

REGIONERNES INVESTERINGS- OG SYGGEHUSPLANER

- SCREENING OG VURDERING II

Two thick, horizontal decorative bars are positioned in the middle of the page. The top bar is olive green and the bottom bar is dark blue. Both bars have a slight curve at their ends.

Afgivet af regeringens ekspertpanel
NOVEMBER 2010

Kolofon

Regionernes investerings- og sygehusplaner
- screening og vurdering II

Udarbejdet af: Regeringens ekspertpanel vedr. sygehusinvesteringer

Copyright: <Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse>.

Udgivet af:

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K.
Telefon: 72 26 90 00
Telefax: 72 26 90 01
E-post: im@im.dk
EAN –lokationsnummer: 5798000362055

Finansministeriet
Christiansborg Slotsplads 1
1218 København K
Telefon: 33 92 33 33
Telefax: 33 32 80 30
E-post: fm@fm.dk

Grafisk design: 1508 A/S

Udgivelsesår: 2010

ISBN: 978-87-7601-303-5 (elektronisk version)

Version: 1. version

Versionsdato: 17. november 2010

Publikationen er tilgængelig på <http://www.im.dk> og <http://www.fm.dk>

Indholdsfortegnelse

Forord.....	5
1. Ekspertpanelets nedsættelse og baggrund	6
1.1 Baggrund og kommissorium	6
1.2 Panelets og sekretariatets sammensætning.....	7
1.3 Arbejdets tilrettelæggelse.....	8
2. Sammenfatning	11
2.1 Synspunkter, kriterier og metode	11
2.2 Screening, vurderinger og indstillinger	14
3. Synspunkter på fremtidens sygehusstruktur.....	19
3.1 Faglig bæredygtighed og specialisering	20
3.2 Styrkelse af den præhospitale indsats.....	21
3.3 Den teknologiske udvikling, patientroller og ændrede arbejdsgange	23
3.4 Effektiv vidensspredning og -deling	26
3.5 Det danske somatiske sygehusvæsen i år 2020	27
3.6 Opsummering	30
4. Ekspertpanelets metode og tilgang.....	31
4.1 Operationalisering af vurderingsprincipper.....	31
4.1.1 Vurderingskriterier for sygehusplanerne.....	31
4.1.2 Vurderingskriterier for de enkelte investeringsprojekter	33
4.2. Ekspertpanelets dimensioneringsovervejelser.....	36
4.2.1 Fremskrivning	39
4.2.2 Kapacitetsudnyttelse.....	41
4.2.3 Arealstandarder	44
4.2.4 Økonomi.....	47
5. Gennemgang og vurdering af de enkelte regioners større anlægsprojekter og sygehusplaner 50	
5.1 Fakta om de fem regioner.....	50
5.2 Region Nordjylland	53
5.2.1 Fakta om regionen	53
5.2.2 Samling af funktioner og specialer på færre enheder	53
5.2.3 Særligt om akutområdet og den præhospitale indsats	55
5.2.4 Sammenhæng med andre regioner	57
5.2.5 Større strukturelle anlægsprojekter i regionen	58
5.3 Region Midtjylland	61
5.3.1 Fakta om regionen	61
5.3.2 Samling af funktioner og specialer på færre enheder	61
5.3.3 Særligt om akutområdet og den præhospitale indsats	63
5.3.4 Sammenhæng med andre regioner	66
5.3.5 Større strukturelle anlægsprojekter i regionen	66
5.4 Region Syddanmark	71
5.4.1 Fakta om regionen	71
5.4.2 Samling af funktioner og specialer på færre enheder	71
5.4.3 Særligt om akutområdet og præhospital indsats.....	73
5.4.4 Sammenhæng med andre regioner	76
5.4.5 Større strukturelle anlægsprojekter i regionen	76
5.5 Region Sjælland	80
5.5.1 Fakta om regionen	80
5.5.2 Samling af funktioner og specialer på færre enheder	80
5.5.3 Særligt om akutområdet og den præhospitale indsats	82
5.5.4 Sammenhæng med andre regioner	85
5.5.5 Større strukturelle anlægsprojekter i regionen	86
5.6 Region Hovedstaden	89

5.6.1 Fakta om regionen.....	89
5.6.2 Samling af funktioner og specialer på færre enheder.....	89
5.6.3 Særligt om akutområdet og den præhospitale indsats	92
5.6.4 Sammenhæng med andre regioner	94
5.6.5 Større strukturelle anlægsprojekter i regionen	94
5.7 Sammenfatning på de fem regioner	98
6. Ekspertpanelets indstilling til regeringen.....	100
Bilag	105

Forord

Regeringen og Danske Regioner tilkendegav i aftalen om regionernes økonomi for 2008, at der er behov for strukturændringer i sygehusvæsenet og heraf følgende investeringer i fysiske tilpasninger, ny teknologi og apparatur for at realisere målsætningen om et tidssvarende sygehusvæsen baseret på sundhedsfaglig bæredygtighed. Ekspertpanelet blev nedsat i efteråret 2007 og fik til opgave at vurdere de konkrete større anlægsprojekter fra regionerne i forhold til en række aftalte principper.

Regeringen afsatte efterfølgende som led i kvalitetsreformen 25 mia. kr. i en kvalitetsfond til investeringer i en ny og forbedret sygehusstruktur ud over regionernes almindelige anlægsrammer. Med økonomiaftalen for 2010 blev aftalt en samlet investeringsramme på 40 mia. kr. inkl. regional egenfinansiering.

Denne investeringssatsning, hvor de fem regioners projektplaner vurderes i et langsigtet perspektiv, og det danske sygehusvæsen betragtes som en helhed, bidrager efter panelets vurdering til et sygehusvæsen af høj kvalitet og effektivitet til gavn for patienterne, personalet, og det danske samfund.

I alt 16 hospitalsprojekter indstilles til at få støtte fra kvalitetsfonden. Her er både tale om helt nybyggede hospitaler og til- og ombygninger på eksisterende matrikler. Fælles for projekterne er, at de alle spiller en vigtig rolle i samlingen af specialer på færre matrikler. Samtidig indstilles kvalitetsfondsstøtte til 13 ud af de i alt 18 sygehuse, der skal udgøre Danmarks akutsygehusstruktur, hvilket giver et betydeligt kvalitetsløft i patientbehandlingen. Panelet vurderer, at disse byggeprojekter, hvor patientforløb, logistik, kvalitet og sikkerhed indtænkes fra begyndelsen, vil resultere i en markant forbedring af det danske hospitalsvæsen.

Regeringen og Danske Regioner aftalte med økonomiaftalen for 2009, at udmøntningen af midlerne til sygehusinvesteringer opdeles i to faser. Ekspertpanelet afgav i november 2008 på baggrund af en vurdering af regionernes sygehusplaner og konkrete projekter indstilling om 11 investeringsprojekter, med en samlet investeringsramme på godt 25 mia. kr. Med nærværende rapport indstiller panelet støtte til yderligere fem projekter samt forhøjelse af investeringsrammen for et projekt fra første fase. Panelet indstiller en samlet investeringsramme for projekterne på godt 16 mia. kr.

At udmøntningen af kvalitetsfondsmidlerne har været opdelt i to faser, vurderes at have haft en række fordele. Det har bl.a. betydet, at panelet i forbindelse med indstillingen om fordelingen af midler i denne afsluttende fase har kunnet tilgodese, at der i foråret 2010 i Region Sjælland og Region Hovedstaden er vedtaget nye og ambitiøse hospitalsplaner. Samtidig er det panelets vurdering, at disse ændrede forudsætninger i forhold til før-screeningen i efteråret 2009 samt det forhold, at regionerne i fase 2 har taget udgangspunkt i panelets dimensioneringsforudsætninger begrundet en mindre udvidelse af den samlede investeringsramme. Panelet indstiller på den baggrund til regeringen, at den samlede investeringsramme øges fra 40 mia. kr. til 41,4 mia. kr.

Det er vort håb, at panelets indstilling, som afgives i enighed, vil bidrage til at tilvejebringe et velfunderet, åbent og velbelyst grundlag for de kommende vigtige beslutninger om investeringer i det danske sygehusvæsen.

København, 17. november 2010

Ragnhild Aslaksen

Bo Brismar

Hans Kirk

Kjeld Møller Pedersen

Erik Juhl, formand

1. Ekspertpanelets nedsættelse og baggrund

1.1 Baggrund og kommissorium

Kommunalreformen giver med nedlæggelsen af amterne og dannelsen af regionerne en historisk mulighed for at fremtidssikre sundhedsvæsenet og skabe bedre vilkår for patienterne.

Dels har regionerne en særdeles vigtig opgave med at samle og samordne de tidligere amters sundhedsvæsen.

Dels blev der som en udmøntning af sundhedsloven i regi af Sundhedsstyrelsen gennemført en gennemgang af de enkelte specialer for, at Sundhedsstyrelsen på den baggrund kan fastsætte anbefalinger og krav til specialeplanlægningen. Specialeplanen blev offentliggjort i juni 2010. Akutberedskabet var det første område, som blev gennemgået, bl.a. fordi store ændringer her vil få konsekvenser for gennemgangen af de fleste andre specialer samt for de fysiske rammer.

Regeringen og Danske Regioner blev i forbindelse med aftalen om regionernes økonomi for 2008 enige om, at der er behov for strukturændringer i sygehusvæsenet og heraf følgende investeringer i fysiske tilpasninger, ny teknologi og apparatur for at realisere målsætningen om et tidssvarende og bæredygtigt sygehusvæsen. Med Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning er rammerne nu sat for den hidtil største omlægning og samling af den specialiserede behandling på sygehusene i Danmark.

Regeringen og Danske Regioner aftalte i økonomiaftalen for 2008 endvidere at nedsætte et ekspertpanel, der skal vurdere de konkrete større anlægsprojekter i forhold til en række i økonomiaftalen fastlagte principper vedrørende samling af enheder, driftsøkonomisk rentabilitet, effektivitet og kvalitet.

Regeringen afsatte som led i kvalitetsreformen fra 2007 25 mia. kr. i perioden 2009 til 2018 til investeringer i en ny og forbedret sygehusstruktur. Af regeringsgrundlaget *Mulighedernes samfund* fra november 2007 fremgår det endvidere, at regeringen ved udmøntningen af midlerne systematisk vil tilgodese de regioner og sygehusprojekter, som får mest ud af pengene.

I forbindelse med økonomiaftalen for regionernes økonomi for 2009 aftalte regeringen og Danske Regioner en proces for udmøntningen af midlerne til sygehusinvesteringer. Udmøntningen af den samlede ramme på i alt 25 mia. kr. i perioden 2009-18 opdeles i to faser, hvor der udmøntes 15 mia. kr. i første runde og 10 mia. kr. i anden runde. I økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner fra 2010 tilføjes, at der med tillæg af regional egenfinansiering kan igangsættes investeringer for 40 mia. kr. i en moderne sygehusstruktur over de kommende år.

Vedrørende den videre proces fremgår det konkret af økonomiaftalen for 2010:

”Regeringen og Danske Regioner blev med aftalen om regionernes økonomi for 2009 enige om en køreplan, hvorefter udmøntningen af den samlede ramme er opdelt i to omgange med en udmøntning af 15 mia. kr. i første fase, mens de resterende 10 mia. kr. udmøntes i anden fase.

Det mellem regeringen og Danske Regioner aftalte ekspertpanel afsluttede i efteråret 2008 en screening af de fem regioners anlægsprojekter. På baggrund af ekspertpanelets indstilling udmeldte regeringen den 26. januar 2009 foreløbige tilsagn for i alt 15 mia. kr., der omfattede de prioriterede projekter i fase 1 med en samlet investeringsramme på godt 25 mia.kr. inkl. regional egenfinansiering.

Ekspertpanelet vil i 2010 foretage en indstilling til regeringen om, hvordan de resterende midler til sygehuse fra kvalitetsfonden skal udmøntes (fase 2). Regionerne indsender projekter til ekspertpanelet senest 1. juni 2010.

Ekspertpanelets indstilling til regeringen vedrørende fase 2 afgives medio november 2010. Regeringen meddeler efter drøftelse med Danske Regioner foreløbige tilsagn om midler til konkrete investeringsprojekter. På baggrund heraf kvalificerer og detaljerer regionerne de konkrete projekter på baggrund af den udmeldte investeringsramme. Projekterne forelægges herefter ekspertpanelet i en løbende proces, tilsvarende projekter prioriteret i fase 1, hvor panelet indstiller til regeringen som grundlag for regeringens endelige tilsagn, der meddeles efter drøftelse med Danske Regioner. Når de sidste endelige tilsagn er givet, ophører ekspertpanelets opgaver.

Der vil blive stillet krav om effektivitetsgevinster ved investeringerne, som skal medgå til at finansiere aktivitetsvækst på sygehusene i takt med, at gevinsterne realiseres. Investeringerne skal muliggøre en mere effektiv opgaveløsning og ressourceanvendelse via bedre logistik og ny teknologi og moderne og energieffektive løsninger, der ligger ud over de almindelige, løbende produktivitetsforbedringer i sygehusvæsenet. Der gives ikke mulighed for lånefinansiering af effektivitetsgevinsterne. Der er endvidere enighed om, at nye investeringer vil aflaste behovet for den løbende renovering og vedligeholdelse af sygehusene”.

Af kommissoriet for ekspertpanelets arbejde fremgår det endvidere:

”Ekspertpanelet skal vurdere de konkrete større strukturelle anlægsprojekter i forhold til principperne i bilag 2 i økonomiaftalen for 2008, herunder bl.a. samling af enheder, driftsøkonomisk rentabilitet, effektivitet og kvalitet. Det skal bl.a. ske på baggrund af dialog med de enkelte regioner om de konkrete projektforslag og antagelserne heri.

...

Ekspertpanelet afgiver indstilling til regeringen om, hvorvidt de enkelte projekter opfylder målsætningerne og principperne, jf. bilag 2, med henblik på gennem en løbende drøftelse med Danske Regioner at tage stilling til udmøntning og finansiering af de prioriterede projekter, der vedrører fremtidens sygehusstruktur.

...

For at få overblik over investeringsbehovet i de enkelte regioner samt den samlede og overordnede sygehusstruktur for hele landet skal ekspertpanelet foretage en grundig gennemgang af de fem regioners planer for fremtidens sygehusstruktur med udgangspunkt i bl.a. samling af funktioner på færre enheder, som vurderes at være den overordnede forudsætning for ændringerne i sygehusstrukturen i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger. Gennemgangen skal sikre panelet det bedst mulige grundlag for at kunne vurdere de konkrete projekter, så de samlet set understøtter en rationel sygehusstruktur.

...

Panelets vurdering af de enkelte projekter skal ske i forhold til de fastsatte principper vedr. produktivitetsforbedringer, driftsøkonomisk rentabilitet, medfinansiering, kvalitet mv. Det forudsættes, at panelets arbejde sker i tæt dialog med de enkelte regioner om de konkrete projekter og antagelserne heri.

...

Panelets medlemmer skal besidde en kombination af kompetencer, der tilsammen udgør stor indsigt inden for sygehusdrift både vedr. bl.a. faglig bæredygtighed, økonomisk drift, logistik og større sygehusbyggerier”.

I bilaget findes ekspertpanelets kommissorium i sin fulde ordlyd.

1.2 Panelets og sekretariatets sammensætning

Adj. professor, CBS, dr. med. Erik Juhl er formand for ekspertpanelet. Erik Juhl har tidligere været direktør for Københavns Kommunes Sundhedsvæsen og senere Hovedstadens Sygehusfællesskab og har en baggrund som overlæge i en årrække. Senest har Erik Juhl i foråret 2007 været udpeget som statsministerens personlige repræsentant under arbejdet med kvalitetsreformen.

Ekspertpanelet består desuden af Bo Brismar, Ragnhild Aslaksen, Kjeld Møller Pedersen og Hans Kirk. Bo Brismar er tidligere cheflæge i landstinget i Stockholm Len, og han har været tæt involveret i planlægningen af sundhedsvæsenet i Stockholm og i planlægningen af det nye Karolinska Universitetssjukhuset. Ragnhild Aslaksen er chefarkitekt i Helsebygg Midt-Norge og har i flere år arbejdet med sygehusplanlægning, bl.a. opførelsen af det nye Universitetshospital i Trondheim, St. Olavs Hospital. Ragnhild Aslaksen er første amanuensis i sygehusplanlægning

og omgivelsesæstetik ved Norges Tekniske og Naturvidenskabelige Universitet. Kjeld Møller Pedersen er professor i sundhedsøkonomi og -politik ved Syddansk Universitet. Kjeld Møller Pedersen har endvidere tidligere været amtssundhedsdirektør i Vejle Amt. Hans Kirk er tidligere koncerndirektør for Danfoss. Hans Kirk har endvidere været involveret i implementeringen af LEAN på Odense Universitetshospital.

Jesper Fisker, administrerende direktør i Sundhedsstyrelsen frem til august 2010, har deltaget som observatør ved ekspertpanelets møder indtil sommeren 2010.

Endvidere har følgende repræsentanter for parterne bag økonomiaftalen deltaget i ekspertpanelets møder: Vagn Nielsen, afdelingschef i Indenrigs- og Sundhedsministeriet, John Erik Pedersen, kontorchef i Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Ib Valsborg, for Finansministeriet samt Lone Christiansen, sundheds- og socialpolitisk direktør i Danske Regioner.

Sekretariatet for ekspertpanelet består af chefkonsulent i Finansministeriet Søren Varder, seniorkonsulent i Danske Regioner Christina Carlsen (fra 1. juli 2010), specialkonsulent i Indenrigs- og Sundhedsministeriet Jesper Myrup samt chefkonsulent i Indenrigs- og Sundhedsministeriet Hanne Agerbak (leder af sekretariatet).

1.3 Arbejdets tilrettelæggelse

Ekspertpanelet blev nedsat i oktober 2007. I forbindelse med fordelingen af midlerne i første fase var panelet på to heldagsbesøg i hver af de fem regioner og derudover blev der afholdt en række møder. Regionerne indsendte et omfangsrigt materiale vedrørende sygehus-, psykiatri- og investeringsplaner til ekspertpanelet, og panelet bad løbende regionerne om at svare på en række specifikke spørgsmål vedrørende planlægningsgrundlag, arealforbrug, egenfinansiering, effektivisering og udnyttelsesgrader mv. til brug for screeningen af regionernes investerings- og sygehusplaner. Panelet afgav sin indstilling til regeringen i november 2008.

Tabel 1.1. Oversigt over prioriterede, konkrete investeringsprojekter med tilhørende konkret samlet investeringsramme – regeringens foreløbige tilsagn januar 2009 (fase 1)

Investeringsprojekter	Investeringsramme¹⁾ (mio.kr., 09-pl)
Aalborg Sygehus (udbygning – ændres til barmark i fase 2)	3.200
Det nye universitetshospital i Århus (nybyggeri i tilknytning til nuværende Skejby)	6.350
Regionshospitalet Viborg (udbygning)	1.150
Nyt universitetshospital i Odense (barmarksbyggeri)	6.300
Kolding Sygehus (udbygning og modernisering)	900
Psykiatri i Slagelse (barmarksbyggeri)	1.050
Slagelse Sygehus (akutmodtagelse)	300
Rigshospitalet (udbygning og modernisering)	1.850
Herlev Hospital (udbygning og modernisering)	2.250
Hvidovre Hospital (udbygning og modernisering)	1.450
Sct. Hans Hospital (psykiatri, tilbygning)	550
I alt	25.350
- heraf kvalitetsfonden	15.000

¹⁾ Maksimal totalramme, inkl. IT/apparatur og inventar mv. og regional egenfinansiering.

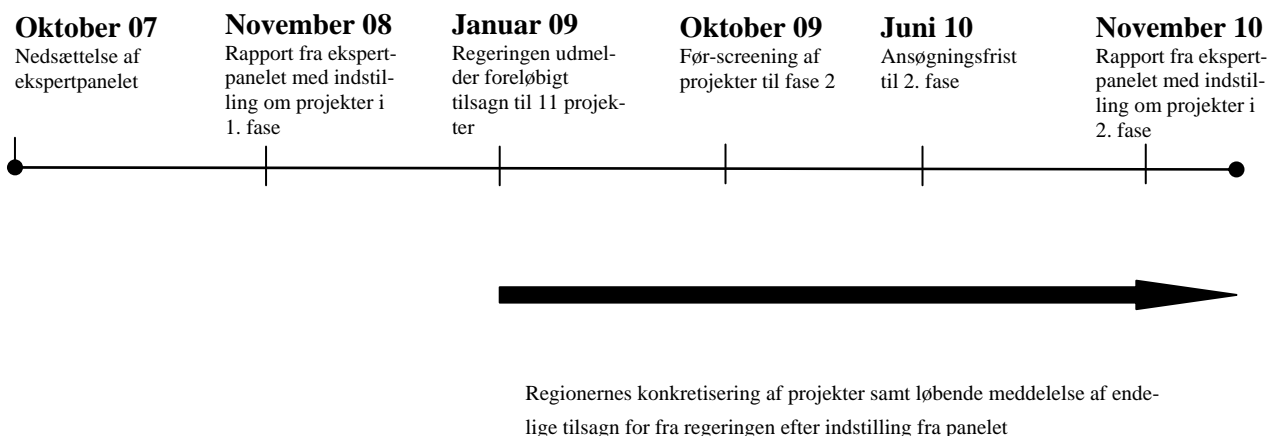
Der blev hen over sommeren 2009 udarbejdet en før-screening af de projekter, som var langt i planlægningsprocessen, og som regionerne ønskede at søge støtte til i fase 2. Dermed har der været en løbende dialog mellem ekspertpanelet og regionerne. På baggrund af før-screeningen indstillede panelet til regeringen, hvilke af regionernes projekter panelet fandt opfyldte kriterierne for at understøtte en moderne sygehusstruktur. De konkrete projekter udmeldte statsministeren i sin åbningstale i oktober 2009.

Regionerne blev i forbindelse med fase 2 bedt om at indsende materiale senest den 1. juni 2010 med henblik på, at ekspertpanelet kan aflevere nærværende indstilling til regeringen i november 2010. Panelet har indhentet yderligere materiale fra enkelte af regionerne og har drøftet det indsendte materiale ved en række møder i sommeren og efteråret 2010.

Panelet har i forbindelse med vurdering af ansøgningerne om endeligt tilsagn til de forhåndsgodkendte projekter indhentet rådgivning fra konsulentfirmaet Deloitte. Opgaven består overordnet i at bidrage til ekspertpanelets vurdering af, om man kan betrykkes i, at regionen arbejder med et projekt, der realiseres inden for den fastlagte ramme. Mere konkret er opgaven for konsulenterne at vurdere følgende områder:

- Den beskrevne projektorganisering i forhold til særligt at medvirke til at sikre en betryggende bygge- og økonomistyring i byggefasen.
- Den beskrevne risikovurdering og den anvendte metode/tilgang for denne, uvildig controlling heraf, beskrevne procedurer for løbende risikovurderinger, retningslinjer for løbende rapportering, samt fastlagt ansvar i forhold til opfølgning herpå.
- Den forudsatte projekterings- og byggetid.
- Beskrivelsen af, hvordan projektet giver mere effektive løsninger i arealudnyttelsen og muliggør en mere effektiv opgaveløsning og ressourceanvendelse via bedre logistik, ændrede og nye arbejdsgange, ny teknologi og høj standard.
- Projektets tilgang i forhold til vurdering og realisering af rationaliseringsgevinster og det angivne niveau herfor i forhold til de samlede driftsudgifter.

Figur 1.1 Tidsakse for ekspertpanelets arbejde



Ekspertpanelet er i efteråret 2010 blevet genudpeget for en toårig periode med henblik på at vurdere regionernes ansøgninger om endeligt tilsagn og komme med indstilling til regeringen herom.

Læsevejledning:

Nærværende rapport er en vurdering af regionernes sygehusprojekter i fase 2, hvor det drejer sig om projekterne i Aalborg, Gødstrup, Aabenraa, Køge, Bispebjerg og Hillerød. Rapporten er opbygget som første rapport fra november 2008, men kan læses selvstændigt, da beregningsforudsætninger mv. er medtaget. Der er således en del gentagelser i forhold til panelets afrapportering fra november 2008 (særligt i *kapitel 4*).

Ekspertpanelet har ved sin indstilling til regeringen valgt at lægge vægt på, at de prioriterede projekter medvirker til at skabe en sammenhængende og fremtidssikret sygehusstruktur for hele Danmark som helhed og dermed supplerer rapporten fra 2008. Indstillingerne er gengivet i sammenfatningen, *jf. kapitel 2*. Panelet har derfor gjort sig nogle overvejelser om, hvilke faktorer der ud over principperne fra økonomiaftalen for 2008 forventes at være afgørende for fremtidens sygehuse og dermed af betydning for en langsigtet sygehusstruktur, *jf. kapitel 3*. Samtidig har ekspertpanelet i forbindelse med indstillingen lagt vægt på, at der skabes mulighed for implementering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet.

Panelets metode og tilgang, herunder overvejelser om dimensionering, er nærmere beskrevet i *kapitel 4*.

Kapitel 5 indeholder en summarisk beskrivelse af de fem regioners sygehusplaner og større investeringsprojekter og ekspertpanelets vurdering heraf.

Kapitel 6 indeholder ekspertpanelets samlede indstilling til regeringen. Ekspertpanelets kommissorium er optrykt i bilaget.

2. Sammenfatning

Denne sammenfatning af ekspertpanelets rapport er struktureret i to dele. I afsnit 2.1 gennemgås kortfattet de synspunkter, kriterier og metoder, panelet har lagt til grund for sin screening og vurdering af regionernes planer og projekter. Dette afsnit er en sammenfatning af kapitlerne 3 og 4.

Afsnit 2.2 omhandler panelets screening og vurderinger af de enkelte regioners planer og projekter og panelets indstillinger herom. Screening og vurderinger sammenfattes forholdsvis kortfattet, mens panelets egentlige indstillinger til regeringen om de enkelte projekter er gengivet i deres helhed. Afsnit 2.2 sammenfatter kapitlerne 5 og 6.

2.1 Synspunkter, kriterier og metode

Kommunalreformen gav med nedlæggelsen af amterne og dannelsen af regionerne en historisk mulighed for at fremtidssikre sundhedsvæsenet og skabe bedre vilkår for patienterne.

Regeringen og Danske Regioner blev i forbindelse med aftalen om regionernes økonomi for 2008 enige om, at der er behov for strukturændringer i sygehusvæsenet og heraf følgende investeringer i fysiske tilpasninger, ny teknologi og apparatur for at realisere målsætningen om et tidssvarende og bæredygtigt sygehusvæsen. Der er enighed om, at samling af funktioner på færre enheder er den overordnede forudsætning for ændringer i sygehusstrukturen. Der blev samtidig i aftalen fastsat en række principper for fremtidens sygehusinvesteringer. Principperne, omhandler bl.a. samling af enheder, kvalitet, driftsøkonomisk rentabilitet samt effektivitet.

Ekspertpanelets vurderinger skal medvirke til, at disse muligheder og principper realiseres i de kommende års sygehusinvesteringer.

Hvordan udviklingen i sundhedsvæsenet vil forme sig, er forbundet med stor usikkerhed – og det er i sagens natur ikke muligt at give et præcist bud på, hvordan denne udvikling vil influere på indretningen af sygehusvæsenet.

Ekspertpanelet har i sit arbejde – i forlængelse af panelets kommissorium og principperne i økonomiaftalen for 2008 valgt at pege på nogle udviklingstendenser, som panelet vurderer, vil have betydning for sygehusvæsenet i de kommende år – og dermed også betydning for, hvordan en sammenhængende, fremtidssikret sygehusstruktur vil se ud for landet som helhed.

Ekspertpanelet har samtidig konkret valgt at operationalisere vurderingen i to led: Dels en vurdering af selve sygehusplanerne, dels en vurdering af de konkrete projekter. For hvert led har panelet fastlagt en række ”overskrifter”, der fastlægger de centrale vurderingskriterier.

Panelets samlede prioritering af de enkelte investeringsprojekter – såvel i panelets første screening i 2008 som i forbindelse med nærværende afsluttende rapportering – er dermed resultatet af en sammenevejning af projektvurderingen og vurderingen af den pågældende regions sygehusplan. Denne tilgang afspejler, at de enkelte investeringsprojekter ikke kan ses adskilt fra den samlede sygehusplan. Tværtimod er det den samlede sygehusplans struktur og rationale, der bestemmer, om der ud af de samlede investeringer opnås en moderne, bæredygtig – og mere fremtidssikret – sygehusstruktur som tilsigtet.

Vurderingen af sygehusplanerne har fokuseret på:

- Samling af funktioner og specialer på færre enheder
- Efterlevelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet
- Den præhospitale indsats
- Sammenhæng til andre regioner

Vurderingen af de konkrete anlægsprojekter har taget udgangspunkt i:

- Projektets rolle i en ny sygehusstruktur, såvel regionalt som for landet som helhed
- Mulige alternativer
- Behovsfremskrivning, kapacitetsudnyttelse, arealbehov og økonomi
- Produktivitets- og driftsforbedringer

Ved planlægningen af en ny sygehusstruktur, der skal række langt frem i tiden, og hvor de største anlægsprojekter først vil stå færdige om 10-15 år, er de grundlæggende antagelser om udviklingen i behandlingsbehov, kapacitetsudnyttelse og arealstandarder helt centrale.

Panelet foretog derfor i forbindelse med den første screening i 2008 en nærmere vurdering af regionernes forudsætninger vedrørende dimensionering, kapacitetsudnyttelse og økonomi. På den baggrund er det panelets vurdering, at man bør anlægge en forsigtig tilgang til såvel dimensioneringen som forudsætninger om kapacitets- og arealudnyttelse.

På det grundlag, jf. opsummerende nedenfor, har panelet foretaget en tilpasning af de konkrete investeringsrammer for de prioriterede sygehusprojekter.

Det fremtidige behandlingsbehov: Panelet finder, at den betydelige usikkerhed, der knytter sig til udviklingen i behandlingsbehovet om 15-20 år, tilsiger, at der ved planlægningen udvises stor forsigtighed i forhold til dimensioneringen. Det er meget vanskeligt præcist at forudsige udviklingen – som vil blive påvirket af bl.a. sygdomsudvikling, udviklingen i behandlingsformer, den teknologiske udvikling osv. Som led i denne udvikling kan også tænkes et skift fra sygehuse til andre aktører, fx praksissektoren og kommunerne samt øget anvendelse af hjemmebehandling og kapaciteten i den private sektor.

Det, der planlægges nu, står først klar til brug om måske 10 år – hvor behovene kan have ændret sig markant. Det er derfor centralt at undgå at overdimensionere byggeriet, da det fordyrer både anlægs- og driftssiden. I stedet bør der lægges vægt på en fleksibel struktur/byggeri, så ændringer i behov kan imødekommes.

Samlet er det panelets vurdering, at den generelle usikkerhed ved behovsfremskrivninger og et samtidigt forsigtighedsprincip tilsiger en generel reduktion i regionernes dimensionering. Panelet er herunder tvivlende over for, om der er grundlag for forøgelse af det samlede sygehusareal. Omlægningen fra flersengsstuer til en øget andel enestuer forudsættes i den forbindelse kun at have relativt begrænset betydning arealmæssigt, når der indtænkes innovative løsninger og samtænkes med øvrige patientarealer. Den nye akutstruktur og den sammenhængende styrkede præhospitale og kommunale indsats bør også alt andet lige trække i retning af et mindre sygehusforbrug.

Det er endvidere panelets vurdering, at overvejelser i forhold til den fremtidige udvikling, sammenholdt med regionernes (forskelligartede) behovsfremskrivning, understøtter en differentieret tilpasning i regionernes dimensionering med udgangspunkt i en forventet stigning i antal ambulante behandlinger på omkring 50 pct. og en forventet sengerreduktion på omkring 20 pct. i perioden fra 2007 til 2020. De nyeste tal for 2008 og 2009 indikerer, at panelets antagelser ligger på den forsigtige side, og at forudsætningerne dermed ikke synes at føre til en for lav, fremtidig kapacitet.

Kapacitetsudnyttelse: Panelet finder, at nye investeringer skal resultere i mere effektive løsninger i arealudnyttelsen og muliggøre en mere effektiv opgaveløsning og ressourceanvendelse via bedre logistik, ny teknologi, nye arbejdsgange og høj standard. Det er et af de centrale prin-

cipper i forbindelse med de nye sygehusinvesteringer. Der må om 10-20 år forudsættes bedre og mere effektive løsninger end dagens standarder.

Panelet vurderer samlet, at der er grundlag for styrkede krav i forhold til kapacitetsudnyttelsen. Ekspertpanelet finder, at det bør være muligt at anlægge en mere nuanceret tilgang til kapacitetsudnyttelse, og at regionerne i forbindelse med den nye sygehusstruktur – hvor funktioner samles, og antallet af hospitaler med akutmodtagelse reduceres væsentligt – udnytter mulighederne for at sikre en bedre arbejdstilrettelæggelse, med øget kapacitetsudnyttelse.

Panelet finder, at en bedre kapacitetsudnyttelse har betydelige konsekvenser for dimensioneringen, og at der dermed er grundlag for en generel tilpasning af projekternes dimensionering baseret på kravet om en styrket kapacitetsudnyttelse. Et niveau omkring 245 dage á 7 timer vil eksempelvis svare til en øget kapacitetsudnyttelse af behandlingsarealerne på ca. 30 pct. i forhold til en forudsætning om 220 dage á 6 timer, hvilket isoleret set svarer til en nedjustering af dimensioneringen på sygehusniveau på 8 pct.

Hertil kommer effekten af en bedre arbejdstilrettelæggelse og bedre udstyr i forhold til kapacitetsudnyttelsen per driftstime. Hvor hurtigt den enkelte behandling, kontrol, scanning eller lignende kan gennemføres, har betydning for, hvor mange patienter, der kan behandles med den samme kapacitet, også uden at åbningstiden ændres. Ekspertpanelet finder, at de af Danske Regioner fastsatte tider for ambulatoriebesøg mv. (hhv. 45 minutter til medicinske patienter og 30 minutter til kirurgiske patienter) er højt sat og giver mulighed for en bedre kapacitetsudnyttelse.

Arealstandarder: Samlet vurderer panelet, at der er grundlag for en øget arealeffektivitet. Et for højt arealforbrug er u hensigtsmæssigt, såvel anlægsøkonomisk som i forhold til den senere drift heraf.

Panelet vurderer, dermed at der samlet er grundlag for en tilpasning i dimensioneringen baseret på forudsætningen om en øget arealeffektivitet. Konkret finder panelet endvidere, at der bør foretages en differentieret tilpasning i dimensioneringen med udgangspunkt i en gennemsnitlig arealnorm for enestuer på omkring 33-35 m². Betydningen af en reduceret standard for enestuer afspejles i, at en ændring fra 40 til 33-35 m² nettoareal vil reducere sengearealbehovet med 13-18 pct., hvilket isoleret set svarer til en nedjustering af dimensioneringen på projektniveau på ca. 2 pct. netto, og op til ca. 4 pct. brutto. Kontorfaciliteter er et andet område, hvor der kan være potentiale for en øget arealeffektivitet. Panelet forudsætter en brutto-/nettofaktor på 2,0 for somatik og 1,8 for psykiatri.

Byggepriser: Det vurderes, at der ikke kan fastsættes et helt ensartet prisniveau. Samlet vurderes i forhold til nybyggeri, at et prisniveau på samlet maksimalt 29.000 kr./m² (totalpris inkl. apparatur mv., 09-pl), heraf 5.800 kr./m² til apparatur, IT og løst inventar, svarende til 25 pct. af byggeudgift på 23.200 kr./m² for universitetssygehusbyggerier på barmark/barmarkslignende, herunder begrundet i ekstra udgifter til byggestyring. For øvrige nybyggerier og tilbygninger vurderes et niveau på maksimalt 27.000 kr./m² (totalpris inkl. apparatur mv., 09-pl) heraf 4.500 kr./m² til apparatur, IT og løst inventar, svarende til 20 pct. af byggeudgift på 22.500 kr./m². For psykiatrien vurderes et niveau på indtil 22.000 kr./m² (totalpris inkl. apparatur mv., 09-pl). Ombygningens udgifter vil variere afhængigt af den konkrete sammensætning af ombygning og renovering, og der er derfor alene foretaget en generel tilpasning (reduktion) af udgifterne med 20 pct.

Panelet har i forbindelse med de første projekter til endelig godkendelse i 2010 – dvs. projekter med foreløbigt tilsagn fra primo 2009 som dermed er noget længere fremme i planlægningsfasen – konstateret et anvendt prisniveau, der i flere tilfælde ligger under panelets beregningsforudsætning.

Ekspertpanelet lægger vægt på, at der i regionerne prioriteres de nødvendige midler til apparatur. Derfor er der i de opgjorte arealpriser forudsat et råderum til finansiering af apparatur på 20-25 pct. Det er vigtigt, at en region i den konkrete byggefase anvender de afsatte apparatmidler på en hensigtsmæssig måde, så man fx ikke investerer hele beløbet på én gang, så store dele af apparaturet reelt kommer til at køre efter samme reinvesteringscyklus. I stedet bør der sikres genanvendelse hvor der kan, og så til gengæld ske en reservering af de uudnyttede dele af apparaturrammen til reinvesteringer efter ibrugtagelsen. Det er omvendt centralt, at genanvendelse af apparatur ikke blot fører til brug af apparaturrammen på andre dele af et sygehusprojekt.

Udgifter til parkering er tillagt investeringsrammen, uændret i forhold til den regionale forudsætning. I det omfang der indgår personaleparkeringspladser i de opgjorte regionale udgifter, kan der derfor afhængigt af de konkrete forhold og forudsætninger være et muligt råderum for den enkelte region til omprioritering. Herudover kan færre parkeringspladser til personale have en gunstig effekt i forhold til anvendelsen af kollektive transportmidler og derigennem også medvirke til en mindre miljømæssig belastning.

2.2 Screening, vurderinger og indstillinger

Ekspertpanelet har ved sin indstilling til regeringen lagt vægt på, at de prioriterede projekter medvirker til at skabe en sammenhængende og fremtidssikret sygehusstruktur for hele Danmark. Ekspertpanelets vurdering af de enkelte regioners sygehusplaner og anlægsprojekter og panelets indstilling til regeringen er gengivet nedenfor.

Panelets gennemgang har for de prioriterede projekter resulteret i reduktioner af projekternes dimensionering og samlede anlægsøkonomi baseret på kravet om en styrket kapacitetsudnyttelse og arealeffektivitet, usikkerheden om behovsfremskrivningen og de fastlagte byggepriser.

Konkret foreslås dels en differentieret tilpasning, omfattende de regioner og projekter, der skiller sig markant ud i forhold til antagelser om det fremtidige kapacitetsbehov, arealstandarder, dels en generel tilpasning afspejlende et krav om en øget arealeffektivitet og kapacitetsudnyttelse samt den generelle usikkerhed om det fremtidige behov, der som nævnt tilsiger en afdæmpet dimensionering og fleksible løsninger.

Da regionerne i forbindelse med ansøgningerne til nærværende fase 2 i vid udstrækning har fulgt panelets beregningsmæssige forudsætninger mht. arealnormer og kapacitetsudnyttelse mv. er panelets generelle/tværgående tilpasning i fase 2 justeret, afspejlende de ændrede regionale forudsætninger. De konkret baserede tilpasninger med udgangspunkt i de regionale forudsætninger om arealnormer mv. er således ikke gennemført i de omfang regionen har fulgt forudsætningerne. Og den generelle, tværgående tilpasning baseret på usikkerhed om fremtidens behov og bedre kapacitetsudnyttelse mv. er tilsvarende lempet i det omfang, regionerne har skærpet deres forudsætninger vedr. kapacitetsudnyttelse.

Det er centralt at understrege, at der med de fastlagte økonomiske rammer ikke er tilsigtet en detaljstyring af regionernes projekter. De forudsætninger om behovsfremskrivning, dimensionering og kapacitetsudnyttelse mv., som ligger til grund for panelets tilpasning, er ikke hver for sig forudsat bindende for projektets realisering. Inden for den konkrete investeringsramme kan regionen i projekteringsfasen fastlægge de løsninger, der er hensigtsmæssige lokalt – under iagttagelse af de generelle principper om bl.a. bedre kapacitetsudnyttelse.

At den økonomiske ramme ligger fast fra starten er efter panelets opfattelse centralt som led i at fremme de nødvendige omkostningseffektive og innovative løsninger, når regionerne går ind i den mere konkrete projektfase. Det skaber også forudsigelighed for planlæggerne.

Med tilpasningen tages der højde for kravet om effektive løsninger på anlægssiden. På driftssiden vurderer panelet, at det forudsatte konkrete effektiviseringspotentiale bør fastlægges i forbindelse med den endelige tilsagnsfase, hvor de konkrete projekter ligger mere detaljeret oplyst.

Panelet finder, at et på forhånd fastlagt mål for effektivitetsgevinsten, som regionen/sygehuset skal arbejde hen imod at realisere, i sig selv er en væsentlig forudsætning for, at potentialet realiseres. Ekspertpanelet har i forbindelse med panelets indstilling til regeringen i 2010 om de første endelige tilsagn fastlagt et konkret niveau for effektiviseringskravet på 6-8 pct. af det berørte sygehus' driftsudgifter, varierende efter særligt graden af nybyggeri, der skal realiseres i år 1 efter ibrugtagelsen af det nye sygehus.

Samlede indstillinger

Konkret finder ekspertpanelet, at der i denne sidste fase er grundlag for at prioritere seks investeringsprojekter med en samlet investeringsramme på godt 16 mia. kr.

Panelet indstiller, at de kommende finansieringstilsagn ledsages af en række *forudsætninger* og *anbefalinger*.

Forudsætningerne vedrører forhold, som efter panelets opfattelse bør være tilvejebragt, inden der gives endelige tilsagn. Der er således tale om bindende forudsætninger.

Anbefalingerne vedrører forhold, som er centrale i forhold til den fremtidige struktur, og som derfor også principielt bør være gennemført som forudsætning for de endelige tilsagn. Regionernes realisering af disse forhold kan imidlertid strække sig ud over den periode, hvor de endelige tilsagn til de enkelte projekter udmøntes, og panelet har derfor valgt at fremlægge disse forhold som anbefalinger, således de ikke tidsmæssigt blokerer for det endelige tilsagn.

Region Nordjylland:

Ekspertpanelet vurderer overordnet set, at Region Nordjylland har udarbejdet en plan, der på væsentlige områder er i overensstemmelse med præmisserne om en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt. Der sker en koncentration af behandlingen på færre enheder, nogle matrikler lukkes helt, og regionen følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger for så vidt angår de fælles akutmodtagelser. Et højt specialiseret sygehus i Aalborg og i alt to fælles akutmodtagelser samt en akutfunktion i Thisted i formaliseret samarbejde med Aalborg Sygehus forekommer at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet i betragtning af befolkningsunderlaget og regionens geografi.

Panelet har i løbet af 2009 været i dialog med Region Nordjylland vedrørende Aalborg Sygehus og drøftet supplerende materiale. På baggrund heraf anbefaler panelet, at en samling af funktionerne fra Aalborg Sygehus Syd og Sygehus Nord ved nybyggeri i Aalborg Øst bør prioriteres. Aalborg Sygehus har uanset regionsgrænser en central placering, hvor også området omkring Viborg vil kunne 'føde' Aalborg Sygehus med patienter, der har behov for højt specialiseret behandling.

Ekspertpanelet indstiller samlet til regeringen, at der for Region Nordjylland fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 4,1 mia. kr. til nybyggeri i Aalborg Øst (09-pl). Investeringsrammen erstatter tidligere indstilling investeringsramme i fase 1 på 3,2 mia. kr. (09-pl). Ekspertpanelet indstiller samtidig, at der fastlægges en række forudsætninger for et endeligt statsligt tilsagn om kvalitetsfondsmidler:

- *at der for det prioriterede projekt udarbejdes en mere detaljeret projektbeskrivelse mv. inden for den fastlagte samlede investeringsramme (jf. økonomiaftalen for 2009).*
- *at der foreligger klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospital indsats udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver.*

- *at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede enheder, som ligger ud over de almindelige løbende produktivetsforbedringer i sygehusvæsenet. Niveaulet fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.*

Herudover anbefaler ekspertpanelet:

- *at akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse, jf. Sundhedsstyrelsens akutrapport.*
- *at der ikke realiseres et nyt sygehus Himmerland.*

Region Midtjylland:

Ekspertpanelet vurderer overordnet set, at Region Midtjylland har udarbejdet en plan, der på væsentlige områder er i overensstemmelse med præmisserne om en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt. Der sker en koncentration af behandlingen på færre enheder, en del af de mindre sygehuse lukkes helt, og regionen følger i det væsentligste Sundhedsstyrelsens anbefalinger, for så vidt angår de fælles akutmodtagelser. Et universitetshospital, der samler de højt specialiserede hospitalsfunktioner, og i alt fem fælles akutmodtagelser forekommer at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet i betragtning af befolkningsunderlaget og regionens geografi.

