

# **REFERAT Udvalg vedrørende Hospitalsområdet d. 04-03-2013**

**Mødedato** Mandag d. 04. marts 2013 kl. 14:00

**Mødested** DNU, Mødelokale DNU01, Hedeager 3, 8200 Aarhus N

## Indholdsfortegnelse

Oplæg ved projektledelsen.....	3
Godkendelse af referat.....	4
DNU: Ændring af bevilling til Akut underprojekt Nord 2 som følge af licitation (sag til forretningsudvalget).....	5
DNU: Rapport fra "det tredje øje" for 4. kvartal 2012 (sag til forretningsudvalget).....	9
DNV-Gødstrup: Rapport fra "det tredje øje" for 4. kvartal 2012 (sag til forretningsudvalget).....	12
Regionshospitalet Viborg: Rapport fra "det tredje øje" for 4. kvartal 2012 (sag til forretningsudvalget).....	15
Kvartalsrapport pr. 31. december 2012 for kvalitetsfondsprojekterne (sag til forretningsudvalget)....	18
Forslag til reviderede driftsoverenskomster med fire selvejende hospicer (sag til forretningsudvalget).....	20
Realisering af Stråleplan for 2013 (sag til forretningsudvalget).....	22
Status for ortopædkirurgisk visitationssamarbejde (sag til forretningsudvalget).....	26
Forbrugsovervågning af medicin på hospitalsområdet i Region Midtjylland (sag til forretningsudvalget).....	29
Orientering om udvidet frit sygehusvalg 2012 (sag til forretningsudvalget).....	32
Orientering om aktiviteten på hospice i 2012 (sag til forretningsudvalget).....	37
Orientering om aktiviteten ved AMK-vagtcentralen for perioden 1. januar 2012 til 31. december 2012.....	39
Gensidig orientering.....	42

# Punkt 1: Oplæg ved projektledelsen

1-00-1-12

## Sagsfremstilling

På mødet orienterer projektledelsen om følgende emner:

- Status for DNU-projektet.
- Sporbarhedsprojekt.
- Gennemførte og kommende udbud.
- Styring af aconto betalinger til entreprenører – herunder hvad der sker i tilfælde af konkurs(er).

## Beslutning

Projektledelsen orienterede om:

- Sporbarhedsprojektet
- Status for DNU-projektet, herunder gennemførte og kommende udbud
- Styring af aconto betalinger til entreprenører.

Jørgen Winther gav endnu en gang udtryk for bekymring for antallet af onkologiske senge i projektet.

Ulla Diderichsen var forhindret i at deltage i sagens behandling.

## **Punkt 2: Godkendelse af referat**

1-00-1-12

### **Resume**

Referatet fra møde i det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet den 4. februar 2013 vedlægges til godkendelse.

### **Direktionen indstiller,**

at referatet fra udvalgmødet den 4. februar 2013 godkendes.

### **Sagsfremstilling**

Referatet fra møde i det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet den 4. februar 2013 vedlægges til godkendelse.

### **Beslutning**

Referatet blev godkendt.

Ulla Diderichsen var forhindret i at deltage i sagens behandling.

### **Bilag**

Referat\_HO040213\_aaben

## **Punkt 3: DNU: Ændring af bevilling til Akut underprojekt Nord 2 som følge af licitation (sag til forretningsudvalget)**

1-30-72-145-07

### **Resume**

Der har været afholdt licitation på underprojekt Nord 2. Licitationsresultatet er under budgettet og gør det derved muligt at indarbejde et ekstra sengeafsnit i Nord 2 mod en merudgift på 9,3 mio. kr. i forhold til den oprindelige bevilling. Sengeafsnittet indgår som en del af DNU-projektets optionsplan. Det foreslås, at merudgiften finansieres af DNU-projektets risikopulje. Reserverne i DNU-projektet er efter indarbejdelsen 158 mio. kr. større end kravene til reserver i projektet i den nuværende fase.

### **Direktionen indstiller,**

- at der indarbejdes en ekstra sengeetage i Akut underprojekt Nord 2,
- at bevillingen til Akut underprojekt Nord 2 forhøjes med 18 mio. kr. jf. tabel 5,
- at DNU-projektets risikopulje reduceres med 9,3 mio. kr.,
- at budgettet til delprojekt Abdominal/Inflammation reduceres med 8,6 mio. kr.,
- at rådighedsbeløbene ændres jf. tabel 5, og
- at ændringen i rådighedsbeløbene finansieres jf. tabel 5.

### **Sagsfremstilling**

#### **Licitation på Akut underprojekt Nord 2**

I februar 2013 blev der afholdt licitation på underprojekt Nord 2, som omfatter ca. 34.000 kvadratmeter af nybyggeriet. Resultatet er under budgettet, og det foreslås derfor, at der indarbejdes en option i DNU-projektet vedrørende et ekstra sengeafsnit til underprojekt Nord 2. Sengeafsnittet finansieres dels af det positive licitationsresultat og dels af DNU-projektets risikopulje.

Sengeafsnittet har været omfattet af licitationen, så arealet kan indgå i byggeriet, hvis licitationsresultatet for underprojekt Nord 2 er tilfredsstillende.

Idet sengeafsnittet er en del af udbuddet, skal der inden for kort tid tages stilling til, om sengeafsnittet skal indarbejdes i underprojektet. Derfor bliver regionsrådet forelagt godkendelse heraf på nuværende tidspunkt.

Da sengeafsnittet i december 2011 blev taget ud af DNU-projektet og i stedet blev en del af optionsplanen, blev besparelsen vurderet til 46 mio. kr. (indeks 130). Fravælges sengeafsnittet, vil det kræve forhandlinger med

entreprenørerne, og det vides derfor ikke, hvilken besparelse der kan opnås herved. Samtidig vil det være omkostningskrævende, hvis sengeafsnittet skal indarbejdes efterfølgende.

Status efter licitationen er, at resultatet er så meget under det budgetterede, at det ekstra sengeafsnit kan indeholdes i underprojekt Nord 2 mod en merudgift på 9,3 mio. kr. i forhold til den nuværende bevilling, jf. tabel 1:

### **Tabel 1: Resultat fra licitation på underprojekt N2**

Mio. kr. (indeks 130)

Bevilling til underprojekt Nord 2 før licitation (ekskl. ekstra sengeafsnit)	656,5
Licitationsresultat underprojekt Nord 2 (inkl. ekstra sengeafsnit)	-665,8
<b>Merudgift ved ekstra sengeafsnit i forhold til bevilling</b>	<b>9,3</b>

Merudgiften foreslås finansieret af DNU-projektets risikopulje.

I det vedlagte bilag er der en oversigt over ind- og udgående elementer i DNU-projektet siden november 2011.

Som en del af optionsplanen skal der i marts 2013 træffes beslutning om indarbejdelse af et ekstra sengeafsnit i underprojekt Nord 2 og Patienthotellets 2. del. Fristen for beslutningen vedrørende Patienthotellet er udskudt til 2014, så derfor bliver der ikke på nuværende tidspunkt taget stilling til denne. Den nuværende optionsplan er vedlagt som bilag. Regionsrådet vil i foråret 2013 blive forelagt en opdateret optionsplan. I denne vil blandt andet en mere samlet løsning for Onkologien indgå.

Det ekstra sengeafsnit giver mulighed for en større kapacitet og en mere hensigtsmæssig indretning og tilrettelæggelse af patientforløbene. I praksis bygges der en ekstra sengeetage, som rummer et sengeafsnit med 26 senge samt kontorer til Hoved-Neurocentret.

Da sengeafsnittet blev fjernet i underprojekt Nord 2, var det nødvendigt også at fjerne de kontorer, som var en del af samme etage. Budgettet vedrørende kontorerne blev flyttet til delprojekt Abdominal/Inflammation. Da sengeafsnittet nu ønskes tilbage i underprojekt Nord 2, er det hensigtsmæssigt også at flytte budgettet vedrørende kontorer tilbage. Dette betyder en reduktion af budgettet vedrørende delprojekt Abdominal/Inflammation på 8,6 mio. kr. og en budgettilførelse på 8,6 mio. kr. til underprojekt Nord 2. Det vil sige en udgiftsneutral flytning for DNU-projektet.

Tabel 2 viser ændringerne for underprojekt Nord 2 ved indarbejdelsen af et ekstra sengeafsnit og flytningen af budgettet til kontorer:

### **Tabel 2. Tilførelse af budget til sengeetage i underprojekt Nord 2**

Mio. kr. (indeks 130,0)

	Mio. kr.	Arealændring	Finansiering
Indarbejdelse af ekstra sengeafsnit	9,3	2.050	Finansieres af risikopuljen
Flytning af kontorer til Nord 2	8,6	908	Reduktion af budgettet for delprojekt Abd./Infl.
<b>Tilføres underprojekt Nord 2 i alt</b>	<b>18,0</b>	<b>2.958</b>	

### Økonomisk konsekvens af indarbejdelse af sengeafsnit

Idet licitationen på underprojekt Nord 2 lå i februar 2013, har der været en kort periode til vurdering af budgettet efter licitation. Dette betyder, at der er en mindre usikkerhed forbundet med budgettet. Skulle der komme mindre ændringer, vil disse efterfølgende blive håndteret via justeringsreserven.

Som følge af indarbejdelsen af sengeafsnittet ændres risikopuljen. DNU's risikopulje udgør på nuværende tidspunkt 223,0 mio. kr. Efter ændringen som følge af sengeafsnittet er risikopuljen på 213,7 mio. kr., hvilket er 158 mio. kr. (indeks 130) mere end kravene til reserver i projektet på nuværende tidspunkt.

### Tabel 3. Status risikopuljen

Mio. kr. (indeks 130,0)

Risikopuljen før regionsrådsmøde den 20.03.13 223,0

Sengeafsnit Akut/Hoved-Neuro -9,3

**Bevilling herefter 213,7**

Udviklingen i risikopuljen, historisk set, er beskrevet i vedlagte bilag om status på risikopuljen og anlægsoverslag.

Efter indarbejdelsen af disse ændringer er den samlede bevilling for underprojekt Nord 2 på 674,4 mio. kr.:

### Tabel 4. Bevillingsændring Akut underprojekt Nord 2

Mio. kr. (indeks 130,0)

Bevilling Nord 2 før regionsrådsmøde den 20.03.13 656,5

Ekstra sengeafsnit 9,3

Kontorer flyttes tilbage til underprojekt Nord 2 8,6

**Bevilling herefter 674,4**

### Bevillingsændringer og finansiering

Som det ses i tabel 5 nedenfor, øges bevillingen til Akut underprojekt Nord 2 med 18 mio. kr., hvilket er i overensstemmelse med ovenstående tabel 2.

