personalereduktioner i 2019 for de enkelte forslag i Centrale stabe

(Skønnede årsværk)	Tema 6 - 2	Tema 6 - 11	Tema 6 - 15	Tema 6 - 19	Tema 6 - 20	Tema 6 - 23	Tema 6 - 26	Tema 6 - 27	Tema 6 - 28	Tema 6 - 29	Tema 6 - 30	Tema 6 - 31	Tema 6 - 32	Tema 7	I alt
	Vare- orsyning	Fradrags- ret for energiaf- gifter og refusion af moms	Puljer vedr. uddannelse og kompeten- ceudvikling	Omlægning af innovations- indsatsen	Centrale økonomi- og planfunktioner	Business Intelligence - BI-området	Nedlæggelse af Magasinet Midt	Samordning af det grafiske område i Region Midtjylland	Samling af kvalitets- ansvaret i Folkesundhed og Kvalitets- udvikling	Flytning af Patient- kontoret fra Kvalitet og Data til Regions- sekretariatet	Samordn. af tværsektorielle funktioner i Nære Sundhedstilbud og Sundheds- planlægning	Produktivitets- krav på centrale stabe	Implemen- tering af nyt IT- produktions- system i hospitals- apoteket	Medicin	Alle temaer
<i>Administrative stabe</i>															
Regionssekretariatet										16		-4			12
Koncern HR			0	-8								-8			-16
Koncernøkonomi		1			-1							-4			-4
IT-fælles Koncern Kommunikation						2						-13			-11
BI-enheden							-2	6				-1			2
												0			0
<i>Sundhedsadministratio n</i>															
Sundhedsplanlægning					-1							-3		2	-2
Nære Sundhedstilbud											-2	-4		-2	-8
Kvalitet og Data									-13	-16		0			-29
<i>Servicefunktioner</i>															
Folkesundhed og Kvalitetsudvikling									-44			-3			-47
Indkøb & Medicoteknik	11											-8			3
IT-Sundhed												-7			-7
Regional Driftsenhed	-12											0			-12
Hospitalsapoteket												-4	-4	-6	-14
I alt centrale stabe	-1	1	0	-8	-2	2	-2	6	-57	0	-2	-58	-4	-6	-132

Bilag 5: Aktivitet for akutbiler og akutlægebiler før og efter besparelser

Tabel 1: Aktivitet for akutbiler og akutlægebiler i 2014

	Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	December	I alt
Akutbiler													
Ringkøbing	46	39	49	43	57	69	81	67	50	65	57	73	696
Skive	77	80	82	101	85	94	105	87	84	110	122	107	1.134
Tarm	40	38	62	51	44	53	71	65	53	46	48	47	618
Akutlægebiler													
Grenå	125	105	125	131	147	137	199	200	140	136	109	164	1.718
Herning	237	242	297	276	253	277	264	306	267	292	272	310	3.293
Holstebro	181	173	183	194	166	176	197	188	175	177	161	195	2.166
Horsens	293	260	281	253	257	270	298	310	266	310	317	300	3.415
Lemvig	56	33	67	67	48	53	63	73	53	51	41	57	662
Randers	221	205	231	227	239	221	248	270	280	260	253	247	2.902
Silkeborg	178	152	187	164	184	188	199	194	195	206	189	199	2.235
Viborg	211	197	233	238	217	267	328	263	240	280	265	249	2.988
Aarhus	453	465	515	475	487	502	491	546	527	551	549	537	6.098

Tabel 2: Estimat over kommende aktivitet for akutlægebiler i 2016

Akutlægebiler	Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	December	I alt
Herning	282	288	353	328	301	329	314	364	318	347	324	369	3.917
Horsens	354	314	339	306	310	326	360	374	321	374	383	362	4.124
Struer	218	189	230	240	196	210	239	240	209	209	185	231	2.596
Ml. Randers og Grenå	262	234	269	271	292	271	338	355	317	299	274	311	3.492
Viborg	245	229	271	277	252	311	382	306	279	326	308	290	3.476
Aarhus	477	489	542	500	512	528	517	574	554	580	578	565	6.416
I alt	1.837	1.744	2.004	1.921	1.864	1.975	2.149	2.214	1.999	2.136	2.051	2.128	24.022

Bilag 2 er udarbejdet på basis af viden om den nuværende fordeling af aktiviteten på måneder for de konkrete biler samt viden om den nuværende disponeringspraksis for akutlægebiler i Region Midtjylland. Samtidig baserer tallene sig på forventningerne til udviklingen af kørselsomfanget fra 2014 til 2016. Fordelingen af kørslerne på de enkelte akutlægebiler er behæftet med en betydelig usikkerhed.

Regionshuset

Viborg

Sundhedsplanlægning

Skottenborg 26

Postboks 21

DK-8800 Viborg

Tel. +45 7841 0000

kontakt@rm.dk

www.rm.dk

Bilag 6: Visitationskriterier vedr. neurorehabilitering

· Visitationskriterier for patienter til specialiseret neurorehabilitering på neurorehabiliteringsenhederne i Skive, Holstebro, Lemvig eller Hammel Neurocenter.

· Visitationskriterier for patienter til Højt Specialiseret neurorehabilitering på Regionshospitalet Hammel Neurocenter og HS neurorehabilitering på NISA i Silkeborg.

· Visitationskriterier for patienter til hovedfunktionsniveau (*dette område beskrives i løbet af forår 2012*)

neurorehabilitering på



Visitation:

Den Fælles Regionale Visitation (FRV) for neurorehabilitering i RM visiterer dagligt **apopleksi patienter** til regional specialiseret neurorehabilitering i Lemvig, Skive og Hammel og til HS neurorehabilitering på RHN.

FRV visiterer på alle hverdage alle andre diagnose grupper både til specialiseret neurorehabilitering og til højt specialiseret niveau på NISA (RSI) og Hammel Neurocenter.

Patienter til hovedfunktionsniveau visiteres direkte af neurologisk afdelinger og ikke igennem FRV.