Panelet har i løbet af 2009 været i dialog med Region Midtjylland og drøftet supplerende materiale og på baggrund heraf anbefaler panelet, at en samling af hospitalerne i Vestjylland ved nybyggeri i Gødstrup bør prioriteres. Regionshospitalet skal være akuthospital for et optageområde på ca. 5.000 km².

*Ekspertpanelet indstiller samlet til regeringen, at der for Region Midtjylland fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 3,15 mia. kr.(09-pl) til Regionshospitalet i Gødstrup. Ekspertpanelet **indstiller** samtidig, at der fastlægges en række forudsætninger for et endeligt statsligt tilsagn om kvalitetsfondsmidler:*

- *at der for det prioriterede projekt udarbejdes en mere detaljeret projektbeskrivelse mv. inden for de fastlagte samlede investeringsrammer (jf. økonomiaftalen for 2009).*
- *at der foreligger klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospitale indsats udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver.*
- *at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede enheder, som ligger ud over de almindelige løbende produktivetsforbedringer i sygehusvæsenet. Niveaulet fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.*

Herudover anbefaler ekspertpanelet:

- *at der besluttet yderligere reduktioner i antallet af matrikler.*
- *at akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse, jf. Sundhedsstyrelsens akutrapport.*

Region Syddanmark:

Ekspertpanelet vurderer overordnet, at Region Syddanmark har udarbejdet en plan, der på mange områder er i overensstemmelse med præmisserne om en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt. Ekspertpanelet finder det dog problematisk, at Region Syddanmark ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om visiteret adgang til de fælles akutmodtagelser. Ekspertpanelet finder, at ét hospital der samler de højt specialiserede funktioner og i alt fire fælles akutmodtagelser forekommer at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet i betragtning af befolkningsunderlaget og regionens geografi.

Ekspertpanelet støtter, at der sker en samling af hospitalerne i Sønderjylland ved udbygning i Aabenraa, og panelet anbefaler, at projektet bør prioriteres.

Ekspertpanelet indstiller samlet til regeringen, at der for Region Syddanmark fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 1,25 mia. kr. (09-pl) til udbygning af Aabenraa Sygehus. Ekspertpanelet **indstiller** samtidig, at der fastlægges en række forudsætninger for et endeligt statsligt tilsagn om kvalitetsfondsmidler:

- at der for det prioriterede projekt udarbejdes en mere detaljeret projektbeskrivelse mv. inden for de fastlagte samlede investeringsrammer (jf. økonomiaftalen for 2009).
- at der foreligger klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospital indsats udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver.
- at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede enheder, som ligger ud over de almindelige løbende produktivetsforbedringer i sygehusvæsenet. Niveaue fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.

Herudover anbefaler ekspertpanelet:

- at regionen efterlever Sundhedsstyrelsens udmeldinger på det akutte område, herunder anbefalingen om visiteret adgang til akutmodtagelser.
- at akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse, jf. Sundhedsstyrelsens akutrapport.
- at der besluttet yderligere reduktioner i antallet af matrikler.

Region Sjælland:

Ekspertpanelet vurderer, at Region Sjælland har udarbejdet en plan, der på væsentlige områder er i overensstemmelse med præmisserne om en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt. Der sker en koncentration af behandlingen på færre enheder, nogle matrikler lukkes helt, og regionen følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger for så vidt angår samling af de specialiserede funktioner. En placering af hovedsygehuset i Køge vurderes hensigtsmæssig både i forhold til befolkningstæthed, tilgængelighed, rekruttering og udbygningsmuligheder, og i alt tre fælles akutmodtagelser samt en modificeret akutmodtagelse i Nykøbing F., forekommer at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet i betragtning af befolkningsunderlaget og regionens geografi.

Ekspertpanelet anbefaler, at en større koncentration af behandlingen, herunder en samling af den specialiserede behandling i Region Sjælland, ved nybyggeri på matriklen i Køge bør prioriteres.

Ekspertpanelet indstiller samlet til regeringen, at der for Region Sjælland fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 4,0 mia. kr. (09-pl) til nybyggeri på matriklen i Køge. Ekspertpanelet **indstiller** samtidig, at der fastlægges en række forudsætninger for et endeligt statsligt tilsagn om kvalitetsfondsmidler:

- at der for det prioriterede projekt udarbejdes en mere detaljeret projektbeskrivelse mv. inden for den fastlagte samlede investeringsrammer (jf. økonomiaftalen for 2009).
- at der foreligger klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospital indsats udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver.
- at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede enheder, som ligger ud over de almindelige løbende produktivetsforbedringer i sygehusvæsenet. Niveaue fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.

Herudover anbefaler ekspertpanelet:

- at regionen efterlever Sundhedsstyrelsens udmeldinger på det akutte område, herunder anbefalingen om visiteret adgang til akutmodtagelser.
- at akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse, jf. Sundhedsstyrelsens akutrapport.
- at planen implementeres som tiltænkt, herunder at de planlagte samlinger af funktioner og lukninger af de mindre enheder effektueres.

Region Hovedstaden:

Ekspertpanelet vurderer overordnet set, at Region Hovedstaden har udarbejdet en plan, der på væsentlige områder er i overensstemmelse med præmisserne om en rationel og moderne sygehusstruktur, også på længere sigt. Der sker en væsentlig koncentration af behandlingen på færre enheder, hvor mange af de mindre sygehuse lukkes helt. Rigshospitalet samt fire områdesygehuse med fælles akutmodtagelser forekommer at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet i betragtning af befolkningsunderlaget og regionens geografi.

Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at projekterne i Hillerød og på Bispebjerg Hospital bør prioriteres. Begge hospitaler skal være fremtidige akuthospitaler for en befolkning på hhv. 317.000 og 404.000 indbyggere og skal samtidig rumme en betydelig samling af funktioner i forbindelse med lukningen af hhv. Helsingør og Frederikssund i planlægningsområde Nord samt Frederiksberg i planlægningsområde Byen.

Ekspertpanelet indstiller samlet til regeringen, at der for Region Hovedstaden fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 3,8 mia. kr. (09-pl) til nybyggeri i Hillerød samt en samlet investeringsramme til ny- og ombygning af Bispebjerg Hospital på 2,95 mia. kr. (09-pl). Ekspertpanelet **indstiller** samtidig, at der fastlægges en række forudsætninger for et endeligt statsligt tilsagn om kvalitetsfondsmidler:

- at der for de prioriterede projekter udarbejdes mere detaljerede projektbeskrivelser mv. inden for de fastlagte samlede investeringsrammer (jf. økonomiaftalen for 2009).
- at der foreligger klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospitale indsats udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver.
- at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede enheder, som ligger ud over de almindelige løbende produktivitetsforbedringer i sygehusvæsenet. Niveauet fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.

Herudover anbefaler ekspertpanelet:

- at regionen efterlever Sundhedsstyrelsens udmeldinger på det akutte område, herunder anbefalingen om visiteret adgang til akutmodtagelser
- at akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse, jf. Sundhedsstyrelsens akutrapport.
- at planen implementeres som tiltænkt, herunder at de planlagte samlinger af funktioner og lukninger af de mindre enheder effektueres.

3. Synspunkter på fremtidens sygehusstruktur

Hvordan udviklingen i sundhedsvæsenet vil forme sig, er forbundet med stor usikkerhed – og det er i sagens natur ikke muligt at give et præcist bud på, hvordan denne udvikling vil influere på indretningen af sygehusvæsenet. Ekspertpanelet har i dette kapitel i forlængelse af panelets kommissorium og økonomiaftalens principper valgt at pege på nogle udviklingstendenser, som panelet vurderer, vil have betydning for sygehusvæsenet i de kommende år – og dermed også betydning for, hvordan en sammenhængende, fremtidssikret sygehusstruktur vil se ud for landet som helhed. Disse betragtninger ligger således uden for panelets kommissorium, men anses som vigtige i forhold til de kommende sygehusbyggerier.

Fremtidens sygehusvæsen skal udnytte de muligheder behandlings- og driftsmæssigt som et omfattende renoverings- og nybygningsprogram muliggør, sikre vedvarende fornyelse fagligt og driftsmæssigt og sikre sammenhæng i behandlingen for patienten såvel internt på det enkelte sygehus som i forhold til primærsektoren. Det forudsætter bl.a. fokus på såvel en ledelsesmæssig som en bygningsmæssig understøttelse af patientforløb, herunder forbedrede logistiske løsninger (både i forhold til patienter og personale, men også i forhold til forsyning af varer, mad mv.).

De større strukturelle anlægsprojekter, som regionerne planlægger, og som ekspertpanelet er blevet bedt om at vurdere, har i de fleste tilfælde en tidshorisont på mellem 5 og 10 år – og de største af projekterne vil formentligt først stå klar om 10-15 år. De lange byggetider, hvor der bindes store økonomiske midler i de enkelte sygehusbyggeri, stiller sammen med den teknologiske udvikling generelt, og på sundhedsområdet specifikt, store krav til bl.a. fleksibiliteten. Der kan og vil ske en stor udvikling inden for sundhedsvæsenet i de kommende 10 til 15 år. Og denne udvikling vil have betydning for, hvordan der sikres en sygehusstruktur for Danmark, der også lever op til fremtidens udfordringer.

Fremtidens sygehus må derfor ikke planlægges og bygges som en simpel lineær fortsættelse af fortiden. Fremtidens sygehus er ikke lig med selv det nyeste af dagens sygehuse. Der skal tænkes mindst 10 år frem, før flere af sygehuse overhovedet tages i brug. Udfordringerne til fleksibilitet er store, idet man kan forvente, at en stor del af den teknologi, som skal stå til rådighed for sygehuse i 2020 slet ikke er kendt i dag. På den anden side må det heller ikke blive for luftige visioner, men baseret på de tendenser, som allerede kan spores i udlandet (i forhold til teknologi, byggeteknik arbejdstilrettelæggelse mv.). Med det omfattende investeringsprogram skal der være plads til nytænkning omkring organisering, logistik og brug af teknologiske muligheder.

Med de påtænkte investeringer skal der kunne høstes betydelige produktivitetsforbedringer. Nytænkning om arbejdstilrettelæggelse og ibrugtagning af nye behandlingsmetoder er en væsentlig forudsætning herfor. Design- og arbejdsmæssigt bliver den store andel af enestuer på fremtidens sygehuse en særlig udfordring. ”Lange, lige gange” og øgede gåafstande for personalet er ikke en fremtidssikret løsning. Satsningen på enestuer er nødvendig, og god arkitektur samt ændrede arbejds gange med fremskudte sygeplejerske stationer vurderes at kunne løse denne udfordring.

Ekspertpanelet finder det afgørende, at regionerne sikrer en systematisk vidensopsamling og -deling omkring etableringen af de nye sygehuse, så der drages fælles nytte af erfaringerne, og de enkelte regioner ikke hver især bruger tid og ressourcer herpå.

Panelet anbefaler, at der bør ske en løbende evaluering og tilpasning af en så stor satsning i det danske sygehusvæsen – også under den lange planlægnings- og byggeperiode.

Ekspertpanelet vurderer endelig, at Danmark i de kommende år vil kunne indhøste en særdeles betydningsfuld know-how om sygehusbyggerier, med de muligheder det giver internationalt.

3.1 Faglig bæredygtighed og specialisering

Et væsentligt formål med strukturreformen på sundhedsområdet er at højne kvaliteten i sundhedsvæsenet indenfor de afsatte økonomiske rammer. I sygehusvæsenet er en forudsætning herfor, at flere funktioner samles på færre steder, end tilfældet er i dag. Der er således i stigende omfang dokumentation for en positiv sammenhæng mellem volumen og kvalitet på både specialist- og afdelingsniveau samt for nytten af tæt multidisciplinært samarbejde mellem flere specialer. Det må forventes, at den fremtidige udvikling vil forstærke denne tendens, og at der vil blive efterspurgt dokumenteret effektivitet og dokumenteret høj kvalitet. Den fremtidige sygehusstruktur giver ligeledes et bedre fundament for forskning og uddannelse.

Samtidig vil sygehusvæsenet formentlig i stigende grad blive udsat for international konkurrence, bl.a. i EU-sammenhæng. Ekspertpanelet finder endvidere, at der i højere grad bliver behov for aftaler med internationale samarbejdspartnere, da der vil være behandlinger, som Danmark ikke kan varetage alene.

Samling af funktioner på færre enheder er den helt overordnede forudsætning for ændringer i sygehusstrukturen. Beslutningen om betydelige investeringer over de kommende år udspringer af denne præmis, der også er gennemgående for den politiske aftale om specialeplanlægningen fra 2006 og Sundhedsstyrelsens rapport om et styrket akutberedskab fra juni 2007.

I forlængelse af den politiske aftale om specialeplanlægning fra 2006 er der i regi af Sundhedsstyrelsen gennemført et omfattende arbejde med at samle den specialiserede behandling i Danmark på færre sygehuse. I juni 2010 blev den nye specialeplan meldt ud og den nye organisering af den specialiserede behandling skal som udgangspunkt være implementeret 1. januar 2011.

Det er en grundlæggende præmis i den nye specialeplan, at koncentrationen af funktioner på færre enheder er nødvendig for at opretholde den faglige bæredygtighed. I Sundhedsstyrelsens vurdering af, om en behandling er specialiseret, har det primære fokus været en samlet stillingtagen til behandlingens kompleksitet, sygdommens sjældenhed samt ressourceforbruget.

Formålet med den store omlægning og samling af den specialiserede behandling har været at sikre høj kvalitet i behandlingen og helhed i patientforløbene under hensyntagen til en effektiv ressourceudnyttelse. I Specialeplan 2010 er funktionerne på de specialiserede områder inddelt i højt specialiserede funktioner og regionsfunktioner¹. Fremover vil den højt specialiserede behandling som hovedregel være samlet på 1-3 sygehuse i landet mens regionsfunktionerne som hovedregel vil være samlet på 1-3 sygehuse i regionen. Placeringen af specialfunktioner er sket under hensyntagen til geografisk fordeling og regionale og specialespecifikke forskelle, hvilket har medført, at der på nogle få områder er godkendt flere end tre steder til varetagelse af en funktion på landsplan henholdsvis i den enkelte region.

Ud over, at en koncentration af funktioner på færre enheder er nødvendig for at opretholde den faglige bæredygtighed og sikre en mere effektiv drift, vil en samling også kunne bidrage til en hensigtsmæssig anvendelse af personaleressourcerne.

Nødvendigheden af at samle funktioner på færre enheder gør sig ikke mindst gældende på det akutte område, hvor det er afgørende, at akut syge eller tilskadekomne umiddelbart har adgang

¹ En regionsfunktion omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering ved sygdomme og tilstande, hvor ydelserne er af nogen kompleksitet, hvor sygdom eller sundhedsvæsenets ydelser er relativt sjældent forekommende, og/eller hvor ressourceforbruget tilsiger en vis samling af funktionerne.

til en bred vifte af specialiserede lægelige og sundhedsfaglige kompetencer og specialiseret udstyr. Sundhedsstyrelsen har i gennemgangen af akutberedskabet rådgivet om, hvilke lægefaglige specialer og hvilket udstyr der bør være til stede i en fælles akutmodtagelse, samt hvor stort befolkningsunderlaget skal være for at sikre den nødvendige rutine. Mange steder i landet kan det være en udfordring at rekruttere tilstrækkeligt personale og sikre det nødvendige befolkningsunderlag for at leve op til de sundhedsfaglige anbefalinger. At der er et hospital tæt på, kan dog give borgerne en falsk tryghed, hvis der ikke findes den nødvendige ekspertise og det nødvendige udstyr. Det er med andre ord vigtigt, at akut syge modtages på et hospital, der besidder den nødvendige ekspertise og faciliteter, så patienten ikke skal transporteres videre med forsinkelse til følge.

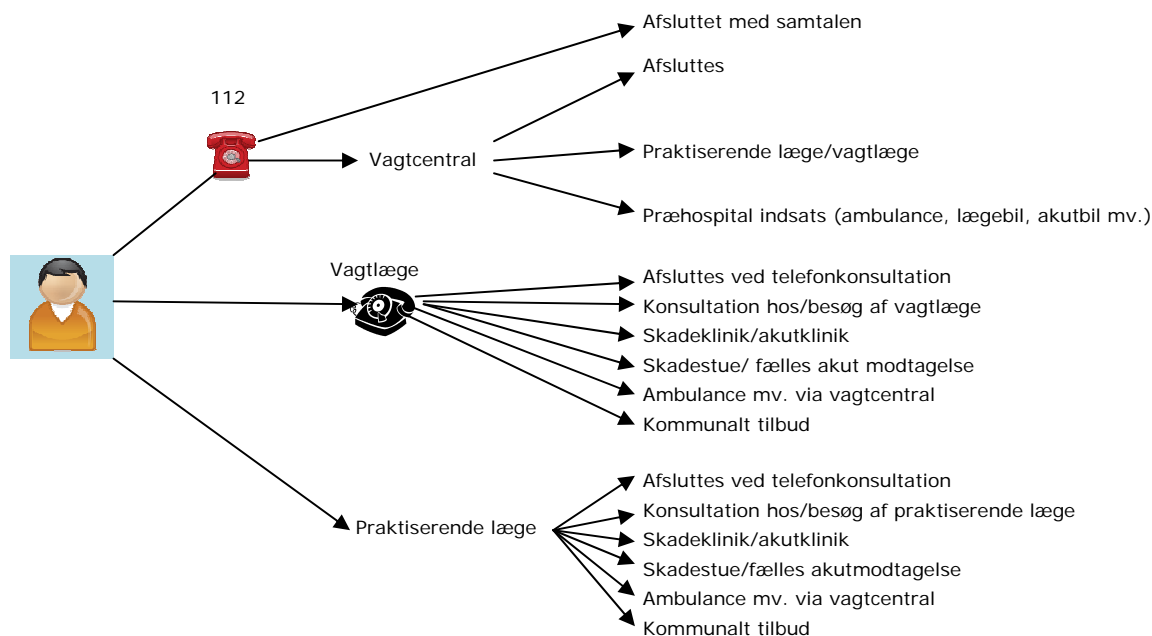
For at opnå de kvalitetsmæssige og faglige forbedringer forbundet med oprettelsen af fælles akutmodtagelser, er det imidlertid afgørende, at disse implementeres som tiltænkt. Det indebærer bl.a., at der er speciallæger i tilstedeværelsesvagt i akutmodtagelsen i specialerne kirurgi, ortopædisk kirurgi, anæstesiologi, intern medicin og speciallæger med kompetence i at foretage akutte ultralydsundersøgelser døgnet rundt. Herudover forudsætter implementeringen af fælles akutmodtagelser et mere tværsektorielt og tværfagligt samarbejde. Samtidig er det vigtigt, at øvrige anbefalinger vedrørende akutområdet følges. Det gælder særligt anbefalingen vedrørende visiteret modtagelse, der vurderes at være af afgørende betydning for en optimal funktion på de fælles akutmodtagelser.

3.2 Styrkelse af den præhospitale indsats

At kvalitet om nødvendigt må gå forud for nærhed er et led i den politiske aftale fra 2006. En samling af akutte funktioner på færre enheder medfører uundgåeligt, at dele af befolkningen vil få længere til det nærmeste akuthospital, når de bliver akut syge eller kommer til skade. Ekspertpanelet finder, at der skal være en fornuftig balance mellem på den ene side den ulempe, som en øget afstand til akutsygehuset kan give befolkningen, og på den anden side den kvalitetsgevinst, som de færre, men bedre, personalemæssigt såvel som apparatmæssigt, udstyrede akutsygehuse kan præstere. Panelet finder det desuden afgørende at styrke den præhospitale indsats, dvs. den indsats, der ydes for patienterne, indtil de kommer på hospitalet. Det er med andre ord ikke transporttiden i sig selv, der er problemet. Det er tiden til, at patienten modtager den relevante hjælp, der er afgørende.

Ved akut sygdom eller skade er det derfor afgørende, at borgerne ved, hvor de skal henvende sig. En entydig og visiteret indgang til akutsystemet vil medvirke til at skabe tryghed for borgerne og til at sikre en hurtig og korrekt visitation af den akutte patient. Derved sikres, at patienten fra start får det rette behandlingstilbud på det rette niveau, samt at der sker en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer.

Der er i dag en række forskellige indgange til akutsystemet, *jf. figur 3.1 nedenfor*. Ud over de i figuren viste indgange er der også i nogle regioner i modstrid med Sundhedsstyrelsens anbefalinger mulighed for, at patienterne kan henvende sig direkte på en skadestue eller skadeklinik med akut opstået sygdom eller skade, dvs. der er uvisiteret adgang.

Figur 3.1: Nuværende indgange til akutsystemet

Ekspertpanelet har noteret sig, at udvalget om det præhospitale akutberedskab har formuleret følgende anbefalinger til det fremtidige akutsystem:

- Indgangen til akutsystemet er visiteret og starter som en telefonisk henvendelse.
- 112 skal fortsat kontaktes ved akut sygdom og akut tilskadekomst, hvor der er behov for øjeblikkelig hjælp. Der skal fremover være sundhedsfaglig visitation og rådgivning i forbindelse med opkald til 112 ud fra den model, som Danske Regioner, Rigspolitiet og Københavns Brandvæsen har udarbejdet i fællesskab.
- Der etableres et nyt landsdækkende vagtlægenummer i vagttiden, som borgerne kan kontakte ved mindre alvorlige akutte skader og sygdomme i vagttiden uden for almen praksis' åbningstid.
- Der fortsat og løbende holdes fokus på tilgængelighed i almen praksis.

Det er endvidere vigtigt, at den præhospitale hjælp er til stede så hurtigt som muligt, og den nødvendige behandling i relevante tilfælde allerede kan påbegyndes på vej til nærmeste akutmodtagelse. Der er på det præhospitale område sket en stor udvikling i de seneste år. Hvor der tidligere stort set alene var tale om transport af syge og tilskadekomne, består den præhospitale indsats i dag af egentlig behandling. Ekspertisen er således til stede allerede under transporten til hospitalet, og behandlingen påbegyndes i mange tilfælde allerede inden, patienten ankommer til hospitalet. Men en længere transporttid betyder, at den præhospitale indsats skal indrettes med henblik på at understøtte fremtidens sygehusstruktur. Telemedicinske løsninger har vist sig at kunne styrke den præhospitale indsats, og der vurderes her at være et uudnyttet potentiale.

Historisk har der været to parallelle udviklingstendenser i sundhedsvæsenet. Den ene tendens er en øget specialisering som ovenfor beskrevet. Den anden tendens er grundlag for en decentralisering, idet man i dag kan udføre en række behandlinger med stadig mindre personaleindsats, på kortere tid, med færre hjælpemidler og med mindre teknologisk set-up (fx i lægepraksis eller i hjemmet). Disse modsatrettede udviklingstræk skal begge afspejle sig i fremtidens sygehusstruktur. Centraliseringen af dele af sygehusindsatsen må ikke blive en hindring for at udnytte

decentraliseringsmuligheder, men bør i stedet blive en forudsætning, understøttet af et øget brug af telemedicin, videokonference, billedtransmission, robotteknologi, on-line it mm.

Nære tilbud i form af fx skadesklinikker med sundhedsfagligt personale, kan medvirke til at afhjælpe ulemper ved større afstande og skabe større tryghed i områder med relativt store afstande til sygehuse med fælles akutmodtagelser. Samtidig vil såvel almen praksis som kommuner have en øget rolle i tilrettelæggelsen af behandlingen af patienter med kroniske sygdomme, jf. *Sundhedsstyrelsens kronikermode*l.

Panelet vurderer, at almen praksis – i en ny og mere bæredygtig struktur med større praksisenheder – med fordel kan påtage sig en større rolle i forhold til visitation og behandling af akutte patienter. Almen praksis indgår allerede i dag i det akutte beredskab. Udgangspunktet er, at almen praksis/lægevagten så vidt muligt varetager og færdiggør undersøgelse og behandling af patienter med lettere akutte sygdomme og skader, som ikke kræver sygehusbehandling og deltager i visitationen til de akutte modtageafdelinger.

Ekspertpanelet har noteret sig, at det i finanslovsaftalerne for 2009 og 2010 er aftalt, at der i alt afsættes 600 mio. kr. til facilitering af løsninger i udkantsområder med relativt store afstande, herunder lægehelikopterordninger. Midlerne skal udmøntes således:

- 100 mio. kr. til etablering af fuldt udbyggede sundheds- og akuthuse – som udgangspunkt i eksisterende bygninger.
- 300 mio. kr. til lægehuse, sundheds- og akuthuse i udkantsområder tilpasset lokale forhold – som udgangspunkt til indkøb af apparatur samt til ombygning af eksisterende bygninger.
- 50 mio. kr. til udbygning af præhospitale beredskaber.
- 100 mio.kr. til helikopterordninger mv.
- 50 mio. kr. til målrettet kompetenceløft til sundhedsprofessionelle med særlige opgaver i forhold til sundheds- og akuthuse / præhospitale beredskaber (sygeplejersker, paramedicinere m.fl.) samt uddannelse af særlige førstehjælpere.

3.3 Den teknologiske udvikling, patientroller og ændrede arbejdsgange

Sundhedsvæsenet er kendetegnet ved stærke drivkræfter og en hurtig udvikling. Videnskabelige og teknologiske fremskridt har forbedret behandlingsmulighederne markant. Sygdomme, der tidligere var uheldelige, kan nu behandles eller holdes under kontrol. Samtidig ændrer sygdomsmønstret sig, befolkningen bliver ældre, men samtidig sundere, og den øgede fokus på forebyggelse og forbedret behandling er begyndt at give resultater. Levetiden er stigende, og på nogle områder (fx hjertesrelaterede dødsfald) er sygdomshyppigheden faldende. Endvidere har teknologien (eksempelvis billeddiagnostikken og genetikken) givet mulighed for at stille langt mere præcise diagnoser og for at individualisere behandlingen.

Ekspertpanelet vurderer, at en række af nedenstående faktorer vil have en mærkbar indflydelse på, hvordan fremtidens sygehuse mest hensigtsmæssigt indrettes, så de kan bidrage til sammenhængende patientforløb.

Den hurtige teknologiske og videnskabelige udvikling

Det gælder først og fremmest den teknologiske udvikling og den generelle IT-understøttelse af sundhedsvæsenets opgaver. Det må forventes, at sundhedsvæsenet over de næste 10 år i langt højere grad vil kunne dele oplysninger på tværs af afdelinger, hospitaler, regioner og sektorer, end det er tilfældet i dag. En styrket anvendelse af IT vil være med til at tydeliggøre, at hospitalerne udgør en del af et komplekst behandlingsnetværk, hvori der kan indgå andre hospitaler, andre regioner, kommuner og praktiserende læger i patientforløbene. Den teknologiske udvikling og IT-understøttelse, fx i form af fælles elektroniske patientjournaler, mulighed for booking på tværs af enheder og telemedicin, vil understøtte et sammenhængende patientforløb, hvor den

rette information er til stede, når der er brug for den. Dette vil også kunne medvirke til at reducere svartider på prøver mv.

Der vil bl.a. ske stigende udnyttelse af den teknologiske viden, som vil muliggøre diagnostik, behandling og kontrolbesøg over afstande (telemedicin) i langt højere grad end hidtil. Specialister andre steder i landet eller for så vidt verden over vil kunne medvirke ved operationer, og røntgen-beskrivelser mv. kan foregå overalt i verden med øget kvalitet og effektivitet til følge. De højt specialiserede hospitaler kan samarbejde med de mindre hospitaler og praktiserende læger. Og man kan forvente at kunne behandle og kontrollere et stigende antal patienter i deres eget hjem, hvilket kan reducere trækket på hospitaler, ambulatorier og delvist også på almen praksis.

Telemedicin er et eksempel på, hvordan teknologien og de nye muligheder, den åbner, er med til at lette patienternes hverdag. Kronikere og ældre medicinske patienter kan i et vist omfang undgå at blive indlagt på hospitalet og køre til jævnlige kontroller på hospitalet. Telemedicin kan på den måde medvirke til at øge livskvaliteten for patienterne, også fordi patienterne i højere grad er inddraget i deres egen behandling samtidig med at de har adgang til specialiseret rådgivning og vejledning.

Fremtidens patienter

Patientrollen ændrer sig. Flere patienter i dag har mere viden om egen sygdom og ønsker mere kontrol og medvirken i eget behandlingsforløb. Patienterne stiller med mere viden også flere krav til den leverede service på hospitalet og dokumentationen for kvaliteten af den. Man taler også om patienten som forbruger, og det må forventes, at denne udvikling fortsætter. Den nye patientrolle kan bruges til at skabe en brugerdrevet udvikling, ved at inddrage patienterne i højere grad og på flere områder, end tilfældet er i dag. Når patienten deltager mere aktivt i behandlingen, sker der også en øget ansvarliggørelse hos patienten, og dette påvirker relationen mellem behandlere og patienter i form af et partnerskab.

En styrket patientrolle påvirker organiseringen og den fysiske struktur i sygehuset med krav om integritet og skærmning af privatliv gennem fx større fokus på sikkerhed, flere enestuer, adgang til IT-løsninger, færre patienttransporter, bedre samordnet behandling og information, øget medansvar og tilgængelighed til personalet. Et konkret eksempel på, at fx patientsikkerhedsperspektivet kan få betydning for den fysiske indretning af hospitalerne er, at enestuer reducerer støjgener og derigennem både forbedrer patienternes søvn og reducere personalets stressniveau og dermed risiko for fejl. Samtidig medvirker enestuer til at reducere risikoen for spredning af infektioner og til at hindre faldulykker.

Behov for ændrede arbejdsgange og -tilrettelæggelse

På hospitalet vil den teknologiske udvikling og udviklingen i behandlingsmetoder betyde behov for nye arbejdsgange og ændret arbejdstilrettelæggelse. Det er afgørende, at nye bygninger og ny teknologi medfører en gennemgang og revision af eksisterende arbejdsgange og arbejdsdeling i forbindelse med hele patientforløbet, for kun ad den vej kan gevinsterne ved nye bygninger og ny teknologi indhentes. Hvis man ikke gennemgår hele patientforløbet, kan indførelsen af ny teknologi ét sted i forløbet medføre ventetider – flaskehalse – i andre faser af forløbet. Ny teknologi skal være med til at forbedre kvaliteten i behandlingen og plejen af patienterne, og ny teknologi kan muliggøre, at arbejdsopgaver kan reorganiseres og evt. flyttes mellem faggrupper og evt. mellem sektorer.

De accelererede operationsforløb er et eksempel på, at gevinsterne ved at indføre ny teknologi og behandlingsmetode, først for alvor kan indhentes, når man ændrer på arbejdsgangene omkring operationen, understøttet af evidensbaserede kliniske retningslinjer i behandlings- og plejeforløb, hvor patienterne er aktive medspillere. Det accelererede operationsforløb er indført på flere operationsområder, og det har vist sig at være med til at forkorte den tid, det tager at komme sig efter en operation, hvilket reducerer indlæggelsestiden. Grundlæggende handler koncep-

tet om at intensivere og optimere behandlingen og plejen i det tidsrum, hvor patienten opholder sig på et sygehus. Smertebehandling, stress reduktion, ernæring, hurtig mobilisering, patientens inddragelse og ikke mindst en tværfaglig behandlings- og plejefaglig indsats med fokus på den enkelte patient er nøgleelementer i denne behandlingsmetode. Patienterne ligger i kortere tid, har færre komplikationer og gennemgår en mere effektiv rehabilitering, samtidigt med at patienttilfredsheden ikke er faldende, og der som hovedregel ikke trækkes mere på kommunerne².

Eksempelet viser med al tydelighed, hvordan der i behandling og pleje både er en udvikling i retning af øget specialisering og øget samarbejde mellem specialerne og faggrupperne, hvilket betyder, at den faglige specialisering kombineres med et patientperspektiv. Det er i den proces vigtigt at have fokus på at løse opgaven frem for på faggrænser.

Nye behandlingsmetoder giver således ændrede vilkår på afdelingerne. Der kommer flere patienter igennem det samme antal senge, og der vil fremover formentligt være tale om endnu kortere indlæggelsesforløb gennemsnitligt. Ligeledes vil patienthoteller blive anvendt i højere grad til visse patientgrupper. I Danmark er den gennemsnitlige liggetid på de somatiske afdelinger reduceret markant de seneste ca. 10 år.

Nye behandlingsmetoder, kortere indlæggelsestider mv. understreger behovet for en øget fokus på information og pædagogiske tiltag, der skal minimere patienter og pårørendes usikkerhed. Også her kan informations- og kommunikationsteknologien anvendes.

Videnskabelige landvindinger, teknologiske fremskridt og ændrede arbejdsgange kommer ikke af sig selv. De kommer bl.a. af, at dedikerede ildsjæle bliver udfordret på deres kreativitet. Nye arbejdsgange kræver samtidig et ledelsesmæssigt engagement, hvor hospitals- og afdelingsledelser er åbne for, og har mulighed for, at tage nye metoder i brug. Det betyder, at der skal være videndeling på tværs af afdelinger, hospitaler og mellem regioner. Flere funktioner vil fremover blive varetaget færre steder, og en ny behandlingsmetodik i én region kan derfor have afsmittede virkning på opfølgende behandling i andre regioner.

I dag er hospitalerne helt overvejende indrettet efter specialer. Der er en kardiologisk afdeling, en ortopædkirurgisk afdeling osv., men man kan forvente flere forsøg på at organisere hospitaler efter forløb og symptomatologi i lyset af behovet for pakkeforløb og den øgede andel af patienter, der lider af kroniske sygdomme. Denne forløbsmæssige organisering af hospitalerne har været drøftet gennem flere år, uden at det radikalt har ændret organisationsstrukturen. Men der bør ske ændringer på sigt, og konceptet med fælles akutte modtageenheder og diagnostiske pakkeforløb går netop i retning af forløbsorienteret organisering af hospitalsstrukturen.

Som nævnt forudsættes med fremtidens fælles akutte modtagelser meget mere tværgående og tværfagligt samarbejde, og der er dermed tale om et stort organisatorisk forandringsprojekt, der både handler om at sikre speciallægedækning og ændre indlæggelsesmønstre ved at færdiggøre flere patienter i selve den akutte modtageafdeling, også ved øget inddragelse af andre personalegrupper i behandlingen fx sygeplejersker. Dette kræver, at speciallæger/overlæger i højere grad samarbejder på tværs af specialer. Det kan være en udfordring, fordi speciallæger i udgangspunktet primært anses for at identificere sig med gruppen af speciallæger inden for eget speciale – frem for med det tværgående patientforløb, afdelingen eller organisationen³. Det betyder også, at ledelsens organisering må tilpasses patientforløbene. Dermed menes ikke, at de lægefaglige specialer skal nedlægges, men de bør involveres i patientforløbet på en ny måde. Endvidere skal der på sygehusene tænkes i at sikre opgaven løst på det rigtige niveau, så ressourcerne anvendes bedst muligt.

² Fx Ugeskrift for læger 171/40, 28. september 2009, side 2909

³ Fremtidens arbejdstilrettelæggelse for speciallæger på hospitaler med fælles akutmodtagelse, DSI, september 2010.

Det nye byggeri bør have fokus på patienternes forløb igennem hospitalet, og en sådan tilgang til patienten vil kræve et systematisk tværfagligt samarbejde mellem specialer og faggrupper, i videre udstrækning end det ses i dag. Hospitalerne skal indrettes efter opgaveløsningen, og det skal derfor tilstræbes bygningsmæssige løsninger, som bl.a. understøtter en øget tværfaglighed.

De forløbsorienterede tiltag og dermed et skift fra ”søjle-” eller speciale opbygningen af hospitaler stiller samtidig krav til de informationsteknologiske løsninger, der skal støtte behandlere og plejere i deres arbejde. Løsningerne skal understøtte det komplekse udrednings- og behandlingsforløb og fastholde den nødvendige adressering af ansvaret for forløb og tiltag på et vilkårligt tidspunkt. De skiftende tilknytninger af specialer stiller nye krav til synliggørelse af ansvar og overdragelse af dette og stiller nye krav til ledelsen af fremtidens hospitaler.

Omfattende investeringer i nyt sygehusbyggeri samt teknologi og IT giver en hidtidig uset mulighed for at indføre nye arbejdsgange. Når man går fra et hospital, der er struktureret efter specialer til i højere grad at være struktureret efter patientforløb, indebærer det, at den traditionelle professionsledelse skal forandres i retning af opgaverettet ledelse. Ekspertpanelet vurderer, at forandringerne må gennemsyre hele organisationen, hvis fordelene ved det nye byggeri skal høstes i fuld udstrækning.

En meget hyppig kritik fra patienterne er, at de under indlæggelsen udsættes for et stort antal læger med de risici, der er for manglende sammenhæng i patientforløbet, suboptimal information og utilsigtede hændelser. Med større fokus på patientforløbet, med mange specialer involveret periodevist, vil behovet for en velfungerende kontaktpersonordning øges og må indgå med større tyngde i fremtidens arbejdstilrettelæggelse, end det sker i dag mange steder. Ikke mindst fordi der allerede i dag er eksempler på, at en ordning med personlig læge og kontaktsygeplejerske kan gennemføres – og til patienternes og personalets tilfredshed uden ekstra driftsudgifter.

Ekspertpanelet vurderer, at det er afgørende, at nye arbejdsgange allerede etableres i den eksisterende organisation og i de eksisterende rammer, så organisationen har tilegnet sig nye arbejdsgange, inden man flytter ind i de nye hospitaler. Der kan være tale om en langstrakt læringsproces, bl.a. hvis implementering af nye arbejdsgange indebærer involvering af patienter på andre måder end hidtil. Det er vigtigt for organisationen at indrette sig mere effektive patientforløb på baggrund af gode eksempler.

3.4 Effektiv vidensspredning og -deling

I fremtidens sygehusstruktur er det afgørende, at den kundskabsudvikling, der sker, spredes til alle enheder og til alle regioner. Den træghed, der kendes i udbredelsen og implementeringen af nye erkendelser⁴, bør man være opmærksom på ved planlægningen af fremtidens sygehusstruktur. Ansvaret ligger flere steder, men de højt specialiserede universitetshospitaler har her et særligt ansvar. Med etableringen af færre, men større og bedre udrustede akutsygehuse åbner sig helt nye muligheder for erfaringsudveksling og samarbejde både på forskningsområdet såvel som på den præ- og postgraduate uddannelse. Det er vigtigt, at regionerne og universiteterne benytter denne nye mulighed ved den kommende revision af den danske sygehusstruktur.

Der er i regionerne igangsat flere tiltag, der skal sikre understøttelse af vidensdeling, erfaringsudveksling og udbredelse af bedste praksis på sundhedsområdet generelt og modernisering af sygehusstrukturen specifikt.

Danske Regioner har med initiativet “Vidensspredning i Sundhedsvæsenet” (ViS) etableret en enhed med henblik på at fremme spredning af viden og god praksis mellem regionerne og hospitalerne. Formålet er at understøtte, at de gode løsninger hurtigt bliver spredt, så potentialet i højere grad udnyttes.

⁴ Rundrejse i det danske sygehusvæsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, juni 2007

ViS arbejder med at skabe en kultur, der anerkender genbrug af andres gode idéer, erfaring og viden. ViS indsamler og strukturerer viden om konkrete værktøjer og metoder til at sprede og bruge andres viden bl.a. ved hjælp af metodekurser og seminarer. Herudover indsamler ViS gode eksempler, der har potentiale til spredning, og tager initiativer, der generelt kan gøre spredning af viden lettere i sundhedsvæsenet. Endvidere bidrager ViS med at matche udbud og efterspørgsel af optimerende tiltag i det danske sundhedsvæsen.

Én af kanalerne til dette er en portal for sundhedsfaglig vidensspredning, som forventes lanceret primo 2011. Formålet med portalen er at gøre det nemmere og mere attraktivt for ansatte i sygehusvæsenet at udbyde og efterspørge idéer og viden, så de gode løsninger bliver nemmere at kopiere. ViS har også oprettet "Hovederne på Bloggen", hvor centrale sundhedsfaglige aktører udfordrer sundhedsvæsenets evne til at dele og sprede viden⁵.

For at sikre en platform for videndeling i forbindelse med de kommende sygehusbyggerier etablerede Danske Regioner www.godtsygehusbyggeri.dk. Portalen henvender sig særligt de medarbejdere, der arbejder med udviklingen af den nye sygehusstruktur. Hjemmesiden indeholder en materialsamling vedrørende en række relevante temaer i forhold til sygehusprojekter, nyheder, baggrunden for modernisering af sygehusstrukturen, principper for godtsygehusbyggeri, links til relevant lovgivning mv.

Ekspertpanelet finder, at de to portaler er gode og brugbare redskaber til vidensspredning i sundhedsvæsenet.

Specifikt i forhold til sygehusbyggerierne, finder panelet, at der er oplagte muligheder for vidensdeling fx i forhold til indretningen af fremtidens seng, toilet/bad, ambulatorium, sengestue eller operationsstue. Her kan det fx være oplagt at vælge samme koncept på alle sygehuse inden for regionen og ideelt set på tværs af regionerne. Panelet er opmærksom på, at det at der i mange tilfælde er tale om til- og ombygninger kan begrænse mulighederne herfor, men panelet vurderer, at der vil være mange fordele forbundet med anvendelse af fælles koncepter og standardiserede løsninger. En højere grad af standardisering har endvidere en positiv effekt på patientsikkerheden, bl.a. fordi læger og plejepersonale har en høj grad af mobilitet på arbejdsmarkedet.

3.5 Det danske somatiske sygehusvæsen i år 2020

Ekspertpanelets har i sin prioritering og indstilling til regeringen taget udgangspunkt i regionernes vedtagne sygehusplaner og i de af regionerne indsendte investeringsprojekter. Disse er vurderet i forhold til de aftalte principper vedr. bl.a. samling af enheder, kvalitet og effektivitet.

Panelet har overvejet, hvorledes et samlet dansk sygehusvæsen *teoretisk* set kunne se ud, hvis man kun tog hensyn til ideale fordringer *samt* følgende to forhold: For det første befolkningstætheden i år 2020 og for det andet Sundhedsstyrelsens udmelding om et befolkningsunderlag for det enkelte akutsygehus. Man skulle da se helt bort fra regionsgrænser, historiske kendsgerninger og nuværende sygehusplaceringer.

Ekspertpanelet vurderer, at der vil skulle placeres et sygehus i den tættest befolkede del af landet (Københavnsområdet), som skal varetage de behandlinger, der kun skal foretages ét sted i landet. Hospitalet skal samtidig være ansvarligt for visitationen af de patienter, som kun kan få den nødvendige højt specialiserede behandling i udlandet. Samtidig skal sygehuset varetage den højeste specialiserede traumebehandling.

⁵ www.vidensspredning.blogspot.com

I den anden del af landet med en høj befolkningstæthed (Århusområdet) vil man placere et andet højt specialiseret sygehus, som i samarbejde med ovenstående sygehus skal varetage de behandlinger, der kun skal foregå to steder i landet.

Endvidere skulle der ved Odense Universitetshospital og Aalborg være hospitaler, der varetager højt specialiserede funktioner.

