

# **REFERAT Udvalg vedrørende Hospitalsområdet d. 05-03-2012**

**Mødedato** Mandag d. 05. marts 2012 kl. 13:00

**Mødested** Mødelokale B4, 1.sal, Regionshuset Viborg, Skottenborg 26, 8800 Viborg

## Indholdsfortegnelse

Godkendelse af referat.....	3
Orientering om aktiviteten på AMK-vagtcentralen i 2011 (sag til forretningsudvalget).....	4
Forslag om at Karup Udrykningsbilen ændres til en ulønnet, frivillig 112-førstehjælperordning ude	7
Bevillingssag: Styrkelse af respirationsteamet (sag til forretningsudvalget).....	11
Bevillingssag: Igangsættelse af hovedprojektering og udførelse af underprojekt Færdiggørelsesarbej	15
Bevillingssag: Udarbejdelse af dispositions- og projektforslag for ombygning af eksisterende Skej	20
Bevillingssag: Godkendelse af projektforslag samt opførelse af Teknisk Bygning VVS på DNU (sa	24
Status på Ortopædkirurgisk Visitationssamarbejde og godkendelse af ændring af servicemål (sag til	27
Bevillingssag: Finansiering af meraktivitetsprojekt inden for reumatologi samt status på lægesituati	31
Lægelig dækning af akutklinikkerne i Grenaa, Ringkøbing og Skive (sag til forretningsudvalget)....	35
Ændring af retningslinjer for visitation af lav-energitraumer til akutklinikken i Silkeborg om natten	39
Risikorapportering 4. kvartal 2011 vedrørende Det Nye Universitetshospital i Aarhus, DNU (sag til	41
Risikorapportering for 4. kvartal 2011 for kvalitetsfondsprojektet på Regionshospitalet Viborg (sag	44
Hovedpunkter i høringssvar til 2. version af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for sygehuse (sa	47
Kvaliteten i behandlingen af patienter med mavesår, orientering om resultater for 2011 (sag til forre	49
Orientering om status for kræftpakker 2. halvår 2011 (sag til forretningsudvalget).....	51
Orientering om udvidet frit sygehusvalg i 2011 (sag til forretningsudvalget).....	53
Orientering om aktivitet på hospice i 2011 (sag til forretningsudvalget).....	56
Orientering om resultater for kvaliteten i behandlingen af patienter med hjertesvigt for 2011 (sag til	58
Gensidig orientering.....	59

# **Punkt 1: Godkendelse af referat**

1-00-1-12

## **Resume**

Referat fra møde i det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet den 30. januar 2012 vedlægges til godkendelse.

## **Direktionen indstiller,**

at referatet fra møde i det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet den 30. januar 2012 godkendes.

Direktionen indstiller,

## **Sagsfremstilling**

Referat fra møde i det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet den 30. januar 2012 vedlægges til godkendelse.

## **Beslutning**

Referatet blev godkendt.

Ulla Diderichsen og Jørgen Winther var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

## **Bilag**

Referat\_HO300112\_aaben

Referat\_HO300112\_lukket

## **Punkt 2: Orientering om aktiviteten på AMK-vagtcentralen i 2011 (sag til forretningsudvalget)**

1-31-72-1-12

### **Resume**

Der er udarbejdet en aktuell redegørelse for aktiviteten på AMK-vagtcentralen.

Servicemålene (for A- og B-kørsler) er stort set opfyldte i perioden 1. januar – 31. december 2011 for regionen som helhed, og der ses en forbedring i responstiderne i forhold til 2010 - bortset fra et enkelt mål, der er uændret.

Der er sket en vis udjævning af responstiderne på regionsniveau.

I perioden har der været 32 A-kørsler med en responstid på over 20 minutter svarende til 0,5 % af det samlede antal A-kørsler i samme periode.

Der er afvigelse fra den fordeling af kørsler, der var forudsat i ambulanceudbuddet, men udviklingen nærmer sig det forudsatte.

### **Direktionen indstiller,**

at redegørelse vedrørende aktiviteten på AMK-vagtcentralen i perioden 1. januar - 31. december 2011 tages til efterretning.

Direktionen indstiller,

### **Sagsfremstilling**

Der er udarbejdet en redegørelse for aktiviteten m.m. på AMK-vagtcentralen i 2011. Der henvises til vedlagte bilag.

### **Aktivitet**

I perioden 1. januar – 31. december 2011 er 156.000 patienter blevet betjent på AMK-vagtcentralen og har fået præhospital hjælp i form af ambulance, liggende befordring, sundhedsfaglig rådgivning eller andet. 115.000 kørsler er gennemført i ambulancer og 32.000 kørsler er gennemført i biler indrettet til liggende befordring. Endelig har det været muligt gennem sundhedsfaglig vurdering at tilbyde 8.700 borgere primært fra 112- anden hjælp (E). Det vil sige, det har ikke været nødvendigt at anvende en ambulance. (E vedrører de opkald, som efter en sundhedsfaglig vurdering eller efter aftale med anmelder håndteres på anden vis eksempelvis siddende befordring, henvisning til skadestue, egen praktiserende læge eller vagtlægen, rådgivning om egenomsorg eller andet).

Der er fortsat en vis afvigelse fra den fordeling af kørsler, der var forudsat i ambulanceudbuddet. Indførelsen af den sundhedsfaglige hastegradsvurdering af alle henvendelser samt sundhedsfaglig rådgivning fra maj 2011 har dog betydet, at sammenlignet med fordelingen i 2010 er der sket et fald i andelen af A-kørsler, en stigning i andelen af B-kørsler og et fald i andelen af C-kørsler.

Opgavekategorierne inddeles i forhold til patientens tilstand/situation:

- A - livstruende
- B - hastende, men ikke livstruende
- C - ikke hastende ambulancetransport
- D - planlagt liggende transport uden behov for behandling undervejs

### **Servicemålsopfyldelse**

I nedenstående tabel opgøres den responstid, der er produktet af de gennemførte kørsler i perioden 1. januar – 31. december 2011 sammenholdt med de servicemål, som regionsrådet har vedtaget. Servicemålene dækker Region Midtjylland som helhed. Desuden vises sammenlignelige tal fra 2010.

### **Servicemål og målopfyldelse for opgavekategorierne A og B**

	Servicemål i minutter	Målopfyldelse i minutter 01.01.10 - 31.12.10	Målopfyldelse i minutter 01.01.11- 31.12.11
75 % af A-kørslerne er fremme inden for	10	10,1	10,1
92 % af A-kørslerne er fremme inden for	15	14,7	14,3
98 % af A-kørslerne er fremme inden for	20	19,1	18,4
60 % af B-kørslerne er fremme inden for	15	14,0	13,6
75 % af B-kørslerne er fremme inden for	20	18,0	17,2

Alle servicemål er stort set opfyldte i perioden 1. januar – 31. december 2011 for regionen som helhed. Kun servicemål A 75 % med 10,1 minutter opfylder ikke helt servicemålet på 10,00 minutter. Bortset herfra er der tale om en forbedring af responstiden i forhold til 2010.

Godt 93 % af A-kørslerne blev afviklet inden for 15 minutter i 2011.

Der er endvidere udarbejdet en opgørelse over responstiden fordelt på kommuner for perioden 1. januar – 31. december 2011; samt en kommunefordelt opgørelse over servicemålsopfyldelsen for A- og B-kørsler månedsfordelt i perioden m.m. Der henvises til bilaget.

En sammenligning af responstidsopgørelsen med data fra 2010 viser, at der er sket en forbedring af responstiden (A-kørsler 75 %) i forhold til en række kommuner. Dette gælder Favrskov, Hedensted, Ikast-Brande, Lemvig, Norddjurs, Odder, Ringkøbing-Skjern, Samsø, Silkeborg, Skanderborg, Skive og Struer kommuner. Samtidig er der sket en mindre forringelse i responstiden bl.a. i en række byområder, herunder i Herning, Holstebro, Horsens, Randers, Viborg og Aarhus kommuner. Responstiden i Syddjurs Kommune er uændret.

Der er således sket en udjævning i responstiden på regionsniveau.

### **Responstider større end 20 minutter**

I perioden 1. april – 30. juni 2011 har der været i alt 32 A-kørsler med en responstid på over 20 minutter svarende til 0,5 % af det samlede antal A-kørsler (der går til et skadested) i samme periode. Niveaueet for A-kørsler med responstid på over 20 minutter ligger således inden for det besluttede servicemål.

### **Øvrige responstider**

Der er ikke politisk vedtagne servicemål for akutlægebiler, akutbiler eller udrykningsordninger i Region Midtjylland.

Der er dog udarbejdet en responstidsopgørelse for første præhospitale beredskab på skadestedet ved de hastende kørsler (ambulance eller akutlægebil/akutbil) sammenlignet med den traditionelle responstidsopgørelse. Den viser, at generelt reduceres responstiden lidt, når disse enheders respons indregnes.

### **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget. Ulla Diderichsen og Jørgen Winther var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

### **Bilag**

Aktivitet AMK-vagtcentralen 2011

### **Punkt 3: Forslag om at Karup Udrykningsbilen ændres til en ulønnet, frivillig 112-førstehjælperordning udenfor dagtid på hverdage og i weekender (sag til forretningsudvalget)**

1-31-72-1-12

#### **Resume**

Siden regionsdannelsen er der sket en markant styrkelse af den præhospitale indsats i Region Midtjylland.

Indførelse af sundhedsfaglig visitation sikrer en bedre og ensartet hastegradsvurdering og telefonisk rådgivning, uanset hvor borgeren bor, og har medført, at behovet for at kalde Karup Udrykningsbilen nu er formindsket.

Ikke autoriserede sundhedspersoner kan ifølge Sundhedsstyrelsen kun foretage behandling ud over almindelig førstehjælp, hvis en læge er ansvarlig for at delegerer kompetence til disse personer til udførelse af de pågældende opgaver.

Det foreslås på den baggrund, at Karup Udrykningsbilen uden for dagtid på hverdage og i weekender sidestilles med andre 112-førstehjælperordninger, således at det er ulønnet og på frivillig basis.

#### **Direktionen indstiller,**

- at ordningen vedrørende Karup Udrykningsbilen videreføres uændret i dagtid på hverdage,
- at ordningen derudover ændres til en ulønnet, frivillig 112-førstehjælperordning med virkning fra den 1. oktober 2012,
- at bilen og driften heraf fortsat kan være en del af udrykningsordningen for både bemanningen i dagtid og 112-førstehjælperne aften/nat/weekend,
- at præhospitalet igangsætter en proces med henblik på at sikre den fornødne inddragelse af samarbejdspartnere i forbindelse med ændring af ordningen, og
- at de frigjorte midler i størrelsesordenen 0,5 mio. kr. årligt anvendes som bidrag til at videreføre 112-førstehjælperordningerne i den nordvestlige del af regionen, på øerne samt i Karup.

Direktionen indstiller,

#### **Sagsfremstilling**

Karup udrykningsbilsordningen blev drøftet på møder i politiske udvalg i efteråret 2011. Sagen blev af regionsrådet den 26. oktober 2011 tilbagesendt med henblik på videre behandling i udvalgene. På mødet den 31. oktober 2011 i Det rådgivende udvalg vedrørende hospitaler fandt udvalget, at sagen skulle tages op i forbindelse med afrapportering for den præhospitale evaluering. Det er efterfølgende blevet vurderet, at der er behov for at behandle ordningens fremtid særskilt.

## **Karup Udrykningsbil-ordningen**

Karup Udrykningsbilen har sin base på Flyvestation Karup og omfatter to forskellige ordninger. I dagtid er bilen bemandede med læger, der er ansatte på Flyvestationen.

Uden for dagtid på hverdage og i weekender er udrykningsbilen bemandede med nødbehandlere, der får løn. Udrykningsbilen blev etableret i 2005 som en lokal præhospital ordning.

### **Baggrunden for at ændre Karup Udrykningsbilen udenfor dagtid på hverdage**

I det følgende redegøres for, hvorfor ordningen uden for dagtid på hverdage foreslås ændret til en frivillig 112-førstehjælperordning. Der vedlægges et uddybende notat om udrykningsbilen og overvejelserne bag forslaget om at ændre dele af ordningen. Endvidere vedlægges henvendelse af 29. januar 2012 fra regionsrådsmedlem John G. Christensen.

#### *Der er sket en kvalitativ styrkelse af den præhospital indsats*

Siden regionsdannelsen er der sket en markant styrkelse af den præhospital indsats i Region Midtjylland. Omkring Karup-området er der etableret døgndækkende akutlægebil i Viborg og opnormering af akutlægebilerne i Silkeborg, Herning og Holstebro til døgndækkende ordninger. Derudover er der en regionsdækkende akutlægehelikopter. Speciallægerne på akutlægebilerne har mulighed for at udføre avanceret behandling og medbringer specialudstyr, så den rette diagnose kan stilles og behandling kan igangsættes på stedet.

#### *Indførelse af sundhedsfaglig visitation pr. 1. maj 2011*

Indførelse af sundhedsfaglig visitation sikrer en bedre og ensartet hastegradsvurdering, uanset hvor borgeren bor, og har medført at behovet for at kalde bilen ud er formindsket.

Udnykningsbilen i Karup visiteres i overensstemmelse med Dansk Indeks for akuthjælp som de øvrige præhospital ressourcer i Region Midtjylland. I dagtid på hverdage visiteres udrykningsbilen til opgaver, der i Dansk Indeks kategoriseres som hastende og livstruende opgaver. I den øvrige tid visiteres bilen som 112-førstehjælper. Tidligere, da der ikke blev foretaget sundhedsfaglig visitation, blev flere borgere visiteret til en hastende og livstruende A-kørsel, selv om det ikke var nødvendigt. Efter indførelsen af Dansk Indeks rekvireres bilen i færre tilfælde, og 112-førstehjælperne visiteres i de situationer, hvor de vil kunne gøre en forskel.

#### *112-førstehjælper anvendes i særlige områder med responstider på niveau med Karup*

I visse områder med responstider tilsvarende Karup styrker Region Midtjylland den lokale indsats med frivillige 112-førstehjælper - ved hjælp af midlertidige centrale puljemidler - som kan yde akut førstehjælp herunder med hjertestarter. Der er ikke forhold ved Karup-området, der tilsiger, at der er behov for særskilte ordninger ud over 112-førstehjælperindsatsen.

Administrationen og Præhospitalet vil samtidig undersøge muligheden for at optimere disponeringen af de flydende ambulanceberedskaber således, at der arbejdes på at forbedre responstiden for Karup området.

#### *Indsats ud over 112-førstehjælper-niveau kræver lægelig delegation*

Ikke autoriserede sundhedspersoner kan ifølge Sundhedsstyrelsen kun foretage behandling ud over almindelig førstehjælp, hvis en læge er ansvarlig for at delegere kompetence til disse personer til udførelse af de pågældende opgaver. Lægen skal sikre sig, at medhjælperen er kvalificeret til og har modtaget instruktion i at udføre opgaven, og skal i fornødent omfang føre tilsyn med medhjælperens udførelse af opgaven.

Ved livstruende opgaver vil akutlægebil under alle omstændigheder skulle udsendes, og den egentlige livreddende indsats vil i langt de fleste tilfælde bero på netop den specialiserede behandling, lægen kan påbegynde efter ankomst til stedet.

Det er vurderingen, at såfremt der skal etableres funktion med varetagelse af det lægefaglige ansvar, vil det anslået kræve 1/3 speciallæge ca. svarende til en årlig udgift på 300.000 til 350.000 kr. inkl. øvrige udgifter.