Visitation til neurorehabilitering sker på baggrund af fra henvisende afdelinger korrekt udfyldt **lægehenvi sning** og **risikovurderingsskema** (se RHN` s hjemmeside + e doc/HEM/RHN generelle patient forløbs dokumenter/henvi sning/dokument nr. 3.4)

Patienter som er **færdigudredte og medicinsk stabile** kan overflyttes til neurorehabilitering. Patienter på det regionale niveau kan modtages alle dage på neurorehabiliteringsenhederne – patienter på HS niveau kan modtages alle hverdage på RHN.

Færdigudredte ift apopleksi:

Patienterne skal have gennemgået alle undersøgelser iht. retningslinien for apopleksi (CT-scanning, ecco, UL-halskar, koagulationsudredning, se nærmere i retningslinien for apopleksi/ e doc/regional retningslinje/sygdomsspecifik/dokument nr. 3.1)

Medicinsk stabile: se nedenstående skema

Generel visitationsvejledning for patienternes kliniske tilstand ved overflytning til neurorehabilitering.

Skemaet er en generel vejledning for, hvilke kliniske tilstande patienterne kan modtages i på de stratificerede rehabiliteringsniveauer, der tilbydes i Region Midt.

Regionalt	Højtspecialiseret	Klinik for tidlig neurorehabilitering	NISA, RSI	Ikke overflytningsklar
<i>Neurologisk</i>				
Stabile og vågne.	Mulighed for overvågning og skærmning	Comatøse, vegetative	Bevidstløse	Uafklarede el ustabile
		Autonom dysfunktion	Autonom dysfunktion	Forhøjet ICP m eksternt ventrikeldræn
		14-dages vurdering af rehabiliteringspotentiale		Behov for CT-opfølgning af akuttilstand
				Behov for immunglobulin intravenøst
				Flere daglige anfald (epilepsi)
<i>Respiration</i>				
Fri respiration, evt. behov for O2 nasalt (op	Glat tube, CPAP,	Cuffet tube, behov for overvågning og hyppig	Respiratorbehandling, stabilisering af	Uafklarede el. ustabile

til 4 l)		sugning, bipap	resp.insufficiens	
Cardio- vaskulært				
Stabile, medicinsk behandling fastlagt og iværksat (både iv og po)	.	Stabile, behov for overvågning Kontrol af blodprøver dag til dag	Behov for lægetilstedeværelse Opfølgning af hjerteinsuff. m truende lungeødem Cirkulatorisk ustabile m behov for pressorstoffer Behov for akutte blodprøver	
Infektioner				
Stabil patient	CPAP, sat-O2 > 4l. Kendt fokus I.v.behandling og væsketerapi	Stabil cirkulatorisk m væskebehandling	Sepsis m ustabil cirkulation	Kompliceret infektionsudredning og behandling af ukendt fokus
Kendt infektionsfokus i ab. behandling med stabil cirkulation og respiration.	Kendt fokus, CRP > 100, behandling iværksat	CPAP, bipap, cough assist,	Lungeinsufficiens	
Nasalt O2	Stabil patient	Overvågning og hyppige målinger	Nyreinsufficiens	
Hvis CRP > 100 skal CRP udvise faldende tendens (>25).	O2-maske, fugter, CPAP			Patienter med behov for kirurgisk infektionsbehandling

				(abscesser)
<i>Gastro-intestinalt</i>				
Stabile patienter, isolationsproblematik skal være afklaret	Behov for væskekorrektio n og udredning, behandling	Som HS	Som HS	Blodig diare med udredningsbehov eller hæmodynamisk ustabil / i risiko med behov for akut korrektion
<i>Misbrug/psykiatri</i>				
Plan for abstinensbehandling skal foreligge. Psykiatrisk diagnose kendt og behandling fastlagt	Abstinensvurdering og behandling kan foretages PTA-patienter Konfusionspatienter	Som HS	Som HS	Svært ustabile, aktivt misbrug under indlæggelse.
<i>Endokrinologisk</i>				
Stabil med fastlagt behandling	Behov for regulation og målinger	Insulindrop ved kortvarig faste	Betydelig diabetes insipidus	Svær hypofyseinsufficiens, ustabil
	Iv hormonterapi, diabetesregulation		Behov for glucose/K+drop, ketoacidose, behov for elektrolytkontrol mv.	
<i>Multiple medicinske problemstillinger</i>				
Stabile forhold ved multiple diagnoser.	Multiple diagnoser med behov for dag til dag regulationer.	Som HS	Multiple diagnoser med behov for flere daglige regulationer	Ustabile/ikke afklarede skal udredes og stabiliseres (geriatri/medicin)
				Multiple kroniske medicinske problemstillinger som

				hindrer intensiv neurorehabilitering (træthed, høj generel morbiditet)
				Moribundte, udsigtsløs forbedringspotentiale
Renale				
Posedialyse			Akut hæmodialyse	Kronisk uræmiske i hæmodialyse

23.4 2012 v. ledende overlæge Merete S. Christensen, visiterende overlæger Poul Mogensen/Mats Holgersen og visiterende afdelingssygeplejerske Lene Sams RHN.

Visitationskriterierne er drøftet i arbejdsgruppe i regi af Implementeringsgruppen for omlægning af apopleksi i RM 1.5. 2012.

Gemt; W/sekr./visitation/ visitationskriterier FRV 2012

·Visitationskriterier for patienter til specialiseret neurorehabilitering på neurorehabiliteringsenhederne i Skive, Holstebro, Lemvig eller Hammel Neurocenter.

·Visitationskriterier for patienter til Højt Specialiseret neurorehabilitering på Regionshospitalet Hammel Neurocenter og HS neurorehabilitering på NISA i Silkeborg.

·Visitationskriterier for patienter til neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau (dette område beskrives i løbet af forår 2012)

Visitation:

Den Fælles Regionale Visitation (FRV) for neurorehabilitering i RM visiterer dagligt **apopleksi patienter** til regional specialiseret neurorehabilitering i Lemvig, Skive og Hammel og til HS neurorehabilitering på RHN.

FRV visiterer på alle hverdage alle andre diagnose grupper både til specialiseret neurorehabilitering og til højt specialiseret niveau på NISA (RSI) og Hammel Neurocenter.

Patienter til hovedfunktionsniveau visiteres direkte af neurologisk afdelinger og ikke igennem FRV.