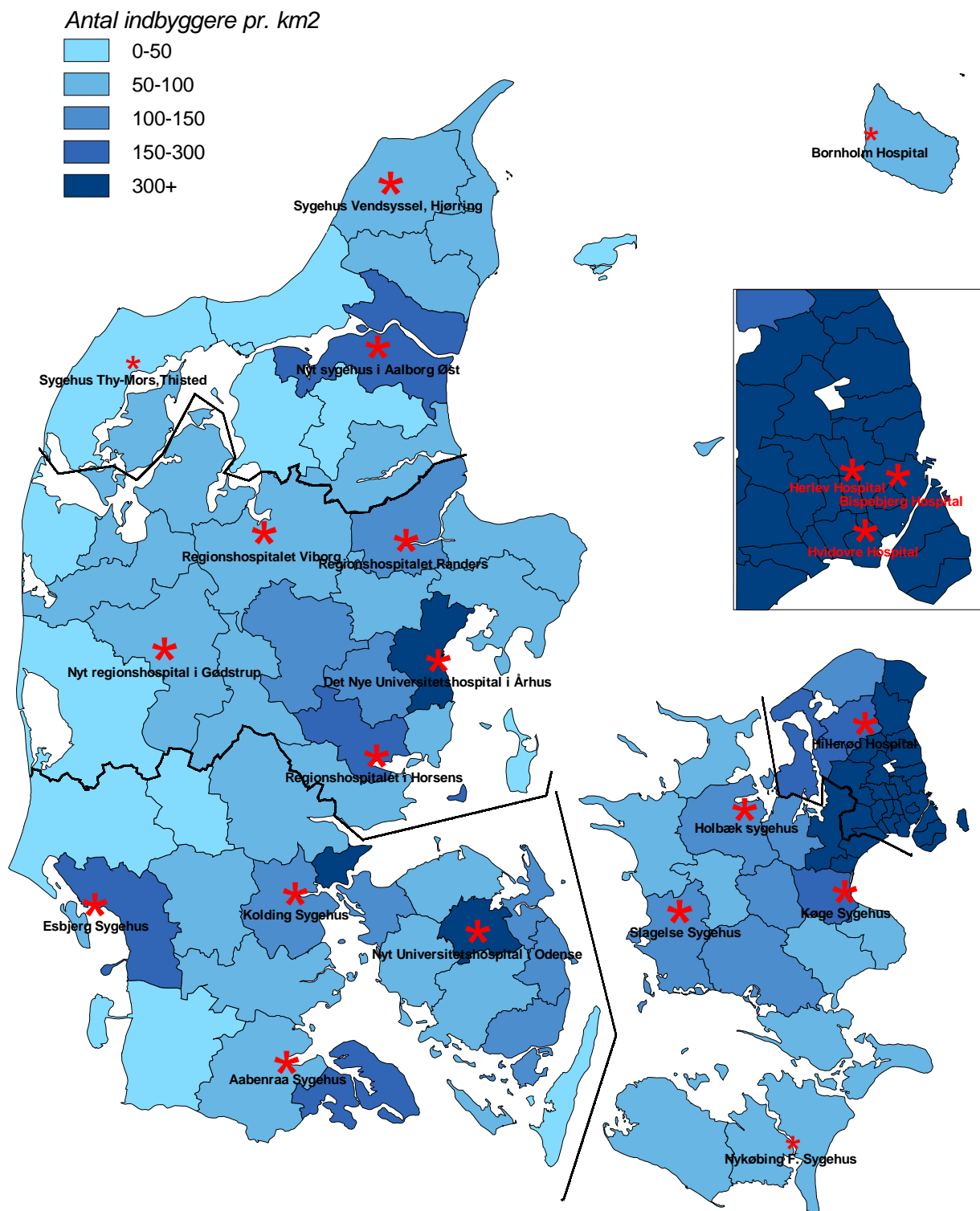
Herudover skulle der i de tyndest befolkede områder planlægges efter akuthospitaler med optageområder omkring 200.000 og de tættest befolkede områder skulle have ca. 400.000 som optageområde osv.



Udover akutsygehusene (*jf. Danmarkskortet nedenfor*) og de højt specialiserede hospitaler skulle der fortsat eksistere et antal sygehuse med overvejende elektive funktioner.

Det er vanskeligt at opstille en præcis model, men de mere teoretiske vurderinger set i forhold til befolkningstætheden harmonerer efter panelets opfattelse nogenlunde med den hovedstruktur, som panelet peger på, på baggrund af vurderingen af regionernes hospitalsplaner og indsendte investeringsprojekter. *jf. Danmarkskortet nedenfor.*

Det er en gennemgribende ændring af det danske sundhedsvæsen, som finder sted i disse år. For at fordelene ved disse store forandringer udnyttes bedst muligt, er det afgørende, at befolkningen benytter sundhedsvæsenet optimalt. Derfor finder panelet, at der er behov for enighed om den nomenklatur, der anvendes om de forskellige tilbud i sundhedsvæsenet. I dag bruger regionerne i vidt omfang forskellige betegnelser for ens tilbud, og det kan være svært for borgeren at vide, hvori forskellen ligger. Det gælder fx i forhold til de mange betegnelser, der findes for skadestuer, der bl.a. benævnes skadestue, skadesklinik, akutskadesstue, akutklinik, akuthus, ikke-lægebetjente skadestue og skadestuefunktion med læge back-up. Generelt vurderer panelet, at det ville være fordelagtigt, hvis regionerne sammen med Sundhedsstyrelsen blev enige om fælles betegnelser.

Figur 3.2 Placering af somatiske akutsygehuse i forhold til befolkningstæthed



-  = Sygehuse med fælles akutmodtagelser (i alt 18)
 = Sygehuse med modificeret akutfunktion (i alt 3)

3.6 Opsummering

En lang række udviklingstendenser vurderes at få betydning for sundhedsvæsenet – og dermed indretningen af fremtidens hospitaler – i de kommende år. Ekspertpanelet har i ovenstående peget på, at forskellige tendenser forventes at få betydning for, hvordan fremtidens hospital skal indrettes og drives:

Boks 3.1: Forhold med betydning for fremtidens sygehusstruktur

Fortsat specialisering: Den specialiserede behandling samles på færre enheder samtidig med, at det mindre specialiserede kan decentraliseres bl.a. på grund af øget it-understøttelse (herunder telemedicin) og teknologiske hjælpemidler. Fremtidens hospital indgår således i et ”komplekst sundhedsnetværk” sammen med andre hospitaler, andre regioner, kommuner og praktiserende læger.

Styrket præhospitalt beredskab: Hjælpen skal hurtigt være til stede hos patienten under den nye akutsygehusstruktur.

Fortsat krav om effektiv udnyttelse af ressourcerne: Kravet om en effektiv udnyttelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet (både økonomiske, personalemæssige og bygningsmæssige/apparatur), betyder, at sygehuse løbende skal have fokus på nytænkning og på at gøre tingene bedre, også ved at lære af hinandens bedste praksis. Effektivitetsgevinster vil skulle realiseres på tre niveauer: Som direkte effekt af nye, tidssvarende og fleksible fysiske rammer på de konkrete sygehuse. Som effekt af en bedre organisering og arbejdstilrettelæggelse på de samme sygehuse som led i nybyggeriet. Og som effekt af den nye sygehusstruktur i regionen, dvs. en bedre organisering og arbejdstilrettelæggelse på tværs af sygehuse/sektorer.

Videnskabelig og teknologisk udvikling: Den videnskabelige og teknologiske udvikling muliggør, at sygdomme, der tidligere var uhelbredelige, kan behandles eller holdes under kontrol. Samtidig vil der ske en stigende udnyttelse af den teknologiske viden, som muliggør diagnostik, behandling og kontrolbesøg over afstande (telemedicin) i højere grad end hidtil.

Ændring af sygdomsmønster og patientroller: Sygdomsmønsteret ændrer sig, og fremtidens patienter har mere viden om egen sygdom og ønsker i højere grad at medvirke i eget behandlingsforløb. Det betyder bl.a. krav om flere enestuer, fokus på sikkerhed, bedre service og krav om øget gennemsigtighed. Samtidig er patienterne en afgørende ressource, der kan medvirke til at udvikle sundhedsvæsenet.

Ændret arbejdstilrettelæggelse og fokus på ledelse: Den teknologiske udvikling og udviklingen i behandlingsmetoder betyder behov for nye arbejdsgange og ændret arbejdstilrettelæggelse. Fremtidens hospital vil i højere grad være struktureret efter patientforløb og forudsætte øget tværfaglighed. Dette stiller store krav til de fagprofessionelle og til ledelsen, og panelet finder at det er afgørende, at der udvikles ledelses modeller og –kompetencer, der passer til fremtidens hospitaler.

Øget fleksibilitet: Den store usikkerhed om det fremtidige behandlingsbehov og -teknologi tilsiger at man bygger fleksibelt og udviser forsigtighed i dimensioneringen (jf. kapitel 4). Såvel bygningerne som organisationen skal være fleksible, så nye landvindinger kan opfanges inden for de økonomiske rammer, der kan stilles til rådighed.

4. Ekspertpanelets metode og tilgang

4.1 Operationalisering af vurderingsprincipper

Ekspertpanelets vurderinger skal i henhold til kommissoriet foretages i forhold til de principper for fremtidens sygehusinvesteringer, som blev fastlagt i aftalen om regionernes økonomi for 2008 mellem regeringen og Danske Regioner. Principperne, der er medtaget i deres helhed i denne rapport *bilag*, omhandler bl.a. samling af enheder, kvalitet, driftsøkonomisk rentabilitet samt effektivitet.

Ekspertpanelet fastlagde på den baggrund i forbindelse med sin første screeningsrapport i efteråret 2008 sin konkrete tilgang i forhold til vurdering og prioritering af de regionale sygehusplaner og investeringsprojekter. Nedenfor gengives hovedelementerne i den tilgang, som også er lagt til grund i forbindelse med nærværende og afsluttende screening fra panelet.

Ekspertpanelet har konkret valgt at operationalisere vurderingen i to led: Dels en vurdering af selve sygehusplanerne, dels en vurdering af de konkrete projekter. For hvert led har panelet fastlagt en række centrale vurderingskriterier.

Panelets samlede prioritering af det enkelte investeringsprojekt er dermed resultatet af en sammenvejning af projektvurderingen og vurderingen af den pågældende regions sygehusplan. Denne tilgang afspejler, at de enkelte investeringsprojekter ikke kan ses adskilt fra den samlede sygehusplan. Tværtimod er det den samlede sygehusplans struktur og rationale, der bestemmer, om der ud af de samlede investeringer opnås en moderne, bæredygtig – og mere fremtidssikret – sygehusstruktur som tilsigtet.

4.1.1 Vurderingskriterier for sygehusplanerne

Ekspertpanelet har vurderet regionernes sygehusplaner ud fra følgende kriterier:

- Samling af funktioner og specialer på færre enheder
- Efterlevelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet
- Den præhospitale indsats
- Sammenhæng til andre regioner

Samling af funktioner og specialer på færre enheder

Kriterierne under dette princip vedrører øget kvalitet, herunder faglig bæredygtighed gennem specialeplanlægningen, samt kravene til bl.a. befolkningsunderlaget for fælles akutmodtagelser. Principperne om bedre ressourceanvendelse og kapacitetsudnyttelse fordrer også sammenlægning på færre enheder med sigte på en samlet set bedre driftsøkonomi.

Der er ved vurderingen særligt lagt vægt på:

- Efterleves Sundhedsstyrelsens anbefalinger til specialeplanlægningen, så behandlingen samles på færre enheder.
- Sikres samlet set bæredygtige enheder med stærke specialiserede faglige miljøer og tilstrækkeligt behandlingsvolumen for personalet, der sikrer rutine og et solidt rekrutteringsgrundlag.
- I hvilket omfang sker der en reel sammenlægning af matrikler, herunder med fokus på bedst mulig ressourceanvendelse.

Vurderingsprincipperne fastlægger også, at specialeplanlægningen skal forbedre patientsikkerhed og patientforhold i øvrigt. Disse forhold kan først vurderes konkret i forbindelse med den endelige tilsagnsfase på baggrund af detaljerede projektbeskrivelser fra regionen. Panelet vil her lægge vægt på, hvordan sygehusplanen og de enkelte større konkrete anlægsprojekter kan medvirke til at øge patientsikkerheden, fx via standardisering, støjreduktion og forbedret hygiejne. I forhold til enestuer har panelet konstateret, at regionerne prioriterer enestuer i forbindelse med

nybyggeri, herunder nybyggeri som en del af et samlet ny- og ombygningsprojekt. I forbindelse med ombygning er hovedtilgangen, at sengestuefordelingen ændres i retning af flere enestuer, idet omfanget af ændringerne afpasses i forhold til mulighederne i den eksisterende fysiske indretning.

Efterlevelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet

Princippet om højere kvalitet gennem samling af funktioner på færre enheder gør sig som nævnt ovenfor også gældende på det akutte område. Det er her vigtigt, at akut syge modtages på et hospital med en fælles akutmodtagelse, der besidder den nødvendige ekspertise, så patienten ikke skal transporteres videre med forsinkelse til følge.

Principperne i økonomiaftalen fastlægger, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet skal følges, og at dens vejledning bør efterleves, herunder at befolkningsunderlaget for fælles akutmodtagelser udgør 200.000-400.000 indbyggere, idet det bør overvejes at udnytte muligheder for stordriftsfordele i tætbefolkede områder, mens der er områder i alle regioner, hvor geografiske eller andre forhold nødvendiggør lokale løsninger.

Der er ved vurderingen særligt lagt vægt på:

- Efterleves Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende befolkningsunderlaget for en fælles akutmodtagelse på 200.000-400.000 indbyggere.
- Er der de forudsatte specialer og faciliteter på matriklen.
- Sker modtagelse på en fælles akutmodtagelse efter lægelig visitation eller via 112 opkald, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger.
- Sikres der en klar rollefordeling i regionens samlede akutberedskab på sygehusene, så der er sikkerhed for, at akutte patienter modtages via den fælles akutmodtagelse, mens skadepatienter mv. alene varetager mindre ukomplicerede tilstande og skader. Ellers er der risiko for manglende kvalitet i behandlingen, udtynding af volumen for de fælles akutmodtagelser samt uhensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne.

Den præhospitale indsats

Samling af de akutte funktioner på færre enheder medfører, at dele af befolkningen vil få længere til det nærmeste hospital, når de bliver akut syge eller kommer til skade. Det fremgår af principperne, at der skal foreligge konkrete planer for, hvordan den præhospitale indsats udvikles i takt med samlingen af akutsygehuse, så relevant og kvalificeret behandling kan påbegyndes hurtigst muligt. Den præhospitale indsats udbygges i disse år, bl.a. på grundlag af Sundhedsstyrelsens rapport fra juni 2007 "Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen".

Panelet er opmærksom på den politiske aftale fra 2006 om specialeplanlægningen, hvori det understreges, at det er vigtigt, at der i alle egne af landet skabes tryghed for, at befolkningen hurtigt kan komme i relevant behandling, samt at det er vigtigt, at borgerne som udgangspunkt skal føle tryghed ved at have adgang til relevant sundhedsfaglig bistand i nærområdet indbefattet øerne og yderområderne. Dette skal ske ved en fleksibel opgavedeling, forbedret tilgængelighed og service og ved inddragelse af alment praktiserende læger, privatpraktiserende speciallæger, sundhedscentre og skadepatienter med uddannet personale.

Ekspertpanelet har endvidere noteret sig, at det i finanslovsaftalerne for 2009 og 2010 er aftalt, at der i alt afsættes 600 mio. kr. til facilitering af løsninger i udkantsområder med store afstande, herunder lægehelikopterordninger. Midlerne skal understøtte en samlet sygehusstruktur med tryghed til befolkningen.

Panelet indstillede i forbindelse med den første screening i 2008, at der i forbindelse med det endelige tilsagn skulle foreligge detaljerede planer for den præhospitale udbygning.

Ekspertpanelet har i den forbindelse lagt vægt på, at Udvalget om det præhospitale akutberedskab (akutudvalget), der blev nedsat i efteråret 2009 og har til opgave nærmere at vurdere og kortlægge behovet for kapacitet og organisering af det præhospitale beredskab i tilknytning til den fremtidige sygehusstruktur har konkluderet:

- At der i alle regioner er sket en markant udvidelse af den præhospitale indsats over de seneste år, samt at der er tale om en løbende udviklingsproces.
- At der i alle regioner er et net af præhospitale enheder i form af ambulanceberedskaber, akutbiler, lægebiler mv. samt inddragelse af øvrige beredskaber og særlige ordninger med førstehjælpere/nødbehandlere/akutbehandlere, der samlet sikrer dækning af alle geografiske områder.
- At der i visse områder med store afstande kan konstateres relativt høje responstider for ambulancekørsel, men at en vurdering af det samlede præhospitale beredskab også skal inddrage de øvrige præhospitale ressourcer.
- At regionerne har etableret en række forskellige løsninger til sikring af tryghed i udkantsområderne, der bl.a. afspejler de forskellige lokale udfordringer.

Panelet betragter på den baggrund de iværksatte tiltag samt beskrevne planer for de enkelte regioners initiativer på det præhospitale område som betryggende.

Sammenhæng til andre regioner

I de aftalte principper understreges det, at der i de enkelte regioners planlægning skal tages højde for de øvrige regioners planer med hensyn til specialefordeling, eksisterende faciliteter, personalemæssige ressourcer, forløb for strukturændringer og den demografiske udvikling. I panelets øjne er det centralt, at der sikres en struktur, som nationalt er bæredygtig, og at regionsgrænserne ikke hindrer en optimal sygehusstruktur.

Der er ved vurderingen særligt lagt vægt på:

- Er sygehusplanen koordineret med de øvrige regioner, så der opnås et hensigtsmæssigt resultat set fra et nationalt perspektiv i forhold til såvel specialedækningen som akutstrukturen.
- Er der i forbindelse med potentielle patientstrømme over regionsgrænserne indgået klare samarbejdsaftaler mellem regionerne, så den samlede dækning bliver optimal.
- Er der enighed om forudsætningerne med hensyn til egenbehandlingsgrader.

4.1.2 Vurderingskriterier for de enkelte investeringsprojekter

Planvurderingen og ekspertpanelets samlede overvejelser om en fremtidig sygehusstruktur har en væsentlig betydning i forhold til den konkrete projektvurdering – bl.a. fordi nogle projekter vurderes helt centrale i en ny struktur, mens der kan være usikkerhed om andre projekters rolle. For de konkrete projekter kan vurderingen i øvrigt opsummeres i nedenstående punkter:

- Projektets rolle i en ny sygehusstruktur, såvel regionalt som for landet som helhed
- Mulige alternativer
- Behovsfremskrivning, kapacitetsudnyttelse, arealbehov og økonomi
- Produktivitets- og driftsforbedringer

Projektets rolle i en ny sygehusstruktur – såvel regionalt som for landet som helhed

Panelet vurderer, om projektet har en væsentlig rolle i forhold til den samlede sygehusplan, om projektet står alene eller forudsætter andre projekter realiseret først – eller om projektet omvendt er omdrejningspunkt i forhold til en realisering af en række andre elementer i den samlede sygehusplan.

Panelet vurderer ligeledes, om projektet har en rolle i forhold til at underbygge en faglig bæredygtig struktur. Kriteriet har tæt sammenhæng med kriteriet om sammenlægning af enheder og specialer, *jf. planvurderingen*. Panelet har lagt vægt på, om projektet underbygger en øget faglig bæredygtighed og fremtidssikring mv. i regionen (og landet), eller om det omvendt indebærer risiko for en modvirkning af en sådan bæredygtighed.

Mulige alternativer

En generel problemstilling i forhold til en vurdering af investeringsprojekter er sammenligning i forhold til mulige alternativer. Fx om det fremlagte projekt – givet en præmis om samling af nogle bestemte enheder – er den bedste løsning ud fra en samlet faglig og økonomisk afvejning, eller der er alternativer, der samlet set kan realisere det samme mål med en mindre ressourceindsats? Denne problemstilling er bl.a. relevant i forbindelse med vurderingen af, om en givet samling eller udbygning bedst løses gennem nybyggeri på et nyt sted og helt fra bunden (barmarksprojekt), eller om det samlet set er bedre at udbygge og nybygge i tilknytning til et eksisterende sygehus og derigennem også genanvende de gode dele af det eksisterende byggeri.

Panelet har i sin vurdering af relevante projekter bl.a. set på, om der er særlige forhold ved den nuværende lokalitet, der umuliggør eller taler imod en udbygning – særligt pladsproblemer og/eller væsentlige trafikproblemer. Endvidere har panelet overvejet gevinster og udgifter i alternativerne.

Der vil ved tilbygning kunne være visse driftstab i byggeperioden, som undgås ved barmarksprojektet, hvor man kan fortsætte med fuld aktivitet på det eksisterende, indtil det nye ibrugtages. Omvendt vil man ved tilbygning hurtigere kunne realisere gevinsterne gennem gradvis ibrugtagning. Man vil ved tilbygning kunne undgå driftstab i en opstartsperiode, hvilket kan være en risiko ved barmarksprojekter.

På udgiftssiden vil forskellen mellem barmark og tilbygning ikke mindst afhænge af, hvor meget af det eksisterende, der kan genbruges, og om dette kan indgå i en moderne logistik og fremtidssikret struktur. Udgifterne til apparatur og inventar vil også være forskellige, bl.a. fordi der i et barmarksprojekt i højere grad skal ske en fuldstændig bestykning. Der skal også inddrages evt. nødvendige udgifter vedrørende det eksisterende byggeri, indtil det nye er klart til ibrugtagning. Endelig kan der være et salgsprovenu ved afhændelse af den eksisterende matrikel.

Behovsfremskrivning, kapacitetsudnyttelse, arealbehov og økonomi

Princippet fastlægger bl.a., at der skal ske en forbedret kapacitetsudnyttelse, herunder bedre udnyttelse af sengekapalet og nedbringelse af liggetider som følge af bl.a. mulighed for øget ambulans behandling.

Panelet vurderer, at de grundlæggende antagelser om udviklingen i behandlingsbehov, sammenholdt med antagelser om kapacitetsudnyttelsen og arealforbrug mv., er helt centrale ved planlægningen af en ny sygehusstruktur.

Panelet foretog derfor i forbindelse med sin screening i 2008 en nærmere vurdering af regionernes forudsætninger vedrørende dimensionering, kapacitetsudnyttelse og økonomi. På den baggrund er det panelets vurdering, at man bør anlægge en forsigtig tilgang til såvel dimensioneringen som forudsætninger om kapacitets- og arealudnyttelse.

Panelet har derfor fastsat en tilpasset økonomisk ramme for de investeringsprojekter, som panelet finder kunne prioriteres i forbindelse med såvel den første screening i 2008 som i forbindelse med nærværende afsluttende screening og vurdering. Tilpasningen afspejler ikke mindst to centrale præmisser for panelets vurderinger: Dels tilsiger usikkerheden om det fremtidige behov kombineret med de lange byggetider for de enkelte projekter tilbageholdenhed med dimensionering.

ringen og sætter fokus på fleksibelt byggeri. Dels må de nye investeringer forudsættes at sikre en mere effektiv og hensigtsmæssig opgaveløsning. En bedre kapacitetsudnyttelse mv. er snævert knyttet til princippet om en mere rational drift og sigtet om at få mest for pengene.

Tilpasningen afspejler derfor såvel et krav om en styrket kapacitetsudnyttelse og arealeffektivitet, som den usikkerhed, der er tilknyttet behovsfremskrivninger på sygehusområdet. Herudover er der søgt taget højde for, at nogle regioner skiller sig ud i forhold til antagelser om det fremtidige behov og arealstandarder mv.

Da regionerne i forbindelse med ansøgningerne til nærværende fase 2 i vid udstrækning har fulgt panelets beregningsmæssige forudsætninger mht. arealnormer og kapacitetsudnyttelse mv. er panelets generelle/tværgående tilpasning i fase 2 justeret. De konkret baserede tilpasninger med udgangspunkt i de regionale forudsætninger om arealnormer mv. er således ikke gennemført i det omfang regionen har fulgt forudsætningerne. Og den generelle, tværgående tilpasning baseret på usikkerhed om fremtidens behov og bedre kapacitetsudnyttelse mv. er tilsvarende lempet i det omfang regionerne har skærpet deres forudsætninger vedr. kapacitetsudnyttelse.

Det er centralt at understrege, at der med de fastlagte økonomiske rammer ikke er tilsigtet en detaljstyring af regionernes projekter. De forudsætninger om behovsfremskrivning og kapacitetsudnyttelse mv., som ligger til grund for panelets tilpasning, er således ikke hver for sig bindende for projektets realisering. Regionen kan inden for investeringsrammen i den konkrete projekteringsfase for det konkrete projekt fastlægge de løsninger, der er hensigtsmæssige lokalt – under iagttagelse af de generelle principper om bl.a. bedre kapacitetsudnyttelse, så længe det sker inden for den angivne budgetramme.

Panelet har alene vurderet fremtidens sygehusstruktur, og har ikke i vurderingen af arealbehovet forudsat nogen ændringer i forhold til den private sektors aktuelle dækning af sygehusydelse. Det er ikke en del af panelets kommissorium, og panelet har i øvrigt ikke grundlag for at vurdere denne udvikling. I det omfang sektorens relative betydning vokser, vil dimensioneringen af de offentlige tilbud kunne reduceres tilsvarende. Panelet finder det forventeligt, at evt. private aktører vil tage udgangspunkt i den aftalte sygehusstruktur.

Produktivitets- og driftsforbedringer

Regionerne skal i henhold til principperne opstille overordnede mål i forhold til produktivetsforbedringer og driftsøkonomiske gevinster, herunder forbedret kapacitetsanvendelse via effektiv brug af økonomiske og knappe personalemæssige ressourcer. I planerne skal også konkret indgå forbedrede interne arbejdsgange, herunder effektive arbejdsrutiner og øget opgaveglidning, sammenhæng i opgavevaretagelsen, mere hensigtsmæssig anvendelse af fysiske rammer, rationel tilrettelæggelse af patientforløb, personalemæssige arbejdsbetingelser samt optimal organisering af vagtberedskab.

Panelet finder generelt, at investeringerne skal resultere i mere effektive løsninger i arealudnyttelsen og muliggøre en mere effektiv opgaveløsning og ressourceanvendelse via bedre logistik, ny teknologi og høj standard.

Med tilpasningen i dimensioneringen tages der højde for kravet om effektive løsninger på anlægssiden. På driftssiden må der tilsvarende forudsættes relativt store gevinster via de nye investeringer.

Panelet har i sin vurdering lagt vægt på, om der er potentiale for væsentlige effektiviseringer på driftssiden i de foreslåede projekter, som bl.a. afspejler omfanget af sammenlægningen og

grundlaget for opnåelsen af en væsentligt forbedret logistik. Udover de direkte gevinster afledt af bedre fysiske rammer og en bedre organisering på de konkrete sygehuse vil der være en væsentlig afledt gevinst som effekt af den nye sygehusstruktur i alle regionerne, dvs. en bedre organisering og arbejdstilrettelæggelse på tværs af sygehuse/sektorer.

I den konkrete tilsagnsfase vil der blive fastsat et konkret mål for rationaliseringsgevinsten. Et på forhånd fastlagt mål for rationaliseringsgevinsten vurderes i sig selv som en væsentlig forudsætning for, at potentialet realiseres. Panelet vil her inddrage bl.a. rationelle patientforløb, reduktion af vagtlag, anvendelse af telemedicinske løsninger, robotteknik og anden arbejdskraftbesparende teknologi. Der vil endvidere skulle lægges vægt på fleksibilitet i bygningsmassen (mulighed for let adgang til senere udvidelse eller indskrænkning), lave omstillingsomkostninger (undgå tab af produktivitet i længere perioder på sygehuse og afdelinger, der skal ombygges) samt standardisering, dvs. at operations- og sengestuer, ambulatorie-rum mv. samt apparaturindkøb så vidt muligt standardiseres. Det reducerer også risikoen for fejl.

Rationaliseringsgevinsten tilknyttes det konkrete investeringsprojekt med effekt fra ibrugtagelsen af det nye eller moderniserede byggeri. Heri ligger også, at driftsbesparelsen ligger ud over de almindelige, løbende produktivitetsforbedringer i sygehusvæsenet.

Ekspertpanelet har i forbindelse med panelets indstilling til regeringen i 2010 om de første endelige tilsagn fastlagt et konkret niveau for effektiviseringskravet på 6-8 pct. af det berørte sygehus' driftsudgifter, varierende efter særligt graden af nybyggeri. Effektiviseringen skal realiseres i år 1 efter ibrugtagelsen af det nye sygehus.

4.2. Ekspertpanelets dimensioneringsovervejelser

Ved planlægningen af en ny sygehusstruktur, der skal række langt frem i tiden, og hvor de største anlægsprojekter først vil stå færdige om 10-15 år, er de grundlæggende antagelser om udviklingen i behandlingsbehov, kapacitetsudnyttelse og arealstandarder helt centrale.

Grundlæggende er dimensioneringen (nettoarealet) af det fremtidige sygehusareal en funktion af tre parametre: *Behandlingsbehovet* (herunder undersøgelse, behandling, genoptræning mv.) udtrykker, hvor mange operationer, indlæggelser, ambulante forløb osv. der skal håndteres på sygehusene i fremtiden. *Kapacitetsudnyttelsen* omfatter driftstid per dag for fx operationsrummene og ambulatorier samt sengeudnyttelse. Via kapacitetsudnyttelsen sammenholdt med behandlingsbehovet fås det nødvendige antal rum/lokaler og fordelingen heraf. *Arealstandarderne* fastlægger så efterfølgende via fx krav til en sengestues og et operationsrums størrelse, hvor mange kvadratmeter der er behov for at bygge for at rumme det nødvendige antal operationsrum mv. Korrigeret med en brutto-/nettofaktor (der øger de beregnede nettoarealer med gangarealer, teknikrum, tekniske funktioner mm. til opgørelsen af bruttoarealet) og ganget med en pris per m² fås en samlet anskaffelsessum.

Opgørelse af investeringsbehov, stiliseret model

- Hvad er behandlingsbehovet (patienter, operationer, ambulante forløb osv.)?
- Hvad er kapacitetsudnyttelsen (åbningstider, operationer og scanninger pr dag osv.)?
- Hvor mange og hvilke rum/lokaler er der behov for?
- Hvad er arealstandarderne (hvor meget areal skal en sengestue, operationsrum mv. have)?
= Nettoarealbehov
* Brutto/nettofaktoren (inkluderer gangarealer og teknikrum mv.)
= Bruttoarealbehov
* Pris per m ²
= Anskaffelsessum/investering

I det følgende opsummeres den gennemgang og vurdering, som ekspertpanelet foretog i forbindelse med sin første screening i 2008, af regionernes forudsætninger og antagelser vedrørende

behovsfremskrivninger, kapacitetsudnyttelse, arealstandarder, bruttonettofaktor samt opførelsespriser. I vurderingen inddrog ekspertpanelet, hvor det var relevant, de rapporter med forslag til fælles forudsætninger til fremskrivningsmodellerne (maj 2008)⁶ samt forslag til standardniveauet for arealstandarder (september 2008)⁷, som Danske Regioner havde fået udarbejdet.

På baggrund af gennemgangen er det panelets vurdering, trods et grundigt arbejde fra regionerne, at man bør anlægge en forsigtig tilgang til såvel dimensioneringen som forudsætninger om kapacitets- og arealudnyttelse. Panelet har derfor ud fra generelle principper fastsat en tilpasset økonomisk ramme for de investeringsprojekter, som panelet finder kan prioriteres.

Panelet har som grundlag for sine vurderinger og tilgang arbejdet ud fra to centrale præmisser: Dels tilsiger den betydelige usikkerhed ved det fremtidige behov tilbageholdenhed med dimensioneringen og i stedet fokus på fleksibelt byggeri. Dels må de nye investeringer forudsættes at sikre en mere effektiv og hensigtsmæssig opgaveløsning.

Usikkerheden om det fremtidige behandlingsbehov og -teknologi tilsiger forsigtighed ved dimensioneringen. Der bør sættes på fleksibelt byggeri.

Den betydelige usikkerhed, der knytter sig til udviklingen i behandlingsbehovet om 15-20 år, tilsiger, at der ved planlægningen udvises stor forsigtighed i forhold til dimensioneringen. Det er meget vanskeligt præcist at forudsige udviklingen – som vil påvirkes af bl.a. sygdomsudvikling, udviklingen i behandlingsformer, den teknologiske udvikling osv. Som led i denne udvikling kan også tænkes et skift fra offentlige sygehuse til andre aktører, fx praksissektoren og kommunerne samt øget anvendelse af hjemmebehandling og kapaciteten i den private sektor.

Det, der planlægges nu, står først klar til brug om måske 10 år, hvor behovene kan have ændret sig markant. Det er derfor centralt at undgå at overdimensionere byggeriet eller at bygge for ”låst” i forhold til funktioner, da det fordyrer både anlægs- og driftssiden. I stedet bør der lægges vægt på en fleksibel struktur/byggeri, så ændringer i behov kan imødekommes. Man taler i den forbindelse om *fleksibilitet* (mulighed for ændring i bygningsindretning, vægge mv.), *generalitet* (brede anvendelsesmuligheder) og *elasticitet* (muligheden for udbygning eller omvendt bygningsformindskelse). Der må for det enkelte projekt vælges en konkret strategi for sikringen af fleksibilitet i byggeriet.

Nye investeringer skal sikre fysiske rammer, der understøtter en mere effektiv og hensigtsmæssig opgaveløsning og ressourceanvendelse.

Nye investeringer skal resultere i mere effektive løsninger i arealudnyttelsen og muliggøre en mere effektiv opgaveløsning og ressourceanvendelse via bedre logistik, ny teknologi, nye arbejdsgange og høj standard. Det er et af de centrale principper i forbindelse med de nye sygehusinvesteringer. Der må om 10-20 år forudsættes bedre og mere effektive løsninger end dagens standarder. Det gælder bl.a. en løbende forbedring i kapacitetsudnyttelsen som følge af den bedre planlægning og logistik, som nye eller moderniserede bygninger muliggør, og som følge af ny teknologi/apparatur mv., og det gælder også mere arealeffektive løsninger.

En bedre kapacitetsudnyttelse mv. er snævert knyttet til princippet om en mere rational drift og sigtet om at få mest for pengene. En del af kravet skal så at sige afspejles på anlægssiden (hvilket også har afledte driftsmæssige konsekvenser på sigt).

⁶ ”Rapport med forslag til fælles forudsætninger i Regionernes fremskrivningsmodeller for sygehusprojekter”, som er udarbejdet for Danske Regioner af en arbejdsgruppe bestående af rådgivere for regionerne.

⁷ Analyse af ”standardniveauet” for fælles regionale arealstandarder for sygehusbyggeri er udarbejdet af Arkitektfirmaet C.F. Møller.

Tilpasningen afspejler derfor såvel et krav om en styrket kapacitetsudnyttelse og arealeffektivitet, som den usikkerhed, der er knyttet til behovsfremskrivninger på sygehusområdet. Herudover er der søgt taget højde for, at nogle regioner skiller sig ud i forhold til antagelser om det fremtidige behov, arealstandarder og økonomiforudsætninger mv.

Boks 4.1: Tilpasning af økonomisk ramme for prioriterede projekter

Tilpasningerne i den økonomiske ramme for de prioriterede projekter er sammensat af en tilpasning (reduktion) i projekternes dimensionering og anvendelsen af ensartede forudsætninger for økonomien på tværs af regionerne.

En del af tilpasningen i dimensioneringen (20 pct. i fase 1) udtrykker en generel tilpasning for alle projekternes nybyggeriareal baseret på:

- Usikkerheden i forhold til det fremtidige behov, der efter panelets vurdering gør, at der bør udvises tilbageholdenhed i dimensioneringen – og så i stedet bygge fleksibelt, så projektet kan tilpasses senere hen.
- Grundlaget for en væsentlig bedre kapacitetsudnyttelse end forudsat. Panelets opgørelser viser, at selv en mindre forbedring i den daglige driftstid (fra 6 timer 220 dage om året til 7 timer 245 dage om året) isoleret set kan skære 8 pct. af arealerne.

Herudover er der foretaget en regionsbaseret tilpasning i projekterne, baseret på forskelle i de anvendte normer og forudsætninger i regionerne. Denne tilpasning varierer afhængigt af regionernes antagelser. En del af tilpasningen vedrører tekniske forhold som en høj brutto-nettofaktor i forhold til andre regioner eller en højere arealnorm for sengestuer. Den resterende del af tilpasningen afspejler en tilpasning for de regioner, som har afvigende forudsætninger for den fremtidige udvikling i behovet. Sidstnævnte tilpasning er foretaget med forsigtighed, således at der kun er reguleret i forhold til det gennemsnitlige areal for sengestuer og ambulante arealer, og dermed ikke i forhold til det samlede areal.

Bemærk, at da regionerne i forbindelse med ansøgningerne til fase 2 i vid udstrækning har fulgt panelets beregningsmæssige forudsætninger mht. arealnormer mv. er panelets tilpasning i fase 2 justeret, afspejlende de ændrede regionale forudsætninger. De konkrete, regionsbaserede tilpasninger med udgangspunkt i de regionale forudsætninger om arealnormer mv. er således ikke gennemført i de omfang regionen har fulgt forudsætningerne. Og den generelle, tværgående tilpasning baseret på usikkerhed om fremtidens behov og bedre kapacitetsudnyttelse mv. er tilsvarende lempet i det omfang regionerne har skærpet forudsætningerne vedr. kapacitetsudnyttelse. Konkret er tilpasningen reduceret fra 20 pct. til 12 pct.

Den tilpassede dimensionering ganges op med de fastlagte generelle økonomiforudsætninger for pris per m². Der differentieres mellem universitetssygehuse (29.000 kr./m², 09-pl) og øvrige til- og nybyggerier (27.000 kr./m², 09-pl). Udgiften udtrykker en maksimal totalpris, inkl. IT/apparatur og inventar mv. og universitetsarealer (hvor det er relevant). Ekspertpanelet har i den forbindelse forudsat et råderum i den konkrete investeringsramme til finansiering af apparatur på 20-25 pct.

Følgeudgifter er ikke medtaget. Ombygningsudgifter er reduceret med 20 pct. Udgifter til parkering er tillagt investeringsrammen, uændret i forhold til den regionale forudsætning. Det er imidlertid ekspertpanelets generelle synspunkt, at finansiering af personaleparkering ikke er et offentligt anliggende. I det omfang der indgår personaleparkeringspladser i de opgjorte regionale udgifter, kan der derfor afhængigt af de konkrete forhold og forudsætninger være et muligt råderum for den enkelte region til omprioritering.

Panelet vil understrege, at der ikke med de fastlagte økonomiske rammer og forudsætningerne bag er tilsigtet en detaljstyring af regionernes projekter. De forudsætninger om behovsfremskrivning, dimensionering og kapacitetsudnyttelse mv., som ligger til grund for panelets tilpasning, er således ikke hver for sig bindende for projektets realisering. Inden for den konkrete investeringsmæssige tilsagnsramme kan regionen i projekteringsfasen dermed fastlægge de løsninger for det konkrete projekt, der er hensigtsmæssige lokalt – under iagttagelse af de generelle principper om bl.a. bedre kapacitetsudnyttelse, så længe det sker inden for den angivne budgetramme.

4.2.1 Fremskrivning

Fremskrivningen af behandlingsbehovet er afgørende for den fremtidige kapacitet i sygehusvæsenet. Det er en vanskelig og usikker proces, fordi udviklingen bestemmes af en lang række faktorer, og fordi ikke mindst sundhedsområdet præges af vedvarende nyudvikling i behandlingsmuligheder for konkrete sygdomme, som kan give anledning til såvel mindre (hyppigst) som øget behandlingsbehov.

I princippet er der tre effekter:

- En mekanisk demografisk fremskrivning.
- En fremskrivning af sygeligheden, som generelt antages at falde for givne aldersgrupper ved stigende gennemsnitlig levealder. En betydelig del af behandlingsbehovet ligger i den allersidste del af den enkeltes liv.
- Den medicinsk/teknologiske/samfundsmæssige udvikling, bl.a. overgangen til ambulante behandling, ny medicin eller nye behandlingsformer samt befolkningens forventninger til sundhedsvæsenet.

Regionernes tilgang

I rapporten vedrørende fælles forudsætninger i regionernes fremskrivningsmodeller for sygehusprojekter, der er udarbejdet for Danske Regioner, anbefales en model med følgende trin (overordnet):

- Demografisk fremskrivning (med uændret sygelighed) kvalificeres på baggrund af en lineær fremskrivning af den historiske udvikling mht. omlægninger og effektiviseringer (liggetid, udskrivninger, ambulante besøg) de seneste 10 år.
- Regionerne kan herudover korrigere bl.a. sengedagsbehovet på baggrund af deres egen vurdering af bl.a. omlægningen til ambulante (større/mindre end historisk), patienthotel, etablering af akutcenter med senge – samt regionens vurdering af den fremtidige realvækst og effektiviseringsmuligheder.
- På det ambulante område foreslås, at forudsætningen ikke sættes for lavt. Konkret anbefales en kapacitet, der kan imødekomme en aktivitetsstigning i størrelsesordenen 75-100 pct. i et 15-20 årigt perspektiv.

Opgørelser af de regionale forudsætninger i 2008, jf. *panelets første screeningsrapport*, viste et billede med betydelige forskelle i den regionale tilgang. På det ambulante område blev forudsat vækstrater spændende fra 44 til 93 pct. frem til 2020, og antal sengedage varierede mellem en stigning på godt 8 pct. og fald i de øvrige regioner på fra 3 til 26 pct. Tilsvarende øges antal senge i en enkelt region, mens det er stort set neutralt i en anden region, og forudsat faldende fra 7 til 21 pct. i de øvrige regioner. Samlet for hele landet ville der efter disse dimensioneringsovervejelser ske en arealvækst (somatik og psykiatri) på omkring 400.000 m² eller godt 8 pct.

Befolkningsudviklingen er ikke identisk i regionerne, hvor antallet af over 65-årige forventes at stige med 46 pct. i Region Sjælland, 38-40 pct. i Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark og 26 pct. i Region Hovedstaden. Regionerne har heller ikke helt samme udgangspunkt. Disse forhold kan medvirke til at forklare forskelle på tværs af regionerne på de udvalgte parametre. Men disse faktorer kan ikke alene forklare regionernes forskellige behovsfremskrivninger, jf. *screeningsrapporten fra 2008*.

Ekspertpanelets vurdering

Regionerne har ikke et identisk udgangspunkt i forhold til de centrale parametre, og befolkningsudviklingen forventes heller ikke identisk regionerne imellem, men det ændrer ikke ved, at der er en uensartet tilgang i forhold til den fremtidige udvikling i regionerne. Da behandlingsbehovet er en afgørende parameter i forhold til indretningen af en fremtidssikret sygehusstruktur, har panelet overvejet spørgsmålet om behovet på sigt nærmere.

Udviklingen gennem de seneste godt og vel 25 år er gået i retning af flere ambulante besøg. Dette er modsvaret af en tilsvarende reduktion af sengedage. Det samlede antal besøg og sengedage er således stort set ikke ændret i denne periode. I 1980 var der knap 11,8 mio. sengedage og ambulante besøg. I 2007 udgjorde antallet 12,1 mio. kontakter, svarende til en vækst på under 0,1 pct. p.a.

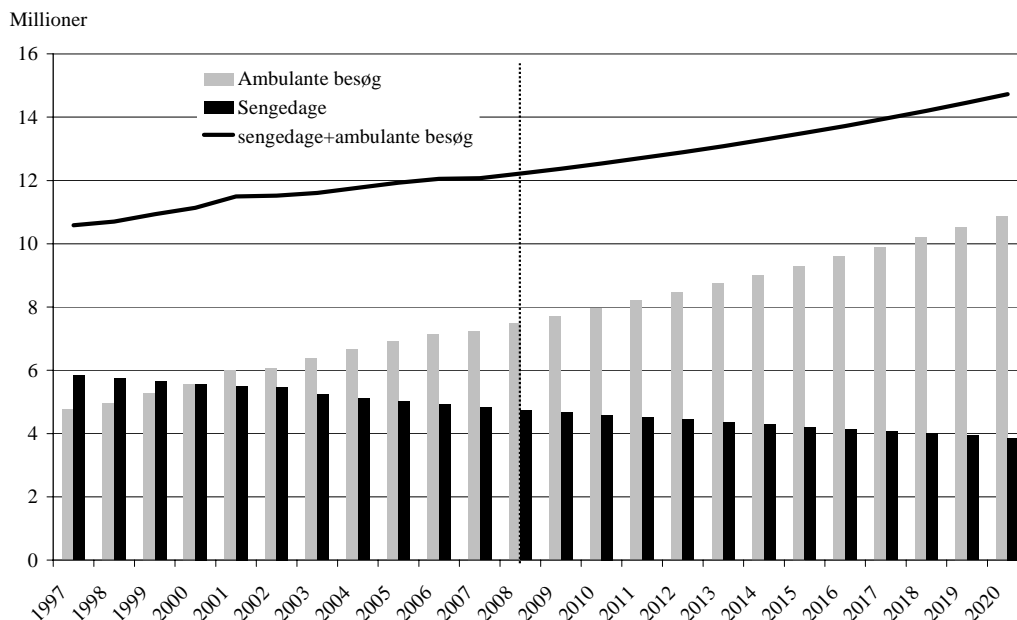
Denne udvikling med flere ambulante besøg og omvendt færre sengedage forventes at fortsætte i de kommende år.