#### *Sundhedsfaglig vurdering af Karupbilens opgaver*

Ved en lægelig gennemgang af de opgaver, udrykningsbilen i Karup kørte til i januar, februar og marts 2011, foretaget af en erfaren præhospital anæstesioverlæge, vurderes kun 6 af de 49 tilfælde uden for dagtid på hverdage at være relevante opgaver for udrykningsbilen. De 6 opgaver vedrører patienter med mulige symptomer på hjertestop. I de 6 konkrete tilfælde var første præhospital beredskab i form af primærambulance eller akutlægebil i gennemsnit fremme indenfor ca. 4 minutter efter udrykningsbilens ankomst på skadesstedet. I de øvrige 43 af de 49 tilfælde vurderes det, at nødbehandlerne i udrykningsbilen ikke har kunnet gøre en forskel, idet der var behov for speciallæge til at løse den konkrete opgave.

Bemandingen af udrykningsbilen uden for dagtid på hverdage har ikke kompetencer til at yde den rette behandling til eksempelvis: patienter med kramper, bevidstløse patienter uden hjertestop, alvorlige astmatilfælde. Her kan kun ydes almindelig førstehjælp.

#### *Aktivitet for nødbehandlerne på udrykningsbilen i Karup (før og efter indførelse af Dansk Indeks)*

Aktivitetsopgørelse, for to perioder henholdsvis før og efter indførelsen af Dansk Indeks som beslutningsstøtteværktøj ved disponeringen, viser et fald fra godt 16 kørsler i gennemsnit pr. måned til mindre end 1 kørsel pr. måned i det tidsrum, hvor bilen er bemanded med nødbehandlere. Aktiviteten på Karup Udrykningsbilen var således allerede før indførelsen af Dansk Indeks minimal.

#### **Forslag til fremadrettet ordning**

Det foreslås på den baggrund, at Karup Udrykningsbilen uden for dagtid på hverdage sidestilles med andre 112-førstehjælperordninger, således at det er ulønnet og på frivillig basis.

Hvis ordningen fortsætter som beskrevet ovenfor, foreslås det endvidere, at bilen og driften heraf fortsat kan være en del af udrykningsordningen for både bemandingen i dagtid og 112-førstehjælperne aften/nat/weekend- for sidstnævnte ligeledes diverse remedier som eksempelvis uniform m.v. (Der stilles ikke bil til rådighed for andre 112-førstehjælperordninger i Region Midtjylland).

De frigjorte midler på ca. 0,5 mio. kr., som Region Midtjyllands udgifter til ordningen beløber sig til årligt, foreslås anvendt til at videreføre 112-førstehjælperordningerne i den nordvestlige del af regionen, på øerne samt i Karup, idet finansieringen via puljemidler fra staten ophører ved udgangen af 2013 henholdsvis udgangen af 2014.

#### **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget.

Jørgen Winther og Ove Nørholm tog foreløbigt forbehold.

Jette Skive udtrykte ønske om at afvente den præhospital evaluering og tog forbehold.

Bente Nielsen udtrykte ønske om, at der findes en løsning, så ordningen kan videreføres.

Jette Skive, John G. Christensen og Bente Nielsen udtrykte ønske om, at det forud for mødet i forretningsudvalget afklares, om det lægefaglige ansvar kan opdeles mellem forsvaret og Region Midtjylland, som nævnt på møde mellem

medlemmer af det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet og repræsentanter fra Karupbilen og forsvaret den 28. februar 2012.

Ulla Diderichsen var forhindret i at deltage i sagens behandling.

## **Bilag**

Brev fra JGC 29.01.12

Karup Udrykningsbilen februar 2012

## **Punkt 4: Bevillingssag: Styrkelse af respirationsteamet (sag til forretningsudvalget)**

1-30-72-82-12

### **Resume**

Udgifterne til respiratorhjælpere i eget hjem har været stigende gennem en årrække. Det er vurderingen, at der kan undgås stigninger i de gennemsnitlige udgifter pr. patient med respiratorhjælpere i eget hjem, hvis respirationsteamet på Aarhus Universitetshospital styrkes.

Parallelt med denne aftale har Region Nordjylland anmodet om bistand fra respirationsteamet til at udføre opgaver, der svarer til en del af teamets opgaveportefølje på vegne af Region Midtjylland. Region Nordjylland vil betale for denne bistand, og det foreslås, at der indgås samarbejde herom.

### **Direktionen indstiller,**

at styrkelsen af respirationsteamet godkendes,

at samarbejdet med Region Nordjylland godkendes og

at de dertil tilknyttede budgetændringer, der er beskrevet i nedenstående bevillingsskema, indarbejdes i budgettet for 2012 og frem.

Direktionen indstiller,

### **Sagsfremstilling**

#### **Region Midtjyllands Respirationsteam**

Respirationsteamet i Region Midtjylland har hidtil bestået af 3 respirationskonsulenter/socialrådgivere (2,43 stilling) og en sekretær (0,81 stilling).

Teamet varetager administrationen af hjemmerespiratorbehandlingen, og de primære opgaver er i den forbindelse:

- sammen med det kliniske personale i Respirationscenter Vest at sikre en hurtig og smidig udskrivningsproces for patienter, der er visiteret til respiratorbehandling i eget hjem.
- indgå aftale med kommunerne om fordeling af udgifterne til beredskab af hjælpere i eget hjem.
- sikre omlægning af beredskabet af hjælpere, så alle ordninger til enhver tid er de billigst forsvarlige løsninger.
- forhandling af prisaftaler med vikarbureauerne.
- kritisk gennemgang af regninger og øvrige udgifter inden for området med henblik på, at der ikke fra regionens side betales mere, end der er indkøbt eller indgået aftale om.

Et stærkt respirationsteam er en forudsætning for en tilsvarende stærk økonomistyring af udgifterne til respiratorhjælpere i eget hjem.

### **Styrkelse af respirationsteamet**

Den nedenstående tabel viser nettoforbrug, antal patienter samt forbrug pr. patient inden for respiratorhjælpere i eget hjem i årene 2009-2011:

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Forbrug (mio. kr., 2012-P/L)	136,2	149,1	156,5
Antal patienter*	113,0	119,0	124,0
Forbrug (mio. kr.) pr. patient	1,205	1,253	1,262

\* Opgjort ultimo året

Det fremgår, at der gennem årene har været stigende udgifter. Baggrunden for de stigende udgifter har dels været et stigende antal patienter, dels stigende gennemsnitlige udgifter pr. patient.

Det er vurderingen, at det er vanskeligt for nuværende at påvirke udviklingen i antallet af patienter.

Det vurderes dog også, at det gennem en styrkelse af hospitalets respirationsteam med i alt 1,1 mio. kr. er realistisk, at den gennemsnitlige udgift pr. patient kan reduceres og derved få en besparelse. Under forudsætning af uændrede vilkår og regler omkring respiratorhjælperordningen samt uændret patientantal er forventningen, at der kommer en besparelse i størrelsesordenen 6 mio. kr.

### **Principper for den økonomi, der er knyttet til den foreslåede bevillingsændring**

For at give Aarhus Universitetshospital tilskyndelse til at den gennemsnitlige pris pr. patient ikke stiger, er det aftalt, at Aarhus Universitetshospital dækker bevillingen til styrkelsen af respirationsteamet på 1,1 mio. kr., hvis gennemsnitsudgifterne pr. patient i 2012 stiger udover niveauet i 2011.

Der vil være en opfølgning i kvartalsrapporterne og en endelig opfølgning ved regnskabsafleggelsen for 2012. Hvis der sker væsentlige ændringer i den forventede besparelse eller vilkårene i øvrigt omkring respiratorhjælperordningen, vil nærværende aftale blive taget op.

### **Anmodning fra Region Nordjylland om bistand fra Region Midtjyllands respirationsteam**

Parallelt med den ovenfor beskrevne aftale har Region Nordjylland anmodet om bistand fra respirationsteamet til at udføre opgaver, der svarer til en del af teamets opgaveportefølje på vegne af Region Midtjylland. Region Nordjylland vil betale for denne bistand. Betalingen udgør i alt 0,86 mio. kr. Det foreslås, at der indgås samarbejde efter disse principper.

### **Bevillingsændring, hvis samarbejdsaftalen med Region Nordjylland samt forslaget om styrkelse af respirationsteamet godkendes**

De samlede merudgifter herved udgør 1,96 mio. kr. Af disse tegner Region Midtjylland sig som nævnt ovenfor for de 1,1 mio. kr., mens Region Nordjylland tegner sig for 0,86 mio. kr.

En godkendelse vil medføre, at bevillingerne jf. nedenstående bevillingsskema indarbejdes i budgettet for 2012 og frem.

**Drift 2012   Drift 2013   Drift 2014   Drift 2015 og frem**

**Tillægsbevillinger,**   Udgifter   Indtægter   Udgifter   Indtægter   Udgifter   Indtægter   Udgifter   Indtægter

**1.000 kr.**

*Bevillingsændringer*

1

Aarhus

Universitetshospital

1.960

1.960

1.960

1.960

**Bevillingsændringer**

**i alt**

1.960

0

1.960

0

1.960

0

1.960

0

*Finansiering*

2

Respiratorbehandling  
i eget hjem

-1.100

-1.100

-1.100

-1.100

Aarhus

Universitetshospital

-860

-860

-860

-860

**Finansiering i alt**

-1.100

-860

-1.100

-860

-1.100

-860

-1.100

-860

**Total**

860

-860

860

-860

860

-860

860

-860

1

+ = øgede udgifter og - = reducerede udgifter / - = øgede indtægter og + = reducerede indtægter

2

Der angives fuld finansiering af bevillingsændringen således at balancen går i 0

Anmærkning: Bevillingsændringen på 1,960 mio. kr. til Aarhus Universitetshospital er sammensat som opnormering af respiratorteamet på vegne af patienter fra Region Midtjylland (1,1 mio. kr.) samt opnormering af respiratorteamet på vegne af patienter fra Region Nordjylland (0,86 mio. kr.).

Den nedsatte følgegruppe vil fortsat udrede udgiftsudviklingen inden for området bl.a. med henblik på større viden og erfaringsudveksling omkring udgiftsbestemmende faktorer.

Indgåelse af en sundhedsaftale på området forventes endvidere at bidrage til en smidigere arbejdsgang i form af hurtigere fastlæggelse af fordelingsnøgler mellem kommuner og region, og dermed hurtigere konvertering til faste hjælperordninger. På nuværende tidspunkt afventer dette arbejde i Region Midtjylland dog drøftelser på nationalt plan om emnet.

## **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget.  
Ulla Diderichsen var forhindret i at deltage i sagens behandling.

## **Punkt 5: Bevillingssag: Igangsættelse af hovedprojektering og udførelse af underprojekt Færdiggørelsesarbejder samt orientering om udbuddet af byggepladsens fællesfaciliteter vedrørende DNU (sag til forretningsudvalget)**

1-30-72-145-07

### **Resume**

Der foreligger nu et projektforslag for færdiggørelsesentrepriserne under delprojekt Byggemodning, Infrastruktur og Landskab på DNU. Der søges om en anlægsbevilling på 226,1 mio. kr. til igangsættelse af hovedprojektering og udførelse af færdiggørelsesentrepriser.

Derudover orienteres om udbuddet af byggepladsens fællesfaciliteter.

### **Direktionen indstiller,**

- at projektforslaget vedrørende underprojekt Færdiggørelsesarbejder på DNU godkendes,
- at der bevilliges 226,1 mio. kr. (indeks 125,0) til igangsættelse af hovedprojektering samt udførelse af underprojekt Færdiggørelsesarbejder,
- at der afsættes rådighedsbeløb jf. tabel 3,
- at rådighedsbeløbene finansieres jf. tabel 3, og
- at opgaverne udføres i begrænset udbud med forudgående prækvalifikation.

Direktionen indstiller,

### **Sagsfremstilling**

#### **Baggrund**

Delprojekt Byggemodning, Infrastruktur og Landskab omhandler i hovedtræk grundforberedende arbejder, landskabs- og terrænregulering, vej- og stianlæg samt regn- og spildevandsafledning.

Delprojektet er opdelt i to underprojekter:

- Anlægs- og kloakentrepriser
- Færdiggørelsesarbejder

Den samlede ramme for delprojektet er 386,8 mio. kr. (indeks 125,0). Fordeling af budgettet ser således ud:

### Tabel 1: Fordeling af budgettet

Mio. kr. (indeks 125,0)

Projektforslag samt anlægs- og kloakentrepriser	160,7
Færdiggørelsesarbejder	226,1
<b>Samlede ramme for delprojektet</b>	<b>386,8</b>

Regionsrådet bevilgede den 27. april 2011 midler til udarbejdelse af for- og hovedprojekt samt efterfølgende udførelse for underprojekt Anlægs- og kloakentrepriser. Forud for dette har der været bevilget midler til udarbejdelsen af projektforslag. I alt er der tidligere bevilget 160,7 mio. kr.

Nærværende indstilling omfatter alle resterende færdiggørelsesarbejder i projektet.

#### *Underprojekt Færdiggørelsesarbejder*

I denne ansøgning søges der om en bevilling på 226,1 mio. kr. til underprojekt Færdiggørelsesarbejder.

Færdiggørelsesarbejder omfatter eksempelvis anleggelse af parkeringspladser, færdiggørelse af nye vejanlæg, belysning af udearealer og ombygning af eksisterende vej-, sti- og parkeringsanlæg. I vedlagte bilag fra rådgivergruppen er der en uddybning heraf.

Færdiggørelsesarbejderne er opdelt i 4 etaper. Etape 1-3 vedrører anlæg omkring veje og parkering, og etape 4 er de bygningsnære arealer. Nedenstående kort viser etaperne.



Fordelingen af budgettet til underprojekt Færdiggørelsesarbejder ser således ud:

### Tabel 2: Budget underprojekt Færdiggørelsesarbejder

Mio. kr. (indeks 125,0)

Håndværkerudgifter	189,1
Øvrige udgifter inkl. byggepladsen	10,7

Uforudsete udgifter	9,5
Honorar	16,8
<b>I alt</b>	<b>226,1</b>

I vedlagte bilag fra rådgivergruppen er der en detaljeret opstilling af budgettet vedrørende færdiggørelsesarbejderne.

### **Udbudsform**

Alle færdiggørelsesentrepriser udbydes i henhold til udbudsdirektivet (EU-udbud) i begrænset udbud med forudgående prækvalifikation. Tildelingskriteriet er laveste pris. Udbudsprocessen varetages og gennemføres som et digitalt udbud.

Det forventes, at færdiggørelsesarbejderne udbydes i seks entrepriser. Tre af disse vil være *hovedentrepriser* indeholdende anlægsarbejder, afvandingsarbejder samt visse elementer af gartnerarbejder.

Den fjerde entreprise forventes at blive udbudt som et rammeudbud. Rammeudbud bliver anvendt, når det gælder et indkøb, som ønskes anvendt gennemgående i DNU-projektet. Derudover anvendes rammeudbud, når der er behov for fleksibilitet, således at tilbudsgiver udfører arbejdet efterhånden, som behovet opstår. I denne forbindelse drejer det sig om entreprise vedrørende gartnerarbejder. Der er valgt et rammeudbud, da gartnerarbejdet skal udføres i tæt koordination med byggeriets udførelse. Derfor er der behov for fleksibilitet i forhold til den udførende gartnerentreprenør.

Den femte og sjette entreprise omfatter underhåndsbud af signalanlæg og vejbelysning. Dette er en særlig leverancetype, som henvender sig til et begrænset leverandørmarked, hvorfor det er mest hensigtsmæssigt at håndtere disse som et selvstændigt udbud.

### **Milepæle og Tidsplan**

Der planlægges efter følgende tidsplan:

Hovedprojektering	Januar 2012 – juli 2012
Licitation	September 2012
Tilbudsevaluering	September 2012 – november 2012
Byggeperiode inkl. idriftsættelse	December 2012 – ikke endeligt afklaret
Klar til drift	Ibrugtages etapevis efterhånden som udflytningen sker.

Enkelte opgaver vedrørende anlæg af p-pladser kan blive fremrykket, hvis dette findes mere hensigtsmæssigt.