Visitation til neurorehabilitering sker på baggrund af fra henvisende afdelinger korrekt udfyldt **lægehenvi** og **risikovurderingsskema** (se RHN` s hjemmeside + e doc/HEM/RHN generelle patient forløbs dokumenter/henvi

Patienter som er ***færdigudredte og medicinsk stabile*** kan overflyttes til neurorehabilitering. Patienter på det regionale niveau kan modtages alle dage på neurorehabiliteringsenhederne – patienter på HS niveau kan modtages alle hverdage på RHN.

Færdigudredte ift apopleksi:

Patienterne skal have gennemgået alle undersøgelser iht. retningslinien for apopleksi (CT-scanning, ecco, UL-halskar, koagulationsudredning, se nærmere i retningslinien for apopleksi/ e doc/regional retningslinje/sygdomsspecifik/dokument nr. 3.1)

Medicinsk stabile: se nedenstående skema

Generel visitationsvejledning for patienternes kliniske tilstand ved overflytning til neurorehabilitering.

Skemaet er en generel vejledning for, hvilke kliniske tilstande patienterne kan modtages i på de stratificerede rehabiliteringsniveauer, der tilbydes i Region Midt.



Regionalt	Højtspecialiseret	Klinik for tidlig neurorehabilitering	NISA, RSI	Ikke overflytningsklar
Neurologisk				
Stabile og vågne.	Mulighed for overvågning og skærmning	Comatøse, vegetative	Bevidstløse	Uafklarede el ustabile
		Autonom dysfunktion	Autonom dysfunktion	Forhøjet ICP m eksternt ventrikeldræn
		14-dages vurdering af rehabiliteringspotentiale		Behov for CT-opfølgning af akuttillstand
				Behov for immunglobulin intravenøst
				Flere daglige anfald (epilepsi)
Respiration				
Fri respiration, evt.	Glat tube, CPAP,	Cuffet tube, behov for	Respiratorbehandling,	Uafklarede el. ustabile

behov for O2 nasalt (op til 4 l)		overvågning og hyppig sugning, bipap	stabilisering af resp.insufficiens	
Cardio- vaskulært				
Stabile, medicinsk behandling fastlagt og iværksat (både iv og po)	.	Stabile, behov for overvågning Kontrol af blodprøver dag til dag	Behov for lægetilstedeværelse Opfølgning af hjerteinsuff. m truende lungeødem Cirkulatorisk ustabile m behov for pressorstoffer Behov for akutte blodprøver	
Infektioner				
Stabil patient	CPAP, sat-O2 > 4l. Kendt fokus I.v.behandling og væsketerapi	Stabil cirkulatorisk m væskebehandling	Sepsis m ustabil cirkulation	Kompliceret infektionsudredning og behandling af ukendt fokus
Kendt infektionsfokus i ab. behandling med stabil cirkulation og respiration.	Kendt fokus, CRP > 100, behandling iværksat	CPAP, bipap, cough assist,	Lungeinsufficiens	
Nasalt O2	Stabil patient	Overvågning og hyppige målinger	Nyreinsufficiens	
Hvis CRP > 100 skal CRP udvise faldende	O2-maske, fugter, CPAP			Patienter med behov for kirurgisk

tendens (>25).				infektionsbehandling (abscesser)
<i>Gastro-intestinalt</i>				
Stabile patienter, isolationsproblematik skal være afklaret	Behov for væskekorrektion og udredning, behandling	Som HS	Som HS	Blodig diare med udredningsbehov eller hæmodynamisk ustabil / i risiko med behov for akut korrektion
<i>Misbrug/psykiatri</i>				
Plan for abstinensbehandling skal foreligge. Psykiatrisk diagnose kendt og behandling fastlagt	Abstinensvurdering og behandling kan foretages PTA-patienter Konfusionspatienter	Som HS	Som HS	Svært ustabile, aktivt misbrug under indlæggelse.
<i>Endokrinologisk</i>				
Stabil med fastlagt behandling	Behov for regulation og målinger	Insulindrop ved kortvarig faste	Betydelig diabetes insipidus	Svær hypofyseinsufficiens, ustabil
	Iv hormonterapi, diabetesregulation		Behov for glucose/K+drop, ketoacidose, behov for elektrolytkontrol mv.	
<i>Multiple medicinske problemstillinger</i>				
Stabile forhold ved multiple diagnoser.	Multiple diagnoser med behov for dag til dag regulationer.	Som HS	Multiple diagnoser med behov for flere daglige regulationer	Ustabile/ikke afklarede skal udredes og stabiliseres (geriatri/medicin)
				Multiple kroniske medicinske

				problemstillinger som hindrer intensiv neurorehabilitering (træthed, høj generel morbiditet)
				Moribundte, udsigtsløs forbedringspotentiale
Renale				
Posedialyse			Akut hæmodialyse	Kronisk uræmiske i hæmodialyse

23.4 2012 v. ledende overlæge Merete S. Christensen, visiterende overlæger Poul Mogensen/Mats Holgersen og visiterende afdelingssygeplejerske Lene Sams RHN.

Visitationskriterierne er drøftet i arbejdsgruppe i regi af Implementeringsgruppen for omlægning af apopleksi i RM 1.5. 2012.

Gemt; W/sekr./visitation/ visitationskriterier FRV 2012

Bilag 7: Redegørelse med baggrund i drøftelserne på budgetseminaret af spareforslagene vedr. neurorehabilitering

Definition af specialiseringsniveauer

En arbejdsgruppe med deltagelse af fagpersoner fra alle regionens hospitalsenheder kom i 2014 frem til følgende beskrivelse af, hvordan der skelnes mellem neurorehabilitering på hovedfunktionsfunktion og neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau:



"Vurderingen af, om patienten skal tilbydes rehabilitering på hovedfunktionsniveau eller skal tilbydes neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau, bygger på en konkret individuel faglig vurdering.

Udgangspunktet er nedenstående definition fra forløbsprogrammet samt nogle nærmere beskrevne patientgrupper. Der vil være gråzoner, hvor vurderingen også bygger på den faglige vurdering af potentiale og behovet for intensitet i behandlingen.