Samlet vurderede panelet i 2008, at et pejlemærke på det foreliggende grundlag kunne være en antagelse om en vækst i ambulante behandlinger frem til 2020 på omkring 50 pct., og et modsvarende fald i antal senge i størrelsesordenen 20 pct. For sengedagsudviklingen vil det svare til et fald på 1,7 pct. årligt, hvilket skal ses i sammenhæng med et aktuelt fald de seneste år på omkring 3-3,5 pct. årligt. Et sådant aftagende fald i antal senge, samtidigt med en fortsat vækst i antallet af ambulante besøg, kan understøttes af en såvel stigende som aldrende befolkning.

I perioden 1997-2007 er antallet af udskrivninger årligt steget med 1,5 pct., og samtidigt er den gennemsnitlige liggetid faldet fra 5,9 dage til 4,2 i 2007, svarende til et årligt fald på 3,3 pct.

I figur 4.1 er de forudsatte skøn vedrørende udviklingen i sengedage og ambulante besøg indarbejdet. Den faktiske udvikling i 2008 og 2009 i forhold til panelets 2008-fremskrivning indikerer, at sengedagene er faldet mere end panelet forventede, og at væksten i de ambulante behandlinger er stagnerende. Det samlede billede er, at panelets antagelser ligger på den forsigtige side, og at forudsætningerne for nærværende dermed ikke synes at føre til en for lav, fremtidig kapacitet.

Figur 4.1 Antal sengedage og ambulante besøg fra 1997 til 2007, inkl. skøn for udviklingen 2008-2020



Kilde: 1997-2007 Sundhedssektoren i Tal, diverse årgange, Ministeriet for sundhed og forebyggelse., egne skøn for perioden 2007-2020. Såvel skadestuebesøg som deldøgnskontakter er opgjort som ambulante besøg.

Samlet er det panelets vurdering, at den generelle usikkerhed, der er knyttet til behovsfremskrivninger, og et samtidigt forsigtighedsprincip tilsiger en generel reduktion i regionernes dimensionering. Panelet er herunder tvivlende over for, om der er grundlag for forøgelse af

det samlede sygehusareal. Det ambulante behov vil muligvis vokse mere end faldet i sengedage – men vil alt andet lige være mindre arealkrævende per kontakt. Omlægningen fra flersengsstuer til en øget andel enestuer forudsættes i den forbindelse kun at have relativt begrænset betydning arealmæssigt, når der tænkes i innovative løsninger og sammenhæng med øvrige patientarealer. Den nye akutstruktur og det sammenhængende styrkede præhospitale beredskab samt indsatsen i primærsektoren vil også alt andet lige trække i retning af et mindre sygehusforbrug.

Det er endvidere panelets vurdering, at overvejelser i forhold til den fremtidige udvikling, sammenholdt med regionernes forskelligartede behovsfremskrivning, understøtter en differentieret tilpasning i regionernes dimensionering med udgangspunkt i en forventet stigning i antal ambulante behandlinger på omkring 50 pct. og en forventet sengereduktion på omkring 20 pct. i perioden fra 2007 til 2020. De nyeste tal for 2008 og 2009 indikerer, at panelets antagelser ligger på den forsigtige side, og at forudsætningerne for nærværende dermed ikke synes at føre til en for lav, fremtidig kapacitet.

Panelet har i forbindelse med regionernes ansøgning i fase 2 i 2010 konstateret, at alle regionerne i højere grad har taget udgangspunkt i ovenstående forudsætninger om en sengereduktion på 20 pct. og et forøget omfang af ambulante behandling med 50 pct. frem mod 2020.

4.2.2 Kapacitetsudnyttelse

Regionerne lagde sig i 2008 tæt op ad de forudsætninger, som er angivet i rapporten vedrørende forslag til fælles forudsætninger i regionernes fremskrivningsmodeller for sygehusprojekter udarbejdet for Danske Regioner (april, 2008). Det betyder en belægningsprocent for senge på 84-85 pct. Og en forudsætning om effektiv driftstid for operationsrum og apparatur mv. på 6 timer dagligt, 220 dage om året.

Kapacitetsudnyttelsen vedrører udnyttelsen af arealer, apparatur og arbejdskraft:

- Sengeudnyttelsen – dvs. hvor mange procent af den normerede sengekapacitet kan forudsættes at være i drift/benyttet hele tiden.
- Den effektive driftstid for behandlingsrum og apparatur – dvs. i hvor lang tid om dagen opereres der, modtages ambulante patienter eller er røntgenmaskinen ect. i brug.
- Liggetid samt tid per undersøgelse – dvs. hvor mange minutter tager fx et ambulante besøg, en scanning, ect.

Kapacitetsudnyttelsen er snævert knyttet til en effektiviseringsindsats. En bedre kapacitetsudnyttelse via fx bedre logistik eller ny teknologi mv. er således væsentlig i forhold til at få mest ud af investeringerne.

Belægningsprocenter

Regionernes tilgang

Belægningsprocenten udtrykker andel benyttede senge i forhold til det normerede (dvs. budgetterede) antal senge. Regionerne har som dimensioneringsforudsætning alle en fremtidig belægningsprocent på 84-85 pct. baseret på rapporten fra Danske Regioner. Af rapporten fremgår det, at de 85 pct. også er brugt som planlægningsforudsætning i en række nyere norske sygehusprojekter (Nye Ahus, St. Olavs Hospital, udbygninger på Ullevål). Som driftsforudsætning for akutmodtagesenge foreslås der i rapporten en belægning på 70 pct. I forhold til i dag er der i store træk tale om uændrede forudsætninger.

De 85 pct. svarer til fuld belægning i 220 dage (årets 365 dage fraregnet weekender, skæve helligdage og 5 ugers ferie) + belægning i 90 dage af de resterende 145 dage med tynd bemanning eller i alt 310 af 365 dage. Der er dermed indregnet et udtryk for, at afdelingerne i weekender og

i forbindelse med ferieafvikling råder over færre end de fysisk tilstedeværende senge som følge af reduceret bemanning og færre planlagte behandlinger i weekenden.

For psykiatrien ligger såvel de aktuelle som forudsatte dækningsprocenter lidt højere, hvor det er oplyst – et fremadrettet niveau ligger på op mod 90 pct., som også er udspillet i rapporten fra Danske Regioner. Baggrunden er især længere liggetider.

Ekspertpanelets vurdering

Forudsætningen om en belægningsprocent på 85 pct. ligger kun svagt over det gældende niveau. Udgangspunktet må efter panelets opfattelse være, at nye/moderne fysiske rammer med bedre logistik indebærer forbedringer. Flere enestuer taler også for, at belægningsprocenten kan forbedres i forhold til det gældende niveau, fx fordi man ikke behøver at tage hensyn til patienternes køn, fordi man sjældnere vil have behov i perioder for at måtte anvende flersengsstuer som enestuer og samtidig ikke skal tage hensyn til andre patienter i forbindelse med anvendelse af sengestuen.

Omvendt er panelet opmærksom på, at det for sygehuse med en stor akutandel kan være vanskeligt at komme meget over de 85 pct., uden at der vil være periodevis overbelægning.

Som målsætning i forhold til sygehuse med en stor andel akutbehandling vurderer panelet derfor, at et niveau omkring 85 kan begrundes. I forhold til sygehusprojekter med en større andel af ikke-akut aktivitet må omvendt kunne forudsættes en højere belægningsprocent, idet der er bedre muligheder for at planlægge sig frem til en høj belægningsprocent. I særlig grad vil det være muligt med en højere belægningsprocent for rent elektive sygehuse, hvilket bør indgå i overvejelser herom.

Samlet vurderer panelet, at der generelt er grundlag for en bedre sengeudnyttelse i en ny og moderne struktur med moderniserede fysiske rammer med bl.a. bedre logistik og flere enestuer. For sygehuse/afdelinger med en stor akutandel vurderes det dog i praksis som vanskeligt at komme meget over de 85 pct. Omvendt må der kunne forudsættes en bedre sengeudnyttelse i projekter med en stor andel elektive senge.

Udnyttelsesgrader (ambulatorier, operationsstuer og apparatur mv.)

Regionernes tilgang

I Danske Regioners rapport vedrørende fælles forudsætninger i regionernes fremskrivningsmodeller for sygehusprojekter, angives en norm på 220 dage per år, med 6 timers effektiv udnyttelse (= 1320 timer/år). De 220 dage er opgjort som 365 dage fraregnet weekender, skæve helligdage og 5 ugers ferie. De 6 timer er baseret på en arbejdstid på 8 timer som udnyttes 75 pct.

Endvidere forudsættes der 30 minutter per ambulansbesøg for kirurgiske patienter og 45 minutter for medicinske patienter. Denne norm danner grundlag for stort set al kapacitetsudnyttelse, særligt ambulatoriekapacitet, operationsstuer inkl. dagkirurgi (baseret på 80 pct. af operationer i dagtid) og apparatur. Rapporten fastlægger dog, at det for det mest kostbare udstyr kan være relevant at overveje længere driftstid.

Regionerne lagde sig i de opgørelser som de indsendte i 2008 tæt op ad anbefalingerne i Danske Regioners rapport. Det gælder også i forhold til apparatur, hvor der dermed ikke i dimensioneringen er forudsat skærpede effektivitetskrav.

Et kendetegn er, at en række af de nuværende standarder/normer tilsyneladende er strammere end de forudsætninger, der lægges til grund for den fremtidige dimensionering. Oplysninger for nyere norske sygehuse viser også højere normer, med en norm på 230/8,45 – 240/10 timer for ambulatorier, 230/8-10 timer for operationsrum og 230-240/10 timer for røntgen.

Ekspertpanelets vurdering

En forudsætning for dimensioneringen med en kapacitetsudnyttelse på 220 dage/6 timer vurderes at være lavt sat, reelt under aktuelle standarder flere steder. I og med at dette tal fastlægges som gennemsnit, tages ikke højde for, at der for en række enheder mv. må forudsættes en anden, mere intensiv udnyttelse. På de centrale enheder – og i øget omfang i takt med specialiseringen og samlingen af enheder – må en bedre udnyttelse af såvel arealer som udstyr være mulig.

Forudsætningen betyder, at apparatur og lokaler mv. principielt slet ikke benyttes i 145 dage i året. Hvis blot 1/6 af de 145 dage udnyttes (dvs. yderligere 25 dage), vil normen være 245 dage/6 timer – en dimensioneringsforskel på 11 pct. Forudsætningen i forbindelse med belægningsprocenter er, jf. ovenfor, at de resterende 145 dage med tynd bemanning omsættes til 90 fulde hverdages udnyttelse.

En gennemsnitsforudsætning om drift i 220 dage á 6 timer synes i panelets øjne særligt at skulle revurderes for de nye akutsygehuse, som er forudsat døgnbemandede/-åbne.

Da arbejdskraften er en dyr produktionsfaktor, kan der muligvis af driftsøkonomiske årsager under de gældende overenskomster være områder, hvor det ikke kan svare sig med egentlige 2-holdsskift eller lignende, fordi mer-udnyttelsen af anlæg og apparatur, inklusiv driften heraf, ligger under merbetalingen ud over normal arbejdstid. Men alene bedre planlægning inden for en 'normalarbejdstid', der i de fleste overenskomster ligger mellem 07:00 og 17:00, bør kunne medvirke til en forøgelse af den gennemsnitlige effektive tid per dag til fx 7 timer (lidt længere åbningstid kombineret med mindre spildtid). Derudover finder panelet det relevant at overveje en længere driftstid for fx det mest kostbare udstyr.

Ligeledes finder panelet, at det er nødvendigt at regionerne i den forbindelse foretager nogle mere overordnede vurderinger af effektivitetsgevinster, idet en øget kapacitetsudnyttelse ét sted vil have betydning for kapacitetsbehovet andre steder i regionen.

Effektivitet/teknologiske fremskridt

Det er i en kapacitetsdiskussion også vigtigt at se på tid per undersøgelse, der er den anden hovedparameter i fastsættelsen af den samlede produktion per enhed ud over selve åbningstiden/driftstiden. Her finder ekspertpanelet, at den tid der er afsat per ambulatoriebesøg (30 minutter for kirurgiske patienter og 45 minutter for medicinske patienter) er højt sat giver mulighed for at øge effektiviteten yderligere. En evt. reduktion af tiden afsat per ambulatoriebesøg indgår ikke i panelets beregningsforudsætninger, men understøtter en generel tilpasning af projekternes dimensionering.

Herudover må der forudsættes mere effektivt udstyr/apparatur over de kommende 10-15 år, så den forudsatte kapacitet som grundlag for dimensionering og opgørelse af den nødvendige økonomiske ramme til apparatur strammes.

Der er således indikation for et potentiale for en styrket kapacitetsudnyttelse også via skærpede krav til hurtigere behandlinger. Særsomt for apparatur må den teknologiske udvikling forudsættes at øge behandlingshastigheden. Øget effektivitet og specialisering samt videndeling/best practise vil herudover alt andet lige reducere tid per undersøgelse/operation. Det understøtter en generel tilpasning af projekternes dimensionering baseret på kravet om en styrket kapacitetsudnyttelse og arealeffektivitet.

Panelet vurderer samlet, at der er grundlag for styrkede krav til kapacitetsudnyttelsen, særligt i forhold til kapacitetsudnyttelse (220 dage/6 timer), der reelt ligger under aktuelle standarder på flere sygehuse. En gennemsnitsforudsætning om drift i 220 dage á 6 timer synes i panelets øjne særligt at skulle revurderes for de nye akutsygehuse, jf. at sygehuse er forudsat døgnbemandede/-åbne med fuld specialdækning. Ekspertpanelet finder, at det bør være muligt at anlægge en mere nuanceret tilgang til kapacitetsudnyttelse, og at regionerne i forbindelse med den nye sygehusstruktur – hvor funktioner samles og antallet af hospitaler med akutmodtagelse reduceres væsentligt – udnytter mulighederne for at sikre en bedre arbejdstilrettelæggelse med øget kapacitetsudnyttelse.

Panelet finder, at en bedre kapacitetsudnyttelse har betydelige konsekvenser for dimensioneringen, og at der dermed er grundlag for en generel tilpasning af projekternes dimensionering baseret på kravet om en styrket kapacitetsudnyttelse. Alene et niveau omkring 245 dage/7 timer svarer til en øget kapacitetsudnyttelse på ca. 30 pct. Hertil kommer effekten af kortere forløb for den enkelte behandling, der ligeledes understøtter en generel tilpasning af dimensioneringen.

Panelet har i forbindelse med regionernes ansøgning i fase 2 i 2010 konstateret, at alle regionerne har lagt en forudsætning om en kapacitetsudnyttelse på 245 dage á 7 timer til grund.

4.2.3 Arealstandarder

Arealstandarder er et centralt instrument i planlægningen og dimensioneringen af nyt byggeri. Standarden udtrykker det areal (netto), som man ønsker den pågældende funktion skal have, fx en sengestue eller et kontor. Når man kender kapacitetsbehovet, fx antal senge, operationsstuer eller antal kontorpladser, kan man beregne det nødvendige samlede areal.

Regionernes tilgang

Regionerne oplyste i forbindelse med ansøgningerne i 2008 arealstandarder som angivet i tabel 4.1.

Tabel 4.1 Forudsatte arealstandarder (m ²) – indberetninger 2008						
	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden	Norge ¹⁾
Sengeafsnit: enestue	40	40	35	40	33	23-32
Sengeafsnit: 2 sengsstue	-	35	27			
Sengeafsnit: 3+ sengsstue	-					
Intensiv (per sengeplads)	50	50	50	50	46	
Opvågning (per sengeplads)	16	16	16	20	31	
Dagpladser (per plads)	15-20	15	15	20	18	
Operation (per OP-stue)	120	120	120	146	122-131	110 (Østfold)
Ambulatorier, (per us-rum)	30	30-50	30-50	35-50	44-68	
Billeddiagnostik/røntgen				90	119	
Fødeafdeling (per stue)	70	70	70	50	Ikke vurderet	
Dialysepladser (per plads)	23	23	25	20	Ikke vurderet	
Kontorer (per fast plads)	10	10	10	12-14	Ikke vurderet	9 (Østfold)
Evt. patienthotel	23	23	35		Ikke vurderet	

Kilde: Regionale indberetninger august 2008.

¹⁾ Sintef Helse.

På tværs af regionerne var den mest betydende forskel normen på sengestuer, hvor Region Syddanmark og Region Hovedstaden lå på henholdsvis 35 og 33 m² for enestuer (Hovedstaden havde ikke differentieret i forhold til antal senge), mens de øvrige tre regioner havde lagt sig på 40 m². I forbindelse med regionernes ansøgning i fase 2 i 2010 har alle regioner angivet en forudsætning om arealnorm for enestuer på netto 35 m².

De norske tal ligger endnu lavere end de 33-35 m², idet det efter det oplyste også afspejler, at arbejdstilsynets krav vedr. toiletforhold i Danmark (bl.a. afstandskrav ved toilettet) er løvbundet (bygningsreglementet), mens de i Norge er vejledende.

Sengestuer og behandlingsarealer opgjort på baggrund af de indsendte oplysninger udgør samlet ca. 55 pct. af sygehusarealet, mens kontorer, laboratorier og køkken/depoter udgør henholdsvis 10, 8 og 13 pct. Fællesarealer og andet udgør de resterende arealer.

Forudsætninger vedr. sengestuefordeling (antal senge/stue)

Regeringen har tilkendegivet, at enestuer skal tilbydes, hvor det er relevant. På baggrund af de indsendte oplysninger i 2008 tegner der sig det billede, at regionerne prioriterer enestuer i forbindelse med nybyggeri, herunder nybyggeri som en del af et samlet ny- og ombygningsprojekt. I forbindelse med ombygning er hovedtilgangen, at sengestuefordelingen ændres i retning af flere enestuer, mens at omfanget af ændringerne afpasses i forhold til mulighederne/barriererne i den eksisterende fysiske indretning.

Da nybyggeriet udgør godt 80 pct. af de ønskede investeringer, vil planerne samlet indebære en væsentlig ændring i sengestuefordelingen, *jf. tabel 4.2*. Tre regioner har oplyst den forventede rum-sammensætning på sigt, mens Region Sjælland og Region Hovedstaden alene har oplyst den aktuelle fordeling.

	Region Nordjylland		Region Midtjylland		Region Syddanmark		Region Sjælland	Region Hovedstaden
	2007	2018	2007	2018	2008	2018	2007	2007
Enestuer	29	77	30	76	27	80 ¹⁾	32	31
2-sengsstuer	44	13	37	9	47	18	46	47
3-sengsstuer	3	0	4	1	7	1	3	9
4-sengsstuer	17	3	14	0	12	0	19	10
5+sengsstuer	0	0	1	0	0	0	0	1
Patienthotel	7	7	13	14	7	¹⁾	0	3
I alt sengestuer	100	100	100	100	100	100	100	100

Kilde: Regionernes indberetninger august 2008. Omregnede tal for Region Midtjylland og Region Hovedstaden. Region Sjælland og Region Hovedstaden har alene oplyst den aktuelle fordeling.

¹⁾ En del af enestuerne i Region Syddanmark skal være på patienthotel.

Den aktuelle struktur er i store træk ensartet på tværs af regionerne med omkring 25-30 pct.'s enestuer, ca. 50 pct.'s 2-sengsstuer, få 3-sengsstuer og så 15-20 pct.'s 4-sengsstuer. Undtagelsen er Region Midtjylland, der har relativt mange enestuer (41 pct.) og til gengæld relativt få 3- og 4-sengsstuer. For de tre regioner, der har indsendt oplysninger, er forudsat samme langsigtede omlægning til enestuer, idet andelen for alle tre regioner i 2018 er forudsat øget fra de 25-30 pct. til omkring 80 pct., mens stuer med tre senge og derover stort set elimineres.

Ekspertpanelets vurdering

De anvendte arealstandarder vurderes at ligge relativt højt. Det er problemfyldt at fastlægge et ideelt areal for den konkrete funktion og så gange det hele op.

Fx vil en enestue dimensioneret med 20 m² til værelse, 10 m² til toilet og 10 m² til biarealer, samlet 40 m², opregnet med en bruttonetstofaktor på 2,0 betyde samlet 80 m² bruttoetageareal per enestue, hvilket har store konsekvenser for det samlede arealforbrug, hvis man ikke på andre måder holder arealet nede (fjerne andre rum, ændre brugen af stuen/strukturen herunder fx toiletkonstruktionen). Man kan også forestille sig differentierede rumstørrelser afhængigt af behov mv. Endvidere muliggør store enestuer, at visse behandlingsformer kan foretages på sengestuen, så behandlingsarealerne kan nedjusteres. Hertil kommer grundlag for en bedre sengeudnyttelse (belægningsprocent). Arealmæssigt forudsættes flere enestuer dermed ikke grundlæggende at indebære behov for at øge dimensioneringen. Dette berøres også i analysen udarbejdet af C. F. Møller for Danske Regioner.

Sengestuer er et centralt område med et areal svarende til knap 30 pct. af det samlede areal i de indsendte opgørelser. Af andre større områder kan nævnes administrative arealer, herunder kontorfaciliteter, der i de fremsendte opgørelser udgør omkring 10 pct. af sygehusarealet. Panelet vurderer, at der er mulighed for en bedre udnyttelse af arealerne til administrative formål, bl.a. fordi it-udviklingen vil reducere behovet for kontorfaciliteter mv. Ligeledes bør der fokuseres på nedbringelse af ventearealer.

Arealeffektivitet er en hensigtsmæssig måde at holde byggeomkostningerne nede på, og samtidig sikre en proces med reel sammenlægning af og driftsintegration mellem enheder i forbindelse med samling af matrikler.

Samlet vurderer panelet, at der er grundlag for en øget arealeffektivitet. De fastlagte standarder ligger i den høje ende, og det er samtidig væsentligt at have blik for de samlede arealkonsekvenser. Fx vil en isoleret høj arealnorm for enestuer have store konsekvenser for arealforbruget, hvis man ikke på andre måder holder arealet nede. Endvidere muliggør enestue, at visse behandlingsformer kan foretages på sengestuen, så behandlingsarealerne kan nedjusteres og styrker muligheden for en bedre sengeudnyttelse. Et for højt arealforbrug er uheldigt, såvel anlægsøkonomisk som i forhold til den senere drift heraf.

Panelet vurderer dermed, at der samlet er grundlag for en tilpasning i dimensioneringen baseret på forudsætningen om en øget arealeffektivitet. Konkret finder panelet endvidere, at der bør foretages en differentieret tilpasning i dimensioneringen med udgangspunkt i en gennemsnitlig arealnorm for enestuer på omkring 33-35 m². Betydningen af en reduceret standard for enestuer afspejles i, at en ændring fra 40 til 33-35 m² nettoareal vil reducere sengearealbehovet med 13-17 pct., hvilket isoleret set svarer til en nedjustering af dimensioneringen på projektniveau på ca. 2 pct. netto, og op til ca. 4 pct. brutto. Kontorfaciliteter er et andet område, hvor der er betydelig potentiale for en øget arealeffektivitet.

Panelet har i forbindelse med regionernes ansøgning i fase 2 i 2010 konstateret, at alle regionerne har lagt en forudsætning om en arealnorm for enestuer på 35 m² nettoareal til grund.

Brutto-/nettofaktor

Brutto-nettofaktoren anvendes til at omregne fra nettoarealet (opgjort bl.a. via arealstandarder og det nødvendige antal rum givet den forudsatte kapacitetsudnyttelse) til bruttoarealet, der bl.a. omfatter gangarealer og teknikrum mv. De af regionerne benyttede faktorer i forbindelse med ansøgningerne til den første screeningsrunde i 2008 fremgår af *tabel 4.3*.

Tabel 4.3 Brutto-/nettofaktor (somatikken) – regionale indberetninger 2008

	Afdelingsbrutto-/nettofaktor	Faktor for hele sygehuset
Region Nordjylland	(1,6)	2,1
Region Midtjylland	(1,6)	2,1
Region Syddanmark	1,5	2,0
Region Sjælland	1,6	2,0
Region Hovedstaden	1,6	2,0

Kilde: Regionale indberetninger august 2008.

Brutto-nettofaktoren angiver forholdet mellem det samlede areal for en bygning (= brutto) og det indvendige areal af alle rum bortset fra gange, trapper/elevatorer og teknikrum mv. (= netto).

Afdelingsbrutto-/nettofaktor omfatter det interne areal i en afdeling inkl. interne korridorer, teknikrum mm. Faktoren for hele sygehuset omfatter det hele, inkl. tværgående trafikarealer, tekniske funktioner og konstruktionsarealer. I praksis omregnes nettoarealet først til et afdelingsbruttoareal, hvorefter det opregnes til samlet bruttoareal. I eksemplet med en afdelingsfaktor på 1,6 og en samlet faktor på 2,0 er faktoren fra afdelings- til sygehusniveau i praksis på 1,25.

En analyse af ”standardniveauet” for fælles regionale arealstandarder for sygehusbyggeri udarbejdet af tegnestuen C. F. Møller for Danske Regioner foreslår en fremadrettet faktor på 2,1 med den begrundelse, at teknikarealreserven har stor betydning for fleksibilitet og fremtidssikring af sygehusbyggeri.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet finder, at en brutto-nettofaktor på 2,0 for nybyggeri bør lægges til grund svarende til den anvendte faktor i tre af regionerne og på baggrund af nordiske erfaringer. En faktor på 2,1, som benyttes af to regioner, ligger i den høje ende og bør ikke danne grundlag for en fælles standard. I den forbindelse gælder, at de ikke-teknikintensive arealer reelt kun trækker den lave sats, hvilket isoleret set taler for en lavere samlet faktor for et fuldt nybyggeri – mens de 2,0 kan være mere dækkende for eksempelvis en teknik-intensiv akuttilbygning. For psykiatrien, der har et væsentligt mindre behov for teknik mv. sammenlignet med somatiske sygehuse, vurderes et samlet niveau på 1,8 hensigtsmæssigt. Der er dermed grundlag for en korrektion af dimensioneringen for et antal projekter.

Panelet har i forbindelse med regionernes ansøgning i fase 2 i 2010 konstateret, at alle regionerne har lagt en forudsætning om en brutto-nettofaktor i somatikken på 2,0 til grund.

4.2.4 Økonomi

På baggrund af dimensioneringen er det nødvendigt med en række antagelser om priser mv. for at beregne den samlede projektøkonomi. (Alle priser, udgiftsrammer og lignende i det følgende er angivet ekskl. moms).

Projektøkonomi og prisantagelser

De indsendte projekter varierer mellem nybyggeriprojekter og projekter med om- og tilbygning af eksisterende sygehuse. I flere tilfælde er sondringen dog mest teoretisk, idet flere af ombygningsprojekterne reelt næsten alene vedrører nybyggerier i form af tilbygninger. Økonomiantagelserne i forhold til nybyggeri er dermed de centrale.

Ekspertpanelet foretog derfor i 2008 en vurdering af et hensigtsmæssigt prisniveau, bl.a. med udgangspunkt i en afdækning af de enkelte regioners prisforudsætninger. Den nærmere kortlægning fremgår mere detaljeret af den første screeningsrapport fra 2008, men billedet var af relativt store regionale forskelle. For somatikken varierede priserne fra godt 22.000 kr./m² til over 32.000 m² (2008-niveau, ekskl. moms), inkl. alle udgifter til IT og apparatur mv., men eksklusiv parkeringsudgifter og følgeudgifter.

At der generelt kan tænkes billigere løsninger, illustreres også af, at totalomkostningerne for Medicinerhuset i Aalborg lyder på 16.000 kr./m² (i 2006-prisniveau) – som totalomkostning. Regionen vurderer dog, at dette niveau særligt afspejler en særdeles gunstig licitation.

Ekspertpanelets vurdering:

Der kan vanskeligt fastsættes en fuldstændig ensartet prisforudsætning for alt sygehusbyggeri. Prisen vil kunne variere, særligt afhængigt af arealernes funktion og dermed bl.a. apparaturintensitet. Grundlæggende bør der sondres mellem byggeri på bar mark henholdsvis tilbygning til et eksisterende sygehus.

Byggeriets standardpriser (V & S prisdata) indikerede også et niveau noget under 30.000 kr./m² i totalpris for sygehusbyggeri, jf. panelets 2008-rapport. Siden 2008 har der kun været en meget svag udvikling i byggeomkostningsindekset, der ligger på samme niveau i 2kv 2010, som var gældende 4kv. 2008. Det afspejler også, at prisniveauet ultimo 2008 afspejlede en lang højkonjunktur.

Udgifter til parkering er tillagt investeringsrammen, uændret i forhold til den regionale forudsætning. Det er i forhold til parkeringsudgifter ekspertpanelets generelle synspunkt, at finansiering af personaleparkering ikke er et offentligt anliggende. I det omfang der indgår personaleparkeringspladser i de opgjorte regionale udgifter, kan der derfor afhængigt af de konkrete forhold og forudsætninger være et muligt råderum for den enkelte region til omprioritering. Herudover kan færre parkeringspladser til personale have en gunstig effekt i forhold til anvendelsen af kollektive transportmidler og derigennem også mindre miljømæssig belastning.

Samlet vurderes i forhold til nybyggeri et prisniveau på samlet maksimalt 29.000 kr./m² (totalpris inkl. apparatur mv., 09-pl), heraf 5.800 kr./m² til apparatur, IT og løst inventar, svarende til 25 pct. af byggeudgift på 23.200 kr./m², for universitetssygehusbyggerier på bar-mark/barmarkslignende, herunder begrundet i ekstra udgifter til byggestyring. For øvrige nybyggerier og tilbygninger vurderes et niveau på maksimalt 27.000 kr./m² (totalpris inkl. apparatur mv., 09-pl) heraf 4.500 kr./m² til apparatur, IT og løst inventar, svarende til 20 pct. af byggeudgift på 22.500 kr./m². For psykiatrien vurderes et niveau på indtil 22.000 kr./m² (totalpris inkl. apparatur mv, 09-pl.). Ombygningsudgifterne vil variere afhængigt af den konkrete sammensætning af ombygning og renovering, og der er derfor alene foretaget en generel tilpasning (reduktion) af udgifterne med 20 pct. Udgifter til parkering er tillagt investeringsrammen, uændret ift. den regionale forudsætning.

Panelet har i forbindelse med regionernes ansøgning i fase 2 i 2010 konstateret, at alle regionerne har lagt sig i niveauet omkring 27-29.000 kr./m², inkl. IT og apparatur mv. Panelet har endvidere i forbindelse med de første projekter til endelig godkendelse – dvs. projekter som er langt fremme i programfasen – konstateret et anvendt prisniveau, der ligger noget under det af panelet forudsatte niveau.

Udgifter til IT og apparatur

Udgifterne vedrørende IT og apparatur er en væsentlig del af udgiften i forbindelse med nyt eller moderniseret sygehusbyggeri. Gennemgangen af de regionale ansøgninger i 2008 viste

som generelt billede, at der er anvendt et niveau på 20-25 pct. i nybyggeriet, mens der er forskelle i forhold til håndteringen af ombygning. For psykiatri er der generelt forudsat et lavt niveau.

Ekspertpanelets vurdering:

Det er panelets opfattelse, at det er centralt, at der afsættes de nødvendige midler til det fornødne apparatur. Det høje niveau på 25 pct. vurderes af panelet som et godt udgangspunkt, inkl. løst inventar, for helt nye barmarksprojekter, dvs. hvor man opfører et helt nyt sygehus fra grunden på en anden placering end det nuværende, og hvor driftsovergangen fra gammelt til nyt sker på én gang, så det er nødvendigt med stort set ny bestykning på alle områder. Man skal dog være opmærksom på, at en del apparatur uanset barmark må kunne forudsættes genanvendt fra det eksisterende sygehus, som forudsættes at køre med opdateret apparatur helt frem til ibrugtagelsen af det nye sygehus.

Omvendt må apparaturudgifterne vurderes at være lavere, når der er tale om tilbygning til et eksisterende sygehus, hvor man i højere grad kan forudsætte glidende driftsovergange, og hvor sygehuset typisk allerede i dag varetager en række eller hovedparten af de funktioner og specialer, som er forudsat i den nye struktur. Der kan være mindre forskelle, afhængigt af det konkrete projekt, men et niveau på 20 pct. af nybyggeriudgiften vurderes rimeligt for tilbygningsprojekter. For psykiatrien vurderes et niveau på omkring 3 pct. passende, uanset om der er tale om ombygning eller nybyggeri.

For de rene ombygningsprojekter (herunder ombygningsprojekter som en del af en om- og tilbygning) vil behovet kunne variere afhængigt af ombygningens karakter. Som udgangspunkt må behovet forudsættes relativt begrænset. De egentlige ombygningsprojekter er i det hele taget begrænset i de regionale ønsker, idet der også i de få ombygningssager formentligt indgår en del renovering som slet ikke trækker nye apparaturudgifter.

Panelet vurderer generelt, at det er vigtigt, at en region i den konkrete byggefase anvender de afsatte apparatormidler på en hensigtsmæssig måde, så man fx ikke investerer hele beløbet på én gang, så store dele af apparaturet reelt kommer til at køre efter samme reinvesteringscyklus. I stedet bør der sikres genanvendelse, hvor der kan, og så til gengæld ske en reservering af de uudnyttede dele af apparaturrammen til reinvesteringer efter ibrugtagelsen. Det er omvendt centralt, at genanvendelse af apparatur ikke blot fører til brug af apparaturrammen på andre dele af et sygehusprojekt.

5. Gennemgang og vurdering af de enkelte regioners større anlægsprojekter og sygehusplaner

I dette kapitel gennemgås og vurderes de fem regioners strukturelle anlægsprojekter i lyset af regionernes sygehusplaner og på grundlag af de synspunkter, principper og kriterier, der er beskrevet i kapitel 4. Panelets vurderinger er sammenfattet (i *kursiv*) i slutningen af hvert underafsnit. Kapitlet indledes med en tværgående oversigt med nogle basale fakta om regionernes planer, sygehusvæsen, befolkning mv. Også afsnittene om den enkelte region indledes med nogle fakta om regionen. Gennemgangen i dette kapitel danner grundlag for ekspertpanelets indstillinger til regeringen i kapitel 6.

5.1 Fakta om de fem regioner

Regionernes foreliggende planer indebærer samlet set, at somatikken samles på 52 matrikler mod 77 i 2010, dvs. en reduktion på 32 pct., *jf. tabel 5.1*.

Tabel 5.1 Oversigt over antal selvstændige bygningskomplekser (matrikler) fordelt på regioner, somatik				
Region	2010	2020 ¹⁾	Ændring 2010-2020	
			Antal	Pct.
Nordjylland	12	10	-2	-17
Midtjylland	19	12	-7	-37
Syddanmark	19	15	-4	-21
Sjælland	11	6	-5	-45
Hovedstaden	16	9	-7	-43
I alt	77	52	-25	-32

¹⁾ Antallet af matrikler er det forudsatte i 2020. I Region Nordjylland lukkes dele af Sygehus Syd ikke *jf. afsnit 5.2*.

I forbindelse med screeningen i 2008 var lagt op til, at den største reduktion i antallet af sygehusematrikler fandt sted i de tre regioner vest for Storebælt. Region Sjælland og Region Hovedstaden har imidlertid vedtaget nye sygehusplaner, hvilket har ført til, at det er de to sjællandske regioner, der nu planlægger at lukke flest matrikler.

Psykiatrien samles med de foreliggende planer på 32 matrikler mod 45 matrikler i dag, dvs. en reduktion på 28 pct., *jf. tabel 5.2*.

Tabel 5.2 Oversigt over antal matrikler fordelt på regioner, psykiatri				
Region	2010	2020	Ændring 2010-2020	
			Antal	Pct.
Nordjylland	5	5	0	0
Midtjylland	9	7	-2	-22
Syddanmark	9	6	-3	-33
Sjælland	7	3	-4	-57
Hovedstaden	15	11	-4	-27
I alt	45	32	-13	-28

Der vil fremover være fælles akutmodtagelser på 21 matrikler, hvoraf 17 har et befolkningsunderlag, der mindst er på de 200.000 indbyggere, som Sundhedsstyrelsen har anbefalet, *jf. tabel 5.3*. Akutmodtagelserne på Thisted Sygehus samt på Nykøbing Falster Sygehus vil dog ikke være egentlige fælles akutmodtagelser, men derimod akutfunktioner, som varetages i formalise-

ret samarbejde med hhv. Aalborg Sygehus og Køge Sygehus. Ligeledes varetages akutfunktionen på Bornholm i formaliseret samarbejde med Rigshospitalet.

Tabel 5.3 Oversigt over antal fælles akutmodtagelser i 2020 fordelt på regioner og efter befolkningsunderlag						
Region	Under 100.000 indbyggere	100.000 - 200.000 byggere	200.000- 400.000 indbyggere	Over 400.000 indbyggere	I alt	Gns. antal 1.000 indbyggere per akutmodtagelse
Nordjylland	1	1	1	0	3	197,6
Midtjylland	0	0	5	0	5	257,5
Syddanmark	0	0	3	1	4	302,5
Sjælland	0	1	3	0	4	213,0
Hovedstaden	1	0	1	3	5	419,5
I alt	2	2	13	4	21	-

Befolkningsudviklingen

Det er et fællestræk for alle fem regioner, at der frem mod 2020 vil ske en aldring af befolkningen. I alle fem regioner vil andelen af befolkningen i alderen 65 år og derover vokse relativt kraftigt fra at udgøre 15-18 pct. i dag til at udgøre 19-23 pct. af befolkningen i 2020.

Tabel 5.4 Relativ aldersfordeling af befolkningen i de enkelte regioner i 2010 og 2020			
Region	2010	2020	Ændring, pct. enheder
Region Nordjylland			
0-19 år	24,3	21,5	-2,8
20-64 år	58,2	57,0	-1,2
65 år eller derover	17,6	21,8	4,2
I alt	100,0	100,0	0,0
Region Midtjylland			
0-19 år	25,4	21,4	-4,0
20-64 år	59,2	59,5	0,3
65 år eller derover	15,4	19,0	3,6
I alt	100,0	100,0	0,0
Region Syddanmark			
0-19 år	25,0	22,8	-2,2
20-64 år	57,7	55,3	-2,4
65 år eller derover	17,3	22,0	4,7
I alt	100,0	100,0	0,0
Region Sjælland			
0-19 år	24,8	21,0	-3,8
20-64 år	57,5	56,3	-1,2
65 år eller derover	17,7	22,7	5,0
I alt	100,0	100,0	0,0
Region Hovedstaden			
0-19 år	23,2	21,7	-1,5
20-64 år	61,6	60,2	-1,4
65 år eller derover	15,2	18,1	2,9
I alt	100,0	100,0	-2,8

Væksten i andelen af 65+ er kraftigst i Region Sjælland samt i Syddanmark og Nordjylland. I Region Hovedstaden og Region Midtjylland, der i dag har den laveste andel af 65 årige og derover, øges andelen samtidig mindst.

5.2 Region Nordjylland

5.2.1 Fakta om regionen

Der er knap 0,6 mio. indbyggere i Region Nordjylland. Det svarer til lidt under 11 pct. af landets befolkning. Regionen dækker knap 8.000 km² – eller ca. 18 pct. af Danmarks samlede areal. Dermed er befolkningstætheden den laveste i Danmark.

Region Nordjylland består af 11 kommuner og dækker det tidligere Nordjyllands Amt, samt mindre dele af Viborg Amt og Århus Amt.

Tabel 5.5 Fakta om Region Nordjylland				
Region Nordjylland	Regionen	Hele landet	Pct. af hele landet	Antal per 1000 indb.
Indbyggertal (1.000 pers), 1. jan. 2010	580	5.535	10,5	-
Samlet landareal (km ²)	7.933	43.098	18,4	13,69
Behandlede borgere (somatisk), 1.000, 2009	247,3	2.225,0	11,1	0,43
Behandlede borgere (psykiatrisk), 1.000, 2009	10,0	134,3	7,4	0,02
Antal sengepladser (somatisk og psykiatrisk - 2007)	1.928	19.086	10,1	3,33
Samlet nettoindtægter(2009, mia. kr. 09-pl)	10,2	96,9	10,5	-
Nettodriftsudgifter, sygehuse (Regnskab 2009, mia. kr. 09-pl)*	7,3	69,1	10,6	-
Gns. liggetid (somatisk), dage, 2009	4,2	3,9	-	-
Produktivitetsniveau 2008, somatik**	97	100		
*Ekskl. fælles formål og administration				
** Pct. af landsgennemsnitlig produktivitet				
Kilde: Danmarks Statistik samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet				

5.2.2 Samling af funktioner og specialer på færre enheder

Der er i dag 11 sygehusmatrikler i Region Nordjylland. Matriklen i Aalborg Nord samt dele af sygehus Aalborg Syd, forventes lukket og erstattet af det nye Sygehus i Aalborg Øst. Det var oprindeligt forudsat, at yderligere to matrikler; Hobro og Farsø skulle lukkes og erstattes af et nyt sygehus Himmerland (ved Hobro). Imidlertid fandt ekspertpanelet ikke grundlag for at nybygge et elektivt sygehus i Himmerland ved screeningen i november 2008, og Region Nordjylland siden har justeret sygehusplanen. På sigt bliver der dermed 10 somatiske matrikler i regionen⁸.

Tabel 5.6 Region Nordjyllands fremskrivning af antal sygehusmatrikler		
Antal sygehusmatrikler	2010	2020
Somatik	11 ¹⁾	10
Psykiatri	5 ²⁾	5
¹⁾ Aalborg Nord, Aalborg Syd, Medicinsk Center Dronninglund, Hjørring, Frederikshavn, Brønderslev Neurorehabiliteringscenter, Skagen Gigt og Rygcenter, Thy/Mors Thisted, Thy/Mors Nykøbing, Farsø, Hobro.		
²⁾ Brønderslev, Frederikshavn, Thy//Mors (Døgnet), Brandevej (Aalborg) og Mølleparkvej (Aalborg).		

Sygehusstrukturen bygger på tre fælles akutmodtagelser inkl. fødselsfunktion i Aalborg, Hjørring og Thy-Mors (Thisted) samt fem lokalsygehuse. Aalborg Sygehus er omdrejningspunktet

⁸ Medicinerhuset og onkologibygningen på Sygehus Syd forudsættes dog fortsat benyttet.

og skal fortsat varetage specialiserede funktioner og hovedfunktioner, jf. Sundhedsstyrelsens specialeplanudmelding.

Der planlægges en fælles og visiteret akut indgang til somatikken og psykiatrien.

Figur 5.1 Fremtidig sygehusstruktur i Region Nordjylland



Regionen bemærker, at det er afgørende, at strukturplanen følges op af en målrettet indsats i forhold til en styrkelse af sammenhængen mellem indsatsen i de forskellige dele af sundhedsvæsenet, fx i forhold til de praktiserende læger og kommunerne.

Specialefordeling

Region Nordjyllands somatiske sygehusplan indebærer, at behandling på hovedfunktionsniveau vil blive varetaget på de tre sygehuse, hvor der etableres fælles akutmodtagelser, dvs. Aalborg Sygehus, Sygehus Vendsyssel, Hjørring og Sygehus Thy-Mors, Thisted. Sygehus Himmerland, modtager i dag uselektede akutte medicinske og kirurgiske patienter. Dette vil gradvist blive omlagt, så der fremtidigt modtages visiterede lægehenviste akutte medicinske patienter. Regionens tværgående sektorer ortopædkirurgien og anæstesiologi varetager hovedfunktioner på tværs af sygehusmatrikler, men er med budgetforliget for 2011 besluttet nedlagt per 1. januar 2011. De ortopædkirurgiske funktioner samles ledelsesmæssigt under Aalborg Sygehus, mens de anæstesiologiske funktioner vil blive ledet af de sygehuse, hvor funktionen er placeret, fraset Sygehus Himmerland, som vil få den anæstesiologiske betjening fra Aalborg Sygehus.

De højt specialiserede funktioner vil blive samlet på Aalborg Sygehus samt i regi af de tværgående sektorer ortopædkirurgien og anæsthesien. De højt specialiserede funktioner i sektorerne varetages fremadrettet i regi af Aalborgs Sygehus.

Regionsfunktioner varetages som udgangspunkt på Aalborg Sygehus, og i det omfang volumen eller andre kompetencemæssige forhold tilsiger det, også på Sygehus Vendsyssel og/eller Sygehus Thy-Mors.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet støtter en samling af matriklerne i Aalborg. Fremadrettet finder panelet, at regionen bør overveje en yderligere reduktion i antallet af sygehusmatrikler.

