

Fremtidens sygehuse – fra plan til virkelighed



www.fremtidenssygehuse.dk

I høring 1. juli - 1. september 2008

Bilagssamling

- | | |
|----------|--|
| Bilag 1. | Hovedforslag, delforslag-Gråsten og ændringsforslag-Gråsten |
| Bilag 2. | Høringsbrev med høringsliste |
| Bilag 3. | Metodebeskrivelse vedrørende kapacitetsberegninger |
| Bilag 4. | Anbefalinger for den Præhospitale udbygning |
| Bilag 5. | Udkast til speciale- og funktionsfordelingsplan |
| Bilag 6. | Rygcenter i Middelfart |
| Bilag 7. | Neurorehabilitering |
| Bilag 8. | Vaskerifusion |
| Bilag 9. | Opgørelse af det samlede anlægsinvesteringsbehov for implementering af psykiatriplan |

Bilag 1

Hovedforslag

Delforslag Gråsten

Ændringsforslag af 23-06-2008

UDKAST 11. juni 2008

Hovedforslag

- om gennemførelse af akutplanen/sygehusplanen for Region Syddanmark (excl. permanent sygehusstruktur i Sønderjylland)

Det er Region Syddanmarks overordnede vision at skabe fremtidens sundhedsvæsen, som er karakteriseret ved at være:

- sammenhængende og patientorienteret,
- tidssvarende og kvalitetsbevidst, og
- effektivt og konkurrencedygtigt.

De væsentligste indsatsområder i fremtidens sundhedsvæsen i Region Syddanmark vil således være:

- At sundhedsvæsenet skal tænke i helheder for den enkelte patient, således at der sikres sammenhæng i den samlede ydelse, hvad enten den leveres på sygehuset, i ambulancetjenesten, i kommunerne eller hos den praktiserende læge.
- At sundhedsvæsenet leverer sundhedsydelser af høj faglig kvalitet, og at dette dokumenteres.
- At sundhedsvæsenet i Region Syddanmark er på forkant med den medicinske teknologiske udvikling og herunder satser på forskning, udvikling og uddannelse.
- At sundhedsvæsenet i Region Syddanmark er karakteriseret ved attraktive faglige miljøer, der kan tiltrække dygtige medarbejdere
- At sundhedsvæsenet i Region Syddanmark er karakteriseret ved høj produktivitet.

På denne baggrund og på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet vedtog Regionsrådet den 20. december 2007 en akutplan/sygehusplan for Region Syddanmark.

Principperne for denne plan er:

- At der oprettes fælles akutmodtagelser på 5 sygehusmatrikler i Region Syddanmark, hvor der skal være specialister i arbejde døgnet rundt til at modtage uvisiterede akutte patienter.
- At der i samme takt sker en oprustning af det præhospitale område, således at der etableres en regiondækkende indsats med lægebiler og akutbiler.
- At OUH fastholdes og udvikles som et universitetshospital, der skal gøre sig fagligt gældende nationalt og internationalt.
- At der hermed er skabt grundlag for et bæredygtigt, fremtidssikret og effektivt sygehusvæsen i Region Syddanmark - et sygehusvæsen, som bygger på en velafbalanceret struktur med sygehusenheder af passende størrelse, som sikrer ligeværdighed og mulighed for sund kappestrid sygehusene imellem.

I perioden siden vedtagelsen er der foregået et nærmere udredningsarbejde om gennemførelse af akutplanen. I dette arbejde har der været inddraget en bred kreds af fagfolk fra sygehusene, sygehusledelserne og specialerådene.

På baggrund heraf er der indgået forlig om hovedpunkterne for gennemførelsen af akutplanen:

1. Det grænseoverskridende samarbejde

EU-kommissionen forventes snart at fremsætte forslag til direktiv, som vil styrke patienternes adgang til valg af sygehusydelse på tværs af grænserne i EU. Derudover forventes det, at patienterne i det sønderjyske område de kommende år i stigende omfang vil have forventning om, at sygehusene på begge sider af grænsen samarbejder om løsning af sygehusopgaverne til gavn for patienterne i grænselandet.

Styrkelse af det grænseoverskridende sygehussamarbejde skal derfor have høj prioritet i gennemførelsen af Regionsrådets akutplan. Der skal være tale om et samarbejde, der er til gensidig gavn for patienter og sygehusvæsen på begge sider af grænsen, hvilket indbefatter, at danske patienter behandles i Tyskland, og tyske patienter behandles i Danmark. Fordelen ved et sådant samarbejde er, at der sikres et større underlag for funktionerne, og derigennem sikres et højt fagligt niveau og høj kvalitet. Der forventes også væsentlige rekrutteringsmæssige fordele ved samarbejdet, idet der kan rekrutteres fra det samlede dansk-tyske område. Generelt skal samarbejdet således styrke sygehusvæsenet på begge sider af grænsen.

Der er derfor allerede indledt forhandlinger om rammerne for et sådant gensidigt speciale- og funktionssamarbejde på tværs af grænsen.

Samarbejdet kan være om hovedfunktioner og regionale funktioner mellem Sygehus Sønderjylland og sygehusene i Flensborg samt om højtspecialiserede funktioner mellem OUH og universitetshospitalet i Kiel.

2. De sønderjyske Sygehuse

(tekst vedr. den permanente løsning i Sygehus Sønderjylland indgår ikke i hovedforslaget)

2.1 Det korte sigt

Den fremtidige sygehusstruktur i Sønderjylland kan tidligst realiseres i løbet af 8 -10 år. På kort sigt – dvs. de kommende 1 – 2 år – skal der derfor ske en konsolidering af sygehusdriften i Sønderjylland med henblik på at sikre sygehusfunktionerne frem til, det nye akutsygehus står klar. De nuværende stationære funktioner i Tønder (medicinske senge) og Haderslev (medicinske og gynækologisk/obstetriske senge incl. fødeafdeling) er sårbare funktioner, som vanskeligt kan opretholdes på lidt længere sigt. Disse funktioner skal derfor på kort sigt flyttes til Sønderborg Sygehus og Aabenraa Sygehus (samt i et vist omfang Kolding Sygehus), hvor der etableres midlertidige bygninger til at rumme funktionerne. Investeringen i midlertidige bygninger på ca. 142 mio. kr. (excl. medicoteknik, IT og løst inventar) vil kunne tjenes ind på ca. 3 år via driftsbesparelser på beredskaber m.v. som følge af samlingen af funktionerne. Investeringen i midlertidige bygninger gennemføres 2009 – 2010 med anlægsudgift på ca. 80 mio. kr. i Sønderborg og anlægsudgift på ca. 62 mio. kr. i Aabenraa. Hertil kommer etablering af 150 P-pladser på hvert af sygehusene til en udgift af ca. 5 mio. kr.

2.2 Haderslev

Haderslev Sygehus omdannes inden for 1- 2 år til sammedagssygehus med dagkirurgi, ambulatoriefunktioner og diagnostik. Skadeklinikken på sygehuset videreføres. Når det nye sygehus i Sønderjylland står færdigt, flyttes sygehusaktiviteterne fra Haderslev Sygehus, som frasælges.

2.3 Tønder

Tønder Sygehus omdannes inden for 1 – 2 år til sammedagssygehus med ambulatoriefunktioner og diagnostik. Skadeklinikken på sygehuset videreføres. Tønder Sygehus som sammedagssygehus skal ses som en løsning også på længere sigt af hensyn til betjeningen af borgerne i lokalsamfundet.

Tønder Sygehus skal fungere som et daghospital for medicinske patienter og skal fortsat indeholde en skadeklinik i tidsrummet 8.00 – 22.00. Herudover skal der være en røntgenfunktion med MR-scanner, som kan servicere det medicinske daghospital, DAMP og ambulante patienter fra lokalområdet. Der skal desuden være en skopifunktion med mulighed for at foretage bl.a. coloskopi og gastroskopi. Der skal ligeledes være laboratorie på Tønder Sygehus. Funktionerne på Tønder Sygehus kan desuden anvendes af og udvikles i samarbejde med speciallæger, der ønsker at leje sig ind på sygehuset.

Samarbejdet med DAMP og speciallæger om benyttelse af sygehusbygningerne fortsættes og udvikles.

3. Sydvestjysk Sygehus

Esbjerg Sygehus er bortset fra den store sengebygning renoveret eller nybygget, og der udføres i øjeblikket en tilbygning til sengebygningen. Planen har hidtil været, at den store sengebygning derefter renoveres. Udpegningen af Esbjerg Sygehus til akutsygehus nødvendiggør dog nogle ændringer til denne plan. For det første vil koncentrationen af de stationære funktioner i Sydvestjylland kræve et større antal sengepladser m.v. på sygehuset. For det andet vil servicekravene om vidtgående anvendelse af enestuer kræve mere plads. Der skal derfor bygges en tilbygning til sygehuset på ca. 10.000 kvm., som sammen med renoveringen af den gamle sengebygning kan tilgodese det større arealbehov på sengeområdet, afledt behov for nyt laboratorium og etablering af fælles akutmodtagelse. Endvidere forventes der på sigt en generel stigning i antallet af behandlinger, hvilket medfører behov for udvidelse af sygehusets bygningsmæssige areal på yderligere 10.000 kvm. til diagnostik, OP og ambulatorier. Ændringerne på Esbjerg Sygehus skal endelig omfatte helikopterlandingsplads og tilvejebringelse af ca. 600 flere p-pladser. Den beskrevne om- og udbygning af Esbjerg Sygehus vil ske i årene 2009 til 2018 til en pris af ca. 674 mio. kr. incl. helikopterlandingsplads (excl. medicoteknik, IT og løst inventar). Hertil kommer en skønnet udgift på 75 mio. kr. til p-pladser i p-hus. Der skal forhandles med Esbjerg Kommune om placeringen af dette p-hus.

Ny laboratoriebygning etableres 2009 – 2010, tilbygning til sengebygningen etableres 2011 - 2013, renovering af den eksisterende sengebygning gennemføres 2014 – 2016 og udvidelse af arealer til diagnostik, OP og ambulatorier 2017 - 2018.

Akutplanen fastlægger, at de stationære funktioner på Brørup Sygehus (medicinske senge) flyttes til Grindsted Sygehus og Esbjerg Sygehus. Den medicinske sengeafdeling i Brørup er en sårbar funktion, som vanskeligt kan videreføres, og bør derfor afvikles hurtigst muligt, hvilket vil sige i løbet af 1. halvår af 2009. Brørup Sygehus vil derefter rumme veneklinikken, som videreføres på længere sigt. Der skal arbejdes på en løsning, hvor sygehuset frasælges og regionen lejer sig ind i den del af bygningen, som veneklinikken beslaglægger.

Varde Sygehus rummer i dag rehabiliteringsfunktioner for Sydvestjysk Sygehus. Funktionen blev tidligere drevet af Falck. Driften er nu overtaget af sygehuset, idet aftalen blev opsagt af Falck pga. utilstrækkelig belægning. Det vurderes, at der ikke er underlag for en videreførelse af

rehabiliteringsfunktionen på Varde Sygehus, og funktionen flyttes derfor til Grindsted i løbet af 2009. Når de bygningsmæssige forudsætninger er på plads, vil en del af funktionen (rehabilitering af apopleksipatienter) skulle flyttes til Esbjerg Sygehus, idet neurorehabilitering af faglige grunde bør foregå i regi af neurologisk afdeling (se afsnit 7 om neurorehabilitering). Varde Sygehus skal således sælges i løbet af 2009.

Grindsted Sygehus fortsætter jf. akutplanen ind til videre som specialsygehus med modtagelse af visiterede medicinske patienter og elektiv kirurgi. På Grindsted Sygehus vil der være behov for mindre bygningsmæssige ændringer til en udgift på ca. 5 mio. kr. som følge af et større sengeantal på grund af indflytning af aktivitet fra Brørup. Disse bygningsmæssige ændringer gennemføres i 2008.

(Alt efter placering af akutsygehus i Sønderjylland kan der blive behov for en yderligere udbygning af Esbjerg Sygehus – se delforslag om Sønderjylland)

4. Sygehus Lillebælt

Akutplanen fastlægger, at Kolding Sygehus bliver akutsygehus for Trekantsområdet og Middelfart Kommune. Vejle Sygehus bliver over en årrække omdannet til specialsygehus med vægt på kræftbehandling og vil samtidig have en bredt dækkende medicinsk afdeling. På det kirurgiske område skal der på sigt kun være kirurgi i tilknytning til kræftområdet samt elektiv ortopædkirurgi. Det betyder, at skadestuen på Vejle Sygehus på kort sigt omdannes til en level 3 traumemodtagelse – dvs. at der ikke modtages patienter med større traumer. På længere sigt, når udbygningen af Kolding Sygehus er gennemført, skal der tages stilling til, hvordan lægebetjeningen af skadefunktionen på Vejle Sygehus kan tilrettelægges. Give Sygehus fortsætter jf. akutplanen som friklinisk i samarbejde med Region Midtjylland, idet de øvrige funktioner på Give Sygehus fraflyttes. Middelfart Sygehus omdannes til regionalt rygcenter. Fredericia Sygehus bliver jf. akutplanen muligt sammedagssygehus.

På baggrund af disse beslutninger i akutplanen fastlægges følgende principper for udmøntningen af akutplanen:

De første flytninger af funktioner sker allerede i 2008 og 2009. Det drejer sig om indflytning af dagklinikken i Give til Vejle Sygehus, flytning af organkirurgien på Middelfart Sygehus til OUH og Vejle Sygehus/Kolding Sygehus (disse to ændringer forelægges som enkeltsager for Regionsrådet i juni, idet de foreslås gennemført allerede i løbet af efteråret 2008, idet funktionerne smuldrer pga. personaleafgang, og en afgørelse kan derfor ikke afvente høringsprocessen for hele gennemførelsesplanen), udveksling af kræftkirurgien mellem Kolding og Vejle Sygehus (2009), overførelse af multitraumer fra Vejle Sygehus til Kolding Sygehus (2009), etablering af rygcenter på Middelfart Sygehus (medio 2009) og nedlæggelse af den akutte ortopædkirurgi på Middelfart Sygehus senest medio 2009. De øvrige flytninger af funktioner som følge af akutplanen vil ske gradvist i løbet af de kommende 8 – 10 år, efterhånden som de bygningsmæssige forudsætninger er på plads. Se herunder.

4.1 Kolding Sygehus

Kolding Sygehus udbygges gradvist over de kommende 8 – 10 år til akutsygehus til en samlet pris på ca. 993 mio. kr. (excl. medicoteknik, IT og løst inventar). Investeringerne tilgodeser funktionen som akutcenter samt udvidelse med stort patientvolumen ved flytning af stationære og ambulante

funktioner fra Vejle Sygehus, Fredericia Sygehus, Give Sygehus og Middelfart Sygehus. Der satses i udbygningsplanen på nybygning af sengeafdelinger, således at målsætningen om udstrakt brug af enestuer kan realiseres. De eksisterende sengeafdelinger ombygges derfor i vid udstrækning til ambulatorier m.v. Nybygningerne tilrettelægges således, at indflytning af de stationære funktioner fra Fredericia Sygehus kan ske ved udgangen af 2014. Udbygningen og renoveringen består af:

Mor-barn-center ca. 59 mio. kr.:

Ombygning af gynækologisk afsnit og svangreambulatorium, udvidelse af patienthotel og etablering af nyt pædiatrisk ambulatorium.

Akutcenter ca. 329 mio. kr.:

Etablering af fælles akutmodtagelse ved udbygning af operationsafdelingen, ombygning af skadestue, etablering af ny ambulancegård, flytning af apotek og ombygning af sterilcentral. Bygning af ny sengebygning i 5 etager til akut visitationsafdeling, intensivafdeling, lægevagt m.v. Bygning af ny velkomstbygning.

P-pladser og helikopterlandingsplads 67 mio. kr.:

Der etableres 1.400 nye p-pladser samt helikopterlandingsplads

Tilpasning af den øvrige kapacitet på sygehuset ca. 490 mio. kr.:

Bygning af tre ekstra etager på den nye sengebygning samt bygning af sengebygning 2 i 8 etager. Renovering af de eksisterende sengeafdelinger samt børne- og ungdomspsykiatrien til ambulatorier, kontorer og mødefaciliteter m.v.

Etablering af neurologisk center ca. 48 mio. kr.:

Ombygning af den nuværende voksenpsykiatri til neurologisk center.

Etablering af mor-barn-center sker i 2009. Akutcenter incl. p-pladser etableres i perioden 2010 – 2011. Færdiggørelse af sengebygning 1 og 2 og helikopterlandingsplads sker i perioden 2012 – 2014. Ombygningen af resten af sygehuset sker i perioden 2015 – 2017.

4.2 Vejle Sygehus

Vejle Sygehus er bygningsmæssigt i god stand og der kræves derfor kun mindre bygningsmæssige ændringer. Det drejer sig om bygning af en ekstra etage på den dagkirurgiske bygning (til dagkirurgi og kræftlaboratorium) til en pris på ca. 22 mio. kr. (excl. medicoteknik, IT og løst inventar). Udvidelsen gennemføres i 2009 og 2010 og er begrundet i det ekstra pres indflytningen af dagkirurgien fra Give medfører, samt et behov for at styrke udviklingsmulighederne for kræftområdet på sygehuset. Derudover etableres øget antal p-pladser på sygehuset til afhjælpning af den trængte parkeringssituation samt det øgede antal patienter som følge af indflytning af dagkirurgien fra Give Sygehus. Prisen for de ekstra p-pladser er vurderet til ca. 110 mio. kr. (650 p-pladser i parkeringskælder under den kommende psykiatribygning, heraf ca. 550 p-pladser til somatik og ca. 100 p-pladser til psykiatri) og gennemføres i 2011. Den nærmere placering af p-pladserne skal afklares med Vejle Kommunen og koordineres med psykiatriens nybygning. I denne forbindelse skal mulighederne for en alternativ og billigere løsning undersøges. Akutplanen medfører udflytning af øre-næse-halsafdelingen og neurologien. Derudover forventes psykiatrien flyttet til ny bygning. De fraflyttede lokaler på sygehuset renoveres derefter i 2018 til kontorformål, mødefaciliteter, ambulatorier m.v. Prisen er vurderet til ca. 64 mio. kr.

4.3 Fredericia Sygehus

Når den stationære aktivitet i 2014 er flyttet fra Fredericia Sygehus, skal der tages stilling til, om sygehuset fremover skal fungere som sammedagssygehus. Dette vil afhænge af udviklingen på det ambulante område.

Der skal i 2009 etableres skadeklinik i Fredericia.

4.4 Middelfart Sygehus

Middelfart Sygehus omdannes medio 2009 til rygcenter for hele regionen mhp. at sikre høj kvalitet i den medicinske og kirurgiske rygbehandling og sikre hurtig udredning og behandling af patienterne. Der er udarbejdet en rapport om etablering af rygcenter, som beskriver vision, visitation, patientforløb, ressourcebehov m.v. Der er endvidere beskrevet en model, hvor Rygcentret har decentrale lokalteams på de øvrige sygehusenheder. Disse lokalteams varetager diagnostik og den lettere rygbehandling i tæt samarbejde med rygcentret i Middelfart. Den videre planlægning og implementering af Rygcentret samt tilrettelæggelse af kronikerindsatsen i forhold til kommuner og praksissektoren sker med udgangspunkt i anbefalingerne i denne rapport.

Middelfart Sygehus vil derudover ind til videre rumme elektiv ortopædkirurgi i et samarbejde mellem Sygehus Lillebælt og OUH samt skadeklinik i tidsrummet 8.00 – 22.00 dagligt.

Anlægsudgiften til etablering af Rygcentret er ca. 30 mio. kr. (excl. medicoteknik, IT og løst inventar) som afholdes 2008-2009.

(Alt efter placering af akutsygehus i Sønderjylland kan der blive behov for en yderligere udbygning af Kolding Sygehus – se delforslag om Sønderjylland)

5 OUH/Svendborg Sygehus

Akutplanen fastlægger, at der bygges et nyt universitetshospital i Odense, og at OUH – foruden funktionen som universitetshospital – skal være akutsygehus med traumemodtagelse på level 1. Svendborg Sygehus skal være akutsygehus for et optageområde på 200.000 indbyggere.

5.1 OUH

Der nybygges et universitetshospital i Odense i tilknytning til Syddansk Universitet. Alle funktioner på den nuværende sygehusmatrikel fraflyttes således på sigt. Prisen for et nyt OUH er vurderet til 7,611 mia. kr. incl. parkering, helikopterlandingsplads, medicoteknisk udstyr, IT-udstyr og løst inventar, men excl. grundkøb. Grundkøbet vurderes til ca. 375 mio. kr. Byggeriet realiseres i løbet af de kommende 8 – 10 år.

På det korte sigt løser nybyggeriet således ikke de store pladsproblemer, som er på det nuværende OUH. Der skal derfor ske en udbygning med midlertidig byggeri for at give plads til universitetshospitalets udvikling de kommende 8 – 10 år og give mulighed for at realisere den fælles akutmodtagelse hurtigst muligt.

Den konkrete løsning omfatter bygning af en 4-etagers midlertidig bygning på p-pladsen mellem hovedkomplekset og bygning 40. Bygningen skal rumme fælles akutmodtagelse, intensivfunktion, og ca. 60 akutte senge. Dertil komme udvidelse af patienthotellet med 3 etager. Tilbygningerne omfattet 11.400 kvm. Prisen på nybygningen og de afledte ombygninger af arealer samt løsning af

øvrige kapacitetsmæssige problemer på OUH vurderes at andrage 308 mio. kr. excl. medicoteknik. Projektet kan gennemføres på 3 år dvs. perioden 2009 – 2011. Der er ikke afsat beløb til etablering af nye parkeringspladser som erstatning for de pladser, som nybygningen beslaglægger, idet det forudsættes, at parkeringsmulighederne på Dyrskuepladsen skal benyttes yderligere.

5.2 Svendborg Sygehus

Med Svendborgs Sygehus' status som akutsygehus skal der ske en gradvis udbygning og renovering af sygehuset. Der er lavet en samlet plan for denne udbygning, som omfatter en række faser. Den første fase er bygning af en midlertidig bygning til den fælles akutmodtagelse, således at den kan realiseres hurtigt og samtidig give rokademuligheder for de efterfølgende ændringer. Denne fase realiseres i 2009 – 2010 og koster ca. 32 mio. kr. (excl. medicoteknik, IT og løst inventar).

De øvrige faser er:

- Forlængelse af bygning 35 til OP (64 mio. kr.) m.v. 2011 – 2012 incl. helikopterlandingsplads
- Ny forhal (ca. 10 mio. kr.) 2013
- Midlertidig pavillon til genhusning af funktioner i bygningerne 12 og 13, som nedrives (ca. 14 mio. kr.) 2014
- Ny kirurgisk sengebygning med permanent akutcenter samt kapel (ca. 284 mio. kr.) 2015 - 2017
- Renovering af bygningerne 17, 18, 35 samt mindre tilpasninger i den nye sengebygning (bygning 39) (ca. 154 mio. kr.) 2017 – 2018.

Den samlede pris over 8 – 10 år er således vurderet til ca. 558 mio. kr. (excl. medicoteknik, IT og løst inventar).

5.3 Ringe Sygehus

Rygcentret i Ringe flytter som nævnt til Middelfart medio 2009. Neurorehabiliteringen i regionen er blevet udredt nærmere (se afsnit 7). Anbefalingen fra denne arbejdsgruppe er, at neurorehabilitering på sigt bør ske på akutsygehusene i regi af neurologisk afdeling. Det er således ikke relevant at overveje en flytning af neurorehabiliteringen i Ringe til Middelfart. Funktionen skal flyttes til OUH/Svendborg, når det nye universitetshospital er bygget. De ledige lokaler på Ringe Sygehus kan efter udflytning af rygcentret evt. anvendes til sammedagsformål.

Når det nye universitetshospital er færdigt, flytter neurorehabiliteringen fra Ringe Sygehus og sygehuset frasælges.

5.4 Nyborg Sygehus

De nuværende stationære og ambulante funktioner videreføres ind til videre. På sigt omdannes sygehuset til sammedagssygehus. Nyborg Sygehus som sammedagssygehus skal således ses som en løsning også på længere sigt af hensyn til sikring af tilstrækkelig kapacitet på Fyn.

5.5 Faaborg Sygehus

Efterhånden, som udbygningen af Svendborg Sygehus sker, flyttes funktionerne fra Faaborg Sygehus. Dette forventes at kunne realiseres ved udgangen af 2012, hvorefter sygehuset frasælges.

6. Udbygning af det præhospitale område

I akutplanen er det fastlagt, at der skal ske en udbygning af det præhospitale område med lægebiler og akutbiler således at der er et regionsdækkende tilbud. En arbejdsgruppe har lavet en redegørelse af, hvordan denne udbygning bør ske, hvordan sammenhængen til akutmodtagelserne sikres, og hvordan kvalitet og gode patientforløb sikres i den præhospitale indsats. På baggrund af denne rapport skal udbygningen ske i tre faser over årene 2009 – 2011:

2009	Døgndækkende lægebil i Esbjerg (i dag deltid) Døgndækkende lægebil i Svendborg (i dag deltid) Døgndækkende akutbil i Tønder Døgndækkende akutbil i Faaborg
2010	Døgndækkende akutbil i Rødding (i dag deltids lægebil) Døgndækkende akutbil i Grindsted
2011	Døgndækkende akutbil i Haderslev

Udgifterne hertil er tidligere vurderet til 24 mio. kr. Udgiften tages op i forbindelse med budgetlægningen for 2009.

Samarbejdet med helikopteren i Niebüll og forsvarets helikoptere fortsætter. I forbindelse med udbygningen af akutsygehuse etableres der helikopterlandingspladser, således at patienten kan ankomme direkte til akutsygehuset. Region Syddanmark deltager i øvrigt i arbejdet med etablering af en landsdækkende lægehelikopterservice.

Det videre arbejde med udvikling af det præhospitale område tager i øvrigt udgangspunkt i rapportens anbefalinger vedr. gode patientforløb, samspillet mellem aktørerne i den præhospitale kæde, overførsel af patienter og kvalitetssikring.

7. Neurorehabilitering

Som nævnt ovenfor er der lavet en redegørelse vedr. neurorehabiliteringsområdet. Anbefalingen fra arbejdsgruppen er, at neurorehabilitering af hensyn til det faglige niveau og af hensyn til et samlet patientforløb på sigt bør ske på akutsygehuse i regi af neurologisk afdeling. Det betyder, at de nuværende neurorehabiliteringssatellitter i Varde, Give og Ringe på sigt integreres i akutsygehuse i neurologisk regi. Der skal i øvrigt arbejdes videre med beskrivelse af neurorehabiliteringsområdet, idet der skal defineres en ens snitflade mellem regionens tilbud og det højtspecialiserede tilbud på Hammel Neurocenter. Endvidere skal der arbejdes videre med etablering af en specialiseret funktion på OUH til patienter med hovedskade, aneurismeblødning m.v. (ca. 10 pladser).

8. Samarbejdet med Region Midtjylland

For at understøtte borgernes frie sygehusvalg over regionsgrænsen søges der indgå en aftale med Region Midtjylland om sygehussamarbejde i Sydøstjylland (Trekantsområdet og Horsensområdet). En sådan aftale skal have et langt sigte, således at aftalen kan indarbejdes i planlægningen af de to regioners sygehusstruktur (herunder byggerier). Der pågår i øjeblikket drøftelser. De væsentligste områder, der er i forslag, er kræftområdet (onkologi og kræftkirurgi), behandling af multitraumer, på sigt akut ortopædkirurgi/kirurgi generelt, gynækologi og obstetrik samt invasiv kardiologi/hjertekirurgi. På baggrund af redegørelsen vedr. neurorehabilitering (afsnit 7) skal mulighederne for et styrket samarbejde om Hammel Neurocenter desuden undersøges.

9. Specialeplan

Parallelt med regionernes planlægning af akutområdet arbejder Sundhedsstyrelsen på specialeudmeldinger for samtlige specialer. Specialeudmeldingerne fastlægger krav til varetagelse af hovedfunktioner, regionsfunktioner og højtspecialiserede funktioner. Denne specialeplanlægning har betydning for planlægningen af de kommende sygehuse i regionen herunder byggerierne.

Der er derfor i Region Syddanmark foretaget et omfattende forberedelsesarbejde sammen med sygehusene og specialerådene for at få fastlagt præmisserne for en hensigtsmæssig specialefordeling. Specialeplanlægningen i Region Syddanmark falder i tre dele:

For det første er der en række specialer, som ikke er fordelt i akutplanen. De specialer, som ikke er fordelt i akutplanen er: Urologi, karkirurgi, onkologi, plastikkirurgi, øjenspecialiet, arbejds- og miljømedicin, kæbekirurgi og hæmatologi.

For det andet er der inden for alle specialer regionsfunktioner, som skal fordeles. Regionsfunktioner kan typisk varetages på 1-2 sygehuse ud over universitetssygehuset. Udgangspunktet er, således at alle regionsfunktioner findes på OUH. Der er kun et speciale, hvor udmeldingen er færdig. For de øvrige specialer findes udmeldingerne i udkast eller slet ikke. Det er derfor ikke muligt at færdiggøre denne del af specialeplanlægningen før til efteråret. Men på visse områder er der mulighed for at træffe foreløbig beslutning. Regionsfunktionerne er generelt små funktioner, som derfor har mindre betydning for dimensioneringen af sygehusene.

For det tredje skal de højtspecialiserede funktioner placeres. Disse er i øjeblikket alle placeret på OUH samt for dele af onkologien og klinisk genetisk afdelings vedkommende på Vejle Sygehus. Der er i øvrigt center-satellit aftaler om varetagelse af højtspecialiserede funktioner på nogle områder. For de højtspecialiserede funktioner er spørgsmålet især at sikre udvikling af OUH's rolle på landsplan.

Der er opstillet følgende kriterier for fordeling af specialer og funktioner:

- Sikre bæredygtige faglige miljøer
- Sikre høj faglig standard gennem tilstrækkeligt patientunderlag og samarbejde med relevante specialer
- Sikre lokal betjening med mindre faglig hensyn taler imod
- Sikre en afbalanceret fordeling af specialer og regionsfunktioner til alle 4 sygehusenheder
- Overvej "flytteomkostninger" ved flytning af eksisterende faglige miljøer
- OUH har som hovedregel alle regionsfunktioner og skal sikres så mange højt specialiserede som fagligt muligt på landsplan
- I forhold til Sygehus Sønderjylland skal speciale- og funktionsplanlægningen ske i sammenhæng med det grænseoverskridendes samarbejde med sygehusene i Flensborg/delstaten Slesvig-Holsten. Dette forventes at ville give de bedste muligheder for at kunne placere særlige funktioner på Sygehus Sønderjylland.

Det sidste punkt betyder, at specialeplanlægningen i Sønderjylland i forhold til hovedfunktioner og regionale funktioner holdes uden for specialeplanlægningen i det øvrige Syddanmark/Fyn med henblik på at etablere samarbejde på tværs af grænsen. Hvis dette samarbejde mod forventning ikke kan realiseres, må specialeplanlægningen i regionen delvist genåbnes med henblik på at indarbejde Sygehus Sønderjylland i den syddanske specialeplanlægning.

9.1 Fordeling af hele specialer

Urologi: Der er tale om et speciale med et meget stort antal patienter. Der vil derfor være grundlag for urologiske afdelinger med akutfunktion på OUH/Svendborg Sygehus, Sygehus Lillebælt, Sydvestjysk Sygehus og Sygehus Sønderjylland.

Karkirurgi: Specialet omfatter kun regionsfunktioner (dog undtagen åreknudeoperationer, som kan placeres ved dagkirurgiske funktioner) og højtspecialiserede funktioner. Langt hovedparten af den nuværende aktivitet foregår på OUH og Kolding Sygehus. Funktionerne på Esbjerg Sygehus og Aabenraa Sygehus er langt mindre.

Funktionerne på OUH og Kolding Sygehus videreføres. Funktionen i Esbjerg videreføres som en ren ambulant funktion i samarbejde med Kolding Sygehus. I Sønderjylland skal karkirurgien planlægges sammen med sygehusene i Flensborg.

Onkologi: Dette speciale omfatter mange ambulante besøg for den enkelte patient, hvorfor nærhed har stor betydning. Specialet varetages ud over OUH også på Vejle Sygehus med både kemoterapi og stråleterapi ift. en række patientgrupper. På Sønderborg og Esbjerg Sygehuse er der begrænsede onkologiske funktioner. På Sønderborg Sygehus varetages udelukkende medicinsk behandling af brystkræft i samarbejde med Flensborg (stråleterapi). På Esbjerg Sygehus varetages medicinsk behandling af brystkræft, tarmkræft og lungekræft.

Funktionerne på OUH og Vejle Sygehus videreføres. Det vurderes, at funktionerne i Sønderborg og Esbjerg er bæredygtige og derfor videreføres med henblik på at levere en lokal service. I Sønderjylland skal onkologien i øvrigt planlægges sammen med sygehusene i Flensborg.

Plastikkirurgi: De tre funktioner i Sydjylland er alle små og sårbare. Funktionerne i Vejle og Sydvestjysk Sygehus samles derfor i en afdeling på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg/Grindsted. Den kommende jyske plastikkirurgiske afdeling skal samarbejde med de jyske mammacentre om brystkræftkirurgien. Afdelingen på OUH fortsætter uændret. I Sønderjylland skal plastikkirurgien planlægges sammen med sygehusene i Flensborg.

Øjenspecialer: Planlægningen af øjenspecialer skal tage udgangspunkt i en fortsættelse af den nuværende opgavefordeling mellem øjenafdelingerne og speciallægepraksis. Det indebærer, at øjenafdelingerne i både Esbjerg og Vejle videreføres.

I Sønderjylland skal øjenspecialer planlægges sammen med sygehusene i Flensborg. Afdelingen på OUH videreføres uændret

Arbejds- og miljømedicin: Med dannelsen af regionen er der ikke grundlag for at videreføre 4 arbejdsmedicinske afdelinger. Afdelingerne er alle små og vil have gavn af et større fagligt miljø. Der skal derfor ske en fusion af afdelingerne til 2 afdelinger placeret i Odense og Esbjerg. I Sønderjylland skal arbejds- og miljømedicin planlægges sammen med sygehusene i Flensborg.

Kæbekirurgi: Der er tale om meget små funktioner på de tre sydjyske sygehusenheder. Afdelingerne i Vejle og Esbjerg foreslås derfor af hensyn til at sikre et tilstrækkeligt underlag og fagligt miljø samlet på Esbjerg Sygehus. I Sønderjylland skal kæbekirurgien planlægges sammen med sygehusene i Flensborg. Afdelingen på OUH videreføres uændret.

Hæmatologi: Hæmatologi skal være på OUH, og i akutplanen er det desuden fastlagt, at specialet skal være på Vejle Sygehus, der får status af kræftsygehus. Hæmatologi er et speciale med en betydeligt og voksende aktivitet, derfor vil der være grundlag for at videreføre den eksisterende funktioner på Esbjerg Sygehus. I Sønderjylland skal hæmatologien planlægges sammen med sygehusene i Flensborg.

Ændringerne vedr. disse 8 specialer skal gennemføres så hurtigt, som de bygningsmæssige forudsætninger er på plads. For de øvrige specialer gælder, at de skal være repræsenterede på alle 4 sygehusenheder. 4 specialer findes i dag kun på OUH, hvilket der ikke ændres på. Klinisk genetik findes endvidere kun på OUH og Vejle Sygehus.

9.2 Regionale funktioner

I alle specialer er der regionale funktioner, som skal placeres. Alle regionsfunktioner findes på OUH (dog undtagen ESWL-behandling for nyresten). Som nævnt er der kun en godkendt specialeudmelding i et speciale nemlig gynækologi og obstetrik. For de øvrige specialer er udmeldingerne ikke godkendt, hvilket betyder, at der kan ske ændringer. Følgende fordeling af regionsfunktioner er derfor foreløbig. Som ovenfor skal placeringen af regionale funktioner i Sønderjylland ske i samarbejde med sygehusene i Flensborg:

Lungemedicin: Udredning af lungekræft bør foregå i alle sygehusenheder. Placering af øvrige regionale funktioner sker senere.

Nefrologi/nyresygdomme: Alle regionsfunktioner placeres på Fredericia Sygehus – senere Kolding Sygehus.

Endokrinologi/kirtelsygdomme: Alle regionsfunktioner placeres på OUH.

Gastroenterologi/mave-tarm-lever sygdomme: Regionsfunktionen vedr. særlige inflammatoriske tarmsygdomme samles på OUH. Antiviral behandling for kronisk hepatitis B placeres uændret på Kolding Sygehus og OUH. Placering af øvrige regionale funktioner sker senere.

Kardiologi/hjerte- og karsygdomme: Placering af regionale funktioner sker senere.

Gynækologi og obstetrik: Center for voldtægtsofre placeres uændret på OUH og Kolding Sygehus. Behandling af gravide med gestationel diabetes, sårbare gravide og urogynækologi skal kunne varetages lokalt i form af formaliseret samarbejde (dette kræver godkendelse fra Sundhedsstyrelsen). Placering af øvrige regionale funktioner sker senere.

Kirurgi: Der er en række regionsfunktioner: Placering skal afklares nærmere. Det arbejdes videre ud fra, at disse kan placeres på forskellige sygehusenheder afhængig af de stedlige kompetencer.

Pædiatri: Der er et stort antal små regionsfunktioner. Der arbejdes videre ud fra, at disse kan placeres på forskellige sygehusenheder afhængig af de stedlige kompetencer.

Øre-næse-hals specialet: Der er et stort antal små regionsfunktioner. Der arbejdes videre ud fra, at disse kan placeres på forskellige sygehusenheder afhængig af de stedlige kompetencer.

Urologi: Behandling for nyresten placeres på Fredericia Sygehus senere Kolding Sygehus. Placering af øvrige regionale funktioner sker senere.

Onkologi: Regionsfunktioner placeres på OUH og Vejle Sygehus.

Plastikkirurgi: Regionsfunktioner placeres på OUH og Esbjerg/Grindsted Sygehus. Den nærmere fordeling skal afklares nærmere.

Kæbekirurgi: Regionsfunktioner placeres på OUH og Esbjerg Sygehus. Den nærmere fordeling skal afklares nærmere.

Karkirurgi: Alle regionale funktioner varetages på OUH og Kolding Sygehus – dog undtagen carotiskirurgi, som kun varetages på OUH. Det skal afklares om Kolding Sygehus også skal varetage carotiskirurgi.

Anæstesi: Der er en uafklaret problemstilling på landsplan vedr. anæstesi til børn over 2 år.

Klinisk genetik: Specialet findes kun på højtspecialiseret niveau. Der er aftalt en samarbejdsmodel på landsplan, hvor Klinisk Genetisk – enhed syd omfatter afdelingerne på OUH og Vejle Sygehus.

Thoraxkirurgi og neurokirurgi: Specialerne omfatter udelukkende højtspecialiserede funktioner og findes kun på OUH

Reumatologi, infektionsmedicin, hæmatologi, geriatri, ortopædkirurgi, neurologi, øjenspecialt, arbejds- og miljømedicin, klinisk biokemi, klinisk mikrobiologi, klinisk immunologi, patologi, nuklearmedicin, radiologi, dermatologi og klinisk farmakologi: Der foreligger ikke udkast til specialeudmelding. Placering af regionsfunktioner afventer derfor. Rygcentret i Middelfart har dog regionsfunktion i reumatologisk rygbehandling og rygkirurgi.

Jf. Sundhedsstyrelsens tidsplan skal ændringerne vedr. regionsfunktioner og højtspecialiserede funktioner gennemføres i løbet af 2009.

9.3 Højtspecialiserede funktioner

De højt specialiserede funktioner findes med de tidligere nævnte undtagelser kun på OUH. Ifølge Sundhedsstyrelsens udmeldinger placeres højtspecialiserede funktioner på 1 – 3 sygehuse i Danmark. Udgangspunktet er derfor, at OUH i vid udstrækning forventes at kunne få/fastholde højtspecialiserede funktioner. Der er dog ingen tvivl om, at kravene til højtspecialiserede funktioner er skærpede. Det er derfor helt afgørende at fastholde udviklingsperspektivet for OUH.

Mulighederne for samarbejde på det højtspecialiserede områder (OUH – Kiel) skal desuden undersøges.

10. Finansiering

Udgifterne til anlæg til gennemførelse af planen i hovedforslaget (somatik og psykiatri) over årene 2008 -2019 beløber sig alt i alt til 13,224 mia. kr. incl. psykiatri, p-pladser, helikopterlandingspladser, grundkøb, medicoteknisk udstyr, IT-udstyr og inventar.

Heraf udgør:

- anlægsudgifterne incl. grundkøb og parkering ca. 11,297 mia. kr. og
- medicoteknik, løst inventar, IT og apparatur ca. 1,927 mia. kr

Udgifterne til præhospital udbygning med lægebiler og akutbiler er vurderet til 24 mio. kr. i årligt drift, når udbygningen er fuldt gennemført i 2011. Finansieringen af det præhospitale område tages op ifm budgetlægningen for 2009.

Finansieringen af anlægsinvesteringerne fra 2008 til 2018 skal ske via: Egenfinansiering via regionens anlægsramme, provenu ved frasalg af bygninger, driftsbesparelser ved samling af sygehusfunktioner samt statslig medfinansiering.

Egenfinansiering: Egenfinansieringen af regionens egen samlede anlægsramme forventes at have et årligt niveau på 365 mio. kr., idet der reserveres beløb til udvendig vedligeholdelse – i alt 3,650 mia. kr. over 10-årsperioden. Under forudsætning af, at regionens midlertidige 1-årige låneramme til medicoteknik videreføres uændret, forventes der at kunne indgå et årligt beløb på 50 mio. kr. til medicoteknik m.v. – i alt 0,5 mia. kr. over 10-årsperioden til finansiering af sygehusplanen.

Salg af bygninger: Provenu ved frasalg af bygninger er sværere at vurdere. På kort sigt dvs. 1 – 3 år vil det være aktuelt at frasælge følgende sygehuse evt. med en model, hvor regionen lejer sig ind efterfølgende: Varde Sygehus, Brørup Sygehus, Faaborg Sygehus.

På længere sigt dvs. 8 - 10 år vil det blive aktuelt at frasælge Ringe Sygehus, det nuværende OUH og Haderslev Sygehus.

Et skøn baseret på den offentlige vurdering over det totale frasalg på ca. 330.000 kvm. Sygehusbygninger inkl. grunde er ca. 3,6 mia. kr. Dette tal må dog siges at være behæftet med overordentlig stor usikkerhed og er formentlig overvurderet. Langt hovedparten af et provenu vil først være til rådighed ved periodens slutning omkring 2018.

Driftsbesparelser: Driftsbesparelserne på kort sigt vil først og fremmest vedrøre besparelser på beredskaber og generalapparat i takt med at stationære funktioner samles. I Sydvestjysk Sygehus og OUH/Middelfart sker der på kort sigt en samling af nogle af de stationære funktioner, hvilket giver driftsbesparelser på sygehusenes udgifter til beredskaber og generalapparat. Driftsbesparelserne på Sygehus Sønderjylland vurderes til årligt 50 mio. kr. og på Sydvestjysk Sygehus er driftsbesparelserne vurderet til årligt 15 mio. kr. På OUH/Middelfart vil der ligeledes kunne findes driftsbesparelser i forbindelse med lukning af den organkirurgiske funktion på Middelfart Sygehus og lukning af den akutte ortopædkirurgiske funktion på Middelfart Sygehus. Disse besparelser er endnu ikke beregnet, men vil indgå i driftsbesparelserne på kort sigt. Besparelserne vil få virkning fra det år, hvor samlingen af de stationære funktioner er gennemført. For Sygehus Lillebælt er der ikke indregnet driftsbesparelser på kort sigt, idet der på grund af de bygningsmæssige forhold ikke sker samling af stationære funktioner på kort sigt. Efterhånden som dette sker på længere sigt, vil der blive indarbejdet driftsbesparelser. Omfanget heraf kan ikke beregnes nærmere på nuværende

tidspunkt. Det er dog rimeligt, at indregne en gennemsnitlig driftsbesparelse på baggrund af samling af funktioner på 100 mio. kr. årligt over 10-års perioden - altså i alt 1,0 mia. kr. Der kan desuden forventes driftsbesparelser, når nybygninger tages i brug pga bedre logistik og anvendelse af den nyeste teknologi. Disse besparelser medtages dog ikke i dette finansieringsforslag, idet besparelserne først realiseres i årene efter periodens udløb.

Regeringpuljen: Summeres ovenstående giver det en samlet egenfinansiering på i alt 8,76 mia. over 10-årsperioden. Dvs. at regionen skal have statslig finansiering på 4,5 mia. kr. til at realisere hovedforslaget. Det svarer til ca. 18% af den statslige pulje til sygehusbyggeri. Heri er dog ikke medregnet udgifterne til det nye sygehus i Sønderjylland, som fremgår af delforslag. Det skal endvidere bemærkes, at dette er baseret på, at sygehusbygningerne kan afhændes til den offentlige vurdering, hvilket sandsynligvis er overvurderet.

Spørgsmålet om statens medfinansiering af sygehusbyggerier skal indgå i forhandlingerne med regeringen i juni.

11. Tids og handleplan

Der skal på denne baggrund udarbejdes en samlet tids- og handleplan for anlægsinvesteringer og strukturelle ændringer. Planen vil løbende skulle justeres over de kommende 10 år.

12. Den videre proces

Efter Regionsrådets behandling af gennemførelsesplanen den 23. juni 2008 sendes planen til høring hen over sommeren. Endelig vedtagelse af planen forventes på Regionsrådsmødet i september 2008.

UDKAST

Delforslag - GRÅSTEN

Gennemførelse af akutplan/sygehusplan for Region Syddanmark

Den permanente sygehusstruktur i Sønderjylland med nyt akutsygehus i Gråsten

1. Den permanente løsning

Akutplanen fastlægger, at der skal bygges et nyt sønderjysk akutsygehus, som skal rumme alle de stationære funktioner fra det sønderjyske område. Der er en række faglige, servicemæssige og driftsmæssige fordele ved denne løsning, frem for at udbygge de eksisterende sygehuse i landsdelen.

Det nye sygehus placeres ved Gråsten i nærheden af den nye motorvejsstrækning. Det nye sygehus i Sønderjylland erstatter sygehuse i Sønderborg og Aabenraa. Aabenraa Sygehus nedlægges på længere sigt som somatisk sygehus, idet Aabenraa Sygehus omdannes til psykiatrisk sygehus. Sønderborg Sygehus frasælges.

Befolkningsunderlaget for et sønderjysk akutsygehus i Gråsten er beregnet til 167.000 indbyggere.

Prisen er vurderet til ca. 2,704 mia. kr. incl. helikopterlandingsplads, medicoteknisk udstyr, inventar og IT-udstyr, men excl. grundkøb og p-pladser. Grundkøb vurderes til at koste 25 mio. kr. og p-pladser 36 mio. kr. (1450 p-pladser). I alt 2,765 mia. kr.

Til et nyt sygehus i Gråsten vurderes der at være behov for 87.000 m².

Afledte konsekvenser for Sygehus Lillebælt: Behov for ekstra 27.000 m² og anlægsudgifter på ca. 735 mio. kr.

Afledte konsekvenser for Sydvestjysk Sygehus: Behov for ekstra 6.000 m² og anlægsudgifter på ca. 135 mio. kr.

Baggrund for forslag til placering i Gråsten:

- Central placering i tilknytning til jernbane og i nærheden af den nye motorvejsstrækning
- Placering ved et egentligt bysamfund, som indgår i Sønderjyllands største befolkningskoncentration
- Placeringen vil være i overensstemmelse med Sønderborg Kommunes overvejelser om byudvikling, som indebærer et bybånd fra Gråsten over Sønderborg til Nordborg
- Placering tæt ved Gråsten Gighospital, som er reumatologisk afdeling for Sønderjylland
- Placering tæt ved Flensborg med de fordele dette giver ift. det grænseoverskridende samarbejde og rekruttering fra udlandet
- Optimale driftsmæssige vilkår pga. samling af den stationære aktivitet ét sted
- Mulighed for at indarbejde servicemæssige forbedringer for patienterne, herunder indretning af en-sengs stuer.
- Mulighed for at udnytte de driftsmæssige gevinster herunder bl.a. logistik ved et nybygget sygehus.

Der skal arbejdes videre med Sønderborg Kommune og Miljøcenteret i Odense om de planlovsmæssige forhold, herunder udarbejdelse af VVM-redegørelse.

Akutbilen i Sønderborg nedlægges, når lægebilen i Aabenraa flytter til det nye sygehus i Gråsten.

Provenu ved salg af Sønderborg Sygehus udgør ifølge den offentlige vurdering 823 mio. kr. Det skal understreges, at det er meget usikkert, om sygehusene kan sælges til denne pris.

De samlede udgifter ved forslaget vurderes alt i alt at beløbe sig til 2,8 mia. kr. forudsat , at det er muligt at sælge Sønderborg Sygehus til den offentlige vurdering.

Forslag til tekst til vedtagelse på regionsrådsmødet den 23/6 – 2008.

Det Sønderjyske akutsygehus placeres ved Gråsten.

Sygehuset får herved en beliggenhed der opfylder kravene om tilgængelig og afstand, idet der er nærhed til den nye motorvej samt en beliggenhed ved en station. Beliggenheden er bynær ved en by med såvel handelsliv som en god infrastruktur og mange attraktive boliger. Placeringen giver en afstand der er nær ved den store befolkningskoncentration i Alssundområdet samt en rimelig afstand fra de øvrige byområder, herunder også Flensborgområdet. Tønderområdet er kompenseret på anden vis. Gråstens beliggenhed betragtes som attraktiv og vil derved i høj grad medvirke til at rekruttere personale. Det grænseoverskridende samarbejde har gode udviklingsmuligheder, bl.a. gennem en fælles planlægning af det specialiserede behandlingsområde. Samarbejdet med gigthospitalet i Gråsten, der er det sønderjyske reumatologiske center kan intensiveres og udbygges og sammen med et nybyggeris muligheder, frembyde en betydelig rationaliseringsgevinst.

For at imødegå en eventuel usikkerhed om mulighederne for en finansiering af et nyt sygehus, samt en eventuel manglende VVM godkendelse af nybyggeriet ved en placering ved Gråsten, skal der igangsættes et udredningsarbejde, der sandsynliggør muligheden for finansiering af nybyggeriet ved Gråsten. Dette udredningsarbejde skal færdiggøres senest ved udgangen af april måned 2009. Såfremt dette udredningsarbejde påviser en manglende mulighed for finansiering af nybyggeri ved Gråsten, vil det Sønderjyske akutsygehus blive placeret i Sønderborg, ved en ombygning af og nybygning til sygehuset i Sønderborg. Såfremt VVM redegørelsen umuliggør et nybyggeri ved Gråsten, skal akutsygehuset ligeledes placeres i Sønderborg.

Bilag 2

Høringsbrev med høringsliste

høringsparter
jf. høringsliste



Sundhedsområdet
Planlægning og Udvikling
Kontaktperson: Annemarie Heinsen
Annemarie.Heinsen@regionsyddanmark.dk
sundhed@regionsyddanmark.dk
Direkte tlf. 76631371

1. juli 2008
Journal nr. 08-8992
Side 1 / 2

Fremtidens sygehuse - fra plan til virkelighed

Hermed sendes "Fremtidens sygehuse – fra plan til virkelighed" i høring. Det er en gennemførelsesplan, der beskriver, hvordan regionsrådet ønsker at gennemføre den plan for fremtidens sygehuse (akutplanen), som regionsrådet vedtog i december 2007.

I akutplanen blev regionsrådet enige om, at Region Syddanmark skal have fem akutsygehuse, nemlig i Odense, Svendborg, Kolding, Esbjerg og Sønderjylland. Her vil speciallæger døgnet rundt være parate til at tage sig af akutte patienter. Samtidig var vi i regionsrådet enig om, hvad der skal ske med en række af de andre sygehuse, bl.a. at der skal være kræftbehandling, akut medicin og planlagte aktiviteter på Vejle Sygehus, Friklinik i Give, akut medicin og planlagte aktiviteter i Grindsted, samt rygcenter i Middelfart.

I perioden efter vi vedtog akutplanen, er der foregået et nærmere arbejde med at konkretisere, hvordan planen kan gennemføres. I dette arbejde har været inddraget en bred kreds af fagfolk fra sygehusene, sygehusledelser og specialeråd.

Regionsrådet har nu truffet beslutning om, hvordan akutplanen skal føres ud i livet og vi kan hermed udsende en gennemførelsesplan i høring.

Selve gennemførelsesplanen "Fremtidens Sygehuse – fra plan til virkelighed" med tilhørende bilagsrapport er vedhæftet som pdf-filer. Plan og bilagsrapport kan også hentes på regionens hjemmeside. Hvis du ikke har mulighed for at udskrive materialet, kan du ringe til regionen på telefon 7663 1183 og få materialet tilsendt.

De høringsvar, vi modtager, vil indgå i det samlede vurderingsgrundlag for regionsrådets endelige beslutning om gennemførelse af planen på regionsrådsmøde mandag den 29. september 2008.

Høringsfristen er mandag den 1. september 2008, kl. 12, og høringsvar sendes til fremtidenssygehuse@regionsyddanmark.dk

Høringsvarene vil løbende blive lagt på regionens hjemmeside: www.regionsyddanmark.dk

Venlig hilsen



Carl Holst
regionsrådsformand

Område: Sundhedsstaben
Afdeling: Planlægning og Udvikling
Sagsnr.:
Dato: 24-06-2008

Udarbejdet af: Annemarie Heinsen
E-mail: annemarie.heinsen@regionsyddanmark.dk
Telefon: 7663 1371

Høringsliste

Sundhedsstyrelsen

Til orientering sendes materialet til Regeringens Ekspertpanelet ved

- Forskningschef i Lundbeckfonden Erik Juhl
- Direktør i Danfoss, Hans Kirk,
- Professor Kjeld møller Pedersen.
- Chefarkitekt Ragnhild Aslaksen
- Cheflæge Bo Brismar
- Administrerende direktør i Sundhedsstyrelsen Jesper Fisker
- Afdelingschef i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse Vagn Nielsen
- Kontorchef i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse John Erik Pedersen
- Sundheds- og socialpolitisk direktør Lone Christiansen, Danske Regioner
- Afdelingschef i Finansministeriet Ib Valsborg
- Chefrådgiver i Danske Regioner Anne Skriver
- Chefkonsulent i Finansministeriet søren Lindemann Aagesen
- Chefkonsulent i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse Hanne Agerbak

Kommunerne i Region Syddanmark

Varde, Kolding, Fredericia, Vejen, Kerteminde, Tønder, Nordfyn, Nybort, Vejle, Aabenraa, Esbjerg, sønderborg, Faaborg-Midtfyn, Svendborg, Ærø, Langeland, Fanø, Haderslev, Odense, Assens, Middelfart, Billund

Øvrige Regioner

Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Midtjylland, Region Nordjylland

Patientforeninger

Astma- allergiforbundet, Danmarks Lungeforening, De samvirkende invalideorganisationer, Diabetesforeningen, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Nyreforeningen, Scleroseforeningen, Sjældne Diagnoser, Giftforeningen, Ældre Sagen, Danske Patienter (paraplyorganisation for flere patientforeninger)

Fagforeninger

Danske Sygeplejeråd, Jordemoderforeningen, Danske Fysioterapeuter, ergoterapeutforeningen, Danske bioanalytikere, Foreningen af Offentlige Ansatte (FOA), Lægekredsforeningen i Region Syddanmark, Foreningen af Radiografer i Danmark, Fagligt Fællesforbund (3F), Danske Kiropraktorforening

De faglige Råd i Region Syddanmark

34 lægefaglige specialeråd og tre faglige råd for hhv. sygeplejersker, jordemødre, og terapeuter

Politiske udvalg i Region Syddanmark

De særlige udvalg vedrørende

- praksisområdet og samarbejdet med kommunerne,
- social- og psykiatriområdet samt specialundervisning,

Samarbejdsudvalg i Region Syddanmark

Hovedsamarbejdsudvalget.

MED-udvalgene på sygehusene:

Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Sønderjylland, Sygehus Svendborg/OUH, sygehus Lillebælt

Videreuddannelsesudvalget (lægelig videreuddannelse), Det Præhospitale udvalg,
Samarbejdsudvalget inden for praksisområdet, att, Afdelingschef Frank I. Jensen

Bilag 3

Metodebeskrivelse vedrørende kapacitetsberegninger

Område: Sundhedsområdet
Afdeling: Planlægning og Udvikling
Journal nr.: 08/9734
Dato: 23. juni 2008

Notat

Metodebeskrivelse vedr. kapacitetsberegninger

Fastlæggelsen af det forventede aktivitetsniveau for sygehusene i 2020, og dermed grundlaget for kapacitetsberegningerne, tager udgangspunkt i den nuværende aktivitet på sygehusenhederne pr. speciale. I praksis indebærer det, at der tages udgangspunkt i et grunddatasæt for 2007 fra eSundhed, indeholdende en række oplysninger om behandlingsstedet (sygehus, afdeling, speciale mv.), patienten (bopælskommune, alder, køn mv.) og den udførte behandling (diagnose, procedurer, antal sengedage osv.).