Præmissen for at vurdere, om en patient skal tilbydes træning på hovedfunktionsniveau er, at når vurderingen er foretaget og rehabiliteringsplanen på hovedfunktionsniveau er lagt, så er der ikke større behov for løbende specialvurderinger eller gentagne metodeskift (som ved regionsfunktion). Det tværfaglige team kan dermed relativt hurtigt foreslå en rehabiliteringsmetode, der virker, og som patienten er tilfreds med. Der er ikke behov for lange udslusningsprogrammer, men patienterne bør ofte udskrives med en genoptræningsplan til almen genoptræning og/eller anden kommunal opfølgning. Nogle afdelinger kan desuden følge patienter hjem med apopleksiteam funktion.

Der er herudover behov for, at patienterne følges op i passende regi med henblik på at afdække, om der senere i patientforløbet viser sig tegn på behov for en fornyet/forstærket rehabiliterende indsats."

Af Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade fremgår følgende definition af neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau i hospitalsregi:

"Hovedfunktionsniveauet omfatter rehabilitering og kontrol af hyppigt forekommende sygdomme og tilstande, hvor ydelserne er af begrænset kompleksitet, hvor sygdom såvel som ydelser er hyppige og ressourceforbruget ikke giver anledning til en samling af ydelserne. Rehabiliteringsforløb på hovedfunktionsniveau vil ofte være af mere standardiseret karakter, og varetages af et interdisciplinært team med neurofaglige kompetencer og deltagelse af speciallæge i neurologi (eller speciallæge med tilsvarende neurofaglige kompetencer), plejepersonale, fysioterapeut og ergoterapeut samt med ad hoc deltagelse af neuropsykolog, logopæd, diætist og socialrådgiver.

Ved varetagelse af hjerneskaderehabilitering bør der være adgang til relevante træningsfaciliteter samt mulighed for afholdelse af interdisciplinære konferencer. Der bør desuden være adgang til akutte billeddiagnostiske undersøgelser (røntgen, CT- og MR-scanner), biokemiske og mikrobiologiske undersøgelser (urin, spinalvæske og blodanalyser), EKG, elektrofysiologiske undersøgelser (EEG) og tilsyn fra andre lægelige specialer som fx geriatri, psykiatri, kardiologi, endokrinologi og urologi.

Sygehuse med hjerneskaderehabilitering på hovedfunktionsniveau bør desuden medvirke i rådgivning af neurofagligt personale i kommunerne."

Det skal bemærkes, at der ofte er tale om komplicerede patientforløb, hvor en patients behov og status undervejs i forløbet kan ændre sig. Derfor kan det rette behandlingstilbud for patienten også ændre sig, og en patient kan i sit forløb skifte fra f.eks. hovedfunktionsniveau til regionsfunktionsniveau og omvendt.

Tilbuddet på hovedfunktionsniveau og regionsfunktionsniveau

Tilbuddet på begge niveauer er tværfagligt og teambaseret.

Hovedfunktionspatienter trænes typisk i basale ting som mobilisering. Det sker langsomt og efter en fast metode, et skridt ad gangen. Patienterne kan ofte ikke klare så meget. De kan være meget trætte og/eller påvirkede af anden sygdom.

Regionsfunktionspatienter får mere intensiv træning af et mere specialiseret personale. Der er f.eks. specialiserede sygeplejersker 24/7, der hele tiden arbejder terapeutisk med patienterne. Patienterne testes/følges tættere, fordi der kan være brug for metodeskift.

Det, der foregår på regionsfunktionsniveau, er ifølge Sundhedsstyrelsen en specialiseret funktion, og den må kun varetages på matrikler, der er godkendt til det. Såfremt det lykkes for regionsfunktionsbehandling et eller flere steder i regionen, skal de pågældende patienter flyttes til en matrikel, der har godkendelsen.

Den fælles regionale visitation

I 2009 blev Den Fælles Regionale Visitation (FRV) etableret. Enheden visiterer til neurorehabilitering på alle regionens pladser på regionsfunktionsniveau højtspécialiserede niveau.

FRV modtager ca. mellem 2200 og 2500 henvisninger om året. FRV er bemanded med 1 fuldtids visitationssygeplejerske, 1 fuldtid lægesekretær samt 1 visiterende afdelingspsykiatriske. Der er desuden tilknyttet visiterende overlæger. Det er afdelingsledelsen på RH Hammel Neurocenter, der har det overordnede ansvar for FRV.

Visitationen i Den fælles regionale visitation bygger på faglige kriterier, som skal sikre, at patienten får et behandlingstilbud svarende til patientens rehabiliteringsbehov og i overensstemmelse med patientens rehabiliteringspotentiale. For at sikre dette skal den henvisende afdeling bl.a. vurdere patienten ud fra en risikoscore, der herefter er en af flere parametre, som FRV anvender, når patienten visiteres til et neurorehabiliteringstilbud. Det indgår også i vurderingen, om patienten på henvisningstidspunktet er klar til intensiv specialiseret neurorehabilitering, eller om der f.eks. fortsat er behov for medicinsk behandling og udredning, som gør, at patienten endnu ikke er klar til specialiseret neurorehabilitering. Risikovurderingsskemaet er udarbejdet til brug ved alle erhvervede hjerneskader uanset årsag. Det er et mangefacetteret vurderingsredskab, men kan ikke stå alene. Derfor beror visitationen på en fyldestgørende lægehenvi sning fra henvisende læge og på dialog mellem FRV og henvisende afdeling, hvis der er behov for dette.