I forhold til de tilhørende budgetreduktioner i delprojekt Abdominal/Inflammation og risikopuljen vil ændringerne ikke have effekt på bevillingerne, da der ikke i forvejen er givet bevilling til de to områder. Den fulde effekt af alle flytningerne fremgår af det vedlagte anlægsoverslag.

I nedenstående tabel præsenteres i oversigtsform bevilling og finansiering:

**Tabel 5. Bevilling og finansiering**

1.000 kr.	Flerårig anlægsbevilling <sup>1</sup>	Rådighedsbeløb				
		2013, indeks 130,0	2014, indeks 130,0	2015, indeks 130,0	2016, indeks 130,0	2017-2018, indeks 130,0
<i>Bevillingsændringer<sup>2</sup></i>						
Akut underprojekt Nord 2	18.000	4.500	7.600	4.800	1.100	
<b>Bevillingsændringer i alt</b>	18.000	4.500	7.600	4.800	1.100	0
<i>Finansiering</i>						
Pulje, DNU (udgift)	0	-4.500	-7.600	-4.800	-1.100	0
Ændring af anlægsbevilling	-18.000					
<b>Finansiering i alt</b>	-18.000	-4.500	-7.600	-4.800	-1.100	0
<b>Total</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

### Finansiering af DNU-projekter

Med bevillingsændringerne i denne dagsorden udgør Puljen til DNU herefter følgende i årene 2012-2018:

**Tabel 6. Finansiering**

1.000 kr.	2012	2013	2014	2015	2016	2017-2018
Pulje, DNU	39.470	101.602	512.288	505.872	427.468	516.425
Akut underprojekt Nord 2	0	-4.500	-7.600	-4.800	-1.100	0
<b>Rest, Pulje til DNU (udgifter)</b>	<b>39.470</b>	<b>97.102</b>	<b>504.688</b>	<b>501.072</b>	<b>426.368</b>	<b>516.425</b>

Puljen til DNU består af rådighedsbeløb til brug for DNU-projektet. Restpuljen er et udtryk for, hvor stor en sum i de enkelte år, der endnu ikke er søgt bevilling til. Samlet har der været afsat en pulje svarende til den økonomiske ramme for DNU-projektet.

### Beslutning

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget.

Ulla Diderichsen var forhindret i at deltage i sagens behandling.

### Bilag

8d9fc922-86fc-40a7-95cf-b19aa48e1ed9

DNU anlægsoverslag og reserver marts 2013

3cd99cea-5138-4951-9fee-a11499a3f17d

DNU Optionsplan

Ændringer i DNU-projektet\_1

be4639a1-de85-4e6d-9c92-9c0df81af170

## **Punkt 4: DNU: Rapport fra "det tredje øje" for 4. kvartal 2012 (sag til forretningsudvalget)**

1-31-72-210-12

### **Resume**

"Det tredje øje" på DNU har udarbejdet en rapport for 4. kvartal 2012 om DNU-projektet. Det er den første rapport fra projektets nye "tredje øje". Rapporten er vedlagt. Der er endvidere vedlagt kommentarer til rapporten fra projektafdelingen for DNU.

### **Direktionen indstiller,**

at rapporten fra "det tredje øje" på DNU vedrørende 4. kvartal 2012 tages til efterretning.

### **Sagsfremstilling**

Der foreligger en kvartalsrapport for 4. kvartal 2012 fra DNU-projektets "tredje øje". Dette er den første rapport fra projektets nye "tredje øje", som består af Revisions- og Rådgivningsfirmaet KPMG med Ingeniørfirmaet Viggo Madsen som underrådgiver. Rapporten er vedlagt.

"Det tredje øjes" hovedkonklusioner samt svar fra projektafdelingen for DNU gengives nedenfor. I vedlagte bilag uddyber projektafdelingen sine bemærkninger til "det tredje øjes" hovedkonklusioner.

### **Økonomi**

1. Projektafdelingen for DNU bør i højere grad inkludere totaløkonomiske beregninger i deres beslutningsgrundlag, så projektet fremover undgår risikoen for, at overholdelse af budgettet er den eneste styrende faktor.

Svar fra projektafdelingen: Projektafdelingen har gennem hele projektet haft fokus på at etablere rammer, som sikrer en optimal drift i det nye hospitalsbyggeri. På baggrund af "det tredje øjes" bemærkninger vil der være øget fokus på, hvornår der er behov for totaløkonomiske beregninger. Det vil dog blive vurderet, om udgifterne til gennemførelse af beregningerne forventes at give tilstrækkelig værdi for projektet.

2. Procedurene omkring aftalesedler bør gennemgås en ekstra gang, idet procedurene ikke i alle tilfælde er overholdt.

Svar fra projektafdelingen: Projektafdelingen vil fortsat have fokus på, at procedurene overholdes.

### **Tid**

Intet at bemærke.

### **Kvalitet**

3. Den tekniske designmanual bør opdateres og uddybes. Derved kan den danne grundlag for detailprojektering og således være med til at sikre ensartede tekniske løsninger, der er i overensstemmelse med gældende myndighedskrav, relevant erfaring m.m.

Svar fra projektafdelingen: Den tekniske designmanual er ved at blive opdateret i forhold til projektets aktuelle stade. Manualen er et dynamisk dokument, som løbende skal opdateres.

4. Projektets dokumentdelingsplatform, *projektweb*, bør opdateres, så den indeholder alle relevante dokumenter og fremstår mere overskuelig.

Svar fra projektafdelingen: Der er og vil løbende være fokus på, at de enkelte aktører i projektororganisationen uploader de relevante dokumenter i projektweb, og at strukturen forbedres.

## Organisation

5. Projektafdelingen bør forberede sig på at styrke kompetencerne inden for det byggetekniske område ved at tilknytte flere ressourcer til byggeprojekterne.

Svar fra projektafdelingen: Projektafdelingens bemanning bør afspejle totalrådgiveraftalen, som siger, at alle udførende opgaver ligger hos rådgivergruppen DNU. Derudover har projektafdelingen mulighed for at trække på bygherrerådgiverens kompetencer. Der er budgetteret med at ansætte en ekstra medarbejder med byggetekniske kompetencer i projektafdelingen i 2013.

6. Projektet bør påny overveje, om processerne i forbindelse med godkendelse af ændringer i byggeriet er de rette, og om mandat og beslutningskompetence er fastlagt på den mest hensigtsmæssige måde i forbindelse med ændringshåndtering.

Svar fra projektafdelingen: Projektafdelingen ønsker stram styring på økonomi, tid og kvalitet. Det er pt. ikke opfattelsen, at de nuværende procedurer skaber flaskehalse.

7. Projektafdelingen, Hospitalsledelsen på Aarhus Universitetshospital og Teknisk Afdeling på Aarhus Universitetshospital bør i fællesskab finde en fremadrettet model for passende inddragelse af Teknisk Afdeling i DNU-projektet.

Svar fra projektafdelingen: Projektafdelingen vil tage initiativ til, at Teknisk Afdelings rolle bliver præciseret. Aarhus Universitetshospital har i januar 2013 ansat fire ekstra fuldtidsmedarbejdere, som skal arbejde med DNU.

## Risikostyring

8. Projektafdelingen bør være ansvarlig for risikostyringen.

Svar fra projektafdelingen: Projektafdelingen vurderer, at den nuværende organisering sikrer, at risikostyringen har den nødvendige forankring hos bygherren. Både rådgivergruppen, projektafdelingen og bygherrerådgiver deltager i arbejdet med at identificere og vurdere risici.

## **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget.

Ulla Diderichsen og Bente Nielsen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

## **Bilag**

Det tredje øje rapport DNU 4. kvartal 2012

Bemærkninger fra projektafdelingen til kvartalsrapporten for 4. kvartal 2012

# **Punkt 5: DNV-Gødstrup: Rapport fra "det tredje øje" for 4. kvartal 2012 (sag til forretningsudvalget)**

1-31-72-123-12

## **Resume**

"Det tredje øje" på DNV-Gødstrup har udarbejdet en rapport for 4. kvartal 2012. I det følgende gengives rapportens konklusioner og projektets svar herpå. Rapporten er vedlagt.

## **Direktionen indstiller,**

at rapporten fra "det tredje øje" på DNV-Gødstrup vedrørende 4. kvartal 2012 tages til efterretning.

## **Sagsfremstilling**

Der foreligger en kvartalsrapport for 4. kvartal 2012 fra DNV-Gødstrup-projektets "tredje øje". "Det tredje øjes" hovedkonklusioner samt svar fra Hospitalsenheden Vest gengives nedenfor.

### **Tid**

"Det tredje øje" konkluderer, at projektet følger den gældende hovedtidsplan, som på hovedterminerne er uændrede. På projekteringsiden er aflevering af dispositionsforslag udskudt en måned, som dog indhentes ved en tilsvarende afkortning af projektforslagsfasen. På byggepladsen er jordarbejdet på byggemodningen igangsat, men har været standset på grund af vejrliget. Forsinkelsen får dog ingen konsekvenser, da der i tidsplanen er regnet med to måneders stop på grund af vejrlig.

### **Økonomi**

"Det tredje øje" erfarer, at der i projektet stadig er stor fokus på totalrådgiverens honorarforbrug, og der pågår en løbende dialog om timeforbrug og posteringer. Der vurderes således på nuværende tidspunkt ikke at være økonomiske overskridelser på projektet i forhold til budget.

### **Kvalitet og styring**

"Det tredje øje" erfarer, at det samlede risikostyringssystem er under revision, og ny vejledning for risikostyring forventes godkendt i regionsrådet 27. februar 2013. "Det tredje øje" har haft fokus på projektets styringsprocesser og de anvendte værktøjer. Det er "det tredje øjes" vurdering, at der generelt set anvendes gode og velfungerende værktøjer. Dog har "det tredje øje" på enkelte områder efterlyst mere fremadrettede styringsværktøjer frem for bagudrettede dokumentationsværktøjer.

Samlet set er det "det tredje øjes" vurdering, at projektorganisationen har god hånd om projektet og dets styring, og at samarbejdet i projektorganisationen er velfungerende i forhold til de forskellige samarbejdsudvalg og arbejdsgrupper, der er nedsat.

Der er i forbindelse med "det tredje øjes" evaluering af 4. kvartal 2012 gjort følgende nye observationer, som "det tredje øje" mener bør overvejes nærmere:

Tidsplaner og månedsrapporter bør søges opdateret og udgivet snarest muligt efter fastlæggelse af beslutninger og grundlag.

Hospitalsenheden Vests svar: Hospitalsenheden Vest er enig i, at tidsplaner og månedsrapporter bør søges opdateret og udgivet snarest muligt. Der udarbejdes normalt månedsrapporter for hver måned.