Metodisk er beregningen opdelt i en række step, hvor 1) aktiviteten fordeles på baggrund af bopælskommune som følge af etableringen af de nye sygehusenheder, 2) aktiviteten fremskrives på baggrund af befolkningsudvikling mv. og 3) dele af aktiviteten omfordes som følge af konsekvenserne af akut- og specialeplanen, herunder etableringen af specialesygehuse, nedlæggelse af senge på nuværende matrikler, flytning af akutte funktioner samt flytning og samling af regions- og højt specialiserede funktioner. Metoden svarer til de fælles forudsætninger, som er skitseret af en arbejdsgruppe under Danske Regioner.

Etablering af nye sygehusenheder

Grundprincippet for dimensioneringen af sygehusene i 2020 er, at de skal kunne dække efterspørgslen efter sygehusydelser for deres naturlige opland, dog med enkelte justeringer i forhold til konsekvenserne af specialeplanlægningen (særligt i forhold til regions- og højt specialiserede funktioner), specialsygehusenes portefølje og Svendborg Sygehus' betjening af borgere fra Odense Kommune.

Det betyder at patientgrundlaget på basisniveau for sygehusenhed (akutsygehus) a) *OUH Odense Universitetshospital* udgøres af Assens, Nordfyns og Kerteminde kommune, b) *OUH Svendborg Sygehus* udgøres af Svendborg, Faaborg-Midtfyns, Nyborg, Langeland og Ærø kommune, c) *Sygehus Lillebælt* udgøres af Vejle, Kolding, Fredericia og Middelfart kommuner, d) *Sygehus Sønderjylland* udgøres af Aabenraa og Sønderborg kommuner og e) *Sydvestjysk Sygehus* udgøres af Esbjerg, Varde, Fanø og Billund kommuner. Hertil kommer aktivitet vedr. Odense, Tønder, Haderslev og Vejen kommuner, som fordeles på flere enheder.

For Odense kommunes vedkommende medfører akutplanen og kravet om et patientgrundlag på 200.000 borgere pr. akutmodtagelse, at ca. 25 pct. af kommunens borgere skal betjenes af OUH Svendborg Sygehus. I praksis løses dette ved at dele den nuværende aktivitet vedr. specialer, som findes på begge matrikler, således at 25 pct. af denne flyttes fra OUH Odense Universitetshospital til OUH Svendborg Sygehus.

For Tønder, Haderslev og Vejen kommunes vedkommende deles aktiviteten på baggrund af Krak-baserede beregninger af nærmeste sygehus, hvilket medfører at aktiviteten vedr. Tønder Kommune deles med 28 pct. til Sydvestjysk Sygehus og 72 pct. til Sygehus Sønderjylland, aktiviteten vedr. Vejen

Kommune deles med 35 pct. til Sydvestjysk Sygehus og 65 pct. til Sygehus Lillebælt og aktiviteten vedr. Haderslev Kommune deles med 91 pct. til Sygehus Lillebælt og 9 pct. til Sygehus Sønderjylland.

Med hensyn til højt specialiseret behandling varetages denne nu og i den fremtidige struktur kun af OUH Odense Universitetshospital. Registreringsmæssigt sker der ikke en særskilt registrering af niveauet for behandlingen, hvorfor højt specialiseret behandling på aktivitetssiden ikke kan adskilles fra den øvrige aktivitet. Beregningsteknisk antages det dog, at OUH Odense Universitetshospitals aktivitet vedr. patienter fra kommuner udenfor sygehuset naturlige opland er lig højt specialiseret behandling, og denne aktivitet opretholdes således på sygehuset uanset patientens bopælskommune.

Fremskrivning af aktiviteten

Fremskrivningen af aktiviteten til 2020-niveau tager udgangspunkt i metodebeskrivelsen fra "Rapport med forslag til fælles forudsætninger i regionernes fremskrivningsmodeller for sygehusprojekter", som er udarbejdet af en arbejdsgruppe under Danske Regioner bestående af eksterne rådgivere.

Jf. rapporten foretages der indledningsvist en køns-, alders- og kommunespecifik mekanisk fremskrivning af både den stationære og den ambulante 2007-aktivitet til 2020-niveau. Fremskrivningen tager udgangspunkt i Danmarks Statistiks befolkningsprognose, hvor befolkningen inddeles i 5-års aldersgrupper (0-4 år, 5-9 år osv.). I praksis fremskrives data ved, at grunddatasættet fra eSundhed matches med et datasæt beregnet på baggrund af Danmarks Statistiks befolkningsprognose, således at de enkelte observationer i grunddatasættet fremskrives separat på baggrund af patientens køn, alder og bopælskommune, med undtagelse af aktivitet vedr. fødsler (se nedenstående). Den samlede effekt af den demografiske udvikling er en stigning i antal udskrivninger og sengedage på 1,35 pct. årligt, og en stigning i antal ambulante besøg på 0,73 pct. årligt.

Udover den demografiske tilvækst fremskrives den stationære aktivitet også med en forventet sygdomstilvækst på 0,29 pct. årligt, jf. Statens Institut for Folkesundheds arbejdsnotat "Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2020". Det forudsættes således, at de processer, der regulerer sygdomsudviklingen, fortsætte med samme udviklingshastighed, herunder eksempelvis udviklingen i behandlingsformer, behandlingstilbuddet, strukturen i sundhedsvæsenet og arten og omfanget af risikofaktorer. Faktoren påvirker både antal udskrivninger og sengedage.

Endelig reduceres den gennemsnitlige liggetid – og dermed antal sengedage - på baggrund af den historiske udvikling i gennemsnitlig liggetid samt resultatet af de regionale patientforløbsbeskrivelser, som er blevet udarbejdet i løbet af foråret 2008. Liggetiden (og dermed sengedagene) på specialerne kirurgi og gynækologi/obstetrik reduceres på baggrund af en kombination af den historiske udvikling og en vurdering af resultaterne af patientforløbsbeskrivelserne med 1,7 pct. årligt, mens ortopædisk kirurgi reduceres med 2,71 pct. årligt. For de øvrige specialers vedkommende har resultatet af patientforløbsbeskrivelserne ikke kunne understøtte individuelle vurderingen, hvorfor det i stedet antages, at den historiske udvikling vil fortsætte med afdæmpet virkning, svarende til halv historisk effekt. Effekten beregnes på baggrund af et vægtet gennemsnit for hhv. det medicinske og kirurgiske område, og liggetiden inden for det kirurgiske område reduceres således med 1,25 pct. årligt, mens liggetiden inden for det medicinske område reduceres med 1,98 pct. årligt. Den samlede effekt er en reduktion af den gennemsnitlige liggetid på 22,5 pct. i 2020.

Antallet af fødsler samt de dertil knyttede udskrivninger og sengedage fremskrives ikke på baggrund af demografisk udvikling og sygdomstilvækst, men i stedet på baggrund af det forventede fødselstal i 2020. Antallet af sengedage i tilknytning til fødsler er herudover underlagt den samme reduktion på baggrund af den historiske udvikling som det øvrige gynækologisk/obstetriske område. Fødsler defineres ved DRG-grupperne DkDRG 1401-1407.

I forhold til beregningen af antal senge regnes der med en belægningsprocent på 75 pct. vedr. pædiatri og 85 pct. vedr. øvrige specialer ved produktion 365 dage om året.

På det ambulante område forventes en stigning i aktiviteten, som er større end stigningen på det stationære område. På baggrund af den historiske udvikling samt forventningerne til den fortsatte omlægning til ambulante behandling forventes der en stigning i den ambulante aktivitet (bortset fra skadestuebesøg) på ca. 4 pct. årligt udover effekten af den demografiske udvikling, svarende til en forøgelse på 75 pct. i 2020. Aktiviteten på skadestuer/skadeklinikker fremskrives kun på baggrund af den demografiske udvikling. Ambulante besøg defineres i datasættet ved behdage=1.

Antallet af operationer anvendes til at prognosticere behovet for operationsstuer i 2020. Operationer defineres i denne sammenhæng ved procedurekoderne KA-KQ og KY, undtagen KQAB, KQBB, KQCB, KQDB og KQXB, dvs. al kirurgiske aktivitet minus mindre kirurgiske indgreb, endoskopier og sårbehandlinger. Herudover medregnes operationskoder på skadestuebesøg heller ikke, eftersom disse ikke kræver operationsstuer, men varetages direkte på skadestuerne.

Antallet af stationære operationer fremskrives på baggrund af den demografiske udvikling, således at operationsfrekvensen vedr. patienter med samme alder, diagnose og bopælskommune opretholdes. På sammedagskirurgien forventes der dog en markant vækst, og antallet af ambulante operationer er således fremskrevet med 50 pct. fra 2007 til 2020.

I forhold til beregning af antal operationsstuer er det forudsat, at 85 pct. af operationerne foregår i dagtid 220 dage om året, og at der gennemsnitlig kan gennemføres 3 stationære operationer pr. operationsstue pr. dag i dagtid, og 6 ambulante operationer pr. operationsstue pr. dag.

Flytninger som følge af strukturelle forhold

Udover ovennævnte ændringer som følge af etableringen af de nye sygehusenheder, sker der også en række andre strukturelle ændringer som følge af akutplanen, som er indarbejdet i prognosen.

De strukturelle forhold medfører følgende ændringer:

- Flytning af aktivitet fra de øvrige enheder/sygehuse til Middelfart i forbindelse med etableringen af Rygcentret. Rygcentret tilføjes i alt 34 senge fra de øvrige sygehuse i 2020.
- Flytning af aktivitet fra Give Sygehus, hvor neurologien og den akutte ortopædkirurgi flyttes til Kolding (14 senge i 2020), mens den elektive og ambulante ortopædkirurgi flyttes til Vejle (13 senge i 2020).
- Flytning af aktivitet fra Brørup til Esbjerg, svarende til i alt 23 senge i 2020.
- Flytning af neurorehabiliteringen fra Ringe til Odense og Svendborg på baggrund af bopælskommune, dvs. 21 senge til Odense og 12 senge til Svendborg i 2020.
- Flytning af akut kirurgi (undtagen kræftkirurgi), ortopædkirurgi, neurologi og øre, næse, hals fra Vejle til Kolding, svarende til i alt 62 senge i 2020.
- Flytning af kræftkirurgi samt elektiv ortopædkirurgi fra Kolding til Vejle, svarende til 10 senge i 2020.
- Flytning af akut neurologi og øre-, næse-, hals fra Svendborg til Odense, svarende til i alt 2 senge i 2020.
- Hjemtagning af neurorehabilitering fra Brædstrup Sygehus til Kolding, dvs. tilførsel af 3 ekstra senge i 2020.
- Genetablering af rehabiliteringsfunktionerne fra Rehab Varde i Esbjerg, dvs. tilførsel af 15 ekstra neurologiske og 7 ekstra ortopædkirurgiske senge i 2020.

Herudover vil der efter vedtagelse af en samlet specialeplan for regionen være behov for en række mindre tilpasninger.

Effekten af de enkelte elementer i fremskrivningsmetoden fordelt på specialer fremgår af tabel 1 (stationær aktivitet) og tabel 2 (ambulant aktivitet).

Tabel 1. Effekt af demografisk udvikling, sygdomstilvækst og omstilling fra 2007 til 2020 på antal sengedage

Speciale	Demografi		Sygdomsudvikling		Omstilling		Samlet effekt	
	Gns. årlig ændring i pct.	Indeks 2020	Gns. årlig ændring i pct.	Indeks 2020	Gns. årlig ændring i pct.	Indeks 2020	Gns. årlig ændring i pct.	Indeks 2020
Blandet medicin og kirurgi	0,02%	1,002	0,29%	1,039	-1,98%	0,771	-1,68%	0,802
Dermato-venerologi	1,00%	1,138	0,29%	1,039	-1,98%	0,771	-0,71%	0,912
Geriatrici	2,30%	1,343	0,29%	1,039	-1,98%	0,771	0,56%	1,076
Gynækologi og obstetrik	-0,30%	0,962	0,11%	1,015	-1,70%	0,800	-1,89%	0,781
Hospitalsodontologi	0,33%	1,044	0,29%	1,039	-1,25%	0,849	-0,63%	0,921
Hæmatologi	1,55%	1,221	0,29%	1,039	-1,98%	0,771	-0,17%	0,978
Intern medicin	1,87%	1,273	0,29%	1,039	-1,98%	0,771	0,15%	1,020
Kardiologi	1,83%	1,266	0,29%	1,039	-1,98%	0,771	0,11%	1,015
Karkirurgi	2,12%	1,314	0,29%	1,039	-1,25%	0,849	1,14%	1,159
Kirurgi	1,40%	1,198	0,29%	1,039	-1,70%	0,800	-0,03%	0,996
Med. endokrinologi	1,49%	1,212	0,29%	1,039	-1,98%	0,771	-0,23%	0,971
Med. gastroenterologi	1,05%	1,146	0,29%	1,039	-1,98%	0,771	-0,66%	0,918
Med. lungesygdomme	2,03%	1,299	0,29%	1,039	-1,98%	0,771	0,31%	1,041
Nefrologi	1,33%	1,188	0,29%	1,039	-1,98%	0,771	-0,38%	0,952
Neurokirurgi	0,68%	1,092	0,29%	1,039	-1,25%	0,849	-0,29%	0,963
Neurologi	1,47%	1,210	0,29%	1,039	-1,98%	0,771	-0,24%	0,969
Oftalmologi	1,14%	1,159	0,29%	1,039	-1,25%	0,849	0,17%	1,022
Onkologi	1,20%	1,168	0,29%	1,039	-1,98%	0,771	-0,51%	0,936
Ortopædisk kirurgi	1,45%	1,206	0,29%	1,039	-2,71%	0,700	-1,00%	0,877
Oto-, rhino-, laryngologi	0,90%	1,123	0,29%	1,039	-1,25%	0,849	-0,07%	0,991
Plastikkirurgi	1,07%	1,149	0,29%	1,039	-1,25%	0,849	0,10%	1,014
Pædiatri	-0,57%	0,929	0,29%	1,039	-1,98%	0,771	-2,25%	0,744
Reumatologi	1,27%	1,178	0,29%	1,039	-1,98%	0,771	-0,44%	0,944
Thoraxkirurgi	1,80%	1,262	0,29%	1,039	-1,25%	0,849	0,83%	1,113
Urologi	1,93%	1,283	0,29%	1,039	-1,25%	0,849	0,95%	1,131
I alt	1,35%	1,190	0,28%	1,038	-1,94%	0,775	-0,34%	0,957

Tabel 2. Effekt af demografisk udvikling og omstilling fra 2007 til 2020 på antal ambulante besøg

Speciale	Demografi		Sygdomsudvikling		Samlet effekt	
	Gns. årlig ændring i pct.	Indeks 2020	Gns. årlig ændring i pct.	Indeks 2020	Gns. årlig ændring i pct.	Indeks 2020
Arbejdsmedicin	-0,31%	0,961	4,40%	1,750	4,08%	1,682
Blandet medicin og kirurgi	-0,14%	0,982	4,40%	1,750	4,25%	1,718
Dermato-venerologi	0,42%	1,056	4,40%	1,750	4,83%	1,847
Geriatrici	2,16%	1,321	4,40%	1,750	6,66%	2,311
Gynækologi og obstetrik	-0,28%	0,964	4,40%	1,750	4,11%	1,688
Hospitalsodontologi	0,49%	1,066	4,40%	1,750	4,91%	1,866
Hæmatologi	1,50%	1,214	4,40%	1,750	5,97%	2,125
Infektionsmedicin	0,67%	1,090	4,40%	1,750	5,10%	1,908
Intern medicin	1,07%	1,149	4,40%	1,750	5,52%	2,010
Kardiologi	1,36%	1,193	4,40%	1,750	5,82%	2,087
Karkirurgi	1,43%	1,202	4,40%	1,750	5,89%	2,104
Kirurgi	0,98%	1,136	4,40%	1,750	5,42%	1,987
Med. allergologi	1,22%	1,170	4,40%	1,750	5,67%	2,048
Med. endokrinologi	0,63%	1,085	4,40%	1,750	5,06%	1,899
Med. gastroenterologi	0,48%	1,065	4,40%	1,750	4,90%	1,863
Med. lungesygdomme	1,22%	1,171	4,40%	1,750	5,67%	2,049
Nefrologi	1,17%	1,163	4,40%	1,750	5,62%	2,035
Neurokirurgi	0,31%	1,040	4,40%	1,750	4,72%	1,821
Neurologi	0,44%	1,059	4,40%	1,750	4,86%	1,854
Oftalmologi	1,46%	1,208	4,40%	1,750	5,93%	2,113
Onkologi	1,20%	1,167	4,40%	1,750	5,65%	2,043
Ortopædisk kirurgi	0,46%	1,062	4,40%	1,750	4,88%	1,858
Oto-, rhino-, laryngologi	1,03%	1,142	4,40%	1,750	5,47%	1,998
Plastikkirurgi	1,01%	1,140	4,40%	1,750	5,46%	1,995
Pædiatri	-0,69%	0,914	4,40%	1,750	3,68%	1,600
Reumatologi	0,87%	1,119	4,40%	1,750	5,31%	1,958
Skadestue	0,20%	1,026	0,00%	1,000	0,20%	1,026
Thoraxkirurgi	1,53%	1,218	4,40%	1,750	5,99%	2,131
Urologi	1,73%	1,250	4,40%	1,750	6,21%	2,187
I alt	0,73%	1,099	3,97%	1,658	4,72%	1,822

Beregning af forslag til kapacitet, areal og budget

Beregningen af det forventede aktivitetsniveau anvendes efterfølgende til at beregne det forventede arealbehov og budgetoverslag for dels de nybyggede sygehuse og dels udbygningen af de eksisterende sygehuse som også skal fungere som akutsygehuse fremover.

Beregningen af arealer og de tilknyttede budgetoverslag tager udgangspunkt i faste arealstandarder for de forskellige sengetyper inkl. birum, samt de tværgående kliniske afdelinger, ikke-kliniske afdelinger, kontorafsnit og patient- og personalefaciliteter, jf. nedenstående tabeller.

De angivne arealstandarder er baseret på skøn fra regionens rådgivere. For at kvalificere de kendte standarder har regionen igangsat en række arbejdsgrupper, som bl.a. beskæftiger sig med standard sengeafsnit og fælles akutmodtagelse – både i forhold til indretning, organisering og fagligt indhold, og det forventes således, at der efterfølgende vil ske en justering af de angivne arealstandarder i takt med arbejdsgruppernes afrapportering.

Nedenstående tabel 3 og 4 angiver som eksempel areal- og budgetberegningerne samt budgetfordelingen for det nye universitetshospital.

Tabel 3. Forslag til kapacitet, areal og budget – Nyt OUH Odense Universitetshospital

Funktionsområder	Kapacitet Behov 2007	Korr. %	Kapacitet Behov 2020	Forh. tal	Behov				Overslag v. index 121,8	
					Art	Enhed m2	Antal stk	Areal i alt m2	Enhedspris Kr / m2	I alt 1000 kr
Sengeafsnit excl. Pæd. og intensiv	276.576	-8,08	254.217	100,00	Senge		819			
Normalsenge / hotelsenge				80,80	Senge	70	662	46.323		
Isolation				3,10	Senge	100	25	2.539		
FAM				10,00	Senge	70	82	5.733		
Intermediær				6,10	Senge	70	50	3.497		
Intensiv					Senge	100	60	6.000		
Epidemiafsnit					Senge	100	15	1.500		
Pædiatri	26.182	-23,83	19.944		Senge	80	73	5.840		
Sengeafsnit i alt				100,00	Senge		967	71.432		
Tværgående kliniske afd. i alt								52.275		
Operation, stationære pat.	25.200	12,04	28.233		OP-st.	314	36	11.417		
Operation, ambulante pat.	20.400	50,00	33.673		OP-st.	330	26	8.418		
Skadestue	62.028	-7,98	57.081			120	10	1.152		
AMK-central / ambulancehal								700		
Vagtlæge						100	3	300		
Øvrige funktioner		50,00		42,40				30.287		
Kliniske afdelinger i alt								42.374		
Fødeafsnit	3.855	3,97	4.008		Fødest.	140	11	1.537		
Ambulatorier og dagafsnit	458.428	75,00	914.458		St.rum	112	365	40.837		
Kontorafsnit, kliniske afdelinger				13,15				21.840		
Ikke kliniske serviceafdelinger				11,80				19.598		
Patient- og personalefaciliteter				13,50				22.421		
I alt excl. UNI og psykiatri¹				38,45				229.939	23.700	5.449.552
UNI				12,25				20.345	23.700	482.174
I alt incl. UNI¹				26,00				250.284		5.931.726
Psykiatri										
I alt incl. UNI og psykiatri										

¹ Overslaget er excl. udgifter til løst inventar, EDB-udstyr, medicoteknisk udstyr, grundanskaffelse og parkering.

Tabel 4. Budgetfordeling – Nyt OUH Odense Universitetshospital

Sag: Nyt OUH		250.284	Index: 121,8		Dato: 30.05.2008
Aktivitet	Kr/m²	1.000 kr	%	1.000 kr	%
Grundarbejder	398	99.693	2,0		
Konstruktioner	5.178	1.296.008	26,0		
Arkitektarbejder	5.178	1.296.008	26,0		
Installationer	5.178	1.296.008	26,0		
Fast/teknisk inventar	1.394	348.925	7,0		
Elevatore	398	99.693	2,0		
UFO/byggeplads/vinterforanst.	2.191	548.311	11,0		
Håndværkerudgifter	19.916	4.984.648	100,0	4.984.648	100,0
Ide/program/rådgiverudbud	76	18.942	2,0		
Byggeprogram/dispositionsforslag	568	142.062	15,0		
Projektforslag	568	142.062	15,0		
For- og hovedprojekt	1.211	303.067	32,0		
Udbud og licitation	189	47.354	5,0		
Fagtilsyn/byggeledelse/1-5år	1.173	293.596	31,0		
Omkostninger	3.784	947.083	100,0	947.083	19,0
Håndværkerudg. incl. omkostn.	23.700			5.931.731	119,0
Parkeringspladser (3.100 pladser) ¹				177.500	
Løst inventar ²	600			150.170	
Medicoteknisk udstyr ³	4.600			1.151.306	
IT-udstyr (A-hus) ⁴	800			200.227	
Grundkøb/byggemodning ⁵	1.500			375.426	
Salg af ejendomme ⁶					
Total anlægsudgift				7.986.361	

¹ 1.000 pladser i P-hus (125.000 kr./plads) og 2.100 pladser på terræn (25.000 kr./plads)

² Der forudsættes 50 % genbrug af løst inventar

³ Forudsættes i overvejende grad nyanskaffet.

⁴ Der forudsættes 50 % genbrug af IT-udstyr.

⁵ Skønnet på baggrund af aktuelle handler i området.

⁶ Fastsat som aktuel ejendomsvurdering med 2.665,0 mio. kr..

Bilag 4

Anbefalinger for den præhospitale udbygning

Anbefalinger fra projektgruppen om præhospital indsats

Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark



www.fremtidenssygehuse.dk



Region Syddanmark

Projektgruppen om præhospital indsats - anbefalinger til implementeringsplanen om præhospital oprustning i Region Syddanmark



Maj 2008

Indholdsfortegnelse:

1. Indledning	3
1.1. Projektgruppens anbefalinger til implementeringsplanen	3
1.2. Projektgruppens anbefalinger om områder, der skal arbejdes videre med i de kommende år	4
2. Præhospital udbygning	5
2.1. Lægebiler	7
2.2. Akutbiler og nødbehandlere	8
2.3. Grænser og øer	9
2.4. Helikoptere	10
3. Beskrivelse af optimale præhospitale patientforløb	12
4. Samspil mellem præhospital indsats, akutmodtagelse og efterfølgende behandling	15
5. Samspil mellem den præhospitale indsats, akutmodtagelsen og den primære sundhedstjeneste	18
6. Liggende patienttransport	19
7. Kvalitetssikring	
Bilag A. Kommissorium for projektgruppen	24
Bilag B. Ærø Sygehus	26
Bilag C. Kliniske retningslinier for ledsagelse af liggende transport	28

1. Indledning

Regionsrådet i Region Syddanmark vedtog den 20. december 2007 en ny sygehusstruktur i regionen med færre akutmodtagelser i fremtiden, for at opnå høj kvalitet i behandlingen gennem samling af resurserne. En konsekvens af færre akutmodtagelser er, at nogle borgere vil få længere vej til en akutmodtagelse.

For at afbøde virkningen af det, så vedtog regionsrådet, at det præhospitale system skal udbygges, for at kompensere for nedlæggelse af akutmodtagelser og for at udjævne forskelle i serviceniveauet på det præhospitale område, der stammer tilbage fra amterne, der havde anlagt et forskelligt præhospitalt niveau.

Der blev vedtaget en procesplan for det videre arbejde på regionsrådsmødet den 20. december 2007, der udmøntes i en implementeringsplan, som regionsrådet efter planen vedtager at sende i høring på regionsrådsmødet i juni 2008.

Om det præhospitale område står i procesplanen:

”På baggrund af beslutningerne om oprustning af det præhospitale område skal der ske planlægning af en række opgaver:

- Udbygning med lægebiler
- Udbygning med akutbiler
- Tilvejebringelse af personale/uddannelse
- Indføre overordnet kvalitetskoncept på området med bl.a. fælles kliniske guidelines, fælles uddannelses-/efteruddannelseskraav, opfølgning på uddannelseskraav, dokumentation af ydelserne på det præhospitale område, opfølgning på kvaliteten og sikring af sammenhæng til akutmodtagelserne.

Arbejdet skal koordineres med udbuddet af ambulanceopgaven og vagtcentralopgaven. Der nedsættes en projektgruppe. Projektgruppen udarbejder en rapport, som sendes til høring i specialeråd/faglige råd m.v.”

Der har været nedsat en projektgruppe med sygehusdirektør Bjarne Normark som formand, der har afholdt 3 projektgruppemøder. Projektgruppens afrapportering er indeholdt i denne rapport. Projektgruppens kommissorium er godkendt på sygehusledelsesmøde og kan ses i bilag A..

I afsnit 1.1. er projektgruppens anbefalinger til implementeringsplanen, og i afsnit 1.2. er angivet områder, som projektgruppen finder, at det vigtigt at arbejde videre med.

Projektgruppens anbefalinger til implementeringsplanen

Lægebiler:

- at ved ikrafttræden af den nye aftale om ambulancekørsel den 1. april 2009 nedlægges yderlægebilen i Esbjerg, og der oprettes samtidig en døgndækkende sygehuslægebil
- at ved ikrafttræden af den nye aftale om ambulancekørsel den 1. april 2009 gøres sygehuslægebilen i Svendborg døgndækkende
- at yderlægebilen i Rødding nedlægges i 2010 og erstattes af en døgndækkende akutbil

Akutbiler med paramedicinere:

- at der i 2009 oprettes en døgndækkende akutbil i Skærbæk i Sønderjylland bemandet med en paramediciner
- at der i 2009 oprettes en døgndækkende akutbil i Faaborg bemandet med en paramediciner
- at yderlægebilen i Rødding nedlægges i 2010 og erstattes af en døgndækkende akutbil med en paramediciner
- at der i 2010 oprettes en døgndækkende akutbil i Grindsted bemandet med en paramediciner
- at der i 2010 på akutbilen på Langeland sker en bemandingsmæssig ændring på akutbilen fra en ambulancebehandler til en paramediciner
- at der i 2011 på akutbilen i Haderslev, der kører i dagtiden med anæstesisygeplejersker, sker en erstatning med en døgndækkende akutbil bemandet med en paramediciner

Helikoptere:

- at det grænseoverskridende samarbejde med lægehelikopteren i Niebüll fortsætter, og det analyseres i forbindelse med udarbejdelse af præhospital plan i Region Syddanmark i 2008, om aktionsradius og benyttelsesmuligheder kan udvides.
- At der etableres helikopterlandingspladser ved eller på de 5 fremtidige akutmodtagelser i regionen, så patienter kan transporteres fra skadested/interhospitalt direkte fra helikopter til behandling uden omladning i ambulance.

Liggende patienttransport:

- at forslag til ”Kliniske retningslinier for ambulancetransport af patienter i Region Syddanmark med ledsagelse – herunder interhospital transport af intensive patienter” implementeres fra 1. januar 2009 og erstatter de hidtil gældende retningslinier på amts- og sygehusniveau
- at retningslinierne fra Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin & Dansk Cardiologisk Selskab om transport af patienter til PCI-behandling implementeres alle steder i regionen fra den 1. oktober 2008.
- at der bør være et fælles regionalt kursus i interhospital transport.

Kvalitetssikring:

- at der udarbejdes en regional uddannelsesbeskrivelse for de læger, der kører i lægebiler
- at der etableres en fælles præhospital journal for læge- og akutbiler, hvor de præhospital data opsamles i database
- at der etableres et fælles præhospitalt epikrisesystem, hvor der sendes epikriser for præhospital patienter til praktiserende læge. På sigt integreres den præhospital epikrise, for de patienter der indlægges i epikrisen fra sygehuset.

Projektgruppens anbefalinger om områder, der skal arbejdes videre med i de kommende år

Lægebiler:

- Der bør arbejdes hen mod, at der etableres en døgndækkende sygehuslægebil i forbindelse med alle akutmodtagelserne – også den i Kolding

Akutbiler:

- at der, før det nye sygehus i Sønderjylland tages i brug, sker en vurdering af om akutbilen i Sønderborg skal fortsætte, eller om området kan dækkes af en lægebil tilknyttet det nye akutsygehus.

Lægehelikoptere:

- At Region Syddanmark deltager i analysearbejdet omkring en vurdering af en landsdækkende lægehelikopterordning.

Samspil mellem den præhospitale indsats og sygehusene:

- Opkald fra borgere til 1-1-2, bør på sigt viderestilles til vagtcentralen/AMK (Akut Medicinsk Koordination), som i dialog med borgeren disponerer den relevante assistance (ambulance/lægebil/akutbil). Eventuelt viderestilles til lægevagten. På sigt vil det være en fordel at også lægevagten central var en del af en samlet vagtcentral/AMK. Herved ville der være større mulighed for at disponere den relevante hjælp i første omgang og ressourcerne ville kunne udnyttes bedre.
- Der bør være en fælles elektronisk præhospital journal for ambulancer, akutbiler og lægebiler med online forbindelse til skadestuen/modtagelse. Data om patienten vil løbende kunne sendes til akutmodtagelsen og omvendt ville man præhospitalt kunne få oplysninger om patientens eventuelle tidligere indlæggelser.
- Patienter som skal på sygehuset skal meldes til visitator på et af de 5 akutsygehuse, således at man afleverer alle sine data via ét telefonnummer. Visitator afgør, om patienten skal til akutafdelingen på eget sygehus, eller eventuelt til specialsygehus eller skadeklinik.
- Alle patienter skal principielt igennem den akutte modtagelse. Undtaget er patientkategorier, for hvem der foreligger en forud aftalt "behandlingspakke" (som aktuelle eksempler kan nævnes: STEMI-patienter (hjertepatienter til ballonudvidelse) og neurotrombolysepatienter (patienter med blodprop i hjernen) samt patienter med "åbne indlæggelser" som kan gå direkte i stamafdelingen, hvis det er helt klart, hvilken afdeling de hører til på.
- Patienterne bør hurtigst muligt vurderes på speciallægeniveau, hvor det besluttet hvad der skal ske. 1) patienten undersøges, behandles og sendes hjem, eventuelt henvises til et ambulatorium dagen efter, 2) patienten undersøges og indlægges til observation til dagen efter, 3) patienten undersøges og relevant speciallæge tilkaldes, hvor efter patienten indlægges/behandles eller henvises til et specialambulatorium.
- Den akutte modtagelse bør organiseres med en daglig ledelse, der kun omfatter dette område (anbefaling fra langt hovedparten af projektgruppen).
- Det bør undersøges, hvordan der kan laves en samlet epikrise for de patienter der afsluttes i skadestuen og hvor lægebil har været involveret.

Samspil mellem den præhospitale indsats og primær sektoren:

- At der etableres en procedure i det præhospitale system, hvor ambulance, lægebil/akutbil via Visinfosyd kan give kommuner besked om borgere, der ikke har behov for at komme på sygehuset, men der er behov for den kommunale hjemmepleje tager ud og ser til borgeren.

Liggende patienttransport:

- Der bør være specielle ambulancer, der er dedikeret til transporter med sundhedsfaglig ledsagelse, hvor personalet kan arbejde sikkert under transporten.
- der er stor forskel på det udstyr, som de forskellige sygehuse medbringer, f. eks. til intensiv overvågning af patienter i ambulancer, og på hvor godt udstyret kan fastgøres i ambulancen. Der bør arbejdes på ensretning af udstyret, der medbringes i ambulancerne, evt. kan sygehusene låne af hinanden.
- Fordele og ulemper ved etablering af et regionalt transporthold til interhospital transport bør analyseres, herunder anskaffelse af specielle transportambulancer (mobil intensivafdeling).

Kvalitetssikring:

- At der ses på behovene for grunduddannelse, vedligeholdelsesuddannelse, praktik, øvelser og audits for alle personalegrupper i den præhospital indsats

2. Præhospital udbygning

2.1.Lægebiler

Det er målet at alle borgere med behov for hjælp fra en speciallæge, skal kunne modtage denne inden for 15-20 minutter, hvilket nødvendiggør en udbygning af de eksisterende ordninger.

Der er 2 hovedtyper af lægebiler i regionen: Sygehuslægebilen, der er tilknyttet en akutmodtagelse og bemannes med læger fra akutsygehuset, og så yderlægebilen, der bemannes af én læge, der kører ud fra egen praksis/hjem mv. og typisk er tilmeldt 80 – 90 % af årets timer.

Det er i planen for præhospital oprustning vedtaget:

- at sygehuslægebilerne i Odense og Åbenrå fortsætter som døgndækkende ordninger
- at yderlægebilerne på Vestfyn og trekantområdet fortsætter
- at sygehuslægebilen i Svendborg, der kører nu kl. 7.00 – 18.00 gøres døgndækkende
- at yderlægebilen i Esbjerg erstattes af en døgndækkende sygehuslægebil
- at yderlægebilen i Rødding nedlægges, og erstattes af en døgndækkende akutbil
- at der fortsat trækkes på den militære lægebil i Oksbøl og de tyske lægebiler i Flensborg og Nieböll

Forslag til implementeringsplanen:

- at ved ikrafttræden af den nye aftale om ambulancekørsel den 1. april 2009 nedlægges yderlægebilen i Esbjerg, og der oprettes samtidig en døgndækkende sygehuslægebil
- at ved ikrafttræden af den nye aftale om ambulancekørsel den 1. april 2009 gøres sygehuslægebilen i Svendborg døgndækkende
- at yderlægebilen i Rødding nedlægges i 2010 og erstattes af en døgndækkende akutbil

Gennemførelsen af forslagene skønnes at medføre en samlet merudgift årligt på ca. 12,9 mio. kr. årligt.

Det forudsættes, at sygehuslægebilen i Esbjerg finansieres på samme måde, som sygehuslægebilerne på Fyn er blevet finansieret. Det indebærer, at Esbjerg Sygehus tilføres resurser svarende til 2 afdelingslæger og en halv lægesekretær til at dække vagten i dagtiden. Der forudsættes som på Fyn, at kørslen i dagtimerne dækkes af personale ansat i Anæstesiaafdelingen på Sydvestjysk Sygehus, og at vagterne i aften- og nattimerne dækkes af læger, der arbejder ud over normal arbejdstid.

Det forudsættes, at udvidelsen af sygehuslægebilens dækning til aften- og nattimer dækkes af læger, der arbejder ud over normal arbejdstid ansættelse af konsulenter, så der ikke udløses et merbehov for arbejdskraft til Svendborg sygehuslægebilen.

På sigt bør der etableres en sygehuslægebil ved akutmodtagelsen i Kolding, for at sikre sammenhængende patientforløb mellem den præhospitale indsats og den efterfølgende sygehusbehandling. Yderlægebilerne skal tilknyttes akutmodtagelsen i det område yderlægebilen dækker.

Forslag til områder der skal arbejdes videre med:

- Der bør arbejdes hen mod, at der etableres en døgndækkende sygehuslægebil i forbindelse med alle akutmodtagelserne – også den i Kolding.

2.2. Akutbiler og nødbehandlere

Placeringen af akutbiler er betinget af at der nogle steder i regionen vil være langt til en lægebil, og at der er behov for at styrke det almindelige ambulanceberedskab i disse områder.

Der er i dag en akutbil i Haderslev og i Sønderborg, bemanded med anæstesisygeplejersker og en niveau 2 redder (dog ikke om natten), samt en akutbil i Rudkøbing bemanded med en niveau 2 redder hele døgnet.

Det er i planen for præhospital oprustning vedtaget:

- at akutbilerne i Rudkøbing og Haderslev videreføres/gøres døgndækkende
- at der oprettes nye døgndækkende akutbiler i Faaborg, Grindsted, Rødding og Skærbæk
- at akutbilen videreføres /gøres døgndækkende. Når det nye sygehus i Sønderjylland kan tages i brug, tages der endelig stilling til, om akutbilen i Sønderborg skal fortsætte eller nedlægges

Det anbefales, at akutbilerne bemandes med niveau 3-reddere (paramedicinere). Paramedicinerne vil få en uddannelse, så de vil kunne varetage en lang række præhospitalt opgaver, herunder gradvist erstatte sygeplejerskerne i akutbilerne.

Det er hensigten at paramedicinerne skal indgå i en rotationsordning, hvor de dels kører akutbil, dels er assistenter på en lægebil, dels kører almindelig ambulance og dels tilknyttes en akutmodtagelse, og vil på den måde kunne vedligeholde og udbygge deres kompetencer.

Etableringen af de nye akutbiler kræver, at der er det nødvendige antal uddannede paramedicinere til at bemande ordningerne. Der er i dag ikke uddannet nogen paramedicinere i regionen. Udbygning af ordningerne vil derfor strække sig over nogle år.

Afhængig af den fremtidige placering af det nye sygehus i Sønderjylland, vil akutbilen i Sønderborg måske blive overflødig, hvis lægebilen med den nuværende placering i Åbenrå flyttes mere østpå.

Der er en del steder i regionen opstartet forskellige ordninger, hvor kommunale og frivillige brandværn mv. kører ud for at give nødbehandling inden ambulancen når frem, f. eks. er der en ordning i Nordborg, hvor nødbehandlere fra Danfoss kører ud på 112-meldinger på Nordals.

Regionen vil i forbindelse med at der laves sundhedsberedskabs- og præhospital plan i 2008 afholde møder med interesserede kommuner om præhospital indsats, herunder drøfte nødbehandlere med kommunerne.

Forslag til implementeringsplanen:

- at der i 2009 oprettes en døgndækkende akutbil i Skærbæk bemanded med paramedicinere
- at der i 2009 oprettes en døgndækkende akutbil i Faaborg bemanded med paramedicinere

- at yderlægebilen i Rødding nedlægges i 2010 og erstattes af en døgndækkende akutbil med paramedicinere
- at der i 2010 oprettes en døgndækkende akutbil i Grindsted bemandet med paramedicinere
- at der i 2011 i akutbilen i Haderslev, der kører i dagtiden med anæstesisygeplejersker, sker en erstatning af en døgndækkende akutbil bemandet med en paramedicinere

Gennemførelse af forslagene skønnes at medføre en samlet nettomerudgift årligt på ca. 11,2 mio. kr.

Forslagene vil frigøre anæstesisygeplejerskearbejdskraft i Sygehus Sønderjyllands område, når akutbilen i Haderslev overtages af paramedicinere.

Forslag til områder der skal arbejdes videre med:

- at der sker en vurdering af fremtiden for akutbilen i Sønderborg, så senest når det nye sygehus i Sønderjylland tages i brug, er der taget stilling til, om akutbilen i Sønderborg skal fortsætte, og i hvilken form det skal ske.

2.3 Grænser og øer

Der bør i regionens grænseområder til Region Midtjylland, Region Sjælland og Tyskland være en ligeså god præhospital indsats som i resten af regionen.

Region Syddanmark har en lang ”grænse” til Region Midtjylland. Region Syddanmark og Region Midtjylland arbejder sammen på det præhospital område, så der ved behov for akut præhospital indsættes ambulancer, akutbiler og lægebiler uafhængigt af regionsgrænsen.

Hvis det har betydning for patientens liv og førlighed, så køres der til nærmeste relevante akutsygehus uafhængigt af regionsgrænsen.

Der er etableret et samarbejde om præhospital indsats og sundhedsberedskab på Storebæltsforbindelsen mellem Fyn og Sjælland mellem Region Syddanmark og Region Sjælland.

Der er aftaler mellem Region Syddanmark og tyske præhospital operatører/sygehuse om indsats af tyske ambulancer, lægebiler, lægehelikopter og koordination af akutmodtagelse i katastrofesituationer. Aftalerne sikrer en god præhospital dækning i regionens grænseområde, som hovedregel vil patienter nord for grænsen blive transporteret til et dansk sygehus, men hvis det har betydning for liv og førlighed, så vil patienten blive transporteret til et tysk sygehus.

De mindre øer uden broforbindelse udgør en speciel problemstilling i den præhospital indsats, da det tager lang tid for ambulancer og lægebiler fra fastlandet at komme ud på øerne og bringe patienter til et akutsygehus.

Der er ambulancetjeneste på de 2 største øer uden broforbindelse Ærø og Fanø. Ærø har en speciel sygehusemæssig situation med et Øsygehus. Samspillet mellem Øsygehus, ambulance- og helikoptertjeneste er beskrevet i bilag B.

Der er indgået aftale med færageselskaberne, om særsejladser ved behov for akut overførsel af kritisk syge patienter til sygehusbehandling på fastlandet.

Region Syddanmark har på baggrund af erfaringerne med et korps af frivillige førstehjælpere på Strynø, vedtaget et tilbud om førstehjælperudstyr og førstehjælpsuddannelse til mindre ikke landfaste småøer.

Ved behov for akut overførsel af patienter fra øer til akut sygehusbehandling, gør regionen brug af forsvarrets redningshelikoptere primært i det Sydfynske Øhav og lægehelikopteren fra Niebøll i Vadehavet.

2.4. Helikoptere

Region Syddanmark gør allerede brug af helikoptere præhospitalt, dels lægehelikopteren i Niebøll, der primært anvendes i den sydlige del af Sønderjylland, og dels forsvarrets redningshelikoptere, der primært anvendes på ikke landfaste øer.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der etableres en lægehelikopterordning i Danmark som et supplement til de øvrige præhospitale indsatsordninger, for at sikre patienter i yderområder lægelig præhospital diagnostisk/behandling og hurtig transport til definitiv behandling, at kunne varetage interhospital overflytninger af kritisk sygepatienter, og at kunne bringe specialkyndige læger, herunder en koordinerende læge, ud til skade-/sygdomssted og/eller andre sygehuse.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der skal foretages yderligere vurdering inden en landsdækkende ordning etableres. Region Syddanmark vil gerne deltage i dette analysearbejde, når det iværksættes.

Det er endnu ikke afklaret hvor lægehelikopterne i givet fald skal placeres. To principielle muligheder har været drøftet. Den ene er placering ved traumecentrene. Den anden er decentralt i regionerne. Flyvetiden er heller ikke afklaret (flyvning i dagslys versus døgndækkende).

Selvom der bliver tale om en døgndækkende lægehelikopter, vil lægehelikopterens indsatsmulighed være begrænset, idet de i mørke og i øvrigt under dårlige vejrforhold vil være bundet til planlagte og afmærkede landingspladser. Der vil derfor altid være tale om et **supplement** til en jordbåren præhospital funktion.

Hvis helikoptere i fremtiden skal have nogen større betydning i den præhospitale indsats, så kræver det, at der anlægges helikopterlandingspladser direkte ved akutmodtagelserne i regionen, så patienter kan rulles direkte ind og ud af helikopterne. Ligger Helikopterlandingspladserne ikke ved akutmodtagelserne, så kræver det en tidskrævende omladning i ambulance og kørsel med ambulance fra helikopterlandingspladsen til akutmodtagelsen.

Forslag til implementeringsplanen:

- at det grænseoverskridende samarbejde med lægehelikopteren i Niebøll fortsætter, og det analyseres i forbindelse med udarbejdelse af præhospital plan i Region Syddanmark i 2008, om aktionsradius og benyttelsesmuligheder kan udvides.

- At der etableres helikopterlandingspladser ved eller på de 5 fremtidige akutmodtagelser i regionen, så patienter kan transporteres fra skadested/interhospitalt direkte fra helikopter til behandling uden omladning i ambulance

Forslag til områder der arbejdes videre med i de kommende år:

- At Region Syddanmark deltage i analysearbejdet omkring en vurdering af en landsdækkende lægehelikopterordning

3. Beskrivelse af optimale præhospitale patientforløb

Der er udvalgt nogle hovedtyper af præhospitale patientforløb, som er beskrevet i det følgende.

Traumepatienter

I Region Syddanmark har der allerede inden regionsdannelsen været etableret et samarbejde vedrørende visitering og behandling af svært traumatiserede patienter (Multitraumebehandling i Sydregionen 2003). På alle akutsygehusene er der udarbejdet traumemanualer, baseret på de samme principper f. eks. ATLS (Advanced Trauma Life Support), for modtagelse af traumepatienter. Der er desuden udarbejdet retningslinier for, hvornår der skal kaldes traumeteam på de enkelte sygehuse. Et traumeteam består en ortopædkirurg, en anæstesiolog, en anæstesisygeplejerske, røntgenlæge, radiograf, bioanalytiker, skadestuesygeplejersker og evt. sekretær.

Det er målet at svært tilskadekomne skal have sufficient behandling hurtigst muligt og helst inden for 15-20 minutter, dvs. sikring af A, B og C (Airway, Breathing og Circulation). Efterfølgende skal patienten hurtigst mulig køres til nærmeste relevante behandlingssted.

Alarmcentralerne i regionen har i deres retningslinier, udarbejdet af regionen, forholdsordre om, at der altid bliver kaldt en lægebil sammen med en ambulance i disse situationer.

Svært traumatiserede patienter skal, som udgangspunkt altid transporteres til nærmeste akutsygehus. Hvis det efter lægelig vurdering på skadestedet skønnes, at patienten har et relevant traume f. eks. neurotraume eller svære thoraxtraumer, kan patienten, efter stabilisering, køres direkte til OUH med ledsagelse af ambulancelæge.

Patienten meldes til akutmodtagelsens visitator, som aktiverer sygehuset traumeteam.

Alle patienterne skal igennem sygehusets akutmodtagelse, hvor de registreres, undersøges, forsøges stabiliseret og hvor det videre forløb planlægges.

Apopleksipatienter

Patienter med intracerebral trombose/emboli skal senest 3 timer efter symptomdebut have foretaget trombolysebehandling, hvis det det er muligt. Patienter som præhospitalt er mistænkt for at have en apoplexi vurderes ud fra et skema om de er kandidat til trombolysebehandling.

Hvis patienten er kandidat til trombolysebehandling, kontakter redderen/lægebilslægen neurologisk afdeling på OUH eller på SVS Esbjerg, afhængig af transporttid til det pågældende sted. Hvis landtransporttiden skønnes at været over 2 timer rekvireres helikopter, som flyver patienterne til OUH.

Supplerende behandling undervejs er beskrevet i en vejledning, hvoraf det også fremgår at modtageafdelingens læge kan kontaktes vedrørende råd og vejledning

Alle patienter køres via den fælles akutmodtagelse direkte til neuroradiologisk afsnit.

Hvis patienten ikke er trombolyssekandidat, køres patienten til modtagelsen på nærmeste akutsygehus. Patienter meldes til akutmodtagelsens visitator.

Hjertepatienter

Hjertepatienter er en af hovedgrupperne for den præhospitale indsats. Der er beskrevet 3 hovedtyper af hjerte patienter.

Hjertestop

Ved alle hjertestoppatienter tilkaldes, ud over en ambulance, en lægebil/akutbil. Der er 2 muligheder for udfald: genoplivning eller ikke genoplivning.

Ved vellykket genoplivning forsøges patienten stabiliseret (intubation, ventilation, farmakologisk behandling, væske, køling mv.) hvorefter patienten med ledsagelse køres til nærmeste sygehus med kardiologisk modtagelse efter aftale med visitator i akutmodtagelsen.

Hvis det ikke er muligt at genoplive patienten kan behandlingen afsluttes efter lægelig vurdering.

Hvis der er læge tilstede kan patienten erklæres for død. Hvis der ikke er en læge til stede køres til 6 timers stue/kapellet. Der skrives de nødvendige papirer. Afdøde forbliver i hjemmet eller køres til 6 timers stue/kapellet. Eventuel underretning til politi, egen læge eller vagtlæge.

AKS (Akut Koronar Syndrom)

Ved alle AKS patienter (pludseligt opståede smerter i brystet) tilkaldes, ud over en ambulance, også en lægebil – det er dog ikke alle steder det er muligt at sende en lægebil. . Der optages et EKG, som sendes til et af de steder i regionen, hvor der modtages tele-EKG. Senest 5 minutter efter afsendelse konfereres patienten med lægen på kardiologisk afdeling.

Hvis patienten ikke har STEMI konfereres den nødvendige behandling med kardiologen eller med ambulancelægen (fentanyl, magnyl, plavix mm.)

Patienten køres til nærmeste akutsygehus.

Patienten meldes i akutmodtagelsen/visitator

AKS-patienter med non STEMI (ST-Elevations Myokardie-Infarkt)

Ved alle AKS (Akut Koronar Syndrom)patienter (pludseligt opståede smerter i brystet) tilkaldes, ud over en ambulance, også en lægebil/akutbil. Det er dog ikke alle steder det er muligt at sende en lægebil/akutbil. Der optages et EKG, som sendes til en af hjerteafdelingerne i regionen, hvor der modtages tele-EKG. Senest 5 minutter efter afsendelse konfereres patienten med lægen på kardiologisk afdeling.

Har patienten har et STEMI, skal han/hun have foretaget en PCI hurtigst muligt efter symptomdebut (3 timer). Patienten behandles præhospitalt med ilt, magnyl, nitroglycerin, plavix og heparin. Det er kun nogle steder i regionen at redderne, efter konkret ordination, har kompetence til dette. Samme medikamenter gives af en eventuel ambulancelæge, suppleret med andre efter behov.

Patienter køres derefter direkte til OUH. Patienten meldes til kardiologisk vagthavende på afd. B OUH.

I de fleste tilfælde (stabile patienter) ledsages patienten af det almindelige ambulancepersonale(ambulancebehandlere). Hvis der er tale om ustabile patienter følger ambulancelægen med. Hvis der ikke er en ambulancelæge på stedet, aftales enten rendez-vous med en lægebil eller også køres patienten via et akutsygehus, hvor der medtages en læge.(Se retningslinier fra DCS og DASAIM).

I fremtiden vil en paramediciner kunne følge nogle af disse patienter. Paramedicinerne er behandlere med særlig kompetence og vil, på ordination, kunne give plavix p.o., heparin i.v. og cordarone i.v.

Patienten køres via akutmodtagelsen direkte til kardiologisk laboratorium eller kardiologisk intensivt afsnit.

Vejrtrækningsproblemer

Denne patientkategori omfatter patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse og astma.

Til denne patientgruppe kaldes, ud over almindelig ambulance også en lægebil/akutbil, hvis der er en i området.

Afhængig af graden af dyspnø behandles patienten præhospitalt med ilt, inhalation af bronkieudvidende medicin, binyrebarkhormon, i.v. bronkieudvidende medicin, ventilation og intubation.

Patienter der intuberes, eller hvor dette overvejes, meldes til visitator og køres til nærmeste akutsygehusmodtagelse.

Andre patienter meldes til nærmeste akutmodtagelse med henblik på destination.

Børn

Børnetraumepatienter behandles som andre traumepatienter og børn med akutte kirurgiske lidelser skal igennem den almindelige akutmodtagelse. I øvrigt meldes børn med akut behov for indlæggelse til børneafdelingens akutmodtagelse.

4. Sammenspil mellem den præhospitale indsats, akutmodtagelse og den efterfølgende behandling på sygehuset

Beskrivelse af rutiner i dag

Patienten har 2 hovedindgange til sundhedsvæsenet. Den ene er via egen læge(dagtid)/vagtlæge(uden for dagtid) – den anden er via 1-1-2 (politiets alarmcentral).

Egen læge/vagtlæge kan, efter at have talt med eller tilset patienten, foretage sig 2 ting, afhængig af patientens aktuelle tilstand

- kontakte vagthavende læge på den afdeling hvor patienten ønskes indlagt, samt kontakte vagtcentralen med henblik på ambulancetransport til modtagelse på det konkrete sygehus
- kontakte 1-1-2, som så kan sende ambulance og eventuelt lægebil. I disse tilfælde har vagtlægen desuden ofte kontaktet modtagende afdeling eller skadestue

1-1-2 centralen kan, ud fra visitationsretningslinierne, vælge mellem følgende 3 muligheder

- sende en ambulance kørsel 1 (kørsel 1 lig kørsel med blink og horn) og en lægebil
- sende en ambulance kørsel 1
- bede patienten kontakte lægevagten, selv sørge for transport til skadestuen eller sende en kørsel 2

Anmodningen om lægebil og ambulance(kørsel 1 og 2) sendes i dag videre til Falcks vagtcentral, som sender det der er bedt om. Alarmcentralen har i dag ikke direkte forbindelse til lægevagten.

Hvis der ikke har været en læge involveret præhospitalt, optager ambulancen patienten, som køres til skadestuen på nærmeste akutsygehus. Som regel kontakter redderne skadestue/modtagelsen på det sygehus de er på vej til.

Hvis en vagtlæge eller ambulancelæge har været involveret kan denne, afhængig af patientens diagnose og tilstand, beslutte om patienten skal til skadestuen/modtagelsen, direkte til en konkret afdeling – f.eks. hjerte eller fødeafdelingen, eller afslutte patienten på stedet. Hvis patienten skal på en specifikt afdeling, kontaktes vagthavende læge på den pågældende afdeling. Hvis patienten skal til skadestuen/modtagelsen kontaktes den koordinerende sygeplejerske på skadestuen.

Hvis vagtlægen har været involveret medfølger ofte en henvisning fra vagtlægen og en ambulancejournal fra redderne

Hvis der kun har været involveret en ambulance medfølger en ambulancejournal.

Hvis lægebilen har været involveret medfølger en lægeambulancejournal og en ambulancejournal fra redderne.

I skadestuen/modtagelsen bliver patienten visiteret af en læge/sygeplejerske til en medicinsk eller kirurgisk afdeling, børneafdeling eller andre specialafdelinger. Der efter venter de på at vagthavende fra den pågældende afdeling har tid til at tilse patienten, eller videresendes til specialafdeling.

Hvis patienten færdigbehandles i skadestuen får patienten, enkelte steder en kopi af skadejournalen med hjem og der sendes en epikrise til egen læge.

Hvis lægebilen i Odense eller Svendborg har været involveret, sendes en epikrise om det præhospitale forløb til egen læge.

Hvis patienten indlægges sendes en epikrise fra afdelingen til egen læge samt en epikrise fra lægebilen til egen læge om det præhospitale forløb

Optimering af forløb

Med etablering af en lægebil i Esbjerg, udvidelse af lægebilsordningen i Svendborg og videreførelse af aftalerne med militærlægen i Oksbøl, og aftalerne med Flensborg og Niebüll, vil den største del af befolkningen i Region Syddanmark kunne blive vurderet og behandlet af en speciallæge inden for 15-20 minutter. De steder, hvor dette tidskrav er svært at overholde, vil der være en akutbil bemandet med en paramediciner eller en anæstesisygeplejerske, som vil være i tæt kontakt med en lægebil.

De akutte patienter skal i fremtiden køres til et af regionens 5 akutsygehuse (OUH, Svendborg, Kolding, Esbjerg eller akutmodtagelsen på Sygehus Sønderjylland), til et af specialsygehusene i Vejle og Grindsted efter visitation fra akutmodtagelsen eller til Øsygehuset på Ærø.

I forbindelse ambulanceudbuddet vil den kommende vagtcentral for akutkørsel(kørsel A, B og C) ligge på OUH sammen med AMK. Politiet vil forsat modtage 1-1-2 opkald og videresende anmodning om ambulance (kørsel A, B og C) og lægebil/akutbil.

I forbindelse med den akutte modtagelse skal der være tilstedeværelse af speciallæger inden for specialerne intern medicin, kirurgi, ortopædkirurgi, anæstesiologi samt radiologi.

Det er vigtigt med en entydig ledelse af akutmodtagelsen for at skabe en god sammenhæng med den præhospitale indsats. Langt hovedparten af projektgruppen anbefaler derfor, at den akutte modtagelse bør organiseres med en daglig ledelse, der kun omfatter dette område.

Der bør være ét telefonnummer på akutsygehuset som ambulancebehandlere/ambulancelæger mv. kan ringe til om modtagelse af akutte patienter. Der skal være kompetence i akutmodtagelsen til at tage imod patienter og sende dem videre på sygehuset, så akutmodtagelsen "ikke sander til".

Forslag til områder, der arbejdes videre med i de kommende år:

- Opkald fra borgere til 1-1-2, bør på sigt viderestilles til vagtcentralen/AMK (Akut Medicinsk Koordination), som i dialog med borgeren disponerer den relevante assistance (ambulance/lægebil/akutbil). Eventuelt viderestilles til lægevagten. På sigt vil det være en fordel at også lægevagten central var en del af en samlet vagtcentral/AMK. Herved ville der være større mulighed for at disponere den relevante hjælp i første omgang og ressourcerne ville kunne udnyttes bedre.
- Der bør være en fælles elektronisk præhospital journal for ambulancer, akutbiler og lægebiler med online forbindelse til skadestuen/modtagelse. Data om patienten vil løbende

kunne sendes til akutmodtagelsen og omvendt ville man præhospitalt kunne få oplysninger om patientens eventuelle tidligere indlæggelser.