5.2.3 Særligt om akutområdet og den præhospital indsats

Der etableres tre fælles akutmodtagelser (FAME) i Aalborg, Hjørring og Thisted. Befolkningsunderlaget for de enkelte akutmodtagelser fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 5.7 Region Nordjyllands fremskrivning af befolkningsunderlaget for de enkelte akutmodtagelser		
Akutbetjeningen i regionen	2010	2020
Antal fælles akutmodtagelser	5 ⁹	3
- befolkningsunderlag modtagelse <i>Aalborg Sygehus</i>	301.887	315.913
- befolkningsunderlag modtagelse <i>Sygehus Vendsyssel, Hjørring</i>	187.320	173.732
- befolkningsunderlag modtagelse <i>Sygehus Thy-Mors, Thisted</i>	-	80.277
Andel akut medicinske patienter indlagt uden om fælles akutmodtagelser	-	20 pct.
Skadestuer mv.		
Antal akutklinikker, skadestuer, skadesklinikker eller lignende.	2-3	2

Der sker ifølge sygehusplanen i Region Nordjylland en reduktion i antallet af enheder, som modtager uselekerede akutte patienter, idet man planlægger to fælles akut modtageenheder (FAME) på Aalborg Sygehus og Sygehus Vendsyssel (Hjørring), samt en modificeret fælles akutmodtagelse på Sygehus Thy-Mors (Thisted).

I dag modtages der uselekerede akutte patienter på i alt fem matrikler i henholdsvis Aalborg, Hjørring, Thisted, Farsø og Hobro. Der modtages desuden lægevisiterede akutte medicinske patienter i Frederikshavn og Dronninglund.

Der er skadestuer i Aalborg, Hjørring, Thisted, Hobro og Farsø samt skadefunktion i dagtid i Frederikshavn (sidstnævnte er besluttet lukket med budgetforliget for 2011). Der er traumecenter på Aalborg Sygehus, og ambulancetjenestens driftsstandarder afspejler, hvilke patienter der kan modtages på de forskellige sygehuse.

I 2020 vil uselekerede patienter, alle kategorier blive modtaget på Aalborg Sygehus, Sygehus Vendsyssel (Hjørring) og Sygehus Thy-Mors (Thisted), hvor der vil være fælles akutmodtagelser. Herudover vil der modtages medicinske patienter på Aalborg Sygehus (Dronninglund), Sygehus Vendsyssel (Frederikshavn) og Sygehus Himmerland (Hobro) efter fællesregionale retningslinier.

⁹ Der modtages i dag uselekerede akutte patienter fem steder: Aalborg, Hjørring, Thisted, Farsø og Hobro.

Befolkningsunderlaget for Sygehus Thy-Mors, Thisted, men også Sygehus Vendsyssel i Hjørring ligger under Sundhedsstyrelsens anbefalede minimumskrav om 200.000 indbyggere. Sundhedsstyrelsen støtter dog oprettelsen af tre akutfunktioner, men finder ikke, at der er grundlag for en egentlig fælles akutmodtagelse i Thisted. Akutfunktionen i Thisted varetages i et formaliseret samarbejde med Aalborg Sygehus. Ekspertpanelet finder, ligesom Sundhedsstyrelsen, at det grundet det lave befolkningsunderlag for akutmodtagelsen på Sygehus Thy-Mors (Thisted) er afgørende, at akutfunktionen varetages i et formaliseret samarbejde med Aalborg Sygehus.

Det forudsættes, at omkring 20 pct. af de akutte medicinske patienter vil kunne visiteres og indlægges på de matrikler, der huser medicinske lokalsygehusfunktioner.

Sundhedsstyrelsen konstaterer, at regionen planlægger tilstedeværelsen af de anbefalede specialer og faciliteter på FAME, jf. dog Thisted-problematikken. Der planlægges ligeledes i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger visiteret adgang til alle akutfunktioner.

Præhospital indsats

Region Nordjyllands sundhedsberedskabsplan blev vedtaget af Regionsrådet i september 2009.

Regionen har i april 2010 igangsat egen vagtcentral med sundhedsfagligt personale, som kan inddrages af 112. Den sundhedsfaglige visitator på vagtcentralen får til opgave at sikre en optimal anvendelse af de sundhedsfaglige ressourcer i det præhospitale system, fx vælge hvilken prioritet en opgave skal have (kørsel A, B eller C), samt bestemme, hvilke køretøjer (ambulan- cer, lægebil eller akutbil) der skal sendes til opgaven. Vagtcentralen skal ligeledes huse regionens AMK¹⁰-funktion.

Regionens præhospitale indsats er bygget op omkring ambulancetjenesten, som består af 34 ambulanceberedskaber plus 11 reservekøretøjer. Herudover er der etableret en lægebil, to akutbiler og seks akutbiler bemandede med paramedicinere (paramedicinerbiler).

Lægebilen er placeret i Aalborg. Akutbilerne er bemandede med paramedicinere og er alle døgn- dækkende og placeret i: Thisted, Frederikshavn, Hjørring, Hobro, Brovst, Farsø. Herudover er der akutbiler i Skagen og Hals, der er bemandede med ambulancebehandlere.

Regionen har en aftale med Flyvevåbnet i tilfælde af, at akutte patienter skal hentes på Læsø. I forlængelse af regeringens akutaftale med Dansk Folkeparti fra juni 2010 forventes afsat midler til etablering af en forsøgsordning med en lægehelikopter ved Flyvestation Karup.

Region Nordjylland anvender telemedicin til præhospitale hjertepatienter. Det indebærer, at ambulancebehandlere kan sende hjertekardiogrammer (EKG) direkte til en hjertespecialist på Aalborg Sygehus, som kan foretage fjerndiagnostik, og medicinsk behandling af patienten kan påbegyndes i ambulancen. Der er ligeledes mulighed for at foretage direkte visitation af patienter med apleksi allerede i ambulancen.

Ambulan- cer, lægebiler, og akutbiler er i Region Nordjylland udstyret med elektronisk patient- journal (amPHI). Hensigten er at dokumentere ambulancetjenestens ydelser i forbindelse med behandling af patienten. Samtidig har sygehusets modtagelse mulighed for at følge med i ambulancetjenestens kørsler og se, hvilke patienter der er på vej ind, så personalet har dermed mulighed for at finde kliniske oplysninger og historik på patienten, inden denne er bragt ind. For ambulancetjenesten fungerer amPHI tillige som værktøj til kompetenceudvikling af redderne.

¹⁰ Akut Medicinsk Koordination

I Region Nordjylland har lægevagtsordningen ni konsultationssteder, heraf seks faste konsultationssteder og tre åbne ad hoc konsultationssteder:

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet finder sammenfattende, at regionen lever op til Sundhedsstyrelsens udmeldinger på akutområdet. Endvidere konstaterer ekspertpanelet, at akutudvalget der har til opgave nærmere at vurdere og kortlægge behovet for kapacitet og organisering af det præhospitale beredskab i tilknytning til den fremtidige sygehusstruktur har konkluderet:

- At der i alle regioner er sket en markant udvidelse af den præhospitale indsats over de seneste år, samt at der er tale om en løbende udviklingsproces.
- At der i alle regioner er et net af præhospitale enheder i form af ambulanceberedskaber, akutbiler, lægebiler mv. samt inddragelse af øvrige beredskaber og særlige ordninger med førstehjælpere/nødbehandlere/akutbehandlere, der samlet sikrer dækning af alle geografiske områder.
- At der i visse områder med store afstande kan konstateres relativt høje responstider for ambulancekørsel, men at en vurdering af det samlede præhospitale beredskab også skal inddrage de øvrige præhospitale ressourcer.
- At regionerne har etableret en række forskellige løsninger til sikring af tryghed i udkantssområderne, der bl.a. afspejler de forskellige lokale udfordringer.

Panelet betragter på den baggrund de iværksatte tiltag samt beskrevne planer for de enkelte regioners initiativer på det præhospitale område som betryggende.

5.2.4 Sammenhæng med andre regioner

Regionen fremhæver et velfungerede strukturelt samarbejde med Region Midtjylland, der også omfatter specifikke hjemtagelsesprojekter. Region Nordjylland og Region Midtjylland har indgået rammeaftale om et formaliseret specialesamarbejde med særligt fokus på de højt specialiserede funktioner og sikring af et tilstrækkeligt volumen. Derudover har Region Nordjylland og Region Midtjylland indgået en generel samarbejdsaftale på hjerteområdet som indebærer, at regionerne arbejder tæt sammen indenfor forskning, uddannelse og klinik, samt specifikke aftaler for thoraxkirurgien og kardiologien. På baggrund af rammeaftalen er der indgået mere end 100 formaliserede samarbejdsaftaler om varetagelse af specialiserede funktioner i forbindelse med Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning.

Der er udarbejdet en benyttelsesaftale med Region Midtjylland, der skal sikre samarbejde og koordinering i forhold til kapaciteten på en række specialer. Aftalen omhandler det somatiske område, og formålet er at sikre at borgerne kan benytte sundhedstilbud på tværs af regionerne. Det fremgår videre, at der er indgået aftale om samarbejdssygehuse, således at Region Nordjylland kan betragte Viborg, Randers og Holstebro som samarbejdssygehuse. Benyttelsesaftalen indeholder desuden rammer for, hvordan der samarbejdes om eventuelle hjemtagninger af behandlinger de to regioner imellem.

Der er i august 2010 indgået aftale mellem Region Syddanmark, Region Nordjylland og Region Sjælland om prisrabat på sygehusbehandling. Aftalen betyder, at de tre regioner forpligter sig til at levere al behandling til borgere i de to regioner til reduceret pris. Udgangspunktet er 90 pct. af DRG-værdien, idet der for behandlinger på hovedfunktionsniveau konkret kan aftales takster på et lavere niveau.

Ekspertpanelets vurdering:

Det forekommer fortsat panelet, at der ikke er fundet en optimal plan for udnyttelsen af de relativt tæt liggende hospitaler: Himmerland (Hobro, Farsø), Randers og Viborg, hvor de to sidstnævnte ligger i Region Midtjylland. Plangrundlaget for sygehusene nær regionsgrænsen vurderes ikke at være optimalt.

5.2.5 Større strukturelle anlægsprojekter i regionen

Fase 1 2008:

I forbindelse med ekspertpanelets screening og vurdering af regionernes investerings- og sygehusplaner i november 2008, var panelets indstilling til regeringen, at en samling af funktionerne fra Aalborg Sygehus Syd og Sygehus Nord, burde prioriteres. Det var vurderingen, at det var driftmæssige og faglige synergimæssige gevinster ved at samle de nuværende sygehuse på én matrikel. Imidlertid fandt panelet, at der var behov for en grundigere analyse, hvis man skulle realisere samlingen som et barmarksprojekt i Aalborg Øst. Panelet anbefalede derfor en udbygning af Aalborg Sygehus Syd med en samlet totalramme på 3,2 mia. kr.

Regeringen fulgte i januar 2009 indstillingen fra panelet. Samtidig blev der med regeringens udmelding af 26. januar 2009 lagt op til, at regionerne for de sygehusprojekter, som var langt fremme, kunne indgå i en dialog med ekspertpanelet med henblik på en slags foreløbig før-screening i 2009.

Før-screening 2009:

Regionen indmeldte i juni 2009 et samlet Aalborg Sygehus som et barmarksprojekt i Aalborg Øst til panelets vurdering, samtidig med en ny samfundsøkonomisk analyse af et nyt hospital kontra ombygning af det eksisterende Aalborg Sygehus Syd.

Regionen har således i løbet af 2009 været i dialog med panelet, og panelet har efterfølgende anmodet regionen om at fremsende yderligere supplerende materiale vedrørende et nyt Aalborg Sygehus. Det supplerende materiale indeholdt bl.a. en belysning af de økonomiske konsekvenser, hvis Onkologisk Afdeling, blev flyttet med til Aalborg Øst, forslag om placering af andre sygehusfunktioner i Medicinerhuset og Onkologibygningen på Aalborg Syd samt mulighederne for at reducere byggetiden ved en udbygning på Aalborg Sygehus Syd.

På baggrund af en gennemgang af dette materiale og dialogen med regionen, vurderede ekspertpanelet følgende i oktober 2009:

”... at det fremsendte projekt med nybyggeri i Aalborg Øst på det foreliggende grundlag vurderes i overensstemmelse med en moderne sygehusstruktur og de fastlagte principper. Projektet vurderes på væsentlige områder at være i overensstemmelse med præmisserne om en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt. Det vurderes desuden, at en samling af funktionerne i et nyt byggeri vil understøtte en effektiv og rationel drift, herunder en forbedring af patientbehandlingen og en væsentlig forbedring af ressourceanvendelsen.

Ekspertpanelet vurderede desuden, at der potentielt kan være grundlag for en begrænset forøgelse af den fastlagte investeringsramme, forudsat at der blev udarbejdet et samlet og sammenhængende projektforslag, med en dimensionering og økonomi der afspejler ekspertpanelets tilgang, og hvor den dimensionering af den bevarede del af Aalborg Sygehus Syd fragår det opgjorte behov.”

Fase 2 2010:

Region Nordjylland har i forbindelse med fase 2 indsendt følgende investeringsønsker:

Tabel 5.8: Region Nordjyllands investeringsønsker		
Projekt	Art	Økonomi
		Samlet inv.(mia. kr.),
Nyt Universitetssygehus Aalborg øst	Nybyggeri	4,476
Nyt Universitetssygehus, Aalborg øst –universitetsarealer	Nybyggeri	0,589
I alt		5,065

Note: Oplyst prisniveau 2009.

Opgørelsen udtrykker totaludgiften ekskl. moms, inkl. medicoteknisk udstyr, apparatur og inventar mv. for det samlede barmarksprojekt. Regionen har opnået et forhåndstilsagn om 3,2 mia. kr., hvorfor der er tale om et ønske om udvidelse af tilsagnet med 1,8 mia. kr., svarende til et nybyggeri på i alt 5,065 mia. kr. Udgifter til byggestyring indgår i ovenstående. Udgifterne til et nyt sygehus Aalborg Øst omfatter ikke flytning af psykiatrien, der i givet fald finansieres via Region Nordjyllands egen anlægsramme.

Nyt universitetshospital, Aalborg Sygehus

Region Nordjylland planlægger at samle langt de fleste funktioner fra de eksisterende sygehuse i Aalborg (Aalborg Syd og Aalborg Nord) ved nybyggeri i Aalborg Øst. Enkelte funktioner placeres i eksisterende bygninger – Medicinerhuset og Onkologibygningen - på Aalborg Sygehus Syd. Det samlede areal til Nyt Universitetshospital i Aalborg er beregnet på baggrund af ekspertpanelets principper vedrørende dimensionering og opgjort til i alt 203,850 m². Dimensionering af de funktioner, der skal etableres i blivende bygninger - Medicinerhuset og Onkologibygningen – er opgjort til 29.200 m². Der er således tale om nybyggeri i Aalborg Øst på 174.650 m². Anlægsudgiften kan herefter beregnes til 5,065 mia. kr. på baggrund af 29.000 kr. per m².

Fremtidig anvendelse af Medicinerhuset og Onkologibygningen

Ekspertpanelet påpegede i sine anbefalinger vedrørende barmarksprojektet i Aalborg Øst, at nyere bygningsmasse på Aalborg Sygehus Syd fortsat bør anvendes. Medicinerhuset på Aalborg Sygehus Syd er fra 2005 og vil kunne finde anvendelse en årrække fremover. Region Nordjylland har i det indsendte materiale endvidere anført, at man finder det hensigtsmæssigt at finde anvendelse for den nuværende Onkologibygning, idet bygningen er af nyere dato og den samlede strålekapacitet på Aalborg Sygehus Syd er placeret mellem Onkologihuset og Medicinerhuset, hvorfor regionen kan udnytte strålekapaciteten optimalt.

Regionen ligger endvidere til grund for placering af funktioner i de to eksisterende bygninger, at det skal ske med så lave renoveringsomkostninger som muligt, og at funktionerne skal kunne fungere uafhængigt af det resterende sygehus, når nybyggeriet i Aalborg Øst står færdigt.

Med udgangspunkt i disse hensyn vil de primære funktioner for Medicinerhuset og Onkologibygningen fremover være ambulante funktioner for primært de medicinske specialer, non-kirurgisk onkologi, samt fungere som diagnostisk enhed for patienter henvist fra parksissektoren. Følgende konkrete funktioner forventes således placeret i bygningerne:

- Onkologi
- Cytostatika-produktion
- Mammografiscreening
- Dialyseenhed
- Endoskopienhed
- Diagnostisk center (billeddiagnostik og klinisk biokemi for praksissektoren)
- Audiologi
- Arbejdsmedicin
- Social Medicin
- Ambulatorier for de medicinske specialer

Ved anvendelse af Medicinerhuset og onkologibygningen til ovenstående formål kan de nødvendige rum indrettes med begrænsede renoveringsomkostninger. Onkologibygningen vil i vid udstrækning anvendes til nuværende formål, mens der dog kræves en vis ombygning af Medicinerhuset, fortrinsvis ombygning af sengestuer til ambulatorier. Samlet anslår regionen, at renoveringsomkostningerne vil beløbe sig til ca. 50 mio. kr., som finansieres af regionens samlede anlægsramme.

Projektets rolle i en ny sygehusstruktur – såvel regionalt som for landet som helhed

Aalborg Sygehus er forudsat fortsat at være et Universitetssygehus, og sygehuset vil udgøre drivkraften i de forskningsmæssige aktiviteter og den faglige udvikling i det nordjyske somatiske sundhedsvæsen. Det nye universitetshospital i Aalborg skal være samlingspunkt for de højt specialiserede funktioner, og der vil fremtidigt være fælles akutmodtagelse på hovedfunktionsniveau samt traumecenter på højt specialiseret niveau. Traumecenterfunktionen varetages for hele regionen med et befolkningsunderlag på 600.000 indbyggere. Samtidig skal hospitalet fungere for back-up for den fælles akutmodtagelse på Thisted Sygehus.

Ekspertpanelets konklusion vedrørende Aalborg Sygehus (Aalborg Øst):

Aalborg Sygehus har uanset regionsgrænser en central placering, hvor også området omkring Viborg vil kunne 'føde' Aalborg Sygehus med patienter, der har behov for højt specialiseret behandling. Aalborg Sygehus har uanset regionsgrænser en central placering, hvor også området omkring Viborg vil kunne 'føde' Aalborg Sygehus med patienter, der har behov for højt specialiseret behandling. Ekspertpanelet finder, at der er behov for at samle de nuværende funktioner på sygehusene i Syd og Nord på én matrikel, og panelet vurderer, at der i det indsendte projekt er fundet en fornuftig genanvendelse af medicinerhuset og onkologibygningen på Sygehus Syd.

*Ekspertpanelet indstiller til regeringen, at en samling af funktionerne fra Aalborg Sygehus Syd og Sygehus Nord ved nybyggeri i Aalborg Øst bør prioriteres. Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på **4,1 mia.kr. (09-pl)**, svarende til en forøgelse af den tidligere meddelte ramme med 0,9 mia.kr. (09-pl), jf. boks 5.1.*

Boks 5.1. Dimensionering og økonomi for Aalborg Sygehus (nybyggeri i Aalborg Øst)

Oplyst dimensionering: 203.750 m² (heraf 174.650 m² nybyggeri, mens der bevares svarende til 29.100 m² på Aalborg syd). Oplyst økonomi: 5,06 mia. kr. (09-pl). Nybyggeri udgør 4,9 mia.kr., heraf apparatur 0,9 mia.kr., og parkering knap 0,2 mia.kr. Det giver en nybyggeripris ekskl. parkering på 27.980 kr./m².

Tilpasset maksimal investeringsramme: 4,1 mia. kr. (09-pl).

Investeringsrammen erstatter tidligere fastlagt investeringsramme på 3,2 mia.kr. (09-pl). Investeringsrammen er en samlet totalramme inkl. IT/apparatur og inventar mv., universitetsarealer og regional egenfinansiering. Følgeudgifter forudsættes finansieret af regionen.

Grundlag:

Regionen har fradraget 29.100 m² som følge af fortsat anvendelse af dele af Aalborg Syd. Panelet lægger vægt på, at prioriteringen af et nyt Aalborg Øst forudsætter en fortsat anvendelse af hele medicinerhuset og onkologibygningen på Aalborg Syd, svarende til 51.000 m². Dimensioneringen af nybyggeriet er derfor tilpasset med 21.900 m² til 152.750 m².

Regionen har anvendt en bruttonetofaktor på 2,0 og en arealnorm for enestuer på 35 m² netto, svarende til panelets forudsætninger.

Herudover er der grundlag for en generel tilpasning i dimensioneringen baseret på dels en væsentlig bedre kapacitetsudnyttelse end forudsat, dels usikkerheden med hensyn til de fremtidige behov, der tilsiger tilbageholdenhed i dimensioneringen mod til gengæld at bygge fleksibelt. Den generelle tilpasning er på 18.300 m² (12 pct.), hvilket reducerer arealet til 134.400 m² (185.400 m² inkl. bevarede dele af Aalborg Syd).

Prisen per m² nybyggeri ansættes til 29.000 kr. for universitetssygehuse (totaludgift inkl. apparatur mv.). Det giver en nybyggeripris på godt 3,9 mia. kr., heraf 0,8 mia. kr. til IT/apparatur og løst inventar. Hertil lægges knap 0,2 mia. kr. vedr. parkering (uændret). Samlet totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering er 4,1 mia. kr., opgjort i 09-pl (svarende til 4,149 mia.kr. i 10pl).

5.3 Region Midtjylland

5.3.1 Fakta om regionen

Der bor i alt 1,2 millioner mennesker i Region Midtjylland. Det svarer til knap 23 pct. af landets befolkning. Regionen dækker i alt godt 13.000 km² - eller godt 30 pct. af Danmarks samlede areal. Dermed er befolkningstætheden i regionen ca. ¼ lavere end landsgennemsnittet. Der er dog stor forskel på befolkningstætheden i regionen. I den vestlige del af regionen er befolkningstætheden under halvdelen af niveauet i den østlige del (59 indbyggere per kvadratkilometer i vest mod 136 indbyggere per kvadratkilometer i den østlige del).

Region Midtjylland blev 1. januar 2007 dannet ved en sammenlægning af

- Ringkøbing Amt,
- Århus amt (undtaget en del af Mariager kommune, som indgår i Region Nordjylland), svarende til at 99 pct. af indbyggerne fra Århus Amt hører under Region Midtjylland.
- En del af Vejle Amt, som deltes mellem Region Midtjylland og Region Syddanmark, svarende til at 36 pct. af indbyggerne fra Vejle amt hører under Region Midtjylland.
- En del af Viborg amt, som deltes mellem Region Midtjylland og Region Nordjylland, svarende til at 68 pct. af indbyggerne fra Viborg Amt hører under Region Midtjylland.

Tabel 5.9 Fakta om Region Midtjylland				
Region Midtjylland	Regionen	Hele landet	Pct. af hele landet	Antal per 1000 indb.
Indbyggertal (1.000 pers), 1. jan. 2010	1254	5.535	22,7	-
Samlet landareal (km ²)	13.124	43.098	30,5	10,47
Behandlede borgere (somatisk), 1.000, 2009	479,2	2.225	21,5	0,38
Behandlede borgere (psykiatrisk), 1.000, 2009	28,0	134,3	20,8	0,02
Antal sengepladser (somatisk og psykiatrisk - 2007)	4.037	19.086	21,2	3,26
Samlet nettoindtægter(2009, mia. kr. 09-pl)	20,4	96,9	21,1	0,02
Nettodriftsudgifter, sygehuse* (Regnskab 2009, mia. kr. 09-pl)	14,6	69,1	21,1	-
Gns. liggetid (somatisk), dage, 2009	3,6	3,9	-	-
Produktivitsniveau 2008, somatik**	103	100	-	-
*Ekskl. fælles formål og administration				
** Pct. af landsgennemsnitlig produktivitet				
Kilde: Danmarks Statistik samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet				

5.3.2 Samling af funktioner og specialer på færre enheder

Region Midtjylland bestod i 2008 af syv somatiske hospitalsenheder fordelt på 21 matrikler. Efterfølgende er Odder og Kjellerup lukket, og somatikken er således i dag fordelt på 19 matrikler. Endvidere forventes det, at Brødstrup¹¹ lukkes og integreres i Regionshospitalet Horsens.

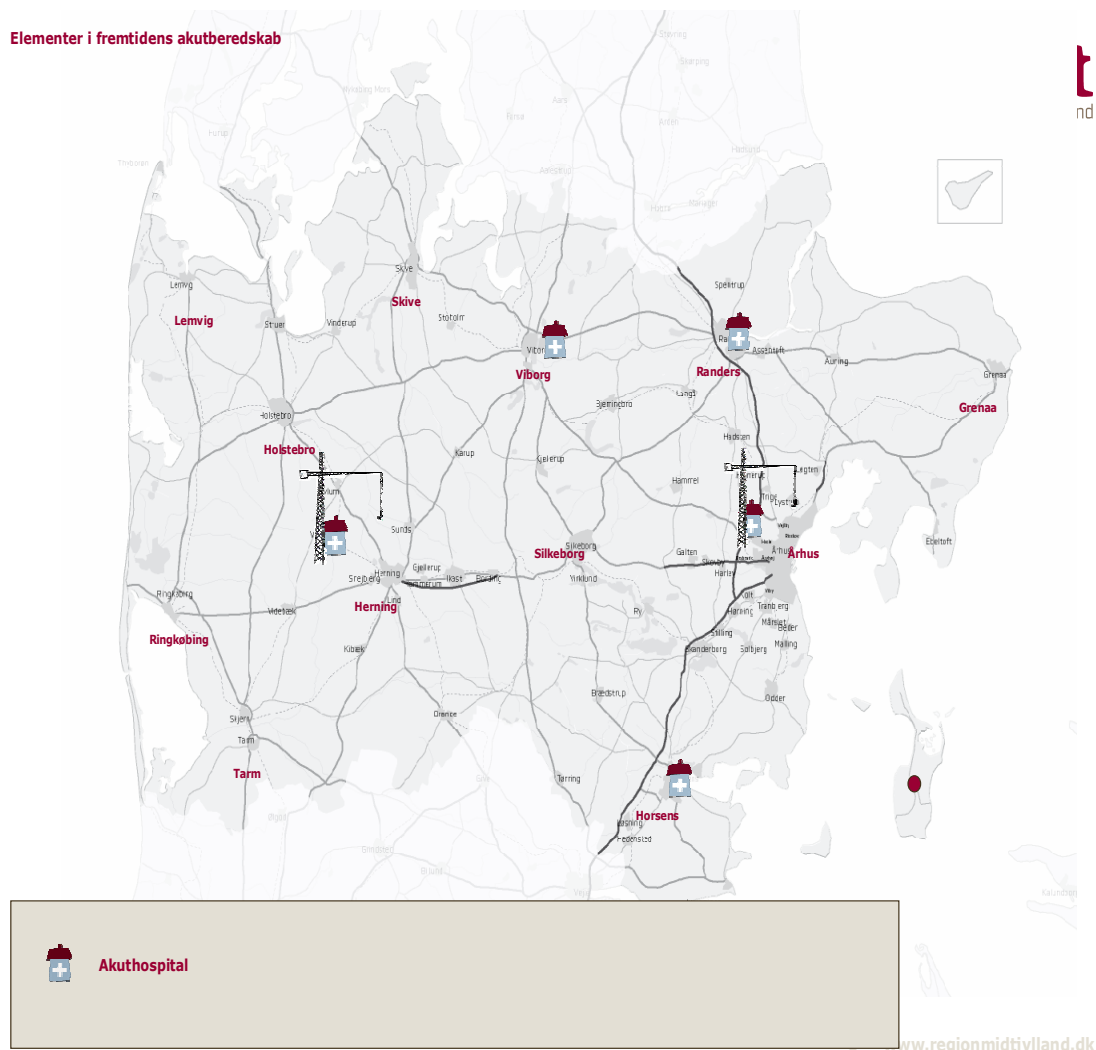
¹¹ Dog ikke frikliniken

Tabel 5.10 Region Midtjyllands fremskrivning af antal sygehusmatrikler			
Antal sygehusmatrikler	2010	2013	2018
Somatik	19 ¹²	18	12
Psykiatri	9	8	7

I 2018 vil antallet af somatiske sygehusmatrikler være reduceret til 12. Århus Sygehus' tre matrikler (Tage Hansens gade, P.P. Ørumsgade og Nørrebrogade) sælges, og funktionerne flyttes til DNU. Endvidere vil hospitalsfunktionerne på de fem matrikler i Vestjylland (Herning, Holstebro, Ringkøbing, Lemvig og Tarm) samles i Gødstrup, når det nye hospital er færdigbygget.

I Skive og i Grenaa planlægges det i samarbejde med kommunerne at etablere sundhedshuse, men der vil også fortsat være stationær kapacitet og ambulante funktioner på de to matrikler. I Skive vil en mindre del af matriklen kunne frasælges.

Figur 5.2 Fremtidig sygehusstruktur i Midtjylland



¹² Brædstrup, Grenaa, Hammel Neurocenter, Herning, Holstebro, Horsens, Lemvig, Randers, Ringkøbing, Samsø, Silkeborg, Skanderborg Sundhedscenter (består af ambulatorier, der drives og bemannes af Regionshospitalet Horsens), Skive, Tarm, Viborg, Skejby samt Århus Sygehus med tre matrikler i Århus.

På det psykiatriske område planlægger regionen en koncentration på færre enheder. Der er i dag psykiatri på ni matrikler (Herning, Holstebro, Horsens, Viborg, Silkeborg, Kjellerup, Skive, Randers og Risskov). På tre af disse matrikler (Risskov, Viborg og Herning) er der både børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri. I 2013 vil Kjellerup og Silkeborg være samlet i Silkeborg, og i 2018 vil Herning og Holstebro være samlet i Gødstrup. Endvidere planlægger regionen på nuværende tidspunkt, at psykiatrien i Risskov flytter til DNU efter 2020.

Specialefordeling

Hospitalsplanen for Region Midtjylland indebærer, at behandling på hovedfunktionsniveau tager udgangspunkt i de fem hospitaler, som har fælles akutmodtagelser (Randers, Viborg, Horsens, Gødstrup og Århus) og i Regionshospitalet Silkeborg, som modtager visiterede intern medicinske patienter.

De højt specialiserede behandlinger koncentrerer på Århus Universitetshospital (og på Hammel Neurocenter). Regionshospitalerne skal varetage hovedfunktionerne for befolkningen i deres optageområde. Regionshospitalerne skal endvidere varetage en række regionsfunktioner – nogle enkelte i formaliseret samarbejde med Århus Universitetshospital. Endelig skal enkelte regionshospitaler varetage højt specialiseret funktioner, fx har Regionshospitalet Viborg en højt specialiseret funktion inden for paraplegi. Endvidere vil de fem regionshospitaler få særlige udviklingsfunktioner i samspil med universitetshospitalet i Århus.

På en række af de mindre hospitaler vil der fortsat være stationær kapacitet og ambulante funktioner.

Inden for psykiatrien varetages de højt specialiserede funktioner på matriklen i Risskov, mens regionsfunktioner varetages i Risskov, Herning og Viborg. Alle psykiatriske matrikler varetager hovedfunktionsbehandling. Dette gælder både for voksen- samt børne- og ungdomspsykiatrien.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet støtter en samling af matriklerne i Århus samt i Gødstrup. Fremadrettet finder panelet, at regionen bør overveje en yderligere reduktion i antallet af sygehusmatrikler.

5.3.3 Særligt om akutområdet og den præhospitale indsats

Der sker i Region Midtjylland en reduktion i antallet af enheder, som modtager akutte patienter fra seks til fem, idet regionen planlægger fælles akutmodtagelser i Skejby, Randers, Viborg, Horsens og Gødstrup. Befolkningsunderlaget for de fælles akutmodtagelser ligger mellem 203.000 (Horsens) og 303.000 (DNU).

Ud over de fem fælles akutmodtagelser planlægges fire såkaldte akutklinikker i: Silkeborg (døgnåben), Grenaa, Ringkøbing og Skive (åbne fra 8-22) samt en døgnåben skadestue på Samsø. Derudover er der planer om et akuthus i Lemvig og et sundheds- og akuthus i Holstebro.

Al form for behandling på hospitaler og skadeklinikker sker i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger efter lægelig visitation eller via 112-opkald. Befolkningsunderlaget for de enkelte akutmodtagelser fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 5.11 Region Midtjyllands fremskrivning af befolkningsunderlaget for de enkelte akutmodtagelser			
Akutbetjeningen i regionen	2010	2013	2018
Antal fælles akutmodtagelser	0 ¹³	-	5
- befolkningsunderlag Randers	-	-	219.000
- befolkningsunderlag Viborg	-	-	228.000
- befolkningsunderlag Horsens	-	-	203.000
- befolkningsunderlag Gødstrup	-	-	284.000
- Befolkningsunderlag Århus	-	-	303.000
Andel akut medicinske patienter indlagt uden om fælles akutmodtagelser	-	0	0
Skadestuer mv.			
Antal akutklinikker, skadestuer, skadesklinikker eller lignende. Det angives endvidere, hvorvidt der er lægebetjening, om der er åbent for selvhenvendere samt evt. åbningstid	2 psykiatriske skadestuer (Risskov og Horsens), som begge er døgn-åbne	4 somatiske akutklinikker (Grenaa, Skive, Ringkøbing og Silkeborg), som er åbne kl. 8-22, undtaget Silkeborg, som er døgnåben. Døgnåben skadestue på Samsø. For psykiatrien vil der kun være visiterede modtagelser på de 5 fælles akutmodtagelser	4 somatiske akutklinikker (Grenaa, Skive, Ringkøbing og Silkeborg), som er åbne kl. 8-22, undtaget Silkeborg, som er døgnåben. Døgnåben skadestue på Samsø. I Holstebro vil der være sundheds- og akuthus og i Lemvig planlægges et akuthus. For psykiatrien vil der kun være visiterede modtagelser på de 5 fælles akutmodtagelser
Note: Fremskrivningen er baseret på 2018-tal, hvorfor der ikke er anført tal i kolonnen for 2013.			

Præhospitalet indsats

I juni 2008 vedtog regionsrådet en plan for sundhedsberedskabet og det præhospitale område. I maj 2010 har regionsrådet vedtaget en plan for akutberedskabet i Nordvestjylland, og i efteråret 2010 gennemføres en evaluering af det præhospitale område.

Der er i 2009 i Region Midtjylland etableret en AMK-vagtcentral, der prioriterer og afsender ambulancerne, både akut og planlagt, liggende befordring samt akutbiler, lægebiler og andre udrykningsordninger. Formålet er at sikre patienterne den rette behandling i rette tid. Primo 2011 etableres der sundhedsfagligt rådgivning på AMK-vagtcentralen, ved umiddelbar overdragelse af opkald af sundhedsfaglig karakter fra alarmcentralen.

Regionen dækkes af i alt 36 ambulancestationer. Ambulanceberedskabet suppleres af forskellige præhospitale ordninger med det formål at bringe specialkompetencer frem til patienten i form af

¹³ I dag er der i alt 11 skadestuer i regionen.

akutbiler bemanded med anæstesisygeplejerske eller paramediciner samt lægebiler bemanded med speciallæge og en redder, der fungerer som chauffør og assistent.

I løbet af 2009 og 2010 er der sket en betydelig udvidelse af akutbildekning og lægebildekning i den centrale og vestlige del af regionen, så der i dag er døgndækkende lægebiler i Viborg, Silkeborg, Holstebro, Herning, Lemvig, Århus, Grenå, Randers (dagtid på hverdage) og Horsens (dagtid på hverdage). Herudover er der døgndækkende akutbiler med sygeplejersker i Skive, Tarm, Ringkøbing, Holstebro og Herning.

Planen er, at der skal udgå lægebiler primært fra de fem fremtidige akuthospitaler (Gødstrup, Viborg, Randers, Horsens og Århus), suppleret med akutbiler med anæstesisygeplejersker og paramedicinere i områder med større afstande til et akuthospital. De fleste akutte patienter vil blive kørt med ambulance til akuthospitalet. Ved at møde ambulancen på vej til akuthospitalet ("rendez-vous") vil lægebilerne kunne nå ud til langt de fleste akutte patienter med behov for præhospital lægehjælp.

Ambulancer og akut- og lægebiler suppleres af forskellige lokalt funderede udrykningsordninger og beredskaber, samt helikoptertjeneste fra 2011. Der foregår for øjeblikket en planproces vedr. evt. styrkelse af den præhospitale indsats, især i områder med større afstand til akuthospitaler, jf. den landspolitiske aftale om nære sundhedstilbud.

Region Midtjylland anvender i dag telemedicin til hjertepatienter, så ambulancebehandlere kan sende hjertekardiogrammer (EKG) direkte til en hjertespecialist på hospitalet. Hjertelægen kan foretage fjerndiagnostik og fjernvisitation, så patienten kan transporteres direkte til rette behandlingsniveau. Samtidig kan der etableres telekontakt mellem specialist og hhv. patient og ambulancemandskabet. Dermed kan diagnosen stor blodprop i hjertet stilles hurtigere og med stor sikkerhed, så relevant behandling kan påbegyndes tidligere.

I Region Midtjylland har lægevagtsordningen 13 konsultationssteder, heraf ni faste konsultationssteder og fire åbne ad hoc konsultationssteder:

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet finder sammenfattende, at regionen lever op til Sundhedsstyrelsens udmeldinger på akutområdet. Endvidere konstaterer ekspertpanelet, at akutudvalget, der har til opgave nærmere at vurdere og kortlægge behovet for kapacitet og organisering af det præhospitale beredskab i tilknytning til den fremtidige sygehusstruktur har konkluderet:

- *At der i alle regioner er sket en markant udvidelse af den præhospitale indsats over de seneste år, samt at der er tale om en løbende udviklingsproces.*
- *At der i alle regioner er et net af præhospitale enheder i form af ambulanceberedskaber, akutbiler, lægebiler mv. samt inddragelse af øvrige beredskaber og særlige ordninger med førstehjælper/nødbehandlere/akutbehandlere, der samlet sikrer dækning af alle geografiske områder.*
- *At der i visse områder med store afstande kan konstateres relativt høje responstider for ambulancekørsel, men at en vurdering af det samlede præhospitale beredskab også skal inddrage de øvrige præhospitale ressourcer.*
- *At regionerne har etableret en række forskellige løsninger til sikring af tryghed i udkantssområderne, der bl.a. afspejler de forskellige lokale udfordringer.*

Panelet betragter på den baggrund de iværksatte tiltag samt beskrevne planer for de enkelte regions initiativer på det præhospitale område som betryggende.

5.3.4 Sammenhæng med andre regioner

Region Midtjyllands hospitalsplan skal ses i sammenhæng med planerne for naboregionerne Region Nordjylland og Region Syddanmark. Region Midtjylland har siden regionsdannelse indgået årlige benyttelsesaftaler med de to regioner.

Region Midtjylland har også for 2010 indgået benyttelsesaftaler med hhv. Region Nordjylland og Region Syddanmark vedrørende patientbehandling på tværs af regionsgrænserne. Benyttelsesaftalerne regulerer det overordnede samarbejde på sundhedsområdet på tværs af regionerne. Aftalerne omfatter det somatiske område, og formålet er at sikre, at borgerne kan benytte sundhedstilbud på tværs af regionerne, ligesom aftalerne sikrer en større grad af budgetsikkerhed.

Benyttelsesaftalerne indeholder bl.a. aftaler om samarbejdssygehuse mellem regionerne. Således betragtes Sygehus Himmerland (sygehuse i Farsø og Hobro) og Sygehus Thy-Mors (sygehuse i Nykøbing og Thisted) i Region Nordjylland som samarbejdssygehuse. Tilsvarende gælder for Sygehus Lillebælt (sygehuse i Vejle, Give, Fredericia, Kolding og Middelfart) i Region Syddanmark.

Endvidere angiver benyttelsesaftalerne principperne for varsling af eventuelle hjemtrækninger.

Psykiatrien har for enkelte specialiserede funktioner formaliserede samarbejdsaftaler om behandling af patienter. Disse aftaler er udarbejdet med den enkelte anden region.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet finder fortsat, at der er behov for en bedre koordination med de to naboregioner. Region Midtjylland etablerer således fælles akutmodtagelser tæt på såvel grænsen til Region Nordjylland (Viborg og Randers) som på grænsen Region Syddanmark (Horsens). Særligt for så vidt angår Horsens er der grundlag for en specifik overvejelse i tæt samarbejde med Region Syddanmark om akutbetjeningen og behandling af kræftpatienter i grænseområdet mellem regionerne (Horsens, Vejle og Kolding).

5.3.5 Større strukturelle anlægsprojekter i regionen

Fase 1 2008:

Region Midtjylland fik med ekspertpanelets indstilling i november 2008 og regeringens udmelding i januar 2009 foreløbigt tilsagn fra regeringen til det nye universitetshospital i Århus (DNU) og til en væsentlig ombygning af Regionshospitalet Viborg. Ekspertpanelet fandt på daværende tidspunkt ikke, at der var tilstrækkeligt grundlag for et foreløbigt tilsagn til etablering af et nybyggeri i Gødstrup nær Herning, men anbefalede i stedet en udbygning af Regionshospitalet Herning.

Det nye universitetshospital i Århus (DNU)

Med det nye universitetshospital i Århus samles de eksisterende sygehuse i Århus (beliggende på Tage Hansens Gade, P. P. Ørumsgade og Nørrebrogade) i nybyggeri i tilslutning til det eksisterende Skejby Sygehus. Det nye universitetshospital i Århus skal fremover være det faglige omdrejningspunkt i regionen og levere den højt specialiserede hospitalsbehandling til borgere i regionen og resten af landet, da hospitalet også fremover skal huse nogle af de højt specialiserede behandlinger, som alene skal varetages to steder i landet.

Ekspertpanelet konkluderede følgende i forbindelse med prioriteringen af DNU i november 2008:

Panelet indstiller til regeringen, at projektet bør prioriteres. Samlingen og et tilknyttet nybyggeri af arealer vurderes at kunne realisere en betydelig forbedring af patientbehandlingen og et potentiale for at opnå en væsentlig forbedring af ressourceanvendelsen. Hospitalet skal også fremover være et centralt omdrejningspunkt for Region Midtjylland og i øvrigt også for den højt specialiserede behandling i Danmark som helhed. Hospitalet har uanset regionsgrænser en

central placering, og der vurderes at være driftmæssige og fagligt synergimæssige gevinster ved at samle de nuværende sygehuse på én matrikel. Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 6,35 mia. kr.

Region Midtjylland har i juli 2010 fået endeligt tilsagn fra regeringen til etablering af DNU. Det forventes, at det nye universitetshospital i Århus er færdigt i 2018-2020.

Etablering af en fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Viborg

Regionshospitalet Viborg skal varetage akutforpligtelsen for 228.000 indbyggere og overtage den medicinske kapacitet i Skive. På Regionshospitalet Skive vil der fortsat være akutklinik, neurorehabilitering samt forskellige ambulante funktioner, herunder hukommelsesklinik, IVF-funktion og kronikerambulatorier. Der vil også være diagnostiske faciliteter. Endvidere planlægges i samarbejde med Skive Kommune et sundhedshus på den eksisterende matrikel. En mindre del af matriklen vil kunne bortsælges.

Ekspertpanelet konkluderede følgende i forbindelse med prioriteringen af Regionshospitalet Viborg i november 2008:

Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at en udbygning af en fælles akutmodtagelse på Viborg Sygehus bør prioriteres, og at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 1,15 mia. kr.

Ekspertpanelet har i november 2010 indstillet til regeringen, at der meddeles endeligt tilsagn til etablering af en fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Viborg. Det forventes, at byggeriet er færdigt ved udgangen af 2018.

Før-screening 2009:

Ved før-screeningen i oktober 2009 indsendte Region Midtjylland udbygget materiale vedrørende etableringen af et nyt hospital i Gødstrup – herunder en af ekspertpanelet efterspurgt sammenligning med en udbygning af Regionshospitalet Herning. På baggrund heraf vurderede panelet i oktober 2009:

”.... at det fremsendte projekt med nybyggeri i Gødstrup på det foreliggende grundlag vurderes i overensstemmelse med en moderne sygehusstruktur og de fastlagte principper. Dette skal ses i sammenhæng med, at det fortsat er panelets opfattelse, at det er rigtigt at samle hospitalerne i Vestjylland.

Projektet vil på væsentlige områder være i overensstemmelse med præmisserne om en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt. Det vurderes desuden, at en samling af funktionerne i nyt byggeri vil understøtte en effektiv og rationel drift, herunder en forbedring af patientbehandlingen og en væsentlig forbedring af ressourceanvendelsen i den vestlige del af regionen.

