

Region Midtjylland

**Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark i høring**

## **Bilag**

**til Regionsrådets møde  
den 22. august 2007**

**Punkt nr. 14**

# Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark

*Planlægningsgrundlag for akutberedskabet*



[regionsyddanmark.dk](http://regionsyddanmark.dk)

I høring 25. juni - 3. september 2007

Region Syddanmark  
Sundhedsstaben  
Planlægnings- og udviklingsafdelingen  
Damhaven 12 . 7100 Vejle  
Tlf. 76 63 10 00

Høringssvar sendes til: [fremtidenssygehuse@regionsyddanmark.dk](mailto:fremtidenssygehuse@regionsyddanmark.dk)

## Indholdsfortegnelse

|   |    |
|---|----|
| Del A: Regionsrådets kommissorium .....                                 | 3  |
| 1. Baggrunden for akutplanlægningen i Region Syddanmark .....           | 3  |
| 2. Regionsrådets kommissorium for akut-planlægningen .....              | 4  |
| 2.1 Kvalitet frem for nærhed, når det er nødvendigt .....               | 4  |
| 2.2 Effektivitet .....  | 5  |
| 2.3 Nærmeste sygehus .....  | 5  |
| 2.4 Tryghed for borgeren .....  | 5  |
| 2.5 Et fremtidssikret sygehusvæsen .....                                | 5  |
| 2.6 Modellerne .....  | 5  |
| 3. Beskrivelse af den nuværende akutbetjening i Region Syddanmark ..... | 6  |
| 3.1 Sygehusenheder, specialer og skadestuer .....                       | 8  |
| 3.2 Det præhospitalt område .....                                       | 9  |
| 4. Strategiske overvejelser om fremtidens sygehusstruktur .....         | 10 |
| 4.1 Personaleressourcerne .....   | 10 |
| 4.2 De bygningsmæssige ressourcer .....                                 | 10 |
| Del B: Uddybning af forslagene .....                                    | 12 |
| 5 Akutsygehus .....   | 12 |
| 5.1 Befolkningsunderlag .....   | 12 |
| 5.2 Visitation .....  | 13 |
| 5.3 Andre specialer på akutsygehusene .....                             | 13 |
| 5.4 Kompetenceudvikling .....   | 13 |
| 5.5 Akutsygehusets profil .....   | 14 |
| 5.6 Hvor store bliver akutsygehusene? .....                             | 16 |
| 6. Parsygehus .....   | 17 |
| 6.1 Hvorfor parsygehuse? .....  | 17 |
| 6.2 Forudsætningerne for parsygehusmodellen .....                       | 19 |
| 6.3 Profilen på et parsygehus .....                                     | 20 |
| 6.4 Hvor store bliver parsygehusene? .....                              | 21 |
| 7. Sammedagssygehuse .....  | 21 |
| 7.1 Kirurgi .....   | 22 |
| 7.2 Medicin .....   | 22 |
| 7.3 Forudsætninger for etablering af sammedagssygehuse .....            | 24 |
| 8. Amtsspecialer/funktioner .....                                       | 25 |
| 9. Friklinik .....  | 26 |
| 10. Rygcenter .....   | 27 |
| 10.1 Profilen på et regionalt rygcenter .....                           | 28 |
| 11. Neurorehabilitering .....   | 28 |
| 12. Ø-beredskab .....   | 28 |
| 13. Skadeklinikker .....  | 29 |
| 14. Præhospital indsats .....   | 31 |
| 14.1 Nuværende præhospital indsats .....                                | 31 |
| 14.2 Forslag til fremtidig præhospital indsats .....                    | 32 |
| 15. Samarbejdsparter .....  | 34 |

|  |    |
|--|----|
| 15.1 Kommuner – sygehuskontakter .....   | 34 |
| 15.2 Praksissektoren.....  | 35 |
| 15.3 Psykiatriområdet.....   | 35 |
| 15.4 Private hospitaler.....   | 36 |
| Del C: Vurdering af modellerne .....   | 37 |
| 16. Faglig kvalitet .....  | 37 |
| 17. Befolkningsunderlag og patientunderlag .....                                       | 39 |
| 17.1 Befolkningsunderlag.....  | 39 |
| 17.2 Afstande .....  | 43 |
| 17.3 Er afstand et problem?.....   | 44 |
| 18. Anlægs-mæssige konsekvenser .....  | 46 |
| 18.1 Metoden ved vurdering af de anlægs-mæssige konsekvenser .....                     | 46 |
| 18.2 Vurdering af udbygningsmulighederne på sygehusgrundene .....                      | 47 |
| 18.3 Sammenligning af de bygnings-mæssige konsekvenser i de forskellige modeller ..... | 47 |
| 18.4 Behovet for sammedagssygehuse.....  | 48 |
| 19. Driftsøkonomiske konsekvenser .....  | 50 |
| 19.1 Fælles for alle modeller.....   | 50 |
| 19.2 Forskelle mellem modeller .....   | 51 |
| 20. Personale, rekruttering og uddannelse.....   | 53 |
| 20.1 Hvem og hvor mange bliver berørt.....   | 53 |
| 20.2 Ledelsesforhold .....   | 55 |
| 20.3 Rekruttering/fastholdelse .....   | 55 |
| 20.4 Uddannelse .....  | 55 |
| 21. Nyt Universitetshospital i Odense.....   | 56 |
| 22. Sammenfattende vurdering af modellerne.....  | 58 |

## Del A: Regionsrådets kommissorium

### 1. Baggrunden for akutplanlægningen i Region Syddanmark

Med kommunalreformen 1. januar 2007 blev Danmark opdelt i 5 regioner bl.a. med det formål at give sygehusene et større befolkningsunderlag og dermed et større fagligt og økonomisk råderum til at styrke kvaliteten i behandlingen af patienterne.

Akutbetjeningen er omdrejningspunktet i sygehusenes virksomhed, og Region Syddanmark valgte derfor i første omgang at afvente Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger vedr. akutberedskabet og har - som følge deraf - valgt at videreføre sygehusdriften uændret, indtil regionsrådets vedtager en plan for sygehusområdet. Sygehusplanen vil være en del af regionens samlede sundhedsplan.

Den 7. maj 2007 vedtog regionsrådet et kommissorium for den overordnede planlægning af akutområdet, hvilket omfatter en plan for fremtidens sygehuse og en plan for den fremtidige præhospitale indsats. I dette kommissorium lægges op til, at der i tilknytning til planlægningen gennemføres 2 høringsrunder. 1. høringsrunde, som løber fra 25. juni 2007 til 3. september 2007, omfatter en overordnet beskrivelse og vurdering af modeller med 4 til 6 akutsygehuse. 2. høringsrunde omfatter en beskrivelse af den endelige model for akutområdet med forventet vedtagelse i regionsrådet 20. december 2007.

Baggrunden for planlægningen af akutområdet i Region Syddanmark er for det første sammenlægningen af sundhedsvæsenet fra fire amter til ét samlet regionalt sundhedsvæsen. Dette giver et helt nyt perspektiv for sygehusplanlægningen. For det andet har Sundhedsstyrelsen i december 2006 udsendt et udkast til rapport om tilrettelæggelsen af akutområdet i Danmark. Den endelige rapport fra Sundhedsstyrelsen kommer i løbet af juni måned, men rapportens anbefalinger danner allerede grundlag for planlægningen af akutområdet i samtlige danske regioner. Regionsrådet i Region Syddanmark har fremsendt et høringssvar til Sundhedsstyrelsen, hvor rådet generelt tilslutter sig rapportudkastets anbefalinger dog med forbehold på visse punkter.

Hovedpunkterne i Sundhedsstyrelsens foreløbige rapport om akutområdet er følgende:

- **Oprustning af den præhospitale indsats** med en hel række initiativer. Regionsrådet har tilsluttet sig anbefalingen.
- **Fælles akutmodtagelser**, som modtager uselekterede akutte patienter døgnet rundt, og hvor et team af speciallæger og andet sundhedsfagligt personale er tilstede døgnet rundt. Regionsrådet har tilsluttet sig anbefalingen, men finder at selekterede akutte medicinske patienter bør kunne modtages på matrikler, der ikke har alle de specialer og faciliteter, som anbefales for et akutsygehus.
- **Tilstedeværelse døgnet rundt af speciallæger** inden for specialerne: Intern medicin, ortopædkirurgi, kirurgi og anæstesi. Sundhedsstyrelsen anbefaler herudover, at der skal kunne foretages eksempelvis akut ekkokardiografi. Regionsrådet har tilsluttet sig dette.
- **Tilstedeværelse af speciallæge i gynækologi/obstetrik og pædiatri**, hvor der er fødsler. Regionsrådet har tilsluttet sig anbefalingen om, at modtagelse af fødende forudsætter tilstedeværelse af speciallæge i gynækologi/obstetrik, samt at en fødeafdeling principielt bør ligge i tilknytning til en pædiatrisk afdeling med neonatalfunktion.
- **Befolkningsunderlag** for fælles akutmodtagelser på mellem 200.000 og 400.000 indbyggere, dog med bemærkninger om, at det konkret i særligt tæt befolkede områder bør overvejes at udnytte mulighederne for stordriftsfordele herunder effektiv udnyttelse af personaleressourcer, og at der i alle regioner er områder, hvor geografiske eller andre lokale forhold nødvendiggør specifikke løsninger. Regionsrådet har noteret sig, at der ikke er stærk faglig evidens for anbefalingen om et befolkningsunderlag på mellem 200.000 og 400.000 indbyggere, og henviser til Sundhedsstyrelsens bemærkning om, at der i alle regioner er områder, hvor geografiske eller andre lokale forhold nødvendiggør specifikke løsninger.

- **Lægevisitation** for alle henvendelser til sygehusvæsenet. Regionsrådet sætter spørgsmålstegn ved denne anbefaling. Regionsrådets høringssvar fremgår af bilag 1.

Som nævnt foreligger den endelige rapport fra Sundhedsstyrelsen ikke endnu, men regionerne har medio juni modtaget et udkast til revideret rapport på baggrund af høringsrunden. Der forventes i forhold til dette ikke væsentlige ændringer i den endelige rapport. De væsentligste nye formuleringer i udkastet til revideret rapport er følgende:

- Om adgangen til akutmodtagelsen fastholder Sundhedsstyrelsen, at den skal være visiteret. Men det præciseres, at det ikke nødvendigvis altid skal ske via praktiserende læge/lægevagten. Det kan f.eks. også ske via sygehusets akutmodtagelse, idet visitationen kan foretages af en læge eller af en sygeplejerske under lægelig supervision.
- Oprettelse af skadepoliklinikker til varetagelse af mindre og ukomplicerede skader betjent af læger eller sygeplejersker er nu medtaget som en anbefaling. "Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der enkelte steder oprettes nære tilbud f.eks. i form af skadepoliklinikker...". Styrelsen anbefaler, at skadepoliklinikkerne oprettes i regi af almen praksis/vagtlægeordningen eller sygehusvæsenet.
- Der er sket en opblødning af beskrivelsen af den fælles akutmodtagelse således, at der nu lægges op til, at visse veldefinerede patientgrupper kan visiteres direkte til en specialafdeling eller i hvert fald passere hurtigt videre til relevant specialafdeling.
- Der lægges op til, at akutte selekterede medicinske patienter kan modtages på sygehuse uden fælles akutmodtagelse.
- Til gengæld fastholder Sundhedsstyrelsen kravene til specialer, tilstedeværelsesvagt og faciliteter på akutsygehuse.
- Kravet om, at der skal være tilstedeværelse af pædiater, hvor der er fødsler, bliver først afklaret i forbindelse med den landsdækkende speciale gennemgang for det gynækologisk/obstetriske speciale.
- Anbefalingen om et befolkningsunderlag til en akutmodtagelse er ligeledes uændret 200.000 til 400.000 indbyggere.

Med disse forventede ændringer i Sundhedsstyrelsens akut-rapport er vurderingen, at de modeller for sygehusstruktur i Region Syddanmark, som Regionsrådet har bedt om nærmere beskrivelse af, ligger inden for Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Der er dog to væsentlige forbehold:

- Flere af modellerne (specielt dem med 5 og 6 akutsygehuse) lever langt fra op til anbefalingen om et befolkningsunderlag på mellem 200.000 og 400.000 indbyggere.
- Spørgsmålet om hvorvidt der skal være fødsler i Svendborg bør afvente den landsdækkende speciale gennemgang på det gynækologiske/obstetriske område.

## 2. Regionsrådets kommissorium for akut-planlægningen

Regionsrådet har som tidligere nævnt på baggrund af høringssvaret til Sundhedsstyrelsen samt drøftelser i det særlige udvalg for tilrettelæggelse af akutbetjeningen og forretningsudvalget vedtaget et kommissorium for akut-planlægningen. Kommissoriet lægger op til en beskrivelse af modeller for akutbetjeningen med 4 til 6 akutsygehuse i Region Syddanmark. Rådet har opstillet følgende overordnede målsætninger for arbejdet:

### 2.1 Kvalitet frem for nærhed, når det er nødvendigt

Formålet med omorganisering af akutberedskabet i Region Syddanmark er at styrke kvaliteten i det akutte beredskab ud fra den grundlæggende tankegang om "at øvelse gør mester", dvs. at der er en sammenhæng mellem volumen, erfaring og kvalitet. Kvalitetsaspektet indebærer således både, at antallet af akutte modtagelser reduceres, og at der stilles helt andre krav til indhold og organisering af den akutte modtagelse fremover. Borgeren vil i akutmodtagelsen, døgnet rundt og året rundt, blive

mødt af et team af specialister, der råder over de faciliteter, som er nødvendige for at diagnostik og behandling kan blive iværksat hurtigst muligt. Til gengæld for den øgede kvalitet vil borgeren i nogle tilfælde få længere til den akutte modtagelse.

## 2.2 Effektivitet

Effektiviteten i sygehusvæsenet i Region Syddanmark skal fortsat være høj. Samtidig skal der på akutsygehusene etableres tilstedeværelsesvagt i en række specialer, hvilket indebærer, at der skal lægges flere timer i vagten. Beregninger viser, at jo flere akutsygehuse, jo flere speciallægerressourcer skal der bruges til vagten. Samtidig vil befolkningsunderlaget og dermed patienttilgangen blive mindre jo flere akutsygehuse, der etableres. Det kan specielt være kritisk i de sene aftentimer og om natten, hvor der i forvejen er få akutte patienter. Beredskabet kan ikke reduceres i disse timer hvis målsætningen om, samme kvalitet døgnet rundt, året rundt, uanset sted, skal fastholdes. Ud fra et økonomisk og rekrutteringsmæssigt synspunkt vil det naturligvis ikke være rationelt at have flere personaleressourcer bundet i vagt, end opgaven tilsiger.

## 2.3 Nærmeste sygehus

Det knæsesættes som princip, at alle uselekterede akutte patienter køres til det nærmeste sygehus, hvor behandlingen kan finde sted.

## 2.4 Tryghed for borgeren

Region Syddanmark skal sikre, at regionens borgere føler sig trygge ved de tilbud, som sundhedsvæsenet leverer. En mulighed for åben (uvisiteret) adgang til skadestuer eller skadeklinikker er med til at skabe tryghed for borgerne, og denne mulighed ønskes fortsat at være tilstede samtidig med, at der sker en opgradering af det præhospitale beredskab.

## 2.5 Et fremtidssikret sygehusvæsen

En omfattende omorganisering af sygehusvæsenet i Region Syddanmark skal give hele regionen et stabilt og fremtidssikret fundament for den fremtidige sygehusbehandling. Alle fremtidige sygehusenheder skal være bæredygtige mange år frem. For at sikre dette lægges der vægt på ligeværdige akutsygehuse med hensyn til størrelse og befolkningsunderlag.

## 2.6 Modellerne

Regionsrådet har udbedt sig en analyse af en fremtidig sygehusstruktur bestående af 4 til 6 akutsygehuse, hvoraf nogle har tilknyttet et par-sygehus og/eller et sammedags-sygehus. par-sygehuse og sammedags-sygehuse er beskrevet nærmere i de følgende afsnit, men helt kortfattet kan siges, at et par-sygehus behandler udvalgte akutte medicinske patienter, planlagte ortopædkirurgiske patienter samt ambulante patienter. Sammedags-sygehuse er rent ambulante: Ambulant medicin og dagkirurgi.

Følgende sygehuse er i kommissoriet udset til at være enten akutsygehus eller par-sygehus:

- Odense Universitetshospital
- Sygehus Fyn, Svendborg
- Vejle Sygehus
- Kolding Sygehus
- Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg
- Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
- Sygehus Sønderjylland, Sønderborg

Modellerne med 4 akutsygehuse har alle ét akutsygehus i hvert af de 4 tidligere amter. Variationen i modellerne går på om Vejle eller Kolding skal være akutsygehus i trekantsområdet, og om Aabenraa eller Sønderborg skal være akutsygehus i Sønderjylland. Derudover er Odense Universitetshospital og Esbjerg akutsygehuse i alle modeller. Svendborg er par-sygehus til Odense Universitetshospital og



i trekantsområdet bliver det sygehus, der ikke bliver akutsygehus, par-sygehus og tilsvarende i Sønderjylland, jf. nedenstående oversigt.

Modeller med 5 akutsygehuse ligner 4-sygehusmodellerne for så vidt angår strukturen i Jylland, men på Fyn bliver Svendborg Sygehus også akut-sygehus. I modellen kan Svendborg være med og uden fødsler. Svendborg Sygehus og Odense Universitetshospital er i 5-sygehusmodellen en organisatorisk enhed med fælles ledelse.

I modeller med 6 akutsygehuse er Vejle, Kolding, Esbjerg, Svendborg og Odense Universitetshospital akutsygehuse. I Sønderjylland er det enten Aabenraa eller Sønderborg. Det sygehus, der ikke bliver akutsygehus, bliver par-sygehus. I 6 modellerne er der fødsler i Svendborg.

| Model      | Akut-sygehuse  | Par-sygehuse                   |
|------------|--|--------------------------------|
| A – oeva   | Odense, Esbjerg, Vejle, Aabenraa                       | Svendborg, Kolding, Sønderborg |
| B – oevs   | Odense, Esbjerg, Vejle, Sønderborg                     | Svendborg, Kolding, Aabenraa   |
| C – oeka   | Odense, Esbjerg, Kolding, Aabenraa                     | Svendborg, Vejle, Sønderborg   |
| D - oeks   | Odense, Esbjerg, Kolding, Sønderborg                   | Svendborg, Vejle, Aabenraa     |
| E - oevas  | Odense, Esbjerg, Vejle, Aabenraa, Svendborg            | Kolding, Sønderborg            |
| F - oekas  | Odense, Esbjerg, Kolding, Aabenraa, Svendborg          | Vejle, Sønderborg              |
| G - oevss  | Odense, Esbjerg, Vejle, Sønderborg, Svendborg          | Kolding, Aabenraa              |
| H - oekss  | Odense, Esbjerg, Kolding, Sønderborg, Svendborg        | Vejle, Aabenraa                |
| I - oevksa | Odense, Esbjerg, Vejle, Kolding, Svendborg, Aabenraa   | Sønderborg                     |
| J - oevkss | Odense, Esbjerg, Vejle, Kolding, Svendborg, Sønderborg | Aabenraa                       |

I kommissoriet er der peget på Give Sygehus som friklinisk på det stationære område i samarbejde med Friklinikken i Brædstrup (Region Midtjylland). Der er peget på Middelfart Sygehus som rygcenter for hele regionen. Middelfart Sygehus vil desuden varetage neurorehabilitering. Endelig foreslås det, at Ærø Sygehus fortsætter som ø-beredskab.

I oplægget til regionsrådet har sundhedsstaben anført, at der som følge af udbygning af akutsygehuse må påregnes en betydelig bygningsmæssig overkapacitet. Overvejelserne har samlet sig om sygehuse i Faaborg, Ringe, Brørup og Tønder. Regionsrådet har bedt om, at der udarbejdes en grundig beskrivelse af problemstillingen vedr. overskudkapacitet samt alternative måder at håndtere dette på. Endelig har regionsrådet bedt om, at den faglige betydning af længere afstand til akutsygehuset belyses.

Et scenarie uden parsygehuse er belyst i bilag 13.

### 3. Beskrivelse af den nuværende akutbetjening i Region Syddanmark.

Der er i dag 18 sygehusmatrikler i Region Syddanmark, heraf har 14 akut modtagelse i større eller mindre grad, mens der på 4 sygehusmatrikler varetages udvalgte planlagte funktioner.

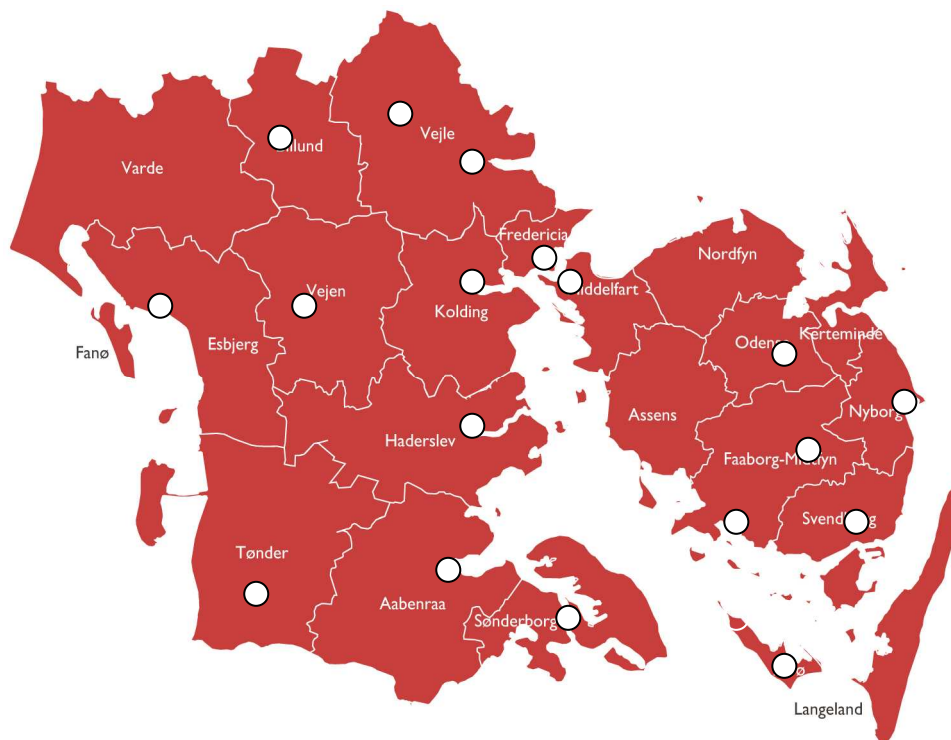
| Sygehusmatrikler med akut modtagelse |                           | Sygehusmatrikler kun med planlagt aktivitet |
|--------------------------------------|---------------------------|---|
| Brede akutfunktioner                 | Reducerede akutfunktioner |   |
| Sønderborg                           | Haderslev                 | Nyborg                                      |
| Aabenraa                             | Tønder                    | Ringe                                       |
| Esbjerg                              | Brørup                    | Faaborg                                     |
| Kolding                              | Grindsted                 | Give  |
| Vejle                                | Fredericia                |   |
| Odense Universitetshospital          | Middelfart                |   |
| Svendborg                            | Ærø                       |   |

7 af regionens sygehuse matrikler varetager store, brede akutfunktioner bl.a. inden for specialerne intern medicin, ortopædkirurgi/skadestue (Sønderborg dog kun elektiv ortopædkirurgi), kirurgi (Sønderborg kun elektiv kirurgi), gynækologi/obstetrik og pædiatri (de to sidste specialer findes dog ikke i Aabenraa og Vejle – pædiatri findes ikke i Aabenraa, Vejle og Svendborg).

De øvrige 11 matrikler har en væsentlig mindre opgaveportefølje. Nedenfor følger en kort oplistning af funktioner, som varetages på disse matrikler:

- Tønder: Akut medicin og forskellige ambulatorier
- Haderslev: Akut medicin, gynækologi/obstetrik (herunder fødsler) og sammedagskirurgi
- Grindsted: Akut medicin, planlagt ortopædkirurgi, kirurgi og sammedagskirurgi
- Brørup: Akut medicin og sammedagskirurgi
- Middelfart: Akut kirurgi og akut ortopædkirurgi
- Fredericia: Akut medicin og urologi
- Ærø: Akut medicin, akut kirurgi samt fødsler
- Give: Planlagt ryggkirurgi, genoptræning, sammedagskirurgi og friklinisk
- Nyborg: Planlagt kirurgi og sammedagskirurgi og med ambulatorium/dagshospital
- Faaborg: Medicinsk dagshospital, ambulatorium og sammedagskirurgi
- Ringe: Rygcenter og neurorehabilitering

#### Kort over sygehuse i Region Syddanmark



### 3.1 Sygehusenheder, specialer og skadestuer

Sygehuse i Region Syddanmark er samlet i 6 sygehusenheder med aktivitet på 2 eller flere matrikler.

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Sydvestjysk Sygehus            | Esbjerg, Brørup og Grindsted               |
| Sygehus Sønderjylland          | Tønder, Sønderborg, Aabenraa og Haderslev  |
| Fredericia og Kolding Sygehuse | Fredericia og Kolding                      |
| Vejle og Give Sygehuse         | Vejle og Give                              |
| Odense Universitetshospital    | Odense og Middelfart                       |
| Sygehus Fyn                    | Faaborg, Svendborg, Nyborg, Ringe samt Ærø |

I de tidligere amter blev en række specialer betegnet som amtsspecialer, dvs. specialer som blev varetaget på én matrikel i amtet. Det drejer sig om følgende kliniske specialer: Onkologi, hæmatologi, karkirurgi, øjenspecialiet, øre-næse-hals-specialiet, plastikkirurgi, kæbekirurgi, urologi, pædiatri, neurologi samt arbejdsmedicin.