- Patienter som skal på sygehuset skal meldes til visitator på et af de 5 akutsygehuse, således at man afleverer alle sine data via ét telefonnummer. Visitator afgør, om patienten skal til akutafdelingen på eget sygehus, eller eventuelt til specialsygehus eller skadeklinik.
- Alle patienter skal principielt igennem den akutte modtagelse. Undtaget er patientkategorier, for hvem der foreligger en forud aftalt "behandlingspakke" (som aktuelle eksempler kan nævnes: STEMI-patienter (hjertepatienter til ballonudvidelse) og neurotrombolysepatienter (patienter med blodprop i hjernen) samt patienter med "åbne indlæggelser" som kan gå direkte i stamafdelingen, hvis det er helt klart, hvilken afdeling de hører til på.
- Patienterne bør hurtigst muligt vurderes på speciallægeniveau, hvor det besluttet hvad der skal ske. 1) patienten undersøges, behandles og sendes hjem, eventuelt henvises til et ambulatorium dagen efter, 2) patienten undersøges og indlægges til observation til dagen efter, 3) patienten undersøges og relevant speciallæge tilkaldes, hvor efter patienten indlægges/behandles eller henvises til et specialambulatorium.
- Den akutte modtagelse bør organiseres med en daglig ledelse, der kun omfatter dette område (anbefaling fra langt hovedparten af projektgruppen).
- Det bør undersøges, hvordan der kan laves en samlet epikrise for de patienter der afsluttes i skadestuen og hvor lægebilen har været involveret.

5. Samspil mellem den præhospitale indsats, akutmodtagelsen og den primære sundhedstjeneste

Et mindre antal af de patienter der kontakter vagtlægen eller 1-1-2, viser sig ikke at have behov for indlæggelse. De ville kunne klare sig hjemme med, hvis der kunne etableres en form for akut tilsyn. Nogle kontakter alarmcentralen fordi de er faldet og ikke kan rejse sig, så tilkaldes en ambulance og redderne hjælper patienten i seng og kører igen. Det kan også være vagtlægen eller lægebilslæggen, der er kaldt ud til noget, der viser sig ikke at være så alvorligt, at det er nødvendigt med en sygehusindlæggelse, men at der er behov for at den kommunale hjemmepleje kommer og ser til personen.

Problemet i dag er, at redderne og lægerne ikke altid kan komme kontakt i den kommunale hjemmepleje, og derfor i nogle tilfælde sender borgeren til sygehuset, selvom det ikke er nødvendigt, pga. manglende kontakt med hjemmeplejen. Problemerne er ikke store, men det er der, og skal løses via sundhedsaftalerne.

Region Syddanmark og kommunerne i regionen har i fællesskab vedtaget en strategi for IT-understøttelse af samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren. Der arbejdes på et informationskontaktsystem for sundhedsprofessionelle i regionen (Visinfosyd), hvor der etableres en døgnåben indgang til kommunerne.

Forslag til områder der arbejdes videre med i de kommende år:

- At der etableres en procedure i det præhospitale system, hvor ambulance og lægebil via Visinfosyd, hvor kommuner kan få besked om borgere, der ikke har behov for at komme på sygehuset, men der er behov for den kommunale hjemmepleje tager ud og ser til borgeren.

6. Liggende patienttransport

Transporten af liggende patienter fra et sygehus til et andet sker tidsmæssigt efter den egentlige præhospitale fase, men er præhospital i forhold til det endelige behandlingssted. De interhospital patienttransporter har mange fællesstræk med den primære transport til sygehuset både med hensyn til planlægning, logistik og transportmiddel.

5 – 7 % af alle akutte indlæggelser på et sygehus i dag resulterer i akut overflytning til et andet sygehus senere i behandlingsforløbet, samt en eventuel senere tilbageflytning. Overflytning til et andet hospital sker enten for at opfylde behandlings- eller overvågningsbehov, pga. behov for specialbehandling, plads- eller personalemangel mv.

Der er ikke udarbejdet fælles regionale retningslinier for interhospital liggende patienttransport. Amterne har for nogle patientkategorier udarbejdet retningslinier, ellers har de enkelte sygehuse udarbejdet deres egne retningslinier.

De liggende patienttransporter kan opdeles i liggende transporter med og uden behov for lægeledsagelse.

Liggende patienttransporter uden sundhedsfaglig ledsagelse spænder fra rene transportopgaver, hvor en person der ikke kan transporteres siddende skal transporteres liggende, men ikke har behov for nogen form for sundhedsfaglig overvågning, og så til overvågnings-/behandlingsopgaver, der kan klares på ambulancebehandlerniveau.

Liggende patienttransporter med behov for sundhedsfaglig ledsagelse er af forskelligartet karakter og kan være overførsel af intensivpatienter, hvor der skal være intensiv overvågning under transporten.

I oversigt 6A ses en oversigt over, i hvor mange tilfælde læger og sygeplejersker har ledsaget patienter i 2007. Antallet af liggende patienttransporter er mindre, da der i nogen tilfælde kører en i andre tilfælde to sundhedsmedarbejdere med i ambulancen.

Oversigt 6A. Liggende patienttransport i Region Syddanmark med ledsagelse af læger og sygeplejersker

	Vejle-Give	Fred.-Kol.	Sydvest-jysk.	Sygehus Sønderjylland	Sygehus Fyn	OUH	I alt
Læger	309	465	545	783	657	224	2.983
Sygeplejersker	148	221	263	502	192	166	1.492
I alt	457	686	808	1.285	849	390	4.475

I oversigt 6B ses en oversigt liggende patienttransporter i 2007 med ledsagelse af personale fra anæstesiaafdeling, hvilket er en delmængde af oversigt 6A.

Oversigt 6B. Liggende patienttransport i Region Syddanmark med ledsagelse af personale fra anæstesiaafdelingen

	Vejle	Fred.-Kol.	Sydvest-Jysk.	Sønderborg	Aabenraa 1)	Svendborg	OUH	I alt
Anæstesisygeplejerske og læge fra stamafdelingen	114	130	24	113	288	108	0	777
Anæstesilæge og anæstesi-/intensivsygeplejerske	51	74	59	5	32	37	107	365
I alt	165	204	83	118	320	145	107	1.142

1)Antallet af anæstesilægeledsagelser fra anæstesiaafdelingen på Aabenraa Sygehus er skønnet. Aabenraatallene omfatter også Haderslev Sygehus

Det ses, at antallet ledsagelser med anæstesipersonale er mindst i det tidligere Ribe Amt. Den mest sandsynlige forklaring på det, er at akutmodtagelse og behandling er mere samlet i det tidligere Ribe Amt end i de øvrige tidligere amter.

Oversigt 6A. er lavet på baggrund af indberetninger til lønssystemet fra sygeplejersker og yngre læger. Antallet af lægeledsagelser er undervurderet en smule, da ledsagelse med overlæger ikke er med i opgørelsen, men kun nogle få procent af transporterne er med overlæger.

Oversigt B. er lavet på baggrund af kørselsstatistik fra Anæstesiaafdelingerne.

Samlingen af den akutte behandling på færre og større sygehuse i regionen vil på sigt reducere behovet for interhospital transport i regionen.

I den danske kvalitetsmodel er der stillet krav om, at ”Der findes lettilgængelige retningslinier for patientoverførsler med ledsagelse af sundhedsfagligt personale, herunder sikkerhedsmæssige forhold under transporten”.

Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin & Dansk Cardiologisk Selskab har i fællesskab udarbejdet ”Retningslinier for Præhospital og interhospital transport af hjertepatienter.

Projektgruppen har udarbejdet et forslag til ”Kliniske retningslinier for ambulancetransport af patienter i Region Syddanmark med ledsagelse – herunder interhospital transport af intensive patienter”, som foreslås implementeret i forbindelse med gennemførelse af implementeringsplanen.

Projektgruppen foreslår, at forslaget til retningslinier sendes i høring sammen med forslaget til implementeringsplanen

Der foregår et arbejde mellem regionens kardiologer og det præhospital team i Region Syddanmark omkring interhospital transport af patienter med ustabil angina/non-ST-elevations AMI eller arytmi. Der er forskellig praksis i regionen om transport af patienter til ballonudvidelse (PCI). De nye retningslinier fra Anæstesi- og Kardiologiselskabet er ikke implementeret alle steder, hvilket i nogle tilfælde medfører unødigt lang transporttid for patienter til ballonudvidelse, pga. ambulancer holder og venter på lægeledsagelse, der ikke i alle tilfælde er nødvendige jf. de nye retningslinier.

Forslag til implementeringsplanen:

- at forslag til ”Kliniske retningslinier for ambulancetransport af patienter i Region Syddanmark med ledsagelse – herunder interhospital transport af intensive patienter” implementeres fra 1. januar 2009 og erstatter de hidtil gældende retningslinier på amts- og sygehusniveau
- at retningslinierne fra Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin & Dansk Cardiologisk Selskab om transport af patienter til PCI-behandling implementeres alle steder i regionen fra den 1. oktober 2008.
- Der bør være et fælles regionalt kursus i interhospital transport

Forslag til områder der arbejdes videre med i de kommende år:

- der er stor forskel på det udstyr, som de forskellige sygehuse medbringer, f. eks. til intensiv overvågning af patienter i ambulancer, og på hvor godt udstyret kan fastgøres i ambulancen. Der bør arbejdes på ensretning af udstyret, der medbringes i ambulancerne, evt. kan sygehusene låne af hinanden.
- Fordele og ulemper ved etablering af et regionalt transporthold til interhospital transport bør analyseres, herunder anskaffelse af specielle transportambulancer (mobil intensivafdeling).

7. Kvalitetssikring

Der var i de tidligere amter forskellige former for kvalitetssikring af den præhospitale indsats, f. eks. i form af audits. Det meste af den præhospitale indsats ud over ambulancer i regionen er sket i løbet de seneste 5 år, så der er tale om et nyt område, hvor der ikke endnu er opbygget et struktureret kvalitetssikringssystem.

Det var begrænset, hvad der var af resurser i amterne til kvalitetssikring, f. eks. var der afsat en dag om ugen til arbejdet som præhospital leder i Vejle Amt. Regionsdannelsen, hvor de præhospitale medarbejdere i de 4 amter er blevet samlet, muliggør at der nu er resurser til arbejde systematisk med kvalitetssikring af den præhospitale indsats.

Lægebilerne i regionen bør organiseres med udgangspunkt i de fælles akutmodtagelser for at sikre forankring i et stærkt fagligt miljø. For lægerne i trekantsområdet og på Vestfyn er dette ikke på samme måde muligt. De indgår i et fælles fagligt forum og arbejder med den samme database og de samme kliniske vejledninger.

De kommende paramedicinerne skal, via den akutbil de kører, være tilknyttet en lægebil og en akutmodtagelse, og vil på denne måde, ud over ved almindelig ambulancekørsel, kunne vedligeholde og udbygge deres kompetencer.

Et vigtigt redskab i kvalitetssikringen er etableringen af en fælles præhospital journal i regionen. Løbende kvalitetssikring af den præhospitale indsats kan bl.a. opnås ved en kontinuerlig registrering af forud fastsatte parametre for udvalgte patientkategorier baseret på den fælles elektroniske patientjournal.

For den automatiske uddragning af kvalitetsparametre skal udvælges særlige patientkategorier. På baggrund af forud fastsatte kvalitetskriterier, som skal udtrækkes af databasen i samarbejde med SYDLIS, vælges en kontinuerlig monitorering af kvalitetsparametre.

Der arbejdes på at etablere en regional/national multitraumedatabase inkl. det præhospitale område.

Der er på sundhedsberedskabsområdet udarbejdet fælles regionale kurser i ”præhospitalt beredskab” og Medicinsk koordination, kommunikation og ledelse” med kursusbeskrivelse, og der er ved at blive udarbejdet et kursus i CBRN-håndtering og i kriseterapeutisk indsats samt en fælles regional beskrivelse af uddannelseskrav til yderlægebils-læger, men der er stadigvæk en række områder, hvor regionen ikke foretager en systematisk uddannelsesindsats, f. eks. er der ikke udarbejdet nogen regional uddannelsesbeskrivelse for uddannelse af operatører på alarmcentralerne eller regional uddannelsesbeskrivelse for de læger, der kører i sygehuslægebilerne

Det bør vurderes for hver enkelt gruppe af personale i den præhospitale indsats, hvad der bør være af praktik. Praktik og uddannelse er vigtig for at opøve og vedligeholde færdigheder, der er vigtige, men der er behov for med så lange mellemrum, at færdigheden ikke opretholdes i det daglige arbejde.

Eksempler:

Bevidstløse traumatiserede patienter. Standarden for behandling af disse patienter er tracheal intubation på skadestedet. En værdi på Glasgow Coma Scale på 8 eller derunder er definatorisk for bevidstløshed. Disse patienter bør derfor intuberes. I den fælles præhospitale database lader det sig

gøre at registrere, hvorvidt en given patient scores som bevidstløs på skadestedet. Det lader sig endvidere gøre, ud fra registreringer i den fælles database, at se, om en given patient er blevet intuberet.

Patienter med STEMI. Disse patienter skal behandles med: i.v.adgang, aspirin, plavix, nitroglycerin, heparin samt ilt på skadestedet. Alle disse parametre lader sig uddrage af databasen.

Hypoglykæmiske patienter. Alle patienter med diagnosen hypoglykæmi skal have målt blodsukker på skadestedet. Denne parameter lader sig uddrage af databasen.

Patienter med stærke smerter. Standarden for behandling af disse patienter er behandling med stærke smertestillende lægemidler (opioider). Både arbejdsdiagnosen ”stærke smerter” og den medicinske behandling lader sig uddrage af databasen.

Bevidstløse patienter med opioid-overdosering. Standarden for behandling af disse patienter er behandling med opioidantagonist (naloxon). Både arbejdsdiagnosen opioid-overdosering, bedømmelsen ”bevidstløs” samt den medicinske behandling lader sig uddrage af databasen.

Behandling af hjertestop forårsaget af ventrikelflimmer. Standarden for behandling er her defibrillering. Derudover er adrenalin samt eventuelt amiodaron standarden for behandling. Det kan lade sig gøre at konvertere ventrikelflimmer ved første DC-stød, hvorfor alene defibrillering kan anvendes som indikator for kvalitet i behandlingen af hjertestop.

Den mere individualiserede evaluering af kvalitet i den præhospitale behandling lader sig gøre på baggrund af epikriser og database-indtastning. Her udvælger man en patientkategori, og indhenter epikriser og data fra databasen. Eksempelvis er behandling af hjertestop præcist beskrevet, og det lader sig gøre, på baggrund af indhentede oplysninger, at afgøre, hvorvidt en given behandling lever op til gældende standard.

Forslag til implementeringsplanen:

- at der udarbejdes en regional uddannelsesbeskrivelse for de læger, der kører i lægebiler
- at der etableres en fælles præhospital journal for læge- og akutbiler, hvor de præhospitale data opsamles i database
- at der etableres et fælles præhospitalt epikrisesystem, hvor der sendes epikriser for præhospitale patienter til praktiserende læge. På sigt integreres den præhospitale epikrise, for de patienter der indlægges i epikrisen fra sygehuset.

Forslag til områder der arbejdes videre med i de kommende år:

- At der ses på behovene for grunduddannelse, vedligeholdelsesuddannelse, praktik, øvelser og audits for alle personalegrupper i den præhospitale indsats

Bilag A. Kommissorium for projektgruppe om den præhospitale indsats i Region Syddanmark

1. Formål

Projektgruppens formål er i forbindelse med indførelse af ny sygehusstruktur og præhospital udbygning i Region Syddanmark at udarbejde en rapport, der indeholder konkrete forslag til udbygning af den præhospitale indsats med lægebiler og akutbiler, kvalitetssikring og sammenhæng mellem den præhospitale indsats og den efterfølgende indsats på sygehusene og i den primære sundhedstjeneste.

2. Målsætning for projektgruppen

- Styrkelse og udbygning af den præhospitale indsats
- Optimale patientforløb
- Effektiv resurseudnyttelse
- Sammenhæng mellem præhospital indsats og sygehusindsats
- Sammenhæng mellem primærsektor og sekundær sektor
- Dokumentationskrav
- Kvalitetssikring
- Krav til uddannelse

3. Beskrivelse af opgaven

Hovedarbejdsopgaverne er:

- Implementeringsplan for udbygningen med lægebiler og akutbiler, herunder organisering og bemanding
- Optimal diagnosticering og behandling af kritisk akut syge præhospitalt. Forløbsbeskrivelse for hovedpatientkategorier
- Beskrive, hvordan samspillet optimalt bør være mellem den præhospitale indsats, modtagelsen og den efterfølgende behandling på sygehusene
- Vurdering af brugen lægehelikoptere
- Beskrivelse af behovet for patientledsagelse på interhospitalt liggende transporter
- Kvalitetssikring af den præhospitale indsats
- Uddannelse af og uddannelseskrav til præhospitalt personale

4. Organisering

Der nedsættes en projektgruppe med sygehusdirektør Bjarne Normark som formand. Projektgruppen nedsættes med repræsentation fra alle sygehusledelsesområder og relevante specialer/funktioner i forhold til den præhospitale indsats/akutmodtagelsen:

Sygehusledelse

Sygehusdirektør Bjarne Normark (formand)

Medicinsk Afdeling	Overlæge Bente Lyck
Ortopædkirurgisk Afdeling	Ledende overlæge Dieter Röck
Anæstesiologisk Afdeling	Ledende overlæge Lynge Kierkegård
Akutmodtagelsen	Lægefaglig leder af akutmodtagelsen Marie Hamming
Akutmodtagelsen	Sygeplejefaglig leder af akutmodtagelsen Laila Bøhrk
Præhospital indsats	Præhospitale leder Torsten Lang-Jensen
Lægebilerne	Faglig leder af lægebilsordning Søren Mikkelsen
Sundhedsstaben	Fuldmægtig Mads Friborg
Sundhedsstaben	Fuldmægtig Martin Grum-Nymann (sekretær)

Projektgruppen sekretariatsbetjenes af planlægnings- og udviklingsafdelingen i sundhedsstaben.

Rapportarbejdet skal koordineres med det øvrige igangværende planlægningsarbejde på det præhospitale område med udbud af ambulancekørsel og vagtcentralfunktion, udarbejdelse af præhospital plan og sundhedsberedskabsplan.

5. Slutleverance

Rapport med anbefalinger.

6. Tidsramme for projektgruppens arbejde

Projektgruppen holder en række møder i januar – april 2008, og afrapporterer den 4. april 2008.

7. Den videre proces

Anbefalingerne vil være et input til den samlede implementeringsplan af den nye sygehusstruktur og den præhospitale oprustning.

Kommissoriumpræhospital.doc

Bilag B. Ø-sygehuset på Ærø Sygehus – akutmodtagelse og viderebehandling af syge på øen

Notat udarbejdet af ledende overlæge Gitte Wienholtz, Ærø Sygehus.

Målet med dette notat er at redegøre for behandlingen af syge på Ærø og skitsere de generelle forhold for viderebehandling af patienterne, herunder overførsel og transportform af syge. Der er suppleret med konkrete eksempler.

De indlagte tal er fremkommet ved sammentælling af patientregistreringer for den enkelte patient. Der er flere transporter fra/til Ærø end de nævnte, men da er transporterne sket uden ledsagelse af sygehuspersonale (Ærø Redningskorps' transporter).

Øens behandling af syge i sygehus regi tilstræbes at følge de generelle retningslinier for visitation af akut syge, som er gældende i Danmark, således at patienterne tilstræbes tilbudt de samme forhold som på fastlandet, dog under hensyn til at bemanning, geografisk afstand og udbuddet af lægelige specialer er begrænset.

Konkret betyder det, at retningslinierne for den præhospital behandling der ydes af Falck i Danmark, følges af Ærø Redningskorps (ÆR). Uddannelsen af redderne er den samme for ÆR og Falck.

I ambulancen udfærdiges, som i resten af landet en ambulancejournal. EKG sendes fra ambulance til hjerteafdelingen i Svendborg. Lægen fra hjerteafdelingen giver straks besked om den videre behandling, evt. efter konference med OUH. ÆR giver besked til sygehuset og arrangerer den eventuelle transport.

Valget af transport konfereres med sygehusets læger. Ved behov følges patienten af en narkosesygeplejerske, som sygehuset stiller til rådighed.

Af geografiske årsager kommer alle patienter til sygehuset. På sygehuset fortsættes behandling og forberedelse til transport med helikopter, med færge eller indlæggelse på Ærø sygehus.

Vagtpersonale:

- En læge på tilkald i døgnvagt med 10 minutters tilkald. Sygehusets læger er sygehuslæger, hvoraf én har speciallægeanerkendelse i anæstesiologi og to i almen medicin (praksis). De øvrige har ikke et lægeligt speciale. Alle har været læger i mere end 25 år.
- To anæstesisygeplejersker på tilkald i døgnvagt, hvor de der bor på øen har vagt fra bolig, de øvrige har vagt fra vagtværelse.
- Den medicinsk-kirurgiske afdeling har døgnet rundt sygeplejersker til stede, der tager imod akutte og indlagte patienter. Af det stationære personale er der faste nattevagter, hvoraf den ene er uddannet anæstesisygeplejerske og en anden er uddannet intensiv sygeplejerske. Yderligere er dagkirurgisk afsnit bemandede med en intensivsygeplejerske.
- Uddannelsesmæssigt har to af anæstesisygeplejerskerne og en sygeplejerske på sengeafsnit uddannelsen ATCN (Acute Trauma Care Nurse).

I 2007 var der 1438 akutte indlæggelser på Ærø Sygehus, heraf var der 13 overførsler med helikopter og ledsagelse af sygeplejerske.

Tallene for helikoptertransporter i 2004, 2005 og 2006 var hhv. 18, 13 og 19.

Dertil kommer transporter med færge og ambulance, hvor anæstesisygeplejerske følger ved behov. Behovet for transport og transportform vurderes af lægen.

Hvornår man vælger den ene eller den anden transportform afgøres af patientens tilstand.

Nedenfor følger eksempler på behandling af akutte og transportform, samt eksempler på hvilke patienter, der kan forblive til behandling på Ærø sygehus.

Ved transport vurderes forud, hvorvidt der er behov for at patienten skal intuberes (lægge et rør i halsen, således at patienten får tilstrækkeligt luft), idet anæstesisygeplejerskerne er uddannede og har erfaring med at transportere disse patienter, der typisk er let sovende.

	Eksempler
Helikoptertransport Til Svendborg eller Odense Universitetshospital	• Akut AMI (blodprop i hjerte) • Hjerterpatienter efter vurdering • Trombolysebehandling (Akut blodprop i hjerne, der skal modtages på OUH indenfor 2 timer) • Hovedtraumer (svær hjernerystelse) • Svære skader • Patienter der vurderes ikke at være egnede til færgetransport, pga. observation eller behandling. • Forventede problemfødslar • Drukneulykker
Ambulance og færgetransport Til Svendborg eller Odense Universitetshospital	• Hoftenære brud • Apoplexi – til CT skanning og vurdering i Svendborg • Stabile patienter med blødninger og knoglebrud • Patienter der har behov for vurdering og behandling på specialafdeling
Behandling på Ærø sygehus	• Diverse infektioner, især i urin- og luftveje • Patienter med væske- og elektrolytforstyrrelser • Patienter der ønskes observeret for blindtarmsbetændelse og andre mavesmerter • Patienter hvor behandling kan klares på Ærø sygehus • KOL patienter • AMI observation og behandling efter speciallægevisitation • Vågne patienter med besvimelse, opkastning, kvalme etc. • Normale fødsler • Smertebehandling • Terminal behandling og pleje • Åbne indlæggelser

Bilag C. Kliniske retningslinier for ambulancetransport af patienter i Region Syddanmark med ledsagelse – herunder interhospitals transport af intensive patienter.

1. Formål

Denne vejledning giver med udgangspunkt i patientens behov, anvisninger for personledsaget overflytning af patienter mellem sygehuse.

Formålet er at sikre ensartede procedurer og kvalitet for overvågning og behandling under transport og herunder for fastlæggelse af behovet for ledsagende personale, deres kvalifikationer, transportmåde og form samt fastlæggelse af ansvar i forbindelse ovenstående.

2. Omfang og gyldighedsområde

Gælder alle patienttransporter mellem Sygehuse, hvor der medfølger sundhedspersonale fra Region Syddanmark.

Målgruppen er læger og sygeplejersker.

3. Fremgangsmåde

3.1 Behov for overflytning

Overflytning af patienter sker ud fra en vurdering af patientens behov for videre behandling. Patienten kan således overflyttes, såfremt patientens behov ikke kan imødekommes, der hvor patienten er eller såfremt patienten ikke længere har behov for det pågældende behandlingsniveau. Denne vurdering foretages af den læge, der har ansvar for patientens behandling.

3.2

Vejledende retningslinier for ledsagelse.

Patienttype	Ledsagelse
Vågen, cirkulatorisk stabil, respiratorisk stabil (behov for ilt på næsekateter på højst 3 l/min) ingen pleuradræn, intet behov for medicin under transporten ud over lettere smertebehandling	2 ambulancereddere, hvis der er behov for iltbehandling eller smertebehandling mindst en ambulancebehandler.
Behov for i.v. infusion, EKG overvågning af stabil hjertepatient (ingen livstruende arytmier sidste døgn)	2 ambulancereddere (mindst en ambulancebehandler) 1 specialsygeplejerske.
Behov for i.v. infusion, EKG overvågning af stabil hjertepatient Risiko for behandlingskrævende arytmier	2 ambulancereddere (mindst en ambulancebehandler) 1 læge (medicinsk)
Observation af pleuradræn	2 ambulancereddere (mindst en ambulancebehandler) 1 læge (kirurgisk)

Behov for: intubationsberedskab Intuberet patient* $FiO_2 < 60$ $PEEP < 10$ Kontinuerlig infusion af kardiovaskulære aktive stoffer Behov for shockbehandling eller infusion af blodprodukter	2 ambulancereddere (mindst en ambulancebehandler) 1 Anæstesisygeplejerske. 1 læge (medicinsk/kirurgisk)
Behov for: Intubationsberedskab og forventet intubations/ventilationsvanskeligheder Intuberet patient $FiO_2 > 60$ $PEEP > 10$ Intensivt behandlingskrævende patient	2 ambulancereddere (mindst en ambulancebehandler) 1 Anæstesisygeplejerske/intensivsygeplejerske. 1 anæstesilæge.
Børn uden behov for iltbehandling eller overvågning.	2 ambulancereddere (mindst en ambulancebehandler)
Børn med behov for CPAP, ingen risiko for behov for intubation	2 ambulancereddere (mindst en ambulancebehandler) Sygeplejerske fra børneafdeling med erfaring i overvågning af CPAP behandling.
Børn som er intuberede eller hvor der kan opstå behov for intubation eller anden intensiv behandling	2 ambulancereddere (mindst en ambulancebehandler) 1 Anæstesisygeplejerske/intensivsygeplejerske. 1 anæstesilæge. Evt børnelæge med erfaring i intubation
Neonatale - stabile	2 ambulancereddere (mindst en ambulancebehandler) Sygeplejerske fra neonatalafdeling
Neonatale – ustabile evt. intuberede	Optimalt afhentes disse af hold fra OUH Alternativt. 2 ambulancereddere (mindst en ambulancebehandler) 1 Anæstesisygeplejerske/intensivsygeplejerske. 1 anæstesilæge. Evt børnelæge med erfaring i intubation

* For patienter med tracheostomi foretages en individuel vurdering af evt. behov for anæstesiledsagelse.

3.2 ledsagende personale

Den behandlingsansvarlige læge ordinerer ledsagelsesniveauet og monitoreringsniveauet. I henhold til ovenstående skema. Ledsagende personale skal være i stand til at erkende og behandle forventelige komplikationer til patientens tilstand i forbindelse med transporten.

Såfremt der er behov for anæstesiologisk personale, kontaktes vagthavende speciallæge på anæstesiologisk afdeling. Anæstesiologyen vurderer derefter med udgangspunkt i ovenstående skema, hvem der skal ledsage patienten.

Såfremt det skønnes at anæstesiledsagelse er nødvendig overtager anæstesilægen det lægelige ansvar for transporten og beslutter hvilken kørselsform der skal anvendes (kørsel 1 = med udrykning eller kørsel 2 = uden udrykning), og evt. behov politieskorte), almindelig ambulance eller specialambulance, og hvilket personale, der skal ledsage.

3.3 Overflytningsmåde

Overflytning skal ske på en hensigtsmæssig måde under hensyntagen til, hvor akut overflytningen er og således afvejes kørselsformen fra sygehuset (med eller uden udrykning og evt. politieskorte). Denne beslutning dokumenteres i journalen. Endelig kan der gøres brug af regionens specialambulance f.eks. babyambulance eller sengeambulance.

3.4 Overvågning og behandlingsudstyr

- Stillingtagen til monitoreringsbehovet under transporten foretages af bagvagt inden transporten. Dette dokumenteres i patientens journal/ transportskema.
- Der skal under transporten være adgang til udstyr og medicin til behandling af forventelige komplikationer.
- Der skal under transport være mulighed for defibrillering, samt for direkte adgang til kommunikation med sygehuset.
- Alle intuberede patienter skal monitoreres efter de gældende standarder fra intensiv og anæstesiområde.

3.5 Dokumentation

Ved overflytning skal kopi af journal og alle relevante bilag følge patienten. Der skal i journalen være et resume/ epikrise indeholdende en beskrivelse af det væsentligste i patientens hidtidige forløb, den aktuelle status inkl. medicinstatus samt en vurdering af patientens behov for fortsat behandling.

Forløbet under selve overflytningen skal dokumenteres i særlig *Transport journal*.

Følgende skal dokumenteres:

- Indikation for overflytning samt transportform og måde
- Hvem overflytning er aftalt med (afdeling og lægens navn)
- Monitorerings og behandlingstiltag under transporten og herunder medicinering
- Tilstand under transporten og status ved overdragelsen
- Hvem der har ledsaget patienten
- Hvem der har modtaget patienten og hermed overtaget ansvaret samt tidspunktet for dette.

3.6 Overdragelse af patient og ansvar

Der gælder følgende principper for overdragelse af ansvaret for patienten både ved permanent og midlertidig overflytning (fx til en radiologisk undersøgelse)

- overdragelse af patienter, der under transporten har været ledsaget af en læge, skal ske personligt til en behandlingsansvarlig læge fra den modtagende afdeling (dvs. ikke til personalet på radiologisk afdeling)
- overdragelse af patienter, der under transporten har været ledsaget af en sygeplejerske, skal ske personligt til en sygeplejerske eller læge fra den modtagende afdeling.

4. Ansvar og organisation

De enkelte sygehusledelser har ansvar for lokal implementering af denne vejledning. Herunder

- Lokale procedurer for bestilling af transport
- Lokale procedurer for kontakt til anæstesiologisk afd.
- Transportudstyrets funktion og sikkerhed
- Særlige lokale forhold.

5. Referencer

- Guidelines for transport of the critically ill adult. Intensive Care Society, 1999
- Warren J, From RE, Orr RA et al. Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critical ill patients. Crit Care Med 2004;32:256-62.

Bilag 1:

Basiskvalifikationer hos personale, der ledsager intensivpatienter under interhospital transport

- Bagvagten fra anæstesiologisk afdeling afgør, hvem der skal ledsage patienten.
- Patienten ledsages af to personer hvoraf mindst en skal være læge.
- Mindst én af disse personer skal have minimum 2 års erfaring fra en anæstesiologisk afdeling
- Mindst én af de ledsagende personer skal tidligere have deltaget i interhospital transport.
- Begge skal være instruerede i udfyldelse af transportjournalen.
- Mindst én skal have viden om ambulancens indretning og udstyr.
- Mindst én skal have kendskab til ambulancemandskabets uddannelse.
- Mindst én skal have indgående kendskab til det udstyr, der anvendes til behandling af patienten (infusionspumpe, respirator, monitorering, defibrillator, ekstern pacemaker, pleuradræn etc.).
- Mindst én skal have grundigt kendskab til patientens aktuelle tilstand, dvs enten en læge eller sygeplejerske fra intensiv afdelingen.
- Alt personale som deltager i patienttransport skal være bekendt med sikkerhedsbestemmelserne for patienter og personale under transport.

Bilag 5

Udkast til speciale- og funktionsfordelingsplan

Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark



www.fremtidenssygehuse.dk



Region Syddanmark

Område: Sundhedsområdet
Afdeling: Planlægning og Udvikling
Journal nr.: 08/5529
Dato: 30. maj 2008

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	3
2. Urologi	6
Beskrivelse	6
Placering af specialet i den nye sygehusstruktur	8
3. Karkirurgi	9
Beskrivelse	9
Placering af specialet i den nye sygehusstruktur	10
4. Onkologi	12
Beskrivelse	12
Placering af specialet i den nye sygehusstruktur	13
5. Plastikkirurgi	14
Beskrivelse	14
Placering af specialet i den nye sygehusstruktur	16
6. Øjne	17
Beskrivelse	17
Placering af specialet i den nye sygehusstruktur	18
7. Arbejds- og miljømedicin	19
Beskrivelse	19
Placering af specialet i den nye sygehusstruktur	19
8. Tand-, mund- og kæbekirurgi	20
Beskrivelse	20
Placering af specialet i den nye sygehusstruktur	21
9. Intern medicin: hæmatologi	22
Beskrivelse	22
Placering af specialet i den nye struktur	22
10. Status for de øvrige intern medicinske specialer	23
Generelt	23
Specialespecifikt	25
Intern medicin: kardiologi	25
Placering af regionsfunktioner	26
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	26
Placering af regionsfunktioner	28
Intern medicin: lungemedicin	28
Placering af regionsfunktioner	29
Intern medicin: nefrologi	29
Placering af regionsfunktioner	31
Intern medicin: endokrinologi	31
Placering af regionsfunktioner	32
Intern medicin: reumatologi	32
Placering af regionsfunktioner	33
Intern medicin: infektionsmedicin	33
Placering af regionsfunktioner	33
Intern medicin: geriatri	33
Placering af regionsfunktioner	34
11. Status for de øvrige akutspecialer	35
Kirurgi	35

Placering af regionsfunktioner.....	37
Ortopædkirurgi	37
Placering af regionsfunktioner.....	39
Gynækolog/obstetrik	39
Placering af regionsfunktioner.....	41
Pædiatri	41
Placering af regionsfunktioner.....	43
Neurologi	43
Placering af regionsfunktioner.....	45
Øre-næse-hals	45
Placering af regionsfunktioner.....	46
12. Status for de tværgående specialer	48
Laboratoriespecialerne	48
Klinisk mikrobiologi.....	48
Placering af regionsfunktioner.....	48
Klinisk immunologi.....	49
Placering af regionsfunktioner.....	49
Klinisk biokemi.....	49
Placering af regionsfunktioner.....	50
Patologisk anatomi og cytologi.....	50
Placering af regionsfunktioner.....	51
Klinisk Genetik.....	51
Placering af højt specialiserede funktioner	52
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin.....	52
Placering af regionsfunktioner.....	53
Anæstesiologi	53
Placering af regionsfunktioner.....	54
Diagnostisk radiologi	55
Placering af regionsfunktioner.....	55
13. Status for specialer kun på OUH.....	56
Thoraxkirurgi	56
Placering af højt specialiserede funktioner	56
Dermatologi/venerologi	57
Neurokirurgi.....	57
Klinisk farmakologi	57
Placering af højt specialiserede funktioner	57

1. Indledning

Specialeplanlægningen omfatter placering af de specialer, som ikke er fordelt i akutplanen og placering af hovedfunktioner og specialiserede funktioner (dvs. regionsfunktioner eller højt specialiserede funktioner).

Formål med specialeplanlægningen

Tildeling af specialer og funktioner tillægges stor strategisk betydning for at sikre udmøntning af visionen om at skabe et fremtidssikret, robust sygehusvæsen med ligeværdige sygehusenheder og for at sikre visionen om OUH som et førende universitetshospital, nationalt såvel som internationalt.

Præmisser for specialeplanlægningen

Specialeplanlægningen skal:

- Sikre bæredygtige faglige miljøer
- Sikre høj faglig standard gennem tilstrækkeligt patientunderlag og samarbejde med relevante specialer
- Sikre lokal betjening med mindre faglige hensyn taler imod
- Sikre en afbalanceret fordeling af specialer og regionsfunktioner til de 4 sygehusenheder
- Overveje "flytteomkostninger" ved flytning af eksisterende faglige miljøer
- OUH har som hovedregel alle regionsfunktioner og skal sikres så mange højt specialiserede funktioner som fagligt muligt på landsplan
- I forhold til Sygehus Sønderjylland skal speciale- og funktionsplanlægningen ske i sammenhæng med det grænseoverskridende samarbejde med sygehusene i Flensborg/delstagen Slesvig-Holsten. Dette forventes at ville give de bedste muligheder for at kunne placere særlige funktioner på Sygehus Sønderjylland.

Specialeplanen er en del af den implementeringsplan, som skal forelægges for Regionsrådet inden sommerferien 2008.

Organisering af arbejdet

Planlægningen sker med udgangspunkt i

- den nuværende organisering og aktivitet i specialerne,
- akutplanens forudsætninger,
- Sundhedsstyrelsens foreliggende UDKAST til specialeudmeldinger med hensyn til fordeling af hovedfunktioner og specialiserede funktioner (dvs. regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner) samt
- specialerådernes rådgivning.

Derudover har regionens 6 lægefaglige direktører bistået regionens sundhedsdirektør under processen.

Inddragelse af specialeråd

Specialerådene inddrages med henblik på at få en redegørelse for de faglige præmisser for placering og funktionstildeling. Nogle regionsfunktioner har et relativt stort patientvolumen, som kunne berettige til en vis distribueret placering med mere end 1 sted i regionen.

Specialerådene kan identificere disse muligheder.

Rent praktisk er det foregået på den måde, at hvert speciale – repræsenteret ved formand og yderligere et medlem fra specialerådet - har været indbudt til møde med projektgruppen. Til møderne var specialerådene blevet bedt om at forberede en redegørelse for 1) de faglige præmisser for underlaget til hhv. en hovedfunktion og en regionsfunktion og 2) de faglige sammenhænge til andre specialer/funktioner.

Sundhedsstyrelsens specialeudmeldinger

Sundhedsstyrelsen har udsendt en række udkast til specialeudmeldinger. Der tages udgangspunkt i disse udkast, men der må tages forbehold for de endelige udmeldinger.

Alle endelige specialeudmeldinger vil indeholde oplysninger om antallet af afdelinger, som varetager specialet på hovedfunktionsniveau. Derudover skal specialeudmeldingen indeholde oplysninger om hvilke konkrete sygehuse, der udfører hhv. regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner, når disse er tildelt.

Specialeudmeldingerne angiver anbefalinger og krav til assistance fra en speciallæge i det pågældende speciale samt anbefalinger og krav til samarbejde med andre specialer.

Anbefalinger og krav om assistance kan stilles på tre forskellige tidsmæssige niveauer:

- Umiddelbart
- Kort tid
- Næste dag/næste hverdag

Med begrebet assistance fra en speciallæge i det pågældende speciale og samarbejde med andre specialer menes konkret telefonisk rådgivning umiddelbart (om nødvendigt) og hvis det vurderes som nødvendigt i det konkrete tilfælde – fremmøde inden for en fastsat tidsramme (dvs. umiddelbart, kort tid eller næste dag / næste hverdag)

Sundhedsstyrelsen forudsætter at der på alle funktionsniveauer kan samarbejdes om almindelige funktioner med som minimum følgende specialer: Klinisk biokemi, diagnostisk radiologi, klinisk immunologi, klinisk mikrobiologi og patologisk anatomi og cytologi.

Derudover bør der på en afdeling på hovedfunktionsniveau være kompetence til at foretage hjertestopbehandling og akutte ultralydsundersøgelser, herunder ekkokardiografi.

Begreber

Hovedfunktion: Svarer som udgangspunkt til den tidligere basisfunktion

Specialiseret funktion: Svarer som udgangspunkt til de tidligere land-landsdelsfunktioner samt en række af de nuværende tværamtslige basisfunktioner.

- Regionsfunktioner:
Etableres typisk 1 – 2 steder i hver region, afhængig af regionens lokale forhold.
Sundhedsstyrelsen har tidligere anført, at forskellige regionsfunktioner som udgangspunkt bør placeres på de samme regionale sygehuse for at udnytte akutberedskaber, fællesfunktioner samt synergi ved uddannelse, forskning, udvikling mv.
- Højt specialiseret funktion:
Etableres typisk 1 – 3 steder i landet, eventuelt 4, hvor særlige forhold gør sig gældende.

Center – satellitaftale:

En række specialeudmeldinger henviser til mulighed for at indgå center–satellitaftaler, hvor centret kan være en regionsfunktion med en hovedfunktion som satellit eller en højt specialiseret funktion med en regionsfunktion som satellit. Vurderingen af det overordnede behov for at etablere en satellit-funktion baseres ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning på flg. kriterier:

- Forekomst
- Komplexitet / risikoprofil
- Ressourceforbrug

Dertil kommer, at der skal være en tilstrækkelig aktivitet på såvel center som satellit. Aftaler om satellit-funktioner skal godkendes af Sundhedsstyrelsen.

Notatets opbygning

Der er en række specialer, som ikke er placeret med akutplanen. Det drejer sig om:

- Urologi
- Karkirurgi
- Plastikkirurgi
- Onkologi (den medicinske del)
- Øjne
- Arbejds- og miljømedicin
- Kæbekirurgi
- Hæmatologi

Specialerne urologi, karkirurgi, onkologi, plastikkirurgi, øjne, arbejds- og miljømedicin, tand-, mund- og kæbekirurgi samt intern medicin: hæmatologi gennemgås nedenfor med henblik på placering i Region Syddanmark.

I alle specialer er der regionsfunktioner, som skal placeres. Regionsfunktioner kan typisk varetages på 1-2 sygehuse ud over universitetssygehuset. Udgangspunktet er således, at alle regionsfunktioner findes på OUH. Der er kun et speciale, hvor udmeldingen er færdig (gynækologi/obstetrik). For de øvrige specialer findes udmeldingerne i udkast eller slet ikke. Det er derfor ikke muligt at færdiggøre denne del af specialeplanlægningen før til efteråret 2009. På visse områder er der dog mulighed for at træffe foreløbig beslutning. Regionsfunktionerne er generelt små funktioner, som derfor har mindre betydning for dimensioneringen af sygehusene.

Derudover skal de højt specialiserede funktioner placeres. Disse er i øjeblikket alle placeret på OUH samt for dele af onkologien og klinisk genetisk afdelings vedkommende på Vejle Sygehus. Der er i øvrigt center-satellit aftaler om varetagelse af højt specialiserede funktioner på nogle områder. For de højt specialiserede funktioner er spørgsmålet især at sikre udvikling af OUH's rolle på landsplan.

Der skal arbejdes videre med placering af regionsfunktioner. Når de endelige specialeudmeldinger foreligger, skal der søges om godkendelse af regionsfunktioner hos Sundhedsstyrelsen. Jf. Sundhedsstyrelsens tidsplan skal ændringerne vedr. regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner gennemføres i løbet af 2009.

2. Urologi

Beskrivelse

Det urologiske speciale er i dag placeret i Esbjerg, Sønderborg, Fredericia, Odense og Svendborg. Derudover modtages akutte urologiske patienter i Aabenraa, Vejle og Kolding samt enkelte ambulatorier på øvrige matrikler.

Hovedområdet er diagnostik, behandling, kontrol, palliation og forebyggelse af sygdomme og skader i nyrerne, urinveje og mandlige kønsorganer hos voksne og børn (herunder kræftlidelser, dysfunktioner, uspecifik og specifik infektion, dialyseadgang, nyretransplantation samt børneurologi). Behandlingen er kirurgisk, teknologikrævende ikke-kirurgisk behandling samt medikamentel behandling og palliation.

Forhold af betydning for specialeplanlægningen

- De akutte urologiske patienter kræver ofte akut urologisk diagnostik i form af røntgen og ultralyd
- Ca. 40 % af indlæggelserne sker akut
- 90 – 95 % af samtlige urologiske operationer er elektive
- De urologiske afdelinger rummer ofte mange patienter, der modtager palliation, idet op til 1/3 af sengene anvendes til dette formål
- Den ambulante aktivitet er stigende og væksten forventes at fortsætte

Aktivitet og speciallæger

Stationær. 2007

	Sydvestjysk Sygehus	Sygehus Sønderjylland	Sygehus Lillebælt	OUH	Svendborg	I alt
Udskrivninger	1.869	1.604	2.307	1.657	833	8.270
Sengedage	5.593	6.164	6.449	6.699	2.748	27.653
OP	679	807	1.229	856	509	4.080
DRG-værdi (Hele 1.000)	35.085	34.694	47.220	40.564	17.272	174.835

Kilde: e-sundhed. Aktivitet på afdelinger med specialekode 35 urologi og specialekode 30 kirurgi med aktionsdiagnoserne: DC60-68, DD30, DNO0-51, DN99, DR30-39.

4.002 af indlæggelserne sker akut, svarende til en akutandel på 48 %. De 9 hyppigste diagnoser udgør i alt 5.245 udskrivninger, svarende til 63 % af de samlede udskrivninger.

De hyppigste diagnoser %-fordelt på sygehuse. 2007. Stationær.

Diagnose	Antal	Sydvestjysk Sygehus	Sygehus Sønderjylland	Sygehus Lillebælt	OUH	Svendborg	Total %
Sten i nyre og urinleder	781	15%	25%	41%	19%		100
Godartet svulst i urinveje	743	28%	16%	17%	21%	17%	99
Kræft i blærehalskirtel	684	15%	23%	16%	28%	18%	100
Blod i urin	626	23%	15%	23%	20%	19%	100
Lægelig obs. og vurd. Af prs. mistænkt for sygdom	562	17%	15%	57%	12%	-	101
Urinretention	534	32%	12%	22%	9%	25%	100
Kræft i urinblære	486	21%	20%	17%	27%	14%	99
Afløbshindring og tilbageløb i urinveje	443	17%	17%	33%	33%	-	100
Forstørret blærehalskirtel	386	18%	33%	40%	8%	-	99

Kilde: som stationær aktivitet

Ambulant. 2007

	Sydvestjysk Sygehus	Sygehus Sønderjylland	Sygehus Lillebælt	OUH	Svendborg	I alt
Besøg	7.094	6.719	11.885	11.590	3.214	40.502
OP	251	401	1.383	568	411	3.014
DAGS- værdi (Hele 1.000)	20.432	15.363	36.131	35.556	10.703	118.186

Kilde: som stationær aktivitet

Speciallæger (overlæger og afdelingslæger) Ansat 1. april 2008

Esbjerg*	Sønderborg	Fredericia	OUH*	Svendborg*
3	6	5	9	3

Kilde: Sygehusenes opgørelse april 2008. * 2007-tal

Der er ingen praktiserende speciallæger i urologi, men specialelæger i kirurgi kan udføre visse urologiske procedure. Der er 16 praktiserende speciallæger i kirurgi, heraf 6 med fuldtidsydernummer.

Specialeudmelding

(udkast 07.02.08)

Hovedfunktioner

Der bør samarbejdes med en række specialer: anæstesi niveau 2, kirurgi, onkologi, nefrologi, gyn/obs samt kl. fysiologi og nuklearmedicin.

Telefonisk rådgivning fra speciallæge i urologi bør umiddelbart være muligt og herunder stillingtagen til assistance i øvrigt.

Regionsfunktioner

Kravene er som anbefalet til hovedfunktionen. Ved urologisk behandling af børn er der krav til samarbejde med pædiatri og anæstesi.

Funktioner er f.eks. behandling af nyrekræft, urinvejssten, urologi på børn samt dialyseadgang.

Sidstnævnte foretages også af karkirurger.

Højt specialiserede funktioner

Der skal være mulighed for samarbejde med flg. specialer/funktioner: endokrinologi, anæstesi niveau 3, karkirurgi, nefrologi, thoraxkirurgi, neurokirurgi samt kl. fysiologi og nuklearmedicin, afhængig af behandling. Kompliceret uro-gynækologi varetages i samarbejde med gyn/obs.

Radikal prostatektomi kan evt. varetages i et formaliseret samarbejde med en afdeling på regionsniveau.

Nyretransplantation samt en række sjældne funktioner inden for f. eks. urologiske kræftformer, urologi på børn, mandlig infertilitet og dysfunktion er højt specialiserede.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Der er ikke speciallæger nok til at dække hele regionen og der er rekrutteret fra Tyskland (Sygehus Sønderjylland).

Urologi er ikke nødvendig på alle akutsygehuse og der vil heller ikke være urologer nok til at dække et vagtberedskab udover elektivt beredskab til egne patienter.

Der vil være basis for 2 til 3 afdelinger med centralisering af de større indgreb og specialet er enig i at der ikke kan opretholdes 5 afdelinger. Og der vurderes ikke at være behov for urologiske funktioner, hvis der ikke er senge tilknyttet.

Generelt er specialet under pres, og volumenmæssigt opfyldes kravet kun akkurat for blærecancer og prostatacancer og skal blive på OUH. Specialet bør fastholde opgaven med nyretransplantation, idet det er rekrutteringsfremmende.

Det er urologernes synspunkt, at børneurologi bør udføres af urologer og ikke kirurger, som det er tilfældet i dag. På sigt løses dette problem, idet kirurgerne i deres uddannelse ikke længere har urologi (urologi blev et selvstændigt speciale for få år siden).

Specialet har ikke operationer nok til de uddannelsessøgende og uddannelse til ikke-opererende urolog er måske undervejs. Specialet ser gerne nye ansættelsesformer med delt ansættelse mellem hovedfunktion og højt specialiseret funktion.

Specialet er enig i den angivne fordeling mellem hoved og regionsfunktioner i specialeudmeldingen. Spørgsmålet blev rejst om akut udredning kunne varetages i primærsektoren.

Placering af specialet i den nye sygehusstruktur

Der er tale om et speciale med stort volumen (værdi) og et stort antal patienter på hovedfunktionsniveau. Der er derfor underlag for flere urologiske afdelinger med akutfunktion på Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Lillebælt, Sygehus Sønderjylland, OUH/Svendborg.

For så vidt angår regionsfunktioner inden for urologi, skal behandling af nyresten placeres på Fredericia Sygehus, senere Kolding Sygehus. Placering af øvrige regionale funktioner sker senere.

3. Karkirurgi

Beskrivelse

Det karkirurgiske speciale er repræsenteret i Kolding, Esbjerg og Aabenraa og på OUH med modtagelse af elektive og akutte patienter. Derudover er der karkirurgisk ambulatorium i Haderslev. Afdelingerne i Esbjerg og Aabenraa har et tæt samarbejde med Kolding, der understøtter funktionen de to steder.

Hovedområdet er forebyggelse, diagnostik, behandling og kontrol af patienter med åreforkalkning og andre sygdomme i blod- og lymfekar, kar uden for hjernen og hjertet, behandling af åreknuder samt anlæg af operativ, permanent adgang til blodbanen (hæmodialyse). Patientforløbet omfatter såvel forebyggelse som information og behandling. Behandlingen er kirurgisk, endovaskulær og medicinsk.

Forhold af betydning af specialeplanlægningen

- De endovaskulære indgreb foretages i team af karkirurger og interventionsradiologer
- Andelen af indgreb med minimalt invasive, endovaskulære teknikker forventes i løbet af 5 år at stige fra 20 – 40 % til omkring 50 %.
- Diagnostisk arteriografi erstattes mere og mere af ultralyd, MR- og CT-scanninger. I terapeutisk øjemed forventes behovet at stige.
- Ca. 1/3 af indlæggelserne er akutte (specialeudmelding)

Aktivitet og speciallæger

Stationær. 2007. () omkring OUH angiver at tallet er ufuldstændigt

	Esbjerg	Aabenraa	Kolding	OUH	I alt
Udskrivninger	170	244	1.314	(1.034)	2.762
Sengedage	640	816	6.404	(4.582)	12.442
OP	71	178	887	(887)	1.674
DRG-værdi (Hele 1.000)	5.759	8.495	67.350	(53.529)	135.133

Kilde: e-sundhed. Aktivitet på afdelinger med specialekode 31 karkirurgi. På OUH er den stationære aktivitet reg. På en fælles thorax-karkirurgisk afdeling med specialekoden 34 thoraxkirurgi. Karkirurgi er udskilt via diagnosegrupper (ej hel fuldstændigt).

797 af indlæggelserne sker akut, svarende til en akutandel på 29 %. De 5 hyppigste diagnoser i alt 2314 udskrivninger udgør 84 % af de samlede udskrivninger, jf. nedenstående oversigt.

Hyppigste diagnoser. %- fordelt på sygehusene. 2007

	Antal	Esbjerg	Aabenraa	Kolding	OUH	Total %
Åreforkalkning	918	8%	2%	46%	44%	100
Andre sygdomme i perifere kar	736	9%	18%	54%	20%	101
Aortaaneurisme	365	2%	2%	37%	60%	101
Tillukning og forsnævning af hjernens tilførende kar uden hjerneinfarkt	178	-	-	-	100%	100
Nyreinsufficiens uden specifikation	117	1%	10%	89%	0	100

Kilde. Som stat – OUH ej helt fuldstændig.

Ambulant. 2007 () omkring OUH angiver at tallet er ufuldstændigt.

	Sydvestjysk Sygehus	Sygehus Sønderjylland	Kolding	OUH	I alt
Besøg	4.053	2.444	5.742	(1.547)	13.786
OP	828	506	1.598	(4)	2.936
DAGS- værdi (Hele 1.000)	11.604	6.252	13.805	(3.465)	35.126

Speciallæge (overlæger og speciallæger) Ansat 1.april 2008.

OUH*	Esbjerg	Kolding	Aabenraa
7	Udefunktion fra Kolding	9	2

Kilde: Sygehusenes oplysninger april 2008. 2007-tal*

Specialeudmelding

(udkast 07.02.08)

Generelle anbefalinger

Det skal være muligt umiddelbart at få assistance fra en speciallæge i karkirurgi.

Hovedfunktioner

Der er ingen hovedfunktioner i specialet.

Regionsfunktioner

Der er en række specialer, som en karkirurgisk afdeling skal have samarbejde med: anæstesi og intensiv på niveau 2, radiologi med særlige kompetencer, kardiologi, ortopædkirurgi, kirurgi, kl. fysiologi og nuklearmedicin, nefrologi, neurologi, endokrinologi, øre-næse-hals (særlig behandling) samt dermatologi (ved bensår).

Center – satellitaftale

Typisk inden for varice-området, hvor der ikke er specielle krav til samarbejdende afdelinger eller vagtberedskab.

Højt specialiserede behandlinger

Udover samarbejde som anført under regionsfunktionen kræves samarbejde med thoraxkirurgi og gastroenterologi. Desuden kræves adgang til et koagulationsambulatorium.

Der er relativt få funktioner med et beskedent patientunderlag, bortset fra EVAR, hvor der forventes over 200 patienter på sigt.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Karkirurgi anbefaler to store afdelinger med et befolkningsunderlag på ca. 500.000 indbyggere til hver. Der udføres en række indgreb i Aabenraa, som er betinget af, at der er ansat erfarne karkirurger. Funktionen ønskes videreført, hvilket kan ske efter aftale med Sundhedsstyrelsen. Ligeledes er det også ønskeligt, at varicekirurgien spredes ud på flere matrikler, idet det ikke er hensigtsmæssigt at samle den to steder.

Esbjerg er udefunktion fra Kolding.

Karkirurgien har et ganske tæt samarbejde med kardiologi og neurologi, og derudover et sjældnere behov for tarmkirurgi og af og til urologi. Samarbejdsrelationerne kan opfyldes på akutsygehusene.

Der er visse faglige problemstillinger omkring opgaveafgrænsning mellem karkirurgi og andre specialer, det gælder f. eks. ved varicer og nyreområdet.

Kolding har et ønske om at udføre carotiskirurgi (ligesom Viborg). Der er ca. 300 patienter på landsplan og OUH laver ca. 80. Det kan blive et vækstområde. Aktuelt ønsker OUH at fastholde opgaven. Opgaven er ifølge specialeudmeldingen en regionsfunktion.

Placering af specialet i den nye sygehusstruktur

Specialet omfatter kun regionsfunktioner (dog undtagen årekundeoperationer som kan placeres ved dagkirurgiske funktioner) og højt specialiserede funktioner. Langt hovedparten af den nuværende aktivitet foregår på OUH og Kolding Sygehus. Funktionerne på Sygehus Lillebælt (Kolding) og OUH/Svendborg videreføres derfor. Funktionen i Sydvestjysk Sygehus (Esbjerg) videreføres som ren ambulant funktion i samarbejde med Kolding Sygehus. I Sønderjylland skal karkirurgien planlægges sammen med sygehusene i Flensborg.

Alle regionale funktioner varetages på OUH og Kolding Sygehus – dog undtagen carotiskirurgi, som kun varetages på OUH. Det skal afklares om Kolding Sygehus også skal varetage carotiskirurgi.