Panelet forudsætter dermed også, at der realiseres en samling af akutfunktionen i Vestjylland på det nye sygehus, når dette tages i anvendelse. Panelet vil samtidig bemærke, at det er en central forudsætning for en endelig prioritering af det nye sygehus, at der etableres en løsning for det præhospitale beredskab, der ikke mindst fokuserer på den nordvestlige del af regionen, under iagttagelse af Sundhedsstyrelsens retningslinjer.

I panelets optik er der ikke noget til hinder for en løsning, som fastholder ikke-akutte sygehusfunktioner på Holstebro, fx planlagte behandlinger og eventuelt visiterede medicinske patienter. Det kan i et samlet præhospitalt beredskab kombineres med fx skadesklinik eller lignende omkring Lemvig og et dækkende ambulanceberedskab”.

Regeringen har efterfølgende udmeldt, at nyt sygehus i Gødstrup indgår i fremtidens sygehusstruktur.

Fase 2 2010:

I forbindelse med fase 2 har Region Midtjylland indsendt følgende investeringsønsker:

Tabel 5.12 Region Midtjyllands investeringsønsker		
Projekt	Art	Økonomi
		Samlet inv. (mia. kr.), oplyst
Nyt hospital i Gødstrup	Nybyggeri, inkl. psykiatri	4,135
Regionshospitalet Horsens	Ombygning og renovering	0,776
Regionshospitalet Randers	Ombygning og renovering	0,538
Flytning af psykiatrien til DNU	Nybyggeri	1,125

Note: Priseniveau 2009 (panelforudsætninger 09-pl).

Opgørelsen udtrykker totaludgiften ekskl. moms, inkl. medicoteknisk udstyr, apparatur og inventar mv., herunder entreprisedgifter, byggestyring og projekteringsudgifter, genhusningsudgifter, veje og P-arealer.

De tre ansøgninger vedrørende Regionshospitalet i Randers, Regionshospitalet i Horsens og flytning af psykiatrien fra Risskov til DNU indgik også i ekspertpanelets screening og vurdering i november 2008, men indgik ikke i prioriteringen og var ligeledes ikke omfattet af før-screeningen i efteråret 2009. Panelet finder regionens plan om at etablere fælles akutmodtagelser i Horsens og Randers velbegrunder givet de geografiske forhold og regionens befolkningstæthed. Projekterne vurderes af en størrelsesorden, som bør indgå i en prioriteringsproces i forhold til regionens ordinære anlægsramme.

Ekspertpanelet finder det generelt fornuftigt at samle den psykiatriske behandling på færre enheder og i den forbindelse sikre et tættere samarbejde med somatikken. Ekspertpanelet finder dog, at flytningen af psykiatrien (Risskov) til DNU i Skejby først bør realiseres efter flytningen af somatikken.

Et nyt hospital i Gødstrup

Region Midtjylland har besluttet at samle funktionerne i Vestjylland. Baggrunden er, at den eksisterende hospitalsstruktur i Vestjylland i dag er spredt geografisk på fem matrikler med forskelligartede sygehusfunktioner (Herning, Holstebro, Lemvig, Tarm og Ringkøbing¹⁴). De eksisterende hospitaler skal nedlægges og funktionerne skal samles i et nyt hospital i Gødstrup ved Herning. Regionsrådet har ikke taget endelig stilling til videreførsel af neurorehabiliteringssengene i Lemvig. Desuden skal der jf. regionens akutplan for Nordvestjylland (maj 2010) etableres et akuthus i Lemvig. I Holstebro skal der etableres et sundheds- og akuthus, jf. aftalen mellem regeringen og Dansk Folkeparti om nære sundhedstilbud (juni 2010).

Bruttoetagearealet er vurderet til 150.000 m² og til en anskaffelsessum på 4,1 mia. kr., hvoraf 0,3 mia. kr. vedrører psykiatriske arealer. Der forventes 546 senge, der alle er placeret på enestuer. Regionshospitalet i Gødstrup bliver dermed Region Midtjyllands 2. største hospital.

¹⁴ Det indgår i forudsætningerne for planlægningsarbejdet med det nye hospital i Gødstrup, at der ikke skal være hospitalsaktivitet på matriklerne i Ringkøbing og Tarm.

Projektets rolle i en ny sygehusstruktur – såvel regionalt som for landet som helhed

Regionshospitalet i Gødstrup skal betjene den vestlige del af regionen (Lemvig, Struer, Holstebro, Ringkøbing-Skjern, Herning og Ikast-Brande kommuner) på hovedfunktionsniveau og være akuthospital for 287.000 borgere. Regionen vurderer, at Regionshospitalet Gødstrup skal dække et optageområde på ca. 5.000 km². Hospitalet skal have en fuldt udbygget akutmodtagelse og samle de nuværende specialer og aktiviteter fra regionshospitalet i Herning og Holstebro, herunder psykiatrien og den nuværende strålesatellit i Herning. For at udnytte kapaciteten og understøtte bedst muligt udflyttes onkologien som det sidste til det nye hospital i Gødstrup.

Akuthuset i Lemvig skal behandle såvel mindre skader som kendte medicinske tilstande. Der er i Region Midtjylland allerede etableret en række erfaringer med varetagelse af mindre skader på akutklinikkerne. Disse kan udbredes til Akuthuset i Lemvig, men i modsætning til akutklinikkerne kan der i Akuthuset også behandles patienter med medicinske tilstande. Akuthuset skal være fuldt ud etableret når det nye hospital i Gødstrup skal ibrugtages.

I Sundheds- og akuthuset i Holstebro planlægges følgende funktioner: en døgnåben akutklinik, en udgående geriatrisk funktion, laboratoriefunktioner, røntgen, mammografiscreening, ambulatoriefunktioner (KOL, diabetes mv.), jordmoderkonsultation og tappefunktion til bloddonorer. Hertil kommer en række kommunale funktioner, apotek, almenpraktiserende læger, praktiserende speciallæger og andre sundhedsudbydere. Panelet finder, at der skal tages højde for den bevarede sygehuskapacitet i forbindelse dimensioneringen af det nye Gødstrup.

Ekspertpanelets konklusion vedrørende nyt hospital i Gødstrup:

Panelet vurderer, at projektet på væsentlige områder vil være i overensstemmelse med præmisserne for en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt. Det vurderes desuden, at en samling af funktionerne i nyt byggeri vil understøtte en effektiv og rationel drift, herunder en forbedring af patientbehandlingen i den vestlige del af regionen. Panelet vurderer, at realiseringen af den nye somatiske struktur skal prioriteres, idet den psykiatriske del af projektet bør bæres på en regional prioritering indenfor de almindelige anlægsrammer.

Der forventes bevaret kapacitet i Holstebro, kapaciteten på det nye Gødstrup bør derfor efter panelets opfattelse nedskaleres, også udover hvad der følger af den generelle tilpasning. Regionshospitalet Holstebro har i dag ca. 84.000 m².

Ekspertpanelet indstiller til regeringen, at projektet bør prioriteres. Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 3,15 mia. kr.(09-pl) jf. boks 5.2.

Boks 5.2 Dimensionering og økonomi for Regionshospitalet i Gødstrup

Dimensionering og økonomi for Gødstrup sygehus

Oplyst dimensionering: 136.436 m² (ekskl. psykiatriske arealer).

Oplyst økonomi: 3,8 mia. kr. (09-pl), ekskl. psykiatri. Nybyggeri ekskl. parkering udgør godt 3,7 mia.kr., mens parkering udgør knap 0,1 mia.kr. Det giver en nybyggeripris ekskl. parkering på 27.200 kr./m².

Tilpasset maksimal investeringsramme: 3,15 mia. kr. (09-pl).

Investeringsrammen er en samlet totalramme inkl. IT/apparatur og inventar mv. og regional egenfinansiering. Følgeudgifter forudsættes finansieret af regionen.

Grundlag:

Der påtænkes opretholdt visse sygehusfunktioner/kapacitet på Holstebro sygehus. Kapaciteten for det nye sygehus bør derfor nedskaleres, også udover hvad der følger af den generelle tilpasning.

Regionen har anvendt en bruttonetofaktor på 2,0 og en arealnorm for enestuer på 35 m² netto, svarende til panelets forudsætninger.

Der vurderes grundlag for en generel tilpasning i dimensioneringen baseret på dels en væsentlig bedre kapacitetsudnyttelse end forudsat, dels usikkerheden med hensyn til de fremtidige behov, der tilsiger tilbageholdenhed i dimensioneringen mod til gengæld at bygge fleksibelt. Regionen har dog taget skridt til en bedre kapacitetsudnyttelse gennem en forudsætning om driftstid for apparatur mv. på 245 dage/7 timer. Den generelle tilpasning er på den baggrund 16.400 m² (12 pct.), hvilket reducerer arealet til 120.000 m².

Med en tilpasning som følge af kapacitet på Holstebro sygehus, der beregningsteknisk svarer til ca. 4 pct. af det tilpassede areal, udgør det endelige beregningsgrundlag 115.000 m².

Prisen per m² nybyggeri ansættes til 27.000 kr. (totaludgift inkl. apparatur mv.). Det giver en nybyggeripris på 3,1 mia. kr., heraf 0,6 mia. kr. til IT/apparatur og løst inventar. Hertil lægges godt 60 mio. kr. vedr. parkering (uændret). Samlet totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering er 3,15 mia. kr., opgjort i 09-pl (svarende til 3,188 mia.kr. i 10pl).

5.4 Region Syddanmark

5.4.1 Fakta om regionen

Der er knap 1,2 mio. indbyggere i Region Syddanmark. Det svarer til lidt under 22 pct. af landets befolkning. Regionen dækker godt 12.000 km² - eller ca. 28 pct. af Danmarks samlede areal. Dermed er befolkningstætheden omkring niveauet for Region Midtjylland.

Region Syddanmark består af 22 kommuner og dækker det tidligere Fyns Amt, Ribe Amt, Sønderjyllands Amt samt dele af Vejle Amt.

Tabel 5.13 Fakta om Region Syddanmark				
Region Syddanmark	Regionen	Hele landet	Pct. af hele landet	Antal per 1000 indb.
Indbyggertal (1.000 pers), 1. jan. 2010	1.200	5.535	21,7	-
Samlet landareal (km ²)	12.206	43.098	28,3	10,17
Behandlede borgere (somatisk), 1.000, 2009	531,7	2.225,0	23,9	0,44
Behandlede borgere (psykiatrisk), 1.000, 2009	33,1	134,3	24,7	0,03
Antal sengepladser (somatisk og psykiatrisk - 2007)	3.708	19.086	19,4	3,10
Samlet nettoindtægter(2009, mia. kr. 09-pl)	20,8	96,9	21,5	0,02
Nettodriftsudgifter, sygehuse* (Regnskab 2009, mia. kr. 09-pl)	14,6	69,1	21,1	-
Gns. liggetid (somatisk), dage, 2009	3,7	3,9	-	-
Produktivitetsniveau 2008, somatik**	105	100	-	-
*Ekskl. fælles formål og administration				
** Pct. af landsgennemsnitlig produktivitet				

Kilde: Danmarks Statistik samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet

5.4.2 Samling af funktioner og specialer på færre enheder

Regionens sygehusvæsen bestod i 2008 af fire sygehusenheder fordelt på 19 matrikler. Med forslaget til ny plan i 2008 blev antallet af matrikler reduceret til 14 (evt. 13) i 2018. Haderslev, Brørup, Varde, Ringe og Faaborg blev i planen forudsat lukket, mens Fredericia muligvis også lukkes.

Varde Sygehus er nedlagt i 2009, Faaborg fraflyttes i 2012, og Haderslev fraflyttes i takt med udbygningen af Aabenraa. Ringe Sygehus fraflyttes, når OUH er klar til ibrugtagning. Det er imidlertid efterfølgende besluttet at bevare Brørup som veneklinik.

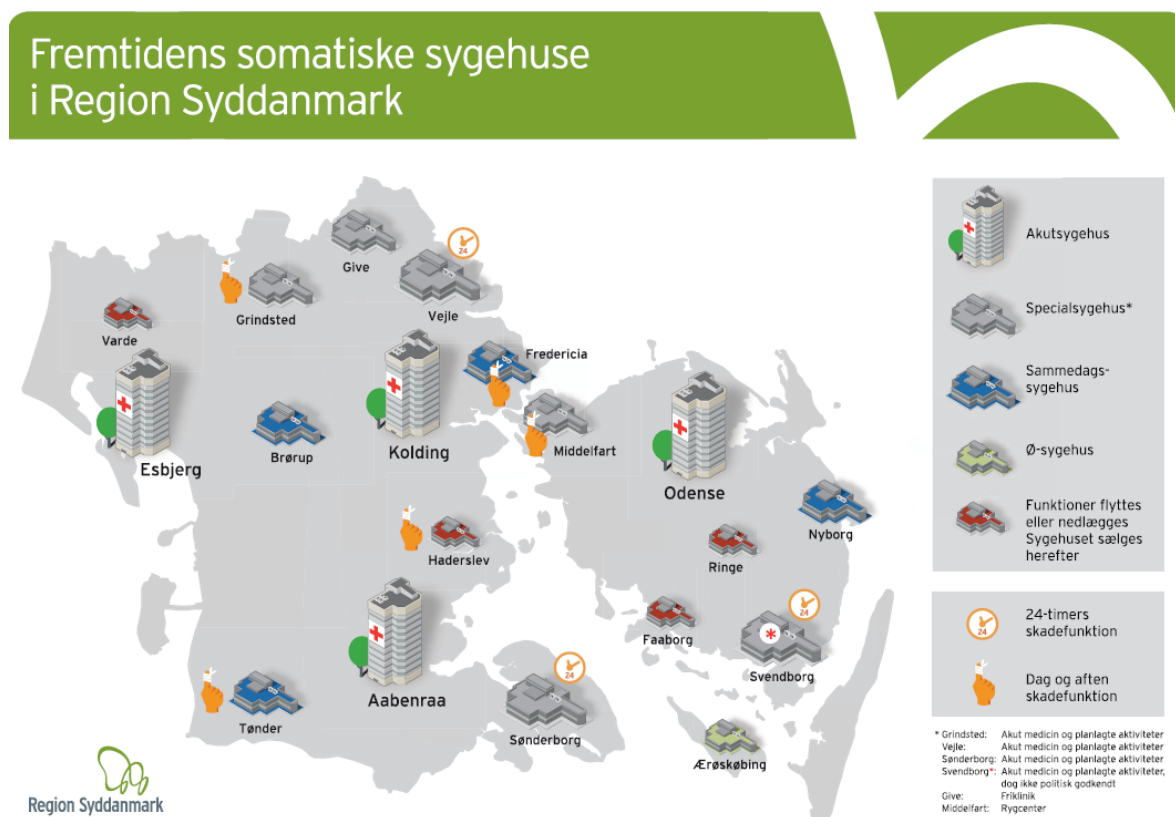
Det betyder, at der indtil videre er planlagt fortsat drift på 15 af de 19 matrikler, der var i drift i 2008. Der er endnu ikke taget stilling til, om Fredericia Sygehus lukkes eller fastholdes som sammedagssygehus, men driftsudgiften vedrørende sygehuset er i effektiviseringsberegninger for udbygningen af Kolding forudsat at bortfalde. I givet fald reduceres antal matrikler til 14.

Tabel 5.14 Region Syddanmarks fremskrivning af antal sygehusmatrikler		
Antal sygehusmatrikler	2008	2018
Somatik	19 ¹⁾	15
Psykiatri	9 ²⁾	6
¹⁾ Sønderborg, Åbenrå, Tønder, Haderslev, Esbjerg, Grindsted, Brørup, Varde, Give, Vejle, Fredericia, Kolding, Middelfart, Odense, Nyborg, Ringe, Faaborg, Svendborg, Ærø. ²⁾ Esbjerg, Hviding, Vejle, Middelfart, Kolding, Haderslev, Augustenborg, Odense, Svendborg.		

Den samlede sygehusstruktur er dermed:

- OUH: Odense Universitetshospital, Svendborg, Nyborg, Ærøskøbing, Ringe (lukkes) og Faaborg (lukkes)
- Sydvestjysk Sygehus: Esbjerg, Grindsted, Brørup
- Sygehus Lillebælt: Kolding, Vejle, Fredericia (forudsat nedlagt uden endelig beslutning), Middelfart, Give
- Sygehus Sønderjylland: Aabenraa, Haderslev (lukkes), Sønderborg, Tønder.

Figur 5.3 Fremtidig sygehusstruktur i Region Syddanmark



Strukturplanen fra 2008 byggede på fem udbyggede akutmodtagelser i Aabenraa, Esbjerg, Kolding, Odense og Svendborg. Regeringen forudsatte imidlertid, på grundlag af udtalelser fra Sundhedsstyrelsen og ekspertpanelet, med sit foreløbige tilsagn til OUH i januar 2009, at akutfunktionen på Fyn blev samlet på det nye OUH. Sundhedsstaben arbejder derfor på en indstilling til Regionsrådet om at tilpasse projektet, så det er i overensstemmelse med ekspertpanelets udmelding. Nyt OUH vil være baseret på, at akutmodtagelsen på Fyn er i Odense. Matriklen i Svendborg vil blive omdannet til specialisygehus med modtagelse af visiterede, akutte medicinske patienter og visse elektive funktioner. Forslaget er endnu ikke politisk godkendt.

Antallet af matrikler med akutfunktion er i dag 14. Det tal reduceres til de fire fælles akutmodtagelser fra 2018 (under forudsætning af, at regionsrådet godkender det tilpassede projekt vedrørende Nyt OUH). Vejle har også i dag en skadestue, som imidlertid ifølge regionen på et tidspunkt ændrer status til en døgnåben skadestuefunktion med lægelig back-up. Herudover vil der være modtagelse af visiterede akutte medicinske patienter uden om fælles akutmodtagelse i Grindsted, Vejle, Sønderborg samt evt. Svendborg. Endvidere er der lagt op til døgnåben skade-

stuefunktion med lægelig back-up, ud over de fire fælles akutmodtagelsesenheder, på Sønderborg Sygehus, Vejle Sygehus (når skadestuen som forudsat lukker) og evt. Svendborg. Hertil kommer fire (pt. fem) sygeplejebemandede skadesklinikker med dag/aftenåbent (Tønder, Grindsted, Fredericia og Middelfart – samt i Haderslev indtil det lukkes), samt et ø-beredskab på Ærø.

Herudover bliver der tre specialsygehuse i Grindsted, Sønderborg, Vejle og evt. Svendborg, to-tre sammedagssygehuse i Tønder, Nyborg og evt. Fredericia (som dog driftsmæssigt er forudsat at lukke ned af regionen), en friklinisk i Give, et rygcenter i Middelfart, veneklinik i Brørup, neurorehabilitering i Ringe og endelig et ø-sygehus på Ærø.

Psykiatri

Psykiatrien er fra 2008 samlet under én driftsorganisation. Der etableres fire geografiske hovedfunktionsområder i psykiatrien med ambulans og stationær behandling for alle patientgrupper. I hvert hovedfunktionsområde skal der etableres en række lokalpsykiatriske centre, som bliver indgangen til al behandling i almenpsykiatrien.

Der planlægges ungdomspsykiatriske, almenpsykiatriske og gerontopsykiatriske døgnfunktioner i Vejle, Aabenraa, Esbjerg og Odense. Herudover bliver der almenpsykiatriske døgnfunktioner i Middelfart og Svendborg. Skadestuerne i Odense og Esbjerg videreføres, og der etableres en skadestuefunktion i henholdsvis Vejle og Aabenraa. Retspsykiatrien placeres i Middelfart.

Med psykiatriplanen reduceres antallet af matrikler fra ni til otte i 2013, der forudsættes reduceret yderligere til seks fra 2018. Hviding, Kolding, Haderslev og Augustenborg lukker på sigt. Det eksisterende sygehus i Aabenraa udbygges til somatik, og der nybygges til psykiatri i tilknytning hertil.

Regionen har ikke ændret væsentligt i psykiatriplanen i forhold til 2008, udover fastholdelsen af psykiatri i Aabenraa. Ekspertpanelet konstaterede i forbindelse med vurderingen i 2008, at panelet generelt fandt, at der er gode perspektiver i Region Syddanmarks plan for psykiatrien, hvor behandlingen samles på færre enheder, og hvor specialiseringen øges. En række af projekterne er af en størrelsesorden, som bør indgå i en prioritering inden for regionens anlægsbudget.

Specialefordeling

I takt med omlægningen af sygehusstrukturen i Region Syddanmark vil der de kommende år ske løbende ændringer i placeringen af specialer. På nuværende tidspunkt gennemføres en samling af følgende specialer:

- Plastikkirurgi samles på Odense Universitetshospital og Esbjerg Sygehus
- Kæbekirurgisk samles på Odense Universitetshospital og Esbjerg Sygehus
- Oftalmologi samles på Odense Universitetshospital, Sønderborg Sygehus og Vejle Sygehus.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet støtter en samling af matriklerne i Aabenraa. Fremadrettet finder panelet, at regionen bør overveje en yderligere reduktion i antallet af sygehusmatrikler.

5.4.3 Særligt om akutområdet og præhospital indsats

Under forudsætning af, at regionsrådet godkender et tilpasset projekt vedrørende Nyt OUH, planlægges at etablere fire fælles akutmodtagelsesenheder i Aabenraa, Esbjerg, Kolding og Odense. Befolkningsunderlaget for de enkelte akutmodtagelser fremgår af nedenstående tabel:

Tabel 5.15 Region Syddanmarks fremskrivning af befolkningsunderlaget for de enkelte akutmodtagelser			
Akutbetjeningen i regionen	2008	2013	2018
Antal fælles akutmodtagelser	0 (7)	5	4
- befolkningsunderlag modtagelse Odense Sygehus/Svendborg ¹⁵	-	230.000/200.000	430.000
- befolkningsunderlag modtagelse Esbjerg	-	250.000	250.000
- befolkningsunderlag modtagelse Kolding	-	300.000	300.000
- befolkningsunderlag modtagelse Aabenraa	-	230.000	230.000
Andel akut medicinske patienter indlagt uden om fælles akutmodtagelser	-	35 pct.	18 pct.
Skadestuer mv.			
Antal akutklinikker, skadestuer, skadesklinikker eller lignende (inkl. ø-beredskab).	(14)	13	12

Note: Fremskrivningen er baseret på 2013-tal.

Der bibeholdes – ud over de fire fælles akutmodtagelser – en skadestuefunktion på Vejle Sygehus, Sønderborg Sygehus og evt. Svendborg Sygehus. Skadestuen på Vejle Sygehus er i dag døgnåben og lægebetjent, men er forudsat omlagt til døgnåben skadesklinik med lægelig back-up. Skadesklinikken på Sønderborg Sygehus og evt. Svendborg Sygehus vil også skulle bemandes med særligt uddannede sygeplejersker, og være døgnåben med lægelig back-up.

Hertil kommer fem skadesklinikker med dag/aftenåbent, reduceret til fire fra 2018 – samt ø-beredskab på Ærø. Dvs. bevægelsen er fra 13 skadestuer/skadesklinikker til fire fælles akutmodtagelser, tre skadestuefunktioner og fire skadesklinikker.

I 2018 vil antallet af matrikler, der huser medicinske lokalsygehusfunktioner være reduceret til fire (Grindsted, Vejle, Sønderborg og evt. Svendborg), og det vurderes, at omkring 18 pct. af de akutte intern medicinske patienter vil kunne visiteres via en fælles akutmodtagelse til indlæggelse på disse matrikler.

Sundhedsstyrelsen har konstateret, at regionen planlægger tilstedeværelsen af de anbefalede specialer og faciliteter. Sundhedsstyrelsen bemærker imidlertid samtidig, at Region Syddanmark planlægger uvisiteret adgang til de fælles akutmodtagelser, hvilket er i uoverensstemmelse med anbefalingerne.

Præhospital indsats

Region Syddanmark har i 2009 etableret egen vagtcentral på OUH. Vagtcentralen er en kombineret vagtcentral og vagtdækning/AMK. Fra vagtcentralen disponeres ambulancer, liggende ikke-behandlingskrævende kørsler, akutbiler og lægebiler. AMK er koblet op til 112 og al kommunikation med sygehusene ved større hændelser foregår elektronisk. Regionen planlægger at ansætte sundhedsfagligt personale på vagtcentralen for at kvalificere vurderingen af, hvilken hjælp der er brug for og sikre en mere effektiv disponering af ambulancer mv.

Region Syddanmark samarbejder med de omkringliggende regioner og Tyskland om den præhospital indsats, så der trækkes på nærmeste ambulance, akutbil eller lægebil. Der er et konkret

¹⁵ Akutmodtagelsen på Svendborg Sygehus lukkes, senest når Nyt OUH ibrugtages.

samarbejde med Tyskland om en lægehelikopter i Niebüll. Region Syddanmark samarbejder med Region Sjælland om Storebæltsberedskabet.

Det præhospitale beredskab er primært baseret på ambulancetjenesten. I Region Syddanmark er ambulancekørsel og liggende ikke-behandlingskrævende adskilte funktioner. Således er der 19 køretøjer, der beskæftiger sig med ikke-behandlingskrævende transport. Regionen er dækket af 59 ambulanceberedskaber fordelt i regionen på 40 stationer.

Der findes fem døgndækkede lægebiler placeret i Svendborg, Esbjerg, Kolding, Aabenraa og Odense. Herudover findes en ordning med tre praktiserende læger, en praktiserende anæstesiolog og en ”vikarlægebil” i Trekantsområdet og på Vestfyn. Ordningen er frivillig, og man ikke kan være sikker på, at den enkelte læge er til rådighed.

Desuden findes syv døgndækkende akutbiler alle bemandede med en paramediciner.

Siden 2005 har Region Syddanmark haft en aftale om en lægehelikopter stationeret 15 km syd for grænsen i Niebüll. Lægehelikopteren flyver ca. 100-150 gange om året i Danmark, mest i det sydvestlige Jylland. Regionsrådet har besluttet, at ordningen skal videreføres og indarbejdes i en fremtidig national lægehelikopterordning.

Region Syddanmark anvender i dag telemedicin til hjertepatienter, så ambulancebehandlere kan sende hjertediagrammer (EKG) direkte til en hjertespecialist på sygehuset. Der skal på sigt indføres fælles elektronisk ambulancejournal for ambulancer og lægebiler med online forbindelse til den fælles akutmodtagelse, integreret med sygehusenes EPJ.

I Region Syddanmark har lægevagtsordningen 20 konsultationssteder, heraf fire faste konsultationssteder og 16 ad hoc konsultationssteder, der åbnes efter behov.

Eksperterpanelets vurdering:

Eksperterpanelet finder det problematisk, at regionen planlægger uvisiteret adgang til de fælles akutmodtagelser og skadestuer, hvilket er i uoverensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger og må vurderes som en væsentlig forudsætning for, at de fælles akutmodtagelser kommer til at fungere efter hensigten.

Herudover konstaterer panelet, at akutudvalget, der har til opgave nærmere at vurdere og kortlægge behovet for kapacitet og organisering af det præhospitale beredskab i tilknytning til den fremtidige sygehusstruktur har konkluderet:

- *At der i alle regioner er sket en markant udvidelse af den præhospitale indsats over de seneste år, samt at der er tale om en løbende udviklingsproces.*
- *At der i alle regioner er et net af præhospitale enheder i form af ambulanceberedskaber, akutbiler, lægebiler mv. samt inddragelse af øvrige beredskaber og særlige ordninger med førstehjælpere/nødbehandlere/akutbehandlere, der samlet sikrer dækning af alle geografiske områder.*
- *At der i visse områder med store afstande kan konstateres relativt høje responstider for ambulancekørsel, men at en vurdering af det samlede præhospitale beredskab også skal inddrage de øvrige præhospitale ressourcer.*
- *At regionerne har etableret en række forskellige løsninger til sikring af tryghed i udkantssområderne, der bl.a. afspejler de forskellige lokale udfordringer.*

Panelet betragter på den baggrund de iværksatte tiltag samt beskrevne planer for de enkelte regioners initiativer på det præhospitale område som betryggende.

5.4.4 Sammenhæng med andre regioner

Regionen finder, at der er taget højde for planlægningen i forhold til Region Midtjylland i og med, at akutfunktionerne i Region Midtjylland placeres i Horsens, mens akutfunktionen i Region Syddanmark placeres i Kolding, og Vejle Sygehus får status som specialsygehus med fokus på kræftområdet.

Der forfølges generelt en strategi om, at regionens behandlingstilbud på egne sygehuse så vidt muligt skal dække efterspørgslen, hvilket bl.a. indebærer, at det gradvist søges at udvide kapaciteten på Odense Universitetshospital og dermed danne grundlag for at hjemtage flere funktioner, som aktuelt varetages af andre universitetssygehuse.

Der er i august 2010 indgået aftale mellem Region Syddanmark, Region Nordjylland og Region Sjælland om et udvidet samarbejde. Aftalen betyder bl.a., at de tre regioner forpligter sig til at levere al behandling til borgere i de to regioner til reduceret pris. Udgangspunktet er 90 pct. af DRG-værdien, idet der for behandlinger på hovedfunktionsniveau konkret kan aftales lavere takster. Sigtet med aftalen er ikke mindst at sikre borgerne i Region Sjælland specialiseret behandling, et øget behandlingsvolumen på OUH og generelt en bedre kapacitetsudnyttelse.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet finder fortsat, at der kan være et problem vedrørende sygehusene i Horsens, Vejle og Kolding og den samlede akutbetjening i området. Der vurderes at være behov for et tæt samarbejde om behandling af kræftpatienter. Panelet forudsætter i den forbindelse, at Vejle Sygehus fremover ophører med akutindtag af kirurgiske og ortopædkirurgiske patienter, jf. det endelige tilsagn til Kolding.

5.4.5 Større strukturelle anlægsprojekter i regionen

Fase 1 2008:

Region Syddanmark fik med ekspertpanelets indstilling i november 2008 og regeringens udmelding i januar 2009 foreløbigt tilsagn fra regeringen til det nye universitetssygehus i Odense (OUH) og til en væsentlig ombygning og udbygning af Kolding Sygehus. Ekspertpanelet udtalte sig samtidig positivt i forhold til regionens ændrede beslutning fra september 2008, hvorefter Aabenraa sygehus blev udbygget i stedet for et nyt sygehus ved Gråsten, men panelet fandt ikke, at projektet kunne prioriteres på det da foreliggende grundlag.

Odense Universitetshospital

Det nuværende Odense Universitetshospital nedlægges og erstattes af nybyggeri syd for Odense, tæt ved motorvejen. Odense Universitetshospital skal være det faglige omdrejningspunkt og levere den højt specialiserede hospitalsbehandling til borgere i regionen.

Ekspertpanelet konkluderede følgende i 2008:

Panelet finder, at Odense Universitetshospital bør prioriteres. Der vurderes at være et behov for mere tidssvarende fysiske rammer, der bringer sygehuset op på et moderne niveau. Sygehuset har uanset regionsgrænser en central placering. Da en høj andel af den eksisterende bygningsmasse trænger til at blive udskiftet for at opnå en bedre logistik, finder ekspertpanelet, at der er grundlag for at etablere et helt nyt hospital tæt ved motorvejen. Der er i planlægningsgrundlaget overvejelser mellem Syddansk Universitet og regionen om at flytte det sundhedsvidenskabelige fakultet med ud. Ekspertpanelet finder, at det bør være en forudsætning for tildelelse af midler til et nyt Odense Universitetshospital, at regionens planer om at etablere en fælles akutmodtagelse i Svendborg opgives, så det sikres, at Odense Universitetshospital får et større befolkningsunderlag. Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 6,3 mia. kr.

Regeringen meddelte på den baggrund i januar 2009 foreløbigt tilsagn, med fastlæggelsen af en total investeringsramme på 6,3 mia.kr. Region Syddanmark har i august 2010 indsendt mere detaljerede projekter for OUH til panelet med henblik på endeligt tilsagn. Ekspertpanelet har i september bedt regionen om at indsende et revideret projekt, der indebærer en lukning af akutmodtagelsen på Svendborg Sygehus.

Udbygning af Kolding sygehus

Kolding Sygehus skal varetage akutfunktionen for en befolkning på ca. 300.000. Sygehuset er en del af sygehusenheden Sygehus Lillebælt. Om- og udbygningsprojektet for sygehuset betyder bl.a. en ny sengebygning og en betydelig udvidelse af akutområdet, samt et nyt mor/barn center. Samlet areal bliver omkring 120.000 m².

Ekspertpanelet konkluderede følgende i forbindelse med prioriteringen af Kolding i 2008:

Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at etablering af en fælles akutmodtagelse på Kolding Sygehus bør prioriteres, og at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 0,9 mia. kr. Heri indgår, at dimensioneringen af Kolding-projektet er reduceret af regionen som konsekvens af den nye beslutning vedrørende Sønderjylland.

Regeringen meddelte på den baggrund i januar 2009 foreløbigt tilsagn, med fastlæggelsen af en total investeringsramme på 0,9 mia.kr. Region Syddanmark har i juli 2010 indsendt mere detaljerede projektbeskrivelse for Kolding til panelet med henblik på endeligt tilsagn. Region Syddanmark har i oktober 2010 fået endeligt tilsagn fra regeringen til udbygning af Kolding Sygehus.

Før-screeningen 2009:

Ved før-screeningen i oktober 2009 indsendte Region Syddanmark udbygget materiale vedrørende udbygningen af Aabenraa sygehus. Her pegede ekspertpanelet på, at:

”det fremsendte projekt med udbygning af Aabenraa Sygehus på det foreliggende grundlag vurderes i overensstemmelse med en moderne sygehusstruktur og de fastlagte principper.

Panelet har i den forbindelse lagt vægt på, at der sker en samling af hospitalerne i Sønderjylland, og der samtidig sikres et tilstrækkeligt befolkningsunderlag for akutbetjeningen.

Panelet forudsætter dermed også, at der realiseres en samling af akutfunktionen i Sønderjylland, og at der dermed ikke på sigt opretholdes døgnåbne skadestuer på andre sygehuse. Panelet vil i den forbindelse bemærke, at det er en central forudsætning for en endelig prioritering af byggeriet, at der etableres en løsning for det præhospitale beredskab i Sønderjylland, under iagttagelse af Sundhedsstyrelsens retningslinjer.

I panelets optik er der ikke noget til hinder for en løsning, som fastholder ikke-akutte sygehusfunktioner på Sønderborg Sygehus, fx planlagte behandlinger og eventuelt visiterede medicinske patienter.

....

Panelet forudsætter i forhold til en positiv prioritering i forbindelse med den samlede fase 2, at der udarbejdes et samlet og sammenhængende projektforslag, med en dimensionering og økonomi, der afspejler ekspertpanelets tilgang.

Regeringen har efterfølgende udmeldt, at et akutsygehus i Aabenraa indgår i fremtidens sygehusstruktur.

Fase 2 2010:

Region Syddanmark har i forbindelse med fase 2 indsendt følgende investeringsønsker:

Tabel 5.16 Region Syddanmarks investeringsønsker i fase 2		
Projekt	Art	Økonomi
		Samlet inv. (mia. kr.), oplyst (09-pl)
Aabenraa Sygehus	Udbygning og modernisering	1,441
Samling af psykiatrien		0,635
Fælles akutmodtagelse i Esbjerg	Udbygning og ombygning	0,650

Opgørelsen udtrykker totaludgiften ekskl. moms, inkl. medicoteknisk udstyr, apparatur og inventar mv., herunder entrepriseudgifter, byggestyring og projekteringsudgifter, genhusningsudgifter, veje og P-arealer.

Region Syddanmark har indsendt ansøgning vedrørende en fælles akutmodtagelse på Esbjerg Sygehus og psykiatrisk døgnfunktion i Vejle. Disse projekter indgik også i ekspertpanelets screening og vurdering i november 2008, men var ikke omfattet af før-screeningen i efteråret 2009, og indgår derfor heller ikke i nærværende vurdering.

Det nye hospital i Sønderjylland (Aabenraa)

Region Syddanmark indsendte i 2008 forslag om at samle funktionerne i Sønderjylland (Sønderborg, Aabenraa og Haderslev) i et nyopført sygehus i Gråsten. Regionsrådet omgjorde denne beslutning i september 2008, hvor man besluttede at udbygge Aabenraa Sygehus inkl. psykiatri, mens man samtidigt bibeholder og moderniserer dele af det nuværende Sønderborg Sygehus.

Aabenraa sygehus skal være akutsygehus for et befolkningsgrundlag på ca. 230.000 indbyggere. Om- og udbygningsprojektet indebærer en udbygning med fælles akutmodtagelse, et sengeafsnit og et mor/barn center. Hertil kommer nybyggeri af en sengebygning samt en udvidelse af diagnostik- og behandlingsfaciliteterne for at sygehuset kan rumme alle de specialer/faciliteter, som jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal være til stede på et akutsygehus. Projektet vil i henhold til regionen give væsentlige driftsøkonomiske og kvalitative gevinster.

Projektets rolle i en ny sygehusstruktur – såvel regionalt som for landet som helhed

Aabenraa indgår som en del af sygehusenheden Sygehus Sønderjylland. På sygehuset etableres den fælles akutmodtagelse for området. Samtidig etableres Sønderborg Sygehus som specialsygehus, med modtagelse af visiterede akutte medicinske patienter, stationære elektive ortopædkirurgiske patienter, ambulante funktioner samt døgndækket skadestuefunktion med lægelig back-up. På Tønder Sygehus etableres sammedagssygehus med ambulante tilbud og skadesklinik.

Regionen har besluttet at nybygge til psykiatrien på sygehusgrunden i Aabenraa for at samle den stationære og akutte psykiatri ved akutsygehuset, så psykiatrien kan indgå i den fælles akutmodtagelse. Byggeriet af psykiatrien forventes at være færdig i 2013.

Ekspertpanelets konklusion vedrørende Aabenraa Sygehus:

Panelet vurderer, at projektet på væsentlige områder vil være i overensstemmelse med præmisserne for en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt. En samling af funktionerne vil understøtte en effektiv og rationel drift, herunder en forbedring af patientbehandlingen i den sydlige del af regionen. Panelet har noteret, at regionen har prioriteret og besluttet de psykiatriske arealer via den regionale anlægsramme.

Panelet indstiller til regeringen, at projektet bør prioriteres. Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 1,25 mia. kr. (09-pl).jf. boks 5.3.

Boks 5.3 Dimensionering og økonomi for Aabenraa Sygehus

Oplyst dimensionering: 76.092 m², heraf nybyggeri 43.922 m².

Oplyst økonomi: 1,44 mia. kr. (09-pl). Nybyggeri udgør 1,25 mia.kr., heraf 0,14 mia.kr. til IT/apparatur, mens ombygning udgør knap 0,2 mia.kr. inkl. apparatur. Parkering udgør knap 40 mio.kr. Det giver en nybyggeripris ekskl. parkering på godt 27.600 kr./m².

Tilpasset maksimal investeringsramme: 1,25 mia. kr. (09-pl).

Investeringsrammen er en samlet totalramme inkl. IT/apparatur og inventar mv. og regional egenfinansiering. Følgeudgifter forudsættes finansieret af regionen.

Grundlag:

Regionen har anvendt en bruttonetstofaktor på 2,0 og en arealnorm for enestuer på 35 m² netto, svarende til de forudsatte niveauer.

Der er grundlag for en generel tilpasning i dimensioneringen baseret på dels en væsentlig bedre kapacitetsudnyttelse end forudsat, dels usikkerheden med hensyn til de fremtidige behov, der tilsiger tilbageholdenhed i dimensioneringen mod til gengæld at bygge fleksibelt. Regionen har dog taget skridt til en bedre kapacitetsudnyttelse gennem en forudsætning om driftstid for apparatur mv. på 245 dage/7 timer. Den generelle tilpasning er på den baggrund 5.300 m² (12 pct.), hvilket reducerer arealet til 38.650 m², eller samlet 70.800 m² inkl. eksisterende arealer.

Prisen per m² nybyggeri ansættes til 27.000 kr. (totaludgift inkl. apparatur mv.). Det giver en nybyggeripris på godt 1,0 mia.kr., heraf 0,2 mia. kr. til IT/apparatur og løst inventar. Hertil lægges knap 0,15 mia. kr. vedr. ombygning samt knap 40 mio.kr. vedr. parkering (uændret). Samlet totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering er 1,25 mia. kr., opgjort i 09-pl (svarende til 1,265 mia.kr. i 10pl).

5.5 Region Sjælland

5.5.1 Fakta om regionen

I Region Sjælland bor der ca. 820.000 indbyggere, hvilket svarer til ca. 15 pct. af landets befolkning. Regionen dækker i alt godt 7.000 km² eller ca. 17 pct. af Danmarks areal. Dermed er befolkningstætheden i regionen lavere end gennemsnittet.

Region Sjælland er dannet ved en sammenlægning af Roskilde Amt, Vestsjællands Amt og Storstrøms Amt.

Tabel 5.17 Fakta om Region Sjælland				
Region Sjælland	Regionen	Hele landet	Pct. af hele landet	Antal per 1000 indb.
Indbyggertal (1.000 pers), 1. jan. 2010	821	5.535	14,8	-
Samlet landareal (km ²)	7.273	43.098	16,9	8,86
Behandlede borgere (somatisk), 1.000, 2009	311,5	2.225,0	14,0	0,38
Behandlede borgere (psykiatrisk), 1.000, 2009	18,6	134,3	13,9	0,02
Antal sengepladser (somatisk og psykiatrisk - 2007)	2.525	19.086	13,2	3,08
Samlet nettoindtægter(2009, mia. kr. 09-pl)	15,1	96,9	15,6	0,02
Nettodriftsudgifter, sygehuse* (Regnskab 2009, mia. kr. 09-pl)	10,7	69,1	15,4	-
Gns. liggetid (somatisk), dage, 2009	3,7	3,9	-	-
Produktivitetsniveau 2008, somatik**	98	100	-	-
*Ekskl. fælles formål og administration				
** Pct. af landsgennemsnitlig produktivitet				
Kilde: Danmarks Statistik samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet				

5.5.2 Samling af funktioner og specialer på færre enheder

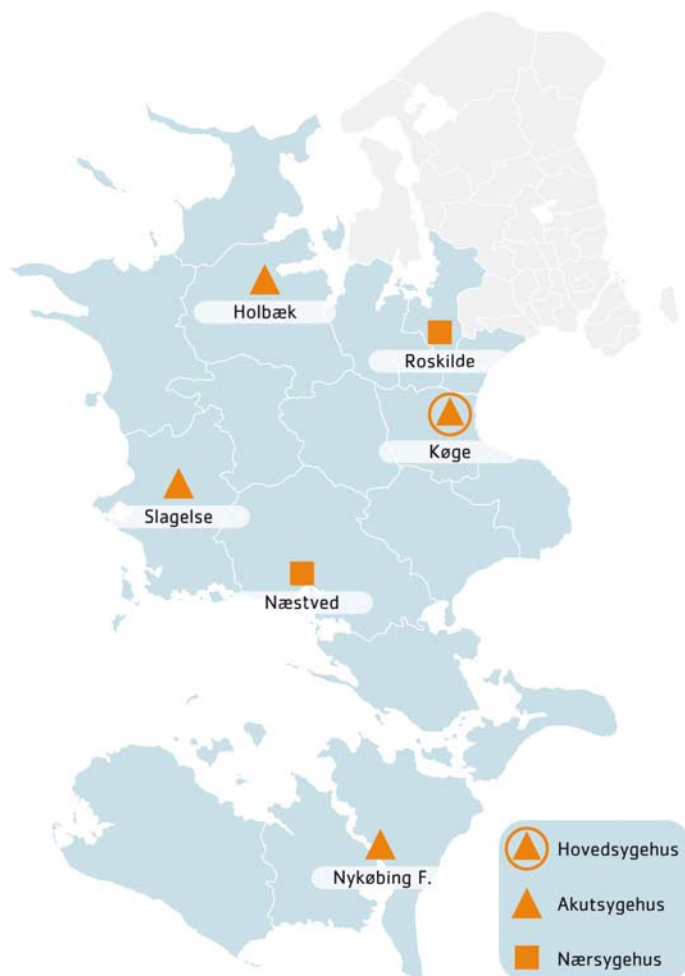
Region Sjællands somatiske sygehusvæsen består i dag af 11 matrikler Roskilde Sygehus, Køge Sygehus, Fakse Sygehus, Holbæk Sygehus, Kalundborg Sygehus, Nykøbing F. Sygehus, Nakskov Sygehus, Næstved Sygehus, Slagelse Sygehus, Korsør Sygehus og Ringsted Sygehus.