Byggeweb bør anvendes mere konsekvent og så vidt muligt anvendes ved udgivelse og arkivering af alle dokumenter. Forventningsafstemning og aftaler mellem Hospitalsenheden Vest og "det tredje øje" om dokumenter til brug for "det tredje øjes" gennemgang pågår.

Hospitalsenheden Vests svar: Det er Hospitalsenheden Vests vurdering, at byggeweb er relativ velimplementeret og anvendes i tilfredsstillende grad ved kommunikation mellem projektets centrale aktører. Det er besluttet, at interne dokumenter vedrørende budget og økonomi først udgives på byggeweb ved overgangen mellem dispositionsforslagsfasen og projektforslagsfasen. I forbindelse med udarbejdelsen af rapporten har "det tredje øje" ikke haft mulighed for at finde enkelte dokumenter på byggeweb. Hospitalsenheden Vest foreslår, at "det tredje øje" retter henvendelse til projektsekretariatet med henblik på fremsendelse af eventuelle manglende dokumenter

Risici ved igangsætning af faser inden godkendelse af foregående bør afdækkes og ansvaret entydigt placeres.

Hospitalsenheden Vests svar: "Det tredje øjes" anbefaling er i overensstemmelse med Hospitalsenheden Vests egen planlægning.

Der bør i beslutningsplanen fastlægges beslutningsproces og deadlines for beslutning om bæredygtighedscertificering

Hospitalsenheden Vests svar: Hospitalsenheden Vest er enig i anbefalingen. Administrationen er undervejs med en udredning af et grundlag for en eventuel bæredygtighedscertificering. Hospitalsenheden Vest afventer resultatet af udredningen.

Der bør skabes overensstemmelse mellem udgangspunkt for totalrådgivernes og Hospitalsenheden Vests risikovurderinger.

Hospitalsenheden Vests svar: Hospitalsenheden Vest er enig i, at der principielt bør skabes overensstemmelse mellem risikorapporten, der dækker hele projektet samt indeholder samtlige aktørers risikovurderinger og månedsrapporten fra totalrådgiveren til Hospitalsenheden Vest. I månedsrapporten giver totalrådgiveren deres bud på, hvilke fem risici, de vurderer som vigtigst i den pågældende måned. Dog er det Hospitalsenheden Vests vurdering, at der også fremadrettet vil kunne forekomme risici i månedsrapporten, som ikke er i den kvartalsvise risikorapport.

Der bør oprettes en egentlig beslutningsplan til brug for fremadrettet planlægning af beslutningsprocesser og deadlines i tidsplanerne, så der sikres tid til de nødvendige og krævede processer på alle niveauer.

Hospitalsenheden Vests svar: Hospitalsenheden Vest er enig i, at beslutningsplanen skal opdateres med henblik på at sikre hensigtsmæssig planlægning af projektet. Hospitalsenheden Vest er ikke enig i "det tredje øjes" anbefaling af bygherrerådgiveren som tovholder. Projektet ønsker at fastholde totalrådgiveren som ansvarlig tovholder, da det er totalrådgiveren, der planlægger og styrer projekteringen af projektet.

## **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget.

Ulla Diderichsen og Bente Nielsen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

## **Bilag**

3. øje rapport 4. kvartal 2012 DNV-Gødstrup

# **Punkt 6: Regionshospitalet Viborg: Rapport fra "det tredje øje" for 4. kvartal 2012 (sag til forretningsudvalget)**

1-31-72-141-09

## **Resume**

"Det tredje øje" på Regionshospitalet Viborg har udarbejdet en rapport for 4. kvartal 2012. I det følgende gengives rapportens konklusioner, og projektafdelingens svar herpå. Rapporten er vedlagt.

## **Direktionen indstiller,**

at rapporten fra "det tredje øje" på Regionshospitalet Viborg vedrørende 4. kvartal 2012 tages til efterretning.

## **Sagsfremstilling**

Der foreligger en kvartalsrapport for 4. kvartal 2012 fra Viborg-projektets "tredje øje". Det tredje øjes hovedkonklusioner samt svar fra projektafdelingen på kvalitetsfondsprojektet på Regionshospitalet Viborg gengives nedenfor.

### **Økonomi**

1. Regnskabet for fase 0 er fremsendt til Region Midtjyllands revisor, men er på rapporteringstidspunktet ikke færdigbehandlet.

Svar fra projektafdelingen: Regnskabet for fase 0 er fremsendt til Region Midtjyllands revisor ultimo november 2012.

2. Projektet har besluttet, at Akutcenteret skal opfylde kravet til lavenergiklasse 2020, hvilket er i overensstemmelse med Region Midtjyllands Lokal Agenda 21, hvor det fremgår, at nybyggeri, hvis det er totaløkonomisk fordelagtigt, skal leve op til denne bygningsklasse. Det er "det tredje øjes" vurdering, at det vil kræve væsentlige energioptimerende tiltag at bringe et byggeri som det skitserede vinderprojekt fra lavenergiklasse 2015 til lavenergiklasse 2020. "Det tredje øje" anbefaler, at der i den indledende projektering fastlægges og dokumenteres, hvordan Akutcenteret opfylder kravene til lavenergiklasse 2020, og skaber sikkerhed for finansieringen af opgraderingen. Forholdet vedrørende finansiering af lavenergiklasse 2020 bør indgå i projektets risikostyring for Akutcenteret.

Svar fra projektafdelingen: Totalrådgiveren vil fastlægge og dokumentere, hvordan Akutcenteret opfylder kravene til lavenergiklasse 2020, således at der budgetteres ud fra et korrekt grundlag, og der opnås sikkerhed for, at det nuværende projekt kan opgraderes til lavenergiklasse 2020. Administrationen arbejder netop nu på en låneansøgning til denne opgradering. Denne skaber sikkerhed for finansieringen af opgraderingen. Adgangen til lånepuljen for energioptimeringer i kvalitetsfondsprojektet vurderes som god, hvorfor finansiering af lavenergiklasse 2020 ikke behøver indgå i projektets risikostyring for Akutcenteret.

3. Projektet bør i forbindelse med udarbejdelse af realiseringsplanen og i forbindelse med projekteringen fastlægge de grundlæggende principper og behov for kommende udvidelsesmuligheder i forbindelse med Akutcenteret.

Svar fra projektafdelingen: Fastlæggelsen af de grundlæggende principper og behov for kommende udvidelsesbehov/-muligheder fastlægges i generalplanarbejdet, der færdiggøres i 1. kvartal 2013.

4. Der bør etableres en systematik og bevidsthed, der sikrer anvendelse af totaløkonomiske beregninger i forbindelse med beslutninger om centrale udvalgte løsninger, så projektet fremover undgår risikoen for, at overholdelse af budgettet er den eneste styrende faktor. Styringsmanualen bør ved næstkommende lejlighed opdateres i forlængelse heraf. Derudover kan der udarbejdes et notat om forventninger til kommende områder og beslutninger, der kan være relevante i forhold til totaløkonomiske betragtninger.

Svar fra projektafdelingen: Projektafdelingen drøfter løbende det totaløkonomiske aspekt i projektudarbejdelsen. Der vil løbende blive lavet notater, der beskriver anvendelsen af totaløkonomiske betragtninger og emner i forbindelse med projektet.

## **Tid**

Intet at bemærke.

## **Kvalitet**

4. I forbindelse med projekteringen af Akutcenteret bør projektet inddrage medicotekniske kompetencer snarest muligt. Projektet bør opstarte en dialog med regionens Indkøb og Medicoteknik om dennes inddragelse og projektets forventninger til assistance snarest muligt.

Svar fra projektafdelingen: Projektet tager primo 2013 kontakt til Indkøb og Medicoteknik, for tidligt at inddrage medicotekniske kompetencer i Akutcenteret.

## **Organisation**

5. Det tredje øje bakker op om projektafdelingens overvejelser i forhold til, hvis muligt, at slå projekteringen af delprojekterne vedrørende Akutcenteret og ombygningen helt eller delvist sammen. Det bør dog snarest afklares, hvorvidt det juridisk og praktisk er muligt, og i givet fald skal projektets aftaler og kontrakter med centrale aktører snarest tilpasses.

Svar fra projektafdelingen: Muligheden for at slå projekteringen af delprojekterne vedrørende Akutcenteret og ombygningen helt eller delvist sammen er ved at blive afklaret juridisk.

6. I forbindelse med udarbejdelse af hovedprojektet har KPF og Cowi foretaget ekstern granskning af udbudsmaterialet for delprojektet Vestdansk Center for Rygmarvskadede (VCR).

"Det tredje øje" anbefaler, at projektet dokumenterer en samlet besvarelse på granskningsnotatet fra KPF på arkitekt delen. Derudover anbefales det, at det inden kontraktindgåelse med entreprenører på VCR-projektet afklares og dokumenteres, hvorvidt den eksterne granskning fra Cowi og KPF er indarbejdet i projektet, som entreprenørerne har afgivet deres tilbud på.

Svar fra projektafdelingen: Det er inden kontraktindgåelse med entreprenører på VCR-projektet sikret, at den eksterne granskning fra Cowi og KPF er indarbejdet i projektet, som entreprenørerne har afgivet deres tilbud på.

7. Projektet bør sikre, at der indarbejdes et fælles system og systematik til dokumentation og registrering af væsentlige, korrigerende aktiviteter, projektændringer og afvigelser/fejl i processen fra dispositionsforslag til udførelse. Værktøjet til registrering af ændringer bør samtidig være tilgængeligt for alle relevante aktører på Byggeweb.

Svar fra projektafdelingen: For at sikre dokumentation og registrering af væsentlige, korrigerende aktiviteter, projektændringer og afvigelser/fejl i udførelsen af VCR benyttes logfunktionen i byggeweb sammen med en ændringslog, der løbende vurderes og føres af projektlederen.

## **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget.

Ulla Diderichsen og Bente Nielsen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

## **Bilag**

Kvartalsrapportering fra Det tredje øje ifm RHV 4 kvartal 2012

## **Punkt 7: Kvartalsrapport pr. 31. december 2012 for kvalitetsfundsprojekterne (sag til forretningsudvalget)**

1-21-78-4-12

### **Resume**

I henhold til økonomaftalen for 2012 skal der for de enkelte kvalitetsfundsprojekter udarbejdes kvartalsvise, revisionspåtegnede redegørelser til regionsrådene, som danner grundlag for opfølgningen fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Der redegøres i denne sag for fremdriften i byggeriet mv., som danner grundlag for drøftelse med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

### **Direktionen indstiller,**

at kvartalsrapporten for kvalitetsfundsprojekterne pr. 31. december 2012 godkendes,

at risikorapporterne for 4. kvartal 2012 tages til efterretning, og

at kvartalsrapport og risikorapporter for kvalitetsfundsprojektet Det Nye Universitetshospital og om- og tilbygningen af Regionshospitalet Viborg fremsendes til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

### **Sagsfremstilling**

I henhold til økonomaftalen for 2012 er der mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danske Regioner fastlagt en kvartalsrapport, som danner grundlag for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses opfølgning. Kvartalsrapportering til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse påbegyndes med virkning fra det tidspunkt, hvor der sker den første udbetaling af midler fra kvalitetsfonden.