Nedenstående oversigt viser placeringen af de kliniske amtsspecialer:

| Specialer             | Sygehuse   | Bemærkninger                                       |
|-----------------------|--|--|
| Onkologi              | Sønderborg, Esbjerg, Vejle<br>Odense Universitetshospital                                | Kun OUH og Vejle har strålebehandling              |
| Hæmatologi (ondartet) | Esbjerg, Vejle, Haderslev<br>Odense Universitetshospital                                 | Ikke indlagte patienter i Haderslev                |
| Karkirurgi            | Aabenraa, Esbjerg, Kolding<br>Odense Universitetshospital                                | Aabenraa og Esbjerg samarbejder med Kolding        |
| Øjenspecialiet        | Sønderborg, Esbjerg, Vejle<br>Odense Universitetshospital                                |  |
| Øre-næse-hals         | Sønderborg, Esbjerg, Vejle, Svendborg,<br>Odense Universitetshospital                    | Høreklivikker på alle matrikler undtagen Svendborg |
| Plastikkirurgi        | Aabenraa, Grindsted, Esbjerg, Vejle,<br>Odense Universitetshospital                      |  |
| Kæbekirurgi           | Sønderborg, Esbjerg, Vejle<br>Odense Universitetshospital                                |  |
| Urologi               | Sønderborg, Esbjerg, Grindsted,<br>Fredericia, Svendborg,<br>Odense Universitetshospital |  |
| Neurologi             | Sønderborg, Esbjerg, Vejle<br>Odense Universitetshospital                                |  |
| Pædiatri              | Sønderborg, Esbjerg, Kolding,<br>Odense Universitetshospital                             |  |
| Arbejdsmedicin        | Haderslev, Vejle, Esbjerg,<br>Odense Universitetshospital                                | Kun ambulat  |

Som det fremgår, har Odense Universitetshospital samtlige af disse specialer samt en række flere (thoraxkirurgi, neurokirurgi, dermatologi mv.). Dette skyldes, at Odense Universitetshospital også varetager højt specialiserede funktioner.

Derudover er en række funktioner samlet på ét sygehus i de tidligere amter:

- Brystcenter (mammografi og kirurgi): Aabenraa, Esbjerg, Vejle samt Odense
- Rygcenter (rygkirurgi og/eller specialiseret genoptræning): Aabenraa, Esbjerg, Give, Ringe samt Odense
- Invasiv kardiologi (pacemaker og KAG-undersøgelser): Haderslev, Esbjerg, Vejle samt Odense
- Colorektal – cancerkirurgi (kræft i tarm og kræft i endetarm): Sønderborg, Esbjerg, Vejle, Odense, Svendborg, Kolding og Middelfart opererer patienter med tarmkræft. Sønderborg, Esbjerg, Vejle, Odense og Svendborg opererer derudover også patienter med kræft i endetarmen.
- Dialyse: Sønderborg, Esbjerg, Fredericia, Svendborg samt Odense
- Neurorehabilitering: Sønderborg, Ringe samt Falck Rehab Varde (drives af Falck)

Odense Universitetshospital har samtlige funktioner (undtagen neurorehabilitering) samt en række andre som følge af, at Odense Universitetshospital er et højt specialiseret sygehus.

Skadestuer er lægebetjente og kan trække på speciallæger i en række specialer. Skadepoliklinikker betjenes af behandlersygeplejersker, der kan varetage en række mindre skader. Der er uvisiteret døgnåben skadestue i Aabenraa, Esbjerg, Vejle, Kolding, Odense (tillige med højt specialiseret traumecenter), Svendborg og Middelfart. Der er uvisiterede skadepoliklinikker i Tønder, Sønderborg og Haderslev fra 8.00 til 22.00 og visiteret skadepoliklinik i Grindsted fra kl. 7.00 til kl. 23.00.

### 3.2 Det præhospitalt område

Ved præhospital indsats forstås alle de aktiviteter, der i den præhospitalt fase iværksættes ved akut sygdom eller ulykkestilfælde - det være sig førstehjælp ved lægmand, alarmering, kommunikation, ambulancekørsel til skadested, behandling på skadested, ambulancetransport til behandlingssted, behandling/overvågning under transporten samt overlevering på sygehus.

Indsatsen har til formål at redde liv, forbedre helbredsudsigter, formindske smerter og andre symptomer, afkorte det samlede sygdomsforløb, yde omsorg og skabe tryghed. Det præhospitalt område i Region Syddanmark består af ambulancetjenesten samt af en præhospital indsats med lægebiler, sygeplejerskebiler og biler med niveau II reddere.

**Lægebiler:** Odense, Aabenraa og Svendborg (dagtid), militærlægen i Oksbøl, anæstesi-læge i Esbjerg (dækker op mod 50 % af døgnene), praktiserende læger i Rødding (dagtid), praktiserende læger/anæstesiologer i trekantsområdet, praktiserende læger på Vestfyn og tyske lægebiler i området nord for Flensborg samt i Tønder-området.

**Sygeplejerskebiler:** Anæstesisygeplejersker i Haderslev og Sønderborg (begge 8.00 til 22.00).

**Niveau II redder:** Rudkøbing.

Derudover er der lokale ordninger, hvor nødbehandlere rykker ud til sygdom og tilskadekomst. Endelig er der indsats via flyveåbnets lægebemandede helikoptere samt lægehelikopteren i Niebüll.

## 4. Strategiske overvejelser om fremtidens sygehusstruktur

### 4.1 Personaleressourcerne

Sundhedsvæsenets største udfordring i de kommende mange år vil være at rekruttere og fastholde kvalificeret arbejdskraft med de relevante kompetencer. Aktiviteten i sundhedsvæsenet vil stige kraftigt i de kommende år. I de følgende afsnit er vækstforudsætningerne nærmere beskrevet, men helt afgørende er forventningen om en stigning i den ambulante aktivitet på sandsynligvis 50 % frem til 2015. Dette sker samtidig med, at rekrutteringssituationen for speciallæger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale er problematisk og forventes forværret i de kommende år.

Det betyder, at det bliver helt afgørende, at fremtidens sygehusstruktur i Region Syddanmark af de sundhedsprofessionelle bliver opfattet som troværdig og attraktiv med hensyn til arbejdsforhold og udviklingsmuligheder for den enkelte. Alternativt kan regionen risikere, at læger og sygeplejersker søger til andre regioner, privatsektoren eller primærsektoren.

Aktuelt er den mest knappe personaleressource på sygehusområdet speciallægerne. Der er i dag i regionen adskillige ledige speciallægestillinger, og udfordringen er, at den nye akutstruktur vil kræve endnu flere speciallæger. Dette skyldes, at der skal bruges flere speciallæger til at dække det øgede vagtberedskab med tilstedeværelsesvagter døgnet rundt i en række specialer. For speciallægerne vil det afgørende være, at der i en ny sygehusstruktur etableres bæredygtige faglige miljøer, hvor speciallægerne får mulighed for specialisering, udvikling og forskning.

For de øvrige personalekategorier kan dette også være et ønske, men vigtigere er nok at have en arbejdsplads, som ligger inden for en acceptabel geografisk rækkevidde for den enkelte. En meget voldsom centralisering af sygehusstrukturen i regionen vil medføre risiko for, at en stor del af bl.a. plejepersonalet vil søge væk fra sygehusene og finde beskæftigelse i lokalområdet.

Fremtidens sygehusstruktur skal altså i en situation med personalemangel spænde over dels at skabe bæredygtige faglige miljøer og dels at give mulighed for beskæftigelse i en rimelig afstand fra hjemmet.

Modellen med en sygehusstruktur bestående af akutsygehuse, par-sygehuse og sammedags-sygehuse er et forsøg på at spænde over disse forskellige hensyn. Der sker på den ene side en samling af de faglige miljøer samtidig med, at en geografisk fordeling af arbejdspladserne fastholdes.

Strukturændringen vil uundgåeligt medføre, at personale skal flyttes enten til nye opgaver eller til nye geografier. Det vil være vigtigt at tilrettelægge processen således, at personalet flyttes i helheder (hele afdelinger/funktioner). Det er vurderingen, at opsplitning af en enhed med efterfølgende flytning til forskellige nye enheder vil betyde, at risikoen for tab af kompetence øges.

Fremtidens sygehusstruktur indebærer nemlig ikke, at der er for mange hænder - tværtimod vil der blive brug for alle i den nye struktur.

### 4.2 De bygningsmæssige ressourcer

Region Syddanmark råder over en anseelig bygningsmasse på ca. 850.000 m<sup>2</sup>. Bygningerne er af varierende standard, men en gennemgang af bygningerne i foråret 2006 viste, at en bygningsmæssig opdatering af bygningsmassen til de nuværende formål ville være langt billigere end nybygning.

Fremtidens akutbetjening sætter imidlertid nye krav til regionens bygninger, hvilket især nødvendiggør kraftig udbygning af de kommende akutsygehuse. Det vides endnu ikke, hvilke økonomiske rammer regionerne får af staten til at realisere den bygningsmæssige side af en ny sygehusstruktur. Men sandsynligvis vil disse rammer indebære, at regionerne må udnytte de nuværende sygehuse bedst muligt og bygge til, hvor det er nødvendigt. Dette ligger fint i forlængelse af modellerne i regionsrådets kommissorium, hvor sygehusaktiviteterne fordeles på akutsygehuse, par-sygehuse, sammedags-

sygehuse og specialsygehuse (friklinik og ryg-sygehus). Derved sker der i vid udstrækning en udnyttelse af de eksisterende bygninger.

Ikke desto mindre er der i alle regioner planer om nybygning af sygehuse. Dette bør også indgå i overvejelserne i Region Syddanmark. Selvom nybygning er dyrere end renovering/tilbygning, er der en række andre fordele ved nybygning. I et nybygget sygehus er der mulighed for en fysisk indretning, der optimerer driften. Derudover vil der være mulighed for at indrette serviceniveauet, som man ønsker det. F.eks. kan man etablere enestuer, hvilket vanskeligt er muligt i renoveret byggeri. Endelig indebærer nybygning, at man får mulighed for at placere sygehuset, så det ligger optimalt i forhold til optageområde, infrastruktur m.v.

En oplagt overvejelse i Region Syddanmark vil være at nybygge universitetshospitalet i Odense. Dette er nærmere beskrevet i et af de følgende afsnit.

## Del B: Uddybning af forslagene

I de følgende afsnit er der en nærmere beskrivelse af de forskellige elementer i de modeller, som indgår i Regionsrådets kommissorium: Akutsygehuse, par-sygehuse, sammedags-sygehuse, specialsygehuse, det præhospitale område m.v.

### 5 Akutsygehus

Oprettelsen af et antal akutsygehuse med de nødvendige kompetencer og faciliteter til at modtage uselekerede akutte patienter er krumtappen i fremtidens akutbetjening.

I dag modtages akutte patienter på 14 steder i Region Syddanmark. Da speciallægeressourcerne er begrænsede, betyder det, at akut indlagte patienter særligt i aften, nat og weekend typisk modtages af reservelæger med begrænset erfaring.

Spredningen af den akutte modtagelse betyder desuden, at der kun på nogle af sygehusene er en bredde i antallet af specialer. Uselekerede akutte patienter kan i sagens natur vise sig at have uventede problemstillinger – problemstillinger, som involverer flere specialer. En optimal akutmodtagelse har således en vifte af specialer, som dækker de væsentligste områder.

I alle modellerne, som indgår i regionsrådets kommissorium, er der derfor lagt op til, at der oprettes et antal akutsygehuse, som har de nødvendige specialer, beredskaber og faciliteter til at modtage uselekerede akutte patienter. Modellen for et akutsygehus følger anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens rapport, som er følgende:

- På akutsygehuse skal der døgnet rundt være et team af speciallæger og andet sundhedspersonale tilstede, som er klar til at diagnosticere patienten og igangsætte behandling
- De nødvendige specialer med tilstedeværelsesvagt af speciallæge er intern medicin, ortopædkirurgi, kirurgi og anæstesiologi med intensivafdeling niveau 2
- Øvrige obligatoriske specialer på akutsygehuset er radiologi og klinisk biokemi
- Modtagelsen organiseres som en fælles akutmodtagelse, hvor de forskellige specialer er samlet fysisk, for at specialerne kan bistå hinanden på tværs
- Der skal være mulighed for at foretage akutte ultralydsundersøgelser herunder ekkokardiografi, hvilket må formodes at fordrer tilstedeværelse af en kardiolog.

Hvis der er fødsler på akutsygehuset, skal der være en speciallæge i gynækologi/obstetrik i tilstedeværelsesvagt. Yderligere faglige krav til fødeafdelinger afklares først i forbindelse med den landsdækkende speciale gennemgang på det gynækologiske/obstetriske område.

På Odense Universitetshospital er der udover skadestuen tillige et højt specialiseret traume center, der modtager svært tilskadekomne fra hele regionen. Funktionen forudsættes videreført uændret i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

#### 5.1 Befolkningsunderlag

Af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fremgår, at det vurderes, at et befolkningsunderlag på mellem 200.000 og 400.000 indbyggere er påkrævet for en akutmodtagelse. Argumenterne for dette er, at der dels skal være et stort flow af patienter gennem den akutte modtagelse, for at speciallæger og andet sundhedspersonale kan opretholde de nødvendige kompetencer (øvelse gør mester-princippet), dels skal der et stort antal patienter til for at udnytte speciallægeressourcerne i vagttiden.

Sundhedsstyrelsen nævner, at der ikke er stærk faglig evidens for en grænse på præcis 200.000 indbyggere som patientunderlag, men at det bygger på et fagligt skøn. Der er dog næppe tvivl om, at mindst 200.000 indbyggere som patientunderlag vil være nødvendigt, hvis speciallægerne i tilstedeværelsesvagt skal udnyttes optimalt i vagttiden inden for nogle af specialerne f.eks. kirurgi.

Dertil kommer at speciallægeressourcerne er knappe – det vil således være spild at bemande sådanne meget ubelastede tilstedeværelsesvagttag. Det vil heller ikke være attraktivt for speciallægerne at søge stillinger, hvor man skal gå i en tilstedeværelsesvagt, hvor der er meget begrænset aktivitet.

## **5.2 Visitation**

I Sundhedsstyrelsens rapport anbefales, at adgangen til akutsygehuse er visiteret via praktiserende læge, lægevagten eller via en visitation på akutsygehuset forestået af læge eller sygeplejerske under lægelig supervision.

Modellerne i regionsrådets kommissorium med akutsygehuse og par-sygehuse fordrer, at der etableres en visitation på akutsygehuset, som kan rådgive praktiserende læger, lægevagten og ambulancepersonalet, således at det sikres, at patienten kommer til det rigtige sygehus jf. regionens visitationsregler (nærmere om visitation under afsnittet om par-sygehus).

I dag er der i regionen åbne/uvisiterede skadestuer. Sundhedsstyrelsen lægger således i sine anbefalinger op til, at skadestuerne på akutsygehuse fremover skal være visiterede skadestuer (skadestuen på akutsygehuse vil være en integreret del af den fælles akutmodtagelse). Til det må man dog sige, at Sundhedsstyrelsens anbefaling må bygge på driftsmæssige præmisser og ikke på faglige præmisser. Der kan således ikke være faglige problemstillinger ved at have en uvisiteret adgang til skadestuen. De patienter, som selv møder frem, vil komme til et sygehus, hvor alle relevante kompetencer er tilstede døgnet rundt.

Det er derfor mere et politisk spørgsmål om, hvilken service regionsrådet vil stille til rådighed for borgerne.

## **5.3 Andre specialer på akutsygehuse**

I et af de følgende afsnit er der redegjort for, at der som en naturlig følge af strukturændringen på det akutte område bør ske en samling af visse af de mindre specialer – det man tidligere har betegnet amtsspecialer.

Nogle af disse specialer vurderes i særlig grad at være væsentlige for akutsygehuse. Det drejer sig om pædiatri (hvis der er fødsler på sygehuset), neurologi og øre-næse-hals-specialet. Alle tre specialer har væsentlige akutte funktioner f.eks. vurdering af apopleksi-patienter med henblik på trombolyse inden for det neurologiske speciale. Det vil dog kun være i modellerne med 4 sygehuse, at det vil være muligt at placere disse specialer på alle akutsygehuse.

Det vurderes ikke at være muligt at oprette flere afdelinger inden for disse tre specialer end de nuværende.

## **5.4 Kompetenceudvikling**

Oprettelsen af de fælles akutmodtagelser vil være en meget stor ændring af organisationen og arbejdstilrettelæggelsen inden for sygehusvæsenet. Det vil medføre store udfordringer for personalet både læger, sygeplejersker og andre. Der må derfor gennemføres et kompetenceudviklingsprojekt evt. på landsplan for at implementere denne faglige opgradering.



Inden for det intern medicinske område er der ydermere den problemstilling, at området består af en række specialer, og at speciallægerne på området i mindre grad i øjeblikket deltager i modtagelsen af akutte medicinske patienter.

Den nugældende speciallægeuddannelse inden for det intern medicinske område opererer ganske vist med en common-trunk uddannelse, som giver speciallægerne kompetence til at modtage 90% af de akutte medicinske patienter. Da uddannelsesreformen er ret ny, er det kun en mindre del af de nuværende speciallæger i intern medicin, som har common-trunk uddannelsen. Der vil derfor i hele landet være et betydeligt uddannelsesbehov ikke mindst på det intern medicinske område.

## 5.5 Akutsygehusets profil

Der kan på denne baggrund tegnes følgende profil for aktiviteten på akutsygehusene:

- Den primære funktion er modtagelsen af alle akutte patienter i optageområdet. Inden for det medicinske område vil en del af de selekterede akutte patienter dog gå til par-sygehuset
- Derudover vil der være en stor stationær elektiv aktivitet på akutsygehuset. Inden for det ortopædkirurgiske og plastikkirurgiske område vil størstedelen af den stationære elektive aktivitet dog ligge på par-sygehuset
- Derudover vil der være en stor ambulans aktivitet på akutsygehuset, som er knyttet til akutvirksomheden
- Der vil som en del af den fælles akutmodtagelse være en skadestue på akutsygehuset, som enten kan være visiteret eller uvisiteret
- På Odense Universitetshospital vil der udover skadestuen fortsat være traumecenter for hele regionen.

Herunder er et skema, som viser specialerne på akutsygehusene i de forskellige modeller. Det er kun modeller med 5 eller 6 akut-sygehuse, der er vist. I modellerne med 4 akutsygehuse har alle 4 akutsygehuse samtlige af de nævnte specialer repræsenteret: intern medicin (alle specialer undtagen hæmatologi) herunder kardiologi, ortopædkirurgi, kirurgi, gynækologi/obstetrik, pædiatri, øre-næse-hals samt neurologi. Hertil kommer de kliniske servicespecialer: anæstesi (med intensivfunktion på niveau 2) og klinisk biokemi.

I alle modellerne med 4, 5 og 6 akutsygehuse er der tilstedeværelsesvagt døgnet rundt i specialerne: intern medicin (herunder specielt i kardiologi), ortopædkirurgi, kirurgi, gynækologi/obstetrik, pædiatri og anæstesi, hvis disse er repræsenteret på sygehuset.

Specialer repræsenteret i modeller med 5 og 6 akutsygehuse

| Model | Sygehus    | Intern medicin (alle specialer undtagen hæmatologi) | Ortopæd-Kirurgi | Kirurgi | Gynækologi /obstetrik | Pædiatri | Øre-næse-hals | Neurologi | Anæstesiologi m. intensiv niveau 2 | Klinisk biokemi |
|-------|------------|---|-----------------|---------|-----------------------|----------|---------------|-----------|------------------------------------|-----------------|
| E     | Odense     | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Esbjerg    | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Vejle      | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Aabenraa   | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Svendborg  | X   | X               | X       | ?                     |          | X             |           | X                                  | X               |
| F     | Odense     | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Esbjerg    | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Kolding    | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Aabenraa   | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Svendborg  | X   | X               | X       | ?                     |          | X             |           | X                                  | X               |
| G     | Odense     | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Esbjerg    | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Vejle      | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Sønderborg | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Svendborg  | X   | X               | X       | ?                     |          | X             |           | X                                  | X               |
| H     | Odense     | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Esbjerg    | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Kolding    | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Sønderborg | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Svendborg  | X   | X               | X       | ?                     |          | X             |           | X                                  | X               |
| I     | Odense     | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Esbjerg    | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Kolding    | X   | X               | X       | X                     | X        |               |           | X                                  | X               |
|       | Vejle      | X   | X               | X       |                       |          | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Aabenraa   | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Svendborg  | X   | X               | X       | X                     |          | X             |           | X                                  | X               |
| J     | Odense     | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Esbjerg    | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Kolding    | X   | X               | X       | X                     | X        |               |           | X                                  | X               |
|       | Vejle      | X   | X               | X       |                       |          | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Sønderborg | X   | X               | X       | X                     | X        | X             | X         | X                                  | X               |
|       | Svendborg  | X   | X               | X       | X                     |          | X             |           | X                                  | X               |

Som det fremgår af skemaet, har Svendborg som akutsygehus ikke pædiatri og neurologi. Spørgsmålstegnet markerer, at der ikke er taget stilling til, om fødsler skal flyttes fra Svendborg til Odense Universitetshospital i modeller med 5 akutsygehuse.

I modeller med 6 akutsygehuse (model I og J) vil Kolding ikke have: øre-næse-hals og neurologi og Vejle vil ikke have gynækologi og obstetrik samt pædiatri. Det vurderes ikke muligt at oprette flere afdelinger inden for disse specialer end de nuværende fire i Regionen. Det bemærkes, at Svendborg har fødsler i modellerne med 6 akutsygehuse.

Udover de viste specialer vil der på nogle af akutsygehusene endvidere blive placeret nogle af de øvrige amtsspecialer. Der er endnu ikke udarbejdet et forslag til dette, jf. afsnit om amtsspecialer. Lands- og landsfunktioner er holdt uden for oversigten.

## 5.6 Hvor store bliver akutsygehusene?

I nedenstående tabel er akutsygehusenes størrelse skitseret inden for de forskellige modeller målt i det forventede sengebehov i 2015. Som det ses, er der tale om en væsentlig udvidelse af akutsygehusene i modellerne med 4 akutsygehuse.

Metoden til beregning af akutsygehusenes størrelse er følgende. Der er taget udgangspunkt i alle indlæggelser på regionens sygehuse i 2006. Disse er relateret til akutsygehusene i de forskellige modeller ud fra præmissen, at det nærmeste akutsygehus målt i tidsafstand vælges. Tidsafstanden er målt fra rådhusadressen i patientens bopælskommune i 2006 og til nærmeste akutsygehus, der indgår i modellen. Der er taget højde for, at indbyggere i nogle kommuner fordeler sig mellem to akutsygehuse. Patienter med bopæl uden for Region Syddanmark indgår i beregningerne med en fiktiv bopælsadresse i den kommune, hvor det behandlende sygehus lå.

Alle akutte indlæggelser på Odense Universitetshospital i 2006 er fastholdt på Odense Universitetshospital uanset nærmeste akutsygehus, idet det antages, at der er tale om lands- og landsdelspatienter, som også fremover skal indgå i kapaciteten på universitetshospitalet i Odense.

Der er i beregningerne taget højde for, at parysgehusene skal modtage akutte visiterede patienter. Der er flyttet 40 % af de medicinske senge fra akutsygehuset til parysgehuset. Endvidere er der flyttet 85 % af de elektive ortopædkirurgiske senge fra akutsygehuset til parysgehuset.

Sengetallet i nedenstående tabeller er før og efter beregnet som belagte sengepladser ved en gennemsnitlig belægning på 85 %. Der er indregnet en forventet nedgang i sengeforbruget på 1 % årligt frem til 2015. For at få et billede af det samlede antal senge i regionen henvises til bilag 2.

### Modeller med 4 akutsygehuse

Forventet sengebehov 2015. Tallene i parentes angiver det aktuelle sengebehov.

|                | Odense      | Esbjerg   | Vejle     | Kolding   | Aabenraa  | Sønderborg |
|----------------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Model A – oeva | 1.078 (984) | 408 (434) | 503 (268) |           | 446 (126) |            |
| Model B - oevs | 1.078 (984) | 464 (434) | 514 (268) |           |           | 354 (277)  |
| Model C - oeka | 1.074 (984) | 343 (434) |           | 528 (318) | 427 (126) |            |
| Model D - oeks | 1.074 (984) | 396 (434) |           | 577 (318) |           | 276 (277)  |

### Modeller med 5 akutsygehuse *med* fødsler i Svendborg.

Forventet sengebehov 2015. Tallene i parentes angiver det aktuelle sengebehov.

|                  | Odense      | Esbjerg   | Vejle     | Kolding   | Aabenraa  | Sønderborg | Svendborg |
|------------------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|
| Model E - oevass | 1.051 (984) | 408 (434) | 503 (268) |           | 446 (126) |            | 192 (324) |
| Model F - oekass | 1.051 (984) | 343 (434) |           | 528 (318) | 427 (126) |            | 192 (324) |
| Model G – oevsss | 1.051 (984) | 464 (434) | 514 (268) |           |           | 354 (277)  | 192 (324) |
| Model H - oeksss | 1.051 (984) | 396 (434) |           | 577 (318) |           | 276 (277)  | 192 (324) |

Modeller med 5 akutsygehuse **uden** fødsler i Svendborg.