### **Bevilling og finansiering**

I tabel 3 ses en oversigt over bevilling og rådighedsbeløb:

**Tabel 3: Rådighedsbeløb**

Mio. kr. (indeks 125,0)

1.000 kr.	Flerårig anlægs- bevilling <sup>1</sup>	Rådighedsbeløb						
		2012, indeks 125,0	2013, indeks 125,0	2014, indeks 125,0	2015, indeks 125,0	2016, indeks 125,0	2017, indeks 125,0	2018, indeks 125,0
<i>Bevillingsændringer<sup>2</sup></i>								
Underprojekt færdiggørelsesarbejder (udgift)	226.100	2.700	67.700	15.200	56.500	15.100	55.800	13.100
Underprojekt færdiggørelsesarbejder (kvalitetsfondsindtægt)	-135.163	-1.614	-40.471	-9.087	-33.776	-9.027	-33.357	-7.831
<b>Bevillingsændringer i alt</b>	<b>90.937</b>	<b>1.086</b>	<b>27.229</b>	<b>6.113</b>	<b>22.724</b>	<b>6.073</b>	<b>22.443</b>	<b>5.269</b>
<i>Finansiering<sup>3</sup></i>								
Pulje, DNU (udgift)	0	-2.700	-67.700	-15.200	-56.500	-15.100	-55.800	-13.100
Pulje, DNU (kvalitetsfondsindtægt)	0	1.614	40.471	9.087	33.776	9.027	33.357	7.831
Ændring af anlægsbevilling	-90.937							
<b>Finansiering i alt</b>	<b>-90.937</b>	<b>-1.086</b>	<b>-27.229</b>	<b>-6.113</b>	<b>-22.724</b>	<b>-6.073</b>	<b>-22.443</b>	<b>-5.269</b>
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> Rådighedsbeløbene er først disponible, når regionsrådet har givet bevilling til et anlægsprojekt  
<sup>2</sup> + = øgede udgifter og - = reducerede udgifter / - = øgede indtægter og + = reducerede indtægter  
<sup>3</sup> Der angives fuld finansiering af bevillingsændringen således at balancen går i 0

I henhold til budgetteringsprincipperne for kvalitetsfundsprojekter afgives der samtidig med udgiftsbevillingen til et kvalitetsfundsprojekt, en bevilling til kvalitetsfondsindtægter på 59,78 % af udgiften. De resterende 40,22 % (nettobeløbet) udgør Region Midtjyllands egenfinansiering.

Rådighedsbeløbene finansieres af den afsatte pulje til DNU. Med dette dagsordenspunkt er status for puljen som følger:

1.000 kr.	2012	2013	2014	2015	2016-2018
Pulje, DNU	81.814	761.365	1.343.800	1.431.300	1.299.565
Færdiggørelsesarbejder	-2.700	-67.700	-15.200	-56.500	-84.000
<b>Rest, Pulje til DNU (udgifter)</b>	<b>79.114</b>	<b>693.665</b>	<b>1.328.600</b>	<b>1.374.800</b>	<b>1.215.565</b>

Der er vedlagt et anlægsoverslag for DNU-projektet.

### Orientering om licitation på Byggepladsens fællesfaciliteter

Der har foregået en proces omkring valget af driftsoperatør for byggepladsens fællesfaciliteter. Processen har foregået i en konkurrencepræget dialog, hvor de bydende er udvalgt i en forudgående prækvalifikation. Efterfølgende har to af de tre udvalgte valgt at afslå muligheden for at afgive et tilbud. Dette har betydet, at der kun har været en tilbudsgiver.

Tilbuddet fra den tilbageværende tilbudsgiver ligger væsentligt over budgetoverslaget. Det vurderes, at der ikke er baggrund for at opnå enighed gennem en forhandling, og udbuddet annulleres. Efter tilbudsgivningen har der været afholdt møde med tilbudsgiver for at afklare årsagen til prisniveauet. Der er flere årsager til det relativt høje prisniveau.

Blandt andet skyldes det, at rollen som driftsoperatør er ny og ukendt, hvilket giver en usikkerhed i rollen. Dette afspejler sig i et stort risiko- og usikkerhedstillæg på priserne. Samtidig har den manglende konkurrence ligeledes været indvirkende på den høje pris.

Der er stadig et ønske om at fastholde konceptet omkring etablering af fællesfaciliteter for byggepladserne. På baggrund af de høje priser vil projektet blive tilpasset og genudbudt. Dog vil opgaven denne gang blive opdelt i flere udbud, hvilket bevirker, at der ikke vil være en samlet driftsoperatør. Rådgivergruppen vil i stedet varetage den koordinerende rolle. Byggepladsens fællesfaciliteter udbydes blandt andet som etablering af en skurby, udbud på opsætning af hegn mv.

## **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget. Ulla Diderichsen var forhindret i at deltage i sagens behandling.

## **Bilag**

Færdiggørelsesarbejder

Anlægsoverslag februar 2012

## **Punkt 6: Bevillingssag: Udarbejdelse af dispositions- og projektforslag for ombygning af eksisterende Skejby samt bevilling til nedrivning af bygning (sag til forretningsudvalget)**

1-30-72-145-07

### **Resume**

I forbindelse med etableringen af DNU er der behov for ombygninger i den eksisterende bygningsmasse på hospitalet i Skejby. Der søges om en bevilling til udarbejdelse af dispositions- og projektforslag for ombygning af eksisterende Skejby samt en bevilling til nedrivning af bygning. Ombygningen af Skejby finansieres uden for kvalitetsfondsprojektet af regionens almindelige anlægsmidler.

### **Direktionen indstiller,**

at bevillingen til ombygning af eksisterende Skejby forhøjes med 24,4 mio. kr. (indeks 125,0) til udarbejdelse af dispositions- og projektforslag for ombygning af eksisterende Skejby samt til nedrivning af bygning.

Direktionen indstiller,

### **Sagsfremstilling**

#### **Baggrund**

Ombygning af eksisterende Skejby har en budgetramme på 446,1 mio. kr. (indeks 125,0), som finansieres af regionens almindelige anlægsmidler. Dette blev besluttet med Helhedsplan 2010, som blev godkendt af regionsrådet den 16. juni 2010.

#### *Ombygning af det eksisterende hospital*

Arbejdet med udarbejdelse af dispositions- og projektforslag for ombygningen skal nu igangsættes. Samlet set er der tale om en udgift på 25,8 mio. kr.

Regionsrådet har tidligere bevilget 2,7 mio. kr. til opgaven.

På regionsrådsmødet den 19. januar 2011 blev der godkendt en bevilling på 2,0 mio. kr. (indeks 125,0) til udarbejdelse af dispositionsforslag vedrørende ombygninger i forbindelse med Akutcentret samt dispositions- og projektforslag vedrørende ombygninger i forbindelse med hæmatologisk laboratorium i Inflammationscentret. Arbejdet med disse områder blev igangsat for at skabe en sammenhængende disponering med nybyggeriet til henholdsvis Akutcentret og Inflammationscentret.

Efterfølgende har regionsrådet på mødet den 24. august 2011 godkendt en bevilling på 0,7 mio. kr. (indeks 125,0) til igangsættelse af den indledende planlægning vedrørende ombygning af det eksisterende hospital.

Der søges nu om det resterende behov på 23,1 mio. kr. (indeks 125,0). Bevillingen skal bruges til udarbejdelse af dispositions- og projektforslag for ombygning af eksisterende Skejby, herunder øvrige udgifter samt udarbejdelse af hovedprojekt for den tidligere sterilcentral.

Ombygningsarbejdet berører primært ambulatorier og behandlingsafsnit på eksisterende Skejby. Derudover indgår der etablering af nye bygninger for en række funktioner, hvor ombygning af eksisterende bygninger er dyrere end nybyggeri.

Ombygning af eksisterende Skejby forventes opdelt i ca. 9 underprojekter, der hovedprojekteres og udbydes særskilt i forhold til tids- og udflytningsplan. I vedlagte bilag findes yderligere oplysninger.

Der planlægges en forceret projektering af den tidligere sterilcentral med henblik på gennemførelse af ombygning til ambulatorier i Hjertecentret hurtigst muligt. Dette bunder i et ønske om at samle hjertemedicinsk afdeling, så hurtigt som muligt. I nærværende ansøgning indgår derfor også bevilling til udarbejdelse af hovedprojekt vedrørende den tidligere sterilcentral.

### *Nedrivning af bygning*

For at kunne gennemføre sammenbygningen mellem det eksisterende byggeri og nybyggeriet er det nødvendigt at nedrive en del af det eksisterende patienthotel (10 senge). Nedrivningen er i overensstemmelse med Helhedsplan 2010. Nedrivning af bygningen sker som led i klargørelsen af byggefeltet til underprojekt Akut Nord 1. Reduktionen af sengeantallet i patienthotellet sker i overensstemmelse med den løbende kapacitetstilpasning på hospitalet.

Der søges om 1,3 mio. kr. (indeks 125,0) til nedrivning af bygningen. Budgettet hertil er ligeledes en del af det samlede budget for Ombygning af eksisterende Skejby.

For nærmere information omkring nedrivningen henvises til vedlagte bilag.

### **Økonomi og finansiering**

Den samlede økonomi for Ombygning af eksisterende Skejby er som nævnt 446,1 mio. kr. Af nedenstående tabel fremgår fordelingen af budgettet:

#### **Tabel 1. Fordeling af det samlede projekt**

Mio. kr. (indeks 125,0)

Ombygning af eksisterende Skejby 415,7

Nedrivning af bygning 1,3

Tværgående udgifter 29,0

**Samlet anlægsbudget 446,1**

Tværgående udgifter vedrører ombygningsopgavens andel af udgifter til drift af Projektafdelingen, bygherrerådgivning mv. En nærmere uddybning af budgettet vil være at finde i vedlagte bilag

Af det samlede anlægsbudget søges om en bevilling på 24,4 mio. kr.:

#### **Tabel 2. Den samlede bevillingsansøgning i nærværende indstilling**

Mio. kr. (indeks 125,0)

Udarbejdelse af dispositions- og projektforslag	23,1
Nedrivning af bygning	1,3
<b>Samlet bevillingsansøgning</b>	<b>24,4</b>

### **Udbudsform**

For ombygningen af eksisterende Skejby forventes opgaverne i hvert udbudsområde at blive udbudt enkeltvis i stor- eller fagentrepriser.

Nedbrydningsarbejdet vedrørende nedrivning af bygning vil blive udbudt ved underhåndsbud, hvilket betyder, at tilbud indhentes fra flere entreprenører, men uden at der gennemføres et egentligt udbud. Denne udbudsform anvendes, da arbejdet er af mindre omfang.

### **Tidsplan**

Der planlægges efter følgende tidsplan for ombygningen af eksisterende Skejby:

Dispositionsforslag	Maj 2012 – december 2012
Projektforslag	Januar 2013 – juni 2013
Hovedprojekt tidligere sterilcentral	August 2013 – december 2013

For nedrivning af bygning arbejdes der efter følgende tidsplan:

Licitation	Februar 2012
Tilbudsevaluering mv.	Marts 2012
Nedrivning	Maj 2012 – juli 2012

### **Bevilling og rådighedsbeløb**

Bevilling og rådighedsbeløb fordeler sig som følger:

### **Tabel 3. Bevilling og rådighedsbeløb**

Mio. kr. (indeks 125,0)

<b>1.000 kr.</b>	Flerårig anlægsbevilling <sup>1</sup>
<i>Bevillingsændringer<sup>2</sup></i>	
Ombygning Skejby	24.400
<b>Bevillingsændringer i alt</b>	<b>24.400</b>
<i>Finansiering<sup>3</sup></i>	
Ændring af anlægsbevilling	-24.400
<b>Finansiering i alt</b>	<b>-24.400</b>
<b>Total</b>	<b>0</b>
<sup>1</sup> Rådighedsbeløbene er først disponible, når regionsrådet har givet bevilling til et anlægsprojekt <sup>2</sup> + = øgede udgifter og - = reducerede udgifter / - = øgede indtægter og + = reducerede indtægter <sup>3</sup> Der angives fuld finansiering af bevillingsændringen således at balancen går i 0	

Der blev ved budgetforliget 2012 afsat rådighedsbeløb i 2012-2014 til ombygning af eksisterende Skejby.

Bevillingen på 24,4 mio. kr. finansieres af de allerede afsatte rådighedsbeløb og medfører derfor ikke et træk på regionens pulje til anlægsprojekter. Det er således heller ikke nødvendigt at afsætte rådighedsbeløb.

For perioden 2012-2014 er der i alt afsat rådighedsbeløb til ombygning af eksisterende Skejby på 72,7 mio. kr., hvoraf regionsrådet med dette dagsordenspunkt har givet bevilling til 27,1 mio. kr.

## Beslutning

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget. Ulla Diderichsen var forhindret i at deltage i sagens behandling.

## Bilag

Indstilling vedrørende ombygning af eksisterende Skejby

Nedrivning af bygning, eksisterende Skejby

# **Punkt 7: Bevillingssag: Godkendelse af projektforslag samt opførelse af Teknisk Bygning VVS på DNU (sag til forretningsudvalget)**

1-30-72-145-07

## **Resume**

Der foreligger nu et projektforslag for Teknisk Bygning VVS, som regionsrådet skal godkende. Teknisk Bygning VVS er en del af de tekniske hovedforsyninger på DNU. Hovedforsyningerne på DNU finansieres uden for kvalitetsfondsprojektet. Der søges på baggrund af projektforslaget om en anlægsbevilling på 16,2 mio. kr. (indeks 125,0) til udførelse af byggeriet af den tekniske bygning.

## **Direktionen indstiller,**

- at projektforslaget vedrørende Teknisk Bygning VVS på DNU godkendes,
- at der bevilges 16,2 mio. kr. (indeks 125,0) til opførelse af Teknisk Bygning VVS,
- at der afsættes rådighedsbeløb jf. tabel 2,
- at rådighedsbeløbene finansieres jf. tabel 2, og
- at arbejdet udbydes i begrænset udbud med forudgående prækvalifikation.

Direktionen indstiller,

## **Sagsfremstilling**

### **Baggrund**

De tekniske hovedforsyninger til DNU omfatter el, vand, varme og køl. Etableringen af hovedforsyninger finansieres uden for kvalitetsfondsprojektet.

Den samlede udgift til tekniske hovedforsyninger er 138 mio. kr. (indeks 125,0), som skal finansieres af regionens almindelige anlægsmidler. Af denne ramme blev der på regionsrådsmødet den 25. januar 2012 bevilget 121,8 mio. kr. til etablering af tekniske hovedforsyninger. Der søges nu om midler til den sidste del af de tekniske hovedforsyninger, nemlig opførelsen af en teknisk bygning.

### *Teknisk Bygning VVS*

I bevillingen forelagt regionsrådet i januar 2012 blev der omtalt en teknisk bygning til produktionsanlæg. På daværende tidspunkt var budgettet hertil ikke endeligt afklaret. Det er det nu, og der søges i denne bevillingsansøgning om 16,2 mio. kr. (indeks 125,0) til bygningen, således at der samlet er bevilget 138 mio. kr. til opgaver i forbindelse med de tekniske hovedforsyninger.

Den tekniske bygning er på 1.650 kvadratmeter og skal indeholde et produktionsanlæg for køling, vekslerstation for fjernvarme samt transformestation. I opførelsen af den tekniske bygning tages der højde for fleksibilitet, således at der er

fremtidige udvidelsesmuligheder. For nærmere beskrivelse heraf henvises til vedlagte bilag. Bemærk, at tallene i bilaget er angivet i et andet indeks. Der er endvidere vedlagt en tegning, som viser bygningens placering.