4. Onkologi

Beskrivelse

OUH og Vejle er i specialeudmeldingen angivet som regionale centre med regionsfunktioner inden for strålebehandling. Det skal videreføres i henhold til akutplanen. Derudover er der (medicinsk) onkologi i Esbjerg og Sønderborg.

Esbjerg varetager medicinsk onkologi inden for brystkræft og mave – tarmkræft. I Sønderborg varetages brystkræft.

Onkologi omfatter diagnostik, og ikke-kirurgisk behandling af patienter med kræftsygdomme. De væsentligste funktioner er strålebehandling, kemoterapi, hormonterapi, målrettet biologisk behandling, understøttende behandling, palliativ behandling og terminal pleje.

Forhold af betydning for specialeplanlægningen.

- Nyopdagede kræfttilfælde stiger med 3% om året.
- Antallet af henvisninger til onkologisk behandling stiger med 5 – 10% om året, grundet nye behandlinger.

Aktivitet og speciallæger

Stationær og ambulant aktivitet. 2007

	Esbjerg	Sønderborg	Vejle	OUH	I alt
Udskrivninger	263	112	1.541	3078	4.994
Sengedage	1.779	413	8.884	10.437	21.513
Amb. besøg	5.815	5.091	40.885	60.387	112.178
DRG- og DAGS værdi (1.000)	52.373	40.118	248.241	350.402	691.134

Kemoterapi og stråleterapi. Ambulant og under indlæggelse. 2007.

	Esbjerg	Sønderborg	Vejle	OUH	I alt
Kemoterapi	1.553	1.662	3.936	6.698	13.846
Strålebehandling	Ingen beh.	Ingen beh.	18.103	26.756	44.859

Kilde: e-sundhed. Kemoterapi med flg. procedurekoder BHHK, BOHE10, BOHE20;BOHJ10-11,BWAAO,BWHA1-3,BWHB10,BWHB31,BWHB40. Stråleterapi aktivitet på alle afdelinger med procedurekode BWGC.

Derudover er der indgået aftale med Flensborg om strålebehandlinger og kemoterapi.

Speciallæger (overlæger og afdelingslæger) Ansat 1. april 2008

OUH*	Esbjerg*	Vejle	Sønderborg
16	1	10	1

Kilde: Sygehusenes oplysninger – april 2008. 2007-tal

Specialeudmelding

(udkast 20.02.08)

Hovedfunktioner

Antallet af patienter, der modtager klinisk onkologisk behandling bør minimum være 100 patienter pr. afdeling med hovedfunktion for at sikre erfaring og kvalitet. Det er muligt for de tre store cancerformer: lungekræft, brystkræft samt tyk- og endetarmskræft. Dette giver 3 onkologiske hovedfunktioner: medicinsk behandling af lungekræft, brystkræft og tyktarms- og endetarmskræft.

Samarbejde med flg. specialer: kirurgi og plastikkirurgi, thoraxkirurgi, kirurgi mhp. kolorektalkirurgi samt intern medicin: lungemedicin.

Det bør være muligt at få assistance i løbet af 30 minutter fra en speciallæge i klinisk onkologi

Regionsfunktioner

Den onkologiske regionsfunktion er stråleterapi af hyppigt forekommende kræftsygdomme, forudsat at der er standardiserede behandlingsprogrammer og onkologisk ekspertise.

Som hovedregel mindst 100 patienter pr. år – dog mindre, hvis behandlingen ikke er kompleks og hvis der er hensyn til patientforløb.

Højt specialiserede funktioner

Særlige behandlingsformer, udviklingsarbejde og eksperimentel behandling bør kun foregå på onkologisk højt specialiserede afdelinger.

For højt specialiseret behandling gælder, at antallet af nye patienter pr. år til funktionen skal være mindst 50 pr. år.

Udmeldingen omfatter behandlinger, der kan udføres på hhv. 3, 2 og 1 afdelinger.

Center-satellitaftaler

Der peges på muligheden af at indgå center-satellitaftaler under den højt specialiserede behandling.

Der forventes generelt indgået en række regions/samarbejdsaftaler inden for det brede onkologiske område.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

For så vidt angår den onkologiske hovedfunktion er vurderingen, at man kan skabe fungerende faglige miljøer f.eks. 3 steder i regionen for hver af de onkologiske hovedfunktioner (lungekræft, brystkræft, tyktarms- og endetarmskræft), henset til at to af stederne (Esbjerg og Sønderborg) er svagt bemandede. Alternativt kan Esbjerg og Sønderborg varetage en reduceret hovedfunktion (ikke alle tre kræftformer) eller behandlingen kan samles på færre steder.

Regionsfunktionerne blev gennemgået en for en. Specialerådet ser i fremtiden at Odense og Vejle fortsat har behandling af lungekræft, brystkræft (også i Flensborg), endetarmskræft, prostatakræft, hudcancer samt palliativ stålebehandling af alle kræftformer. Kræft i urinblæren, kræft i bugspytkirtel samt kræft i hjernen overtages på sigt af OUH.

Der var ikke enighed om den fremtidige fordeling af behandling af æggestoks- og livmoderkræft, som pt. foretages både i Vejle og i Odense. Vejle ser gerne at patienter fra den del af det tidligere Vejle Amt, der nu hører under region Midtjylland, henvises fra Skejby til nonkirurgisk behandling.

Placering af specialet i den nye sygehusstruktur

Specialet omfatter mange ambulante besøg for den enkelte patient, hvorfor nærhed har stor betydning. Specialet varetages udover på OUH også på Vejle Sygehus med både kemoterapi og stråleterapi i forhold til en række patientgrupper. På Sønderborg og Esbjerg Sygehuse er der begrænsede onkologiske funktioner. På Sønderborg Sygehus varetages udelukkende medicinsk behandling af brystkræft i samarbejde med Flensborg (stråleterapi). På Esbjerg Sygehus varetages medicinsk behandling af brystkræft, tarmkræft og lungekræft.

OUH og Vejle er i specialeudmeldingen angivet som regionale centre med regionsfunktioner inden for strålebehandling. Dette skal videreføres i henhold til Akutplanen.

Det vurderes, at funktionerne i Sønderborg og Esbjerg er bæredygtige og derfor videreføres de med henblik på at levere en lokal service. I Sønderjylland skal onkologien i øvrigt planlægges sammen med sygehusene i Flensborg.

5. Plastikkirurgi

Beskrivelse

Det plastikkirurgiske speciale er placeret i Odense, Vejle, Esbjerg med funktion i Grindsted og Aabenraa. De akutte patienter (797) modtages næsten 100 % i Odense, medens de øvrige afdelinger modtager elektive patienter.

Det plastikkirurgiske speciale omfatter undersøgelse, behandling, palliation og rehabilitering af patienter med sygdomme, skader og medfødte misdannelser, hvor korrektive eller rekonstruktive indgreb kan blive et led i behandlingen, herunder f. eks. onkologisk plastikkirurgi, brystoperationer, større brandsår og skader.

Forhold af betydning for specialeplanlægningen.

- Specialet varetager overvejende elektive og ambulante funktioner
- Der ses stor afgang til privatsektoren
- Øget samarbejde mellem plastikkirurg og kirurg vil øge antallet af patienter med brystkræft, der får foretaget primær brystrekonstruktion.

Aktivitet og speciallæger

Stationær. 2007.

	Sydvestjysk Sygehus	Aabenraa	Vejle	OOUH	I alt
Udskrivninger	357	25	486	1.159	2.027
Sengedage	1398	25	2.872	8.890	13.185
OP	309	23	402	986	1.720
DRG-værdi (Hele 1.000)	11.434	1.034	16.542	48.036	77.047

Kilde: e-sundhed. Aktivitet på afdelinger med specialekode 33 plastikkirurgi. Give er ikke med.

797 af indlæggelserne sker akut, svarende til en akutandel på 29 %. De 5 hyppigste diagnoser i alt 1000 udskrivninger udgør 49 % af de samlede udskrivninger, jf. nedenstående oversigt.

Hyppigste diagnoser, %-fordeling på sygehusene. 2007

	Antal	Esbjerg	Aabenraa	Vejle	OOUH	Total %
Efterbeh. Ved anv. Af plastikkirurgi	303			49%	51%	100
Anden kræft i hud	260	20%	2%	45%	33%	100
Ondartet melanom i hud	211	18%		39%	43%	100
Sår på ben, ej klassificeret andetsteds	123				100%	100
Store bryster	103	50%		15%	36%	101

Kilde: Som stat.

Ambulant. 2007

	Sydvestjysk Sygehus	Sygehus Sønderjylland	Vejle	OOUH	I alt
Besøg	2.839	1.169	3.775	10.912	18.695
OP	536	366	895	5.919	7.680
DAGS- værdi (Hele 1.000)	6.301	2.786	10.097	28	47.711

Kilde: som stat.

Speciallæger (overlæger og afdelingslæger) Ansat 1. april 2008.

OUH*	Esbjerg*	Vejle	Aabenraa
5	3	2	Konsulentbetjent

*Kilde: Sygehusenes oplysninger. April 2008. * 2007-tal*

Derudover er der 3 praktiserende speciallæger, hvoraf 2 har heltidsydernummer.

Specialeudmelding

(udkast 15.04.08)

Hovedfunktioner

En afdeling på hovedfunktionsniveau bør have samarbejde med intensiv niveau 2.

Det bør være muligt at få assistance fra en speciallæge i plastikkirurgi i løbet af næste dag/næste hverdag. Det forudsætter, at der er mulighed for assistance fra en speciallæge i plastikkirurgi med henblik på telefonisk rådgivning om udredning, behandling og evt. visitation til en regions – eller højt specialiseret afdeling.

Regionsfunktioner

Der bør være mulighed for at få assistance fra en speciallæge i plastikkirurgi i løbet af kort tid.

Der skal være samarbejde med flg. specialer: anæstesi med kompetence til behandling af børn, pædiatri, hvis behandling af børn, øre – næse – hals, kirurgi med kompetence i mammakirurgi og abdonalkirurgi, karkirurg, urologi, ortopædi, gastroenterologi, kl. onkologi, dermatologi og venerologi psykiatri, røntgen, kl. fysiologi og nuklear medicin, herunder PET scanninger og sentinel node teknikker.

Regionsfunktioner er f. eks. visse former for onkologisk plastikkirurgi, herunder onkologisk mammakirurgi og ondartede modermærker.

Anvendelse af mikrokirurgi forudsætter center – satellit aftale med en højt specialiseret afdeling.

Højt specialiserede funktioner.

Ved behandling af brandsår skal plejepersonale og læger have kompetencer hertil. Endvidere skal der være de rette tekniske faciliteter.

Der skal være samarbejde med flg. specialer (udover det under regionsfunktioner anførte): anæstesi og intensiv niveau 3, neurokirurgi, thoraxkirurgi, tand, mund- og kæbekirurgi, endokrinologi, neurologi, øjenområdet samt kl. genetik.

Sjældne former for onkologisk plastikkirurgi og speciel plastikkirurgi.

Særlig form for sekundær brystrekonstruktion kan varetages i formaliseret samarbejde med en regionsfunktion.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Regionsfunktioner i Vejle og Esbjerg er ok, dog mere hensigtsmæssigt med en større regionsafdeling, som kunne styrke rekruttering og uddannelse. Ser gerne, at konsulentfunktionen (med speciallæger fra OUH) i Aabenraa fortsætter.

Truslen på specialet er på det højt specialiserede niveau. OUH har nogle funktioner, som gerne skal bevares. Det drejer sig om brandsårspatienter og tryksårspatienter.

I plastikkirurgi er mange teknikker ens og indgreb med relativt få patienter kan derfor "pooles" i større grupper, som sikrer volumen.

OUH varetager stort set alle højt specialiserede funktioner og ser gerne at alle hypospadier i regionen henvises til OUH, i stedet for Århus, hvortil Sønderborg henviser.

OUH bærer en stor uddannelsesmæssig byrde, idet de skal uddanne på alle tre niveauer.

OUH oplever, at afregningsmodellen ikke tilgodeser det højt specialiserede niveau.

Fedmekirurgien er i voldsom vækst og mange skal efterfølgende have foretaget plastikkirurgiske indgreb.

Specialet finder, at der er et potentiale ved tildeling af (deltids-)ydernumre.

Placering af specialet i den nye sygehusstruktur

De tre funktioner i Syddanmark er alle små og sårbare. Funktionerne i Vejle og Sydvestjysk Sygehus samles derfor i en afdeling på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg/Grindsted. Der er faglig sammenhæng til brystkræftkirurgi og den kommende jyske plastikkirurgiske afdeling skal samarbejde med de tre jyske mammacentre om brystkræftkirurgien. Afdelingen på OUH fortsætter uændret. I Sønderjylland skal plastikkirurgien planlægges sammen med sygehusene i Flensborg.

Regionsfunktioner placeres på OUH og Esbjerg/Grindsted Sygehus. Den nærmere fordeling skal afklares nærmere.

6. Øjne

Beskrivelse

Der er øjenafdelinger i Odense, Esbjerg, Sønderborg og Vejle. Der er fælles regional weekend-vagt i Odense for hele regionen. På Fyn er der udlagt et større antal grå stær operationer (ligelig fordeling mellem øjenafdeling og praksis).

Specialet omfatter undersøgelse, diagnostik, behandling og kontrol af patienter med lidelser i øjne og synsbaner samt lidelser i øjenhuler, tåreveje og ydre øjenomgivelser.

Forhold af betydning for specialeplanlægningen

- Omfanget af udlægning af grå stær operationer til praktiserende øjenlæger

Aktivitet og speciallæger

Stationær. 2007.

	Esbjerg	Sønderborg	Vejle	OUH	I alt
Udskrivninger	179	52	264	634	1.129
Sengedage	241	68	322	1.290	1.921
OP	159	37	160	507	863
DRG-værdi (Hele 1.000)	2.098	630	1.471	10387	14.586

Kilde: e-sundhed.

431 af indlæggelserne sker akut, svarende til en akutandel på 38%. For de stationære øjenpatienter er de hyppigste diagnoser aldersbetinget grå stær, nethindeløsning, andre former for skelen og grøn stær.

Langt den største del af aktiviteten foregår ambulant og under 10% af produktionsværdien stammer fra den stationær aktivitet.

Ambulant. 2007

	Esbjerg	Sønderborg	Vejle	OUH	I alt
Besøg	15.325	9.504	20.096	22.628	67.553
OP	2.509	3.496	5.632	5246	16.883
DAGS- værdi (Hele 1.000)	30.741	23.068	44.490	52.413	150.712

Kilde: som stationær aktivitet

De 6 hyppigste diagnoser i alt 44.932 ambulante besøg udgør 67 % af de ambulante besøg, jf. nedenstående oversigt.

Hyppigste diagnose, % fordelt på sygehusene. 2007

Diagnose	Antal	Esbjerg	Sønderborg	Vejle	OUH	Total %
Aldersbetinget grå stær	20003	16%	15%	45%	24%	100
Andre sygdomme i øjets nethinde	8388	12%	15%	29%	43%	99
Sygdom i øjets nethinde ved sygdom klassificeret andetsteds	5999	59%	5%	14%	22%	100
Andre særlige undersøgelser af personer uden diagnose	4479	44%	9%	5%	42%	100
Grøn stær	3290	15%	13%	24%	48%	100
Andre sygdomme i øjenlåg	2773	26%	21%	29%	25%	101

Operationer for grå stær udgør en meget høj, men uens andel af den operative aktivitet på øjenafdelingerne, jf. nedenstående oversigt, som viser antallet af operationer (stationære og ambulante) og antallet af grå stær operationer (stationære og ambulante) samt andelen af grå stær operationer, ud af den samlede operative aktivitet på afdelingen.

Operationer og grå stær operationer. 2007.

	Esbjerg		Sønderborg		Vejle		OUH	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Operationer i alt	2.668	100	3.533	100	5.792	100	5.753	100
Grå stærOP	1.040	40%	1.801	51%	3.247	56%	1.777	31%

Kilde: som stat. Aktivitet med procedurekode:KA*-KQ* samt KY* (dvs. alt undtagen mindre kirurgiske procedurer, endoskopier og ukendt operation). Operationer i alt er inklusiv injektioner med lucentis.

En tilsvarende beregning for DRG-værdi viser at DRG-værdien for Vejle for grå stær udgør omkring 53%, hvilket svarer nogenlunde til den andel grå stær operationer udgør af samtlige operationer. Specialerådet vurderer, at det samlede behov i regionen for grå stær operationer vil være ca. 12.000 "øjne" eller ca. 6.000 patienter, såfremt alle opereres på begge øjne, hvad der er mest almindeligt.

Speciallæger (overlæger og afdelingslæger). Ansat 1. april 2008

Esbjerg*	Sønderborg	Vejle	OUH*
4	3	9	11

Kilde: Sygehusenes oplysninger – april 2008. * 2007-tal

Der er en stor primærsektor med 35 praktiserende øjenlæger, hvoraf 34 har heltidsydernummer.

Specialeudmelding

Der foreligger ingen specialeudmelding

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Den faglige vurdering er, at der til en afdeling med hovedfunktioner skal være et befolkningsunderlag på 450.000 – 500.000 indbyggere. Det svarer til det befolkningsunderlag, man operer med i Region Midtjylland og Region Hovedstaden.

Der er en volumenanbefaling på ca. 300 grå stær operationer pr. opererende øjenlæge, hvad enten det drejer sig om en praktiserende øjenlæge eller en sygehusansat øjenlæge. Med 300 operationer pr. år vil en øjenlæge kunne opretholde den nødvendige rutine til disse operationer og samtidig kunne varetage andre opgaver, idet 300 grå stær operationer ikke kan udfylde et speciallæge årsværk.

En afdeling med regionsfunktion skal også have en betydelig hovedfunktion. På grå stær vurderes der at skulle være omkring 2.400 operationer og et befolkningsunderlag til regionsfunktionerne (de sjældnere forekommende sygdomme) på omkring 900.000 indbyggere.

Den fælles vagt i weekenden på OUH fungerer godt.

Det vil være muligt at opretholde 2 til 3 afdelinger med ét vagtsted, hvor alt akut samles. Det vil indebære, at de uddannelsessøgende, når de er på OUH, ser alt det akutte. Såfremt det akutte og dermed vagtberedskabet samles et sted i regionen skal der tages stilling til, hvordan det postoperative beredskab skal udøves.

Specialet har en bred kontakthorizont til en række medicinske, og tværgående specialer, men hverken til ortopædkirurgi eller kirurgi.

Placering af specialet i den nye sygehusstruktur

Planlægningen af øjenspecialet skal tage udgangspunkt i en fortsættelse af den nuværende opgavefordeling mellem øjenafdelingerne og speciallægepraksis. Det indebærer, at øjenafdelingerne i både Esbjerg og Vejle videreføres. I Sønderjylland skal øjenspecialet planlægges sammen med sygehusene i Flensborg. Afdelingen på OUH videreføres uændret.

7. Arbejds- og miljømedicin

Beskrivelse

Der er arbejds- og miljømedicin i Haderslev, Esbjerg, Vejle og OUH. Arbejdsområdet er patientundersøgelser, forskning samt undervisning og formidling.

Aktivitet og speciallæger

Ambulant. 2007

	Esbjerg	Haderslev	Vejle	OUH	I alt
Besøg	459	729	848	1.023	3.092
DAGS- værdi (Hele 1.000)	4.716	6.634	6.644	7.630	25.623

Kilde: e-sundhed

Klinikkerne har afholdt 114 undervisnings- og formidlingsarrangementer i 2007 og har gennem de seneste 5 år publiceret eller deltaget i publicering af 58 videnskabelige arbejder i peer – reviewed videnskabelige tidsskrifter.

De vigtigste sygdomsgrupper er bevægeapparatlidelser (ca. 40%), luftvejslidelser (ca. 15%) og psykiske lidelser (ca. 15%).

Speciallæger (overlæger og afdelingslæge)

OUH	Esbjerg	Vejle	Haderslev
4	4	3	2

Kilde: Specialerådets rapport – marts 2008

Specialeudmelding

Der foreligger ingen specialeudmelding.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Specialet har gennem en længere årrække arbejdet på en reorganisering (samling) af specialet uden en endelig konklusion vedr. geografisk placering.

Fagligt vurderet er afdelingerne for små og det anbefales, at der etableres 1 eller 2 afdelinger i Region Syddanmark. Afdelingerne vil dermed styrkes med faglige kompetencer og der vil opstå en række faglige synergier ved sammenlægning, f.eks. vil der med flere speciallæger være bedre mulighed for at få del i de store forskningsmiljøer – og midler.

Specialet fordrer kontakt til et akutsygehus, hvor der er de specialer, som dækker patienternes problemstillinger og arbejds- og miljømedicin bør derfor placeres på et akutsygehus. Ligeledes skal der være tæt kontakt til forskningsmiljøerne, både på de kliniske afdelinger og på SDU og specialet er opsøgende i forhold til de lokale arbejdspladser.

Der er gode specialiseringsmuligheder inden for specialets hovedfunktioner, f.eks. inden for en række strategiske forskningsfelter: astma, allergi og transportmedicin, som bl.a. er betinget af den lokale erhvervsstruktur.

Specialet forventer ingen specialiserede funktioner i specialet.

Placering af specialet i den nye sygehusstruktur

Med dannelsen af Region Syddanmark er der ikke grundlag for at videreføre 4 arbejdsmedicinske afdelinger. Afdelingerne er alle små og vil have gavn af et større fagligt miljø. Der skal derfor ske en fusion af afdelingerne til 2 afdelinger placeret i Odense og Esbjerg. I Sønderjylland skal arbejds- og miljømedicin planlægges sammen med sygehusene i Flensborg.

8. Tand-, mund- og kæbekirurgi

Beskrivelse

Specialet findes Sønderborg, Esbjerg, Vejle og OUH.

Specialet er et tandlægefagligt speciale, der varetager diagnostik og behandling af medfødte og erhvervede misdannelser, traumatisk betingede læsioner samt infektioner og benigne sygdomstilstande i tand – mund- kæbe og ansigtsregionen.

Forhold af betydning for specialeplanlægningen

- I planlægningen af specialet må tages højde for de akutte funktioner, som primært gælder kæbe- og ansigtsfrakturer, infektioner i tænder og kæber hos patientgrupper der henvises før hjerteklapkirurgi, organtransplantation og strålebehandling samt infektioner i tænder og kæber med almenpåvirkning
- Specialet har et tæt samarbejde med specialerne: anæstesiologi, plastikkirurgi, oto-rhino-laryngologi, neurokirurgi, onkologi, ortopædisk kirurgi, og oftalmologi.

Praktiserende tandlæger, almen praktiserende læger og specialtandlæger foretager i al væsentlighed henvisninger af patienter til de tand-, mund- og kæbekirurgiske afdelinger.

Der er døgndækket vagtfunktion i Odense.

Aktivitet og tandlæger

Ambulant. 2005

	Esbjerg	Sønderborg	Vejle	OUH	I alt
Besøg	2023	1.328	Ej data	6.177	9.528
OP, heraf i	626	182	Ditto	960	1.768
Generel anæstesi	216	57		397	670

Kilde: Specialerådets rapport

Tandlæger – normering febr. 2007

OUH	Esbjerg	Vejle	Sønderborg
4,6	2	1	1

Kilde: "Tand- Mund- og Kæbekirurgi i Region Syd" udarbejdet af afdelingerne i Region Syddanmark

Specialeudmelding

(udkast 13.02.08)

Hovedfunktionsniveau

Der findes ikke hovedfunktion i tand-, mund- og kæbekirurgi. Alle afdelinger skal derfor kunne varetage regionsfunktion.

Regionsfunktion

Afdelinger med regionsfunktion har ingen formaliseret vagtfunktion, men ansvar for - og skal kunne kontaktes vedrørende egne indlagte patienter.

En tand-, mund- og kæbekirurgisk afdeling med regionsfunktion bør have assistance af følgende specialer/funktioner: anæstesiologi, øre-næse-hals, kardiologi. De kæbekirurgiske afdelinger skal have adgang til: CT-scanning, MR scanning, ultralyd, klinisk fysiologi/nuklearmedicin, Tc99 scintigrafi.

Højt specialiserede funktioner

Døgndækket kæbekirurgisk vagtberedskab er en integreret del af traumecentrene.

Foruden krav til funktioner på regionsfunktionsniveau om assistance stilles der følgende krav på højt specialiseret niveau: plastikkirurgi, neurokirurgi, ortopædisk kirurgi, oftalmologi, onkologi samt hæmatologi.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Regionsfunktionen er relativt uafhængig af andre specialer, men med sammenhæng til de tværgående specialer og øre-næse-hals. Der er en sammenhæng til patienter, der behandles i specialerne kardiologi og onkologi, idet en række patienter henvises til saneringer.

Specialet ser ikke noget problem i en centralisering for at skabe et volumen omkring de to afdelinger, som specialet forslår oprettet (OUH og Esbjerg), dog således at funktionerne (ambulatorierne) i Vejle og Sønderborg opretholdes. Vejle har en gate-keeper funktion med Region Midtjylland og specialet er under (positiv) konkurrence fra Århus. Fødekæden er børnetandpleje, sygehusafdelinger, praktiserende tandlæger samt de praktiserende øre-næse-halslæger. Det faglige kendskab til sygehusfunktionerne og den faglige dialog med de henvisende instanser skal modvirke at patienter pr. automatik henvises til Århus til behandlinger, der kan varetages med samme kvalitet i Odense.

Der søges etableret et videreuddannelsesforløb i regionen, omfattende Esbjerg-Odense-Tyskland. Iværksættelse afventer udmelding fra prognoseudvalget (efter sommerferien). I forhold til uddannelse er det vigtigt med tilstrækkeligt patientvolumen.

En række højt specialiserede funktioner er betinget af helt specielt udstyr, som kun findes på Rigshospitalet og i Århus. De kæbekirurgiske behandlinger er ikke i sig selv højt specialiserede.

Placering af specialet i den nye sygehusstruktur

Begrænset antal patientkontakter taler for samling af funktioner 2 steder. De to bærende afdelinger i Region Syddanmark er Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg og Odense Universitetshospital. Det foreslås derfor at man af hensyn til at sikre et tilstrækkeligt underlag og fagligt miljø samler funktionerne i Jylland på Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg. Afdelingen på OUH videreføres. I Sønderjylland skal kæbekirurgien planlægges sammen med sygehusene i Flensborg.

Regionsfunktioner placeres på OUH og Esbjerg Sygehus. Den nærmere fordeling skal afklares nærmere.

9. Intern medicin: hæmatologi

Beskrivelse

Specialet omfatter undersøgelse, behandling og kontrol af godartede og ondartede sygdomme i blodets, knoglemassens og lymfesystemets celler og i de bloddannende organer samt lidelser i blodets størkningsevne. Sygdomsgrupper er f. eks. forskellige former for leukæmi.

For så vidt angår bemærkninger til de intern medicinske specialer generelt, herunder hæmatologi, henvises til afsnit 10 i nærværende notat.

Forhold af betydning for specialeplanlægning

- Der skal gøres særlige overvejelser vedr. hæmatologi i Haderslev (Sønderjylland) og Esbjerg, idet Vejle i henhold til akutplanen skal være specialsygehus for kræft, herunder hæmatologi.
- Patienterne lever længere med deres sygdom og kommer hyppigere ind på sygehusene.

Der foreligger ingen specialeudmelding. Råderummet for regionsfunktioner er derfor ikke kendt. Sædvanligvis har det inden for specialet været således at OUH har taget nye behandlinger op. I takt med de blev gjort mere tilgængelige (økonomisk, teknologisk og volumenmæssigt) blev de udlagt til de lokale afdelinger. Denne automatik findes ikke længere, idet de fremover skal defineres som enten regionsfunktioner eller hovedfunktioner inden de kan lægges ud.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Der er ikke enighed blandt Specialerådets medlemmer. Nedenstående afspejler holdningen i Haderslev, Esbjerg og Odense.

Som udgangspunkt foreslås en højt specialiseret afdeling med tre satellitafdelinger, således at alle læger organisatorisk er ansat i den højt specialiserede afdeling (OUH), men med tjenestested på satellitsygehus i henholdsvis Haderslev, Esbjerg og Vejle for visse medarbejdere.

Et tæt formaliseret samarbejde vil medføre, at patienternes forløb fra diagnose til afslutning vil kunne tilrettelægges optimalt, således at der tages hensyn både til den faglige kvalitet og til nærhedsprincippet. Ligeledes vil det sikre ensartede behandlings- og kontroltilbud, optimering af uddannelse og forskningsmuligheder, samt sikre lægelig dækning i perioder med lægemangel.

Der er pt. ikke tilstrækkeligt antal speciallæger i hæmatologi til at besætte de aktuelle stillinger. Denne situation ser ikke ud til at være løst indenfor de nærmeste år. For at sikre den nødvendige hæmatologiske service med den krævede faglige kvalitet er det at foretrække at oprette en afdeling i regionen, som varetager satellitfunktioner i regionen. Ønsket er, at der kan være 3 speciallæger pr. hovedfunktion.

Udredningen af patienter mistænkt for hæmatologiske lidelser foregår i Vejle og Odense på andre afdelinger end de hæmatologiske, hvorimod al udredning og diagnostik af hæmatologiske patienter i Esbjerg og Haderslev foregår på de hæmatologiske afdelinger. Den benigne hæmatologi behandles på alle regionens hæmatologiske afdelinger.

Specialerådets flertal har ikke forholdt sig til, at Vejle ifølge den vedtagne Akutplan skal være onkologisk kræftsygehus med bl.a. hæmatologi. Flertallet af specialerådet foreslår tre hovedfunktioner og en specialiseret funktion (OUH).

Specialerådets medlem fra Vejle Sygehus foreslår regionsfunktion i Vejle.

Placering af specialet i den nye struktur

Hæmatologi skal være på OUH og derudover er det i Akutplanen fastlagt, at specialet skal være på Vejle Sygehus, der får status af kræftsygehus.

Patienterne kommer hyppigere ind på sygehusene – primært til ambulant behandling. Hæmatologi er et speciale med betydelig og voksende aktivitet, derfor vil der være grundlag for at videreføre den eksisterende funktion på Esbjerg Sygehus. I Sønderjylland skal hæmatologien planlægges sammen med sygehusene i Flensborg. Der foreligger ikke udkast til specialeudmelding. Placering af regionsfunktioner afventer derfor.

10. Status for de øvrige intern medicinske specialer

De intern medicinske specialer omfatter: nefrologi, reumatologi, kardiologi, geriatri, lungemedicin, endokrinologi, hæmatologi, gastroenterologi og hepatologi samt infektionsmedicin.

Intern medicin skal være bredt repræsenteret i den fælles akutmodtagelse.

OUH har samtlige intern medicinske specialer repræsenteret på matriklen.

På de øvrige akutsygehuse samt Vejle vil specialerne på hovedfunktionsniveau enten være organiseret i egentlige afdelinger/funktioner eller ved en formaliseret samarbejdsaftale om assistance udefra.

Grindsted vil have afdelinger/funktioner i overensstemmelse med de intern medicinske patientgrupper, der skal behandles.

Generelt

Aktivitet

Akutte medicinske indlæggelser 2007. Diagnosegruppe og tilknyttet speciale.

Diagnosegruppe		% af indlæggelser
R,S,T,Z	Uspecificerede sygdomme	30
I	Kredsløbssygdomme incl. apopleksi	21
J	Lungesygdomme	16
E	Endokrinologi	5
A, B	Infektionssygdomme	5
K	Mave-tarm sygdomme	5
N	Nyresygdomme	4
C	Kræftsygdomme	3
D	Godartede svulster og hæmatologi	3
F	Sindslidelser	3
M	Bevægeapparat	3
G	Hjerne og nervesygdomme	2
L	Hudsygdomme	0
H	Øre, næse, hals, øjne	0
O,P,Q	Sjældne sygdomme	0

Kilde: eSundhed.

De 25 hyppigste diagnoser udgør 58 % af de samlede indlæggelser, jf. omstående tabel. I 2007 fordelte de resterende 42 % sig på 908 forskellige diagnoser.

Top 25 af diagnoser for akut medicinske indlæggelser. 2005

Diagnose	%
Lægelig obs for og vurdering af personer mistænkt for sygd	14,3
Lungebetændelse, agens ikke specificeret	5,5
Kronisk obstruktiv lungesygdom, anden	4,7
Akut myokardieinfarkt (AMI)	3,8
Atrieflagren og -flimren	3,4
Hjertesvigt	2,2
Besvimelse og kollaps	2,2
Brystkrampe	1,9
Psyriske lidelser og adfærdsstyrrelser alkoholbetingede	1,9
Anden blodforgiftning	1,7
Udtørring og nedsat ekstracellulærvolumen	1,5
Bakteriel lungebetændelse ikke klassificeret andetsteds	1,4

Respirationsinsufficiens ikke klassificeret andetsteds	1,3
Anæmier, andre	1,3
Infarctus cerebri	1,1
Kronisk nyreinsufficiens	1,1
Forgiftning m svage smertestillende midler	1,0
Blærebetændelse	1,0
Smerter i hals og bryst	1,0
Blodtryksforhøjelse af ukendt årsag	1,0
Sygd i urinveje, andre	1,0
Abnorm vejtrækning	0,9
Rosen	0,9
Anfaldsvis takykardi	0,8
Sukkersyge, insulinkrævende	0,8
Total	58,0

Kilde: e-sundhed 2007.

Intern medicin omfatter mange diagnoser, og speciallægerne er derfor også specialiseret inden for hver deres grenspeciale (i alt 9). Det har ikke været muligt at få oplysninger om den fuldstændige fordeling på grenspecialer.

Oversigt over speciallæger (overlæger og afdelingslæger). Ansat pr. 1. april 2008

Speciale	Sydvestjysk Sygehus*	Sygehus Sønderjylland	Sygehus Lillebælt	OUH &Svendborg*
Intern medicin	7	25	11	4
Endokrinologi			6	16,5
Gastro&hepatologi	2	2	5	12
Geriatrici		2	1	7
Hæmatologi			3	9
Infektionsmed.			3	7
Kardiologi	6	6	18	25
Lungemedicin	2	3	5	9
Nefrologi		2	6	12
Reumatologi**	2	6***	7 (incl. Give)	10 (incl. Ringe)

Kilde: Oplysninger fra sygehusene – april 2008. * 2007-tal, ** oplysninger fra Specialerådet for reumatologi, *** Gråsten Gighospital

Der er derudover 8 speciallægepraksis i reumatologi, heraf 6 med heltidsydernumre, 7 i intern medicin, heraf 2 med heltidsydernummer samt en række quasilæger¹ i Kolding og Vejle.

Vagttilrettelæggelsen på hovedfunktionsniveau

Hvert enkelt speciales funktioner kan være en integreret del af de medicinske afdelinger med fælles vagt. Det bør på hovedfunktionsniveau være muligt at få assistance umiddelbart fra en speciallæge i et af de 9 grenspecialer inden for intern medicin. Det forudsættes, at der er mulighed for assistance inden for hvert grenspeciale med henblik på telefonisk rådgivning om udredning, behandling, og evt. visitation til en afdeling på regions - eller højt specialiseret niveau.

Efteruddannelse i akut medicin

Den nuværende speciallægeuddannelse indeholder en Common-trunk, som giver speciallægerne kompetence til at modtage langt de fleste akutte patienter. Uddannelsesreformen er imidlertid ret ny

¹ Sygehuslæger, der får et ydernummer til afvikling af merarbejde – kendes i det tidligere Vejle Amt

og de er kun de færrest læger der har den. Det betyder, at der vil være behov for en betydelig efteruddannelse i akut medicin.

Rekruttering til de kommende akutsygehuse

Regionen har generelt en relativ "tynd" lægedækning inden for nogle af de medicinske grenspecialer. Det er derfor ikke muligt at opretholde en hel hovedfunktion, som ifølge anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen forudsætter en speciallægebemanding på mindst 3 speciallæger, hvorved funktionen kan være dækket kontinuerligt.

Det er dog vurderingen, at de kommende akutsygehuse med et befolkningsunderlag på ca. 200.000 og derved vil gøre rekruttering lettere og samtidig give patientunderlag til 3 speciallæger.

Specialespecifikt

Intern medicin: kardiologi

Specialet omfatter diagnostik, behandling, palliation, rehabilitering og forebyggelse inden for hjertekarsygdomme (iskæmisk hjertesygdom, medfødte hjertesygdomme, hjerteklapsygdomme og hjerterytmeforstyrrelser og hjertheinsufficiens).

Forhold af betydning for specialeplanlægningen:

- Hjertesygdom er årsag til 40 % af de akutte medicinske indlæggelser i sygehusvæsenet.
- Fortsat højt niveau for PCI (ballonudvidelse)
- Indførelsen af CT-angiografisk koronararteriografi giver bedre selektion til PCI/KAG, betydningen for antallet af KAG er uafklaret.
- Øget anvendelse af telemedicin, herunder evt. fremtidig mulighed for hjemmemonitorering ved hjertarytmier og kontrol af pacemakere og ICD.

Invasiv kardiologi

Aktuelt er der invasiv kardiologi i Haderslev, Esbjerg og Vejle samt OUH, der også varetager højt specialiserede funktioner på området PCI.

Koronar angiografi (KAG) til undersøgelse af hjertets kranspulsårer udføres i henhold til en center-satellitaftale. Esbjerg og Haderslev er satellitter til OUH og Vejle er satellit til Skejby. Derudover udføres der pace-makerimplantationer på de nævnte enheder

Det anbefales at den invasive enhed udfører minimum 100 pacemakerimplantationer og 500 KAG'er.

Funktion	Esbjerg	Haderslev	Vejle	OUH
KAG				
Stationær	217	129	267	2.966
Ambulant	609	679	1.405	5
Pace-maker				
Stationær	319	118	229	446
Ambulant	6		29	2

Specialeudmelding

(udkast 20.02.08)

Hovedfunktionsniveau:

Anbefalet volumengrundlag: ca. 2.000 ekkokardiografier, 100 arbejds-EKG og 100 transøsofagale ekkokardiografier. Assistance fra flg. specialer: infektionsmedicin, radiolog, kl. fysiologi og nuklearmedicin og intensiv niveau 2. Derudover bør der være samarbejde med en specialiseret kardiologisk afdeling.

Regionsfunktioner

På regionsfunktionsniveau skal det være muligt at få assistance umiddelbart fra en speciallæge i kardiologi. Der er særlige krav om, at der skal være et udbygget kardiologisk ambulatorium og et aftalt samarbejde med thoraxkirurgi.

Der fordres assistance fra: Thoraxkirurgi, anæstesiologi med kompetence og erfaring i thoraxkirurgi, karkirurgi, nefrologi, herunder mulighed for dialyse, neurologi samt kl. genetik.

En række regionsfunktioner kan varetages i en afdeling med hovedfunktionsniveau i henhold til en center – satellitaftale. Det drejer sig om KAG og implementering af alm. 1 og 2 kammer pacemakere.

Højt specialiserede funktioner

Visse højt specialiserede funktioner kan foregå på en afdeling med regionsfunktion ved en center-satellitaftale.

Det drejer sig om elektiv PCI, dog skal varetagelsen af funktionen leve op til kravene i notat vedr. PCI-enhed uden hjertekirurgisk tilstedeværelse.

Komplicerede pacemakersystemer, herunder ICD-implantation og kontrol. Her er der mulighed for et formaliseret samarbejde med afdeling med regionsfunktion for så vidt angår simple ICD-enheder.

Ligeledes kan invasiv elektrofysiologi og radiofrekvensablation evt. foregå på en afdeling med regionsfunktion i henhold til en center – satellitaftale.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Hovedfunktionen bør varetages på akutsygehusene og hovedfunktionsniveauet bør suppleres med en center – satellitaftale om invasiv kardiologi, idet de faglige sammenhænge dedikerer dette.

Dette indebærer en videreførelse af center – satellitaftalerne med OUH om KAG i Esbjerg og Haderslev (Sønderjylland). Specialerådet rejste spørgsmålet, om der fortsat skal være center – satellitaftale med Skejby for KAG'er i Vejle. Alm. afklaring på obs endokarditis samt primær udredning for hjerteklapfejl kan foregå på afdeling med hovedfunktionsniveau.

Derudover skal der være 1 sygehus med regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner.

For OUH er det ambitionen at varetage al hjertebehandling for regionens borgere, herunder centerfunktion for alle KAG enheder i regionen og den hjertebehandling, der udføres på Hjertecenter Varde.

Hjerte-CT er undervejs, men effekten på antallet af KAG kan der ikke siges noget om.

Specialerådet vurderer, at yderligere et PCI-Center (til ad hoc PCI'er) i regionen vil give for lidt volumen til OUH og vurderet på landsplan vil decentrale PCI-centre resulterer i "svenske tilstande" med en mængde små PCI-enheder. Evidens for eller mod ad hoc PCI var ikke umiddelbart tilgængelig.

Placering af regionsfunktioner

Placering af regionale funktioner sker senere.

Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi

Specialet omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, kontrol og palliation af patienter med medfødte og erhvervede sygdomme i spiserør, mave-tarmkanal, bugspytkirtel, samt lever- og galdeveje (reflukssygdom, mavesår, mavesmerter, kronisk inflammatorisk tarmsygdom og forskellige leverlidelser).

Forhold af betydning for specialeplanlægningen

- Specialet har et tæt samarbejde med flere specialer, herunder kirurgi og diagnostisk radiologi
- 80 % af den gastroenterologiske aktivitet er ambulant
- Den hepatologiske aktivitet er hovedsageligt indlagte patienter
- Specialet er kendetegnet ved udbredt anvendelse af et stort antal og mange forskellige diagnostiske og terapeutiske endoskopiske procedurer

- Der forventes et større antal endoskopier

Specialeudmelding

(udkast 20.02.08)

Hovedfunktioner:

Specialet kan være en integreret del af de intern medicinske afdelinger med fælles vagt.

Det bør på hovedfunktionsniveau være muligt med umiddelbar assistance af en speciallæge i et af de ni intern medicinske specialer.

En afdeling på hovedfunktionsniveau bør have samarbejde med flg. specialer: anæstesi og intensiv niveau 2, kirurgi, øvrige intern medicinske specialer, kl. fysiologi og nuklear medicin, klinisk diætist.

Regionsfunktioner:

På regionsfunktionsniveau skal det være muligt inden for kort tid at få assistance af en speciallæge i specialet. Der fordres særlig erfaring i dobbelt ballonenteroskopi – evt. i samarbejde med specialet kirurgi samt erfaring i brug af antivirale midler og deres indikation ved behandling af viral hepatitis.

Derudover samarbejde med radiolog med særlige kompetencer, kirurgi med særlige kompetencer kræves der samarbejde med specialerne gyn/obs, dermatologi, oftalmologi og intern medicin: reumatologi.

Der skal være adgang til et koagulationslaboratorium.

Regionsfunktionerne findes inden for: inflammatoriske tarmsygdom, dobbelt ballon endoskopi og antiviral behandling af kronisk hepatitis B og C.

Højt specialiserede funktioner:

Gastroenterologi

Der er en række krav til særlige kompetencer inden for kirurgi og radiologi.

Udover specialer til regionsfunktionen er der krav om samarbejde med klinisk fysiologi og nuklear medicin, onkologi, radiologi, kirurgi, endokrinologi, nefrologi og urologi.

Højt specialiserede funktioner findes bl.a. inden for endoskopiske procedurer ved visse lidelser, endokrine tumorer samt gastrointestinale problemer ved para - og tetraplegi.

Hepatologi.

Fra specialet kræves særlige kompetencer inden for levervenekateterisation og hepatologisk funktionstest samt en leversvigtssygdom, der kan varetage en række funktioner.

Der er krav til en række samarbejdende specialer med en række specifikke kompetencer: Anæstesi med intensiv niveau 3, kirurgi, radiologi, kl. fysiologi og nuklearmedicin, pædiatri (hvis børn behandles), kardiologi, lungemedicin, nefrologi, neurologi samt klinisk genetik.

I hepatologi nævnes en række højt specialiserede funktioner, hvoraf en del skal afklares med kirurgi.

Mulig center-satellitfunktion: Non-biologisk levererstatningsbehandling.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Ad hovedfunktioner: Der er forsat enighed om, at specialet skal indplaceres på alle akut-sygehusene. Omfanget af opgaverne og samarbejdsrelationerne herunder til kirurgi er hovedbegrundelser. Denne dimensionering forekommer realistisk også rekrutteringsmæssigt. Som tidligere anbefalet i Specialerådets høringsvar vedr. akutsygehusene bør specialet muligvis også placeres i Vejle, såfremt dette hospital får en relevant særstatus ('akut specialsygehus' er den aktuelle betegnelse) med behov for varetagelsen disse funktioner, og det fornemmes at blive tilfældet på basis af de foreløbige udmeldinger.

Ad regionsfunktioner: a.) Regionsfunktionerne inden for området kroniske inflammatoriske tarmsygdomme; anbefales at den pågældende regionsfunktion henlægges til OUH. b.) Hvad angår den antivirale behandling af hepatitis B og C var der enighed om, at denne naturligt varetages i et samarbejde mellem specialerne gastroenterologi & hepatologi og infektionsmedicin; der var ikke fra

nogen sider hverken ønske om eller faglig begrundelse for at omorganisere denne del af hepatitisbehandlingen, således som den aktuelt varetages i henholdsvis Kolding og Odense

Ad de højt specialiserede funktioner: Der noteredes fortsat enighed om, at det er af afgørende betydning (kvalitet i funktionerne, rekruttering, uddannelse) for varetagelse af specialet i Regionen, at OUH skal byde ind på at få tildelt så mange af specialets højt specialiserede opgaver som muligt bortset fra levertransplantation og leverassist.

Enighed blandt Specialerådets medlemmer om ovenstående anbefalinger som udgangspunkt for planlægningen.

Placering af regionsfunktioner

Regionsfunktion vedr. særlige inflammatoriske tarmsygdomme samles på OUH. Antiviral behandling for kronisk hepatitis B placeres uændret på Kolding Sygehus og OUH. Placering af øvrige regionale funktioner sker senere.

Intern medicin: lungemedicin

Hovedopgaverne er forebyggelse, diagnostik, behandling, palliation og rehabilitering af såvel arvelige som erhvervede sygdomme inden for følgende seks hovedområder: kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), astma og allergiske sygdomme, lungekræft, infektionssygdomme og tuberkulose, lungefibrose og lignende samt andre sygdomme (herunder søvnapnø og første gangs pneumothorax dvs. sammenklapning af lunge).

Forhold af betydning for specialeplanlægningen:

- Udfordring med at etablere et koordineret, tværfagligt og kontinuerligt forløb for KOL patienter
- Pakkeforløb for lungekræftpatienter. Det forventes at antal henviste patienter vil øges de kommende år.

Specialet har et tæt samarbejde med specialerne: thoraxkirurgi, anæstesiologi, kl. onkologi, kl. mikrobiologi, diagnostisk radiologi og andre intern medicinske specialer. Specialet samarbejder endvidere med almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen.

Specialeudmelding

(udkast 20.02.08)

Hovedfunktionsniveau:

Omfatter forebyggelse, udredning, behandling og rehabilitering af KOL, ukompliceret astma/allergiske sygdomme, opstart og kontrol af hjemmeiltbehandling til kronisk respirationsinsufficiens, ukompliceret sarkoidose og lungeinfektioner både i akut og stabil fase. Palliative funktioner og ukompliceret obstruktiv søvnapnø.

Lungemedicin har et tæt samarbejde med specialet anæstesiologi omkring de akutte KOL-forværringer, hvorfor patienterne bør modtages på sygehuse med fælles akutmodtagelse, hvor anæstesiologi med intensiv terapi forefindes.

Lungemedicin bør have samarbejde med flg. funktioner: NIV (non invasiv ventilation) til akutte KOL-patienter med forværring, udvidet lungefunktionsundersøgelse, fiberbronkoskopi ved sværere lungeinfektioner samt KOL-rehabilitering.

Regionsfunktioner

Anbefalinger til varetagelse af hovedfunktioner bliver på regionsfunktionsniveau krav. Foruden stilles der krav om: at det bør være muligt at få assistance i løbet af kort tid fra en speciallæge i lungemedicin. Udredning af lungekræft er en regionsfunktion. Mellem 25 og 50 % af patienterne mistænkt for lungekræft skal have foretaget ultravejledt oesofagoskopi (EUS) og bronkoskopi (EBUS). For at opnå fornøden rutine og ekspertise skønnes det at hver speciallæge bør udføre min. 1 EUS pr. uge dvs. 40 årligt. Dvs. hvert center bør udføre minimum 120 undersøgelser/år, hvilket svarer til mellem 240-480 henviste patienter pr. center. Det svarer til et befolkningsgrundlag på 180.000-360.000 pr. afdeling.

Andre regionsfunktioner er komplicerede allergiske sygdomme, TB med smittesporing og miljøundersøgelser (her må overvejes etablering af udefunktioner) samt svære lungeinfektioner og lungefibroser.

Center – satellitafteale: Svær astma med behov for immunmodulerende terapi.

Højt specialiserede funktioner er en række sjældne lidelser.

Udviklingsfunktion: Behandling med alfa-1 antitrypsin.

Lægemidlet kan gives i en satellitfunktion, medens monitorering af patientforløbene og resultaterne bør ske centralt. Der afventes dokumentation for behandlingen.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Specialet omfatter en stor del (20-25 %) af den samlede medicinske aktivitet. Der mangler lungemedicinske speciallæger over hele landet, og rekrutteringen er lokalt lidende. I Region Syddanmark er der ikke i en overskuelig fremtid udsigt til at besætte det krævende antal speciallæger i lungemedicin på sygehusenhederne i Esbjerg og Vejle, hverken hvad angår krav til den lægelige videreuddannelse eller til opretholdelse af regionsfunktion i lungemedicin.

Lungesygdomme udgør ca. 25 % af det akutte indtag på de medicinske afdelinger og langt de fleste skal ses på hovedfunktionsniveau. Store patientgrupper er KOL og lungekræft i terminalfasen. Astma patienter behandles hyppigt ambulant.

Det nye i Sundhedsstyrelsens udkast til specialeudmelding er, at udredning for lungekræft er blevet en regionsfunktion. Der er mange patienter (formentlig mindst 8.000 udredninger landsdækkende pr. år).

Der er en meget høj rate lungekræft i de patienter, der undersøges og specialet vurderer, at de praktiserende læger skulle sende patienterne tidligere ind, hvilket indebærer at antallet af udredninger vil stige. Der er forskellige udredningsteknikker og EBUS er pt. ikke særlig udbredt i regionen.

For så vidt angår allergologi er der et allergicenter på OUH, men alle sygehuse bør have en allergolog. Svær astma bør fortsat håndteres i lungemedicinsk regi.

Akutte KOL-patienter bør behandles på akutsygehuse, mens ambulante KOL-patienter også kan behandles andre steder.

Det højt specialiserede er veldefineret og der er et lille volumen.

Placering af regionsfunktioner

Udredning af lungekræft bør foregå i alle sygehusenheder. Placering af øvrige regionale funktioner sker senere.

Intern medicin: nefrologi

Specialet omfatter diagnostik, behandling og palliation hos patienter med medicinske nyresygdomme herunder nedsat nyrefunktion, akut og kronisk nyresvigt med behov for dialyse samt indlæggelsesforløb umiddelbart efter nyretransplantation samt de efterfølgende kontroller.

Esbjerg (ansat 3 overlæger med speciale i nefrologi) og på Sygehus Sønderjylland, Sønderborg Sygehus (ansat 2 overlæger og 1 afdelingslæge med speciale i nefrologi).

Fredericia (ansat 5 overlæger med speciale i nefrologi).

OUH: Nyretransplantationer varetages her og kan ikke varetages andre steder i regionen. Her er ansat 9 overlæger med speciale i nefrologi. Svendborg-afdelingen betjenes af OUH.

Forhold af betydning for specialeplanlægning:

- Specialet er kendetegnet ved at have et tæt samarbejde med flere kirurgiske og intern medicinske specialer og flere tværgående specialer. En af årsagerne hertil er, at nyresygdommen i mange tilfælde er led i sygdomme, der rammer flere organer.
- Over de kommende år forventes der en stigende andel af ældre med komplicerede sygdomme, hvilket kan medføre et øget behov for dialyse. Samtidig ses det, at et stigende antal patienter har behov for transplantation af flere organer.

Specialeudmelding

(udkast 20.02.08)

Der kan etableres formaliserede samarbejdsaftaler mellem afdelinger, der varetager nefrologiske funktioner og dialysesatellitter. De decentrale dialyseenheder, hvor der alene udføres dialyse på patienter med kroniske nyresygdomme og ikke varetages akut dialysefunktion, kan oprettes i samarbejde med nefrologisk hoved-, regions- eller højt specialiseret funktion. Der opstilles en række krav, herunder kontakt til speciallæge i nefrologi og vagtberedskab i intern medicin ad akutte komplikationer (kredsløbskollaps, åndenød og større blødninger).

Hovedfunktionsniveau

Ved varetagelse af nefrologiske funktioner på hovedfunktionsniveau bør der være samarbejde med følgende specialer/funktioner: anæstesiologi med intensiv afsnit niveau 2, urologi eller karkirurgi, intern medicin: endokrinologi, intern medicin: kardiologi og kirurgi.

På hovedfunktionsniveau varetages en række sygdomme og herunder forberedelse og opstart af alle dialysemodaliteter. Ved start af dialyse ved patienter med opstået behov for dialyse eller ved patienter, hvor der opstår komplikationer i forbindelse med dialyse, bør det være muligt i løbet af kort tid, at få assistance fra en speciallæge i nefrologi.

Regionsfunktioner:

Ved varetagelse af nefrologiske funktioner på regionsfunktionsniveau skal det være muligt at få assistance i løbet af kort tid fra en speciallæge i nefrologi. Der skal endvidere hele døgnet være mulighed for dialyse og tilsynsvirksomhed, f.eks. ved patienter med nyreinsufficiens på andre afdelinger.

Desuden skal der på regionsfunktionsniveau kunne samarbejdes med følgende specialer/funktioner: pædiatri ved behandling af børn, og diagnostisk radiologi med kompetence i karundersøgelser, stentninger og nyrebiopsier.

Senkontrol af ukomplicerede nyretransplanterede kan varetages i formaliseret samarbejde med en afdeling med højt specialiserede funktioner. Akut nyreinsufficiens, nyrebiopsi samt udredning og behandling af visse tilstande er andre eksempler på regionsfunktioner ligesom intermitterende (dvs. periodisk) hæmodialyse i intensivt regi.

Højt specialiserede funktioner:

Der skal udover kravene til varetagelse af regionsfunktioner kunne samarbejdes med: klinisk immunologi med vævstypelaboratorium og kompetence i transplantationsimmunologi, transplantationskirurgi – afhængig af omstændighederne kan det være thoraxkirurgi, kirurgi, urologi eller karkirurgi.

De højt specialiserede funktioner er primært inden for transplantationsområdet, herunder efterkontrol af donorer.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Specialerådet anbefaler, at der er nefrologi på akutsygehusene.

Kardiologi, endokrinologi samt karkirurgi er meget vigtige samarbejdsspecialer. Patienterne har ofte hjerteproblemer og/eller diabetes. Karkirurger anlægger dialyseveje.

De højt specialiserede funktioner skal fortsat varetages i Odense. Regionsfunktioner kunne placeres i Fredericia/Kolding. Regionsfunktioner fordrer et øget akut set-up og har en stærkere binding til karkirurgi end hovedfunktionerne.

Intermitterende hæmodialyse på intensiv afdelinger er en regionsfunktion, medens kontinuerlig dialyse kan varetages på hovedfunktionsniveau i et formaliseret samarbejde. Det er fagligt muligt at udføre nyrebiopsier på alle afdelinger som i dag, men det er fremover en regionsfunktion.

Specialerådet ønsker sig en funktionsbærende enhed med Fredericia/Kolding og Esbjerg, Sønderborg. Funktionerne tænkes videreført, men specialerådet ønsker at udvikle et stærkt fagligt miljø på afdelingen på Fredericia Sygehus og senere, når udbygningen af Kolding Sygehus er

færdiggjort, på akutsygehuset her. Alle speciallæger knyttes til denne afdeling, men varetager også funktionerne på Esbjerg og Sønderborg sygehus. Når dette samarbejde er etableret er der mulighed for fælles vagtstruktur.

Placering af regionsfunktioner

Alle regionsfunktioner placeres på Fredericia Sygehus – senere Kolding Sygehus.

Intern medicin: endokrinologi

Specialet omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering af en række sygdomme, herunder diabetes, knogleskørhed, ernæringslidelser samt stofskiftesygdomme (lidelser i skjoldbruskkirtlen).

Forhold af betydning for specialeplanlægningen:

- Hovedparten af aktiviteten er ambulant
- De fleste sygdomme er kroniske med øget behov for indsats og (forpligtende) tværsektorielt samarbejde
- Stigende antal patienter med diabetes 2 og osteoporose
- Op mod 1/3 af de patienter, der indlægges af anden årsag har en endokrinologisk sygdom som biddiagnose

Specialeudmelding

(udkast 20.02.08)

Hovedfunktionsniveau

Endokrinologiske funktioner kan være en integreret del af de intern medicinske afdelinger med fælles vagt. Det bør på hovedfunktionsniveau være muligt at få assistance umiddelbart fra en speciallæge i et af de ni specialer inden for intern medicin. Det forudsættes, at der er mulighed for telefonisk assistance fra en speciallæge i specialet.