Ekspertpanelets vurdering og screening fra november 2008 byggede på den sygehusplan, som Region Sjælland havde vedtaget i juni 2007. Denne sygehusplan havde et væsentligt kortere sigte end tilfældet var for de øvrige regioner.

Det nyvalgte regionsråd i Region Sjælland vedtog i marts 2010 en ny politisk aftale om fremtidens sygehuse i Region Sjælland. Sygehusplanen blev vedtaget med 27 stemmer ud af 41. Den nye sygehusplan indebærer en markant samling af den specialiserede behandling i regionen, en væsentlig reduktion i matrikler med akutfunktion samt lukning af flere matrikler.

Sygehusplanen indebærer, at der skal være sygehuse med fælles akutmodtagelse i Holbæk, Slagelse, Nykøbing F. og Køge, der samtidig skal fungere som regionens hovedsygehus.

- Holbæk Sygehus bliver akutsygehus for en befolkning i 2020 på ca. 200.000
- Slagelse Sygehus bliver akutsygehus for en befolkning i 2020 på ca. 210.000
- Nykøbing F. Sygehus bliver akutsygehus for en befolkning i 2020 på ca. 150.000
- Køge Sygehus bliver akutsygehus for en befolkning i 2020 på ca. 290.000, og vil derudover blive hovedsygehus for hele regionen.

Figur 5.4: Fremtidig sygehusstruktur i Region Sjælland

Endvidere indebærer sygehusplanen, at sygehusene i Roskilde og Næstved fremover skal overtage en betydelig andel af den planlagte ortopædkirurgi og udvikling af sammedagsbehandling inden for en række andre specialer bl.a. intern medicin.

Sygehusaktiviteten i Kalundborg udfases i 2011 og integreres på Holbæk Sygehus. Den stationære medicinske aktivitet på Nakskov udfases ligeledes i løbet af 2011 og integreres på Nykøbing F. De udfasede sygehuse udvikles til sundhedscentre i samarbejde med Kalundborg og Lollands kommuner. Ligeledes lukker den medicinske sygehusaktivitet på Fakse Sygehus ultimo 2010, og der etableres et Sundhedscenter i samarbejde med Fakse Kommune. Endelig fortsætter aktiviteterne på Ringsted Sygehus (brystkræftkirurgi og mammograficenter) indtil aktiviteten flyttes til Køge Sygehus. Der etableres på sigt et sundhedscenter i samarbejde med Ringsted Kommune.

Matriklen i Korsør og evt. dele af Slagelse Sygehus planlægges solgt. Af ansøgningsmaterialet fremgår det, at omfanget af regional anvendelse af matriklerne i Nakskov, Kalundborg, Fakse og Ringsted pt. ikke er planlagt, hvorfor det ikke er muligt at skønne omfanget af evt. overskydende arealer. For disse matrikler planlægges etablering af sundhedscentre omfattende regionale aktiviteter i samarbejde med de respektive kommuner.

Antal sygehusematrikler	2010	2015
Somatik	11	6
Psykiatri	7	3

Specialefordeling

Med den nye sygehusplan for regionen samles den specialiserede behandling i regionen på hovedsygehuset i Køge. Det indebærer, at alle specialiserede funktioner inden for de enkelte specialer i form af regionsfunktioner samt nogle højt specialiserede funktioner – i modsætning til i den tidligere sygehusplan – samles ét sted. En række lægelige specialer vil udelukkende befinde sig på Køge Sygehus.

Ekspertpanelet konkluderede følgende efter, at Region Sjælland i april 2010 havde præsenteret den nye sygehusplan for regionen:

Ekspertpanelet vurderer, at Region Sjælland har udarbejdet en plan, der på væsentlige områder er i overensstemmelse med præmisserne om en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt. Der sker en koncentration af behandlingen på færre enheder, nogle matrikler lukkes helt, og regionen følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger for så vidt angår samling af de specialiserede funktioner. En placering af hovedsygehuset i Køge vurderes hensigtsmæssig både i forhold til befolkningstæthed, tilgængelighed, rekruttering og udbygningsmuligheder, og i alt tre fælles akutmodtagelser samt en modificeret akutmodtagelse i Nykøbing F., forekommer at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet i betragtning af befolkningsunderlag og regionens geografi.

Panelet vurderer i forlængelse heraf, at det er vigtigt, at planen implementeres som tiltænk, herunder at de planlagte samlinger af funktioner og lukninger af de mindre enheder effektueres.

5.5.3 Særligt om akutområdet og den præhospitale indsats

Det er i sygehusplanen besluttet, at der skal etableres fire akutmodtagelser på sygehusene i: Nykøbing F. Slagelse, Holbæk og Køge. Der sker således en reduktion i antallet af enheder, som modtager akutte patienter, når sygehusplanen er fuldt ud implementeret i 2020, og de fysiske rammer er til stede. Indtil da, vil der fortsat være behov for at modtage udvalgte grupper af akutte patienter, eksempelvis visse medicinske, på sygehusene i Næstved og Roskilde.

Akutbetjeningen i regionen	2010	2020
Antal fælles akutmodtagelser	6 ¹⁶	4
Nykøbing Falster		Ca. 150.000
Slagelse		Ca. 210.000
Holbæk		Ca. 200.000
Køge		Ca. 290.000
Andel akut medicinske patienter indlagt udenom fælles akutmodtagelser		0
Skadestuer mv.		
Antal akutklinikker, skadestuer, skadesklinikker eller lignende (inkl. ø-beredskab).	7 (sygeplejerske betjente skadesklinikker)	3 (sygeplejerske betjente skadesklinikker)

Note: Fremskrivningen er baseret på 2020-tal.

¹⁶ Der er i dag 6 lægebetjente, døgnåbne skadestuer, der er åbne for selvhenvendende. Herudover er der i dag 7 sygeplejerskebetjente skadesklinikker, der er åbne for selvhenvendende. Tre af disse opretholdes (Kalundborg, Nakskov og Nykøbing S i sommerperioden), mens de øvrige skadesklinikker lukkes omkring april 2011.

De fire akutmodtagelser har et befolkningsunderlag på mellem 150.000 (Nykøbing Falster) og 290.000 (Køge). Akutmodtagelsen i Nykøbing F. vil have et befolkningsunderlag, som er lavere end Sundhedsstyrelsens anbefaling og skal derfor indgå i et formaliseret samarbejde med Køge Sygehus.

Ud over de fire fælles akutmodtagelser planlægges der to døgnåbne skadestudier i kombination med lægevagt på Næstved og Roskilde Sygehuse.

Det er med budgetaftalen for Region Sjælland for 2011 politisk vedtaget, at gøre den akutte sundhedsfaglige visitation døgndækket senest 1. april 2011.

Præhospital indsats

I tilknytning til arbejdet med den nye sygehusstruktur nedsatte regionen et udvalg, der fik til opgave at belyse det præhospitalt område – lægevagt, skadestudier, ambulancer, akutbiler, lægebiler og samspillet med sygehusenes akutmodtagelser og skadestuer mv. På den baggrund vedtog regionsrådet maj 2010 rammerne for den fremtidige akutte struktur i Region Sjælland, der danner grundlag for den plan for sundhedsberedskabet og den præhospitalt indsats, som træder i kraft den 1. februar 2011.

Region Sjælland har i februar 2010 etableret egen AMK-vagtcentral, som drives i et partnerskab med Falck og Roskilde Brandvæsen, som har kontrakt på ambulancekørslen i regionen. Vagtcentralen har overblik over de præhospitalt ressourcer og prioriterer og disponerer relevante køretøjer til opgaverne. Der er ansat sundhedsfaglige medarbejdere på vagtcentralen.

Region Sjælland samarbejder med Region Hovedstaden om dækning af grænseområderne. Desuden samarbejdes med Region Syddanmark om Storebæltsberedskabet.

Region Sjælland har i 2008/2009 haft ambulanceområdet i udbud. Ifølge kontrakten planlægger leverandørerne ambulanceberedskabets omfang og placering, så servicemålene overholdes. Antallet af ambulanceberedskaber og placering kan således ændres i kontraktperioden. Der var per 1. februar 2010 66 ambulanceberedskaber og 25 ambulancestationer i regionen.

Ambulancetjenesten udfører både akut og planlagt ambulancekørsel (herunder liggende transport af patienter til/fra og mellem behandlingssteder). Alle ambulanceberedskaber er som minimum bemandede med en ambulanceassistent og en ambulancebehandler. Otte ambulanceberedskaber vil fra februar 2011 blive bemandede med paramedicinere. De nye ambulancekontrakter betyder et højere serviceniveau og en bedre dækning af regionen med ambulanceberedskaber.

Ifølge den nye præhospitalplan placeres der i områder med mere end 20 minutters ambulancekørsel til nærmeste akutsygehus døgndækkede akutbiler bemandede med paramedicinere som supplement til ambulancetjenesten. Når Sygehusplan 2010 er fuldt implementeret, vil regionen have 8 døgndækkede akutbiler med paramedicinere placeret i områder, hvor transporttiden med ambulance til nærmeste akutsygehus overstiger 20 minutter. Ud fra dette kriterium stationeres der akutbiler i områderne omkring Nykøbing Sj., Kalundborg, Roskilde, Næstved, Præstø, Stege, Maribo og Nakskov. De nuværende lægebiler og akutbiler udfases dermed.

Som støtte for ambulanceberedskaber og akutbiler etableres i Slagelse et døgndækket akutlægeberedskab, der yder lægefaglig støtte via telemedicin mv. til de kørende beredskaber. Akutlægen rykker sammen med en paramediciner ud til større ulykker og hændelser.

Region Hovedstaden og Region Sjælland har modtaget en donation fra TrykFonden til at etablere en forsøgsordning med en akutlægehelikopter. Forsøgsperioden løber fra 1. maj 2010 og 1½

år frem. Som led i donationen indgår en sundhedsfaglig og samfundsøkonomisk evaluering og et tilhørende phd-forløb. Lægehelikopteren er bemannet med en pilot, en paramediciner samt en speciallæge i anæstesiologi. Lægehelikopteren har base i Ringsted for at kunne nå yderområderne indenfor 25 minutter. Disponering af lægehelikopteren sker fra regionernes vagtcentraler.

Region Sjælland anvender i dag telemedicin til hjertepatienter. Som led i den nye akutstruktur nedsættes en arbejdsgruppe, der skal udarbejde en telemedicinsk strategi for det samlede akut-område. Det planlægges sammen med de øvrige regioner at indføre en fælles elektronisk ambulance-journal for ambulancer og akutbiler med online forbindelse til akutsygehusene.

I Region Sjælland har lægevagtsordningen 13 konsultationssteder, heraf ti faste konsultationssteder og tre ad hoc konsultationssteder, der kan anvendes af den kørende lægevagt:

Resumé af Sundhedsstyrelsen vejledning til regionen:

Region Sjælland har i forbindelse med udarbejdelsen af den nye sygehusplan (Sygehusplan 2010) indhentet rådgivning fra Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen har i marts og august 2010 rådgivet regionen herom. Styrelsen understreger i den forbindelse:

- Sundhedsstyrelsen har forståelse for de særlige geografiske forhold for Lolland/Falster, men vil gerne påpege nødvendigheden af at der etableres lokale løsninger, der kan sikre den sundhedsfaglige kvalitet. Dette kan fx ske gennem samarbejde med andet akutsygehus.
- Region Sjælland planlægger uvisiteret adgang til de fælles akutmodtagelser. Dette er i uoverensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Sundhedsstyrelsen finder derfor behov for at gentage sin tidligere anbefaling til regionen om at indgang til sygehusvæsenets akutfunktion som udgangspunkt bør være visiteret. Sundhedsstyrelsen har forståelse for at visiteret adgang vil kræve overgangsfaser og grundig information af befolkningen, men finder det fortsat væsentligt at al henvendelse til sygehusvæsenet er visiteret. Dette vil sikre at patienten tilbydes den rette behandling på det lavest mulige omkostningsniveau, og at nærsygehusene kun modtager mindre og ukomplicerede traumer, som kan behandles sikkert og med høj faglig kvalitet.
- Sundhedsstyrelsen finder det i øvrigt problematisk at Region Sjælland omtaler det akutte tilbud på hovedsygehuset i Køge som et traumecenter. Et traumecenter er i Sundhedsstyrelsens akutrapport beskrevet som en højt specialiseret akut modtagelse, der modtager svært tilskadekomne og kritisk syge patienter.
- Sundhedsstyrelsen har noteret, at regionen i analyserne inkluderer hjemtagning af thoraxkirurgi samt specialiseret kardiologi (udover de højt specialiserede kardiologiske funktioner Region Sjælland allerede varetager). Sundhedsstyrelsen vil dertil bemærke at disse højt specialiserede funktioner aktuelt er placeret 1- 4 steder på landsplan, samt, for enkelte funktioner, på 2 afdelinger i formaliseret samarbejde eller under særlige forudsætninger. Sundhedsstyrelsen finder, at der ikke aktuelt er grundlag for spredning af funktionerne indenfor ovennævnte områder.
- Sundhedsstyrelsen konstaterer med tilfredshed at Region Sjælland planlægger at samle kræftbehandlingen – såvel den medicinske som den kirurgiske - som tidligere anbefalet af Sundhedsstyrelsen.

Region Sjælland har efterfølgende politisk vedtaget, at der senest 1. april 2011 indføres krav om forudgående sundhedsfaglig visitation ved henvendelse til akutmodtagelser og skadesklinikker.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet finder det problematisk, at regionen planlægger uvisiteret adgang til de fælles akutmodtagelser, hvilket er i uoverensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger og må

vurderes som en væsentlig forudsætning for, at de fælles akutmodtagelser kommer til at fungere efter hensigten.

Herudover konstaterer panelet, at akutudvalget, der har til opgave nærmere at vurdere og kortlægge behovet for kapacitet og organisering af det præhospitale beredskab i tilknytning til den fremtidige sygehusstruktur har konkluderet:

- *At der i alle regioner er sket en markant udvidelse af den præhospitale indsats over de seneste år, samt at der er tale om en løbende udviklingsproces.*
- *At der i alle regioner er et net af præhospitale enheder i form af ambulanceberedskaber, akutbiler, lægebiler mv. samt inddragelse af øvrige beredskaber og særlige ordninger med førstehjælper/nødbehandlere/akutbehandlere, der samlet sikrer dækning af alle geografiske områder.*
- *At der i visse områder med store afstande kan konstateres relativt høje responstider for ambulancekørsel, men at en vurdering af det samlede præhospitale beredskab også skal inddrage de øvrige præhospitale ressourcer.*
- *At regionerne har etableret en række forskellige løsninger til sikring af tryghed i udkantssområderne, der bl.a. afspejler de forskellige lokale udfordringer.*

Panelet betragter på den baggrund de iværksatte tiltag samt beskrevne planer for de enkelte regioners initiativer på det præhospitale område som betryggende.

5.5.4 Sammenhæng med andre regioner

Det fremgår af Region Sjællands sygehusplan 2010, at regionen har planer om at hjemtage dele af den specialiserede behandling. Regionen vurderer, at de kapacitetsmæssige konsekvenser af den igangværende samling og hjemtagning svarer til 128 senge. Hjemtagningen af specialiserede funktioner har primært betydning for dimensioneringen af Køge Sygehus.

Region Sjælland har indgået en aftale med Region Hovedstaden om samarbejde på sundhedsområdet. Hensigten med aftalen er at fastholde og udbygge samarbejde i Østdanmark om specialiserede funktioner, uddannelse og forskning. Det er ligeledes en del af aftalen, at samarbejdet mellem med Region Hovedstaden er koncentreret omkring Rigshospitalet. Aftalen blev indgået i februar 2008 og er stadig gældende.

Herudover har Region Sjælland, Region Nordjylland og Region Syddanmark i september 2010 indgået en aftale om patientbehandling. Formålet er at sikre patienterne i regionerne hurtig behandling, samtidig med at kapaciteten i de tre regioner udnyttes bedst muligt, og til en pris, som er konkurrencedygtig i forhold til de øvrige muligheder for at udvide behandlingskapaciteten i den enkelte region. Aftalen omfatter behandlinger på såvel hovedfunktions- som regionsfunktions- og højt specialiseret niveau. Parterne er enige om, at al behandling til borgere fra en af de øvrige regioner ydes til en pris på 90 pct. af DRG-værdien. For behandlinger på hovedfunktionsniveau kan der på konkrete områder aftales lavere takster.

Som en del af aftalen har Region Sjælland og Region Syddanmark endvidere aftalt et samarbejde, som skal understøtte de kliniske funktioner og forskningen. Formålet er at understøtte opbygningen af specialiseret behandling i de respektive regioner, eventuelt i form af formaliserede samarbejdsaftaler på udvalgte områder.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet vurderer, at der er behov for et tæt samarbejde med Region Hovedstaden og Region Syddanmark. Dette gælder særligt i forbindelse med en eventuel hjemtagning af funktioner. Ekspertpanelet har således noteret sig, at Sundhedsstyrelsen ikke aktuelt finder grundlag for regionens planer om hjemtagning af thoraxkirurgien samt den specialiserede kardiologi.

5.5.5 Større strukturelle anlægsprojekter i regionen

Fase 1 2008:

Region Sjælland fik med ekspertpanelets indstilling i november 2008 og regeringens udmelding i januar 2009 foreløbigt tilsagn fra regeringen til etablering af en fælles akutmodtagelse på Slagelse Sygehus indenfor en ramme på 300 mio. kr. samt 1,05 mia. kr. til en samling af de psykiatriske funktioner i Holbæk og Dianalund i Slagelse og flytning af de retspsykiatriske funktioner, herunder Sikringsafdelingen fra Nykøbing Sjælland til Slagelse. Panelet fandt på daværende tidspunkt ikke grundlag for at prioritere flere projekter i Region Sjælland, da sygehusplanen var mere kortsigtet og mindre ambitiøs end de øvrige regioners, og det var uklart, hvordan sygehusvæsenet i regionen forventedes at tegne sig på længere sigt.

Slagelse Sygehus (somatik)

Slagelse Sygehus skal være et af regionens akutsygehuse og varetage akutforpligtelsen for 210.000 indbyggere. Herudover planlægges det, at sygehuset skal varetage aktiviteter inden for de specialer, som det på grund af patientvolumen er hensigtsmæssigt, at varetage to steder i regionen. Det er bl.a. funktioner inden for klinisk onkologi, urologi, neurologi og coloncancerkirurgi.

Ekspertpanelet konkluderede følgende i forbindelse med prioriteringen af Slagelse Sygehus (somatik) i november 2008:

Ekspertpanelet vurderer på det foreliggende grundlag, at en stillingtagen til, hvorvidt der skal tildeles midler til Slagelse Sygehus i høj grad er afhængig af en række andre elementer, som ikke synes afklaret i den nuværende sygehusplan. En udbygning af Slagelse Sygehus og i givet fald størrelsen heraf vil bl.a. være afhængig af planerne for regionens øvrige sygehuse – herunder særligt planerne for Næstved Sygehus samt den fremtidige rolle for omkringliggende mindre sygehuse. Panelet finder således, at det som forudsætning for større investeringer på det somatiske område bør genovervejes, hvordan der samlet set sikres en struktur i regionen, der realiserer målsætningen om en moderne, rationel og bæredygtig struktur også på langt sigt. Panelet indstiller på den baggrund til regeringen, at projektet ikke prioriteres yderligere på det foreliggende grundlag. Dog finder ekspertpanelet, at det – for at Region Sjælland kan påbegynde etableringen af en ny akutstruktur – kan prioriteres at etablere en fælles akutmodtagelse på Slagelse Sygehus. Panelet finder, at der bør fastlægges en investeringsramme (totalramme inkl. regional egenfinansiering) for projektet på 300 mio. kr. I den forbindelse er det væsentligt, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet efterleves.

Region Sjælland har den 1. juli 2010 fået endeligt tilsagn fra regeringen til etablering af den fælles akutmodtagelse på Slagelse Sygehus. Det forventes, at akutmodtagelsen er færdig i 2013/2014.

Slagelse Sygehus (Psykiatri)

Region Sjællands projekt vedr. psykiatrien i Slagelse indebærer en samling af de to eksisterende matrikler i Dianalund og Holbæk, hvilket kan medvirke til at understøtte den faglige bæredygtighed i regionen på det psykiatriske område. Samtidig flyttes de retspsykiatriske funktioner, i Nykøbing Sj. herunder Sikringsafdelingen til psykiatrien i Slagelse Sygehus.

Ekspertpanelet konkluderede følgende i forbindelse med prioriteringen af Slagelse Sygehus (psykiatrien) i november 2008:

Ekspertpanelet finder, at projektet vedrørende samlingen af de psykiatriske funktioner i Holbæk og Dianalund i Slagelse samt flytning af den retspsykiatriske afdeling (Sikringsafdelingen) fra Nykøbing Sjælland til Slagelse i tilknytning til den øvrige retspsykiatri i regionen bør prioriteres. Med samlingen opnås tidssvarende fysiske rammer og grundlag for en forbedret kvalitet i behandlingen samt en samtidig bedre ressourceudnyttelse. Ud fra en samlet vurdering finder

panelet, at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. regional egenfinansiering) for projektet på 1,05 mia. kr.

Region Sjælland har endnu ikke ansøgt om endeligt tilsagn for projektet.

Før-screening 2009:

Der indgik ingen projekter fra Region Sjælland i før-screeningen i oktober 2010, fordi regionen havde igangsat et større arbejde vedrørende mulige scenarier for en ny sygehusstruktur i regionen, som skulle udgøre et beslutningsgrundlag for det nye regionsråds forhandlinger om en ny sygehusplan for regionen. Der blev som tidligere nævnt i marts 2010 indgået politisk aftale om en ny sygehusplan for regionen.

Fase 2 2010:

Regionen har i forbindelse med fase 2 indsendt følgende investeringsønsker:

Tabel 5.20 Regions Sjællands investeringsønsker		
Projekter	Art	Økonomi
		Samlet inv. (mia. kr.), oplyst (09-pl)
Køge Sygehus	Nybyggeri samt lidt ombygning	6,405
Slagelse Sygehus	Om- og nybyggeri	1,173
Nykøbing Falster Sygehus	Om- og nybyggeri	0,550
Holbæk Sygehus	Om- og nybyggeri	0,496
I alt		8,624

Investeringsønskerne omfatter nybyggeri (samt lidt ombygning) på hovedsygehuset i Køge. Herudover har Region Sjælland indsendt yderligere tre ansøgninger vedrørende ombygning og nybyggeri i Slagelse Sygehus, ombygning af Nykøbing Falster Sygehus og ombygning af Holbæk Sygehus.

Panelet finder regionens plan om at etablere fælles akutmodtagelser i Slagelse, Holbæk og Nykøbing Falster velbegrunder givet de geografiske forhold og regionens befolkningstæthed. Projekterne vurderes af en størrelsesorden, som bør indgå i en almindelig prioriteringsproces i forhold til regionens ordinære anlægsramme.

Køge Sygehus

Det er med den nye sygehusplan vedtaget i marts 2010 besluttet, at Køge Sygehus skal være hovedsygehuset i regionen og samtidig være et af regionens akutsygehuse, der skal varetage akutforpligtelsen for ca. 290.000 indbyggere.

Der planlægges knap 200.000 m² nybyggeri på matriklen i Køge, hvormed det samlede sygehusareal bliver ca. 255.000 m². Regionen forventer, at der skal være ca. 930 senge på Køge Sygehus. Dette bygger på en forudsætning om en øget hjemtagning af behandling fra især Region Hovedstaden svarende til 128 senge. Størsteparten af den forudsatte hjemtagning vedrører specialiserede funktioner, hvor samling allerede er påbegyndt, enten i henhold til beslutninger i regionsrådet eller som følge af Sundhedsstyrelsen udmeldinger om specialeplanlægning.

Projektet har ikke tidligere været forelagt ekspertpanelet.

Projektets rolle i en ny sygehusstruktur – såvel regionalt som for landet som helhed

Alle specialiserede funktioner inden for de enkelte specialer i form af regionsfunktioner og nogle højt specialiserede funktioner samles ét sted, som Sundhedsstyrelsen og ekspertpanelet har anbefalet. Alle de specialer, der varetages i Region Sjælland vil dermed være til stede i Køge.

Ekspertpanelets konklusion vedrørende Køge Sygehus:

Panelet vurderer, at projektet på væsentlige områder vil være i overensstemmelse med præmisserne for en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt. En samling af den specialiserede behandling i Region Sjælland på Køge Sygehus, i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger, vurderes at medvirke til forbedring af patientbehandlingen for borgerne i regionen. I forhold til dimensioneringen af Køge Sygehus vurderer panelet, at det forudsatte areal på 255.000 m² ligger betydeligt over et hensigtsmæssigt niveau. Der er tale om en femdobling af det nuværende areal for Køge Sygehus, og arealet vil samlet svare til over 60 pct. af hele regionens sygehusareal i dag på godt 400.000 m². Arealet for det nuværende Køge, Næstved og Roskilde sygehuse er i dag samlet ca. 172.000 m². På både Næstved og Roskilde er der forudsat bevaret sygehuskapacitet indenfor bl.a. specialiseret sammedags-ortopædkirurgi. Det giver efter panelets opfattelse en betydelig risiko for en samlet overkapacitet i regionen, og panelet vurderer derfor, at der er grundlag for at nedskalere projektet, også udover hvad der følger af den generelle tilpasning. Dette også i lyset af ovennævnte problematik vedrørende regionens hjemtagningssønsker bl.a. inden for thoraxkirurgi og den specialiserede kardiologi.

Panelet indstiller til regeringen, at projektet bør prioriteres. Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 4,0 mia. kr. (09-pl) jf. boks 5.4.

Boks 5.4 Dimensionering og økonomi for Køge Sygehus

Oplyst dimensionering: 254.740 m², heraf nybyggeri 197.340 m².

Oplyst økonomi: 6,4 mia. kr. (09-pl). Nybyggeri udgør 6,0 mia.kr., heraf 1,2 mia.kr. til IT/apparatur, mens ombygning udgør 0,4 mia.kr. inkl. apparatur. Af nybyggeriet udgøres knap 0,3 mia. kr. af parkering. Det giver en nybyggeripris ekskl. parkering på 29.000 kr./m².

Tilpasset maksimal investeringsramme: 4,0 mia. kr. (09-pl).

Investeringsrammen er en samlet totalramme inkl. IT/apparatur og inventar mv., forskningsarealer og regional egenfinansiering. Følgeudgifter forudsættes finansieret af regionen.

Grundlag:

Det er panelets vurdering, at den af regionen forudsatte betydelige udbygning af Køge indebærer en betydelig risiko for en samlet overkapacitet i regionen. Panelet vurderer derfor, at projektet bør nedskaleres, også udover hvad der følger af den generelle tilpasning.

Regionen har anvendt en bruttonetstofaktor på 2,0 og en arealnorm for enestuer på 35 m² netto, svarende til de forudsatte niveauer. Regionen har i sin behovsfremskrivning forudsat en stigning i ambulante behandlinger på 61 pct. mod forudsat 50 pct., og et fald i antal senge på 8,8 pct. mod forudsat 20 pct. Samlet giver det grundlag for en tilpasning af dimensioneringen af nybyggeriet med 8.300 m² (4 pct.) til 189.000 m².

Herudover er der grundlag for en generel tilpasning i dimensioneringen baseret på dels en væsentlig bedre kapacitetsudnyttelse end forudsat, dels usikkerheden med hensyn til de fremtidige behov, der tilsiger tilbageholdenhed i dimensioneringen mod til gengæld at bygge fleksibelt. Regionen har dog taget skridt til en bedre kapacitetsudnyttelse gennem en forudsætning om driftstid for apparatur mv. på 245 dage/7 timer. Den generelle tilpasning af nybyggeriet er på den baggrund 22.700 m² (12 pct.), hvilket reducerer nybyggeriarealet til 166.350 m².

Den særlige korrektion af kapaciteten som følge af, at de samlede areal og kapacitet ligger betydeligt over niveauet i dag, er fastsat til 40.000 m², eller knap 1/5 af det samlede, tilpassede areal inkl. eksisterende arealer. Det betyder et nybyggeri på 126.350 m², eller et samlet sygehusareal på 183.750 m².

Prisen per m² nybyggeri ansættes til 27.000 kr. (totaludgift inkl. apparatur mv.). Det giver en nybyggeripris på godt 3,4 mia.kr., heraf knap 0,7 mia. kr. til IT/apparatur og løst inventar. Hertil lægges 0,3 mia. kr. vedr. ombygning samt knap 0,3 mia. kr. vedr. parkering (uændret). Samlet totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering er 4,0 mia. kr., opgjort i 09-pl (svarende til 4,048 mia.kr. i 10pl).

5.6 Region Hovedstaden

5.6.1 Fakta om regionen

Der bor i alt 1,6 millioner mennesker i Region Hovedstaden. Det svarer til lidt mere end 30 pct. af landets befolkning. Regionen dækker i alt godt 2.500 km² - eller ca. seks pct. af Danmarks samlede areal. Dermed er befolkningstætheden i regionen ca. fem gange højere end landsgennemsnittet.

Region Hovedstaden er dannet ved en sammenlægning af de tidligere Frederiksborg og Københavns amter samt af det tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab (Københavns og Frederiksborg kommuner) og Bornholms Regionskommune. Der er 29 kommuner i regionen.

Tabel 5.21 Fakta om Region Hovedstaden				
Region Hovedstaden	Regionen	Hele landet	Pct. af hele landet	Antal per 1000 indb.
Indbyggertal (1.000 pers), 1. jan. 2010	1.680	5.535	30,4	-
Samlet landareal (km ²)	2.561	43.098	5,9	1,52
Behandlede borgere (somatisk), 1.000, 2009	655,3	2.225,0	29,5	0,39
Behandlede borgere (psykiatrisk), 1.000, 2009	44,6	134,3	33,2	0,03
Antal sengepladser (somatisk og psykiatrisk - 2007)	6.888	19.086	36,1	4,19
Samlet nettoindtægter (2009, mia. kr. 09-pl)	30,4	96,9	31,4	0,02
Nettodriftsudgifter, sygehuse (Regnskab 2009, mia. kr. 09-pl)	21,9	69,1	31,7	-
Gns. liggetid (somatisk), dage, 2009	3,9	3,9	-	-
Produktivitetsniveau 2008, somatik**	96	100	-	-
*Ekskl. fælles formål og administration				
** Pct. af landsgennemsnitlig produktivitet				
Kilde: Danmarks Statistik samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet				

Note: Det bemærkes, at Region Hovedstaden behandler mange borgere fra andre regioner og derfor kan have en højere andel af sengepladser i forhold til antal indbyggere

5.6.2 Samling af funktioner og specialer på færre enheder

Region Hovedstaden består i dag af 12 somatiske hospitalsenheder fordelt på 16 matrikler: Amager Hospital (fordelt på to matrikler), Bispebjerg Hospital, Bornholms Hospital, Frederiksborg Hospital, Frederikssunds Hospital (med matrikel i Esbønderup), Gentofte Hospital, Glostrup Hospital, Herlev Hospital, Helsingør Hospital, Hvidovre Hospital, Hillerød Hospital (med matrikel i Hørsholm) og Rigshospitalet (med matrikel i Hornbæk).

Psykiatrien i Region Hovedstaden er samlet i en organisatorisk enhed fordelt på 16 psykiatriske centre, hvoraf tre centre er børne- og ungdomspsykiatriske centre, tre centre er specialiserede enheder og 10 er almenpsykiatriske centre.

Den 18. maj 2010 blev der i Region Hovedstaden indgået en politisk aftale om en revision af hospitals- og psykiatriplanen fra 2007. Den ny hospitals- og psykiatriplan er under udarbejdelse og kan ifølge regionen først færdiggøres, når regeringen har udmeldt de endelige tilsagn til Region Hovedstaden.

Antal sygehusmatrikler	2010	2020
Somatik	16 ¹⁾	9 ²⁾
Psykiatri	15 ³⁾	11

¹⁾ Amager - 2 matrikler (Hans Bogbinders Allé og Italiensvej), Bispebjerg, Bornholm, Esbønderup, Frederiksberg, Frederikssund, Gentofte, Glostrup, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Hørsholm, Rigshospitalet, Hornbæk

²⁾ Frederiksberg, Sct. Elisabeth, Hillerød, Helsingør, Frederikssund, Esbønderup, Hørsholm og Hornbæk lukkes. På Helsingør, Hillerød og Frederiksberg beholdes arealer og bygninger, der er nødvendige for opretholdelse af psykiatri mm. Der købes grund til nyt hospital ved Hillerød

³⁾ PC København - 2 matrikler (Bispebjerg Bakke og Rigshospitalet), PC Nordsjælland - 3 matrikler (Frederikssund, Hillerød og Helsingør), PC Sct. Hans - 2 matrikler (øst- og vestområdet, hvor vestområdet frasælges)

⁴⁾ PC Ballerup og PC Gentofte fusioneres i Ballerup, PC Københavns aktiviteter samles på Bispebjerg Bakke, PC Nordsjællands sengeafsnit i Frederikssund lukkes.

Den politiske aftale fra maj 2010 indebærer, at der i regionen vil være ni sygehusmatrikler for somatik og 11 sygehusmatrikler for psykiatri. De somatiske sygehusmatrikler reduceres betydeligt med i alt syv og de psykiatriske matrikler samles på 11 matrikler i stedet for 15. Med hospitalsplanen fra 2007 indeles Region Hovedstaden i fire planlægningsområder: Nord, Midt, Byen, Syd. Hvert planlægningsområde har et befolkningsunderlag på 310.000 - 460.000 indbyggere. Alle hospitalerne i regionen er tilknyttet ét planlægningsområde med undtagelse af Rigshospitalet og Bornholms Hospital, som begge har særstatus pga. hhv. varetagelse af specialfunktioner og geografiske forhold. Formålet er, at hospitalerne inden for det enkelte planlægningsområde skal samarbejde om opgavevaretagelsen og sikre hensigtsmæssige patientforløb.

På områdehospitalerne varetages akut behandling af kirurgiske og medicinske specialer, og der etableres en fælles akutmodtagelse, der fungerer som den primære og fælles indgang for akutte behandlingskrævende sygdomme og lidelser. De fire områdehospitaler er:

Hvidovre Hospital (Syd)
 Bispebjerg Hospital (Byen)
 Herlev Hospital (Midt)
 Hillerød Hospital (Nord)

Nærhospitalerne skal ikke varetage akut kirurgi, men kan tilbyde planlagte kirurgiske patientforløb. De tre nærhospitaler i regionen er ifølge den politiske aftale fra 2010:

Glostrup Hospital (Syd)
 Amager Hospital (Syd)
 Gentofte Hospital (Midt)

Figur 5.5 Fremtidig sygehusstruktur i Region Hovedstaden



Rigshospitalet er som nævnt specialhospital med traumecenter, og varetager desuden gynækologi, fødsler og behandling af børn for planlægningsområde Byen. På hospitalet bygges en Nordfløj med udgangspunkt i det af regionsrådet vedtagne ideoplæg og inden for den økonomiske ramme, regeringen har givet forhåndstilsagn om. Frederiksberg og Bispebjerg hospitaler fusioneres til et nyt hospital på Bispebjerg Hospitals matrikel. Det ny Bispebjerg Hospital skal bl.a. rumme den medicinske og den ortopædkirurgiske del af Frederiksberg Hospital og hele Bispebjerg Hospital. Urologiske patienter flyttes til Rigshospitalet og øjenpatienter til Glostrup Hospital. Med undtagelse af de arealer og bygninger, der skal rumme Psykiatrisk Center Frederiksberg, sælges Frederiksberg Hospital. Bornholms Hospital varetager grundet geografien de mest almindelige behandlinger og knyttes organisatorisk til Rigshospitalet.

Overordnet fastholdes opgaverne for hospitaler i planlægningsområde Nord, hvor et nyt hospital ved Hillerød vil være omdrejningspunktet. Hospitalerne i Helsingør, Frederikssund og Hillerød fusioneres på et nybygget hospital ved Hillerød. Regionen vil sælge de tre matrikler samt Esbønderup med undtagelse af de arealer og bygninger, der er nødvendige for opretholdelse af psykiatri i Hillerød og Helsingør.

I planlægningsområde Midt ombygges Herlev Hospital med udgangspunkt i det vedtagne ideoplæg og inden for den økonomiske ramme, som regeringen har givet forhåndstilsagn om. Gen-

tofte Hospitals elektive funktion gøres fleksibel, så de fremtidige funktioner løbende tilpasses til regionens behov, og på kort sigt udvides Gentofte Hospital med ortopædkirurgiske patienter fra Hørsholm. Renoveringen af hospitalet vil ske i takt med økonomiske muligheder.

I planlægningsområde Syd ombygges Hvidovre Hospital med udgangspunkt i det vedtagne ideoplæg og inden for den økonomiske ramme, regeringen har givet forhåndstilsagn om. For Glostrup Hospital fastholdes profilen fra hospitalsplanen fra 2007, og Videntcenter for ryg sygdomme er etableret, og de fysiske rammer er under modernisering. Desuden flyttes Respirationscenter Øst snarest fra Rigshospitalet til Glostrup Hospital. Afsnittet for traumatisk hjerneskadede flyttes fra Hvidovre Hospital til Glostrup Hospital og klinik for rygmærskskadede flyttes til Glostrup Hospital fra Hornbæk. Amager Hospital samles på Italiensvej efter moderniseringer.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet vurderer overordnet set, at Region Hovedstaden har udarbejdet en plan, der på væsentlige områder er i overensstemmelse med præmisserne om en rationel og moderne sygehusstruktur, også på længere sigt. Der sker en væsentlig koncentration af behandlingen på færre enheder, hvor mange af de mindre sygehuse lukkes helt. Rigshospitalet samt fire områdesygehuse med fælles akutmodtagelser forekommer at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet i betragtning af befolkningsunderlag og regionens geografi.

Panelet vurderer i forlængelse heraf, at det er vigtigt, at planen implementeres som tiltænkt, herunder at de planlagte samlinger af funktioner og lukninger af mindre enheder effektueres.

5.6.3 Særligt om akutområdet og den præhospitale indsats

Der oprettes fælles akutmodtagelse på regionens fire områdehospitaler. Herudover bevarer Rigshospitalet status som traumecenter og Bornholms Hospital fortsætter af geografiske årsager med den eksisterende akutfunktion. Af budgetaftalen for 2011 fremgår det, at regionen vil iværksætte en analyse, der vil ligge færdig i juni 2011, af tilgængelighed, åbningstider, ressourcer og kvalitet på regionens skadestuer samt samspil med lægevagten. Akutskadeklinikker fx i sundhedshuse med lægevagt i Helsingør og Frederikssund skal indgå i en ny præhospitalstænkning. Der gennemføres et udviklingsarbejde om nære akutskadeklinikker koblet til sundhedshuse (sundhedscentre).

Akutbetjeningen i regionen	2010	2015	2020
Antal fælles akutmodtagelser	0 (12)	4	4
- befolkningsunderlag modtagelse Hillerød Hospital (NORD)	309.102	316.211	317.117
- befolkningsunderlag modtagelse Herlev Hospital (MIDT)	423.792	424.209	422.424
- befolkningsunderlag modtagelse Hvidovre Hospital (SYD)	458.792	483.506	496.537
- befolkningsunderlag modtagelse Bispebjerg Hospital (BYEN)	400.094	401.151	403.623
Andel akut medicinske patienter indlagt uden om fælles akutmodtagelser	-	-	-
Skadestuer mv.			
Antal akutklinikker, skadestuer, skadestruer eller lignende. Det angives, hvorvidt der er lægebetjening, om der er åbent for selvhenvendende samt evt. åbningstid	11 (alle døgnåbne, 7 lægebetjente+åbne for selvhenvendende)	7	4 ¹⁷

¹⁷ Som beskrevet er igangsat et arbejde om nære akuttilbud. Antallet 4 dækker over døgnåbne akutmedicinske modta-geafsnit og skadestueskadestuer på nærhospitalerne: Gentofte, Glostrup, Amager og Bornholm.

Sundhedsstyrelsen påpeger, at hospitalsplanen fra 2007 ikke følger anbefalingen om visiteret adgang til akutmodtagelser. Så vidt ekspertpanelet er informeret, er der ikke planer om at ændre dette forhold.

Præhospital indsats

Region Hovedstaden har i 2009 etableret egen regional vagtcentral. Vagtcentralen varetager al ambulancekørsel og liggende sygetransport i regionen, dvs. modtager bestilling, prioriterer og disponerer relevante køretøjer til opgaverne, (både akutte og ikke akutte ambulancekørsler, lægebilkørsel og liggende sygetransporter). Vagtcentralen har et samlet overblik over de præhospitale ressourcer og modtager bestillinger fra 112, hospitaler og lægevagten samt bestillinger og forespørgsler fra andre akutfunktioner samt myndigheder.

Den er fysisk placeret i egne lokaler på Herlev Hospital og vagtcentralpersonalet omfatter erfarne tekniske disponenter suppleret med sundhedsfagligt personale i form af ambulancebehandlere, sygeplejersker og en lægelig vagthavende.

AMK varetager den koordinerende rolle for det operative sundhedsberedskab i regionen. Planen er at samtænke AMK med de øvrige akutte funktioner på regionens vagtcentral, for derved at samle erfaring og ressourcer i en fælles organisatorisk og fysisk enhed.

Region Hovedstaden samarbejder med Region Sjælland om dækning af grænseområderne. Desuden samarbejdes med Region Skåne om gensidig assistance ved større ulykker.

Der er pt. 47 ambulanceberedskaber fordelt på 38 døgnambulancer med 24 timers aktivitet og 9 ambulancer med 12 timers aktivitet. 12 af døgnberedskaberne er bemanded med en paramediciner og en assistent og skal fortrinsvis disponeres til de mest akutte opgaver. I alt har Regionen udstyret 90 køretøjer, inklusiv reserveenheder og akutlægebiler.

Regionen har et mål om, at 90 pct. af kørslerne skal være fremme inden for 13 minutter, og dette er opfyldt.

Region Hovedstaden har fire lægebiler, som disponeres til akutte livstruende tilstande som supplement til ambulanceberedskabet. Lægebilerne er aktuelt placeret i det centrale København (planområdet Byen, døgndækkende) og (planområdet Byen kl. 8 – 20), Herlev Hospital (planområdet midt), Hillerød Hospital (planområde Nord, døgndækkende) og Hvidovre Hospital (planområde Syd, kl. 8 – 20). Regionen ejer og driver selv alle lægebilerne. Lægebilerne har tilsammen ca. 13.500 udrykninger årligt.

Region Hovedstaden og Region Sjælland har modtaget en donation fra TrygFonden til at etablere en forsøgsordning med en akutlægehelikopter. Forsøgsperioden løber fra maj 2010 og 1½ år frem. Som led i donationen indgår en sundhedsfaglig og samfundsøkonomisk evaluering og et tilhørende phd-forløb. Lægehelikopteren er bemanded med en pilot, en paramediciner samt en speciallæge i anæstesiologi. Lægehelikopteren har base centralt på Sjælland i Ringsted for at kunne nå yderområderne indenfor 25 minutter. Disponering af lægehelikopteren sker fra regionernes vagtcentraler.

Region Hovedstaden anvender i dag telemedicin til hjertepatienter og ambulancer og akutlægebiler kan via overvågnings- og bemandingsudstyr sende hjertediagrammer (EKG) til en hjertespecialist på de to hospitaler med døgndækkende invasiv kardiologi. Regionen støtter etablering af en elektronisk ambulancejournal til den præhospitale indsats og udbygning af de telemedicinske muligheder inklusiv direkte kommunikation af data til de fælles akutmodtagelser.

I Region Hovedstaden har lægevagtsordningen ti faste konsultationssteder.

Bornholm udgør et særligt geografisk område for Region Hovedstaden, idet der ikke er tilstrækkelig befolkningsunderlag til en fælles akutmodtagelse. Der vil på Bornholm være en akutfunktion, som kan modtage og stabilisere patienter inden en evt. overflytning til Rigshospitalet. Dette foregår i dag med forsvarets helikoptere. Den præhospitale indsats på Bornholm planlægges udbygget med en sygeplejerske- og/eller paramedicinerbemandet ambulance.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet finder det problematisk, at regionen planlægger uvisiteret adgang til de fælles akutmodtagelser, hvilket er i uoverensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger og må vurderes som en væsentlig forudsætning for, at de fælles akutmodtagelser kommer til at fungere efter hensigten.