Forventet sengebehov 2015. Tallene i parentes angiver det aktuelle sengebehov.

|                     | Odense      | Esbjerg   | Vejle     | Kolding   | Aabenraa  | Sønderborg | Svendborg |
|---------------------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|
| Model E –<br>oervas | 1.071 (984) | 408 (434) | 503 (268) |           | 446 (126) |            | 172 (324) |
| Model F –<br>oekas  | 1.071 (984) | 343 (434) |           | 528 (318) | 427 (126) |            | 172 (324) |
| Model G –<br>oevss  | 1.071 (984) | 464 (434) | 514 (268) |           |           | 354 (277)  | 172 (324) |
| Model H –<br>oekss  | 1.071 (984) | 396 (434) |           | 577 (318) |           | 276 (277)  | 172 (324) |

Modeller med 6 akutsygehuse.

Forventet sengebehov 2015. Tallene i parentes angiver det aktuelle sengebehov.

|                     | Odense      | Esbjerg   | Vejle     | Kolding   | Aabenraa  | Sønderborg | Svendborg |
|---------------------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|
| Model I –<br>oevksa | 1.051 (984) | 347 (434) | 358 (268) | 380 (318) | 425 (126) |            | 192 (324) |
| Model J –<br>oevkss | 1.051 (984) | 368 (434) | 368 (268) | 482 (318) |           | 281 (277)  | 192 (324) |

Det er vigtigt at bemærke, at sengeantallet vil kunne rykkes via visitationsretningslinier eksempelvis for patienter, der bor nogenlunde lige langt fra to akutsygehuse.

## 6. Parsygehus

Sundhedsstyrelsens endelige rapport om fremtidens akutbetjening forventes som nævnt at lægge op til, at der kan etableres modtagelse af akutte patienter på sygehuse uden fælles akut modtagelse. Såfremt der etableres en sådan model, anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der på disse sygehuse kun modtages akutte intern medicinske patienter.

Regionsrådet har allerede i sit høringsvar beskrevet en sådan model som en nødvendighed af en række grunde. Modellen betegnes i høringsvaret som parsygehus. Den ene halvdel af parret er et akutsygehus med beredskab, som beskrevet i foregående afsnit. Den anden del af parret er et sygehus, som modtager udvalgte/visiterede akutte medicinske patienter. Derudover har parsygehuset stationær aktivitet bl.a. på det ortopædkirurgiske og evt. plastikkirurgiske område, diverse ambulante tilbud, dagkirurgi samt skadefabrik.

I det følgende gives en nærmere redegørelse for parsygehusmodellen, som indgår i samtlige af de modeller, som regionsrådet har bedt om uddybende beskrivelse af.

### 6.1 Hvorfor parsygehus?

En væsentlig årsag til at introducere parsygehusmodellen er størrelsen af det medicinske område.

Det intern medicinske område er kendetegnet ved at være meget stort og ved, at langt hovedparten af indlæggelserne er akutte.

I dag modtages akutte medicinske patienter på 13 sygehusematrikler i regionen (inkl. Ærø). En samling af alle akutte medicinske patienter på 4, 5 eller 6 akut-sygehuse vil således medføre behov for en massiv udbygning af akutsygehuse. I et af de følgende afsnit er de forventede udgifter til en udbygning af akutsygehuse angivet under den forudsætning, at parsygehuse tager en del af de akutte medicinske patienter samt stationære patienter inden for det kirurgiske felt. Udgifterne er

opgjort til mellem 4,5 og 5,3 mia. kr., alt efter valg af model. Hvis man fjerner parysgehusene og placerer al akut aktivitet på akutsygehusene, vil det forudsætte yderligere udbygning af disse og dermed yderligere udgifter til anlæg især i modellerne med 4-5 akutsygehuse.

En sådan samling af al akut aktivitet vil også medføre, at en meget stor del af den nuværende bygningsmasse på sygehusene må afvikles. De sygehuse, som ikke bliver akutsygehuse vil i givet fald udelukkende kunne udnyttes til ambulante aktiviteter samt til planlagte indlagte patienter inden for især ortopædkirurgi og plastikkirurgi. Inden for de øvrige specialer er vurderingen, at der kun er et begrænset potentiale for at bruge parysgehusene til planlagte indlagte patienter. Der vil derfor slet ikke være grundlag for at drive et antal par-sygehuse med kun stationær ortopædkirurgi. Konsekvensen heraf vil være, at regionen vil stå i det paradoks, at der skal nybygges massivt på akutsygehusene samtidig med, at et stort antal matrikler må afvikles som overkapacitet.

Størrelsen af det medicinske område har også betydning for introduktion af parysgehusmodellen på anden vis.

Der er som nævnt et meget stort antal akutte indlæggelser på det medicinske område. En gennemsnitsberegning viser, at en samling af alle disse akutte indlæggelser på mellem 4 og 6 akutsygehuse ville medføre mellem ca. 40 og 55 medicinske indlæggelser i døgnet pr. akutsygehus. Hertil kommer akutte patienter fra de øvrige specialer. Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal alle disse akutte patienter modtages på en fælles fysisk lokalitet på akutsygehuset.

Set ud fra en organisatorisk synsvinkel er en sådan koncentration af akutte patienter mindre hensigtsmæssig. En fordeling af de medicinske patienter mellem akutsygehuset og parysgehuset vil lette denne problemstilling.

Det skal dog understreges, at den fælles akutmodtagelse på Odense Universitetshospital under alle omstændigheder (uanset om Svendborg Sygehus er akutsygehus eller par-sygehus) vil blive meget stor, hvilket vil blive en organisatorisk udfordring.

En anden vigtig årsag til parysgehusmodellen er bredden i det intern medicinske område. Det intern medicinske område består af en række specialer, som dækker en meget bred vifte af sygdomme og patienter med meget forskellige behov.

Spredningen kan illustreres med følgende eksempler: I den ene ende af spektret er f.eks. den stabile kroniske patient (f.eks. en KOL-patient), som har fået en forværring i sygdommen. I den anden ende af spektret er f.eks. den akutte hjertepatient, som har behov for at komme til et sygehus med et intensivt akutberedskab. Selvom begge patienter er akutte, er der stor forskel på, hvilket beredskab der skal til for at give patienterne en kvalificeret behandling. Langt fra alle akutte medicinske patienter er bedst tjent med det, som et akutsygehus kan tilbyde. På akutsygehuset vil fokus i sagens natur være på de akutte patienter, hvorimod der på parysgehuset vil være mulighed for fokus på bl.a. kroniske patienter.

Det er derfor rimeligt at overveje et gradueret tilbud til den akutte medicinske patient, som illustreret herunder:

Niveau 1: Disse medicinske patienter har symptomer og en tilstand som gør, at de kan modtages på et sygehus med et mindre intensivt beredskab (par-sygehus). Dette vil typisk være stabile kroniske patienter med en forværring af deres grundlæggende lidelse, patienter med palliative behov og en række patienter med infektioner uden påvirkning af vejrtrækning og kredsløb.

Niveau 2: Disse medicinske patienter har symptomer og en tilstand som berettiger, at patienten køres en længere vej for at komme til et sygehus med et intensivt akutberedskab (akutsygehus). Dette vil

typisk være ustabile patienter med uafklaret akut sygdom, akutte kredsløbslidelser inklusiv apopleksi og infektionstilstande med påvirkning af vejrtrækning og/eller kredsløb.

Niveau 3: Er de meget få patienter, som har brug for akut højt specialiseret behandling f.eks. ballonbehandling af patienter med hjerteinfarkt.

Der lægges således op til, at akutsygehusene og parysgehusene optimerer modtagelsen af forskellige typer af akutte patienter. På parysgehusene vil der således være fokus på at forbedre tilbuddene til bl.a. kroniske patienter i et tæt samarbejde med praksissektoren og kommunerne.

Intern medicin er ikke kun karakteriseret ved størrelsen og bredden i området. Tilstedeværelse af medicinske speciallæger har også stor betydning for andre afdelinger, idet der til tider er behov for at kunne tilkalde medicinske læger til vurdering af patienter indlagt på andre afdelinger. I parysgehusmodellen er der som nævnt lagt op til, at der skal være stationære aktiviteter inden for ortopædkirurgi og eventuelt plastikkirurgi. I den forbindelse vil det medicinske beredskab på parysgehuset være en væsentlig støttefunktion for disse aktiviteter. Hvis parysgehusene fratages akutte selekterede medicinske patienter, vil de således ikke kun blive alt for små til en hensigtsmæssig drift, de vil også komme til at mangle en væsentlig faglig backup fra det medicinske område.

Det er tidligere fremhævet, at modellen med fælles akutmodtagelse med speciallæger i tilstedeværelse døgnet rundt vil være en ideel læreplads for yngre læger. Som supplement hertil vil parysgehusene ligeledes kunne tilbyde gode uddannelsesmuligheder inden for både medicin og elektiv ortopædkirurgi.

## 6.2 Forudsætningerne for parysgehusmodellen

For at parysgehusmodellen kan realiseres, er der en række forudsætninger, som skal være opfyldt:

Størrelse: For det første skal parysgehusene have en vis størrelse for at de er bæredygtige såvel fagligt som driftsmæssigt. Specielt på det medicinske område, hvor der er en række specialer, er det væsentligt med et stort volumen for at sikre den nødvendige faglige tyngde og mulighed for specialisering. Set ud fra en driftsmæssig synsvinkel vil det også være nødvendigt med et vist volumen for at de faciliteter, som er beskrevet herunder som nødvendige for parysgehuset, har et tilstrækkeligt underlag. I beskrivelsen af parysgehusene er der derfor skønsomt indført det kriterium, at den intern medicinske funktion skal være på mindst 80 sengepladser, hvortil kommer sengepladser til ortopædkirurgi. Dette kriterium er opfyldt i alle modeller.

Visitation: Et andet vigtigt punkt er visitationen. Der er to hovedelementer i visitationen: Det ene element er præcise visitationsretningslinjer, som er gældende for hele regionen. Det andet element er en døgndækkende visitatorfunktion, som er placeret i den fælles akutmodtagelse på hvert af akutsygehusene. Visitationsretningslinjerne er et redskab for de praktiserende læger, lægevagten, ambulancebehandlerne og akutbilerne. Det forventes, at visitatorfunktionen forstås af den intern medicinske vagthavende speciallæge i den fælles akutmodtagelse. Denne visitator kan i øvrigt hente råd fra de øvrige specialer, som er repræsenteret i akutmodtagelsen. Alle indlæggelser konfereres med den vagthavende visitator herunder spørgsmålet om, hvorvidt patienten skal indlægges på parysgehuset eller på akutsygehuset. Visitationen understøttes af tilgængelighed af patientoplysninger (EPJ) samt transmission af telemedicinske data fra ambulancerne samt video-forbindelse.

De nævnte faglige visitationsretningslinjer er endnu ikke udarbejdet, hvorfor det er svært præcist at angive, hvor stor en andel af de akutte medicinske der skal indlægges på henholdsvis akutsygehus og parysgehuset. En gennemgang af de foreliggende data over indlæggelser peger på, at mellem 40 % og 50 % af de akutte medicinske patienter har behov for indlæggelse på akutsygehuset. Da akutsygehusene også vil modtage niveau-1 patienter fra nærområdet, er der i

beregningsforudsætningerne forudsat, at parysgehusene dækker ca. 40 % af samtlige akutte medicinske indlæggelser.

Beredskab på parysgehusene: Den tredje afgørende forudsætning for parysgehusmodellen er, at der er et tilstrækkeligt beredskab på sygehuset. Den foreløbige vurdering er, at der bør være en intern medicinsk speciallæge i tilstedeværelse i dagtid og aftenvagts samt speciallæge i tilkald i nattevagten. Langt de fleste akutte indlæggelser sker i dag og aften vagten.

Der skal derudover være forvagt/mellemvagt af yngre læger tilstede på sygehuset døgnet rundt. Det vurderes også, at der er behov for anæstesiologisk dækning døgnet rundt: Anæstesilæge/ynge læge i tilstedeværelsesvagt og speciallæge i anæstesi i tilkald aften/nat. Hertil kommer anæstesisygeplejerske i vagt døgnet rundt

Det forudsættes endvidere, at der på parysgehuset i dagtiden skal være speciallæger fra en række af de intern medicinske specialer.

Faciliteter på parysgehusene:

Det er derudover en forudsætning, at parysgehuset har de nødvendige støttefunktioner: Det forudsættes, at der vil være behov for en intensiv funktion på parysgehuset svarende til Sundhedsstyrelsens beskrivelse af et intensivafsnit på niveau 1 eller et multidisciplinært intensivt intermediærafsnit. En sådan funktion kunne evt. samdrives med opvågningen og kunne i øvrigt fungere som en buffer i forhold til intensivafdelingen (niveau 2 eller 3) på akutsygehuset.

Der skal desuden være en døgndækkende radiologisk funktion på sygehuset med røntgen og CT. I forhold til dækning af vaggtiden forudsættes optagelsen foretaget af radiograf i vagt, som via en PACS løsning kan sende billederne til vurdering på akutsygehuset.

Endelig skal der være en laboratoriefunktion med klinisk biokemi, som i vaggtiden er dækket af en bioanalytiker.

Sammenhæng mellem akutsygehuset og parysgehuset:

En helt afgørende forudsætning for parysgehusmodellen er, at der er et meget tæt samarbejde vedr. patientforløb, personaleressourcer og serviceydelser mellem parysgehuset og akutsygehuset. Et sådant samarbejde vurderes kun muligt, hvis de to dele er én organisatorisk enhed. Det indebærer fælles sygehusledelse og afdelingsledelse på tværs af matriklerne. Det indebærer desuden en fælles lægestab, hvor udetjeneste på enten parysgehuset eller akut-sygehuset er udbredt. Der skal også etableres et fællesskab om tilrettelæggelsen af den lægelige videreuddannelse. Endelig skal alle muligheder for at binde de to enheder sammen via IT-løsninger og telemedicinske løsninger udnyttes, således at parysgehuset i videst muligt omfang får backup fra akutsygehuset.

### **6.3 Profilen på et parysgehus**

På baggrund af ovenstående kan der tegnes følgende profil af aktiviteterne på et parysgehus:

- Akut medicin: Parysgehusene modtager udvalgte/visiterede akutte medicinske patienter
- Ambulant medicin: I dagtiden vil der være ambulatoriefunktioner, som dækker en række intern medicinske specialer
- Elektiv/indlagt ortopædkirurgi og plastikkirurgi: Den væsentligste del af den elektive indlagte ortopædkirurgi samt elektiv plastikkirurgi vil være henlagt til parysgehusene
- Ambulant kirurgi og dagkirurgi: Der vil derudover være ambulante og dagkirurgiske aktiviteter inden for en række felter
- Skadeklinik: Endelig vil der være en skadeklinik bemandet med specialuddannede sygeplejersker, som kan behandle mindre skader
- Kliniske støtte funktioner: Intensivfunktion på niveau 1 eller et multidisciplinært intensivt intermediærafsnit, røntgen-funktion og laboratoriefunktion.

## 6.4 Hvor store bliver parysygehuse?

I nedenstående tabel er størrelsen af parysygehuses skitseret inden for de forskellige modeller målt i forventet sengebehov i 2015. Som det ses er der i de fleste tilfælde tale om en væsentlig nedgang i sengebehov. Den frigjorte fysiske kapacitet på parysygehuse vil blive anvendt til ambulante aktiviteter. Sengetallene er beregnet ud fra den metode, som er beskrevet i afsnittet om akutsygehuse. Sengetallene før og efter er beregnet som belagte sengepladser ved gennemsnitlig 85 % belægning.

Modeller med 3 parysygehuse (og 4 akutsygehuse).

Forventet sengebehov i 2015. Tallene i parentes angiver det aktuelle sengebehov

|                | Svendborg | Kolding   | Vejle     | Aabenraa  | Sønderborg |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Model A – oeva | 176 (324) | 140 (318) |           |           | 106 (277)  |
| Model B – oevs | 176 (324) | 162 (318) |           | 108 (126) |            |
| Model C – oeka | 174 (324) |           | 212 (268) |           | 98 (277)   |
| Model D – oeks | 174 (324) |           | 248 (268) | 112 (126) |            |

Modeller med 2 parysygehuse (og 5 akutsygehuse).

Forventet sengebehov i 2015. Tallene i parentes angiver det aktuelle sengebehov

|                 | Kolding   | Vejle     | Aabenraa  | Sønderborg |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Model E – oevas | 140 (318) |           |           | 106 (277)  |
| Model F – oekas |           | 212 (268) |           | 98 (277)   |
| Model G – oeuss | 162 (318) |           | 108 (126) |            |
| Model H – oekss |           | 248 (268) | 112 (126) |            |

Modeller med 1 parysygehus (og 6 akutsygehuse).

Forventet sengebehov i 2015. Tallene i parentes angiver det aktuelle sengebehov

|                  | Aabenraa  | Sønderborg |
|------------------|-----------|------------|
| Model I – oevksa |           | 100 (277)  |
| Model J – oevkss | 110 (126) |            |

For en yderligere beskrivelse af parysygehuse henvises til bilag 14.

## 7. Sammedagssygehuse

Forslaget om etablering af sammedagssygehuse skal ses i sammenhæng med eksisterende personalemæssige og bygningsmæssige ressourcer. Den fremtidige sygehusstruktur i regionen skal sikre, at der er en fortsat bred geografisk fordeling af arbejdspladser i regionen, og at eksisterende bygninger udnyttes bedst muligt.

Grundlaget for etablering af rene sammedagssygehuse skal desuden ses i lyset af den igangværende udvikling i retning af, at flere og flere patienter kan behandles ambulante i stedet for under indlæggelse. På sygehuse i Region Syddanmark har der gennem de senere år været en årlig vækst på det ambulante område på omkring 6 %. Fortsætter denne udvikling, vil den ambulante aktivitet være



steget med ca. 50 % frem til 2015. Som det fremgår af nedenstående beskrivelser, er der både inden for det dagkirurgiske område og idet dagmedicinske område et stort potentiale for yderligere ambulant undersøgelse og behandling. Ambulant behandling er, som det ses, ofte en gevinst både kvalitetsmæssigt, servicemæssigt og økonomisk.

Udfordringen ved sammedagssygehusene bliver at skabe nogle bæredygtige og attraktive faglige miljøer, som gør, at det sundhedsfaglige personale kan fastholdes, og at nyt sundhedsfagligt personale kan tiltrækkes. Nedenstående gennemgang viser, at der kan peges på både kirurgisk og medicinsk virksomhed, som – set i dette lys - er velegnet til placering på et sammedagssygehus.

## 7.1 Kirurgi

Undersøgelser har vist, at der fortsat er et potentiale for udvikling af dagkirurgi i Danmark på trods af, at den dagkirurgiske aktivitet i Danmark er høj sammenlignet med de fleste andre lande, og at der vil kunne spares et relativt stort antal senge ved optimering af dagkirurgi til de bedste dagkirurgiske procenter over hele landet.

Der er generel enighed om, at dagkirurgisk behandling kan gennemføres med mindst den samme kvalitet af behandlingen og med mindst samme patienttilfredshed som ved indlagt kirurgi. Tendensen går imod, at det i virkeligheden er mindre risikabelt for risikopatienter at gennemgå en dagkirurgisk operation i forhold til indlæggelse.

### Aktivitet og potentiale

I 2006 blev 60 % af alle operationer (inkl. skopier) og 55,7 % af egentlige operationer (eks. skopier) udført ambulant i Danmark.

I nedenstående tabel er der dels taget udgangspunkt i aktiviteten i de 4 gamle amter i Region Syddanmark, og dels i en beregnet total aktivitet, hvis der præsteres en aktivitet på samme niveau som det amt, der i 2005 havde den højeste andel af dagkirurgiske operationer. Opgørelsen er udarbejdet for 37 index operationer, der anvendes til international benchmarking. Disse 37 index operationer udgør ca. 50 % af al registreret dagkirurgisk aktivitet inden for alle specialer.

| Sygehusområde                    | 2005   | Max. Aktivitet | Potentiale   |
|----------------------------------|--------|----------------|--------------|
| Fyn                              | 19.002 | 21.257         | 2.255 (12 %) |
| Sygehus Sønderjylland            | 7.709  | 8.949          | 1.240 (16 %) |
| Sydvestjysk sygehus              | 7.578  | 8.835          | 1.257 (17 %) |
| Vejle/Give og Kolding/Fredericia | 12.797 | 13.630         | 833 (6,5 %)  |

*Note: Ovenstående tal tager udgangspunkt i registreret dagkirurgisk aktivitet inden for 37 indexoperationer.*

Tallene viser, at der for de 37 indeksoperationer vil være et omlægningspotentiale for hele regionen på ca. 12 %. Udover en forventet fortsat omlægning fra stationær til ambulant aktivitet, forventes der fortsat at være en generel vækst på det ambulante område, som tidligere nævnt estimeret til 6 % årligt i Region Syddanmark.

Eksempler på specialer som vil kunne have operativ aktivitet på et sammedagssygehus er: kirurgi, ortopædkirurgi, gynækolog samt karkirurgi (åreknuder). Herudover kan der hensigtsmæssigt planlægges med en vis portion øre-næse-hals kirurgi og øjenkirurgi. Ligeledes er der i plastikkirurgien et dagkirurgisk potentiale.

## 7.2 Medicin

Det ambulante medicinske område er under forandring af flere grunde. Faglig udvikling, speciallægemangel, stigende efterspørgsel og øget krav om hurtig udredning skaber et betydeligt behov for udvikling og driftstilpasning.

Et velfungerende ambulante medicinsk område vil skabe forudsætningen for hurtige, patientvenlige og rentable patientforløb. Ligeledes bør det ambulante medicinske område ses i tæt sammenhæng med den akutte stationære medicin. En velfungerende ambulante organisation kan forebygge indlæggelser og give aftræk for det stationære område ved at skabe mulighed for hurtige udskrivelser.

### Aktivitet og potentiale

I 2006 blev der gennemført cirka 650.000 ambulante medicinske besøg på de syddanske sygehuse, og dette tal kan meget vel forventes at stige med godt 50 % til knap 1 million inden for 8-10 år under forudsætning af en årlig vækst i efterspørgslen på 5-6 %.

|                             | <b>Aktivitet<br/>ambulante besøg 2006</b> | <b>Forventet aktivitet<br/>ambulante besøg 2015</b> |
|-----------------------------|---|---|
| Arbejdsmedicin              | 2.870                                     | 4.305   |
| Endokrinologi               | 71.542                                    | 107.314   |
| Gastromedicin               | 18.413                                    | 27.621  |
| Geriatrici                  | 8.751                                     | 13.128  |
| Hæmatologi                  | 41.315                                    | 61.975  |
| Kardiologi                  | 71.746                                    | 107.620   |
| Lungemedicin                | 13.572                                    | 20.358  |
| Medicin (ikke specificeret) | 145.508                                   | 218.263   |
| Nefrologi (inkl. dialyse)   | 47.868                                    | 79.873  |
| Neurologi                   | 43.102                                    | 64.654  |
| Onkologi                    | 105.555                                   | 158.333   |
| Pædiatri                    | 46.541                                    | 69.812  |
| Rhematologi/ryg             | 36.219                                    | 54.329  |
| <b>Total</b>                | <b>653.002</b>                            | <b>987.585</b>                                      |

Ambulant aktivitet (antal besøg) i Region Syddanmark for ikke skærende specialer (undtagen billeddiagnostik og andre parakliniske fag) i 2006 og et estimat af den forventede aktivitet i 2015.

Ligesom den akutte medicin omfatter de ambulante medicinske diagnoser et meget bredt spektrum. Fordelingen mellem specialerne for de 25 hyppigste diagnoser har en klar overvægt mod kredsløbslidelser (37 %), endokrinologi (28 %) og nefrologi (12 %). Ligeledes er lungemedicin og neurologi ambulatorietunge specialer.

En gennemgang af den ambulante virksomhed i regionen har anslået, at ca. 1/3 af den ambulante medicinske virksomhed bør foregå på akutsygehuse afhængig af disses specialiseringsgrad. Tilsvarende kan cirka 2/3 foregå på parygehuse og sammedagssygehuse. Det er vigtigt at pointere, at den ambulante medicinske aktivitet på akut- og parygehuse bør have højeste prioritet, da tilstedeværelsen af en bred medicinsk kompetence her, er afgørende for driften af den øvrige del af sygehuset.

Som supplement hertil kan et sammedagssygehus ses som et specialhospital, der varetager et bredt spektrum af sammedagsaktiviteter, hvoraf nogle også kunne varetages på akut- og parygehuse, mens andre opgaver typisk vil være mest driftoptimale på netop et sammedagssygehus, hvor der eksempelvis ikke skal tages hensyn til akutte patienter.

En fremtidig opgaveportefølje bør tage udgangspunkt i en teknologisk oprustning og opgaveflytning fra speciallæger mod specialuddannet ikke lægeligt personale. Eksempler på opgaver som vil kunne placeres på et sammedagssygehus er:

- **Screening**  
Screening for brystkræft og eventuelt screening for colorektal kræft kan foregå på et sammedagssygehus. Særligt kunne screening for colorektal kræft forankres i screeningambulatorier, hvor endoskopier gennemføres af ikke lægeligt personale.
- **Skopiambulatorier**  
En meget stor del af såvel medicinske som kirurgiske skopier kan gennemføres af ikke lægeligt personale.
- **"Core lab"**  
Analyser af en række medicinske diagnostiske modaliteter som f.eks. holteroptagelser, kapselendoskopi, kropspletysmografi, breath test og dexascanninger kan med fordel centraliseres et sted per sygehusenhed eller måske regionalt.
- **Klassisk ambulant medicin**  
Konventionel ambulant medicin indenfor de medicinske subspecialer, men også inden for pædiatri og neurologi kan foregå på sammedagssygehuse. Især specialer med stort volumen (f.eks. diabetes og hjertekarsygdomme) eller specialer, hvor nærhed er væsentligt (f.eks. geriatri) kan foregå på sammedagssygehuse.
- **Daghospitaler**  
En række tilstande kræver endagsindlæggelser og kan foregå på dagshospitaler. Her tænkes specielt på transfusioner, biologisk behandling og kemoterapi.
- **Kronikerambulatorier**  
Antallet af patienter med kroniske lidelser vokser, og kravene til sygehusenes indsats overfor disse patienter er stigende. Sammedagssygehuse vil typisk kunne rumme sygeplejebaserede hjertesvigt-klinikker, KOL-klinikker og diabetesambulatorier. Ligeledes vil der i samarbejde med primærsektoren kunne drives patientskoler.