Budgettet fordeler sig således:

### **Tabel 1. Fordeling af budgettet vedrørende teknisk bygning VVS**

Mio. kr. (indeks 125,0)

Håndværkerudgifter	12,8
Øvrige udgifter	0,8
Uforudsete udgifter	0,6
Honorar	1,9
<b>I alt</b>	<b>16,2</b>

### **Udbudsform**

Bygge- og anlægsarbejderne vil blive udbudt i henhold til udbudsdirektivet (EU-udbud) i begrænset udbud med forudgående prækvalifikation. Tildelingskriteriet vil være laveste pris.

Arbejderne vil blive udbudt i hovedentreprise. Fordelen ved hovedentreprise er, at der kun indgås aftale med én entreprenør, hvilket giver en enkel styring af byggesagen. Hovedentreprise er velegnet til denne type byggeri, da det er en forholdsvis enkel bygning med få kvadratmeter.

Udover hovedentreprisen forventes dele af svagstrømsinstallationerne at indgå i de rammeudbud, der udbydes i forbindelse med Akut Nord 1. Disse muligheder afdækkes i forbindelse med hovedprojekteringen. Udgifterne til svagstrømsinstallationer er indeholdt i budgettet i tabel 1.

### **Tidsplan**

Tidsplanen for den Tekniske bygning ser således ud:

For- og hovedprojekt – udbud April 2012 – maj 2012

Udførelse August 2012 – januar 2013

### **Bevilling og rådighedsbeløb**

I nedenstående tabel præsenteres i oversigtsform bevilling og rådighedsbeløb:

### **Tabel 2: Bevillingsændringer og finansiering**

Mio. kr. (indeks 125,0)

1.000 kr.	Flerårig anlægsbevilling <sup>1</sup>	Rådighedsbeløb			
		2012, indeks 125,0	2013, indeks 125,0	2014, indeks 125,0	2015, indeks 125,0
<i>Bevillingsændringer<sup>2</sup></i>					
Teknisk Bygning VVS	16.200	16.200			
<b>Bevillingsændringer i alt</b>	<b>16.200</b>	<b>16.200</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>Finansiering<sup>3</sup></i>					
Ombygning, Skejby	0	-8.700	-7.500	16.200	
Hovedforsyninger	0	-7.500	7.500	-35.200	
Pulje til anlægsprojekter	0			19.000	
Ændring af anlægsbevilling	-16.200				
<b>Finansiering i alt</b>	<b>-16.200</b>	<b>-16.200</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> Rådighedsbeløbene er først disponible, når regionsrådet har givet bevilling til et anlægsprojekt  
<sup>2</sup> + = øgede udgifter og - = reducerede udgifter / - = øgede indtægter og + = reducerede indtægter  
<sup>3</sup> Der angives fuld finansiering af bevillingsændringen således at balancen går i 0

Der blev ved budgetforliget 2012 afsat rådighedsbeløb i 2012-2014 til dels ombygning af eksisterende Skejby og dels hovedforsyninger. I alt blev der afsat 218,3 mio. kr.

Bevillingen på 16,2 mio. kr. til den tekniske bygning finansieres af de allerede afsatte rådighedsbeløb og medfører derfor ikke et træk på regionens pulje til anlægsprojekter.

De afsatte rådighedsbeløb var baseret på en forventning til, hvorledes omkostningerne ville falde i årene. I bevillingstabellen foretages en omfordeling af de afsatte rådighedsbeløb mellem årene og mellem ombygning og hovedforsyninger. Dette sker, da den faktiske fordeling af omkostninger er kendt, og da den er lidt anderledes end forventet. Der ændres i den forbindelse ikke på de to projekters anlægsbevilling.

Oprindeligt afsatte Region Midtjylland rådighedsbeløb svarende til 157 mio. kr. til hovedforsyninger. Som nævnt ovenfor blev den faktiske udgift 138 mio. kr. De overskydende 19 mio. kr. placeres i regionens anlægspulje.

## Beslutning

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget. Ulla Diderichsen var forhindret i at deltage i sagens behandling.

## Bilag

Tegning teknisk bygning VVS

Indstilling teknisk bygning VVS - Rådgivergruppen

## **Punkt 8: Status på Ortopædkirurgisk Visitationssamarbejde og godkendelse af ændring af servicemål (sag til forretningsudvalget)**

1-31-72-111-10

### **Resume**

Styregruppen for Ortopædkirurgisk Visitationssamarbejde har siden evalueringen af Elektivt Visitationscenter (EVC) i sommeren 2011 arbejdet med nye modeller for henvisning og visitation af den ortopædkirurgiske patient.

Det ortopædkirurgiske samarbejde har, i kombination med to større meraktivitetsprojekter og nye retningslinjer for henvisning og visitation på rygområdet, haft en betydelig effekt på antallet af patienter, som er blevet omvisiteret til privathospital indenfor det ortopædkirurgiske speciale. Der er således omvisiteret 35 % færre patienter til behandling i privat regi i 2011 i forhold til 2010.

På baggrund af arbejdet med nye modeller for henvisning og visitation foreslår administrationen at ændre servicemålet for fremsendelse af indkaldelsesbrev til patienten fra 8 dage til 8 hverdage. Målet med modellerne er at sikre patienten en tid indenfor behandlingsfristen, men det tager tid at gøre det korrekt.

Administrationen forventer at overføre de gode erfaringer fra Ortopædkirurgisk Visitationssamarbejde til et eller flere specialer i 2012.

### **Direktionen indstiller,**

at orienteringen tages til efterretning, og

at det godkendes, at servicemål 13: "Meddelelse om forundersøgelse/behandling" ændres fra 8 dage til 8 hverdage pr. 1. september 2012.

Direktionen indstiller,

### **Sagsfremstilling**

#### **Status på Ortopædkirurgisk Visitationssamarbejde**

Regionsrådet blev den 24. august 2011 forelagt den planlagte evaluering af forsøgsordningen med et Elektivt Visitationscenter for det ortopædkirurgiske speciale. Evalueringen viste, at Elektivt Visitationscenter ikke kunne fortsætte i den daværende form på grund af store administrative udfordringer. På baggrund af evalueringen besluttede regionsrådet, at styregruppen for Elektivt Visitationscenter kunne arbejde videre med at udvikle nye modeller for henvisning og visitation af den ortopædkirurgiske patient. Dette med henblik på at videreføre de gode elementer ved Elektivt Visitationscenter og fortsætte den konstruktive udvikling samt bevare det tværregionale fokus.

Da der ikke længere eksisterer et Elektivt Visitationscenter har styregruppen valgt at ændre navn til Styregruppen for Ortopædkirurgisk Visitationssamarbejde (OVS).

#### **Effekt af Ortopædkirurgisk Visitationssamarbejde**

Det ortopædkirurgiske visitationssamarbejde har båret frugt i 2011 og forventes at skabe yderligere resultater i 2012.

Det fremgår af nedenstående tabel, at antallet af patienter, som er omvisiteret til privathospital indenfor det ortopædkirurgiske speciale, er faldet fra 3.008 patienter i 2010 til 1.952 patienter i 2011 – et fald på 35 %.

**Tabel 1. Antal patienter omvisiteret til privathospital indenfor det ortopædkirurgiske speciale i 2010 og 2011**

Speciale	Ekspertområde	2010	2011	Ændring i antal fra 2010 til 2011		Procentvis ændring fra 2010 til 2011
Ortopædisk kirurgi	Skulder/Albue	1.227	712	-515	-42	
	Fod	554	455	-99	-18	
	Lænd	458	172	-286	-62	
	Hånd	327	274	-53	-16	
	Knæ	261	224	-37	-14	
	Hofte	125	58	-67	-54	
	Øvrige	39	51	12	31	
	Ryg (skoliose)	17	6	-11	-65	
Ortopædisk kirurgi Total		3.008	1.952	-1.056	<b>-35</b>	

Datakilde: Patientkontorets registreringssystem, trukket den 17. januar 2012.

Der er specielt sket et væsentligt fald i antallet af omvisiteringer indenfor ekspertområdet lænderyg. Faldet er sandsynligvis en kombineret effekt af nye retningslinjer for henvisning og visitation indenfor rygområdet samt et større meraktivitetsprojekt, som Regionshospitalet Silkeborg har gennemført i 2011.

Regionshospitalet Silkeborg har ligeledes haft succes med et stort meraktivitetsprojekt vedrørende ekspertområdet skulder, med speciel fokus på forundersøgelse af skulderpatienter. Andre af regionens hospitaler har også arbejdet fokuseret på dette ekspertområde. Således har Regionshospitalet Horsens i dag meget kort ventetid til skulderudredning og -operation, og har hjulpet andre hospitaler med at udrede og behandle patienter. I alt er 515 færre skulderpatienter blevet omvisiteret til et behandlingstilbud i privat regi fra 2010 til 2011, svarende til en reduktion på 42 %.

Der er også sket et fald i omvisiteringerne indenfor de øvrige ekspertområder. Det er således ikke kun meraktivitetsprojekterne, der har haft en positiv effekt på antallet af patienter, som er blevet omvisiteret til privathospital. Det løbende arbejde i styregruppen har haft stor betydning for samarbejdet på tværs og åbenheden for at prøve nye ting af. Endvidere er der gennem arbejdet skabt et fokus på at tilbyde patienterne en tid indenfor behandlingsfristen. Styregruppen har bl.a. løbende drøftet:

- Nye modeller for henvisning og visitation af den ortopædkirurgiske patient.
- Håndtering af vanskeligt styrbare områder, som f.eks. skulderområdet.
- Samarbejde på tværs.
- Statistik over antal patienter, som omvisiteres til privathospital indenfor specialet.

- Mulighederne for at etablere yderligere forundersøgelseskapacitet.
- Mulige meraktivitesprojekter.

Styregruppen for Ortopædkirurgisk Visitationssamarbejde fortsætter sit arbejde og skal i sommeren 2012 implementere en webhotel-løsning indenfor det ortopædkirurgiske speciale.

### **Implementering af nye modeller for henvisning og visitation**

Styregruppen skitserede i forbindelse med evalueringen af Elektivt Visitationscenter to alternative modeller for henvisning og visitation af den ortopædkirurgiske patient, som inddrager de positive elementer af Elektivt Visitationscenter. En midlertidig model og en langsigtet model, som kræver udvikling af it til at understøtte modellen.

Den midlertidige model blev implementeret den 1. oktober 2011 og afløste således Elektivt Visitationscenter. Den langsigtede model - "web-hotelløsningen" blev i efteråret 2011 konkretiseret og Styregruppen for Ortopædkirurgisk Visitationssamarbejde har fået udviklet løsningen i MidtEPJ.

Administrationen ser følgende konsekvenser ved "web-hotelløsningen":

- Alle hospitaler modtager basispatienter i tilstrækkeligt omfang.
- Alle får mulighed for at behandle de patienter, som 1. henvisningssted ikke har mulighed for at behandle indenfor behandlingsfristen.
- Patienterne modtager brev om et behandlingstilbud indenfor behandlingsfristen fra det hospital, som kan tilbyde behandlingen.
- Øget incitament til daglig visitation.
- Øget incitament til at tilvejebringe behandlingskapacitet indenfor behandlingsfristen.
- Via fællespuljen skabes et godt overblik over de behandlinger, som regionens hospitaler ikke kan nå at varetage indenfor behandlingsfristen. Hermed skabes et godt grundlag for kommende udbud og eventuelle meraktivitetsprojekter.

Løsningen implementeres på regionens ortopædkirurgiske afdelinger den 1. september 2012. Der kan læses yderligere om de to modeller i vedlagte notat.

### **Service mål vedrørende meddelelse om forundersøgelse og behandling**

I forbindelse med implementering af Elektivt Visitationscenter og den langsigtede model er det blevet tydeligt, at opgaven med at udnytte kapaciteten i hele regionen vanskeligt kan håndteres med 8 dage som servicemål for fremsendelse af indkaldelsesbrev til patienten. Bl.a. behovet for at videresende henvisningen til det hospital, som kan behandle patienten indenfor behandlingsfristen, udfordres af de 8 dage. Der er i forbindelse med web-hotelløsningen derfor blevet arbejdet med 8 hverdage til sagsbehandling.

I Region Midtjylland er målet for fremsendelse af indkaldelsesbrev til patienten fastsat til 8 dage, mens loven foreskriver 8 hverdage (sundhedslovens § 90, jf. Lov nr. 546 af 24/06/2005, ændret ved bl.a. Lov nr. 1556 af 20/12/2006). Begrundelsen herfor er de generelt strammere servicemål vedrørende forundersøgelse (2 uger) og behandling (1 måned). Idet web-hotelløsningen netop sikrer, at patienter modtager en meddelelse fra det hospital, som kan varetage forundersøgelsen indenfor 2 uger og tilbyde behandling indenfor 1 måned, foreslås det, at servicemålet ændres fra 8 dage til 8 hverdage. Der er behov for tid til at gøre det rigtigt, hvilket i nogle tilfælde indebærer at videresende patientens henvisning til det hospital, som kan tilbyde patienten en tid indenfor behandlingsfristen.

Det foreslås, at ændringen af servicemålet vedrørende meddelelse om forundersøgelse og behandling træder i kraft den 1. september 2012, hvor web-hotelløsningen implementeres. Endvidere foreslås det, at ændringen omfatter meddelelse til alle elektive patienter og ikke kun ortopædkirurgiske patienter.

### **Udbredelse af visitationssamarbejdet**

Elektivt Visitationscenter tjente som modelforsøg for en eventuel senere udbredelse af ordningen til andre specialer. Der er nu så gode erfaringer med det ortopædkirurgiske visitationssamarbejde, at erfaringerne ønskes overført til andre specialer. Endvidere kan andre specialer også få gavn af webhotel-løsningen.

Administration vil i 2012 arbejde på at overføre erfaringerne med et visitationssamarbejdet til et eller flere øvrige specialer.

### **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget. Ulla Diderichsen var forhindret i at deltage i sagens behandling.

### **Bilag**

Notat Implementering af nye modeller for henvisning og visitation

## **Punkt 9: Bevillingssag: Finansiering af meraktivitetsprojekt inden for reumatologi samt status på lægesituationen inden for specialet (sag til forretningsudvalget)**

1-31-72-201-11

### **Resume**

Som led i at håndtere den nuværende kapacitetsmangel indenfor det reumatologiske speciale ansøges om finansiering af meraktivitetsprojekt på 9.900 ambulante reumatologiske besøg, herunder 1.350 tværfaglige rygundersøgelser. Aktivitetsudvidelse vil medføre øget behov for røntgenundersøgelser og co-morbiditetsundersøgelser, hvorfor der også søges om finansiering hertil.

Der orienteres endvidere om lægesituationen indenfor det reumatologiske speciale.

### **Direktionen indstiller,**

- at meraktivitetsprojektet vedrørende 9.900 ambulante reumatologiske besøg, 1.080 røntgenpakker og 250 co-morbiditetsundersøgelser forbundet med udgifter på samlet set 14,4 mio. kr. godkendes,
- at udgiften til meraktivitetsprojektet finansieres ved en negativ udgiftsbevilling på 14,4 mio. kr. på kontoen for behandling på privathospitaler (det udvidede frie sygehusvalg), jf. tabel 2, og
- at orienteringen vedrørende lægesituationen i Region Midtjylland tages til efterretning.

Direktionen indstiller,

### **Sagsfremstilling**

Reumatologi omhandler medicinske sygdomme i bevægeapparatet og omfatter et bredt udsnit af gigt- og rygsygdomme, bindevævssygdomme og overbelastningsskader.

Specialet har gennem længere tid været præget af store rekrutteringsvanskeligheder med mangel på kapacitet og lange ventelister til følge.

Trods en god tilslutning til den lægelige videreuddannelse indenfor det reumatologiske speciale og en lille stigning i antal besatte speciallægestillinger siden 2009 er der på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkelig kapacitet til at varetage de reumatologiske patienter i Region Midtjylland.