Den konkrete formulering er:

*For de enkelte projekter udarbejdes kvartalsvise, revisionspåtegnede redegørelser til regionsrådene, som også danner grundlag for Indenrigs- og Sundhedsministeriets opfølgning. Regionerne udarbejder senest ultimo august 2011 oplæg til standardiserede regionale indberetninger, hvori der redegøres for fremdriften i byggeriet mv., som danner grundlag for drøftelse med Indenrigs- og Sundhedsministeriet med henblik på fastsættelse af en endelig redegørelses-/indberetningsform.*

Kvartalsrapporteringen skal således give et samlet overblik over udvikling i økonomi, fremdrift, risici og resultater for det kvalitetsfundsstøttede byggeri. Den skal betrygge Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i, at projektet forløber planmæssigt og kan realisere de resultater, som ligger til grund for tilsagnet om støtte fra Kvalitetsfonden, særligt med vægt på, at der indenfor den økonomiske ramme kan etableres et tidssvarende og fuldt funktionsdygtigt sygehus. Rapporteringen skal bidrage til at skabe gennemsigtighed om projektets indhold og forløb og er dermed grundlag for dialog mellem region og ministeriet om det enkelte projekt. Den er samtidig afgørende for, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse får et samlet overblik og på ensartet form kan videreformidle oplysninger om de i alt 16 kvalitetsfundsbyggerier.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse godkendte den 10. april 2012 udbetalingsanmodningen for kvalitetsfundsprojektet Det Nye Universitetshospital og den 29. juni 2012 udbetalingsanmodningen for kvalitetsfundsprojektet Om- og tilbygningen af Regionshospitalet Viborg. Efter udbetaling af rapporteres kvartalsvist til regionsrådet og til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse efter fast koncept. Der af rapporteres for indeværende kvartal senest pr. 31. december 2012, jævnfør aftale med Danske Regioner.

Rapporteringen for DNV-Gødstrup udarbejdes alene til regionsrådet.

## **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget.

Ulla Diderichsen og Bente Nielsen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

## **Bilag**

DNU Risikoreport 4. kvartal 2012

DNV Risikoreportering 4. kvartal 2012

Risikoreport 4. kvartal 2012 Om- og Tilbygningen af Regionshospitalet Viborg

Kvartalsrapport kvalitetsfundsprojekterne pr. 31. december 2012

## **Punkt 8: Forslag til reviderede driftsoverenskomster med fire selvejende hospicer (sag til forretningsudvalget)**

1-22-72-8-10

### **Resume**

Regionsrådet får forelagt forslag til opdaterede driftsoverenskomster med fire selvejende hospicer: Hospice Søholm, Anker Fjord Hospice, Hospice Limfjord og Hospice Djursland. De nye driftsoverenskomster er udarbejdet i dialog med de fire hospicers bestyrelser og ledelser. Overenskomsterne er opbygget med samme struktur og indhold og med den nødvendige hensyntagen til individuelle forhold. Det foreslås, at de nye driftsoverenskomster træder i kraft den 1. april 2013, og at der indgås tilsvarende driftsoverenskomst med det kommende hospice i Brædstrup.

### **Direktionen indstiller,**

at fire forslag til driftsoverenskomster mellem Region Midtjylland og Hospice Søholm, Anker Fjord Hospice, Hospice Limfjord og Hospice Djursland til ikrafttræden den 1. april 2013 godkendes.

### **Sagsfremstilling**

*Forslag til fire nye driftsoverenskomster på hospiceområdet*

Hermed forelægges forslag til reviderede driftsoverenskomster for fire selvejende hospicer, der har driftsoverenskomst med Region Midtjylland: Anker Fjord Hospice, Hospice Limfjord, Hospice Djursland og Hospice Søholm. De fire forslag er vedlagt.

De nye driftsoverenskomster erstatter de nuværende aftaler indgået mellem Ringkjøbing Amt og Anker Fjord Hospice, Viborg Amt og Hospice Limfjord, Århus Amt og Hospice Djursland og Region Midtjylland og Hospice Søholm.

De nye driftsoverenskomster er udarbejdet i dialog med de fire hospicers bestyrelser og ledelser, blandt andet har forslag og reviderede forslag været til høring i tre omgange i bestyrelserne, ligesom forslagene til nye overenskomster har været drøftet på flere møder mellem hospicerne og administrationen.

Det fremgår af regionsrådets beslutning af den 26. maj 2010, at revisionen af driftsoverenskomsterne skal medføre en harmonisering og modernisering, så driftsoverenskomsterne er i overensstemmelse med blandt andet regionens kasse- og regnskabsregulativ.

Alle driftsoverenskomster er nu opbygget med samme struktur og indhold og med de variationer, der følger af, at Hospice Limfjord har en 10-årig administrationsaftale med Danske Diakonhjem og af, at nogle hospicer sidder i lejede bygninger, mens andre hospicer ejer deres bygninger.

Løbetiden for overenskomsterne varierer, idet alle de nuværende driftsoverenskomster har en uopsigelighed på 10 år fra driftsoverenskomstens indgåelse, hvilket skete på forskellige tidspunkter. Denne uopsigelighed er overført til de nye driftsoverenskomster efterfulgt af en gensidig 2 års skriftlig opsigelsesperiode. Region Midtjylland kan dog opsige overenskomsten med et års varsel, hvis forudsætningerne for driftsoverenskomsten bortfalder eller bliver væsentligt ændret som følge af ændringer i lovgivning m.v.

Forslag til den kommende driftsoverenskomst med nyt hospice i Brødstrup vil blive udarbejdet i overensstemmelse med disse fire overenskomster.

### *Proces*

Regionsrådet anmodede den 26. maj 2010 administrationen om at indlede drøftelser med de fire midtjyske hospicer om en revision af de foreliggende driftsoverenskomster med henblik på en harmonisering og modernisering, således at de er i overensstemmelse med blandt andet Region Midtjyllands kasse- og regnskabsregulativ.

Med udgangspunkt i driftsoverenskomsten mellem Hospice Søholm og Region Midtjylland er der i dialog med hospicernes bestyrelser og ledelser udarbejdet forslag til nye driftsoverenskomster. I vedlagte notat af den 19. februar 2013 er der redegjort for de væsentligste emner i denne dialog.

Forslagene til fire nye driftsoverenskomster med de selvejende hospicer i Region Midtjylland foreslås at træde i kraft fra den 1. april 2013.

## **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget.

Ulla Diderichsen og Bente Nielsen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

## **Bilag**

Forslag ny driftsoverenskomst Hospice Søholm

Forslag ny driftsoverenskomst Hospice Djursland

Forslag ny driftsoverenskomst Anker Fjord Hospice

Forslag ny driftsoverenskomst Hospice Limfjord

Dialog med hospicerne om ny driftsoverenskomst

## **Punkt 9: Realisering af Stråleplan for 2013 (sag til forretningsudvalget)**

1-30-72-290-07

### **Resume**

Stråleplanen for Region Midtjylland løber frem til 2015. Styregruppen til udrulning af stråleplanen gør i Strålerapport VII status over stråleproduktionen i 2012 og gør rede for planerne for 2013.

I 2012 opstod en overkapacitet, hvorfor Aarhus Universitetshospital har tilbageført 9,0 mio. kr. til den regionale strålepulje.

I rapporten reduceres forventningen til den fremtidige årlige stigning i behandlingsbehovet yderligere. Hvis prognosen om en efterspørgsel og produktion i 2013 på ca. 56.000 strålebehandlinger holder stik, vil Aarhus Universitetshospital ved udgangen af 2013 kunne tilbageføre ca. 5,0 mio. kr.

Justeringer i udgiftsprofilen ved de to nye accelerators i Skejby medfører en permanent mindreudgift på 0,6 mio. kr., hvorved bevillingen til realiseringen af Region Midtjyllands stråleplan kan reduceres fra 67,8 mio. kr. i 2012 til 67,2 mio. kr. fra 2013 og frem.

### **Direktionen indstiller,**

at bevillingen til Aarhus Universitetshospital til realisering af Region Midtjyllands stråleplan reduceres med 0,6 mio. kr. fra 67,8 mio. kr. til 67,2 mio. kr. fra 2013 og frem, og

at de 0,6 mio. kr. tilføres den under fælles udgifter og indtægter placerede pulje til øvrige udgifter.

### **Sagsfremstilling**

Styregruppen for implementering af Region Midtjyllands stråleplan har udarbejdet forslag til realiseringen af Stråleplanen for 2013.

Sammen med forslaget til plan for 2013 har Styregruppen gjort status over aktiviteten på strålebehandlingsområdet for 2012.

Status for 2012, plan for 2013 og skitse for den mere langsigtede udvikling fremgår af vedlagte Strålerapport VII.

### **Status 2012**

Der blev som planlagt opnået en kapacitet på 66.300 strålebehandlinger. Den faktiske produktion og efterspørgsel svarede til 54.738 behandlinger.

Ventetiden til behandling har i hele 2012 kunnet holdes under to uger for patienter til såvel helbredende som lindrende behandling.

Seks børn fra Region Midtjylland har via aftale med Sundhedsstyrelsen modtaget protonbehandling i udlandet, jf. at der først vil være mulighed for protonbehandling i Danmark, når det planlagte Nationale Center for Partikelterapi i Skejby inden for få år forventes at åbne for denne behandling.

Åbning af brystkræftklinikken i Horsens og forskellige hjemtrækningsprojekter har ikke haft indflydelse på antallet af strålebehandlinger givet til borgere fra Region Midtjylland på Strålecentret i Vejle. I 2012 var dette antal fortsat på godt 3.000 behandlinger. Aarhus Universitetshospital planlægger et hjemtrækningsprojekt for patienter med lungekræft, der kan bidrage til at nedbringe antallet af strålebehandlinger i Vejle.

Borgere fra Region Nordjylland og Region Syddanmark modtog ca. 3.000 behandlinger på de midtjyske accelerators.