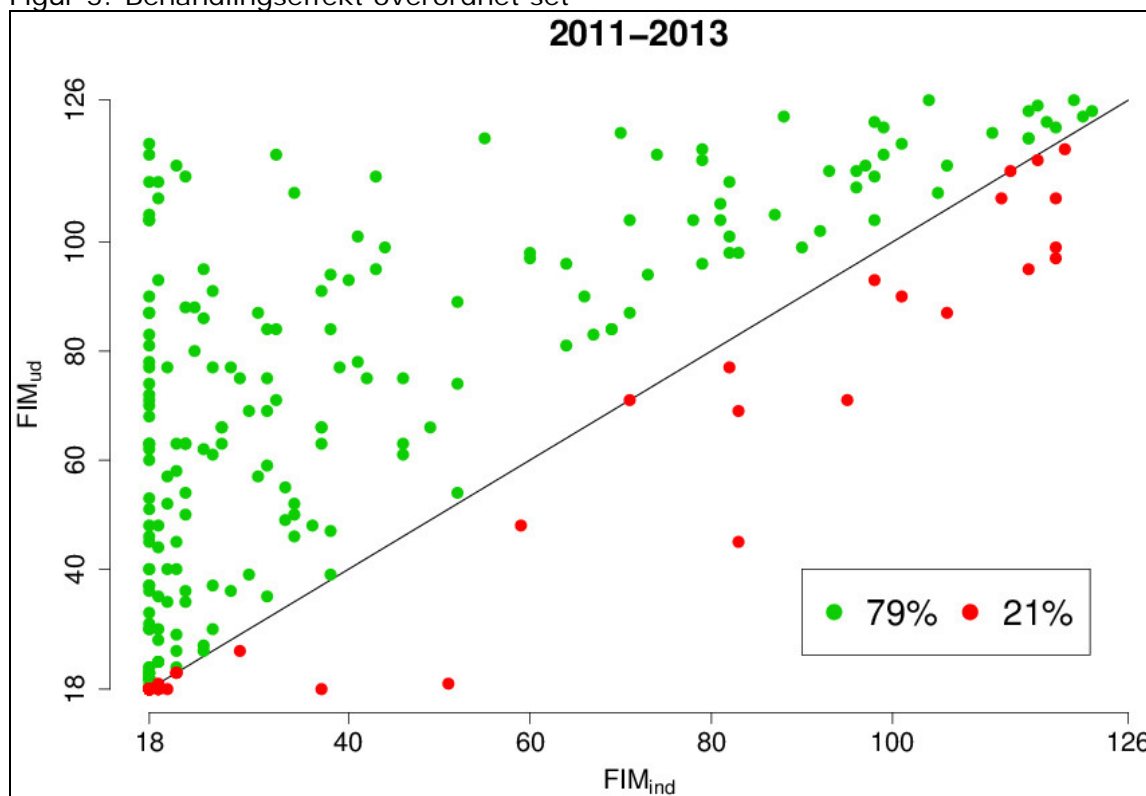
Kvalitetsmæssige aspekter

I forbindelse med en analyse af Hammel Neurocenter gennemført i 2014 blev der set på kvaliteten gennem en stikprøve bestående 760 patientforløb fordelt med hhv. 300, 335 og 125

på årene 2011-2013. Generelt viste analysen, at de patienter, som får neurorehabiliteringstilbud på Hammel neurocenter, har klar klinisk effekt af det.

Dette illustreres bl.a. af nedenstående figur, der viser en grøn plet for hver patient, som forbedrer sin tilstand under indlæggelse, mens en rød plet er patienter, som bliver ringere. Kurven omfatter både højt specialiserede (86 %) og regionsfunktionsniveau (14 %). De røde er fortrinsvist højt specialiserede patienter, som er blevet dårligere i forløbet. Det kan skyldes flere ting som bl.a. ny blodprop/blødning, vedholdende lunge-, infektions- eller andre somatiske problemer, som reducerer funktionsniveauet, samt svært dårlige patienter i udgangspunktet, som ikke kommer sig.

Figur 5: Behandlingseffekt overordnet set



Samlet set bekræfter analysen forskning på området, der også tilsiger, at neurorehabilitering har klar effekt, og at det er et område i fremadrettet udvikling selv vurderet over så kort en periode.

Analysen viste herunder, at der i sammenligning med 2009 har været faldende liggetider, stigende effekt af neurorehabiliteringen pr. dag, og faldende tidsinterval mellem skade og indlæggelse - det sidste særligt gældende i RM. Der er en antydning af, at RM patienter ikke stiger så meget i funktionsniveau pr. dag længere.

Dette stemmer med tilbagemeldinger fra klinikerne om, at det tager længere tid at rehabiliterede patienter, der ankommer svært præget af somatisk sygdom. Infektioner, vægttab, ustabil kredsløbsfunktion, bevidstløshed, depression mv. behandles nu på Hammel Neurocenter i sådan en grad, at vi taler om en ny disciplin "medicinsk rehabilitering", som går forud for den traditionelle neurorehabilitering.

Konsekvenserne for andre enheder af spareforslagene

I spareforslaget vedr. lukning af senge på regionsfunktionsniveau fremgår det, at den samme aktivitet skal opretholdes på færre senge. Dette skal ske ved en mere effektiv drift, hvor belægningsprocenten øges, og patientforløbene færdiggøres hurtigere. Der forventes dermed ikke et øget pres på hovedfunktionssengene eller andre senge.

Spareforslaget vedr. det højtspecialiserede niveau bygger i mindre grad på en forventning om effektiviseringer. Dette skyldes, at der ikke lægges afdelinger sammen, og at belægningsprocenten allerede er meget høj. Dette forslag bygger i stedet på, at forbruget for borgere fra Region Midtjylland er højere end i andre regioner – særligt for ældre patienter, og at visitationen af patienterne derfor skal søges ændret i en dialog mellem fagfolkene. Der er tale om en reduktion på 1-2 senge ud af i alt 61 senge, hvilket vil berøre 10-15 patienter årligt. Et øget pres andre steder i systemet vil være relativt beskedent.

Konsekvenserne på andre enheder af en reduktion i kapaciteten på det højtspecialiserede niveau kendes først præcist, når retningslinjerne for visitationen er blevet tilpasset. I dag vil det typisk være sådan, at hvis der er pres på de højtspecialiserede senge, kan det mærkes to steder: 1) De afdelinger, der har patienterne i den akutte fase. Det vil primært sige de neurologiske afdelinger på Aarhus Universitetshospital, Regionshospitalet Viborg og Regionshospitalet Holstebro samt neurokirurgisk afdeling på Aarhus Universitetshospital. Patienterne kan således komme til at vente på disse afdelinger, inden de kan overføres til den højtspecialiserede neurorehabilitering 2) De enheder, der tilbyder neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau. Hvis der er udsigt til længere ventetid vælger man ofte at overflytte patienter fra den akutte afdeling til en enhed, der varetager neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau.