Med henblik på at bevare aktivitetsniveauet fra 2011 og afkorte ventelisten for de mest syge reumatologiske patienter ansøger Diagnostisk Center på Regionshospitalet Silkeborg om finansiering til 9.900 ambulante reumatologiske besøg, hvoraf 1.350 er tværfaglige rygundersøgelser. Endvidere ansøges om finansiering til 1.080 røntgenpakker og 250 co-morbiditetsundersøgelser, som er en afledt effekt af den væsentlige aktivitetsstigning, projektet vil medføre. Det samlede finansieringsbehov for projektet er 14,4 mio. kr.

## **Lægesituationen på det reumatologiske område i Region Midtjylland**

Med henblik på at sikre en bedre udnyttelse af den samlede reumatologiske ekspertise og styrke de faglige fællesskaber og miljøer blev det i forbindelse med omstillingsplanen til fremtidens sundhedsvæsen besluttet at samle reumatologien i to centre. Et center på Aarhus Universitetshospital og et på Regionshospitalet Silkeborg. Den nye organisering skulle ligeledes sikre en mere robust lægelige videreuddannelse.

Samlet set forbedres lægesituationen i Region Midtjylland stille og roligt. Der er fra 2009 til 2012 sket en lille stigning i antal besatte speciallægestillinger, jf. det vedlagte notat "Reumatologisk Lægesituation". Endvidere er der siden 2009 kommet flere reumatologiske uddannelsesstillinger i Videreuddannelsesregion Nord, og uddannelsesstillingerne bliver besat. Samlet set medfører det, at den reumatologiske kapacitet i Region Midtjylland øges de kommende år. Der vil dog forsåt gå nogen tid, før efterspørgslen på det reumatologiske området kan dækkes i tilstrækkeligt omfang.

## **Status på ventetider og behandling på privathospital**

Ventetiderne til udredning og behandling af reumatologiske lidelser i Region Midtjylland er lang. Ifølge venteinfo.dk er der mellem 18 og 75 ugers ventetid til undersøgelse for gigtsygdomme, mellem 2 og 75 uger til undersøgelse for kronisk leddegigt og mellem 15 og 25 ugers ventetid til udredning for rygsygdomme. Patienter med akut eller sub-akut behov bliver tilset hurtigere.

De lange ventetider har resulteret i, at en del patienter vælger et privat behandlingstilbud under reglerne om udvidet frit sygehusvalg. Samlet set blev 732 patienter omvisiteret til et privat behandlingstilbud i 2011. Det er 205 færre end i 2010, hvilket bl.a. er en effekt af, at RH Silkeborg fik finansiering til et meraktivitetsprojekt på 3.150 reumatologiske besøg i 2011.

## **Reumatologisk meraktivitetsprojekt på Regionshospitalet Silkeborg**

Regionshospitalet Silkeborg har de sidste 3 år øget deres aktivitet inden for det reumatologiske speciale og ønsker i 2012 at øge aktiviteten yderligere. Meraktiviteten blev i 2011 finansieret som et meraktivitetsprojekt fra puljen for særlige aktivitetsbaserede projekter, og det er dette projekt, som ønskes videreført og udvidet i 2012.

Diagnostisk Center på Regionshospitalet Silkeborg ansøger således om at få finansieret 9.900 ambulante reumatologiske besøg, hvoraf ca. 1.350 er medicinske behandlingsprogrammer for rygpatienter, til en samlet DRG-værdi på knap 28 mio. kr. Idet Regionshospitalet Silkeborg har øget deres kapacitet siden 2009 går finansieringen til at bevare aktivitetsniveauet fra 2011 og udvide aktiviteten yderligere i 2012. Udvidelsen i 2012 omfatter ca. 6.390 af de 9.900 ambulante besøg og skal være med til at reducere ventelisten.

Den foreslåede udvidelse på det reumatologiske område vil således primært ske på patientgruppen, hvor der er mistanke om alvorlig sygdom og i nogen grad på de nyligt implementerede tværfaglige rygundersøgelser (medicinske behandlingsprogrammer) jf. vedlagte notat "Meraktivitetsprojekt, reumatologi". Udvidelsen forventes at have den effekt, at ventetiden for patientgruppen med mistanke om leddegigt og forskellige inflammatoriske sygdomme (inkl. bindevævssygdomme) kan komme ned på de ønskede 2-4 uger. Endvidere vil ventelisten for disse patientgrupper blive gennemgået med henblik på at tilbyde relevante patienter at få fremrykket deres tid til udredning.

Det er sværere at udtale sig om effekten af udvidelsen på de tværfaglige rygundersøgelser, da det også for denne meget store patientgruppe må formodes, at en kortere ventetid vil kunne øge efterspørgslen.

Aktivitetsudvidelsen vil medføre et betydeligt ressourcetræk på det billeddiagnostiske område. For knap 1.100 nyhenviste reumatologiske patienter vil det betyde en aktivitetsstigning i radiologisk afsnit på ca. 5.500 røntgenundersøgelser. Den forventede DRG-værdi af disse er ca. 700.000 kr.

Patienter, der bliver diagnosticeret med leddegigt, bliver desuden udredt for co-morbiditet, som udover blodprøver består af DEXA-scanning(er), lungefunktionsundersøgelse og ekkokardiografi. Det forventes, at den øgede reumatologiske aktivitet vil medføre 250 co-morbiditetsundersøgelser til en samlet DRG-værdi på godt 400.000 kr.

## Økonomi

Det fremgår af tabel 5 nedenfor, at det samlede DRG-værdi for projektet er 28,8 mio. kr. og det samlede finansieringsbehov 14,4 mio. kr.

**Tabel 1. Finansieringsbehov**

Meraktivitetsprojekt	DRG-værdi (1000 kr.)	50 % afregning (1000 kr.)
9900 ambulante besøg, inkl. 1350 tværfaglige rygundersøgelser	27.712	13.856
1080 startpakker røntgen	677	338
250 co-morbiditetsundersøgelser	411	205
<b>Samlet finansieringsbehov</b>	<b>28.800</b>	<b>14.400</b>

Det foreslås, at projektet finansieres fra kontoen for udvidet frit sygehusvalg jf. tabel 6.

**Tabel 2. Oversigt over bevillingsmæssige konsekvenser**

Drift 2012 1.000 kr., 2012 p/l	Drift 2013		Drift 2014 og frem			
	Udgift	Indtægt	Udgift	Indtægt	Udgift	Indtægt
<i>Bevillingsændringer</i>						
<i>1</i>						
Hospitalsenhed Midt - meraktivitetsprojekt indenfor reumatologi	14.400					
Bevillingsændringer i alt	14.400	0	0	0	0	0
<i>Finansiering</i>						
<i>2</i>						
Kontoen for behandling på privathospital (udvidet frit sygehusvalg)	-14.400					
Finansiering i alt	-14.400	0	0	0	0	0



# **Punkt 10: Lægelig dækning af akutklinikkerne i Grenaa, Ringkøbing og Skive (sag til forretningsudvalget)**

1-31-72-367-08

## **Resume**

Aftalen med almen praksis om et styrket samarbejde på akutområdet betyder bl.a., at lægevagten fra 10. april 2012 udgør den lægefaglige backup på akutklinikkerne i vagttid. Aftalen virkeliggør dermed en række af intensionerne med akutplanen. Den peger desuden fremad med formuleringen af perspektiverne for en drøftelse med almen praksis om varetagelsen af den lægefaglige backup i dagtid i de sundhedshuse, hvor der vil være praktiserende læger med klinik.

Indtil dette virkeliggøres skal den lægelige dækning af akutklinikkerne i dagtid ses i sammenhæng med tilrettelæggelsen af de udgående ambulatoriefunktioner i sundhedshusene. Det beskrives, hvordan hovedparten af disse ambulatoriefunktioner, som foregår lokalt, af gode grunde, er forankret i de medicinske specialer. På denne baggrund foreslås yderligere styrkelse af den ortopædkirurgiske forankring af skadesbehandlingen i akutklinikkerne igennem etablering af videotransmissionsudstyr, som sammenkobler akutafdeling og akutklinik og muliggør transmission af "livebilleder".

## **Direktionen indstiller,**

at der etableres billedtransmissionsudstyr på de tre akutklinikker i Grenaa, Skive og Ringkøbing med henblik på styrkelse af den ortopædkirurgiske forankring.

Direktionen indstiller,

## **Sagsfremstilling**

Regionsrådet vedtog den 14. december 2011 at indgå i yderligere integreret samarbejde med almen praksis på akutområdet.

For tilrettelæggelsen af de nære sundhedstilbud betyder aftalen, at lægevagten og akutklinikkerne integreres i vagttid, hvor basisbemandingen som i dagtid er behandlersygeplejersker, der er uddannet til at varetage og afslutte en række mindre skader selvstændigt.

I vagttid varetager lægevagten det lægefaglige ansvar for både behandlingerne i akutklinikken tillige med behandlingen af lægevagtpatienter. Lægevagten vil dermed komme til at varetage det lægefaglige ansvar for de samme typer af behandlinger, som jf. aftalen med almen praksis, skal kunne varetages i almen praksis, når visitationen af akut sygdom og skade overgår hertil pr. 1. september 2012.

Med aftalen virkeliggøres intensionen, som beskrevet i Akutplanen og senest i Omstillingsplanen, hvoraf det fremgår, at der skal indgås aftaler med almen praksis om den lægelige dækning af akutklinikkerne i vagttid. At lægevagten udgør den lægefaglige backup lokalt på akutklinikkerne har samtidig betydning for en anden af intensionerne med akutplanen om at udnytte de begrænsede lægefaglige ressourcer bedst muligt, og lade de mest erfarne modtage de mest syge patienter på akuthospitalerne.

Der er et yderligere perspektiv i aftalen med almen praksis for udfoldelse af denne intension. Det fremgår nemlig heraf, at der fremadrettet kan indledes drøftelser om perspektiverne for samarbejde med almen praksis i dagtid på de lokationer,

hvor der etableres/er etableret akuthus/sundhedshus, og hvor der vil være praktiserende læge med klinik.

*Lægelig dækning i akutklinikkerne i Grenaa, Ringkøbing og Skive i dagtid og styrkelse af den ortopædkirurgiske forankring*

Indtil dette aftales skal den lægelige dækning af akutklinikkerne i dagtid (Grenaa, Skive, Ringkøbing) ses i sammenhæng med tilrettelæggelsen af de udgående ambulante funktioner i sundhedshusene (jf. omstillingsplanen).

Langt hovedparten af de udgående ambulante funktioner er imidlertid medicinsk forankrede med henblik på varetagelsen af de kroniske patienter med f.eks. diabetes, KOL, hjertesygdomme, som har behov for jævnlige ambulante besøg.

Ambulatorievirksomheden i sundhedshusene er kort beskrevet i nedenstående tabel:

	<b>Medicinske ambulatorier</b>	<b>Kirurgiske ambulatorier</b>	<b>Øvrig ambulatorieaktivitet</b>
Sundhedshus i Skive	<u>Hjertemedicinsk ambulatorium</u>  :  Alle hverdage i dagtid heraf 2-3 dage om ugen med lægelig tilstedeværelse  <u>Lungemedicinsk ambulatorium:</u>  Alle hverdage i dagtid med lægelig tilstedeværelse  <u>Endokrinologisk ambulatorium:</u>  1 hverdag ugentligt med sygeplejersker  1 hverdag hver anden uge med lægelig tilstedeværelse  <u>Palliativt team:</u>  Kontortid hver dag med læger tilknyttet funktionen		
Sundhedshus i Ringkøbing	<u>Primært endokrinologisk og</u>	<u>Ortopædkirurgisk ambulatorium:</u>	

	<u>lungemedicinsk ambulatorium:</u>	1 hverdag om ugen med lægelig tilstedeværelse	
	3 hverdage om ugen med lægelig tilstedeværelse. 1 dag kun bemanded med sygeplejersker		
Sundhedshus i Grenaa	<u>Medicinske ambulatorier - herunder endokrinologi:</u>	<u>Ortopædkirurgisk ambulatorium</u>	<u>Gynækologisk ambulatorium</u>
	3 hverdage om ugen med lægelig tilstedeværelse	:	1 hverdag om ugen
		5 hverdage om ugen med lægelig tilstedeværelse i tilknytning til akutklinikken	

Hvor de udgående ambulatoriefunktioner er medicinsk forankrede, er der altså ikke umiddelbart nogen sammenhæng til den skadesbehandling, som foregår i akutklinikkerne, som er organisatorisk forankret i akutafdelingerne.

I lyset heraf foreslås det at styrke den ortopædkirurgiske forankring af den skadesbehandling, som finder sted i akutklinikkerne i Grenaa, Skive og Ringkøbing.

Det foreslås, at denne styrkes igennem etablering af telemedicinske forbindelser mellem akutafdelingen og akutklinikken, hvorved der er mulighed for transmission af "livebilleder" både i dagtid og i vagttid. Videokonferenceudstyr betyder, at lægen på akutafdelingen kan se både patient og behandlersygeplejerske og kan stille de nødvendige spørgsmål til begge parter, mens den konkrete skade vurderes f.eks. via zoom-funktion på udstyret.

Akutafdelingen på Aarhus Universitetshospital har gode erfaringer med benyttelse af samme type udstyr ved forudgående vurdering af patienter, som skal overføres fra Samsø med henblik på behandling. I transmissionen med Samsø benyttes udstyret dog både til vurdering af akut syge og akut tilskadekomne patienter, som følge af de særlige forhold ved overførsel af patienter fra øerne.

Dette vil imidlertid ikke være relevant ved etablering af transmissionsudstyr på de akutklinikker, som er en del af sundhedshusene. Dette skyldes, at al indgang til sundhedsvæsenet i Region Midtjylland baserer sig på en forudgående visitation, hvorfor der på forhånd vil ske en frasortering af patienter, som ikke skal modtages på akutklinikkerne, men hvor sværhedsgraden af deres sygdom eller skade betyder, at de skal modtages på akutafdelingerne.

Ved etablering af billedtransmissionsudstyr på de mindre akutklinikker, vil den telemedicinske forbindelse således alene skulle anvendes som støtte for behandlersygeplejerskens eller eventuelt lægevagten vurdering af mindre akutte skader.

Omkostningerne forbundet med etablering af udstyret finansieres internt.

## Beslutning

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget.

På baggrund af de spørgsmål der blev stillet på mødet, udarbejder administrationen et supplerende notat vedrørende Grenaa.

Ulla Diderichsen var forhindret i at deltage i sagens behandling.

# **Punkt 11: Ændring af retningslinjer for visitation af lav-energitraumer til akutklinikken i Silkeborg om natten (sag til forretningsudvalget)**

1-31-72-367-08

## **Resume**

I forbindelse med ikrafttrædelsen af aftalen med almen praksis om lægefaglig backup i akutklinikkerne pr. 10. april 2012 sker der en præcisering af retningslinjerne for visitation af lavenergitraumer (skader) til akutklinikken i Silkeborg om natten fra kl. 22 - 08. De større skader, som modtages i dette tidsrum, og som lægevagten ikke kan behandle, vil fremadrettet blive visiteret til akutafdelingen på Regionshospitalet Viborg. Ændringen har ikke betydning for de skader, der behandles på akutklinikken i Silkeborg i den øvrige del af døgnnet, hvor der er ortopædkirurgisk tilstedeværelse. Ændringen er begrundet i et ønske om at frigøre kapacitet igennem mindre belastning af den hospitalsansatte lægelige vagtdækning og omsætte denne til en øget elektiv aktivitet på Center for Planlagt Kirurgi i Silkeborg.

## **Direktionen indstiller,**

at retningslinjerne for visitation af lavenergitraumer/skader til akutklinikken i Silkeborg om natten fra kl. 22 - 08 ændres, sådan at de større skader, som lægevagten ikke kan varetage, pr. 10. april 2012 modtages på Regionshospitalet Viborg.