Der kom i 2012 gang i brachyterapibehandlingen (behandling ved indførelse af radioaktive kilder i behandlingsområdet) af prostatapatienter, dog med en længere indkøringsfase end forventet. Denne behandling blev derfor kun tilbudt få patienter. Behandlingen gives i øjeblikket alene til patienter med lokal fremskreden prostatakræft. Der har været en forventning om ca. 100 patienter om året til denne behandlingsform, men på baggrund af erfaringerne fra 2012 og den forventede tilgang af denne patientkategori reduceres forventningen til ca. 30 patienter fra 2013.

#### **Tabel 1. Kapacitet og produktion i 2012 (opgivet i antal strålebehandlinger)**

<b>Kapacitet</b>	<b>Produktion</b>	<b>Buffer</b>	<b>Overkapacitet</b>
66.300	54.738	6.630	4.950

Det fremgår af tabel 1, at der i 2012 var en overkapacitet på 4.950 behandlinger.

Bevillingen til udbygning af strålekapaciteten blev i 2012 hævet med 9,1 mio. kr. til 67,8 mio. kr. Som følge af overkapaciteten på ca. 5.000 behandlinger og den forsinkede igangsætning af brachyterapibehandlingen af prostatapatienter tilbageførte Aarhus Universitetshospital i forbindelse med tredje kvartalsrapport i 2012 9,0 mio. kr. til den under fælles udgifter og - indtægter placerede regionale strålepulje.

#### **Plan for 2013**

Stigningstakten i behovet for strålebehandling er i de senere år reduceret fra et niveau på 5-6 % til 3 % i 2012. Der er ifølge Cancerregistrets seneste opgørelse fra 2011 sket en opbremsning i tilgangen af nye kræftpatienter. For 2013 og de kommende år forventes en stigning i behovet for stråleterapi med 2-3 %. Behandlingsbehovet påvirkes dels af antallet af patienter og af indikationerne for strålebehandling inden for de forskellige kræftsygdomme. Den største usikkerhedsfaktor i prognosen udgøres af prostatakræftpatienterne, hvor forekomsten synes stagneret på nuværende tidspunkt, men hvor der har været store udsving i de senere år.

På lidt længere sigt forventes tarmscreeningsprogrammet at give en vis stigning i behandlingsbehovet.

På langt sigt kan indførelsen af partikelterapi påvirke behovet for almindelig strålebehandling, idet det forventes, at op til 15 % af den almindelige strålebehandling afløses af partikelterapi.

Nedjusteringen af stigningstakten i behandlingsbehovet i 2012 medførte, at der ikke blev igangsat nye uddannelseshold med henblik på at udvide kapaciteten. Der vil derfor også i 2013 være en kapacitet svarende til 66.300 behandlinger.

Der forventes en produktion svarende til en efterspørgsel på ca. 56.000 behandlinger inklusive patienter fra andre regioner.

**Tabel 2. Kapacitet og forventet produktion i 2013 (opgivet i antal strålebehandlinger).**

Kapacitet	Forventet produktion	Forventet buffer	Mulig overkapacitet
66.300	56.000	6.630	3.670

### Økonomi 2013

I lighed med de to foregående år kan der som vist ovenfor opstå en overkapacitet i 2013, som vil medføre, at Aarhus Universitetshospital tilbagefører en del af bevillingen til den regionale strålepulje. Hvis resultatet bliver en overkapacitet på ca. 3.500 behandlinger, vil der ske en tilbageførelse af ca. 5,0 mio. kr.

Der er i Strålerapport VII redegjort for, at mindre udgifter til brachyterapi og flere udgifter til anæstesi i forbindelse med strålebehandling af børn og i forbindelse med brachyterapi samt merudgifter til MR og PET/CT samlet medfører en permanent reduktion af udgifterne med 0,6 mio. kr. Det foreslås, at disse mindreudgifter tilføres den under fælles udgifter og - indtægter placerede pulje til øvrige udgifter.

Samlet set indstiller styregruppen derfor en reduktion af bevillingen til udbygningen af strålekapaciteten fra 67,8 kr. i 2012 til 67,2 mio. kr. i 2013.

<b>Tabel. Oversigt over bevilling og finansiering.</b>						
1.000 kr., 2013 p/l	Drift 2013		Drift 2014		Drift 2015 og frem	
	Udgift	Indtægt	Udgift	Indtægt	Udgift	Indtægt
<i>Bevillingsændringer<sup>1</sup></i>						
Aarhus Universitetshospital	-600		-600		-600	
<b>Bevillingsændringer i alt</b>	-600	0	-600	0	-600	0
<i>Finansiering</i>						
Fællesudgifter- og indtægter						
Øvrige udgifter	600		600		600	
<b>Finansiering i alt</b>	600	0	600	0	600	0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> + = øgede udgifter og - = reducerede udgifter / - = øgede indtægter og + = reducerede indtægter

### Beslutning

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget, idet udvalget anbefaler, at de 0,6 mio. kr. tilføres den under fælles udgifter og indtægter placerede pulje afsat i forbindelse med Budget 2013 til dækning af uforudsete udgifter.

Ulla Diderichsen og Bente Nielsen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

## **Bilag**

Strålerapport VII - 2013

e3c84de3-35c6-409b-9247-95a19c817c92

# Punkt 10: Status for ortopædkirurgisk visitationssamarbejde (sag til forretningsudvalget)

1-31-72-111-10

## Resume

I Region Midtjylland har der i en årrække været arbejdet med bedre udnyttelse af regionens kapacitet på det ortopædkirurgiske område.

Erfaringerne har været positive, og antallet af omvisiteringer til privathospitaler på det ortopædkirurgiske området er faldet med 24 % fra 2011-2012.

Det ortopædkirurgiske visitationssamarbejde har bl.a. resulteret i en fælles it-løsning, der gør det muligt for hospitalerne at dele henvisninger og dermed sikre, at flest mulige patienter tilbydes behandling inden for behandlingsfristen.

Løsningen har været i gang i godt fire måneder og er fortsat under løbende tilpasning.

## Direktionen indstiller,

at orienteringen tages til efterretning.

## Sagsfremstilling

Til at understøtte det samarbejde, der er blevet skabt i det ortopædkirurgiske visitationssamarbejde, er der lavet en it-løsning, som skal hjælpe med at sikre, at regionens kapacitet på alle afdelinger udnyttes bedst muligt uden for store administrative omkostninger. Samtidig hjælper løsningen til at sikre, at patienter får en hurtig tid til undersøgelse eller behandling og et mere smidigt henvisningsforløb.

### *Baggrund for det ortopædkirurgiske visitationssamarbejde*

Ortopædkirurgisk visitationssamarbejde er en fortsættelse af det Elektive Visitationscenter, der blev oprettet i juni 2010. Evalueringen af det Elektive Visitationscenter i sommeren 2011 viste, at der var mange positive effekter af Elektiv Visitationscenter, heriblandt bedre udnyttelse af regionens egen kapacitet med færre udgifter til privathospitaler til følge og øget samarbejde og koordinering mellem regionens hospitaler. Elektiv Visitationscenter var dog samtidig administrativt meget tungt og blev derfor ikke videreført i den gældende form, men styregruppen fik til opgave at videreudvikle samarbejdet.

Videreudviklingen blev til det ortopædkirurgiske visitationssamarbejde, hvor der fortsat skulle fokuseres på samarbejde mellem hospitalerne om fordeling af henvisninger og optimal udnyttelse af regionens kapacitet. Til dette skulle der skabes it-understøttelse, der kunne erstatte den administrativt tunge centrale visitation i Elektiv Visitationscenter.

It-understøttelsen er skabt i MidtEPJ og blev præsenteret for regionsrådet i marts 2012.

Løsningen kaldes Fælles Visitation og baserer sig på følgende målsætninger:

- Alle hospitaler skal modtage basispatienter i tilstrækkeligt omfang.
- Alle skal have mulighed for at behandle de patienter, som 1. henvisningssted ikke har mulighed for at behandle indenfor behandlingsfristen.
- Patienterne skal modtage brev om et behandlingstilbud indenfor behandlingsfristen fra det hospital, som kan tilbyde behandlingen. Patienterne skal dermed ikke selv bede om at blive omvisiteret til et behandlingstilbud inden for behandlingsfristen.
- Incitament til daglig visitation skal øges.
- Incitament til at tilvejebringe behandlingskapacitet indenfor behandlingsfristen skal øges.

I praksis betyder løsningen, at hospitalerne lægger de henvisninger, de ikke selv kan tilbyde behandling inden for behandlingsfristen ud på Fælles Visitation. Alle hospitaler har derefter mulighed for at trække henvisninger fra listen i en periode. Regionshospitalet Silkeborg har påtaget sig at trække alle henvisninger, som ikke er trukket af andre seks dage efter, at henvisningen er modtaget og sende indkaldelsesbrev til disse patienter, så servicemålet om at patienten skal modtage indkaldelsesbrev inden for otte hverdage overholdes.

Løsningen forudsætter også, at patienten i forbindelse med henvisningen til behandling er blevet orienteret af den praktiserende læge om, at patienten ikke nødvendigvis indkaldes fra nærmeste hospital, med mindre det skrives på henvisningen, at patienten vil behandles der.

Der er derfor udsendt en orientering til de praktiserende læger om Fælles Visitation, og hvad patienter i den forbindelse bør informeres om.

#### *Status for det ortopædkirurgiske visitationssamarbejde*

Det ortopædkirurgiske visitationssamarbejde nedbragte fra 2010 til 2011 antallet af omvisiteringer indenfor det ortopædkirurgiske område med 35 %. Fra 2011 til 2012 er antallet nedbragt med yderligere 24 %.

De væsentlige fald fra 2011 til 2012 er sket inden for områderne fod og hånd, jf. nedenstående tabel.

**Tabel 1. Antal patienter omvisiteret til privathospital inden for det ortopædkirurgiske speciale 2010-2012**

Kategori	2010	2011	2012	Ændring fra 2010-2011	Ændring fra 2011-2012
Fod	554	455	223	-17,9%	-51,0%
Hofte	125	58	86	-53,6%	48,3%
Hånd	327	274	33	-16,2%	-88,0%
Knæ	261	222	227	-14,9%	2,3%
Lænd	458	172	168	-62,4%	-2,3%
Ryg	17	6	1	-64,7%	-83,3%
Skulder/Albue	1.227	711	705	-42,1%	-0,8%
Øvrige	39	51	30	30,8%	-41,2%
<b>Total</b>	<b>3.008</b>	<b>1.949</b>	<b>1.473</b>	<b>-35,2%</b>	<b>-24,4%</b>

Datakilde: Patientkontorets registreringssystem.

Der er således fortsat positive effekter af visitationssamarbejdet og meraktivitetsprojekterne på det ortopædkirurgiske område.