Det er imidlertid som nævnt hensigten, hvis spareforslaget vedtages, at tilpasse visitationen, så begrænsningen ikke fører til længere ventetid, men til at nogle patienter visiteres til et andet tilbud, hvilket typisk vil være på hovedfunktionsniveau. Det vil sige en visitationspraksis, der er i større overensstemmelse med den praksis og de planer, der er i de øvrige regioner.

Data vedrørende tilbuddet på Regionshospitalet Lemvig

Som baggrund for at udarbejde spareforslagene inden for neurorehabilitering er indhentet en række data. Analyserne af kapaciteten i Region Midtjylland er primært lavet i de tilgængelige digitale systemer, der bygger på data registreret i den elektroniske patientjournal.

Som det fremgår af tidligere fremsendt materiale, registrerer man på Regionshospitalet Lemvig ikke, om patienterne er på hovedfunktionsniveau eller på regionsfunktionsniveau. Til arbejdet blev der derfor, som det fremgår af det tidligere fremsendte materiale, indhentet manuelt opgjorte oplysninger fra Regionshospitalet Lemvig. Disse oplysninger er blevet brugt i alle relevante beregninger.

De er ikke blevet brugt i tabel 4, der viser belægningsprocenter, idet det her var valgt at benytte de officielle opgørelser i InfoRM. Tabel 4 benyttes ikke til senere beregninger bag spareforslaget.

I beregningerne af effekterne ved at øge belægningsprocenter og mindske liggetiderne (tabel 7) har det været nødvendigt at foretage nogle skøn i fht de manuelt opgjorte tal fra Regionshospitalet Lemvig, idet data her skulle sammenkøres med andre data via CPRnumre. Dette er ikke muligt med de manuelt opgjorte data.

Bilag 8: Ambulancetjenestens indsats i forhold til patienter i eget hjem

Indledning

Med dette notat gives en uddybende beskrivelse af spareforslag "8. Ambulancetjenestens indsats vedr. patienter i eget hjem".

Forslag 8 indebærer, at ambulancetjenestens personale kan aflaste hospitalerne med indsats i forhold til patienter i eget hjem. Herved kan det præhospitale beredskab bidrage til at forebygge indlæggelser og sikre hurtigere udskrivning og hermed en bedre udnyttelse af sundhedsvæsenets samlede ressourcer.

Baggrund

Baggrunden for indsatsen er de senest vedtagne ambulancekontrakter, hvor Regionsrådet besluttede, at der skulle være mulighed for at bruge nogle af de ambulancetimer, Region Midtjylland med kontrakten har købt, til andre opgaver i patienternes hjem, hvis behovet skulle opstå i kontraktperioden. Ambulancetid er selvfølgelig købt af regionen til dens primære formål: at give akut syge borgere hurtig hjælp, behandling og transport, men for, at en ambulance kan have denne funktion, skal den være til rådighed. Derfor er der i perioder ambulancer, som har mulighed for at løse andre opgaver, som ikke er akutte og kan planlægges. Dvs. de vil i det konkrete tidsrum, hvor beredskabssituationen i området er fornuftig (hvor flere ambulancer dækker samme område), kunne løse opgaver af kortere varighed.

Præhospitalet har inden spareforslagets fremlæggelse, afholdt møder med hospitalsrepræsentanter. Møderne har bekræftet, at det ved ambulancetjenestens til indsats vedrørende patienter i eget hjem er muligt at aflaste hospitalerne ved at forebygge indlæggelser og bidrage til hurtig udskrivning.

Omfanget af indsats i forhold til patienter i eget hjem

Da hovedopgaven for ambulancerne er at køre ambulancekørsel, vil der maksimalt kunne rådes over 5000 timer årligt fordelt i hele regionen. Timerne fordeles ud på hospitalerne, idet hvert hospital får en fast kvote efter optageområdets størrelse.

Hospitalerne har identificeret følgende foreløbige liste over opgaver, det kunne være relevant at få hjælp fra ambulancerne til:

- Prøvetagning og aflevering af prøver
- Måling af blodtryk, puls, temperatur m.m.
- Optagelse og indsendelse af hjertekardiogram (EKG)
- Hjælp til anvendelse af iltudstyr
- Indbringelse af særligt hospitalsudstyr
- Blærescanning (forudsætter udstyr)
- Anlæggelse eller omlægning af venflon (IV-adgang)
- Tryghedsbesøg til borgere, der har kontaktet sundhedsvæsenet, men hvor der ikke umiddelbart er brug for en indlæggelse

Det er vurderingen, at muligheden for at udføre indsats i patientens hjem kan medvirke til, at patienten kan udskrives tidligere. Det er ligeledes vurderingen, at tryghedsbesøgene vil kunne

forebygge eller udskyde indlæggelser. I forbindelse med disse besøg kan redderne måle en række vitalparametre, som lægen på hospitalsafdelingen kan vurdere patientens tilstand ud fra. Herved kan indlæggelser undgås, og patienten kan muligvis afsluttes eller fortsætte ved egen læge/ambulant.

Det er vurderingen, at indsatsen med fordel kan målrettes medicinske patienter, herunder geriatriske patienter. Endvidere er nævnt geriatriske patienter inden for ortopædkirurgien.

Indsatsen skal ikke ses som en erstatning for arbejde, der udføres af den kommunale hjemmepleje. Indsatsen skal heller ikke ses som et serviceløft, men som en hjælp til at aflaste hospitalerne. Ambulancetjenesten vil særligt kunne hjælpe uden for dagtid og i weekender, hvor de udgående geriatriske teams og mobile laborantordninger er lukket. Ordningen vil endvidere kunne aflaste de mobile laborantordninger i områder med store geografiske afstande.