Der anbefales samarbejde med flg. specialer: ortopædkirurgi, gyn/obs, kl. fysiologi og nuklearmedicin, kardiologi, nefrologi samt karkirurgi.

Regionsfunktion

Der bør være adgang til en række faciliteter: endokrinologiske funktionstests, ultralydslaboratorium, hormonmålinger samt molekylærbiologi.

Der skal kunne samarbejdes med en række specialer: øvrige intern medicinske specialer, anæstesiologi med intensiv på niveau 2, kirurgi, øjne, neurokirurgi, øre – næse - hals, pædiatri, neurologi, psykiatri, onkologi, kl. fysiologi og nuklearmedicin (særlige scanningsmuligheder) samt kl. genetik.

En række behandlinger, herunder gravide med insulinbehandlet gestational (dvs. opstået i graviditeten) diabetes, insulinpumper, udredning for fedmeoperation (i et aftalt, formaliseret samarbejde med opererende afdeling) samt en række sygdomme i skjoldbruskkirtel, hypofyse og binyre er regionsfunktioner.

Højt specialiseret funktioner.

Samme krav som til regionsfunktioner.

Højt specialiserede funktioner er bl.a. gravide med prægestional (dvs. opstået før graviditeten) diabetes og sværere ernæringsforstyrrelser ved anoreksi samt en række sjældne sygdomme med ganske få tilfælde pr. år.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Specialerådet er enige i udkast til specialeudmelding fra Sundhedsstyrelsen.

Specialerådet anbefaler at man placerer de højt specialiserede funktioner samt regionsfunktioner på Odense Universitetshospital, afdeling M.

Specialerådet foreslår at der oprettes endokrinologiske afdelinger/afsnit på de fem akutsygehuse, da endokrinologi er det næststørste speciale og omkring 1/3 af de akutte patienter, som indlægges på hospital har som hoved- eller bidiagnose en endokrinologisk sygdom. De kommende 5 akutsygehuse svarer også til de steder, hvor der i dag er uddannelsesstillinger.

Endvidere bakker specialerådet op om Sundhedsstyrelsens holdning om bemanding, dvs. at der skal være mindst 3 speciallæger i endokrinologi på hovedfunktionen. En endokrinologisk funktion har behov for tæt samarbejde med følgende øvrige specialer: Ortopædkirurgi, gynækologi-obstetrik, karkirurgi, kardiologi, nefrologi og klinisk fysiologi og nuklearmedicin (moderne billeddiagnostik).

Specialerådet ser gerne, at der på hovedfunktionsafdelingerne etableres et vaskulært center med samarbejde med nefrologer og kardiologer.

For så vidt angår insulinpumpebehandling og gravide diabetikere bør der oprettes center-satellit aftaler eller pakke/forløbsprogram. For gravide diabetikere skelnes mellem gravide, der har diabetes før graviditeten (højt specialiseret funktion), gravide, der får diabetes under graviditeten og skal have insulin (regionsfunktion) og gravide, der får diabetes under graviditeten og som ikke skal have insulin (hovedfunktionsniveau).

Det er specialerådets vurdering at de vigtigste rekrutteringsparametre er geografi og forskningsmuligheder og at der generelt i regionen er gode rekrutteringsmuligheder.

Placering af regionsfunktioner

Alle regionsfunktioner placeres på OUH.

Intern medicin: reumatologi

Specialet varetager forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering af patienter med medicinske sygdomme i bevægeapparatet. Sygdomsgrupper er degenerative led – og muskelsmerter, belastningssygdomme og smertetilstande i bevægeapparatet, gigtsygdomme samt visse knoglesygdomme, herunder knogleskørhed.

Der er i dag reumatologisk funktion følgende steder i Gråsten, Kolding, Vejle, Esbjerg, Svendborg, OUH, Give, ryg og Ringe, ryg. Desuden speciallægepraksis i Esbjerg, Vejle, Svendborg og 2 i Odense.

Der foreligger ingen specialeudmelding.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Reumatologien er i lighed med f.eks. endokrinologi et overvejende ambulant speciale, men der er behov for tilgængelighed til reumatologisk ekspertise på afdelinger med akut funktion. Aften og nat kan dette f.eks. finde sted via telefonrådgivning 1-2 steder i regionen.

Specialet er bedst placeret i bredt funderede miljøer sammen med flere andre specialer, da effektiv udredning af reumatologiske patienter ofte forudsætter tæt samarbejde mellem et bredt udsnit af andre medicinske dobbeltspecialer og diagnostiske specialer. Omvendt er der ofte behov for reumatologisk ekspertise i forbindelse med udredning af f.eks. infektionsmedicinske, nefrologiske, lungemedicinske, hæmatologiske og gastroenterologiske patienter.

I forbindelse med etablering af et regionalt rygcenter finder reumatologerne det væsentligt, at de inflammatoriske rygsygdomme fortsat varetages i de reumatologiske enheder, hvor der er etableret ekspertfunktion vedrørende behandling og forskning.

Da der ifølge prognoserne er faldende produktion af reumatologiske speciallæger frem til 2015 (fra ca. 200 til 150 på landsplan), er det vigtigt at sikre rekrutteringen til specialet bedst muligt. Derfor bør intern medicin:reumatologi være placeret på afdelinger, hvortil der er knyttet yngre læger, som endnu ikke har valgt speciale. Det kan i den forbindelse desuden være hensigtsmæssigt at placere specialet på hospitaler, hvor der er mulighed for at rekruttere både vordende og færdiguddannede speciallæger fra andre regioner (evt. tillige Tyskland).

Specialet har en vigtig rehabiliteringsfunktion vedrørende para- og tetraplegi (LL-funktion ved Rigshospitalet og Holstebro-Viborg), men ellers ikke.

Placering af regionsfunktioner

Der foreligger ikke udkast til specialeudmelding. Placering af regionsfunktioner afventer derfor. Rygcentret i Middelfart har dog regionsfunktion i reumatologisk rygbehandling og rygkirurgi.

Intern medicin: infektionsmedicin

Infektionsmedicin omfatter undersøgelse og behandling af hjemlige og importerede infektions-Sygdomme, herunder HIV – inficerede børn og voksne, AIDS og forskellige former for leverbetændelse. Forebyggelse af infektioner samt rådgivning vedr. forebyggende foranstaltninger i forbindelse med udlandsophold indgår også.

Der foreligger ingen specialeudmelding.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Der er ikke speciallæger nok til alle akutsygehusene, men OUH har speciallæger til at dække telefonrådgivningen. En infektionsmedicinsk hovedfunktion vil kræve 3 speciallæger for at kunne varetage området.

Rigtig mange akutte patienter har infektionsmedicinske problemstillinger i form af akut feber og infektioner, herunder meningitis. Derudover er der infektionsproblemer på de intensive afdelinger, men også inden for andre specialer, som også kan udredes af infektionsmedicinere.

Der er faglige drøftelser om hvilket speciale visse behandlinger hører til. Det drejer sig primært om kronisk viral hepatitis. Specialeudmeldingen vil nok bringe afklaring herpå.

Ej færdigdrøftet i specialerådet.

Placering af regionsfunktioner

Der foreligger ikke udkast til specialeudmelding. Placering af regionsfunktioner afventer derfor.

Intern medicin: geriatri

Specialet varetager forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering af den ældre patient (over 65 år) hvis tilstand er karakteriseret ved mange sygdomme, funktionstab og eventuel social insufficiens.

Der er ikke lands – landsdelsfunktioner.

Der foreligger ingen specialeudmelding.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Den geriatriske patient indlægges typisk akut og har langvarige indlæggelsesforløb, som kræver en hurtig diagnostik adgang til andre specialer. Der bør etableres geriatriske funktioner med geriatriske speciallæger ved alle de sygehusenheder, der skal modtage akutte medicinske patienter. Geriatri bør spille en central koordinerende rolle på akutmodtagelsen. Sygehusindlagte patienter med en geriatrisk problemstilling bør sikres geriatrisk vurdering inden for 24 timer.

Specialet regner med at der med specialeudmeldingen etableres regionsfunktion i demens og fald, som i givet fald placeres på OUH.

Demensudredning sker i samarbejde med neurolog, psykiater og geriater.

Derudover har specialet stærke samarbejdsrelationer til ortopædkirurgi og kardiologi.

Den demografiske udvikling er, at der bliver flere og flere ældre og dermed flere og flere geriatriske patienter. Specialet er ikke diagnoseafgrænset, men man ser på hele den ældre patient, som i gennemsnit er omkring 80 år.

Specialet oplever et rekrutteringsproblem i forhold til speciallæger.

I det ambulante tilbud indgår også tilbud om besøg af geriatrisk team i hjemmet. Dette dog kun hos en udvalgt gruppe, da man er opmærksom på, at det er en meget ressourcekrævende foranstaltning.

Placering af regionsfunktioner

Der foreligger ikke udkast til specialeudmelding. Placering af regionsfunktioner afventer derfor.

11. Status for de øvrige akutspecialer

De øvrige akutspecialer omfatter: Kirurgi, ortopædkirurgi, gynækologi/obstetrik, pædiatri samt (akut) neurologi og (akut) øre-næse-hals. Ifølge akutplanen får akutsygehusene i Odense, Esbjerg, Kolding og Sønderjylland samtlige disse specialer. Akutsygehuset i Svendborg har kirurgi og ortopædkirurgi. Der er ikke taget endelig stilling til om Svendborg på lang sigt fortsat skal have gynækologi/obstetrik. På sigt vil Vejle have elektiv ortopædkirurgi samt kirurgisk behandling af bryst og tarm kræft. Der arbejdes videre med organiseringen af adskillelse af elektiv og akut kirurgi på henholdsvis Vejle og Kolding Sygehus.

Kirurgi

Kirurgi omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, kontrol og palliation af sygdomme, skader, og medfødte misdannelser, hvor operative indgreb er eller kan blive aktuelle i en række (bløddels)organer. Kirurgien omfatter 5 fagområder: Øvre gastroenterional kirurgi, colorektal kirurgi, mammakirurgi, endokrin kirurgi (dækkes også af øre-næse-halslæger) samt børnekirurgi.

Findes på alle sygehusenheder, og spredt på stort set alle matrikler, minimum i form af enkelte ambulatorier.

Forhold af betydning for specialeplanlægningen

70-80 % af indlæggelserne er akutte. På baggrund heraf vurderes det i specialeudmeldingen, at det for at opretholde kvaliteten i en stor del af de elektive indgreb, herunder kræftkirurgi, vil være vigtigt, at kræftkirurgien samles færre steder, men samtidig findes de steder, hvor de fælles akutmodtagelser ligger. Herved sikres, at alle patienter med sygdomme/skader med akut behov for operation opereres af kvalificerede læger.

Aktivitet og speciallæger

Stationær. 2007

	Sydvestjysk Sygehus	Sygehus Sønderjylland	Sygehus Lillebælt	OUH	SHF	I alt
Udskrivninger	5.702	5.561	5.792	6.385	5.773	29.213
Sengedage	18.981	15.624	23.582	23.316	16.229	97.732
OP	1.875	1.968	2.424	3.134	3.702	13.103
DRG-værdi (Hele 1.000)	125.197	122.692	141.102	175.305	124.558	688.856

Kilde: e sundhed

Ambulant.2007

	Sydvestjysk sygehus	Sygehus Sønderjylland	Sygehus Lillebælt	OUH	SHF	I alt
Besøg	12.013	13.925	17.391	15.933	18.535	77.797
OP	1.145	2.247	2.249	2.425	2.134	10.200
DAGS-værdi (Hele 1.000)	30.779	36.883	51.778	36.296	49.208	204.946

Speciallæger (overlæger og speciallæger) Ansat pr. 1. april

Sydvestjysk sygehus*	Sygehus Sønderjylland	Sygehus Lillebælt	Odense & Svendborg*
6	17	17	36

Kilde: Sygehusenes oplysninger april 2008. * 2007-tal

Der er 5 heltidspraksis i regionen, samt quasilæger i Kolding og Vejle.

Specialeudmelding

(udkast 06.02.08)

Ifølge specialeudmeldingen bør det afgøres lokalt, om strumaoperationer skal ligge i øre-næse-hals eller kirurgisk regi.

Hovedfunktionsniveau

Hovedfunktionen er som udgangspunkt placeret på sygehuse med fælles akutmodtagelse og elektive behandlinger i specialet. Afdelingen bør varetage såvel den almene del som den mere specialiserede del af hovedfunktionsniveauet til både maligne og benigne sygdomme.

Ligeledes bør afdelingen kunne varetage modtagelse og initial behandling af patienter på level 2.

Det bør være muligt at få umiddelbar assistance af en speciallæge i kirurgi.

En kirurgisk afdeling bør have samarbejde med: anæstesi og intensiv niveau 2, intern medicin, ortopædkirurgi, gyn/obs og pædiatri, hvis modtagelse af børn.

Der er særlige anbefalinger om samarbejde for så vidt angår kræftkirurgien: Kl. onkologi, kl. fysiologi og nuklearmedicin samt kl. genetik.

Det anbefales, at hver enkelt kirurg har sit specielle ansvarsområde inden for øvre eller nedre kirurgi.

Det er ikke muligt at angive krav til patientvolumen til de enkelte diagnoser og procedure.

Specialfunktioner

Varetager såvel akutte som elektive funktioner på hovedfunktionsniveau samt funktioner på deres eget niveau.

Det vurderes at afdelinger med regionsfunktioner bør have et tæt og formaliseret samarbejde med den højt specialiserede afdeling til varetagelse af sjældne, vanskelige og komplicerede tilfælde.

Regionsfunktioner er f. eks. reflukskirurgi, stentanlæggelse, barostatisk kirurgi samt Crohn, colit og reservoir (sidstnævnte udføres i Esbjerg af læger fra OUH). Mammakirurgi for benign eller malign lidelse.

Operation for brystkræft inklusiv rekonstruktion. Rekonstruktion i tæt samarbejde med plastikkirurgi (herunder operation for recidiv). Kirurgi uden behov for rekonstruktion kan foregå i et formaliseret samarbejde med hovedfunktion efter godkendelse i Sundhedsstyrelsen.

Patienter med højt specialiserede cancerformer vurderes og visiteres de i de multidisciplinære teams på de højt specialiserede afdelinger, evt. inden for rammerne af en center – satellitfunktion.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

En akutfunktion kræver en vis elektiv funktion.

Regionsfunktioner kan placeres forskellige steder, således at en behandling tilbydes et sted og en anden behandling et andet sted.

Strumakirurgi varetages i en teamfunktion mellem Sønderjylland og Esbjerg. Parathyreoidea varetages på OUH.

Specialerådet er i færd med at udarbejde forslag til fordeling af funktioner. Forslaget lægger op til forbedring af kvaliteten i Region Syddanmark ved et bedre samarbejde om enkelte patientgrupper og en centralisering af visse behandlinger, så som inflammatoriske tarmsygdomme, udredning af refluks samt refluks behandling. Centraliseringen vil naturligt føre enkelte mindre diagnose grupper med sig til behandling de samme steder. Specialerådet arbejder også på forslag til en struktur, der fordeler de mere avancerede kikkert operationer på centre, der har udvist speciel interesse og ekspertise.

Specialerådets endelige forslag til fordelingsplan er dog endnu ikke færdig.

Palliative stents kan anlægges på en afdeling med hovedfunktion.

Specialerådet finder, at adskillelsen af elektiv kirurgi og akut kirurgi på hhv. Vejle og Kolding er en udfordring, som kræver særlige hensyn.

Placering af regionsfunktioner

Der er en række regionsfunktioner: Placering skal nærmere afklares. Der arbejdes videre ud fra, at disse kan placeres på forskellige sygehusenheder afhængig af de stedlige kompetencer.

Ortopædkirurgi

Findes på alle sygehusenheder, og spredt på stort set alle matrikler, minimum i form af enkelte ambulatorier

Ortopædkirurgi omfatter 6 fagområder: traumatologi, børneortopædkirurgi, artroskopisk kirurgi og sportstraumatologi, ryggkirurgi, fod/ankelkirurgi, skulder/albuekirurgi, håndkirurgi, hofte/knækirurgi (herunder alloplastikker) samt ortopædisk onkologi.

Forhold af betydning for specialeplanlægningen

- 90 % af sengedagsydelseerne vil ligge indenfor hovedfunktionsområdet
- Der etableres et rygcenter på Middelfart sygehus (i henhold til særskilt planlægning)

Specialet er generelt afhængig af en velfungerende service fra radiologi, anæstesiologi (intensiv) samt laboratoriefunktionen. Derudover er der en række specielle samarbejdsrelationer inden for fagområderne.

Aktivitet og speciallæger

Skadestue og skadeklinik besøg 2007

	Sydvestjysk sygehus	Sygehus Sønderjylland	Sygehus Lillebælt	OUH	Svendborg	I alt
Ambulante besøg	30.586	39.447	46.111	48.143	25.720	190.000
DAGS-værdi (Hele 1.000)	29.362	38.337	44.266	106.723	24.691	243.381

Stationær. 2007

	Sydvestjysk sygehus	Sygehus Sønderjylland	Sygehus Lillebælt	OUH	Svendborg	I alt
Udskrivninger	6.682	4.579	6.108	7.890	2.800	28.059
Sengedage	27.245	18.374	25.061	35.047	13.224	118.951
OP	4.060	2.769	4.085	5.365	1.861	18.140
DRG-værdi (Hele 1.000)	208.889	141.388	205.592	253.995	94.105	903.971

Ambulant. 2007

	Sydvestjysk sygehus	Sygehus Sønderjylland	Sygehus Lillebælt	OUH	Svendborg	I alt
Besøg	30.490	32.984	59.603	62.028	17.148	202.253
OP	3.303	3.925	8.147	?	1.921	17.298
DAGS-værdi (Hele 1.000)	64.011	82.369	173.100	59.546	71.562	450.591

Speciallæger (overlæger og speciallæger) Ansat pr. 1. april

Sydvestjysk sygehus*	Sygehus Sønderjylland	Sygehus Lillebælt	Odense & Svendborg*
14	24	36	55

Kilde: Sygehusenes oplysninger april 2008. * 2007-tal

Der er 7 speciallægepraksis, heraf 4 heltidspraksis. Derudover er der en række quasiydernumre til læger på Kolding Sygehus.

De 14 hyppigste diagnoser ses nedenfor. De udgør 16.655 udskrivninger og 59 % af det samlede antal udskrivninger.

Diagnose	Antal	Sydvestjysk sygehus	Sygehus Sønderjylland	Sygehus Lillebælt	OUH	SHF	Total %
Brud af lår	2626	16%	21%	19%	30%	14%	100
Slidgigt i hofte	1798	18%	17%	32%	19%	13%	100
Slidgigt i knæ	1775	21%	18%	35%	13%	13%	100
Brud på albue og underarm	1632	17%	19%	23%	30%	10%	99
Interkraniel læsion	1377	38%	19%	25%	18%	2%	102
Brud på underben og ankel	1294	20%	17%	20%	32%	11%	100
Komplikationer til interne ortopædiske proteser, implantater og transplantater	1201	26%	12%	22%	30%	9%	99
Brud på skulder og overarm	975	26%	15%	27%	23%	9%	100
Flere læsioner uden spec.	860	1%	25%	20%	40%	13%	99
Følgetilstande efter læsion af ben	744	22%	9%	15%	50%	4%	100
Lægelig obs for personer mistænkt for sygdom	659	7%	7%	9%	70%	7%	100
Brud i håndled og hånd	638	19%	17%	27%	25%	12%	100
Skulderlidelser	538	36%	13%	19%	18%	15%	101
Brud på lænderygsøjle og bækken	538	15	20	20	36	9	100

Der foreligger ingen specialeudmelding

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Specialerådets anbefaling er, at der minimum skal være to speciallæger til at udføre en funktion på såvel hoved- som regionsfunktion. Derved sikres funktionens bæredygtighed med hensyn til stabilitet, fagligt niveau samt forskning og udvikling. Specialerådet vurderer samtidig, at en speciallæge bør udføre 30 – 50 indgreb på år. En række sjældnere forekommende indgreb bør grupperes og hvor der udføres mange ens indgreb kan tallet være højere (f.eks. alloplastikker).

De fleste fagområder bør være på akutsygehusene, hvor der ligeledes bør være et traumeberedskab. Onkologisk ortopædkirurgi er højt specialiseret og omfatter på OUH udredning af primær knoglekræft. Inden for børneortopædi er mange funktioner højt specialiserede, men der vil være mulighed for etablering af en center – satellitfunktion mellem OUH og en regionsfunktion, dog varetager alle akutcentre den traumatologiske funktion inden for de fleste skader ved børn. Anæstesiens udmeldinger vedr. anæstesi til børn vil give problemer til denne funktion.

Inden for artroskopisk kirurgi og sportstraumatologi og håndkirurgi er der specialfunktioner, der bør centraliseres. Der gælder f. eks. også for revisionshoftealloplastikker. Håndkirurgi kunne varetages som center – satellitfunktion.

Inden for ryggkirurgi er der både hovedfunktion, regionsfunktion og højt specialiseret funktion. Behandlingen af rygpatienter på et rygcenter vurderes som et visionært tiltag, men specialerådets bekymring går på, om det vil være muligt at rekruttere, fastholde og uddanne ryggkirurger på et sådant center. Synspunktet er efterfølgende uddybet med specialerådets synspunkter på specialerådsmødet den 28. marts 2008.

Placering af regionsfunktioner

Der foreligger ikke udkast til specialeudmelding. Placering af regionsfunktioner afventer derfor.

Gynækolog/obstetrik

Der er gynækologi/obstetrik i Esbjerg, Sønderborg, Haderslev, Kolding, OUH og Svendborg med ambulante funktioner på en række øvrige matrikler.

Der er fødesteder i Esbjerg, Sønderborg, Haderslev, Kolding, Odense og Svendborg. Haderslev og Svendborg varetager forventede normalfødsler, idet risikofødsler visiteres til hhv. Sønderborg og Odense.

Der foregår en del rådgivning/særlige forløb for udvalgte grupper på afdelingerne i regionen.

Der er center til modtagelse af voldtægtsofre i Odense og Kolding.

Med den kommende fødeplan tilrettelægges fødselsbetjeningen i regionen i henhold til Sundhedsstyrelsens kommende retningslinjer for svangreomsorg.

Gynækologi omfatter forebyggelse, diagnostik og behandling af en række kvindesygdomme, herunder almen gynækologi og gynækologisk endokrinologi, urogynækologi, fertilitetsbehandling samt onkologisk gynækologi. Obstetrik omfatter sundhedsfremme, forebyggelse, diagnostik og behandling under svangerskab, fødsel og barselsperioden, herunder indgreb i forbindelse med fødslen og fosterundersøgelser med screeningstilbud.

Forhold af betydning for specialplanlægningen

- Opgaveflytning fra sygehusregi til speciallægeregi, hvilket giver tungere operationer på sygehusene.
- Stigende behov for fertilitetsbehandling
- HPV-vaccination drøftes
- Knap 25 % af de 65.000 fødsler foretages ved kejsersnit
- Andelen af sårbare gravide vurderes at være stigende.

Aktivitet og speciallæger

Gyn obs stationær. 2007 incl. fødsler og børn.

	Esbjerg	Sygehus Sønderjylland*	Kolding	OUH	Svendborg	I alt
Udskrivninger	6.967	7.186	7.877	10.685	4.278	36.993
Sengedage	19.131	21.651	23.575	29.556	11.651	105.564
OP	2.873	2.853	3.351	4.948	1.841	15.866
DRG-værdi (Hele 1.000)	73.090	76.382	88.936	126.211	47.443	412.063

Kilde: e-sundhed. * Heraf Haderslev 2.517 / 5.917 / 1.061 / 25.969

NB. Børn udgør 12.800 udskrivninger

Gynobs ambulant.2007

	Esbjerg	Sygehus Sønderjylland*	Kolding	OUH	Svendborg	I alt
Besøg	20.429	22.695	28.243	48.483	17.572	137.422
OP	1.736	1.544	1.434	3.165	1.773	9.652
DAGS-værdi (Hele 1.000)	49.353	44.493	58.676	95.553	40.463	288.540

Kilde: E-sundhed. * heraf Haderslev 6.857 / 555 / 14.072

Fødsler 2007

	Esbjerg	Sygehus Sønderjylland*	Kolding	OUH	Svendborg	I alt
Udskrivninger	2.154	2.236	3.041	3.855	1.360	12.646
Sengedage	8.154	9.034	11.777	13.025	4.118	46.108
DRG-værdi (Hele 1.000)	34.506	34.712	52.243	66.583	21.266	209.311

Kilde: E-sundhed * heraf Haderslev 762 / 2.160/ 10.882

De 5 hyppigste diagnoser for gynækologi og obstetrik, når der ses bort fra fødsler.

Diagnose	Antal	Esbjerg	SHS	Kolding	OUH	Sygehus Fyn	Total %
Nedsynkning og fremfald af kvindelige kønsdele	832	23%	26%	19%	18%	15%	101
Kraftig, hyppig og uregelmæssig menstruation	706	20%	31%	18%	21%	11%	101
Lægelig obs for og vurdering af personer mistænkt for sygdom	676	21%	27%	27%	18%	7%	100
Andre unormale svangerskabsprodukter	615	19%	17%	23%	27%	14%	100
Smerter i mave og underliv	524	39%	20%	14%	16%	11%	100

Speciallæger (overlæger og speciallæger) Ansat pr. 1. april

Sydvestjysk sygehus*	Sygehus Sønderjylland	Sygehus Lillebælt	Odense & Svendborg*
?	12	18	36

Kilde: Sygehusenes oplysninger april 2008. * 2007-tal

Der er 14 speciallægepraksis, heraf 12 med heltidsydernummer. Derudover er der quasiydernumre til læger på Kolding Sygehus.

Specialeudmelding (endelig)

Hovedfunktionsniveau

Assistance fra "akutspecialerne" og derudover neurologi med mulighed for assistance i dagtid og telefonrådgivning umiddelbart. Derudover bør der være mulighed for umiddelbar assistance fra en speciallæge i gyn/obs. For pædiatri anføres: "Pædiatri med neonatologisk kompetence med mulighed for assistance umiddelbart. I tyndt befolkede områder med ø- eller ølignende geografi, hvor dette krav ikke kan opfyldes vil andre løsninger være nødvendige. Det er dog en forudsætning, at den sundhedsfaglige kvalitet sikres gennem et tæt, formaliseret samarbejde med alle relevante parter samt at borgerne er informeret herom."

Regionsfunktioner

Skal have assistance af følgende: urologi med mulighed for assistance i løbet af 30 minutter, intern medicin: endokrinologi med mulighed for assistance i dagtid og kl. onkologi med mulighed for assistance i dagtid.

Regionsfunktioner er f. eks. sårbare gravide (psyko-sociale grupper), patienter med diabetes, opstået under graviditeten, patienter med thyreoideasygdomme samt truende for tidlig fødsel, dvs. efter 28, 30, 32 uger, afhængig af hovedfunktionens neonatalafdeling. For disse patienter spiller nærhed en rolle og der kan indgås center-satellitaftaler.

Center til modtagelse af voldtægtsofre, eventuelt med satellitfunktion på hovedfunktionsniveau.

Højt specialiserede funktioner

Omfatter en række sjældne tilstande inden for obstetrik, f.eks. gravide med HIV og diabetes, opstået inden graviditeten og truende ekstrem for tidlig fødsel. Inden for gynækologi drejer det sig f. eks. om udredning og behandling af ovariecancer, som skal behandles på 4 afdelinger i landet.

De faglige anbefalinger fra specialerådet.

Specialerådet ser ingen faglige problemstillinger i de udmeldte højt specialiserede funktioner.

I forbindelse med fødsler finder specialerådet, at der skal være en børneafdeling på stedet og dermed en pædiater. Midlertidige ordninger uden kan dog accepteres.

Specialerådet finder, at rådgivningsfunktionen til sårbare gravide på regionsniveau bør breddes ud til alle afdelinger med hovedfunktionen. Der er mange patienter (omkring 10 % af alle fødende) og for nogle grupper er der tale om rigtig mange besøg. Ved centralisering frygter specialerådet, at nogle grupper ikke vil komme til de nødvendige kontroller.

For så vidt angår vurdering af gravide med (gestationel) diabetes kan funktionen breddes ud til mere end et sted, forudsat at der er endokrinolog på stedet. Det er den i dag, hvor samarbejdet fungerer på den måde, at patienterne følges lokalt, så længe der er tale om en forventet udvikling. Ved afvigelser herfra henvises patienterne til OUH. Den fremtidige tilrettelæggelse henvises til udvalgsarbejde. Centre for Voldtægtsofre anbefales opretholdt i Kolding og OUH.

Ligeledes finder specialerådet, at urogynækologi, der også er udmeldt som en regionsfunktion, burde være en hovedfunktion i Esbjerg, Sønderborg, Kolding og OUH.

Øvrige regionsfunktioner skal være et sted i regionen, da der er tale om få patienter.

Placering af regionsfunktioner

Center for Voldtægtsofre placeres uændret på OUH og Kolding Sygehus. Behandling af gravide med gestationel diabetes, sårbare gravide og urogynækologi skal kunne varetages lokalt i formaliseret samarbejde (dette kræver godkendelse fra Sundhedsstyrelsen). Placering af øvrige regionale funktioner sker senere.

Pædiatri

Der er pædiatri i Esbjerg, Kolding, Sønderborg og Odense med ambulatorier på en række øvrige matrikler.

Der foregår en vis sammenhængende rådgivning med gyn/obs omkring gravide med alkohol - og stofmisbrugsproblemer. Denne rådgivning er udpeget til regionsfunktion.

Specialet omfatter forebyggelse, diagnostik og behandling af såvel medfødte sygdomme som sygdomme opstået i barnealderen, det vil sige fra fødsel til overstået pubertet. Specialet varetager 6 overordnede grupper

- Nyfødte med komplikationer eller medfødte sygdomme og misdannelser
- Akut sygdom hos hidtil raske børn
- Kroniske sygdomme
- Psykosomatiske tilstande og socialpædiatriske tilstande
- Sjældne og komplicerede sygdomme
- Voksne med sjældne sygdomme, der debuterer i barnealderen

Under hensyn til sammenhængende patientforløb, herunder hensyn til skolegang og sociale aktiviteter anføres det ønskelige i at der indgås center-satellitaftaler. Udfordringen er generelt at sikre kvalitet sammen med nærhed, f.eks. foreslås der samling af funktioner og afdelinger med specialfunktioner kombineret med udefunktioner.

Forhold af betydning for specialeplanlægningen:

- Betydelig ambulant aktivitet for børn med kroniske sygdomme, f.eks. astma, allergi, epilepsi.
- En række specialiserede funktioner med hver sit lille patientunderlag
- Behov for at den enkelte speciallæge udvikler specifikke erfaringer og kompetencer.
- Tendens til sjældne sygdomme med debut i barnealderen overgår til behandling i de respektive voksenspecialer i samarbejde med børneafdelingen.
- 85 % af indlæggelserne sker akut

Stationær. 2007.

	Esbjerg	Kolding	Sønderborg	OUH	I alt
Udskrivninger	3.361	6.187	3.476	8.246	21.270
Sengedage	10.005	17.191	10.585	26.181	63.962
OP	43	96	46	391	576
DRG-værdi (Hele 1.000)	55.521	98.310	57.504	178.029	389.366

Kilde: e-sundhed

Ambulant.2007

	Esbjerg	Kolding	Sønderborg*	OUH	Svendborg	I alt
Besøg	6.869	11.932	5.857	16.019	560	41.237
OP	5	0	2	0	0	7
DAGS-værdi (Hele 1.000)	11.778	29.464	10.802	36.018	961	89.026

Speciallæger (overlæger og speciallæger) Ansat pr. 1. april

Sydvestjysk sygehus*	Sygehus Sønderjylland	Sygehus Lillebælt	Odense & Svendborg*
7	7	11	28

Kilde: Sygehusenes oplysninger april 2008. * 2007-tal

Der er 3 heltidspraksis i pædiatri.

Specialeudmelding

(udkast 11.04.08)

Ved modtagelse af børn på de fælles akutmodtagelser, med undtagelse af børn med mindre skader, bør pædiatri være repræsenteret på matriklen.

Hovedfunktionsniveau

Det bør være muligt umiddelbart at få assistance fra en speciallæge i pædiatri. Der bør være adgang til speciallæger med ekspertise inden for flere fagområder i forbindelse med vurdering af det akut syge barn.

En børneafdeling med hovedfunktion bør have samarbejde med følgende specialer/funktioner: anæstesiologi med intensiv afsnit niveau 2, børne- og ungdomspsykiatri, diagnostisk radiologi med mulighed for MR-scanning, kirurgi, klinisk fysiologi og nuklearmedicin, neurologi med neurofysiologi, oftalmologi, oto-rhino-laryngologi. En børneafdeling med hovedfunktion bør desuden have: diætist, fysioterapeut, psykolog, pædagog, lærer og socialrådgiver.

Regionsfunktion

Foruden krav til eget speciale og krav til assistance fra eget speciale og fra andre specialer/funktioner, som er anført under hovedfunktionsniveau, er der krav om, at komplicerede tilfælde nævnt under hovedfunktionen skal visiteres til regionsfunktion. Afdelinger med regionsfunktioner varetager desuden i varierende grad hovedfunktion på områderne. Krav om assistance fra andre specialer, afhænger af hver enkelt funktion.

Regionsfunktionen i neonatalologi skal kunne varetage respiratorbehandling i under et døgn. I pædiatri er der ren række funktioner, hvor der er relativt få patienter. Socialpædiatri er ligeledes en regionsfunktion.

Højt specialiseret niveau

Pædiatriske højt specialiserede funktioner er sygdomsforløb, som ofte er kroniske og langvarige, men hver for sig sjældne.

Højt specialiserede funktioner er f. eks. respiratorbehandling over 24 timer, behandling af nyfødte under 28 uger samt intensiv terapi til børn efter neonatalperioden.

Center-satellitaftaler:

Af hensyn til patienterne, herunder skolegang og sociale aktiviteter, bør der i videst muligt omfang sikres sammenhængende patientforløb. Der skal etableres samarbejdsordninger mellem specialiserede afdelinger, regionale afdelinger og hovedfunktionsafdelinger, således at behandling kan ske så nær barnets hjem som muligt.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Det er i orden med 4 afdelinger for pædiatri og der er et godt samarbejde mellem alle afdelingerne. Anæstesiens udmelding vedr. anæstesi til børn giver problemer. Det er specialets vurdering, at akutte børn skal kunne behandles optimalt på akutsygehusene, herunder hører bl.a. MR – og CT scanninger under bedøvelse.

Specialet vurderer, at der er volumen nok til en neonatalfunktion ved et befolkningsunderlag på 200.000 til 300.000 indbyggere og at det også vil være muligt at etablere en passende funktion ved et befolkningsunderlag på omkring 170.000 indbyggere.

Neonatalogi på hovedfunktionsniveau har ikke eget beredskab. Kolding ser gerne at afdelingen kan varetage neonatalogi på regionsfunktion, hvilket kræver et vagtberedskab. Der er i specialet ikke enighed om, hvorvidt behandlingen af nyfødte børn i uge 26 – 28 er en højt specialiseret funktion eller en regionsfunktion. I dag behandles disse børn i Kolding.

Pædiatri er kendetegnet ved mange små patientgrupper, som i dag behandles lokalt med tæt kontakt til OUH, svarende til en center – satellitaftale. Det gælder f. eks. inden for gastroenterologi og neuropædiatri. Specialet ønsker, at det skal være muligt at fortsætte den nuværende praksis med lokal behandling, afhængig af kompetenceniveau, dvs. regionsfunktioner på flere afdelinger.

Der er ikke mange problemstillinger på de højt specialiserede funktioner. OUH vil gerne opretholde nyretransplantation på børn.

Specialerådet har i fremsendte papirer redegjort for at der kunne tænkes en regional ledelse af de pædiatriske afdelinger med bevarelse af en klinisk ledelse på hver af der regionale afdelinger.

Placering af regionsfunktioner

Der er et stort antal små regionsfunktioner. Der arbejdes videre ud fra, at disse kan placeres på forskellige sygehusenheder afhængig af stedlige kompetencer.

Neurologi

Specialet varetager diagnostik, behandling og rehabilitering af patienter med sygdomme i hjerne, rygmarg, nerver og visse muskelsygdomme. Eksempler på hyppige neurologiske sygdomme er epilepsi. Hovedpine og apopleksi.

En særlig funktion er neurorehabilitering, som har været udtaget til særskilt planlægning i Region Syddanmark.

Der er neurologi i Sønderborg, Esbjerg, Vejle og OUH. I den nye struktur flyttes neurologien fra Vejle til Kolding. Behov for assistance og evt. placering af elektive funktioner i Vejle og Svendborg må bero på nærmere vurdering.

Aktivitet og speciallæger

Stationær. 2007

	Esbjerg	Vejle/Give	Sønderborg	OUH	I alt
Udskrivninger	1.726	1.415	1.020	2.141	6.302

Sengedage	7.039	7.453	6.741	15.057	36.290
OP	19	30	24	79	152
DRG-værdi (Hele 1.000)	33.379	34.575	23.247	55.285	146.488

Ambulant 2007

	Esbjerg	Vejle/Give	Sønderborg	OUH	I alt
Besøg	6.253	14.314	7.627	9.603	37.797
OP	0	14	0	220	234
DAGS-værdi (Hele 1.000)	16.069	40.423	20.303	25.146	101.942

Speciallæger (overlæger og speciallæger) Ansat pr. 1. april

Sydvestjysk sygehus*	Sygehus Sønderjylland	Sygehus Lillebælt	Odense & Svendborg*
6	6	14	12

Kilde: Sygehusenes oplysninger april 2008. * 2007-tal

Der er 19 speciallægepraksis i neurologi, heraf 7 med heltidsydernummer.

De 10 hyppigste diagnoser ses nedenfor. De udgør 3.256 udskrivninger svarende til 52 % af det samlede antal udskrivninger.

Diagnose	Esbjerg	Vejle-Give	OUH	Sønderborg	Total %
Epilepsi	19%	29%	35%	17%	100
Hovedpine	28%	26%	42%	5%	101
Lægelig obs for og vurdering af personer mistænkt for sygdom	38%	34%	2%	26%	100
Følger efter karsygdom i hjerne	32%	19%	19%	29%	99
Andre symptomer og fund fra nerve- og bevægelsessystem	0%	0%	100%	0%	100
Interkraniel læsion	41%	25%	16%	19%	101
Dissemineret sklerose	44%	16%	33%	8%	101
Behandling med anvendelse af genoptræningsforanstaltninger	1%	3%	96%	1%	101
Kramper ikke klassificeret andetsteds	47%	12%	38%	4%	101
Svimmelhed	36%	22%	37%	6%	101

Der foreligger ingen specialeudmelding

Specialerådets faglige anbefalinger

Det er OK, at der er 4 neurologiske afdelinger.

Der skal tages stilling til organiseringen af trombolysе-behandlingen i regionen. I dag "kører" behandlingen på OUH og med Esbjerg som satellit. Specialet foreslår, at der oprettes trombolysе satellitter i Sønderborg og Vejle.

Specialet finder, at der er en centraliseringstendens og anbefaler at den søges imødegået med oprettelsen af funktioner som Sydjysk Sklerose Klinik, der er en fælles enhed for de tre afdelinger i Jylland og som varetager en række funktioner (heraf nogle som er foreslået som regionsfunktioner) efter fælles ensartede retningslinier. Hvis der distribueres tilsvarende klinikker inden for andre områder i specialet vil hver afdeling opnå spidskompetencer inden for hver deres område. Et område kunne f.eks. være hovedpine, som der er særlig ekspertise inden for i Esbjerg.

For klinisk neurofysiologi foreslås oprettet en regionsfunktion.

For så vidt angår de højt specialiserede funktioner forventes det, at de funktioner, der nu er placeret to steder i DK, forbliver der. Såfremt underlaget er til stede i regionen bør patienterne behandles i regionen.

OUH bør overveje om der skal søges om en højt specialiseret funktion i invasiv neurologi (hvor der foreslås oprettet 2 på landsplan), henset til at der kan være tale om et kommende udviklings – og vækstområde.

Placering af regionsfunktioner

Der foreligger ikke udkast til specialeudmelding. Placering af regionsfunktioner afventer derfor.

Øre-næse-hals

Specialet omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, palliation og rehabilitering af medicinske og kirurgiske sygdomme samt traumer inden for 5 fagområder, herunder hørenedsættelse og balanceforstyrrelser, kirurgi på øret, hoved-halskirurgi samt sygdomme i næse, bihuler og strube.

Forhold af betydning for specialeplanlægningen:

- Inden for de fleste områder vil der fortsat være fokus på flere dagkirurgiske funktioner med accelererede forløb, hvilket vil frigive sengekapacitet, men også øge de logistiske udfordringer. På afdelinger der behandler patienter med kræft, vil der være et øget behov for stationære senge på grund af et øget antal patienter.
- Kræftpakkeforløb indføres.
- Antallet af personer pr. år, der får høreapparater er stigende. Inden for audiologien og otokirurgien ses desuden øget aktivitet vedr. cochlear implant (CI). Der er aktuelt mangel på audiologiassistenter visse steder i landet.
- Generelt forventes en yderligere samling af funktioner inden for de kommende år.

Aktivitet og speciallæger

Stationær. 2007

	Esbjerg	Sønderborg	Vejle	OUH	Svendborg	I alt
Udskrivninger	1.985	972	1.218	2.576	935	7.686
Sengedage	4.848	1.716	2.296	5.255	1.325	15.440
OP	963	698	799	1.955	714	5.129
DRG-værdi (Hele 1.000)	36.383	14.257	20.595	57.312	14.615	143.164

Kilde: e-sundhed

Ambulant. 2007

	Esbjerg	Sønderborg	Vejle	OUH	Svendborg	I alt
Besøg	13.778	14.747	20.644	21.774	14.747	76.733
OP	532	937	1.588	979	937	4.814
DAGS-værdi (Hele 1.000)	33.734	34.860	63.824	56.982	34.860	211.167

Kilde: e-sundhed

Speciallæger (overlæger og speciallæger) Ansat pr. 1. april

Sydvestjysk sygehus*	Sygehus Sønderjylland	Sygehus Lillebælt	Odense & Svendborg*
4	6	8	17

Kilde: Sygehusenes oplysninger april 2008. * 2007-tal

Der er 32 heltids ørelægepraksis i regionen.

Specialeudmelding

(udkast 20.02.08)

Hovedfunktionsniveau

Ved varetagelse af øre-næse-hals-kirurgiske hovedfunktioner bør der kunne samarbejdes med følgende specialer: pædiatri ved behandling af børn, anæstesiologi med intensiv afdeling niveau 2, intern medicin, klinisk fysiologi og nuklearmedicin.

Ved audiologi og vestibulologi bør der samarbejdes med følgende specialer: pædiatri ved behandling af børn, gynækologi og obstetrik, arbejdsmedicin, klinisk genetik, neurologi, oftalmologi.

Regionsfunktion

Ved varetagelse af øre-næse-hals-kirurgiske regionsfunktioner skal der kunne samarbejdes med følgende specialer/funktioner: diagnostisk radiologi med MR-scanning, oftalmologi, anæstesiologi med kompetence i behandling af børn under 2 år, intern medicin: endokrinologi, intern medicin: nefrologi. Regionsfunktioner er f. eks. audiologisk forberedelse og opfølgning af patienter med cochlear implant. og strumaoperationer ((godartet) thyreoidea – og parathyreoideakirurgi).

Center – satellitaftale: Evt. på sigt for voksne med cochlear implant.

Højt specialiserede funktioner

Ved varetagelse af højt specialiserede øre-næse-hals-kirurgiske funktioner skal der kunne samarbejdes med følgende specialer/funktioner: diagnostisk radiologi med kompetence i coiling og embolisering, plastikkirurgi, dermatologi og venerologi, klinisk onkologi, thoraxkirurgi, neurokirurgi, kirurgi, tand-,mund-og kæbekirurgi og kommunikationscenter/taleinstitut.

Højt specialiserede funktioner er f. eks. kræftkirurgi. De kirurgiske procedurer ved cancerkirurgi er meget lig procedurer ved godartet kirurgi. Forudsætningen for at varetage hoved – halskirurgi er rutine i halsdissektion med minimum 90 operationer pr. afdeling pr. år.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Specialet har primært haft overvejelser omkring regionsfunktioner, hvortil en række lidt mere specialiserede behandlinger, der i dag udføres på alle øre – næse – halsafdelinger, henregnes. Specialerådet vurderer, at omkring 10 – 20 % af aktiviteterne på afdelingerne fremover bliver regionsfunktion. Afdelingen i Vejle laver mange af disse funktioner, Sønderborg nogle og Esbjerg næsten ingen. Specialet vurderer, at der bør være to afdelinger med regionsfunktioner. Forskellen mellem en aktiv speciallægepraksis, målt ved behandlingstilbud, og en afdeling med hovedfunktion uden regionsfunktioner er stort set døgnberedskabet.

Strumaoperationer er henlagt som regionsfunktion på trods af et stort volumen. Specialet finder, at der er tale om en operation, som kræver stor erfaring, rutine og avanceret udstyr og at den derfor er en regionsfunktion. 75 % af operationerne udføres i øre-næse-halsregi og er for den øvrige del på vej over i øre-næse-hals regi.

OUH varetager Cochlear implant på voksne. Høreklubben ved OUH varetager den primære tekniske tilpasning samt forestår rehabilitering i samarbejde med Center for Rehabilitering. Opfølgningen foregår ved alle høreklubber og rehabiliteringscentre i regionen. Rehabiliteringen af børn med Cochlear implant foregår primært i Århus og Gentofte med opfølgning ved døveskolerne i Ålborg, Fredericia og Nyborg.

Højt specialiseret behandling er stort set cancerkirurgi og OUH varetager alle behandlinger på højt specialiseret niveau, på nær ganske få indgreb på det indre øre.

Øre – næse – hals – og røntgenafdelingen har landsfunktion for diagnostik og behandling af karsvulster i svælget og lungerne.

Specialet har ingen rekrutteringsvanskeligheder, hverken på læge eller plejesiden.

Placering af regionsfunktioner

Der er et stort antal små regionsfunktioner. Der arbejdes videre ud fra, at disse kan placeres på forskellige sygehusenheder afhængig af de stedlige kompetencer.

12. Status for de tværgående specialer

De tværgående specialer omfatter

1. Laboratoriespecialerne
2. Anæstesiolog
3. Diagnostisk radiologi

Laboratoriespecialerne

Laboratoriespecialerne er: Klinisk mikrobiologi, klinisk immunologi, klinisk biokemi, patologisk anatomi og cytologi, klinisk genetik, klinisk fysiologi og nuklearmedicin. De enkelte specialer gennemgås nedenfor.

Klinisk mikrobiologi

Specialet klinisk mikrobiologi er et tværgående, klinisk orienteret laboratoriespeciale, der betjener sygehusafdelinger og den primære sundhedstjeneste med undersøgelser af prøver fra patienter og deres omgivelser for tilstedeværelse af sygdomsfremkaldende bakterier, virus, svampe og parasitter. Specialet yder lægefaglig rådgivning vedrørende fortolkning af undersøgelsesresultater, antimikrobiel kemoterapi, infektionsprofylakse og infektionshygiejne, samt foretager registrering og overvågning af infektionssygdomme.

Aktuel organisering af klinisk mikrobiologi i Region Syddanmark:

- Odense Universitetshospital
- Vejle Sygehus
- Sønderborg Sygehus
- Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg

Der foreligger ingen specialeudmelding.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Hovedfunktion

Regionens fire hospitalsenheder med akutfunktion skal i henhold til akutplanen have adgang til klinisk mikrobiologiske hovedfunktioner. Dette foregår mest hensigtsmæssigt, hvis hver hospitalsenhed har sin egen kliniske mikrobiologiske enhed med døgn-dækket rådighedsvagt ved klinisk mikrobiolog. Klinisk Mikrobiologisk afdeling OUH har formaliseret vagtdækning af sit optageområde. De sydjyske afdelinger har ingen formaliseret vagtordning, men betjenes efter aftale af klinisk mikrobiologi fra Vejle. Dette er ikke holdbart i det lange løb, hvorfor der bør arbejdes frem mod en formaliseret fælles vagtordning, dækkende hele det sydjyske område. Vagtordningen på Fyn kan ikke bidrage til vagtdækningen i Syddanmark, da den er spændt til bristepunktet.

Regionsfunktion

Omfatter (forventet) diagnostik og rådgivning omkring infektioner, som er sjældne eller hvor diagnostikken er kompliceret og særlig ressourcekrævende. Sådant diagnostik blev tidligere varetaget af Statens Serum Institut, men er i de senere år i stigende omfang overført til de store kliniske mikrobiologiske afdelinger på universitetshospitalerne.

Mikrobiologiske specialanalyser er forventet regionsfunktion. Der arbejdes i regionen med en samarbejdsaftale om, at specialanalyser, som OUH har hjemtaget fra Statens Serum Institut, og som ikke udføres lokalt, fremover skal udføres for hele regionen. Ordningen er under fortsat opbygning og kun delvis implementeret. Specielt sendes der fortsat mange analyser til Statens Serum Institut fra praksissektoren i det sydjyske område. Specialerådet anbefaler at der arbejdes videre med aftale om visitation af mikrobiologiske specialanalyser.

Placering af regionsfunktioner

Der foreligger ikke udkast til specialeudmelding. Placering af regionsfunktioner afventer derfor.

Klinisk immunologi

Klinisk immunologi omfatter transfusionsmedicin, transplantationsimmunologi, diagnostisk immunologi og vævscentervirksomhed.

Aktuel organisering af klinisk immunologi i Region Syddanmark:

- Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg
- Vejle Sygehus
- Sønderborg Sygehus
- Odense Universitetshospital

Status for Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning vedr. klinisk immunologi: arbejdsgruppe er nedsat og første møde afholdt. Tilsyneladende enighed om, at specialet bør organiseres omkring højst 5 regionale centre; 1) centralisering af produktion og ikke-basale analyser, 2) fælles organisation, kvalitetsstyring, it-systemer, 3) kritisk masse (få speciallæger) og 4) lægeligt vagtberedskab 24 timer i døgnet 365 dage om året.

Specialets vigtigste samarbejdsrelationer er klinikere der bruger blod i deres patientbehandling.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

- Der bør snarest etableres 1 klinisk immunologisk organisation i Region Syddanmark, der har det faglige ansvar for det klinisk immunologiske område i hele regionen og med ansvar for økonomi og evt. personale inden for det klinisk immunologiske område på alle regionens sygehuse. Ledelsesansvaret forankres entydigt.
- Organisationen vil være ansvarlig for en fælles lægevagt på speciallægeniveau for hele regionen
- Tapning af blod skal ske decentralt, hvor donorerne bor eller arbejder og på tidspunkter, der passer dem.
- Af kvalitetsmæssige og økonomiske årsager og af hensyn til den fremtidige udvikling bør forarbejdning og testning af blod foregå ét sted i regionen og et sted, hvor der er umiddelbar adgang til speciallæger
- Al blodtypeserologi i regionen skal fortsat standardiseres og skal udføres under organisationens faglige ansvar. Den transfusionsrelaterede blodtypeserologi skal foregå lokalt på de klinisk immunologiske afdelinger. På sygehus, der ikke har en sådan afdeling, udføres basal blodtypeserologi på den klinisk biokemiske afdeling eller der oprettes et ubemandet bloddepot.

Placering af regionsfunktioner

Der foreligger ikke udkast til specialeudmelding. Placering af regionsfunktioner afventer derfor.

Klinisk biokemi

Klinisk biokemi er et tværgående lægeligt speciale, som forestår diagnostiske og monitorerende undersøgelser af patienters blod, celler, cerebrospinalvæske, sekreter og ekskreta, herunder urin. Hovedopgaver: drift, uddannelse og forskning. Alle tre hovedopgaver

Klinisk biokemi samarbejder med alle kliniske specialer i sygehusvæsenet, med praksissektoren og med de øvrige klinisk tværgående specialer.

Klinisk biokemi bidrager til stort set samtlige patientforløb på tværs af sektorgrænsen – ofte gentagne gange. Det meget store prøvevolumen, som specialet håndterer, stiller krav om optimal logistik både i forbindelse med bestilling og svarafgivelse og i forhold til prøvetagning på ambulante og indlagte patienter samt for modtagelse af prøver sendt fra andre sygehuse og fra praksis.

Specialerådet for Klinisk Biokemi skelner mellem sygehuse og funktioner. Dels 1) Universitetshospital, 2) Hovedsygehus med akutfunktion og 3) lokalsygehus, og dels om funktioner, der udføres på a) lokalt niveau eller b) regionalt niveau. Denne skelnen er væsentlig, fordi der inden for klinisk biokemi foregår regionale funktioner på såvel universitetshospital som på hovedsygehusenes klinisk biokemiske afdelinger.

Der foreligger ingen specialeudmelding.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Der skal etableres en robust klinisk biokemisk afdeling med speciallæger i klinisk biokemi ansat på hvert hovedsygehus til at samarbejde med de lokale kliniske afdelinger om akutte patientopgaver, samt udredning og opfølgning af patienter med elektive og kroniske sygdomsforløb. Dette kræver en tilstrækkelig bemanning med speciallæger og andre faggrupper til at sikre gode faglige miljøer med ressourcer til løbende samarbejde med de kliniske afdelinger, udvikling, forskning og uddannelse. Alle tre hovedopgaver (drift, uddannelse og forskning) skal varetages og foregå på både universitetshospital og hovedsygehus. På lokalsygehus med klinisk biokemiske laboratorieafsnit skal der udelukkende varetages driftsopgaver.

Universitetshospitalets klinisk biokemiske afdeling skal udføre forskning, udvikling og translation af forskningsresultater fra basal fagene til klinisk anvendelse inden for det klinisk biokemiske område på internationalt niveau. Universitetsafdelingen vil have mange af specialanalyserne på sit analyserepertoire, (og dermed udføre mange regionsfunktioner), ligesom nogle specialanalyser også vil blive udført på hovedsygehusenes klinisk biokemiske afdelinger, dvs. at disse afdelinger udfører nogle af regionsfunktionerne.

Placering af regionsfunktioner

Der foreligger ikke udkast til specialeudmelding. Placering af regionsfunktioner afventer derfor.

Patologisk anatomi og cytologi

Patologisk anatomi og cytologi er et tværgående diagnostisk speciale med bredt samarbejde med mange andre specialer. Specialet afgiver diagnoser på basis af undersøgelser af organer, væv og celler i forbindelse med screening, udredning, behandling, behandlingskontrol og obduktioner. Både specialer i primær som i sekundær sundhedstjeneste betjenes. Cancerdiagnostik udgør en væsentlig del af specialets funktion.

Der foreligger ingen specialeudmelding.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Præmisser for underlaget til hovedfunktion:

1. Skal omfatte tilstedeværelsesopgaver, hvor der specielt tænkes på frysesnitsservice. Dette bør være på patologiafdelingen, og ikke som udefunktion.
2. Skal modtage præparater fra kræftbehandlende afdelinger.
3. Skal deltage i de multidisciplinære konferencer.
4. Det bør være muligt at oprette subspecialfunktion med et minimum på 2-3 teams.
5. Normeringen bør være minimum 6-7 speciallæger på hver afdeling.
6. For at skabe nødvendige arbejdsmæssig mængde for laboratorium og læger kan transport af præparater mellem afdelinger være nødvendig i perioder.
7. Afdelingerne skal lave udviklingsopgaver.
8. Afdelingerne skal deltage i uddannelsen af speciallæger.

Præmisser for underlaget til regionsfunktion:

1. Følgende specialefunktioner skal kunne varetages:
 - a. Diagnostik af cerebrale neoplasier og cerebrale degenerative/metaboliske sygdomme.

- b. Diagnostik af knogle- og bløddelsneoplasier, metaboliske knoglesygdomme samt inflammatoriske og degenerative muskelsygdomme.
 - c. Diagnostik af nefrologiske sygdomme.
 - d. Fosterpatologi.
 - e. Hæmatologipakke med integration af diverse teknikker/prøvetyper.
 - f. Transplantationspatologi.
 - g. Diagnostik af lunge- og hjertemedicinske sygdomme.
2. Særlig forpligtelse til at varetage forsknings- og udviklingsopgaver samt vidensspredning indenfor området.
3. Oprettelse og administration af regionale afdeling af den nationale biobank indenfor området.
4. Regionsfunktioner skal kunne tilbydes til andre regioner.
5. Hvis Sundhedsstyrelsen/Regionen vælger at lægge regionsfunktioner indenfor andre specialer udenfor Universitetshospitalet kan den tilknyttede patologi varetages af den lokale patologiafdeling.

Den automatiserede screening af cervixcytologi, herunder befolkningsundersøgelse for livmoderhalskræft kan med fordel centraliseres til to centre, således at Vejle-Odense og Esbjerg-Sønderborg samarbejder. Total adskillelse af cervixcytologi fra den histologiske funktion kan af hensyn til kvalitetssikring, undervisning og faglige hensyn ikke anbefales.

Placering af regionsfunktioner

Der foreligger ikke udkast til specialeudmelding. Placering af regionsfunktioner afventer derfor.