### 7.3 Forudsætninger for etablering af sammedagssygehuse

#### Servicefunktioner

Et sammedagssygehus skal - i dagtid - have let og hurtig adgang til kliniske undersøgelser, herunder især klinisk kemi og radiologi. Herudover har dagkirurgien behov for anæstesi.

#### Sammenhæng til akut/parsygehuset

Sammedagssygehuse vil potentielt skabe nye faglige identiteter især for det ikke lægefaglige personale, der er tiltænkt en betydelig større kompetence. Specialuddannede sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale vil kunne varetage store dele af patientforløbene. For plejepersonalet forventes en fuldtidstilknytning til sammedagssygehuset at være fagligt attraktiv.

Speciallægerne fra de enkelte specialer forventes tilknyttet afdelingerne på akut- og parsygehusene, med faste ambulante dage på sammedagssygehuse, hvor speciallægerne får "arbejdsro" for de akutte patienter. Ældre kirurger, der ikke ønsker vagtforpligtelse, kan tilbydes fast funktion på sammedagssygehuset. Det kan også være medvirkende til, at kirurger kan fastholdes i klinikken længere, end det ellers er tilfældet.

Speciallægerne vil skulle supervisere og oplære yngre læger og andet personale på sammedagssygehuse, og de yngre læger får en fokuseret oplæring og får mulighed for direkte mesterlære.

### Visitation

Patienterne til sammedagssygehusene visiteres fra "stam"-afdelingen i sygehusenheden, som varetager den konkrete sygdomsbehandling.

### Overnatning

Som hovedregel er aktiviteten på sammedagssygehusene ambulante. For dagkirurgien kan der i meget sjældne tilfælde blive behov for overnatning som følge af smerter og opkastning, eller i sjældnere tilfælde egentlige komplikationer til indgrebet. Indlæggelsesprocenten minimeres dels ved en omhyggelig planlægning og forberedelse, herunder at evt. kritiske procedurer udføres tidligt på dagen. En hensigtsmæssig udviklingsmulighed er, at der i det dagkirurgiske center er mulighed for på udvalgte dage at planlægge, at patienter først udskrives dagen efter indgrebet – såkaldt extended recovery. Dette kan give den ansvarlige kirurg sikkerhed for, at en patient ikke udskrives for tidligt og mulighed for at afklare, om udskrivning samme dag som indgrebet er muligt og realistisk. Rent praktisk kan dette arrangeres ved, at patienten overnatter i opvånings/hvileområdet overvåget af 1 – 2 plejepersoner.

## **8. Amtsspecialer/funktioner**

Som det fremgår af indledningsafsnittet er der en række specialer og funktioner, som de tidligere amter havde samlet på en enkelt matrikel. Nogle af disse specialer har imidlertid så beskedent patientunderlag, at det kan være hensigtsmæssigt at centralisere dem yderligere, for derved at opnå den kritiske masse, som er nødvendig.

Behovet for yderligere centralisering understreges af, at det til visse funktioner kan være vanskeligt at fastholde og rekruttere speciallæger, Visse funktioner har endvidere vist sig at være ekstremt sårbare, fordi der ikke har været patienter nok til at ansætte så mange speciallæger, at funktionen kunne drives kontinuerligt hele året, i tilfælde af sygdom eller længerevarende fravær. Enkelte funktioner har i perioder hvilet på en enkelt speciallæge/tandlæge, evt. med konsulentbistand udefra.

Som det fremgår af tidligere afsnit om akutsygehusene, foreslås det, at specialerne pædiatri, neurologi og øre-næse-hals placeres på akutsygehusene, idet disse specialer er tæt knyttet til det akutte område. Der foreslås således ikke en yderligere samling af disse specialer i forhold til det nuværende. I modeller med 4 akutsygehuse er det således muligt at placere disse specialer på samtlige akutsygehuse. I modeller med henholdsvis 5 og 6 akutsygehuse er dette ikke muligt, idet det ikke vurderes muligt at oprette flere af denne type afdelinger end tilfældet er i dag.

For nogle af de øvrige tidligere amtsspecialer kan det imidlertid jf. ovenstående være relevant at overveje en yderligere samling. De øvrige tidligere amtsspecialer er: hæmatologi, plastikkirurgi, øjenspecialt, karkirurgi, kæbekirurgi, urologi, onkologi, arbejdsmedicin. Det skal bero på en endelig specialeplanlægning, i hvilket omfang disse specialer skal samles, og hvor de skal placeres. En eventuel centralisering skal ske ud fra en række principper og hensyn, som kort er nævnt nedenfor. Nogle hensyn taler for en centralisering, mens andre hensyn taler for en mere distribueret fordeling af specialerne.

Hensyn, der taler for en distribueret service/decentral placering:

- Nærhed og patienthensyn især for kroniske patienter med megen sygehuskontakt
- Respekt for eksisterende veldrevne og fagligt bæredygtige miljøer
- Fastholdelse af eksisterende faglige kompetencer
- Konkurrence frem for monopolstatus.

Hensyn der taler for en centraliseret service og placering:

- Højere grad af kritisk masse
- Begrænsede lægelige ressourcer til lægelige beredskaber

- Rekruttering til fremtidige attraktive faglige miljøer
- Sammenhæng med andre "akutte" specialer.

Aspektet om centralisering eller decentralisering af tidligere amtsspecialer skal ses i sammenhæng med specialeplanlægningsarbejdet, men spørgsmålet om fysisk placering er et andet forhold, som ligeledes skal indgå i de samlede vurderinger. I forbindelse med den kommende høringsperiode hen over sommeren 2007 forventes de faglige råd at bidrage med input hertil.

## 9. Friklinik

Fra 1. oktober 2007 sænkes grænsen for det udvidede frie valg sygehusvalg til 1 måned. Det bliver en væsentlig udfordring for Region Syddanmark, idet en meget stor del af patienterne vil kunne gøre brug af det udvidede frie valg og dermed blive henvist til et privathospital. Behandlingen på privat hospitaler er dyrere for regionen, end hvis regionens egne sygehuse kunne øge produktionen inden for det regionale styringsparadigme om meraktivitet.

### Volumen

Der er ingen tvivl om, at nedsættelsen af ventetiden på behandling fra 2 til 1 måned vil betyde, at flere patienter vil gøre brug af det udvidede frie valg.

Regionens patientvejledere ofte får henvendelser fra patienter vedr. ventetiden inden for ortopædkirurgi. Der er typisk 2 til 4 af regionens sygehuse, der kan behandle patienterne inden for en række diagnoser inden for 8 uger fra henvisningen er modtaget. Dvs. at selv sygehuse med den korteste ventetid skal nedbringe ventetiden yderligere for at kunne tilbyde behandling inden for grænsen på 1 måned.

Det er imidlertid også erfaringen, at ventetiden til forundersøgelsen typisk er det kritiske parameter. En kort ventetid til forundersøgelse med efterfølgende dato for behandling vil for mange patienter være helt tilfredsstillende – også selv om behandlingen ligger udover 1 måned.

Der er allerede i dag patienter, der venter over 2 måneder. Disse patienter kunne principielt benytte det udvidede frie valg. Til denne gruppe skal fra 1. oktober 2007 lægges de patienter, der har ventet mellem 1 til 2 måneder.

Fremover forventes der altså at være et stigende behov for, at regionen kan tilbyde hurtig behandling.

### Give

Region Syddanmark indgår sammen med Region Midtjylland i et samarbejde om drift af friklinikkerne i Brædstrup og Give. Friklinikken i Give har lokaler på Give Sygehus. Friklinikkens aktiviteter er kirurgisk aktiviteter, som kræver indlæggelse. Friklinikkens behandlingsopgaver ligger typisk inden for følgende specialer: plastikkirurgi, urologi samt rykirurgi.

Formålet med en "friklinik" er at hjælpe regionens sygehuse med at opfylde de til enhver tid gældende ventetidsbestemmelser. Friklinikken skal derfor hurtigt kunne tilpasse sig til de behandlinger, hvor de sædvanlige sygehuse i en periode har vanskeligheder med at følge efterspørgslen. Omvendt skal friklinikken ligeledes være så fleksibel, at kapaciteten kan reduceres på de områder, hvor regionens øvrige sygehuse ikke har vanskeligheder med at følge med.

Fleksibiliteten i behandlingstilbudene forudsætter fleksible ansættelsesformer for dele af staben, medens en anden del skal være fast ansatte for at sikre den nødvendige grundbemanding.

Friklinikken bygger derfor på organisatoriske principper, der fremmer fleksibilitet og produktivitet. Økonomisk forudsættes Friklinikken at kunne levere ydelser til en pris, der ligger under, hvad regionen skal betale for behandlingerne på private hospitaler via det udvidede frie sygehusvalg.

Det foreslås, som følge af at grænsen for det udvidede frie valg reduceres fra 2 til 1 måned, at hele Give Sygehus på sigt anvendes som friklinisk, hvilket giver mulighed for at udnytte hele den fysiske behandlingskapacitet bestående af:

|              |    |
|--------------|----|
| Senge        | 66 |
| Ambulatorier | 26 |
| Op-stuer     | 6  |

Dermed er der gode udvidelsesmuligheder på Friklinikken, idet kun 2 af Gives 6 eksisterende op-stuer i dag anvendes til Friklinikkens aktiviteter.

Friklinikken kan i princippet placeres hvor som helst i regionen. Når der peges på Give, skyldes det den korte geografiske afstand til Friklinikken i Brædstrup. Herved opnås en synerigeffekt: ledelsesmæssig, personalemæssig og fagligt fællesskab samt videreudvikling af det fælles friklinikkoncept. Store afstande mellem de to dele af Friklinikken vil gøre det svært at udnytte personalet på tværs af de to enheder, hvilket er tilfældet i dag. Herudover kan tilføjes, at en udvidelse af aktiviteten i Friklinikken kan ske uden de store investeringsomkostninger.

## 10. Rygcenter

Enkelte amtsfunktioner vil – som tidligere nævnt – hensigtsmæssigt kunne centraliseres. Regionsrådet har i denne forbindelse udbedt sig en redegørelse for, hvorledes rygbehandlingen kan samles på Middelfart Sygehus.

Det faglige og organisatoriske indhold i et forslag til fremtidig indsats overfor ”ondt i ryggen” i Region Syddanmark er skitseret i bilag 3.

Sigtet med at etablere et regionalt rygcenter for medicinsk og kirurgisk rygbehandling er at samle de faglige ressourcer på området og skabe en kritisk masse. De nuværende rygfunktioner i regionen er alle hver i sær små. Erfaringen viser, at det har været svært at opretholde disse små funktioner.

Som det fremgår af beskrivelsen i bilaget, er formålet med et regionalt rygcenter desuden at højne den faglige kvalitet og sikre hurtig udredning og behandling af alle regionens rygpatienter. Dette skal ske via et forbedret samarbejde med praktiserende læger og kommuner.

De kvantitativt vigtigste behandlingssteder i Region Syddanmark er Rygcenter Fyn, Give Rygcenter, Aabenraa Sygehus, Esbjerg Sygehus og Odense Universitetshospital.

Data viser, at for 2003 blev der gennemsnitligt i Region Syddanmarks tidligere amter modtaget 8 patienter per 1000 borgere til behandling ambulant/indlæggelse for en lænderyglidelse. Tallet har været næsten konstant de seneste år. Til dette antal skal lægges en mindre gruppe patienter med nakkelidelser. Samlet må forventningerne fremadrettet være, at 12.500 patienter årligt vil søge behandling i sygehussektoren i Region Syddanmark for en ryglidelse. Halvdelen heraf vil kunne håndteres i det nære område, resten vil have behov for supplerende undersøgelse i det centrale Rygcenter.

På denne baggrund vurderes den årlige aktivitet på det fremtidige rygcenter at være på ca. 30 senge samt et endnu ikke vurderet antal besøg og operationer.

Der er ikke foretaget nogen nærmere planlægning af anvendelsen af de fysiske lokaliteter på Middelfart Sygehus. Det konstateres blot, at der med det nævnte vil være plads til både rygcenter og neurorehabilitering (se afsnit 11) på sygehuset.

Middelfart Sygehus vurderes desuden at have gode og rigelige operationsfaciliteter til den planlagte aktivitet på rygområdet.

## 10.1 Profilen på et regionalt rygcenter

Centeret foreslås at bestå af en række afdelinger og funktioner:

- Rygambulatorium
- Rygkirurgisk enhed
- Primærteams (se nedenfor)
- Specialteams
- Sengeafdeling
- Paraklinisk afdeling (MR, røntgen, ultralydsscanning, EMG, biokemi)
- Uddannelses- og kursus enhed
- Database- og kvalitetssikringsenhed
- Forskningsenhed

Primærteams: Som noget nyt foreslås det, at der i centeret er et antal ansatte – fortrinsvis deltidsansatte - fagpersoner (især kiropraktorer, fysioterapeuter og læger), som har deres primære funktion i en mindre enhed kaldet primærteams, som er forankret i lokalområdet. Primærteamet fungerer 1-2 dage ugentligt, alt efter behov. Medarbejderne kan evt. samtidigt være deltidsansatte i det centrale rygcenter med arbejde en eller flere dage ugentligt. De primære arbejdsenheder tænkes etableret i alt 4-6 steder rundt om i regionen fordelt under hensyn til geografi og praktiske forhold (huses af det stedlige sygehus).

Det forudsættes, at patienter med ryglidelser ikke bliver indlagt eller behandlet ambulant på andre akutte eller elektive sygehusafdelinger i regionen. Dog bør sjældne akutte rygtilfælde ledsaget af manglende kontrol over vandladning/afføring eller udtalte lammelser af arme/ben pga. akut discusprolaps, som hidtil indlægges på nærmeste akutsygehus.

Patienter med behov for særlige rygkirurgiske indgreb, fx traume- og tumorkirurgi forudsættes behandlet som hidtil i Odense på Odense Universitetshospital. De højtspecialiserede funktioner på rygområdet fortsætter således uændret på Odense Universitetshospital, men der bliver behov for en nærmere afklaring af snitflader mellem rygcentret i Middelfart og Odense Universitetshospital.

## 11. Neurorehabilitering

Neurorehabilitering er rehabilitering, der gives til hjerneskadede patienter. Funktionen varetages i dag i Sønderborg, Ringe, Falck Rehab Varde, og for det tidligere Vejle Amt bliver funktionen varetaget på Brædstrup Sygehus.

Som konsekvens af, at rygfunktionen i Ringe foreslås flyttet til Middelfart, foreslås endvidere den neurorehabilitering, der også foregår i Ringe, også flyttet til Middelfart. Neurorehabiliteringsfunktionen i Middelfart foreslås udvidet med yderligere neurorehabiliteringspatienter fra trekantsområdet, mens neurorehabiliteringsfunktionerne i Sønderborg og Rehab Varde foreslås at fortsætte uændret.

Som nævnt oven for vurderes det, at denne aktivitet kan rummes på Middelfart Sygehus sammen med et regionalt rygcenter.

## 12. Ø-beredskab

I Sundhedsstyrelsens endelige rapport om akutområdet anføres, at der i nogle regioner vil være områder, hvor geografiske forhold nødvendiggør specifikke løsninger. Med andre ord kan der være områder, hvor transporttiden er så lang, at det er vigtigt at have et lokalt tilbud, selvom det ikke kan leve op til kravene til et akut-sygehus. Ærø er et sådant område. Medicinsk-kirurgisk afdeling, Sygehus Fyn

Ærø kan ikke leve op til kravene til et akut-sygehus, men den lange transporttid med færge retfærdiggør, at der er forudsætning for akuttilbud på øen. Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger er forudsætningen for lokale løsninger, at den sundhedsfaglige kvalitet sikres gennem tæt, formaliseret og dokumenteret samarbejde med relevante parter.

De ledende overlæger i Sygehus Fyn har det faglige ansvar for de specialer, som ikke er repræsenterede hos den ledende overlæge ved medicinsk-kirurgisk afdeling, Sygehus Fyn Ærø. Aktuelt betyder det at de ledende overlæger i Sygehus Fyn har fagligt ansvar for såvel anæstesiologi, medicin, kirurgi, urologi, gynækologi, røntgen, klinisk kemi. Afdelingerne i Sygehus Fyn Svendborg yder faglig og personalemæssig "back up", både til daglig men også i situationer, hvor personale ikke kan skaffes.

Det faglige ansvar udmøntes på forskellige måder for de enkelte specialer. Alle afdelingerne tilbyder træning af lægerne ved medicinsk-kirurgisk afdeling, Sygehus Fyn Ærø. Gynækologisk afdeling sender en gang om måneden en speciallæge til Ærø. Medicinsk afdeling har etableret telemedicinske funktioner, således at der hver uge er telemedicinske konsultationer. Hver 14. dag kommer en diabetessygeplejerske der ser ambulante patienter, hvor speciallægen i diabetologi er opkoblet telemedicinsk. Ligeledes hver 14. dag kommer en hjertesygplejerske der laver ekkografi. Kardiologen er opkoblet via telemedicin og ser patienten samtidig. Generelt følger medicinsk-kirurgisk afdeling Sygehus Fyn Ærø de faglige instrukser for afdelingerne i Sygehus Fyn. Samarbejdet er baseret på at der er en fælles elektronisk patientjournal (Medicare), der er tilgængelig for alle afdelingerne i Sygehus Fyn.

Afdelingen har sengeafsnit med plads til 19 senge, heraf er 7 senge femdøgnssenge. Afdelingen har operationer i dagtiden og stræber mod at kun ganske få operationer udføres udenfor dagtid. Akutte patienter, der ikke kan behandles lokalt overføres til enten Svendborg eller Odense Universitetshospital. Det drejer sig om ca. 160 transporter på årsbasis, heraf er 60 ledsagede og af disse er 25 med Flyvevåbnets helikopter.

### **13. Skadepoliklinikker**

Sundhedsstyrelsen forventes i deres endelige anbefalinger at udtale, at der kan oprettes skadepoliklinikker til varetagelse af mindre og ukomplicerede skader betjent af læger eller sygeplejersker. Skadepoliklinikker kan oprettes i regi af almen praksis/vagtlægeordningen eller sygehusvæsenet.

Behovet for at centralisere og samle de akutte og komplicerede behandlinger skal gå hånd i hånd med et stærkere decentralt sundhedsvæsen. Når der er tale om alvorlige skader er det afgørende at komme det rigtige sted hen første gang og blive mødt af specialister, mens lægehus og skadepoliklinikker kan tage sig af de mindre komplicerede hændelser. Et af målene med at ændre sygehusstrukturen er, at patienterne kan få den mindst indgribende og mest sammenhængende behandling. Det betyder, at de opgaver, hvor faglige hensyn og hensyn til nærhed taler for det, skal decentraliseres.

Med udgangspunkt i erfaringer fra det tidligere Sønderjyllands Amt samt andre erfaringer beskrives nedenfor forhold omkring skadepoliklinikker som alternativ eller supplement til en skadestue. Herefter stilles forslag om skadepoliklinikker i Region Syddanmark.

#### **Skadepoliklinikker i Sygehus Sønderjylland**

I det tidligere Sønderjyllands Amt er skade og traumebehandlingen centraliseret på Centerskadestuen i Aabenraa, mens mindre skader varetages på 3 skadepoliklinikker (Sønderborg, Haderslev og Tønder). Skadepoliklinikkerne er uvisiterede og åbne i tidsrummet kl. 8.00 til kl. 22.00. Bemanningen er en



sygeplejerske fra kl. 8.00 til kl. 11.00, to sygeplejersker fra kl. 11.00 til kl. 19.00 og en sygeplejerske fra kl. 19.00 til 22.30. Klinikken lukker kl. 22.00.

Skadeklinikkerne er bemandede med behandlersygeplejersker, der har gennemgået en særlig uddannelse. Behandlersygeplejerskerne kan selvstændigt afslutte en række behandlinger, som følge af mindre skader: Sår, svejserøjne, 1. og 2. grads forbrændinger under 5 % af kroppen, insektbid og – stik, brud og forvridninger, fjerne fremmedlegemer samt give stivkrampevaccinationer. Derudover kan behandlersygeplejerskerne selvstændigt henvise til røntgen af arme og ben og via telemedicin få billederne konfereret med ortopædkirurgen i Centerskadestuen. Behandlersygeplejerskerne kan henvise patienter til Centerskadestuen, hvorved de kommer direkte til, fordi de først er set på en skadeklinik.

Patienter på skadeklinikkerne får befordring fra skadeklinikkerne til Centerskadestuen, såfremt patientens tilstand gør, at offentlig transport anses for uhensigtsmæssig, og såfremt patienten ikke har mulighed for egen befordring. Behandlersygeplejersken afgør, om der skal bevilges taxa. Hvis tilstanden kræver det rekvireres ambulance.

Aktiviteten på Sygehus Sønderjylland vises nedenfor for 2005 og 2006.

| Antal skader             | 2005    | 2006    |
|--------------------------|---------|---------|
| Aabenraa Centerskadestue | 23.254* | 22.755* |
| Sønderborg Skadeklinik   | 6.860   | 6.626   |
| Haderslev Skadeklinik    | 5.268   | 4.776   |
| Tønder Skadeklinik       | 3.470   | 3.501   |
| Total                    | 38.852  | 37.658  |

Kilde: GS og E-sundhed, \* heraf ca. 5.000 mindre skader

Behandlersygeplejerskerne afslutter langt de fleste patienter. I 2005 var der i alt 15.598 besøg på de 3 skadeklinikker, hvoraf 1.226 blev henvist til Centerskadestuen – svarende til ca. 8 %. Herudover indlægges en del af patienterne enten på det pågældende sygehus eller i Aabenraa. I alt afsluttes ca. 85 % af patienterne på skadeklinikkerne.

Generelt er tilfredsheden med skadeklinikkerne høj, viser patienttilfredshedsundersøgelser foretaget i 2005 og 2006. Også erfaringerne fra Vestsjællands Amt viser, at der generelt er stor tilfredshed med skadeklinikker. I det tidligere Vestsjællands Amt omdannede man pr. 1. september 2003 sine skadestuer til skadeklinikker – tre skadeklinikker er udelukkende bemandede med behandlersygeplejersker, og to er bemandede med såvel læger som behandlersygeplejersker. En patienttilfredshedsundersøgelse foretaget i 2006 viser, at 95 % af de adspurgte var enten meget tilfredse eller tilfredse med modtagelsen, de fik ved ankomsten til skadeklinikken (Holbæk og Slagelse Sygehus). Ligeledes er næsten 95 % meget tilfredse eller tilfredse med informationen ved ankomsten (Vestsjællands Amt, 2006: 14). På spørgsmål om det samlede indtryk af besøget på skadeklinikken er 90 % meget tilfredse eller tilfredse.

### Kvalitet

Både engelske og danske erfaringer med sygeplejerskebemandede skadeklinikker viser, at uddannede behandlersygeplejersker inden for deres kompetenceområde udfører behandlinger med samme kvalitet som skadestuerne og de praktiserende læger/vagtlægerne. Kvaliteten er synlig inden for anamnese, diagnose, behandling og dokumentation. Der er desuden observeret stor tilfredshed blandt patienterne med sygeplejerskernes behandling, idet de giver sig bedre tid til patienterne som f. eks. tid til samtale og information (DSI, 2006: 7).

Der er tidligere foretaget en undersøgelse af overflyttede patienter fra skadeklinikken i Sønderborg til Centerskadestuen i Aabenraa. Formålet var at undersøge, om overflytninger fra Sønderborg skadeklinik til Centerskadestuen påvirkende kvaliteten af behandlingen. På baggrund af

gennemlæsning af samtlige skadekort for 56 patienter, der i februar/marts 2006 blev overført til Centerskadestuen, vurderes det, at behandlingen ikke blev forsinket pga. overflytninger og at behandlingskvaliteten ikke blev påvirket af, at patienterne først måtte forbi skadeklinikken i Sønderborg, før de er indbragt til Centerskadestuen. Servicemæssigt får disse patienter et godt tilbud, fordi de allerede er ventet i Aabenraa, når de kommer fra skadeklinikken og derfor kommer til meget hurtigt. Konklusionen var således, at hensyn til nærhed ikke er sket på bekostning af kvaliteten

### **Økonomi**

I DSIs rapport om etablering af skadeklinikker i Sygehus Fyn fremgår det, at omkostningen pr. besøg i en skadeklinik er vurderet til ca. 1.500 kr.<sup>1</sup> For Sygehus Fyns vedkommende ville der være tale om ca. tre besøg pr. dag i henholdsvis Fåborg og Nyborg. Med tre besøg pr. dag er omkostningerne for behandling på en sygeplejerskerbemandet skadeklinik væsentlig større end på en skadestue eller hos en vagtlæge. Det skønnes, at patient-flowet må være mindst tre gange så stort, før en sygeplejerskerbemandet skadeklinik er konkurrencedygtig. Et niveau med mindst 3.500 årlige besøg betragtes som et minimumsniveau, før en skadeklinik ud fra driftsøkonomiske kriterier bør overvejes som et relevant alternativ (DSI, 2006: 47).