Direktionen indstiller,

## **Sagsfremstilling**

I medfør af aftalen med almen praksis som godkendt af regionsrådet den 14. december 2011, udgør lægevagten den lægefaglige backup i akutklinikker i vagttid. Med implementering af den nye aftale om akutklinikker ligger det lægefaglige ansvar hos lægevagten i alle hverdage i tidsrummet kl. 16 – 08 samt i weekender og helligdage hele døgnnet. Som det fremgik af sagen til regionsrådet (14. december 2011), vil der af betydning for de akutte skader, som kan varetages på Regionshospitalet Silkeborg, endvidere være tilstedeværende hospitalsansat lægefaglig back up i tidsrummet fra kl. 16 – 22.

I forlængelse af implementering af aftalen med almen praksis sker der en præcisering af visitationsretningslinjerne til akutklinikken i Silkeborg i tidsrummet kl. 22 - 08.

Præciseringerne betyder, at de større lavenergitraumer (herefter betegnet større skader), som ikke kan behandles af lægevagten, visiteres direkte til Regionshospitalet Viborg i tidsrummet kl. 22 - 08 (vedrørende lægevagtens opgaver henvises til notatet "samarbejde i akutklinikker", som udgør bilag 2 til dagsordenspunktet vedrørende aftale med almen praksis den 14. december 2011).

Dette er en ændring i forhold til hidtil, hvor patienter med større skader er blevet modtaget på Regionshospitalet Silkeborg om natten (22 - 08) af en medicinsk tilstedeværelsesvagt med en ortopædkirurgisk bagvagt. Nogle af disse er efterfølgende overført/viderevisiteret til Regionshospitalet Viborg, hvor der er ortopædkirurgisk tilstedeværelse hele døgnnet.

Ændringen har ikke betydning for hvilke patienter, der kan modtages på akutklinikken kl. 8 – 22, da der i dette tidsrum er ortopædkirurgisk hospitalslæge tilstede på matriklen.

Ændringen er begrundet i, at der ønskes frigjort kapacitet igennem en mindre belastning af den hospitalsansatte lægelige vagtdækning i tidsrummet kl. 22 - 08 på Regionshospitalet Silkeborg. Den frigjorte kapacitet vil blive udnyttet til at sikre en øget elektiv aktivitet for Center for Planlagt Kirurgi i Silkeborg.

Præciseringerne træder i kraft i sammenhæng med iværksættelse af aftalen med almen praksis den 10. april 2012.

I 2011 er der i alt modtaget 1.065 registrerede skader i akutklinikken på Regionshospitalet Silkeborg i tidsrummet kl. 22 - 08 svarende til ca. 3 patienter pr. døgn. De fleste vil fortsat blive behandlet i Silkeborg, da akutklinikken er døgndækket med behandlersygeplejersker. Det er ikke muligt at opgøre præcist, hvor mange af skaderne som ikke vil kunne behandles af lægevagten.

### **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler, at sagen udsættes.

Ulla Diderichsen var forhindret i at deltage i sagens behandling.

# **Punkt 12: Risikorapportering 4. kvartal 2011 vedrørende Det Nye Universitetshospital i Aarhus, DNU (sag til forretningsudvalget)**

1-35-72-7-07

## **Resume**

Som en del af en sammenhængende risikostyring for DNU-projektet udarbejder Rådgivergruppen DNU hvert kvartal en rapport til regionsrådet over de overordnede risici for Det Nye Universitetshospital i Aarhus. I 4. kvartal 2011 fremhæver Rådgivergruppen 9 risikoemner, hvoraf et er nyt i forhold til 3. kvartal 2011.

## **Direktionen indstiller,**

at Rådgivergruppen DNU's risikorapportering for Det Nye Universitetshospital i Aarhus for 4. kvartal 2011 tages til efterretning.

Direktionen indstiller,

## **Sagsfremstilling**

Vedlagte risikorapportering for Det Nye Universitetshospital i Aarhus for 4. kvartal 2011 er udarbejdet af Rådgivergruppen DNU på baggrund af dialog med bl.a. Projektafdelingen. Rapporten beskriver og vurderer de 8 risikoemner, der var omtalt i sidste risikorapport, og derudover behandler den et nyt risikoemne.

Nedenstående Tabel 1 giver et overblik over det samlede risikobillede, som Rådgivergruppen DNU tegner af DNU-projektet pr. 4. kvartal 2011.

I tabellen er de 9 risici oplistet. Risikoniveauet er vurderet på tre parametre: Økonomi, Tid og Kvalitet. Den overordnede betydning af farveskalaen er:

- Grøn = Ikke kritisk
- Gul = Observation
- Rød = Kritisk

Udviklingen i den enkelte risiko siden sidste kvartal er angivet.

**Tabel 1: Oversigt over risikoniveau ift. 3. kvartal 2011**

Nr.	Risikoemne	Økonomi	Tid	Kvalitet
1	Gennemførelsesplan	Forbedret	Forbedret	Uændret
2	Forhøjet licitationsresultat som følge af forventet stigende lokal byggeaktivitet	Uændret	Uændret	Uændret
3	Vanskelig trafikal tilgængelighed til byggepladsen kan medføre meromkostninger	Uændret	Uændret	Svagt forbedret
4	Grundvandsforhold	Svagt forbedret	Uændret	Uændret
5	Overholdelse af budgetter og tidsplaner i forbindelse med udarbejdelse af dispositions- og projektforslag	Uændret	Uændret	Uændret
6	Tidsmæssige risici i forbindelse med hovedforsyningsanlæg (EI, vand, varme, køl)	Uændret	Uændret	Uændret
7	Samspil mellem den modtagende tekniske driftsorganisation, PA og RG mht. bygnings- og installationstekniske løsninger, systemvalg samt drifts- og vedligeholdelsesmæssige forudsætninger.	Svagt forbedret	Svagt forbedret	Svagt forbedret
8	Rettidig indarbejdning af IT- og medikotekniske løsninger	Uændret	Uændret	Uændret
9	Tilvejebringelse af tegningsgrundlag af de eksisterende forhold på Aarhus Universitetshospital, Skejby.	Ny	Ny	Ny

For nærmere information om de enkelte risikoemner henvises til vedlagte risikoreport.

Nedenfor suppleres risikoreporten med nogle yderligere kommentarer.

#### Ad 1. Gennemførelsesplan

Gennemførelsesplanen for DNU er den sammenhængende plan for byggeteknisk tidsplan og udflytningsplan. I 2. halvår af 2011 er der arbejdet med at koordinere og optimere byggetidsplan og flytteplan, herunder udarbejdelse af en mere præcis ombygningsplan for eksisterende Skejby. Ved udgangen af 2011 vurderes det, at der er den fornødne sammenhæng mellem byggetidsplan og udflytningsplan. Dermed anses risikoemnet Gennemførelsesplan for lukket og vil ikke indgå i næste kvartalsrapport.

#### Ad 4. Grundvandsforhold

Det er ved de geotekniske undersøgelser i 2011 konstateret, at grundvandsspejlet i DNU-området ligger højere end tidligere forventet. Regionsrådet har tidligere godkendt, at der anvendes 25 mio. kr. til etablering af ekstra dræn. Der pågår tæt dialog med Aarhus Kommune, der har gennemført en VVM-screening, som ikke giver problemer. Det vurderes, at risikobilledet er svagt forbedret på økonomi og uændret på tid i forhold til 3. kvartal 2011.

#### Ad 5 Overholdelse af budgetter og tidsplaner i forbindelse med udarbejdelse af dispositions- og projektforslag

Som det fremgår af Tabel 1 er risikobilledet i forhold til punkt 5 uændret i forhold til sidste kvartalsrapport.

Der er tidligere konstateret overskridelser af den økonomiske ramme i forbindelse med Rådgivergruppens aflevering af dispositionsforslaget for delprojekt Abdominal/Inflammation og projektforslag for delprojekt Akut.

Regionsrådet godkendte den 14. december 2011 at forhøje rammen til delprojekt Akut med 67 mio. kr. til finansiering af merudgiften i forbindelse med projektforslaget for delprojektet. Samtidig godkendte regionsrådet at gennemføre besparelser i de byggetekniske løsninger i det samlede projekt for 35 mio. kr.

I forbindelse med udarbejdelse af projektforslaget for delprojekt Akut har det været muligt at foretage en mere detaljeret beregning af de forventede byggeudgifter. Der er risiko for en tilsvarende overskridelse på de øvrige delprojekter, når der udarbejdes projektforslag for disse. Er overskridelsen på samme niveau som i delprojekt Akut, er der risiko for en yderligere merudgift på ca. 80 mio. kr.

Som risikoreducerende tiltag er der indløst en række emner fra besparelser- og prioriteringskataloget, som er konverteret til økonomiske reserver i risikopuljen. Dertil kommer, at der løbende følges op på anlægsøkonomien under projekteringsarbejder og udarbejdes forslag til projektændringer og justeringer med henblik på kompenserende besparelser.

Projektafdelingen har anmodet Rådgivergruppen om at skærpe fokus på kvalitetssikring af økonomistyringen i projektet. Rådgivergruppen har efterfølgende udarbejdet en ny beskrivelse omkring processen vedrørende beregning af anlægsoverslag.

#### **Ad 9. Tilvejebringelse af tegningsgrundlag af de eksisterende forhold på Aarhus Universitetshospital, Skejby**

Som et nyt risikoemne nævner Rådgivergruppen DNU risici, der knytter an til afvigelser mellem tegningsgrundlaget for det eksisterende anlæg og de faktiske forhold. Grundlaget for vurderingen er erfaringer fra de hidtil gennemførte fase 0-projekter.

For at undgå unødigt omprojektering i forbindelse med projekteringen af de kommende ombygninger er det vigtigt, at der foretages en verificering af eksisterende tegningsmateriale op mod de faktiske forhold.

Som risikoreducerende tiltag har Rådgivergruppen igangsat arbejdet med verificering af tegningsmaterialet af de eksisterende forhold med henblik på afslutning inden udarbejdelse af dispositionsforslag for de enkelte ombygningsafsnit.

#### **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget. Ulla Diderichsen og Henrik Gottlieb Hansen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

#### **Bilag**

Risikorapportering - 4. kvartal 2011

# Punkt 13: Risikorapportering for 4. kvartal 2011 for kvalitetsfondsprojektet på Regionshospitalet Viborg (sag til forretningsudvalget)

1-31-72-141-09

## Resume

Som en del af styringen af kvalitetsfondsprojektet på Regionshospitalet Viborg skal hospitalets projektafdeling og den gennemgående rådgiver udarbejde kvartalsvise risikorapporter til regionsrådet. Rapporterne skal sikre, at der sker en tæt opfølgning på projektets økonomi og tidsplaner. Denne rapportering vedrører projektets status for 4. kvartal 2011. Herudover indeholder punktet et revideret katalog over mulige besparelser i projektet.

## Direktionen indstiller,

at risikorapporten for 4. kvartal 2011 tages til efterretning, og

at det reviderede katalog over mulige besparelser i projektet (tabel 2) godkendes.

Direktionen indstiller,

## Sagsfremstilling

Ifølge styringsmanualen for kvalitetsfondsprojektet på Regionshospitalet Viborg skal bygherrerådgiveren fire gange årligt lave en risikorapportering til regionsrådet. I rapporten indgår en beskrivelse af risikostyringens formål, en status for alle risici og en beskrivelse af de største enkeltrisici.

Der er nu udarbejdet en risikorapport for 4. kvartal 2011. Rapporten er udarbejdet af den gennemgående bygherrerådgiver (Arkitema Architects og Moe & Brødsgaard) på baggrund af dialog med Projektafdelingen på Regionshospitalet Viborg.

Udover en beskrivelse af risici indeholder rapporten også et opdateret katalog over mulige besparelser i projektet i tilfælde af budgetoverskridelser (change request). Tabel 2 nederst i sagsfremstillingen viser en oversigt over disse elementer, som også er uddybet i det vedlagte bilag. Siden seneste risikorapport er der tilføjet ekstra elementer til listen, fordi planlægningen af projektet er skredet frem og blevet mere detaljeret. Herudover udgår tre elementer fra listen, fordi licitationen for P-huset har holdt sig inden for budgettet. Der bliver derfor ikke behov for besparelser i delprojektet. På baggrund af disse ændringer indstilles det, at regionsrådet godkender det reviderede katalog med mulige besparelser på i alt 53,5 mio. kr.

### Risikorapporten for 4. kvartal 2011

Risikovurderingen er baseret på en model, hvor den enkelte risiko er markeret med grøn, gul eller rød zone. Hver risiko er vurderet i forhold til de tre parametre tid, økonomi og kvalitet i projektet. For hver enkelt risiko er der beskrevet de mulige tiltag for at minimere risikoen. Målet er først og fremmest at håndtere de risici, som er placeret i de gule og røde zoner.

- Grøn zone = ikke kritisk
- Gul zone = under observation
- Rød zone = kritisk

Samlet set er det vurderingen, at antallet af risici i projektet på nuværende stadie er relativt begrænsede, da kun to risici er placeret i den gule zone. Der er ingen risici i rød zone. Siden rapporten for 3. kvartal 2011 er der desuden identificeret tre

nye risici. De to risici i den gule zone samt de tre nye risici er beskrevet nedenfor.

**Tabel 1. Oversigt over nye risici og risici under observation i projektet**

Nr.	Risikoemne	Økonomi	Tid	Kvalitet
1	Midler til nye it-løsninger udover de afsatte midler i kvalitetsfundsprojektet	Uændret	Uændret	Uændret
2	Rettidig implementering af medicotekniske løsninger	Uændret	Uændret	Uændret
3	Klage over udbudsproces ved P-hus	Ny	Ny	Ny
4	Arealstandard for sengestuer i VCR	Ny	Ny	Ny
5	Overskridelse af sø-beskyttelseslinje ved VCR	Ny	Ny	Ny

#### *Udviklingen i risici siden sidste kvartalsrapport*

Det samlede risikobillede siden risikorapporten for 3. kvartal 2011 er uændret. De to risici under observation er således uændrede, og der er ikke nye risici under observation. Der er dog identificeret tre nye risici.

Risikoen vedrørende it-løsninger omhandler risikoen for, at de økonomiske rammer ikke rummer plads til nye tekniske it-løsninger udover de rammer, som er afsat i kvalitetsfundsprojektet til it og medicoteknik. Dette kan indebære, at der ikke er råd til nye informationstekniske løsninger ud over det forudsatte i kvalitetsfonden. Dermed er der risiko for, at der ikke opnås de mest driftsoptimale løsninger. Risikoen skal især håndteres under projektforslagsfasen for akutcenteret, dvs. omkring årsskiftet 2012/2013. Risikoen vil derfor først blive rapporteret igen i forbindelse hermed.

Den samme tidsfrist er gældende for risikoen vedrørende medicoteknik, som omhandler risikoen for, at der ikke sker rettidig inddragelse af de medicotekniske løsninger i byggeprojektet. Det er således en kendt risiko ved hospitalsbyggeri, at de medicotekniske løsninger ofte udsættes til sidst i projektførelsen, fordi man ønsker de nyeste produkter. Det kan have den konsekvens, at der kan opstå forskelle mellem de tekniske fremføringer og aktuelt behov. Der vil søges indbygget tilstrækkelig fleksibilitet i de tekniske fremføringer, således at risikoen minimeres.

#### *Nye risici siden sidste kvartalsrapport*

En tabende entreprenør har indgivet klaget til Klagenævnet for udbud vedrørende evalueringen af deres tilbud. Klagenævnet har i skrivende stund allerede afgjort, at klagen ikke har opsættende virkning. Det vil sige, at man kan indgå kontrakt med den vindende entreprenør. Men der udestår en afgørelse om klageren kan tilkendes en form for erstatning, hvis evalueringen ikke var i overensstemmelse med udbudsdirektivet. Det vurderes dog umiddelbart, at klageren ikke vil få medhold i Klagenævnet for udbud. Hvis klageren måtte få medhold forventes erstatningen at være mindre end 1 mio. kr.