Klinisk Genetik

Klinisk Genetik er et tværgående speciale, der består af en klinisk del og en laboratoriemæssig del, som er integreret. Specialet beskæftiger sig klinisk og laboratoriediagnostisk med kromosomsygdomme, nedarvede sygdomme og misdannelsessyndromer. Den laboratoriediagnostiske del omfatter klassiske kromosomundersøgelse, metaboliske og DNA analyser. Specialet fungerer i tæt samarbejde med stort set alle andre kliniske specialer og varetager, foruden de direkte patientkontakter, også den lægefaglige rådgivning vedrørende genetisk udredning, resultatfortolkning og profylakse m.v. til andre specialer. Specialet modtager patienter fra såvel primærsektoren som sygehusafdelinger til klinisk genetisk udredning og genetisk diagnostik, risikovurdering, prognosefastlæggelse, information og individuel genetisk rådgivning. Den genetiske viden og den medicinske anvendelse heraf er stadig stigende, hvilket har og fremover også vil kræve udvikling og ændringer af fagets faglige profil, inklusive den praktiske organisering. Specialets funktioner udøves på lands- og landsdelsniveau (Sundhedsstyrelsens vejledning af 2001, vedr. Specialeplanlægning og Lands- og Landsdelsfunktioner i Sygehusvæsenet.) Specialet varetages i Region Syddanmark på Klinisk Genetik, enhed Syd og omfatter klinisk genetisk afdeling på Vejle Sygehus og klinisk genetisk afdeling på Odense Universitetshospital.

Specialeudmelding

(udkast 06.02.08)

Hovedfunktionsniveau:

Der findes ikke klinisk genetiske afdelinger på hovedfunktionsniveau. Der kan dog udøves klinisk genetisk rådgivning på hovedfunktionsniveau efter tre overordnede modeller: 1) henvisning til udredning på klinisk genetisk afdeling 2) henvisning til klinisk genetisk udredning i lokalt, tværfagligt team, 3) personale fra andre specialer med kompetencer og erfaring i området i samarbejde med klinisk genetisk afdeling, som led i et formaliseret og aftalt samarbejde mellem en afdeling på hovedfunktionsniveau og en klinisk genetisk enhed.

Specialfunktionsniveau

Klinisk genetik er en specialfunktion, som varetages i et formaliseret og aftalt samarbejde indenfor og mellem følgende 3 enheder: Klinisk Genetik – enhed Øst, Klinisk Genetik – enhed Syd, Klinisk Genetik – enhed Vest.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Regionen har som anført to selvstændige afdelinger, der på landsdelsniveau varetager alle klinisk genetiske funktioner. Sundhedsstyrelsens aktuelle udkast til specialeudmelding opererer med tre Klinisk Genetiske Centre på landsplan, hvor Region Syddanmarks to klinisk genetisk afdelinger udgør det ene Center som indbydes skal indgå i et aftalt og formaliseret samarbejde.

Med dette som udgangspunkt foreslås det fra specialerådets side at bevare de to selvstændige afdelinger i regionen, men med forpligtelse til koordinering vedrørende det faglige og praktiske arbejde, som det allerede er påbegyndt i det etablerede specialeråd.

Afdelingen på Vejle Sygehus har, som en del af laboratoriecenteret, egen afdelingsledelse og egen økonomi. På Odense Universitetshospital er Klinisk Genetik en del af afdeling BFG med specialerne biokemi, farmakologi og genetik. Klinisk Genetik på OUH er således uden selvstændig afdelingsledelse og selvstændig økonomi.

Med det formål at skabe det bedst mulige grundlag for fremtidig samordning, koordinering og honorering af den stigende efterspørgsel på genetiske ydelser fra såvel Region Syddanmark som de nærliggende regioner bør de to afdelinger sikres et ligeværdigt organisatorisk grundlag. Det foreslås derfor, at afdelingen i Odense får selvstændig afdelingsledelse og økonomi.

En struktur med to selvstændige afdelinger vil desuden give en tilstrækkelig uddannelseskapacitet i regionen for fagets specialuddannelser, således at der også fremover sikres et godt grundlag for optimal personaledækning inden for de forskellige uddannelseskategorier.

Stigende efterspørgsel på de ydelser som klinisk genetik kan tilbyde gør at der er behov for systematisk opgaveglidning. Specialet har stillet forslag om certificering af "hospitals genetikere" (molekylær biologer). Dette skal evt. drøftes med Syddansk Universitet.

Placering af højt specialiserede funktioner

Specialet findes kun på højt specialiseret niveau. Der er aftalt en samarbejdsmodel på landsplan, hvor Klinisk Genetik – enhed syd omfatter afdelingerne på OUH og Vejle Sygehus.

Klinisk fysiologi og nuklearmedicin

Specialet Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin er tværgående, udfører undersøgelser af organers funktion og foretager visse behandlinger med radioaktive stoffer for stort set alle øvrige specialer og almen praksis. En væsentlig del udgøres af nuklearmedicinsk billed-diagnostik, som adskiller sig fra anden billeddiagnostik ved primært at være fysiologisk, dvs. ved at vise, om funktionen i sygt væv og organer er ændret og i givet fald hvor meget. Ved strategisk anvendelse kan specialets metoder anvendes som en nøgle til mere korrekt *triage*, dvs. sortering af patienter i henhold til deres vigtigste behov på en måde, så ressourcerne udnyttes bedst muligt.

Specialet er forskningstungt og alle speciallæger har betydelig forskningserfaring. Hovedparten af forskningen er placeret på afdelinger med universitære funktioner.

I Region Syddanmark er specialet repræsenteret ved tre funktioner, en stor, bredt orienteret og forsknings-aktiv universitetsafdeling i Odense med et PET-center inkl. cyklotron, radiokemi og tre PET/CT-skannere, en forholdsvis stor afdeling i Vejle med en PET/CT-skanner, og en funktion med et bredt undersøgelses-repertoire i Esbjerg. Vejle og Odense varetager i øjeblikket speciallægeuddannelsen i regionen.

Det er næppe rationelt at anvende specialets undersøgelser akut, men tidlig elektiv anvendelse og "subakut" brug som led i de nye behandlingsgarantier vil sikre en omkostningseffektiv anvendelse i udvalgte patient-forløb, fx på kræftområdet.

De faglige anbefalinger fra specialerådet:

Forudsætningerne for at specialet kan fungere er: Ekspertise, apparatur og lokaler. Nye medarbejdere uddanner afdelingerne selv og der skal derfor bruges mange ressourcer herpå.

Uddannelseskapaciteten bør øges med etablering af et tredje hoveduddannelsesforløb, som anbefalet af Sundhedsstyrelsen. Det er helt afgørende at uddannelseskapaciteten på de klinisk fysiologisk og nuklearmedicinske afdelinger er på forkant med fagets udvikling, da al nyt personale i praksis skal uddannes i specialets afdelinger.

I regionens fremtidige sygehusvæsen foreslås fagområdet organiseret med en uændret stor universitets-afdeling i Odense og med afdelinger i Vejle og Esbjerg samt med evt. etablering af en funktion i det tidligere Sønderjyllands Amt.

Specialet er aktiv med at forsøge at få undersøgelser ind de rette steder i patientforløbene. Dette er vigtigt at sikre, da der er tale om dyre undersøgelser. Specielt formodes PET-undersøgelsernes at blive mere centrale en nu.

Et ikke-dyrket område i Region Syddanmark (OUH) er hjerneundersøgelser, fx i forbindelse med Parkinsonssyge, dette foregår mest i Århus, på Rigshospitalet og Bispebjerg. Her kunne man sætte ind for at udvide opgaveområdet. Dette vil kræve ressourcetilførsel i form af både apparatur og personale.

Placering af regionsfunktioner

Der foreligger ikke udkast til specialeudmelding. Placering af regionsfunktioner afventer derfor.

Anæstesiologi

Anæstesiologi omfatter

- 1) Anæstesi, herunder den præoperative forberedelse, samt per- og postoperativ overvågning og behandling, herunder behandling af akutte smerter samt
- 2) Intensiv medicinsk terapi med overvågning, diagnostik og behandling af kritisk syge patienter.

Herudover varetager specialet opgaver relateret til den akutte medicinske patient, indsats i hospitalets akutte beredskab og den præhospitale indsats, herunder transport og behandling af kritisk syge patienter, præhospital traumebehandling og katastrofemedicinsk intervention. Desuden indgår specialet i det multidisciplinære samarbejde omkring diagnostik og behandling af de kroniske non-maligne smertetilstande og den palliative medicin.

Specialeudmelding

Hovedfunktionsniveau

Der bør kunne samarbejdes med intern medicin og pædiatri ved anæstesi til børn.

På hovedfunktionsniveau gives der anæstesiologi til personer ≥ 10 år. Dog kan anæstesiologi til mindre, elektive operative indgreb til børn ≥ 2 år og ASA ≤ 2 foregå på hovedfunktionsniveau i et samarbejde (center-satellitaftale) med en afdeling på regionsfunktionsniveau. Der skal på hovedfunktionsniveau være minimum 300 anæstesier/læge/år til børn.

På sygehuse med hovedfunktionsniveau skal der være intensiv afsnit niveau 2 eller 1.

Udover anæstesi og intensiv medicinsk terapi varetages følgende funktioner på hovedfunktionsniveau:

Den akutte medicinske indsats som en del af hospitalets akutte team. Specialets deltagelse i den præhospitale behandling omfatter såvel den præhospitale indsats som transport af patienter mellem sygehusene. Behandling af kroniske non-maligne smertetilstande bør foregå i et tværfagligt team og i samarbejde med de specialiserede tværfaglige teams på sygehuse med intensiv medicinsk terapi på regionsfunktionsniveau. I den palliative medicin kræves et bredt samarbejde med forskellige specialer afhængig af patientens sygdom samt et tæt samarbejde med almen praksis.

Regionsfunktionsniveau

Der skal kunne samarbejdes med pædiatri, hvis der behandles børn og gynækologi/obstetrik, såfremt der behandles gynækologiske/obstetriske patienter.

Følgende er regionsfunktioner: Anæstesi til større kirurgi, patienter med svær komorbiditet eller andre større interventioner eller diagnostiske procedurer. Anæstesi til børn ≥ 2 år og ASA 1 eller 2 og mindre operative indgreb.

På sygehuse med regionsfunktion skal der være intensiv afsnit niveau 3 eller 2.

Højt specialiserede

Anæstesi til større kirurgi inden for specialerne thoraxkirurgi, neurokirurgi, brandsårkirurgi og stor karkirurgi samt transplantationer eller andre større og sjældne interventioner eller diagnostiske procedurer er højt specialiseret.

Der skal være intensiv afsnit niveau 3.

Følgende funktioner er højt specialiserede funktioner: anæstesi til børn ≥ 2 år og større kirurgi uanset ASA score, anæstesi til børn ≥ 2 år og ASA ≥ 3 , anæstesi til børn < 2 år, gravide med svære medicinske eller medfødte sygdomme med fortsatte symptomer (diabetes mellitus, kongenit hjertesygdom samt visse neurologiske sygdomme) skal samles på baggrund af øget komplikationsrisiko og øget ressourceforbrug.

Med henblik på at sikre og udvikle kvaliteten vurderes det, at et anæstesi til børn skal have et patientvolumen på mindst 3000 patienter/afdeling/år. Desuden skal der være 300 anæstesier til børn/læge/år. Ovenstående højt specialiserede funktioner vedrørende anæstesi til børn kan foregå max. 4 steder.

De faglige anbefalinger fra Specialerådet

Forhold af betydning for specialeplanlægning:

- Akut modtagefunktion vil bl.a. medføre, at transport af patienter såvel til som mellem sygehuse vil ske hyppigere og over længere distancer
- Flere ældre patienter og patienter med livsstilssygdomme
- Øget kompleksitet inden for fx. hjertekirurgi og intensiv medicinsk terapi
- Mere dagkirurgi
- Flere kirurgiske procedurer omlægges (f.eks. konventionel kirurgi til interventionel radiologi).
- Flere MR-undersøgelser vil blive gennemført i generel anæstesi (primært børn)
- Samling af anæstesi og intensiv medicinsk terapi til børn på færre Sygehuse
- Formaliseret akut medicinsk indsats med akut livreddende intervention (ABC)
- Den palliative indsats kræver øget tværfaglig intervention
- Kroniske smertepatienter forventes varetaget som "shared-care" mellem primærsektor og smertecentre/-klinikker.
- På respirationscentre forventes øget tilgang af patienter med **kroniske** sygdomme f.eks. til non-invasiv ventilation. Der er behov for at klarlægge, om der er grundlag for at oprette et Respirationscenter Syd.

Der er fornuft i at akutbilerne kobles op på akutsygehusene. Man ser på positiv på forslaget om udvidet akutbilsdækning på Fyn og ved Sydvestjysk Sygehus.

I forhold til Vejle Sygehus vil det være en fordel at få beskrevet, hvilke opgaver anæstesiologi skal løse i forhold til de intern medicinske specialer, når Kolding bliver akutsygehus og overtager de uselekterede akutte (kirurgiske) patienter.

Anæstesiologi er et tværgående specialer og specialet påvirkes af ændringer indenfor de øvrige specialer.

Placering af regionsfunktioner

Der er en uafklaret problemstilling på landsplan vedr. anæstesi til børn over 2 år.

Diagnostisk radiologi

Specialet diagnostisk radiologi omfatter udførelse og vurdering af undersøgelser baseret på konventionel røntgenteknik og ultralyd-, CT- og MR-teknik samt invasive billedvejledte diagnostiske og behandlingsmæssige procedurer.

Specialet har et tæt samarbejde til de kliniske specialer og indgår i teamwork med mange kliniske specialer ved design af patientens undersøgelse. Produktionen er med få undtagelser afhængig af de kliniske specialer.

Specialet er et ekspanderende speciale. Der er i øjeblikket 546 undersøgelseskoder og en stigende produktion. Samtidig er der mangel på speciallæger. 40-50 % af undersøgelserne er akutte.

Der foreligger endnu ingen specialeudmelding fra Sundhedsstyrelsen, men det er tidligere udtalt at der som hovedfunktion skal være speciallæger i rådighedsvagt, som kan udføre røntgen, ultralyd og CT på et hvert tidspunkt. Traumecenter har som minimum speciallæger i rådighedsvagt og skal kunne udføre røntgen, ultralyd, CT, MR og intervention.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Et stort problem er de mange ledige stillinger (ca. 100 ledige stillinger på landsplan). Forsøg på at afhjælpe dette problem er eksempelvis længere arbejdsuge mod honorering, hjemmearbejdspladser, udlicitering, seniorordning, beskrivende radiografer.

De radiologiske funktioner er afhængige af fordelingen af kliniske specialer, forstået på den måde at de enkelte specialer har forskellige behov for radiologiske undersøgelser.

Specialerådet ønsker at understøtte at man i Region Syddanmark kan udføre alle radiologiske undersøgelser (med meget få undtagelser) og at der er en høj faglig kompetence.

Det har stor betydning at optimere den regionale planlægning. Det er samtidig vigtigt med en ensretning – en fastlagt baseline som beskriver hvilke billeder der som standard tages på hvilke forløb.

Placering af regionsfunktioner

Der foreligger ikke udkast til specialeudmelding. Placering af regionsfunktioner afventer derfor.

13. Status for specialer kun på OUH

Enkelte specialer er kun placeret på Odense Universitetshospital.

Det drejer sig om: thoraxkirurgi, dermatologi/venerologi, neurokirurgi samt kl. farmakologi.

Thoraxkirurgi

Thoraxkirurgi omfatter diagnostik, kirurgisk behandling og kontrol af medfødte og erhvervede sygdomme og traumer i brystvæg, hjerte, lunger, spiserør, mellemgulv og brysthulens øvrige organer og kar.

Thoraxkirurgi deles traditionelt op i

- Hjertekirurgi der omfatter diagnostik, kirurgisk behandling og kontrol af medfødte og erhvervede sygdomme og traumer i hjerte og brysthulens store kar
- Klassisk thoraxkirurgi der omfatter diagnostik, kirurgisk behandling og kontrol af medfødte og erhvervede sygdomme og traumer i brystvæg, lunge, spiserør, mellemgulv.

Specialeudmelding

(udkast 06.02.08)

Alle funktioner inden for thoraxkirurgi er højt specialiserede funktioner.

Højt specialiseret niveau

I specialet varetages såvel åben som endoskopisk kirurgi ved diagnostik og behandling.

En afdeling, som varetager thoraxkirurgi, skal have mulighed for assistance fra en speciallæge i thoraxkirurgi umiddelbart.

De faglige anbefalinger fra specialerådet

Specialerådet har følgende kommentarer til udvalgte højt specialiserede funktioner:

- Anlæggelse af stentklap, som er en hjerteklapoperation (særlig form for indgreb som samtidig er meget dyr); teknikken er tilgængelig og det er derfor vigtigt at OUH får mulighed for at lave denne type operationer. OUH ønsker ikke at der skal etableres en udviklingsfunktion, da operationen i så fald ikke bliver tilgængelig for alle afdelinger.
- OUH ønsker at fastholde operation for cardia- og esofagus cancer
- ECMO behandling af voksne og børn (hvor blodet ledes ud af kroppen og iltes inden det føres ind igen) Behandlingen bør kunne etableres på patienten på OUH, hvorefter patienten overflyttes til Skejby eller Rigshospitalet.
- Man bør kæmpe imod at operation for thorako-abdominal aneurismer og dissektioner samles i Skejby.

Udvikling og bevarelse af højt specialiseret funktion i thoraxkirurgi ved Odense Universitetshospital kræver: højt patientvolumen (alle borgere fra Region Syddanmark), høj kvalitet i behandlingen (dokumenteret ved kvalitetsdatabaser), forsknings- og udviklingsindsats, uddannelse og kompetenceudvikling – tværfagligt på højt niveau, og tværfagligt teamsamarbejde med relaterede specialer.

Konkurrencen med de to centre i Skejby og Rigshospitalet bliver hård. Det vil få store implikationer for OUH, hvis de to centre deler hele kagen.

Placering af højt specialiserede funktioner

For de højt specialiserede funktioner er spørgsmålet især, at sikre udvikling af OUH's rolle på landsplan.

Dermatologi/venerologi

Dermato-venerologi omfatter forebyggelse, diagnostik og behandling af sygdomme i huden samt af seksuelt overførbare sygdomme. Hudsygdommene omfatter bl.a. hudinfektioner med bakterier, svampe eller virus samt eksemsygdomme, immunologisk betingede sygdomme, bivirkninger fra medicin, godartede og ondartede hudtumorer, kroniske sårddannelser og hudmanifestationer ved genetisk betingede sygdomme.

Der foreligger ingen specialeudmelding.

Der afholdes møde med specialerådet efter sommerferien 2008.

Neurokirurgi

Specialet omfatter undersøgelse, kirurgisk behandling og kontrol af medfødte og erhvervede sygdomme samt læsioner i kranie, hjerne, hjernens kar og hinder, rygsøjle, rygmarv og visse perifere nervesygdomme.

Der foreligger ingen specialeudmelding.

Der afholdes møde med specialerådet efter sommerferien 2008.

Klinisk farmakologi

Klinisk farmakologi er et speciale som beskæftiger sig med det teoretiske og praktiske grundlag for anvendelsen af lægemidler med henblik på rationel farmakoterapi inden for alle områder af sundhedsvæsenet.

Klinisk farmakologi omfatter lægemiddelinformation, vurdering af lægemidlers anvendelse, effekt og bivirkninger, herunder farmakoepidemiologi, vurdering af lægemiddelanalyser, gennemførelse af kliniske afprøvninger, deltagelse i lægemiddelkomitéarbejde og rådgivning om regulative forhold for lægemidler. Endvidere deltager klinisk farmakologi i rådgivning vedrørende forgiftninger, både med lægemidler og andre stoffer.

Der er ved ganske enkelte sygehuse en specialfunktion i klinisk farmakologi – i Region Syddanmark er der oprettet en specialfunktion ved Odense Universitetshospital/Syddansk Universitet.

Der foreligger ingen specialeudmelding.

De faglige anbefalinger fra specialet

I OUH er der ca. 2 fuldtidsspeciallæge stillinger fordelt på 3 læger.

Klinisk farmakologi er en højtspecialiseret funktion, men udbredelsen af rådgivningen bør ske bredt og hovedsygehusene bør også dækkes. Det foreslås at der etableres klinisk farmakologi på akutsygehusene i form af satellit fra OUH, hvor en speciallæge eksempelvis er ansat med 1 arbejdsdag pr. uge på OUH og 4 arbejdsdage pr. uge ude på et (andet) akutsygehus. Visionen er at der om 5 år er ansat 5-6 speciallæger til sikring af kvalitet af anvendelse af lægemidler. Der er mange penge at spare ved at anvende lægemidlerne rationelt – så ikke bare det nyeste og dyreste lægemiddel anvendes.

Placering af højt specialiserede funktioner

For de højt specialiserede funktioner er spørgsmålet især, at sikre udvikling af OUH's rolle på landsplan.

Bilag 6

Rygcenteret i Middelfart

Rygcentret i Middelfart

Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark



www.fremtidenssygehuse.dk



Region Syddanmark

Rygcentret i Middelfart

**På vegne af planlægningsgruppen
H.C. Thyregod, Sygehus Lillebælt
April 2008**

Indholdsfortegnelse

1. Baggrund	1
2. Middelfart Sygehus	1
3. Oprettelse af Rygcentret.....	1
4. Udfordringer ved oprettelse af Rygcentret	2
5. Nuværende rygbehandling i Region Syddanmark.....	2
6. Fremtidig rygbehandling i Region Syddanmark	3
7. Henvisning og visitation	3
8. Central og decentral kirurgi	7
9. Struktur og samarbejdsflader	8
10. Forventet aktivitet og dimensionering	9
11. Økonomiske aspekter	13
Bilag 1. Deltagere	14
Bilag 2. Beregningsgrundlag	15
Bilag 3. Notat fra rygkirurgerne.....	21

1. Baggrund

Med Regionsrådets vedtagelse af akutplanen den 20. december 2007 blev det samtidig besluttet, at den regionale kirurgiske og ikke-kirurgiske rygbehandling på regionalt niveau skal samles på Middelfart Sygehus.

Til planlægning af dette arbejde er der nedsat en planlægningsgruppe bestående af repræsentanter fra Sygehus Lillebælt, Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Fyn, Odense Universitetshospital (OUH), Sygehus Sønderjylland samt Region Syddanmark. Sygehus Lillebælt har formandsposten og sekretariatsbetjeningen. Gruppen har til formål at:

- Skabe grundlaget for etablering af det nye centraliserede Rygcenter for Region Syddanmark på Middelfart Sygehus i henhold til Regionsrådets beslutning af 20. december 2007.

I processen med etablering af Rygcentret er der behov for nærmere analyse af delelementer. Til varetagelse heraf er der nedsat tre underarbejdsgrupper:

- Underarbejdsgruppe vedr. behandlingskoncept
- Underarbejdsgruppe vedr. kirurgi
- Underarbejdsgruppe vedr. samarbejdet mellem Rygcentret og primærsektoren

Deltagere i de to første grupper ses i bilag 1. Nærværende rapport indeholder resultatet af disses arbejde og anbefalinger, mens resultatet af den sidste gruppes arbejde først præsenteres senere. Formulering af principper og retningslinier for samarbejde mellem Rygcentret og primærsektoren er dog i gang.

2. Middelfart Sygehus

I dag er Middelfart Sygehus hjemmehørende under OUH. I rapporten "Fremtidige funktioner på Middelfart Sygehus" indstilles det, at Middelfart Sygehus pr. 1. januar 2009 vil henhøre under Sygehus Lillebælt.

Middelfart Sygehus indeholder Skadestue, Ortopædkirurgisk afdeling og Organkirurgisk afdeling samt de kliniske servicefunktioner Røntgenafdeling, Anæstesiologisk Intermediær afdeling, Laboratorium og Terapiafdeling. Hertil kommer Reception, Teknisk afdeling, Køkken, og Portørcentral.

Behandlingen af de organkirurgiske patienter flyttes i løbet af 2008 til Sygehus Lillebælt og OUH. For ortopædkirurgiske patienter er tidshorisonten længere. Den ortopædkirurgiske funktion skønnes at kunne rummes sammen med den nyetablerede rygfunktion på sygehuset. Udover sengeafsnit, ambulatorierum og kontorfaciliteter skal der etableres den nødvendige kapacitet til scanninger, operationer (ti ugelejer, herunder halvdelen som flowstuer), opvågning og intermediære pladser, før rygbehandlingen samles i Middelfart. Endeligt skal det sikres, at der er plads til forskningsafdelingen, de nødvendige kontorfaciliteter og mulighed for uddannelse af de forskellige faggrupper.

3. Oprettelse af Rygcentret

Visionen for det kommende Rygcenter iberegnet lokalteams er at skabe et center, som nationalt er førende på sit område og internationalt er blandt de mest markante. Den ledende position skal gælde mht. faglig kvalitet i udredning og behandling af den enkelte patient, og i perspektivet med faglig udvikling, uddannelse og forskning på rygområdet. Ved etableringen af Rygcentret bygges der videre på allerede indhentede erfaringer fra regionens hidtidige rygafdelinger.

Placeringen af Rygcentret vil blive i lokaler på Middelfart Sygehus, men med satellitdannelse på 4 andre geografiske lokaliteter i regionen, dvs. i lokalteams tilknyttet regionens akutsygehuse.

Personalet vil være tværfagligt, eftersom følgende faggrupper vil være repræsenteret på centret og/eller i lokalteams: Læger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, kiropraktorer, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, psykologer, psykoterapeuter, lægesekretærer, forskere og socialrådgivere.

I Rygcentret inklusiv lokalteams forventes et indtag på ca. 12.000 nye patienter årligt fra Region Syddanmark, hvoraf de 8.000 ses i Middelfart og de resterende 4.000 i lokalteams. Der ventes en aktivitet på 38.000 ambulante besøg i Middelfart og 12.000 i lokalteams, dvs. i alt 50.000 ambulante konsultationer pr. år. Hertil kommer omtrent 1.200 indlæggelsesforløb til kirurgi, samt yderligere et antal sub-akutte indlæggelser uden kirurgi, som alle gennemføres på Rygcentret i Middelfart.

For at kunne fungere er det væsentligt, at Rygcentret udvikler og fastholder en række faglige og forskningsrelaterede samarbejdsflader, ikke mindst med andre afdelinger i Sygehus Lillebælt, forskellige parter i primærsektoren, OUH og Syddansk Universitet.

Rygcentret vil få sin egen ledelse, som refererer til Direktionen på Sygehus Lillebælt. Den rygkirurgiske sektion vil høre under Ortopædkirurgisk afdeling på Sygehus Lillebælt, men med eget budget og funktionsledelse. Ledelsen har bl.a. til opgave at understøtte det tværfaglige samarbejde og patientforløbene.

Tidsplan

Primo april 2008 afleverer planlægningsgruppen sin rapport indeholdende to af underarbejdsgruppernes bidrag. Efter behandling i regionsforvaltningen og Regionsrådet vil forslaget blive sendt i høring til relevante parter henover sommeren, og den endelige beslutning om implementering vil ske i september 2008. Medio 2009 forventes Rygcentret at være etableret og i drift.

4. Udfordringer ved oprettelse af Rygcentret

Det er vigtigt, at centraliseringen af den regionale rygbehandling i Middelfart og oprettelse af decentrale lokalteams sker hurtigt og planmæssigt. Hertil at centret fungerer fra første færd. Det forbedrer chancerne for fastholdelse af medarbejdere både fra de nuværende behandlingssteder og på Middelfart Sygehus. I dette arbejde vil Region Syddanmarks personalepolitiske retningslinier blive fulgt. Opbakning fra personalet til Rygcentret er samtidig en væsentlig faktor til sikring af projektets succes.

Det er ligeledes af afgørende betydning, at patienterne under flytningen af rygfunktionen og efterfølgende fortsat oplever en kvalificeret rygbehandling til rette tid.

5. Nuværende rygbehandling i Region Syddanmark

Kirurgisk behandling

Den nuværende elektive operative behandling i Region Syddanmark foregår flere steder. Højt specialiseret behandling i henhold til Sundhedsstyrelsens udmelding varetages på Universitetscentret for rygkirurgi (neurokirurgi og ortopædkirurgi) på OUH, mens Vejle-Give Rygcenter, Rygcenter Aabenraa og Sydvestjysk Sygehus Esbjerg primært står for behandling på regionalt niveau. Akut rygbehandling foregår hovedsageligt på OUH og i mindre omfang på de regionale akutcentre.

Herudover foretages der rygkirurgi på en række privathospitaler i regionen. Det er Mølholm, Danske Privathospitaler i Esbjerg, Privathospitalet i Kollund, Damp i Tønder samt Ortopædisk Center Varde, og det forlyder, at et nyt privat rygcenter er under planlægning i Odense. Desuden udføres rygoperationer på Friklinikken i Give, og der er regionalt indgået aftale med Silkeborg Sygehus om et antal rygoperationer.

Ikke-kirurgisk behandling

På Rygcenter Fyn i Ringe foretages der alene ambulant ikke-kirurgisk behandling af patienter ved tværfaglige behandlerteams bestående af læger, kiropraktorer og fysioterapeuter. Give Rygcenter varetager både kirurgisk og ikke-kirurgisk rygbehandling ligeledes ved tværfaglige teams og også under indlæggelse. Hertil kommer aktivitet på regionssygehusenes fire reumatologiske afdelinger herunder afdeling C på OUH. Den betydeligste del af rygbehandlingen finder naturligvis sted i primærsektoren hos de praktiserende læger, fysioterapeuter og kiropraktorer. Akutmodtagelsen af rygpatienter til vurdering sker i dag på regionens sygehuse med akutmodtagelse.

6. Fremtidig rygbehandling i Region Syddanmark

Fra medio 2009 vil den subakutte og elektive kirurgiske og ikke-kirurgiske rygbehandling på regionalt niveau være samlet på Rygcentret i Middelfart, mens den højt specialiserede behandling fortsat vil blive varetaget på OUH. Det medfører, at aktiviteten på Rygcenter Aabenraa, Vejle-Give Rygcenter, Rygcenter Fyn og Sydvestjysk Sygehus Esbjerg ophører og delvist på afdeling C (reumatologi), OUH. Den ikke-kirurgiske behandling vil fortsat også være til stede i tværfaglige lokalteams.

Lokalteams

Lokalteams etableres flere steder i regionen som enheder, der udfører kliniske undersøgelser/teamvurderinger, patientinformation og lægger behandlingsplaner samt foretager opfølgende konsultationer af en mindre gruppe af patienterne henvist til Rygcentret i Middelfart. Alle patienter, som modtages decentralt, er visiteret centralt, jf. henvisnings- og visitationsretningslinier beskrevet i næste afsnit. Patienterne har gennemgående en mindre alvorlig problematik end patienterne, som sendes direkte til Middelfart. Det tilstræbes, at patienter som har brug for særlige faglige ydelser alle ses fra starten i Middelfart.

Lokalteams består af ca. 6-8 fagpersoner, nogle deltidsansatte. Fagfordelinger er således, at der altid er en læge til stede og yderligere et ligeligt antal kiropraktorer og fysioterapeuter. Hertil kommer sygeplejerske og sekretærer. Studerende kan tillige få ophold i kortere tid af gangen i lokalteams.

Det er meget vigtigt, at lokalteams arbejder ud fra samme faglige grundlag og principper, som der praktiseres i Rygcentret i Middelfart. Derfor må det forventes, at de ansatte ca. en gang hver anden uge har behov for at deltage i konferencer, undervisning og konkret patientbehandling centralt, og at de ansatte i lokalteams er ansat på/associeret Rygcentret. Principperne for lokalteams beskrives yderligere i løbet af den kommende tid.

7. Henvisning og visitation

Al behandling på Rygcentret er elektiv eller subakut. Patienterne er visiteret fra enten egen praktiserende læge, praktiserende speciallæge, kiropraktor eller (akut)sygehus, og det forudsættes at ske via den centrale visitation i Middelfart. Henvisningen forudsættes at ske struktureret og elektronisk for at sikre, at relevante oplysninger foreligger ved første besøg på centret. Henvisningen kan af både henvisende og visiterende part kvalificeres gennem telefonisk kontakt. Visitation gennemføres i dagtid på almindelige arbejdsdage.

Patienter der modtages i Rygcentret

- Patienter med behandlingsresistente ikke-acceptable smerter i nakken eller ryggen og bækken
 - o opstået spontant eller
 - o forværret eller
 - o opstået efter en skade/ulykke
- Også patienter, hvor der er (udstrålende) smerter i arme eller bækken/ben eller led, modtages.

Patienter som IKKE modtages i Rygcentret

- Gentagne patienthenvisninger, som ikke klart beskriver nye somatiske problemstillinger i forhold til tidligere
- Patienter, hvor en relevant initial indsats i primærsektoren ikke er gennemført.
- Smerter, hvor der mistænkes en aktuel fraktur, pågående infektion eller inflammatorisk reumatologisk lidelse.
- Smerter i relation til anden somatisk lidelse, herunder smerter relateret til osteoporose eller maligne lidelser.
- Gravide med bækkenløsning.
- Børn (< 15 år) modtages som udgangspunkt ikke på Rygcentret, men på sigt kan der blive mulighed for kirurgisk vurdering og behandling ved en rygkirurg afhængig af den kirurgiske kompetence på Rygcentret.

Patienter der modtages til udredning i lokalteam eller i det centrale Rygcenter i Middelfart

Alle patienter med forventelige behov for *særlige faglige* ydelser ses fra starten centralt, fx:

- Patienter med aktuelle rygsmerter af mere end 4 måneders varighed.
- Patienter, der er sygemeldt.
- Patienter, der tidligere er opereret i den del af ryggen, hvor det aktuelle problem er lokaliseret.
- Patienter, der aktuelt modtager eller inden for de seneste år har modtaget psykologisk/psykiatrisk assistance.

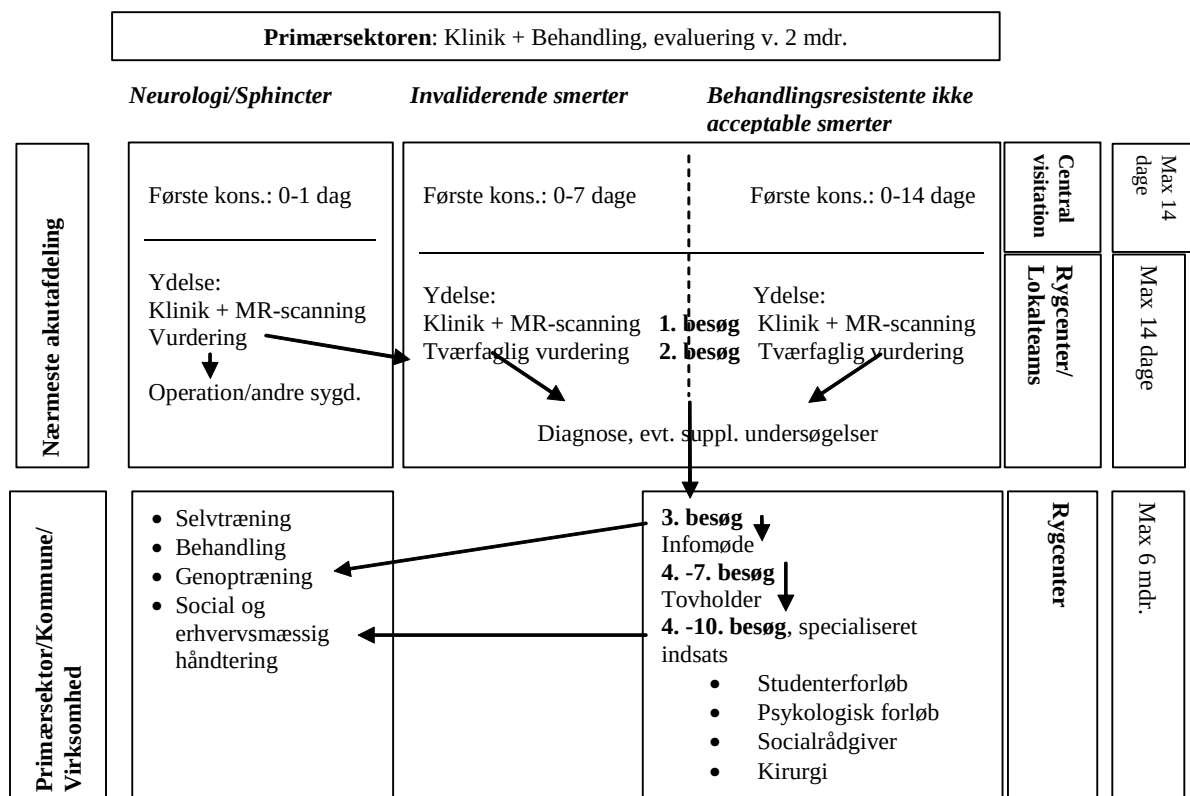
Alle øvrige patienter fordeles, så gennemførelse af udredningspakken sker i lokalteamet/centralt hurtigst muligt. Patienter, der under udredningen i lokalteamet, har behov for særlige faglige ydelser, viderehenvises centralt.

Behandlingsforløb

Alle patienter med ryglidelser vil blive tilbudt deltagelse i et generelt informationsmøde på Rygcentret i Middelfart.

Nedenstående figur angiver udredningsforløbet for subakutte og elektive rygpatienter.

Figur 1. Udredningspakke for elektive og subakutte patienter til Rygcentret i Middelfart



Patienter, som har invaliderende rygsmerter, kan modtages subakut. Ved telefonisk henvendelse til den centrale visitation modtages de indenfor 0-2 dage. Er der tale om ikke-telefonisk henvisning, ses disse patienter indenfor 0-7 dage.

Øvrige patienter vil primært blive modtaget i Rygcentret på almindelig vis, dvs. indenfor 14 dage. Det er patienter med aktuelle smerter fra rygsøjlen å 0-12 måneders varighed, og hvor behandling er forsøgt i primærsektoren, men hvor der ved en status efter ca. 2 måneders smerter er vurderet uacceptabel effekt. Patient og behandler foretager herefter en fælles status.

Udredningspakken består af to besøg, som påbegyndes senest to uger efter modtagelse af henvisning og afsluttet med en diagnostisk konklusion og plan for det videre forløb inden fire uger fra henvisningstidspunktet.

Ved første besøg på centret foretages en MR-scanning. Ved det efterfølgende besøg vil resultatet heraf foreligge, og den kliniske undersøgelse og tværfaglige vurdering udføres. Desuden foretages en diagnostisk konklusion, og en plan for det videre forløb fastlægges. Behandlingen kan efterfølgende indledes ved de relevante fagpersoner, og en eventuel tovholder tildes. Såfremt der allerede er foretaget MR- eller CT-scanning af det aktuelle rygafsnit inden for det seneste år, eller i tilfælde hvor henvisningen indikerer, at der ud fra et fagligt skøn næppe vil blive behov for MR-scanning, kan den tværfaglige vurdering mv. gennemføres allerede ved første besøg på Rygcentret. Efterfølgende kan indsatsen påbegyndes ved de relevante fagpersoner.

Patientens tovholder styrer den videre indsats, som vurderes at kræve i alt 1-4 konsultationer. Der kan ved behov iværksættes supplerende diagnostisk udredning, og effekt af diverse behandlingsindsatser kan afprøves og observeres. Hvis der findes indikation for at iværksætte særlige faglige ydelser, sættes disse i gang gennem et samarbejde mellem tovholder/det tværfaglige team og de respektive særlige kompetencepersoner. Det kan være rygkirurgisk vurdering (herunder samarbejde med OUH), reumatologisk vurdering (herunder samarbejde med Reumatologisk afdeling Kolding/Vejle), socialmedicinsk vurdering og/eller psykologisk/psykoterapeutisk vurdering.

Det er muligt efter afsluttet udredningspakke at henvise patienten til særlige forløbspakker, hvis dette vurderes hensigtsmæssigt. Fx igangværende forskningsprojekter med særlige patientforløb herunder modic-ambulatorium, whiplash-ambulatorium, bækkenambulatorium eller ekstremitets-skade-ambulatorium og herunder samarbejde med Ortopædkirurgisk afdeling, Middelfart/OUH.

I en del tilfælde vil der være indikation for at udarbejde en plan for selvtræning eller genoptræning til gennemførelse i patientens hjemkommune. Iværksættelsen kan i nogle tilfælde efter tovholders og kommunens faglige skøn ske samtidig med, at patienten følges et par gange ambulant i Rygcentret. I andre tilfælde iværksættes genoptræningen først efter afslutning i centret. Retningslinier for videre udredning, behandling og iværksættelse af særlige faglige ydelser eller særlige forløbspakker er ikke endeligt afklaret.

Kirurgisk behandling

Den akutte rygkirurgiske behandling varetages på OUH.

Elektiv og subakut rygkirurgisk behandling skal varetages på Rygcentret i Middelfart og OUH, hvor førstnævnte tager sig af behandlingen på regionalt niveau. Sidstnævnte står for den højt specialiserede behandling samt en vis behandling på regionalt niveau bl.a. for at sikre et passende volumen. Patienter med svære konkurrerende sygdomme, hvor egentlig intensiv behandling kan komme på tale, ses altid på OUH.

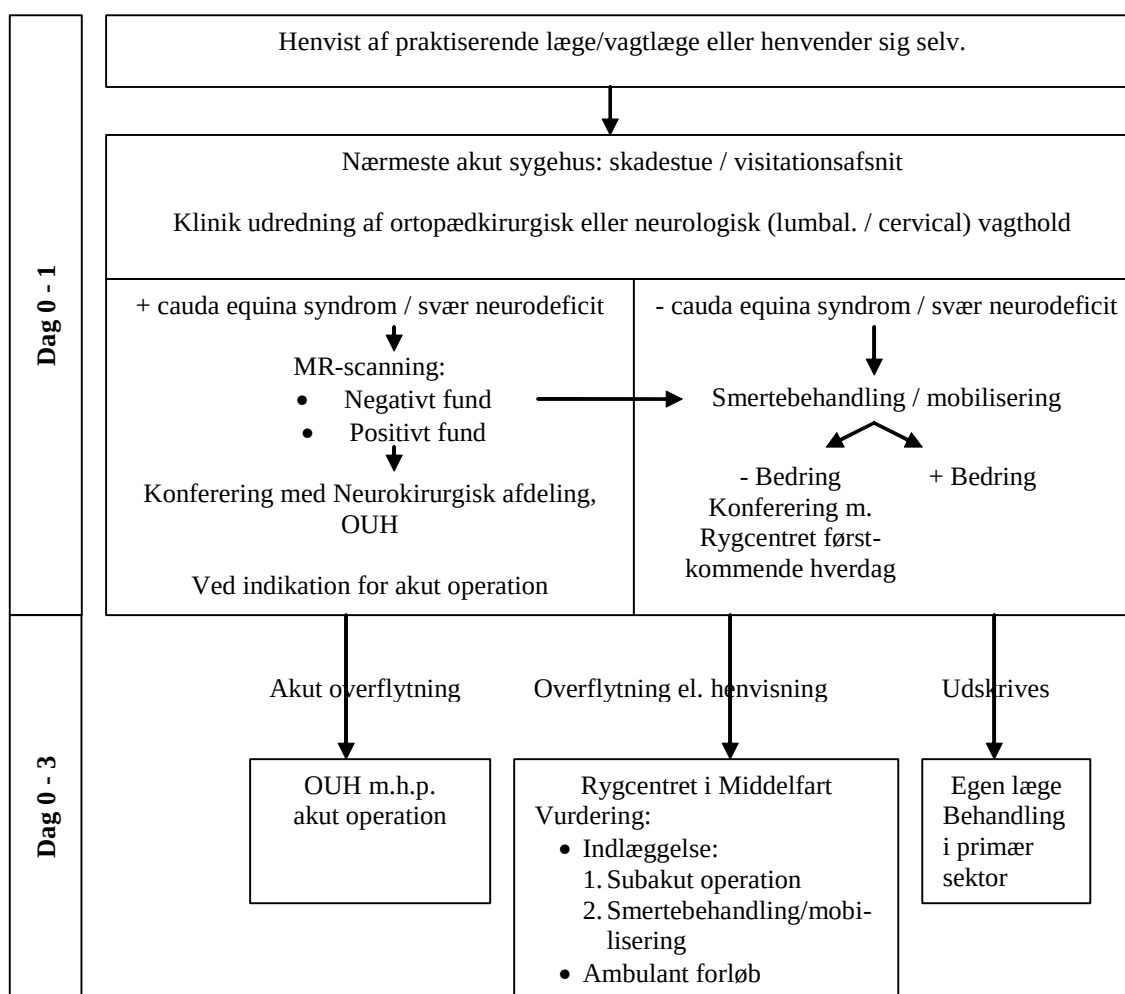
Ved fordeling af behandling på regionalt niveau mellem Rygcentret og OUH, må sidstnævntes økonomi ikke undergraves, ved at OUH får alle de komplicerede patienter, mens Rygcentret modtager de mindre

komplerede. Principperne for fordeling af patienterne aftales mellem direktionerne på Sygehus Lillebælt og OUH.

Akutte og subakutte patienter

Akutte patienter er enten henvist fra praktiserende læge/vagtlæge til nærmeste akutsygehus eller henvender sig selv i skadestuen. Rygcentret i Middelfart modtager ikke akutte patienter. Forløbet for den akutte patient er skitseret i nedenstående figur.

Figur 2. Behandlingsforløb for den akutte rygpatient i Region Syddanmark



Efter henvisning til nærmeste akutsygehus indlægges patienten her, og der foretages udredning, eventuelt inklusiv MR/CT-scanning med henblik på videre visitering og/eller behandling. Plejkrævende patienter med svære rygsmerter, men med ingen eller uspecifik neurologi smertebehandles og mobiliseres så vidt det er muligt.

Herefter kan forløbet følge tre spor:

1. Patienten, der ikke allerede er indlagt på OUH, kan overflyttes akut hertil med henblik på akut operation.
2. Patienten kan udskrives fra akutsygehuset til viderebehandling i primærsektoren eller lokalteams, men via den centrale visitation.

3. Patienten kan førstkomende hverdag overflyttes via den centrale visitation til Rygcentret i Middelfart til nærmere vurdering og fastlæggelse af videre undersøgelses- og behandlingsplaner herunder muligt behov for subakut operation.

De kliniske retningslinier og forløbspakker, herunder en nærmere præcisering af cauda equina syndrom og svær neurodeficit vil blive udarbejdet i detaljer senere.

Subakutte patienter kan henvises direkte til Rygcentret i Middelfart og få en tid den efterfølgende dag. Det drejer sig ofte om patienter, som har invaliderende smerter, men hvor udredningen uden konsekvenser for patientens helbred kan vente til dagen efter.

8. Central og decentral kirurgi

Under udvalgsarbejdet har der fra kirurgisk hold (jf. bilag 3) været udtrykt uenighed om det hensigtsmæssige i at centralisere den kirurgiske rygbehandling. Der er givet udtryk for, at rygkirurgerne fra Åbenrå og Esbjerg muligvis ikke vil flytte med funktionen, hvilket vil reducere den rygkirurgiske kapacitet i regionen betydeligt. Dermed skabes store vanskeligheder med at få tilstrækkelig operativ kapacitet ved Rygcentret. Det foreslås derfor i den vedlagte skrivelse (bilag 3) at bevare den decentrale kirurgiske aktivitet ved Åbenrå og Sydvestjysk Sygehus og evaluere funktionen efter 3 år. Såfremt rygkirurgien bevares decentralt, kan rygkirurgerne deltage i lokalteams og dermed styrke disse.

Der har fra samme side ligeledes været bekymring for, at den rygkirurgiske tilknytning til den ortopædkirurgiske funktion i øvrigt vil blive for svag, når funktionen isoleres i Middelfart, hvorved der skabes rekrutteringsmæssige vanskeligheder. Udfordringen er at få yngre ortopædkirurger til at vælge fagområdet til og uddanne sig til rygkirurger.

Endvidere er der givet udtryk for, at den manglende rygkirurgiske tilstedeværelse ved akutsygehusene kan svække visitationen af akutte rygpatienter. I øvrigt henvises til bilag 3, som er fremlagt af rygkirurgerne.

Der er i diskussionerne mod at bevare rygkirurgien decentralt fremført, at det er en politisk beslutning at samle både den kirurgiske og den ikke-kirurgiske rygbehandling i Middelfart. Dels for at se rygbehandlingen i et samlet hele i et tværfagligt miljø og dermed sikre den bedst mulige patientbehandling. Dels for at udnytte faciliteterne i Middelfart bedst muligt ved at skabe volumen til at drive et nødvendigt sengeafsnit og en tilstrækkelig operativ funktion ved Rygcentret. Herved frigøres tilsvarende kapacitet på sygehuse, hvor der i dag behandles rygge uden for OUH og til dels også på OUH, med henblik på at medvirke til at løse de ventetidsproblemer, der i øvrigt er inden for det ortopædkirurgiske område.

Rygkirurgerne vil i henhold til anbefalingerne i indeværende rapport bevare deres tilknytning til ortopædien ved Sygehus Lillebælt ved at være en ortopædkirurgisk sektion med specialeledelse og eget budget. Videreuddannelsen af ortopædkirurger til de forskellige fagområder vil dermed kunne ske inden for den store ortopædkirurgiske funktion ved Sygehus Lillebælt, selvfølgelig i samarbejde med de øvrige afdelinger i regionen og især OUH.

Ved akutsygehusene vil akutte rygpatienter blive modtaget og følge et patientforløb, som er beskrevet i kapitel 7. Her skal de kunne vurderes af speciallæger, der er tilknyttet den akutte funktion, og også på akutcentre, som ikke har rygkirurger i dag. Det drejer sig om speciallæger i ortopædi, intern medicin og neurologi, som også i dag er i stand til at håndtere den akutte rygpatient og visitere de patienter videre til OUH, som har behov for akut operation.

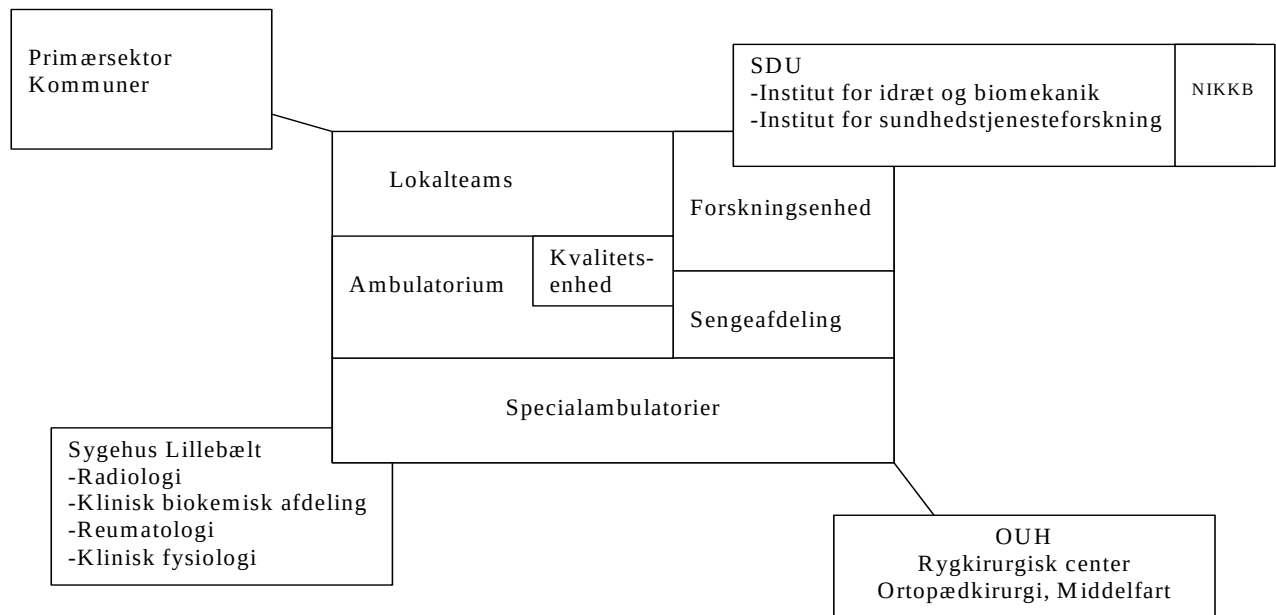
De fleste af de øvrige deltagere i arbejdsgrupperne gav derimod udtryk for, at det er en god idé fysisk at samle rygbehandlingen. Herfra er der støtte til oprettelse af Rygcentret i Middelfart inklusiv den kirurgiske

behandling på regionalt niveau. Alle deltagere har dog forholdt sig til den politiske beslutning og arbejdet frem mod den bedst mulige etablering.

9. Struktur og samarbejdsflader

Rygcentret i Middelfart vil få en kompleks organisatorisk struktur med mange relationer udadtil og flere afsnit indadtil. Nedenstående figur illustrerer den foreløbige plan for strukturen af centret. Enkelte områder beskrives nærmere efterfølgende.

Figur 3. Struktur og samarbejdsflader for Rygcentret i Middelfart



NIKKB = Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik

Kvalitetssikring

Kvalitetssikring er centralt i Rygcentret for at sikre ensartet og optimal produktion. Rygcenter Fyn har siden 2007 i samarbejde med australske forskere og en international IT-virksomhed arbejdet med udvikling af en ny database til erstatning for COBRA-databasen, som både Rygcentret Fyn og Vejle-Give Rygcenter har anvendt i 10 år. Målet er at udvikle en ny og opdateret database, der er fleksibel i indhold og fagligt solidt funderet. Tillige at skabe et kvalitetskontrollsystem, som fokuserer på hele patientens sygeforløb. Samtidig arbejdes der på, at de indhentede data opnår en kvalitet, så databasen kan udgøre det væsentlige grundlag for centrets fremtidige forskning. Version 1.0 forventes færdig maj 2008 og kan efter afprøvning formentlig med fordel udgøre platformen for Rygcentrets fremtidige kvalitetskontrol.

Kvaliteten i Rygcentrets indsats karakteriseres ved:

- Udredning af patienten på rette tid, sted og niveau.
- Maksimalt en måned fra henvisning til diagnose.
- Ens tilbud til alle borgere i regionen.
- Nærhed når muligt (lokalteams).
- Særlig faglig kompetence, når nødvendigt (centralt center).
- Ambulant indsats frem for indlæggelse.
- Fokus på tværfaglighed og tværsektoriel indsats.

- Fokus på evidens og patientoplevelt kvalitet.
- Tid til dialog med patienten og de ansatte imellem.
- Løbende kvalitetskontrol, faglig udvikling og formidling af viden.
- Betydelige præ- og postgraduate uddannelsesaktiviteter.
- Forskning af internationalt format.
- Evaluering af behandlingskoncept.

Forskning og uddannelse

Succes for et nyt rygcenter vil være tæt forbundet med, at det lykkes i dagligdagen at koble patientklinikken med forsknings- og uddannelsesopgaver, så disse understøtter hverandre. Det er vigtig allerede fra første færd at understøtte en sammensmeltning af funktionerne i afdelingen, fx ved at kvalitetssikring er en daglig aktivitet i afdelingen, ved at de uddannelsessøgende integreres i de daglige patientopgaver og ved at forskere har ansættelse som klinisk arbejdende og som forskere samtidigt (fx halvt/halvt). Den forskningsmæssige opgave løses i tæt samarbejde med Syddansk Universitet. Der påtænkes ansat et antal lektorer og professorer.

Væsentlige forskningsområder for Rygcentret er:

- Klinisk forskning i rygsygdomme
- Børn/unge forskning
- Forebyggelse af ryg- og ekstremitetsskader
- Evidensbaseret viden og implementering
- Rygkirurgi
- Rygepidemiologi
- Klinisk kiropraktik

Studerende repræsenterende mange forskellige faggrupper vil få dele af deres uddannelsesforløb i Rygcentret. Studerende på den kliniske del af biomekanikuddannelse, Syddansk Universitet, vil udgøre den største gruppe. I alt 40-60 biomekanikstuderende årligt forventes at få ophold i afdelingen. Herudover vil der gennemføres uddannelse af læger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og sekretærer. Af samme grund tænkes tilknyttet et antal professorer og kliniske lektorer samt etableret et formaliseret samarbejde med Syddansk Universitet. Forsknings- og uddannelsesområdet mangler dog endelig afklaring, hvilket vil ske i en senere fase.

10. Forventet aktivitet og dimensionering

Bilag 2 viser uddybende beregninger til indeværende kapitel. Beregningerne er baseret på tal fra 2007.

Lokaler

Ambulatorierum centralt på Rygcentret

Omfanget af den fremtidige ambulante rygbehandling i sekundærsektoren i Region Syddanmark skønnes at være 50.000 besøg årligt. Heraf vil aktiviteten på Rygcentret i Middelfart være i omegnen af 38.000 ambulante besøg pr. år, mens de resterende vil foregå decentralt i lokalteams.

Ved hvert besøg på Rygcentret vil patienten blive tilbudt flere ydelser hos specialbehandlere, studerende, sygeplejersker og/eller tovholder. Ved en forventet gennemsnitlængde på en halv time pr. ydelse, kan der foretages 12½ ydelse pr. dag pr. ambulatorierum. I alt 2.000 ydelser årligt pr. rum ved aktivitet i fire dage ugentligt i 40 uger pr. år.