### **Forslag til placering af skadeklinikker i Region Syddanmark**

Ud fra erfaringer fra bl.a. Sønderjylland samt Sundhedsstyrelsens anbefalinger vurderes det, at der vil være naturligt at etablere skadeklinikker på parygehusene. Herudover kunne det overvejes, at placere skadeklinikker andre steder i regionen, hvor der er lang afstand til akutsygehusene, og hvor der er et vist patientunderlag.

Adgangen til skadeklinikkerne i regionen kan enten være visiteret eller uvisiteret. Åbningstiden bør tilpasses de lokale behov.

## **14. Præhospital indsats**

Som det fremgår af Sundhedsstyrelsens anbefalinger og regionsrådets kommissorium, sammenkædes opgraderingen af akutmodtagelsen på sygehusene med en forbedret præhospital indsats. I det følgende er formuleret et forslag til en sådan forbedret indsats i Region Syddanmark.

### **14.1 Nuværende præhospital indsats**

I bilag 4 er status for den nuværende præhospitale indsats i regionen nærmere beskrevet. Som det fremgår heraf, er der generelt set en god dækning med ambulancer i regionen. Responstiderne er generelt lave, og der er kun få steder, hvor der er forholdsvis mange kørsler med responstider over 20 minutter. I disse områder er der imidlertid etableret supplerende præhospitale ordninger, som til dels kompenserer herfor. Der skal i løbet af det næste år gennemføres et udbud af ambulancetjenesten i regionen. I den forbindelse skal det fremtidige serviceniveau defineres, og det vil derfor være oplagt ved den lejlighed at overveje, om der skal ske justeringer af serviceniveauet på ambulanceområdet.

Den samme grad af ensartethed gør sig ikke gældende, når det kommer til den øvrige præhospitale indsat med lægebiler og akutbiler. Her er billedet mere broget. Der er ordninger af forskellig art. Nogle dækker kun en del af døgnets timer, og der er områder uden dækning.

Med den foreslåede opgradering af den præhospitale indsats sikres, at der i alle egne af regionen er mulighed for supplerende præhospital indsats ved enten læge eller paramediciner.

---

<sup>1</sup> Den altdominerende omkostning ved driften af de sygeplejebemandede skadeklinikker er lønomkostningen til sygeplejersker. Der tages udgangspunkt i 3,5 fuldtidsstillinger. Omkostningerne ved drift af skadeklinikkerne er i meget ringe omfang påvirket af antallet af besøg, og i Sygehus Vestsjælland vurderes det, at omkostningerne til andet end løn udgør under 5 % af de samlede omkostninger.

Den præhospitale indsats i regionen udgør et samlet hele. Sammenhængen i det præhospitale område sikres via den fælles disponeringsvejledning og via den præhospitale leders funktion.

Den fælles disponeringsvejledning og den fælles uddannelse af alarmcentral operatørerne sikrer en ensartet disponering af ambulancer og supplerende præhospital indsats i hele regionen.

Regionens præhospitale leders opgave er at sikre sammenhæng og kvalitet i den samlede indsats på området ved at:

- udarbejde fælles retningslinjer for den præhospitale indsats
- føre kontrol med, at personalet på det præhospitale område har den nødvendige uddannelse og vedligeholdelsesuddannelse, herunder deltager i øvelser.
- sikre indsamling af dokumentation med henblik på kvalitetssikring af den præhospitale indsats.

Gennemførelsen af en ny sygehusstruktur vil ske over en årrække. Det vil derfor være relevant at se særskilt på planlægningen af det præhospitale område, når den nuværende planlægningsrunde vedr. den grundlæggende sygehusstruktur er afsluttet.

## 14.2 Forslag til fremtidig præhospital indsats

Amterne i den nuværende Region Syddanmark formulerede for nogle år siden i en fælles rapport om traumebehandlingen i regionen en målsætning om, at i de tilfælde, hvor der er behov, skal patienten - så vidt mulig - være tilset, vurderet og behandlet af en speciallæge inden for 15 – 20 minutter efter alarmeringen. Som der fremgår af denne målsætning, er det væsentlige altså, at der hurtigt kommer ambulance, læge eller anden præhospital indsats frem til den tilskadekomne eller den akut syge.

Ambulancer: På ambulanceområdet bør den nuværende gode dækning med ambulancer i det store hele fastholdes. I forbindelse med udbuddet kan det overvejes at forbedre servicen i enkelte områder af regionen.

Lægebiler og akutbiler: For i videst mulig udstrækning at kunne leve op til målsætningen om indsats af speciallæge inden for 15-20 minutter bør der ske en udbygning af de nuværende ordninger.

Lægebilerne bør placeres i områder med stor befolkningstæthed og således, at de med en køretid på 15 -20 minutter dækker den størst mulige del af befolkningen.

- Lægebilen i Odense bør videreføres uændret som døgndækkende ordning
- Lægebilen i Svendborg bør udvides til at dække hele døgnet
- Lægebilen i Aabenraa bør videreføres uændret som døgndækkende ordning.
- Der bør etableres en døgndækkende lægebil i Esbjerg
- Ordningen med ambulancelægerne i trekantsområdet bør føres videre
- Ordningen med ambulancelægerne på Vestfyn bør føres videre
- Samarbejdet med militærlægebilen i Oksbøl, bør videreføres for at få dækket området ved Blåbjerg-Blåvandshuk
- Aftalen med Kreis Nordefriesland og Flensburg Feuerwehr bør videreføres, således at området omkring Tinglev-Bov og Tønder også er dækket af lægebil.

Med disse ordninger opnås en ret god speciallægedækning i det meste af hele regionen. Det skal dog bemærkes, at ambulancelæge-ordningerne i trekantsområdet og på Vestfyn er personafhængige. Dækningen beror på lægernes tilmeldingsgrad. I det gamle Vejle Amt er der dog etableret en vagtordning, således at der altid er mindst én læge tilmeldt. Statistikken viser imidlertid, at lægerne er

tilmeldt i meget høj grad. Hvis denne tilmeldingsgrad falder, eller hvis rekrutteringen til ordningen svigter, bør en mere traditionel ordning med lægebil indføres i området.

Lægebilerne dækker dog ikke hele regionen inden for den ønskede responstid. I de områder, hvor der er langt til en lægebil, foreslås placeret døgndækkende akutbiler bemandede med en paramediciner (niveau 3 redder).

Akutbilerne bør placeres steder, hvor der er langt til nærmeste lægebil men samtidig steder, hvor der er en vis befolkningskoncentration. Følgende placering af akutbiler foreslås:

- Rudkøbing
- Fåborg
- Grindsted
- Rødding
- Skærbæk
- Haderslev
- Sønderborg

Forslaget indebærer, at der skal tages stilling til de nuværende ordninger på følgende steder:

I Rudkøbing er der i øjeblikket en akutbil med niveau 2 redder. Denne akutbil skal i givet fald opgraderes til niveau 3.

I Haderslev og Sønderborg er der i tidsrummet kl. 8.00 til 22.00 en akutbil bemandede med en anæstesisygeplejerske og en redder. Ordningen er dyrere end en paramediciner døgnet rundt, idet sygeplejersken har en redder med som chauffør. Dette har betydning, hvis ordningen skal gøres døgndækkende. Regionens præhospitale leder vurderer, at bemanning med paramediciner eller anæstesisygeplejerske vil være lige godt. Paramedicinernes styrke er skadestedserfaring. De er gode til at vurdere patienter og specielt gode til at håndtere traumepatienter, og de må give visse medikamenter intravenøst på delegation. Anæstesisygeplejerskernes styrke er kompetencen omkring avanceret luftvejshåndtering.

På samme måde må ordningen med de praktiserende læger i Rødding overvejes. Ordningen fungerer i dag kun på hverdage mellem kl. 8 og 17. Lægebilen er bemandede med både en redder (niveau 2) og en praktiserende læge og er derfor dyr set i forhold til den begrænsede dækning. Den foreslåede ordning med paramediciner ville være døgndækkende.

De foreslåede akutbiler i Faaborg, Grindsted og Skærbæk vil være nye ordninger.

For at opretholde kompetenceniveauet hos paramedicinerne, bør de rotere således, at de enten er chauffør og assistent på en lægebil, kører en almindelig ambulance eller fungerer som paramedicinere på akutbilen. Det vil tage nogen tid før de nye ordninger kan træde i kraft, da personalet skal uddannes mv.

Lægehelikopter: Som nævnt foreslår Sundhedsstyrelsen etablering af en landsdækkende helikopterordning. Regionsrådet i Region Syddanmark har tilsluttet sig denne tanke. Der er allerede i regionen en aftale om helikopteren i Niebüll. Denne ordning bør fortsætte og indarbejdes i et fremtidigt nationalt system af præhospitale lægehelikopterordninger.

Som det ses, vil den fremtidige præhospitale indsats i regionen efter forslaget bygge på forskellige typer af ordninger. Dette understreger betydningen af et systematisk kvalitetsarbejde på området. Der skal således opstilles faste kompetencekrav i form af uddannelse, kurser, praktik m.v. for alle aktører. Der skal ske en systematisk og ensartet dokumentation af al præhospital indsats, og der skal gennemføres en systematisk og obligatorisk opfølgning på kvaliteten af indsatsen.

I bilag 4 D er forslaget til ny præhospital ordning illustreret med kort.

## 15. Samarbejdsparter

### 15.1 Kommuner – sygehuskontakter

Ved akut indlæggelse sker sygehusvalget primært på baggrund af den tidsmæssige nærhed. De fleste kommuner i Region Syddanmark samarbejder i den nuværende sygehusstruktur derfor overvejende med det nærmeste sygehus. Som følge af geografi og specialeinddeling samarbejder en række kommuner imidlertid i større omfang med flere sygehuse. Det gælder i trekantsområdet, på Midtfyn samt i det centrale Jylland. Omlægning af akutberedskaberne vil også få konsekvenser for kommunerne, idet vante samarbejdsrelationer i en række tilfælde vil blive afløst af nye.

Det vurderes, at sygehuskontakterne i følgende kommuner: Assens, Esbjerg, Fanø, Kerteminde, Nordfyn, Odense, Varde samt Ærø ikke berøres af ændringerne i akutberedskabet, idet de eksisterende akutfunktioner (Esbjerg, Odense Universitetshospital samt Ærø) forventes at fortsætte uændret.

Sygehuskontakterne i de kommuner, hvor det lokale sygehus ikke længere skal varetage akutfunktioner, vil blive påvirket i større eller mindre grad, afhængig af hvor udbygget akutfunktionen var. Det drejer sig om: Haderslev, Fredericia, Tønder, Billund, Vejen samt Middelfart.

Sygehuskontakterne i Svendborg og i et vist omfang i de omkringliggende kommuner : Langeland, Fåborg samt Nyborg vil blive påvirket i de modeller, hvor Svendborg ikke er akutsygehus.

Sygehuskontakterne i de øvrige kommuner: Vejle, Kolding, Aabenraa og Sønderborg vil blive påvirket i det omfang, de respektive kommuner ikke bliver hjemsted for en sygehusmatrikel med akutfunktion.

Ovennævnte skøn for omlægning af sygehuskontakter tager udgangspunkt i den nuværende struktur og de umiddelbare konsekvenser af en omlægning af akutfunktionen. Konsekvenser som følge af efterfølgende specialisering, f. eks. i et regionalt rygcenter er ikke belyst.

#### **Samarbejdsstruktur og lokale samordningsfora**

Samarbejde mellem sygehus og kommuner er forankret i sundhedsaftalerne mellem Region Syddanmark og kommunerne. I de nuværende aftaler er videreført eksisterende samarbejdsaftaler, som de var gældende i de tidligere amter. Fra 2008 lægges en fælles samarbejdsaftale til grund for samarbejdet. Kommuner og sygehuse vil herefter overordnet set samarbejde på et ensartet grundlag i forhold til kommunikation, varsling, kontaktpersonordninger mv..

Det daglige samarbejde mellem sygehuse og kommuner håndteres i de lokale samordningsfora, hvor kommunerne indgår i forhold til sygehusenhedernes primære optageområder. Som følge af omlægninger af sygehusstrukturen kan det blive nødvendigt at overveje sammensætning og størrelser af fremtidens lokale samordningsfora. En optimal organisering må formodentlig vurderes løbende, idet kommunernes behov for dialog med de enkelte sygehuse må lægges til grund for struktur og deltagelse. I de nystartede lokale samordningsfora er igangsat en række samarbejdsprojekter på baggrund af den nye opgavefordeling. En ændret struktur vil påvirke sammenhængen og samarbejdet i disse projekter.

En øget anvendelse af elektronisk kommunikation på sundhedsområdet må forventes at ville lette kommunikation og kontakt mellem sygehuse og kommuner og reducere besvær og omkostninger ved en forøget kontakthænde for såvel sygehuse som kommuner. Region Syddanmark og kommunerne har vedtaget en strategi for øget anvendelse af elektronisk kommunikation på sundhedsområdet.

For yderligere belysning henvises til bilag 5.

## 15.2 Praksissektoren

Tidligere kontaktede den praktiserende læge det lokale sygehus, når der var behov for akut indlæggelse. Sygehuset sørgede herefter for det videre forløb.

Den øgede specialisering har i gennem tiderne nødvendiggjort, at den praktiserende læge skulle indlægge de akutte patienter på forskellige specialafdelinger alt afhængig af den tentative diagnose, udmeldte visitationsregler og kendskab til afdelingernes ekspertiser.

Strukturændringerne lægger op til, at den akutte betjening samles på færre matrikler i regionen og på sygehuse, hvor man vil få et bredt tilbud på specialiseret niveau. Dette vil generel set være en fordel for den praktiserende læge i indlæggelsessituationen. Der er dog også lagt op til, at der skal være en fortsat arbejdsdeling mellem sygehusene også på det akutte område.

Når det drejer sig om, hvor "de akutte sygehuse" skal placeres, har det generelt ikke den store betydning, hvilken af de opstillede modeller der vælges set ud fra almen praksis.

Det, der er vigtigt for de praktiserende læger, er følgende:

- Let tilgængelig information om de enkelte sygehuses faglige tilbud
- Klare henvisningsregler specielt for særlige patientgrupper som for eksempel apopleksi, blodprop i hjertet og maveblødning
- Let adgang til at få de akutte patienter indlagt
- Enkel akut visitation klare regler for, hvordan sygehusafdelingerne modtager patienten og sørger for eventuel omvisitering
- Opdaterede "forløbsbeskrivelser" der er udarbejdet i et tværfagligt samarbejde
- "Forløbsbeskrivelser" der helt klart beskriver håndteringen af de akutte patienter, og hvilke matrikler der modtager hvilke patienttyper.

Forudsætningerne for en vellykket akutbetjening og høj patientservice er et velfungerende og integreret samarbejde mellem sygehusene og almen praksis f.eks. via praksiskonsulentordningen.

Lægevagtskonsultationer bør ligge på de sygehuse, hvor der er akutte funktioner, og der bør arbejdes hen imod et integreret samarbejde mellem lægevagten og sygehusenes akutte funktioner, herunder med skadesklinikkerne om mindre skader.

Strukturændringernes afledte konsekvenser for speciallægepraksis er ikke nærmere belyst i dette høringsmateriale, idet sammenhængen til speciallægepraksis er af begrænset betydning i forhold til tilrettelæggelsen af den akutte betjening. På et senere tidspunkt - når den fremtidige akutstruktur er kendt - vil der blive udarbejdet en speciallægepraksisplan.

## 15.3 Psykiatriområdet

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at planlægningen på det somatiske område snarest muligt suppleres med anbefalinger vedrørende modtagelsen af patienter med akut psykisk sygdom.

I Region Syddanmark pågår der samtidig med planlægningen af det akutte somatiske beredskab en planlægning af det psykiatriske område. Det er oplagt, at planlægningen af de to områder bør koordineres. Det er der især to grunde til. For det første er der en række faglige sammenhænge mellem somatik og psykiatri, som kan have betydning for planlægningen af de to områder. For det andet er der hensynet til at udnytte de samlede bygningsmæssige rammer i regionen på en hensigtsmæssig måde.

Sammenhæng mellem planlægningen af psykiatri og somatik er belyst i bilag 6.

## 15.4 Private hospitaler

I Region Syddanmark er der en række private sygehuse og klinikker, der har indgået en aftale med Danske Regioner om ydelser i det udvidede frie sygehusvalg. Borgeren kan benytte disse behandlingssteder med offentlig betaling, såfremt borgeren er berettiget til det udvidede frie valg. Aktuelt er dette tilfældet, hvis de offentlige sygehuse ikke kan tilbyde behandling inden for 2 måneder. En række borgere er i de tidligere amter gennem de senere år blevet behandlet på disse private sygehuse.

Det må fortsat forventes, at der fra tid til anden vil mangle kapacitet på regionens sygehuse til fuldt ud at kunne opfylde behandlingsgarantien. Dette vil specielt blive aktuelt efter 1. oktober 2007, hvor grænsen for det udvidede frie sygehusvalg nedsættes til 1 måned.

Hvis kapacitetsproblemet er af en vis størrelse på en bestemt behandlingstype, bør det overvejes at gennemføre et udbud. Derved sikres det, at regionen får den optimale pris, og det sikres, at de private hospitaler får mulighed for på lige fod at afgive bud.

Det kan nævnes, at der aktuelt planlægges udbud på områderne grå stær og MR-scanninger, hvor der er kapacitetsproblemer. I forbindelse med nedsættelse af grænsen for det udvidede frie sygehusvalg kan andre områder blive aktuelle for udbud.

# Del C: Vurdering af modellerne

## 16. Faglig kvalitet

**Akutsygehusene:** Uanset valg af model (4, 5 eller 6 akutsygehuse) skal alle akutsygehusene i Region Syddanmark opfylde de faglige krav, som Sundhedsstyrelsen har stillet op:

- Team af speciallæger og andet sundhedspersonale tilstede døgnet rundt
- Tilstedeværelsesvagt af speciallæge i intern medicin, ortopædkirurgi, kirurgi og anæstesiologi med intensivafdeling niveau 2
- Radiologi og klinisk biokemi
- Fælles akutmodtagelse, hvor de forskellige specialer er samlet fysisk
- Akutte ultralydsundersøgelser døgnet rundt herunder ekkokardiografi, hvilket må formodes at fordrer tilstedeværelse af en kardiolog.

Principielt kan disse faglige anbefalinger opfyldes i alle modeller. Reelt afhænger det imidlertid af, hvor sandsynligt det er, at man kan skaffe de nødvendige speciallæger og de nødvendige bæredygtige faglige miljøer med mulighed for specialisering, udvikling og forskning.

Jo flere akutsygehuse der etableres, jo flere speciallæger skal der bruges til vagtarbejdet. Hvis speciallægerne oplever, at der ikke er patienter nok til, at det er meningsfuldt at være i tilstedeværelsesvagt døgnet rundt, vil overvejelser hurtigt samle sig om, at speciallægerne indgår i rådighedsvagt (dvs. vagt fra bolig) i stedet for tilstedeværelsesvagt. Rådighedsvagt lever ikke op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om vagtdækning på fremtidens akutsygehuse.

Opgørelser over sygehusenes nuværende forbrug af speciallæger i vagt sammenholdt med det fremtidige behov for speciallæger i tilstedeværelsesvagt viser, at regionen skal bruge ekstra ca. 64 speciallæger alene til vagtarbejde, hvis der skal oprettes speciallægevagter inden for de "akutte" specialer 6 steder. Det tilsvarende tal er 45 speciallæger, hvis der skal oprettes speciallægevagter 5 steder og 20 speciallæger, hvis der skal oprettes speciallægevagter 4 steder.

Dette er alene til dækning af den øgede vagtbelastning for speciallæger. Der er i denne foreløbige beregning ikke taget hensyn til, at den overenskomstmæssige mindste normering til en tilstedeværelsesvagt er 8 læger, hvortil kommer én vagtfri stilling som ledende overlæge. Der er heller ikke taget hensyn til, at sygehusene - uafhængigt af kommende speciallægevagter - har ønsket om at ansætte flere speciallæger. Det samlede behov for speciallæger er således større.

De ekstra speciallæger til tilstedeværelsesvagt skal enten hentes fra dagtid eller ved nyansættelse. Hentes speciallægerne fra dagtid må det forventes, at en del af speciallægerens dagarbejde (men langt fra alt) kan "flytte med" og løses i vagttid. På den anden side vil der også være behov for vagtdækning på speciallægeniveau på regionens øvrige sygehuse, som ikke nødvendigvis skal have speciallæge i tilstedeværelsesvagt men eksempelvis i rådighedsvagt fra bolig. Rådighedsvagt fra bolig er den mest almindelige vagtform for speciallæger i dag.



Nedenfor er vist en foreløbig statusopgørelse af det nuværende forbrug af speciallæger til vagt og det fremtidige behov for speciallæger til tilstedeværelsesvagter.

| Speciallæger i Region Syddanmark | Ansatte speciallæger i dag | Nuværende forbrug af speciallæger til vagt* | Fremtidige behov for speciallæger til tilstedeværelsesvagter |                    |                    |
|----------------------------------|----------------------------|---|--|--------------------|--------------------|
|                                  |                            |   | hvis vagt 6 steder   | hvis vagt 5 steder | hvis vagt 4 steder |
| Anæstesi                         | 159                        | 38  | 1  | 0                  | 0                  |
| Intern medicin ex.kardio.        | 156                        | 13  | 14   | 9,5                | 5                  |
| Ortopædkirurgi                   | 137                        | 20  | 8  | 3,5                | 0                  |
| Radiologi                        | 96                         | 17  | 10   | 5,5                | 1                  |
| Gynækologi/obstetrik             | 79                         | 21  | 6**  | 6                  | 1,5                |
| Kirurgi                          | 76                         | 29  | 8  | 3,5                | 0                  |
| Kardiologi                       | 56                         | 10  | 10**   | 10                 | 5,5                |
| Pædiatri                         | 53                         | 13  | 7**  | 7**                | 7                  |
| <b>I alt</b>                     | <b>812</b>                 | <b>161</b>                                  | <b>64</b>  | <b>45</b>          | <b>20</b>          |

\* Speciallægeforbrug på vagt i dag er opgjort på baggrund af lokal-aftaler eller skøn over effektiv arbejdstid i vagten

\*\* Der er i dag gynækologi/obstetrik ved 5 sygehusenheder (6 matrikler), pædiatri ved 4 sygehusenheder (5 matrikler) og kardiologiske speciallæger i vagt ved 5 sygehusenheder (6 matrikler). Det antages i denne tabel, at der ikke fremover inden for disse specialer skal oprettes flere vagtlag med speciallæger i tilstedeværelse end antallet af vagtlag pr. sygehusenhed i dag.

Nogle specialer er hårdere ramt med hensyn til speciallægemangel end andre, og det er umiddelbart vanskeligst at oprette speciallægetilstedeværelsesvagter inden for de specialer, som har færrest speciallæger ansat (kirurgi, kardiologi og pædiatri). I regionsrådets høringsvar anføres, at næsten-speciallæger også bør kunne indgå i vagten på linje med speciallægerne. Dette vil i givet fald lette rekrutteringsvanskelighederne.

Problemet med dækning af de kommende akutmodtagelser med speciallæger er ikke kun et spørgsmål om, hvorvidt speciallægerne findes. Der vil også fremover blive stillet krav om høj effektivitet i sygehusdriften, og det vil derfor også være væsentligt, at akutsygehusene har en tilstrækkelig størrelse, således at arbejdsmængden i vagten, også om natten, svarer til, at en speciallæge er i tjeneste døgnet rundt.

**Fødsler og pædiatri:** Hvis der er fødsler på akutsygehuset, fremgår det af Sundhedsstyrelsens første anbefalinger<sup>2</sup>, at der skal være en speciallæge i gynækologi/obstetrik i tilstedeværelsesvagt samt en børneafdeling med neonatalfunktion og en børnelæge i tilstedeværelsesvagt. Set i *dette* lys er modeller med fødsler i Svendborg problematiske.

I forbindelse med udredningsarbejdet omkring fødselsbetjeningen i Sønderjylland i 2006 har pædiaterne opstillet en række situationer, hvor der bør være pædiater tilstede under fødslen. Det drejer sig om:

- Instrumentelle forløsninger (sugekop, tang, kejsersnit)
- Børn født før 37. svangerskabsuge og børn med en forventet fødselsvægt under 2.500 gram
- Langvarig vandafgang
- Feber hos moderen
- Svær væksthæmning af fostret
- Lav apgarscore (dvs. points til bedømmelse af det nyfødte barns tilstand)
- Lav navlesnors-Ph

<sup>2</sup> De endelige anbefalinger vedr. tilstedeværelse af pædiater ved fødsler afventer den landsdækkende speciale gennemgang for det gynækologisk/obstetriske speciale.

- Kroniske sygdomme eller fast medicinforbrug hos moderen
- Mistanke om perinatal asfyksi (påvirket hjertelyd, grønt fostervand)
- Flerfoldsgraviditeter samt
- Medicinkrævende svangerskabsforgiftning.

I alle modeller vil der i det jyske område samt på Odense Universitetshospital være gynækologi og obstetrik på et akutsygehus, hvor der også er pædiatri med tilhørende neonatalafdeling. I begge specialer vil der være speciallæge i tilstedeværelsesvagt. Det betyder bl.a., at der vil ske et kvalitetsløft i fødselsbetjening i Sønderjylland, hvor fødsler samles på det kommende akutsygehus med tilstedeværelsesvagt i gynækologi og obstetrik og i tilknytning til en pædiatrisk afdeling.

Såfremt der vælges en model, hvor Svendborg bliver akutsygehus med fødsler, vil det være uden pædiatrisk ekspertise, idet der ikke er pædiatri på sygehuset, hvilket indebærer, at der i regionen bliver fødesteder på forskelligt kompetenceniveau.