Ambulancetjenestens indsats vil særligt vedrøre to situationer:

- 1) Egen læge kontakter hospitalet vedr. en patient. Hospitalet, som overtager behandlingsansvaret for patienten, vurderer, at det ikke er sikkert, at patienten skal indlægges, men ønsker at bruge ambulancetjenesten til at afklare dette. Herefter aflægger ambulancetjenesten et besøg hos patienten, inden hospitalet tager stilling til det videre forløb for patienten.
- 2) Hospitalet vurderer, at en patient, ofte en geriatrisk, kan udskrives, men hospitalet har brug for, at der foretages visse målinger/tilsyn hos patienten, hvis dette skal kunne lade sig gøre. Ambulancetjenesten anmodes derfor om at besøge patienten i dagene efter, at denne er udskrevet.

Arbejdsgang i forbindelse med anmodning om ambulancetjenestens bistand i forhold til patienter i eget hjem

Fra hospitalet vil anmodninger om indsats ske til AMK-vagtcentralen. Det er væsentligt, at kommunikation om det, der bestilles, gennemføres uden risiko for misforståelser. I forbindelse med bestillingen skal der derfor udfyldes et fortrykt skema, hvor den ønskede indsats beskrives.

Ved bestilling forudsættes det som udgangspunkt, at alle anmodninger afgives mindst 24 timer før, hjælpen ønskes, og indsatsen vil kunne ligge i et tidsrum på op mod 48 timer efter anmodningen. Ambulancetjenestens indsats kan ske alle ugens 7 dage og principielt hele døgnet.

Hvis hospitalet har brug for hjælp med et kortere varsel, skal hospitalet, tage kontakt til AMK-vagtcentralen på et særligt telefonnummer. Det vil da konkret blive vurderet, om det i forhold til beredskabssituationen vil være muligt at hjælpe.

Behandlingsansvaret for patienten vil fortsat være hospitalets, og der skal derfor være mulighed for, at ambulancepersonalet kan kontakte den behandlende afdeling under indsatsen. Ambulancepersonalet vil også have mulighed for at kontakte eller tilkalde en akutlægebil, hvis der måtte opstå behov for hurtig lægehjælp.

Kommunikation til patienten

Den behandlende afdeling skal inden bestilling orientere patienten om, at ambulancetjenesten vil komme forbi i løbet af de næste par dage, og at besøget/besøgene kan ligge hele dagen, inklusiv om aftenen (dog før kl. 21, med mindre andet ønskes fra hospitalet). Endelig orienterer behandlende afdeling patienten om, at de vil blive ringet op på det opgivne telefonnummer, inden ambulancetjenesten kommer for at tage aftalte prøver m.v..

Ambulancetjenesten kontakter patienten, når de er på vej mod adressen, senest 15 minutter inden ankomst. Afbrydes ambulancens fremkørsel til patienten på grund af en akut patient, ringer ambulancetjenesten til patienten for at aftale det videre. Er ambulancen ankommet, og indsatsen påbegyndt, afbrydes den ikke.

Ved afslutning af besøg hos patienten orienterer ambulancebehandleren patienten om, at de vil høre nærmere fra det hospital, der har behandlingsansvaret.

Hvis ambulancetjenesten ikke kan få kontakt til patienten eller afvises af denne, gives en tilbagemelding til den rekvirerende afdeling.

Efter besøget ved patienten

Efter besøg ved patienten afleveres prøver og indsendes resultater som aftalt med hospitalerne.

Hvis hospitalspersonalet har bedt om det ved bestilling, vil ambulancepersonalet ringe til afdelingen i forbindelse med besøget.

Hospitalspersonalet vil via webadgang til den præhospitale patientjournal (PPJ) kunne tilgå informationer, som ambulancepersonalet registrerer i PPJ om patienten. Der planlægges gennemført integration af denne information i EPJ (pt. planlagt til 2016). Indtil da vil den relevante information skulle indføres manuelt i EPJ.

Plan for implementering

Ambulancetjenestens indsats planlægges igangsat primo 2016 forudsat regionsrådets beslutning. Idet der vil skulle ske oplæring af ambulancepersonalet, vil tiltaget først være fuldt implementeret med udgangen af 2016. Dvs. hospitalerne vil kun disponere over det halve timetal i 2016.

I forhold til ambulancebehandlere skal der sikres en specifik oplæring i funktioner, som de ikke pt. er bekendt med. Det vil ske efter en konkret dialog med hospitalerne.

Ambulancebehandlerne arbejder umiddelbart på delegation fra ambulanceleverandørernes korpslæger, som igen arbejder indenfor kompetencen af den lægefaglige direktør i Præhospitalet.

Bilag 9: Interhospital transport

Indledning

Med dette notat gives en uddybende beskrivelse af spareforslag "11 a. Anvendelse af præhospitalt personale til interhospital transport".

Forslag 11.a indebærer, at Præhospitalets personale fremadrettet varetager ledsagelsen ved størstedelen af de interhospital transport i regionen. De vil blive udført af akutlæger, sygeplejersker og ambulancetjeneste med rutine i at arbejde præhospitalt og med kendskab til udstyr og indretning i ambulancerne.

Baggrund

En række patienter har behov for ledsagelse af personale, når de flyttes fra et hospital til et andet. I dag varetages den ledsagelse ved interhospital transport af hospitalspersonale. Det betyder, at afdelingernes drift forstyrres ved, at personale må tage med på landevejen. Alternativt må der kaldes ekstra personale ind. Dette kan ske til en hel vagt, selvom kørslen tager kortere tid.

I Region Hovedstaden har man valgt at lade den præhospital organisation stå for ledsagelsen ved interhospital transport. Fordi det præhospital personale er vant til at arbejde i en ambulance, kender det ambulancens indretning, ambulancepersonalets kompetencer og retningslinjer for arbejdet i ambulancerne. Det sikrer en smidig kommunikation og et rutineret samarbejde under overførslen.

Ordnningen er en succes i hovedstaden. Selvom Region Hovedstaden har en anden geografi end Region Midtjylland, er det vurderingen, at ordningen på god vis kan gennemføres som beskrevet i Region Midtjylland. Afstandene er større i Region Midtjylland, og i konsekvens heraf dækkes området af flere akutlægebiler.