Der forventes omtrent 8.000 patienter til Rygcentret årligt. Gennemsnitligt set vil de modtage fire ydelser ved første konsultation og 12 ved de efterfølgende 3-5 besøg. Hermed modtager den gennemsnitlige patient 16 ydelser under forløbet. Samlet vil Rygcentret udføre 128.000 ydelser årligt. Det medfører et behov for 64 ambulatorie- og samtalerum. Hertil skal lægges en vis margin, idet behandlere under uddannelse vil have

brug for mere tid pr. konsultation, samt for at sikre fleksibilitet. I alt indebærer det et behov for 60 undersøgelseslokaler og 12 samtalerum centralt på Rygcentret.

Operationsstuer, senge og hotelsenge

På Rygcentret forventes der årligt at blive foretaget 1.200 operationer eksklusiv operationer for rygfraktur og cervikale ryglidelser. Det nødvendiggør, at der er 10 ugelejer til rådighed for rygpatienter til kirurgisk behandling. Heri er der indregnet kapacitet til at varetage den nuværende private aktivitet delvist, men forudsat, at aktiviteten på OUH forbliver der.

Ovenstående opererede patienter forudses at få 5.200 sengedage, hvilket medfører et behov for 17 senge. Hertil skal lægges patienter, som bliver indlagt subakut, men som ikke gennemgår en operation. Desuden vil visse patienter pga. selve transportlængden have brug for en seng. Det samlede behov er dermed 25 senge og 5 hotelsenge på Rygcentret. Heraf er 12 overflyttelse fra Vejle-Give Rygcenter, 10 fra Aabenraa Rygcenter og 8 fra Sydvestjysk Sygehus Esbjerg.

MR-scanner mv.

Udgangspunktet er, at alle henviste patienter skal have foretaget MR-scanning ved første besøg på nær dem, der allerede har fået foretaget en MR- eller CT-scanning af det pågældende rygområde inden for det seneste år. Det medfører, at 90-95 % af patienterne, svarende til 11.000 personer, skal igennem denne første scanning. Hertil kommer 2.000 forsknings- og udviklingsscanninger og 2.000 kontrolscanninger postoperativt. I alt 15.000 MR-scanninger vil årligt blive gennemført på rygpatienter. Halvdelen heraf forventes at foregå i Rygcentret i Middelfart, hvor én MR-scanner vil kunne dække behovet. De resterende 7-8.000 scanninger skal foretages på sygehuse, hvor der er tilknyttet lokalteams.

Den kliniske kemi varetages fortsat af OUH, også efter oprettelsen af Rygcentret. Sygehus Lillebælt vil stå for CT-scanninger, neurofysiologi og ultralyd.

Kontorer, konferencerum og studieområde centralt på Rygcentret

Forventeligt 20 af undersøgelseslokalerne kan ligeledes anvendes som kontorer. Herudover vil der være behov for arbejdsstationer til 80 medarbejdere. Af disse skal 12 være i enkeltkontorer, og den resterende del kan fordeles i 14 kontorer med hver 5-6 arbejdsstationer.

Det store indtag af studerende, særligt kiropraktorstuderende, indebærer behov for et område dedikeret hertil. Her bør være 12 arbejdsstationer, 3-4 lokaler til selvstudie, praktiske øvelser mv. samt et undervisningslokale til 30 personer.

Et kontorområde med 20 arbejdsstationer reserveret til forskningsenheden er ligeledes påkrævet. 7 enmandskontorer, ét kontor med 4 arbejdsstationer og 5 kontorer med 2 arbejdspladser hver er nødvendigt.

Hertil kommer 3-4 konferencerum, hvoraf det ene skal kunne rumme op til 120 personer.

Lokalebehov decentralt

Behandlerne i de lokalt forankrede lokalteams har ligeledes brug for undersøgelses- og samtalerum. Til disse konsultationer kan et rum pr. behandler dække behovet, dvs. i alt 32 rum fordelt decentralt. Hertil kommer kontorfaciliteter, som må fastlægges lokalt, når størrelsen på de enkelte teams er afklaret.

Bemanding til rygbehandling i Middelfart

I det følgende gives et groft skøn over det forventede bemandingsbehov til driften målt i fuldtidsstillinger ved det kommende Rygcenter i Middelfart.

Det skal understreges, at der generelt er tale om meget simple skøn - primært baseret på en række "skrivebordsbetragtninger", idet der i forløbet indtil nu ikke har været tid og mulighed for at inddrage og høre

alle relevante og berørte parter. Skønnet vil således skulle kvalificeres i en senere fase, førend der kan drages konklusioner om flytning af konkrete normeringer mv.

I forbindelse med Rygcentret anbefales det, at Region Syddanmark tager initiativ til at udarbejde nogle overordnede retningslinier og principper for, hvorledes ressourcerne for aktivitet, som skal flyttes mellem forskellige sygehusenheder, skal gøres op. Eksempelvis om der skal tages udgangspunkt i normering (budget) eller forbrug (regnskab).

Formålet med nærværende skøn er primært at give en fornemmelse af størrelsen af bemandingsbehovet ved de forskellige delfunktioner i Rygcentret, og så vidt muligt at sammenligne bemandingsbehovet med de nuværende personaleressourcer ved rygcentre i Ringe og Give.

Endeligt forsøges det belyst, hvor mange fuldtidsstillinger, som kan tænkes flyttet til Middelfart fra de forskellige nuværende enheder og ud fra princippet om, at ressourcerne følger opgaverne.

De for skønnet tilgrundliggende beregninger fremgår i detaljer af bilag 2, men de overordnede aktivitetsforudsætninger for Rygcentret (centralt) skal kort ridses op herunder:

- 1) 8.000 nye patienter, svarende til ca. 38.000 besøg årligt.
- 2) 1.200 patienter til operation, svarende til ca. 5.200 sengedage årligt
- 3) 10 OP-stuedage ugentligt
- 4) 8.000 MR-scanninger årligt

Ambulant udredning og behandling

Det skønnes, at der til den ambulante udrednings- og behandlingsdel er behov for én fagperson (fuldtidsstilling) pr. 100 patienter pr. år, hvilket med forventet 8.000 nye patienter pr. år i Rygcentret vil kræve 80 fuldtidsstillinger.

Denne aktivitet tænkes primært dækket ved flytning af det nuværende personale ved Rygcentre i Ringe og Give. Der er i Ringe (undtaget Rygforskningscentret) i 2007 43,49 fuldtidsstillinger, mens der i Give (incl. andel af fysio- og ergoterapi) er forbrugt 30,48 bruttostilling. Sammenlagt er der således knap 74 bruttostilling til rådighed mod et ønsket behov på 80 bruttostilling, svarende til manko på ca. 6 stillinger.

Fordelingen mellem læger, sygeplejersker, kiropraktorer, fysioterapeuter og andre faggrupper er p.t. ikke fastlagt nærmere, og vil jo specielt på kort sigt være meget afhængig af hvem og hvor mange, som ønsker at følge med fra Ringe og Give til Middelfart.

Sengeafsnit til opererede patienter

Der forventes oprettet et sengeafsnit på 25 sengepladser. I første række skal sengeafsnittet dække en forventet aktivitet på 1.200 patienter til operationer med et forventet sengedagsbehov på 5.200 sengedage. Herudover kommer formentligt en række subakutte indlæggelser af patienter, som ikke fører til operation, men hvis sengedage vil skulle lægges til ovenstående tal.

Ud fra normtal fra de ortopædkirurgiske sengeafsnit ved Vejle Sygehus, som siger ca. 190 sengedage årligt pr. fuldtidsstilling, er der beregnet et personalebehov på godt 27 bruttostilling til drift af de 17 kirurgisk sengepladser.

Sengeafsnittet tænkes formeret ud fra sengeafdeling R ved Rygcentret i Give, samt ud fra de ortopædkirurgiske og neurokirurgiske afdelinger i Åbenrå, Esbjerg, Vejle og OUH.

Såfremt den rygkirurgiske aktivitet i 2007 lægges til grund vil Vejle-Give skulle stille med ca. 7, Åbenrå med ca. 9, Esbjerg med ca. 8 og øvrige (OUH og nynormering) med ca. 3 bruttostilling.

Der er mange ubekendte i ovenstående skøn. Eksempelvis er det endnu uafklaret om - og eventuelt i hvilken udstrækning - der kan/skal flyttes rygkirurgi fra OUH til Middelfart.

Endeligt har rygkirurgerne i Esbjerg og Åbenrå givet udtryk for, at de ikke ønsker at medvirke til en samling af rygkirurgien i Middelfart, idet der angiveligt er mange ulemper forbundet med en udskillelse af den rygkirurgiske aktivitet fra den øvrige ortopædkirurgi.

De resterende 8 sengepladser som planlægges oprettet til sub-akutte patienter, som ender med ikke at skulle opereres, tænkes bemandet ved flytning af det resterende personale fra Afdeling R i Give, som i dag er beskæftiget med rygpatienter, svarende til 8,88 fuldtidsstilling.

Det skal understreges, at selvom der beregningsmæssigt tales om sengeafsnit på 17 og 8 sengepladser, er der reelt tale om et samlet sengeafsnit på 25 sengepladser med fælles ledelse og personale.

Operationskapacitet

Der forventes en årlig aktivitet på ca. 1.200 rygkirurgiske operationer, hvilket vil kræve 10 OP-stuedage pr. uge. Ovenstående forudsætter, at al rygkirurgi ved Vejle, Give, Friklinikken i Give, Åbenrå, Esbjerg og private sygehuse flyttes til Middelfart, mens der p.t. ikke er indregnet rygkirurgi fra OUH.

Bemandingen hertil er skønsmæssigt opgjort til 18,75 fuldtidsstillinger incl. rygkirurger, men ekskl. ressourcer til opvågning/intermediærafnsnit.

Såfremt den rygkirurgiske aktivitet i 2007 lægges til grund, vil Vejle-Give skulle stille med ca. 4, Åbenrå med ca. 6, Esbjerg med ca. 5 og øvrige (OUH og nynormering) med ca. 4 bruttostillinger.

Den rygkirurgisk aktivitet kommer til at foregå samtidigt med en betydelig øvrig ortopædkirurgisk aktivitet på operationsgangen, hvor der i alt er 6 OP-stuer, og der vil derfor i nogen udstrækning kunne trækkes på fælles personale, eksempelvis mht. afdelingsledelse, portør, opvågning osv.

Det præcise personalebehov til rygkirurgien vil derfor afhænge af integrationen i den samlede OP-gang.

Endeligt vil behovet for OP-personale og kapacitet selvfølgelig være direkte afhængigt af hvor mange rygkirurger, som kan rekrutteres til Rygcentret, hvorfor det ikke kan udelukkes at være nødvendigt med en fasemæssig opbygning af OP-kapaciteten.

MR-kapacitet

Der skønnes behov for ca. 8.000 MR-scanninger i Middelfart årligt, hvilket formentligt vil kræve, at scanneren skal køre i 2-holdsdrift. Der vil således være et nettobehov på $2+2 = 4$ radiografer, svarende til en bruttonormering på 5 stillinger. Bemanding tænkes primært at komme fra Ringe og Give.

Samlet bemandingsbehov til rygbehandling i Middelfart

Det samlede bemandingsbehov til Rygcentret i Middelfart kan således opgøres til ca. 140 bruttostillinger. Heraf vil henholdsvis ca. 45 og ca. 51 bruttostillinger komme fra Rygcentrene i Ringe og Give.

Til dækning af OP-aktivitet og sengeafsnit vil der herudover formentligt skulle flyttes ca. 15 stillinger fra Åbenrå og ca. 14 stillinger fra Esbjerg, samt eventuelt et tilsvarende antal stillinger fra OUH, hvorfra der dog endnu mangler en konkret udmelding på antallet af operationer, som vil kunne flyttes til Middelfart.

Endelig skal der ske bemanding af kvalitetsafdeling, formodentlig svarende til 1-2 fuldtidsmedarbejdere, og forskningsenhed. Der vil blive redegjort nærmere for dette i en senere fase.

Bemanding til lokalteams

Et lokalteam vil være tværfagligt og som udgangspunkt bestå af fysioterapeuter, kiropraktorer, læger, sygeplejersker, sekretærer og psykologer. Idet patienttyngden her er lavere end i Rygcentret vil 0,8 fagperson pr. 100 patienter pr. år dække behovet. Med 4.000 patienter årligt indebærer det 32 fuldtidsstillinger fordelt på ovennævnte personalegrupper.

Region Syddanmark vil forventeligt blive dækket af fire lokalteams, hvorved hvert team gennemsnitligt udgøres af 8 fagpersoner inkl. administrativt personel. Det vurderes at være en passende størrelse for at sikre funktionelle og bæredygtige teams. Der gøres opmærksomt på, at disse lokalteams ikke er væsentligt udbredt i Region Syddanmark, hvorfor der i dag ikke er finansiering hertil.

11. Økonomiske aspekter

Det skal flyttes budget til løn- og personaleomkostninger samt øvrig drift fra de berørte sygehuse og afdelinger til Rygcentret i Middelfart. Herunder regnes ligeledes omkostninger til administration.

Generelt er det væsentligt, at der udover daglig drift, forskning og udvikling budgetteres med midler til rekruttering for at sikre et kvalificeret personale også i fremtiden.

En nærmere belysning af de økonomiske aspekter ved etableringen af Rygcentret i Middelfart vil i den nærmeste fremtid ske i planlægningsgruppens regi med inddragelse af relevante medarbejdere på sygehusene.

Bilag 1. Deltagere

Planlægningsgruppen:

- Hans Christian Thyregod, Sygehus Lillebælt (formand)
- Claus Manniche, Sygehus Fyn
- Johnnie Gantov, Sydvestjysk Sygehus
- Per Busk, Region Syddanmark
- Jens Peter Steensen, Odense Universitetshospital
- Marianne Breddam, Sygehus Sønderjylland
- Sten Larsen, Sygehus Lillebælt
- Lisbeth Blak, Sygehus Lillebælt
- Jesper Bliksted, Sygehus Lillebælt

Underarbejdsgruppen vedrørende behandlingskonceptet:

- Claus Manniche, Sygehus Fyn (formand)
- Hans Christian Thyregod, Sygehus Lillebælt
- Carsten Ernst, Sydvestjysk Sygehus
- Per Riegels-Nielsen, Sydvestjysk Sygehus
- Dorte Lemvigh, Sygehus Fyn
- Søren O'Neill, Sygehus Fyn
- Stig Mindedahl Jespersen, Odense Universitetshospital
- Mogens Tange, Odense Universitetshospital
- Anne Boertmann Voss, Odense Universitetshospital
- Peter Dirch Jørgensen, Odense Universitetshospital
- Marianne Breddam, Sygehus Sønderjylland
- Sten Larsen, Sygehus Lillebælt
- Inge Haahr Petersen, Sygehus Lillebælt
- Lene Møller Henningsen, Sygehus Lillebælt
- Lisbeth Blak, Sygehus Lillebælt
- Jesper Bliksted, Sygehus Lillebælt

Underarbejdsgruppen vedrørende kirurgi:

- Hans Christian Thyregod, Sygehus Lillebælt (formand)
- Claus Manniche, Sygehus Fyn
- Niels Wedderkopp, Sygehus Fyn
- Marianne Breddam, Sygehus Sønderjylland
- Stefan Hummel, Sygehus Sønderjylland
- Sten Larsen, Sygehus Lillebælt
- Anna-Marie Ebbesen, Sygehus Lillebælt
- Stig Mindedahl Jespersen, Odense Universitetshospital
- Mogens Tange, Odense Universitetshospital
- Carsten Ernst, Sydvestjysk Sygehus
- Jesper Bliksted, Sygehus Lillebælt
- Lisbeth Blak, Sygehus Lillebælt

Bilag 2. Beregningsgrundlag

Beregning af samlet ambulant aktivitet på Rygområdet i Region Syddanmark
med udgangspunkt i aktiviteten i Ringe

Nøgletal	Rygcenter, Ringe				Region Syddanmark
	Total aktivitet	Heraf Fyns Amt	Fyns Amt Andel i %	Aktivitet* pr. 1000 indbyggere	Aktivitet hvis som Ringe
Ambulante besøg	18.403	17.841	96,9 %	37,1	44.167

Kilde: Aktivitetstal: DOSA, pr. 13. februar
2008

*) Aktivitet på borgere fra Fyns Amt ift. indbyggertallet på Fyn

Folketal, pr. 1/1 2007:

Region Syddanmark 1.189.817

- heraf Fyn 480.616

- heraf Jylland 709.201

Til de godt 44.000 ambulante besøg skal der lægges besøg i whiplash-ambulatorium og
bækkenambulatorium mv., hvorved det samlede antal skønnes at være 50.000 ambulante besøg årligt.

Rygkirurgisk aktivitet* i Region Syddanmark i 2007

Sygehus	Stamafdeling	Antal udskrivninger				Antal vigtigste/primære operation				Antal sengedage			
		KABC	KNAG	Øvrige**	I alt	KABC	KNAG	Øvrige**	I alt	KABC	KNAG	Øvrige**	I alt
OUH	Neurokirurgisk afd. U	387	40	46	473	389	42	46	477	1.596	302	392	2.290
	Ortopædkirurgisk afd. O	65	122	130	317	67	144	134	345	474	1.055	720	2.249
	Øvrige (1)	34	1	41	76	34	1	41	76	466	22	462	950
	OUH i alt	486	163	217	866	490	187	221	898	2.536	1.379	1.574	5.489
Sygehus Sønderjylland	Rygkirurgisk afdeling, Aabenraa	258	53	43	354	258	53	44	355	1.080	334	193	1.607
Sydvestjysk Sygehus (1)	Ortopædkirurgisk afd., Esbjerg (2)	235	72	24	331	236	76	24	336	898	571	242	1.711
Vejle Sygehus	Ortopædkirurgisk afd.	23	6	1	30	23	7	1	31	28	7	1	36
Give Sygehus	Rygcentret (3)	223	0	2	225	223	0	2	225	1.213	0	5	1.218
Friklinikken Give	Ortopædkirurgisk afd. (4)	169	33	0	202	169	33	0	202	248	161	0	409
Silkeborg Sygehus (1)	Ortopædkirurgisk afd. K (5)	9	12	1	22	9	12	1	22	22	82	8	112
I alt offentlige sygehuse		1.403	339	288	2.030	1.408	368	293	2.069	6.025	2.534	2.023	10.582
Privathospitalet, Kollund (5)		30	15	0	45	30	15	0	45	34	52	0	86
Privathospitalet, Mølholm (5)		14	8	0	22	14	8	0	22	20	20	0	40
Øvrige privathospitaler (5)		16	12	1	29	16	13	1	30	27	42	3	72
I alt private sygehuse		60	35	1	96	60	36	1	97	81	114	3	198
I alt offentlige og private sygehuse		1.463	374	289	2.126	1.468	404	294	2.166	6.106	2.648	2.026	10.780
I alt offentlige og private sygehuse, ekskl. OUH		977	211	72	1.260	978	217	73	1.268	3.570	1.269	452	5.291

Sygehus	Stamafdeling	Antal sengepladser v. 85 % belæg.				Antal OP-stuer			
		KABC	KNAG	Øvrige**	I alt	KABC	KNAG	Øvrige**	I alt
OUH	Neurokirurgisk afd. U	5,1	1,0	1,3	7,4	0,49	0,11	0,06	0,65
	Ortopædkirurgisk afd. O	1,5	3,4	2,3	7,2	0,08	0,36	0,17	0,61
	Øvrige (1)	1,5	0,1	1,5	3,1	0,04	0,00	0,05	0,10
OUH i alt		8,2	4,4	5,1	17,7	0,61	0,47	0,28	1,36
Sygehus Sønderjylland	Rygkirurgisk afdeling, Aabenraa	3,5	1,1	0,6	5,2	0,32	0,13	0,06	0,51
Sydvestjysk Sygehus (1)	Ortopædkirurgisk afd., Esbjerg (2)	2,9	1,8	0,8	5,5	0,30	0,19	0,03	0,52
Vejle Sygehus	Ortopædkirurgisk afd.	0,1	0,0	0,0	0,1	0,03	0,02	0,00	0,05
Give Sygehus	Rygcentret (3)	3,9	0,0	0,0	3,9	0,28	0,00	0,00	0,28
Friklinikken Give	Ortopædkirurgisk afd. (4)	0,8	0,5	0,0	1,3	0,21	0,08	0,00	0,29
Silkeborg Sygehus (1)	Ortopædkirurgisk afd. K (5)	0,1	0,3	0,0	0,4	0,01	0,03	0,00	0,04
I alt offentlige sygehuse		19,4	8,2	6,5	34,1	1,76	0,92	0,37	3,05
Privathospitalet, Kollund (5)		0,1	0,2	0,0	0,3	0,04	0,04	0,00	0,08
Privathospitalet, Mølholm (5)		0,1	0,1	0,0	0,1	0,02	0,02	0,00	0,04
Øvrige privathospitaler (6)		0,1	0,1	0,0	0,2	0,02	0,03	0,00	0,05
I alt private sygehuse		0,3	0,4	0,0	0,6	0,08	0,09	0,00	0,17
I alt offentlige og private sygehuse		19,7	8,5	6,5	34,7	1,84	1,01	0,37	3,21
I alt offentlige og private sygehuse, ekskl. OUH		11,5	4,1	1,5	17,1	1,22	0,54	0,09	1,86

Kilde: DOSA pr. 5. februar 2008. pr. 8. februar 2008 (Private sygehuse) og pr. 12. februar 2008 (Friklinikken)

*) Afgrænset som udskrevne patienter med operationskode: KAB eller KNA, som vigtigste eller primære operation

**) Dækker over patienter med operationskode KAB eller KNA, som ikke er KABC eller KNAG

(1) Patienter med stamafd. på medicinsk afd., børneafd., onkologisk afd. og urologisk afd.

(2) inkl. 1 patient med neurologisk afdeling som stamafd.

(3) inkl. 1 patient med ortopædkirurgisk afdeling som stamafd.

(4) inkl. 1 patient med organkirurgisk afdeling som stamafd.

(5) Kun operationer på borgere fra Region Syddanmark

(6) Dækker over 9 andre danske privat hospitaler

Ambulant udredning og behandling

Enhed	Afdeling	Nuværende personale forbrug			Personale- behov* til 8.000 nye patienter	Manko
		Personale- forbrug i alt	Andel til Rygområdet	Personale- forbrug til Rygområdet		
Ringe	I alt	43,49		43,49		
Give	Rygcentret	19,58	100 %	19,58		
	Fysioterapien	20,56	39 %	8,10		
	Ergoterapien	6,04	46 %	2,80		
Andre	?					
I alt				73,97	80	6,03

*) Der regnes med en norm på én fuldtidsstilling pr. 100 nye patienter pr. år.

Sengeafsnit til opererede patienter

Enhed	Afdeling	Nuværende personale forbrug			Personale- behov til 17 sengepladser*	Manko	Sengedage
		Personale- forbrug i alt	Andel til Rygområdet	Personale- forbrug til Rygområdet			
Ringe		0					0
Give	Afdeling R	21,73	70,39 %	15,30	6,41		1.218
Vejle	Ortopædkirurgisk	?	?		0,19		36
Åbenrå	Ortopædkirurgisk	?	?		9,01		1.711
Esbjerg	Ortopædkirurgisk	?	?		8,46		1.607
OUH	Ortopæd- og neurokirurgisk	?	?		0,00		0
Andre					3,31		628
I alt					27,37		5.200

*) Til dækning af 1.200 udskrivninger og ca. 5.200 sengedage. Der regnes med et normtal på 190 sengedage pr. fuldtidspersonale

Sengeafsnit til ikke-opererede patienter

Enhed	Afdeling	Nuværende personale forbrug			Personale- behov til 8 sengepladser*	Manko	Sengedage
		Personale- forbrug i alt	Andel til Rygområdet	Personale- forbrug til Rygområdet			
Give	Afdeling R			8,88	8,88		

Operationskapacitet

Personalekategori	Personalebehov til 10 OP-stuedage pr. uge	
	Netto	Brutto (+ 25%)
Rygkirurger	5	6,25
Anæstesi­læger	1	1,25
Anæstesisygeplejersker	3	3,75
OP-sygeplejersker	5	6,25
Portør	1	1,25
I alt	15	18,75

Enhed	Operationer	Overflyttet personale
Give	225	3,52
Vejle	31	0,48
Åbenrå	355	5,55
Esbjerg	336	5,25
OOUH		
Andre	253	3,95
I alt	1.200	18,75

MR-kapacitet

Der skønnes behov for ca. 8.000 MR-scanninger årligt, hvilket vil kræve 5 fuldtidsradiologer, idet scanneren må forventes at skulle køre i to-holdsdrift, dvs. 2+2 radiologer + 25 % fra netto til bruttonormering.

Samlet forslag til bemanning af Rygcentret i Middelfart fordelt på aktivitet og hvor personalet skal overflyttes fra.
Bruttostillinger

Enhed	Ambulant udredning og behandling	Sengeafsnit til opererede patienter	Sengeafsnit til ikke-opererede patienter	Operationskapacitet	MR-kapacitet	I alt
Ringe	43,5	0,0		0,0	1,5	45,0
Give	30,5	6,4	8,88	3,5	1,5	50,8
Vejle	0,0	0,2		0,5		0,7
Åbenrå	0,0	9,0		5,5		14,6
Esbjerg	0,0	8,5		5,3		13,7
OOUH	0,0	0,0				0,0
Andre	0,0	3,3		4,0		7,3
Manko - evt. nynormering	6,0				2,0	8,0
I alt	80,0	27,4	8,9	18,8	5,0	140,0

Bilag 3. Notat fra rygkirurgerne

Middelfart rygcenter

Forslag til struktur for rygkirurgiske funktion, ved en central model:

Baggrund:

Politisk bestemt at der kun skal være et reumatologisk rygcenter.

Der skal være tæt samspil med rygkirurgien.

Rygcentret skal rumme kiropraktorskole.

Fordele:

Øgede forskningsmuligheder, gerne i samspil med rygkirurgerne.

Mulighed for at reumatologisk og rygkirurgisk tilgang til patienterne nærmer sig hinanden.

Mulighed for mere ensartede patientforløb ved en form for central visitation.

Problemer:

Afklaring af den centrale visitation

Håndtering af akutte rygpatienter

Rekruttering af kommende rygkirurger.

Tilknytningsforhold til rygsektoren OUH

Central visitation:

Alle patienter er forvisiteret i Middelfart rygcenter ved diverse visitationsteams (se Claus Maniches oplæg).

Undtagelse er kun patienter overflyttet mhp subakut kirurgi og patienter med oplagt neurologi (se senere).

Disse ses direkte af kirurgerne.

Der er fælles konference i Middelfart med reumatologer hver 14. dag mhp. sekundær visitation af patienter.

Henvvisning fra primærsektoren skal være meningsfuld, så relevante oplysninger fremgår. Evt. et afkrydsningsskema.

Reumatologerne tager sig af henvisninger på patienter, med lumbale smerter uden neurodeficit eller massive radikulære smerter.

Kirurgerne tager sig af henvisninger på patienter med

1. Massive radikulære smerter og MR verificeret nerverodspåvirkning.
2. Neurodeficit > grad 1
3. Spinal klaudicatio
4. Spondylolistese med rodspåvirkning
5. Skolioser
6. Komplikationer efter tidligere kirurgi

Visitering til rygkirurgi efter fælles konferencer:

Behandlingsresistente lænderygsmerter ved samtidig patologi på diskus eller facetled ved MR scanning eller supplerende undersøgelser. Herunder

1. Instabilitet
2. Modic 1 forandringer
3. spondylose (andre)
4. Spondylartrose (facetledsartrose)

5. Spondylolistese
6. Arkolyse
7. Fraktursequelae
8. dårlig sagital balance

Kirurgien foregår på Middelfart sygehus med mindre patienten ikke kan håndteres her: ASA 4? Forreste kirurgi? Højt specialiseret Kirurgi?

Håndtering af akutte patienter:

Indlægges på nærmeste akutsygehus og ses af det stedlige ortopædkirurgiske vagthold, hvis det drejer sig om mistanke om lumbale problemer og det stedlige neurologiske vagthold, hvis der er mistanke om cervikale problemer. Ved behov konfereres med ryggkirurg. (NB rygvagtfunktion eller neurokirurgisk bagvagt). Lægger sig tæt op ad forslaget fra akutflow gruppen.

Ved cauda equina symptomer eller grov neurodeficit: MR scanning inden for 0 - 24 timer. (Hvis nødvendig skanning ikke kan finde sted overflyttes patienten akut til neurokirurgerne OUH til scanning og evt. operation). Operationskrævende kirurgi udføres inden for 6 – 48 timer. Patienten overflyttes til Neurokirurgisk afdeling OUH hvis der skønnes at være behov for uopsættelig kirurgi eller kirurgi uden for dagarbejdstiden. Patienten overflyttes til Middelfart rygcenter, hvis kirurgien kan udføres som subakut kirurgi. Ofte kan patienten udskrives dagen efter operation. Fysioterapi efter 3 uger i kommunalt regi.

Plejekrævende patienter med svære rygsmerter med ingen eller uspecifik neurologi: Smertebehandles og mobiliseres med alle midler. Ved mistanke om patologi da MR scanning inden for 4 – 5 døgn. Udskrives når de er afklarede og selvhjulpne. Enkelte har behov for overflytning til Middelfart rygcenter. De fleste visiteres tilbage til primærsektoren og kontrolleres her. Enkelte skal ses ambulant efter træning i kommunalt regi enten i lokalt primær rygcenter eller på rygcenter Middelfart.

Tilgængeligt udstyr Middelfart:

Velfungerende radiologisk afdeling med moderne udstyr:

1. MR scanner betjent alle hverdage 8 – 15.30 med tilstedeværende MR kyndig radiolog.
2. Mulighed for pakkeløsninger til patienter, så MR scanningen kan foregå ved første ambulante besøg, hvis der er behov.
3. MR scanner hvor patienten kan sidde mhp. påvisning af instabilitet.
4. Mulighed for rtg. Columna alle hverdage i ambulatoriets åbningstid.
5. Gennemlysningsapparat i god kvalitet.
6. CT scanner
7. Fuldt digitaliseret rtg. System (PACS), med skærme i alle ambulatorierum, kontorer og operationsstuer. Det skal være netværk så alle regionens billeder er tilgængelige.

Kirurgisk kapacitet til at foretage ca. 1200 dekompressioner, 400 deser og 50 diskproteser. Det svarer ca. til 14 lejer pr. uge. Heraf 1 leje hver 14. dag til forreste kirurgi, med mulighed for karkirurgisk opbakning. Smidig og velfungerende anæstesiaafdeling med mulighed for at anæstesere min. ASA 3 patienter, samt opvågningsfaciliteter svarende hertil (ca. 6 patienter om dagen, der ligger 1-3 timer). 18 senge hvis der regnes med gennemsnitlig liggetid på 3 dage.

Knoglebank.

Blodbank/ tilgængeligt blod efter BAC test.

Kirurgiens art:

kabc26 diskusprolaps operation
 kabc36 dekompression af nerverod
 kabc56 dekompression af spinalkanal

kabc28 Interspinøs spacer
 knag64 uinstrumenteret dese
 knag74 instrumenteret bageste dese
 knag34 forreste dese
 knab94 diskprotese

Nuværende rygkirurgisk produktion i regionen

	Neurokir OUH	Ryg OUH	Give Vejle	Åbenrå	Esbjerg	Silkeborg Give, privat	total
Kabc26	140?	15?	120?	145?	140?	150?	710?
Kabc 36	30?	20?	40?	35?	30?	30?	185?
Kabc56	60?	30?	50?	55?	60?	60?	315?
Kabc 34	?	?	?	20?	5?	0?	25?
Knag74	20?	50?	7?	30?	2?	20?	129?
Knag 74+34	40?	60?	0?	40?	35?	40?	215?
Knag 34	0?	10?	0?	5?	5?	0?	20?
Knag64	?	?	0?	10?	35?	20?	65?
Knab 94	0?	10?	0?	20?	20?	0?	50?

Svært at sige hvor meget der er dobbeltregistrering. Er der kun hoved- operationskoden, eller er der også bi-operationskoder på?

Derudover foregår der kirurgi i privatklinikker privatfinansieret eller forsikringsfinansieret?

Ved rygkirurgisk betjening af 14 lejer pr. uge kræves minimum 6 rygkirurger gerne 7, da der skal være mulighed for dublikering til flere operationer. Desuden 2 kirurger under oplæring. Hver kirurg har 1 ambulatoriedag og 1 stuegangsdag/kontordag og ½ konferencedag. Ved behov for vagtfunktion skal der minimum være 9 rygkirurger.

Ledelsesmæssigt

Den rygkirurgiske sektion hører under Ortopædkirurgisk afdeling, Sygehus Lillebælt med eget budget og funktionsledelse.

Fastholdelse af nuværende rygkirurger i regionen

Godt fagligt miljø
 Klinisk råderum
 Bekvem geografi

Ved en tvungen centralisering vil der helt sikkert være rygkirurger, der vælger alternativ beskæftigelse.

Man kan evt. indføre strukturen over tre år for at se, om rekrutteringen af rygkirurger er tilstrækkelig.

Der skal til Rygkirurgisk funktion konstant være tilknyttet én ortopædisk kursist og én neurokirurgisk kursist, alternativ en afdlingslæge under oplæring fra hver af specialerne .

Den centralistiske model efterlader to akutsygehuse uden nogen form for rygkyndig mandskab i huset. Det giver dårligt forløb for de akutte rygpatienter og meget landevejstransport med patienterne.

Man tapper de decentralt beliggende sygehuse for yderligere speciallægekompetence.

Carsten Ernst

Middelfart rygcenter

Forslag til struktur for rygkirurgiske funktion, ved en decentral model:

Baggrund:

Politisk bestemt at der kun skal være et reumatologisk rygcenter.

Der skal være tæt samspil med rygkirurgien.

Rygcentret skal rumme kiropraktorskole.

Fordele:

Øgede forskningsmuligheder, gerne i samspil med rygkirurgerne.

Mulighed for at reumatologisk og rygkirurgisk tilgang til patienterne nærmer sig hinanden.

Mulighed for mere ensartede patientforløb ved en form for central visitation.

Problemer:

Afklaring af den centrale visitation

Håndtering af akutte rygpatienter

Rekruttering af kommende rygkirurger.

Tilknytningsforhold til rygsektoren OUH

SVS Esbjerg, SS Åbenrå, og rygfunktionen OUH fortsætter som hidtil, bortset fra at alle patienter uden neurodeficit eller massive radikulære smerter går over den centrale visitation i Middelfart.

Der er fælles konference i Middelfart med reumatologer hver 14. dag mhp. sekundær visitation af patienter.

Trekantens Sygehus Give, Kolding, Vejle betjener Middelfarts daglige rygkirurgiske funktion og varetager Sygehus Lillebælts akutte og subakutte patienter i det omfang det er muligt.

Central visitation:

Henvvisning fra primærsektoren skal være meningsfuld, så relevante oplysninger fremgår. Evt. et afkrydsningsskema.

Reumatologerne tager sig af henvisninger på patienter, med lumbale smerter uden neurodeficit eller massive radikulære smerter.

Kirurgerne tilknyttet de respektive optageområder tager sig af henvisninger på patienter med

1. Massive radikulære smerter og klar radiologi (MR scanning).
2. Neurodeficit > grad 1
3. Spinal klaudicatio
4. Spondylolistese med rodpåvirkning.
5. Skolioser
6. Komplikationer til tidligere kirurgi

Visitering til rygkirurgi efter fælles konferencer

Behandlingsresistente lænderygsmerter ved samtidig patologi på diskus eller facetled ved MR scanning eller supplerende undersøgelser. Herunder

1. Instabilitet
2. Modic 1 forandringer
3. spondylose (andre)
4. Spondylartrose (facetledsartrose)
5. Spondylolistese

6. Arkolyse
7. Fraktursequelae
8. dårlig sagital balance

Kirurgien foregår på det sygehus, der hører til patientens naturlige optageområde afhængig af venteliste og evt. subspecialisering.

Håndtering af akutte patienter:

til ortopædkirurgerne og cervikale problemer til neurologerne. Ved behov konfereres med rygkirurg, som har beredskabsvagt. (NB rygvagtfunktion), alternativt med neurokirurg OUH.

Ved cauda equina symptomer eller grov neurodeficit: MR scanning inden for 0 - 24 timer. (Hvis nødvendig skanning ikke kan finde sted overflyttes patienten akut til neurokirurgerne OUH til scanning og evt. operation). Operationskrævende kirurgi udføres inden for 6 – 48 timer. Ofte kan patienten udskrives dagen efter operation. Fysioterapi efter 3 uger i kommunalt regi.

Plejekrævende patienter med svære rygsmerter med ingen eller uspecifik neurologi: Smertebehandles og mobiliseres med alle midler. Ved mistanke om patologi da MR scanning inden for 4 – 5 døgn. Udskrives når de er afklarede og selvhjulpne. Enkelte har behov for overflytning til Middelfart rygcenter. De fleste visiteres tilbage til primærsektoren og kontrolleres her. Enkelte ses ambulant efter træning i kommunalt regi, disse patienter kunne måske med fordel ses i lokalt rygcenter eller på rygcenter Middelfart.

Tilgængeligt udstyr Middelfart:

Velfungerende radiologisk afdeling med moderne udstyr:

1. MR scanner betjent alle hverdage 8 – 15.30 med tilstedeværende MR kyndig radiolog.
2. Mulighed for pakkeløsninger til patienter, så MR scanningen kan foregå ved første ambulante besøg.
3. MR scanner hvor patienten kan sidde mhp. påvisning af instabilitet.
4. Mulighed for rtg. Columna alle hverdage i ambulatoriets åbningstid.
5. Gennemlysningsapparat i god kvalitet.
6. CT scanner
7. Fuldt digitaliseret rtg. System (PACS), med skærme i alle ambulatorierum, kontorer og operationsstuer. Der skal være tilgængeligt netværk så alle regionens billeder er tilgængelige.

Kirurgisk kapacitet til at betjene det naturlige optageområdes patienter: 4 – 5 lejer pr uge, svarende til 2 rygkirurger. Herunder anæstesiafdeling med mulighed for at anæstesere min. ASA 3 patienter, samt opvågningsfaciliteter svarende hertil. 5 – 10 senge.

Knoglebank

Blodbank/ tilgængelig blod efter BAC test

Der skal være avanceret conferenceudstyr, så der kan laves WEB baserede fælleskonferencer sygehusene imellem.

Kirurgiens art:

1. kabc26 diskusprolaps operation
2. kabc36 dekompression af nerverod
3. kabc56 dekompression af spinalkanal
4. kabc28 Interspinøs spacer
5. knag64 uinstrumenteret dese

6. knag74 instrumenteret bageste dese
7. knag34 forreste dese
8. knab94 diskprotese?

Nuværende rygkirurgisk produktion i regionen

	Neurokir OUH	Ryg OUH	Give Vejle	Åbenrå	Esbjerg	Silkeborg Give, privat	total
Kabc26	140?	15?	120?	145?	140?	150?	710?
Kabc 36	30?	20?	40?	35?	30?	30?	185?
Kabc56	60?	30?	50?	55?	60?	60?	315?
Kabc 34	?	?	?	20?	5?	0?	25?
Knag74	20?	50?	7?	30?	2?	20?	129?
Knag 74+34	40?	60?	0?	40?	35?	40?	215?
Knag 34	0?	10?	0?	5?	5?	0?	20?
Knag64	?	?	0?	10?	35?	20?	65?
Knab 94	0?	10?	0?	20?	20?	0?	50?

Svært at sige hvor meget der er dobbeltregistrering. Er der kun hoved- operationskoden, eller er der også bi-operationskoder på?

Derudover foregår der kirurgi i privatklinikker privatfinansieret eller forsikringsfinansieret?

Fastholdelse af nuværende rygkirurger i regionen

Godt fagligt miljø
Klinisk råderum
Bekvem geografi

Ved en decentral model vil samtlige rygkirurger blive i funktionen.

De nuværende rekrutteringsmuligheder fastholdes. Sygehus Lillebælt opfordres til at øge rekrutteringen blandt ortopædkirurger. Ved rekruttering specielt fra Sygehus Lillebælt, ortopædkirurgisk afdeling og fra rygfunktionen OUH kan man byde ind på de yderligere 350 operationer, der udføres i Brædstrup, Silkeborg og privat. Der kan blive mulighed for at finde yderligere patienter i samarbejde med neurokirurgerne OUH. Således patientunderlag for min 4 rygkirurger uden at funktionerne i Esbjerg og Åbenrå behøves at nedlægges.

Den decentrale model støtter funktionen med de nye akutsygehuse, så der er rygkirurgisk ekspertise disse steder. Det giver mere patientvenlig håndtering af den akutte rygpatient.

De perifert beliggende akutsygehuse bliver ikke drænet yderligere for speciallæger

Man kan tage strukturen op igen om tre år for at se, om betænkelighederne er gjort til skamme.

Carsten Ernst

Bilag 7

Neurorehabilitering

Neurorehabilitering

Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark



www.fremtidenssygehuse.dk



Region Syddanmark

Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark

Neurorehabilitering

*Anbefalinger på vegne af tværfaglig projektgruppe
Foråret 2008*

Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark

Neurorehabilitering

Indholdsfortegnelse

Kommissorium	3
Projektgruppens fokus	4
Resumé	5
1. Patientgrupperne	7
1.1 Neurorehabilitering og den tværfaglige indsats	7
1.2 Neurorehabilitering af patienter med apopleksi	7
1.3 Neurorehabilitering af patienter med hovedskader mv.	7
1.4 Neurorehabilitering af patienter med lidelser i centralnervesystemet.....	8
2. Status.....	10
2.1 Organisering og tilrettelæggelse.....	10
2.2 Aktivitet	12
2.2 Personaleressourcer.....	12
2.3 Økonomi.....	14
2.4 De fysiske rammer til neurorehabilitering	14
2.5 Udenregional neurorehabilitering.....	15
2.6 Konklusion	16
3. Kvalitets – og patientperspektivet.....	17
3.1 Internationale anbefalinger vedr. apopleksi.....	17
3.2 Nationale anbefalinger vedr. apopleksi.....	17
3.3 Nationale anbefalinger vedr. patienter med hovedtraumer.	18
3.4 Den danske kvalitetsmodel.....	18
3.5 Patientperspektivet.	19
4. Modelbeskrivelse.....	20
4.1 Planlægningsgrundlag	20
4.2 Modeller	21
4.3 Overgangsordning/konsolideringsplaner	21
5. Sammenligning af modellerne.....	22
6. Anbefalinger og opfølgning.	23

Kommissorium

Formål

I forbindelse med forliget om den fremtidige sygehusstruktur i Region Syddanmark blev det besluttet, at der skal gennemføres et udredningsarbejde vedr. neurorehabiliteringen i Region Syddanmark, bl.a. med henblik på en afklaring af funktionerne på Ringe Sygehus.

På denne baggrund nedsættes en tværfaglig projektgruppe med repræsentanter fra flere specialer og sygehuse, som skal iværksættes et udredningsarbejde, der skal vurdere behovet og mulighederne for neurorehabilitering i regionen med henblik på at udarbejde forslag til den fremtidige organisering.

Målsætning for projektgruppen

Projektgruppen skal udarbejde en rapport, som dels beskriver de nuværende funktioner i regionen samt snitfladen mellem de regionale funktioner og de højtspecialiserede funktioner i Hammel og Hvidovre, og dels beskriver mulige modeller for den fremtidige organisering.

Beskrivelse af opgaven

Rapporten skal omfatte en kort beskrivelse af rehabiliteringsområdet, herunder en overvejende kvantitativ beskrivelse af regionens nuværende funktioner/enheder samt snitfladen til de højtspecialiserede funktioner

Rapporten skal omfatte to fremtidige modeller:

- a) fortsat opretholdelse af flere neurorehabiliteringsfunktioner i regionen, som varetager hhv. apopleksirehabilitering, neurorehabilitering af senhjerneskedede patienter og enkelte neurologiske patienter med behov for langtidsrehabilitering.
- b) etablering af en regional funktion med samling af senhjerneskedede patienter, hvor der fortsat samarbejdes med Hammel Neurocenter og eventuelt Hvidovre Hospital ved særlige problemstillinger.

Modelbeskrivelserne skal bl.a. beskrive følgende forhold:

- 1) Fagligt koncept
- 2) Patientbeskrivelser
- 3) Snitflade lokale, regionale og højtspecialiserede funktioner
- 4) Personalemæssige konsekvenser
- 5) Bæredygtighed
- 6) Ledelsesforhold
- 7) Rekruttering
- 8) Aktivitet
- 9) Økonomi

Organisering

Der nedsættes en tværfaglig projektgruppe under sygehusledelseskredsen med deltagelse af alle sygehusenheder. Medlemmerne af projektgruppen udpeges af de respektive sygehusledelser.

Formand Peder Jest, direktør, OUH & Svendborg
Kst. adm. overlæge Søren Jakobsen, neurorehabiliteringen, Ringe
Oversygeplejerske Dorthe Larsen, neurorehabiliteringen, Ringe
Ledende terapeut Lissi Hansen, neurorehabiliteringen, Ringe
Overlæge Torben Alslev, neurologisk afdeling, Odense Universitetshospital

Neuropsycholog Mette Stylsvig, neurokirurgisk afdeling, Odense Universitetshospital
Kst. overlæge Janne Linet, neurokirurgisk afdeling Odense Universitetshospital
Overlæge Inger Henriksen, medicinsk afdeling, Svendborg
Klinikchef Marry Jette Rasmussen, neurologisk afdeling, Sydvestjysk Sygehus
Neuropsycholog Helle Tranberg Johansen, neurologisk afdeling, Sygehus Sønderjylland
Oversygeplejerske Bodil Jørgensen, neurologisk afdeling Sygehus Sønderjylland
Ledende overlæge Anette Wildschjøditz, neurologisk afdeling, Sygehus Sønderjylland
Overlæge Carsten Bisgård, neurologisk afdeling, Give og Vejle sygehuse
Afdelingslæge John Buch Larsen, medicinsk afdeling Kolding Sygehus
Specialeansvarlig fysioterapeut Susanne Asmussen, Varde
Sekretariatsbetjening: Sundhedsstaben

Direktør Jens Peter Steensen, OUH & Svendborg, har været ad hoc medlem af gruppen.

Tidsramme for projektgruppens arbejde

Projektgruppen har afholdt 4 møder, første gang den 5. februar 2008. Rapporten blev afleveret til sygehusledelseskredsen den 15. april 2008.

Den videre proces

Rapporten eller dele af denne vil indgå i implementeringsplanen for sygehusstrukturen.

Projektgruppens fokus

Projektgruppen ønsker at supplere beskrivelsen med en redegørelse for det initiativ med tidlig specialiseret neurorehabilitering, der er iværksat på neurokirurgisk afdeling, Odense Universitetshospital fra. 1. november 2007.

Projektgruppen har anlagt en patient- og kvalitetsvinkel. Det indebærer, at der så vidt muligt bør være evidens for de forskellige tiltag og at patienten bør sikres samme kvalitet i rehabiliteringen, selvom lokale forhold kan indebære, at organiseringen er forskellig.

Projektgruppens fokus er neurorehabilitering som sygehusydelse (enten under indlæggelse eller som ambulant ydelse) af voksne (> 15 år) med senerhvervet hjerneskade som følge af

- Apopleksi (hjerneblodpropper og -blødninger)
- Hovedtraume, aneurismeblødning og tilgrænsende lidelser
- Andre sygdomme, der påvirker centralnervesystemet, f. eks. sklerose og maligne og benigne hjernesvulster.

Koordinering/afgrænsning til øvrige arbejdsgrupper

Her tænkes på den centrale gruppe vedr. trombolysebehandling og den regionale gruppe vedr. det gode patientforløb i apopleksi. Arbejdsgruppen afventer de centrale udmeldinger på landsplan vedr. trombolyse og behandler ikke dette yderligere.

Den regionale arbejdsgruppe vedr. apopleksi behandler "best practice" (den organisatoriske kvalitet) logistikken i hele patientforløbet, hvor arbejdsgruppen vedr. neurorehabilitering har fokus på den del af patientforløbet, der omhandler rehabiliteringen. Nærværende rapport fremsendes til arbejdsgruppen vedr. apopleksi til videre overvejelse.

Resumé

Hvad – hvem og hvordan

Neurorehabilitering er rehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade, Neurorehabilitering kan være kortvarige (dage) og længerevarende (op til år)

Der er tre patientgrupper

- Patienter med apopleksi og hjerneblødning
- Patienter med hovedskader, aneurismeblødning og tilgrænsende lidelser
- Patienter med hjerne- og rygmarsinfektioner, hjernesvulster (ondartede og godartede), sklerose mv.

Neurorehabilitering kræver en systematisk og koordineret indsats af læger, plejepersonale, terapeuter, neuropsykologer, socialrådgivere samt logopæder og diætister.

Der er nedenstående organisering og tilrettelæggelse af neurorehabiliteringen i Region Syddanmark og udenregionalt, nemlig

Region Syddanmark

Apopleksipatienter

- Akut/tidlig: Vejle, Esbjerg og Svendborg
- Akut/tidlig og længerevarende: Odense, Kolding, Haderslev og Sønderborg
- Længerevarende: Give, Varde og Ringe

Patienter med hovedskader, aneurismeblødninger og tilgrænsende lidelser

- Akut/tidlig: Odense (neurokirurgisk afdeling)
- Længerevarende: Varde, Brædstrup, Ringe, Sønderborg samt Odense

Patienter med hjerne og rygmarsinfektioner, hjernesvulster (ondartede og godartede), sklerose mv.

- Længerevarende: Varde, Brædstrup, Give, Ringe, Sønderborg samt Odense

Udenregionalt

Højt specialiseret, tidlig og længerevarende: Hammel (patienter med hovedskade mv.) og Viborg Paraplegicenter (patienter med rygmarsvsskader).

Øvrige: Vejlefyord og sklerosehospitalet i Ry.

Konklusion på status

- Neurorehabilitering starter allerede ved indlæggelsen
- Der er lokale forskelle med hensyn til organisering og tilbud
- Det er ikke umiddelbart muligt at udskille aktivitet, personale, fysiske ressourcer og økonomi til den samlede neurorehabilitering for alle tre patientgrupper
- Rehabiliteringsenhederne i Ringe, Varde og Give må derfor tjene som "paradigme" for ressourceforbrug og dimensionering til den længerevarende neurorehabilitering
- Den tidlige neurorehabilitering på neurokirurgisk afdeling OUH af patienter med hovedtraumer, aneurismeblødning og tilgrænsende lidelser indikerer, at færre patienter efterfølgende har behov for at blive henvist til Hammel
- Apopleksipatienter udgør over 80% (indlagte og ambulant) af patienterne til længerevarende neurorehabilitering

- Der er et stort udenregionalt forbrug til neurorehabilitering, herunder 53 mio. kr. til Hammel, hvortil der også synes at være en uensartet henvisnings- og tilbageflytningspraksis
- Omfanget af ambulant specialiseret neurorehabilitering er uens i regionen.

Planlægningsgrundlag

- Akutplanen med 5 akutsygehuse (Odense, Esbjerg, Svendborg, Kolding og Sønderjylland)
- Sundhedsstyrelsens specialeudmelding for neurologi (Ej kommet)
- Udviklingsforslag om udbygning af den tidlige specialiserede neurorehabilitering på OUH til patienter med hovedskade mv. og den længerevarende neurorehabilitering til et ensartet niveau i regionen.

Modelbeskrivelse

Model 1

Hovedfunktion, som består af

- Al neurorehabilitering (tidlig og længerevarende) på akutsygehusene
- Alle 3 patientgrupper
- Neurorehabiliteringen varetages i neurologisk regi (ledelse)
- Neurorehabiliteringen varetages på særlige afsnit, indrettet til formålet
- Der skal være neurorehabilitering under indlæggelse og ambulant (specialiseret)

Specialiseret funktion, som består af

- Den specialiserede tidlige neurorehabilitering for patienter med hovedtraume, aneurismeblødning og tilgrænsende lidelser på neurokirurgisk afdeling på OUH udvides til at omfatte patienter fra hele regionen.
- Højt specialiseret neurorehabilitering til Hammel mv. De lokale enheder kan visitere direkte. Samarbejdet med Hammel styrkes gennem indgåelse af en center – satellitaftale.

Model 2

Som model 1 bortset fra en regionsfunktion på OUH til længerevarende neurorehabilitering til patienter med hovedskade, aneurismeblødning og tilgrænsende lidelser, ca. 10 pladser.

Fordele og ulemper ved en regionsfunktion

Oversigt over fordele og ulemper.

Kriterier	Fordele	Ulemper
Kvalitet	Øget kvalitet for patienter med hovedtraumer mv.	
Patientperspektivet	Samling af yngre	Manglende nærhed for nogle
Bæredygtighed	Større regional fleksibilitet Styrker OUH som universitetshospital	
Rekruttering	Bedre	
Forskning	Bedre	

Arbejdsgruppens anbefalinger

Arbejdsgruppen anbefaler

- At model 2 gennemføres
- At der igangsættes et kvalitetsudviklingsarbejde for at sikre høj ensartet faglig kvalitet
- At arbejdsgruppen udarbejder et konkret forslag til indretning og dimensionering af de kommende neurorehabiliteringsafsnit på akutsygehusene.

1. Patientgrupperne

1.1 Neurorehabilitering og den tværfaglige indsats

Neurorehabilitering er rehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade. Neurorehabilitering er en kontinuerlig proces, der begynder ved indlæggelsen og strækker sig frem til udskrivelsen, og for mange er der tale om en livslang proces.

Neurorehabilitering kan både være kortvarig (dage) eller længerevarende (uger, måneder eller år). Neurorehabiliteringen er kendetegnet ved komplekse fysiske, psykologiske og sociale problemstillinger med blandt andet påvirket sprogfunktion, nedsat sygdoms- og realitetsopfattelse, svækket koncentration og dårlig hukommelse. Rehabiliteringen som specialfunktion kræver systematisk, koordineret og tværfaglig indsats fra læger, plejepersonale, fysio- og ergoterapeuter, neuropsykolog, logopæd, socialrådgiver og diætist.

Neurorehabilitering under sygehusindlæggelse kan foregå på én eller flere afdelinger. Dette afhænger dels af hvilken hjerneskade det drejer sig om, dels af hvordan man har organiseret behandlingen / neurorehabiliteringen.

1.2 Neurorehabilitering af patienter med apopleksi

Patienten med en apopleksi bliver modtaget på et apopleksiafsnit, der enten er i en medicinsk afdeling eller i en neurologisk afdeling.

Patienter forbliver på dette afsnit indtil udskrivelse, eller overflytning, typisk efter få uger, til et selvstændigt rehabiliteringsafsnit. Dvs. at patienten med f.eks. et 2 måneders indlæggelsesforløb kan have hele sin behandling / neurorehabilitering på enten 1 eller 2 afsnit, afhængig af, hvordan man har valgt at organisere neurorehabiliteringen.

Varighed og omfang af neurorehabiliteringen afhænger af hjerneskadens sværhedsgrad. Graden af forstyrrelser afhænger af hjerneskadens lokalisation og omfang. Man taler om synlige og usynlige handicaps. De synlige handicaps drejer sig typisk om lammelser og problemer med at udtrykke sig sprogligt samt med at forstå. De usynlige handicaps drejer sig bl.a. om nedsat hukommelse og koncentrationsevne, hurtig mental udtrætning, nedsat evne til at udføre indlærte færdigheder (f.eks. at vaske sig, tage tøj på, lave mad etc. uden at dette skyldes lammelser), nedsat evne til at have sin opmærksomhed rettet mod mere end én ting ad gangen, mangelfuld erkendelse af lammelser og af egen sygdom og nedsat evne til at strukturere sin dagligdag.

1.3 Neurorehabilitering af patienter med hovedskader mv

Patienten med en svær traumatisk hjerneskade, f.eks. efter en ulykke, bliver typisk først indlagt på en ortopædkirurgisk afdeling eller på neurokirurgisk afdeling, evt. på Intensiv afdeling, herfra videre til Hammel Neurocenter og derfra måske på yderligere 1-2 andre afdelinger inden udskrivelse til egen bolig / plejebolig. Patienter med aneurismeblødning indlægges ofte primært på apopleksiafsnit og overflyttes til neurokirurgisk afdeling.

Med udgangspunkt i Hvidbogens definition af rehabilitering¹, som grundlæggende gælder for al rehabilitering, er der specielle forhold, der knytter sig til rehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade.

Der sondres mellem 3 grader af skade, defineret ud fra en international skala (Glasgow Coma Scale) og 3 faser i rehabiliteringen.

Hjerneskaden:

Let: (GCS:13 - 14)

Moderat: (GCS:9 - 12)

Svær: (GCS: 3 - 8)

Rehabiliteringsfaser:

Fase 1: Behandling på neurointensiv afdeling (patienten kan ikke forsvare luftvejene).

Fase 2: Behandling på specialiserede neurorehabiliteringsenheder, dvs. sengeafsnit, som er indrettet hertil: 2 a) Hammel til højt specialiseret neurorehabilitering 2 b) Ringe, Varde, Brædstrup mv.

Fase 3: Kommunale genoptræningssteder med henblik på at vedligeholde og udvikle erhvervede funktioner.

Mange patienter med erhvervet hjerneskade er i den arbejdsdygtige alder, hvilket kræver øget fokus på neurorehabilitering med et erhvervsrettet sigte. Erfaringsmæssigt viser sig, at det 1 år efter skaden endnu er for tidligt at afskære muligheden for at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Det må derfor sikres, at rehabiliteringen fortsætter til i hvert fald 2 år efter skadesdebut, så patienter, der med en ekstra indsats kunne genvinde erhvervsevnen, undgår førtidspension. Førtidspension, som alternativ til denne indsats, er både dyrt for samfundet og den enkelte og giver dårligere livskvalitet for den skadede og de pårørende.