Et flertal af specialerådet for gynækologi og obstetrik anfører, at nærhed (samme matrikel) til en pædiatrisk afdeling er væsentligt, idet akut overflytning af syge nyfødte bør undgås. Et mindretal (fra Svendborg) anfører, at der ikke er evidens for, at centralisering gavner patienter ej heller, at tilstedeværelse af pædiater gavner ved lavrisikofødsler.

**Parsygehusene:** Sundhedsstyrelsens endelige rapport om fremtidens akutbetjening forventes som nævnt at lægge op til, at der kan etableres modtagelse af akutte patienter på sygehuse uden fælles akut modtagelse.

Såfremt der etableres en sådan model, anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der på disse sygehuse kun modtages visiterede akutte intern medicinske patienter. Denne anbefaling lever forslaget om parsygehuse i Region Syddanmark op til.

Derudover er der i beskrivelsen af parsygehusene i Region Syddanmark opstillet en række forudsætninger om størrelse af en medicinsk funktion på parsygehuset (minimum 80 senge), visitationskrav, nødvendige faciliteter og beredskaber, hvilket ligger ud over, hvad Sundhedsstyrelsen forlanger.

## 17. Befolkningsunderlag og patientunderlag

### 17.1 Befolkningsunderlag

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at befolkningsunderlaget for en fælles akutmodtagelse bør være på mellem 200.000 og 400.000 indbyggere. Sundhedsstyrelsen bemærker dog, at det konkret i særligt tæt befolkede områder bør overvejes at udnytte mulighederne for stordriftsfordele, herunder effektiv udnyttelse af personaleressourcer, og at der i alle regioner er tyndt befolkede områder som nødvendiggør specifikke løsninger.

Der er ikke stærk faglig evidens for størrelsen af befolkningsunderlaget, men der er en anerkendt sundhedsfaglig vurdering af, at der er en sammenhæng mellem volumen, kvalitet og erfaring. Samtidig er det også en anerkendt sundhedsfaglig vurdering, at øvelse gør mester.

Befolkningsunderlaget for de fremtidige akut-sygehuse har været stærkt omdiskuteret siden debatten om akutbetjeningen i Region Syddanmark gik i gang ved årsskiftet. For at belyse dette spørgsmål så grundigt som muligt er den oprindelige beregning af optageområderne (som baserede sig på de gamle kommuner) suppleret med en beregning, som tager udgangspunkt i den enkelte patients adresse:

## 1. Kommunefordeling (rådhusadresse)

En beregning, der tager udgangspunkt i *befolkningens* afstand til nærmeste akutsygehus, hvor tidsafstand for hver indbygger måles fra rådhusadressen (i de gamle kommuner) til nærmeste akut-sygehus.

Tidsafstandene er målt ved hjælp af Krak. I beregningerne er der taget udgangspunkt i eksisterende veje, og derfor er den planlagte motorvej til Sønderborg ikke regnet ind i tidsafstandene. Skøn over tidsbesparelsen på den sidste strækning til Svendborg (3. fase af Svendborgmotorvejen) er dog regnet ind i beregningerne og er forudsætning for befolkningsunderlaget for Svendborg.

Med hensyn til fordeling af de indbyggere, som bor næsten lige langt fra to akutsygehuse, som begge indgår i modellen, er der valgt at dele kommunens indbyggere mellem de sygehuse, når forskellen mellem afstanden til de to sygehuse er mindre end 10 minutter.

For en visuel fremstilling af de forskellige sygehuses optageområder i de enkelte modeller henvises til bilag 7.

## 2. Patientfordeling (bopælsadresse)

En beregning, der tager udgangspunkt i patienternes afstand til nærmeste akutsygehus, hvor afstanden for hver indlæggelse er målt fra patientens adresse til nærmeste akutsygehus. Kun patienter i Region Syddanmark er medtaget (udenregionspatienter er ikke talt med)

Afstandene er målt ved hjælp af Krak, og der er taget højde for både motorvej det sidste stykke til Svendborg og motorvej til Sønderborg.

For at kunne sammenligne patientunderlaget med befolkningsunderlaget er den procentvise fordeling af antal indlæggelser beregnet i forhold til det samlede indbyggertal i Region Syddanmark<sup>3</sup>. Dette kan gøres for alle indlæggelser og for eksempelvis de akutte indlæggelser. Nedenstående opgørelse af patientunderlaget er opgjort for de akutte patienter.

Det er vigtigt at understrege, at en helt afgørende præmis for begge beregningsmetoder er, at akutte patienter fremover bliver kørt til *nærmeste* akut-sygehus.

Sådan er det ikke altid i dag.

Hvis man eksempelvis ser på det nuværende optageområde for Svendborg Sygehus, vil det inden for en række specialer være mulig at påvise et faktisk større optageområde, fordi vaner og planlægningsmæssige målsætninger om at udnytte eksisterende matrikler har medført, at Svendborg Sygehus har "hentet" patienter fra dele af Fyn, som afstandsmæssigt bor tættere på Odense. Det vil også fremover være muligt via visitation at justere befolkningsunderlaget for akutsygehuse.

I bilag 8 ses opgørelsen af indlæggelser fordelt på patienternes bopælskommune.

---

<sup>3</sup> I modeller m. Vejle Sygehus som akutsygehus, regnes halvdelen af Ny Hedensted Kommune til Vejle Sygehus' optageområde

**Befolkningsunderlag ved 4 akut-sygehuse (kommunefordeling)**

|                   | Odense  | Esbjerg | Vejle   | Kolding | Aabenraa | Sønderborg | I alt     |
|-------------------|---------|---------|---------|---------|----------|------------|-----------|
| Model A –<br>oeva | 458.000 | 210.000 | 254.000 |         | 278.000  |            | 1.200.000 |
| Model B –<br>oevs | 458.000 | 234.000 | 324.000 |         |          | 184.000    | 1.200.000 |
| Model C –<br>oeka | 437.000 | 187.000 |         | 341.000 | 212.000  |            | 1.177.000 |
| Model D –<br>oeks | 437.000 | 202.000 |         | 397.000 |          | 141.000    | 1.177.000 |

**Befolkningsunderlag ved 4 akut-sygehuse – akutte patienter (patientfordeling)**

|                   | Odense  | Esbjerg | Vejle   | Kolding | Aabenraa | Sønderborg | I alt     |
|-------------------|---------|---------|---------|---------|----------|------------|-----------|
| Model A –<br>oeva | 430.000 | 224.000 | 283.000 |         | 263.000  |            | 1.200.000 |
| Model B –<br>oevs | 431.000 | 244.000 | 304.000 |         |          | 221.000    | 1.200.000 |
| Model C –<br>oeka | 429.000 | 219.000 |         | 284.000 | 245.000  |            | 1.177.000 |
| Model D –<br>oeks | 429.000 | 228.000 |         | 358.000 |          | 162.000    | 1.177.000 |

I **4-modellerne** viser beregningerne ved begge beregningsmetoder, at der i Odense, Vejle, Kolding, Aabenraa og Esbjerg (med en enkelt undtagelse) kan opnå et underlag for akutsygehusene på minimum 200.000 indbyggere.

For Sønderborg viser beregningerne, at det kun er i en model med akutsygehus i Vejle, at Sønderborg kan få et patientgrundlag på over 200.000 (metode 2), mens Sønderborg i samme model får et befolkningsunderlag (metode 1) på under 200.000. Det bemærkes, at der med metode 2 er taget højde for motorvej til Sønderborg, hvilket forklarer forskellen.

Ud over forskellene med motorvejen skyldes forskellen mellem de to beregningsmetoder, at der ved metode 1 sker en deling af kommuner, som ligger næsten lige langt fra to akutsygehuse. Med metode 2 går alt til det sygehus, som er nærmest. Det giver f.eks. en stor forskel i størrelsen af Aabenraa Sygehus i model C, idet Haderslev by med metode 1 deles mellem Kolding Sygehus og Aabenraa Sygehus, mens Haderslev by med beregningsmetode metode 2 går helt til Aabenraa, fordi tidsforskellen er en smule kortere.

Med Haderslevs placering stort set midt imellem de to akutsygehuse, er det nok mest rimeligt at antage, at byens borgere i givet fald ville benytte begge sygehuse.

**Befolkningsunderlag ved 5 akut-sygehuse (kommunefordeling)**

|                 | Odense  | Esbjerg | Vejle   | Kolding | Aabenraa | Sønderborg | Svendborg |
|-----------------|---------|---------|---------|---------|----------|------------|-----------|
| Model E – oevas | 350.000 | 210.000 | 254.000 |         | 278.000  |            | 108.000   |
| Model F – oekas | 329.000 | 187.000 |         | 341.000 | 212.000  |            | 108.000   |
| Model G – oevss | 350.000 | 234.000 | 324.000 |         |          | 184.000    | 108.000   |
| Model H – oekss | 329.000 | 202.000 |         | 397.000 |          | 141.000    | 108.000   |

**Befolkningsunderlag ved 5 akut-sygehuse – akutte patienter (patientfordeling)**

|                 | Odense  | Esbjerg | Vejle   | Kolding | Aabenraa | Sønderborg | Svendborg |
|-----------------|---------|---------|---------|---------|----------|------------|-----------|
| Model E – oevas | 328.000 | 224.000 | 283.000 |         | 263.000  |            | 102.000   |
| Model F – oekas | 327.000 | 219.000 |         | 284.000 | 245.000  |            | 102.000   |
| Model G – oevss | 328.000 | 244.000 | 305.000 |         |          | 221.000    | 102.000   |
| Model H – oekss | 327.000 | 228.000 |         | 358.000 |          | 162.000    | 102.000   |

I **5-modellerne** hvor Svendborg kommer til som akutsygehus, gør det kun en meget lille forskel, om man anvender den ene eller anden beregningsmetode. Svendborg Sygehus' optageområde ligger under alle omstændigheder på ca. 100.000.

**Befolkningsunderlag ved 6 akut-sygehuse (kommunefordeling)**

|                  | Odense  | Esbjerg | Vejle   | Kolding | Aabenraa | Sønderborg | Svendborg |
|------------------|---------|---------|---------|---------|----------|------------|-----------|
| Model I – oevksa | 328.000 | 184.000 | 170.000 | 199.000 | 212.000  |            | 108.000   |
| Model J – oevkss | 328.000 | 199.000 | 170.000 | 254.000 |          | 141.000    | 108.000   |

**Befolkningsunderlag ved 6 akut-sygehuse – akutte patienter (patientfordeling)**

|                  | Odense  | Esbjerg | Vejle   | Kolding | Aabenraa | Sønderborg | Svendborg |
|------------------|---------|---------|---------|---------|----------|------------|-----------|
| Model I – oevksa | 327.000 | 199.000 | 138.000 | 189.000 | 245.000  |            | 102.000   |
| Model J – oevkss | 327.000 | 209.000 | 138.000 | 262.000 |          | 162.000    | 102.000   |

I **6-modellerne** er det muligt for 4 ud af 6 sygehuse at få et befolkningsunderlag på ca. 200.000 indbyggere. De store forskelle mellem Vejle Sygehus' og Aabenraa Sygehus' underlag i de to beregninger skyldes igen, at der i den første beregning sker en deling af kommuner/byer, som ligger midt imellem to akutsygehuse. I den anden beregning går alt til nærmeste sygehus. For Vejle Sygehus' vedkommende er det Fredericia/Middelfart-området, som i beregning 2 stort set går til Kolding Sygehus, fordi tidsafstanden er lidt kortere. For Aabenraa Sygehus er det Haderslev by, som udelukkende tilfalder Aabenraa Sygehus, selvom tidsafstanden til Kolding Sygehus stort set er den samme.

## 17.2 Afstande

Befolkningens afstand til akutsygehus kan opgøres dels i kilometer-afstand, dels i tid, hvor sidstnævnte hænger sammen med hvor udbygget infrastrukturen er. I nedenstående beregninger tages der afsæt i tidsafstand med almindelig bil (ikke eksempelvis ambulance).

Ligesom ved beregning af befolkningsunderlaget er der anvendt to former for beregning af afstand til nærmeste akutsygehus. En beregning, der tager udgangspunkt i rådhusadressen og en beregning, der tager udgangspunkt i patientens faktiske adresse. Begge beregninger med samme forudsætninger, som nævnt ovenfor. For beregningen ud fra patientens faktiske adresse, er opgørelserne vist for akutte patienter. Nedenfor er vist andelen af patienter, der kan nå frem til akut-sygehus i egen bil inden for henholdsvis 30 og 40 minutter.

Beregningsgrundlaget og en mere detaljeret opgørelse af tidsintervaller fremgår af bilag 8.

| <b>Andel af befolkningen der kan nå frem til nærmeste akut-sygehus inden for 30 minutter</b> |                     |   |  |
|--|---------------------|---|--|
| Model  | Antal akut-sygehuse | Målt fra rådhus til nærmeste akut-sygehus | Målt fra akutte patientens bopæl til nærmeste akut-sygehus |
| A – oe va  | 4                   | 76  | 77   |
| B – oe vs  | 4                   | 71  | 73   |
| C – oe ka  | 4                   | 77  | 79   |
| D – oe ks  | 4                   | 76  | 79   |
| E – oe vas   | 5                   | 84  | 84   |
| F – oe kas   | 5                   | 84  | 86   |
| G – oe vss   | 5                   | 78  | 79   |
| H – oe kss   | 5                   | 83  | 85   |
| I – oe vka   | 6                   | 86  | 87   |
| J – oe vkss  | 6                   | 86  | 86   |

Ovenstående opgørelse viser, at målt fra patientens bopæl til nærmeste akutsygehus vil:

- 73 – 79 % af de akutte patienter nå frem til nærmeste akutsygehus inden for 30 minutter ved 4 akutsygehuse
- 79 – 86 % af de akutte patienter nå frem til nærmeste akutsygehus inden for 30 minutter ved 5 akutsygehuse
- 86 – 87 % af de akutte patienter nå frem til nærmeste akutsygehus inden for 30 minutter ved 6 akutsygehuse.

| <b>Andel af befolkningen der kan nå frem til nærmeste akut-sygehus inden for 40 minutter</b> |                     |   |  |
|--|---------------------|---|--|
| Model  | Antal akut-sygehuse | Målt fra rådhus til nærmeste akut-sygehus | Målt fra akutte patientens bopæl til nærmeste akut-sygehus |
| A – oe va  | 4                   | 90  | 92   |
| B – oe vs  | 4                   | 84  | 87   |
| C – oe ka  | 4                   | 87  | 92   |
| D – oe ks  | 4                   | 87  | 91   |
| E – oe vas   | 5                   | 84  | 96   |
| F – oe kas   | 5                   | 96  | 95   |
| G – oe vss   | 5                   | 90  | 90   |
| H – oe kss   | 5                   | 93  | 94   |
| I – oe vka   | 6                   | 96  | 96   |
| J – oe vkss  | 6                   | 96  | 96   |

Ovenstående opgørelse viser, at målt fra patientens bopæl til nærmeste akutsygehus vil:

- 87 – 92 % af de akutte patienter nå frem til nærmeste akutsygehus inden for 40 minutter ved 4 akutsygehuse
- 90 – 96 % af de akutte patienter nå frem til nærmeste akutsygehus inden for 40 minutter ved 5 akutsygehuse
- 96 % af de akutte patienter nå frem til nærmeste akutsygehus inden for 40 minutter ved 6 akutsygehuse.

### 17.3 Er afstand et problem?

Regionsrådet har udbedt sig en særlig redegørelse for afstandes betydning i akutmodellerne. Sundhedsstaben har derfor indhentet rådgivning hos de faglige specialeråd og bedt om svar på nedenstående spørgsmål :

- Patientgrupper, for hvem det er kritisk, hvis afstanden til rette behandling øges
- Patientgrupper, hvor der er evidens for at en bestemt tidsfaktor er kritisk.

Besvarelser fra de faglige specialeråd kan ses af bilag 9.

#### Kardiologi:

Det kardiologiske speciale er præget af patienter med behov for hurtig diagnostik og behandling, hvilket stiller krav til den præhospitale og den hospitale organisation.

For patienter med ST-segment-elevations myokardieinfarkt (STEMI) bør transporttiden være under 90 minutter. Dette har ikke umiddelbart noget med den aktuelle omlægning af akutområdet at gøre, idet behandlingen foregår på Odense Universitetshospital.

Kardiologisk specialeråd mener ikke, at der er patientgrupper, hvor der er evidens for, at en bestemt tidsfaktor er kritisk, men henviser til Dansk Kardiologisk Selskabs høringssvar vedrørende akutberedskabet, der understreger, at øget brug af telemedicin i forbindelse med styrkelsen af den præhospitale indsats vil kunne identificere patienter, som af behandlingsmæssige årsager bør indlægges direkte på en kardiologisk specialafdeling – uanset transportafstand.

Tidsforsinkelse fra sygdomsopståen til diagnostik/behandling består af en række elementer, hvoraf nogle er patientafhængige, andre afhængige af den præhospitale og hospitale organisation. Vurderingen er, at ændringer i transportafstande og heraf følgende mulig tidsforsinkelse formentlig kun vil udgøre en begrænset del af den samlede tidsforsinkelse.

#### Kirurgi:

Specialeråd for kirurgi vurderer, at:

- 1) Der er ikke patientgrupper for hvem tidsfaktoren er kritisk indenfor den angivne ramme, bortset fra kraftigt blødende patienter. Her tænkes specielt på blødende ulcus patienter. For denne gruppe angives dog 3 timer som standard fra initial modtagelse, og opretning til akut terapi i NIP.
- 2) Der er ikke evidens for at en bestemt tidsfaktor er kritisk, indenfor den angivne ramme

Specialerådet ønskede at understrege betydningen af den gyldne time til initial transport, modtagelse, diagnostik og klargøring til behandling. Transporttiden skal således ses i nøje sammenhæng med den præhospitale funktion og den akutte modtagelsesfunktionen. Begge områder som kan optimeres og derved gøre alle de enkelte modeller acceptable fagligt set, hvad angår transporttider.

#### Ortopædkirurgi:

Det ortopædkirurgiske speciale har det umiddelbare ansvar/medansvar for to typer af patienter – dels patienter med ortopædkirurgiske monotraumer, dels de svært tilskadedekomne patienter, herunder multitraumepatienter.

Den første gruppe er langt den største del af patienterne. I denne gruppe er der meget sjældent tale om lidelser der er hyper-akut behandlingskævende, og som ikke umiddelbart kan håndteres af det almindelige ambulanceberedskab. Den relevante behandling er standsning af blødning, smertebehandling og væsketerapi. Ud fra et fagligt synspunkt vil der således ikke være forskel på, om der f.eks. er 30 eller 40 minutters transporttid, idet det forventes, at ambulanceresponstiderne fastholdes (disse er væsentligt lavere end 30 minutter).

I forbindelse med den anden gruppe drejer det sig om et væsentligt mindre antal patienter. Her er normalt tale om såkaldt ABC problemer (Airway, Breathing, Circulation). Denne gruppe af patienter har behov for avanceret præhospital indsats med primær stabilisering på skadestedet. Den kritiske tidsfaktor er for denne gruppe af patienter således i højere grad responstiden for den primære hjælp, snarere end den efterfølgende transport til endelig behandling. I den rapport der er udarbejdet af de fire gamle amter vedrørende håndtering af multitraumepatienterne i regionen, var anbefalingen, at sufficient hjælp bør være fremme inden 15 minutter.

Ifølge Ortopædkirurgisk Specialeråd foreligger der ikke umiddelbart evidens for at en bestemt tidsfaktor er kritisk for disse to patientgrupper. Men der findes studier, der har påvist, at mortaliteten faldt efter at man organiserede sig med traumecentre i stedet for at køre til nærmeste sygehus. Det er denne litteratur, der dannede grundlaget for organisering af traumebehandlingen, først i USA, senere globalt.

Budskabet er lidt populært, at god organisering på det modtagende sygehus er et meget vigtigt parameter. (Eks.: DD Trunkey. Trauma. Sci. Am.1983;249(2):28-35.)

Alt i alt er det således snarere den primære responstid (enten til det almindelige ambulanceberedskab når frem eller til den mere avancerede præhospital indsats når frem) der har betydning end selve transporttiden til sygehuset og dermed afstanden.

#### Gynækologi og obstetrik:

Det skal indledningsvist bemærkes at der ikke kunne opnås enighed i det samlede gynækologiske-obstetriske specialeråd. Flertallet har følgende bemærkninger:

Inden for det gynækologiske område kan tidsfaktoren være kritisk for kvinder med en rumperet graviditet udenfor livmoderen, der kan give anledning til blødning i bughulen. Denne tilstand er sjældent forekommende, men kræver ofte et akut kirurgisk indgreb.

Tilsvarende overvejelser gør sig gældende inden for det obstetriske område i forbindelse med de sjældne tilfælde af akut opstået kraftig blødning forud for fødslen, der ofte kræver lægelig indgriben f.eks. i form af et kejsersnit. Ved disse tilstande vil barnet ofte være påvirket og have behov for pædiatrisk assistance.

Der er ikke egentlig evidens for, at en bestemt tidsfaktor er kritisk for disse patientgrupper.

I den forbindelse hæfter Det Gynækologiske-Obstetriske Specialeråd sig ved, at ca. 75 % af patienterne i modeller med 4 akutsygehuse kan nå til nærmeste sygehus inden for 30 minutter, og at mere end 95 % af patienterne vil kunne nå frem indenfor en time. Disse tal øges til ca. 85 % og næsten 100 % ved modeller med 5 og 6 akutafdelinger.

Specialerådet finder denne ændring relativt beskeden og mener ikke, at man på evidensbaseret grundlag, kan argumentere for, at en model med 4, 5 henholdsvis 6 akut-sygehuse skulle indebære specielle fordele i forhold til tidsfaktoren.

Specialerådet noterer, at regionsrådet tilslutter sig Sundhedsstyrelsens anbefalinger om, at modtagelse af fødende forudsætter tilstedeværelse af speciallæge i gynækologi og obstetrik, samt at



regionsrådet går ind for, at en fødeafdeling principielt bør ligge i tilknytning til en pædiatrisk afdeling med neonatalfunktion. Specialerådet anbefaler samtidig, at der etableres gynækologisk-obstetrisk speciallægedækning på akut-sygehusene, uanset hvilken model man i øvrigt vælger inden for det gynækologisk-obstetriske speciale.

Herudover har et mindretal fra Svendborg ønsket at fremhæve, at det eneste korrekte svar er, at der kun foreligger sparsomt med videnskabelige arbejder som belyser afstandens betydning, men at alle speciallæger i obstetrik kender til tilfælde, hvor afstand og tid har haft betydning for forskellen mellem liv og død for fosteret.

### Neurologi

Patientgrupper, for hvem afstand er kritisk, og hvor der er evidens for, at en bestemt tidsfaktor er kritisk:

- a. Patienter som er kandidater til trombolyse. Hos patienter med iskæmisk apopleksi er der dokumenteret effekt af trombolyse indenfor 3 timer efter symptomdebut, men effekten af behandlingen er sandsynligvis endnu bedre, hvis tidsrummet mellem det første symptom og opstart af behandling kan afkortes yderligere. Trombolysebehandling skal derfor gives så hurtigt som overhovedet muligt og senest inden for 3 timer efter symptomdebut.
- b. Patienter med status epilepticus, som er en livstruende tilstand, hvor krampeløsende behandling bør gives så hurtigt som overhovedet muligt og helst under intensiv overvågning. Epileptiske anfald overstigende ca. 5 minutter bør afbrydes hurtigst muligt. Ved længerevarende generaliserede kramper er der tiltagende risiko for irreversibel hjerneskade specielt ved kramper overstigende 30 minutter, og hvis behandlingen trækker ud.

## **18. Anlægs-mæssige konsekvenser**

Et af de væsentligste spørgsmål i akutplanlægninger er, hvilke bygningsmæssige konsekvenser samlingen af de akutte funktioner får:

Hvor meget skal der bygges til akutsygehusene i modellerne?

Kan disse udbygninger overhovedet realiseres på de eksisterende sygehusgrunde?

Kan parygehusenes bygninger udnyttes fuldt ud, eller bliver der ledig plads på parygehusene?

Hvad bliver behovet for sammedagssygehuse?

Bliver der bygningsmæssig overskudskapacitet?

Disse spørgsmål belyses nærmere i de følgende afsnit.

### **18.1 Metoden ved vurdering af de anlægs-mæssige konsekvenser**

I vurderingen af de bygningsmæssige konsekvenser er der taget udgangspunkt i sygehusaktiviteten i 2006 målt i sengedagsforbrug, operationer, skadestuebesøg, fødsler m.v. Aktiviteten er som nævnt i afsnit 5.6 relateret til akutsygehusene alt efter afstand målt i tid. Derefter er en andel af aktiviteten på det medicinske område og ortopædkirurgiske område henlagt til parygehusene. Dette er gjort for samtlige modeller. Der er generelt regnet med en nedgang i sengeforbruget på 1% årligt frem til 2015. Vurderingerne af det bygningsmæssige behov tager således udgangspunkt i året 2015, hvor strukturen forventes at være på plads.

Der er derefter model for model sket en vurdering af behovet for tilbygning og renovering, og der er endelig vurderet en pris for dette. Denne vurdering af behovet for tilbygning og renovering er sket med konsulentbistand fra Arkitektfirmaet C.F. Møller A/S.

Resultatet for hver model fremgår af bilag 10.

## **18.2 Vurdering af udbygningsmulighederne på sygehusgrundene**

Der er samtidig sket en vurdering af, om det vil være muligt at gennemføre det beregnede behov for nybygning på akutsygehusene herunder behovet for parkeringspladser på de eksisterende sygehusgrunde.