Fælles Visitation blev taget i brug den 1. oktober 2012. Nogle af erfaringerne fra de første fire måneders brug er:

- Den tekniske løsning er velfungerende og vil med fordel kunne udbredes til andre områder med lignende behov for fordeling af henvisninger med henblik på at optimere udnyttelsen af regionens kapacitet.
- De henvisninger, der fordeles via Fælles Visitation, bliver håndteret inden for de fastsatte servicemål.
- Der har i opstartsfasen været behov for megen koordinering og afklaring af aftaler om brugen af systemet. Der dukker fortsat områder op, hvor der er behov for at sikre, at hospitalerne anvender systemet ens.
- Regionshospitalet Silkeborg indkalder og behandler langt størstedelen af de henvisninger, der bliver lagt på Fælles Visitation.

Styregruppen drøfter i øjeblikket at ændre ansvarsfordelingen, således at Regionshospitalet Silkeborg ikke skal være ansvarlig for den afsluttende indkaldelse på alle områder, men at det deles mere mellem hospitalerne.

- De rammer, som it-løsningen og aftalerne skaber, kan i nogle tilfælde være uhensigtsmæssige, hvis ikke alle led i henvisningsforløbet fungerer optimalt.

Der skal derfor være fokus på hurtigt at håndtere de områder, hvor der opstår udfordringer, f.eks. at sikre alternative løsninger hvis det hospital, der har ansvaret for de afsluttende indkaldelser på et område, får problemer med at overholde behandlingsfristen, f.eks. på grund af sygdom, ubesatte stillinger eller lignende.

- Patienterne er ikke i alle tilfælde blevet fuldt informeret af den praktiserende læge, og er derfor ikke altid indforstået med, hvorfor en indkaldelse kan komme fra andre hospitaler, end patientens nærmeste hospital.

Det er ikke muligt at forpligtige de praktiserende læger i forhold til informationen til patienterne, men administrationen arbejder på at finde andre løsninger, der kan sikre information til patienterne.

Hvis en patient er indkaldt fra et hospital, hvor patienten ikke ønsker at blive behandlet, kan patienten altid omvisiteres via Patientkontoret.

Sideløbende med den tekniske løsning er der fortsat i styregruppen for det ortopædkirurgiske visitationssamarbejde fælles koordinering af områder med udfordringer, udvikling af samarbejde mellem hospitalerne, drøftelse af omvisiteringer til privathospitaler inden for specialet og brugen af Fælles Visitation.

## **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget, idet udvalget anbefaler, at administrationen inden sommerferien fremlægger redegørelser for, hvordan kardiologi, urologi og reumatologi kan håndteres visiteringsmæssigt.

Ulla Diderichsen og Bente Nielsen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

## **Bilag**

b0cf666e-8a7c-46ac-9619-3df5e54e2b5a

# Punkt 11: Forbrugsovervågning af medicin på hospitalsområdet i Region Midtjylland (sag til forretningsudvalget)

1-31-72-52-13

## Resume

Der orienteres om den seneste udvikling i forbruget af medicin inden for hospitalsområdet i Region Midtjylland og der gives en status for Region Midtjyllands implementering af de anbefalede behandlingsvejledninger fra Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS). Endeligt orienteres om nogle af de centrale indsatser som følge af forbrugsovervågningen og om, at der er indgået en national aftale om prisreduktioner på sygehusmedicin.

## Direktionen indstiller,

at redegørelsen tages til orientering.

## Sagsfremstilling

Den seneste udvikling i forbruget af medicin inden for hospitalsområdet viser, at væksten i forbruget af medicin inden for hospitalsområdet er stoppet op i Region Midtjylland.

Region Midtjylland har med succes implementeret flere af behandlingsvejledningerne fra Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS). Der pågår dog fortsat et arbejde med at få to af behandlingsvejledningerne fuldt implementeret.

## Forbrug af medicin henover 2012

Der er foretaget en monitorering af forbrug og indkøb af lægemidler i Region Midtjylland til og med 4. kvartal af 2012. Monitoreringen af forbruget er baseret på en regionalt udarbejdet overvågning, som tager udgangspunkt i det reelle lægemiddelforbrug på hospitalerne. Monitoreringen drøftes på et møde i Den Regionale Lægemiddelkomité den 7. marts 2013.

Analyseteamet for Den Regionale Lægemiddelkomite har set på udviklingen i det reelle forbrug af medicin i regionerne. Den seneste udvikling viser, at væksten i Region Midtjylland er bremset op i forhold til tidligere. Skemaet herunder viser udviklingen i forbruget fra de første to kvartaler i 2012 til de sidste to kvartaler i 2012.

Mio. kr.	1. halvår 2012	2. halvår 2012
Region Midtjylland	446	448
Region Hovedstaden	669	708

Der er tale om en stigning på 0,4 % i Region Midtjylland og en stigning på 5,5 % i Region Hovedstaden. Forbruget af medicin i Region Midtjylland har således været på et stabilt niveau frem til og med 2012.

Den tidligere vækst i medicinforbruget i Region Midtjylland inden for top 30 er således ikke fortsat i 2012 (med "top 30" forstås de 30 medicinpræparater, der i kroner koster regionen mest). Det kunne indikere, at en række behandlinger i Region Midtjylland har nået et stabilt niveau frem til og med 2012.

Det er dog ikke kun inden for de dyreste medicinpræparater (top 30), at væksten i forbruget af medicin i Region Midtjylland er stoppet op – jf. udviklingen fra første halvår af 2012 til andet halvår af 2012.

Inden for nævnte periode ligger Region Midtjylland og Region Hovedstaden på følgende vækstindeks i forhold til det totale forbrug af medicin:

- Region Midtjylland: 101
- Region Hovedstaden: 103

For den øvrige medicin udenfor top 30 ligger de to regioner på følgende vækstindeks:

- Region Midtjylland: 99
- Region Hovedstaden: 101

Sammenligningen med netop Region Hovedstaden skyldes en vurdering af, at Region Hovedstaden umiddelbart er den region, der ligner Region Midtjylland mest med hensyn til specialiseringsgrad af behandlinger mv. på hospitalerne.

Den seneste markedsovervågningsrapport fra Amgros vedrører regionernes indkøb af lægemidler via Amgros. Rapporten sammenligner regionernes indkøb af medicin i perioden fra 2011 til og med 2012. Det totale indkøb af lægemidler til hospitalsområdet i Region Midtjylland udgjorde ca. 1,4 milliarder kr. i 2012.

Ifølge tallene fra Amgros ligger Region Midtjylland på vækstindeks 114 for medicinen inden for top 30, mens Region Hovedstaden ligger på vækstindeks 117. Det skal hertil bemærkes, at indkøbet af medicin også inkluderer indkøb til lagerbeholdning. I forhold til det totale indkøb af medicin i perioden ligger Region Midtjylland på vækstindeks 111, mens Region Hovedstaden ligger på vækstindeks 109. Indekstallene for vækst i indkøb af medicin er således noget højere end nævnte indekstal for medicinforbrug. Rapporten fra Amgros inddrager hele 2011 i sammenligningen, mens nævnte forbrugstal tager udgangspunkt i den seneste udvikling således inden for år 2012. For yderligere henvises til vedlagte markedsovervågningsrapport fra Amgros.

### **Implementering af behandlingsvejledninger og initiativer på medicinområdet**

Markedsovervågningsrapporten fra AMGROS viser, at Region Midtjylland har implementeret anbefalingerne fra RADS på områderne sklerose, HIV/AIDS, prostatakræft og aromatasehæmmere (lægemiddel til behandling af patienter med brystkræft).

I forhold til anbefalingerne på områderne Hepatitis og G-CSF (en vækstfaktor til at stimulere immunforsvaret) indikerer tallene fra AMGROS, at Region Midtjylland ikke lever op til måltallene. Målopfyldelsen for Hepatitis var opfyldt i Region Midtjylland i juli 2012. Forbruget har dog efterfølgende vist sig at være stagnerende for begge præparater på området. Analyseteamet vil undersøge årsagerne hertil nærmere. For området G-CSF er der ikke målopfyldelse i regionen ud fra en samlet betragtning. Analyseteamet følger op på dette og kommer med forslag til handling.

Der henvises i øvrigt til vedlagte rapporter for mere uddybende information om indkøb, forbrug af medicin og implementering af RADS.

Endelig skal bemærkes, at Region Midtjylland i den kommende periode fortsætter en række igangværende initiativer på medicinområdet i Region Midtjylland, f.eks.:

- Måltrettet arbejde med hurtigere implementering af anbefalede behandlingsvejledninger, herunder i forhold til områderne Hepatitis og G-CSF.
- Grundig gennemgang af ansøgninger (mini-MTV) om ibrugtagning af ny medicin til nye behandlinger.
- Analysegruppen og sekretariatet for Den Regionale Lægemiddelkomité har planlagt et besøg i Region Hovedstaden den 20. marts 2013. Formålet er at erfaringsudveksle om monitorering og indsatser på medicinområdet, herunder styring af udgifterne mv.
- Tæt overvågning og analyse af lægemiddelforbruget både inden for og uden for de 30 mest anvendte lægemidler i regionen.
- Løbende fremadrettet monitorering af lægemiddelforbruget i regionen, herunder udpegning af særlige fokusområder til hurtig implementering gennem ledelsessystemet.

### **Orientering om prisaftale for vedrørende sygehusmedicin**

Der er indgået en aftale mellem Lægemiddelindustriforeningen (Lif), Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danske Regioner om prisreduktioner på sygehusmedicin. Aftalen er gældende fra 1. januar 2013 til 31. december 2015. AMGROS har vurderet, at den samlede besparelse på landsplan som følge af prisaftalen vil udgøre knap 20 mio. kr. fra den 1. april 2013 og året ud. Med udgangspunkt i fordelingen af den samlede omsætning har AMGROS vurderet, at Region Midtjyllands besparelse vil udgøre de ca. 4,5 mio. kr. heraf. Analyseteamet følger op på udviklingen.

### **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget.

Ulla Diderichsen og Bente Nielsen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

### **Bilag**

Afrapportering lægemiddelforbrug Midt 4. kvartal 2012

## **Punkt 12: Orientering om udvidet frit sygehusvalg 2012 (sag til forretningsudvalget)**

1-31-72-42-12

### **Resume**

I 2012 blev der i Region Midtjylland henvist knap 23.000 patienter til undersøgelse eller behandling på et privathospital. De hyppigst forekommende henvisninger er til behandling af skulder, ryg, grå stær, kroniske smerter og MR-skanning. Der har i 2012 været et fald i udgifterne på 40,6 mio. kr. sammenlignet med 2011. Dette skyldes bl.a. omvisitering af færre omkostningstunge operationer og fald i antallet af omvisiteringer som følge af meraktivitetsprojekter og visitationssamarbejde.