Vestdansk Center for Rygmarvsskade (VCR) har et tungere patientklientel end ”normale” hospitalsafdelinger. Dette betyder, at indretningen af sengestuer er anderledes end ved almindelige sengestuer. I dialog med brugere/ personale er dette ved at blive undersøgt. Inddragelsen medfører, at de nødvendige fysiske behov bliver identificeret i tide, med henblik på at sikre den rette kvalitet. Der er således igangsat en undersøgelse af indretning, arealbehov og arbejdsmiljø med opførelse af en ”mock-up” af en sengestue og tilhørende bad, så det er muligt for personale at afprøve rummene i 1-1 skala, således eventuelle nødvendige tilpasninger kan aftales i god tid og tilpasses i projektets økonomi.

Som projektet for Vestdansk Center for Rygmarvsskade ser ud på det programmæssige stade, vil det overskride sø-beskyttelseslinjen på et enkelt sted, ligesom projektet ligger en smule uden for byggefeltet, som er angivet i lokalplanen. Der vil i det videre forløb blive fokuseret på, at projektet til stadighed udarbejdes i god og rettidig dialog med kommunen. Da stedet hvor sø-beskyttelseslinjen overskrides vender ind mod Viborg By og ikke mod Sønderød, forventes der accept heraf.

**Tabel 2. Prioriterings- og besparelseskatalog for projektet**

Nr.	Delprojekt	Beskrivelse	Forventet økonomisk	Status
			konsekvens	
1	P-hus	Reduktion af P-hus med et eller flere fag	Mellem 2-5 mio. kr.	Udgår
2	P-hus	Ændring af P-husets afskærmning	Mindre end 2 mio. kr.	Udgår
3	P-hus	Udeladelse af gangbro fra P-hus til hospital	Mindre end 2 mio. kr.	Udgår
4	Akutcenter	Undlade at opføre en sengeetage øverst i Akutcenteret	8 mio. kr.	
5	Akutcenter	Udelade af forberede konstruktioner til fremtidig nye etager oven på nyt akutcenter	10 mio. kr.	
6	Ombygninger	Reducering af arealet, der ombygges i det eksisterende sygehus.	20 mio. kr.	
7	Ombygninger	Reducering af antallet af sengestuer i det eksisterende sygehus, der ombygges til 1-sengsstuer	10 mio. kr.	
8	VCR (tidligere paraplegi)	Reduktion af omfanget af nybygning	3 mio. kr.	
9	VCR (tidligere paraplegi)	Udeladelse af renovering af eksisterende trænings-lejlighed	0,2 mio. kr.	Ny
10	VCR (tidligere paraplegi)	Udeladelse af udvidelse af træningssal	0,5 mio. kr.	Ny
11	VCR (tidligere paraplegi)	Udeladelse af udvendige altaner i nybygning	0,5 mio. kr.	Ny
12	VCR (tidligere paraplegi)	Udeladelse af badekabiner i omklædningsafsnit i kælder	0,2 mio. kr.	Ny
13	VCR (tidligere paraplegi)	TV-stue/møderum udelades	0,1 mio. kr.	Ny
14	VCR (tidligere paraplegi)	Udeladelse af elevator i sengeføj	0,8 mio. kr.	Ny
15	VCR (tidligere paraplegi)	Udeladelse af dobbelt højt rum i sengebygning og reduceret glasomfang mod atrier	0,2 mio. kr.	Ny
		<b>I alt (eksl. P-hus)</b>	<b>53,5 mio. kr.</b>	

## Beslutning

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget. Ulla Diderichsen og Henrik Gottlieb Hansen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

## Bilag

Risikorapport 4. kvartal 2011, Regionshospitalet Viborg

# **Punkt 14: Hovedpunkter i høringsvar til 2. version af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for sygehuse (sag til forretningsudvalget)**

1-11-72-3-07

## **Resume**

På baggrund af erfaringerne med 1. version af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og akkrediteringsstandarderne har Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) haft en ny version sendt i høring i perioden 2. januar til 15. februar 2012 til et bredt udsnit af relevante høringsspartner. Det har med høringen været et ønske at sikre en bred vurdering af standarderne med henblik på forståelighed og anvendelighed af indholdet.

Det er med dette som fokus, at Region Midtjylland har afgivet sine overordnede bemærkninger (se vedlagte bilag) samt samlede bemærkninger til de enkelte akkrediteringsstandarder.

## **Direktionen indstiller,**

at administrationens høringsvar tages til orientering.

Direktionen indstiller,

## **Sagsfremstilling**

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) har i perioden 2. januar til 15. februar 2012 haft en version 2 af Den Danske Kvalitetsmodel og akkrediteringsstandarderne sendt i bred høring til relevante interessenter. Høringsversionen er udviklet på baggrund af dels evaluering af 1. version af Den Danske Kvalitetsmodel og akkrediteringsstandarderne, dels på baggrund af anbefalinger fra workshops med relevante fagprofessionelle og løbende sparring fra en følgegruppe med repræsentanter fra regioner, privathospitaler og Sundhedsstyrelsen.

IKAS har specifikt ønsket en bred vurdering af standarderne med henblik på forståelighed og anvendelighed og indholdet i standarderne.

De reviderede standarder har været i høring hos regionens hospitalsledelser, psykiatri- og socialledelsen, Præhospitalet samt Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. Derudover har materialet været sendt i bred høring i stabene i Region Midtjyllands administration.

Overordnet set har IKAS revideret standarder og indikatorer i DDKM på rigtig mange områder, hvorfor resultatet må karakteriseres som et delvist fornyet grundlag for akkreditering. Dette betyder blandt andet, at der skal revideres mange retningslinjer og endnu en gang justeres arbejdsgange. Den stærkt forøgede mængde indikatorer, der altså stiller specifikke krav til både processer og resultater, og den betydelige revision af standarderne udgør således en relativ stor forandring fra version 1, og det anbefales at minimere antallet af indikatorer.

Af positive ændringer er bl.a., at version 2 lægger op til, at hospitalerne i højere grad selv kan beslutte, hvad de ønsker at prioritere i monitoreringen af kvaliteten. Det er også positivt, at kravene på nogle områder er skærpede, så organisationen som helhed skal kunne dokumentere, at der rent faktisk finder en kvalitetsforbedring sted. Det opfattes endvidere som en styrke, at temaet ”Sygdomsspecifikke standarder” grundlæggende er ændret, så anvendelsen af data fra de kliniske kvalitetsdatabaser ses som et kardinalpunkt i den systematiske kvalitetsudvikling.

Generelt fremstår de indledende kapitler og udarbejdede bilag sammenhængende med en god introduktion til akkrediteringskoncept og –proces. Høringsversion 2 mangler dog bilag 1, der kan have betydning for forståelsen og vurderingen af standardernes indhold og krav.

Næsten alle standarderne i høringsversionen er kommenteret af regionens hospitaler, og det er et gennemgående træk, at præciseringer af tekst, øget begrebsdefinition samt konsistens i anvendelsen af disse vil øge forståeligheden.

Efter høringsfasen vil IKAS redigere standarderne på baggrund af de indkomne hørings svar, og en ny version 2 forventes offentliggjort i maj 2012.

Link til høringsmaterialet: <http://ikas.dk/Sygehuse/Høring-2.-version-af-DDKM-for-sygehuse.aspx>

## **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget. Ulla Diderichsen og Henrik Gottlieb Hansen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

## **Bilag**

Region Midtjylland - hørings svar

# **Punkt 15: Kvaliteten i behandlingen af patienter med mavesår, orientering om resultater for 2011 (sag til forretningsudvalget)**

1-36-72-4-11

## **Resume**

Årsrapporten for behandlingen af patienter med mavesår (akut mave-tarm kirurgi) måler og vurderer kvaliteten i behandlingen af patienter, som indlægges akut på et sygehus på grund af blødende mavesår eller på grund af hul (perforation) på mavesæk eller tolvfingertarm.

Årsrapporten 2011 viser, at der samlet set i Region Midtjylland er standardopfyldelse for 11 ud af 15 indikatorer i opgørelsesperioden 1. september 2010 til 31. august 2011, mens der på landsplan i samme periode er opfyldt 6 ud af 15 indikatorer. Resultaterne for Region Midtjylland ligger generelt på niveau med sidste års resultater.

## **Direktionen indstiller,**

at orienteringen tages til efterretning.

Direktionen indstiller,

## **Sagsfremstilling**

De årlige resultater for kvaliteten i behandlingen af patienter med mavesår (akut mave-tarm kirurgi) er blevet offentliggjort på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) den 2. februar 2012. Resultaterne dækker perioden 1. september 2010 - 31. august 2011.

Der er fastlagt standarder for alle indikatorer. Resultaterne i denne årsrapport viser, at regionen som helhed har standardopfyldelse for 11 ud af 15 indikatorer, mens der på landsplan er opfyldt 6 ud af 15 indikatorer. Region Midtjyllands resultater ligger således højere end landsresultatet. Region Midtjyllands resultater ligger på niveau med sidste års resultater.

Akut mave-tarm kirurgi er et fokusområde i Region Midtjylland i 2012. Resultaterne vil derfor blive fulgt særlig tæt og bliver bl.a. drøftet på dialogmøder mellem hospitalsledelser og direktion.

I vedlagte bilag vises målopfyldelse for indikatorerne for kvaliteten i behandlingen af mavesår for seneste og foregående årsrapport. Resultaterne er opgjort for den enkelte hospitalsafdeling samt Region Midtjyllands samlede resultat. På den nyligt afholdte regionale audit fremlagde afdelingerne egne resultater. Afdelingerne orienterede om særlige problemområder samt om planlagte/allerede iværksatte forbedringstiltag. Disse er nærmere beskrevet i bilaget.

Generelt for alle hospitalsafdelingerne i Region Midtjylland gælder, at der skal være særligt fokus på de patienter, der behandles for hul (perforation) på mavesæk eller tolvfingertarm. Der går generelt for lang tid før patienterne bliver opereret. Hospitallerne vil derfor i løbet af 2012 foretage journalaudit på disse patientforløb med henblik på at identificere eventuelle forsinkede led eller hændelser.

## **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget, idet udvalget anbefaler, at der sker en tættere opfølgning på endoskopier.

Ulla Diderichsen og Henrik Gottlieb Hansen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

## **Bilag**

Resultater for kvaliteten i behandlingen af patienter med mavesår

## **Punkt 16: Orientering om status for kræftpakker 2. halvår 2011 (sag til forretningsudvalget)**

1-30-72-99-11

### **Resume**

I det følgende rapporteres resultater for 2. halvår 2011 fra monitoreringen af kræftpakker i InfoRM. Hvis der ses på den samlede forløbstid fra henvisning til start på behandling, er der en målopfyldelse på mindst 90 % på områderne kræft i lunge, tyk- og endetarm, hjerne, sarkomer og modernærke. For områderne øvre mave-tarm og kvindelige kønsorganer ligger målopfyldelsen på 85 %. Områderne hoved-hals, blære- og nyre, mandlige kønsorganer og hæmatologi har en målopfyldelse på under 80 %. Der er på flere områder således et stykke vej endnu, og det er besluttet at fastholde et stærkt ledelsesfokus til der ses målopfyldelse.

### **Direktionen indstiller,**

at orienteringen tages til orientering.

Direktionen indstiller,

### **Sagsfremstilling**

I det følgende rapporteres resultater for 2. halvår 2011 fra monitoreringen af kræftpakker i InfoRM.

Hvis der ses på den samlede forløbstid fra henvisning til start på behandling, er der en målopfyldelse på mindst 90 % på områderne kræft i lunge, tyk- og endetarm, hjerne, sarkomer og modernærke. For områderne øvre mave-tarm og kvindelige kønsorganer ligger målopfyldelsen på 85 %. Områderne hoved-hals, blære- og nyre, mandlige kønsorganer og hæmatologi har en målopfyldelse på under 80 %. Der er særligt problemer med målopfyldelsen for kræft i hoved-hals, blære- og nyre samt mandlige kønsorganer vedrørende henvisningstid og samlet forløbstid. I forhold til sidste statusopgørelse forelagt for regionsrådet den 26. oktober 2011 er der ikke sket nævneværdige ændringer i resultaterne for Region Midtjylland samlet set.

Den manglende målopfyldelse på forløbstiderne skyldes faglige behov for flere undersøgelser i forløbene, hvilket forlænger udredningstiden, behov for øget kapacitet eller registreringsmæssige forhold. Der er i Region Midtjylland på flere områder et stykke vej endnu, og der vil blive fulgt tæt op på de områder, hvor forløbstiderne endnu ikke er overholdt med henblik på snarlig opfyldelse. Ledelsen på alle niveauer skal i fremtiden være endnu mere opmærksomme på, hvor knasterne findes og sikre en endnu hurtigere indsats. Kræftområdet er et selvfølgeligt fokusområde i Region Midtjylland, og det er besluttet at fastholde et stærkt ledelsesfokus til der ses målopfyldelse. De urologiske kræftformer (kræft i blære og nyre samt mandlige kønsorganer) er udvalgt som særligt fokusområde i 2012 i Region Midtjylland. På hoved-hals området er der i et samarbejde mellem administrationen og Århus Universitetshospital sat initiativer i gang, der adresserer de særlige udfordringer.

Siden årsskiftet 2011/12 har der været en intensiv debat om ventetider på kræftområdet og Ministeren for Sundhed og Forebyggelse har udmeldt, at der nu skal ske en mere robust monitorering af kræftområdet. Sundhedsstyrelsen har derfor fået til opgave at udvikle en national monitorering, der omfatter forløbstiderne i pakkeforløbene samt ventetiderne i bekendtgørelsen vedrørende maksimale ventetider på kræftområdet. Regionerne får i den anledning en opgave med at implementere en række nye registreringer, der muliggør monitoreringen. Administrationen vurderer på det foreløbige grundlag, at de nye registreringer kan forbedre monitoreringen i InfoRM, om end det vil kræve en stor implementeringsindsats på alle berørte afdelinger. Endelige beslutninger vedrørende nye registreringer afventer en høringsrunde samt drøftelser i diverse nationale fora i løbet af foråret 2012.

I vedlagte bilag redegøres for resultaterne for monitoreringen af kræftpakker i InfoRM for hospitalerne i Region Midtjylland, årsager til manglende målopfyldelse samt handleplaner fra de enkelte hospitaler.

## **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget. Ulla Diderichsen og Henrik Gottlieb Hansen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

## **Bilag**

Status kræftpakker 2. halvår 2011

## **Punkt 17: Orientering om udvidet frit sygehusvalg i 2011 (sag til forretningsudvalget)**

1-31-72-18-10

### **Resume**

I sagsfremstillingen redegøres for forbruget på privathospitaler i 2011. Opgørelsen viser, at der i 2011 er henvist ca. 20.800 patienter til undersøgelse eller behandling på et privathospital. De hyppigst forekommende henvisninger er behandling af skulder, ryg, grå stær og MR-scanning. Der har i 2011 været et fald i udgifterne på 62,4 mio. kr. sammenlignet med 2010. Dette skyldes bl.a., at der sendes færre udgiftstunge behandlinger ud til privathospitalerne, herunder især et stort fald i fedmeoperationer, ligesom regionens egne hospitaler har øget aktiviteten på udvalgte områder. I sagsfremstillingen redegøres desuden for den forventede udvikling og initiativer på området i 2012.

### **Direktionen indstiller,**

at orienteringen om udvidet frit valg tages til efterretning, og

at det godkendes, at administrationen revurderer målsætningen om udbudsaftalernes andel af udgifterne til privathospitaler.