Antallet af interhospital transport og tidsforbrug hertil

Antallet af interhospital transport kan kun opgøres med afsæt i de registreringer, der er foretaget på AMK-vagtcentralen i 2014. Da Præhospitalet for nærværende ikke har skullet dokumentere ledsagelse af hospitalspersonale i ambulancer, ved man, at alle transport ikke vil være registreret. Det registrerede antal interhospital transport i 2014, er grundlag for fastlæggelse af det kommende omfang af interhospital transport, der vil kunne løftes præhospitalt. Besparelsen er ligeledes beregnet på dette kendte grundlag.

Tabel 1 viser de opgjorte data. Som det fremgår, kan der opgøres ca. 1.400 lægeledsagede interhospital ambulancetransport og ca. 750 sygeplejerskeledsagede interhospital transport.

Tabel 1. Antal opgjorte interhospital transport med ledsagelse i Region Midtjylland, opdelt efter afsendende hospitalsenhed

Hospitalsenhed	Med læge	Med sygeplejerske	I alt
Psykiatrien	6	3	9
HEV	194	262	

			456
HEM	280	189	469
Horsens	255	8	262
Randers	190	11	202
AUH	509	276	785
I alt	1.434	748	2.182

Ud fra de opgørelser, Præhospitalet er i besiddelse af, er det endvidere beregnet, at der i gennemsnit medgår ca. 4 timer til en transport inkl. forberedelse, overlevering samt transport tilbage til eget hospital.

Arbejdsgang ved afvikling af interhospital transport i Region Midtjylland, hvis ledsagelsen omlægges til den præhospitale organisation

Ved interhospital transport med ledsagelsesbehov vil arbejdsgangen ved en gennemførelse af forslaget være følgende:

1) Vurdering af behov for overflytning til andet hospital foretages af behandlingsansvarlige læge på baggrund af patientens sundhedsfaglige behov og tilgængelige behandlingstilbud på eget og regionens øvrige hospitaler.

2) Beslutning om overflytning træffes af behandlingsansvarlige læge på baggrund af konference og konkret journalført aftale med navngiven læge på modtagende hospitalsafdeling. Den behandlingsansvarlige læge har ansvar for sikring af dette, inden der tages kontakt til AMK-vagtcentralen. I journalen anføres aftalen om overflytning, modtagende afdeling/afsnit og navne på de involverede læger, der har indgået aftalen. Det bør fremgå tydeligt indenfor hvilken periode den interhospital transport gerne skal finde sted, samt sekundært hvad der kunne være et alternativ. Dette gælder dog ikke akutte patienter, der skal flyttes efter, hvad situationen og patientens tilstand tilsiger.

3) Det ledsagende personale rekvireres samtidig med, at ambulancen bestilles, hvilket foregår ligesom i dag. Det nye vil være, at den behandlende læge på hospitalet samtidig med bestilling af ambulancen skal aftale ledsagelse med AMK-vagtcentralen.

Når det præhospitale beredskab kommer frem til det somatiske hospital, hvor patienten skal flyttes fra sammen med det personale, der skal ledsage patienten, eks. akutlægen fra akutlægebilen, så overtager det præhospitale personale behandlingsansvaret for patienten og har dette, indtil patienten er overdraget til det hospital, der skal modtage patienten.

Ambulancen med patient og akutlæge vil blive ledsaget af akutlægebilen, så akutlægen hurtigt kan være i beredskab igen, når patienten er afleveret. Dette adskiller sig fra i dag, hvor hospitalets personale skal have transport hjem til eget hospital, før de igen er til rådighed for hospitalets opgaver.

Akutlægen kan altid kaldes ud til en anden og mere syg patient, indtil denne er ankommet til det hospital, hvor patienten skal ledsages fra.

Der vil blive opereret med to typer af ledsagelse:

- a) Lægeledsagelse, hvor en læge fra en akutlægebil er med under kørslen
- b) Ledsagelse af ambulancebehandler eller en sygeplejerske fra en akutbil. Ved ændret behov tilkaldes akutlægebil.

En række transporter, som i dag håndteres af hospitalssygeplejersker, vil fremover kunne håndteres af præhospitalt personale, konkret ambulancebehandlere og præhospitalt sygeplejersker. I forhold til ambulancebehandlere skal der sikres en specifik oplæring i funktioner, som de ikke pt. er bekendt med. Det vil ske efter en konkret dialog med hospitalerne. Ambulancebehandlerne arbejder umiddelbart på delegation fra ambulanceleverandørernes korpslæger, som igen arbejder indenfor kompetencen af den lægefaglige direktør i Præhospitalet.

Disponering af akutlægebiler i forbindelse med præhospital ledsagelse af patienter på interhospital transport

Alle ambulancer bruges i dag flydende i hele regionen, dvs. at alle ambulancer bruges der, hvor der er størst behov og flyttes efter, hvordan beredskabssituationen ser ud.

Denne model vil også fremover blive brugt for akutlægebiler i regionen, dvs. med udgangspunkt i beredskabssituationen vil man bruge og flytte biler, som det konkret er nødvendigt. Eksempelvis vil en akutlægebil kunne blive flyttet for at sikre en fuld dækning af regionens areal.

Det betyder, at hvis flere akutlægebiler i et område er optaget med opgaver fra 112, vil man forsøge at hente hjælp til en evt. interhospital transport uden for området for at sikre ledigt beredskab i området.

Hvis akutlægebilen i såvel Herning og Holstebro eksempelvis er på opgave, og der opstår behov for lægeledsagelse på en ikke-akut interhospital transport fra Holstebro til Aarhus, vil akutlægebilen fra Lemvig ikke nødvendigvis blive anvendt, da det vil efterlade den vestlige del af regionen uden akutlægebilsdækning i en periode. I stedet vil en akutlægebil kunne sendes til Holstebro fra fx Viborg.

Serviceniveau for akutlægebilskørsel

Serviceniveauet for akutlægebilskørsel vurderes med den beskrevne model og den kendte aktivitet at blive som i dag. Dvs. at ca. 70 % af alle patienter, der henvender sig gennem 112, og som har symptomer på livstruende tilstande, vil blive mødt af en akutlægebil.

Akutlægebilernes primære opgave vil fortsat være at yde lægebistand til akut syge eller tilskadekomne. Tildelingen af opgaver vedrørende interhospital transport vil derfor ske under hensyntagen til den primære opgave.