Der redegøres desuden for den forventede udvikling og initiativer på området i 2013.

### **Direktionen indstiller,**

at orienteringen om udvidet frit sygehusvalg i 2012 tages til efterretning.

### **Sagsfremstilling**

I 2012 var der flere initiativer på udvidet frit valg området. Initiativerne har haft til formål at reducere udgifterne på udvidet frit valgs området, f.eks. ved at øge regionens egen kapacitet og at sikre fokus og opfølgning på gode og hurtige patientforløb.

Udgifterne til udvidet frit sygehusvalg vedrører patienternes ret til at blive behandlet på privathospital, hvis regionens hospitaler ikke kan tilbyde behandling inden for behandlingsfristen.

Der er således tale om patienter, der er henvist efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg eller på regionens egne udbudsaftaler. Udgiften hertil i 2012 er på 112,5 mio. kr., svarende til et fald på 40,6 mio. kr. i forhold til 2011.

De faldende udgifter skyldes flere forhold. For det første er der fra 2011 til 2012 sket en ændring i hvilke behandlinger, der primært sendes til privathospitaler. Der sendes færre omkostningstunge operationer som fedmeoperationer og operationer på bevægeapparatet ud.

For det andet er der på flere områder fald i antallet af omvisiteringer som følge af meraktivitetsprojekter og fokus på visitationsprocessen på det ortopædkirurgiske område.

På trods af de lavere udgifter har kontoen for udvidet frit valg i 2012 et merforbrug på 9,2 mio. kr. Dette skyldes, at der samtidig med faldet i udgifter er finansieret en række interne meraktivitetsprojekter fra udvidet frit valgs kontoen, som ikke i 2012 har haft helt den forventede effekt på omvisiteringerne.

I 2012 blev der igangsat en række meraktivitetsprojekter. Regionsrådet godkendte derfor, at puljen for særlig aktivitetsbaserede projekter blev udvidet fra 20 mio. kr. til 56 mio. kr.

I forbindelse med fastlæggelsen af meraktivitetsprojekterne aftalte administrationen med hospitalerne, at der på nogle områder skulle indføres visitationstakster. Dvs. takster der skal betales af hospitalerne, såfremt der omvisiteres patienter

til behandling i privat regi på de udvalgte områder.

Erfaringerne med visitationstakster fra det første halve år er, at de giver et godt fokus på rettidig omvisitering og behandling af patienterne. Der har dog også vist sig at være problemer med at følge årsagerne til omvisiteringerne og dermed fastlægge, hvor visitationstaksten skal pålægges. Samtidig har lave ventetider på nogle områder øget patienttilstrømningen, hvorfor meraktivitetsprojekterne ikke har været tilstrækkelige til at sikre, at der ikke omvisiteres patienter. Administrationen arbejder på at finde en mere hensigtsmæssig måde til at opgøre visitationstaksterne.

Visitationssamarbejdet på det ortopædkirurgiske område gav fra 2010 til 2011 et fald på 35 % i antallet af omvisiteringer. Visitationssamarbejdet er blevet videreudviklet i 2012 og må forventes at være en væsentlig faktor i, at antallet af omvisiteringer fra 2011 til 2012 er faldet med yderligere 24 % på det ortopædkirurgiske område. Visitationssamarbejdet har dermed igen bidraget til at sænke udgifterne til behandling på privathospitaler.

Regionsrådet orienteres nærmere om status for visitationssamarbejdet i et særskilt punkt på regionsrådsmødet den 20. marts 2013.

I forlængelse af de positive erfaringer med det ortopædkirurgiske visitationssamarbejde blev der i 2012 igangsat et visitationssamarbejde på det urologiske område. Samarbejdet har taget fat i nogle af de behandlingsområder, hvor der omvisiteres mange patienter til behandling på privathospitaler eller i andre regioner. Regionsrådet vil blive orienteret om arbejdet i løbet af andet kvartal 2013.

Ændringerne er beskrevet nærmere i vedlagte notat.

## Antal henvisninger i 2012

I 2012 er 9.351 patienter blevet henvist til undersøgelse eller behandling på et privathospital via Patientkontoret, svarende til knap 800 om måneden. Hertil kommer ca. 13.600 MR-skanninger, som ikke henvises via Patientkontoret, da hospitalerne kan henvise direkte til regionens udbudsftaler om MR-skanninger.

Privathospitalerne bruges især indenfor områder med mulighed for elektiv (planlagt) behandling og ambulante kirurgi. De største områder er ortopædisk kirurgi for eksempel knæ- og skulderoperationer, der udgør 15,8 % af alle henvisninger. Kirurgi som brok, galdesten og kikkertundersøgelser udgør 15,1 %. Øjenoperationer som grå stær udgør 14,8 % og intern medicin som hjerteundersøgelser, reumatologi og rygudredning udgør 12,9 %. Tabel 1 nedenfor viser fordelingen af henvisninger mellem de lægefaglige specialer.

**Tabel 1. Henvisninger til privathospitaler i 2012 (antal henvisninger)**

Speciale	2012	Andel i %
Ortopædisk kirurgi	1.473	15,8
Kirurgi (primært brok, galdesten og kikkertundersøgelser)	1.415	15,1
Øjenområdet	1.383	14,8
Intern medicin (primært hjerteundersøgelser, reumatologi og rygudredning)	1.206	12,9
Urinvejsområdet	796	8,5

Kroniske smerter	665	7,1
Billeddiagnostik*	552	5,9
Plastikkirurgi	472	5,0
Øre, næse, hals	440	4,7
Neurokirurgi	333	3,6
Klinisk fysiologi	232	2,5
Øvrige	384	4,1
<b>Total</b>	<b>9.351</b>	<b>100,0</b>

Kilde: Patientkontorets registreringssystem 11. februar 2013.

\*Hertil kommer 13.600 henvisninger til MR-skanninger

### Forventninger til 2013

Budgettet til behandling på privathospitaler i 2013 er 186,4 mio. kr.

Udgifterne til behandling på privathospitaler må i 2013 forventes at blive påvirket af differentieringen af behandlingsfristen og den nye ret til hurtig udredning.

Differentieringen af, hvor lang tid en patient må vente, før vedkommende er berettiget til behandling på privathospital, kan på nogle områder betyde færre henvisninger til privathospitaler.

Retten til hurtig udredning giver ikke patienter ret til behandling på privathospital. Administrationen er dog i gang med at afklare, om der er områder, hvor det vil være relevant at lave aftaler med private leverandører om udredningsforløb for at sikre overholdelse af retten til hurtig udredning. Dette kan dermed øge udgifterne til privathospitaler

Der vil i 2013 også fortsat være fokus på meraktivitetsprojekter, med det formål at reducere forbruget på privathospital på de områder, hvor det er økonomisk fordelagtigt. Idet flere af projekterne i 2012 startede forholdsvis sent, blev det tilkendegivet overfor hospitalerne, at projekterne kunne videreføres i 2013.

Bortset fra enkelte projekter som hospitalerne ikke har ønsket at videreføre, fortsættes 2012 projekterne derfor i 2013.

Ud over fortsættelsen af de tidligere projekter er administrationen ved at afklare projekter om ultralydsundersøgelser af hjertet, rygdredning, udvidelse af reumatologiprojektet og ikke kræft-relateret urinvejskirurgi. Derudover er der i forbindelse med den nye udrednings- og behandlingsret igangsat en analyse af specialerne med henblik på at sikre den bedst mulige prioritering af meraktivitetsprojekterne.

Resultaterne af disse analyser kan give anledning til en omprioritering af meraktivitetsprojekterne fra 2013 til 2014. Allerede i 2013 kan det dog være relevant at opstarte nye meraktivitetsprojekter for at imødekomme den nye ret til hurtig udredning, som træder i kraft fra 1. september 2013.

Administrationen vil i 2013 fortsat lave aftaler med hospitaler om bagstopperfunktioner på de meraktivitetsprojekter, hvor det er relevant, og der vil fortsat blive arbejdet med visitationstakster på disse områder.

Forventningerne til 2013 er beskrevet nærmere i det vedlagte notat.

### **Status på udbudsområdet**

Af de 22.951 patienter henvist via Patientkontoret eller direkte til MR-skanninger i 2012 blev 38 % henvist efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg, mens 62 % blev henvist til et privat samarbejdsygehus (udbudsaftale). På udgiftssiden blev 29,1 % afregnet på regionens udbudsaftaler mod 23,8 % i 2011.

Målsætningen i regionens udbudsstrategi er, at 35 % af udgifterne til privathospitaler skal afregnes på udbudsaftaler. Målsætningen opfyldes altså ikke i 2012. Dette skyldes bl.a., at nogle af de større fald i omvisiteringer i 2012 har været på rygoperationer og andre ortopædkirurgiske operationer, som er områder, hvor regionen har udbudsaftaler.

Yderligere var der i første halvår 2012 et stort pres på MR-skanninger. Ventetiden på regionens hospitaler har været stigende, og flere patienter er blevet omvisiteret til privathospitaler gennem udvidet frit sygehusvalg, idet regionens udbudsaftale ikke kunne dække behovet. Der er nu indgået en supplerende udbudsaftale, og stort set alle MR-skanninger foretages derfor på udbudsaftaler.

Omvisiteringer til behandling på privathospitaler kan som nævnt ændre sig i 2013 på grund af differentieringen af behandlingsfristen og retten til hurtig udredning, og overvejelser om udbud i denne sammenhæng er endnu ikke afklaret.

Administrationen vurderer dog, at den gældende målsætning om afregning på udbudsaftaler fortsat er realistisk og skal fastholdes.

Region Midtjylland har i dag udbudsaftaler på MR-skanninger, plastikkirurgi, fedmekirurgi, ortopædkirurgi (knæ, fod og ryg). 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).

Der er forbundet nogle administrative omkostninger med at gennemføre og administrere udbudsaftalerne, 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.

Tilbudsloven er pr. 1. januar 2013 ændret, så sundhedsydelser ikke behøver i udbud, hvis der skal indgås aftale med private aktører. Administrationen forventer at benytte sig af dette til på nogle områder at lave samarbejdsaftaler efter indhentelse af tilbud frem for egentlige udbud for at spare administrative omkostninger. Det kan muligvis også betyde, at der kan laves samarbejdsaftaler på nogle af de områder, hvor de administrative omkostninger tidligere oversteg de mulige besparelser.

Private aktører, der leverer ydelser til regionen efter en sådan aftale, vil være at opfatte som et aftalesygehus på samme måde som aktører, der leverer under en udbudsaftale. Ligeledes mener administrationen, at disse bør medregnes i andelen af udgifter, der afregnes efter forudgående udbudsaftale.