Vurderingen er, at det beregnede nybygningsbehov i alle modeller vil kunne realiseres på de eksisterende sygehusgrunde. Men i mange modeller vil det være forudsat, at parkeringspladser skal etableres i p-huse. Der er heller ingen af modellerne, som indebærer, at et sygehus udbygges til den yderste grænse. Der vil på alle sygehusene være yderligere udbygningsmuligheder.

Her følger en kort gennemgang af de 7 sygehuse, som i modellerne kan blive akutsygehuse:

Odense Universitetshospital: Sygehuset skal i alle modeller udbygges med op til 36.000 kvm, og der skal hertil bygges et p-hus. Årsagen til den kraftige udbygning er, at der regnes med en kraftig udtynding af sengeafdelingerne på grund af krav fra arbejdstilsynet. Udbygningen vil kunne realiseres på sygehusgrunden. Der vil herudover være yderligere udvidelsesmuligheder evt. ved nedrivning af eksisterende ældre bygninger.

Svendborg Sygehus: I alle modeller sker der ingen udbygning af Svendborg Sygehus bortset fra den planlagte nybygning af forhallen.

Esbjerg Sygehus: Der er allerede besluttet en udbygning af sygehuset på 3.000 kvm. Derudover er der i modellerne kun vurderet et mindre nybygningsbehov samt p-hus, som kan realiseres på sygehusgrunden.

Vejle Sygehus: Sygehuset skal udbygges med op til ca. 29.000 kvm, hvis det skal være akutsygehus. Hertil kommer p-hus. Dette vil kunne realiseres på sygehusgrunden (inddragelse af kolonihaveområde). Der vil derudover være yderligere udvidelsesmuligheder.

Kolding Sygehus: Sygehuset skal udbygges med op til ca. 37.000 kvm., hvis det skal være akutsygehus. Derudover skal der etableres p-pladser, hvilket kan ske uden p-hus. Der vil være yderligere udvidelsesmuligheder.

Aabenraa Sygehus: Sygehuset skal udbygges med op til 47.000 kvm., hvis det skal være akutsygehus. Dette vil kunne realiseres på sygehusgrunden, og der vil også være plads til p-pladser. Der vil herudover være yderligere udvidelsesmuligheder.

Sønderborg Sygehus: Sygehuset skal udbygges med op til 7.000 kvm., hvis det skal være akutsygehus. Udbygningen kan ske ved sammenbinding af sengetårnene to og to. Der er yderligere udvidelsesmuligheder på sygehusgrunden.

## **18.3 Sammenligning af de bygningsmæssige konsekvenser i de forskellige modeller**

Herunder ses en tabel, hvor nybygningsbehov i kvm, udgifter til nybygning og udgifter til renovering er angivet for de forskellige modeller:

### Anlægsudgifter for alle modeller inkl. forventet prisstigning

| Model       | Nybygningsbehov i m <sup>2</sup> | Udgift nybygning +10 %<br>1000 kr. | Udgift renovering + 10%<br>1000 kr. | Samlet udgift + 10 %<br>1000 kr. |
|-------------|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| A – oeva    | 115.715                          | 2.955.332                          | 2.167.491                           | 5.122.822                        |
| B – oevs    | 77.525                           | 2.105.334                          | 2.351.100                           | 4.456.434                        |
| C – oeka    | 118.701                          | 2.919.686                          | 2.213.908                           | 5.133.594                        |
| D – oeks    | 83.128                           | 2.114.085                          | 2.370.636                           | 4.484.721                        |
| E* - oevas  | 117.029                          | 2.950.492                          | 2.262.520                           | 5.213.011                        |
| F* - oekas  | 120.584                          | 2.114.354                          | 2.446.129                           | 4.560.483                        |
| G* - oevss  | 80.123                           | 2.928.431                          | 2.308.937                           | 5.237.368                        |
| H* - oekss  | 84.284                           | 2.104.680                          | 2.465.665                           | 4.570.345                        |
| E** - oevas | 116.569                          | 3.031.892                          | 2.222.436                           | 5.254.327                        |
| F** - oekas | 120.124                          | 2.195.754                          | 2.406.045                           | 4.601.799                        |
| G** - oevss | 79.663                           | 3009831                            | 2.268.853                           | 5.278.684                        |
| H** - oekss | 83.824                           | 2.186.080                          | 2.425.581                           | 4.611.661                        |
| I – oevkas  | 105.926                          | 2.750.864                          | 2.256.747                           | 5.007.610                        |
| J – oevkss  | 76.193                           | 2.066.482                          | 2.409.455                           | 4.475.937                        |

\* Uden fødsler i Svendborg

\*\* Med fødsler i Svendborg

Note: Anlægsudgifterne udgør alene udgifter til bygningsanlæg der er ikke medregnet udgifter til medicoteknik og inventar. Anlægsudgifterne er tillagt 10% i forhold til opgørelser i bilag pga. stigende byggepriser.

De samlede udgifter i modellerne ligger relativt tæt nemlig mellem 4,5 mia. kr. og 5,3 mia. kr. De billigste modeller, og de med færrest nybyggede kvadratmeter er modellerne med Sønderborg Sygehus som akutsygehus. Det er vigtigt at understrege, at disse beregninger er egnede til at sammenligne nybygnings- og renoveringsbehovet i de forskellige modeller, idet det er opgjort efter samme principper. Når den endelige model for sygehusstrukturen er valgt, skal der ske en langt mere omfattende planlægning af anlægsbehovet.

## 18.4 Behovet for sammedagssygehuse

Som det fremgår af oversigterne, vil der i alle modeller ske en kraftig udbygning af akutsygehuse. Det rejser spørgsmålet om hvorvidt, der bliver en bygningsmæssig overkapacitet på andre sygehuse i regionen. I afsnit 6.4 ses, at parysygehuse alle får en væsentlig nedgang i sengeantallet. Der vil derfor blive ledige lokaler på parysygehuse.

I afsnit 7 blev der imidlertid redegjort for, at der forventes en meget kraftig vækst på det ambulante område både vedr. medicin og kirurgi. Væksten er skønnet til 50% frem til 2015. Dette skøn er selvfølgelig usikkert, men slet ikke usandsynligt, når man ser på væksten på det ambulante område de senere år. Spørgsmålet er, om denne vækst kan fylde de ledige lokaler på parysygehuse, og om der derudover vil være behov for rene sammedagssygehuse. I kommissoriet er Nyborg Sygehus, Haderslev Sygehus, Grindsted Sygehus og Fredericia Sygehus nævnt som mulige sammedagssygehuse. Derudover har Regionsrådet bedt om en vurdering af andre mulige sammedagssygehuse: Tønder Sygehus, Brørup Sygehus, Ringe Sygehus og Faaborg Sygehus.

De 8 sygehuse har tilsammen et areal på 150.000 kvm. Til sammenligning udbygges akutsygehuse i modellerne med mellem 76.000 kvm og 120.000 kvm. Så meget tyder på, at den nødvendige udbygning af akutsygehuse vil medføre væsentlig overkapacitet andre steder i regionen, med mindre den nævnte vækst på det ambulante område kan fylde arealerne.

Der er derfor foretaget en særlig vurdering af den ambulante kapacitet i regionen. Der er foretaget en optælling af ambulatorierum på akutsygehusene/parsygehusene. Derudover er der foretaget en vurdering af, hvor megen ambulante aktivitet den frigjorte plads på parsygehusene kan rumme af ambulante aktivitet. Endelig er der foretaget en faglig og driftsmæssig vurdering af, hvor stor en del der skal ligge på akutsygehusene, og hvor stor en del der kan ligge på parsygehusene eller sammedagssygehusene. Med disse oplysninger er det muligt at lave et groft skøn over, i hvor høj grad der er behov for sammedagssygehuse.

I tabellen herunder er der for modellerne med henholdsvis 4 og 6 akutsygehuse angivet, hvor stort behovet for sammedagssygehuse er i de forskellige dele af regionen. For så vidt angår modeller med 5 akutsygehuse svarer behovet for sammedagssygehuse i Jylland til det angivne i 4 modellerne, mens behovet for sammedagssygehuse på Fyn svarer til det angivne i 6 modellerne. Behovet er angivet i kvm.

#### Kvadratmeterbehov på sammedagssygehuse i de 4 optageområder

| Model      | Behov for sammedagssygehus, Fyn m2 | Behov for sammedagssygehus Esbjerg området m2 | Behov for sammedagssygehus trekantsområdet m2 | Behov for sammedagssygehus Sønderjylland m2 | I alt Behov for sammedagssygehuse i Region Syddanmark |
|------------|------------------------------------|---|---|---|---|
| A – oeava  | 18.000                             | 5.000   | 5.000   | -5.000                                      | 28.000  |
| B – oevs   | 18.000                             | 9.000   | 8.000   | 11.000                                      | 46.000  |
| C – oeka   | 18.000                             | 1.000   | 3.000   | -6.000                                      | 22.000  |
| D – oeks   | 18.000                             | 5.000   | 7.000   | 5.000                                       | 35.000  |
| I – oevkas | 13.000                             | 0   | 15.000  | -6.000                                      | 28.000  |
| J – oevkss | 13.000                             | 2.000   | 22.000  | 11.000                                      | 48.000  |

Tabellen viser, at der bliver behov for mellem 22.000 kvm og 48.000 kvm til sammedagssygehuse. Herudover bliver der "overskud" af kvadratmeter i nogle modeller.

Den model med fire akutsygehuse, hvor behovet for sammedagssygehuse er størst, er model B med Odense-Esbjerg-Vejle og Sønderborg som akutsygehuse. Denne model har også det mindste behov for nybygning (se side 44), hvilket primært skyldes, at der er god plads på akutsygehuset i Sønderborg. Samtidig er parsygehuset i Aabenraa forholdsvist lille, og der bliver derfor et større behov for plads til ambulante aktivitet andre steder i Sønderjylland.

Den model med fire akutsygehuse, hvor behovet for sammedagssygehuse er mindst, er model C med Odense-Esbjerg-Kolding og Aabenraa som akutsygehuse. Denne model har også det største behov for nybygning (se side 44), hvilket primært skyldes, at der bliver et større behov for at udbygge akutsygehuset i Aabenraa. Samtidig er der på parsygehuset i Sønderborg mange kvm, der kan anvendes til ambulante aktivitet, hvilket resulterer i et relativt mindre behov for sammedagssygehuse.

For Esbjergområdet bliver behovet for et sammedagssygehus størst i model B med Odense-Esbjerg-Vejle-Sønderborg som akutsygehuse. Her skal Esbjerg have flest senge pga. størst optageområde (se side 14+37). Her bliver der således relativt mindre plads til ambulante aktivitet på akutsygehuset i Esbjerg og dermed større behov for et sammedagssygehus.

For trekantsområdet er der uanset model et relativt ensartet behov for sammedagssygehus. Forskellen i behovet for sammedagssygehuse er beskeden, dog er behovet for et sammedagssygehus i trekantsområdet større i modeller med akutsygehus i Sønderborg på grund af større optageområde for trekantsområdet.

Behovet for kvm til sammedagssygehuse kan sammenlignes med størrelsen af de 8 sygehusmatrikler, som har været omtalt som sammedagssygehuse.

#### Kvadratmeter på de resterende 8 sygehuse

| Sygehuse  | Størrelse til rådighed i m <sup>2</sup> |
|---|---|
| Faaborg   | 12.000                                  |
| Nyborg  | 15.000                                  |
| Ringe   | 9.000                                   |
| Brørup  | 10.000                                  |
| Grindsted   | 17.000                                  |
| Fredericia  | 27.000                                  |
| Haderslev   | 43.000                                  |
| Tønder*   | 17.000                                  |
| *Heraf disponerer DAMP frem til medio 2009 over ca. 3000 m <sup>2</sup> + brug af laboratorierum, røntgen mv. |   |

Samlet set viser beregningen, at behovet for sammedagssygehuse er begrænset. Da der bør være en vis spredning i regionen af sammedagsaktiviteten, vil nogle af de mindre sygehuse passe bedst.

Uanset valg af sammedagssygehuse foreslås det, at der indgås et tæt samarbejde med de aktuelle kommune om et sundhedssamarbejde med henblik på en optimal udnyttelse af de fysiske rammer.

## 19. Driftsøkonomiske konsekvenser

På nuværende tidspunkt er det kun muligt at tegne et billede af de overordnede driftsøkonomiske konsekvenser. Der kan dels peges på nogle konsekvenser, som er uafhængige af modeller og dels nogle konsekvenser, som afhænger af modelvalg.

### 19.1 Fælles for alle modeller

#### Udbygning af det præhospitale område

Det skønnes, at forslagene om udvidelse af lægebilordninger og etablering af akutbiler vil koste netto ca. 24,3 mio. kr. årligt.

En etablering af en lægehelikopterordning i dagtimerne skønnes af Statens Lufthavnsvæsen at koste ca. 20 mio. kr. om året. Etableres der 4 lægehelikoptere i Danmark, som finansieres af regionerne efter befolkningstal, så vil helikopterordningen i direkte udgifter til lægehelikopterne koste regionen ca. 17. mio. kr. årligt. Dertil skal lægges udgifter til helikopterdisponering og udgifter til vedligeholdelse af landingsfaciliteter mv. Driftsudgiften til en lægehelikopterordning skønnes i alt at være ca. 20,2 mio. kr. for Region Syddanmark.

Anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen om nye landsdækkende præhospitale systemer: kvalitetsdatabase, elektronisk ambulancejournal og mere præhospital uddannelse skønnes at koste ca. 7,8 mio. kr. i årlige merudgifter for Region Syddanmark.

Udvides AMK-funktionen med et eventuelt anæstesilægevagtlag i tilstedeværelsesvagt, vurderes det at koste ca. 5,6 mio. kr. årligt.

#### Optimering af driften på akut- og parysygehusene

På akut- og parysygehusene forventes det på sigt muligt at optimere driften, idet nybygning af eksempelvis nye sengeafdelinger forventes at give mulighed for en mere rationel drift.

Ved lukning af sengefunktioner på en matrikel og overflytning af aktiviteten til en anden matrikel har det desuden erfaringsmæssigt vist sig, at det aldrig er den fulde aktivitet, som videreføres på den nye matrikel. Nærheden har en vis betydning for tilføjeligheden til sygehusindlæggelse. Der nedsættes i denne forbindelse en arbejdsgruppe i regionen, der skal se på muligheden for harmonisering og effektivisering af driften. Resultaterne af arbejdsgruppens arbejde forventes at foreligge i september 2007.

## 19.2 Forskelle mellem modeller

### Tilstedeværelsesvagt

Af tidligere afsnit fremgår, at regionen skal bruge ekstra 64 speciallæger alene til vagtarbejde, hvis der skal oprettes speciallægevagter i tilstedeværelse inden for de "akutte" specialer på 6 akutsygehuse. Det tilsvarende tal er 45 speciallæger, hvis der skal oprettes speciallægevagter i tilstedeværelse på 5 akutsygehuse og 20 speciallæger, hvis der skal oprettes speciallægevagter i tilstedeværelse på 4 akutsygehuse. Dette er alene til dækning af den øgede vagtbelastning for speciallæger.

Hvis det forudsættes at alle de ekstra speciallæger til tilstedeværelsesvagt skal nyansættes, må der forventes udgifter hertil i størrelsesordenen som angivet nedenfor. Udover at der bliver behov for flere speciallæger, stiger udgifterne til vagthonorering af speciallægerne, fordi vagthonorering for tilstedeværelsesvagt er højere end vagthonorering for rådighedsvagt. Merudgiften hertil er anslået til 0,5 mio. kr. pr. vagtlag.

|  | 6 akutsygehuse | 5 akutsygehus | 4 akutsygehuse |
|--|----------------|---------------|----------------|
| Nyansættelse af speciallæger                           | 64             | 45            | 20             |
| <b>Udgift i mio. kr. til nyansættelse</b>              | <b>44,8</b>    | <b>31,5</b>   | <b>14,0</b>    |
| Vagtlag fra rådighed til tilstedeværelse*              | 25             | 20            | 15             |
| <b>Skønnet merudgift til vagthonorering i mio. kr.</b> | <b>12,5</b>    | <b>10</b>     | <b>7,5</b>     |
| <b>I alt i mio. kr.</b>                                | <b>57,3</b>    | <b>41,5</b>   | <b>21,5</b>    |

\*Intern medicin, ortopædkirurgi, organkirurgi, kardiologi, pædiatri fra rådighed til tilstedeværelse. Gynækologi/obstetrik, anæstesi vurderes allerede overvejende at være i tilstedeværelse. Odense Universitetshospital vurderes allerede overvejende at være i tilstedeværelse for alle specialer.

### Det præhospitale område: helikopterlandingspladser

Det vurderes, at udgiften til etablering af helikopterlandingspladser ved akutsygehusene vil koste ca. 52 – 103 mio. kr. alt efter, hvilken model for ny akutstruktur, der vælges. Det vurderes, at der er ideelle landingsforhold ved Aabenraa Sygehus, at der forholdsvis billigt kan etableres ideelle landingsforhold ved Sønderborg Sygehus og Kolding Sygehus, og at der ved de øvrige sygehuse skal etableres en helikopterlandingsplads på sygehusenes tag til en pris af ca. 25 mio. kr. pr. landingsplads.

| Udgift til etablering af helikopterlandingspladser |           |
|--|-----------|
| Modeller   | mio. kr.  |
| 4 akutsygehuse                                     | 52 – 75   |
| 5 akutsygehuse                                     | 77 – 102  |
| 6 akutsygehuse                                     | 102 - 103 |

### Siddende befordring

En samling af akutfunktionerne på færre sygehuse medfører øgede udgifter til siddende befordring, da afstandene bliver længere. På baggrund af erfaringer fra Sønderjyllands Amt forventes en stigning i udgifter til siddende transport på mellem 6 og 11 mio. kr., som det fremgår af nedenstående tabel.

| Stigning i driftsudgifter til siddende befordring |          |
|---|----------|
| Modeller  | mio. kr. |
| 4 akutsygehuse                                    | 11 – 14  |
| 5 akutsygehuse                                    | 7 – 10   |
| 6 akutsygehuse                                    | 6 – 8    |

### Liggende befordring

Det vurderes, at udgiften til akut liggende kørsel vil stige med ca. 11 - 26 mio. kr. alt efter, hvilken model for ny akutstruktur, der vælges. Generelt vil det være sådan, at jo færre akutsygehuse der bliver, jo større bliver udgifterne til liggende transport.

| Stigning i driftsudgifter til akut liggende befordring |          |
|--|----------|
| Modeller   | mio. kr. |
| 4 akutsygehuse   | 20 – 26  |
| 5 akutsygehuse   | 13 – 19  |
| 6 akutsygehuse   | 11 - 15  |

### Overskudskapacitet eller sammedagssygehuse?

Alle modeller for den fremtidige sygehusstruktur medfører, at de indlagte patienter samles på 7 sygehuse (akut- eller parasygehuse) samt på Middelfart Sygehus. Som det er anført tidligere, medfører dette et betydeligt behov for udbygning af de kommende akutsygehuse. Når parasygehusene udnyttes fuldt ud til senge og ambulans virksomhed, bliver der kun i begrænset omfang behov for øvrige matrikler til sammedagssygehuse. Set i dette lys, er det interessant at se på de overordnede økonomiske konsekvenser ved forskellige scenarier for sammedagssygehuse.

Når parasygehusene om 5 – 10 år udnyttes fuldt ud til sengekapacitet og ambulans virksomhed, vil der sandsynligvis være et vist behov for sammedagssygehuse. Følgende sygehuse vil til den tid være frigjort helt eller delvist til dette formål: Brørup, Tønder, Faaborg, Ringe, Fredericia, Grindsted, Haderslev og Nyborg.

Ved at tage udgangspunkt i regnskabsoplysninger for 2006 for de berørte matrikler kan de matrikelafhængige udgifter estimeres. De matrikelafhængige udgifter er udgifter, som helt bortfalder, hvis sygehuset lukkes. De matrikelafhængige udgifter er eksempelvis lys, vand og varme, vedligeholdelse samt udgifter til visse servicefunktioner.

De matrikelafhængige udgifter for de 8 matrikler kan med udgangspunkt i regnskabstal for 2006 estimeres til 154 mio. kr, hvilket svarer til ca. 16% af det samlede driftsregnskab for disse matrikler i 2006 (952 mio. kr.).

De matrikelafhængige udgifter til sammedagssygehuse kan ligeledes sammenlignes med renoveringsudgifter til genopretning af eksisterende bygninger, som blev vurderet ved en bygningsgennemgang medio 2006.

| Sygehuse   | Matrikelafhængige udgifter mio. kr. årligt* | Renoveringsudgifter i mio. kr. (indvendig renovering) | Matrikelstørrelse i kvm |
|------------|---|---|-------------------------|
| Faaborg    | 11  | 38  | 12.000                  |
| Nyborg     | 14  | 36  | 15.000                  |
| Ringe      | 4   | 20  | 9.000                   |
| Brørup     | 9   | 26  | 10.000                  |
| Grindsted  | 18  | 34  | 17.000                  |
| Fredericia | 33  | 148   | 27.000                  |
| Haderslev  | 54  | 246   | 43.000                  |
| Tønder     | 11  | 39  | 17.000                  |

Note\*: de matrikelafhængige udgifter er skønnede af sundhedsstaben på baggrund af oplysninger fra sygehusene. For Haderslev har Sygehus Sønderjylland tidligere opgjort den samlede renoveringsudgift til 421 mio. kr.

Hvis man eksempelvis vælger en geografisk fordeling med Fredericia, Grindsted, Haderslev og Nyborg som sammedagssygehuse, vil der - ved lukning af Tønder, Faaborg, Ringe, og Brørup - frigøres et beløb svarende til ca. 35 mio. kr.

Hvis man eksempelvis vælger en geografisk fordeling med Grindsted, Nyborg og Tønder som sammedagssygehuse, vil der - ved lukning af Fredericia, Haderslev, Faaborg, Ringe og Brørup – frigøres et beløb svarende til ca. 111 mio. kr.

Ved nedlæggelse af sygehusmatrikler frigøres de matrikelafhængige udgifter til senere prioritering eksempelvis i forbindelse med udvidelse af bebyggelsen på andre sygehusmatrikler. Antallet af kvadratmeter, der nybygges, varierer i modellerne fra 70.000 til 120.000 kvm. I det tidligere Vejle Amt blev der afsat ca. 500 kr. pr. kvm. til bygningsdriftsudgifter ved større bygningsudvidelser. Ved anvendelse af samme nøgletal vil der fremover skulle afsættes ca. 35 mio. kr. til bygningsdrift af 70.000 ekstra kvm. og 60 mio. kr. til bygningsdrift af 120.000 ekstra kvm.

## 20. Personale, rekruttering og uddannelse

### 20.1 Hvem og hvor mange bliver berørt

Der er aktuelt ca. 17.200 fuldtidsstillinger på sygehusene i Region Syddanmark. En række af disse er imidlertid splittet op i deltidstillinger. Omfanget heraf er ikke optalt. Det er dog i anden sammenhæng vurderet, at helt op til 20% af de beregnede stillinger kan være besat med deltidstillinger. Dette indebærer at der på regionens sygehuse kan være ansat helt op til 21.000 personer.

Fordeling af fuldtidsstillinger – ifølge oplysninger fra sygehusene

| Sygehusenhed                 | Fuldtidsstillinger | Beregnet antal ansatte* |
|------------------------------|--------------------|-------------------------|
| Fredericia/Kolding Sygehuse. | 1.786              | 2.143                   |
| Odense Universitetshospital  | 6.551              | 7.861                   |
| Sydvestjysk Sygehus          | 2.439              | 2.927                   |
| Sygehus Fyn                  | 1.895              | 2.274                   |
| Sygehus Sønderjylland        | 2.634              | 3.161                   |
| Vejle og Give Sygehuse       | 1.895              | 2.274                   |

\* beregnet med tillæg af 20%

For fordeling på stillingskategori og sygehusmatrikel henvises til bilag 11.

En meget stor del af de ansatte vil blive berørt af den nye sygehusstruktur. Det gælder ansatte på 5 af de 6 sygehusledelsesenheder: Fredericia/Kolding Sygehuse, Sygehus Fyn, Sygehus Sønderjylland,



Vejle/Give Sygehuse samt Sydvestjysk Sygehus. Ansatte på Odense Universitetshospital vil i mindre grad blive berørt af den nye sygehusstruktur.

Ændringerne kan berøre personalet enten i form af, at der kan blive tale om personaleflytninger eller i form af ændringer i nuværende arbejdsopgaver. Der skal tages stilling til, hvordan disse flytninger skal finde sted med henblik på at sikre, at kompetencerne bevares i regionens sygehusvæsen.

Omfanget af personaleflytningerne er skitseret herunder:

Odense Universitetshospital: Uanset hvilken model, der vælges, bliver Odense Universitetshospital større. Behovet for flytning af personale vil derfor være begrænset. Det meste personale på Middelfart Sygehus vil blive berørt, idet sygehuset foreslås anvendt til rygcenter med neurorehabilitering. Personalet på sygehuset vil derfor enten forblive på stedet og varetage nye opgaver, eller flytte med opgaverne til nabosygehusene.

#### Sygehus Fyn:

I Sygehus Fyn bliver stort set alt personale, dvs. knap 2300 medarbejdere berørt af strukturændringen - dog undtagen Ærø Sygehus. Uanset om Svendborg bliver parygehus eller akutsygehus bliver den stationære aktivitet mindre end i dag. Der er ikke taget beslutning om, hvorvidt fødslerne skal flyttes. En relativ stor del af personalet på Svendborg Sygehus vil altså skulle varetage nye opgaver, når sygehusets profil forskydes i retning af flere ambulante opgaver.