Direktionen indstiller,

### **Sagsfremstilling**

Udgiften til privathospitaler vedrører patienternes ret til at blive behandlet på privathospital, hvis der er over en måneds ventetid til behandling på et offentligt hospital. Der er således tale om patienter, der er henvist efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg eller på regionens egne udbudsaftaler. Udgifterne til behandling på privathospital var i 2010 på 215,5 mio. kr.

Udgiften for 2011 er på 153,1 mio. kr., svarende til et fald på 62,4 mio. kr. i forhold til 2010. Regionsrådet godkendte på mødet den 15. december 2010 at afsætte en pulje på 20 mio. kr. til målrettede meraktivitetsprojekter på regionens hospitaler. Der har desuden været flere mindre budgetkorrektioner i 2011. Mindreforbruget på området er derfor 34,5 mio. kr. i forhold til det korrigerede budget.

De faldende udgifter skyldes flere forhold. For det første er der fra 2010 til 2011 sket en ændring i hvilke behandlinger, der primært sendes til privathospitaler. Således varetages færre meget udgiftstunge behandlinger som eksempelvis fedmeoperationer på privathospital, mens der omvisiteres flere mindre udgiftstunge behandlinger som for eksempel ultralydsundersøgelser. Ændringen skyldes bl.a. nye visitationsretningslinjer på fedme- og rygområdet, der har mindsket antallet af disse operationer. Det vurderes, at udgifterne alene til fedmeoperationer er faldet med over 30 mio. kr. Samtidig har der været en besparelse via regionens udbudsaftaler på de mest hyppige behandlingsområder. Endelig har færre godkendelser af privathospitaler i specialeplanen også betydning for typen af behandlinger.

For det andet har det via den afsatte pulje på 20 mio. kr. været et øget fokus på meraktivitetsprojekter på regionens hospitaler, som har mindsket antallet af henvisninger. Samtidig har der været et fald i antallet af henvisninger på det ortopædkirurgiske område på ca. 30 %, bl.a. som følge af et øget fokus på visitationsprocessen i EVC-projektet.

Ændringerne er beskrevet nærmere i det vedlagte notat.

## Antal henvisninger i 2011

Status for 2011 viser, at i alt 9.800 patienter er blevet henvist til undersøgelse eller behandling på et privathospital via Patientkontoret, svarende til godt 800 henvisninger om måneden. Hertil kommer ca. 11.000 MR-scanninger, der ikke henvises via Patientkontoret, da hospitalerne kan henvise direkte til regionens udbudsftaler om MR-scanning.

Privathospitalerne bruges især indenfor områder med mulighed for elektiv (planlagt) behandling og ambulant kirurgi. De største områder er ortopædkirurgiske behandlinger som for eksempel knæ- og skulderoperationer, der udgør 19,9 % af alle henvisningerne. Øjenoperationer som grå stær udgør 17,9 %, og billeddiagnostik (f.eks. ultralyd) udgør 15,1 %. Tabel 1 nedenfor viser fordelingen af henvisninger mellem de lægefaglige specialer.

**Tabel 1: Henvisninger til privathospital i 2011 (antal henvisninger)**

Speciale	2011	Andel i %
Ortopædisk kirurgi	1.952	19,9
Øjenområdet	1.752	17,9
Billeddiagnostik*	1.522	15,5
Intern medicin (primært fedmekirurgi, rygdredning og reumatologi)	1.076	11
Kirurgi	981	10
Neurokirurgi	533	5,4
Øre, næse, hals	462	4,7
Urinvejskirurgi	437	4,5
Kroniske smerter	404	4,1
Plastikkirurgi	334	3,4
Øvrige	347	3,5
Total	9.800	100

Kilde: Patientkontorets registreringssystem 17. januar 2012.

\*Hertil kommer ca. 11.000 henvisninger til MR-scanning.

## Forventninger til 2012

Det oprindelige budget til behandling på privathospitaler i 2012 var på 200,8 mio. kr. I forbindelse med decentralisering af budgetansvaret for det højt specialiserede område indenfor samhandelsområdet og privathospitaler blev budgettet korrigeret med 12,5 mio. kr., og det korrigerede budget for 2012 er derfor på 188,3 mio. kr.

Der vil i 2012 fortsat være fokus på mulighederne for aktivitetsbaserede projekter på udvalgte behandlingsområder. Formålet er at reducere forbruget på privathospital på de områder, hvor det er økonomisk fordelagtigt. Der pågår på nuværende tidspunkt en proces med at vurdere og konkretisere de enkelte projekter på regionens hospitaler. Da omfanget af projekterne er væsentligt større end hidtil, vil projekterne blive forelagt regionsrådet den 25. april 2012 med henblik på at udvide puljen til særlige aktivitetsbaserede projekter.

EVC-projektet (Elektivt Visitationscenter) tjente i 2011 som modelforsøg for en eventuel senere udbredelse af ordningen til andre specialer. Der er nu så gode erfaringer med det ortopædkirurgiske visitationssamarbejde, at erfaringerne ønskes overført til andre specialer. Der vil derfor blive igangsat en proces vedrørende visitationssamarbejde indenfor et eller flere andre specialer i 2012.

Det forventes, at det lave antal fedmeoperationer fastholdes, ligesom der også i 2012 vil komme nye retningslinjer, som kan påvirke forbruget på det udvidede frie sygehusvalg. Til gengæld forventes der en stigning i plastikoperationer efter

stort vægttab, dvs. operationer, hvor der fjernes overskydende hud. Administrationen arbejder på at dimensionere regionens egen kapacitet, og overvejer endvidere udbud af en del af behandlingerne.

Forventningerne til 2012 er beskrevet nærmere i det vedlagte notat.

### **Status på udbudsområdet**

Af de 20.800 patienter henvist via Patientkontoret eller direkte til billeddiagnostiske undersøgelser i 2011 blev 38 % henvist efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg, mens 62 % blev henvist til et privat samarbejdsygehus (udbudsaf tale). På udgiftssiden blev 23,8 % afregnet efter regionens udbudsaf taler.

Målet i regionens udbudsstrategi for 2011 er, at 50 % af udgifterne til privathospitaler ved udgangen af 2011 afregnes efter en forudgående udbudsaf tale. En væsentlig forklaring på at andelen ligger under måltallet, er den store opbremsning i fedmeoperationer. Det har betydet, at de i juli 2011 indgåede udbudsaf taler om fedmeoperationer stort set ikke har været benyttet. Derudover er der på flere områder opnået udbudsaf taler med meget lave priser. De opnåede priser ved udbud er løbende blevet lavere og ligger nu typisk 20-25 % under taksten for udvidet frit sygehusvalg. Hermed er det blevet relativt sværere at nå målsætningen om 50 %.

Region Midtjylland har i dag udbudsaf taler inden for MR-scanning, plastikkirurgi, fedmekirurgi og ortopædkirurgi (skulder, ryg, knæ, hånd og fod). Disse områder er valgt fordi, der er vurderet det største besparelsespotentiale. Enten fordi der traditionelt henvises mange patienter (stort volumen), eller fordi markedet er vurderet som velegnet til udbud (f.eks. mange leverandører eller meget dyre behandlinger).

Det er dog ikke alle behandlingsområder, der er lige egnede til udbud. Det gælder for eksempel behandlingsområder med et mindre antal henvisninger, hvor privathospitalerne ikke kan give samme mængderabat. Det nuværende henvisningsmønster er kendetegnet ved, at der inden for det enkelte speciale henvises til mange forskellige typer af behandlinger. Det betyder, at der bliver færre områder, hvor der kan laves store udbud, som kan dække væsentlige andele af udgifterne til privathospitaler.

Der er samtidig forbundet nogle administrative omkostninger ved at gennemføre og administrere udbudsaf talerne, som skal opvejes i forhold til den mulige besparelse. Der fokuseres derfor på at lave udbud på strategisk udvalgte områder, hvor der vurderes den største chance for at opnå væsentlige besparelser.

Endelig planlægger regionens hospitaler i 2012 en række projekter på områder, hvor der er mange omvisiteringer til privathospitaler, og hvor meraktivitetsprojekter vil være økonomisk fordelagtige. Projekterne vil enten blive finansieret af den afsatte pulje på 20 mio. kr. eller forelagt regionsrådet til godkendelse.

På baggrund af ovenstående vurderer administrationen, at det vil blive meget vanskeligt at nå målsætningen på 50 % i 2012. Det foreslås derfor, at målsætningen for udbuddenes andel af udgifterne revurderes, når meraktivitetsprojekterne for 2012 er fastlagt og igangsat. Administrationen vil derfor, hvis det godkendes, forelægge et forslag til en ny målsætning medio 2012.

### **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget. Ulla Diderichsen og Henrik Gottlieb Hansen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

### **Bilag**

Orientering om udvidet frit valg

## **Punkt 18: Orientering om aktivitet på hospice i 2011 (sag til forretningsudvalget)**

1-30-72-52-12

### **Resume**

Redegørelsen over aktiviteten på hospice i 2011 viser overordnet en stabil situation, hvad angår antal henviste og antal indskrevne. Alle hospicer har nu en belægning på mere end 85 %, og indlæggelsesperioden er uændret. Kun ganske få patienter bliver afvist i visitationen, men en del patienter opnår ikke plads på dét hospice, som de er henvist til. En fjerdedel af disse opnår en plads på et andet hospice, primært et hospice i regionen. En del patienter henvises så sent, at en ret stor andel dør få dage efter at være henvist eller viser sig at være for svage til at kunne klare overflytning til hospice. Bevægelserne over regionsgrænsen er stort set uændret svarende til et forbrug på ca. 5 hospicepladser i andre regioner, mens andre regioner anvender ca. 2 pladser på de midtjyske hospicer.

### **Direktionen indstiller,**

at orienteringen tages til efterretning.

Direktionen indstiller,

### **Sagsfremstilling**

Administrationen har udarbejdet den årlige redegørelse for aktiviteten på Region Midtjyllands fire hospicer.

Redegørelsen for 2011 viser en svag stigning i antallet af henvisninger til i alt 1.164 personer, mens de 691 indskrevne patienter er på niveau med 2010.

Af de 1.164 henviste blev 47 personer, svarende til 4 %, afvist i visitationen, primært fordi de pågældende blev vurderet til ikke at have palliative problemstillinger af en sådan kompleksitet, at det fordrede indlæggelse på et hospice.

473 af de visiterede patienter kom ikke på hospice. Det skyldes primært, at henvisningerne blev fremsendt meget sent i patientforløbet, således at patienterne døde, inden der blev plads. Af disse døde mange ganske få dage efter, at hospice modtog henvisningen. En anden betydelig del fik plads på et andet hospice, primært et andet hospice i Region Midtjylland. Nogle var i en for dårlig helbredstilstand til at kunne overflyttes til hospice, nogle ønskede alligevel ikke at komme på hospice, mens der for andre blev fundet alternative tilbud i form af plejebolig, hospital eller plejeorlov til pårørende.

Administrationen vil anmode Det Palliative Råd om at overveje, om det er muligt at rådgive de praktiserende læger og hospitalsafdelingerne om at foretage henvisning til hospice på et tidligere tidspunkt i de relevante patientforløb.

I modsætning til de tidligere år opnåede alle hospicer i 2011 en belægningsprocent på over 85 %. Gennemstrømningen af patienter er stabil, idet hver enkelt hospiceplads i 2011 i gennemsnit kom 13,9 borgere til gavn. Gennemsnittet dækker udsving fra 12,7 patienter pr. plads til 15,3 patienter pr. plads.

Den gennemsnitlige indlæggelsesperiode er fortsat på ca. 22 dage, og den mediane indlæggelsesperiode er uændret på ca. 13 dage.

Anvendelsen af hospicepladserne synes fortsat at være i overensstemmelse med hospicernes formål, idet over 90 % af de indskrevne afslutter livet på hospice.

Borgere fra andre regioner udgør fortsat ca. 5 % af de indskrevne. Borgere fra Region Midtjylland beslaglagde i 2011 1.588 sengeøgner på hospicer i andre regioner mod 1701 sengeøgner i 2010. Forbruget i andre regioner svarer til ca. 5 hospicepladser, hvoraf forbruget på Sct. Maria Hospice i Vejle udgør ca. 4,7 pladser. Brugere af Sct. Maria Hospice kommer næsten udelukkende fra Hedensted, Horsens og Skanderborg kommuner.

Borgere fra andre regioner anvendte ca. 2 pladser på de midtjyske hospicer.

### **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget. Ulla Diderichsen og Henrik Gottlieb Hansen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

### **Bilag**

Notat om anvendelsen af hospice 2011

# **Punkt 19: Orientering om resultater for kvaliteten i behandlingen af patienter med hjertesvigt for 2011 (sag til forretningsudvalget)**

1-36-72-4-11

## **Resume**

Årsrapporten 2011 vedrørende kvaliteten i behandlingen af patienter med hjertesvigt viser, at der samlet set i Region Midtjylland er standardopfyldelse for 8 ud af 9 indikatorer i opgørelsesperioden 21. juni 2010 – 20. juni 2011, mens der på landsplan i samme periode er opfyldt 7 ud af 9 indikatorer. Resultaterne for Region Midtjylland viser generelt en forbedring sammenlignet med sidste års resultater. Seneste data for Region Midtjylland (InfoRM) viser målopfyldelse på alle indikatorer.

## **Direktionen indstiller,**

at orienteringen tages til efterretning.

Direktionen indstiller,

## **Sagsfremstilling**

De årlige resultater for Kvaliteten i behandlingen af patienter med hjertesvigt (hjertereinsufficiens) er blevet offentliggjort på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) den 12. januar 2012. Resultaterne dækker perioden 21. juni 2010 – 20. juni 2011.

Samlet set er der i Region Midtjylland standardopfyldelse for 8 ud af 9 indikatorer, mens der på landsplan i samme periode er opfyldt 7 ud af 9 indikatorer. Region Midtjylland opfylder samlet set indikatorerne for ultralydsundersøgelse af hjertet (ekkokardiografi), medicinsk behandling og dødelighed. Desuden opfyldes indikatorerne for vurdering af funktionsevne, patientundervisning og genindlæggelser, når der tages højde for den statistiske usikkerhed. Der ses en lille stigning i genindlæggelser, men på den nyligt afholdte regionale audit er det ikke blevet vurderet til at være bemærkelsesværdigt. Hvis der fortsat viser sig en stigning, vil auditgruppen overveje en nærmere analyse.

Resultaterne for kvaliteten i behandlingen af patienter med hjertesvigt viser, at kvaliteten i behandlingen i Region Midtjylland er høj, og at fire ud af syv hospitaler opfylder alle de fastsatte standarder for god kvalitet i behandlingen. Forbedringerne i kvaliteten i behandlingen er opnået igennem de sidste 5-10 år, hvor de medicinske behandlingsmuligheder er blevet bedre samtidig med, at hospitalerne har etableret hjerteklinikker, så patienter med hjertesvigt kommer i kontakt med behandlere med særlig ekspertise i behandlingen. Alle regionens hospitaler arbejder med at fastholde og øge de opnåede forbedringer.

Seneste data for Region Midtjylland (InfoRM) ser ud til at regionen fastholder de opnåede resultater, og der er nu målopfyldelse på alle indikatorer. Der ses desuden et fald i andelen af genindlæggelser.

I vedlagte bilag vises indikatorerne for hjertereinsufficiens for seneste og foregående årsrapport samt de seneste resultater trukket fra InfoRM.

## **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget. Ulla Diderichsen og Henrik Gottlieb Hansen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

## **Bilag**

Bilag vedr. kvaliteten i behandlingen af patienter med hjertesvigt

## **Punkt 20: Gensidig orientering**

1-00-1-12

### **Sagsfremstilling**

Gensidig orientering mellem udvalgets medlemmer.

### **Beslutning**

Direktør Ole Thomsen orienterede om udfordringer i forhold til anvendelsen af kombinationsvagter mellem lægebil- og hospitalsvagter i Herning.

Ulla Diderichsen og Henrik Gottlieb Hansen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.