Udbudsområdet er beskrevet nærmere i det vedlagte notat.

### **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget.

Jørgen Winther bad om, at der udarbejdes et katalog over kommende udbud.

Jørgen Winther tog et foreløbigt forbehold.

Ulla Diderichsen og Bente Nielsen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

## **Bilag**

Orientering om udvidet frit valg 2012 og forventninger til udvidet frit valg 2013

## **Punkt 13: Orientering om aktiviteten på hospice i 2012 (sag til forretningsudvalget)**

1-31-72-5-13

### **Resume**

Aktivitetsredegørelse 2012 for hospiceområdet viser en stigning i antallet af henviste og indskrevne på hospice, hvilket afspejler sig i en højere belægningsprocent og et højere patientflow og dermed en højere aktivitet. Belægningsprocenten er for alle hospicer over den budgetmæssige forudsætning på 85 %. Der var i 2012 i alt 767 borgere på hospice i Region Midtjylland. Opholdet på hospice er i gennemsnit 20,5 dage. Langt de fleste borgere kommer på et hospice i nærheden af bopælen. Region Midtjyllands borgere anvender hospicer i andre regioner svarende til 4,5 hospicepladser.

### **Direktionen indstiller,**

at orienteringen tages til efterretning

### **Sagsfremstilling**

Administrationen har udarbejdet den årlige redegørelse for aktiviteten på de fire hospicer i Region Midtjylland.

Redegørelsen viser udviklingen i aktiviteten på hospice, indskrivningstid, hospicebrugernes køns-, alders- og diagnoseprofil, hospicebrugerne fordelt på bopælsregion og -kommune, forbrug i andre regioner samt hospicebrugernes udskrivningsprofil. Udviklingen er - hvor det har været muligt - vist 5 år tilbage i tiden.

Redegørelsen for 2012 viser en markant stigning i antallet af henvisninger til hospiceplads fra 2011 til 2012. Den relativt store stigning i antallet af henvisninger tyder på, at interessen for at komme på hospice er i udvikling. Antallet af indskrevne er ligeledes steget, hvilket afspejler sig i en gennemgående højere belægningsprocent og et større patientflow og dermed en højere aktivitet på hospice.

Belægningsprocenten er for 2012 gennemsnitligt på 90,3 %. Alle hospicer ligger således over den budgetmæssige forudsætning på 85 %. Patientflowet ligger mellem 13,1 og 18,0 indskrevne pr. plads i 2012. Tre hospicer ligger over det i Budget 2013 forudsatte patientflow på 13,9. Der indgår ikke i Budget 2012 en forudsætning om patientflowet.

Af de 1.404 henviste i 2012 opnår 767 en hospiceplads. 559 henviste opnår ikke at komme på hospice. De væsentligste årsager hertil er, at patienten er afgået ved døden inden optagelse, for dårlig til transport, ønskede alligevel ikke ophold, modtaget andet tilbud og lignende. 78 afvises, fordi de ikke opfylder kriterierne for at komme på hospice.

Hospicebrugere opholder sig i gennemsnit ca. 21 dage på hospice. De fleste indskrevne hospicebrugere afslutter livet på hospice. Det drejer sig om 79 % for det hospice, som udskriver det største antal patienter til eget hjem, plejehjem, hospital eller andet, og 92,4 % for det hospice, som udskriver færrest.

Det er typisk for de fire hospicer, at de fleste af de borgere, der indskrives, har bopæl i nærheden af hospicets beliggenhed. Der er således størst søgning til det hospice, der ligger tættest på bopælen. Det viser sig både ved hospiceforbruget internt i regionen og ved hospiceforbruget i andre regioner. Det er i de tilstødende regioners hospicer -

Region Syddanmark og Region Nordjylland - borgerne hyppigst indskrives, hvorimod Region Sjælland og Region Hovedstaden kun har få borgere fra Region Midtjylland.

Hospiceforbruget i andre regioner svarer til 4,5 hospicepladser i 2012.

### **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget.

Ulla Diderichsen og Bente Nielsen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

### **Bilag**

Anv. hospiceplads 2012

## **Punkt 14: Orientering om aktiviteten ved AMK-vagtcentralen for perioden 1. januar 2012 til 31. december 2012 (sag til forretningsudvalget)**

1-31-72-1-12

### **Resume**

Aktivitetsredegørelsen for 2012 viser fuld målopfyldelse for A- og B-kørsler. Samtidig har aktiviteten fra 2011 til 2012 været stigende. Samlet set er antallet af patientkontakter steget med 7 procent. Stigningen ligger især inden for kategori E - opkald til vagtcentralen, som håndteres på anden måde end ambulancekørsel, f.eks. siddende befordring, henvisning til skadestue, egen praktiserende læge eller vagtlægen, rådgivning om egenomsorg eller andet. De egentlige hastende ambulancekørsler (A- og B-kørsler) er steget med 1 procent. Det foreslås, at AMK-vagtcentralens aktivitetsredegørelser fremover kun forelægges hvert halve år, således at næste redegørelse dækker perioden 1. januar til 30. juni 2013.

### **Direktionen indstiller,**

at redegørelsen vedrørende aktiviteten ved AMK-vagtcentralen for perioden 1. januar til 31. december 2012 tages til efterretning, og

at AMK-vagtcentralens aktivitetsredegørelser fremover kun forelægges hvert halve år, således at næste redegørelse dækker perioden 1. januar til 30. juni 2013.

### **Sagsfremstilling**

Præhospitalet har udarbejdet vedlagte redegørelse for aktiviteten ved AMK-vagtcentralen for perioden 1. januar-31. december 2012.

### **Aktivitet**

I 2012 er i alt 167.022 patienter blevet betjent på AMK-vagtcentralen og har fået præhospitalet hjælp i form af ambulance, liggende befordring, sundhedsfaglig rådgivning eller anden form for hjælp. I forhold til 2011 er der tale om en stigning på 7 procent. Der løses i gennemsnit dagligt 27,5 flere opgaver i 2012 sammenlignet med 2011.

### **Opfyldelse af servicemål**

Den stigende aktivitet har ikke haft indflydelse på muligheden for at opfylde de af regionsrådet vedtagne servicemål for A- og B-kørsler, idet 2012 viser fuld målopfyldelse for både A- og B-kørsler. Det bemærkes, at der ikke er fastsat servicemål for øvrige kørsler eller patientkontakter.

### **Borgernes ventetid på ambulance (A- og B-kørsler)**

Ambulancekørsler (A- og B-kørsler) når gennemsnitligt set hurtigere frem til skadesstedet i 2012 end i 2011. Det betyder, at borgere i 2012 får hjælp hurtigere end i 2011.

En sammenligning af responstiden på kommuneniveau med data fra 2011 viser, at der er sket en forbedring i responstiden (A75) i en række kommuner. Det gælder Favrskov, Hedensted, Herning, Holstebro, Horsens, Norddjurs, Skanderborg og Struer kommuner. Tilsvarende er der sket en mindre forringelse i responstiden i Ikast-Brande, Lemvig, Odder, Randers,

Ringkøbing-Skjern, Samsø, Silkeborg og Skive kommuner. Responstiden (A75) i Syddjurs, Viborg og Aarhus kommuner er uændrede. Der er således sket en udjævning i responstiden på regionsniveau.

### **Responstider længere end 20 minutter**

Ifølge de vedtagne servicemål må 2 % af A-kørslerne have en responstid på mere end 20 minutter. Det svarer til, at 1,4 % af de daglige A-kørsler i gennemsnit må have en responstid på mere end 20 minutter.

I perioden 1. oktober-31. december 2012 har der været i alt 69 A-kørsler med en responstid på over 20 minutter svarende til 1,1 % af det samlede antal A-kørsler (der går til et skadested) i samme periode. Niveaue for A-kørsler med responstid på over 20 minutter ligger således inden for det besluttede servicemål. Til sammenligning var der 32 A-kørsler med en responstid på over 20 minutter i samme periode i 2011 - altså en noget mindre responstid året før. Det skyldes, at december 2011 i modsætning til december 2012 ikke var belastet af store snemængder og dage med ufremkommelige veje. Vejrliget har således haft betydning for det større antal af ambulancekørsler med responstider på over 20 minutter i 2012 sammenlignet med 2011.

### **Halvårlige redegørelser frem over**

AMK-vagtcentralens aktivitetsredegørelse er i de senere år fremlagt kvartalsvis. Det foreslås, at redegørelsen fremover forelægges for halve år ad gangen, idet aktiviteten på området som regel viser en jævn og forventet udvikling, der ikke nødvendiggør kvartalsvise rapporteringer. Næste redegørelse ville i givet fald dække perioden 1. januar-30. juni 2013.

### **Baggrundsviden**

Aktivitetsstatistikken er inddelt efter den grad af hastighed, hvormed borgeren har modtaget hjælpen. Det drejer sig om følgende typer af kørsler og opgaver:

- A-kørsler er for borgere med livstruende eller muligt livstruende tilstande.
- B-kørsler er for borgere med hastende, men ikke livstruende tilstande.
- C-kørsler er ikke hastende ambulancekørsler.
- D-kørsler er liggende befordring.
- 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.

Tekniske kørsler er kørsler uden patient i vognen (forkantsdisponering, aflyste ture inden patientoptag, ture hvor patienten afsluttes på stedet, hjælp til op- og nedbæring af patienter mv.).

Regionsrådet har vedtaget servicemål for A- og B- kørsler.

A-kørsler: 75 % må have en responstid på maksimalt 10 minutter, 92 % på maksimalt 15 minutter og 98 % på maksimalt 20 minutter.

B-kørsler: 60 % må have en responstid på maksimalt 15 minutter og 75 % på maksimalt 20 minutter.

Servicemålene dækker Region Midtjylland som helhed. Der er ikke politisk vedtagne servicemål for akutlægebiler, akutbiler eller udrykningsordninger.

## **Beslutning**

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget, idet udvalget anbefaler, at der i kommende opgørelser inddrages data om udviklingen i aktiviteten på postnummerniveau.

Ulla Diderichsen og Bente Nielsen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

## **Bilag**

Aktivitet på AMK-Vagtcentralen 01.01.12-31.12.12 inkl. bilag 1

Aktivitet på AMK-vagtcentralen 01.01.12-31.12.12 bilag 2 A, B og C

## **Punkt 15: Gensidig orientering**

1-00-1-12

### **Sagsfremstilling**

Gensidig orientering mellem udvalgets medlemmer.

### **Beslutning**

Intet til punktet.

Ulla Diderichsen og Bente Nielsen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.