Opgaveporteføljen i Nyborg og Faaborg er ikke afklaret, men sengeafdelingerne på Nyborg Sygehus er forudsat nedlagt.

Personalet på Ringe Sygehus forventes at følge opgaven til det regionale rygcenter/neurorehabilitering på Middelfart Sygehus.

#### Sydvestjysk Sygehus

Opgaveporteføljen i Esbjerg vil i vid udstrækning være uændret.

Opgaveporteføljen i Grindsted og Brørup er ikke afklaret, men sengeafdelingerne er forudsat nedlagt.

#### Sygehus Sønderjylland.

Aktivitets- og opgaveportefølje er modelafhængig. Modellerne indebærer dog en betydelig opgaveflytning, primært mellem Sønderborg og Aabenraa.

I modeller, hvor Aabenraa er akutsygehus skal der tilføres en række specialer fra Sønderborg: gynækologi – obstetrik, pædiatri, neurologi samt øre-næse-hals. Alt personale i disse afdelinger vil blive berørt. Dertil kommer andel af personale i de kliniske servicespecialer: røntgen, anæstesi og intensiv samt laboratorierne.

I modeller, hvor Sønderborg bliver akutsygehus skal akut ortopædkirurgi, herunder skadestuen samt al kirurgi tilføres Sønderborg. Det vil berøre stort set alt personale i disse specialer samt en andel af personalet i de kliniske specialer.

Opgaveporteføljen i Tønder og Haderslev er ikke afklaret, men sengeafdelingerne forudsættes nedlagt.

#### Vejle/Give Sygehuse

Aktivitets- og opgaveportefølje er modelafhængig. Modellerne indebærer dog en betydelig opgaveflytning, primært mellem Vejle og Kolding i modeller med 4 eller 5 akutsygehuse.

I modeller, hvor Vejle er akutsygehus skal gynækologi-obstetrik og pædiatri tilføres. Derudover skal akut ortopædkirurgi og al kirurgi tilføres Vejle. Det vil berøre stort set alt personale i disse specialer samt en andel af personalet i de tilhørende kliniske servicespecialer.

Give omdannes til friklinisk, hvilket betyder opgaveændring men ikke nødvendigvis, at den samlede aktivitet nedsættes. Der forventes at være behov for, at hele den fysiske kapacitet anvendes i Friklinikken.

#### Kolding/Fredericia Sygehuse

Aktivitets- og opgaveportefølje er modelafhængig. Modellerne indebærer dog en betydelig opgaveflytning, primært mellem Vejle og Kolding i modeller med 4 eller 5 akutsygehuse. I modeller, hvor Kolding bliver akutsygehus, skal neurologi og øre-næse-hals tilføres. Derudover skal akut ortopædkirurgi, herunder skadestuen samt akut kirurgi tilføres. Det vil berøre stort set alt personale i disse specialer samt en andel af personalet i de kliniske specialer.

Opgaveportefølje i Fredericia er ikke afklaret, men sengeafdelingerne forudsættes nedlagt.

## **20.2 Ledelsesforhold**

Konstruktionen med akutsygehus, parygehus og eventuelt sammedagssygehus forudsætter, at de organisatorisk er fusioneret både på sygehusledelsesniveau og afdelingsledelsesniveau.

I modeller med 4 eller 5 akutsygehuse vil der være 4 sygehusenheder, idet det i 5 modellerne er forudsat, at sygehusene på Fyn udgør én samlet sygehusenhed af hensyn til behovet for et tæt fagligt samarbejde både på sygehusledelsesniveau og afdelingsledelsesniveau. I modellerne med 6 akutsygehuse vil der være 6 sygehusenheder.

Hver sygehusenhed har et ledelsessystem, bestående af én sygehusledelse og det relevante antal afdelingsledelser.

## **20.3 Rekruttering/fastholdelse**

De strategiske overvejelser bag udformningen af den fremtidige akutstruktur tager afsæt i de forventede kommende vanskeligheder med at rekruttere og fastholde alt sundhedsfagligt personale i de kommende år.

Der er derfor lagt stor vægt på, at strukturen skal understøtte og fremme såvel et fagligt udviklende miljø og geografisk spredte arbejdspladser. Det forventes, at der hermed skabes et godt grundlag for fremover at kunne rekruttere og fastholde kvalificeret personale.

Der er dog ingen tvivl om, at de personaleflytninger, som følger af strukturændringerne, vil være en meget stor udfordring for regionen i forhold til rekruttering og især fastholdelse. Der skal i forbindelse med strukturændringen formuleres en strategi herfor.

## **20.4 Uddannelse**

Sygehusene varetager en meget vigtig funktion som uddannelsessted for de sundhedsfaglige uddannelser. Denne funktion skal tænkes ind i implementeringen af den nye akutstruktur, således at de muligheder, som strukturen giver i uddannelsesmæssig sammenhæng, udnyttes.

Positive og gode erfaringer med arbejdsmiljø og faglige udviklingsmuligheder, erhvervet gennem et uddannelsesforløb, vil ofte indgå som et parameter, når den fremtidige arbejdsplads skal vælges. Uddannelsesmiljøet bliver dermed også et element i den fremtidige rekruttering af arbejdskraft til sygehusene.

Når den endelige struktur er besluttet, skal der derfor i samarbejde med rådet for lægelig videreuddannelse og de uddannelsesansvarlige på sygehusene udarbejdes praktik- og uddannelsesforløb for de studerende og de yngre læger.

## 21. Nyt Universitetshospital i Odense

Det fremgår af regionsrådets hørings svar til Sundhedsstyrelsen, at det skal overvejes at etablere et nyt universitetshospital i Odense til erstatning af det eksisterende Odense Universitetshospital.

Odense Universitetshospital er i hovedsagen bygget i tre etaper. I 1912 etableredes et stort anlagt sygehus i Odense by. Sygehuset blev udvidet gennem en stor udbygning i begyndelsen af 1960'erne – en etape som på mange måder har givet sygehuset sit særpræg helt frem til i dag med et stort 15. etages højhus og tilstødende andre højhuse opført i beton integreret i de oprindelige lave murstensbygninger. Den sidste etapevise udbygning har fortrinsvist omfattet om- og især nytbygninger indenfor de sidste årti – idet der dog blev opført en særskilt 6. etages nybygning i slutningen af 1970'erne. Det samlede bygningskompleks fremstår i dag i tiltagende grad nedslidt og utidssvarende, og de fysiske rammer trænger til et mærkbart kvalitetsløft.

Det nye universitetshospital i Odense kan fremlægges i to versioner

- et total nyombygget Odense Universitetshospital på eksisterende beliggenhed
- et nybygget universitetshospital og sundhedsvidenskabeligt fakultet flyttet ud til Syddansk Universitet.

Den tætte fysiske adgang mellem universitetshospital og sundhedsvidenskabeligt fakultet er helt afgørende. Professorer, lektorer og projektansatte er ansat i fællesstillinger på såvel hospitalet og universitetet, fordi opgaverne netop er forskning og klinik. Fakultetet ligger derfor også i dag på det nærmeste fysisk integreret ind i hospitalsarealet.

Universitetshospitalet har særligt over de sidste 10 – 15 år opnået en række behandlingsmæssige og forskningsmæssige styrkepositioner på internationalt niveau. En udvikling som i høj grad skyldes et fælles strategisk samvirke med Syddansk Universitet. Dette samvirke eller alliance har haft vital betydning for at hospitalet i dag fremstår med sundhedsfaglige, videnskabelige og uddannelsesmæssige stærke miljøer.

Et nybygget universitetshospital tæt beliggende ved motorvejen og fysisk helt tæt ved Syddansk Universitet vil umiddelbart give en række fordele:

- universitetshospitalet vil blive optimalt indrettet og med maximal fremtidssikring i forhold til patientkoncept og service
- universitetshospitalet vil kunne indrettes med en større driftseffektivitet
- universitetshospitalet vil kunne få langt bedre trafikadgang og vil belaste bymidten mindre
- universitetshospitalet og det sundhedsvidenskabelige fakultet vil i fællesskab kunne opnå synergi på en række områder – i form af tæt adgang til basal forskning og andre videnskabelige discipliner
- universitetshospitalet og det sundhedsvidenskabelige fakultet vil kunne opnå stordrifts- og samdriftsfordele, hvad angår en række større fælles undervisningsfaciliteter/-lokaler, auditorier og forskningslaboratorier og forskningshoteller

Et total nyombygget Odense Universitetshospital vil naturligvis også frembyde en række af de ovennævnte fordele, om end der vil blive tale relativt knapt så tydelige og markante fordele. Modernisering af forskelligartede bygninger og bygningsudformninger betyder en knap så stor driftseffektivitet frem for et nybyggeri. Trafikbelastningen i og omkring Odense Universitetshospital vil være en stadig stigende udfordring sammen med de i øvrigt alt for begrænsede parkeringspladser. Lægges dertil arealbegrænsningerne, som gør det vanskeligt at udvide, vil det være nødvendigt at erhverve yderligere arealer til fælles formål, for både hospital og universitet.

Meget taler for at et nybyggeri vil være det mest fremtidssikrede. Dertil kommer færre belastninger og gener for patienter, pårørende og personale i den byggeperiode, som antageligt vil vare i 5-6 år. Ved

en totalmodernisering af Odense Universitetshospital vil hospitalet skulle udføre "business as usual" i patientbehandlingen, hvilket naturligvis giver særskilte problemer og udfordringer i form af mange afbrydelser i forhold til patientaktivitet m.v.

Som grundlag for størrelse og indhold i et nybygget Odense Universitetshospital er der gennemført en særdeles overordnet analyse af kapaciteter og arealbehov for det nye universitetshospital ved Arkitektfirmaet C.F. Møller A/S jf. vedlagte bilag 12.

Resultatet af den foreløbige arealberegningen viser et behov på ca. 130.000 m<sup>2</sup> netto eller 260.000 m<sup>2</sup> brutto, til en samlet pris på ca. 5,72 mia. kr. Dette beløb er excl. udgifter til køb af grund mv.

Universitetsarealer er kun medtaget i form af decentrale undervisningsarealer til medicinstuderende, som skal integreres i de enkelte afdelinger på universitetshospitalet. Herudover eksisterer der ca. 39.000 kvm som anvendes til universitetsfunktioner herunder det medicinske fakultet, som ligeledes vil skulle flytte, såfremt universitetshospitalet flytter. Udgifterne hertil er ikke medregnet.

Ligeledes forudsættes det, at psykiatrien skal flytte med til det nybyggede universitetshospital. En foreløbig vurdering estimerer arealbehovet til ca. 22.500 kvm brutto, til en samlet pris på ca. 0,5 mia. kr.

## 22. Sammenfattende vurdering af modellerne

### Generelt om modellerne

Det overordnede mål med ændringerne på akutområdet er at forbedre akutbetjeningen i Region Syddanmark. På akutsygehuse skal der fremover være de kompetencer og specialer tilstede døgnet rundt, som er nødvendige for at modtage, diagnosticere og igangsætte behandling af akutte patienter. Til gengæld for den forbedrede akutbetjening bliver der færre akutmodtagelser, i alle de modeller regionsrådet har ønsket belyst.

I alle modeller opereres der - ud over akutsygehuse - med såkaldte parysgehuse og sammedagssygehuse. Idéen med at fordele sygehusaktiviteterne på flere matrikler frem for at samle al aktivitet på de 4-6 akutsygehuse er følgende:

- at sikre en god udnyttelse af regionens store bygningsmasse. Samling af al aktivitet på 4-6 enheder ville betyde yderligere behov for nybygning, og at de resterende sygehusmatrikler skulle afvikles.
- at undgå større driftsenheder end nødvendigt. Der kan være en række driftsulemper ved meget store enheder.
- ønske om en vis fordeling af arbejdspladserne på sygehusområdet i regionen med henblik på bedre at kunne fastholde personalet. Rekruttering og fastholdelse af personale er aktuelt den største udfordring for sygehusvæsenet.

En forbedring af akutmodtagelsen på sygehuse bør suppleres med en udbygning af det præhospitale beredskab. Der stilles derfor forslag om en udbygning af den præhospitale indsats, således at hele regionen dækkes af indsats med lægebiler eller akutbiler bemandede med paramedicinere (dvs. ambulancereddere med særlig uddannelse). Den nuværende gode dækning med ambulancer i regionen fastholdes – mindre justeringer kan overvejes i forbindelse med det forestående udbud af ambulancetjenesten. Den præhospitale indsats forudsættes suppleret med en landsdækkende lægehelikopterordning.

I områder med lang afstand til nærmeste skadestue, kan der oprettes skadeklinikker bemandede med særligt uddannede sygeplejersker, som kan behandle mindre skader. Der vil være grundlag for at placere skadeklinikker på parysgehuse. Det kan derudover overvejes at placere skadeklinikker andre steder i regionen, hvor der er lang afstand til akutsygehuse, og hvor der er et vist patientunderlag.

I materialet er der desuden skitseret en vision om et regionalt rygcenter for kirurgisk og medicinsk rygbehandling på Middelfart Sygehus. Hensigten er at samle de faglige ressourcer på området med henblik på at højne kvaliteten, sikre faglig bæredygtighed og sikre hurtig udredning og behandling af samtlige rygpatienter i regionen.

Fra 1. oktober 2007 forventes det, at grænsen for det udvidede frie sygehusvalg bliver sænket til én måned. Det bliver en meget stor udfordring for sygehusvæsenet, som i endnu højere grad må sikre hurtig udredning og behandling af patienterne. Som et supplement til de almindelige sygehuse drives Friklinikkerne i Brædstrup og Give i samarbejde med Region Midtjylland. Formålet med Friklinikkerne er at udbyde behandlinger, hvor de almindelige sygehuse i regionen har problemer med at klare efterspørgslen. Friklinikken i Give foreslås på denne baggrund videreført og gradvist udvidet til evt. at fylde hele Give Sygehus.

I nogle situationer, hvor der mangler kapacitet i regionen, vil det være mest fordelagtigt at udnytte kapaciteten i privatsektoren. I så fald bør det ske via udbud for at sikre konkurrence.

## Forskelle mellem de enkelte modeller

### Faglige forskelle:

I alle modellerne er akutsygehusene beskrevet efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Det vil sige, at kravene til nødvendige specialer, tilstedeværelsesvagter og faciliteter er opfyldt. Der er dog næppe tvivl om, at det i modellerne med 5 og 6 sygehuse bliver vanskeligt at rekruttere det nødvendige antal speciallæger til at dække tilstedeværelsesvagterne. Samtidig vil der inden for nogle specialer blive for lav aktivitet i disse tilstedeværelsesvagtlag særligt i aften- og natteperioden. Man risikerer altså at spilde speciallægeressourcerne. Samtidig vil det næppe være attraktivt for lægerne at være beskæftiget i sådanne ret ubelastede vagtlag.

Der er en særlig problemstilling vedr. fødsler i Svendborg, hvor der ikke er en pædiatrisk afdeling. Det forlyder imidlertid fra Sundhedsstyrelsen, at spørgsmålet om, hvilke faglige krav der vil blive stillet til en fødeafdeling, først vil blive afklaret i forbindelse med den landsdækkende speciale gennemgang på det gynækologisk/obstetriske område.

Spørgsmålet om fødeafdeling i Svendborg bør derfor afvente denne afklaring.

### Befolkningsunderlag:

Analyserne af befolkningsunderlag viser, at der kun er 3 modeller, som opfylder kravet om et befolkningsunderlag på mindst 200.000. Det drejer sig om modellerne:

OEVA: Odense-Esbjerg-Vejle-Aabenraa

OEVS: Odense-Esbjerg-Vejle-Sønderborg

OEKA: Odense-Esbjerg- Kolding-Aabenraa

I de øvrige modeller er der mindst et af sygehusene, som har et befolkningsunderlag, som ligger klart under de 200.000. Optageområderne mellem sygehusene kan naturligvis rykkes noget via visitationsretningslinjer, især hvis grænsen mellem to akutsygehuse løber igennem større byområder. Det er f.eks. tilfældet for Fredericia-Middelfart området i modeller, hvor både Vejle og Kolding har akutsygehus. Tilsvarende med Haderslev by i modeller, hvor både Aabenraa og Kolding har akutsygehus. Dette skønnes dog ikke at kunne rykke ved, at det kun er de nævnte tre modeller, som opfylder kravet om befolkningsunderlag.

### Afstande:

I materialet er beregnet befolkningens tidsafstand til nærmeste sygehus opdelt på intervaller på f.eks. under 30 minutter og under 40 minutter. Som det ses, vil langt den største del af befolkningen - 90% eller mere – kunne nå frem inden for 40 minutter i alle modeller. Specialerådene har endvidere udtalt, at ændringer af afstandene til akutsygehusene i den størrelsesorden, som der her er tale om, ikke har behandlingsmæssig betydning. Et mindretal i det gynækologisk/obstetriske specialeråd (fra Svendborg Sygehus) mener dog, at der er tilfælde, hvor afstand og tid har betydning.

### Svendborg Sygehus

Som det ses, ligger befolkningsunderlaget for Svendborg Sygehus langt under 200.000 (omkring 100.000). Det vil derfor kræve en kraftig forvridning af visitationsretningslinjerne, hvis sygehuset skal komme op i nærheden af 200.000. Forvridningen af visitationsretningslinjerne vil betyde, at uselekterede akutte medicinske, kirurgiske og ortopædkirurgiske patienter skal køres til Svendborg, selvom afstanden til Odense er kortere.

Sundhedsstyrelsen skriver i sine anbefalinger, at der i nogle regioner er områder, hvor særlige f.eks. geografiske forhold gør, at det er nødvendigt med særlige løsninger. Spørgsmålet er, om Svendborg med Langeland er et sådant område? I givet fald kunne man opretholde den akutte modtagelse af medicinske, organkirurgiske og ortopædkirurgiske patienter, dog således at der skulle beskrives

særlige visitationsretningslinjer, så visse patienter blev kørt direkte til Odense. Der vil med det begrænsede optageområde ikke være grundlag for at etablere døgndækkende tilstedeværelsesvagter i alle de kritiske specialer. Dette vil yderligere nødvendiggøre nøje visitationsretningslinjer. En sådan deling af patienterne mellem Svendborg og Odense vil kun kunne etableres, hvis de to sygehuse er en ledelsesmæssig enhed. Et argument for denne model er, at Svendborg Sygehus ville aflaste akutmodtagelsen på Odense Universitetshospital, som bliver meget stor med de stordriftsulemper, der følger heraf.

Den fagligt og driftsmæssig oplagte model er imidlertid Svendborg som parysygehus med modtagelse af selekterede medicinske patienter og elektiv kirurgi.

#### Bygninger:

I afsnittet om anlæg er udgifterne til nybygning og renovering beskrevet. Udgifterne til de forskellige modeller ligger mellem 4,5 og 5,3 mia. kr. Den forholdsvis begrænsede forskel på modellerne skyldes, at alle 7 sygehuse i alle modeller skal renoveres. Forskellene mellem modellerne består i graden af nybygningsbehov. Generelt om forskellene kan siges, at de billigste modeller er dem, hvor Sønderborg indgår som akutsygehus. De dyreste modeller er modeller med Aabenraa som akutsygehus. Det beror på, at Sønderborg Sygehus kan blive akutsygehus med begrænset nybygning, mens Aabenraa Sygehus som akutsygehus vil kræve nybygning i stort omfang. Til dette skal siges, at jo mere man nybygger, jo bedre bliver bygningsstandarden. Det giver driftsmæssige fordele og mindre vedligeholdelsesudgifter på sigt.

Generelt kan desuden siges, at regionen ikke selv vil kunne finansiere nybygninger i dette omfang uanset valg af model. Finansieringen skal forhandles med Regeringen. Der er fra Regeringens side lagt op til, at finansieringen vil blive kædet sammen med opfyldelse af de faglige anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen.

#### Sammedagssygehuse:

I materialet er der foretaget beregninger på behovet for sammedagssygehuse. Behovet er begrænset set i forhold til det antal kvadratmeter, som findes på de 8 sygehusmatrikler, der har været overvejet som sammedagssygehuse. Sammedagsaktiviteten bør af hensyn til nærhed være fordelt i regionen – f.eks. et sammedagssygehus pr. sygehusenhed. Det begrænsede behov for plads til sammedagsaktiviteter (udover akut- og parysygehuse) peger i retning af, at det er nogle af de mindre sygehuse, som bør anvendes til formålet.

Det skal specielt bemærkes, at modellerne med Sønderborg som parysygehus vil medføre, at der ikke er behov for et sammedagssygehus i Sønderjylland. Det skyldes, at der med Sønderborg Sygehus som parysygehus vil blive meget god plads på sygehuset. Selvom al sammedagsaktiviteten samles på sygehuset vil der være ledig plads. Hvis Sønderborg Sygehus skal være parysygehus, bør det overvejes, om dele af sygehuset kan udnyttes til andre formål end somatik.

Beregningen af behovet for sammedagsaktivitet om 7-8 år (ca. 2015) baserer sig på en række forudsætninger, som i sagens natur er meget usikre. Spørgsmålet om antal og placering af sammedagssygehuse er heller ikke kritisk ift. at få startet opbygningen af de nye akutsygehuse. Det kunne derfor være hensigtsmæssig – helt eller delvist - at vente med stillingtagen til spørgsmålet om sammedagssygehuse, indtil opbygningen af de nye akutsygehuse er godt på vej. Dette er også begrundet med, at der under alle omstændigheder i en årrække vil være behov for det areal, som er på disse sygehuse.

#### Nyt universitetshospital i Region Syddanmark

I materialet er redegjort for visionen om et nyt universitetshospital i Odense. Der er foretaget en foreløbig areal beregning. Udgiften er beregnet til 5,7 mia. kr., herfra skal trækkes de alternative udgifter til renovering og udbygning af det gamle Odense Universitetshospital.

### Driftsøkonomi:

Beregningerne viser, at afhængig af modelvalg vil udgifterne til siddende befordring og ambulancekørsel variere. Jo færre akutsygehuse jo større bliver udgifterne. Forskellene ligger dog inden for 6 mio. kr. årligt for siddende befordring og 11 mio. kr. årligt for ambulancekørsel.

Til gengæld bliver udgifterne til vagtberedskaber større i modeller med 6 akutsygehuse svarende til en forskel på ca. 35 mio. kr. set i forhold til modeller med 4 akutsygehuse.

De største driftsøkonomiske forskelle ligger i, hvor mange sammedagssygehus man vælger at bevare. Beregninger viser, at der ligger ca. 150 mio. kr. bundet i, at opretholde de 8 omtalte sygehusmatrikler til sammedagsaktivitet.

### Personale:

En meget stor del af de ansatte på sygehusene vil blive berørt af den nye sygehusstruktur. Enten vil der blive tale om personaleflytning eller om varetagelse af nye arbejdsopgaver. Disse personaleflytninger bliver en meget stor udfordring for regionen i forhold til rekruttering og især fastholdelse. Der skal i forbindelse med strukturændringen formuleres en strategi herfor.



Region Syddanmark  
Damhaven 12 . 7100 Vejle  
Tlf. 76 63 10 00

[regionsyddanmark.dk](http://regionsyddanmark.dk)



**Region Syddanmark**

Region Syddanmark

Damhaven 12

7100 Vejle



## Høringsvar vedrørende "Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark, planlægningsgrundlag for akutberedskabet"

Dato 03-07-2007

Sagsbehandler Susanne Nyholm

Andersen

SusanneNyholm.Andersen@STAB.RM.

DK

Tel. 87284439

Sagsnr. 1-15-1-72-19-07

Region Midtjylland har modtaget rapporten "Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark, planlægningsgrundlag for akutberedskabet" samt bilag som en del af den iværksatte høringsproces i Region Syddanmark.

Det fremgår af rapporten, at der opstilles forskellige modeller for antallet af akutmodtagelser i Region Syddanmark og placeringen af disse. I nogle scenarier vil Vejle Sygehus være akutsygehus, mens Vejle Sygehus i andre scenarier er parygehus til Kolding Sygehus, som så varetager akutmodtagelsesfunktionen.

Vi vil henlede opmærksomheden på, at Region Midtjylland den 20. juni sendte et forslag til akutplan her i regionen i høring, hvori indgår, at Regionshospitalet Horsens er en ud af fem fælles akutmodtagelser. Befolkningsgrundlaget for den fælles akutmodtagelse i Horsens ligger ifølge forslaget på ca. 185.000 indbyggere, og vil ifølge Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning i 2022 være på 206.000 indbyggere.

Befolkningsgrundlaget for Regionshospitalet Horsens vil dermed ifølge Region Midtjyllands forslag til akutplan leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om, at der skal være et befolkningsgrundlag på mellem 200.000-400.000 borgere for en fælles akutmodtagelse.

Befolkningsgrundlaget for Regionshospitalet Horsens er beregnet ud fra, hvor mange borgere, der vil have Regionshospitalet Horsens som nærmeste akuthospital, såfremt Region Syddanmark ikke har akutmodtagelse i Vejle. Såfremt Region Syddanmark vælger, at Vejle Sygehus skal være akutsygehus, vil befolkningsgrundlaget for Horsens blive reduceret med ca. 40.000, hvoraf ca. 10.000 er borgere fra Region Syddanmark. Hvis Region Syddanmark vælger at placere en akutmodtagelse på sygehuset i Vejle lever Region Midtjyllands forslag til akutplan ikke op til Sundhedsstyrelsens

anbefalinger, hvad angår befolkningsgrundlaget for en fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Horsens.

Region Midtjylland ser derfor frem til en dialog og et samarbejde med Region Syddanmark om placeringen af fælles akutmodtagelser i grænseområdet mellem de to regioner.

Venlig hilsen

Lars Dahl Pedersen  
Afdelingschef