Den tidlige specialiserede neurorehabilitering på neurokirurgisk afdeling, OUH

Efter den akutte livsreddende behandling i fase 1, bør rehabilitering starte straks. Da ventetiden til Hammel ofte er lang (uger) har det været vigtigt at få etableret et tidligt tværfagligt neurorehabiliteringsteam på neurokirurgisk afdeling, OUH for at undgå unødigt spild/ventetid i rehabiliteringen. Håbet er at denne tidlige neurorehabilitering kan fremme en mere målrettet og koordineret rehabilitering, således at så mange patienter som muligt kan generhverve tidligere færdigheder og dermed måske komme tilbage til arbejdsmarkedet.

1.4 Neurorehabilitering af patienter med lidelser i centralnervesystemet

Rygmarvsskader varetages på landsdelsfunktion for paraplegi i Viborg og på Rigshospitalet. Mange specialafdelinger er involveret i forløbene på grund af de forskellige læsioner og i rehabiliteringen anvendes specialiseret og avanceret træningsudstyr.

Sydjysk Sklerose Klinik² har iværksat en årlig neurorehabiliteringsvurdering af patienter med multipel sklerose i primær eller sekundær progressiv forløb. Rehabiliteringsvurdering gives ambulant med vurdering af læge, sygeplejerske, fysioterapeut og ergoterapeut på de lokale enheder i Vejle, Esbjerg

¹ Rehabilitering kan defineres som "en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk, Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske og /eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfyldt liv. Rehabiliteringen baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats."

² Sydjysk Sklerose Klinik dækker den jyske og sønderjyske del af regionen med ensartede udrednings- behandlings- kontrol og rehabiliteringsprincipper.

og Sønderborg. Vurderingen følges op med kontakt til relevante samarbejdspartner i kommunen eller i sygehuset. Patienter der vurderes at have behov for rehabilitering under indlæggelse, henvises til Sklerosehospitalerne i enten Ry eller Haslev.

Patienter, der er nydiagnosticerede, bliver neurorehabiliteringsvurderet af relevante medlemmer af teamet, ligesom patienter, der får sygdomsforværrelse (attack). Hos den gruppe patienter vil der typisk være behov for neuropsykolog og socialrådgiver i forbindelse med rådgivning om erhverv/uddannelse og fortsat mulighed for tilknytning til arbejdsmarkedet.

Ovennævnte struktur har reduceret behovet betydeligt for indlæggelse på de neurologiske sengeafdelinger samt mindsket anvendelsen af Sklerosehospitalerne.

Rehabilitering af patienter med hjernesvulster varetages på almen neurologisk og medicinsk afdeling i samarbejde med neurokirurgisk og onkologisk afdelinger OUH. Patientforløbene er varierende og ofte med komplikationer som kræver koordination mellem respektive afdelinger. Patienter med hjernesvulster tilbydes ikke konsekvent rehabilitering jf. Sundhedsstyrelsens anbefaling, hvilket nok skyldes at hjernekræft betragtes som en uhelbredelig sygdom.

2. Status

2.1 Organisering og tilrettelæggelse

Beskrivelsen tager udgangspunkt i de 4 sygehusenheder:

- Odense Universitetshospital & Svendborg,
- Sygehus Sønderjylland,
- Sydvestjysk Sygehus og
- Sygehus Lillebælt (Fredericia, Kolding, Give-Vejle (Middelfart fra 2009))

Odense Universitetshospital & Svendborg

Der er en neurorehabiliteringsenhed i Ringe, hvortil der primært henvises patienter fra Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus samt "step down" fra Hammel. Det henvises primært apopleksi-patienter, men derudover en bred patientgruppe inden for nervesygdomme og skader. Enheden ledes af en afdelingsledelse, bestående af ledende overlæge og oversygeplejerske.

På Svendborg Sygehus modtages og rehabiliteres der apopleksi-patienter med nyopstået apopleksi. Årligt overflyttes der ca. 80 patienter (ud af omkring 400) til Ringe, typisk i tilfælde hvor der er behov for rehabilitering udover 2 – 3 uger. Kun undtagelsesvis overflyttes patienter til Hammel. Der er ingen tilbud om specialiseret træning efter udskrivelse, men der er et efterambulatorium.

Afdelingen modtager også akutte patienter med tilgrænsende lidelser som sklerose, hjernetumorer samt encephalit (infektion i hjernen) og endvidere patienter fra neurokirurgisk afdeling på OUH. Der er samarbejde med neurologisk afdeling, OUH, idet en neurolog efter henvisning går tilsyn en gang om ugen.

På neurologisk afdeling på OUH findes et akutafsnit til apopleksiudredning, men i praksis bruges der også senge (6) på afsnittet for øvrig neurologi. Et sengeafsnit med 28 pladser til længerevarende neurorehabilitering blev lukket i juni 2007, men erfaringerne viser, at den resterende kapacitet til rehabilitering under indlæggelse er for lille. Tillige er der et dagafsnit til specialiseret genoptræning efter udskrivning. Der blev henvist 139 patienter til Ringe.

På neurokirurgisk afdeling på OUH har der siden 1. november 2007 været etableret et tidligt tværfagligt specialiseret neurorehabiliteringstilbud med en kapacitet på 2 senge. I de første 4 måneder har 9 patienter gennemgået denne tidlige neurorehabilitering. En patient er død, men af de øvrige har 50 % rykket fra oprindeligt at være henvist til Hammel til ventetiden hertil at have genvundet så mange færdigheder, at visitation til Hammel ikke længere var relevant, men patienterne kunne i stedet for henvises til Ringe.

Andre patienter sendes tilbage til de lokale afdelinger og "venter" der indtil den planlagte overflytning til Hammel kan finde sted.

I 2007 blev der henvist 49 patienter til Hammel og 37 blev overflyttet direkte fra afdelingen, idet der var bortfald på grund af død eller bedring, så de i stedet for blev flyttet til Ringe, hvortil der blev overflyttet 27 patienter direkte fra afd.

Sygehus Sønderjylland

Rehabilitering af apopleksi-patienter foregår på henholdsvis Haderslev og Sønderborg Sygehus. I Haderslev varetages rehabiliteringen af geriatrisk team, og i Sønderborg af neurologisk team. Enkelte apopleksi-patienter overgår til ambulant speciel genoptræning af ca. 4-6 ugers varighed.

Rehabilitering af traume-patienter, patienter med aneurismeblødning og rygmarvsskader, hjernesvulster m.fl. foregår på alment neurologisk sengeafsnit. Patienter modtages primært fra

neurokirurgisk OUH, men også fra neurokirurgisk afdeling i Flensborg. Der modtages og overflyttes til Hammel ca. 15 patienter pr. år.

Patienter i længerevarende rehabiliteringsforløb udsendes via neurologisk ambulatorium, hvor den specialiserede genoptræning fortsætter ca. 4-6 uger indtil kommunal træning.

Derudover afholdes tværsektorielle udskrivnings- og planlægningsmøder med respektive kommuner, og evt. senere visitation til afdelingens fase 3 tilbud i neuropsykologisk regi, Prins Henriks Gård. Der afholdes pårørendeafstnener med hold af 6-8 pårørende x 4 årligt ved neuropsykolog og sygeplejerske med specielfunktion i senhjerneskade.

Tværsektorielt er der etableret netværksmøder med alle kommuner og kontaktpersoner x 4 årligt. Prins Henriks Gård, Sønderborg er et ambulant helhedsorienteret og tværfagligt specialiseret fase 3 neurorehabiliteringstilbud på neuropsykologisk grundlag. Organisatorisk er Prins Henriks Gård placeret i Neurologisk Afdeling. Afsnittet ledes af ledende neuropsykolog med reference til ledende overlæge. Der er hold på 8 patienter ad gangen til et 16 ugers forløb.

Sydvestjysk Sygehus

I Esbjerg er der under medicinsk center en neurologisk klinik med to afsnit, et apopleksiafsnit og et neurologisk afsnit, begge under neurologisk ledelse. Derudover er der et akut modtageafsnit til alle medicinske patienter, hvor alle neurologiske patienter modtages af neurologiske læger. Når diagnosen er stillet flyttes patienten til det respektive afsnit. Det er under overvejelse at reducere i sengeantal og omlægge til ambulant funktion.

Apopleksiafsnittet er dimensioneret til den akutte fase, hvorfor længerevarende rehabilitering ikke finder sted i afdelingen, fraset at genoptræningen startes fra dag 1. Alle patienter gennemgås dagligt på tavlemøder sammen med terapeuterne, plejegruppen og lægerne, herunder besluttet behovet for rehabilitering. En repræsentant fra Varde deltager 3 x ugentligt i konference/"Tavlemøde" på apopleksi afsnittet i forhold til at bidrage i vurderingen af, om en patient vil profitere af et rehabiliteringsophold i Varde samt medvirke til at sikre en god overflytning af patienten. Udover Varde kan patienter visiteres til længerevarende neurorehabilitering i Hammel, hvortil der er henvist 28 patienter frem til 01.09.07.

Antallet herefter kan ikke umiddelbart opgøres. Derudover er der enkelte pladser til specialiseret genoptræning på Ribe Sundhedscenter.

Varde

Afsnittet ledes af 1 klinikchef og 1 souschef.

Varde er organiseret i tværfaglige selvstyrende teams, som udover den specialiserede tværfaglige rehabilitering på rehabiliteringsafsnittet også foretager hjemmetræning og afholder tværsektorielle planlægnings- og udskrivningsmøder med den enkelte patients hjemkommune samt iværksætter træningsbesøg i hjemmet i samarbejde med de kommunale terapeuter. Ergoterapeuterne har organiseret sig således, at der også er et ergoterapeutisk tilbud til patienterne i aften timerne på hverdage. Der afholdes pårørendeafstnener i samarbejde med Hjernesagen 1 gang i måneden. Patienterne visiteres fra Esbjerg Sygehus og er primært apopleksipatienter, subakut, men også f. eks. patienter med hjernetumorer, aneurismeblødninger mv. Der er kun få ambulante neurorehabiliteringsforløb om året – ellers vil det være indlagte patienter.

Sygehus Lillebælt

Der er senge til akut apopleksi i Vejle, hvor en del patienter fuldender kortere rehabiliteringsforløb (1 – 2 uger), hvor overflytning til rehabiliteringsafsnit ikke er relevant. I Givø Sygehus er der senge, der langt overvejende benyttes til apopleksipatienter og alene til elektiv rehabilitering.

I Brædstrup foregår der neurorehabilitering under lægelig visitation og ledelse fra neurologisk afdeling, Vejle. Der er overvejende tale om yngre patienter med følger efter kranietraume og hjerneblødning, men også en række patienter med følger efter neuroinfektioner, hypoxisk (dvs. forårsaget af iltmangel) hjerneskade etc. behandles her. En mindre del af indlæggelserne sker som "step down" fra den intensive neurorehabilitering i Hammel. Der er ikke ambulant rehabilitering i Brædstrup eller Vejle, men i Give er der få, kortere ambulante opfølgninger efter indlæggelse.

Kolding Sygehus har akut apopleksi og længerevarende neurorehabilitering på afdelingen. Derudover modtager et meget lille antal patienter ambulant specialiseret genoptræning ved ergo - og fysioterapeut.

2.2 Aktivitet

En del neurorehabilitering finder sted på afdelingerne og er dermed en integreret del heraf. Det har vist sig vanskeligt at trække brugbare data, der opgør denne aktivitet entydigt for alle afdelinger. For så vidt angår den længerevarende rehabilitering tages der udgangspunkt i enheder, som fuldt ud varetager den længerevarende neurorehabilitering for såvel indlagte som ambulante patienter

Aktivitet 2007. Indlagte

Enhed	Apopleksi	Læsioner. Hovedtraumer mv.	Neurologiske lidelser	Øvrige	I alt
Ringe	245	37	27	15	324
Varde	212	5	2	20	239
Brædstrup		33			33
Give	Ca. 100		Ca. 14		114

Den tidlige neurorehabilitering på OUH er etableret ultimo 2007, hvorfor ingen årsopgørelse.

Patienter med apopleksi udgør langt den største gruppe, nemlig i alt 557patienter, hvilket svarer til en andel på 78%.

Aktivitet 2007. Ambulante

Enhed	Apopleksi	Læsioner. Hovedtraumer mv.	Neurologiske lidelser	Øvrige	I alt
Prins Henriks Gård	11	2		3	16*
Neuro. Dagafs, OUH.	62		3		65
Give	39				39

* forløb på 16 uger

Der er 112 patienter med apopleksi, svarende til en andel på 93%. I alt er der 667 patienter med apopleksi, der har fået længerevarende neurorehabilitering på de anførte matrikler. Det svarer til en samlet andel på 80%. Den faktiske andel bliver over 80%, henset til den manglende opgørelse for apopleksipatienter i Kolding.

2.2 Personaleressourcer

Ringe

Speciallæger	YI	Terapeuter	Plejepersonale	Øvrige
2 Lægevagter fra kl. 16.00, året rundt Neurologisk tilsyn hver 14.dag	1	1 ledende terap. 1 udviklingsterapeut 2 kliniske undervisere. 2 speciale ansvarlige. 7,62 ergoterapeut	1 oversygepl. 2 afdelingssygepl. 22,60 sygeplejersker 21,21 ssa/ sygehjælper	1 socialrådgiver 1 neuropsykolog 4,31 sekretærer 0,54 sygepl. flexjob 0,76 uddannelse -og

Speciallæger	Yl	Terapeuter	Plejepersonale	Øvrige
		7,82 fysioterapeut 0,54 sygehjælper 1,54 beskæft.vejl.		udvikl.sygeplejerske Portører Tilknyttet logopæd

Varde. Samlede normering (excl. almen ambulant aktivitet)

Speciallæger	Terapeuter	Plejepersonale	Øvrige
1 klinikchef 1 afd.læge Samt: Ortopæd og gerontopsyk konsulentfunkt.	6,97 ergoterapeuter 8,64 fysioterapeuter heraf 2 speciale ansvarlige 2 kliniske undervisere	9,89 sygeplejersker 23,1 ssa heraf 2 speciale ansvarlige 1 klinisk sygeplejelærer 2 kliniske vejledere 4 praktikvejledere	1,5 talepædagog/logopæd 0,2 neuropsykolog 0,2 diætist 3 rehabassistenter 2 sekretær

Give

Speciallæger	Yl	Terapeuter	Plejepersonale	Øvrige
1	0,2	5 fysioterapeuter 3 ergoterapeuter	1 oversygeplejerske 1 afdelingssygeplejerske 18 plejepersonaler	1 talepædagog Tilknyttet frivillige fra Røde Kors et par timer hver dag

I Brædstrup foregår den lægelige betjening fra neurologisk afdeling, Vejle og vagtfunktion ved medicinsk afdeling på Brædstrup sygehus.

Til tidlig specialiseret neurorehabilitering på OUH er der 2,6 sygeplejerske, 2 fysioterapeuter, 1 ergoterapeut og ½ neuropsykolog. Nogle af disse stillinger er (ultimo marts 2008) under besættelse.

Som nævnt fordrer neurorehabilitering en systematisk og koordineret indsats af læger, plejepersonale, terapeuter, neuropsykologer, socialrådgivere samt logopæder og diætister. På en række afdelinger er det ikke muligt at udskille det direkte forbrug til rehabilitering for læge- og plejegruppen, der også varetager behandling og pleje. Der er derfor lavet en opgørelse for det øvrige personale, som typisk ikke er ansat på de kliniske afdelinger, men i særlige enheder, f.eks. terapiafdeling mv.

Personale – øvrige enheder

Sygehusenhed	Terapeuter	Neuropsyk.	Socialrådgivere	Talepæd/logopæd
OUH & Svendborg Neurologisk afdeling - apopleksi - almen neurologi Medicinsk afd. Svendborg* - apopleksi	19,32 0,56 3,78 fys – 3,78 ergo	1 Ad hoc Ad hoc	1	2 2 tilknyttet 2 tilknyttet
Sygehus Sønderjylland Neurologisk afd., Sønderborg - apopleksi - neurologi Prins Henriks Gård Geriatrisk afd. Haderslev - apopleksi	3 fys - 3 ergo 1,5 fys - 1,5 ergo 2 3 fys - 3 ergo	3** 3**	Tilknyttet efter behov	1 tilknyttet 1 tilknyttet
Sydvestjysk sygehus Neurologisk afdeling, Esbjerg - apopleksi	2,14	2		Tilknyttet logopæd

Sygehusenhed	Terapeuter	Neuropsyk.	Socialrådgivere	Talepæd/logopæd
- neurologi				
Sygehus Lillebælt Medicinsk afdeling, Kolding - apopleksi Neurologisk afdeling, Vejle - apopleksi - neurologi	3 fys – 2 ergo 4 fys – 2 ergo 3 fys – 2 ergo	1	0	1 tilknyttet

*Beregnet ud fra 18 senge og angivet normering på 0,21 pr seng.

**De tre neuropsykologer fordeler deres tid mellem rehabiliteringen og udredningen (us. + samtaler) på neurologisk afdeling, apopleksiafsnittet samt i ambulatoriet og er ansat på neurologisk afdeling.

Særligt vedr. lægeproblematikken

Neurorehabilitering varetages i dag inden for intern medicin: geriatri og inden for det neurologiske speciale, idet der ikke et egentligt speciale i rehabilitering. Det kan derfor være specielt vanskeligt at rekruttere læger til neurorehabilitering. Uddannelsesmæssigt ligger akut apopleksi under det neurologiske speciale.

2.3 Økonomi

Økonomien for 2007 kan opgøres for flg. enheder:

Ringe: Budget 32 mio. kr.

Varde: Samlet årsafregning 23,4 mio. kr. (Aftale med Falck indtil medio 2008)

Betaling til Brædstrup (Region Midtjylland): 2,4 mio. kr (målt ved DRG-værdi).

2.4 De fysiske rammer til neurorehabilitering

Øversigt over senge / pladser til neurorehabilitering

Sygehusenhed	Senge/Pladser	Enestuer	Bad/toilet på stue	Særlige bemærkninger
OUH & Svendborg Neurologisk afdeling, OUH - apopleksi - neurologi	30 senge 8 pl.	Ja, enkelte	Ja, enkelte	Akutmodt., og tidlig neurorehab. Ambulant specialiseret neurorehabilitering
Neurokirurgisk afd., OUH Medicinsk afdeling, Svendborg - apopleksi - anden neurologi	2 senge 18 senge 6 senge	Ja - enkelte	Ja, enkelte Ja, enkelte	Tidlig specialiseret neurorehabilitering. Akutmodt. tidlig og korterevarende neurorehab.
Ringe	37 senge	Ja, enkelte	Nej	Nye faciliteter Længerevarende neurorehabilitering
Sygehus Sønderjylland Neurologisk afd. Sønderborg - apopleksi - neurologi - Prins Henriks Gård Medicinsk afd. Haderslev	15 senge 16 senge 10 pl. 16 senge	Nej Nej Nej	Nej Nej Delvis	Akutmodt. tidlig og længerevarende neurorehab. Længerevarende neurorehabilitering. Længerevarende neurorehabilitering Akutmodt. tidlig og længerevarende neurorehab
Sydvestjysk sygehus Neurologisk klinik, Esbjerg				

Sygehusenhed	Senge/Pladser	Enestuer	Bad/toilet på stue	Særlige bemærkninger
- apopleksi	14 senge	Ja, enkelte	Ja	Nyt afsnit taget i brug 2003, Akutmodt og tidlig neurorehabilitering.
- neurologi	11 senge			
Varde	21-22 senge	Ja, enkelte	Nej	Længerevarende neurorehabilitering Nyrenoveret afd. og nyrenoveret terapi
Sygehus Lillebælt Neurologisk afdeling, Vejle				
- apopleksi	10 senge	1	Ja	Akutmodt. og tidlig neurorehabilitering
- neurologi	10 senge	1	Ja	
Give	15 senge	1	Kun enestuen	Længerevarende neurorehabilitering
	3 -4 pl.			Ambulant specialiseret neurorehabilitering
Brædstrup	8 senge	Ja		Længerevarende neurorehabilitering
Kolding	16 senge			Akutmodt., tidlig og længerevarende neurerehab

Neuroafsnittet i Varde er tilstræbt indrettet som de hjemlige omgivelser og med de hjemlige aktiviteter der naturligt hører til. Patienterne anvender sit eget tøj og personalet har ligeledes en påklædning som signalerer hjemlige omgivelser. Generelt er der en række træningsfaciliteter i form af kognitive træningsrum, træningskøkkener, træningsbadeværelser og træningslokaler til fysisk træning samt træningsfaciliteter, som patienterne kan benytte aften og weekender. På rehabiliteringsenheder kan der også være værksted, hobbyrum og EDB – rum.

2.5 Udenregional neurorehabilitering

Hammel Neurocenter.

Den højt specialiserede neurorehabilitering varetages i Hammel for patienter i Region Syddanmark. Der er en række kriterium, der skal være opfyldt, for at blive henvist til Hammel.

Patienterne skal være sygehusindlagte på grund af den aktuelle hjerneskade og henvisningen skal ske, når patienten er diagnostisk færdigudredt og optimalt behandlet. Diagnosen skal være inden for flg. grupper: hovedtraume, aneurismeblødning og tilgrænsende lidelser og der skal være tale om en svær hjerneskade med svære funktionstab og / eller svære adfærdsmæssige forstyrrelser som følge af hjerneskaden. Der stilles visse krav til den kliniske tilstand (f.eks. sufficient spontan respiration) og patienten skal have et sandsynligt genoptræningspotentiale.

Det fremgår endvidere af samarbejdsaftalen mellem OUH, SHF og Hammel Neurocenter, hvorfra ovennævnte stammer, at det kan være vanskeligt eller umuligt at vurdere genoptræningspotentialet hos en bevidstløs patient i en tidlig fase, hvor henvisning til Hammel i givet fald finder sted og at tvivlen i sådanne tilfælde må komme patienten til gode.

Forbrug og aktivitet (forventet) for 2007 på Hammel.

	Svært hjerneskadede voksne	Svært hjerneskadede børn	Moderat hjerneskadede, voksne
Personer	61	10	13
Sengedage	4.508	532	735
Forbrug	45 mio. kr.	5,6 mio. kr.	2,8 mio. kr.

Sklerosehospitalet i Ry og Haslev

Fra Sydjysk Sklerose Klinik henvises patienter, der efter vurdering skønnes at have behov for rehabilitering under indlæggelse. Der er imidlertid fri henvisningsret. Mange patienter bliver derfor henvist af egen læge. Der er intet forbrug i Haslev i 2007.

Aktivitet og forbrug. Sklerosehospitalet i Ry. 2007

Udskrivninger	Sengedage	Forbrug
179	4.757	10,6 mio. kr

Vejlefjord

Ministeriet for sundhed og forebyggelse har 21. december 2007 svaret på en række spørgsmål vedr. frit sygehusvalg til Vejlefjord. Under henvisning til de nuværende regler finder ministeriet, at Vejlefjord, i og med at institutionen er omfattet af reglerne om det frie sygehusvalg efter sundhedsloven, inden for fritvalgsrammen leverer sygehjælper og henviser i den forbindelse til kriterierne for specialiseret genoptræning. (Bekendtgørelse nr. 1266 af 5.december 2006). I 2007 var fritvalgsrammen for Vejlefjord 13,3 mio. kr. for hele landet.

Aktiviteten for 2007 ses ikke at være indberettet til Landspatientregisteret, men Region Syddanmark har i 2007 haft et samlet forventet forbrug på omkring 20 mio. kr. Det er, som følge af manglende registrering, ikke muligt at udskille udgiften til neurorehabilitering.

2.6 Konklusion

- Neurorehabilitering starter allerede ved indlæggelsen
- Der er lokale forskelle med hensyn til organisering og tilbud
- Det er ikke umiddelbart muligt at udskille aktivitet, personale, fysiske ressourcer og økonomi til den samlede neurorehabilitering for alle tre patientgrupper
- Rehabiliteringsenhederne i Ringe, Varde og Give må derfor tjene som "paradigme" for ressourceforbrug og dimensionering til den længerevarende neurorehabilitering
- Den tidlige specialiserede neurorehabilitering på neurokirurgisk afdeling OUH af patienter med hovedtraumer, aneurismeblødning og tilgrænsende lidelser indikerer, at færre patienter efterfølgende har behov for at blive henvist til Hammel
- Apoplekspatienter udgør over 80% af patienterne til længerevarende neurorehabilitering
- Der er et stort udenregionalt forbrug til neurorehabilitering, herunder 53 mio. kr. til Hammel, hvortil der også synes at være en uensartet henvisnings- og tilbageflytningspraksis
- Omfanget af ambulant specialiseret neurorehabilitering er uens i regionen.

3. Kvalitets – og patientperspektivet

3.1 Internationale anbefalinger vedr. apopleksi

FN's verdenssundhedsorganisation WHO og European Stroke Council ESC opstillede på en konference i Helsingborg i 2006 fem mål for 2015 vedrørende behandling og rehabilitering af patienter med apopleksi (Helsingborgdeklarationen). De 5 mål/kapitler omfatter: Organisering af apopleksibehandlingen, akut apopleksibehandling, forebyggelse, rehabilitering efter apopleksi samt evaluering af apopleksibehandling. Her er redegjort for kapitel 1 (organisering) og kapitel 4 (rehabilitering), opstillet i punktform.

Organiseringen af patientbehandlingen

- Alle patienter skal have adgang til kontinuitet i behandlingen fra akut apopleksiafdeling til genoptræning og alle lande skal arbejde med forebyggelse af apopleksi.
- Der skal ske en identifikation af hospitaler der tilbyder akut apopleksibehandling.
- Højere DRG-takst til certificerede og velfungerede apopleksicentre, jf. NIP.
- Apopleksiafdelingerne bør certificeres internationalt til sikring af compliance med evidens – og konsensusbaserede standarder.
- Alle patienter skal vurderes hurtigst muligt efter apopleksi.
- Rehabilitering er mest effektiv, når den indledes meget tidligt efter apopleksi og den bør fortsætte så længe, der er objektiv bedring.
- Efter udskrivelse fra apopleksiafsnit bør behov for yderligere rehabilitering tilgodeses i sekundær eller primærsektoren eller hjemme ved et mobilt rehabiliteringsteam.

Rehabilitering efter apopleksi

- Rehabilitering tager udgangspunkt i patientens egen målsætning.
- Så vidt muligt benyttes evidensbaserede metoder og teknikker i overensstemmelse med regionale eller nationale guidelines.
- Patienten sikres en ubrudt række af behandlingstilbud
- Primær sektoren er ansvarlig for langsigtet opfølgning og sikrer fortsat adgang til rehabilitering.

3.2 Nationale anbefalinger vedr. apopleksi

Regions Syddanmark måler kvaliteten af apopleksibehandlingen i henhold til indikatorområderne i Det Nationale indikator projekt (NIP). Regionen måler kvaliteten på 8 standarder. Resultatet for 2007 er lige på trapperne og vil kunne ses på regionens hjemmeside under kvalitetsområdet.

Indlæggelse på apopleksiafsnit
Standard: Mindst 90% af patienter med apopleksi bør indlægges på et apopleksiafsnit senest 2. indlæggelsesdøgn.
Medicinsk behandling (trombocythæmmer) mhp. forebyggelse af nye blodpropper
Standard: Mindst 95% af patienter med apopleksi og uden hjerteflimren bør sættes i medicinsk behandling (trombocythæmmer) mhp. Forebyggelse af nye blodpropper senest 2. indlæggelsesdøgn.
Medicinsk behandling (antikoagulationsbehandling) – blodfortyndende medicin
Standard: Mindst 95% af patienter med apopleksi og hjerteflimren bør have blodfortyndende medicin (antikoagulationsbehandling) senest 14 dage efter indlæggelsen
CT/MR skanning

Standard: Mindst 90% af patienter med apopleksi bør have foretaget en CT/MR-skanning af hjernen på indlæggelsesdagen.
Vurdering af patientens fysiske genoptræningsbehov
Standard: Mindst 90% af patienter med apopleksi bør ved en fysioterapeut have vurderet deres behov for fysisk genoptræning senest 2. indlæggelsesdøgn
Vurdering af patientens behov for genoptræning af daglige færdigheder
Standard: Mindst 90% af patienter med apopleksi bør ved en ergoterapeut have vurderet deres behov for genoptræning af daglige færdigheder senest 2. indlæggelsesdøgn
Vurdering af ernæringstilstand
Standard: Mindst 90% af patienter med apopleksi bør have vurderet deres ernæringstilstand senest 2. indlæggelsesdøgn
Dysfagiscreening
Standard: Mindst 90% får vurderet dysfagirisiko med vandtest senest på indlæggelsesdagen
Ultralyd af halskar.
Standard: Mindst 90% får foretaget ultralyd af halskar senest 4. indlæggelsesdøgn
Dødelighed
Standard: Højest 15% af patienter med apopleksi må dø indenfor 30 dage efter indlæggelse. (Ændret fra 20%)

3.3 Nationale anbefalinger vedr. patienter med hovedtraumer

Sundhedsstyrelsens redegørelse "Behandling af traumatiske hjerneskader og tilgrænsende lidelser" udkom i 1997 og indeholder en række fortsat gældende anbefalinger i forbindelse med god standard.

FASE 1 & 2 (akut og subakut behandling i hospitalsfasen):

I forhold til de svært skadede patienter i denne gruppe anbefales organiseret, specialiseret, tværfaglig, tidlig og intensiv rehabilitering. Det anbefales endvidere, at denne organiserede tidlige rehabilitering af svært skadede samles på få specialiserede neurorehabiliteringshospitalet.

Gruppen af patienter med moderat hjerneskade, som ikke har behov for et intensivt rehabiliteringsforløb på neurorehabiliteringshospital, bør ifølge anbefalingerne kunne tilbydes et standardiseret, formaliseret og tværfagligt rehabiliteringsforløb på en amtslig rehabiliteringsenhed i tilknytning til eksisterende amtslig neurologiske afdeling.

FASE 3 (optræning og funktionel rehabilitering efter hospitalsfasen):

Hjerneskadede personer med svære og moderate skader får oftest langvarige og invaliderende mentale følgevirkninger. Når patienten er medicinsk færdigbehandlet bør hovedvægten ifølge anbefalingerne lægges på en neuropsykologisk indsats. Derfor er det også indeholdt i anbefalingerne, at de neuropsykologiske optræningscentre bør udgøre et væsentligt element i viften af differentierede tilbud til de skadede.

3.4 Den danske kvalitetsmodel

Den danske kvalitetsmodel vil også indeholde standarder, der er relevante for neurorehabilitering. De vil til sin tid blive implementeret.

3.5 Patientperspektivet.

Der anlægges to aspekter på patientperspektivet.

- 1) Hvad ønsker patienten og evt. de pårørende?
- 2) Får alle patienter / patientgrupper den neurorehabilitering, som der er behov for.

Hvad ønsker patienten?

Generelt ønsker borger/patienter kvalitet, medbestemmelse og information og i den sammenhæng er nøgleordene i rehabilitering kontinuitet, helhed, viden og tid.

Oplever den hjerneskadede sammenhæng og fælles målsætning for patient, pårørende og personale i rehabiliteringsindsatsen er rehabiliteringen meningsfuld. Derudover kan der være en række supplerende tiltag som patienterne og pårørende og børn kan ønske f. eks. en "rehabiliteringsuddannelse", tilbud om krisehjælp, psykolog mv.

Grupper, der ikke får den fornødne neurorehabilitering

Grupper, der ikke får den neurorehabilitering, som der er behov for, kan opdeles i tre grupper, nemlig

- Patienter med lettere hovedtraumer

En koordinator i ulykkesanalysegruppen på OUH er fremkommet med tallene på, hvor mange patienter med kranietraumer, der har været indlagt på OUH uden for neurokirurgisk afdeling i 2006 (tallene for 2007 er ikke gjort op) med biddiagnoserne S06.1-S06.9 (hovedskader). Nogle af disse patienter kan formentlig have behov for neurorehabilitering.

Opgørelsen viste, at kun 5 patienter med disse diagnoser lå uden for neurokirurgisk afdeling.

Disse tal kan være udtryk for en betydelig underrapportering - evt. som et udtryk for, at de ovennævnte biddiagnoser slet ikke automatisk rapporteres.

- Patienter med hjernesvulster efterlyser tilbud om rehabilitering

Regionen har ikke et systematisk tilbud til patienter med hjernesvulster, men mange følges for epilepsi og andre følges med regelmæssige kontroller af tumorudviklingen. Da alle disse patienter potentielt kan udvikle de komplikationer, der bringer neurologer ind i billedet, er det mest hensigtsmæssigt, at rehabiliteringsforløbet foregår i neurologisk regi. Her bør det etableres som et ambulant tilbud med løbende indsats overfor patientens vanskeligheder med det sigte, at problemerne tages i opløbet og i videst muligt omfang begrænses.

I det omfang, der bliver etableret rehabiliteringstilbud til hjernetumorpatienter, bør dette derfor ske i nært samarbejde med en neurologisk afdeling.

- Sklerosepatienter efterlyser enkelte centralt placerede senge

I Sydjysk skleroseklinik er der tilknyttet 12-1500 patienter i forløb, svarende til stort set alle diagnosticerede patienter i Syd- og Sønderjylland samt en del fra tilgrænsende områder.

Modellen for neurorehabiliteringen er beskrevet i afsnittet om patientbeskrivelser og denne model med systematisk neurorehabiliteringsvurdering anbefales anvendt i hele regionen og til alle regionens sklerosepatienter. I tilknytning hertil anbefales det at der centralt er enkelte senge til de patienter, der har behov for rehabilitering under indlæggelse og under tilsyn af regionens sklerosespecialister, som allerede findes på alle niveauer

Modellen kan overvejes indført til andre patienter med kronisk progredierende (dvs. fremadskridende) neurologiske lidelser.

4. Modelbeskrivelse

Præmisserne for modelbeskrivelsen vil dels være de rammer for sygehusstrukturen, som akutplanen sætter og dels de rammer for organiseringen af neurorehabiliteringen, som i givet fald sættes med Sundhedsstyrelsens kommende udmelding vedr. specialet neurologi. Derudover har arbejdsgruppen drøftet en række udviklingsmuligheder, som er indarbejdet i de to modeller.

4.1 Planlægningsgrundlag

Akutplanen

Akutplanen vil betyde ændringer i, hvor der modtages apopleksipatienter, traumepatienter og neurologiske patienter. Når den nye struktur er kommet på plads vil der være fælles akutmodtagelse i Esbjerg, Svendborg, Kolding, Odense og Sønderjylland med modtagelse af bl.a. apopleksipatienter og traumepatienter. Alle steder (på nær Svendborg³), vil der også være akut neurologi.

Sundhedsstyrelsens specialeudmelding

Sundhedsstyrelsens specialeudmeldinger opdeler specialets funktioner og behandlinger i

- hovedfunktioner og
- specialiserede funktioner, dvs. regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner.

Sundhedsstyrelsen opstiller anbefalinger til hovedfunktioner og krav til de specialiserede funktioner. Dertil kommer at Sundhedsstyrelsen skal godkende placeringen af de højt specialiserede funktioner. For neurologi kan der imidlertid nok først forventes et udkast til specialeudmelding efter sommerferien.

Udviklingsmuligheder

Arbejdsgruppen har drøftet en række udviklingsmuligheder, som arbejdsgruppen har indbygget i de to modeller for den fremtidige tilrettelæggelse af neurorehabiliteringen i Region Syddanmark.

- Udbygning af den tidlige specialiserede neurorehabilitering på OUH til patienter med hovedskade, aneurismeblødning og tilgrænsende lidelser. Derved kan der undgås overflytning til de lokale afdelinger, inden patienten skal til Hammel og i nogle tilfælde viser det sig, at patienten ikke har behov for den højt specialiserede genoptræning i Hammel
- Oprustning af enkelte pladser til de patienter med hovedskade mv., der visiteres direkte fra den tidlige neurorehabilitering på OUH og som med ekstra ressourcer kan rehabiliteres i regionen
- Etablering af et systematisk, fast og specialiseret tilbud om ambulant neurorehabilitering til de patienter, der kan bo hjemme.
- Systematisk tilbud om neurorehabilitering til nye patientgrupper, f. eks. sklerosepatienter og patienter med hjernetumorer.
- Der skal være et ensartet tilbud af høj faglig kvalitet på alle enheder.

Udbygningen vil kunne finansieres ved hjemtagning (udenregionalkontoen), inden for sygehusenes økonomi og/eller som et generelt løft af området.

4.2 Modeller

Model 1

Hovedfunktionsniveau.

De kommende 5 akutsygehuse (Odense, Esbjerg, Sønderjylland, Svendborg og Kolding) skal varetage al tidlig og længerevarende neurorehabilitering på matriklen på hovedfunktionsniveau. Neurorehabiliteringen omfatter patienter fra alle 3 patientgrupper. Neurorehabiliteringen sker under ledelse af den neurologisk afdelingsledelse og den længerevarende neurorehabilitering foregår på neurologiske afsnit, der er indrettet specielt til denne patientgruppe og til dette formål. Udover neurorehabilitering under indlæggelse skal der være et tilbud om ambulant specialiseret genoptræning til de patienter, der kan drage fordel af dette.

Specialiseret funktion

Den specialiserede tidlige neurorehabilitering for patienter med hovedtraume, aneurismeblødning og tilgrænsende lidelser på neurokirurgisk afdeling på OUH udvides til at omfatte patienter fra hele regionen.

Der henvises patienter til højt specialiseret neurorehabilitering til Hammel mv. De lokale enheder kan visitere direkte. Samarbejdet med Hammel styrkes gennem indgåelse af en center –satellitaftale.

Model 2.

Modellen **adskiller sig kun fra model 1** ved, at neurorehabiliteringsafsnittet på OUH også rummer en regionsfunktion for længerevarende neurorehabilitering for en gruppe af patienter med hovedtraumer, aneurismeblødninger og tilgrænsende lidelser. Patientgruppen består typisk af yngre mennesker og vil f. eks. omfatte patienter, der efter den tidlige neurorehabilitering på neurokirurgisk klinik ikke har behov for højt specialiseret genoptræning på Hammel.

Der skønnes at være behov for ca. 10 pladser.

Neurorehabiliteringen tilrettelægges i øvrigt på hovedfunktionsniveau som i model 1 og samarbejdet med Hammel varetages også som beskrevet i model 1.

Fælles for model 1 og 2

Begge modeller indebærer en samling af neurorehabiliteringen, og at rehabiliteringsenhederne (Ringe, Varde, Give og Brædstrup⁴) flyttes til akutsygehusene i hhv. Odense, Svendborg, Esbjerg, Kolding. Samlingen af neurorehabiliteringen giver en række synergier. Samlingen indebærer, at al viden samles, hvilket i sig selv skaber rammer for en højere kvalitet. For patienterne indebærer samlingen et sammenhængende patientforløb uden skift mellem afdelinger, idet alt foregår i neurologisk regi. For personalet indebærer modellen et bredere og større fagligt miljø, men også, at det personale, der nu er ansat på rehabiliteringsenhederne flyttes til de nye neurorehabiliteringsafsnit på akutsygehusene. Patienter med hovedtraumer, aneurismeblødninger og tilgrænsede lidelser visiteres i model 1 til neurorehabilitering til Hammel eller det lokale neurorehabiliteringstilbud. I model 2 visiteres denne patientgruppe til Hammel eller til regionsfunktionen på Odense Universitetshospital, og efterfølgende til det lokale neurorehabiliteringstilbud (Step Down fra Hammel).

4.3 Overgangsordning/konsolideringsplaner

Gennemførelsen af modellerne forudsætter, at akutsygehusene i Esbjerg, Kolding, Svendborg, Odense og Sønderjylland får etableret de fysiske rammer til afsnittene til længerevarende neurorehabilitering.

Indtil de fysiske rammer er på plads organiseres neurorehabiliteringen i henhold til sygehusledelsernes konsolideringsplaner.

⁴ Må bero på en nærmere drøftelse med Region Midtjylland

5. Sammenligning af modellerne.

Model 1 og 2 varianter af hinanden, blot med den forskel, at der i model 2 er etableret en regionsfunktion for patienter med hovedskade mv. på Odense Universitetshospital. Sammenligningen går derfor på fordele og ulemper ved at etablere en regionsfunktion ud fra de strategiske parametre:

- Kvalitet
- Patientperspektivet
- Bæredygtighed
- Rekruttering og
- Forskning

Etablering af en regionsfunktion. Oversigt over fordele og ulemper.

Kriterier	Fordele	Ulemper
Kvalitet	Øget kvalitet for patienter med hovedtraumer mv.	
Patientperspektivet	Samling af yngre	Manglende nærhed for nogle
Bæredygtighed	Større regional fleksibilitet Styrker OUH som universitetshospital	
Rekruttering	Bedre	
Forskning	Bedre	

Kvalitet

Etablering af en regionsfunktion øger kvaliteten i neurorehabiliteringen til den lille gruppe patienter, der samles på OUH, idet der er tale om en lille patientgruppe med ensartede behov.

Patientperspektivet

Mange patienter med hovedskader er yngre mennesker, som det i nogle tilfælde har været vanskeligt at finde et velegnet neurorehabiliteringstilbud til. Tilbudet til disse patienter samles og tilbudet kan tilrettelægges i særlig overensstemmelse med yngre menneskers behov. Manglende nærhed vil være en problemstilling for de patienter, der uden en regionsfunktion skulle rehabiliteres på det lokale akutsygehus. For disse patienter vælges kvalitet frem for nærhed.

Bæredygtighed

Etablering af en regionsfunktion indebærer, at tilbudet til regionens patienter bliver mere varieret og bredere og at flere patienter kan neurorehabiliteres i regionen.

Etableringen af regionsfunktionen indebærer ligeledes, at OUH styrkes som universitetshospital, hvilket er i overensstemmelse med regionens vision om et fagligt stærk og bæredygtigt universitetshospital.

Ad rekruttering

Begge modeller har gode rekrutteringsmuligheder, men arbejdsgruppen vurderer, at en regionsfunktion i sig selv vil være et rekrutteringsparameter.

Af forskning

De samlede forskningsmuligheder i regionen styrkes med en regionsfunktion.

6. Anbefalinger og opfølgning.

Arbejdsgruppen har udarbejdet 3 anbefalinger.

Anbefaling 1: Arbejdsgruppen anbefaler model 2

Arbejdsgruppen anbefaler, at enheder til længerevarende neurorehabilitering på akutsygehusene suppleret med en specialiseret funktion til tidlig og længerevarende neurorehabilitering for patienter med hovedskader, aneurismeblødning og tilgrænsende lidelser mv. på OUH.

Begrundelse for anbefaling

Apopleksipatienterne får et samlet behandlings- og neurorehabiliteringstilbud på de 5 akutsygehuse. Det skaber sammenhæng i patientforløbet og giver tryghed for patienterne. Ligeledes vil der være et sammenhængende patientforløb for de neurologiske patienter, der behandles og neurorehabiliteres på de lokale afdelinger. Nogle yngre patienter med hovedskade mv. får et regionalt tilbud om neurorehabilitering, som – også – er specielt tilrettelagt for yngre mennesker.

Kvaliteten styrkes for alle patientgrupper, både på de lokale neurorehabiliteringsenheder og på OUH, hvis funktion som universitetshospital styrkes.

Med en regionsfunktion får regionen styrket rekrutterings – og forskningsmulighederne.

Anbefaling 2 anbefalinger vedrørende kvalitetsudvikling

Arbejdsgruppen anbefaler, at der arbejdes videre med kvalitetsudvikling med hensyn til

- Standardiserede scoringssystemer i regionen
- Dialog med brugerorganisationer/patientforeninger
- Regional audit på udvalgte patientforløb
- Audit på patientforløb med Hammel Neurocenter og OUH
- Etablering af regionalt hjerneskadesamråd

Begrundelse

Målet for neurorehabilitering er et godt resultat for patienten; en samlet indsats med høj faglig, organisatorisk og patientoplevelse kvalitet. Den faglige og organisatoriske kvalitet er baseret på standarder i de enkelte institutioner, men kun patienten oplever det samlede forløb og har reel mulighed for at vurdere indsatsen i sammenhæng.

Patienter i neurorehabilitering er en svag patientgruppe som gennemgår et forløb i mange faser: Den akutte indlæggelse, hvor patienten er meget bevidsthedspåvirket og måske comatøs, og gennemgår flere undersøgelser, evt. operationer for at overleve. Derefter en opvågningsfase, hvor patienten langsomt vender tilbage til at kunne huske sig selv og pårørende, og endelig hele rehabiliteringsfasen, hvor patienten trænes fysisk og kognitivt. De fleste patienter rammes på deres hukommelse, koncentration, personlighed, adfærd og følelser. Der inddrages de pårørende hurtigt og kontinuerligt i forløbet.

Til at belyse patienters oplevelser, vurderinger, holdninger og behov anvendes både kvantitative og kvalitative undersøgelser, f.eks. vil interview af patienter i rehabiliteringsforløbets forskellige faser kunne give et nuanceret og detaljeret indblik i patienters oplevede og forventede information og kommunikation. Den patientoplevede kvalitet ses i sammenhæng med den faglige og organisatoriske kvalitet, så en samlet evaluering danner grundlag for videreudvikling af neurorehabiliteringen

Anbefaling 3 vedrørende de fysiske rammer, herunder dimensionering

Arbejdsgruppen anbefaler, at der udarbejdes forslag til de fysiske rammer, herunder dimensionering, i de kommende afsnit for længerevarende neurorehabilitering på akutsygehusene

Begrundelse

Den længerevarende neurorehabilitering skal foregå på et særligt afsnit, der skal være indrettet helt anderledes end en sengestue og efter de principper, der er knyttet til denne funktion og som fremmer neurorehabiliteringen. Der er derfor helt række hensyn til indretning, faciliteter og udendørs ophold som skal tilgodeses og som arbejdsgruppen ikke har konkretiseret i denne rapport.

Arbejdsgruppen har ligeledes ikke udarbejdet forslag til dimensionering, men har anført behovet for såvel neurorehabilitering under indlæggelse samt som ambulant (specialiseret) funktion. Begge muligheder bør derfor være til stede i de nye enheder.

Arbejdsgruppen vil gerne videreføre arbejdet og udarbejde et konkret forslag til de fysiske rammer for de kommende afsnit til længerevarende neurorehabilitering til brug i de store byggeprogrammer.

Bilag 8

Vaskerifusion

Område: Økonomi
Afdeling: Økonomisk Sekretariat
Journal nr.:
Dato: 22. juni 2008

Udarbejdet af: Mogens Sehested Kristensen
E-mail: Mogens.Sehested.Kristensen@regionsyddanmark.dk
Telefon: 76631150

Notat

Fusion af regionens vaskerifunktioner - samt reinvestering i vaske- og distributionsanlæg

Resume

Region Syddanmarks interne vaskerifunktioner er i dag organiseret i 2 enheder med hver to vaskerier, geografisk placeret i hhv. Vejle og Brædstrup samt Odense og Svendborg.

I sammenhæng med ændringer i organiseringen af de kliniske funktioner på sygehusene, som følger af forslaget til ny sygehusstruktur, kan der være tilsvarende behov for at se på organiseringen af en række tilknyttede servicefunktioner.

Det vurderes hensigtsmæssigt at gennemføre en fusion af de eksisterende vaskerifunktioner i Vejle og Odense/Svendborg og samle produktionen på 3 geografiske produktionsenheder under fælles ledelse. Der er under alle omstændigheder behov for at reinvestere i vaskeanlæg. Denne reinvestering foreslås målrettet et moderne vaskeri- og distributionsapparat i Svendborg. Investeringsbehovet er 12,2 mio. kr.

1. Nuværende organisering

Region Syddanmarks interne vaskerifunktioner er i dag organiseret i 2 enheder med hver to vaskerier.

Vaskeriet, Vejle består af Sygehusvaskeriet i Vejle og Centralvaskeriet i Brædstrup. De to vaskerier er produktionsspecialiserede og leverer via en koordineret distributionsenhed til såvel sygehuse i Region Syddanmark som Region Midt. I Brædstrup vaskes arbejdsbeklædning og i Vejle vaskes linned og patientbeklædning.

Driften er pt. baseret på en samarbejdsaftale mellem de to regioner. Aftalen administreres af Region Syddanmark, og der er tilknyttet en kontaktgruppe med repræsentanter fra begge regioner. Daglig ledelse og administration varetages af vaskeri-ledelsen i Vejle.

Vaskerianlægget i Brædstrup ejes af Region Midtjylland. Der forestår reinvesteringer i maskinparken i Brædstrup, hvis produktionen skal bibeholdes. Det er usikkert hvor længe Region Midtjylland ønsker at opretholde samarbejdsaftalen med Region Syddanmark, idet det forventes at fælles vaskerifunktioner i Region Midtjylland etableres i forbindelse med de igangværende sygehusinvesteringer. Man har således kun ønsket samarbejdsaftalen forlænget med ét år ad gangen.

Vaskeriet, Fyn består af to vaskerier placeret på henholdsvis OUH og Svendborg Sygehus. Vaskeriet på OUH leverer overvejende alene til OUH. Vaskeriet i Svendborg leverer til de øvrige fynske sygehusmatrikler. Vaskerierne er en del af OUHs organisation. Vaskerierne har daglig fælles ledelse placeret på OUH.

Ved fortsat drift er der under alle omstændigheder behov for reinvesteringer i vaskeriet på Svendborg Sygehus.

De to vaskerier har en samlet tonnage på ca. 5.600 tons om året og en ekstern benchmark viser, at vaskerierne drives produktivt og konkurrencedygtigt.

2. Forslag til ny organisering

Henset til

- øgede stordriftsfordele, totaløkonomi
- usikkerheden vedrørende leveringssituationen i forhold til Region Midtjylland
- forestående investeringsbehov

foreslås det, at Region Syddanmarks vaskerifunktioner fusioneres og konsolideres, og at der foretages de nødvendige reinvesteringer med henblik på etablering af ét tværgående vaskeri med specialiserede vaskerienheder placeret i hhv. Vejle, Odense og Svendborg.

Det forventes, at sygehusenes enheds-omkostninger til vaskeriydelserne kan nedbringes ved fusionen på grundlag af driftsoptimeringer.

I forbindelse med den samlede struktur for fremtidens sygehuse i Region Syddanmark kan det overvejes senere at samle vaskerifunktionen ét sted for hele regionen.

Der vil fortsat, så længe det ønskes, kunne leveres til sygehusene i Region Midt i samme omfang og omkostningsniveau som i øjeblikket.

Forslag til fremtidig organisering i forhold til 3 geografiske vaskerienheder:

- Fælles:

Som fællesfunktioner varetages: Ledelse, administration, miljøcertificering, indkøb, udvikling af serviceydelser, visse lagerfunktioner, samt evt. indkøb og distribution af engangsbeklædning.

- Vaskeriet på Odense Universitetshospital:

Vaskeriet her skal levere såvel linned, patientbeklædning og arbejdsbeklædning til OUH. Vaskeriet er dimensioneret og logistisk indrettet i snæver tilknytning til OUH, hvorfor det ikke er muligt uden større investeringer at ændre væsentligt på hverken tonnage eller produktionssammensætning.

Stordriftsfordelene vil primært bestå i koordinerede investeringer, administrations-, lager- og indkøbsfunktioner via den fælles ledelse.

Budgetmæssigt udskilles vaskeriet fra OUHs budget og overføres til regionsvaskeriet.

- Vaskeriet på Svendborg Sygehus:

Vaskeriet her skal specialiseres til moderne og flexibelt vaskeri til arbejdsbeklædning. Der er aktuelt et stigende krav til arbejdsbeklædningens funktionalitet, og der er ofte behov for specialiserede standardløsninger til sundhedssektoren – bl.a. af hygiejnehensyn mv.. Der er tale om en stor produktivitet med betydelig udvikling i både kvalitet og teknologi, hvorfor der er behov for en fokuseret produktionsenhed med dette speciale.

Placeringen i Svendborg er ikke fuldt ud logistisk optimal, men distributionsafstanden opvejes bl.a. af en optimering af tekstilbeholdning og mulighed for specialpakning. Distributionsafstanden betyder således mindre for arbejdsbeklædning i forhold til øvrige vaskeriprodukter. Endelig er der i Svendborg en stabil og kvalificeret medarbejderstab.

Budgetmæssigt udskilles vaskeriet fra OUHs budget og overføres til regionsvaskeriet.

Der er behov for reinvestering i det nuværende kapitalapparat. Investeringen skal i forbindelse med en fusion målrettes uniformsvask, -pakning og -distribution.

- Vaskeriet i Vejle:

Vaskeriet her skal primært fokusere på linned- og patientbeklædningsvask med særlig fokus herudover på logistik- og distributionsformerne til de mellemstore sygehusenheder. Dette indebærer ikke store ændringer eller investeringsbehov i forhold til den aktuelle produktion.

Personalet i Brædstrup kan tilbydes beskæftigelse ved regionsvaskeriets vaskeri i Vejle. Budgetmæssigt er vaskeriet i dag en selvstændig enhed og vil fremover indgå i det samlede regionsvaskeri.

3. Investeringsbehov

Investeringsbehovene i forbindelse med fusionen vil - i lighed med en uændret driftssituation – primært vedrøre vask af arbejdsbeklædning.

På grund af nye og differentierede krav på netop dette område vil det være hensigtsmæssigt at samle disse investeringer på Sygehus Svendborg, hvor der er egnede bygningsmæssige rammer, gode forsyningsforhold og et kvalificeret personaleteam.

Investeringsbehovet beløber sig til:

Vaskerianlæg:	5,1 mio. kr.
Finishanlæg:	5,2 mio. kr.
Bygning og installation:	2,0 mio. kr.

I alt. 12,3 mio. kr.

Investeringen kan finansieres over investeringsrammen i 2008, idet der indenfor den samlede investeringsramme vil være tidsforskydninger i mindst tilsvarende størrelsesorden fra 2008 til 2009.

Bilag 9

Opgørelse af det samlede anlægsinvesteringsbehov

- *Implementering af psykiatriplanen*

Område: Det psykiatriske område Udarbejdet af: Torben K. Andersen
 Afdeling: Planlægning og Udvikling E-mail: Torben.K.Andersen@regionsyddanmark.dk
 Journal nr.: Telefon: 76631021
 Dato: 25. juni 2008

Notat

Opgørelse af det samlede anlægsinvesteringsbehov

Implementering af Psykiatriplanen

Nedenstående tabel samler op på det investeringsbehov, der er afledt af psykiatriplanen. I forhold til den oversigt, der blev præsenteret i implementeringsplanen, er der sket følgende ændringer:

- Foreløbigt bud på udgiften til udbygning af lokalpsykiatrien
- Revideret skøn på anlægøkonomien i projekterne i Middelfart, Esbjerg og Vejle
- Revideret skøn på konsolideringsudgiften

Udgifternes fordeling konkret på årstal ud for alle projekterne og start- og sluttidspunkterne for projekterne er blot ment som en illustration af hvornår og hvor hurtigt de enkelte projekter i teorien kan gennemføres og skal ses i lyset af den foreslåede prioritering af projekterne.

Der er f.eks. ikke noget til hinder for at køre anlægsprojekterne i Middelfart, Esbjerg og Vejle sideløbende. Mht. placering af udgiften til Odense er det blot til illustration af den anlægssum, psykiatrien står for i dette projekt.

Anlægsinvesteringsbehov i psykiatrien

(i mio. kr. *)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	I alt
Lokalpsykiatrien		40	40	40	14	14	14				162
Middelfart		30	79	79							188
Esbjerg **			20	75	75						170
Vejle***				25	150	150	100				425
Odense		62	62	62	62	63	63	63	63		500
Åbenrå								10	75	75	160
Konsolidering		50	40	25	25	20	20	15	15	10	220
I alt		182	241	306	326	247	197	88	153	85	1825

*Anlægsprojekterne er i prisindex 121,9.

**Udover etablering af de 3 sengeafsnit, som skal løses i dette projekt skal der gennemføres en renovering af hovedbygningen og udbygning af børne- og ungdomspsykiatrien. Økonomien til disse projekter ligger i konsolideringsrammen

***Udgiften er excl. udgifter til grundkøb og excl. udgift på 220 mio. kr. til en beskrevet p-kælderløsning i 2 etager. Som "planfundament" påregnes etableret et parkeringshus i 2 etager på i alt ca. 32.000 m². Der vil være plads til ca. 650 p-pladser pr etage, svarende til i alt ca. 1.300 parkeringspladser. Udgiften vurderes til 220 mio. kr. Parkeringshuset kan efter nærmere vurdering af det samlede parkeringsbehov ved den nye psykiatriske afdeling samt det somatiske sygehus øges i udstrækning, eller evt. begrænses til én etage. Psykiatriens ekstra belastning mht. p-pladser (ca 100-150 pladser) kan ikke i sig selv retfærdiggøre etablering af dette p-hus. Derfor skal denne del af projektet vurderes i sammenhæng med hvad der i øvrigt skal ske for somatikken på Vejle Sygehus

Region Syddanmark
Damhaven 12 . 7100 Vejle
Tlf. 7663 1000

regionsyddanmark.dk



Region Syddanmark