Herudover konstaterer panelet, at akutudvalget, der har til opgave nærmere at vurdere og kortlægge behovet for kapacitet og organisering af det præhospitale beredskab i tilknytning til den fremtidige sygehusstruktur har konkluderet:

- *At der i alle regioner er sket en markant udvidelse af den præhospitale indsats over de seneste år, samt at der er tale en løbende udviklingsproces.*
- *At der i alle regioner er et net af præhospitale enheder i form af ambulanceberedskaber, akutbiler, lægebiler mv. samt inddragelse af øvrige beredskaber og særlige ordninger med førstehjælper/nødbehandlere/akutbehandlere, der samlet sikrer dækning af alle geografiske områder.*
- *At der i visse områder med store afstande kan konstateres relativt høje responstider for ambulancekørsel, men at en vurdering af det samlede præhospitale beredskab også skal inddrage de øvrige præhospitale ressourcer.*
- *At regionerne har etableret en række forskellige løsninger til sikring af tryghed i udkantsområderne, der bl.a. afspejler de forskellige lokale udfordringer.*

Panelet betragter på den baggrund de iværksatte tiltag samt beskrevne planer for de enkelte regioners initiativer på det præhospitale område som betryggende.

5.6.4 Sammenhæng med andre regioner

Region Hovedstadens hospitalsplan skal ses i sammenhæng med planen for naboregionen Region Sjælland. I 2007 lå Region Sjællands egenproduktionsandel på ca. 84 pct., men regionen har en ambition om at bringe tallet op på ca. 95 pct. Region Hovedstaden forudsætter indtil videre en uændret dækning i forhold til Region Sjælland i sine beregninger. Dette sker bl.a. ud fra en vurdering af, at en gradvis hjemtagning vil blive modsvaret af en stigning i antallet af behandlinger, som ikke er fremskrevet for så vidt angår ”fremmedpatienter”.

Det bemærkes, at der i dag er et samarbejde mellem de to regioner bl.a. vedrørende den specialiserede behandling på hjerte- og kræftområdet.

Ekspertpanelets vurdering:

Ekspertpanelet finder, at den fremtidige dækning i forhold til indbyggere i Region Sjælland må afklares mellem regionerne.

5.6.5 Større strukturelle anlægsprojekter i regionen

Fase 1 2008:

Regionen fik med ekspertpanelets indstilling i november 2008 og regeringens udmelding i januar 2009 foreløbigt tilsagn fra regeringen til en ud- og nybygning på Rigshospitalet, Herlev Hospital, Hvidovre Hospital og Psykiatrisk Center Sct. Hans. Ekspertpanelet fandt på daværende tidspunkt ikke, at der ud fra en samlet afvejning var rationale for så betydelige investeringer

som af regionen forudsat for Bispebjerg, og vedrørende en fælles akutmodtagelse på Hillerød Hospital fandt ekspertpanelet ikke, at den burde realiseres på det foreliggende grundlag.

Herlev Hospital, Rigshospitalet, Hvidovre Hospital og Psykiatrisk Center Sct. Hans

Ekspertpanelet konkluderede i forbindelse med Region Hovedstadens projekter i november 2008, at projekterne på Herlev og Hvidovre hospitaler bør prioriteres ud fra en samlet vurdering. Rationalet for Herlev er, at projektet i sig selv indebærer en betydelig samling af funktioner og udvidet kapacitet, og at Herlev med sikkerhed vil skulle spille en central rolle i en fremtidig sygehusstruktur, herunder varetage regionsfunktioner. Ligeledes vurderes Hvidovre Hospital med sikkerhed at have en betydelig rolle i en fremtidig struktur.

Herudover konkluderede panelet, at der bør ske en prioritering af projektet vedrørende etablering af en ny nordfløj på Rigshospitalet, da Rigshospitalet også fremover vil være et centralt omdrejningspunkt ikke blot for Region Hovedstaden, men for den højt specialiserede behandling i Danmark som helhed.

Endelig konkluderede panelet, at regionen på det psykiatriske område har udarbejdet en plan, der har perspektiver i forhold til en langsigtet bæredygtighed, og at udbygningen af Psykiatrisk Center Sct. Hans bør prioriteres.

Ekspertpanelet har endnu ikke modtaget ansøgninger om endelig godkendelse for nogle af de fire ovennævnte projekter.

Før-screening 2009:

Ved før-screeningen i juni 2009 indsendte regionen nye projekter vedrørende Bispebjerg, Glostrup, Frederikssund og Hillerød hospitaler. Ekspertpanelet konkluderede, at det på baggrund af en gennemgang af det fremsendte materiale og den efterfølgende dialog med regionen, at en om- og nybygning af Bispebjerg Hospital og et nyt barmarkshospital ved Hillerød vurderes i overensstemmelse med en moderne sygehusstruktur og de fastlagte principper. Regeringen udmeldte i oktober 2009, at et nyt barmarkshospital ved Hillerød og en om- og nybygning af Bispebjerg Hospital indgår i fremtidens sygehusstruktur.

Panelets screening efteråret 2009 vedrørende Bispebjerg Hospital: ”På baggrund af en gennemgang af materialet og den stedfundne dialog kan panelet tilkendegive, at det fremsendte projekt vedr. Bispebjerg Hospital vurderes i overensstemmelse med en moderne sygehusstruktur og de fastlagte principper.

Panelet har i den forbindelse lagt vægt på, at der med projektet etableres et nærmest nyt somatisk hospital, og der samtidig skabes rammer for en samling af psykiatrien for området Byen. Panelet har endvidere lagt vægt på, at Bispebjerg Hospital fremadrettet skal fungere som et hospital med fælles akutmodtagelse for et befolkningsunderlag på ca. 400.000 indbyggere.

Panelet forudsætter som forudsætning for en positiv prioritering i forbindelse med fase 2, at der udarbejdes et samlet og sammenhængende projektforslag med en dimensionering og økonomi, der afspejler ekspertpanelets tilgang. Panelet har noteret, at panelets tilgang ikke er lagt til grund for regionens beregninger vedr. Bispebjerg. Det bemærkes i den forbindelse, jf. panelets rapport fra 2008, at en efterlevelse af Sundhedsstyrelsens akutanbefalinger af panelet vurderes at være af en mere begrænset størrelsesorden end anslået af regionen. Panelet bemærker endvidere, at beregninger og begrundelser for dimensioneringen af nyt psykiatrisk afsnit er meget skitseagtige, samt at der udestår en redegørelse for anvendelsen af de arealer på Rigshospitalet, der fraflyttes som led i projektet.”

Panelets screening efteråret 2009 vedrørende Hillerød Hospital: ”Panelet kan endvidere tilkendegive, at man ved en samlet vurdering af de to alternativer for Hillerød vurderer, at et barmarkssygehus vil være mest i overensstemmelse med en moderne sygehusstruktur og de fastlagte principper. Panelet vurderer, at et nyt byggeri vil understøtte en effektiv og rationel drift, herunder en forbedring af patientbehandlingen og en væsentlig forbedring af ressourceanvendelsen i den nordlige del af regionen med et befolkningsunderlag på 310.000 indbyggere.

Panelet har i den forbindelse lagt vægt på, at en udbygning af det nuværende hospital til en god og moderne standard vil indebære behov for betydelige investeringer. Eksisterende bygningsmasse vil give problemer for fremtidig logistik og funktionalitet, og desuden vil man kunne opnå en mere effektiv løsning i et barmarkssygehusprojekt. Det bemærkes, at en eventuel flytning af psykiatrien til ny matrikel efter panelets opfattelse bør revurderes senere, således at der først sker en realisering af flytningen af somatikken.

Panelet forudsætter i forhold til en positiv prioritering af et barmarkssygehus i forbindelse med fase 2, at der udarbejdes et samlet og sammenhængende projektforslag med en dimensionering og økonomi, der afspejler ekspertpanelets tilgang. Endvidere finder panelet fortsat, at der er behov for en revurdering af sygehusplanen for akutbetjeningen i den nordlige del af regionen, som også vil muliggøre en samlet set mere rationel drift med færre matrikler”.

Fase 2 2010:

Regionens investeringsønsker for de to projekter er sammenfattet i nedenstående tabel.

Tabel 5.24 Region Hovedstadens investeringsønsker		
Projekt	Art	Økonomi
		Samlet inv. (mia. kr.), oplyst
Bispebjerg Hospital	Om- og nybyggeri, inkl. psykiatri	4,88
Hillerød Hospital	Nybyggeri	4,904
I alt		9,784

Note: Oplyst prisniveau ved byggeomkostningsindeks 120,5 (2. kv. 2008 og 2. kv. 2009).

Opgørelsen udtrykker totaludgiften ekskl. moms, inkl. medicoteknisk udstyr, apparatur og inventar mv, herunder entreprisedgifter, byggestyring og projekteringsudgifter, genhusningsudgifter, veje og P-arealer.

Om- og nybygning af Bispebjerg Hospital

Region Hovedstaden planlægger at om- og nybygge på den nuværende matrikel på Bispebjerg. Bispebjerg og Frederiksberg hospitaler fusioneres til et om- og nybygget hospital, og Frederiksberg Hospital sælges. Regionen planlægger opførelse af et nyt, somatisk hospital på Bispebjerg på i alt 107.100 m², og ombygning af eksisterende bygninger til brug for somatikken på i alt 64.200 m². Derudover skal der på det psykiatriske område ske en ombygning og overdragelse af pavilloner til psykiatrisk formål på i alt 48.400 m² samt nybygges til psykiatrien på i alt 20.000 m². Endeligt skal der etableres i alt 500 nye parkeringspladser. Den samlede investering er af regionen vurderet til 4,9 mia. kr.

Det ny Bispebjerg Hospital skal bl.a. indeholde en fælles akutmodtagelse, en samlet operationsgang, opvågning, intensiv og røntgenafdeling samt sengeafsnit.

Pavillonerne vil i løbet af de tre etaper overgå til Psykiatrisk Center København. Der planlægges endvidere etableret en ny akutmodtagelse for psykiatriske patienter, og til børne- og ungdomspsykiatrien ønskes der bygget et samlet areal på 9.900 m².

Ekspertpanelets konklusion vedrørende Bispebjerg Hospital:

Panelet vurderer, at projektet på væsentlige områder vil være i overensstemmelse med præmisserne for en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt. Bispebjerg skal være område hospital med fælles akutmodtagelse for ca. 400.000 indbyggere. Panelet vurderer, at realiseringen af den nye somatiske struktur bør prioriteres, idet den psykiatriske del af projektet bør baseres på en regional prioritering indenfor de almindelige anlægsrammer.

Panelet indstiller til regeringen, at projektet bør prioriteres. Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 2,95 mia. kr. (09-pl) jf. boks 5.5.

Boks 5.5 Dimensionering og økonomi for Bispebjerg Hospital

Oplyst dimensionering: 171.000 m² (ekskl. psykiatriske arealer), heraf nybyggeri 107.100 m². Oplyst økonomi: 3,6 mia. kr. (09-pl). Nybyggeri udgør knap 3,2 mia.kr., heraf 0,4 mia.kr. til IT/apparatur, mens parkering udgør godt 60 mio.kr. Det giver en nybyggeripris ekskl. parkering på 29.100 kr./m².

Tilpasset maksimal investeringsramme: 2,95 mia. kr. (09-pl).

Investeringsrammen er en samlet totalramme inkl. IT/apparatur og inventar mv. og regional egenfinansiering. Psykiatridelen af projektet forudsættes at indgå i regionens almindelige anlægsprioritering.

Grundlag:

Regionen har anvendt en bruttonetofaktor på 2,0 og en arealnorm for enestuer på 35 m² netto, svarende til de forudsatte niveauer.

Der er grundlag for en generel tilpasning i dimensioneringen baseret på dels en væsentlig bedre kapacitetsudnyttelse end forudsat, dels usikkerheden med hensyn til de fremtidige behov, der tilsiger tilbageholdenhed i dimensioneringen mod til gengæld at bygge fleksibelt. Regionen har dog taget skridt til en bedre kapacitetsudnyttelse gennem en forudsætning om driftstid for apparatur mv. på 245 dage/7 timer. Den generelle tilpasning er på den baggrund 12.800 m² (12 pct.), hvilket reducerer nybyggeriarealet til 94.300 m², svarende til et samlet sygehusareal på 158.200 m².

Prisen per m² nybyggeri ansættes til 27.000 kr. (totaludgift inkl. apparatur mv.). Det giver en nybyggeripris på godt 2,5 mia.kr., heraf 0,5 mia. kr. til IT/apparatur og løst inventar. Hertil lægges udgifter vedr. ombygning på godt 0,3 mia.kr. og parkeringsudgifter på 60 mio.kr. (uændret). Samlet totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering er 2,95 mia. kr., opgjort i 09-pl (svarende til 2,985 mia.kr. i 10pl).

Nybyggeri ved Hillerød

Region Hovedstaden planlægger at nedlægge det nuværende hospitaler Helsingør, Frederikssund og Hillerød og fusionere dem på et nybygget hospital ved Hillerød. Det nye hospital planlægges til at rumme bl.a. fælles akutmodtagelse, ca. 662 enestuer og 26 specialer. Det er beregnet til et areal på ca. 161.000 m² brutto. Den samlede investering er af regionen vurderet til 4,9 mia. kr. og det forventes, at hospitalet er klar til ibrugtagning i 2020.

Ekspertpanelets konklusion vedrørende Hillerød Hospital:

Panelet vurderer, at projektet på væsentlige områder vil være i overensstemmelse med præmisserne for en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt. En samling af matriklerne i Nordsjælland i et nybygget hospital ved Hillerød vil understøtte en effektiv og rationel drift, herunder en forbedring af patientbehandlingen og en væsentlig forbedring af ressourceanvendelsen i den nordlige del af regionen med et befolkningsunderlag på 310.000 indbyggere.

Panelet indstiller til regeringen, at projektet bør prioriteres. Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at der bør fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) for projektet på 3,8 mia. kr. (09-pl) jf. boks 5.6

Boks 5.6 Dimensionering og økonomi for Hillerød Hospital

Oplyst dimensionering: 161.430 m².

Oplyst økonomi: 4,9 mia. kr. (09-pl). Nybyggeri udgør knap 4,8 mia.kr., heraf 0,8 mia.kr. til IT/apparatur og godt 0,1 mia.kr. til infrastruktur udenfor matriklen, mens parkering udgør godt 0,1 mia.kr. Det giver en nybyggeripris ekskl. parkering og udgifter uden for matrikel på godt 29.200 kr./m².

Tilpasset maksimal investeringsramme: 3,8 mia. kr. (09-pl).

Investeringsrammen er en samlet totalramme inkl. IT/apparatur og inventar mv. og regional egenfinansiering. Udgifter til infrastruktur uden for matriklen omfattes ikke. Følgeudgifter forudsættes finansieret af regionen.

Grundlag:

Regionen har anvendt en bruttonetofaktor på 2,0, svarende til det forudsatte niveau.

Der er grundlag for en generel tilpasning i dimensioneringen baseret på dels en væsentlig bedre kapacitetsudnyttelse end forudsat, dels usikkerheden med hensyn til de fremtidige behov, der tilsiger tilbageholdenhed i dimensioneringen mod til gengæld at bygge fleksibelt. Regionen har dog taget skridt til en bedre kapacitetsudnyttelse gennem en forudsætning om driftstid for apparatur mv. på 245 dage/7 timer. Den generelle tilpasning er på den baggrund 19.400 m² (12 pct.), hvilket reducerer arealet til 142.100 m².

Der er endvidere foretaget en specifik tilpasning af dimensioneringsgrundlaget på 6.000 m², der afspejler panelets vurdering af risiko for overdimensionering, bl.a. afledt af relativt høje, gennemsnitlige sengestuearealer. Det samlede dimensioneringsgrundlag er dermed 136.100 m².

Prisen per m² nybyggeri ansættes til 27.000 kr. (totaludgift inkl. apparatur mv.). Det giver en nybyggeripris på knap 3,7 mia.kr., heraf godt 0,7 mia. kr. til IT/apparatur og løst inventar. Hertil lægges 0,13 mia. kr. vedr. parkering (uændret). Samlet totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering er 3,8 mia. kr., opgjort i 09-pl (svarende til 3,846 mia.kr. i 10pl).

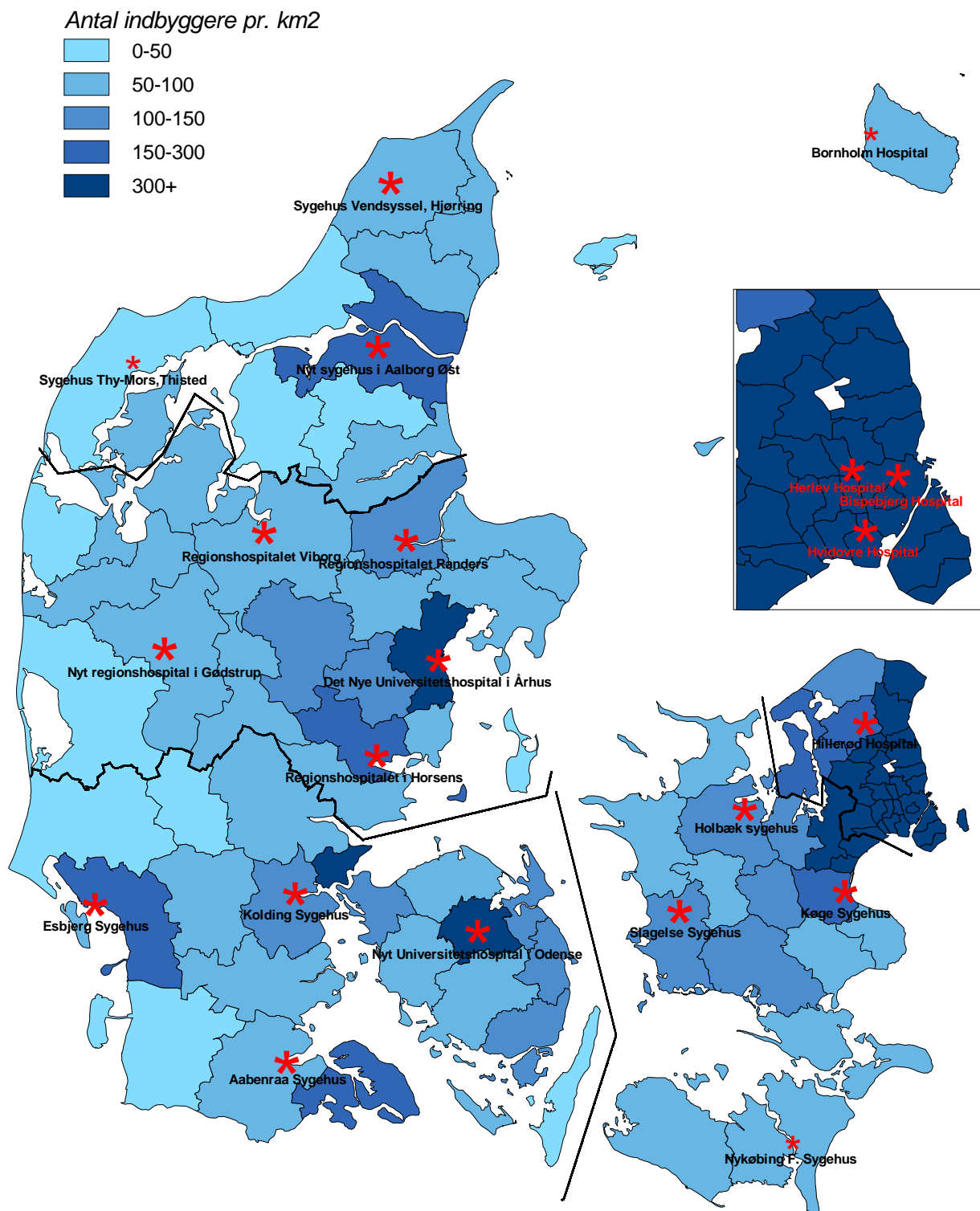
Psykiatrien i Region Hovedstaden



Region Hovedstaden indsendte i forbindelse med fase 1 en række projekter som følge af regionens psykiatriplan og fik i den forbindelse forhåndsgodkendt en udbygning af Psykiatrisk Center Sct. Hans. I fase 2 indgår psykiatrien i det indsendte projekt på Bispebjerg. Efter det oplyste vurderer panelet, at de to dele af Bispebjergprojektet i princippet godt kan adskilles. Region Hovedstaden forudsættes selv at finansiere psykiatrien.

5.7 Sammenfatning på de fem regioner

Ekspertpanelets samlede indstillinger og vurderinger af de regionale planer peger på en fremtidig sygehusstruktur med i alt 18 akutsygehuse (plus Rigshospitalet), samt 3 sygehuse med modificeret akutfunktion (Bornholms Hospital, Sygehus Thy-Mors Thisted og Nykøbing F Sygehus), jf. nedenstående kort. En række specialiserede sygehuse som fx Rigshospitalet og Vejle er ikke medtaget på kortet, idet de ikke skal være akutsygehuse.

Figur 5.1. Placering af somatiske akutsygehuse i forhold til befolkningstæthed (jf. fig. 3.2)



-  = Sygehus med fælles akutmodtagelser (i alt 18)
 = Sygehus med modificeret akutfunktion (i alt 3)

6. Ekspertpanelets indstilling til regeringen

Panelet indstiller, at de kommende finansieringstilsagn ledsages af en række *forudsætninger* og *anbefalinger*.

Forudsætningerne vedrører forhold, som efter panelets opfattelse bør være tilvejebragt, inden der gives endelige tilsagn. Der er således tale om bindende forudsætninger.

Anbefalingerne vedrører forhold, som er centrale i forhold til den fremtidige struktur, og som derfor også principielt bør være gennemført som forudsætning for de endelige tilsagn. Regionernes realisering af disse forhold kan imidlertid strække sig ud over den periode, hvor de endelige tilsagn til de enkelte projekter udmøntes, og panelet har derfor valgt at fremlægge disse forhold som anbefalinger, således de ikke tidsmæssigt blokerer for det endelige tilsagn.

Region Nordjylland:

Ekspertpanelet vurderer overordnet set, at Region Nordjylland har udarbejdet en plan, der på væsentlige områder er i overensstemmelse med præmisserne om en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt. Der sker en koncentration af behandlingen på færre enheder, nogle matrikler lukkes helt, og regionen følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger for så vidt angår de fælles akutmodtagelser. Et højt specialiseret sygehus i Aalborg og i alt to fælles akutmodtagelser samt en akutfunktion i Thisted i formaliseret samarbejde med Aalborg Sygehus forekommer at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet i betragtning af befolkningsunderlaget og regionens geografi.

Ekspertpanelet støtter en samling af de nuværende funktioner på sygehusene i Aalborg Syd og Aalborg Nord på én matrikel, og panelet vurderer, at der i det indsendte projekt er fundet en fornuftig genanvendelse af medicinerhuset og onkologibygningen på Sygehus Syd.

Panelet har i løbet af 2009 været i dialog med Region Nordjylland og drøftet supplerende materiale og på baggrund heraf anbefaler panelet, at en samling af funktionerne fra Aalborg Sygehus Syd og Sygehus Nord ved nybyggeri i Aalborg Øst bør prioriteres. Aalborg Sygehus har uanset regionsgrænser en central placering, hvor også området omkring Viborg vil kunne 'føde' Aalborg Sygehus med patienter, der har behov for højt specialiseret behandling. Ud fra en samlet vurdering indstiller panelet, at der fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 4,1 mia. kr. (09-pl) til nybyggeri i Aalborg Øst.

Ekspertpanelet indstiller samlet til regeringen, at der for Region Nordjylland fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 4,1 mia. kr. (09-pl) til nybyggeri i Aalborg Øst. Investeringsrammen erstatter tidligere indstillet investeringsramme i fase 1 på 3,2 mia. kr. (09-pl). Ekspertpanelet indstiller samtidig, at der fastlægges en række forudsætninger for et endeligt statsligt tilsagn om kvalitetsfondsmidler:

- at der for det prioriterede projekt udarbejdes en mere detaljeret projektbeskrivelse mv. inden for den fastlagte samlede investeringsramme (jf. økonomiaftalen for 2009).
- at der foreligger klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospital indsats udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver.
- at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede enheder, som ligger ud over de almindelige løbende produktivitetsforbedringer i sygehusvæsenet. Niveaue fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.

Herudover anbefaler ekspertpanelet:

- at akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse, jf. Sundhedsstyrelsens akutrapport.
- at der ikke realiseres et nyt sygehus Himmerland.

Region Midtjylland:

Ekspertpanelet vurderer overordnet set, at Region Midtjylland har udarbejdet en plan, der på væsentlige områder er i overensstemmelse med præmisserne om en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt. Der sker en koncentration af behandlingen på færre enheder, en del af de mindre sygehuse lukkes helt, og regionen følger i det væsentligste Sundhedsstyrelsens anbefalinger, for så vidt angår de fælles akutmodtagelser. Et universitetshospital, der samler de højt specialiserede hospitalsfunktioner, og i alt fem fælles akutmodtagelser forekommer at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet i betragtning af befolkningsunderlaget og regionens geografi.

Ekspertpanelet støtter en samling af matriklerne i Vestjylland. Panelet har i løbet af 2009 været i dialog med Region Midtjylland og drøftet supplerende materiale og på baggrund heraf anbefaler panelet, at en samling af hospitalerne i Vestjylland ved nybyggeri i Gødstrup bør prioriteres. Regionshospitalet skal være akuthospital for et optageområde på ca. 5.000 km². Ud fra en samlet vurdering indstiller panelet, at der fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 3,15 mia. kr. (09-pl) til nybyggeri i Gødstrup.

Panelet finder regionens plan om at etablere fælles akutmodtagelser i Horsens og Randers velbegrundet givet de geografiske forhold og regionens befolkningstæthed. Projekterne vurderes af en størrelsesorden, som bør indgå i en prioriteringsproces i forhold til regionens ordinære anlægsramme.

Ekspertpanelet finder det generelt fornuftigt at samle den psykiatriske behandling på færre enheder og i den forbindelse sikre et tættere samarbejde med somatikken. Ekspertpanelet finder dog, at flytningen af psykiatrien (Risskov) til DNU i Skejby først bør realiseres efter flytningen af somatikken.

*Ekspertpanelet indstiller samlet til regeringen, at der for Region Midtjylland fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 3,15 mia. kr.(09-pl) til Regionshospitalet i Gødstrup. Ekspertpanelet **indstiller** samtidig, at der fastlægges en række forudsætninger for et endeligt statsligt tilsagn om kvalitetsfondsmidler:*

- *at der for det prioriterede projekt udarbejdes en mere detaljeret projektbeskrivelse mv. inden for de fastlagte samlede investeringsrammer (jf. økonomiaftalen for 2009).*
- *at der foreligger klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospitale indsats udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver.*
- *at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede enheder, som ligger ud over de almindelige løbende produktivitetsforbedringer i sygehusvæsenet. Niveauet fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.*

Herudover anbefaler ekspertpanelet:

- *at der beslattes yderligere reduktioner i antallet af matrikler.*
- *at akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse, jf. Sundhedsstyrelsens akutrapport.*

Region Syddanmark:

Ekspertpanelet vurderer overordnet, at Region Syddanmark har udarbejdet en plan, der på mange områder er i overensstemmelse med præmisserne om en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt. Ekspertpanelet finder det dog problematisk, at Region Syddanmark ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om visiteret adgang til de fælles akutmodtagelser. Ekspertpanelet finder, at ét hospital der samler de højt specialiserede funktioner og i alt fire fælles akutmodtagelser forekommer at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet i betragtning af befolkningsunderlaget og regionens geografi.

Ekspertpanelet støtter, at der sker en samling af hospitalerne i Sønderjylland ved udbygning i Aabenraa, og panelet anbefaler, at projektet bør prioriteres. Ud fra en samlet vurdering indstiller panelet, at der fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 1,25 mia. kr. (09-pl) til udbygning af Aabenraa Sygehus

Panelet finder regionens plan om at etablere fælles akutmodtagelse i Esbjerg samt planerne om at samle psykiatrien velbegrandede givet de geografiske forhold og regionens befolkningstæthed. Projekterne vurderes af en størrelsesorden, som bør indgå i en almindelig prioriteringsproces i forhold til regionens ordinære anlægsramme.

Ekspertpanelet indstiller samlet til regeringen, at der for Region Syddanmark fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 1,25 mia. kr. (09-pl) til udbygning af Aabenraa Sygehus. Ekspertpanelet indstiller samtidig, at der fastlægges en række forudsætninger for et endeligt statsligt tilsagn om kvalitetsfondsmidler:

- at der for det prioriterede projekt udarbejdes en mere detaljeret projektbeskrivelse mv. inden for de fastlagte samlede investeringsrammer (jf. økonomiaftalen for 2009).
- at der foreligger klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospitale indsats udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver.
- at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede enheder, som ligger ud over de almindelige løbende produktivetsforbedringer i sygehusvæsenet. Niveaue fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.

Herudover anbefaler ekspertpanelet:

- at regionen efterlever Sundhedsstyrelsens udmeldinger på det akutte område, herunder anbefalingen om visiteret adgang til akutmodtagelser
- at akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse, jf. Sundhedsstyrelsens akutrapport.
- at der besluttet yderligere reduktioner i antallet af matrikler.

Region Sjælland:

Ekspertpanelet vurderer, at Region Sjælland har udarbejdet en plan, der på væsentlige områder er i overensstemmelse med præmisserne om en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt. Der sker en koncentration af behandlingen på færre enheder, nogle matrikler lukkes helt, og regionen følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger for så vidt angår samling af de specialiserede funktioner. En placering af hovedsygehuset i Køge vurderes hensigtsmæssig både i forhold til befolkningstæthed, tilgængelighed, rekruttering og udbygningsmuligheder, og i alt tre fælles akutmodtagelser samt en modificeret akutmodtagelse i Nykøbing F., forekommer at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet i betragtning af befolkningsunderlaget og regionens geografi taget i betragtning.

Ekspertpanelet anbefaler, at en større koncentration af behandlingen, herunder en samling af den specialiserede behandling i Region Sjælland, ved nybyggeri på matriklen i Køge bør prioriteres. Ud fra en samlet vurdering indstiller panelet, at der fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 4,0 mia. kr. (09-pl) til nybyggeri på matriklen i Køge.

Panelet finder regionens plan om at etablere fælles akutmodtagelser i Slagelse, Holbæk og Nykøbing Falster velbegrandede givet de geografiske forhold og regionens befolkningstæthed. Projekterne vurderes af en størrelsesorden, som bør indgå i en almindelig prioriteringsproces i forhold til regionens ordinære anlægsramme.

Ekspertpanelet indstiller samlet til regeringen, at der for Region Sjælland fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 4,0 mia. kr. (09-pl) til nybyggeri på matriklen i Køge. Ekspertpanelet **indstiller** samtidig, at der fastlægges en række forudsætninger for et endeligt statsligt tilsagn om kvalitetsfondsmidler:

- at der for det prioriterede projekt udarbejdes en mere detaljeret projektbeskrivelse mv. inden for den fastlagte samlede investeringsrammer (jf. økonomiaftalen for 2009).
- at der foreligger klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospitale indsats udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver.
- at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede enheder, som ligger ud over de almindelige løbende produktivitetsforbedringer i sygehusvæsenet. Niveaet fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.

Herudover anbefaler ekspertpanelet:

- at regionen efterlever Sundhedsstyrelsens udmeldinger på det akutte område, herunder anbefalingen om visiteret adgang til akutmodtagelser
- at akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse, jf. Sundhedsstyrelsens akutrapport.
- at planen implementeres som tiltænkt, herunder at de planlagte samlinger af funktioner og lukninger af de mindre enheder effektueres.

Region Hovedstaden:

Ekspertpanelet vurderer overordnet set, at Region Hovedstaden har udarbejdet en plan, der på væsentlige områder er i overensstemmelse med præmisserne om en rationel og moderne sygehusstruktur, også på længere sigt. Der sker en væsentlig koncentration af behandlingen på færre enheder, hvor mange af de mindre sygehuse lukkes helt. Righospitalet samt fire områdesygehuse med fælles akutmodtagelser forekommer at give en naturlig balance imellem tilgængelighed og kvalitet i betragtning af befolkningsunderlaget og regionens geografi.

Ud fra en samlet vurdering finder panelet, at projekterne i Hillerød og på Bispebjerg Hospital bør prioriteres. Begge hospitaler skal være fremtidige akuthospitaler for en befolkning på hhv. 317.000 og 404.000 indbyggere og skal samtidig rumme en betydelig samling af funktioner i forbindelse med lukningen af hhv. Helsingør og Frederikssund i planlægningsområde Nord samt Frederiksberg i planlægningsområde Byen. Panelet indstiller ud fra en samlet vurdering, at der fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 3,8 mia. kr. (09-pl) til nybyggeri i Hillerød samt en samlet investeringsramme til ny- og ombygning af Bispebjerg Hospital på 2,95 mia. kr. (09-pl).

Panelet finder regionens plan om at etablere samle psykiatrien på Bispebjerg velbegrundet. Ud fra det oplyste vurderer panelet, at de to dele af Bispebjergprojektet i princippet godt kan adskilles. Region Hovedstaden forudsættes selv at prioritere og finansiere psykiatrien.

Ekspertpanelet indstiller samlet til regeringen, at der for Region Hovedstaden fastlægges en samlet investeringsramme (totalramme inkl. apparatur og regional egenfinansiering) på 3,8 mia. kr. (09-pl) til nybyggeri i Hillerød samt en samlet investeringsramme til ny- og ombygning af Bispebjerg Hospital på 2,95 mia. kr. (09-pl). Ekspertpanelet **indstiller** samtidig, at der fastlægges en række forudsætninger for et endeligt statsligt tilsagn om kvalitetsfondsmidler:

- at der for de prioriterede projekter udarbejdes mere detaljerede projektbeskrivelser mv. inden for de fastlagte samlede investeringsrammer (jf. økonomiaftalen for 2009).
- at der foreligger klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospitale indsats udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver.

- *at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede enheder, som ligger ud over de almindelige løbende produktivetsforbedringer i sygehusvæsenet. Niveauet fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.*

Herudover anbefaler ekspertpanelet:

- *at regionen efterlever Sundhedsstyrelsens udmeldinger på det akutte område, herunder anbefalingen om visiteret adgang til akutmodtagelser*
- *at akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse, jf. Sundhedsstyrelsens akutrapport.*
- *at planen implementeres som tiltænkt, herunder at de planlagte samlinger af funktioner og lukninger af de mindre enheder effektueres.*

Bilag

Kommissorium for ekspertpanelet vedr. sygehusinvesteringer

Baggrund og opgave

I aftalen om regionernes økonomi for 2008 blev regeringen og Danske Regioner enige om, at der er behov for strukturændringer og heraf følgende investeringer i fysiske tilpasninger, ny teknologi og apparatur for at realisere den fælles målsætning om et tidssvarende og bæredygtigt sundhedsvæsen. I den forbindelse blev det aftalt, at de fremtidige investeringer skal ske i overensstemmelse med principper og kriterier vedr. kvalitet, finansiering og øget produktivitet, der følger af bilag 2 i aftalen om regionernes økonomi for 2008:

”Samling af funktioner på færre enheder er den overordnede forudsætning for ændringer i sygehusstrukturen. Det skal bl.a. sikre kvalitet, effektivitet og tryghed i sygehusvæsenet.

For at understøtte ændringer i sygehusvæsenet, der øger kvalitet og produktivitet er der enighed om, at regionernes fremtidige investeringer skal ske i overensstemmelse med en række overordnede principper. Principperne skal vurderet i forhold til den aktuelle konjunktursituation danne grundlag for beslutninger om de konkrete investeringer.

Regeringen og Danske Regioner er enige om flg. principper:

Kvalitet

- *I forbindelse med specialeplanlægning bør øget kvalitet, herunder øget faglig bæredygtighed samt patientsikkerhed og -forhold, sikres.*
- *Sundhedsstyrelsens krav skal følges og dens anbefalinger bør efterleves, herunder bl.a. at befolkningsunderlaget for fælles akutmodtagelser (hovedfunktionsniveau) udgør 200.000-400.000 indbyggere, idet det bør overvejes at udnytte muligheder for stordriftsfordele i særligt tætbefolkede områder. Der er endvidere i alle regioner områder, hvor geografiske eller andre forhold nødvendiggør specifikke løsninger.*
- *Der skal foreligge konkrete planer for, hvordan den præhospitale indsats skal udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver, herunder de akutte modtagelser, med henblik på, at relevant og kvalificeret behandling kan påbegyndes hurtigst muligt.*
- *Der skal i de enkelte regioners planlægning tages højde for de øvrige regioners planer med hensyn til bl.a. specialefordeling, eksisterende faciliteter, personalemæssige ressourcer, forløb for strukturændringer og den demografiske udvikling. Disse hensyn indgår også, når der skal foretages større nye strukturelle anlægsprojekter.*

Finansiering

- *Provenu ved frasalg af eksisterende sygehusmatrikler, lån samt allerede afsatte ressourcer o.l. skal indgå i regionernes finansiering af strukturændringerne i sygehusvæsenet.*

Personalemæssige ressourcer og øget produktivitet

- *Overordnede mål i forhold til produktivitetsforbedringer og driftsøkonomiske gevinster skal indgå i regionernes planlægning af ny sygehusstruktur, herunder forbedret kapacitetsanvendelse via effektiv brug af økonomiske og knappe personalemæssige ressourcer.*
- *Forbedrede interne arbejdsgange, herunder effektive arbejdsrutiner og øget opgaveglidning, sammenhæng i opgavevaretagelsen, mere hensigtsmæssig anvendelse af fysiske rammer, rationel tilrettelæggelse af patientforløb samt personalemæssige arbejdsbetingelser skal indgå i planerne for ny sygehusstruktur*
- *Vagtberedskab og optimal organisering heraf skal indgå i planerne.*

- *Strukturændringerne skal danne basis for bedre udnyttelse af sengekapa- citeten og nedbringelse af de gennemsnitlige liggetider ved indlæggelse som følge af bl.a. mulighed for øget ambulantbehandling, accelererede patientforløb mv.*
- *Et velfunderet grundlag baseret på bl.a. erfaringer fra ind- og udland skal sikres i forberedelsen af ændringerne af de fysiske rammer, således at de understøtter de overordnede principper, jf. ovenstående. Regionerne har tilkendegivet, at de i efteråret 2007 vil gennemføre et fælles arbejde med opstilling af retningslinjer for godt sygehusbyggeri.*

Opfølgning på investeringer

De samlede strukturændringer i sygehusvæsenet ventes at forløbe over en længere årrække. Realisering af gevinster i forhold til bl.a. faglig bæredygtighed, kvalitet og rationaliseringer forventes at ske i varierende grad over perioden, men vil først fuldt ud kunne realiseres efter endt projektperiode. I forhold til sikring af gevinsterne bliver regionernes opfølgning på og årlige offentliggørelse af de realiserede strukturændringer et vigtigt redskab i processen.

Af specifikke faktorer i en opfølgningsprocedure er bl.a.:

- *Realisering af effektivitetsgevinster, og opgørelse heraf i form af produktivetsmål indgår som en central del i den årlige opfølgning af ændret sygehusstruktur. Et konkret mål for de samlede produktivetsgevinster opstilles på regionsbasis. Der bør i disse estimer tages hensyn til en varierende profil af produktiviteten i perioden frem mod projektafslutning.*
- *Derudover skal der i forbindelse med regionernes konkrete planer opstilles en række yderligere mål, for hvilke udviklingen årligt offentliggøres. Der skal opstilles mål for kvalitet, kapacitetsudnyttelse, forbedrede arbejdsgange, apparaturudnyttelse og ambulant behandling. I opstillingen af de konkrete mål bør både niveau og vækst for de specifikke indikatorer inddrages.*
- *I tiden fra anlægsgodkendelse til projektafslutning foretager regionerne en løbende budgetopfølgning, sikrer en god styring af byggeprojekterne og implementerer tiltag i forbindelse med budgetoverskridelser.”*

Det følger desuden af aftalen om regionernes økonomi i 2008 og regeringens kvalitetsreform, at der skal nedsættes et ekspertpanel med internationalt anerkendte eksperter med stor indsigt på sygehusområdet i forhold til sygehusdrift, logistik, større sygehusbyggerier, faglig bæredygtighed mv. I aftalen om regionernes økonomi for 2008 fremgår følgende om ekspertpanelets opgaver, sammensætning mv.

”Ekspertpanelet skal vurdere de konkrete større strukturelle anlægsprojekter i forhold til principperne i bilag 2, herunder bl.a. samling af enheder, driftsøkonomisk rentabilitet, effektivitet og kvalitet. Det skal bl.a. ske på baggrund af dialog med de enkelte regioner om de konkrete projektforslag og antagelserne heri.

Ekspertpanelet afgiver indstilling til regeringen om, hvorvidt de enkelte projekter opfylder målsætningerne og principperne, jf. bilag 2, med henblik på gennem en løbende drøftelse med Danske Regioner at tage stilling til udmøntning og finansiering af de prioriterede projekter, der vedrører fremtidens sygehusstruktur.

Ekspertpanelet består af 3-5 medlemmer. Der er enighed om at bede forskningschef Erik Juhl om at lede arbejdet.

Ekspertpanelet vil blive betjent af et sekretariat bestående af embedsmænd fra hhv. Danske Regioner, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand).”

Ekspertpanelets arbejdsopgaver og arbejdsplan.

Ekspertpanelets primære opgave er at vurdere de enkelte projekter ud fra de i aftalen om regionernes økonomi i 2008 aftalte principper for investeringer i fremtidens sygehusstruktur, jf. aftalens bilag 2.

For at få overblik over investeringsbehovet i de enkelte regioner samt den samlede og overordnede sygehusstruktur for hele landet skal ekspertpanelet foretage en grundig gennemgang af de fem regioners planer for fremtidens sygehusstruktur med udgangspunkt i bl.a. samling af funktioner på færre enheder, som vurderes at være den overordnede forudsætning for ændringerne i sygehusstrukturen i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger. Gennemgangen skal sikre panelet det bedst mulige grundlag for at kunne vurdere de konkrete projekter, så de samlet set understøtter en rationel sygehusstruktur.

Panelets vurdering af de enkelte projekter skal ske i forhold til de fastsatte principper vedr. produktivitetforbedringer, driftsøkonomisk rentabilitet, medfinansiering, kvalitet mv. Det forudsættes, at panelets arbejde sker i tæt dialog med de enkelte regioner om de konkrete projekter og antagelserne heri.

I panelets arbejde med de konkrete projekter skal der ligeledes indgå - i samarbejde med regionerne - en opstilling af konkrete målsætninger i forhold til kvalitet, kapacitetsudnyttelse, forbedrede arbejdsgange, apparaturudnyttelse og ambulans behandling, jf. bilag 2 til aftalen.

Ekspertpanelet afgiver på den baggrund indstilling til regeringen om, hvorvidt de konkrete større strukturelle anlægsprojekter opfylder målsætningerne og principperne, jf. aftalens bilag 2, med henblik på gennem en løbende drøftelse med Danske Regioner at tage stilling til udmøntning og finansiering af de prioriterede projekter, der vedrører fremtidens sygehusstruktur. I tilfælde hvor ekspertpanelet ikke finder, at projekter lever op til de beskrevne principper og målsætninger, forudsættes der en konkret tilbagemelding og dialog med regionerne herom.

Efter regeringens stillingtagen til udmøntning og finansiering af de prioriterede projekter skal der sikres en konkret opfølgning på de enkelte investeringer, herunder om de enkelte projekter forløber som forudsat i forhold til budget, målsætninger, tidsplan mv.

Ekspertpanelet fungerer i første omgang i en treårig periode, hvorefter den aftalte konstruktion evalueres. For at sikre den fornødne fremdrift skal ekspertpanelet for hvert af de tre år inden årsskiftet forelægge regeringen og Danske Regioner en arbejdsplan, som løbende kan justeres efter behov, for det kommende år.

Ekspertpanelet skal inden 1. januar 2008 identificere projekter, hvor der er behov for en hurtig stillingtagen.

Ekspertpanelets sammensætning og sekretariatsbetjening

Panelets medlemmer skal besidde en kombination af kompetencer, der tilsammen udgør stor indsigt inden for sygehusdrift både vedr. bl.a. faglig bæredygtighed, økonomisk drift, logistik og større sygehusbyggerier. Forskningschef Erik Juhl er udpeget som formand for ekspertpanelet.

Den administrerende direktør for Sundhedsstyrelsen deltager i ekspertpanelets møder.

Ekspertpanelet vil blive betjent af et sekretariat bestående af embedsmænd fra hhv. Danske Regioner, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand). Sekretariatets primære opgave er at forberede ekspertpanelets møder og virke generelt, herunder planlægning, indsamling og bearbejdning af relevant information fra diverse regioner og konkrete projektsvarlige, opfølgning på konklusioner mv.